

**IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE CALIDAD PARA EL MEJORAMIENTO
DE LA ATENCIÓN AL USUARIO EN EL CENTRO DE ATENCIÓN
AMBULATORIA CENTRAL DEL INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL SECCIONAL
BOLÍVAR**

MARÍA JOSEFINA GONZALEZ

MARÍA ANGÉLICA PALENCIA CARRASCAL

TECNOLÓGICA DE BOLÍVAR INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA

FACULTAD DE INGENIERÍA INDUSTRIAL

CARTAGENA DE INDIAS D. T. Y C.

2002

**IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE CALIDAD PARA EL MEJORAMIENTO
DE LA ATENCIÓN AL USUARIO EN EL CENTRO DE ATENCIÓN**

**AMBULATORIA CENTRAL DEL INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL SECCIONAL
BOLÍVAR**

MARÍA JOSEFINA GONZALEZ

MARÍA ANGÉLICA PALENCIA CARRASCAL

Trabajo de grado presentado como
requisito parcial para optar al título de Ingenieros Industriales

Director
Jairo Pérez Pacheco
Ingeniero Industrial

TECNOLÓGICA DE BOLÍVAR INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA

FACULTAD DE INGENIERÍA INDUSTRIAL

CARTAGENA DE INDIAS D. T. Y C.

2002

Nota de aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Cartagena, 15 de abril de 2002

Artículo 105. La institución se reserva el derecho de propiedad intelectual de todos los trabajos de grado aprobado, los cuales no se explotados comercialmente si su autorización.

CONTENIDO

	Pág
INTRODUCCION	
1. RESEÑA HISTÓRICA CENTRO DE ATENCION AMBULATORIA CENTRAL	19
2. DESARROLLO DEL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL EN EL CAA CENTRAL	21
2.1 ANÁLISIS DEL CONTEXTO Y ENTORNO	21
2.2 ANÁLISIS DE LA DEMANDA	24
2.3 ANÁLISIS DE LA OFERTA	27
2.4 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	30
2.4.1 Misión	32
2.4.2 Visión	32
2.5 ESTRUCTURA FUNCIONAL	32
2.5.1 Manual de funciones	32
2.5.2 Procedimientos administrativos, financieros, técnicos y científicos	32
2.5.3 Talento humano	36
2.5.4 Recursos físicos: Infraestructura y dotación	40
2.5.5 Recursos financieros e inversión	48
2.5.6 Sistema de información	51

2.5.7	Procesos esquematizados	52
2.6	ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	53
2.7	ANÁLISIS DEL IMPACTO DEL SERVICIO	53
2.8	ANÁLISIS SITUACIONAL	64
3.	DISEÑO Y DESARROLLO DEL SISTEMA DE CALIDAD EN EL CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA CENTRAL	90
3.1	ANTECEDENTES	90
3.2	DEFINICIONES	93
3.2.1	Principios conceptuales que enmarcan el concepto de calidad	93
3.2.1.1	Los dos componentes del cuidado de la salud	93
3.2.1.2	Principio del beneficio máximo alcanzable	94
3.2.1.3	Principio de la variabilidad de los procesos	95
3.2.2	Definición de calidad en los servicios de salud	96
3.2.3	Cualidades de la calidad	97
3.2.4	Descripción del ciclo de mejoramiento de la calidad	98
3.3	CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA DE CALIDAD	101
3.3.1	¿Qué es el sistema de calidad?	101
3.3.2	Componentes del sistema de calidad	102
3.3.2.1	Componente 1: Evaluación de calidad de los recursos	102
3.3.2.2	Componente 2: Evaluación del servicio en su estructura, proceso y resultado	110
3.3.2.3	Componente 3: Monitoría del proceso de atención	112

3.3.2.4	Componente 4: Auditoría clínica	119
3.3.2.5	Componente 5: Satisfacción del cliente	123
3.4	DISEÑAR UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN MEJORAMIENTO CONTINUO	128
3.4.1	Evaluar los problemas actuales de educación y entrenamiento	128
3.4.2	Educación en calidad total	130
3.4.3	Factores críticos de éxito para la educación y entrenamiento	131
3.4.4	Inicio de la ejecución del programa de mejoramiento continuo	132
3.4.5	Realizar el mercadeo del programa al interior de la organización	133
3.5	OTRAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA EJECUCIÓN DEL SISTEMA DE CALIDAD	134
3.5.1	Garantía de calidad en promoción y prevención	135
3.5.1.1	Los servicios de Promoción y Prevención deben ser accesibles a:	135
3.5.2	Guía de diagnóstico y protocolos de manejo en la atención médica	153
3.5.3	Garantía de calidad de la información y la comunicación	154
3.5.4	Garantía de calidad en abastecimientos y suministros	158
3.6	ESTRATEGÍAS	159
4.	EVALUACION DEL SISTEMA DE CALIDAD	168
4.1	INDICADOR 1: OPORTUNIDAD DE LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS EN CONSULTA POR MEDICO GENERAL PROGRAMADA	172
4.1.1	Categoría del indicador	172
4.1.2	Justificación	172
4.1.3	Objetivo del indicador	173

4.1.4	Foco de la medida	173
4.1.5	Tipo de medida	173
4.1.6	Numerador	173
4.1.7	Denominador	173
4.1.8	Valor de los datos	174
4.1.9	Fuente de los datos	174
4.1.10	Periodicidad del indicador	174
4.1.11	Ajuste por riesgo	174
4.2	INDICADOR 2: UTILIZACIÓN DE CONTROL PRENATAL POR AFILIADOS DEL CAA	174
4.2.1	Categoría del indicador	174
4.2.2	Justificación	174
4.2.3	Objetivo del indicador	175
4.2.4	Foco de la medida	175
4.2.5	Tipo de medida	175
4.2.6	Numerador	175
4.2.7	Denominador	176
4.2.8	Valor de los datos o resultados	176
4.2.9	Fuente de los datos	176
4.2.10	Periodicidad del indicador	177
4.2.11	Ajuste por riesgo	177
4.3	INDICADOR 3: ENTREGA DE LOS MEDICAMENTOS	

FORMULADOS A LOS USUARIOS	177
4.3.1 Categoría del indicador	177
4.3.2 Justificación	177
4.3.3 Objetivo del indicador	178
4.3.4 Foco de la medida	178
4.3.5 Tipo de medida	178
4.3.6 Numerador	178
4.3.7 Denominador	179
4.3.8 Valor de los datos	179
4.3.9 Fuente de los datos	179
4.3.10 Periodicidad del indicador	179
4.3.11 Ajuste por riesgo	179
4.4 INDICADOR 4: SATISFACCION GLOBAL DE LOS ADSCRITOS POR LOS SERVICIOS RECIBIDOS	180
4.4.1 Categoría de indicadores	180
4.4.2 Justificación	180
4.4.3 Objetivo del indicador	180
4.4.4 Foco de la medida	180
4.4.5 Tipo de medida	181
4.4.6 Numerador	181
4.4.7 Denominador	181
4.4.8 Valor de los datos	181

4.4.9	Fuentes de los datos	182
4.4.10	Periodicidad del indicador	182
4.4.11	Ajuste por riesgo	182
4.5	INDICADOR 5: COBERTURA DE VACUNACION EN MENORES DE CINCO AÑOS	182
4.5.1	Categoría del indicador	182
4.5.2	Justificación	182
4.5.3	Objetivo del indicador	183
4.5.4	Foco de la medida	183
4.5.5	Tipo de medida	183
4.5.6	Numerador	183
4.5.7	Denominador	183
4.5.8	Valor de los datos	184
4.5.9	Fuentes de los datos	184
4.5.10	Periodicidad del indicador	184
4.5.11	Ajuste por riesgo	184
4.6	INDICADOR 6: CALIDAD DE LOS REGISTROS DE LA HISTORIA CLINICA	184
4.6.1	Categoría del indicador	184
4.6.2	Justificación	184
4.6.3	Objetivo del indicador	185
4.6.4	Foco de la medida	185

4.6.5	Tipo de medida	186
4.6.6	Numerador	187
4.6.7	Denominador	187
4.6.8	Valor de los datos	187
4.6.9	Fuentes de los datos	187
4.6.10	Periodicidad del indicador	188
4.6.11	Ajuste por riesgo	188
4.7	ELIMINAR LOS PROBLEMAS ENCONTRADOS EN LA EVALUACIÓN	188
4.8	COSTO DE NO CALIDAD	189
4.8.1	Costo de prevención y mejoramientos	190
4.8.2	Costo de evaluación	191
4.8.3	Costo por fallos internos	192
4.8.4	Costo por fallos externos	192
4.9	EVALUACIÓN DEL MEJORAMIENTO	193
	CONCLUSIONES	198
	BIBLIOGRAFÍA	199
	ANEXOS	200

LISTA DE CUADROS

Pág

Cuadro 1. Procedimientos establecidos en el CAA	33
Cuadro 2. Contratación talento humano	39
Cuadro 3. Infraestructura física	40
Cuadro 4. Calificación dotación odontológica	42
Cuadro 5. Centro de costos	49
Cuadro 6. Análisis situacional	66
Cuadro 7. Evaluación del contexto	141
Cuadro 8. Evaluación del proceso actividades preparatorias	142
Cuadro 9. Evaluación del proceso actividades de promoción	143
Cuadro 10. Actividades de Prevención y Protección específica por grupo de edades	145

LISTA DE FIGURAS

Pág

Figura 1. Organigrama CAA Central	31
Figura 2. Calificación del CAA	54
Figura 3. Aceptación de los usuarios	55
Figura 4. Oportunidad de la atención	55
Figura 5. Trata de los funcionarios	56
Figura 6. Obtención de citas	57
Figura 7. Entrega de medicamentos	57
Figura 8. Servicios demorados	58
Figura 9. Toma de decisiones	59
Figura 10. Apoyo de la gerencia	59
Figura 11. Comunicación interna	60
Figura 12. Recursos necesarios	60
Figura 13. Relaciones internas	61
Figuras 14. Satisfacción cliente interno	61
Figura 15. Programa de incentivos	62
Figura 16. Concepto de calidad total	62
Figura 17. Aplicación del concepto de calidad	63
Figura 18. Satisfacción con el cargo	63

Figura 19. Ciclo de la calidad	99
Figura 20. Calificación CAA central	197
Figura 21. Mejoramiento del servicio	197

RESUMEN

TITULO

Implementación de un sistema de garantía de calidad para el mejoramiento de la atención al usuario en el Centro de Atención Ambulatoria Central del Instituto de seguro social Seccional Bolívar.

AUTORES

María Josefina González

Maria Angelica Palencia

OBJETIVO GENERAL

Implementar un modelo de calidad en los procesos de primer nivel en el Centro de Atención Ambulatoria Central con el propósito de minimizar la insatisfacción del cliente interno y externo para así mejorar la atención al usuario en el Instituto de Seguro Social Seccional Bolívar.

METODOLOGIA

EL desarrollo del sistema de calidad para el mejoramiento de atención al usuario en el

Centro de Atención Ambulatoria Central del Instituto de Seguro Social en Bolívar se basó en una investigación aplicada, a través de la adquisición de datos históricos e información sobre la situación actual de esta entidad en una fase exploratoria.

Luego se desarrolló otra fase de investigación, de tipo descriptiva, fundamentada en las características de la situación bajo estudio, teniendo en cuenta la relación entre las variables que ocasionan el problema, la descripción y análisis del entorno.

RESULTADO

Para la implementación del sistema de garantía de calidad en el CAA central del ISS se debieron tomar muchas medidas, entre las cuales se destacan la integración de todas las áreas de la organización, tanto administrativa como asistenciales bajo el criterio de la generación de estándares que facilitaron la implementación de acciones de mejoramiento, reflejándose directamente en el aumento de la calidad de los procesos y servicios.

Pero el eje principal para llevar a cabo el programa es la actitud de los funcionarios hacia el mismo, pues esta actitud debe estar orientada hacia la satisfacción plena del cliente.

Para esto fue necesario tomar acciones dirigidas a la sensibilización y capacitación continua que apoyaran la ejecución del sistema y la incorporación dentro de las actividades diarias de la cultura de calidad.

Todo lo anterior acompañado por las estrategias para mejorar la calidad del servicio, las cuales permitieron dar lineamientos para el cumplimiento de los requerimientos establecidos por el Gobierno Nacional en materia de Sistema de Garantía de Calidad, así como también la estructuración de un programa de mejoramiento continuo dentro de un contexto práctico.

En este programa de mejoramiento se establecen indicadores y estándares que permitan su cumplimiento y evaluación periódica, garantizando el desarrollo del sistema.

DIRECTOR

Ingeniero industrial Jairo Pérez Pacheco

ASESOR

Técnico en administración de la salud Guillermo García

INTRODUCCIÓN

Actualmente se presentan muchas fallas en el servicio brindado a los usuarios en los centros de atención ambulatoria del Instituto de Seguro Social, razón por la cual existe un gran descontento por parte de los usuarios. Esto es una situación preocupante porque esta entidad es la institución más importante del estado Colombiano en el área de la salud.

Desde hace mucho tiempo se ha observado que esta entidad presenta problemas en el desarrollo de sus actividades tanto en el área administrativa como asistencial, esto ha originado quejas de los usuarios que al no obtener un buen servicio optan por recurrir a otras entidades de salud.

Como un aporte para desarrollar estrategias que logren el mejoramiento en el servicio brindado por el Centro de Atención Ambulatoria Central, Institución escogida para tal fin, nos proponemos desarrollar una investigación en el CAA Central, que permita implementar un sistema de gestión de la calidad para integrar mejor todas las áreas de trabajo, obtener datos de los diferentes procesos que desarrollan estas entidades, hacer un análisis y

seguimiento de los mismos y adoptar las medidas de control, acciones preventivas y/o correctivas que se requieran en cada caso.

De esta forma se busca fortalecer la calidad en la prestación del servicio para mejorar los niveles de satisfacción de los usuarios y al mismo tiempo ofrecer otra imagen renovada con el buen servicio que puede ofrecer el CAA central una vez se haya implementado el sistema de gestión de calidad.

5. CONCLUSIONES

- ✓ La gerencia es abierta al cambio ya que en todo momento apoyo las estrategias presentadas para la implementación del sistema de calidad y esto es una acción importante para lograr buenos resultados ya que uno de los principales obstáculos para desarrollar un sistema de calidad en una empresa es la indiferencia de sus directivas. La gerencia disponía del tiempo suficiente para escuchar todas las estrategias planteadas por los analistas.
- ✓ Los funcionarios del CAA central colaboraron y participaron con gran motivación en el desarrollo del sistema de calidad, a pesar que al inicio del programa hubo cierta resistencia al cambio por desconocimiento del tema de

calidad y una actitud tolerante con el inadecuado funcionamiento que llevaba el CAA central.

- ✓ La centralización que existe en el seguro social dificulta la puesta en marcha de algunas de las estrategias planteadas por los analistas, en especial las que requieren recursos financieros para su desarrollo.
- ✓ Durante el desarrollo de la investigación todos los funcionarios suministraron la información requerida en forma completa y oportuna a los analistas para obtener los datos que permitieron la creación de las estrategias para el mejoramiento del servicio.
- ✓ El desarrollo de este sistema de calidad ha logrado crear conciencia en los funcionarios de la importancia que tiene el trabajar con calidad, por ende los usuarios han notado el cambio de actitud y las mejoras en la atención que ahora se proporciona en la institución.
- ✓ Los analistas le comunicaron a la gerencia el descontento de los trabajadores por la duración tan corta de los contratos y le sugirieron que adelantara gestiones ante la EPS para lograr la ampliación de los mismos, lográndose de esta forma un cambio sustancial al aprobarse contratos de 9 meses. Esto

permite una mejor motivación de los trabajadores al encontrar una mayor estabilidad laboral y por tanto un mejor servicio brindado al usuario.

- ✓ Los analistas lograron que se desarrollara una mayor cobertura del programa de atención especial en el sector comercial para facilitar a los usuarios la asistencia a las citas medicas.

- ✓ En el desarrollo del sistema de calidad los analistas han explicado la importancia de capacitar a los funcionarios, razón por la cual se han intensificado las capacitaciones a los mismos. Ya que el recurso humano es pieza fundamental para el buen funcionamiento del sistema de calidad.

- ✓ Se han desarrollado actividades de información mas agresivas para orientar a los usuarios con la ubicación de los diferentes departamentos y los diversos servicios prestados por el CAA.

- ✓ Se ha mejorado el proceso de solicitud de citas por parte de los usuarios y se logro reducir la congestión de usuarios que se presentaba antes debido a la inadecuada organización de este proceso.

1. RESEÑA HISTÓRICA CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA CENTRAL

El día 3 de Abril de 1969, se inician por primera vez los servicios del Seguro Social en la Seccional Bolívar, con la Gerencia del Doctor Rodrigo Corena. En el año 1973 se ponen en funcionamiento los servicios del primer centro de atención, se adquiere el edificio Vélez Daniés (donde actualmente funciona el CAA central) con los servicios de medicina general, odontología, laboratorios, farmacia y las especialidades de cardiología, medicina interna y pediatría con cuatro horas diarias de servicio.

En el año 1980 se da la primera reestructuración en el marco del acuerdo 158, donde se plantea el cambio de la atención episódica, por una atención integral con la participación de la comunidad y con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. Posteriormente con los desarrollos de la Ley 100 de 1993 el CAA Central ajusta sus programas, mejora su oferta de servicios y entra en la esfera de la competitividad, de conformidad con lineamientos del Seguro Social a nivel nacional.

Actualmente la gerencia del CAA incorpora el nuevo modelo de atención criterios humanísticos y de compromiso con la excelencia, refuerza el enfoque estadístico de la medicina familiar y se prepara para asumir con sus usuarios la tarea de

hacer del establecimiento un CAA inteligente con altos niveles de rendimiento y eficiencia.

2. DESARROLLO DEL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL EN EL CAA CENTRAL

2.1. ANÁLISIS DEL CONTEXTO Y ENTORNO

Dentro del análisis de este contexto se tiene en cuenta los planes y proyectos que tiene la Gerencia Local y Nacional para el CAA Central.

La legislación que rige a los Centros de Atención Ambulatoria y a la EPS del Instituto de Seguro Social también hacen parte de este análisis.

Debido a que la ciudad de Cartagena de Indias es Distrito Turístico y lugar de eventos nacionales e internacionales, a la cual concurren muchos visitantes entre ellos personas afiliadas al Seguro Social en los diferentes departamentos de todo el país, la Gerencia del CAA ha estudiado la posibilidad de ofrecer un servicio de atención para los turistas que visiten la ciudad, en caso de que lo ameriten, ofreciendo al sector hotelero acciones de protección específica y estableciendo líneas de coordinación necesarias para brindar atención preventiva a los bañistas en la playa, además de brindar un aseguramiento transitorio a los turistas extranjeros que visitan el CAA.

En medios de los planes del CAA central también se encuentra la promoción y prevención dirigida al sector comercial y a todos los afiliados y usuarios que se encuentren en él.

Los propósitos del CAA en general van de acuerdo a enfatizar la acción preventiva haciendo un acercamiento al contexto familiar del usuario y al mismo, así como también hacer una evaluación mensual de los procesos y atacar los casos de altos costos que se presentan en el CAA.

Dentro de la legislación se encuentran decretos y leyes que pretenden normalizar los servicios y estructura de las Entidades Promotoras de Salud (Véase Anexo A).

Con base en el seguimiento y observación realizado en el CAA Central se obtienen las siguientes conclusiones.

La entidad cumple con los decretos de creación, organización y legislación de seguridad social tales como:

- Ley 46 por la cual se crea el Instituto de Seguro Social.
- Ley 69 por la cual se da comienzo a la prestación de servicios de salud del ISS en el Departamento de Bolívar.

- Artículos 48 y 49 de la Constitución Nacional de 1991, los cuales legislan la seguridad social y las prestaciones de servicio.
- Decreto N° 2148 del 30 de diciembre de 1997, por el cual se reestructura el ISS.
- Decreto N° 1402 del 1 de julio de 1994, por el cual se establece el sistema de nomenclatura, clasificación y remuneración de los empleados del seguro social.
- Decreto N° 1403 del 1 de julio de 1994, por el cual se establece la estructura interna y las funciones de las dependencias que conforman al ISS.
- Resolución N° 1995 de julio 8 de 1999, por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica.
- Resolución 4252 de 1997 por la cual se establece Por la cual se establecen las normas técnicas, científicas y administrativas que contienen los requisitos esenciales para la prestación de servicios de salud, se fija el procedimiento de registro de la declaración de requisitos esenciales y se dictan otras disposiciones.

- Decreto 806 del 30 de abril de 1998, por el cual se reglamenta la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y la prestación de los beneficios del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud.

A pesar de que la entidad se acoge a la legislación establecida por la Ley 100 de 1993, se detectaron deficiencias en el servicio de atención al usuario exigido porque actualmente el CAA no cuenta con una persona con la disponibilidad de tiempo suficiente exigida por dicha ley.

Del estudio realizado se encuentra que en el CAA no se ha implementado el decreto N° 2174 del 28 de noviembre de 1996, por el cual se organiza el sistema obligatorio de garantía de calidad del sistema general de seguridad social en salud, debido a que no se realiza ninguna de las actividades que se detallan en éste. Por lo tanto tampoco se cumple con las disposiciones para la operatividad de los grupos de calidad contenidas en el memorando 2842 de 1990.

Del cumplimiento de estas leyes impartidas por el Ministerio de Salud depende la organización y calidad de la Institución.

2.2. ANÁLISIS DE LA DEMANDA

La población que demanda los servicios del CAA es de 34.000 usuarios¹.

Los barrios asignados a este Centro de Atención Ambulatoria son:

Amberes, Barrio Militar, Bocagrande, Boquilla, Bruselas, Canapote, Castillogrande, Centro, Chambacú, Cielomar, Cochero, Crespo, Chile, Daniel Lemaitre, El Refugio, España, Espinal, Juan XXIII, La Española, La Heroica, La María, Las Lomas de San Francisco, Lo Amador, Los Comuneros, Loma Fresca, Marbella, Martínez Martelo, Nariño, Pablo Sexto, Palestina, Papayal, Paraguay, Paraíso, Pedro Salazar, Petares, Pie del Cerro, Pie de la Popa, Portal del Virrey, Prado, Punta Icaco, República del Caribe, San Diego, San Francisco, San Juan, San Pedro y Libertad, Santa María, Santa Rita, Sector La Matuna, Serranía de la Popa Siete de Agosto, Tequendama, Torices, Villa Gloria.

El comportamiento de la demanda de los usuarios del CAA es cíclica según la fecha y el mes, es decir, en la fecha que se paga la autoliquidación la demanda de servicios de Medicina General y Odontología aumenta en un 25%², así mismo en los meses que hay vacaciones escolares (Junio, Julio, Noviembre, Diciembre y Enero)³.

¹ Dato suministrado por la EPS Seccional Bolívar, la cual asigna un porcentaje de la población de Cartagena a cada CAA.

² Dato suministrado por la EPS.

³ Datos históricos suministrado por la EPS.

La demanda diaria que constituye las citas de medicina general, odontología y medicina especializada se distribuye así:

Medicina General: 180 Citas Médicas / Día

Medicina Especializada: 150 Citas Médicas / Día

Odontología: 120 Citas Médicas / Día

El resultado de la demanda corresponde al seguimiento, observación y registro del comportamiento de la solicitud de citas diarias por parte de los usuarios del CAA Central durante un mes. Los valores presentados anteriormente para cada tipo de servicio se obtienen promediando la solicitud de citas diarias durante el mes de seguimiento realizado.

Para el caso de la medicina especializada se observa variabilidad en la demanda, según datos obtenidos de los meses Noviembre, Diciembre, de 2001, y Enero, Febrero de 2002 y con base a datos históricos del CAA, el 10% de la demanda de medicina especializada son las cirugías, el 50% lo constituyen Oftalmología, Cardiología, Ortopedia y Psiquiatría; el otro 40% de la demandan lo constituyen el resto de las especialidades, tales como, Gineco- Obstetricia, Fisiatría, Reumatología, Nefrología, Nefrología Pediátrica, Dermatología, Cardiología Pediátrica, Neurología, Gastroenterología, Neumología, Hematología y Medicina Interna.

Dentro de las actividades de promoción y prevención la demanda se distribuye así ⁴:

Citología:	30 Citología / Día
Nutrición:	16 Citas / Día
Vacunación:	12 Vacunas / Día
Curaciones:	10 Curaciones / Día
Psicología:	10 Consultas / Día
Fisioterapia:	40 Sesiones / Día

2.3. ANÁLISIS DE LA OFERTA

El portafolio de servicios asistenciales del CAA Central está constituido de la siguiente forma:

MEDICINA GENERAL	Consulta de medicina general
	Atención de urgencias
	Actividades de promoción y prevención

⁴ Dato calculado por las analistas con base a la información encontrada en los registros diarios de cada actividad.

ODONTOLOGÍA

Consulta odontológica

Urgencias odontológicas

Consulta de endodoncia

Actividades de higiene oral

Actividades de promoción y prevención

NUTRICIÓN

Consulta

Actividades de promoción y prevención

PSICOLOGÍA

Consulta

Talleres educativos

Actividad grupal

Actividades de promoción y prevención

TERAPIA FÍSICA

Sesiones

Actividades de promoción y prevención

FARMACIA

Entrega de medicamentos

TRABAJO SOCIAL

Consulta social

Terapia familiar

Capacitación

Atención al cliente

Actividades de promoción y prevención

ENFERMERÍA

Citología

Curaciones

Nebulizaciones

Inyectología

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Talleres salud para la infancia

Talleres madres gestantes

Talleres pacientes con riesgos

Cardiovasculares.

Taller prevención maltrato infantil

Control prenatal

Control hipertensión arterial diabetes

Talleres salud al adolescente

Educación salud mental (trabajador)

Visita domiciliaria

Con base en los datos estadísticos de las consultas que ofrece el CAA mensualmente se obtienen los siguientes resultados para cada uno de los servicios asistenciales que se relacionan a continuación:

- Medicina general 253 consultas por mes, teniendo en cuenta que el promedio de días laborados en un mes es de veintiún días para las consultas de morbilidad y mantenimiento de la salud.
- Odontología 489 consultas por mes, teniendo en cuenta que el promedio de días laborados en un mes es de veintidós días para las consultas de cirugía oral, endodoncia, operatoria y urgencias.
- Nutrición 232 consultas por mes, teniendo en cuenta que el promedio de días laborados en un mes es de veintidós días para prestar el servicio.
- Enfermería 299 consultas por mes, teniendo en cuenta que el promedio de días laborados en un mes es de veintidós días para la prestación de servicios en actividades asistenciales y complementarias.

- Psicología 78 cuentas por mes, teniendo en cuenta que el promedio de días laborados en un mes es de veintidós días para ofrecer consultas individuales, de pareja o de grupo.
- Fisioterapia 304 consultas por mes, teniendo en cuenta que el promedio de días laborados en un mes es de veintitrés días para las terapias respiratorias y terapia física.
- Trabajo social 514 consultas por mes, teniendo en cuenta que el promedio de días laborados en un mes es de veintidós días para las consultas de control y actividades grupales.

2.4. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

Una estructura organizacional define cómo se dividen, agrupan y coordinan formalmente las tareas en los puestos.

La estructura organizacional que compone al CAA se rige según las leyes y estatutos de salud en Colombia⁵.

El CAA central depende directamente de la gerencia de la EPS seccional Bolívar y ésta a su vez de la gerencia nacional.

⁵ Ley 100 de 1993

La gerencia del CAA Central cuenta con una secretaria de apoyo administrativo, al igual que con un grupo de apoyo que cumple las funciones de facturación, costos, estadísticas, compras y suministros.

Los servicios asistenciales de salud se atienden en los departamentos de medicina general, odontología, nutrición, y enfermería. El complemento terapéutico cumple funciones de apoyo para el área asistencial como son: fisioterapia, psicología, trabajo social y farmacia. El organigrama de la figura 1 que se muestra a continuación refleja la situación organizacional del CAA.

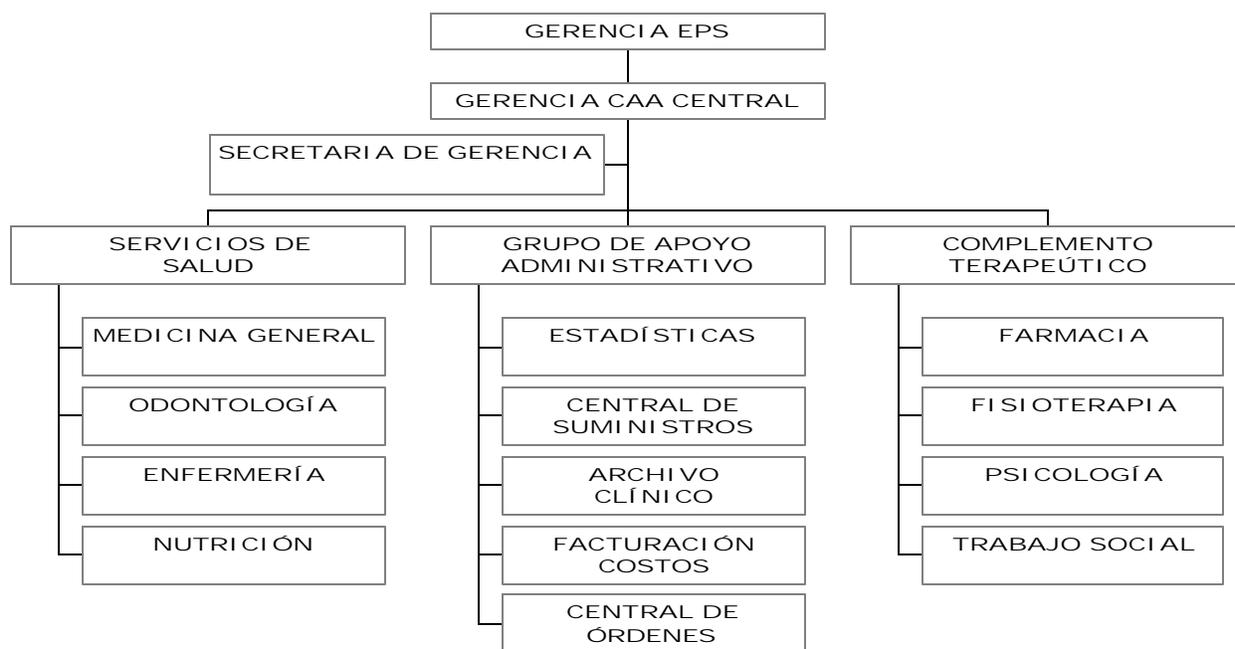


Figura 1. Organigrama CAA Central

2.4.1. Misión

- Garantizar el mantenimiento de la salud de nuestros afiliados.
- Prestar servicios de salud de calidad, eficientes y oportunos.
- Promover la vinculación permanencia y lealtad de nuestros afiliados.
- Generar el valor agregado que nuestros afiliados esperan.

2.4.2. Visión. Seremos una empresa rentable, autónoma y altamente competitiva posicionada en el mercado como la mejor del sector.

2.5. ESTRUCTURA FUNCIONAL

2.5.1 . Manual de funciones. En todo tipo de empresa la base de la organización es el trabajo, a cada empleado se asignan tareas y responsabilidades específicas que constituyen un determinado tipo de trabajo, habilidad, conocimiento, responsabilidad que se le exige para que su labor sea satisfactoria.

La EPS distribuye estas funciones por Departamentos y no por cargos, como se establece en los decretos 1402 y 1403 de 1994. (Véase Anexo A).

2.5.2. Procedimientos administrativos, financieros, técnicos y científicos.

La gerencia del CAA a consolidado las actividades que desarrollan para la prestación de servicios en treinta y dos procedimientos, con el fin de llevar un mejor control y facilitar la auditoria de la EPS regional para evaluar los resultados y tomar las medidas respectivas que mejoren su modelo de prestación de servicios. Esta consolidación define los treinta y dos procedimientos, su responsable y una pequeña descripción de la forma en la que se llevan a cabo. (Véase cuadro 1)

Cuadro1. Procedimientos establecidos en el CAA

PROCEDIMIENTOS	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
INTERVENCIÓN EN FILAS	Se realiza de 6:30 a.m. en adelante y en la sala de citas médicas.	Gerente
CONSULTA PRIORITARIA	Se valora al usuario en citas médicas y se refiere al médico en la franja de 7:00 a 8:00 a.m.	Médico
PROGRAMA DE PRESCRIPCIÓN REGULAR	Se selecciona al usuario en citas médicas y en la consulta regular se hace reunión selectiva los miércoles a las 9:00 a.m. en el auditorio.	Gerente
REFORZAMIENTO DE PROCESOS EN HORAS PICO	Se hace con el apoyo de la trabajadora social y las auxiliares de enfermería en las áreas que lo demanden.	Trabajadora social y Auxiliares de enfermería
CONTROL DE FORMULARIOS	Se hace los días Lunes entregando las Fórmulas de la semana. Se lleva la relación en el documento establecido por la Gerencia Nacional de Servicios Ambulatorios.	Enfermería

CIERRE DE FÓRMULAS	Se hace la supervisión diaria con el médico y en la farmacia.	Médico
ENTREGA DE LISTADOS DE MEDICAMENTOS CADA 15 DÍAS	A cada Médico se le entrega cada 15 días el listado actualizado de medicamentos existentes en farmacia.	Farmacia
CONTROL DE VENCIMIENTO DE MEDICAMENTO	Se notifican 3 meses antes de la fecha de vencimiento.	Farmacia
IDENTIDAD DEL PROFESIONAL QUE FORMULA	En citas médicas y farmacia hay un listado de profesionales con número de identificación, de cada profesional y su firma.	Farmacia
REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	Se entrega a los médicos las hojas de referencia semanal y se solicita la contrarreferencia por el médico especialista.	Médico
CUMPLIMIENTO DE AGENDAS	Se ha elaborado a todos los funcionarios su agenda de trabajo y se supervisa su cumplimiento.	Gerente
CONTROL DE MEDICAMENTOS DE BAJA ROTACIÓN	Se realiza periódicamente.	Farmacia
ALMACENAMIENTO DE MEDICAMENTOS	Se efectúa la evolución de este proceso mensualmente.	Gerente
SUPERVISIÓN DE LAS REFERENCIAS	Se hace diariamente antes de estipular la cita al usuario.	Gerente
DILIGENCIAMIENTO	Todo funcionario asistencial debe diligenciarlo	Secretarias

DE RIPS	cada vez que realiza una actividad en salud.	
ENTREGA OPORTUNA DE INFORMACIÓN A LA EPS	Los informes como Indicadores de Gestión, Indicadores de Farmacia, Valorización CAA, Plan Institucional, etc. Se entregan los cinco primeros días de cada mes.	Gerencia y Estadísticas
COMPROBACIÓN DE DERECHOS	Se realiza con cada usuario que demanda servicio.	Todos los funcionarios
MANEJO DE ÓRDENES DE SERVICIOS	Se recepcionan y entregan en la taquilla N° 1 de Citas Médicas.	Citas médicas
MANEJO DE PAQUETES EN ODONTOLOGÍA	Se entrega a cada profesional el paquete de insumos que requiere cada vez que la atención de un servicio lo amerite.	Odontólogos
COMITÉ DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA	Se reúnen los días lunes a las 10:00 a.m. para estudiar las autorizaciones de medicamentos no POS.	Médicos
COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS	Revisa semanalmente dos historias clínicas para evaluar su pertinencia.	Archivo Clínico
ACTIVIDAD EDUCATIVA GRUPAL	Se realizan diariamente en citas médicas y auditorías.	Todos los funcionarios del área asistencial
EVALUACIÓN DE MANTENIMIENTO DE SALUD	Se realiza diario con los pacientes que llegan a la consulta de morbilidad.	Todos los funcionarios del área asistencial

TALLER DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	Se realizan diariamente por los equipos de salud bajo la responsabilidad de las Enfermeras Profesionales.	Todos los funcionarios del área asistencial
PROGRAMA DE EXTENSIÓN A LAS EMPRESAS	Visitas a las empresas por los Equipos de Salud en coordinación con la Gerencia Administrativa.	Gerente
ATENCIÓN DE QUEJAS Y RECLAMOS	Atención y solución de quejas a cargo de la Gerencia y Trabajadora Social.	Trabajadora Social
PARTICIPACIÓN DE USUARIOS	Reunión de la Gerencia con usuarios del CAA cada 15 días.	Trabajadora Social
COMITÉ TÉCNICO	Reunión con los profesionales que apoyan los diferentes procesos.	Gerente
EVALUACIÓN DE PROCESOS INTRA CAA	Evaluación mensual de procesos el último día hábil del mes.	Gerente
VALORACIÓN DE COSTOS	Estudio de los costos de CAA por centro de costos, revisión bimensual.	Gerente
BONOS CUOTAS MODERADORAS	Evaluación diaria de ventas y control de bonos por cuotas moderadoras.	Gerente
CENTRAL DE SUMINISTROS	Información sistematizada de los insumos.	Gerente
ADSCRIPCIÓN AL NUEVO MODELO DE	Vinculación de las familias al Equipo de Salud.	Citas médicas

SALUD		
FACTURACIÓN	Se valorizan actividades.	Gerente
SEGUIMIENTO DE ALTO COSTO	Seguimiento individualizado de los usuarios de alto costo.	Gerente

2.5.3. Talento humano. El talento humano de una organización, es el grupo de personas que se encuentra dispuesto, capaz y deseoso de trabajar para contribuir con los objetivos de la empresa.

Aunque el talento humano que labora en el CAA Central es profesional y cuenta con mucha experiencia, debe reforzar la atención al usuario. (Véase figura 5).

El 59.1%⁶ del personal que labora en el CAA no poseen estabilidad laboral, ya que están vinculadas a la empresa a través de contrato civil, motivo por el cual no goza de prestaciones económicas como por ejemplo las vacaciones.

A través de la observación se pudo detectar que el 43% de los funcionarios del CAA no aplican la normatividad referente a la comprobación de derecho, mientras que el 67% conoce y aplica las normas.⁷

⁶ Cuadro Contratación del Talento Humano

⁷ Datos obtenidos mediante la observación de las analistas en el proceso de recolección de la información.

En el cuadro 2 que aparece a continuación se muestra el número de trabajadores por cargos y el tipo de contratación que se ha establecido, además las horas diarias que laboran para el CAA.

El cálculo del total horas se hizo teniendo en cuenta que el personal civil labora 8 horas diarias, a excepción de los auxiliares administrativos, médicos y odontólogos.

Los ocho auxiliares administrativos de contrato civil laboran siete horas diarias; de los seis médicos civiles cuatro laboran cuatro horas, uno labora seis horas y uno labora ocho horas; de los ocho odontólogos dos laboran seis horas y seis cuatro horas.

El personal de planta en su mayoría labora ocho horas, a excepción de una psicóloga que labora cuatro horas; de los ocho médicos generales con este tipo de contrato siete laboran cuatro horas y uno labora seis horas; los odontólogos de planta laboran ocho horas.

CARGO	N°PERSONAL PLANTA	%PERSONAL PLANTA	N°PERSONAL CIVIL (Servicios Profesionales)	% PERSONAL CIVIL	TOTAL PERSONAL PLANTA Y CIVIL	HORAS PLANTA	HORAS CIVIL	TOTAL HORAS
Medicina General	8	57.14%	6	42.86%	14	34	30	64
Odontología	8	50%	8	50%	16	32	36	68
Enfermería	0	0%	2	100%	2	0	16	16
Psicología	1	50%	1	50%	2	4	8	12
Nutrición	0	0%	1	100%	1	0	8	8
Trabajo social	1	100%	0	0%	1	8	0	8
Fisioterapia	0	0%	2	100%	2	0	16	16
Gerencia	1	100%	0	0%	1	8	0	8
Técnico Administrativo	0	0%	1	100%	1	0	8	8
Auxiliar Administrativo	2	20%	8	80%	10	16	56	72
Auxiliar de Enfermería	0	0%	4	100%	4	0	32	32
Higienista Oral	0	0%	1	100%	1	0	8	8
Auxiliar de Enfermería	5	83.33%	1	16.66%	6	40	8	48
Auxiliar de Farmacia	0	0%	1	100%	1	0	8	8
Auxiliar Servicios Generales	0	0%	3	100%	3	0	24	24
Portería	1	100%	0	0%	1	8	0	8
TOTAL	27	40.91%	39	59.10%	66	150	258	408

Cuadro 2. Contratación talento humano

2.5.4. Recursos físicos: infraestructura y dotación. La edificación donde se encuentra ubicado el CAA Central está distribuido de la siguiente manera: (Véase cuadro 3)

Cuadro 3. Infraestructura física

ÁREA	UBICACIÓN (PISO)	CANTIDAD
CITAS MÉDICAS	1	1 Oficina
FISIOTERAPIA	1	1 Consultorio
FARMACIA	1	1 Oficina
DEPOSITO DROGA	1	1 Oficina
MANTENIMIENTO	1	1 Oficina
PLANTA ELÉCTRICA	1	1 Oficina
PORTERÍA	1	1 Oficina
ARCHIVO CLÍNICO	2	2 Oficina
AUDITORIO	2	1 Oficina
CITOLOGÍA	2	1 Consultorio
COORDINACIÓN DE ENFERMERÍA	2	1 Consultorio
CURACIONES	2	1 Consultorio
TRABAJO SOCIAL	2	1 Oficina
VACUNACIÓN	2	1 Consultorio
CONSULTORIOS	3	11 Consultorios

ODONTOLÓGICOS		
COORDINACIÓN ORAL	3	1 Oficina
CONSULTORIOS MÉDICOS	4	9 Consultorios
NUTRICIÓN	4	1 Consultorio
PSICOLOGÍA	4	1 Consultorio
GERENCIA	5	1 Oficina
SECRETARIA DE GERENCIA	5	1 Oficina
AUDITORÍA DISCIPLINARIA	5	1 Oficina
COORDINACIÓN DE SERVICIOS	5	1 Oficina
APOYO DE ADMINISTRACIÓN	5	1 Oficina
ALMACÉN GENERAL	5	1 Oficina

En cuanto a la dotación de los consultorios y oficinas mencionados anteriormente se puede decir:

En fisioterapia la dotación que se tiene permite atender al usuario eficientemente, pues se cuenta con los equipos e instrumentos necesarios par ello.

En el área de curaciones, citología y vacunación se cuenta con los materiales necesarios para un normal desarrollo de sus actividades, el número de camillas es suficiente para satisfacer la demanda.

El auditorio esta completamente adecuado con equipos como VHS, retroproyector de acetatos y televisor para dictar las conferencias y talleres de promoción y prevención, además de servir para las reuniones periódicas de los usuarios brindando las comodidades del caso.

En el área de odontología, la coordinadora de dicha área ha calificado el equipamiento básico para los consultorios en un intervalo de 1 a 4⁸ de la siguiente forma: (Véase cuadro 4)

Cuadro 4. Calificación de la dotación odontológica

EQUIPO	CALIFICACIÓN
Unidad odontológica con todos sus implementos	
Butaco Giratorio	3
Butaco Auxiliar	2
Esterilizador autoclave o aire seco	4
Mueble para instrumental	4
Algodonera de acero inoxidable	2
Modelo plástico de dentadura lámpara de fotocurado	1
Amalgamador	2
Compresor	4
Pieza de mano esterilizable	3

⁸ 1 = Se carece del equipo; 2 = El equipo se encuentra en mal estado; 3 = El equipo está en buenas condiciones ; 4 = Equipo en óptimas condiciones.

Micromotor	1
Contra-ángulo	1
Equipo de rayos X odontológico	4
Caja para revelado	3
Scaler	1
Curetas para periodoncia	2
Instrumental básico para restauración	
Espejo con mango	3
Explorador bucal	3
Cucharilla de Black	3
Sonda periodontal	3
Pinza algodонера	3
Instrumental de obturación temporal	
Aplicador de dycal	3
Espátula de Ward	3
Espátula para cemento	3
Espátula FP3	3
Instrumental de operatoria	
Bruñidor de horqueta	3
Condensador de amalgama	3
Discoide-cleoide	3
Empacador de amalgama	3
Porta-amalgama	3

Portamatriz	3
Bruñidor 21B	3
Tallador de Frank	3
Espátula para resina	3
Cepillo limpiafresas	2
Jeringa crápula	3
Instrumental para endodoncia	
Explorador de conducto	2
Sonda periodontal	2
Juegos de grapas anteriores, posteriores, superiores e inferiores	3
Portagrapas	3
Perforador de tela de caucho	3
Arco de young metálico	4
Dentímetro metálico	3
Espaciador de conductos	3
Condensadores de gutapercha	3
Quemadores de glick	3
Mechero	2
Juegos de limas k-flex 1 ^{era} serie y 2 ^{da} serie	2
Juegos de tiranervios	2
Juegos de fresas de gates	2
Instrumental de periodoncia	

Sonda periodontal	2
Cureta McCall 13-14	2
Cureta McCall 17-18	2
Raspador CK6	2
Raspador CK4	2
Instrumental básico para cirugías	
Forceps 150	4
Forceps 151	4
Forceps 69	4
Forceps 65	4
Forceps 16	4
Forceps 24	4
Elevador recto acanalado	4
Elevador recto plano	4
Elevador angulado derecho	4
Elevador angulado izquierdo	4
Elevador apical derecho	4
Elevador apical izquierdo	4
Alveolotomo ogubia	4
Lima para hueso	4
Porta-aguja	4
Pinza hermostática Kelly	3
Pinza hermostática mosquito	3

Mango para bisturí	3
Tijeras para gingivectomía	3
Cureta de Lucas	3
Periostotomo	4
Retractor de colgajo	3
Tijeras para material	3
Pinza de disección Adson (con garra y sin garra)	3
Tijeras para puntos	3
Fresa quirúrgica	3

Con base en los datos de la tabla anterior se obtienen los siguientes resultados de la dotación de equipos para el área de odontología así:

Unidad odontológica: 2.33

Instrumental básico para restauración: 3.00

Instrumental de obturación temporal: 3.00

Instrumental de operatoria: 3.20

Instrumental para endodoncia: 2.70

Instrumental de periodoncia: 2.00

Instrumental básico para cirugía: 3.60

Con estos datos obtenidos para el instrumental de odontología se deduce que:

- El promedio de la instrumentación para periodoncia se encuentra en mal estado para prestar el servicio y se requiere el reemplazo de los mismos.
- La unidad odontológica y de endodoncia también presentan deficiencias en algunos instrumentos.
- Los instrumentos básicos utilizados en cirugías cumplen satisfactoriamente las condiciones para prestar el servicio.

La dotación de cada uno de los consultorios de medicina general se encuentra en las siguientes condiciones:

Muebles de oficina básicos:

- Escritorio
- 3 sillas
- Caneca sencilla
- Negatoscopio

Muebles y equipos básicos para todo consultorio médico:

- Mesa para examen general y ginecobstétrico
- Escalerilla
- Lámpara cuello de cisne (dañada)

- Canecas sencillas
- Mesa auxiliar
- Biombo
- Silla
- Tensiómetro (dañado)
- Equipos para órgano de los sentidos
- Bajalenguas
- Termómetro rectal
- Termómetro axilar
- Martillo de reflejos
- Pesas con tallímetro
- Guantes
- Cinta métrica
- Tabla para valoración de agudeza visual

Algunos de los instrumentos y equipos faltantes, en los consultorios, son llevados por cada médico para poder desarrollar eficiente y completamente sus funciones, como es el caso de tensiómetros, fonendoscopios y tijeras para cortar puntos.

En el área de apoyo administrativo se cuenta con computadores que aunque no posean tecnología avanzada realizan las labores para las cuales están destinados, cabe anotar que con software mas avanzados las actividades serian más eficientes y oportunas.

2.5.5. Recursos financieros e inversión. El CAA central es una dependencia de la EPS Regional por tanto no tiene autonomía en cuanto a la administración de estos recursos, pues depende directamente de la regional y esta, a su vez de las asignaciones presupuestadas de la gerencia nacional.

La centralización de estos recursos es uno de los principales problemas que impide el funcionamiento normal en la prestación de los servicios a los usuarios.

Reconociendo además que la centralización que se vive en el Instituto de seguro social como entidad Industrial y comercial ha contribuido a que no se trabaje con la tecnología y eficiencia apropiada y necesaria para brindarle al usuario el servicio en el momento justo.

En el CAA se lleva un registro de los recursos que destina para cada actividad siendo cada una de estas un centro de costos.

En la cuadro 5 se registran las actividades o consultas realizadas en un determinado período por cada centro de costos.

El costo de estas actividades esta ligado a las tarifas individuales establecidas en la EPS.

Cuadro 5. Centro de costos

CENTRO DE COSTOS	ACTIVIDAD (Consultas)	COSTO
Medicina General	4.318	\$ 36.012.120
Consulta General de Odontología	752	\$ 6.271.680
Consulta Especializada Odontología	67	\$ 798.305

Odontología Urgencias	528	\$ 4.571.480
Operatoria	1.479	\$ 17.558.660
Endodoncia	295	\$ 13.072.578
Periodoncia	1.583	\$ 17.929.860
Cirugía	135	\$ 3.402.070
Odontopediatría	166	\$ 2.463.025
Rehabilitación	10	\$ 230.700
Prevención	841	\$ 3.667.170
Rayos X	149	\$ 438.805
Otros Odontología	8	\$ 98.920
Nutrición	192	\$ 966.720
Trabajo Social	338	\$ 1.865.970
Psicología	155	\$ 1.045.075
Terapia Física	890	\$ 6.367.950
Terapia Respiratoria	89	\$ 602.235
Farmacia	4.195	\$ 9.166.075
Promoción y Prevención	7.085	\$ 40.376.305
Enfermería	136	\$ 319.485
Curaciones	25	\$ 142.250
Lavado de Oídos	1	\$ 6.685
Inyectología	95	\$ 68.400
Retiro de Puntos	15	\$ 102.150

Otros (presión Arterial)	194	\$ 139.680
Cuotas Moderadoras		\$ 11.253.000
Atención Domiciliaria		\$ 3.617.750
TOTAL	23.741	\$ 182.346.595

Consolidado de costos por actividades del mes de enero del 2002

2.5.6. Sistemas de información. Los sistemas de información en una organización permiten establecer un flujo de trabajo más eficiente, además facilita a cualquier miembro de la organización la utilización de información que requiere para cumplir sus procesos.

En una organización no siempre tiene que contarse con una tecnología de punta para estar a la vanguardia, simplemente poseer la tecnología que se adecúe a un desarrollo y control eficiente de los procesos y de la información que por ellos circula.

En el CAA se manejan sistemas de información que no se fundamentan en tecnología avanzada pero si embargo los softwares con los que cuentan permiten desarrollar sus actividades. Además, la persona encargada de esta área ha diseñado pequeños programas que brindan soporte en el mantenimiento de la información.

Actualmente el CAA no se tiene el número de equipos suficientes (PC's, impresoras, etc.), para que la información fluya en forma ágil y eficiente.

El sistema de información que se utiliza para las actividades de costeo se encuentra en red y es confiable, debido a que es diseñado por la persona encargada de esta área, que posee la habilidad y capacidad suficiente para realizar este diseño y adoptarlo a las necesidades del CAA.

La retroalimentación de la información da bases para la constitución de un sistema de información consolidado, por lo tanto ha de dársele mucha importancia a esta actividad, sin embargo en el CAA no existe una retroalimentación en los procesos, pues la información no fluye entre las dependencias, lo que hace que no se den oportunamente los resultados esperados.

2.5.7. Procesos esquematizados. En el CAA no se llevan registrados los procesos asistenciales de tal forma que sirvan como guía a los funcionarios, es decir, no se llevan los proceso esquematizados.

Cabe anotar que en el desarrollo de estos procesos no se realiza la comprobación de derecho, que es considerado como un paso importante en la entrada al sistema de atención del CAA.

En el CAA se siguen los protocolos de medicina general establecidos por la facultad de medicina universal, estos protocolos son de total conocimiento por los médicos que laboran en esta entidad.

2.6. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

El CAA realiza mensualmente la evaluación de los resultados de sus procesos a través de indicadores que le proporciona la EPS. (Véase Anexo B).

Estos indicadores son analizados por el grupo de apoyo quienes informan a la gerencia los resultados obtenidos con el fin de que se hagan reuniones con los funcionarios acerca de la eficiencia que presentaron en el periodo en cuestión y que se tomen las medidas para solucionar las fallas encontradas, pues del resultado de estos indicadores depende la estabilidad laboral para los funcionarios del CAA.

Para la evaluación de los resultados de los programas de promoción y prevención se utiliza como indicador las causas de morbilidad según edad y sexo de la población afiliada al CAA con el fin de establecer programas dirigidos a cada grupo que disminuyan los porcentajes de enfermedad. (Véase Anexo C).

2.7. ANÁLISIS DEL IMPACTO DEL SERVICIO

Para conocer el impacto sobre cliente interno y cliente externo del atención brindada en el CAA, se les aplico una encuesta a cada tipo de cliente. (Véase Anexo D).

De las encuestas realizadas a los usuarios del CAA se deduce que el servicio prestado cumple con sus expectativas, pero se puede mejorar teniendo en cuenta las sugerencias de ellos mismos.

El detalle de estos resultados se presenta a continuación:

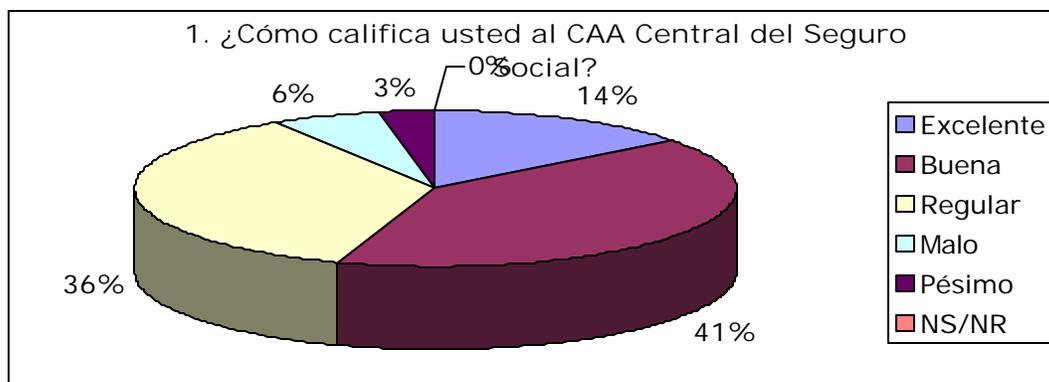


Figura 2. Calificación del CAA

De la figura 2 anterior podemos deducir que el servicio suministrado por el CAA es bueno según la opinión general de los usuarios y solo un 9% de los encuestados se muestran inconformes con el servicio prestado.

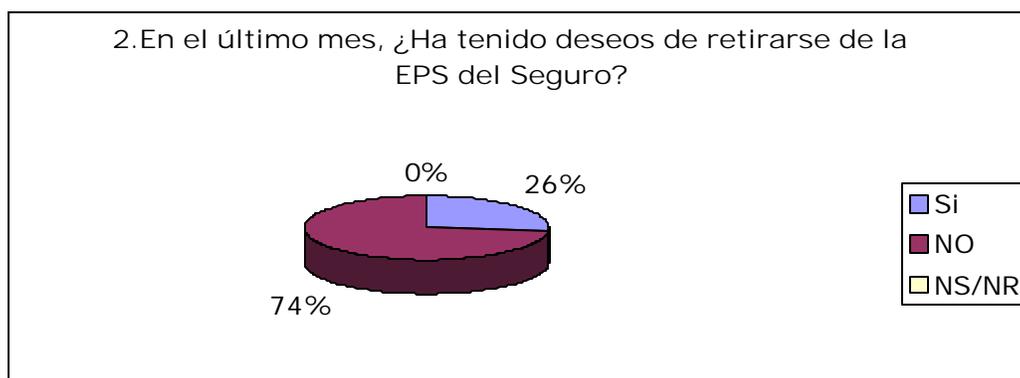


Figura 3. Aceptación de los usuarios

Las encuestas realizadas arrojan un resultado muy favorable de aceptación por parte de los usuarios del CAA evaluado y solo un 26 % ha tenido deseos de retirarse de la EPS del seguro con respecto a un 74 % de usuarios satisfechos. (Véase figura 3).

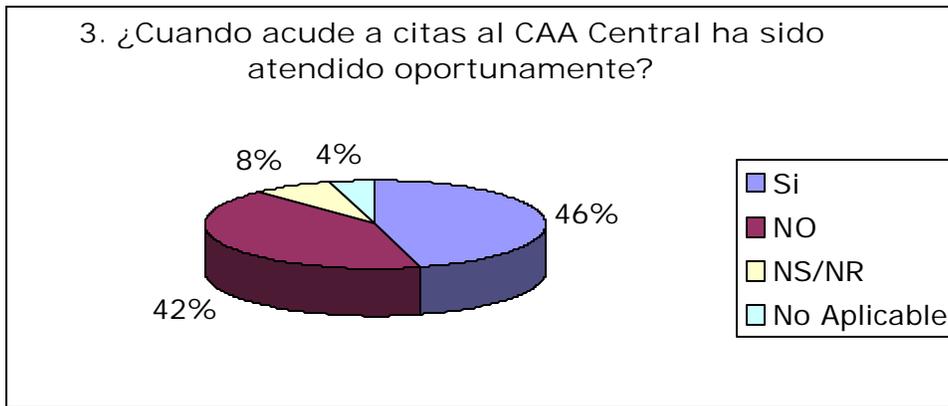


Figura 4. Oportunidad de la atención

La satisfacción de los usuarios respecto a la atención oportuna en el CAA se encuentra dividida se observa un 46 % de usuarios satisfechos frente a un 42 % de usuarios insatisfechos (ver figura 4). Por lo cual se requiere adoptar las medidas correctivas necesarias para optimizar mejor la atención de todos los usuarios.

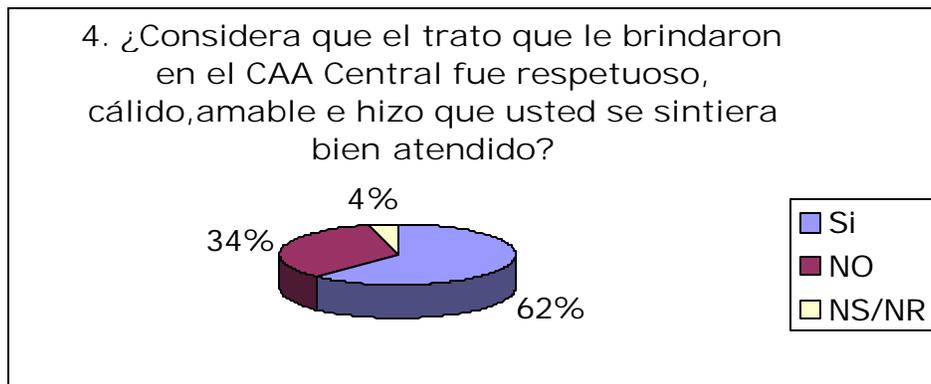


Figura 5. Trato de los funcionarios

De los resultados anteriores se deduce que a la mayoría de los usuarios (62 %) les agrada la atención recibida en este CAA central a pesar de los traumatismos normales que se originan en este tipo de entidades debido a las necesidades diarias de los usuarios. (Véase figura 5).

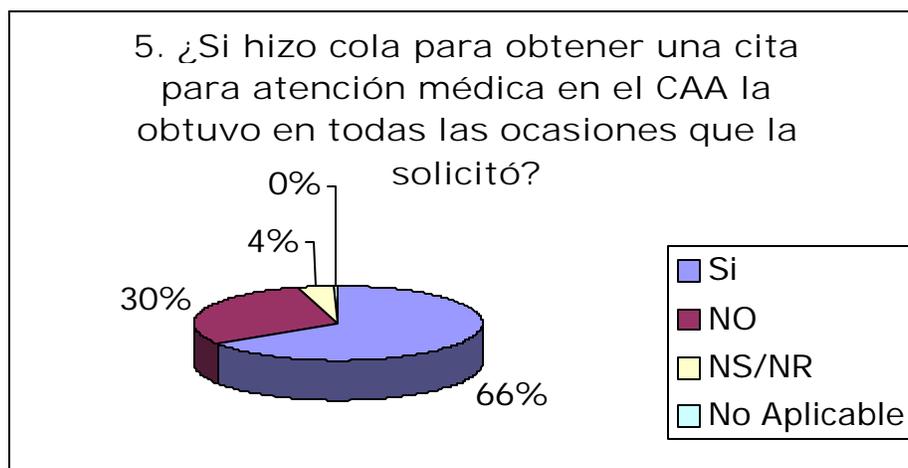


Figura 6. Obtención de citas

De la figura 6 se concluye que el procedimiento de obtención de citas que actualmente se realiza en el CAA cumple en un 66 % con el servicio de entrega de citas a los usuarios y el 30 % restante (usuarios insatisfechos) no la pudo obtener porque se acabaron las citas programadas ese día, no tenían la disponibilidad suficiente de tiempo para hacer la cola en ese momento ó simplemente llegaron muy tarde al CAA.

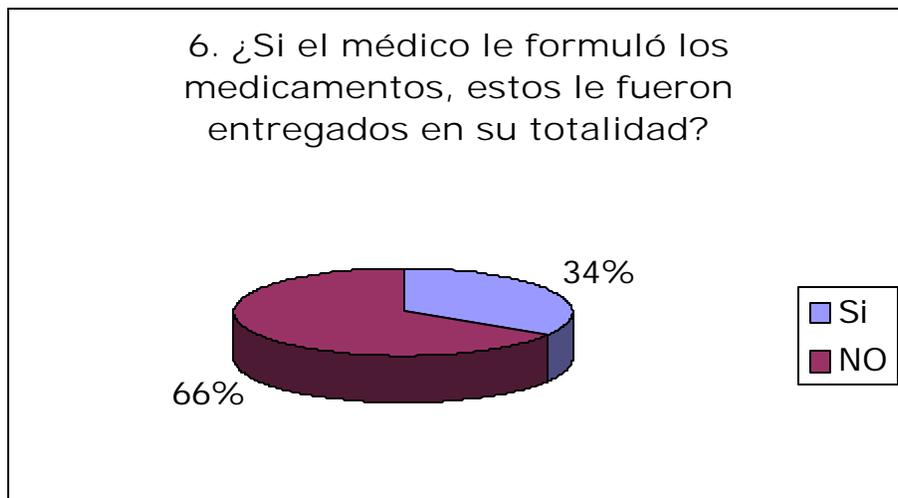


Figura 7. Entrega de medicamentos

De la figura 7 podemos deducir que solo un 34 % de los usuarios encuestados recibieron inmediatamente y en su totalidad los medicamentos recetados por el medico del CAA, el 66 % restante no los recibieron todos en forma inmediata debido a que en CAA se presentan atrasos en el suministro de los medicamentos por parte de los proveedores de la EPS.



Figura 8. Servicios demorados

Los datos de la figura 8 reflejan que solo un 21 % de los usuarios opinan que los tramites son excesivamente demorados lo cual les ha originado problemas en su trabajo, en comparación con un 33 % que aceptan la duración de los diversos tramites en el CAA y un 45 % que respondieron No Aplicable.

La encuesta realizada a los funcionarios del CAA arrojó los siguiente resultados:

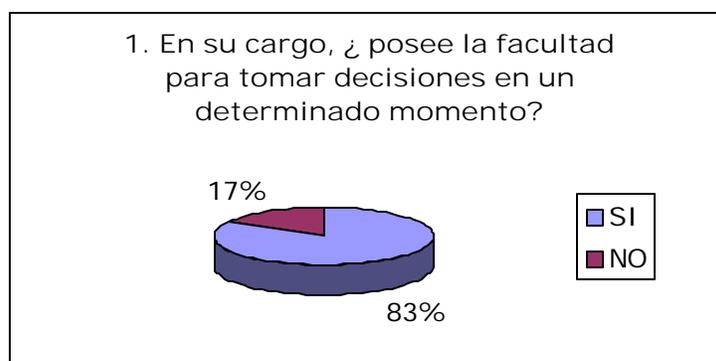


Figura 9. Toma de decisiones

De la figura 9 se deduce que en un alto porcentaje (83 %) se le permite al personal de los diferentes cargos tomar decisiones inmediatas en sus respectivos cargos para lograr un mejor funcionamiento general del CAA, obviamente cumpliendo los procedimientos establecidos por la entidad.

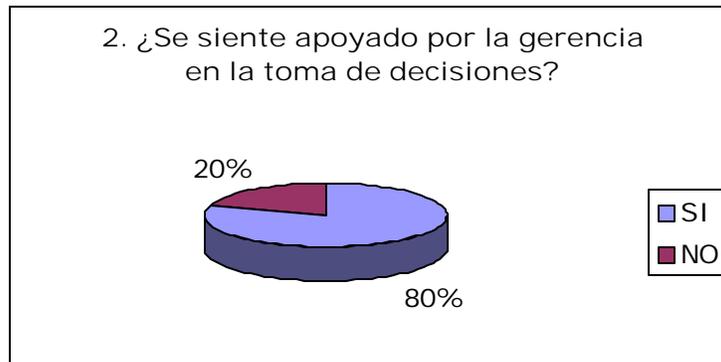


Figura 10. Apoyo de la gerencia

Se puede apreciar, de la figura 10, que en este CAA hay una buena gerencia del recurso humano donde se incentiva y apoya al personal a tomar la iniciativa en cada situación que se pueda presentar en las diversas áreas de trabajos existentes.

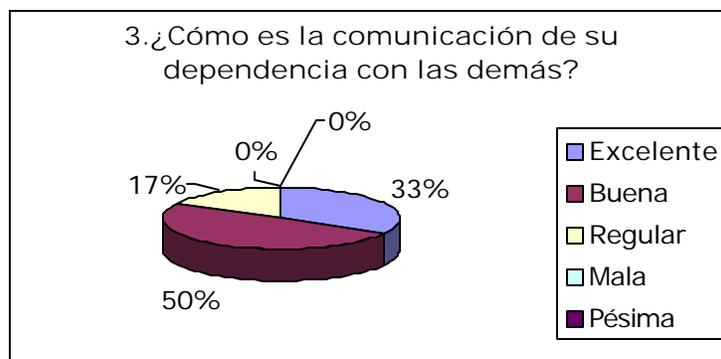


Figura 11. Comunicación Interna

Con estos resultados (Véase figura 11) se puede apreciar que la comunicación entre las diferentes dependencias es muy favorable (83 %). Esto permite brindar un buen servicio a los usuarios que diariamente asisten a las diversas áreas de trabajo en el CAA, las cuales deben trabajar en conjunto cuando se requiera el traspaso de información de un área a otra.

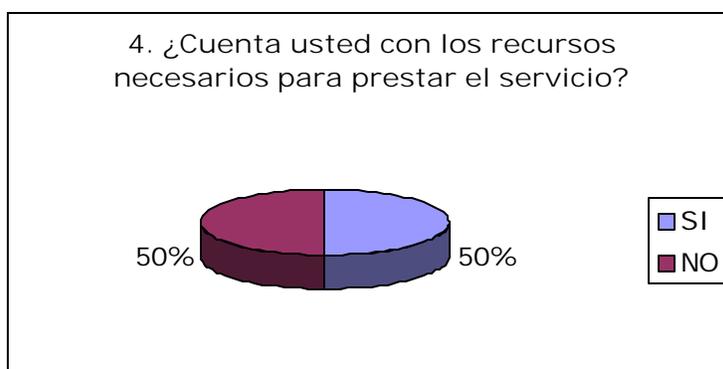


Figura 12. Recursos necesarios

Se puede apreciar que actualmente hay necesidad de recursos en este CAA, ya que solo el 50 % cuenta con los recursos requeridos para prestar un servicio favorable a los diferentes usuarios. (Véase figura 12).

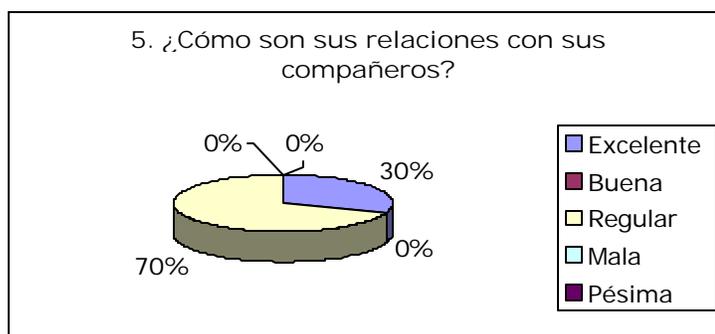


Figura 13. Relaciones internas

La relación entre los diversos compañeros es en un alto porcentaje regular (70%), ya que a pesar de existir una buena comunicación laboral entre las diversas áreas de trabajo, hace falta mayor integración de las mismas para fomentar un ambiente de trabajo más amigable y de compañerismo. (Véase figura 13).



Figura 14. Satisfacción cliente interno

El personal de trabajo de este CAA se encuentra muy satisfecho con el trabajo que realiza (100 %), esto mejora favorablemente la atención al usuario que finalmente es el gran beneficiado. (Véase figura 14).

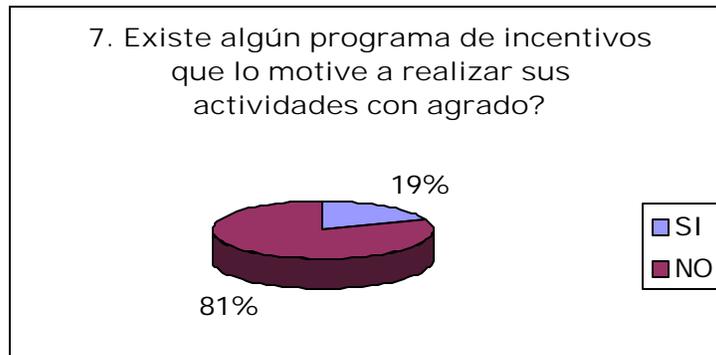


Figura 15. Programa de incentivos

Con este resultado (Véase figura 15) , se ratifica el buen manejo de la gerencia del recurso humano por parte de las directivas del CAA y el apoyo al personal en general al realizar sus funciones laborales diarias.

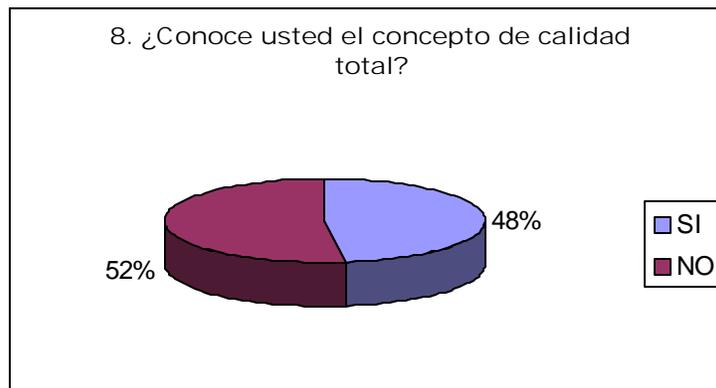


Figura 16. Concepto de calidad total

Este resultado muestra que más del 50 % del personal desconoce el concepto de calidad, por tal razón se requiere difundir el concepto y realizar las charlas de capacitación requeridas. (Véase figura 16).



Figura 17. Aplicación concepto de calidad

Debido a que mas del 50 % de los trabajadores desconoce el concepto de calidad, la aplicación del mismo se realiza en un porcentaje mucho menor equivalente a un 40 %. Se debe capacitar al personal en general con este concepto para lograr una mayor aplicación del mismo. (Véase figura 17)



Figura 18. Satisfacción con el cargo

Se deduce de este resultado que el personal a nivel general se encuentra a gusto con su trabajo desarrollado en este CAA. (Véase figura 18).

2.8. ANÁLISIS SITUACIONAL

Un diagnóstico situacional se realiza describiendo como se encuentra en la actualidad una determinada institución, detectando y analizando las variables que influyen negativa o positivamente en los procesos administrativos y operativos de la misma.

Este diagnóstico se realiza con el fin de controlar las variables antes mencionadas para el mejoramiento continuo de los procesos, además de la verificación de indicadores que permitan la medición de las actividades desarrolladas frente a los parámetros que se establecen.

En el Centro de Atención Ambulatoria Central se ha realizado el diagnóstico situacional con el fin de detectar las fallas en las áreas administrativas y asistenciales, y así dar solución a las mismas pues estas son el principal objetivo de la implementación del sistema de calidad.

El desarrollo de este diagnóstico en el CAA Central se ha realizado a través de observación directa, entrevistas a usuarios y miembros de la institución, además de consultar datos históricos de la institución. También ha permitido una visión mas clara y actual de las diversas problemáticas existentes en los procesos.

A continuación se expone la situación actual del CAA, compuesto por el Área administrativa y asistencial.

El área administrativa la constituyen la gerencia y el grupo de apoyo Administrativo, que esta conformado por archivo clínico, central de suministros, estadísticas, facturación, citas médicas, central de órdenes y servicios generales.

Cabe anotar que el grupo de apoyo administrativo realiza las funciones de los departamentos de estadísticas, financiera, calidad y central de suministros.

El área asistencial se compone de la parte operativa en la prestación de los servicios, medicina general, odontología, nutrición y grupo asistencial de enfermería, como apoyo a esta área se encuentra farmacia, psicología, fisioterapia y trabajo social.

El cuadro 6 que se muestra a continuación sigue el esquema de los departamentos que deberían constituir las áreas del CAA, para así analizar la carencia o existencia de los mismos.

En cada departamento se describen los aspectos positivos y negativos de la forma como realizan sus procesos actualmente.

Cuadro 6. Análisis situacional

ÁREA	DEPARTAMENTO	SITUACIÓN ACTUAL
<p>ÁREA ADMINISTRATIVA</p>	<p>GERENCIA</p>	<p>Poca autonomía, ya que se necesita la aprobación para la toma de decisiones.</p> <p>Insuficiencia de recurso humano para el desarrollo del CAA.</p> <p>Multiplicidad de funciones, tiene que asumir funciones donde no hay personal asignado.</p> <p>Generación de información en el desarrollo del CAA, pero no es utilizada en los siguientes procesos.</p> <p>Disponibilidad para atender a los clientes en cualquier momento.</p>

ÁREA	DEPARTAMENTO	SITUACIÓN ACTUA
<p>ÁREA ADMINISTRATIVA</p>	<p>FINANCIERA</p>	<p>No existe este departamento, las funciones de planeación son realizadas por un grupo de apoyo. Este grupo de apoyo no tiene funciones específicas a cabalidad.</p> <p>Se hace un presupuesto anual basado en CAA.</p>

ÁREA	DEPARTAMENTO	SITUACIÓN ACTUA
<p>ÁREA ADMINISTRATIVA</p>	<p>RECURSO HUMANO</p>	<p>No existe un departamento como tal, las func Gerente.</p> <p>No hay un programa de desarrollo que motive mejor su trabajo.</p> <p>Deficiente comunicación interna, no existe r diferentes áreas del CAA.</p> <p>Debido a la forma de contratación que se personal de Contrato Civil no tiene establecid 59.10% ¹⁰ del que labora en el CAA.</p> <p>La toma de decisión del contrato es centraliza</p>

⁹ Estatuto de Contratación de la Administración Pública, Ley 80 Octubre 28 de 1993.

¹⁰ Dato obtenido de la Tabla de Talento Humano.

ÁREA	DEPARTAMENTO	SITUACIÓN ACTUA
ÁREA ADMINISTRATIVA	FACTURACIÓN	<p>El departamento de facturación no esta estruc</p> <p>No cuenta con elementos técnicos como com</p> <p>decir, no hay personal para cumplir las funcio</p> <p>La entrega de la información no es oportuna.</p> <p>No existe voluntad por parte del personal pa</p> <p>que demanda este departamento para lle</p> <p>adecuadamente.</p>

ÁREA	DEPARTAMENTO	SITUACIÓN ACTUA
------	--------------	-----------------

<p>ÁREA ADMINISTRATIVA</p>	<p>MANTENIMIENTO DE SISTEMAS</p>	<p>No existe este departamento, pues se realizan acciones preventivas, además de esto las acciones se realizan con oportunidad.</p> <p>Además el mantenimiento adecuado para lo que se requiere en el CAA no es realizado.</p> <p>El CAA no maneja sistemas de información u</p>
-----------------------------------	---	--

<p>ÁREA</p>	<p>DEPARTAMENTO</p>	<p>SITUACIÓN ACTUAL</p>
--------------------	----------------------------	--------------------------------

<p>ÁREA ADMINISTRATIVA</p>	<p>ALMACÉN</p>	<p>Aunque existe un área destinada para el control ni el personal suficiente para llevar las funciones de esta área son realizadas por la gerencia.</p> <p>No existe un Stock mínimo de materiales en la oficina para atender las necesidades del CAA.</p>
-----------------------------------	-----------------------	--

ÁREA	DEPARTAMENTO	SITUACIÓN ACTUA
<p>ÁREA ADMINISTRATIVA</p>	<p>GRUPO FUNCIONAL DE CALIDAD</p>	<p>En el CAA Central no existe un departamento</p> <p>Las funciones de calidad son realizadas por gerencia.</p> <p>Los indicadores de cada área son revisados p</p> <p>Un alto número de funcionario desconoce el n y su importancia.</p> <p>Se desconoce el sistema de calidad por parte</p> <p>No se estimula a los funcionarios el sentido de</p>

ÁREA	DEPARTAMENTO	SITUACIÓN ACTUA
ÁREA ADMINISTRATIVA	ARCHIVO CLÍNICO	<p>El recurso humano que existe en el área es de demanda diariamente.</p> <p>Cuentan con los materiales para cumplir sus fi</p> <p>Los funcionarios conocen el proceso de histor</p> <p>No cuentan con un sistema de información co control de las historias, sin embargo manualm para verificar la devolución de las historias.</p> <p>Se cuenta con información oportuna por parte solicitan las Historias Clínicas. Como no exist información al cliente, los pacientes se dirigen información y esto le resta tiempo a las activic desarrollar normalmente los funcionarios de e</p> <p>Cuentan con el área y estantes adecuados pa</p>

ÁREA	DEPARTAMENTO	SITUACIÓN ACTUA
------	--------------	-----------------

¹¹ Resolución 1995, Ministerio de Salud.

<p>ÁREA ADMINISTRATIVA</p>	<p>CENTRAL DE ORDENES</p>	<p>Manejo inadecuado de los sistemas de inform.</p> <p>Acumulación y perdidas de documentos.</p> <p>Tensión laboral, por la aglomeración de usuarios en el servicio.</p> <p>Inoportunidad en la entrega de órdenes.</p> <p>Los funcionarios deben darse a la tarea de cumplir con la normatividad.</p>
-----------------------------------	--------------------------------------	--

<p>ÁREA</p>	<p>DEPARTAMENTO</p>	<p>SITUACIÓN ACTUAL</p>
--------------------	----------------------------	--------------------------------

<p>ÁREA ADMINISTRATIVA</p>	<p>INFORMACION AL CLIENTE</p>	<p>Esta sección no existe, algunas de las funciones realizadas por la trabajadora social.</p> <p>Los usuarios no cuentan con una zona de información o dudas o como mecanismo de atención directa.</p> <p>No cumple con lo establecido en la Ley 100.</p>
-----------------------------------	--	---

<p>ÁREA</p>	<p>DEPARTAMENTO</p>	<p>SITUACIÓN ACTUAL</p>
--------------------	----------------------------	--------------------------------

<p>ÁREA ADMINISTRATIVA</p>	<p>REGISTROS CLÍNICOS</p>	<p>No aparece como sección ni tiene asignado un responsable, por lo tanto esta actividad es realizada por el personal administrativo.</p> <p>No cuenta con las herramientas suficientes para el análisis de la información oportuna, que sirva para la toma de decisiones.</p>
-----------------------------------	--------------------------------------	--

ÁREA	DEPARTAMENTO	SITUACIÓN ACTUA
<p>ÁREA ADMINISTRATIVA</p>	<p>CITAS MÉDICAS</p>	<p>En esta área se dan las citas para:</p> <p>Medicina general, Odontología y Medicina Esq</p> <p>demanda de varios servicios en un mismo siti</p> <p>Deficiencia por parte del talento humano al ap</p> <p>existente ¹².</p> <p>No se cuentan con los materiales suficientes(</p> <p>Oportunidad en la asignación de citas es de 2</p> <p>Diariamente se ofrecen para Medicina Genera</p> <p>correspondientes a las citas asignadas al CA/</p> <p>Para Odontología se ofrecen 100 citas y medi</p> <p>100 fichos a partir de las 8 am hasta las 12 m.</p> <p>entregan las citas que se solicitan.</p>

¹² Decretos 806, resolución 047, Comprobación de Derecho ISS

ÁREA	DEPARTAMENTO	SITUACIÓN ACTUA
<p style="text-align: center;">ÁREA ASISTENCIAL</p>	<p style="text-align: center;">ODONTOLOGÍA</p>	<p>Hay una coordinación de odontología.</p> <p>Cuenta con el recurso humano necesario para</p> <p>Hay 16 odontólogos, cada Odontólogo trabaja asignan 8 pacientes por día.</p> <p>Las fallas generadas en esta sección se debe daños en los equipos y fallas en los servicios </p> <p>La atención es oportuna.</p> <p>Por cada consultorio hay una auxiliar.</p>
ÁREA	DEPARTAMENTO	SITUACIÓN ACTUA

<p style="text-align: center;">ÁREA ASISTENCIAL</p>	<p style="text-align: center;">MEDICINA GENERAL</p>	<p>Las funciones de coordinador médico son realizadas por</p> <p>Se cuenta con 12 Médicos Generales.</p> <p>Las consultas tienen una duración de 15 minutos.</p> <p>Hay 6 consultorios activos.</p> <p>El 45% de los profesionales tienen estabilidad laboral.</p> <p>Talento humano con experiencia.</p> <p>Incumplimiento de algunos médicos en los horarios por razón, algunos pacientes deben esperar más tiempo que</p> <p>Falta de recurso humano (auxiliares de enfermería).</p> <p>Cuando el paciente llega el auxiliar de enfermería no respalda, el paciente debe esperar que el médico lo atienda</p> <p>No existe atención humanizada, es decir, los médicos no interactúan personalmente con el paciente.</p> <p>Suministros deficientes de materiales médico-quirúrgicos</p>
--	--	--

<p style="text-align: center;">ÁREA</p>	<p style="text-align: center;">DEPARTAMENTO</p>	<p style="text-align: center;">SITUACIÓN ACTUAL</p>
--	--	--

<p style="text-align: center;">APOYO ASISTENCIAL</p>	<p style="text-align: center;">TRABAJO SOCIAL</p>	<p>No cumple con el horario de atención a usuarios en el CAA, porque dedica la mayor parte del tiempo a la Prevención y Citas domiciliarias.</p>
---	--	--

<p style="text-align: center;">ÁREA</p>	<p style="text-align: center;">DEPARTAMENTO</p>	<p style="text-align: center;">SITUACIÓN ACTUAL</p>
--	--	--

<p>APOYO ASISTENCIAL</p>	<p>PROGRAMAS PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN</p>	<p>Actualmente se desarrollan programas basados en el mantenimiento de la salud la cual consiste en una historia completa, revisión por parte del odontólogo, odontología, nutrición, enfermería, trabajo social.</p> <p>Estos programas se hacen haciendo clasificar a los pacientes en grupos de un año, de uno a nueve años, de diez a 14 años, de 15 a 29 años, de 30 a 44 años, de 45 a 59 años, y mayores de 60 años.</p> <p>Para llevar a cabo las charlas y demás actividades se requiere del recurso humano y físico necesario.</p>
---------------------------------	--	--

<p>ÁREA</p>	<p>DEPARTAMENTO</p>	<p>SITUACIÓN ACTUAL</p>
--------------------	----------------------------	--------------------------------

<p>APOYO ASISTENCIAL</p>	<p>FARMACIA</p>	<p>No cuenta con el recurso humano necesario p demanda.</p> <p>El número promedio de fórmulas diarias es de aproximadamente el 42% son despachadas c estas fórmulas son para drogas de control o p o fórmulas incompletas, drogas entregadas p drogas pendientes.</p> <p>Los pacientes se quejan por la falta de drogas</p> <p>Esta área de apoyo asistencial cuenta con un computarizado, que permite mantener un con</p>
---------------------------------	------------------------	--

<p>ÁREA</p>	<p>DEPARTAMENTO</p>	<p>SITUACIÓN ACTUA</p>
--------------------	----------------------------	-------------------------------

¹³ Datos históricos del CAA, obtenidos de los registros diarios.

<p>APOYO ASISTENCIAL</p>	<p>FISIOTERAPIA</p>	<p>Cuentan con dos Fisioterapeutas, cada una tr</p> <p>Las citas son entregadas después de la una d</p> <p>Se cuenta con camillas y sillas.</p> <p>Los equipos están en buen estado.</p> <p>Se satisface la demanda.</p> <p>Los pacientes están satisfechos con este serv</p>
---------------------------------	----------------------------	---

ÁREA	DEPARTAMENTO	SITUACIÓN ACTUA
APOYO ASISTENCIAL	NUTRICIÓN	<p>Cuenta con un consultorio, prestando 8 horas consulta y 4 horas de promoción y prevención</p> <p>Cada consulta tiene una duración de media hora y forma la demanda.</p> <p>Este consultorio posee los servicios públicos para desarrollar sus funciones, pero no cuenta con mantenimiento en caso de que se requiera.</p> <p>Esta área cuenta con los recursos necesarios</p>

ÁREA	DEPARTAMENTO	SITUACIÓN ACTUA
------	--------------	-----------------

<p>APOYO ASISTENCIAL</p>	<p>PSICOLOGÍA</p>	<p>Esta área es eficiente en el cumplimiento de s</p> <p>Se hacen citas individuales, de pareja y de gru</p> <p>Se hacen programas de Promoción y Prevenc</p> <p>Las citas individuales son de 40 minutos, las c</p> <p>minutos y la de grupo tienen una duración de</p> <p>En el CAA laboran dos Psicólogas una de plan</p> <p>una por contrato civil que trabaja 8 horas.</p>
---------------------------------	--------------------------	---

<p>ÁREA</p>	<p>DEPARTAMENTO</p>	<p>SITUACIÓN ACTUA</p>
--------------------	----------------------------	-------------------------------

<p>APOYO ASISTENCIAL</p>	<p>ASISTENCIAL ENFERMERÍA</p>	<p>Asistencial de enfermería esta compuesta por Curaciones y Enfermería.</p> <p>En Citología se cuentan con los recursos al principio del año hay que esperar presupuesto.</p> <p>Se realizan en promedio 30 citologías diarias.</p> <p>No hay que apartar cita, se atiende por orden.</p> <p>En la parte de curaciones no se cuenta con soluciones y tensiómetros.</p> <p>Obsolescencia de aparatos.</p> <p>En esta área existen dos enfermeras, practicante.</p>
---------------------------------	--	--

¹⁴ Ver análisis de la demanda

ÁREA	DEPARTAMENTO	SITUACIÓN ACTUA
<p>ÁREA ADMINISTRATIVA</p>	<p>SERVICIOS GENERALES</p>	<p>Este departamento no existe como tal, pero lo Aseo general, Ascensor y Mantenimiento cum pueden fusionar en este departamento.</p> <p>El servicio de seguridad es deficiente.</p> <p>El servicio de Aseo General es subcontratado</p> <p>El mantenimiento de la edificación es deficien recurso humano asignado para esta función.</p> <p>El servicio prestado por los ascensoristas no e</p>
ÁREA	DEPARTAMENTO	SITUACIÓN ACTU

<p>ÁREA ADMINISTRATIVA</p>	<p>INFRAESTRUCTURA FÍSICA</p>	<p>La infraestructura física esta en buenas c</p> <p>No existe señalización en el CAA.</p> <p>El ascensor con el que se cuenta tiene m</p> <p>daña con frecuencia.</p> <p>Elementos fuera de uso en sitios inadecu</p> <p>No existen normas de seguridad industria</p> <p>A las instalaciones no se les realiza ningú</p> <p>(vidrios, abanicos, reparación).</p> <p>Instalaciones eléctricas no cubiertas.</p> <p>Los servicios sanitarios y de plomería sor</p> <p>La ventilación y la iluminación de las edifi</p>
-----------------------------------	--	---

3. DISEÑO Y DESARROLLO DEL SISTEMA DE CALIDAD EN EL CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA CENTRAL

3.1. ANTECEDENTES

La experiencia del Seguro Social en sistemas de garantía de calidad de salud se inicia con la conceptualización del marco teórico de la calidad de los servicios de salud, se edita el primer documento básico sobre evaluación de calidad de atención de los servicios de salud en el ISS en 1983, en el cual se dan los lineamientos generales que sirvieron de marco para el desarrollo y trabajo de la Oficina de Calidad.

Entre 1984 y 1991 se desarrolla la etapa de evaluación y se impulsa la aplicación de los reglamentos para la organización y funcionamiento de los comités de evaluación de calidad y de auditoría clínica, como los protocolos del monitoreo y de atención en salud en todo el país se inicia la aplicación de la evaluación de la historia clínica médica-ambulatoria de primera vez, evaluación de la utilización de cama hospitalaria, diagnóstico de recurso y demanda del laboratorio clínico, evaluación de la historia clínica odontológica, evaluación de incapacidades, evaluación de la mortalidad hospitalaria, diagnóstico de recursos y morbilidad, servicios de terapia física ocupacional y del lenguaje, normalización

para organización de los archivos de expedientes clínicos.

En 1986 se efectuaron los estudios de diagnóstico de evaluación de calidad, programa de atención médica-fertilidad humana, control de la seguridad en los laboratorios clínicos del ISS, diagnóstico de la estructura del cuidado que brindan las enfermeras en los servicios materno infantil en el ISS. Con base en la experiencia anterior en 1989 se da origen al documento “ garantía de calidad de los servicios de salud ii documento básico”.

En 1992-1996 aparece la etapa de control dando inicio al proceso de acreditación, desarrollo de monitorías y se organizan equipos de mejoramiento continuo.

Durante el año de 1996 con la experiencia del Instituto de Seguros Sociales de Colombia en sistemas de garantía de calidad en los servicios de salud, se elaboró un documento sobre la planeación del desarrollo de un programa de mejoramiento continuo para la implantación del sistema de garantía de calidad en los servicios de salud apoyado por OISS (Organización de Institutos de Seguridad Social) y OPS (Organización Panamericana de la Salud) que sirviera como marco para desarrollar y promover estudios sobre sistemas de garantía de calidad en Latinoamérica y sirviera como aporte técnico en el tratamiento de los temas en el

diagnóstico y búsqueda del mejoramiento continuo a las instituciones de seguridad social.

El Seguro Social para dar cumplimiento a la reglamentación vigente en lo establecido en el Decreto 2174 de 1996, sobre la organización del sistema obligatorio de garantía de calidad del sistema general de seguridad social en Salud (Ver Anexo A); ha venido desarrollando e implementando dicho sistema en cabeza de la gerencia nacional de calidad de servicios de salud, dependencia de la Vicepresidencia EPS.

En el decreto de la referencia se establece la necesidad de ajustar los modelos de calidad desarrollados de manera que cada instancia cumpla con lo dispuesto en el artículo cuarto, en el cual dispone que las Entidades Promotoras de Salud y las entidades que se le asimilen, y las prestadoras de servicios de salud desarrollen sistemas de garantía de calidad bajo las condiciones previstas en el presente decreto de conformidad con la normatividad que para tal efecto expidió el ministerio de salud.

La gerencia nacional de calidad de servicios de salud incorporó dentro de su Plan de trabajo para 1998 el apoyo y asesoría para el desarrollo de los procesos de

calidad en el negocio de la IPS Seguro Social (Institución Prestadora de Servicios de Salud).

El CAA Central como IPS está sujeto a ceñirse a la reglamentación establecida para el sistema de calidad, sin embargo dicha reglamentación no se ha establecido como estándar para el desarrollo de sus procesos, solo se han realizado algunos esfuerzos para mejorarlo como es el diseño, por parte de la gerencia del CAA Central, de un plan de excelencia que conducía a mejorar la calidad de los procesos a través de la capacitación a los empleados.

En el año 2001 los esfuerzos por implementar este plan fueron en vano, no se tomó conciencia suficiente de lo que significaba para el CAA.

3.2. DEFINICIONES

La atención con calidad define el punto en donde concurren la satisfacción del usuario, el deber ser de la práctica profesional y la más óptima utilización de los recursos.

Para obtener todos estos beneficios primero que todo se deben conocer los principios conceptuales que enmarcan el concepto de calidad, la definición y los elementos de dicho concepto.

3.2.1. Principios conceptuales que enmarcan el concepto de calidad

3.2.1.1. Los dos componentes del cuidado de la salud. El cuidado del paciente tiene dos componentes: uno técnico y otro interpersonal:

- ❖ **La dimensión técnica** de la calidad se compone de la aplicación de las técnicas y procedimientos mediante los cuales se brinda la atención y depende del balance de los riesgos y beneficios esperados.

- ❖ **La dimensión interpersonal** de la calidad consiste en satisfacer las expectativas del paciente y las normas sociales y profesionales.

Aunque estas dimensiones están mutuamente relacionadas, tienen cierto nivel de independencia en su comportamiento, por lo cual para que una atención sea considerada de calidad debe cumplir con las especificaciones tanto en la dimensión técnica como en la interpersonal.

3.2.1.2. Principio del beneficio máximo alcanzable. El desempeño esperado del CAA debe enfocarse a alcanzar el máximo beneficio posible, tal concepto ha sido denominado el “Principio del Beneficio Máximo Alcanzable”, el cual implica:

- ❖ **En relación con la eficacia:** deben seleccionarse la tecnología, los medios y las prácticas con la mayor capacidad para obtener los mejores resultados en los procesos.

- ❖ **En relación con la efectividad:** el desempeño observado debe compararse contra el máximo alcanzable, con el propósito de analizar los factores que lo afectan negativamente, generalmente ligados a deficiencias en la utilización de los recursos, en el diseño de los procesos o en el desempeño del recurso humano, con el propósito de llevar a cabo las acciones de mejoramiento adecuadas. Los estándares deben ser fijados por encima del desempeño observado pero por debajo o igual a los que definen el “máximo beneficio alcanzable”.

- ❖ **En relación con la eficiencia:** los resultados deben alcanzarse con el mínimo costo, y el mínimo de afectación de la efectividad.

Una atención de calidad debe apuntar a utilizar los medios más eficaces, eliminado al máximo los factores que afectan negativamente el impacto de los servicios prestados por el CAA a sus afiliados al menor costo posible.

3.2.1.3. Principio de la variabilidad de los procesos. Los procesos mediante los cuales el desarrolla sus actividades y presta sus servicios son variables, siendo la variabilidad una de las fuentes importantes de desbordamiento de las fallas y de errores; dicha variabilidad puede ser clasificada en dos tipos:

- ❖ **La variación aleatoria**, la cual hace referencia al comportamiento regular del proceso, y las causas que la originan se denominan “causas comunes”, las cuales son atribuibles a deficiencias o falta de estandarización en los procesos, por lo cual se debe trabajar en el rediseño de los mismos.
- ❖ **La variabilidad esporádica** hace referencia a resultados u observaciones en el proceso que tienen muy pocas probabilidades de ocurrencia, asumiendo solamente la variabilidad natural, usualmente representan desviaciones del proceso regular, frecuentemente errores humano. Las causas que la originan se denominan causas “especiales” o “esporádicas”. Tales variaciones sugieren que el proceso fundamental ha cambiado, para bien o para mal, por lo cual cuando se identifica una causa especial de variación, se debe buscar que la origina para lograr que el proceso de mejoramiento impacte en las verdaderas causas y sea estable en el tiempo.

De los conceptos previos se deriva el de “**control estadístico**” el cual se refiere a la estabilidad y predicción de un proceso sobre el tiempo y el tipo de variabilidad que existe. Un proceso que es completamente estable en el tiempo exhibe solamente variabilidad natural, la cual es comportamiento aleatorio regular que permanece inalterado y del cual se dice que está en un estado de control estadístico.

Inversamente, un proceso que cambia respecto a su norma exhibirá variación esporádica y será referido como estando fuera de control estadístico.

3.2.2. Definición de calidad en los servicios de salud. Es el grado en el cual los servicios brindados al usuario incrementan la probabilidad de obtener el máximo beneficio alcanzable consideradas la dimensión técnica y la interpersonal de la atención, y reducen la probabilidad de ocurrencia de efectos no deseados, tanto en el ámbito individual como en el de la población afiliada.¹⁵ Esta definición tiene varias implicaciones:

- ❖ Un desempeño organizacional y/o individual de calidad implica la mejor relación posible en el balance entre beneficios, costos y riesgos.

¹⁵ Definición suministrada por la EPS

- ❖ La calidad se entiende como un concepto que incluye todas las áreas en las cuales el CAA se relaciona directa o indirectamente con el usuario y no solamente se refiere a la prestación de servicios de salud.
- ❖ Los criterios y estándares mediante los cuales se realicen las mediciones de la calidad tendrán como punto de referencia las necesidades y expectativas del usuario.

3.2.3. Cualidades de la calidad. El concepto de calidad para el desarrollo del Sistema está integrado por siete cualidades interrelacionadas:

- ❖ Efectividad: Éxito que la prestación de servicios del CAA alcance en la obtención de los resultados esperados en las condiciones reales en las cuales se desarrolla dicha prestación.
- ❖ Eficiencia: Hace relación a la obtención de los resultados esperados con la mejor utilización de los insumos y desarrollo de los procesos.
- ❖ Continuidad: Implica que los diferentes procesos se realicen con la secuencia y con las especificaciones requeridas.

- ❖ Oportunidad: Implica que el servicio requerido por el usuario sea brindado en el momento que lo necesite, indiferentemente que se trate de un servicio del aseguramiento o de la prestación de servicios de salud.
- ❖ Accesibilidad: Hace referencia a la posibilidad que el usuario tenga de recibir los servicios que solicita y requiera.
- ❖ Satisfacción: Implica que el usuario perciba que se han cumplido o incluso excedido sus necesidades de atención de acuerdo a sus expectativas.
- ❖ Adecuación: Hace referencia a que se brinden al paciente los recursos requeridos para la prestación del servicio más aconsejable de acuerdo a los conocimientos y las recomendaciones de la evidencia y la buena práctica científica, con la más óptima utilización de éstos.

3.2.4. Descripción del ciclo de mejoramiento de la calidad. La metodología de la evaluación y mejora de la calidad se basa en el seguimiento de los pasos de un Ciclo de Evaluación¹⁶, que a continuación se ilustra:

¹⁶ Podemos encontrar diferentes versiones del ciclo de la mejora de la calidad, ejemplos en el modelo industrial: Juran Institute, el ciclo Deming, el PHVA, en el modelo “asistencial” el Ciclo de la Garantía de la Calidad (H. Palmer).

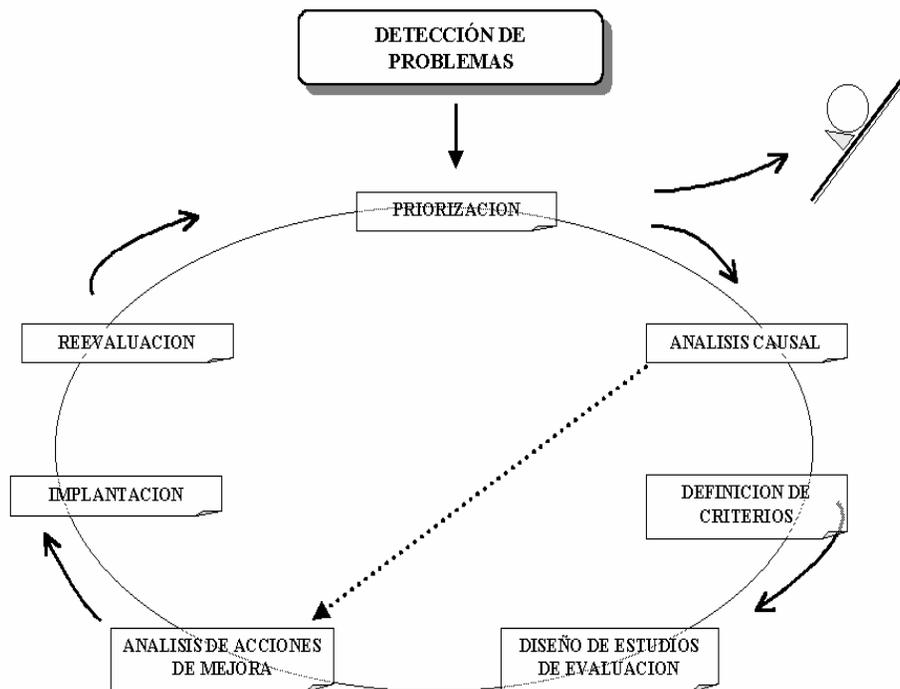


Figura 19. Ciclo de la calidad

Los pasos del ciclo de mejora continua se deben desarrollar de la siguiente manera:

Detección de problemas: Consiste en la búsqueda de problemas que se estén presentando en una determinada área o servicio, pero fundamentalmente relacionado con el usuario. Se hará mediante diferentes fuentes formales o no formales como son: lluvia de ideas, estudio de opinión del cliente externo e interno, etc.

Prioridad de problemas: Con base en los problemas detectados, se procederá a agruparlos en orden descendente según la importancia. Los criterios con los cuales se procede para definir dicha información será: extensión, gravedad, vulnerabilidad, costo.

Análisis causal: Con base en la prioridad se identifican las diferentes causas que estén generando el problema y si existen causas secundarias de las inicialmente identificadas.

Definición de criterios de Evaluación: Se establecen criterios de calidad en la prestación del servicio que se está analizando. Los criterios son elementos que debe cumplir la atención para que se considere de calidad; se recomienda no establecer mas de cinco criterios y preferiblemente que sean explícitos, fáciles de cuantificar y comprensibles, junto al criterio se especificará su estándar que se define como el valor numérico que se debe cumplir un criterio para alcanzar su aceptabilidad.

Diseño de estudios de evaluación: Cuando la información obtenida a través del análisis causal no nos permite identificar acciones que generen el impacto deseado, se deberá diseñar un estudio que permite identificar con un nivel de precisión las causas que van a lograr el mayor impacto. El objetivo de estos estudios es medir el grado de cumplimiento de los criterios establecidos y las causas de la falta de cumplimiento. Los estudios de evaluación parten de la evidencia científica; se utilizan fundamentalmente estudios de observación y especialmente de descripción en los que se evalúa la calidad práctica.

Análisis de acciones de mejora: Se deben buscar las estrategias y acciones que permitan corregir el problema determinado. En esta fase es muy importante tener en cuenta el grado de cumplimiento de los criterios, puesto que así se podrán determinar las causas en la que se van a trabajar para generar mejoras.

Implantación de acciones de mejora: La implementación está estrechamente ligada a la planificación de diferentes estrategias para favorecer el cambio y tratar las resistencias que todo cambio provoca. Por lo tanto se debe trabajar en buscar acciones para lograr el cambio y detectar las posibles resistencias, el motivo de las mismas y las acciones a tomar.

Ahora bien, después de conocer los conceptos básicos de calidad, se puede entrar a detallar en que consiste el Sistema de Calidad y cuáles son sus componentes.

3.3. CARACTERISTICAS DEL SISTEMA DE CALIDAD

3.3.1 ¿Qué es el sistema de calidad? Es una herramienta gerencial constituida por el conjunto de insumos y procesos que destina el CAA con la finalidad de incrementar el desempeño de la organización determinando en qué medida los resultados de los procesos realizados y de la atención brindada satisfacen las necesidades del afiliado a la Institución, tanto en la dimensión técnica como en la interpersonal, con la mayor efectividad y la más óptima utilización de los recursos

(Principio del Beneficio Máximo Alcanzable) e incentivando los procesos de mejoramiento requeridos.¹⁷

3.3.2. Componentes del sistema de calidad. La Implementación del Sistemas de Garantía de Calidad de los Servicios de Salud en el CAA central estará constituido por cinco componentes básicos que son:

1. Evaluación de la calidad de los recursos.
2. Acreditación del servicio en su estructura, proceso y resultado.
3. Monitoría del proceso de atención.
4. Auditoría clínica directa.
5. Satisfacción del cliente externo e interno.

La evaluación¹⁸ de estos componentes debe hacerse con periodicidad, para asegurar la calidad del servicio para el usuario.

La evaluación periódica de estos componentes asegura a cada usuario recibir la atención específicamente indicada para alcanzar un resultado óptimo, con máxima satisfacción del usuario por servicio recibido.

3.3.2.1. Componente 1: Evaluación de calidad de los recursos. La evaluación de la calidad de los recursos consiste en la valoración de las características de

¹⁷ Definición suministrada por la EPS.

¹⁸ Esta evaluación es detallada en el capítulo siguiente.

calidad de los insumos, equipos, recurso humano y todos los demás recursos que interactúan en el proceso de la prestación del servicio asistencial.

- ❖ **Características de los recursos físicos.** En el diagnóstico situacional se detallaron las condiciones de los insumos, equipos y recursos que posee el CAA para prestar sus servicios. La dotación con la que cuenta el CAA no es suficiente para desarrollar eficientemente sus procesos, por lo cual a continuación se especifica el equipamiento básico que deben poseer los consultorios de la Institución para garantizar una excelente prestación en sus servicios.

Muebles de oficina básicos:

- Escritorio
- 3 sillas
- Caneca sencilla
- Negatoscopio
- Perchero
- Teléfono
- Intercomunicador con enfermería
- Lavamanos y toallas

Muebles y equipos básicos para todo consultorio médico:

- Mesa para examen general y ginecobstétrico

- Escalerilla
- Taburete giratorio sin espaldar
- Lámpara cuello de cisne
- Dos canecas de levante a pedal (para desechos biológicos y comunes)
- Mesa auxiliar
- Biombo
- Perchero
- Silla
- Tensiómetro
- Fonendoscopio
- Equipos para órgano de los sentidos
- Bajalenguas
- Termómetro rectal
- Termómetro axilar
- Linterna
- Martillo de reflejos
- Pesas con tallímetro
- Guantes
- Pinza de material
- Pinza Kelly
- Pinza para disección

- Tijera para (retiro de puntos)
- Cinta métrica
- Tabla para valoración de agudeza visual

Equipamiento básico para cualquier consultorio odontológico:

- Silla giratorio
- Silla auxiliar
- Esterilizador autoclave o aire seco
- Mueble para instrumental
- Algodonera de acero inoxidable
- Modelo plástico de dentadura lámpara de fotocurado
- Amalgamador
- Compresor
- Pieza de mano esterilizable
- Micromotor
- Contra-ángulo
- Equipo de rayos X odontológico
- Caja para revelado
- Scaler
- Curetas para periodoncia

Instrumental básico para restauración:

- Espejo con mango

- Explorador bucal
- Cucharilla de Black
- Sonda periodontal
- Pinza algodонера

Instrumental de obturación temporal:

- Aplicador de dycal
- Espátula de Ward
- Espátula para cemento
- Espátula FP3

Instrumental de operatoria:

- Bruñidor de horqueta
- Condensador de amalgama
- Discoide-cleoide
- Empacador de amalgama
- Porta-amalgama
- Portamatriz
- Bruñidor 21B
- Tallador de Frank
- Espátula para resina
- Cepillo limpiafresas
- Jeringa crápula

Instrumental para endodoncia:

- Explorador de conducto
- Sonda periodontal
- Juegos de grapas anteriores, posteriores, superiores e inferiores
- Portagrapas
- Perforador de tela de caucho
- Arco de young metálico
- Dentímetro metálico
- Espaciador de conductos
- Condensadores de gutapercha
- Quemadores de glick
- Mechero
- Juegos de limas k-flex 1^{era} serie y 2^{da} serie
- Juegos de tiranervios
- Juegos de fresas de gates

Instrumental de periodoncia:

- Sonda periodontal
- Cureta McCall 13-14
- Cureta McCall 17-18
- Raspador CK6
- Raspador CK4

Instrumental básico para cirugías:

- Forceps 150
- Forceps 151
- Forceps 69
- Forceps 65
- Forceps 16
- Forceps 24
- Elevador recto acanalado
- Elevador recto plano
- Elevador angulado derecho
- Elevador angulado izquierdo
- Elevador apical derecho
- Elevador apical izquierdo
- Alveolotomo ogubia
- Lima para hueso
- Porta-aguja
- Pinza hermostática Kelly
- Pinza hermostática mosquito
- Mango para bisturí
- Tijeras para gingivectomía
- Cureta de Lucas

- Periostotomo
- Retractor de colgajo
- Tijeras para material
- Pinza de disección Adson (con garra y sin garra)
- Tijeras para puntos
- Fresa quirúrgica

❖ **Características del Recurso Humano.** Para evaluar el recurso humano el CAA debe seguirse por el manual de funciones por cargo¹⁹, con el fin de revisar si el personal está cumpliendo con sus actividades, debido a que la mejora del trabajo individual es el complemento necesario al sistema para que todas y cada una de las actividades del CAA vayan en línea con la satisfacción del cliente externo. El manual de funciones solo especifica algunas funciones por cargo, es por esto que debe complementarse con el seguimiento de la Ley 1403, que establece funciones conjuntas por departamento.

La mejora del trabajo individual debe pasar por varias etapas, tales como:

1. Identificar clientes y proveedores internos

¹⁹ Diseñado por las analistas (Ver anexo L)

2. Concretar las necesidades de los clientes internos y proveedores internos
3. Fijar los objetivos de la calidad del propio cargo
4. Establecer un plan de acciones correctivas y seguimiento de las mismas
5. Repetir el proceso continuadamente

La mejora continua obliga a reflexionar a cada trabajador sobre su cargo para diferenciar lo necesario de lo innecesario, eliminar lo innecesario, y de lo necesario distinguir lo que hacen bien y mal para corregir esto último.

Los siguientes indicadores refuerzan la evaluación del recurso humano:

% de Ausentismos

$$\frac{\text{Nº de Horas Ausentes en el periodo}}{\text{Nº Total de Horas Contratadas en el periodo}}$$

% de Ausentismos reemplazados

$$\frac{\text{Nº de Horas ausentismo no reemplazados en el periodo}}{\text{Nº Total de Horas Ausentismo en el periodo}}$$

Índice de Capacitación

$$\frac{\text{TotalHoras de Capacitación en el Periodo}}{\text{TotalHoras Contratadas en el Periodo}}$$

3.3.2.2. Componente 2: Evaluación del servicio en su estructura, proceso y resultado. Dentro de este componente se evalúa el servicio en su estructura, proceso y resultado. Esta evaluación persigue la Acreditación de los recursos institucionales, de sus procesos y sus resultados, el cual se realiza periódicamente, el análisis y el concepto técnico generado es de carácter reservado y su objetivo es garantizar la calidad de la atención a través de la revisión de estándares establecidos, como es la evaluación de los requisitos esenciales.

Esta evaluación verifica el cumplimiento de unos requisitos mínimos, según el nivel de riesgo de atención, el objeto del contrato y el nivel de complejidad de la oferta, para esperar que el servicio que recibirá el cliente sea eficaz.

Para dar cumplimiento lo establecido en el Decreto 2174, Artículo 17, el CAA presentó la declaración de requisitos esenciales definidos, por la Resolución 4252 de Noviembre de 1997 (ver anexo A), donde afirma ante la autoridad competente:

Departamento Administrativo Distrital de Salud DADIS, que los servicios que ofrecen cumplen con los requisitos esenciales establecidos por el Ministerio de Salud. Dicha declaración fue realizada el 7 de Marzo de 2001 y está vigente hasta el 6 de Marzo de 2003.

Cada vez que se presente la Declaración de los Requisitos esenciales según el Ministerio de Salud se debe dar cumplimiento a los pasos establecidos en el Memorando 4834 de la Vicepresidencia de IPS del 11 de Diciembre de 1997. (Ver anexo A).

Dentro del sistema de calidad la evaluación del servicio en su estructura, proceso y resultado busca mejorar y mantener la buena calidad en la atención, haciendo estimaciones sobre los recursos humanos, físicos, financieros y organizacionales, y, creando mecanismos de control tanto del proceso como de sus resultados mediante el seguimiento y análisis de indicadores para lograr la mejora continua.

No hay duda que la meta final para un sistema de garantía de calidad es la satisfacción del usuario, a través de una atención competente, apropiada y oportuna, sin duplicación o sobreutilización de los recursos con un mínimo de complicaciones. A lo anterior debe agregarse que para la el CAA es básico que la atención se de a costos razonables.

3.3.2.3. Componente 3: Monitoría del proceso de atención. Monitoría del Proceso de Atención es la identificación de la variación del riesgo del servicio asistencial durante el proceso de su ejecución.

La monitoría resulta de la necesidad de detectar las fallas de calidad en el proceso, sin que entre un incidente y otro transcurra demasiado tiempo y la solución oportuna incida en el bienestar del usuario.

En el CAA la monitoría deberá realizarse por tipo de procesos y área funcionales.

- *Tipos de procesos y áreas funcionales. **Diferenciamos tres tipos de procesos en los cuales se materializan las funciones centradas en el cliente:***

Procesos Visibles. *Son aquellos mediante los cuales se brindan los resultados finales que el cliente requiere, por lo tanto, en ellos están dirigidas en primer término las expectativas de este, y generalmente es en donde se expresan los problemas de calidad y en donde también en general se deben monitorizar los resultados de los procesos de mejoramiento, no obstante, los resultados de estos procesos están determinados por lo que ocurre en los intermedios e intangibles.*

Dentro de este grupo de procesos se encuentran:

- **Procesos del Aseguramiento:** adscripción, autorizaciones, comprobación de derechos y atención al cliente.
- **Procesos de la Prestación de Servicios de Salud:** atención médica ambulatoria, atención odontológica, procesos de promoción y prevención, apoyo diagnóstico y terapéutico.

La Monitoría de esta clase de procesos se debe realizar con el uso de indicadores que permitan controlar si el usuario recibió o no la atención solicitada.

La monitorización de la atención en los procesos del aseguramiento se realiza a través de la utilización de los siguientes indicadores:

Adscripción

$$\frac{\text{Nº de Usuarios Adscritos}}{\text{Total de Población asignada para el CAA}}$$

Autorizaciones

$$\frac{\text{Nº de Citas u Órdenes otorgadas}}{\text{Total de Citas u Órdenes solicitadas}}$$

Comprobación de Derechos

$$\frac{\text{Nº de Usuarios comprobados}}{\text{Total de Usuarios que solicitan el servicio}}$$

Atención al Cliente

$$\frac{\text{Nº de clientes satisfechos}}{\text{Total atendidos}}$$

Atención Médica Ambulatoria – Atención Odontológica

$$\frac{\text{Nº de Consultas realizadas}}{\text{Total de consultas programadas}}$$

Promoción y Prevención

$$\frac{\text{Nº de Usuarios asistentes}}{\text{Total de usuarios invitados}}$$

Procesos Intermedios. *Son aquellos con los cuales el cliente interactúa ocasionalmente, pero que cuando fallan pueden constituir importantes barreras para la prestación de los servicios con calidad, fuente importante de incremento en los costos de no calidad, y consecuentemente, en los cuales durante el desarrollo de los procesos es importante monitorizar*

además de sus resultados específicos como área administrativa, la oportunidad y eficiencia con la cual entregan estos a las áreas responsables del primer grupo de procesos.

Dentro de este grupo de procesos se han identificado como los más críticos y en los cuales debe enfocarse inicialmente el interés: Medicamentos, Apoyo Diagnóstico y Apoyo Terapéutico.

Los siguientes indicadores se utilizan para monitorizar la atención en los procesos intermedios:

Medicamentos

$$\frac{\text{Nº de Medicamentos entregados}}{\text{Total Pedidos}}$$

Apoyo Diagnóstico y Terapéutico

$$\frac{\text{Nº de Usuarios Atendidos}}{\text{Total Programados}}$$

Procesos Intangibles. Son aquellos con los cuales el cliente nunca o solamente de manera excepcional interactúa, pero que sirven de soporte a todos los otros procesos y generalmente es en estos en donde se encuentran muchas de las causas aleatorias de variabilidad. Su

importancia radica en que en el enfoque previo de garantía de calidad, estos procesos no son abordados, con la consecuencia de que los procesos de mejoramiento son episódicos y retroceden con facilidad en sus logros. En el planteamiento de mejoramiento continuo, el análisis de la ruta causal debe llegar hasta ellos y la monitorización de los procesos de mejoramiento se debe evaluar fundamentalmente en la medida en que los correctivos o rediseños realizados en estos procesos lleguen bajo la forma de resultados de la atención al cliente final.

Algunos de estos procesos que se han identificado como críticos son: contratación, financieros, planeación, suministros, jurídicos, mercadeo.

Contratación

$$\frac{\text{N° de Personal Contratado}}{\text{Total personal requerido}}$$

Financieros

$$\frac{\text{Recurso Financiero entregado}}{\text{Presupuesto solicitado}}$$

Suministros

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de suministros entregados}}{\text{Total suministros pedidos}}$$

Jurídicos

N° de Decretos, Memorandos que fluyan en el CAA para su cumplimiento

Mercadeo

N° de Campañas Realizadas para la Afiliación de nuevos usuarios

Para complementar la Monitoría de cada uno de los Procesos es útil el uso de los siguientes indicadores:

Oportunidad en la Atención

Fecha de Atención - Fechas de solicitud

Rendimiento

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de consultas realizadas}}{\text{N}^{\circ} \text{ de horas laboradas}}$$

El proceso de atención que se desarrolla en los procesos de prestación de servicios de salud antes mencionados se debe dar en cuatro fases secuenciales

lógicamente desarrolladas e interrelacionadas, a través de las cuales se deben llevar a cabo los procesos con la mayor oportunidad y sin desperdicio de recursos, que son metas de un Sistema de Garantía de Calidad.

- **Fases del proceso de atención**

Fase 1: Obtención de la información: proceso de recolección de Información mediante el cual el prestador del servicio (médico, enfermera, trabajadora social, fisioterapeuta, odontólogo, psicólogo, etc.) genera una base de datos útiles para el análisis y resolución del cuadro clínico:, examen físico, revisión de sistemas, así como la utilización de las ayudas diagnósticas e ínter-consultas. En tal fase se espera del funcionario que presta el servicio que optimice su capacidad clínica y utilice los elementos diagnósticos a su alcance con la mayor relación costo-beneficio

Fase 2: Producción de un diagnóstico: En la cual se incluyen la elaboración de una impresión diagnóstica presuntiva inicial y en un segundo momento un diagnóstico que se llamará “definitivo”, independientemente del hecho de que durante la evolución del cuadro clínico pueda ser replanteado en la fase de evaluación de resultados.

Fase 3: Definición de una conducta: la cual debe ser racional, suficiente e integral y acorde con el POS (Plan Obligatorio de Salud) y las Guías de Práctica Clínica del Seguro Social, comprende los aspectos de terapia farmacológica, terapia no farmacológica e instrucciones educativas al paciente.

Fase 4: Evaluación de Resultados: Comprende el análisis de los resultados de la terapia, en aspectos tanto relacionados con el proceso clínico como con los factores externos a él, pero que están afectando la evolución del paciente.

3.3.2.4. Componente 4: Auditoría clínica. La Auditoría está definida como la revisión y supervisión de la estructura y desarrollo de las actividades administrativas y asistenciales, con el fin de que cada usuario reciba la atención que desea con un resultado óptimo, desarrollando efectivamente el programa de garantía de calidad dentro de un marco de auditoría en el cual se tiene en cuenta:

- Calidad técnica de los profesionales
- Uso eficiente de los recursos
- Servicios de salud coordinados e integrados

- Satisfacción total del usuario

Esta auditoría debe efectuarse haciendo una revisión periódica de los procesos, tomando como estándar la descripción de los procesos donde se valoran las actividades para cada área (Ver Anexo E), a nivel de cada cargo.

Con esta Auditoría se toman acciones correctivas que servirán como mejoras en el proceso de calidad. La mejora de la calidad depende, en gran medida, del grado de interés de las personas implicadas en las actividades que intervienen en los distintos procesos. Con la Auditoría de los procesos en el interior del CAA se busca principalmente:

- Identificar problemas y/o incidencias producidas en los diferentes procesos desarrollados en el CAA.
- Determinar necesidades y expectativas de los usuarios.
- Priorizar acciones en función de la importancia de sus consecuencias.

- Realizar seguimientos sobre la evolución de una situación y detectar y avisar acerca de posibles desviaciones sobre lo establecido.
- Ayudar a identificar las causas generadoras de situaciones de falta de calidad.
- Encontrar soluciones a los problemas generados por el no cumplimiento de la normalización de los procesos.
- Planificar la puesta en práctica de las actividades de cambio.

Esta auditoría se llevará a cabo con el apoyo de un grupo de calidad que implementa los mecanismos para lograr la satisfacción del usuario. Además hace seguimiento de los indicadores y coordina las acciones correctivas que se requieran en cada caso.

El grupo de calidad , de acuerdo al memorando N°2842 (ver anexo A) debe estar conformado por un representante de cada una de las áreas del Centro de Atención Ambulatoria Central .

Las actividades que a desarrollar por parte del grupo estarán coordinadas por el gerente y la trabajadora social.

En el CAA central el grupo de calidad quedo conformado por las personas responsables de cada área, bajo el acta N° 1 CONFORMACION DEL GRUPO DE CALIDAD CAA CENTRAL (ver anexo F).

El papel de los funcionarios de calidad es el de dinamizadores y catalizadores de procesos de mejoramiento y su tarea no termina con la entrega del informe, sino cuando el problema de calidad ha sido resuelto o cuando las barreras que impiden impacto han sido detectadas y delimitadas, basándose en el Ciclo de Mejoramiento²⁰.

Los participantes de las áreas funcionales (administrativas y asistenciales) deben rotarse entre el total de funcionarios de cada área. La periodicidad de las reuniones será de por lo menos cada 15 días y de acuerdo a los problemas que se presenten en los servicios o áreas.

El grupo de calidad del CAA debe realizar las siguientes funciones:

²⁰ Anteriormente descrito página 99.

- Llevar a cabo la Auditoria en los procesos asistenciales
- Establecer para cada área un ciclo continuo de mejoramiento con miras a cumplir los objetivos del Sistema de Calidad del CAA
- Retroalimentar a todas las áreas de las decisiones que se tomen en cada reunión, para garantizar su cumplimiento
- Evaluar las quejas que se presentan en el CAA respecto al servicio
- Vigilar que el desarrollo de las actividades este guiado hacia el cumplimiento del Sistema de Garantía de Calidad, en cuanto a Declaración de Requisitos Esenciales, Monitoria del Proceso de Atención, satisfacción del usuario, entre otras actividades que se consideren de mejoramiento para el CAA.

Para alcanzar los anteriores propósitos el Grupo de Calidad debe desarrollar varios tipos de actividades:

- Evaluación
- Retroalimentación
- Mejoramiento, que a su vez incluyen: Actividades de monitorización del avance, cooperación con las áreas involucradas en el problema y evaluación del impacto y cierre del proceso de mejoramiento.

3.3.2.5. Componente 5: Satisfacción del cliente. La calidad debe ser orientada al cliente no al servicio: es el cliente quien generalmente está en mejor posición para evaluar la calidad del servicio. A través de la determinación de métodos de medición de calidad de la satisfacción del cliente en los servicios individuales, así como también de los requerimientos posibles de ese cliente en tiempo, cantidad, oportunidad y de acuerdo a los atributos de calidad del servicio el CAA podrá medir este grado de satisfacción y tomar medidas al respecto.

La satisfacción del cliente es la valoración que hace el receptor del servicio recibido, luego de haberse constituido la interrelación entre el cliente interno y el cliente externo, en el ciclo del servicio y en esto la apreciación individual del usuario depende de los condicionantes de bienestar y los umbrales de satisfacción que tenga.

Por esto las encuestas y cuestionarios de satisfacción del cliente son mediciones indirectas del impacto del servicio y tiene un grado alto de subjetividad siendo necesaria instrumentar la medición del impacto del servicio en términos de calidad.

Se define cuestionario como el método que utiliza un instrumento o formulario impreso destinado a obtener respuestas sobre el problema en estudio y que el investigado o consultado llena por sí mismo. Ayuda a identificar los problemas que nos interesan principalmente y reduce la realidad a cierto número de datos esenciales.

Estos cuestionarios deben realizarse en forma permanente y consolidarse mensualmente y deben ser diligenciados por los usuarios del CAA. (Ver anexo G).

El objetivo de estos es conocer y detectar periódicamente los aspectos que le están generando insatisfacción o satisfacción a los clientes externos durante el proceso de atención en la prestación de servicios.

Los aspectos que se evalúan son aquellos que hacen referencia a amabilidad y trato tanto del vigilante, como del médico, enfermeras, orientadores, otros profesionales, técnicos de salud y los funcionarios en general que laboren en el CAA.

Otro de los aspectos a tener en cuenta en la evaluación de la satisfacción del cliente son los que se relacionan con las instalaciones, respecto a higiene y comodidad del lugar de atención, la relación e información brindada por el médico y otros profesionales de la salud durante la consulta. Así mismo puede detectar

cuáles son los otros aspectos que le generan satisfacción o insatisfacción a los clientes externos y que no están siendo evaluados en el cuestionario.

El propósito es garantizar la calidad de la prestación de los servicios de salud, que brinda el Centro de Atención Ambulatoria, detectar las fallas que se presenten durante el proceso de atención y hacer los aportes necesarios para mejorar la calidad de los mismos.

La satisfacción del cliente interno también se debe evaluar a través de la encuesta (ver anexo G), con el fin de que ellos revelen sus inconformidades y propongan sugerencias que permitan la solución de las mismas.

El grupo de calidad es responsable de la realización y análisis de estas encuestas, además se debe apoyar del uso de indicadores para evaluarlas con el fin de poner en marcha correctivos sobre las fallas detectadas que permitan el mejoramiento continuo de los procesos, de las condiciones bajo las cuales el personal desarrolla las funciones y de los servicios que se prestan en el CAA.

Para el análisis de las encuestas cliente externo se debe tener en cuenta el siguiente indicador:

Nivel de Satisfacción

$$\frac{\text{Total puntos obtenidos respecto a cada criterio de la encuesta}}{\text{Total puntos posibles respecto a cada criterio de la encuesta}}$$

Para evaluar este indicador, se debe tener en cuenta la encuesta consta de seis (6) preguntas, con valor máximo de 20 puntos cada una (Ver criterios de calificación-Puntajes). De esta forma se obtiene un rango Máximo de 120 puntos por encuesta.

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN (PUNTAJES).

Excelente	= 20	Puntos
Bueno	= 15	Puntos
Regular	= 10	Puntos
Malo	= 0	Puntos

Una vez obtenidos los resultados de calificación de todas las encuestas se agrupan las calificaciones en los siguientes rangos establecidos.

0 a 59	Puntos: El servicio que se presta no cumple con las expectativas de los Usuarios
60 a 79	Puntos: El servicio cumple con algunas de las expectativas del usuario pero no de la manera que el desea
80 a 99	Puntos: El usuario se siente satisfecho pero desea que el servicio mejore
100 a 120	Puntos: El usuario se siente plenamente satisfecho con el servicio recibido y desea que continúe de esa forma.

Después que se agrupan las encuestas en sus respectivos rangos, se determinan el número total de encuestas por rango. De esta forma se interpretan los resultados y se toman las medidas de control al respecto.

El grupo de calidad debe tomar las medidas correctivas después de analizar la situación de las áreas donde se han presentado las fallas, aportando soluciones pero sin descartar las sugerencias hechas por los usuarios.

El representante de cada área que conforma el grupo de calidad será el responsable de supervisar el diligenciamiento de las encuestas Cliente interno y llevar a cabo el análisis, encontrar los puntos críticos y participar a todo el grupo sus inquietudes para encontrar la mejor alternativa de solución a los problemas presentados (Ver estrategias página 159).

Del desarrollo de estas alternativas dependerá el mejoramiento de la calidad de las condiciones de trabajo y de los servicios que presta la Institución, pues la calidad en los servicios es función directa y estricta de las personas que intervienen en su prestación. Todos deben obsesionarse con la calidad empleados y beneficiarios de la institución, para solucionar problemas, prevenir defectos, reducir la variabilidad y mejorar los procesos, por esto debe realizarse un programa de educación y entrenamiento para todos los empleados de todos los niveles del CAA.

3.4. DISEÑAR UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN MEJORAMIENTO CONTINUO.

“El mejoramiento de la calidad comienza con entrenamiento y termina con el entrenamiento”²¹.

²¹ Doctor Kauro Ishikawa

El paso previo al diseño del programa es evaluar los problemas actuales de educación y entrenamiento.

3.4.1 Evaluar los problemas actuales de educación y entrenamiento. Para realizar esta evaluación fue necesario observar a diario (en un determinado período de tiempo) y analizar detalladamente el comportamiento de los funcionarios, con el ánimo de resolver algunas inquietudes, obteniéndose los siguientes resultados, bajo los cuales se abordó la nueva propuesta de educación y entrenamiento.

¿Por qué los empleados no hacen lo que deberían hacer?

- No saben por qué deben hacerlo
- No saben cuándo empezar y cuándo terminar
- No saben qué es lo que deben hacer
- No saben cómo hacerlo
- Piensan que ellos lo están haciendo
- Piensan que su manera de hacerlo no funcionará o que su manera es mejor
- Piensan que alguna otra cosa es más importante
- No se les recompensa por hacerlo o no se les castiga por no hacerlo
- Piensan que no pueden hacerlo

¿Por qué los funcionarios se resisten al cambio?

- Miedo al fracaso
- Miedo a que su carga de trabajo sea incrementada
- Sus hábitos de trabajo son interrumpidos
- El costo de cambio parece muy alto
- No se consulta el cambio al grupo de trabajo
- La convicción de que el cambio no tiene sentido para la organización
- Mal entendimiento del cambio propuesto y sus implicaciones
- Escepticismo individual
- Aumento de quejas
- Cuestionamiento continuo sobre los procedimientos
- Aumento de ausentismo o llegadas tardes
- Aumento de fallas o accidentes
- Retraso del trabajo

Cualquier servicio que haga un funcionario se puede ver de dos maneras: efectivo, si lo que hace es correcto y eficiente, si la forma como lo hace es correcta, este es el objetivo que se pretende incentivar con el programa de educación y entrenamiento.

La evaluación de los programas de entrenamiento debe continuar durante todo el desarrollo de los mismos, para detectar si estos conducen a mejorar la capacidad cognoscitiva del funcionario en relación con el servicio que presta; si el grado de actualización de sus conocimientos corresponde a las exigencias del mercado competitivo; si hay coherencia entre el desarrollo del área; la idoneidad de sus funcionarios y la educación y el entrenamiento que han recibido; si no se tiene una política de capacitación orientada a mejorar el servicio para el cliente.

La capacitación tiene una secuencia lógica, por lo que debe iniciarse con el tema de calidad total. no se debe excluir a ningún funcionario, por lo tanto deben participar los funcionarios de servicios generales, administrativos y asistenciales, desde el cargo más humilde hasta el más importante que exista en el CAA. Luego se debe iniciar la capacitación en el tema de mejoramiento continuo, donde el contenido dependerá de las necesidades de cada área (ya sea servicios generales, asistencial o administrativa). Luego se hará la capacitación del sistema de calidad de servicios de salud.

3.4.2. Educar en calidad total. Tanto la organización como los trabajadores son considerados como un todo integrado, el desarrollo organizacional en función del cambio se considera conjuntamente con el desarrollo de la personas que en ella participan. Desde este punto de vista, la organización y las personas deben

buscar soluciones que garanticen el desarrollo integral mutuo. Esto implica que cada funcionario del CAA asuma plena conciencia y vivencia, al visualizar el proceso del cual es responsable, aprender a conocer sus limitaciones y posibilidades, redefinirse y reinterpretar su posición en el desarrollo del sistema de calidad.

La concepción de la cultura de la calidad implica entender a los funcionarios del CAA como centro del desarrollo del mismo, es decir, construir el proceso de transformación de la cultura actual hacia una institución de calidad a través de procesos y enseñanzas de nuevos conocimientos que afiancen los ya existentes.

El proceso de enseñanza es aquel que construye significados comunes para lograr pensamientos y concepciones nuevas que abarquen a todos los participantes a que produzcan cambios en la cultura organizacional, es decir, que logre cambios profundos en los valores de las personas, en la interacción de sus conceptos, en sus comportamientos y en sus actos.

Para el desarrollo del sistema es necesario que al cliente interno se le capacite en: conceptos básicos de calidad y técnicas de mejoramiento, motivación y positivismo, atención al cliente y normatividad que rige los procesos de la EPS. (Ver anexo H).

3.4.3. Factores críticos de éxito para la educación y el entrenamiento. El

principal factor es el clima organizacional que se espera lograr; este debe reflejar el orgullo de trabajar en el CAA, que sienta que la institución se preocupa por el bienestar de las personas y que se ve la necesidad de capacitar a sus funcionarios, que lo mejor es la gente de su institución, el ambiente de trabajo, la disciplina, la conciencia de mejorar, el positivismo, al amor por la institución, que el personal sea amigable, exista un ambiente de compañerismo, todos a un mismo fin que hay que hacer las cosas bien aunque se demoren más, que el mejor no es un estándar de la institución sino un estilo de vida de las personas.

3.4.4. Inicio de la ejecución del programa de mejoramiento continuo. El

objetivo de esta etapa es la sensibilización en la organización y para esto se utilizó la información recogida en el diagnóstico situacional en la cual se determinaron los factores y causas de insatisfacción de los clientes internos, las causas de resistencia al cambio, los niveles de desinformación sobre la organización y desconocimiento sobre la implementación de la calidad en sus actividades.

Entendemos el mejoramiento continuo como un enfoque hacia la continua evaluación y mejora de los procesos de aseguramiento y prestación de los servicios de salud para satisfacer las necesidades de los afiliados al CAA, este enfoque tiene varias implicaciones:

- Es el componente del Sistema de Calidad que coloca su énfasis en alcanzar la diferenciación con la competencia y por lo tanto el mejoramiento del posicionamiento del CAA, en términos de la calidad percibida por el cliente externo.
- Es el componente del Sistema de Calidad que vigila que la contención de costos se de sin disminuir o incluso mejorando la calidad de los servicios brindados al usuario del CAA.
- Como prerequisite para obtener la finalidad del Sistema de Calidad se entiende que el ámbito de los procesos de calidad va más allá de la prestación de servicios y compromete la totalidad de la organización.

3.4.5. Realizar el mercadeo del programa al interior de la organización. En esta etapa se masifica la información sobre los objetivos y políticas del programa, las fases planeadas de su desarrollo y futuros los logros que se desean alcanzar. El programa tiene que llegar a verse como algo que es de interés y responsabilidad de todos en el CAA. Esta etapa es de gran importancia pues ayuda a acabar con los paradigmas que se tienen de la resistencia al cambio.

La resistencia al cambio por parte de los funcionarios de la institución entorpece el desarrollo del Sistema²², pues el personal no encuentra ningún sentido en centrar esfuerzos en buscar otra alternativa para llevar a cabo sus funciones.

Se necesita creatividad para que el programa resulte de la manera más adecuada a la institución. Por lo cual se inicia informando a los funcionarios por qué la gerencia ha decidido establecer este programa en el CAA, con base en los resultados del diagnóstico situacional obtenido de las encuestas cliente interno y externo.

Luego se explica ampliamente la necesidad del programa y los beneficios que genera a la organización.

Posteriormente se explica en que consiste el programa de mejoramiento continuo a desarrollarse. Para el desarrollo del programa de mercadeo del Sistema de Calidad en el CAA se distribuyeron folletos informativos (Véase anexo J).

La información logró su objetivo ya que fue comprendida por los funcionarios del CAA, esto se pudo comprobar a través de la retroalimentación recibida.

²² Las principales causas de resistencia al cambio presentadas por los funcionarios fueron mencionadas en el ítem Evaluación de los Problemas actuales de Educación y entrenamiento del presente capítulo.

No es suficiente el realizar el mercadeo del programa al iniciar su ejecución, pues es importante que durante todo el desarrollo del programa se muestren las etapas en las que se está avanzando, los pasos, logros y avances obtenidos, las expectativas de corto y mediano plazo, con el fin de mantener motivada a toda la Institución e ir abriéndole cada vez más camino al programa.

3.5. OTRAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA EJECUCION DEL SISTEMA DE CALIDAD.

Para el desarrollo del sistema de garantía de calidad y su mejoramiento continuo se debe garantizar la calidad en programas de promoción y prevención, en la puesta práctica de diagnóstico y protocolos de manejo en la atención médica, en la información y la comunicación, en actividades de abastecimientos y suministros, planteamiento y puesta en marcha de estrategias y demás actividades que ayuden al sistema a lograr su objetivo.

3.5.1. Garantía de calidad en promoción y prevención. La garantía de calidad en promoción y prevención busca asegurar en los usuarios una cultura en educación en todos los aspectos de la salud social, familiar e individual,

estableciendo programas que permitan el control de las enfermedades y precauciones para evitarlas por grupos conformados por rangos de edades.

En la búsqueda de la operatividad del concepto de calidad, es necesario establecer una serie de atributos que permitan cualificar la ejecución de los procesos de promoción y prevención en salud que finalmente lleven a un cumplimiento con la salud del usuario.

3.5.1.1. Los servicios de Promoción y Prevención deben ser accesibles a:

- Los usuarios, es decir, garantizar que los usuarios obtengan los servicios dentro del marco de las responsabilidades legales de la entidad. En el CAA se cumple con lo establecido en la Resolución 412 del ministerio de salud, donde se acuerdan las técnicas y normas de atención específica, temprana y enfermedades de interés de salud pública. Para el cumplimiento de esta resolución el CAA se ha apoyado de la creación de equipos de salud, cada uno de estos equipos esta integrado por un profesional en cada área de la salud, como son: trabajo social, medicina general, odontología, psicología, fisioterapia, y nutrición. Cada área del equipo de salud participa en los programas de promoción y prevención.

En el CAA se desarrollan los programas por grupos de rangos de edades de la siguiente manera:

Menores de un año: Vacunación, vinculación al programa SIPI²³, salud integral para la infancia, escuela de padres para promoción al buen trato infantil, prevención de accidentes, hábitos higiénicos, lactancia materna, autoestima de los niños.

De 1 a 9 años: Vacunación incluyendo refuerzos, escuela de padres, SIPI.

De 10 a 14 años: Vacunación con refuerzos, taller de adolescentes sobre prevención de drogadicción y alcoholismo, sexualidad, autoestima, higiene personal, resolución de conflictos y escuela de padres.

De 15 a 44 años: Consulta de mantenimiento, vacunación, planificación familiar, citología vaginal, prevención de enfermedades de transmisión sexual, SIDA, prevención de cáncer de mama y cuello intrauterino.

²³ Salud Integral para la Infancia.

Gestantes o Embarazadas: Curso psicoprofiláctico, historia de mantenimiento, alimentación adecuada, citología vaginal, lactancia materna.

De 45 a 59: Historia de mantenimiento, exámenes de laboratorio, prevención de enfermedades cardiovasculares, prevención de cáncer de mama y cuello intrauterino, citología vaginal.

Mayores de 60 años: Prevención de enfermedades cardiovasculares, control de diabetes, hipertensión, charlas educativas, exámenes de laboratorio.

- En promoción y prevención los servicios deben ser oportunos, es decir, satisfacer las necesidades de los usuarios en la aplicación de estos programas en el momento indicado y con los recursos indicados.
- La prestación de los servicios debe hacerse bajo condiciones que minimicen los riesgos para la salud de los usuarios.

- Para llevar a cabo los programas de prevención y promoción se debe utilizar el conocimiento en salud que atienda a la necesidad en forma ajustada a las condiciones de cada usuario en forma pertinente y ética.
- Los programas de prevención y promoción cumplirán con la disposición organizativa de los servicios, recursos y suministros que lograrán la adecuada cobertura en educación.
- Los profesionales que serán los responsables deben ser idóneos y competentes profesionalmente, en su conjunto de habilidades y conocimientos necesarios para realizar acciones de promoción y prevención en salud.
- Las acciones de los profesionales de la salud deben llevar a la satisfacción del los usuarios en la complacencia al mismo con servicios y resultados cubriendo sus necesidades.

En el CAA Central los programas de promoción y prevención deben adaptarse al sistema de calidad, y cumplir con objetivos que puedan ser evaluados y mensurables, teniendo en cuenta, la reducción de quejas y reclamos, evitar las correcciones, compromiso con el usuario, motivación en la realización de los

programas y que se lleve una adecuada relación entre las familias y los profesionales de la Salud.

La evaluación es el proceso de seguimiento a todas y cada una de las actividades, planes, momentos y eventos educativos que permitan interpretar el logro de los objetivos propuestos en los procesos de promoción y prevención para todos los usuarios del CAA y cumpliendo lo establecido por el ministerio de salud.

El objetivo de esta evaluación es conocer la situación de la gestión de la Promoción y Prevención en el CAA, en términos de eficiencia, eficacia y efectividad y según los resultados poder orientar dicha gestión hacia el logro de metas para los usuarios a corto, mediano y largo plazo.

En la evaluación se deben considerar tres aspectos que son: la evaluación del contexto, del proceso y de impacto.

- **Evaluación de Contexto:** Con esta evaluación se identificarán las necesidades de la población afiliada en materia de promoción y prevención, que serán las bases para establecer nuevos programas y actividades.

- **Evaluación del Proceso:** Esta evaluación proporcionará información acerca de la marcha del programa con el fin de implantar herramientas de apoyo y orientación de acuerdo a los resultados, en esta evaluación además se permite conocer el desempeño y rendimiento de los profesionales en la ejecución de acciones.
- **Evaluación de Impacto:** Permite conocer el cambio en la calidad de la socialización y la atención, la satisfacción de la familia afiliada al CAA y la más importante cambios de comportamiento en cuanto a salud de la población afiliada.

Para la evaluación de la garantía de calidad en promoción y prevención los indicadores se refieren al número de equipos de salud, familias e individuos preparados en promoción y prevención, según tema y ciclo vital. Los indicadores de impacto miden la relación, acción, sujeto, socialización, individuo, familia y atención familiar con el propósito de verificar o conocer los cambios ocurridos en términos de morbilidad, mortalidad de la población a la que se dirige las acciones de promoción, cambios de actitud y comportamiento sobre los cuales se implementa la acción educativa y la satisfacción en la atención en salud.

Los indicadores de calidad, se refieren a las condiciones, instrumentos y tecnologías empleados en el desarrollo de las diferentes etapas del programa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Para evaluar el desarrollo de los programas de Promoción y Prevención y controlar el logro de metas se utilizarán los siguientes indicadores (ver los cuadros 7, 8, 9,10):

Cuadro 7. Evaluación del contexto

	Conformación del equipo			Dotación del equipo	
	Si	No		Si	No
Médico			Dotación Médico		
Enfermera			Dotación Enfermera		
Odontólogo			Dotación Odontólogo		
Trabajador Social			Dotación T. Social		
Nutricionista			Dotación Nutricionista		

Psicólogo			Dotación Psicólogo		
Fisioterapeuta			Dotación Fisioterapia		
			Útiles papelería		
Protocolos de Promoción y Prevención			Registros		
	Si	No		Si	No
Medicina			Actividades Médicas		
Enfermería			Actividades Enfermería		
Odontología			Actividades Odontología		
Trabajo Social			Actividades T. Social		
Nutrición			Actividades Nutrición		
Psicología			Actividades Psicología		
Fisioterapia			Actividades Fisioterapia		
Actividades de la Familia			Historia Clínica de Mantenimiento		

Cuadro 8. Evaluación del proceso actividades preparatorias

Actividad	Elaborado		Para elaborar el plan se tuvo en cuenta	
	Sí	No	Sí	No
Mapa de Morbilidad			Estadísticas de Morbilidad en población afiliada	
Mapa ambiental			Diagnósticos de riesgos de familias afiliadas	
Estadística de morbomortalidad			Agrupación de familias o de afiliados por tipo y ciclo vital	
			Concertación con la comunidad	

Intervención en la Población	Número
Número de familias afiliadas asignadas	
Número de afiliados asignados	
Número de familias captadas	
Número de afiliados captados	
Número de familias localizadas	
Número de afiliados localizados	
Número de familias / afiliados convocadas para concertación del Plan	
Número de familias con registro de control y seguimiento	
Número de afiliados con registro de control y seguimiento	
Número de familias perdidas	
Número de afiliados perdidos	

Número de familias / afiliados con segunda visita	
Número de familias / afiliados con tercera visita	
Número de familias / afiliados con cuarta visita	

Cuadro 9. Evaluación del Proceso actividades de promoción

Actividades	N° de Actividades programadas	N° de actividades realizadas	No participantes
Taller desnutrición			
Taller Salud Oral			
Taller desparasitación			
Taller ciclo vital del preescolar			
Taller de crecimiento y desarrollo			
Subprograma de Salud escolar			
Taller salud oral			
Taller desparasitación			
Taller de crecimiento desarrollo y cuidado del niño mayor de 5 años			

Taller de crecimiento y desarrollo			
Taller de inmunización de escolares			
Subprograma de salud de adolescentes			
Escuela de padres			
Taller de ciclo vital de adolescentes			
Subprograma de salud familia gestante			
Curso profiláctico			
Subprograma de salud de adultos			
Taller de educación sexual			
Taller bioseguridad			
Taller cuidado del pte seropositivi			
Taller planificación familiar			
Taller prevención cáncer de cuello			
Taller familias que conviven con pacientes con cáncer			
Taller prevención de cáncer de mama			
Taller prevención cáncer gástrico			
Taller prevención cáncer piel			

Taller prevención cáncer hombre			
Taller familias que conviven con pacientes con cáncer y otras enfermedades crónicas			
Taller prevención enfermedades crónicas			
Taller autocuidado			
Taller comunicación, tolerancia y solución pacífica de conflictos			
Taller prevención del tabaquismo, alcoholismo y farmacodependencia			
Taller salud oral			
Actividades	Nº de Actividades programadas	Nº de actividades realizadas	No participantes
Taller autocuidado y control de factores de riesgo de enfermedades crónicas			
Taller comunicación, tolerancia y solución pacífica de conflictos			
Taller de prevención del tabaquismo, alcoholismo y farmacodependencia			
Taller enfermedad terminal e invalidez			
Taller uso del tiempo libre			
Taller salud oral			
Taller familias con ancianos			

Subprograma de Salud de la comunidad			
Taller prevención malaria			
Taller prevención tuberculosis			
Taller prevención cólera			
Taller prevención dengue			
Encuentros familiares			

Cuadro 10. Actividades de prevención y protección específica por grupo de edades.

Subprograma de salud infantil	
Población	Número
Población de 0 a 4 años asignada	
Población de 0 a 4 años localizados	
Población de 0 a 4 años en programas	

Actividades	N° actividades programadas	N° actividades realizadas
N° de valoraciones físicas y determinación del riesgo		
N° De valoraciones del aparato estomatológico		

N° de sellantes aplicados		
N° de esquemas de vacunación completo		
N° de desparasitaciones		
N° de valoraciones de agudeza visual		
N° de valoraciones de agudeza auditiva		
N° de serologías realizadas a recién nacidos		
No de Valoraciones del estado nutricional		
N° de niños en control de nutrición		

Subprograma de salud escolar	
Población	Número
Población de 5 a 12 años asignada	
Población de 5 a 12 años localizados	
Población de 5 a 12 años en programas	

Actividades	N° actividades programadas	N° actividades realizadas
--------------------	-----------------------------------	----------------------------------

N° de valoraciones físicas y determinación del riesgo		
N° De valoraciones del aparato estomatológico		
N° de sellantes aplicados		
N° de niños fluorizados		
N° de vacunaciones completas con refuerzos		
N° de desparasitaciones		
N° de valoraciones de agudeza visual		
N° de valoraciones de agudeza auditiva		
No de Valoraciones del estado nutricional		
N° de niños en control de nutrición		

Subprograma de salud adolescentes	
Población	Número
Población de 13 a 14 años asignada	
Población de 13 a 14 años localizados	
Población de 13 a 14 años en programas	
Población de 15 a 19 años asignada	

Población de 15 a 19 años localizadas	
Población de 15 a 19 años en programas	

Actividades	N° actividades programadas	N° actividades realizadas
N° de valoraciones físicas y determinación del riesgo		
N° De valoraciones del aparato estomatológico		
N° de sellantes aplicados		
N° de niños fluorizados		
N° de tartrajes		
N° de profilaxis		
N° de desparasitaciones		
N° de TT aplicados		
N° de fiebre amarillas aplicados		
N° de valoraciones de agudeza visual		
N° de valoraciones de agudeza auditiva		

Subprograma de salud Gestantes	
Población	Número
Población de mujeres en edad fértil asignada	
Población de gestantes localizadas	
Población de gestantes en programas	

Actividades	N° actividades programadas	N° actividades realizadas
N° de valoraciones físicas y determinación del riesgo		
N° de tartrajes		
N° de profilaxis realizadas		
N° de TT aplicados		
N° de controles prenatales realizados por gestantes		
N° de exámenes de laboratorio completos tomados		
N° de ecografías obstetricas tomadas		
N° doppler realizados		
N° de participantes en curso psicoprofilactico		

Subprograma de salud Adultos	
Población	Número
Población masculina de 20 a 39 años localizada	
Población masculina de 20 a 39 años asignada	
Población masculina de 20 a 39 años en programas	
Población masculina de 40 a 59 años localizada	
Población masculina de 40 a 59 años asignada	
Población masculina de 40 a 59 años en programas	
Población femenina de 20 a 39 años localizada	
Población femenina de 20 a 39 años asignada	
Población femenina de 20 a 39 años en programas	
Población femenina de 40 a 59 años localizada	
Población femenina de 40 a 59 años asignada	
Población femenina de 40 a 59 años en programas	

Actividades	N° actividades programadas	N° actividades realizadas
N° de valoraciones físicas y determinación del riesgo		
N° de valoraciones del aparato estomatológico		
N° de tartrajes		
N° de profilaxis		

N° de TT aplicados		
N° de fiebre amarilla aplicados		
N° de serologías aplicadas		
N° de familias planificando		
N° CCV tomados		
N° de examen de mama realizados		
N° de examen de próstata realizados		
N° de exámenes de testículos realizados		
N° de pacientes remitidos a programas especiales		
N° de tamizajes de glicemia y lípidos		
N° de actividades de toma casual de TA		
N° de afinamientos de TA		

Subprograma de salud en Ancianos	
Población	Número
Población masculina de 60 y más años localizada	

Población masculina de 60 y más años asignada	
Población masculina de 60 y más años en programas	
Población femenina de 60 y más años localizada	
Población femenina de 60 y más años asignada	
Población femenina de 60 y más años en programas	

Actividades	N° actividades programadas	N° actividades realizadas
N° de valoraciones físicas y determinación del riesgo		
N° de valoraciones del aparato estomatológico		
N° de tartrajes		
N° de profilaxis		
N° de TT aplicados		
N° de fiebre amarilla aplicados		
N° de serologías aplicadas		
N° de familias planificando		
N° CCV tomados		

N° de examen de mama realizados		
N° de examen de próstata realizados		
N° de exámenes de testículos realizados		
N° de pacientes remitidos a programas especiales		
N° de tamizajes de glicemia y lípidos		
N° de actividades de toma casual de TA		
N° de afinamientos de TA		

El resultado real de los servicios de salud es su efecto en la cantidad y calidad de vida, para su valoración se habla de los conceptos de conocimientos, actitudes y hábitos saludables de vida y el impacto en general de la atención en salud de la población.

Para evaluar el resultado del programa de promoción y prevención en el CAA central se establecieron los siguientes indicadores:

- **Cobertura del Programa**

- Número de barrios asignados

- Número de barrios con actividades

Número de barrios en programas

- **Impacto inicial**

Número de malformaciones congénitas detectadas

Número de enfermedades inmunoprevenibles detectadas

Número de lentes formulados

Número de alteraciones auditivas detectadas

Número de gestantes remitidas a parto institucional

Número de serologías positivas en adultos

Número de citologías positiva

Número de remisiones a estudio de seno

Número de remisiones a estudio de próstata

Número de remisiones a estudio de testículos

Número de remisiones a control de HTA

Número de remisiones a control de diabetes

Número de remisiones a control enfosteoarticulares

3.5.2. Guía de diagnóstico y protocolos de manejo en la atención médica.

En toda entidad de servicios de salud se debe garantizar el uso de las guías de diagnóstico y protocolos para la atención, ya que estas contribuyen al mejoramiento de la eficiencia y a la seguridad razonable de que el médico o

cualquier prestador de servicios de salud, no sea víctima de demandas por negligencia o mala práctica.

Una condición indispensable para una adecuada aplicación de las guías de diagnóstico y protocolos de manejo es la elaboración de la Historia Clínica.

Para el desarrollo de sus funciones el grupo asistencial del CAA utiliza las guías de diagnóstico y protocolos establecidos por la facultades de medicina.

3.5.3. Garantía de calidad de la información y la comunicación. El CAA

Central, como cualquier institución de salud, está en una búsqueda permanente de nuevas formas de hacer las cosas, para garantizar el desarrollo y la prestación de los servicios de salud, en sus áreas asistenciales y administrativas. Además de ser generador de cantidad de datos que están inmersos en un sistema de información.

Para garantizar que los resultados del manejo de este volumen de datos es necesario asegurar una adecuada, oportuna y confiable captura de los mismos, para que luego sean procesados y generar la información necesaria para el logro de los objetivos previstos por la EPS.

Tanto la captura de datos por parte de los funcionarios como el procesamiento y análisis de resultados deben ser soportados por una adecuada retroalimentación, por un confiable, oportuno y seguro sistema de comunicación e información.

Un sistema de información es el conjunto de personas, datos y procedimientos que funcionan articulados y que buscan facilitar y apoyar el desempeño de las personas que conforman la organización, para el cumplimiento de las actividades previstas para el funcionamiento y desarrollo de la Institución.

Es importante tener en cuenta que el sistema de información debe contar con una adecuada y oportuna comunicación de los resultados obtenidos una vez se han procesados los datos, el CAA debe publicar todos sus resultados en carteleras visibles para los empleados, con el fin de mantenerlos al tanto sobre la información de la eficiencia obtenida en el desarrollo de sus actividades.

Para asegurar la calidad de la información se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

- La disponibilidad: se entiende como la recepción a tiempo de la información por parte de sus destinatarios autorizados, así como el acceso de quienes están autorizados y la necesiten. La disponibilidad puede verse afectada

por fallas humanas, daños en los equipos, en las comunicaciones, así como por otras diversas causas.

- Integridad: existe integridad en la información cuando los datos son exactos, completos y fiables. Se puede considerar alterada la integridad cuando se producen variaciones no autorizadas que pueden consistir en información añadida, borrada o modificada.
- Confidencialidad: la confidencialidad solo se tiene si los datos son conocidos por las personas autorizadas; es un concepto relacionado con la privacidad.

Se pueden utilizar los siguientes criterios para evaluar el éxito del sistema de información:

- Nivel de utilización del sistema
- Satisfacción de los usuarios internos
- Actitudes favorables de los usuarios internos acerca del personal de sistemas
- Objetivos alcanzados
- Retribución financiera para la organización

De igual manera se pueden mencionar las siguientes causas, responsables de una inadecuada operación del sistema de información:

- Insuficiente o inadecuada participación de los usuarios internos en el diseño del sistema
- Falta de apoyo por parte de la dirección.
- Débil administración en el proceso de implantación.
- Alta complejidad y riesgo.

La comunicación es el intercambio de información, significa que esta se envíe y se retorne a través de toda la organización. Si el retorno no está organizado, si no se da, solo existe información, no hay comunicación. Por esto es necesario tener en cuenta los siguientes aspectos:

- No confundir información y comunicación
- Poner en práctica una verdadera comunicación es más complejo que poner en marcha un sistema de información. La comunicación no se puede confundir con sus medios
- La voluntad de comunicar no reemplaza el dominio de las técnicas de comunicación

- La comunicación no es solo una información recíproca, requiere de intercambio real
- La forma como funcionan las organizaciones de salud no es recíproca en los dos sentidos de la comunicación.

Con el fin de facilitar los procesos de comunicación interna y externa del CAA es necesario contar con programas que orienten a los usuarios internos en la búsqueda de soluciones a los problemas encontrados en el desempeño de sus funciones al prestar los servicios, así mismo a los usuarios externos en cuanto a la satisfacción de sus necesidades en términos de los servicios recibidos por parte del CAA.

El grupo de calidad debe realizar diagnósticos de las áreas cada vez que se efectúen las reuniones con el propósito de analizar la situación de las mismas y así identificar los problemas por resolver a través de la comunicación interna. Los representantes de cada área deben ser hábiles para poder lograr una comunicación eficiente por área, encontrando sugerencias por empleado, que puedan ser aplicables al mejoramiento continuo y debe motivar al personal del área para encontrar y resolver problemas que impacten el resultado final con el usuario. El Grupo de Calidad puede hacer que se publiquen en carteleras las mejoras obtenidas o publicar todo tipo de información esto facilita el proceso de comunicación interna y a la vez publicar información para los usuarios de todos los

servicios, comunicando ofertas o mensajes de motivación aplicando de este modo una eficiente comunicación externa.

Es también necesario que el personal del área consulte amablemente a los usuarios las sugerencias que tengan para con el servicio que se les ha brindado tratando de conocer las expectativas y las necesidades que estos tengan con relación a la oferta de servicios.

3.5.4. Garantía de calidad en abastecimientos y suministros. Los abastecimientos y suministros son una parte de la administración que trata sobre las actividades que se desarrollan para el cálculo, la adquisición, el almacenamiento y el suministro a los usuarios y a todos los trabajadores, de uso operativo y administrativo, de manera oportuna, en las cantidades exactas, con excelente calidad y entrega en el lugar apropiado, de tal forma que se cumpla plenamente con los objetivos y metas de la Institución, en cuanto a prevención, diagnóstico, tratamiento y recuperación de la salud, así como la optimización de todos los procedimientos que se requieran para el funcionamiento normal y el progreso de la entidad.

En el CAA se debe procurar establecer contactos con la EPS para asegurar el abastecimiento y suministros a cliente interno y a los usuarios.

3.6. ESTRATEGIAS

Una estrategia se define como la manera de llevar a cabo con éxito un proyecto.

Dentro del sistema de calidad las estrategias se deben considerar como las decisiones que ayuden a optimizar la realización de los procesos.

El Sistema de Calidad del CAA tiene como su centro el cliente, por tanto las estrategias que se desarrollen deben cumplir con estas condiciones:

1. Deben alcanzar el cumplimiento de estándares de calidad en todas las dimensiones de esta.
2. Deben posicionar al CAA y de manera gradual incrementar el impacto en la salud de la población afiliada.

Se entiende que la responsabilidad del mejoramiento de la calidad es un deber de la organización en su conjunto, y que en consecuencia cualquier actividad en la prestación de servicios de salud o de procesos del aseguramiento o cualquier nueva estrategia gerencial que el CAA desarrolle debe incidir en la mejora continua de la calidad y es función del sistema de calidad incentivar sus desarrollos y evaluar en qué medida impactan los estándares de calidad.

A continuación se describen las estrategias propuestas para facilitar el desarrollo del Sistema de Garantía de Calidad y su mejoramiento continuo.

- Adquirir o generar un sistema de información ágil, que permita integrar todas las áreas y manejar las variables estadísticas para llegar a una toma adecuada de decisiones. El CAA tiene la necesidad de adquirir equipos tecnológicos que permitan el flujo efectivo de información a través de todas las áreas.

En el cuadro 11 se detallan los equipos que se necesitan, así como también la cantidad, el costo de dichos equipos y el área en la cual se deben ubicar.

Cuadro 11. Equipos tecnológicos

Descripción	Unidad de medida	Valor unitario	Cantidad requerida	Valor total	Dependencia
Servidor	Unidad	2.600.000	1	2.500.000	Centro de información
Cable de red	Metro	500	1.000	500.000	
Computador	Unidad	1.500.000	6	9.000.000	Consultorios médicos
Computador	Unidad	1.500.000	10	15.000.000	Consultorios odontológicos
Computador	Unidad	1.500.000	1	1.500.000	Psicología

Computador	Unidad	1.500.000	1	1.500.000	Nutrición
Computador	Unidad	1.500.000	1	1.500.000	Enfermería
Computador	Unidad	1.500.000	1	1.500.000	Trabajo social
Computador	Unidad	1.500.000	1	1.500.000	Higienista oral
Computador	Unidad	1.500.000	1	1.500.000	Fisioterapia
Computador	Unidad	1.500.000	1	1.500.000	Archivo clínico

Con la adecuación de estos equipos en las áreas mencionadas se facilitará el registro de las actividades que desarrollan²⁴, la medición de la eficiencia y la oportunidad de la información.

- Realizar un plan de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos con el fin de mantenerlos en condiciones optimas para su funcionamiento, evitando procesos represados o peor aún suspendidos. Este programa de mantenimiento debe cubrir la dotación de los consultorios y oficinas, así como también la infraestructura física, permitiendo asegurar que la atención a los usuarios sea eficiente, oportuna y en excelentes condiciones. Por tal razón se propone hacer inventarios periódicos de estos equipos para

²⁴ Registros individuales diarios - RIPS

garantizar la cantidad y el estado de los mismos y detectar las áreas que carecen de dotación para brindar un óptimo servicio.

- Brindar a los usuarios un servicio de atención durante toda la jornada que se labora en el CAA, para así ayudarles en la solución de inquietudes y problemas, suministro de información y orientación en general de los servicios.

Esto se puede llevar a cabo acondicionando espacio físico y recurso humano para que preste este servicio.

Lo ideal sería que la EPS nombrara un funcionario especialmente para realizar esta actividad, pero a falta de contratación y recursos financieros se sugiere que funcionarios que laboran en el CAA se hagan responsables de esta actividad, turnándose los horarios de atención, pues algunos de ellos poseen el tiempo disponible para hacerlo. Es el caso del personal que labora en el área de citas médicas, ya que esta área no es muy concurrida en el horario vespertino. La atención en el horario matutino debe ser desarrollada por la trabajadora social, pues esta es una de sus funciones.

- Capacitar a los usuarios sobre los derechos y deberes con la institución, a través de charlas o medios informativos como publicaciones en carteleras, para mantenerlos permanentemente informados.

- Colocar carteles por todas las áreas del CAA donde se especifiquen los requisitos para acceder a los servicios, pues muchas veces los usuarios no pueden ser atendidos por no tener toda la documentación en regla.
- A la entrada de la edificación colocar un cuadro guía de los pisos y las ubicaciones de los consultorios y servicios que se prestan, para lograr que el usuario se oriente y se dirija directamente al área en la cual va a solicitar el servicio.
- Discriminar el manual de funciones por cargo, pues actualmente se encuentra por dependencia. Esto permitirá la asignación individual de funciones, el cumplimiento, control y evaluación de las mismas, sin dejar cabida a que se presente evasión de funciones.
- Solicitar a la EPS la adquisición de los diferentes elementos (de papelería, equipos, insumos) necesarios, para completar la dotación de cada consultorio para garantizar una adecuada y completa atención. Los elementos de bajo costo se pueden adquirir a través de la realización de una campaña en la que los funcionarios aporten estos elementos para mejorar sus condiciones de trabajo.

- Establecer unos mecanismos para mejorar el procedimiento de entrega de citas a los usuarios, reducir el trámite de asignación de citas donde no se requiere un estricto control por la frecuencia ya conocida con que se realizan, descongestionar la espera de consultas en control prenatal.
- Solicitar la asignación de una persona con conocimientos en el área de fisioterapia que brinde apoyo en la prestación de este servicio, con el fin de aprovechar la demanda y agilizar la atención, aumentando la eficiencia de dicha área.
- Solicitar la continuidad en la contratación de profesionales, para disminuir la tensión laboral del personal que no puede desarrollar efectivamente sus funciones sin la certeza de tener estabilidad en la Institución; así como también la continuidad en la contratación de entidades externas o adscritas, con el fin de garantizar una atención oportuna a los usuarios.
- Controlar el flujo interno de historias clínicas entre el área de archivo y demás áreas que requieren de este documento para brindar la atención al usuario. Este control se puede realizar a través del diligenciamiento de un formato que especifique las condiciones bajo las cuales se realiza el flujo de las historias.

Esto garantizará el control de la entrada y salida de las historias, así como también el paradero de las mismas en el momento en que se requiera. Cabe anotar que lo ideal sería que el flujo de esta información se realizara a través de un sistema de información en red, pero en su defecto el formato es de gran ayuda. (Ver anexo K).

- Realizar las actividades referentes a central de órdenes en una sola oficina, para evitar la pérdida de documentos y desorganización de los mismos, así como también la confusión que se crea en los usuarios al no saber con certeza en que oficina le otorgarán la orden que solicita, puesto que actualmente este proceso se compone de actividades que se realizan en el primero y quinto piso.
- Solicitar el nombramiento de un auxiliar en el área de archivo clínico para lograr que las actividades de reubicación de las historias se hagan oportunamente y así tener una completa organización en los estantes para facilitarle a los funcionarios la búsqueda de las mismas, dirigiéndose al lugar asignado para esta.

- Solicitar a la EPS la continuidad en el contrato con la empresa de aseo para mejorar las condiciones de limpieza que deben tener las salas de espera, baños y pasillos para brindar al usuario comodidad e higiene.
- Debido al aumento del número de adscritos y de las citas que se solicitan a diario al CAA se hace necesario la contratación de dos médicos más para abastecer la demanda.
- Establecer planillas de cumplimiento de horario, las cuales deben ser verificadas por el Gerente a más tardar 10 minutos después del inicio de la jornada laboral. Periódicamente el Gerente debe verificar en forma aleatoria la presencia del personal de trabajo dentro de las instalaciones del CAA.
- Llevar a cabo un programa de motivación al cliente interno con el fin de mejorar el clima organizacional e integrar las áreas mediante la realización de actividades deportivas y recreación.
- Mejorar la seguridad de las oficinas y consultorios del CAA , arreglando las cerraduras de las puertas para brindar mayor privacidad, confidencialidad de la información y evitar el robo de equipos y elementos de trabajo.

- Continuar con el ciclo de capacitaciones de calidad y fomento de estilo de vida saludable para mejorar continuamente el desarrollo del sistema. Los temas pueden ser sugeridos por los funcionarios, siendo el grupo de calidad quien coordina la realización de estas capacitaciones.

4. EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CALIDAD

El punto de partida esencial para conducir un sistema hacia la garantía de la calidad es la evaluación. Esta evaluación se requiere tanto en el sistema en general de una organización, como en cada individuo en particular. Cada vez es más evidente la necesidad de datos objetivos para la toma de decisiones de quienes definen políticas y asignan recursos, quienes dirigen una organización y quienes prestan el servicio.

La evaluación de calidad puede tener múltiples propósitos, vale la pena destacar algunos de ellos: defender a los usuarios al establecer requisitos indispensables para funcionar; verificar que se cumplan las especificaciones en equipos e insumos que se utilicen en la atención.

Con el fin de mejorar la calidad se medirá el impacto para saber qué estrategias son efectivas; se asignarán recursos limitados de acuerdo con los logros en calidad o para identificar las mejores prácticas y hacerlas posibles. Es

indispensable la definición de indicadores y estándares que permitan comparar el desempeño del sistema frente a lo deseado, para encontrar brechas, corregir las deficiencias y lograr el resultado que se espera de la atención : el mejoramiento de las condiciones de salud de los usuarios.

Para evaluar el programa de calidad con base en los resultados finales, se hace mediante la utilización de indicadores que miden el mantenimiento o mejoramiento del desarrollo de los procesos de atención en salud. La evaluación con indicadores se utiliza para evaluar el desempeño, a través del tiempo, de funciones o procesos que se consideren prioritarios.

El grupo de calidad del CAA tiene la responsabilidad de someter a evaluación cada tres meses los procesos a través del cálculo y análisis de los siguientes indicadores:

1. Oportunidad de la atención a los usuarios en consulta por medico general programada
2. Utilización del control prenatal por afiliadas al CAA

3. Cobertura de vacunación en menores de 5 años
4. Entrega de los medicamentos formulados a los usuarios del CAA
5. Satisfacción global de los adscritos al CAA por los servicios recibidos
6. Calidad de los registros de la historia clínica, para los eventos en los que el paciente es internado en la institución

Todos estos indicadores buscan definir unos estándares de lo que se considera calidad, lograr una evaluación objetiva de su cumplimiento y, establecer un límite mínimo o bien un ideal superior que vaya jalando el mejoramiento de los prestadores de servicios, sean personas o instituciones.

A continuación se presenta la estructura utilizada para describir los indicadores :

1. **Nombre:** Descripción puntual que mejor identifica el indicador enunciado.
2. **Categoría del indicador:** Para determinar la categoría del indicador se tomó el ámbito al que aplica el indicador desde la perspectiva sistemática (estructura, proceso o resultado) y se identifican las dimensiones de calidad que pueden resultar de mayor relevancia. Para la clasificación de estas dimensiones, se tomaron las siguientes categorías:

- ✓ **Competencia:** Los proveedores tienen el conocimiento y las habilidades necesarias
- ✓ **Aceptabilidad:** Cumplir las expectativas de los clientes
- ✓ **Efectividad:** El grado en que la intervención alcanza los resultados esperados
- ✓ **Idoneidad:** Relevante para el cliente y basada en los estándares establecidos
- ✓ **Eficiencia:** Uso de recursos costo efectivos
- ✓ **Accesibilidad:** Prestación de servicios en el momento y lugar correcto
- ✓ **Continuidad:** Servicios coordinados continuos
- ✓ **Seguridad:** Se minimizan o evitan riesgos
- ✓ **Oportunidad:** Prestación del servicio dentro del margen razonable en el que se necesitan
- ✓ **Coordinación:** Articulación entre diferentes áreas y servicios

El segundo ámbito expresa la clasificación del indicador de acuerdo con las categorías establecidas dentro del sistema de calidad del CAA.

3. **Justificación:** Antecedentes, hechos y datos que sustentan la importancia de medir las variables que controlan el indicador.
4. **Objetivo del indicador:** Concepto que se busca medir con el indicador.

5. **Foco de la medida:** Determina el aspecto central a evaluar a través del indicador.
6. **Tipo de medida:** Describe la unidad a emplearse.
7. **Numerador:** Describe la unidad exacta a emplearse en el numerador, enunciando las unidades de tiempo y de espacio en las que se establece la medida.
8. **Denominador:** Describe la unidad exacta a emplearse en el denominador, enunciando las unidades de tiempo y de espacio en las que se establece la medida.
9. **Valor de los datos:** Define en sentido en que debe darse lectura a los resultados.
10. **Fuente de los datos:** Describe la fuente de donde los datos del numerador y del denominador por separado, deberán ser obtenidos.
11. **Periodicidad del indicador:** Establece la frecuencia o períodos que debe abarcar el indicador.

12. Ajuste por riesgo: Define aquellos factores que pueden alterar la correcta interpretación de los resultados o desviar la medición por factores diferentes.

4.1. INDICADOR 1: OPORTUNIDAD DE LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS EN CONSULTA POR MÉDICO GENERAL PROGRAMADA

4.1.1. Categoría del indicador. A través de este indicador se monitoriza el componente asistencial en el proceso. Sus dimensiones más relevantes de calidad son la oportunidad con que el paciente recibe el servicio requerido y la garantía de acceso.

4.1.1. Justificación. Encuentra su justificación en el hecho de que la atención por médico general es una de las más frecuentes puertas de entrada al sistema y evidencia alguna característica con que se garantiza a los usuarios el acceso a los servicios del CAA.

4.1.2. Objetivo del indicador. Entregar a los usuarios información sobre la oportunidad de la atención.

4.1.3. Foco de la medida. La oportunidad en la satisfacción de la demanda de atención por consulta médica general.

4.1.4. Tipo de medida. Promedio de tiempo de espera

Número de días/horas que transcurren entre la solicitud de una consulta médica general programada y su atención por parte del médico en un trimestre

Número de solicitudes para medicina general en el mismo trimestre

4.1.5. Numerador. Se toma la fecha y hora del total de las solicitudes de consulta médica general programada, realizadas en el CAA durante cada período y la fecha y hora en la que fue otorgada la cita y se establece el tiempo (en horas) transcurrido entre los dos datos, durante el período determinado.

Cuando el tiempo entre los dos datos supere las 72 horas, los resultados se enuncian en número de días eliminando las fracciones restantes de horas. En ningún caso se enunciarán en número de meses.

4.1.6. Denominador. Se toma el total de las solicitudes de consulta médica general programada recibidas por el CAA durante el mismo período.

4.1.7. Valor de los datos. Los datos se expresan en unidades de tiempo –horas y días. El mejor resultado es cero, cuanto menor sea el valor es mejor la oportunidad de la atención.

4.1.8. Fuente de los datos. Numerador: Departamento de Citas Médicas.

Denominador: El mismo.

4.1.9. Periodicidad del indicador. Este indicador deberá emitirse en forma trimestral.

4.1.10. Ajuste por riesgo. Esta medida puede ser desviada por eventos circunstanciales, situaciones epidemiológicas o de estacionalidad de los eventos en salud.

4.2. INDICADOR 2: UTILIZACIÓN DE CONTROL PRENATAL POR AFILIADAS DEL CAA

4.2.1. Categoría del indicador. A través de este indicador se monitoriza el componente asistencial en el proceso y sus dimensiones más relevantes de calidad son la accesibilidad, la continuidad y la seguridad.

4.2.2. Justificación. Encuentra su justificación en la importancia de aplicar los principios de promoción y prevención durante el embarazo, procurar mejores condiciones para la madre y el niño, educar y preparar a la materna para su cuidado durante la gestación y detectar en forma temprana, aquellos factores que

pueden alterar su curso con complicaciones que pueden ser controladas a través de una intervención oportuna. Este indicador puede reflejar las políticas del CAA frente a las actividades de prevención así el grado de inducción y motivación de sus afiliados a los servicios y la respuesta de sus usuarios a ellas.

4.2.3. Objetivo del indicador. Determinar el acceso y aceptación de las mujeres embarazadas a los servicios de salud del CAA.

4.2.4. Foco de la medida. Utilización de los servicios de control prenatal por parte las mujeres embarazadas.

4.2.5. Tipo de medida. Tasa de utilización del control prenatal, por parte de las usuarias del CAA, que durante el período estudiado finalizaron su embarazo.

Número de afiliadas que finalizaron su embarazo con registro de control prenatal completo durante el año

Número de afiliadas que finalizaron el embarazo durante el año

4.2.6. Numerador. En el numerador deberán registrarse el total de usuarias (afiliadas y beneficiarias) de la entidad promotora de salud que cumplan las siguientes condiciones:

- ✓ Que durante el periodo a estudiar hayan realizado el pago oportuno de aportes, garantizando su derecho a los servicios.

- ✓ Que hayan finalizado el embarazo durante el período, independientemente de su resultado.
- ✓ Que sus registros clínicos reporten la asistencia a todos los controles prenatales programados (la periodicidad del control prenatal se establece con base en la clasificación del riesgo del embarazo).

Denominador

En el denominador deberán registrarse el total de las usuarias (afiliadas y beneficiarias) que:

- ✓ Que hayan realizado el pago de los aportes correspondientes en todos los meses
- ✓ Hayan concluido el embarazo durante el período a estudiar.

1. Valor de los datos o resultados

Los datos se expresan en porcentaje de usuarias compensadas que hayan terminado el embarazo con control prenatal completo. El mejor resultado es el 100%, el valor que más se acerque a 100% estará expresando un buen seguimiento del embarazo, más sin embargo lo ideal es que sea el 100%.

2. Fuente de los datos

Numerador: Departamento de Enfermería.

Denominador: El mismo.

3. Periodicidad del indicador

Este indicador deberá emitirse en forma anual incluyendo los procesos de gestación terminados. Los embarazos que no terminen en el periodo a estudiar, deberán incluirse dentro del período siguiente.

4. Ajuste por riesgo

El factor de pago de aportes se establece debido a la norma de suspensión de servicios por mora en el pago de los aportes correspondientes.

INDICADOR 3: ENTREGA DE LOS MEDICAMENTOS FORMULADOS A LOS USUARIOS

1. Categoría del indicador

A través de este indicador se monitoriza el componente asistencial en el proceso y sus dimensiones más relevantes de calidad son la idoneidad, la accesibilidad, la oportunidad y la seguridad.

2. Justificación

Los derechos establecidos en el plan obligatorio de salud incluyen la entrega a los usuarios de los medicamentos incluidos en el POS que sean formulados por el médico como parte integral de su atención. Esta etapa del proceso de atención cobra especial importancia desde la perspectiva del usuario para

quienes el gasto personal en este rubro puede resultar tan costoso que se bloquee su acceso a ellos.

Una de las dificultades reportadas por los usuarios en este sentido es el despacho incompleto de la fórmula – en tipo y cantidades. Se presume que si el medicamento está incluido dentro del plan de beneficios, el CAA debe garantizar su disponibilidad excepto en casos de fuerza mayor, no imputables a él.

3. Objetivo del indicador

Determinar el grado de cumplimiento y oportunidad con que el CAA responde a sus afiliados en lo que se refiere al suministro de medicamentos contemplados en el Plan Obligatorio de Salud.

4. Foco de la medida

Entrega de los medicamento POS formulados a los usuarios del CAA.

5. Tipo de medida

Número de fórmulas entregadas con el tipo y cantidad de los medicamentos POS prescritos por el médico en la primera solicitud de la misma.

Número de fórmulas despachadas a los afiliados en forma completa en la primera solicitud por trimestre

Número total de fórmulas expedidas por los médicos a los afiliados por trimestre

6. Numerador

En el numerador deberá registrarse el número de fórmulas que al ser presentadas a farmacia para el suministro de los medicamentos, sin errores en el diligenciamiento del médico o en el trámite del usuario, fueron entregadas en tipo y cantidad iguales a la prescripción.

Las fórmulas despachadas en su totalidad después de más de una solicitud, son consideradas como despacho incompleto dado que implican el retraso en el tratamiento del usuario y trámites adicionales.

En las fórmulas devueltas por errores de prescripción o trámite, no se consideran en los datos hasta ser presentadas correctamente.

7. Denominador

En el denominador, se registran el total de fórmulas expedidas correctamente por los médicos y debidamente tramitadas por los usuarios, durante el trimestre.

8. Valor de los datos

Los datos se expresan en porcentaje de fórmulas que fueron despachadas en forma completa, conteniendo los tipos y cantidades expresadas en ellas. El mejor resultado es el 100%, expresando un buen resultado de atención en la entrega de los medicamentos POS.

9. Fuente de los datos

Numerador: La fuente primaria de los datos debe ser el registro de entrega de medicamentos por parte de farmacia del CAA.

Denominador: El mismo

10. Periodicidad del indicador

Este indicador debe emitirse cada trimestre.

11. Ajuste por riesgo

Se excluyen de este indicador, las prescripciones de medicamentos no POS dadas las diferencias de trámite establecidas para este suministro por parte del CAA y las fórmulas que al ser presentadas mostraron errores de formulación o trámite del usuario. En el caso de fórmulas que contengan tanto medicamentos POS como no POS, se considerará entrega total la que haya despachado la totalidad en tipo y cantidad de medicamentos POS.

INDICADOR 4: SATISFACCIÓN GLOBAL DE LOS ADSCRITOS POR LOS SERVICIOS RECIBIDOS

1. Categoría del indicador

A través de este indicador se monitorizan los componentes gerenciales y asistenciales en sus resultados y sus dimensiones más relevantes de calidad son la aceptabilidad, la idoneidad y la seguridad.

2. Justificación

La percepción de satisfacción de los usuarios ha demostrado en diferentes estudios que es uno de los factores con mayor incidencia sobre la toma de decisiones.

3. Objetivo del indicador

Identificar el nivel de satisfacción de los usuarios con los servicios y trato recibido por parte de los funcionarios del CAA.

4. Foco de la medida

El nivel de satisfacción general de los usuarios con los servicios y trato recibidos por parte del CAA. Este indicador presenta diferentes ámbitos en los cuales debe establecerse la satisfacción del usuario a saber:

- ✓ Atención al usuario en procesos asistenciales.
- ✓ Calidad de los servicios de salud prestados por el CAA.

5. Tipo de medida

Promedio de calificación de satisfacción de los usuarios, medido a través de las encuestas cliente interno (ver anexo XXXX), aplicada a afiliados que hayan requerido servicios en una o más de las áreas durante el período a medir. El indicador evaluará el nivel de satisfacción en el criterio establecido en las encuestas (cada pregunta es un criterio).

$$\frac{\text{Total puntos obtenidos en cada criterio de la encuesta}}{\text{Total puntos máximos que se pueden obtener en cada criterio según el N de encuestas}}$$

6. Numerador

Sumatoria de los puntos obtenidos para la misma pregunta en todas las encuestas previamente ubicada por el usuario según el criterio que le corresponda (excelente, bueno, regular, malo)

7. Denominador

En el denominador se registra el punto máximo (20) por el número total de encuestas.

8. Valor de los datos

La escala de calificación va de 0 a 20 (por cada pregunta) donde 0 es igual a la insatisfacción total y 20 el máximo nivel de satisfacción.

9. Fuente de los datos

Numerador: Estos datos deben obtenerse a través de encuestas dirigidas a los usuarios del CAA.

Denominador: El mismo

10. Periodicidad del indicador

Estas mediciones deben realizarse en forma trimestral.

11. Ajuste por riesgo

Este tipo de mediciones presenta el riesgo de la objetividad de los resultados dado que la percepción responde a características personales y expectativas propias e individuales de los usuarios frente a los servicios.

INDICADOR 5: COBERTURA DE VACUNACION EN MENORES DE 5 AÑOS

1. Categoría del indicador

A través de este indicador se monitoriza el componente asistencial en el resultado y sus dimensiones más relevantes de calidad son la efectividad y eficacia, la idoneidad, la accesibilidad, la continuidad, la oportunidad y la seguridad.

2. Justificación

Este indicador busca determinar la cobertura que tiene el CAA en la vacunación de la población infantil que le corresponde. Puede reflejar las políticas del CAA frente a las actividades de prevención y promoción obligatorias dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

3. Objetivo del indicador

Determinar la cobertura de los esquemas completos de vacunación sobre los menores de 5 años afiliados al CAA.

4. Foco de la medida

Cobertura con esquemas completos de vacunación en los menores de 5 años.

5. Tipo de medida

Cobertura de vacunación en menores de 5 años

Número de niños menores de 5 años afiliados con aplicación de esquemas
completos de vacunación durante el año*

Número de niños menores de 5 años afiliados durante el año

*Implica verificar la concordancia de las vacunas recibidas con la edad del menor al realizar el seguimiento.

6. Numerador

El numerador deberá registrar a todos los menores de 0 a 5 años afiliados al CAA y con esquemas de vacunación completo.

7. Denominador

En el denominador deberán registrarse el total de la población menor de 5 años afiliada al CAA.

8. Valor de los datos

Los datos se expresan en porcentaje de niños afiliados vigentes que presentan esquemas completos de vacunación, de acuerdo con su edad. El mejor resultado es el 100%, para garantizar una buena cobertura de vacunación.

9. Fuente de los datos

Numerador: departamento de enfermería, específicamente el área encargada de esta actividad.

Denominador: El mismo.

10. Periodicidad del indicador

Este indicador deberá emitirse en forma anual.

11. Ajuste por riesgo

No requiere

INDICADOR 6: CALIDAD DE LOS REGISTROS DE LA HISTORIA CLINICA

1. Categoría del indicador

A través de este indicador se monitoriza el componente asistencial en su proceso y sus dimensiones más relevantes de calidad son la competencia, la idoneidad, la eficiencia, la continuidad y la seguridad.

2. Justificación

Los registros clínicos del CAA, dentro de las condiciones científicas, técnicas, éticas, legales y financieras del sistema general de seguridad social reviste la mayor importancia como ilustración de la calidad con la que fue prestado el servicio. Es el elemento a través del cual se puede hacer una evaluación retrospectiva del servicio relacionando el actuar multidisciplinario del equipo de salud y la interacción administrativa requerida para hacer los registros clínicos.

3. Objetivo del indicador

- ✓ Determinar la calidad de los registros clínicos del CAA como uno de los factores críticos del proceso de atención.
- ✓ Contar con los elementos necesarios para realizar el seguimiento de la evolución clínica de los pacientes y contar con los registros cronológicos de la actividad de atención, a fin de evaluar la calidad de la atención en forma

retrospectiva cuando esto se requiera, a través de los registros consignados en la Historia Clínica de los usuarios.

4. Foco de la medida

Registro de los datos del paciente y actividades realizadas en la historia clínica.

Para este fin se establece que se considera una historia clínica completa aquella que en forma ordenada sistemática y cronológicamente cuenta con los siguientes registros:

INGRESO:

- ✓ Identificación del paciente
- ✓ Motivo de consulta
- ✓ Antecedentes personales y familiares
- ✓ Examen físico de ingreso
- ✓ Impresión diagnóstica
- ✓ Conducta médica

EVOLUCION DIARIA

- ✓ Notas diarias de evolución
- ✓ Notas diarias de enfermería
- ✓ Control de Signos Vitales
- ✓ Controles de líquidos (según requerimiento)
- ✓ Controles neurológicos (según requerimiento)
- ✓ Otros controles especiales (según requerimiento)

PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS

- ✓ Informe de procedimientos medico quirúrgicos realizados
- ✓ Resultados de procedimientos diagnósticos realizados
- ✓ Registro de Medicamentos aplicados

RESUMEN DE ATENCIÓN

5. Tipo de medida

Porcentaje de Historia Clínicas de pacientes que estuvieron atendidos en el CAA durante el trimestre que contienen todos los registros enunciados.

Número de Historia Clínicas completas durante el trimestre

Total de Historia Clínicas revisadas en el trimestre

Para la operación de este indicador, puede tomarse una muestra estadísticamente representativa de Historia Clínicas considerando como universo el total de pacientes que asistieron al CAA durante el trimestre.

6. Numerador

En el numerador se registra el número de Historias Clínicas que a la revisión, presentaban todos los registros básicos enunciados en forma ordenada y legible. En el caso de que los registros encontrados no sean legibles o se encuentren en desorden, se considerará como incompleta o inadecuada.

7. Denominador

En el denominador se registra el total de las Historia Clínicas revisadas como muestra estadísticamente representativa de los casos atendidos en el trimestre.

8. Valor de los datos

Los datos deben expresarse en porcentaje de historias clínicas completas.

9. Fuente de los datos

10. Numerador: Historias Clínicas de los pacientes que estuvieron atendidos en el CAA , ubicadas en los departamentos o direcciones de estadística o archivo.

Denominador: El mismo

11. Periodicidad del indicador

El indicador debe ser producido trimestralmente en el CAA. Para efectos de presentación y divulgación a los usuarios y al sistema en general, puede manejarse a través de consolidados semestrales y anuales.

12. Ajuste por riesgo

No requiere.

ELIMINAR LOS PROBLEMAS ENCONTRADOS EN LA EVALUACIÓN

Lo que debe ser claro es que la evaluación en sí misma no trae mejora de la calidad, requiere de acciones cuando se detectan las brechas o deficiencias frente a lo esperado. Ello implica trabajar en gerencia de los procesos en las

organizaciones de salud para que los resultados de la atención sean adecuados y dar información a los usuarios.

Los usuarios pueden y deben ser partícipes de la garantía de calidad porque orientan la decisión del curso de acción que más les conviene para sus objetivos personales; porque su colaboración es necesaria en la aplicación del tratamiento establecido, y es indispensable para lograr los beneficios requeridos de la atención; porque dan información sobre lo que les gusta o les desagrada durante el proceso de atención; y porque su comportamiento facilita o dificulta el buen funcionamiento del sistema en general.

COSTOS DE NO CALIDAD

El impacto de los procesos de mejoramiento se mide a través de los costos de no calidad, esto significa que en el momento de la detección del problema deben estimarse por métodos válidos y confiables y que los resultados de la monitorización del cambio también deberán traducirse en la misma unidad de medida. Por ejemplo si detectamos estancias inactivas, debemos determinar el costo de esas estancias, si detectamos intención de desafiliación, debemos estimar el costo del traslado a otras EPS de afiliados insatisfechos, etc.

Los costos de no calidad son la unidad de análisis común para la medición del impacto en los resultados centrados en el usuario, los cuales son la finalidad última del Sistema de Calidad.

Los resultados del sistema de calidad se evaluarán entonces mediante la detección de recurso inadecuadamente utilizado en el cual no se han utilizado los recursos con los niveles de efectividad y eficiencia que permitan obtener el máximo beneficio alcanzable. Se distinguen dos situaciones de utilización inadecuada:

- § Durante la prestación de servicios (dimensiones técnica e interpersonal de la calidad).
- § En el cuidado de los ingresos (UPC) que representa cada afiliado (dimensión interpersonal de la calidad)

Es importante entender que una gestión no se considera exitosa por detectar recursos inadecuadamente utilizados, sino por impactar sobre el recurso innecesariamente utilizado: el significado radica en la certeza de que si no se detectan recursos inadecuadamente utilizados, difícilmente se podrá encontrar de manera sistemática y confiable dónde impactar sobre la utilización innecesaria, que es el aspecto fundamental de la contención de costos de no calidad.

Entendemos por costos de no calidad, todos aquellos que no se generarían si la calidad fuera perfecta, en nuestro sistema de calidad consideramos que se componen de:

- 🌀 Costos de Prevención y Mejoramiento
- 🌀 Costos de Evaluación
- 🌀 Costos de Fallos Internos
- 🌀 Costos de Fallos Externos

COSTOS DE PREVENCIÓN Y MEJORAMIENTO

Los costos de prevención son los costos en que se incurre en cualquier actividad dirigida a asegurar la calidad en la prestación del servicio. Para disminuir estos costos en el CAA se tomaron las siguientes medidas al respecto:

- Para los Costos de Planeación de la Calidad: diseño de procedimientos que definen como se han de realizar las tareas para garantizar la calidad, mantenimiento preventivo de los equipos y las auditorias de las historias clínicas.
- Para los Costos de Capacitación: formación y capacitación del cliente interno para lograr que se trabaje una cultura de calidad.
- Para Costos de Revisión de Procesos y calificación de servicios: seguimiento de las acciones sugeridas en el sistema de calidad.
- Para los costos de monitorización: evaluar los niveles de mejoramiento alcanzados y tomar acciones correctivas oportunas.

COSTOS DE EVALUACIÓN

Son los relacionados con la medición del nivel de calidad alcanzado o con la inspección realizada para garantizar que se cumpliera con las exigencias del usuario. Para disminuir estos costos en el CAA se realizaron encuestas a usuarios para evaluar la calidad del servicio.

COSTOS POR FALLOS INTERNOS

Son los que podrían ser evitados si no se cometieran errores en la prestación del servicio o por no hacer correctamente las cosas desde el principio.

Para reducir estos costos en el CAA se debe tener en cuenta que algunos aspectos críticos de esta clase de fallas están directamente ligados con la EPS como son:

- Retardos en la atención debido a equipos obsoletos o en mal estado
- Falta de suministros
- Falta de contratación de recurso humano

Sin embargo hay otros aspectos que se destacan en este tipo de costos sobre los cuales el CAA directamente puede tomar la siguiente medida para evitarlos:

- Capacitación con énfasis en sensibilización del personal al trabajo con calidad, a desarrollar sus funciones correctamente, buen trato al cliente, cumplimiento de agenda de trabajo, comunicación interna y retroalimentación.

COSTOS POR FALLOS EXTERNOS

Son los costos que podrían ser evitados si se atienden las quejas de los usuarios y averiguar las causas la deserción de los mismos. En el CAA estos costos se evitan al tomar medidas sobre la sugerencias que dan los usuarios en las encuestas o en las reuniones semanales que realiza el Comité de Usuarios y así analizar cuales se pueden llevar a cabo.

EVALUACIÓN DEL MEJORAMIENTO

La evaluación del mejoramiento se hace a través de la puesta en marchas de estrategias observando si lo implantado ha causado alguna mejora en el servicio prestado a los usuarios del CAA.

La implementación de estrategias es un proceso en el desarrollo del sistema que no se hace de un día para otro y sus resultados de igual forma se ven a corto, largo y mediano plazo.

En el CAA se lograron ver los resultados a corto plazo de las siguientes estrategias:

- Debido a la solicitud que se hizo para la continuidad en la contratación de los profesionales, se logró obtener un contrato de 9 meses, a diferencia de los contratos anteriores que tenían una vigencia de 45 y hasta de 15 días, lo cual creaba tensión en los funcionarios, poco sentido de pertenencia y desgano en el desarrollo de sus funciones. Ahora desarrollan sus funciones con mayor tranquilidad y con un trato ameno hacia el cliente.
- Aprovechando la presencia de turistas en los días de Semana Santa se realizó una jornada en la playa por ser el sitio más concurrido por estos, con el apoyo de la Defensa Civil y la Cruz Roja se prestaron servicios de Primeros Auxilios, Medicina General y Odontología con gran acogida. Esto ha traído para el CAA una imagen positiva ante los usuarios. Ver anexo
- El CAA Central ha dado a conocer el portafolio de servicios al sector hotelero de la ciudad de Cartagena, lo cual ha hecho que los funcionarios del sector soliciten los servicios de atención en salud, especialmente los de odontología, pues en el portafolio de servicios se ofrece la realización de tratamientos en una solícita, lo que facilita a los usuarios la salida del trabajo evitando la solicitud de permisos frecuentemente.
- En la actualidad no se ha asignado un funcionario de tiempo completo para atención al cliente, es por esto que el Gerente del CAA ha acondicionado una oficina en el área administrativa (5º piso), donde diariamente él atiende a los usuarios ayudándolo a resolver sus problemas e inquietudes.

- Se ha reubicado el Departamento de Central de Órdenes en el 5º piso, con esto se ha facilitado a los usuarios la solicitud de las órdenes al acudir a una oficina única. También se eliminó [¿?](#) por completo la desaparición de órdenes de un piso a otro evitando de esta manera las quejas de los usuarios y el reprocesamiento de dichas órdenes.
- La Gerencia ha llevado a cabo un ciclo de capacitaciones los días viernes en el horario matutino, con el cual se ha logrado alcanzar una motivación en los empleados mejorando el trato a los usuarios. (ver anexo XXXXX)
- En el área de Fisioterapia se logró la vinculación de una auxiliar practicante, que apoya a la fisioterapeuta en el desarrollo de las funciones y agilización en la atención.
- Diariamente en el CAA circula a través de medios auditivos (grabación en cassette) información sobre los servicios que se prestan, horarios de atención, documentos requeridos para ser atendidos. El afianzamiento de esta información se hace a través de carteleras, con esto se ha logrado poner al día a los usuarios acerca de sus derechos y deberes.
- Con el fin de orientar a los usuarios cuando llegan a las instalaciones del CAA se ha colocado un mapa donde se especifica la ubicación de los departamentos y servicios por piso.
- El total de fichos para la solicitud de citas para especialistas se entrega en las horas de la mañana, anunciando el rango de fichos que van a ser

atendidos en los horarios de 7 a.m. a 12 m. y de 2 p.m. a 7 p.m. Con esto se evita la aglomeración de usuarios y la espera de los mismos.

- Para poder cubrir con la citas de nuevos afiliados se han congelado las citas de mantenimiento y se está asignado el control prenatal a todos los Médicos del CAA, logrando un cumplimiento en la atención de las embarazadas que solicitan el servicio y evitando el represamiento de citas al único médico que anteriormente las atendía.
- El CAA está realizando actividades de acuerdo al cronograma de fechas especiales propuesto por las analistas (ver anexo XXXXX), con el fin de motivar al cliente interno.
- Se ha desarrollado por parte de la Gerencia y Trabajo social la conformación de comités de usuarios por área de atención, esto ha permitido que los usuarios puedan evaluar los procesos de cada área dando sugerencias para su mejoramiento.

Para comprobar el mejoramiento de la aplicación de las estrategias anteriores se ha aplicado en el CAA una entrevista de satisfacción cliente externo y a través de las reuniones del grupo de calidad se ha confrontado la satisfacción del cliente interno. Esta se la primera semana de Abril de 2002 y se obtuvieron los siguientes resultados con respecto al servicio y la mejora del mismo.

En la figura 20 y figura 21 se observan que los resultados en la mejora del servicio fueron de un 65%, con esto se puede observar que el Sistema esta alcanzando los objetivos en cuanto mejoramiento y satisfacción del usuario.

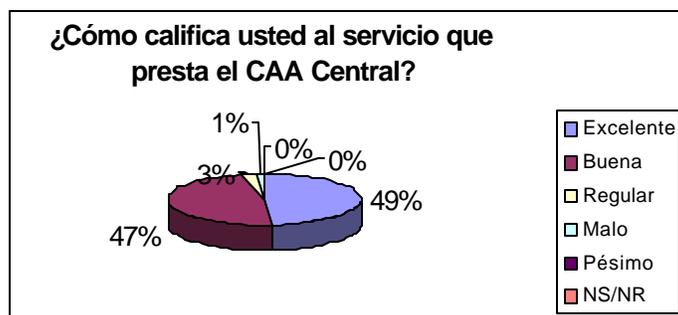


Figura 20. Calificación CAA Central

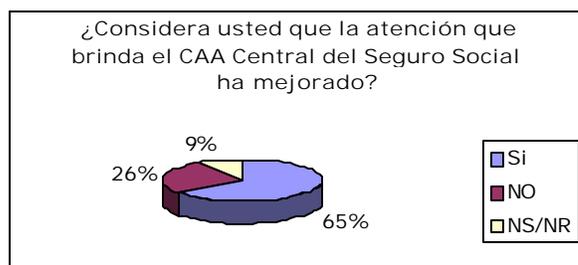


Figura 21. Mejoramiento del servicio

Las actividades que se hasta el momento han apoyado el desarrollo del sistema de calidad el CAA se ven consolidadas en el cronograma de actividades específicas (ver anexo N), este cronograma debe ser actualizado por el Grupo de Calidad para que se continúen realizando las actividades referentes al mejoramiento continuo del sistema.

BIBLIOGRAFÍA

ALBRECHT, Karl. LAURENCE, J. FORD, Brad. La excelencia en el servicio. 2ª edición. Mexico DF. 3R Editores, 1998.

CLEMENTS, Phil. Sea positivo. 1ª edición. Oxford. Panorama editores, 1997.

ENGELS, W. Gerencia Afectiva. 4ª edición. Los Angeles. Susaeta, 1996

GARCÍA, Guillermo. Seminario de Atención al Paciente con Calidad. Cartagena de Indias. 1997.

GREEN, E. P. Gerencia del Servicio al Cliente. 3ª edición. Barcelona. McGraw-Hill/Interamericana Editores, S.A de C.V, 2000

HOROVITZ, Jaques. La calidad en el servicio. 2ª edición. Montreal. Mac Graw Hill, 1994.

LELAND, Karen. BAILE, Keith. Servicio al cliente para Dummies. 1ª edición. Inglaterra. Editorial Norma, 1999.

MAYNARD. Manual del Ingeniero Industrial. Tomo IV. 4ª edición. Mexico DF. McGraw-Hill/Interamericana Editores, S.A de C.V, 1996.

WILLINGHAM, Ron. Escúchame, soy tu cliente. 2ª edición. Argentina. Editorial Prentice Hall, 1996.

Anexo A. Decretos

ARTÍCULO 48 Y 49 CONSTITUCIÓN NACIONAL

Artículo 48. La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley.

Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social.

El Estado, con la participación de los particulares, ampliara progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley.

La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley.

No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella.

La ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante.

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. Así 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.

LEY 100 De Diciembre De 1993:

Artículo 153.-FUNDAMENTOS DEL SERVICIO PUBLICO, ordinal 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 y eficiencia de conformidad con lo previsto en el Artículo 162 respecto al Plan Obligatorio de Salud.

Ordinal 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 práctica profesional, de acuerdo con la reglamentación expedida por el Gobierno. (Decreto 1485 de Julio 13 de 1994) las instituciones prestadoras deberán estar acreditadas ante las entidades de vigilancia (Capítulo II- Decreto 1918 de Agosto 5 de 1994)

Artículo 185.- Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deben tener como principios básicos la Calidad y la Eficiencia.

Artículo 186.- Del Sistema de Acreditación: el Gobierno Nacional propiciará la conformación de un sistema de acreditación de las instituciones prestadoras de servicios de salud, para brindar información a los usuarios sobre su calidad y promover su mejoramiento.

Artículo 232.- Obligaciones de las Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud.- A las Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud se les aplicarán las disposiciones contenidas en los artículos 225, 227, 228 de que trata la presente Ley, de acuerdo con la reglamentación que se expida para el efecto.

Artículo 227.- Control y Evaluación de la Calidad del Servicio de Salud. Es facultad del Gobierno Nacional expedir las normas relativas a la organización de un Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de salud, incluyendo la auditoria médica, de obligatorio desarrollo en las entidades promotoras de salud, con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios. La información producida será de conocimiento público.

Decreto 1571 del 12 de agosto de 1993.- Establece Normas Técnico-Administrativas sobre Bancos de Sangre.

DECRETO 2174 DE 1996

(Noviembre 28)

Por el cual se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud

el Presidente de la República de Colombia

En uso de las facultades conferidas por el artículo 189 numeral 11 de la Constitución Política y en concordancia con lo dispuesto en la Ley 10/90, los artículos 153 numeral 9; 154 literal c); 178 numerales 4 y 6; 186; 190 ; 199 ; 227; y 232 de la Ley 100 de 1993.

DECRETA

ARTÍCULO 1.- Campo de Aplicación. Las disposiciones del presente Decreto se aplicarán a todas las Personas Naturales y Jurídicas, que integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

PARÁGRAFO 1.- Para efectos del presente decreto se asimilan a las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades

de Medicina Prepagada, las Entidades Adaptadas, las entidades a las cuales se refiere el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y todas las organizaciones que actúen como tales en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

PARÁGRAFO 2.- Defínense como Prestadores de Servicios de Salud a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, a los Grupos de Práctica Profesional, a los Profesionales Independientes y a todas las personas, organizaciones y establecimientos que prestan servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación en salud.

ARTÍCULO 2.- De la Atención en Salud. La Atención en Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se refiere tanto a los servicios propios del aseguramiento y administración de recursos que desarrollan las entidades promotoras de salud como a los de prestación de servicios de salud en sus fases de promoción y fomento, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

ARTÍCULO 3.- Características de la Calidad de la Atención en Salud. La Calidad de la atención en salud está dada por el conjunto de características técnico-científicas, humanas, financieras y materiales que debe tener la Seguridad Social en Salud, bajo la responsabilidad de las personas e instituciones que integran el sistema y la correcta utilización de los servicios por parte de los usuarios.

Las características principales de la calidad de la atención en salud son: la accesibilidad, la oportunidad, la seguridad y la racionalidad técnica. La calidad integra características adicionales como la idoneidad y competencia profesional, la disponibilidad y suficiencia de recursos, la eficacia, la eficiencia, la integralidad, la continuidad, la atención humanizada y la satisfacción del usuario con la atención recibida.

ARTÍCULO 4.- Organización del Sistema. El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad es el conjunto de instituciones, normas, requisitos y procedimientos indispensables que deben cumplir los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud para garantizar a los usuarios de los servicios el mayor beneficio, a un costo razonable y con el mínimo riesgo posible. Estos requisitos y procedimientos establecen los estándares esenciales para el cumplimiento de las responsabilidades de todos los integrantes del Sistema y las condiciones para su mejoramiento continuo.

El Ministerio de Salud definirá normas de calidad y satisfacción del usuario y velará por su permanente actualización; expedirá la reglamentación necesaria para la aplicación del presente Decreto y prestará asistencia técnica a los integrantes del sistema con el propósito de orientarlos en el cumplimiento de sus responsabilidades.

La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá las funciones de Inspección, Vigilancia y Control dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad y aplicará las sanciones de su competencia. En desarrollo de estas funciones, realizará el seguimiento de los planes de mejoramiento de la calidad que presenten las Entidades Promotoras de Salud y las entidades que se le asimilen, conforme a lo dispuesto en el artículo 12 del presente decreto.

A las Direcciones Territoriales de Salud les corresponde: cumplir y hacer cumplir en su jurisdicción las disposiciones establecidas en este decreto y en la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de Salud; adaptar las Políticas de Calidad a la situación y necesidades particulares de sus regiones, Asesorar a las Entidades Promotoras de Salud y las entidades que se le asimilen y a los Prestadores de Servicios de Salud en el desarrollo de sus Sistemas de

Garantía de Calidad y Cumplir con las tareas de Inspección, Vigilancia y Control en su jurisdicción, en los términos previstos en la ley y en el presente decreto.

Las Entidades Promotoras de Salud y las entidades que se le asimilen, y los Prestadores de Servicios de Salud, desarrollarán Sistemas de Garantía de Calidad, bajo las condiciones previstas en el presente Decreto, de conformidad con la normatividad que para el efecto expida el Ministerio de Salud. Adicionalmente, podrán adelantar acciones autorreguladas de evaluación y mejoramiento de la calidad de manera autónoma y por voluntad propia.

Corresponde a los usuarios procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad, utilizar racionalmente los servicios de salud, ejercer la función de veeduría sobre la conformación y desarrollo de los Sistemas de Garantía de Calidad y cumplir con los demás deberes y obligaciones que les señala la Ley.

ARTÍCULO 5.- Objetivos del Sistema de Garantía de Calidad. Garantizar parámetros mínimos de Calidad de la Atención en salud, como punto de partida en el proceso de mejoramiento continuo de los Servicios de Salud.

Promover el desarrollo de una Cultura de la Calidad entre las personas y entidades que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Fomentar la sana competencia entre las Entidades de Aseguramiento en Salud y entre los Prestadores de Servicios de Salud, sobre la base de la Calidad en beneficio de los usuarios del Sistema.

Estimular el desarrollo de un Sistema de Información sobre la Calidad, que facilite la realización de las labores de auditoría, vigilancia y control y contribuya a una mayor información de los usuarios.

Crear condiciones propicias para el fortalecimiento de la participación de los usuarios en el mejoramiento de los servicios de salud.

ARTÍCULO 6.- Responsabilidad de las Entidades Promotoras de Salud y las que se les Asimilen. Las Entidades Promotoras de Salud y las que se les asimilen , y los prestadores de servicios de salud son responsables de la Calidad de la atención en salud de su población afiliada y usuaria, en el marco de las obligaciones que les asigna la ley; sin perjuicio de las responsabilidades propias de los demás integrantes del sistema.

ARTÍCULO 7.- Del Sistema de Garantía de Calidad en las Entidades Promotoras de Salud y las que se les Asimilen. Las Entidades Promotoras de Salud y las que se les asimilen, expedirán la reglamentación interna, crearán o ajustarán dependencias y cargos e incorporarán al Sistema de Información General un Subsistema de Información sobre la Calidad, con el propósito de garantizar el desarrollo e implantación del Sistema de Garantía de Calidad, en los términos previstos en el artículo 17 del presente decreto.

PARÁGRAFO 1.- Son componentes mínimos del Sistema de Garantía de Calidad en las Entidades Promotoras de Salud y las que se asimilen :

La verificación permanente del cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud, de los requisitos esenciales como condición indispensable para que las Entidades Promotoras de Salud y las que se asimilen puedan contratarlos e incluirlos en su red de prestadores.

La evaluación y mejoramiento de la Red de Servicios y del Sistema de Referencia y Contrarreferencia, con el propósito de garantizar el acceso de los afiliados y de sus beneficiarios a todos los grados de complejidad de los servicios de salud en los términos que establece la ley.

Los procesos de Auditoría Médica, desarrollados de conformidad con lo establecido en el artículo 14 del presente decreto.

El desarrollo de un Subsistema de Información que permita conocer, en forma continua y oportuna, los niveles de calidad a partir de los indicadores definidos por la entidad; facilitar a los usuarios la selección de los Prestadores de Servicios de Salud y difundir las condiciones de acceso a los servicios de salud.

Este Subsistema debe incluir, como mínimo, definición de indicadores y estándares para la monitoría y el mejoramiento de la calidad, Características de la Red de Prestadores, resultados de los estudios de la calidad de la atención en salud, incluyendo la satisfacción de los usuarios con los servicios prestados; acciones de mejoramiento desarrolladas por la entidad y tendencias de los indicadores a partir de tales acciones; resultados de las investigaciones realizadas a raíz de los casos en los cuales se presuman fallas en el proceso de atención y de las quejas y reclamaciones presentadas por los usuarios.

Salvo en los casos previstos por la ley, la información producida debe ser accesible a los usuarios y a los Organismos de dirección, vigilancia y control.

La definición de mecanismos para garantizar la oportunidad en el pago a los Prestadores de Servicios de Salud.

PARÁGRAFO 2.- Las Entidades Promotoras de Salud y las que se asimilen podrán contratar los servicios de Asesoría, Control y mejoramiento de la Calidad con instituciones de consultoría legalmente constituidas. La Superintendencia Nacional de Salud realizará los estudios de idoneidad de los auditores médicos y de quienes presten servicios para el desarrollo y cumplimiento del Sistema de Garantía de Calidad.

PARÁGRAFO 3. Las Entidades Promotoras de Salud y las que se asimilen tendrán autonomía para definir y ajustar los estándares objetivo y la forma de

lograrlos, sin perjuicio de las verificaciones que sobre el particular ejercerán la Superintendencia Nacional de Salud y demás organismos de Dirección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

ARTÍCULO 8.- Del Soporte Documental Básico de la Calidad en las Entidades Promotoras de Salud y las que se Asimilen. La puesta en marcha del Sistema de Garantía de Calidad en las Entidades Promotoras de Salud y las que se asimilen , implica la elaboración de un plan de desarrollo institucional del cual hacen parte los siguientes elementos documentales básicos:

MANUAL DE CALIDAD: Consiste en una descripción general de la organización, de su estructura orgánica, de los elementos que conforman su Sistema de Evaluación y Mejoramiento de la Calidad y de las normas internas que respaldan su adecuado funcionamiento. Contiene además una declaración general de la filosofía de la organización y de sus principios, políticas y estrategias en materia de Calidad.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS: Describe los procedimientos administrativos en los cuales intervienen los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Cada descripción de procedimiento debe incluir los estándares de calidad definidos por la entidad para garantizar la accesibilidad, oportunidad y seguridad del servicio.

PLANES DE MEJORAMIENTO: Conjunto de proyectos y programas mediante los cuales la entidad se compromete en un proceso de Mejoramiento Continuo de la Calidad de sí misma y de las instituciones prestadoras de servicios de su propiedad.

INFORMES DE CALIDAD: Conjunto de documentos que se generan como resultado de las actividades de evaluación y control de la calidad.

ARTÍCULO 9.- Del Sistema de Garantía de Calidad de los Prestadores de Servicios de Salud. Los prestadores de Servicios de Salud deberán desarrollar obligatoriamente un Sistema de Garantía de Calidad, el cual deberá incluir los siguientes componentes:

El cumplimiento de los requisitos esenciales para la prestación de Servicios de Salud.

El diseño y ejecución de un plan para el mejoramiento de la Calidad

El desarrollo de un sistema de información que incluya componentes de oferta de servicios, uso por parte de los usuarios, perfil epidemiológico y situación de salud de los usuarios atendidos.

Los procesos de Auditoría Médica, desarrollados de conformidad con lo establecido en el artículo 14 del presente decreto.

El desarrollo de procesos que permitan conocer el nivel de satisfacción de los usuarios y atender las reclamaciones y sugerencias que se presenten.

ARTÍCULO 10.- De la Declaración de Requisitos Esenciales. Se establece el procedimiento de Declaración de Requisitos Esenciales para la prestación de Servicios de Salud, según el cual todos los Prestadores de Servicios de Salud, cada dos años y en forma obligatoria, deben presentar ante las Direcciones Seccionales o Distritales de Salud y las Municipales certificadas y autorizadas, un documento en el cual declaran cumplir con los requisitos esenciales para la prestación de cada uno de los servicios de salud que ofrezcan y se comprometen a cumplirlos por el tiempo que dure la prestación de servicios. Igualmente, deberá informarse cualquier modificación respecto de la Declaración presentada.

Dicho documento servirá para acreditarse ante las entidades de vigilancia, de acuerdo con lo establecido en el numeral 9 del artículo 153 de la Ley 100 de 1993.

El Ministerio de Salud establecerá de manera general las normas técnicas, científicas y administrativas que contengan los requisitos esenciales para la prestación de cada uno de los servicios de salud según sus características y fijará el procedimiento de registro de la declaración.

Los requisitos esenciales serán revisados y actualizados cada dos años para establecer estándares superiores, en consonancia con el Plan de Mejoramiento de la Calidad de que trata el artículo 12 del presente decreto.

Las Entidades Promotoras de Salud y entidades que se asimilen sólo podrán prestar directamente o contratar los servicios, con Prestadores de Servicios de Salud que cumplan con los requisitos esenciales.

ARTÍCULO 11.- De la Acreditación de Prestadores de Servicios de Salud. La acreditación es un procedimiento sistemático voluntario y periódico, orientado a demostrar el cumplimiento de estándares de calidad superiores a los requisitos esenciales establecidos para la prestación de servicios de salud.

Mediante la acreditación los Prestadores de Servicios de Salud podrán solicitar, ante las instancias competentes, la verificación y certificación de los servicios que han superado los requisitos mínimos para la prestación de servicios de salud.

Las Instituciones o servicios de salud que obtengan la acreditación, disfrutarán de las prerrogativas que para ellas establezca la Ley, especialmente la divulgación sobre el cumplimiento de estándares superiores de calidad. El procedimiento de acreditación se realizará bajo parámetros únicos de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud.

ARTÍCULO 12.- Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad. Para propiciar el mejoramiento continuo de la calidad, el Ministerio de Salud diseñará, con la participación de las Direcciones Territoriales de Salud, Un Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad, en el cual se establecerán prioridades, metas y responsabilidades en materia de Calidad en Salud.

El Plan incorporará la revisión y actualización sucesiva de los requisitos mínimos para la prestación de Servicios de Salud.

A su vez, las entidades a las cuales se aplica el presente decreto serán responsables de definir para sus respectivos ámbitos, programas y metas de mejoramiento de la calidad, que harán parte del plan de desarrollo institucional y deberán ser presentados con la respectiva evaluación anual ante las Direcciones Seccionales y Distritales de Salud para el caso de los Prestadores de Servicios de Salud y ante la Superintendencia Nacional de Salud en el caso de las Entidades Promotoras de Salud y entidades que se asimilen.

Las Direcciones Territoriales de Salud deberán desarrollar un régimen de estímulos orientados al mejoramiento de la Calidad.

El Ministerio de Salud ejecutará un programa de Asistencia técnica con las Direcciones Territoriales de Salud para el Desarrollo del Plan.

ARTÍCULO 13.- Del Sistema de Información. El Sistema de Información del Sistema General de Seguridad Social en Salud deberá desarrollar e incorporar el componente de Información a los Usuarios, sobre la calidad de la prestación de los servicios, de tal forma que éstos puedan elegir entre las Entidades Promotoras de Salud y entidades que se asimilen y su Red de Prestadores de Servicios, aquellas opciones que más favorezcan la satisfacción de sus necesidades en salud.

El Sistema de Información deberá difundir cuáles son las instituciones que cumplen con los requisitos esenciales, las instituciones acreditadas y el cumplimiento de los indicadores de Calidad de los servicios prestados que previamente se definan. Así mismo, incorporará el componente de cuantificación de la oferta institucional de servicios de salud.

Para el efecto, las Direcciones Seccionales y Distritales de Salud, de acuerdo con la reglamentación que será expedida por el Ministerio de Salud, deberán adecuar el Registro Especial de Instituciones a las características de la información contenida en la Declaración de Requisitos Esenciales para la prestación de Servicios de Salud, en los aspectos relacionados con instituciones, oferta de servicios y recursos disponibles en las IPS de su jurisdicción. Esta información será uno de los insumos para elaborar el Mapa Nacional de Salud.

El Sistema de Información de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberá contener el portafolio de servicios de la entidad y permitir la implantación de mecanismos de autoevaluación, así como la información que permita conocer el estado de salud, el perfil epidemiológico de la población de usuarios y los costos de utilización de los servicios. De igual manera, las IPS deberán diligenciar y fijar en sitio visible al público, el reporte periódico de la gestión institucional, de acuerdo con las especificaciones que determine el Ministerio de Salud.

ARTÍCULO 14.- De la Auditoría Médica. Las Entidades Promotoras de Salud y entidades que se asimilen y los Prestadores de Servicios de Salud deberán establecer procesos de Auditoría Médica de Conformidad con las pautas indicativas que al respecto elaboren el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud.

Entiéndase por Auditoría Médica la evaluación sistemática de la Atención en Salud, con el objetivo fundamental de mejorar la Calidad de los servicios. Significa la comparación entre la calidad observada y la calidad deseada de acuerdo con las normas técnico-científicas y administrativas previamente estipuladas para la atención en salud. Para tal efecto podrán ser utilizados diferentes procedimientos de seguimiento, evaluación e identificación de problemas y de soluciones en la prestación de los servicios.

En razón de la responsabilidad que les compete a las Entidades Promotoras de Salud y entidades que se asimilen, corresponde a éstas aplicar procedimientos y técnicas de Auditoría para la Evaluación y el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, sin perjuicio de las actividades de auditoría desarrolladas de manera autónoma por los Prestadores de Servicios de Salud y de las acciones ejercidas por la Superintendencia Nacional de Salud y demás entidades de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema.

Por su parte, los Prestadores de Servicios de Salud realizarán procedimientos de Auditoría Médica, destinados a la autoevaluación permanente de los servicios que prestan.

ARTÍCULO 15.- De las Técnicas de Auditoría Médica. En cumplimiento de las actividades de Evaluación y Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, y hasta tanto se reglamente el ejercicio de la Auditoría Médica, los profesionales que ejercen esta disciplina podrán aplicar las técnicas de auditoría de aceptación común.

PARÁGRAFO 1. Los documentos de Trabajo generados durante las labores de auditoría, hacen parte de los Informes de Calidad y deberán ser presentados cuando así lo requieran las autoridades competentes en el curso de las investigaciones y de las acciones de Vigilancia y Control.

ARTÍCULO 16.- De la Evaluación de la Tecnología Biomédica. De acuerdo con las normas que al respecto expida el Ministerio de Salud, las Entidades Promotoras de Salud y entidades que se asimilen y los Prestadores de Servicios de Salud deberán realizar periódicamente evaluaciones de la tecnología biomédica que utilicen en la prestación de los mismos.

ARTÍCULO 17.- Transición. Las Entidades Promotoras de Salud y entidades que se asimilen y los Prestadores de Servicios de Salud, deberán realizar los ajustes necesarios para el cumplimiento de lo dispuesto en el presente decreto, para lo cual tendrán un plazo de seis (6) meses contados a partir de su vigencia.

ARTÍCULO 18.- Sanciones. En desarrollo de las funciones de Inspección, Vigilancia y Control, establecidas en los artículos 49 de la Ley 10 de 1990 y 176 de la Ley 100 de 1993, las Direcciones Seccionales y Distritales de Salud y las Municipales Certificadas y Autorizadas podrán, según la naturaleza y la gravedad del incumplimiento, por parte de las IPS o de los prestadores de Servicios de Salud, de las normas técnicas, científicas, administrativas y financieras que expida el Ministerio de Salud y en especial de los requisitos esenciales para la prestación de servicios de salud, imponer las siguientes sanciones:

Multas en cuantías hasta de doscientos (200) salarios mínimos legales mensuales.

Intervención de la gestión administrativa y/o técnica de las entidades que presten servicios de salud, por un término hasta de seis (6) meses.

Suspensión o pérdida definitiva de la personería jurídica de las personas privadas que presten servicios de salud.

Suspensión o pérdida de la autorización para prestar servicios de salud.

PARÁGRAFO.- La Superintendencia Nacional de Salud podrá aplicar las sanciones de su competencia a las Entidades Promotoras de Salud y las que se asimilen y, en relación con el incumplimiento de los requisitos esenciales, la ejercerá previa declaración de competencia prevalente

ARTÍCULO 19.- Vigencia. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación y deroga el Decreto 1918 de 1994 y las demás disposiciones que le sean contrarias.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Santafé de Bogotá D.C. a los 28 NOV. 1996

ERNESTO SAMPER PIZANO

Presidente de la República

MARÍA TERESA FORERO DE SAADE

Ministra de Salud

RESOLUCION 4252 DE 1997

La Ministra de Salud

En ejercicio de sus facultades legales y en especial las conferidas por el literal d) del artículo 9 de la Ley 10 de 1990, los numerales 2 y 3 del artículo 173 y el artículo 185 de la Ley 100 de 1993 y los artículos 10 y 13 del Decreto 2174 de 1996

RESUELVE:

ARTICULO 1.- Definición y Campo de Aplicación. Sin perjuicio de lo dispuesto en las disposiciones sanitarias vigentes en la materia, los requisitos esenciales a que se refiere la presente reglamentación son las condiciones mínimas de personal, infraestructura física, dotación, procedimientos técnico-administrativos, sistemas de información, transporte y comunicaciones y auditoría de servicios, que deben cumplir todos los prestadores de servicios de salud a los que se refiere el párrafo 2 del artículo 1 del Decreto 2174 de 1996, para garantizar que la atención de los usuarios sea prestada en condiciones de accesibilidad, oportunidad, seguridad y racionalidad técnica y científica .

PARAGRAFO 1.- Los requisitos esenciales se establecen en el anexo técnico el cual es parte integral de la presente resolución .

PARAGRAFO 2.- Para los servicios no contemplados en el anexo técnico de la presente resolución se entienden como requisitos esenciales los establecidos en las normas generales vigentes.

ARTICULO 2.- Definición de la Declaración de Requisitos Esenciales. La Declaración de Requisitos Esenciales es la manifestación mediante la cual los prestadores de servicios de Salud, afirman ante la autoridad competente que los servicios que ofrecen cumplen con los requisitos esenciales establecidos por el Ministerio de Salud.

ARTICULO 3.- Adopción del Formato. Para la Declaración de Requisitos Esenciales se adopta el formato respectivo el cual hace parte integral de la presente resolución. Con base en este formato se mantendrá actualizado el Registro Especial de Instituciones de salud, de acuerdo con lo establecido en la Ley 10 de 1990 y en sus normas reglamentarias.

ARTICULO 4.- De las Autoridades Competentes Para Recibir y Registrar la Declaración de Requisitos Esenciales. Las Direcciones Seccionales, Distritales y las Municipales certificadas, de acuerdo con la jurisdicción respectiva, son las autoridades competentes para registrar las Declaraciones de Requisitos Esenciales.

La Dirección de Salud correspondiente incluirá la información consignada en la Declaración de Requisitos Esenciales en el Registro Especial de Instituciones, manteniendo el código de las Instituciones actualmente registradas y asignándole a las Instituciones nuevas el código consecutivo

PARAGRAFO 1.- De conformidad con el artículo 10 del Decreto 2174 de 1996, la Declaración de Requisitos Esenciales tiene una vigencia de dos (2) años .

PARAGRAFO 2.- Cuando se presenten modificaciones en la prestación de servicios que impliquen cambios en lo declarado, los prestadores de servicios de

salud están obligados a informarlo inmediatamente a la Dirección de Salud correspondiente para la actualización del registro.

PARAGRAFO 3.- Cuando un prestador de servicios de salud tenga más de un establecimiento, debe registrar una Declaración de Requisitos Esenciales independiente para cada uno de ellos ante la dirección de salud correspondiente.

ARTICULO 5.- De la Remisión de la Información al Nivel Nacional. Dentro de los primeros cinco (5) días de cada mes, la Dirección de Salud competente remitirá la información correspondiente a las novedades presentadas durante el mes inmediatamente anterior a la División de Registro y Acreditación de Instituciones de Salud del Ministerio de Salud por la dependencia que haga sus veces.

ARTICULO 6.- Del Funcionamiento de los Prestadores de Servicios de Salud. Todos los prestadores de Servicios de Salud, para iniciar o ampliar la prestación de servicios de salud es necesaria la Declaración de Requisitos Esenciales debidamente tramitada ante la autoridad competente, sin perjuicio de los demás requisitos exigidos por la ley. El procedimiento de registro solo tiene efecto sobre aquellos servicios explícitamente incluidos en dicha declaración.

ARTICULO 7.- De los Requisitos Generales para ser IPS. Las I.P.S cumplirán con los siguientes requisitos:

a. Requisitos administrativos

- Declaración de Requisitos Esenciales para la prestación de servicios.
- Estructura orgánica y funcional

- Autonomía administrativa que podrá acreditarse mediante la certificación de las facultades administrativas otorgadas o asignadas al responsable de la Dirección de la respectiva I.P.S.
- Manual de Procesos, Procedimientos y Funciones.
- Reglamento interno de trabajo o su equivalente.
- Revisor fiscal.

b. Requisitos técnico científicos

- Manejo sistemático de historias clínicas individualizadas.
- Un Sistema de garantía de calidad que incluya un Plan de Mejoramiento de la Calidad.
- Programa de Salud Ocupacional.
- Plan de urgencias, emergencias y desastres.

c. De los Requisitos de Información

Las IPS debe contar con un sistema de información de acuerdo a las normas del Ministerio de Salud en:

- Registro de las actividades de salud desarrolladas diariamente y consolidados mensuales.
- Sistema de vigilancia epidemiológica, notificación obligatoria.
- Reporte a la Dirección Territorial de Salud, a las EPS y a la Superintendencia Nacional de Salud de la información que estas requieran
- Sistema de Información Financiera que incluya: Presupuesto, contabilidad de Costos de conformidad con lo establecido en el parágrafo del artículo 185 de la Ley 100 de 1993, facturación y Cartera.

PARAGRAFO 1.- Están excluidas de tener revisor fiscal las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que no requieran personería jurídica.

PARAGRAFO 2.- El revisor fiscal debe posesionarse ante la junta directiva de la Institución o quien haga sus veces y este acto debe ser notificado a la Superintendencia Nacional de Salud.

ARTICULO 8- De la Adecuación del Registro Especial de Instituciones. Las Direcciones de salud deben adecuar el Registro Especial de Instituciones de manera que incorporen en una base de datos todas las variables que se establecen en el formato para la Declaración de Requisitos Esenciales.

ARTICULO 9.- De los Efectos de la Declaración de Requisitos Esenciales. De conformidad con lo establecido en el artículo 10 del decreto 2174 de 1996, las Entidades Promotoras de Salud y las que se asimilen solo pueden prestar directamente o contratar los servicios con prestadores de servicios de salud que cumplan con los requisitos esenciales.

ARTICULO 10.- De la Verificación. Las Direcciones Territoriales competentes pueden de manera total o parcial y con la periodicidad que lo determinen, verificar el cumplimiento real y efectivo de los requisitos esenciales vigentes.

ARTICULO 11.- Del Plan de Visitas. Las Direcciones de Salud competentes, deben elaborar y ejecutar un plan de visitas para verificar que los prestadores de Servicios de Salud de su jurisdicción cumplan con los requisitos esenciales. De tales visitas se levantarán las actas respectivas las cuales deben ser suscritas por quienes participen en ellas.

ARTICULO 12.- Plan de Cumplimiento. Cuando se verifique que un prestador de servicios de salud incumple total o parcialmente con uno o varios requisitos, en uno o varios servicios considerados críticos por la Dirección de Salud, en el mantenimiento de la oferta existente en la jurisdicción, la Dirección de Salud competente y el prestador de servicios deben establecer de manera excepcional un plan de cumplimiento de dicho(s) requisito(s) cuyo plazo máximo no podrá ser superior a seis meses sin perjuicio a las sanciones a que haya lugar.

PARAGRAFO 1.- El incumplimiento parcial o total de los requisitos esenciales relacionados con servicios no considerados como críticos por la Dirección de Salud, dará lugar a la imposición de las sanciones correspondientes, sin perjuicio del cumplimiento de las disposiciones legales.

PARAGRAFO 2.- Para el cumplimiento de los requisitos establecidos en el Decreto 2240 de 1996, las Direcciones de Salud deben solicitar a los prestadores de servicios la elaboración de un plan de cumplimiento de conformidad con lo previsto en el mencionado decreto y las demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

ARTICULO 13. - Vigencia. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL

Decreto número 1403 del 1 de julio de 1994.

Por el cual se aprueba el acuerdo número 62 del 29 de junio de 1994 del consejo directivo del Instituto de Seguros Sociales, adoptando la estructura interna y estableciendo las funciones de las dependencias de los centros de atención ambulatoria así:

DE LA GERENCIA DEL CENTRO DE ATENCION AMBULATORIA

Artículo 166.- La Gerencia del Centro de atención ambulatoria cumplirá las siguientes funciones:

1. Planear, dirigir, evaluar y controlar la prestación de los servicios del Centro de Atención Ambulatoria.

2. Vigilar el cumplimiento de políticas, normas y disposiciones legales y administrativas definidas por el Nivel Nacional para la prestación de los servicios integrales.
3. Velar por el cumplimiento de las normas técnicas diseñadas por el Nivel Nacional para el funcionamiento de las diferentes áreas del Centro de Atención Ambulatoria.
4. Elaborar, evaluar y suministrar la información requerida por los niveles seccional, regional y nacional del instituto u otras entidades que legalmente puedan solicitarla.
5. Informar sobre la gestión, resultados y el funcionamiento del Centro de Atención Ambulatoria a la Gerencia Seccional de Atención Ambulatoria y niveles superiores que lo requieran.
6. Formular y controlar la ejecución del plan de desarrollo del Centro.
7. Dirigir la elaboración y controlar la ejecución del presupuesto.
8. Velar por la rentabilidad económica y social del Centro de Atención Ambulatoria.
9. Analizar y presentar los estados financieros del Centro.
10. Administrar adecuadamente los recursos humanos, físicos y financieros del Centro de Atención Ambulatoria.
11. Establecer las necesidades de desarrollo o contratación de servicios, según el modelo de atención ambulatorio definido a Nivel Nacional.
12. Evaluar los resultados de la gestión y el comportamiento de los indicadores de desempeño definidos para el proceso y definir las acciones correctivas.
13. Desarrollar y garantizar el funcionamiento procedimiento del sistema de control interno.
14. Establecer y dirigir los procesos de garantía de calidad de calidad de los servicios.
15. Velar por el desarrollo de los programas de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud de la población adscrita.

16. Propiciar y coordinar los programas docente asistenciales y las investigaciones que sean aprobadas para su ejecución en el Centro y proponer la formación de recurso humano según sus propias necesidades.
17. Velar por la elaboración y mantenimiento de las historias clínicas según los parámetros que determine la administración nacional.
18. Demás actividades que se le asignen.

DEL DEPARTAMENTO DE INFORMATICA

Artículo 168.-el departamento de informática cumplirá las siguientes funciones:

1. Realizar en el Centro de Atención Ambulatoria la coordinación de los planes y programas de sistematización del instituto.
2. Coordinar conjuntamente con las áreas usuarias el entrenamiento y capacitación al personal del Centro de Atención, en lo referente a aplicaciones y programas de los diferentes sistemas de información desarrollados o adquiridos por la entidad.
3. Coordinar con el personal técnico de sistemas de la Gerencia Nacional de informática y el Departamento Seccional de Informática la instalación y puesta en marcha de las aplicaciones que se desarrollen para éstos.
4. Consolidar las propuestas de nuevos sistemas, servicios o mejoras a los mismos por parte de los empleados del Centro, para ser solicitados a través del Departamento Seccional de Informática.
5. Administrar los recursos computacionales y de comunicaciones.
6. Administrar los mecanismos, planes, y programas de contingencias y seguridad para garantizar la integridad de la información y disponibilidad de los servicios informáticos.
7. Procesar la información recibida de acuerdo con las normas técnicas, las prioridades y la documentación aprobada para cada una de las aplicaciones.

8. Administrar y controlar el uso de manuales técnicos, medios magnéticos y demás materiales técnicos.
9. Las demás funciones que se le asignen.

DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS MEDICOS

Artículo 170._ El Departamento de Servicios Médicos cumplirá las siguientes funciones:

1. Entablar las relaciones y comunicaciones requeridas con los clientes a quienes se les presta el servicio médico.
2. Establecer las relaciones y comunicaciones internas en las diferentes áreas de servicio, cuando la atención médica lo requiera.
3. Aplicar las normas y políticas establecidas por el nivel nacional para la prestación del servicio médico.
4. Ejecutar los planes y programas diseñados por el nivel nacional para la prestación del servicio médico.
5. Administrar los recursos técnicos y asistenciales del departamento con criterios de eficiencia y productividad.
6. Participar en la elaboración y control del presupuesto de su departamento.
7. Velar por el desarrollo de los procesos de garantía de calidad de los servicios de salud.
8. Evaluar la gestión de su departamento y participar en la evaluación de gestión general del CAA.
9. Facilitar los procesos de evaluación de calidad que desarrollen las EPS a las cuales presten servicios.
10. Mantener la actualización de los protocolos de manejo de pacientes y los manuales de normas y procedimientos.
11. Formular el plan de capacitación y formación del recurso humano y los proyectos de investigación de interés para el CAA.

12. Coordinar los programas docente asistenciales y de investigación en su departamento.
13. Llevar el registro de actividades de actividades y control de costos del departamento.
14. Demás funciones que se le asignen.

DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD ORAL

Artículo 171.- El departamento de servicios de salud oral cumplirá las siguientes funciones:

1. Mantener las relaciones y comunicaciones requeridas con los clientes a quienes se les preste los servicios de salud oral.
2. Establecer las relaciones y comunicaciones con las diferentes áreas del CAA.
3. Aplicar las normas y políticas establecidas por el nivel nacional para la prestación del servicio de salud oral.
4. Ejecutar los planes y programas diseñados por el nivel nacional para la prestación de servicios de salud oral.
5. Administrar los recursos financieros y asistenciales del departamento con criterios de eficiencia y productividad.
6. Participar en la elaboración y control del presupuesto.
7. Velar por el desarrollo de los procesos de garantía de calidad de los servicios.
8. Evaluar la gestión del área y participar en la gestión general del CAA.
9. Facilitar los procesos de evaluación de calidad que desarrollen las EPS a las cuales presten servicio.
10. Mantener la actualización de los protocolos de manejo de pacientes y los manuales de normas y procedimientos.
11. Formar el plan de capacitación y formación del recurso humano y los proyectos de investigación de interés para el centro.
12. Coordinar los programas docentes asistenciales y de investigación en su departamento.

13. Llevar el registro de actividades y control de costos del departamento.

14. Demás funciones que se le asignen.

DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE APOYO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA.

Artículo 172.- El departamento e servicios de apoyo y complementación terapéutica cumplirá las siguientes funciones:

1. Prestar al cliente los servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica , ordenados por el área asistencial.
2. Cumplir con las normas y políticas establecidas por el nivel nacional para la prestación del servicio.
3. Aplicar las normas técnicas establecidas por el nivel nacional para la prestación del servicio.
4. Ejecutar los planes y programas diseñados por el nivel nacional para el área de servicio.
5. Administrar los recursos financieros y asistenciales del departamento con criterios de eficiencia y productividad.
6. Participar en la elaboración y control del presupuesto de su departamento.
7. Velar por el desarrollo de los procesos de garantía de calidad de los servicios.
8. Evaluar la gestión de su departamento y participar en la evaluación de gestión general del CAA.
9. Facilitar los procesos de evaluación de calidad que desarrollen las EPS a las cuales presten servicio.
10. Mantener la actualización de los protocolos de manejo de pacientes y los manuales de normas y procedimientos.
11. Formular el plan de capacitación y formación del recurso humano y los proyectos de investigación de interés para el CAA.
12. Coordinar los programas docente asistenciales y de investigación en su departamento.

13. Llevar el registro de actividades y control de costos del departamento.

14. Demás funciones que se le asignen.

DEL DEPARTAMENTO DE PROMOCION Y PREVENCIÓN

Artículo 173.- El departamento de promoción y prevención cumplirá las siguientes funciones:

1. Establecer las relaciones y comunicaciones con las diferentes áreas de servicio.
2. Coordinar las acciones con los diferentes servicios de atención asistencial.
3. Ejecutar las acciones definidas con el propósito de obtener el perfil y seguimiento epidemiológico de la población.
4. Cumplir con las normas diseñadas por el nivel de nacional para el programa de vigilancia epidemiológica.
5. Ejecutar las normas técnicas definidas por el nivel nacional en materia de promoción, prevención y mantenimiento de la salud.
6. Aplicar las normas y políticas diseñadas por el nivel nacional para la prestación del servicio de promoción, prevención y mantenimiento de la salud.
7. Administrar los recursos financieros y asistenciales del departamento con criterios de eficiencia y productividad.
8. Participar en la elaboración y control del presupuesto de su departamento.
9. Velar por el desarrollo de los procesos de garantía de calidad de los servicios.
10. Evaluar la gestión de su departamento y participar en la evaluación de la gestión general del CAA.
11. Facilitar los procesos de evaluación de calidad que desarrollen las EPS a las cuales presten servicio.
12. Mantener la actualización de los protocolos de manejo de pacientes y los manuales de normas y procedimientos.
13. Formular el plan de capacitación y formación del recurso humano y los proyectos de investigación de interés para el CAA.

14. Coordinar los programas docente asistenciales y de investigación en su departamento.
15. Llevar el registro de actividades y control de costos del departamento.
16. Demás funciones que se le asignen.

DECRETO NUMERO 1402 DEL 1 DE JULIO DE 1994

El presidente de la República de Colombia

En desarrollo de las normas generales de la ley 4ª de 1992

DECRETA

ARTICULO 1º . Campo de aplicación: El sistema de clasificación y nomenclatura establecido en el presente decreto rige para los empleos del Instituto de Seguros Sociales.

ARTICULO 2º . Nomenclatura y clasificación: la nomenclatura y clasificación de los empleos del Instituto de Seguros Sociales se determinan por área, nivel, denominación grado y clase.

En el área se ubica el cargo según la naturaleza de las funciones desempeñadas en el área asistencial o administrativa.

El nivel, que se clasifica en directivo, asesor, ejecutivo, profesional, técnico, auxiliar lo determina la responsabilidad, los requisitos exigidos para su desempeño y la naturaleza general de sus funciones.

La denominación es la identificación del cargo, por los deberes, atribuciones y responsabilidades.

El grado indica la asignación básica mensual del empleado dentro de la escala salarial progresiva para funcionarios de seguridad social y trabajadores oficiales, según la complejidad y responsabilidad inherente al ejercicio de las funciones.

La clase dentro de cada denominación, indica la asignación básica mensual los empleados públicos y para algunos funcionarios de seguridad social cuya remuneración se fija por los mismos mecanismos previstos para los empleados públicos.

- **ARTICULO 3.- Clasificación de los cargos:** los cargos se clasifican en:

Según la naturaleza de las funciones que desempeñan los funcionarios de seguridad social en:

- a) Asistenciales: sus funciones están directamente relacionadas con la prestación de los servicios propios de la atención integral de la salud.
- b) Administrativos: son los demás cargos.

Por razón de los requisitos exigidos para su desempeño, responsabilidades y por naturaleza general de las funciones, los empleados se clasifican en los siguientes niveles:

- a) Directivo: comprende el conjunto de empleos con funciones directivas, de formulación de políticas, planes y programas para su adopción y ejecución por los otros niveles.
- b) Asesor: agrupa empleos con funciones de asistencia, consultoría, consejería a los del nivel directivo y ejecutivo.
- c) Ejecutivo: agrupa los empleos que ejecutan funciones de dirección, coordinación y control de las unidades o dependencias internas que se encargan de ejecutar y desarrollar las políticas, planes y programas de la entidad.
- d) Profesional: agrupa los empleos con funciones que por su naturaleza requieren de la aplicación de conocimientos propios de cualquier carrera profesional reconocida por la ley.
- e) Técnico: comprende los empleos que exigen la aplicación de procedimientos y recursos necesarios para el ejercicio de una ciencia o arte.
- f) Operativo: comprende los empleos cuyo ejercicio se caracteriza por el predominio de actividades manuales o de simple ejecución.

Según la forma como deben proveerse los cargos en discretionales, de carrera y trabajadores oficiales.

- a) Los discretionales son los desempeñados por empleados públicos y funcionarios de seguridad social con nombramiento ordinario.
- b) Los de carrera son los cargos de funcionarios de seguridad social que se proveen por nombramiento en periodo de prueba o por ascenso. Previo el proceso de selección.

- c) Los trabajadores oficiales son los desempeñados por personal vinculadas por contrato de trabajo.

MINISTERIO DE SALUD

DECRETO NÚMERO 806 DE 19

30 de Abril 1998

Por el cual se reglamenta la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y la prestación de los beneficios del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud y como servicio general, en todo territorio nacional.

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

En uso de sus facultades constitucionales y legales, en especial de la contenida en el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política, literal K) del artículo 1 de la Ley 10 de 1990, los artículos 154, 157 y 159 de la ley 100 de 1993 y el artículo 23 de la ley 344 de 1996.

DECRETA

CAPÍTULO I.

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1 . Objeto y ámbito de aplicación. El presente decreto tiene por objeto reglamentar la Seguridad Social en Salud, en todo el territorio nacional, tanto como servicio público esencial como servicio de interés público a cargo de

particulares o del propio Estado, xxxxxx tipo de participantes del Sistema, la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y los decretos afiliados.

En consecuencia, obliga a todas las entidades públicas, privadas, mixtas o de economía solidaria debidamente autorizadas para participar en el Sistema General de Seguridad Social en Salud garantizando la prestación o prestando uno o varios de los beneficios de que trata el presente decreto, así como a la población afiliada y vinculada al Sistema.

CAPITULO II

BENEFICIOS DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD COMO SERVICIO PÚBLICO ESENCIAL

Artículo 2. Definición. En desarrollo de los artículos 48 y 49 de la Constitución Política, el Estado garantiza el acceso a los servicios de salud y regula el conjunto de beneficios a que tienen derecho los afiliados como servicio público esencial, con el propósito de mantener o recuperar su salud y evitar el menoscabo de su capacidad económica derivada de incapacidad temporal por enfermedad general y maternidad.

Al Estado le corresponde garantizar este conjunto de beneficios en forma directa o a través de terceros con el objeto de proteger de manera efectiva el derecho a la salud. Estos se agrupan en cinco tipos de planes diferentes a los cuales se accede dependiendo de la forma de participación en el Sistema, esto es como afiliado cotizante, como afiliado beneficiario, como afiliado subsidiado, o como vinculado al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 3. De los tipos de planes: En el Sistema General de Seguridad Social en Salud como servicio público esencial existen únicamente los siguientes planes de beneficios:

1. Plan de Atención Básica en Salud PAB
2. Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo POS
3. Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado POSS

Artículo 9. Criterios para la elaboración del Plan:

Para la inclusión de actividades, intervenciones, procedimientos y medicamentos en el Plan Obligatorio de Salud, se tendrá en cuenta lo siguiente:

1. El conjunto de actividades, intervenciones, procedimientos, medicamentos y guías de atención que se incluya deberá ser seleccionado con criterios de costo-efectividad, orientado a la solución de las enfermedades de acuerdo con el perfil de morbilidad y con las condiciones de tecnología existentes en el país.
2. Las actividades, intervenciones, procedimientos médicos, medicamentos y procedimientos diagnósticos y terapéuticos incluidos deberán estar aceptados por la ciencia médica en el ámbito de organizaciones tales como las sociedades científicas, colegios de médicos, Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud.
3. Las actividades, intervenciones, medicamentos y procedimientos médicos incluidos deberán cumplir con los criterios de eficacia comprobada para resolver o mejorar las condiciones generadas por la enfermedad y de seguridad, para evitar o reducir el riesgo a los pacientes, a su familia, al personal de la salud y a la comunidad en general.

PARÁGRAFO: Los servicios de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud serán actualizados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los cambios de estructura demográfica de la población,

el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país y las condiciones financieras del sistema.

Artículo 10. Exclusiones y limitaciones:

Con el objeto de cumplir con los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia consagrados en la Constitución Política, el Plan Obligatorio de Salud tendrá exclusiones y limitaciones, que en general serán todas aquellas actividades, procedimientos intervenciones, medicamentos y guías de atención integral que expresamente defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, que no tengan por objeto contribuir como cosméticos, estéticos o suntuarios, o sean el resultado de complicaciones de estos tratamientos o procedimientos.

En ningún caso se financiarán con cargo a los recursos del sistema, actividades, procedimientos, medicamentos o intervenciones de carácter experimental o no aceptados por la ciencia médica en el ámbito de organizaciones tales como las sociedades científicas, colegios de médicos, Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud.

Artículo 11. Condiciones de acceso:

Para acceder a cualquiera de los niveles de complejidad del plan obligatorio de salud, se consideran como indispensables y de tránsito obligatorio las actividades y procedimientos de consulta de medicina general y/o paramédica del primer nivel de atención. Para el tránsito entre niveles de complejidad es requisito indispensable el procedimiento de remisión. Se exceptúan de lo anterior

solamente las atenciones de urgencia y pediatría. Cuando la persona ha sido diagnosticada y requiera periódicamente de servicios especializadas podrá acceder directamente al especialista sin hacer el tránsito por medicina general.

Artículo 12. Copagos y cuotas moderadoras. Las condiciones para la prestación del Plan Obligatoria de Salud ofrecidas por una Entidad Promotora de Salud o Adaptada deberán enmarcarse dentro de los criterios establecidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en lo referente a copagos y cuotas moderadoras.

Artículo 13. Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado – POSS:

En el conjunto básico de servicios de atención en salud a que tiene derecho, en caso necesitarlos, todo afiliado al Régimen Subsidiado y que están obligadas a garantizar las Entidades Promotoras de Salud, las Empresas Solidarias de Salud y las Cajas de Compensación Familiar, debidamente autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud para administrar los recursos del Régimen Subsidiado. El contenido del Plan Subsidiado será definido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Artículo 14. Financiación:

El Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado será financiado con los recursos que ingresan a la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA, destinados a subsidios a la demanda, situado fiscal, participación de los municipios en los ingresos comunes de la nación y demás rentas ordinarias y de destinación específica, de conformidad con lo establecido en la ley.

Cuando el subsidio sea parcial el afiliado deberá cofinanciar el POSS en la forma que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Artículo 15. Atención en Accidentes de Tránsito y Eventos Catastróficos:

El Sistema General de Seguridad Social en Salud garantiza a todos los habitantes del territorio nacional la atención en salud derivada de accidentes de tránsito con cargo a la aseguradora del vehículo causante del siniestro o al FOSYGA según sea el caso. De igual manera, el Sistema General de Seguridad Social en Salud garantizará el pago a las IPS por la atención en salud a las personas, víctimas de catástrofes naturales, actos terroristas y otros eventos aprobados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, así como el pago de las indemnizaciones de acuerdo con la reglamentación contenida en el Decreto 1283 de 1996 o en las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

Los servicios requeridos y no cubiertos por SOAT o FOSYGA en materia de accidentes de tránsito correrán a cargo de la Administradora de Régimen Subsidiado correspondiente, siempre y cuando estos servicios se encuentren incluidos en el POSS. En caso de que no se encuentren incluidos en el POSS y el afiliado carezca de capacidad de pago, será atendido en las IPS públicas o privadas que tengan contrato con el Estado con cargo a los recursos de subsidio a la oferta.

En ningún caso podrá disfrutarse con recursos del presupuesto nacional, al mismo tiempo y por la misma causa de indemnización por incapacidad y auxilio funerario.

Artículo 16. Atención inicial de urgencias:

El Sistema General de Seguridad Social en Salud garantiza a todos los habitantes el territorio nacional la atención inicial de urgencias. El costo de los servicios será asumido por la Entidad Promotora de Salud o Administradora del Régimen Subsidiado a la cual se encuentre afiliada la persona o con cargo al FOSYGA en los eventos descritos en el artículo precedente.

Artículo 17. Otros beneficios:

Dentro del mismo Sistema General de Seguridad Social en Salud pueden presentarse beneficios adicionales al conjunto de beneficios a que tienen derecho los afiliados como servicio público esencial en salud, que no corresponde garantizar al Estado bajo los principios de solidaridad y universalidad. Estos beneficios se denominan Planes Adicionales de Salud y son financiados con cargo exclusivo a los recursos que cancelen los particulares.

Estos planes serán ofrecidos por las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Adaptadas, las compañías de medicina prepagada y las aseguradoras.

Artículo 18. Definición de planes adicionales de salud (PAS). :

Se entiende por plan de atención adicional, aquel conjunto de beneficios opcional y voluntario, financiado con recursos diferentes a los de la cotización obligatoria.

El acceso a estos planes será de la exclusiva responsabilidad de los particulares, como un servicio privado de interés público, cuya prestación no corresponde prestar al Estado, sin perjuicio de las facultades de inspección y vigilancia que le son propias. El usuario de un PAS podrá elegir libre y espontáneamente si utiliza el POS o el Plan adicional en el momento de utilización del servicio y las entidades no podrán condicionar su acceso a la previa utilización del otro plan.

Artículo 19. Tipos de PAS:

Dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, pueden prestarse los siguientes PAS:

1. Planes de atención complementaria en salud
2. Planes de medicina prepagada, que se regirán por las disposiciones especiales previstas en su régimen general
3. Pólizas de salud que se regirán por las disposiciones especiales previstas en su régimen general

PARÁGRAFO: Las entidades que ofrezcan planes adicionales deberán mantener su política de descuentos con el usuario mientras este se encuentre vinculado a la institución, siempre que no se modifiquen las condiciones que dan origen al descuento.

Artículo 20. Usuarios de los PAS:

Los contratos de Planes adicionales, sólo podrán celebrarse o renovarse con personas que se encuentren afiliadas al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ya sea en calidad de cotizantes o beneficiarios.

Las personas de que trata el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 podrán celebrar estos contratos previa comprobación de afiliación al régimen de excepción al que pertenece.

PARÁGRAFO: Cuando una entidad autorizada a vender planes adicionales, celebre o renueve un contrato sin la previa verificación de la afiliación del contratista y las personas allí incluidas a una Entidad Promotora de Salud, deberá responder por la atención integral en salud que sea demandada con el objeto de proteger el derecho a la vida y a la salud de los beneficiarios del PAS. La entidad queda exceptuada de esta obligación cuando el contratista se desafilie del sistema de seguridad social con posterioridad a la fecha de suscripción o renovación del contrato, quedando el contratista o empleador moroso, obligado a asumir el costo de la atención en salud que sea requerida.

Artículo 21. Examen de ingreso:

Para efectos de tomar un PAS la entidad oferente podrá practicar un examen de ingreso, previo consentimiento del contratista, con el objeto de establecer en forma

media el estado de salud de un individuo, para encauzar las políticas de prevención y promoción de la salud que tenga la institución respectiva y de excluir algunas patologías existentes.

PARÁGRAFO: Cuando las entidades habilitadas para ofrecer PAS no podrán incluir como preexistencias al tiempo de la renovación del contrato enfermedades, malformaciones o infecciones diferentes a las que se padecían antes de la fecha de celebración del contrato inicial, de conformidad con el decreto 1222 de 1994.

Artículo 22. Deber de información:

Las entidades que ofrezcan PAS deberán remitir, con antelación de 30 días a su colocación en el mercado, la siguiente información a la Superintendencia Nacional de Salud:

- a. Nombre y contenido del plan
- b. Descripción de los riesgos amparados y sus limitaciones
- c. Costo y forma de pago del plan
- d. Descripción de cuotas moderadoras y copagos
- e. Copia del formato de contrato que se utilizará

Artículo 23. Planes de Atención Complementaria. Los P. C. son aquel conjunto, de beneficios que comprende actividades, intervenciones y procedimientos no indispensables ni necesarios para el tratamiento de la enfermedad y el mantenimiento o la recuperación de la salud o condiciones de atención inherentes a las actividades, intervenciones y procedimientos incluidas dentro del Plan Obligatorio de Salud. Tendrán uno o varios de los siguientes contenidos:

1. Actividades, intervenciones y procedimientos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud o expresamente excluidos de éste.

2. Una o varias condiciones de atención diferentes que permitan diferenciarlo del POS tales como comodidad y red prestadora de servicios.

PARÁGRAFO: Sólo podrán ofrecerse los contenidos del POS en las mismas condiciones de atención cuando éstos están sometidos a períodos de carencia, exclusivamente durante la vigencia de éste período.

Artículo 24. Estipulaciones contractuales:

Los contratos de PAC deberán incluir como mínimo:

- a. Identificación del contratista y de los beneficiarios del plan
- b. Definición de los contenidos y características del plan
- c. Descripción detallada de los riesgos amparados y las limitaciones
- d. Términos de duración del contrato
- e. Costo y forma de pago del Plan incluyendo cuotas moderadoras y copagos
- f. Condiciones de acceso a la red de prestadores de servicios y listado anexo de los prestadores
- g. Derechos y deberes del contratista y beneficiarios del plan

CAPÍTULO III

AFILIADOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y AFILIACIÓN

Artículo 25. Afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud:

Con afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, todos los residentes en Colombia que se encuentren afiliados al Régimen Contributivo o al Régimen Subsidiado y los vinculados temporalmente según lo dispuesto en el presente Decreto.

La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, es obligatoria y se efectuará a través de los regímenes contributivo y subsidiado. Temporalmente, participará dentro del sistema de población sin capacidad de pago que se encuentre vinculada al sistema.

PARÁGRAFO: En ningún caso podrá exigirse examen de ingreso para efectos de la afiliación al sistema.

Artículo 26. Afiliados al Régimen Contributivo:

Las personas con capacidad de pago deberán afiliarse al Régimen Contributivo mediante el pago de una cotización o aporte económico previo, el cual será financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre este y su empleador.

Serán afiliados al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud:

1. Como Cotizantes:
 - a. Todas aquellas personas nacionales o extranjeros, residentes en Colombia, vinculadas mediante contrato de trabajo que se rija por las normas colombianas, incluidas aquellas personas que presten sus servicios en las sedes diplomáticas y organismos internacionales acreditados en el país.
 - b. Los trabajadores independientes, los rentistas, los propietarios de las empresas y en general todas las personas naturales residentes en el país, que no tengan vínculo contractual y reglamentario con algún empleador y

cuyo ingresos mensuales sean iguales o superiores a dos salarios mínimos mensuales legales vigentes.

- c. Los cónyuges o compañeros (as) permanentes de las personas no incluidas en el Régimen de Seguridad Social en Salud de conformidad con lo establecido en el Artículo 279 de la ley 100 de 1993 y que reúnen alguna de las características anteriores. La calidad de beneficiario del cónyuge afiliado a sistemas especiales, no lo exime de su deber de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud en los términos de la Ley 100 de 1993.

2. Como beneficiarios:

Los miembros del grupo familiar del cotizante, de conformidad con lo previsto en el presente decreto.

Artículo 27. Afiliación cuando varios miembros del grupo familiar son cotizantes:

Cuando varios miembros de un mismo grupo familiar se encuentren en una de las situaciones descritas en el numeral 1º del artículo precedente, deberán cotizar para garantizar la solidaridad de todo el Sistema a la misma Entidad Promotora de Salud.

Artículo 28. Beneficios de los afiliados al Régimen Contributivo:

El Régimen Contributivo garantiza a sus afiliados cotizantes los siguientes beneficios:

- a. La prestación de los servicios de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud POS de que trata el Artículo 162 de la Ley 100 de 1993.
- b. El subsidio en dinero en caso de incapacidad temporal derivada por enfermedad o accidente ocasionados por cualquier causa de origen no profesional.

- c. El subsidio en dinero en caso de licencia de maternidad.

Los pensionados cotizantes y los miembros de su grupo familiar que no estén cotizando al Sistema recibirán únicamente las prestaciones contempladas en el literal a) del presente artículo.

PARÁGRAFO: Cuando el afiliado al Régimen Contributivo requiera de servicios adicionales a los incluidos en el POS deberá financiarlos directamente. Cuando no tenga capacidad de pago para asumir el costo de estos servicios adicionales, podrá acudir a las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado, las cuales estarán en la obligación de atenderlo de conformidad con su capacidad de oferta y cobrarán por su servicio una cuota de recuperación con sujeción a las normas vigentes.

Artículo 29. Afiliación al Régimen Subsidiado:

Será afiliada al Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través del pago de una Unidad de Pago por Captación UPC – S, la población pobre y vulnerable que sea identificada como tal, de acuerdo con el sistema definido para tal efecto por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Teniendo en cuenta que la afiliación es gradual dependiendo del volumen de recursos, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud definirá la población prioritaria.

Artículo 30. Beneficios de los afiliados al Régimen Subsidiado:

El Régimen Subsidiado garantiza a sus afiliados la prestación de los servicios de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, que defina el Consejo Nacional de

Seguridad Social en Salud en los términos establecidos por el artículo 162 de la Ley 100 de 1993.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, diseñará un programa para que los afiliados del Régimen Subsidiado requiera de servicios adicionales a los incluidos en el POSS que no tenga capacidad de pago para asumir el costo de dichos servicios, podrá acudir a las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado las cuales estarán en la obligación de atenderlo de conformidad con su capacidad de oferta. Estas instituciones están facultadas para cobrar una cuota de recuperación con sujeción a las normas vigentes.

Artículo 32. Vinculados al Sistema:

Serán vinculados al Sistema General de Seguridad Social en Salud las personas que tienen capacidad de pago mientras se afilian al Régimen Subsidiado.

Artículo 33. Beneficios de las personas vinculadas al Sistema:

Mientras se garantiza la afiliación a toda la población pobre y vulnerable al Régimen Subsidiado, las personas vinculadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, tendrán acceso a los servicios de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado para el efecto, de conformidad con la capacidad de oferta de estas instituciones y de acuerdo con las normas sobre cuotas de recuperación vigentes.

Adicionalmente tendrán derecho a los beneficios otorgados por concepto de accidente de tránsito y eventos catastróficos de conformidad con las definiciones establecidas por el Decreto 1283 de 1996 o las normas que lo adicionen o modifiquen.

CAPÍTULO IV

COBERTURA FAMILIAR

Artículo 34. Cobertura familiar:

El grupo familiar del afiliado cotizante o subsidiado, estará constituido por:

- a. El cónyuge
- b. A falta de cónyuge la compañera o compañero permanente, siempre y cuando la unión sea superior a dos años
- c. Los hijos menores de dieciocho (18) años que dependen económicamente del afiliado
- d. Los hijos de cualquier edad si tienen incapacidad permanente y dependen económicamente del afiliado
- e. Los hijos entre los dieciocho (18) y los veinticinco (25) años, cuando sean estudiantes de tiempo completo, tal como lo establece el Decreto 1889 de 1994 y dependan económicamente del afiliado.
- f. Los hijos del cónyuge o compañera o compañero permanente del afiliado que se encuentren en las situaciones definidas en los numerales c y d del presente artículo.
- g. A falta de cónyuge o de compañera o compañero permanente y de hijos, los padres del afiliado que no estén pensionado y dependan económicamente de éste.

PARÁGRAFO: Se entiende que existe dependencia económica cuando una persona recibe de otra los medios necesarios para su congrua subsistencia.

Artículo 35. Inscripción del grupo familiar:

Los afiliados deberán inscribir ante la Entidad Promotora de Salud - EPS - , a cada uno de los miembros que conforman su grupo familiar según lo dispuesto en

el artículo anterior. Esta inscripción se hará mediante el diligenciamiento del formulario que para el efecto determine la Superintendencia Nacional de Salud. Dicho formulario deberá ser suscrito por el afiliado. El formulario deberá suscribirlo también el empleador cuando se trate de personas con contrato de trabajo o de servidores públicos.

La solicitud de inscripción deberá estar acompañada de una declaración del afiliado que se entenderá prestada bajo la gravedad del juramento, en la que manifieste que las personas que conforman su grupo familiar no están afiliadas a otra Entidad Promotora de Salud EPS y que ninguna de ellas por su nivel de ingresos debe estar afiliada como cotizante.

PARÁGRAFO: El formulario y los anexos que se refiere el presente artículo podrán ser destruidos después de un año contado a partir del momento de su recepción por la EPS, siempre y cuando los conserve por cualquier medio técnico que garantice la reproducción exacta de documentos, tales como la microfilmación, la microfía y los discos ópticos. El mismo procedimientos podrá seguirse con el formulario y documento de autoliquidación.

Artículo 36. Hijos con incapacidad permanente:

Tienen derecho a ser considerados miembros del grupo familiar aquellos hijos que tengan incapacidad permanente producida por alteraciones orgánicas o funcionales incurables que impidan su capacidad de trabajo, de acuerdo con las normas vigentes sobre la materia. Dicha incapacidad deberá acreditarse mediante certificación expedida por un médico autorizado por la respectiva EPS.

Artículo 37. Hijos adoptivos:

Los hijos adoptivos tendrán derecho a ser incluidos en la cobertura familiar desde el momento mismo de su entrega a los padres adoptantes por parte del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar o de alguna de las Casas de Adopción debidamente reconocidas por dicho Instituto.

Artículo 38. Cobertura familiar del pensionado:

La afiliación al Sistema de los pensionados por jubilación, vejez, invalidez o sobrevivientes, será también de cobertura familiar en iguales términos a los descritos anteriormente.

Artículo 39. Cobertura familiar cuando los dos cónyuges cotizan al Sistema:

Cuando los dos cónyuges o compañeros permanentes son afiliados cotizantes en el Sistema, deberán estar vinculados a la misma Entidad Promotora de Salud – EPS y los miembros del grupo familiar sólo podrán inscribirse en cabeza de uno de ellos. En este caso, se podrá inscribir en el grupo familiar a los padres que dependan económicamente de alguno de los cónyuges y no se encuentren en ninguna de las situaciones descritas en el numeral 1ro.

1. Deberán tener personería jurídica
2. Deben tratarse de entidades sin ánimo de lucro o de entidades de naturaleza cooperativa o mutual a las cuales se encuentre en forma efectiva afiliado o asociado el trabajador independiente. La naturaleza de trabajador independiente no se modifica por el hecho de estar afiliado al sistema a través de una de estas entidades.
3. Las entidades cooperativas o mutuales no podrán ser delegatarias del derecho a la libre elección que se encuentre radicado en la persona cotizante. En este sentido, su objeto se restringe a la coordinación de los trabajadores a efecto de que puedan potencializar una elección frente a las

mejores opciones que existen, para efecto de la afiliación y del pago de aportes de los trabajadores independientes cooperados o asociados.

4. Deberán inscribirse ante la respectiva entidad promotora de salud.
5. Deberán adelantar directamente todos los trámites formales de la afiliación, dejando de presente en el formulario de cada uno de los afiliados que se actúa por conducto de una cooperativa o mutual autorizada.

PARÁGRAFO 1: Será cancelada la autorización para efectuar la afiliación colectiva, cuando se determine que estas entidades están promoviendo o tolerando la evasión o elusión de aportes al Sistema o cuando coarte la libertad de elección.

PARÁGRAFO 2: Las cooperativas o mutuales podrán realizar la labor de recaudo, recepción de aportes y/o el manejo de la información de sus asociados afiliados al sistema siempre y cuando se ajusten a los requerimientos de la Superintendencia Nacional de Salud y sean autorizadas para tales efectos por las Entidades Promotoras de Salud correspondientes, de conformidad con lo establecido en el artículo 287 del ley 100 de 1993. En ningún caso podrán cobrar suma alguna al afiliado por esta labor.

En todo caso las Entidades Promotoras de Salud responderán por el recaudo de estos recursos.

Artículo 44. Carnet de afiliación:

Las Entidades Promotoras de Salud y las Adaptadas están en la obligación de expedir un carnet a cada uno de sus afiliados del Régimen Contributivo o subsidiado, que será el documento de identificación. Las características e información que deberá contener dicho carnet serán las definidas por el Ministerio de Salud.

El carnet de afiliación tendrá validez mientras los afiliados de esta entidad conserven tal calidad. Cuando el afiliado pierda esta calidad por traslado a otra EPS o por desafiliación, deberá devolver el carnet a la EPS que expidió.

Artículo 45. Libertad de elección por parte del afiliado:

La afiliación a una cualquiera de las Entidades Promotoras de Salud – EPS en los regímenes contributivo y subsidiado, es libre y voluntaria por parte del afiliado.

En el Régimen Contributivo, tratándose de personas vinculadas a la fuerza laboral mediante contrato de trabajo o como servidores públicos, la selección efectuada deberá ser informada por escrito al empleador al momento de la vinculación o cuando se traslade de Entidad Promotora de Salud, con el objeto de que este efectúe las cotizaciones a que haya lugar.

Efectuada la selección, el empleador deberá adelantar el proceso de afiliación con la respectiva Entidad Promotora de Salud, mediante el diligenciamiento de un formulario único previsto para el efecto por la Superintendencia Nacional de Salud, que deberá contener por lo menos los siguientes datos:

Nombres y apellidos o razón social y NIT del empleador

Nombre, apellido e identificación del afiliado cotizante

Nombre e identificación del grupo familiar del afiliado

Salario o ingreso base de cotización del afiliado

Dirección de residencia del trabajador y dirección del empleador y / o entidad que otorga la pensión.

Sexo y fecha de nacimiento del afiliado cotizante y de su grupo familiar

Administradora de Riesgos Profesionales a la cual se encuentra afiliado el cotizante

Mención de otros cotizantes del grupo familiar

Los trabajadores independientes y demás personas naturales con capacidad de pago, deberán afiliarse a la Entidad Promotora de Salud – EPS, que selecciones, mediante el diligenciamiento del respectivo formulario único. La Superintendencia Nacional de Salud definirá la información adicional que deberá contener el formulario para la afiliación de dichas personas y para el pago de las respectivas cotizaciones y deberá establecerse si la afiliación se efectúa a través de una entidad agrupadora o directamente.

Cuando el afiliado se traslade de Entidad Promotora de Salud, en el formulario de registro de novedades y traslados definido por la Superintendencia Nacional de Salud, deberá consignarse que la decisión de traslado ha sido tomada de manera de manera libre y espontánea.

Artículo 46. Período para subsanar errores o inconsistencias:

Cuando la afiliación cumpla los requisitos mínimos establecidos, la Entidad Promotora de Salud deberá comunicarlo al solicitante y al respectivo empleador, cuando fuere el caso, dentro de los treinta días siguientes a la fecha de presentación del formulario en la cual se solicitó la vinculación, para efectos de subsanar los errores o las inconsistencias.

Artículo 47. Efectos de la afiliación:

La afiliación a la Entidad Promotora de Salud o Administradora del Régimen Subsidiado, implica la aceptación de las condiciones propias del Régimen Contributivo o subsidiado a través del cual se afilia y aquellas relacionadas con cuotas moderadoras y copagos que fije la respectiva Entidad Promotora de Salud para la prestación de los servicios de conformidad con las normas. Estas últimas deberán ser informadas al afiliado.

Artículo 48. Afiliaciones múltiples:

En el Sistema General de Seguridad Social en Salud, ninguna persona podrá estar afiliada simultáneamente algunas de las siguientes calidades: Cotizante, Beneficiario y / o Cotizante y beneficiario.

Artículo 49. Reporte de afiliación múltiple:

Cuando las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Adaptadas, mediante cruces de información o por cualquier otro medio, establezcan una o varias afiliaciones, dando aplicación a las reglas establecidas para tal efecto en el artículo siguiente, previo aviso al afiliado.

Artículo 50. Reglas para la cancelación de afiliación múltiple:

Para efectos de cancelar la afiliación múltiple, las Entidades Promotoras de Salud y las Adaptadas aplicaron las siguientes reglas:

- ❖ Cuando el afiliado cambie de Entidad Promotora de Salud antes de los términos previstos en el presente Decreto, será válida la última afiliación efectuada dentro de los términos legales. Las demás afiliaciones no serán válidas.
- ❖ Cuando la doble afiliación obedezca a un error no imputable al afiliado, quien solicitó su traslado dentro de los términos legales, se tendrá como válida la afiliación a la Entidad Promotora de Salud a la cual se trasladó.
- ❖ Cuando una persona se encuentre inscrita simultáneamente en el Régimen Contributivo y el Régimen Subsidiado, se cancelará la inscripción al Régimen Subsidiado.

Artículo 51. afiliado beneficiario que debe ser cotizante:

Cancelará la inscripción como beneficiarias a aquellas personas que deben tener la calidad de cotizantes. Estas personas deberán cubrir los gastos en que haya

incurrido la (s) EPS (s) por los servicios prestados. Estos recursos serán girados al FOSYGA, a la subcuenta de solidaridad.

Artículo 52. Concurrencia de empleadores o de administradores de pensiones: Cuando una persona sea dependiente de más de un empleador o reciba pensión de mas de una administradora de pensiones, cotizará sobre la totalidad de los ingresos con un tope máximo de veinte salarios mínimos mensuales legales vigentes, en una misma Entidad Promotora de Salud, informando tal situación a los empleadores o administradores de pensiones correspondientes.

En caso de incumplimiento de lo dispuesto en el inciso anterior, la persona responderá por el pago de las sumas que en exceso deba cancelar el Fondo de Solidaridad y Garantía a diferentes EPS por concepto de UPC. Cuando las EPS hayan reportado oportunamente la información de sus afiliados en los términos establecidos en el presente Decreto, no estarán obligadas a efectuar reembolso alguno.

PARÁGRAFO: En el formulario de afiliación deberá quedar constancia de la concurrencia de empleadores y administradores de pensiones.

Artículo 53. Múltiple inscripción dentro de una misma EPS. Cuando a través de cruces internos de información, la Entidad Promotora de Salud determine que tiene inscrita una persona más de una vez, deberá dar aplicación a las siguientes reglas:

- a. Si la persona se encuentra inscrita en calidad de cotizante más de una vez, será válida la primera inscripción.
- b. Si la persona se encuentra inscrita en calidad de cotizante más de una vez en forma concurrente será válida la inscripción como cotizante.

- c. Cuando un beneficiario esté en cabeza de dos cotizantes, será válida la primera inscripción.
- d. Cuando un beneficiario esté en cabeza de dos cónyuges cotizantes, deberán tanto el beneficiario, como uno de los cónyuges, quedar inscritos en cabeza de aquel que primero se inscribió en la EPS. Si el primer cónyuge cotizante deja de ostentar tal calidad, tanto este como sus beneficiarios quedarán automáticamente inscritos en cabeza del cónyuge que continúe cotizando.

CAPÍTULO VI

MOVILIDAD DENTRO DEL SISTEMA

Artículo 54. Movilidad dentro del Sistema:

La afiliación, en cuanto a movilidad, estará regida por las siguientes reglas especiales.

1. Las personas sólo podrán trasladarse de EPS una vez cancelados 12 meses de pagos continuos. Este período no será tenido en cuenta cuando se presenten casos de deficiente prestación o suspensión de los servicios.
2. Los cotizantes que incluyan beneficiarios en fecha diferente a aquella en la cual se produjo su afiliación a la EPS, deberán permanecer el tiempo que sea necesario para que cada uno de sus beneficiarios cumpla el período señalado en el numeral anterior salvo en el caso del recién nacido.

PARÁGRAFO 1: La Entidad Promotora de Salud que con conocimiento acepte a un afiliado que no haya cumplido con el período mínimo de permanencia establecido en el numeral 1 será solidariamente responsable con el afiliado por los gastos en que haya incurrido el Sistema General de Seguridad Social en

Salud, independientemente de las sanciones que pueda imponer la Superintendencia por desconocimiento de las normas.

PARÁGRAFO 2: Cuando se excluya como beneficiario un cónyuge, podrá incluirse el compañero (a) permanente que acredite dos años de convivencia o el nuevo cónyuge cuando acredite el nuevo vínculo.

Artículo 55. Traslado de Entidad Promotora de Salud:

Los afiliados a una Entidad Promotora de Salud, podrán trasladarse a otra, de conformidad con las reglas establecidas en el artículo precedente, previa solicitud a la nueva EPS presentada por el afiliado con no menos de treinta (30) días calendario de anticipación. Copia de ésta solicitud deberá ser entregada por el afiliado empleador.

La Entidad Promotora de Salud a la cual se traslade el afiliado, deberá notificar tal hecho a la anterior, en la forma que establezca la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 56. Efectividad del traslado:

En concordancia con lo establecido por el artículo 46 del Decreto 326 de 1996, el traslado de entidad administradora producirá efectos sólo a partir del primer día calendario del segundo mes siguiente a la fecha de presentación de la solicitud. La entidad administradora de la cual se retira el trabajador o el pensionado tendrá a su cargo la prestación de los servicios hasta el día anterior a aquel en que surjan las obligaciones para la nueva entidad.

El primer pago de cotizaciones que se deba efectuar a partir del traslado efectivo de un afiliado, se deberá realizar a la nueva Entidad Promotora de Salud.

El traslado de un trabajador independiente que se haya retirado en una Entidad Promotora de Salud, adeudando sumas por conceptos de cotizaciones o copagos, se hará efectivo en el momento en que el afiliado cancele sus obligaciones pendientes con el Sistema General de Seguridad Social en Salud a la Entidad Promotora de Salud a la cual se encontraba afiliado.

Lo anterior sin perjuicio de las acciones que sean precedentes contra el trabajador o el aportante. Para tal efecto, la certificación de deuda que expida la administradora prestará mérito ejecutivo.

PARÁGRAFO 1: Las entidades que indebidamente reciban aportes del empleador por un trabajador trasladado a otra EPS deberá reintegrar estas sumas dentro de los quince días a su requerimiento.

CAPÍTULO VII

SUSPENSIÓN DE LA AFILIACIÓN Y DESAFILIACIÓN

Artículo 57. Suspensión de la afiliación:

La afiliación será suspendida después de un mes de no pago de la cotización que le corresponde al afiliado, al empleador o a la administradora de pensiones, según sea el caso o cuando el afiliado cotizante que incluyó dentro de su grupo a un miembro dependiente no cancele la unidad de pago por capitación adicional en los términos establecidos en el presente decreto.

Cuando la suspensión sea por causa del empleador o de la administradora de pensiones, ese o esta deberá garantizar la prestación e servicios de salud a los trabajadores que así lo requieran, sin perjuicio de la obligación de pagar los aportes atrasados y de las sanciones a que haya lugar por este hecho, de conformidad con lo establecido por el párrafo del artículo 210 y el artículo 271 de la ley 100 de 1993.

El empleador, la administradora de pensiones o el afiliado deberá para efectos de levantar la suspensión, pagar por todos los períodos atrasados en la Entidad Promotora de Salud, la cual brindará atención inmediata.

PARÁGRAFO : La Entidad Promotora de Salud compensará por cada uno de los períodos cancelados.

Artículo 58. Desafiliación:

La afiliación a una Entidad Promotora de Salud quedará cancelada en los siguientes caso:

- a. Transcurridos seis meses continuos de suspensión de la afiliación. La EPS deberá informar de manera previa al empleado cotizante su posible desafiliación a través de correo certificado dirigido al último domicilio registrado en la EPS.

Una vez desafiliado el usuario, el empleador o afiliado independiente deberá para efectos de afiliarse nuevamente, pagar a la Entidad Promotora de Salud a la cual se encontraba afiliado. La EPS compensará por los períodos en los cuales la afiliación estuvo suspendida y girará sin derecho a compensar las cotizaciones correspondientes a los demás períodos atrasados. En este caso el afiliado perderá el derecho a la antigüedad. A partir del mes en que se efectúen los pagos se empezará a contabilizar el

período mínimo de cotización y la EPS tendrá nuevamente derecho a compensar.

- b. Cuando el trabajador dependiente pierde tal calidad e informa oportunamente a la EPS a través del reporte de novedades que no tiene capacidad de pago para continuar afiliado al Régimen Contributivo como independiente.
- c. Cuando el trabajador independiente pierde su capacidad de pago e informa a la EPS tal situación a través del reporte de novedades.

PARÁGRAFO: Serán a cargo del empleador aún después de la desvinculación del trabajador, o de la administradora de pensiones, los perjuicios que se ocasionen al afiliado como efecto de la pérdida de antigüedad o cualquier que se origine por el retardo en el pago de sus obligaciones al sistema, sin perjuicio de las demás sanciones legales a que haya lugar.

Artículo 59. Interrupción de la afiliación:

Habrá lugar a interrupción de la afiliación sin pérdida de la antigüedad ni pago de los períodos anteriores por los cuales se interrumpe la cotización cuando el afiliado cotizante o pensionado y sus beneficiarios residan temporalmente en el exterior y reanuden el pago de sus aportes dentro del mes siguiente a su regreso al país, debiendo comunicar tal circunstancia a la EPS a la cual se encontraba afiliado. No obstante, deberá aportar el punto de solidaridad de que trata el artículo 204 de la Ley 100 de 1993 por todo el tiempo que estuvo fuera del país.

PERÍODOS MÍNIMOS DE COTIZACIÓN

Artículo 60. Definición de períodos mínimo de cotización:

Son aquellos períodos mínimos de cotización al Sistema de General de Seguridad Social en Salud, que pueden ser exigidos por las Entidades Promotoras de Salud para acceder a la prestación de alguno servicios de alto costo incluidos dentro POS. Durante ese período el individuo carece del derecho a ser atendido por la entidad promotora a la cual se encuentra afiliado.

Las Entidades Promotoras de Salud deberán informar a los usuarios en el momento de la afiliación, los períodos de cotización que aplica .

Artículo 61. Períodos mínimos de cotización:

Los períodos mínimos de cotización al Sistema para tener derecho a la atención en salud en las enfermedades de alto costo son:

Grupo 1: Un máximo de cien (100) semanas de cotización para el tratamiento de las enfermedades definidas como catastróficas o ruinosas en el nivel iv en el Plan Obligatorio de Salud, por lo menos 26 semanas deben haber sido pagadas en el último año.

Grupo 2: Un máximo de cincuenta y dos (52) semanas de cotización para enfermedades que requieran manejo quirúrgico de tipo efectivo, y que se encuentren catalogadas en el Manual de Actividades e Intervenciones y Procedimientos MAPIPOS, como el grupo ocho (8) o superiores. Por lo menos 26 semanas deben haber sido pagadas en el último año.

PARÁGRAFO: Cuando el afiliado sujeto a períodos mínimos de cotización desea ser atendido antes de los plazos definidos en el artículo anterior, deberá pagar un porcentaje del valor total del tratamiento, correspondiente al porcentaje en semanas de cotización que le falten para completar los períodos mínimos contemplados en el presente artículo.

Cuando el afiliado cotizante no tenga capacidad de pago para cancelar el porcentaje establecido anteriormente y acredite debidamente esta situación, deberá ser atendido él o sus beneficiarios, por las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud o por aquellas privadas con las cuales el Estado tenga contrato. Estas instituciones cobrarán una cuota de recuperación de acuerdo con las normas vigentes.

Artículo 62. Excepciones a los períodos mínimos de cotización:

Serán de atención inmediata sin someterse a períodos de espera las actividades, intervenciones y procedimientos de promoción y fomento de la salud y prevención de la enfermedad que se hagan en el primer nivel de atención, incluido el tratamiento integral del embarazo, parto, puerperio, como también la atención inicial de urgencia.

En ningún caso podrá aplicarse períodos mínimos de cotización al niño que nazca estando su madre afiliada a una EPS. El bebé quedará automáticamente afiliado y tendrá derecho a recibir de manera inmediata todos los beneficios incluidos en el POS – S, sin perjuicio de la necesidad de registrar los datos del recién nacido en el formulario correspondiente.

Artículo 63. Licencias de maternidad:

El derecho al reconocimiento de las prestaciones económicas por licencia de maternidad requerirá que la afiliada haya cotizado como mínimo por un período igual al período de gestación.

Artículo 64. Pérdida de la antigüedad:

Los afiliados pierden la antigüedad acumulada en los siguientes casos.

- a. Cuando un afiliado cotizante incluya a beneficiarios que deben ser reportados como cotizantes. En este evento perderán la antigüedad tanto el cotizante como los beneficiarios.
- b. Cuando un afiliado se reporte como empleador sin realmente serlo o cuando es reportado, a sabiendas, con salarios inferiores al real. Para este efecto bastará la prueba sumaria.
- c. Cuando un afiliado cotizante se afilié al Régimen Subsidiado sin tener el derecho correspondiente.
- d. Cuando un trabajador independiente a través de actos simulados pretenda cotizar como trabajador dependiente, creando una vinculación laboral inexistente para todos los efectos legales.
- e. Cuando se suspende la cotización al Sistema por seis o más meses continuos.
- f. Cuando el afiliado cotizante o beneficiario incurra en alguna de las siguientes conductas abusivas o de mala fe: 1. Solicitar u obtener para si o para un tercero, por cualquier medio, servicios o medicamentos que no sean necesarios; 2. Solicitar u obtener la prestación de servicios del Sistema General de Seguridad Social en Salud a personas que legalmente no tengan derecho a ellos; 3. Suministrar a las entidades promotoras o prestadoras de servicios en forma deliberada, información falsa, incompleta o engañosa. 4. Utilizar mecanismos engañosos o fraudulentos para obtener beneficios del Sistema de tarifas más bajas de las que le

corresponderían y eludir o intentar eludir por cualquier medio la implicación de pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles.

Artículo 65. Base de cotización de los trabajadores con vinculación contractual, legal y reglamentaria y los pensionados: Las cotizaciones para el Sistema General de Seguridad Social en Salud para los trabajadores afiliados al Régimen Contributivo en ningún caso podrán ser inferiores al equivalente al 12% de un salario mínimo legal mensual vigente. Para los trabajadores del sector privado vinculados mediante contrato de trabajo, la cotización se calculará con base en el salario mensual de aquellos que devenguen. Para estos efectos, constituye salario no sólo la remuneración ordinaria, fija o variable, sino todo lo que recibe el trabajador en dinero o en especie como contraprestación directa del servicio, sea cualquiera la forma o denominación que se adopte y aquellos pagos respecto de los cuales empleadores y trabajadores hayan convenido expresamente que constituyen salario, de conformidad con lo establecido en los artículos 127, 129 y 130 del Código Sustantivo de Trabajo. No se incluye en esta base de cotización lo correspondiente a subsidio de transporte.

Para los servidores públicos las cotizaciones se calcularán con base en lo dispuesto en el artículo 6to. del decreto 891 de 1994 y las demás normas que lo modifiquen o adicionen. Las cotizaciones de los trabajadores cuya remuneración se pacte bajo la modalidad de salario integral se liquidarán sobre el 70% de dicho salario. Para los pensionados las cotizaciones se calcularán con base en la mesada pensional.

PARÁGRAFO: Cuando el afiliado perciba salario o pensión de dos o más empleadores u ostente simultáneamente la calidad de asalariado e

independiente, las cotizaciones correspondientes serán efectuadas en forma proporcional al salario, ingreso o pensión devengado de cada uno de ellos.

Artículo 66. Base de Cotización de los trabajadores independientes:

La base de cotización para los trabajadores independientes será determinada sobre los ingreso que calcule la EPS de acuerdo con el sistema de presunción de ingresos definido por la Superintendencia Nacional de Salud. En ningún caso el monto de la cotización de los trabajadores independientes podrá ser inferior al equivalente al 12% de dos salarios mínimos mensuales legales vigentes.

Artículo 67. Base mínima y máxima de cotización. En ningún caso en el formulario de autoliquidación, la base de cotización de los trabajadores dependientes podrá ser inferior al equivalente a un salario mínimo legal mensual vigente salvo lo dispuesto en la Ley 11 de 1983 para los trabajadores del servicio doméstico.

De conformidad con lo dispuesto por el Parágrafo 3 del artículo 204 de la ley 100 de 1993, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud podrá limitar la base de cotización a 20 salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Artículo 68. Recaudo de Cotizaciones:

Las cotizaciones serán recaudadas en forma directa por las EPS o a través de terceros, de conformidad con la reglamentación vigente para tal efecto.

Los empleadores deberán cancelar los aportes de sus trabajadores mediante el diligenciamiento de los formularios definidos para tal efecto por las normas

vigentes. Dichos formularios serán suministrados por las Entidades Promotoras de Salud y Adaptadas sin ningún costo.

Artículo 69. Período de cotización para los profesores:

Los profesores de establecimientos particulares de enseñanza cuyo contrato de trabajo se entienda celebrando por el período escolar, tendrán derecho irrenunciable a que el empleador efectúe los aportes al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud por la totalidad del semestre o año calendario respectivo, según sea el caso, aun en el evento en que el período escolar sea inferior al semestre o año calendario.

Artículo 70. Cotización durante la incapacidad laboral, la licencia de maternidad, vacaciones y permisos remunerados:

Para efectos de liquidar los aportes correspondientes al período durante el cual se reconozca al afiliado una incapacidad por riesgo común o una licencia de maternidad, se tomará como Ingreso Base de Cotización, el valor de la incapacidad o de la licencia de maternidad según sea el caso, manteniéndose la misma proporción en la cotización que le corresponde al empleador y al trabajador.

Las cotizaciones durante vacaciones y permisos remunerados se causarán en su totalidad y el pago de los aportes se efectuará sobre el último salario base de cotización reportado con anterioridad a la fecha en la cual el trabajador hubiere iniciado el disfrute de las respectivas vacaciones o permisos.

La Entidad Promotora descontará del valor de la incapacidad, el monto correspondiente a la cotización del trabajador asalariado o independiente según sea el caso.

En ningún caso podrá ser inferior al salario mínimo legal mensual vigente, salvo las excepciones legales.

PARÁGRAFO: En el sector público podrá pagarse en forma anticipada las cotizaciones correspondientes al período total de la incapacidad, licencia de maternidad, vacaciones o permisos remunerados.

Artículo 71. Cotizaciones durante el período de huelga o suspensión temporal del contrato de trabajo :

En los períodos de huelga o suspensión temporal del contrato de trabajo algunas de las causales contempladas en el artículo 51 del código sustantivo del trabajo habrá lugar al pago de los aportes por parte del afiliado, pero si de los correspondientes al empleador los cuales se efectuarán con base en el último salario base reportado con anterioridad a la huelga o a la suspensión temporal del contrato.

Artículo 72. Régimen aplicable a los funcionarios que prestan el servicio en el exterior:

Para los funcionarios del sector público que deban cumplir sus funciones en el exterior se deberá contratar la prestación de servicios de salud a través de entidades aseguradoras, mediante contratos que suscriba el Fondo Rotatorio del Ministerio de Relaciones Exteriores, de manera tal que todos los funcionarios reciban el mismo plan dentro de las mejores condiciones del mercado extranjero. El régimen general de seguridad social en salud será aplicable una vez el funcionario retorne al país.

Cuando se trate de funcionarios de otras entidades públicas nacionales, la respectiva entidad trasladará al Fondo Rotatorio de dicho Ministerio los recursos correspondientes para la cobertura de dichos funcionarios y para el giro del punto de solidaridad al FOSYGA.

PARÁGRAFO: En todo caso este tiempo se contabiliza para efectos del cómputo del período de antigüedad.

Artículo 73. Publicación de extractos de pago:

En concordancia con el artículo 42 del Decreto 326 de 1996, los empleadores deberán publicar en forma mensual al interior de las empresas, los extractos de pago de las cotizaciones de sus trabajadores, debidamente sellados por la entidad recaudadora o un documento equivalente, permitiendo de esta manera a los trabajadores acreditar sus derechos y cumplir con sus deberes en forma efectiva. De esta forma, será deber del trabajador denunciar ante la Superintendencia Nacional de Salud, los casos en que se presenten situaciones de retardo en el pago de las cotizaciones de salud por parte del empleador.

CAPITULO X

COBERTURA DE SERVICIOS Y PERÍODO DE PROTECCIÓN LABORAL

Artículo 74. Cobertura:

El ingreso de un afiliado cotizante tendrá efectos para la entidad administradora en el Sistema de Seguridad Social Integral desde el día siguiente al que se inicie la relación laboral, siempre que se entregue a ésta debidamente diligenciado el respectivo formulario de afiliación. No obstante, la cobertura durante los primeros treinta días será únicamente en los servicios de urgencias. El resto de los servicios contemplados en el plan obligatorio de salud les serán

brindados treinta días después siempre y cuando se hubiere efectuado el pago de la cotización respectiva.

El trabajador independiente una vez inscrito y cancelada su primera cotización, tendrá derecho a recibir conjuntamente con su familia de manera inmediata, la totalidad de los beneficios contemplados en el plan obligatorio de salud.

Artículo 75. Del período de protección laboral:

Una vez suspendido el pago de la cotización como consecuencia de la finalización de la relación laboral o de la pérdida de la capacidad de pago del trabajador independiente, el trabajador y su núcleo familiar gozarán de los beneficios del plan obligatorio de salud hasta por treinta (30) días más contados a partir de la fecha de la desafiliación, siempre y cuando haya estado afiliado al sistema como mínimo los doce meses anteriores.

PARÁGRAFO: Cuando el usuario lleve cinco (5) años o más de afiliación continua a una misma Entidad Promotora de Salud tendrá derecho a un período de protección laboral de tres (3) meses, contados a partir de la fecha de su afiliación.

Artículo 76. Beneficios durante el período de protección laboral:

Durante el período de protección laboral, al afiliado y a su familia sólo les serán atendidas aquellas enfermedades que estén en tratamiento o aquellas derivadas de una urgencia. En todo caso, la atención sólo se prorrogará hasta la finalización del respectivo período de protección laboral. Las atenciones adicionales o aquellas que superen el período descrito, correrán por cuenta del usuario.

DISPOSICIONES FINALES

Artículo 77. Procedimiento de solución de controversias:

Cuando dos o más Entidades Promotoras de Salud no lleguen a un acuerdo sobre lo dispuesto en el presente decreto, será la Superintendencia Nacional de Salud la que resolverá de plano en un término máximo de treinta (30) días calendario, a través de la Dirección General de Entidades Promotoras de Salud, con sujeción a lo previsto en este decreto.

Artículo 78. Remisión de información:

Las Entidades Promotoras de Salud y las Adaptadas suministrarán mensualmente de acuerdo con las especificaciones definidas por la Dirección General de Seguridad Social del Ministerio de Salud, la información necesaria para controlar la evasión de aportes, la elusión de los mismos y la doble afiliación al sistema, sin perjuicio de la reserva que por ley tengan algunos documentos.

Artículo 79. Responsabilidad por reporte no oportuno:

El empleador que no reporte dentro del mes siguiente a aquel en el cual se produce la novedad de retro, responderá pro el pago integral de la cotización hasta la fecha en que se efectúe el reporte a la EPS.

La liquidación que efectúe la EPS por los períodos adeudados prestará mérito ejecutivo.

Artículo 80. Pago de incapacidades y licencias:

Cuando el empleador se encuentre en mora y se genere una incapacidad por enfermedad, deberá cancelar el monto por todo el período de la misma y no habrá lugar a reconocimiento de los valores por parte del Sistema General de Seguridad Social ni de las Entidades Promotoras de Salud ni de las Adaptadas.

Artículo 81. Pago de servicios de salud:

Cuando un trabajador requiera atención médica y su afiliación se encuentre suspendida por causa del no pago por parte del empleador, éste deberá asumir totalmente el costo de dicha atención o cancelar el valor del total de las cotizaciones atrasadas respecto de la totalidad de sus trabajadores.

Artículo 82. Afiliación irregular para pago de incapacidades o licencias:

Las personas que se afilien al sistema argumentando relación laboral inexistente o con fundamento en ingresos no justificados perderán el derecho a las prestaciones económicas que se le hubieren reconocido durante dicho período. Cuando la conducta se determine con posterioridad al goce del derecho, será deber del usuario efectuar los reembolsos correspondientes.

Artículo 83. Afiliación a riesgos profesionales:

Es requisito para la afiliación y permanencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud que el trabajador dependiente se encuentre afiliado y permanezca como tal, en el sistema de riesgos profesionales.

Artículo 84. Salario base de cotización:

De conformidad con lo establecido por la Ley 100 de 1993, el salario base de cotización en materia de salud será el mismo definido para pensiones. En consecuencia, las Entidades Promotoras de Salud rechazarán la afiliación de aquellas personas que declaren un salario base inferior al declarado para el régimen de pensión.

Artículo 85. Autorización Especial:

Las Entidades Promotoras de Salud podrán solicitar en cualquier momento a sus afiliados cotizantes, afiliados dependientes o beneficiarios la documentación que requieran para verificar la veracidad de sus aportes o la acreditación de su calidad, sin perjuicio de la reserva que por ley tengan algunos documentos. En ningún caso podrá supeditarse la prestación de servicios de salud a la presentación de dichos documentos.

De igual manera la EPS solicitará el reembolso por los servicios prestados a sus usuarios, cuando establezca que la persona debería estar afiliada al sistema como cotizante, durante los seis meses inmediatamente anteriores a su vinculación.

Artículo 86. Control a la evasión:

Para celebrar contratos de prestación de servicios con personas naturales, las entidades del Estado deberán exigir la acreditación de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social.

Artículo 87. Acreditación de la calidad del afiliado:

El paciente que ingresa a una Institución Prestadora de Servicios de Salud informará sobre la calidad de afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud y presentará el carnet respectivo.

De la calidad de afiliado se dejará constancia en los documentos de ingreso del paciente y se comunicará de tal hecho dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la EPS o ARS correspondiente para los trámites a que haya lugar.

Artículo 88. Los contenidos y exclusiones del Plan Obligatorio de Salud:
Son los establecidos por el Acuerdo 8 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y desarrollados por la Resolución 5261 de 1994 del Ministerio de Salud.

Artículo 89. Vigencia:

El presente Decreto rige a partir de la fecha de su publicación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias, en especial, los Decretos 1919 y 1938 de 1994.

Dado en Santa Fe de Bogotá a los 30 días del mes de Abril de 1998

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

MARÍA FORERO DE SAADE

Ministra de Salud

MEMORANDO N° 2842

PARA: Gerentes de clínicas, Gerentes de centros de Atención ambulatoria.

De: Vicepresidente de IPS

ASUNTO: Sistema de Garantía de Calidad de IPS – Guía metodológica para la operativización de Grupos de Calidad.

FECHA: 10 de agosto de 1998

Esta vicepresidencia con el fin de que se desarrollen los procesos que permitan fortalecer el tema de la calidad en la prestación de los servicios de salud y el cumplimiento de la Ley y los reglamentos actualmente vigentes sobre éste tema al interior de las entidades de prestación de servicios propias del Seguro Social, ha desarrollado, en coordinación con la Gerencia Nacional de Calidad de servicios de salud algunos lineamientos para la implementación de Sistemas de Garantía de Calidad, que sirven como instrucciones para la operación de cada uno de los componentes del sistema.

El eje principal lo constituye la implementación y desarrollo de grupos de calidad al interior de las clínicas y centros de atención ambulatoria y especialmente de las dependencias asistenciales, bajo el criterio de generar estándares e implementar acciones de mejoramiento, a partir de los profesionales encargados de la prestación de los servicios, como estrategia fundamental para que los procesos de calidad sean efectivos y tengan un real impacto favorable en la calidad de los servicios. El presente memorando complementa las premisas generales definidas en el documento sobre los grupos de calidad en las clínicas y centros de atención y define las instrucciones operativas específicas para su implementación:

❖ **Grupo Institucional de Calidad:** Estará conformado en las clínicas por el Gerente de la misma o su delegado, el cual coordinará y presidirá el Grupo de Calidad de su institución; por el jefe de la Unidad de Calidad y vigilancia Epidemiológica, el cual actuará como Secretario Técnico del Grupo de Calidad y por el Jefe o un delegado de cada uno de los grupos de los departamentos y servicios; podrá participar el personal administrativo y asistencial, de acuerdo con el objetivo específico de la reunión. En los **Centros de Atención Ambulatoria** el grupo de calidad lo conformará el Gerente o su delegado , quien también actuará como Secretario Técnico del Grupo; los coordinadores o representantes de los servicios de salud de su centro y dependiendo del objetivo a tratar en las reuniones se podrá invitar al personal administrativo.

PERIODICIDAD DE LAS REUNIONES: Estas se efectuarán de acuerdo con la problemática de los servicios y con periodicidad mínima mensual.

METODOLOGÍA DE TRABAJO DE LOS GRUPOS DE CALIDAD EN LAS IPS DEL SEGURO SOCIAL.

Las actividades de los grupos de calidad están dirigidas a conformar un núcleo de calidad en las Instituciones propias por parte de los mismos profesionales de la

salud, en donde se encuentre el espacio para discutir los temas técnicos, enriquecimiento bibliográfico y generar los procesos de coordinación interna que permitan generar acciones de mejoramiento en las instituciones propias del Seguro Social. Fundamentalmente, los grupos de calidad trabajarán bajo una metodología de definición de problemas, priorización y búsqueda de las correcciones o acciones de mejora.

RECURSOS

para que puedan funcionar y desarrollarse los grupos de Calidad, los Jefes de cada nivel de la institución tienen la obligación de asignar los siguientes recursos:

- ❖ Para el área de reunión se necesita de la disponibilidad de un espacio físico.
- ❖ Es necesario que cada uno de los niveles de la organización dispongan dentro de sus agendas de trabajo de tiempo para efectuar dichas reuniones. Así mismo, deberán asignar y disponer del recurso humano requerido para el funcionamiento y desarrollo de los grupos.

MEMORANDO N° 4834 DE LA VICEPRESIDENCIA DE IPS DE 11 DE DICIEMBRE DE 1997

Los pasos que se deben cumplir las IPS para efectuar el ajuste necesario para el cumplimiento de las normas vigentes para Prestación de Servicios de Salud son los siguientes:

- Las Gerencias de las clínicas y los Coordinadores de los Centros de Atención Ambulatoria deberán convocar una reunión en sus respectivas áreas para dar a conocer los requisitos mínimos y analizar el contenido de este memorando.

- Los Jefes de Departamentos de las Clínicas o quien haga las veces de coordinador en los Centros de Atención Ambulatoria deberá convocar una reunión con sus áreas correspondientes a fin de verificar el cumplimiento de los estándares.
- Una vez identificados los estándares, se realizará el diligenciamiento de formato de verificación, el cual se hará en medio magnético, se elaborará un informe donde se especifique cuáles son los estándares cumplidos el cual será documento que servirá para la Declaración de Requisitos Esenciales.
- Se procede al diligenciamiento de los formularios para la Declaración de Requisitos Esenciales para la prestación de servicios, documento que debe ser presentado ante las respectivas Direcciones Departamentales, Distritales o Municipales de Salud, autorizado para recibirla.

Los Gerentes de Clínica y los Coordinadores de Atención Ambulatoria serán los directamente responsables del proceso de Declaración de Requisitos Mínimos Esenciales.

Cuando no se cumple la totalidad de los estándares, las Gerencias responsables deberán hacer la respectiva anotación en el formulario en el cual se hace la declaración de requisitos, especificando los procesos correctivos que se llevarán a cabo y los términos fijados para dar cumplimiento a los mismos. Deberán informar a la Vicepresidencia de IPS los estándares no cumplidos para analizarlos y tomar las acciones al respecto

Las Gerencias de las Clínicas y Centros de Atención Ambulatoria podrán solicitar el apoyo técnico a los Departamentos Seccionales de Calidad o a quien haga sus veces, para llevar a cabo este proceso.

MINISTERIO DE SALUD

RESOLUCIÓN NÚMERO 1995 DE 1999

(Julio 8)

Por el cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica

EL MINISTERIO DE SALUD

En ejercicio de las facultades legales y en especial las conferidas por los artículos 1, 3, 4 y los numerales 1 y 3 del artículo 7 del Decreto 1292 de 1994 y

CONSIDERANDO

Que conforme al artículo 8 de la Ley 10 de 1990, al Ministerio de Salud le corresponde formular las políticas y dictar todas las normas científico administrativas, de obligatorio cumplimiento por las entidades que integran el sistema de salud.

Que la Ley 10 de 1993, en su artículo 173 numeral 2, faculta al Ministerio de Salud para dictar las normas científicas que regulan la calidad de los servicios, de obligatorio cumplimiento por parte de todas las Entidades Promotoras de Salud, los Prestadores de Servicios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y las direcciones Seccionales, Distritales y Locales de Salud.

Que el Decreto 2174 de 1996, mediante el cual se organizó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el numeral 4 del Artículo 5, estableció como uno de los objetivos del mismo, estimular el desarrollo de un sistema de información

sobre la calidad, que facilitara la realización de las labores de auditoría, vigilancia y control y contribuyera a una mayor información de los usuarios. Que la Historia Clínica es un documento de vital importancia para la prestación de los servicios de atención en salud y para el desarrollo científico y cultural del sector.

Que se hace necesario expedir las normas correspondientes al diligenciamiento, administración, conservación, custodia y confidencialidad de las historias clínicas, conforme a los parámetros del Ministerio de Salud y del Archivo General de la Nación.

RESUELVE

CAPITULO 1

DEFINICIONES Y DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1. Definiciones:

- a. La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.
- b. Estado de salud. El estado de salud del paciente se registra en los datos e informes acerca de la condición somática, psíquica, social, cultural, económica y medioambiental que pueden incidir en la salud del usuario.
- c. Equipo de Salud. Son los profesionales, Técnicos y Auxiliares del área de la salud que realizan la atención clínico asistencia directa del

Usuario y los Auditores Médicos de Aseguradoras y Prestadores responsables de la evaluación de la calidad del servicio brindado.

- d. Historia Clínica para efectos archivísticos. Se entiende como el expediente conformado por el conjunto de documentos en los que se efectúa el registro obligatorio del estado de salud, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en la atención de un paciente, el cual también tiene el carácter de reservado.**
- e. Archivo de Gestión. Es aquel al cual se transfieren las Historias de los Usuarios activos y de los que no han utilizado el servicio durante los cinco años siguientes a la última atención.**
- f. Archivo Central. Es aquel donde reposan las Historias Clínicas de los Usuarios que no volvieron a usar los servicios de atención en salud del prestador, transcurridos 5 años desde la última atención.**
- g. Archivo Histórico. Es aquel el cual se transfieren las Historias Clínicas que por su valor científico, histórico o cultural, deber ser conservadas permanentemente.**

Artículo 2. Ámbito de aplicación:

Las disposiciones de la presente resolución serán de obligatorio cumplimiento para todos los prestadores de servicios de salud y demás personas naturales o jurídicas que se relacionen con la atención en salud.

Las características básicas son:

- 1. Integridad: La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud de las fases de fomento, promoción de la salud, prevención científica, diagnóstico, tratamiento y**

rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionándolo con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.

2. **Secuencialidad:** Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.
3. **Relacionalidad científica:** Para los efectos de la presente resolución, es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.
4. **Disponibilidad:** Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley.
5. **Oportunidad:** Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.

Artículo 4. Obligatoriedad del Registro:

Los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen directamente en la atención a un usuario, tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas conforme a las características señaladas en la presente resolución.

DILIGENCIAMIENTO

Artículo 5. Generalidades:

La Historia Clínica debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma.

Artículo 6. Apertura e identificación de la Historia Clínica:

A partir del primero de enero del año 2000, la identificación de la historia clínica se hará con el número de la cédula de ciudadanía para los mayores de edad; el número de la tarjeta de identidad para los menores de edad mayores de siete años, el número de pasaporte o cédula de extranjería. En el caso en que no exista documento de identidad de los menores de edad, se utilizará el número de la cédula de ciudadanía de la madre, o el del padre en ausencia de ésta, seguido de un número consecutivo de acuerdo al número de orden menor en el grupo familiar.

PARÁGRAFO 1. Mientras se cumple el plazo en mención, los prestadores de servicios de salud deben iniciar el proceso de adecuación correspondiente a lo ordenado en el presente artículo.

PARÁGRAFO 2. Todo prestador de servicios de salud debe utilizar una historia única institucional, la cual debe estar ubicada en el archivo respectivo de acuerdo a los tiempos de retención, y organizar un sistema que le permita saber en todo momento, en qué lugar de la institución se encuentra la historia clínica, y a quien y en qué fecha ha sido entregada.

Artículo 7. Numeración consecutiva de la Historia Clínica:

Todos los folios que componen la historia clínica deben numerarse en forma consecutiva, por tipos de registro, por el responsable del diligenciamiento de la misma.

Artículo 8. Componentes:

Son componentes de la historia clínica, la identificación del usuario, los registros específicos y los anexos.

Artículo 9. Identificación del usuario:

Los contenidos mínimos de este componente son: datos personales de identificación, fecha de nacimiento, edad, sexo, ocupación, dirección y teléfono del domicilio y lugar de residencia, nombre y teléfono del acompañante, caso; aseguradora y tipo de vinculación.

Artículo 10. Registros específicos:

Registro específico es el documento en el que se consignan los datos e informes de un tipo de terminado de atención. El prestador de servicios de salud debe seleccionar para consignar la información de la atención en salud brindada.

Los contenidos mínimos de información de la atención prestada al usuario, que debe contener el registro específico son los mismos contemplados en la Resolución 2546 de Julio 2 de 1998 y las normas que la modifiquen o adicionen y los generalmente aceptados en la práctica de las disciplinas del área de la salud.

PARÁGRAFO 1. Cada institución podrá definir los datos adicionales en la historia clínica, que resulten necesarios para la adecuación atención del paciente.

PARÁGRAFO 2. Todo prestador de servicios de salud debe adoptar mediante el acto respectivo, los registros específicos, de conformidad con los servicios prestados en su Institución, así como el contenido de los mismos en los que se incluyan además de los contenidos mínimos los que resulten necesarios para la adecuada atención del paciente. El prestador de servicios puede adoptar los formatos y medios de registro que respondan a sus necesidades, sin perjuicio del cumplimiento de las instrucciones impartidas por las autoridades competentes.

Artículo 11. Anexos:

Son todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al usuario en los procesos de atención tales como: autorizaciones para intervenciones quirúrgicas (consentimiento informado), procedimientos, autorización para necropsia, declaración de retiro voluntario y demás documentos que las instituciones prestadoras consideren pertinentes.

PARÁGRAFO 1. Los reportes de exámenes praclínicos podrán ser entregados al paciente luego que el resultado sea registrado en la historia clínica, en el registro específico de exámenes paraclínicos que el prestador de servicios deberá establecer en forma obligatoria para tal fin.

PARÁGRAFO 2. A partir de la fecha de expedición de la presente resolución, en los casos de imágenes diagnósticas, los reportes de interpretación de las mismas también deberán registrarse en el registro específico de exámenes paraclínicos y las imágenes diagnósticas podrán ser entregadas al paciente, explicándole la importancia de ser conservadas para futuros análisis, acto del cual deberá dejarse constancia en la historia clínica con la firma del paciente.

PARÁGRAFO 3. Los archivos de imágenes diagnósticas que hasta la fecha existen en las Instituciones Prestadoras de servicios deberán conservarse de acuerdo a los tiempos fijados en el artículo 15 de la presente resolución. Los prestadores de servicios podrán efectuar la entrega de las imágenes que reposan en estos archivos, al usuario, dejando constancia de ello en la historia clínica.

CAPÍTULO III

ORGANIZACIÓN Y MANEJO DEL ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS

Artículo 12. Obligatoriedad del archivo:

Todos los prestadores de servicios de salud, deben tener un archivo único de historias clínicas en las etapas de archivo de gestión, central e histórico, el cual será organizado y prestará los servicios pertinentes guardando los principios generales establecidos en el Acuerdo 07 de 1994, referente al Reglamento General de Archivos, expedido por el Archivo General de la Nación y demás normas que lo modifiquen o adicionen.

Artículo 13. Custodia de la historia clínica:

La custodia de la historia clínica estará a cargo del prestador de servicios de salud que la generó en el curso de la atención, cumpliendo los procedimientos de archivo señalados en la presente resolución, sin perjuicio de los señalados en otras normas legales vigentes. El prestador podrá entregar copia de la historia clínica al usuario o a su representante legal cuando este lo solicite, para los efectos previstos en las disposiciones legales vigentes.

PARÁGRAFO 1. Del traslado ente prestadores de servicios de salud de la historia clínica de un usuario, debe dejarse constancia en las actas de entrega o de devolución, suscritas por los funcionarios responsables de las entidades encargadas de su custodia.

PARÁGRAFO 2. En los eventos en los que existen múltiples historias clínicas, el prestador que requiera información contenida en ellas, podrá solicitar copia al prestador a cargo de las mismas, previa autorización del usuario o su representante legal.

PARÁGRAFO 3. En caso de liquidación de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, la historia clínica se deberá entregar al usuario o a su representante legal. Ante la imposibilidad de su entrega al usuario o a su representante legal, el liquidador de la empresa designará a cargo de quien estará la custodia de la historia clínica, hasta por el término de conservación previsto legalmente. Este hecho se comunicará por escrito a la Dirección Seccional Distrital o Local de Salud competente, la cual deberá guardar archivo de estas comunicaciones a fin de informar al usuario o a la autoridad competente, bajo la custodia de quien se encuentra la historia clínica.

Artículo 14. Acceso a la Historia Clínica:

Podrán acceder a la información contenida en la historia clínica en los términos previstos en la Ley:

- 1. El Equipo de Salud**
- 2. Las autoridades judiciales y de Salud en los casos previstos en la Ley**
- 3. Las demás personas determinadas en la ley**

PARÁGRAFO: El acceso a la historia clínica, se entiende en todos los casos, única y exclusivamente para los fines que de acuerdo con la ley resulten procedentes, debiendo en todo caso, mantenerse la reserva legal.

Artículo 15. Retención y tiempo de conservación:

La historia clínica debe conservarse por un período mínimo de 20 años contados a partir de la fecha de la última atención mínimo cinco (5) años en el archivo de gestión del prestador de servicios de salud, y mínimo quince (15) años en el archivo central.

Una vez transcurridos el término de conservación, la historia clínica podrá destruirse.

Artículo 16. Seguridad del archivo de historias clínicas:

El prestador de servicios de salud, debe archivar la historia clínica en un área restringida, con acceso limitado al personal de salud autorizado, conservando las historias clínicas en condiciones que garanticen la integridad física y técnica, sin adulteración o alteración de la información.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud y en general los prestadores encargados de la custodia de la historia clínica, deben velar por la conservación de la misma y responder por su adecuado cuidado.

Artículo 17. Condiciones físicas de conservación de la historia clínica:

Los archivos de historias clínicas deben conservarse en condiciones locativas, procedimentales, medioambientales y materiales, propias para tal fin, de acuerdo con los parámetros establecidos por el Archivo General de la Nación en los acuerdos 07 de 1994, 11 de 1996 y 05 de 1997, o las normas que los deroguen, modifiquen o adicionen.

Artículo 18. De los medios técnicos de registro y conservación de la historia clínica:

Los Prestadores de Servicios de Salud pueden utilizar medios físicos o técnicos como computadoras y medios magneto-ópticos, cuando así lo consideren conveniente, atendiendo lo establecido en la circular 2 de 1997 expedida por el Archivo General de la Nación, o las normas que la modifiquen o adicionen.

Los programas automatizados que se diseñen y utilicen para el manejo de las Historias Clínicas, así como sus equipos y soportes documentales, deben estar provistos de mecanismos de seguridad, que imposibiliten la incorporación de modificaciones a la Historia Clínica una vez se registren y guarden los datos.

En todo caso debe protegerse la reserva de la historia clínica mediante mecanismos que impidan el acceso de personal no autorizado para conocerla y adoptar las medidas tendientes a evitar la destrucción de los registros en forma accidental o provocada.

Los prestadores de servicios de salud deben permitir la identificación del personal responsable de los datos consignados, mediante códigos, indicadores y otros medios que reemplacen la firma y sello de las historias

en medios físicos, de forma que se establezca con exactitud quien realizó los registros, la hora y fecha del registro.

CAPÍTULO IV

COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS

Artículo 19. Definición:

Defínase el comité de historias clínicas como el conjunto de personas que al interior de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, se encarga de velar por el cumplimiento de las normas establecidas para el correcto diligenciamiento y adecuado manejo de la historia clínica.

Dicho comité debe establecerse formalmente como cuerpo colegiado o mediante asignación de funciones a uno de los comités existentes en la Institución.

PARÁGRAFO: El comité debe estar integrado por personal del equipo de salud. De las reuniones, se levantarán actas con copia a la dirección de la Institución.

Artículo 20. Funciones del comité de historias clínicas:

- a. Promover en la Institución la adopción de las normas nacionales sobre historia clínica y velar porque estas se cumplan.**

- b. Elaborar, sugerir y vigilar el cumplimiento del manual de normas y procedimientos de los registros clínicos del Prestador, incluida la historia clínica.**

- c. Elevar a la Dirección y al Comité Técnico – Científico, recomendaciones sobre los formatos de los registros específicos y anexos que debe contener la historia clínica, así como los mecanismos para mejorar los registros en ella consignados.

Artículo 21. Sanciones:

Los Prestadores de Servicios de Salud que incumplan lo establecido en la presente resolución, incurrirán en las sanciones aplicables de conformidad con las disposiciones legales vigentes.

Artículo 22. Vigencia:

La presente Resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Santa Fe de Bogotá, a los 8 días del mes de Julio de 1999

VIRGILIO GALVIS RAMÍREZ

Ministro de Salud

MEMORANDO N° 2842

PARA: Gerentes de clínicas, Gerentes de centros de Atención ambulatoria.

De: Vicepresidente de IPS

ASUNTO: Sistema de Garantía de Calidad de IPS – Guía metodológica para la operativización de Grupos de Calidad.

FECHA: 10 de agosto de 1998

Esta vicepresidencia con el fin de que se desarrollen los procesos que permitan fortalecer el tema de la calidad en la prestación de los servicios de salud y el cumplimiento de la Ley y los reglamentos actualmente vigentes sobre éste tema al interior de las entidades de prestación de servicios propias del Seguro Social, ha desarrollado, en coordinación con la Gerencia Nacional de Calidad de servicios de salud algunos lineamientos para la implementación de Sistemas de Garantía de Calidad, que sirven como instrucciones para la operación de cada uno de los componentes del sistema.

El eje principal lo constituye la implementación y desarrollo de grupos de calidad al interior de las clínicas y centros de atención ambulatoria y especialmente de las dependencias asistenciales, bajo el criterio de generar estándares e implementar acciones de mejoramiento, a partir de los profesionales encargados de la prestación de los servicios, como estrategia fundamental para que los procesos de calidad sean efectivos y tengan un real impacto favorable en la calidad de los servicios. El presente memorando complementa las premisas generales definidas en el documento sobre los grupos de calidad en las clínicas y centros de atención y define las instrucciones operativas específicas para su implementación:

- ❖ **Grupo Institucional de Calidad:** Estará conformado en las clínicas por el Gerente de la misma o su delegado, el cual coordinará y presidirá el Grupo de Calidad de su institución; por el jefe de la Unidad de Calidad y vigilancia Epidemiológica, el cual actuará como Secretario Técnico del Grupo de Calidad

y por el Jefe o un delegado de cada uno de los grupos de los departamentos y servicios; podrá participar el personal administrativo y asistencial, de acuerdo con el objetivo específico de la reunión. En los **Centros de Atención Ambulatoria** el grupo de calidad lo conformará el Gerente o su delegado , quien también actuará como Secretario Técnico del Grupo; los coordinadores o representantes de los servicios de salud de su centro y dependiendo del objetivo a tratar en las reuniones se podrá invitar al personal administrativo.

PERIODICIDAD DE LAS REUNIONES: Estas se efectuarán de acuerdo con la problemática de los servicios y con periodicidad mínima mensual.

METODOLOGÍA DE TRABAJO DE LOS GRUPOS DE CALIDAD EN LAS IPS DEL SEGURO SOCIAL.

Las actividades de los grupos de calidad están dirigidas a conformar un núcleo de calidad en las Instituciones propias por parte de los mismos profesionales de la salud, en donde se encuentre el espacio para discutir los temas técnicos, enriquecimiento bibliográfico y generar los procesos de coordinación interna que permitan generar acciones de mejoramiento en las instituciones propias del Seguro Social. Fundamentalmente, los grupos de calidad trabajarán bajo una metodología de definición de problemas, priorización y búsqueda de las correcciones o acciones de mejora.

RECURSOS

para que puedan funcionar y desarrollarse los grupos de Calidad, los Jefes de cada nivel de la institución tienen la obligación de asignar los siguientes recursos:

- ❖ Para el área de reunión se necesita de la disponibilidad de un espacio físico.
- ❖ Es necesario que cada uno de los niveles de la organización dispongan dentro de sus agendas de trabajo de tiempo para efectuar dichas reuniones. Así

mismo, deberán asignar y disponer del recurso humano requerido para el funcionamiento y desarrollo de los grupos.

Anexo B. Indicadores actuales

Medicina General

Horas contratadas diarias

Horas laboradas en consulta médica general en el mes

Horas de consulta mantenimiento de la salud

Total de consultas realizadas en el mes

Odontología

Total sesiones por procedimiento

Horas laboradas en consultas y procedimientos de salud oral

Total actividades promoción y prevención

Pacientes iniciados para tratamiento

Pacientes terminados con tratamiento

Psicología

Horas laboradas en consultas de paciente individual

Total consultas grupales realizadas

Horas laboradas en terapia grupal

Trabajo social

Horas laboradas en consulta de trabajo grupal

Horas dedicadas a promoción y prevención

Total pacientes que visitan el área por mes

Fisioterapia

Numero de pacientes atendidos por horas

Total actividades realizadas por el periodo

Nutrición

Horas laboradas en actividades asistenciales

Pacientes con y para tratamiento

Enfermería

Pacientes por primera vez atendidos en el periodo

Horas dedicadas a actividades complementarias

Anexo C. Morbilidad

PRIMERAS 50 CAUSAS DE DEMANDA

EPS SEGURO SOCIAL

IPS CAA CENTRAL

Orden	Enfermedad	Número de casos por edad							T c
		Menores de 1 año	De 1 a 4 años	De 5 a 14 años	De 15 a 44 años hombres	De 45 a 44 años mujeres	De 45 a 59 años	Mayores de 60	
1	IRA	15	63	95	76	147	70	82	5
2	Otra persona sana	6	31	23	45	105	72	83	3
3	Hipertensión esencial específica	0	0	0	4	11	49	83	1
4	Vaginitis y Vulvovaginitis	0	3	4	0	70	12	6	9
5	P.P.I.	5	18	34	8	16	5	7	9
6	Hipertension esencial no especifica	0	0	0	6	6	34	36	8
7	Gastritis aguda	0	0	1	14	22	18	26	8
8	Escabiosis	1	12	19	11	15	10	7	7
9	Hiperlipidemia mixta	0	0	0	10	12	31	22	7
10	Infeccion urinaria sin indicaciones	0	0	4	17	19	19	6	6

11	Infección renal sin especificación	2	1	2	6	28	11	7	5
12	Obesidad	1	1	10	3	20	11	6	5
13	Diabetes mellitus sin mención	0	0	0	5	6	18	17	4
14	Otros vértigos de origen periférico	0	0	2	5	17	11	9	4
15	Bronquitis aguda	2	13	12	2	2	2	6	3
16	Dolor en la región dorsal	0	0	0	5	9	13	9	3
17	Otros trastornos del dorso	0	0	0	4	10	14	8	3
18	Trauma	0	1	1	11	7	6	9	3
19	Anemias por deficiencia de hierro	0	1	2	5	15	4	3	3
20	Artritis reumatoide	0	0	0	5	4	9	10	2
21	Reacción depresiva leve	0	0	0	1	5	11	11	2
22	Artropatía transitoria	0	0	2	4	8	6	7	2
23	Gastritis y gastroduodenitis	0	0	0	9	0	10	7	2
24	Otras infecciones locales	0	9	9	2	3	1	1	2
25	Urticaria alérgica	3	2	2	4	9	2	3	2

Anexo D. Encuestas realizadas para el diagnóstico

CUESTIONARIO SATISFACCION AL CLIENTE EXTERNO PARA UN MEJORAMIENTO CONTINUO DEL SEGURO SOCIAL

GERENCIA NACIONAL DE CALIDAD

Señale con X la respuesta apropiada a las siguientes preguntas:

	Excelente	Bueno	Regular	Malo	Pésima
1. ¿Cómo califica usted al CAA Central del Seguro Social?					

Para las siguientes preguntas tenga en cuenta que:

S = SI N = NO NS/NR = no sabe/ no responde NA = no aplicable

	S	N	NS/NR	NA
2. En el último mes ha tenido deseos de retirarse de la EPS del Seguro			R	
3. Considera usted que la atención que brinda el CAA Central del Seguro Social ha mejorado				

4. Cuando acude a citas al CAA central ha sido atendido oportunamente				
5. Considera que el trato que le brindaron en el CAA central fue respetuoso, cálido, amable e hizo que usted se sintiera bien atendido				
6. Si hizo cola para obtener una cita para atención médica en el CAA la obtuvo en todas las ocasiones que lo solicitó				
7. Si el médico le formuló los medicamentos estos le fueron otorgados en su totalidad				
8. En alguna ocasión ¿ha tenido problemas con sus superiores en el trabajo por ausencias debidas a trámites que usted realiza en el Seguro Social y que ellos consideran excesivamente demorados				

CUESTIONARIO SATISFACCION AL CLIENTE INTERNO

PARA UN MEJORAMIENTO CONTINUO DEL SEGURO SOCIAL

1. En su cargo o funciones posee la facultad para tomar decisiones en un determinado momento:
Si____ No____
2. Se siente apoyado por la gerencia en la toma de decisiones:
Si____ No____
3. Como es la comunicación de su dependencia con las demas:
Excelente____ Buena____ Regular____ Mala____ Pésima____
4. La comunicación es en un solo sentido o existe feedback:

5. Cuales considera usted que son los recursos mas necesarios para prestar un buen servicio:

6. Cuenta usted con los recursos necesarios para prestar el servicio:
Si____ No____
7. Como son las relaciones con sus compañeros de trabajo:
Excelente____ Buena____ Regular____ Mala____ Pésima____
8. Se siente satisfecho con el trabajo que desempeña:
Si____ No____

9. Existe algún programa de incentivos que lo motive a realizar sus actividades con agrado:

Si _____ No _____

10. Con que frecuencia asiste a programas de capacitación y entrenamiento:

11. Conoce usted el concepto de calidad total:

Si _____ No _____

12. Aplica este concepto en sus funciones:

Si _____ No _____

13. si le ofrecieran un puesto en otra Institución, con igual salario, renunciaría al cargo que tiene actualmente en el ISS:

Si _____ NO _____ por qué?

OBSERVACIONES: _____

Anexo F. Acta de conformación del grupo de calidad

Acta No 1 CAA CENTRAL

El día 15 de Marzo siendo los 2 pm , en el auditorio de las Instalaciones del CAA, se dió inicio a una reunión con el objetivo de conformar el grupo de calidad del CAA central, el cual debe velar por la generación y cumplimiento de actividades que apoyen el desarrollo del sistema de garantía de calidad.

En el orden de la reunión primero se hizo un breve recordis del programa de implementación del sistema de calidad para el CAA, que ya es de conocimiento de los funcionarios, luego se procedió a explicar la importancia que tiene la conformación de un grupo que adquiera un serio compromiso con el control continuo que requiere el Sistema, por último se especificaron las funciones del grupo, entregando a cada miembro una guía de operativización para el grupo.

Este grupo de calidad quedará conformado por un representante de cada una de las áreas tanto administrativas como asistenciales.

A la reunión asistieron los responsables de cada área, quienes aceptaron ser parte del grupo de calidad, quedando conformado de la siguiente forma:

Anexo G. Encuestas propuestas

ENCUESTA SATISFACCIÓN CLIENTE EXTERNO

Fecha_____

Área en la que fue atendido_____

Señor usuario la presente encuesta tiene como objetivo verificar las condiciones en las que fue atendido para permitirnos mejorar y poder brindarle el servicio que usted se merece.

Señale con X la respuesta apropiada a las siguientes preguntas, teniendo en cuenta que:

E = Excelente B = Bueno M = Malo

	E	B	R	M
El trato de la persona que lo atendió en la prestación del servicio fue:				
La oportunidad en la atención fue:				
Cómo considera la información que recibió durante la atención:				

Califique la comodidad y privacidad del lugar donde fue atendido:				
La higiene del área en la que solicitó el servicio es:				
Califique su satisfacción con la atención brindada en esta área:				

Señor Usuario: Si calificó **MALO**, amplíe el Porque y si falta otro punto de evaluación en el cuestionario y que no este siendo considerado, favor comente cual sería.

Sus sugerencias son importantes para el mejoramiento a sus servicios.

CUESTIONARIO SATISFACCION CLIENTE INTERNO

Fecha_____ Área_____

Cargo_____

Objetivo: Determinar las insatisfacciones del cliente interno en cuanto a sus condiciones de trabajo, así como también recolectar sugerencias para el mejoramiento del sistema de Calidad.

Responda las siguientes preguntas especificando los detalles que crea necesarios:

1. ¿Le gusta lo que hace y cómo lo hace?
2. ¿Cuenta con el apoyo y los recursos para el desarrollo de sus funciones?
3. ¿Cómo es la comunicación con las personas con que se relaciona en su área de trabajo?

4. ¿Encuentra agradable el ambiente de trabajo en donde desarrolla sus funciones?
5. Describa los problemas más frecuentes que se presenten al desarrollar su trabajo

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

INSTRUCTIVO PARA DILIGENCIAMIENTO DE FORMATO PARA CONTROL INTERNO DE HISTORIAS CLÍNICAS

OBJETIVO: Este formato tiene el propósito de controlar el número de historias clínicas que salen del área de archivo diariamente, con el fin de verificar que sean devueltas por el profesional y archivadas en el lugar correspondiente.

PROCEDIMIENTO

En este formato se registrarán diariamente las historias que salen y entran de archivo, por profesional que la solicita.

En la casilla **Código del Profesional** se debe especificar la identificación del profesional en el área en la que labora, ya sean Médicos, Odontólogos, Enfermeras, etc.

En la casilla **# Historias entregadas** se establece el número de historias entregadas diariamente por profesional al comenzar la jornada laboral.

En la casilla **Identificación de Historias** se debe colocar el número con que se identifica la historia, ya sea la cédula, tarjeta de identidad, o registro civil del cotizante o beneficiario. Al lado se debe registrar la hora de la cita del individuo a la que pertenece la historia.

En la casilla # **Historias Recibidas** se debe especificar las historias que fueron entregadas por el profesional a archivo al terminar la jornada laboral.

Al final se debe obtener la firma del profesional y del funcionario de archivo para asegurar que lo recibido por el funcionario de archivo haya sido lo entregado por el profesional.

ANEXO M. CRONOGRAMA FECHAS ESPECIALES

- **Marzo 8:** Día de la mujer
- **Marzo 17:** Día del sicorientador
- **Abril 7:** Día de la salud
- **Abril 28:** Día del niño
- **Mayo 12:** Día de la enfermera
- **Agosto 11:** Día de la nutricionista
- **Octubre 2:** Día del odontólogo
- **Octubre 22:** Día de la trabajadora social
- **Noviembre 1:** Día del vigilante
- **Noviembre 24:** Día del psicólogo
- **Diciembre 3:** Día del médico

Anexo N. Cronograma de actividades específicas

MES	ACTIVIDAD
Enero	Sensibilización del tema Inducción de la calidad
Febrero	Conceptos del sistema de gestión de calidad Importancia del sistema de gestión de calidad
Marzo	Componentes del sistema de gestión de calidad Grupo de calidad, importancia y funciones
Abril	Los indicadores como herramienta para la toma de decisiones Reunión general evaluativa