

**FACTORES QUE AFECTAN LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD DE  
LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES DEL PROGRAMA HOGAR  
SUSTITUTO DEL CENTRO ZONAL POPAYAN DEL INSTITUTO COLOMBIANO  
DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL CAUCA**

**MARY LUZ ROSERO SOTELO  
YAZMIN CECILIA AUSECHA ORDOÑEZ**

**UNIVERSIDAD EAN  
FACULTAD DE POSGRADOS  
ESPECIALIZACION EN AUDITORIA Y GARANTIA DE LA CALIDAD EN SALUD  
CON ENFASIS EN EPIDEMIOLOGIA  
POPAYAN  
2011**

**FACTORES QUE AFECTAN LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD DE  
LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES DEL PROGRAMA HOGAR  
SUSTITUTO DELCENTRO ZONAL POPAYAN DEL INSTITUTO COLOMBIANO  
DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL CAUCA**

**Informe Final de Investigación presentado como requisito parcial para optar  
al Título de especialista en Auditoria y Garantía de la Calidad en Salud con  
Énfasis en Epidemiología**

**Asesor: ZAMANDA CORREA  
Magister Administración de empresas  
Especialista Gerencia de Servicios de Salud**

**UNIVERSIDAD EAN  
FACULTAD DE POSGRADOS  
ESPECIALIZACION EN AUDITORIA Y GARANTIA DE LA CALIDAD EN SALUD  
CON ENFASIS EN EPIDEMIOLOGIA  
POPAYAN  
2011**

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos la participación de las madres sustitutas que hacen parte del programa “Hogar Sustituto” del Centro Zonal Popayán, a la Doctora Francine Paule Salas de Bustamante Coordinadora del Centro Zonal Popayán, por su apoyo constante en la elaboración del estudio, a la Trabajadora Social Eliud Velazco, Coordinadora del programa “Hogar Sustituto” del Centro Zonal Popayán.

## TABLA DE CONTENIDO

	Pag
RESUMEN	10
ABSTRACT	11
INTRODUCCION	12
1. JUSTIFICACION	14
2. PLANTEAMIENTO Y FORMULACION DEL PROBLEMA	16
3. OBJETIVOS	18
3.1OBJETIVO GENERAL	18
3.2OBJETIVOS ESPECIFICOS	18
4 MARCO REFERENCIAL	19
4.1MARCO CONTEXTUAL	19
4.1.1Modalidad Hogar Sustituto	20
4.2MARCO TEORICO	21
4.2.1Atencion en Salud	21
4.2.2Calidad de los servicios de salud	24
4.2.3Glosario de términos	27
4.3MARCO LEGAL	28
5 DISEÑO METODOLOGICO	30
5.1TIPO DE ESTUDIO	30
5.2POBLACION Y MUESTRA	30

5.3PROCEDIMIENTO	31
5.4TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE INFORMACION	31
5.5OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	31
6 RESULTADOS Y DISCUSION	35
6.1CARACTERIZACION DE LOS NIÑOS Y NIÑAS Y ADOLESCENTES	35
6.2CONDICIONES DE SALUD	39
6.3CALIDAD DE ATENCION EN SALUD	42
6.4DISCUSION DE RESULTADOS	47
7 CONCLUSIONES	49
8 RECOMEDACIONES	50
9 BIBLIOGRAFIA	51
ANEXOS	53

## LISTA DE TABLAS

	Pag
TABLA 1. Distribución porcentual según Edad de Niños, Niñas y Adolescentes del Programa Hogar Sustituto. Centro Zonal Popayán. ICBF Regional Cauca, 2011	35
TABLA 2. Distribución porcentual según Género de Niños, Niñas y Adolescentes del Programa Hogar Sustituto Centro Zonal Popayán ICBF Regional Cauca, 2011.	36
TABLA 3. Distribución porcentual según clasificación del SISBEN de Niños, Niñas y Adolescentes del Programa Hogar Sustituto Centro Zonal Popayán ICBF Regional Cauca, 2011.	37
TABLA 4. Distribución porcentual según EPS a las que pertenecen los Niños, Niñas y Adolescentes del Programa Hogar Sustituto Centro Zonal Popayán ICBF Regional Cauca, 2011.	38
TABLA 5. Distribución porcentual de Niños, Niñas y Adolescentes con o sin enfermedad del Programa Hogar Sustituto Centro Zonal Popayán ICBF Regional Cauca, 2011	39
TABLA 6. Distribución porcentual de Niños, Niñas y Adolescentes con o sin discapacidad del Programa Hogar Sustituto Centro Zonal Popayán ICBF Regional Cauca, 2011.	40
TABLA 7. Distribución porcentual de los Diagnósticos de salud mas prevalentes, presentados en los Niños, Niñas, Adolescentes del Programa Hogar Sustituto Centro Zonal Popayán ICBF Regional Cauca, 2011	41
TABLA 8. Distribución porcentual de Niños, Niñas y Adolescentes afectado/ no afectado del Programa Hogar Sustituto Centro Zonal Popayán ICBF Regional Cauca, 2011	42
TABLA 9. Distribución porcentual según tipo de servicios solicitados a las EPS – IPS, por los Niños, Niñas y Adolescentes del Programa Hogar Sustituto Centro Zonal Popayán ICBF Regional Cauca, 2011.	43

TABLA 10. Distribución porcentual según calidad del servicio brindada a los Niños, Niñas y Adolescentes del Programa Hogar Sustituto Centro Zonal Popayán ICBF Regional Cauca, 2011. 44

TABLA 11. Distribución porcentual según factor que afecta la no prestación del servicio a los niños, niñas y adolescentes del Programa Hogar Sustituto Centro Zonal Popayán ICBF Regional Cauca, 2011 45

## LISTA DE FIGURAS

	Pag
FIGURA 1. Distribución porcentual según Edad de Niños, Niñas y Adolescentes del Programa Hogar Sustituto. Centro Zonal Popayán. ICBF Regional Cauca, 2011	35
FIGURA 2. Distribución porcentual según Género de Niños, Niñas y Adolescentes del Programa Hogar Sustituto Centro Zonal Popayán ICBF Regional Cauca, 2011.	36
FIGURA 3. Distribución porcentual según clasificación del SISBEN de Niños, Niñas y Adolescentes del Programa Hogar Sustituto Centro Zonal Popayán ICBF Regional Cauca, 2011.	37
FIGURA 4. Distribución porcentual según EPS a las que pertenecen los Niños, Niñas y Adolescentes del Programa Hogar Sustituto Centro Zonal Popayán ICBF Regional Cauca, 2011.	38
FIGURA 5. Distribución porcentual de Niños, Niñas y Adolescentes con o sin enfermedad del Programa Hogar Sustituto Centro Zonal Popayán ICBF Regional Cauca, 2011	39
FIGURA 6. Distribución porcentual de Niños, Niñas y Adolescentes con o sin discapacidad del Programa Hogar Sustituto Centro Zonal Popayán ICBF Regional Cauca, 2011.	40
FIGURA 7. Distribución porcentual de los Diagnósticos de salud mas prevalentes, presentados en los Niños, Niñas, Adolescentes del Programa Hogar Sustituto Centro Zonal Popayán ICBF Regional Cauca, 2011	42
FIGURA 8. Distribución porcentual de Niños, Niñas y Adolescentes afectado/ no afectado del Programa Hogar Sustituto Centro Zonal Popayán ICBF Regional Cauca, 2011	43
FIGURA 9. Distribución porcentual según tipo de servicios solicitados a las EPS – IPS, por los Niños, Niñas y Adolescentes del Programa Hogar Sustituto Centro Zonal Popayán ICBF Regional Cauca, 2011.	44

FIGURA 10. Distribución porcentual según calidad del servicio brindada a los Niños, Niñas y Adolescentes del Programa Hogar Sustituto Centro Zonal Popayán ICBF Regional Cauca, 2011. 45

FIGURA 11. Distribución porcentual según factor que afecta la no prestación del servicio a los niños, niñas y adolescentes del Programa Hogar Sustituto Centro Zonal Popayán ICBF Regional Cauca, 2011 46

## RESUMEN

**Objetivo** Identificar los factores que afectan la calidad de la atención en salud de los niños, niñas y adolescentes con medida de restablecimiento de derechos modalidad “hogar sustituto” pertenecientes al Centro Zonal Popayán del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Regional Cauca, 2011

**Metodología** La población es de 34 participantes del género femenino, a quien se le aplica una encuesta sobre factores que afectan la calidad de atención en salud. Estudio cuantitativo transversal. Para analizar los datos se utiliza la estadística descriptiva. El análisis es univariado.

**Resultados** Los resultados indican que los factores por los cuales no se les presta el servicio solicitado, la mayor frecuencia corresponde a la respuesta “no tiene afiliación al régimen de salud” con el 23,9% (n=27), seguido del 19,5% (n=22) que corresponde a la falta de contratación de servicios de las EPS con las IPS. El 15% (n=17) reciben como respuesta “se terminaron las citas” que se relaciona con el porcentaje del 10,6% que les dicen “hay que madrugar mas” y el 3,5% menciona haber recibido como respuesta “debe llamar para que le asignen la cita” aspecto se asocia con el servicio inoportuno, puesto que las madres encuestadas mencionan que nunca contestan el teléfono por la tanto deben hacer nuevamente la diligencia o deciden solicitar el servicio medico particular.

**Conclusiones** Entre los principales factores que afectan la calidad de atención en salud se encuentran: no tiene afiliación a salud, no hay contrato con la entidad, se terminaron las citas, deben madrugar más.

## ABSTRACT

**Objective** To identify the factors that affect the quality of health care for children and adolescents with restoration of rights measure mode "foster home" belonging to the Zonal Center Popayan Colombian Institute of Family Welfare Cauca Regional, 2011

**Methodology** The population is 34 female participants, who was a survey on factors affecting the quality of healthcare. Cross-sectional quantitative study. To analyze the data using descriptive statistics. The analysis is univariate.

**Results** The results indicate that the factors which are not given the requested service, as often as the answer "has no affiliation to the health" with 23.9% (n = 27), followed by 19, 5% (n = 22) which corresponds to the lack of procurement of the EPS with the IPS. 15% (n = 17) received in response to "appointments were completed" is related to the percentage of 10.6% which they say "there is more to get up early" and 3.5% report having received in response "should call for appointment assigned "look associated with the service inconvenient since the mothers surveyed state that never answer the phone for both must again decide to seek care or particular medical service.

**Conclusions** The main factors affecting the quality of health care are: not affiliated to health, there is no contract with the entity, the appointments were completed, they must get up early more.

## INTRODUCCION

Hace mucho tiempo el derecho a la salud ha tenido un amplio reconocimiento, no solo en los tratados internacionales de derechos humanos, sino en las Constituciones de cada país. En 1946 la Organización Mundial de Salud, la define como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

Es importante mencionar que el Estado tiene ciertas obligaciones y que son de gran relevancia, sobre todo para la protección del derecho a la salud, las cuales son inderogables y bajo ninguna circunstancia se puede justificar su incumplimiento a su constante violación.

En el caso de los niños, niñas y adolescentes, se pueden establecer dos principios fundamentales, el primero y el más importante es el interés superior del niño, siendo el segundo el principio de la no discriminación. El primero contempla el derecho a la salud relacionado con el derecho a la vida, además de los derechos específicos vinculados con su condición, de tal manera, que cuando se encuentre amenazado o vulnerado, su protección debe ser inmediata por parte del Estado.

Con relación al tema del derecho a la salud con calidad, el Estado ha desarrollado diferentes normas con el fin de brindar las directrices sobre lo que debe ser la Garantía de la Calidad en el Marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, por medio del Decreto 1011 de 2006 que define el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, como herramienta para ayudar a dirigir y evaluar el desempeño institucional en términos de calidad y satisfacción social, cumpliendo con sus características principales como son la: accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad, brindando una atención adecuada al usuario, siendo este la razón de ser del servicio de salud.

Por lo anterior, el interés de este trabajo, se centra en la identificación de los factores que afectan la calidad de la atención en salud de los niños, niñas y adolescentes con medida de restablecimiento de derechos con modalidad “Hogar Sustituto” del Centro Zonal Popayán del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Regional Cauca. Estos niños, niñas y adolescentes han sido retirados de sus familias, porque no se les ha garantizado sus derechos fundamentales, entre ellos el de la salud, siendo ubicados en un hogar sustituto con el objetivo de restablecerles los derechos que les han sido vulnerados. El Hogar Sustituto es una medida de protección provisional que toma la autoridad competente que consiste en: *“la ubicación del niño, la niña o el adolescente en una familia que se*

*compromete a brindarle el cuidado y atención necesarios en sustitución de la familia de origen” (Art. 59 de la Ley 1098 de 2006).*

Para lograr el propósito mencionado el trabajo se desarrolla de la siguiente manera:

Inicialmente se presentan aspectos generales y de contexto como la justificación del trabajo, el planteamiento del problema y los objetivos que se pretende lograr.

Seguidamente se presenta el marco referencial, que se compone del marco contextual, es decir, se describen los aspectos generales del programa hogar sustituto; el marco teórico, donde se relacionan los principales conceptos y teorías que soportan el trabajo y el marco legal, que presenta la normatividad vigente.

Posteriormente se describe el diseño metodológico para el desarrollo del trabajo investigativo, con el procedimiento que se realiza para tal fin.

Se presentan los resultados y la discusión de los mismos, explicando los aspectos más relevantes acerca de los factores que afectan la calidad de la atención en salud de los niños, niñas y adolescentes que pertenecen al programa hogar sustituto

Finalmente se presentan las conclusiones y las recomendaciones del trabajo realizado.

## 1. JUSTIFICACION

Teniendo en cuenta que las Entidades de salud pertenecen al Sistema Nacional de Bienestar Familiar, la atención en salud a los niños con medida de restablecimiento de derechos hogar sustituto, no debería tener inconvenientes, por el contrario al estar a cargo del estado, debe ser una atención con calidad.

La calidad en salud requiere compromiso de todos los actores que intervienen en la prestación de los servicios, por lo que en Colombia se planteó una reforma con principios de universalidad, equidad, eficiencia, integridad y participación, pero en la práctica ha sido imposible cumplirlos<sup>1</sup>. Un ejemplo de ello, es la inadecuada prestación de servicios de salud a los niños, niñas y adolescentes con medida de restablecimiento de derechos en la modalidad hogar sustituto del Centro Zonal Popayán del ICBF<sup>2</sup>, que manifiestan las madres sustitutas que los tienen a su cargo.

Este estudio, no pretende cambiar la estructura misma del actual Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en salud (SOGCS), pero si brindar una descripción de los factores que afectan la calidad de la atención en salud de los niños, niñas y adolescentes que pertenecen al programa hogares sustitutos, que si es tomada en cuenta, permite al ICBF iniciarse en un proceso de mejoramiento continuo que repercutirá en su beneficio y por ende en la satisfacción de esta población. Su utilización permitirá conocer las áreas de mejora de la prestación de los servicios de salud y facilitar procesos de cambio para fortalecer la cultura de la calidad. Adicionalmente este trabajo aportara a la comprensión y a la generación de reflexiones en torno al papel de cada uno de los actores en la prestación de los servicios de salud.

Este trabajo es importante, porque los resultados permitirán identificar los factores que vulneran el derecho de la salud de los niños, niñas y adolescentes con medida de restablecimiento y brindar recomendaciones para propender por la garantía de la prestación de servicios de salud con calidad, dando cumplimiento a la Ley 1098 de noviembre de 2006, Código de infancia y adolescencia, que estipula en el Artículo 27, "Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la salud integral. La salud es un estado de bienestar físico, psíquico y fisiológico y no solo la ausencia de enfermedad. Ningún Hospital, Clínica, Centro de Salud y demás entidades dedicadas a la prestación del servicio de salud, sean públicas o privadas, podrán abstenerse de atender a un niño, niña que requiera atención en salud. En relación con los niños, niñas y adolescentes que no figuren como beneficiarios en el régimen contributivo o en el régimen subsidiado, el costo de

---

<sup>1</sup> Organización Panamericana de la salud y Federación Panamericana de Profesionales de enfermería. Calidad de los servicios de salud en América latina y el Caribe: Desafíos para la enfermería. Agosto de 2001.

<sup>2</sup> Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

tales servicios estará a cargo de la Nación. Incurrirán en multa de hasta 50 salarios mínimos legales mensuales vigentes las autoridades o personas que omitan la atención médica de niños y menores y las obligaciones contempladas en los artículos 38 y 46 de la mencionada ley"<sup>3</sup>

Con este proyecto se pretende favorecer el derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes que pertenecen al programa hogar sustituto, dado que el mismo puede sentar bases de la atención que se presta, que permita la evaluación de las características de calidad: accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad que plantea el Decreto 1011 de 2006, en beneficio del bienestar de los usuarios y de las entidades y se diseñe e implemente planes de mejoramiento que favorezcan la calidad en la atención de salud.

---

<sup>3</sup> Ley 1098 de noviembre de 2006

## 2. PLANTEAMIENTO Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Cada día un número creciente de Niños, Niñas y Adolescentes de todo el mundo ha sufrido limitación y vulneración de derechos en el tema de la salud. Esta violación de los derechos humanos incumbe tanto al Estado, como a la familia y a la sociedad en general. De esta manera es fundamental analizar, entender y comprender el contexto social en el que se desarrolla dicho fenómeno, para así orientar acciones precisas en la dirección correcta, que permitan garantizar sin discriminación alguna los derechos de los niños, niñas y Adolescentes como se manifiesta en la constitución política.

En muchas ocasiones las personas desconocen sus derechos, por lo que estos son vulnerados sin ningún tipo de acción contundente que los retribuya. El derecho a la salud, por mandato constitucional, tiene el carácter fundamental en los niños, cuando de su realización depende que cese la amenaza o vulneración de derechos fundamentales como la vida o la integridad física.

Por este motivo el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, como ente coordinador del Sistema Nacional de Bienestar Familiar, mantendrá todas las funciones que hoy tiene (Ley 75/68 y Ley 7ª/79) y definirá los lineamientos técnicos que las entidades deben cumplir para garantizar los derechos de los niños, niñas y los adolescentes, y para asegurar su restablecimiento cuando estos sean vulnerados, garantizando el fortalecimiento de la familia y protección a los niños menores de 18 años de manera integral.<sup>4</sup>

Por eso existe el interés y la necesidad de investigar cuales son los factores ya sean internos o externos sobre el aumento de las inconformidades por parte de las madres sustitutas a la limitación en la prestación del servicio en salud en el sector público, afectando a la comunidad y su entorno familiar como es el caso de los Niños, Niñas y Adolescentes con medida de restablecimiento de derechos hogar sustitutos pertenecientes al Centro Zonal Popayán del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Regional Cauca.

Por mucho tiempo han existido limitaciones en la accesibilidad a los servicios de salud por parte de las entidades, ya sea Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud o Entes Territoriales, sin importar el diagnóstico del paciente, es aquí donde se observa las barreras y una continua violación de los principios del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

---

<sup>4</sup>Republica de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Código de la Infancia y la Adolescencia. Ley 1098 de 2006. Art. 11 parágrafo

Se desconoce hasta el momento estudios que permitan determinar estos factores, por eso se pretende identificarlos tomando como base el decreto 1011 del 2006 que se refiere al Sistema de Garantía de Calidad en los servicios de salud con el fin de que tengan una atención accesible, oportuna, segura, pertinente y continua; y proponer recomendaciones que contribuyan a la garantía del derecho a la salud con calidad, y se brinde protección integral a las familias de Colombia, en especial a las del Departamento del Cauca, sin necesidad de recurrir a tutelas.

## **FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuales son los factores que afectan la calidad de la atención en salud de los niños, niñas y adolescentes con medida de restablecimiento de derechos modalidad “Hogar sustituto” pertenecientes al Centro Zonal Popayán del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Regional Cauca, 2011

## **3. OBJETIVOS**

### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Identificar los factores que afectan la calidad de la atención en salud de los niños, niñas y adolescentes con medida de restablecimiento de derechos modalidad “hogar sustituto” pertenecientes al Centro Zonal Popayán del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Regional Cauca, 2011

### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar los Niños, Niñas y Adolescentes del programa “Hogar Sustituto” del Centro Zonal Popayán.
- Determinar la población del programa “Hogar Sustituto” del Centro Zonal Popayán afectada en el derecho de salud y la calidad del servicio prestado.
- Establecer los factores que afectan la calidad de la atención en salud a los niños, niñas y adolescentes del programa “Hogar Sustituto” del Centro Zonal Popayán.

## 4 MARCO REFERENCIAL

### 4.1 MARCO CONTEXTUAL<sup>5</sup>

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar es una institución de las más representativas del país, al servicio de las familias colombianas, adscrita al Ministerio de la Protección Social. Fue creada en 1968 dando respuesta a problemáticas, tales como la deficiencia nutricional, la desintegración e inestabilidad de la familia, la pérdida de valores y la niñez abandonada. Tiene por objeto propender y fortalecer la integración y el desarrollo armónico de la familia, proteger a los niños, niñas y adolescentes y garantizarles sus derechos. Para ello, coordina la integración funcional de las entidades públicas y privadas que conforman el Sistema Nacional de Bienestar Familiar para que participen armónica y racionalmente de acuerdo a su competencia.

Está presente en cada una de las capitales de departamento, a través de sus regionales y seccionales. Cuenta con 200 centros zonales, puntos de servicio para atender a la población de todos los municipios del país.

#### **Misión**

Trabajar por el pleno desarrollo de la primera infancia y el bienestar de las familias colombianas.

#### **Visión**

Ciudadanos tolerantes, responsables y solidarios, construyendo una Colombia próspera y democrática.

#### **Valores**

**Respeto:** comprender clara y completamente los derechos y deberes individuales y colectivos y estar dispuestos a reconocer y entender las diferencias, asumiendo constructivamente la controversia y la pluralidad de ideas

**Solidaridad:** Cooperación que existe entre las diferentes personas para lograr los objetivos propuestos.

**Compromiso:** Es ir más allá del simple deber, es trascender la norma, es ser fiel en el trato y en el desempeño y cumplimiento eficaz de las funciones.

---

<sup>5</sup> Tomado de la Página web del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar [www.icbf.gov.co](http://www.icbf.gov.co)

**Honestidad:** Caracteriza al individuo por su honor y rectitud en todos sus actos. Es la cualidad que hace que una persona actúe y viva en concordancia con lo que piensa, siente, dice y hace.

**Servicio:** Es brindar ayuda de manera espontánea, contribuyendo a que se cumplan los intereses y los de los demás.

**Confianza:** Seguridad y credibilidad en sí mismo, en los demás, en la entidad y en nuestro país.

#### **4.1.1 Modalidad hogar sustituto**

Para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, el Hogar Sustituto se convierte en una modalidad de atención en el cual una familia seleccionada y capacitada según sus criterios técnicos acoge de manera voluntaria a niños, niñas y adolescentes menores de 18 años con o sin discapacidad que se encuentran en situación de abandono, peligro, o situación de discapacidad y permite garantizar el desarrollo armónico e integral, para fortalecer sus destrezas y habilidades, con el apoyo de la comunidad y de las Instituciones, de acuerdo a la Constitución y la Ley garantizando el cumplimiento y restitución de sus derechos.

El Hogar Sustituto es una medida de protección provisional que toma la autoridad competente que consiste en: *“la ubicación del niño, la niña o el adolescente en una familia que se compromete a brindarle el cuidado y atención necesarios en sustitución de la familia de origen” (Art. 59 de la Ley 1098 de 2006)*<sup>6</sup>. El objetivo es garantizar a los niños, niñas y adolescentes el restablecimiento y cumplimiento de sus derechos, proporcionándoles protección integral en condiciones favorables, mediante un ambiente familiar sustituto, que facilite su proceso de desarrollo personal, familiar y social que permita superar la situación de vulnerabilidad en que se encuentran.

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar debe gestionar la vinculación de los niños y adolescentes con discapacidad a los servicios de salud y rehabilitación, a la vez, coordinar con este sector y otras entidades del Sistema Nacional de Bienestar Familiar, el apoyo, la capacitación y formación a las familias sustitutas y de origen en la atención y cuidado de los niños y adolescentes. Actualmente

---

<sup>6</sup> Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. lineamiento técnico para las modalidades de: vulnerabilidad o adoptabilidad para el restablecimiento de derechos de niños, niñas y adolescentes y mayores de 18 años con discapacidad con sus derechos amenazados, inobservados o vulnerados. Im15.pm03 versión 1.0. Aprobado Mediante Resolución No. 5930 Del 27 de Diciembre de 2010. Bogotá, D.C., Noviembre de 2010

existen 6.800 Hogares sustitutos en todo el país con un promedio de 21.000 niños niñas y jóvenes ubicados allí (niños/as sanos, con discapacidad, con enfermedad).

## **4.2 MARCO TEÓRICO**

A continuación se especifican una serie de conceptos y de normas relativas a salud, concretamente en los niños, niñas y adolescentes, que permiten enmarcar el desarrollo de este estudio para el análisis y discusión de resultados

### **4.2.1 Atención en Salud**

Una de las reformas de los sistemas de salud que las agencias multilaterales y gobiernos han promovido en Latinoamérica con el objetivo de mejorar el acceso a la atención, es el modelo de competencia gestionada *-managed competition-* o *pluralismo estructurado* en versión latinoamericana- que surgió en Estados Unidos y ha sido ampliamente adaptado en el contexto latinoamericano<sup>7</sup>, con la expectativa de mejorar la equidad, la eficiencia y la calidad de la atención<sup>8</sup>.

Colombia ha sido uno de los primeros países de la región en adoptar este tipo de modelos organizativos con la reforma introducida por la Ley 100 de 1993, convirtiéndose en su ejemplo paradigmático. A través de la promulgación de esta Ley se creó el Sistema Seguridad Social Integral con el objeto de garantizar los derechos que hacen posible que las personas obtengan una calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que las afectan. Dentro de este sistema integral se creó el SGSSS, con el objeto de brindar a todos los colombianos accesibilidad a la atención básica en salud, bajo los principios consagrados en la Constitución Política de 1991 que hacen referencia a la Universalidad, la eficiencia y la solidaridad<sup>9</sup>

Una de las definiciones del derecho a la salud que más ha llamado la atención es la que se encuentra en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. En ella se indica que:

“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr en uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o

---

<sup>7</sup> ALMEIDA C. Reforma de Sistemas de servicios de Salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90 Cad Saùde Publica. Año 2002.

<sup>8</sup> HOMEDES N, Ugalde A. Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. Health Policy 2005.

<sup>9</sup> Ministerio de la Protección Social. Ley 100 de 1993. Art.1. Por el cual se establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud

social. Así, vemos que el derecho a la salud implica bienestar, felicidad, paz, Vida.”<sup>10</sup>

En este mismo sentido, Rodríguez (2011) plantea “Una definición más dinámica de salud es el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental, social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad.”<sup>11</sup>

Salud es el hábito o estado corporal que nos permite seguir viviendo, es decir, que nos permite superar los obstáculos que el vivir encuentra a su paso”.<sup>12</sup>

La búsqueda del bienestar físico, mental y social de una persona requiere del esfuerzo de todos, y en especial del Estado, el cual tiene dentro de sus deberes organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud y la creación de políticas para la prestación y garantía de este derecho y en general, de todos los derechos de sus ciudadanos.

Por medio de La ley 100 de 1993 Se establecieron dos regímenes de aseguramiento para cuya gestión introdujeron administradoras de fondos públicos o aseguradoras -Empresas Promotoras de Salud (EPS) para el régimen contributivo, y Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) – hoy en día EPS-S<sup>13</sup>, que debían garantizar paquetes de beneficios diferentes en cada régimen de aseguramiento.<sup>14</sup> Pero se observa un aumento sostenido de quejas a la Superintendencia de Salud y a la Defensoría del Pueblo, y de las tutelas presentadas ante la Corte Constitucional contra las aseguradoras por los límites que introducen en la entrega de medicamentos, cirugías, pruebas diagnósticas, etc. tanto incluidas en el Plan Obligatorio en Salud (POS) como fuera de cobertura.

El Gobierno Nacional debe ampliar la cobertura y el mejoramiento de la calidad de vida de los colombianos, y garantizar las condiciones mínimas de convivencia de la población en el entendido de que la salud no solamente implica la atención a las enfermedades y dolencias inmediatas, sino la transformación de la calidad de vida de las personas y en consecuencia, su bienestar.

---

<sup>10</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Constitución de 1946.{En línea}.{14 de junio de 2011}.Disponible en ([www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf))

<sup>11</sup> RODRIGUEZ GOMEZ, Hugo. Legislación en Salud{En línea}.{14 de Junio de 2011}.Disponible en ([www.slideshare.net/chakram/legislacin-en-salud](http://www.slideshare.net/chakram/legislacin-en-salud))

<sup>12</sup> UNIVERSIDAD DE NAVARRA. Facultades de Medicina, Ciencias y Farmacia “Que es salud”. {En línea}.{14 DE Junio de 2011}. Disponible en ([www.unav.es/cdb/dhbapsalud.html](http://www.unav.es/cdb/dhbapsalud.html)).

<sup>13</sup> Inicialmente la denominación de EPS solo correspondía a las aseguradoras de los Regímenes Contributivos mientras que las del Subsidiado tenían el nombre de Administradoras del Régimen Subsidiado –ARS, pero con la Ley 1122 de 2007 se homogenizo el nombre y todas pasaron a denominarse como EPS, haciendo la respectiva distinción de Régimen.

<sup>14</sup> ECHEVERRY, E. Síntesis de los estudios de accesibilidad a los servicios de salud en Colombia antes y después de la Ley 100 de 1993. Medellín Colombia. 2001

La salud es un derecho que requiere especial atención. Su trasgresión atenta directamente contra el derecho a la vida, no sólo en lo relacionado con la existencia de la persona sino en la calidad de vida que la misma debe tener. La atención en salud de las personas en situación de desplazamiento forzado debe ser oportuna, eficiente y eficaz. La imposibilidad inmediata de transformar las condiciones de vida de esta población vulnerable, hace que los perjuicios a la salud sean mayores y en muchos casos, crónicos.

La Corte Constitucional Colombiana establece que la jurisprudencia constitucional ha sido reiterativa en sostener que cuando se trata de los niños, que son sujetos de especial protección, derivada precisamente de la situación de indefensión y vulnerabilidad a la que se encuentra sujeta ese tipo de población infantil, se pretende garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos, dando así cumplimiento al principio legal del interés superior, tal como ocurre con los derechos a la salud y a la seguridad social, que tiene carácter fundamental autónomo, mientras que esos mismos derechos referidos a otras personas, en principio, son derechos de naturaleza prestacional, porque se trata de un servicio público a cargo del Estado, y el carácter de fundamentales lo adquieren sólo por conexidad, cuando con su afectación se pone en riesgo o se vulnera un derecho definido como fundamental y, por lo tanto, es necesario proteger los prestacionales para salvaguardar los fundamentales.<sup>15</sup>

La Corte Constitucional ha considerado que el derecho a la salud puede ser considerado como derecho fundamental, toda vez que:

*al adoptarse internamente un sistema de salud en el cual se identifican los factores de riesgo, las enfermedades, males, medicamentos, procedimientos y, en general, los factores que el sistema va a atender para lograr la recuperación y el disfrute del máximo nivel posible de salud en un momento histórico determinado, se supera la instancia de indeterminación que impide que el propósito funcional del derecho se traduzca en un derecho subjetivo”.*

La misma Corte reafirma: “...el derecho a la salud no es en sí mismo un derecho fundamental, si puede llegar a ser efectivamente protegido, cuando la inescindibilidad entre el derecho a la salud y el derecho a la vida hagan necesario garantizar éste último, a través de la recuperación del primero, a fin de asegurar el amparo de las personas y de su dignidad. De ahí que el derecho a la salud sea un derecho protegido constitucionalmente, en los eventos en que por conexidad, su perturbación pone en peligro o acarrea la vulneración de la vida u otros derechos fundamentales de las personas.”<sup>16</sup>

---

<sup>15</sup> REVISTA JUDICIAL. El derecho a la Salud NNA como derecho fundamental. {En línea} {14 de junio de 2011}. Disponible en ( [www.derechoecuador.com](http://www.derechoecuador.com)).

<sup>16</sup> Mesa de trabajo de Bogotá sobre desplazamiento interno. Boletín 13. Mayo 2005.

En ese orden de ideas, podríamos afirmar que la salud se ve claramente afectada cuando existe omisión o retardo injustificado en la prestación del servicio, siempre que se ponga en grave peligro la vida de la persona.

La Convención sobre Derechos del Niño,<sup>17</sup> de igual manera, consagra que los Estados reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.

#### **4.2.2 Calidad de los servicios de salud**

Según el Art. 153 de la Ley 100 de 1993<sup>18</sup> con relación a la calidad argumenta que el sistema establecerá mecanismos de control de los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo a estándares aceptados en la práctica profesional.

En su Art. 183 establece que el Gobierno Nacional propiciara la conformación de un sistema de Acreditación de las IPS para brindar información a los usuarios sobre calidad y promover su mejoramiento.

Además, en el Art. 227 consagra como facultades del Gobierno expedir las normas relativas a la organización de un Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, incluyendo la auditoria médica de obligatorio desarrollo en las Empresas Promotoras de Salud con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación del servicio.

De acuerdo, a la definición de la norma ISO 9000: *“Calidad: es el grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos”*<sup>19</sup>

La palabra Calidad tiene muchas definiciones, pero la básica es aquella que dice que aquel producto o servicio que adquiramos satisfaga nuestras expectativas sobradamente. Es decir, que aquel servicio o producto funcione tal y como nosotros queramos y para realizar aquella tarea o servicio que nos tiene que realizar. Con todo y a pesar de esta definición el termino "Calidad" siempre será entendido de diferente manera, ya que para unos la Calidad residirá en un producto y en otros en su servicio posventa de este producto, por poner un ejemplo. Lo cierto es que nunca llegaremos a definir exactamente lo que representa el término Calidad a pesar de que últimamente este término se haya puesto de moda.

---

<sup>17</sup> Convención Internacional de los Derechos del niño. Noviembre de 1989. Art.24

<sup>18</sup> Defensoría del Pueblo. Programa de salud. Evaluación de los servicios de salud que brindan las EPS. 2003

<sup>19</sup> Norma NB-ISO 9000 de Fundamentos y vocabulario.

Calidad en las instituciones de salud es la satisfacción razonable de las necesidades de los usuarios con soluciones técnicamente óptimas. El concepto de calidad es un término que se origina de la gerencia empresarial donde los productos son tangibles, además la calidad es el cumplimiento de las normas técnicas y la satisfacción de las necesidades sentidas de los usuarios. No es fácil describir qué entendemos corporativamente por “calidad en salud”. Hay muchas respuestas por que son muchos los ámbitos a los que nos podemos estar refiriendo<sup>20</sup>.

“Calidad, la totalidad de funciones, características (ausencia de deficiencias de un bien o servicio) o comportamientos de un bien producido o de un servicio prestado, que les hace capaces de satisfacer las necesidades de los consumidores o usuarios. Se trata de un concepto subjetivo dado que cada individuo puede tener su propia apreciación o su particular juicio de valor acerca del producto o servicio en cuestión”<sup>21</sup>.

Pero una de las definiciones más completas es “La calidad de la atención de salud se entiende como la provisión de servicios accesibles, equitativos, con un nivel profesional óptimo que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario. El eje de calidad en la política de prestación de servicios se concibe como un elemento estratégico que se basa en dos principios fundamentales: el mejoramiento continuo de la calidad y la atención centrada en el usuario.”<sup>22</sup>

Con la evolución de la prestación de servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social (SGSSS), en el cual se promulga la calidad como una de los fundamentos, se hace evidente la necesidad de contar con herramientas que le ayuden a las entidades que componen el sistema a prestar sus servicios bajo parámetros que garanticen la calidad de servicios de la atención en salud cumpliendo con las necesidades y expectativas de los usuarios.

Con la regulación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud del SGSSS, mediante el Decreto 1011 de 2006 del Ministerio de Protección Social se retoman nuevamente los planteamientos y la argumentación para Colombia de un Sistema de Garantía de Calidad, instaurado en nuestro país por los decretos 2174 de 1996 y el 2309 de 2002 con el objeto de alcanzar la excelencia en la prestación de servicios en salud.

Por eso el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad tiene como objetivo proveer de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible

---

<sup>20</sup> RUBIO Cebrián, Santiago. “Glosario de Economía de la Salud”. Programa ampliado de libros de texto y Materiales de Instrucción (PALTEX) de la Organización Panamericana de la Salud. España, 1995

<sup>21</sup> Ibíd

<sup>22</sup> Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 de 2006. Art. 4. Bogotá, Abril de 2006

y equitativa, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios, las acciones que Desarrolle se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud.

Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características.<sup>23</sup>

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

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

**Seguridad.** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

**Pertinencia.** Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

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

Con el sistema de salud se esperaba no únicamente recuperar la salud o recibir atención para una necesidad, ni mucho menos recibir protección financiera ante una discapacidad o enfermedad, se pretendía que las entidades de salud brindaran también atención con calidad como se establece en la norma, logrando así utilizar los servicios cuando se necesiten de manera oportuna a dichas necesidades, que la atención sea rápida, que permita acceder al conjunto de atenciones a recibir incluidas las de cuidado y mejora de salud así no se este enfermo, recibir una atención con respeto y amabilidad por parte del personal, que existan personas con vocación en el servicio brindando información apropiada y segura al paciente y su familia, pero cumplir con todos esto es un reto que deben asumir con un mejoramiento continuo a sus procesos todas las entidades de salud ya sean aseguradoras o prestadoras del servicio, involucrando a todos los actores

---

<sup>23</sup> Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 de 2006. Art 3. Bogotá, Abril de 2006

entre ellos a los niños, niñas y adolescentes para prestar servicios de salud con calidad.

#### **4.2.3 Glosario de Términos**

**Atención de salud:** se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

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

**Centros Zonales:** puntos de atención al ciudadano del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ubicados en las ciudades capitales y municipios a nivel nacional.

**Código de la infancia y la Adolescencia:** manual jurídico que establece las normas para la protección de los niños, niñas y adolescentes, tiene como fin garantizar su desarrollo integral.

**Hogar Sustituto:** es una modalidad de atención definida como: la ubicación del niño, la niña o el adolescente en una familia que se compromete a brindarle el cuidado y atención necesarios en sustitución de la familia de origen.

**NNA:** niños, niñas y adolescentes.

**Protección integral:** se entiende por protección integral de los Niños, Niñas y Adolescentes el reconocimiento como sujetos de derechos, la garantía y cumplimiento de los mismos, la prevención de su amenaza o vulneración y la seguridad de su restablecimiento inmediato en desarrollo del principio del interés superior.

**Quejas:** cuando se pone en conocimiento de la entidad conductas irregulares de los servidores y ex-servidores públicos del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

**Restablecimiento de derechos:** restauración de su dignidad e integridad y la capacidad para volver a ejercer los derechos vulnerados.

**Satisfacción del usuario:** prestar servicios de buena calidad que cubran o excedan sus expectativas

**Sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud del sistema general de seguridad social en salud -SOGCS-:** conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

**Sistema Nacional de Bienestar Familiar:** conjunto de entidades públicas, privadas, sociales y comunitarias legalmente autorizadas que trabajan unidas para mejorar las condiciones de vida de la niñez y la familia en los municipios, departamentos y en todo el territorio nacional.

**Vulneración de derechos:** violación de un principio fundamental

#### 4.3 MARCO LEGAL

La **Constitución Política de Colombia**, en su artículo 44 consagra: " Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia.

Igualmente la **Carta Política** en el artículo 45 establece: "El adolescente tiene derecho a la protección y a la formación integral. El Estado y la sociedad garantizan la participación activa de los jóvenes en los organismos públicos y privados que tengan a cargo la protección, educación y progreso de la juventud."

El **nuevo Código de Infancia y adolescencia** desarrolla la doctrina de la protección integral, planteada en la Convención Internacional de Derechos del Niño, en contraposición a la doctrina de la situación irregular, que prevalecía hasta el momento en los servicios de protección del mundo y que según los analistas del tema, constituía el fundamento del Código del Menor vigente en Colombia hasta el mes de Mayo del 2007.

**El Régimen subsidiado de salud** es el mecanismo mediante el cual la población más pobre, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado.

**Ley 100 de 1993** donde tiene como prioridad garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana.

**Ley 1122 de 2007** por medio del cual tiene como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios.

**Ley 1438 de 2011**, por medio del cual su mayor prioridad es el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social a través de un modelo de Atención Primaria en Salud permitiendo acciones coordinadas entre el Estado, instituciones y Sociedad para el mejoramiento de salud y creación de un ambiente sano y saludable donde brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativa.

**Convención Internacional de los Derechos del Niño** donde indica que “el niño por su falta de madurez física y mental necesita protección y cuidados especiales, incluso la debida protección legal tanto antes como después del nacimiento”.

**Decreto 1011 de 2006 Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad** orientado a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, y todas las demás leyes que los protegen son los principales requerimientos a tener en cuenta para que no sean vulnerado sus derechos pero al parecer algunas entidades han olvidado el compromiso que tienen con los Niños, Niñas y Adolescentes y por eso limitan y vulneran esta atención.

**Resolución 1446 de 2006** por el cual define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

## 5. DISEÑO METODOLÓGICO

### 5.1. TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio descriptivo transversal. En este estudio se describen las características demográficas y el diagnóstico de salud de los NNA del programa “Hogar Sustituto” del Centro Zonal Popayán.

El estudio es transversal, dado que la recolección de los datos, se hará en una sola ocasión y tiempo para comparar una o más características. La investigación es de tipo descriptiva, se trata de describir un situación, o hecho social, para formular hipótesis precisas, teniendo en cuenta que el objetivo es describir ciertas características de la situación particular en el tiempo (Hayman, p. 92,1990).

### 5.2. POBLACION Y MUESTRA

La población universo correspondió a 64 madres sustitutas que están dentro del programa “Hogar Sustituto” en abril del 2011.

#### ***Criterios de tipificación de la población***

*Criterios de inclusión.* Todas las madres sustitutas que estén vinculadas al programa, que acepten voluntariamente el diligenciamiento de la encuesta.

*Criterios de exclusión.* Madre sustituta que no tiene niños a cargo en el momento del estudio; la no aceptación del diligenciamiento de la encuesta.

#### ***Muestra***

La muestra se determinó de forma aleatoria con un Error del 10% y un Nivel de confianza del 90%, teniendo en cuenta el tiempo del estudio y que por estar las madres cada una en un sitio determinado, la aplicación del instrumento se realizaría de manera personalizada. La muestra quedó conformada por 34 madres sustitutas.

#### ***Fuentes de Información***

Fuentes Primarias. Madres sustitutas del Programa “Hogar Sustituto” del Centro Zonal Popayán.

### 5.3. PROCEDIMIENTO

Se diseña una encuesta para recolección de información la cual fue aplicada y ajustada mediante prueba de expertos con tres profesionales con experiencia en estudios sociales, quienes recomendaron los ajustes pertinentes.

Se organizo el plan de trabajo en las etapas de:

1. Recolección de información
2. Consolidación y proceso de calidad de datos
3. Análisis de información

-Previa autorización de la coordinación del Centro Zonal Popayán se procedió a la recolección de los datos mediante la cual se protegió la confidencialidad de las madres sustitutas al no utilizar nombres ni número de identificación, para la recolección de los datos demográficos y clínicos sobre el diagnóstico de los NNA y la calidad de la atención en salud

--Finalmente se lleva cabo la sistematización de la información y análisis de resultados.

### 5.4 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE INFORMACION

La recolección de información se realizo en una encuesta, que permitió recoger la información necesaria para el estudio, sobre los aspectos demográficos, de salud y calidad de la atención de cada NNA con medida de restablecimiento en la modalidad de hogar sustituto. La encuesta permitió la recolección de datos personales, de salud y de calidad de la atención recibida, reportada por la madre sustituta.

La encuesta se elaboro con base en los objetivos de este estudio y se sometió a juicio de expertos, para su validación. (ver anexo 1 ).

### 5.5. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Para el desarrollo del presente trabajo se tuvieron en cuenta las siguientes variables las cuales fueron operacionalizadas según lo muestra el instrumento y están contenidas en las siguientes 3 macrovariables:

**DEMOGRÁFICAS:** Edad, género, tipo usuario y EPS.

**SALUD:** Condición de salud, discapacidad, diagnóstico.

**CALIDAD DE LA ATENCION:** Calidad deficiente del servicio, servicio solicitado, calidad del servicio y factores afectan la calidad del servicio.

VARIABLE	DEFINICION	NATURALEZA	NIVEL MEDICION	INDICADOR
Edad	Años Cumplidos desde la fecha de nacimiento.	Cuantitativa	Razón	0-1.11 meses 2-5.11 meses 6-12.11 meses 13-18 años.
Genero	Tipo de genero al que pertenece el usuario del servicio	cualitativa	nominal	-Femenino -Masculino
Tipo usuario	Clasificación en el Sisben	cualitativa	nominal	-nivel 1 -nivel 2 -nivel 3 -sin clasificación
EPS	Entidad de salud a la que se encuentra afiliado	cualitativa	nominal	Caprecom Emsanar Salud vida Salud Condor Coomeva SaludCoop Ninguno
Estado de salud	Indica la condición de salud general del NNA	cualitativa	nominal	--con enfermedad -sin enfermedad
Discapacidad	Indica si se presenta condición de discapacidad	cualitativa	nominal	-con discapacidad -sin discapacidad
Diagnóstico	Procedimiento por el cual se identifica una enfermedad, entidad nosológica, síndrome, o cualquier condición de	cualitativa	nominal	CIE 10

VARIABLE	DEFINICION	NATURALEZA	NIVEL MEDICION	INDICADOR
	salud-enfermedad (el "estado de salud" también se diagnostica).			
calidad deficiente en el servicio prestado	Indica la percepción acerca de la mala calidad del servicio	cualitativa	nominal	-afectado -no afectado
Tipo de servicio	Indica el tipo de servicio solicitado para el NNA	Cuantitativa	Razón	1 especialista 2 Quirófano 3 medicina Gral. 4 Crecimiento y desarrollo 5 medicamentos no pos 6 medicamentos pos 7 imágenes dx 8 laboratorio 9 terapias 10 suplementos y vitaminas
Calidad del servicio	Indica la característica de calidad a la que no se le da cumplimiento en la atención en salud	Cuantitativa	Razón	1 negado 2 inoportunidad 3 incompleto 4 tutelado 5 no pertinente 6 conformidad en el servicio

VARIABLE	DEFINICION	NATURALEZA	NIVEL MEDICION	INDICADOR
Factores que afectan la calidad de la atención	Indica las razones o causas por las cuales no se presta el servicio de salud con las características de calidad	Cuantitativa	Razón	1.No afiliación 2.no contrato 3.se terminaron las citas 4.hay que madrugar mas 5.Tramitología 6. población ICBF 7.vinculado ultimo turno 8.mto NO POS 9. servicio fuera del POS 10.No aparece Historia Clínica 11. No se encuentra en la Base de Datos 12.Llamar para asignarle una cita 13.Tiene afiliación de otro municipio 14.Noaplica

## 6. RESULTADOS Y DISCUSION

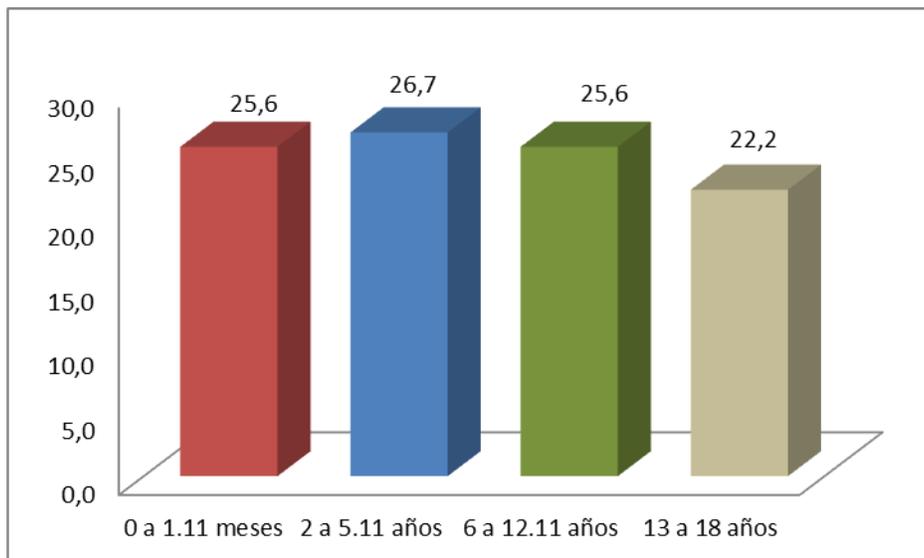
Se utiliza el programa estadístico SPSS.15, para la sistematización de la información y se realizó un análisis univariado de las variables demográficas y de salud, así como de la calidad en la atención encontrada en los NNA que pertenecen al programa “hogar Sustituto”

### 6.1 CARACTERIZACIÓN DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

TABLA 1. Distribución porcentual según Edad de Niños, Niñas y Adolescentes del Programa Hogar Sustituto. Centro Zonal Popayán. ICBF Regional Cauca, 2011 .

Rango de Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0 a 1.11 meses	23	25.6	25.6	25.6
2 a 5.11 años	24	26.7	26.7	52.2
6 a 12.11 años	23	25.6	25.6	77.8
13 a 18 años	20	22.2	22.2	100.0
Total	90	100	100	

FIGURA 1. Distribución porcentual según Edad de Niños, Niñas y Adolescentes del Programa Hogar Sustituto. Centro Zonal Popayán. ICBF Regional Cauca, 2011

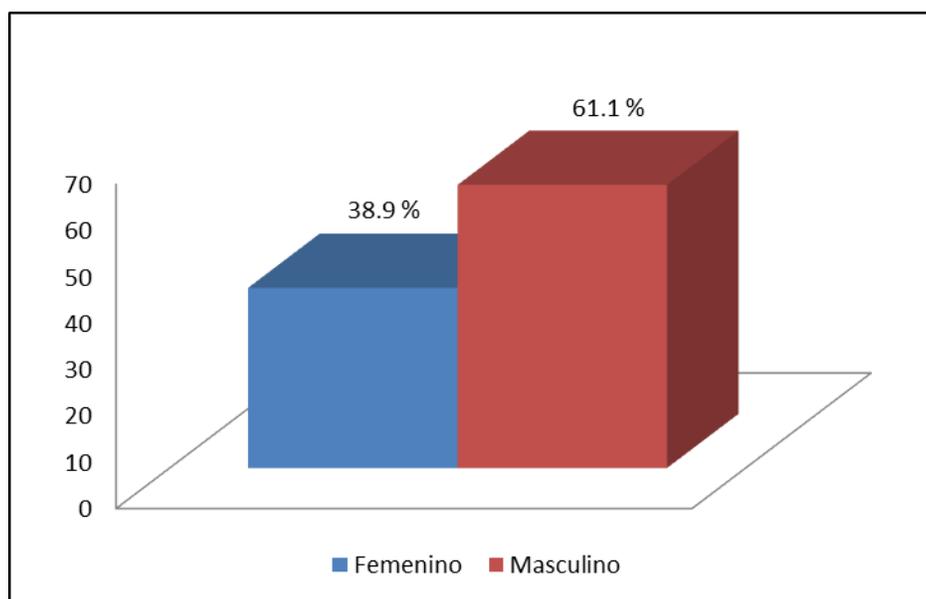


En los datos presentados en la Figura 1 se puede observar que en el rango de 2 a 5,11 años de edad correspondiente a los niños y niñas en edad preescolar se encuentra un mayor porcentaje de la población encuestada representada con el 26,7% (n=24); así mismo los lactantes (0 a 1,11 meses) y escolares (6 a 12,11 años) representan respectivamente el 25,6 % (n=23) de la población, siendo el menor porcentaje los adolescentes (13 a 18 años) correspondiente al 22,2% (n=20).

TABLA 2. Distribución porcentual según Género de Niños, Niñas y Adolescentes del Programa Hogar Sustituto Centro Zonal Popayán ICBF Regional Cauca, 2011

Genero	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Femenino	35	38.9	38.9	38.9
Masculino	55	61.1	61.1	100
Total	90	100	100	

FIGURA 2. Distribución porcentual según Género de Niños, Niñas y Adolescentes del Programa Hogar Sustituto Centro Zonal Popayán ICBF Regional Cauca, 2011

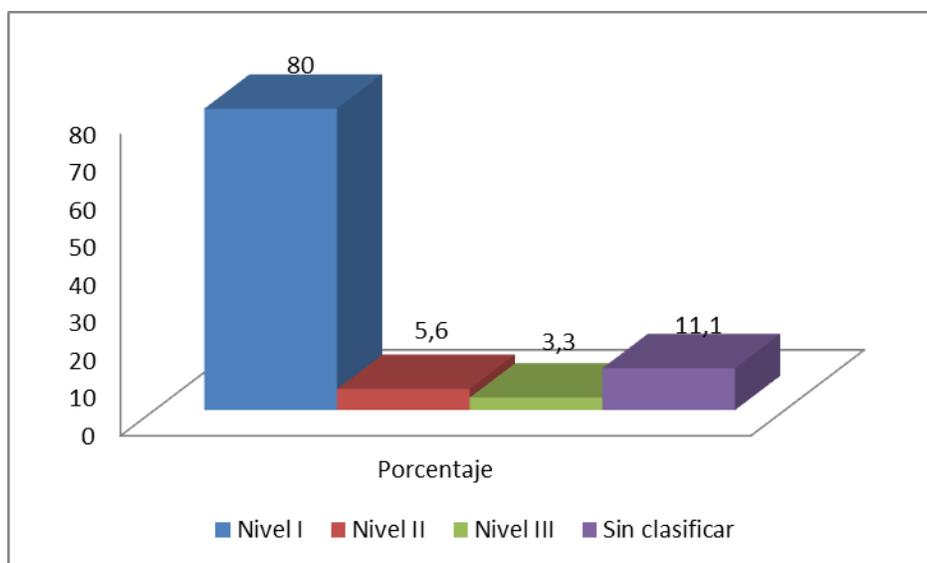


En la Figura 2 la población masculina representa el 61,1% (n=55) siendo el mayor porcentaje comparado con la población femenina que es del 38,9% (n=35). Es decir que la mayor población de NNA corresponde al género masculino.

TABLA 3. Distribución porcentual según clasificación del SISBEN de Niños, Niñas y Adolescentes del Programa Hogar Sustituto Centro Zonal Popayán ICBF Regional Cauca, 2011.

Sisben	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nivel I	72	80	80	80
Nivel II	5	5.6	5.6	85.6
Nivel III	3	3.3	3.3	88.9
Sin clasificar	10	11.1	11.1	100
Total	90	100	100	

FIGURA 3. Distribución porcentual según clasificación del SISBEN de Niños, Niñas y Adolescentes del Programa Hogar Sustituto Centro Zonal Popayán ICBF Regional Cauca, 2011.

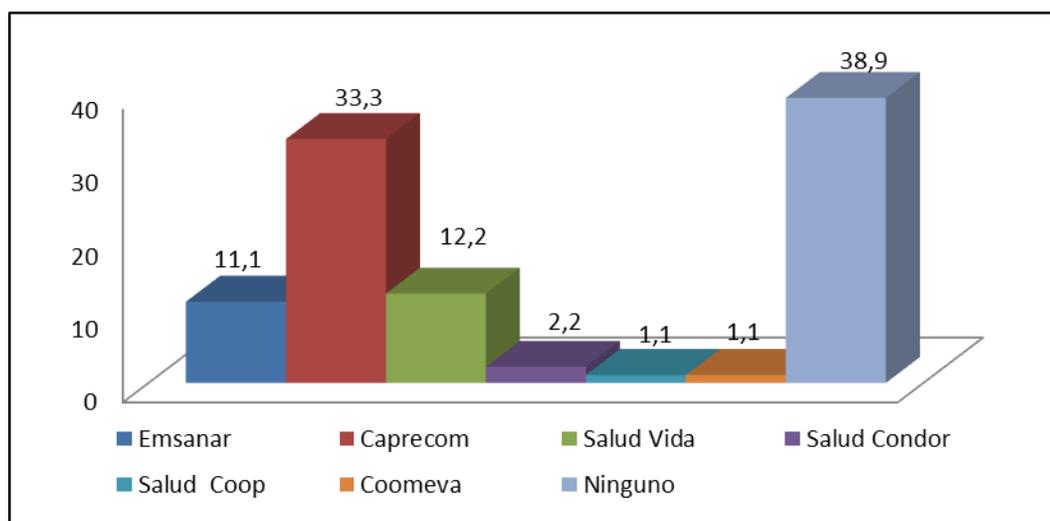


En los datos presentados en la figura 6 se observa que el 80% (N=72) de la población esta clasificada con Sisben Nivel I, el 5,6% pertenece al Sisben II, el 3.3% al Nivel III y el 11,1% se encuentran sin clasificar.

TABLA 4. Distribución porcentual según EPS a las que pertenecen los Niños, Niñas y Adolescentes del Programa Hogar Sustituto Centro Zonal Popayán ICBF Regional Cauca, 2011

Nombre de la EPS	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Emsanar	10	11.1	11.1	11.1
Caprecom	30	33.3	33.3	44.4
Salud Vida	11	12.2	12.2	56.7
Salud Condor	2	2.2	2.2	58.9
SaludCoop	1	1.1	1.1	60
Cooimeva	1	1.1	1.1	61.1
Ninguno	35	38.9	38.9	100
Total	90	100	100	

FIGURA 4. Distribución porcentual según EPS a las que pertenecen los Niños, Niñas y Adolescentes del Programa Hogar Sustituto Centro Zonal Popayán ICBF Regional Cauca, 2011



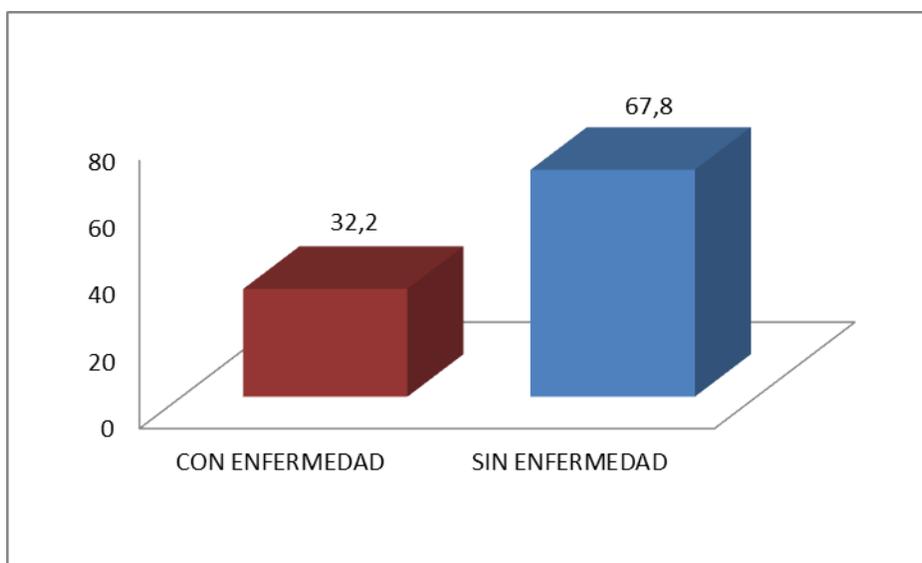
Según datos presentados en la grafica 7 se observa que el 38,9% (n=35) no se encuentran afiliados a ningún régimen de salud, el 33,3% (n=30) están afiliados a la entidad de Caprecom, el 12,2 % (n=11) a Salud vida, se encuentra que Salud Condor tiene la menor población afiliada al programa.

## 6.2 CONDICIONES DE SALUD

TABLA 5. Distribución porcentual de Niños, Niñas y Adolescentes con o sin enfermedad del Programa Hogar Sustituto Centro Zonal Popayán ICBF Regional Cauca, 2011

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
CON ENFERMEDAD	29	32.2	32.2	32.2
SIN ENFERMEDAD	61	67.8	67.8	100
Total	90	100	100	

FIGURA 5. Distribución porcentual de Niños, Niñas y Adolescentes con o sin enfermedad del Programa Hogar Sustituto Centro Zonal Popayán ICBF Regional Cauca, 2011

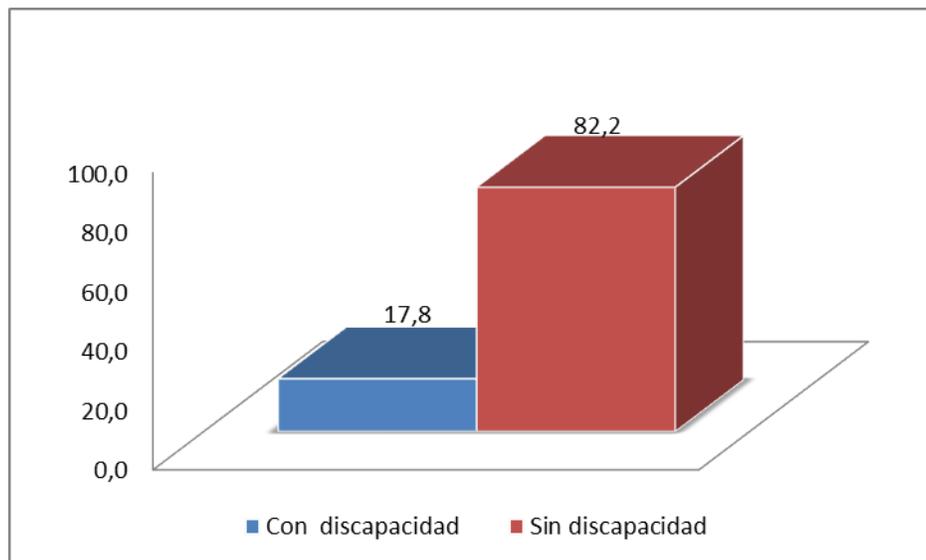


En la anterior representación grafica se observa que el 67,8% (n= 61) de los NNA no presentan enfermedad alguna en comparación con el 32,2% (n=29) correspondiente a los NNA que padecen algún tipo de enfermedad pertenecientes al grupo de enfermedades transmisibles y no transmisibles que se relacionan en la Figura 11 que muestra que los diagnósticos más prevalentes son: enfermedad respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda, parasitismo intestinal, trastorno del desarrollo psicomotor, parálisis cerebral, retardo mental, afecciones de la piel, enfermedad cardiaca, depresión psicoafectiva y sífilis.

TABLA 6. Distribución porcentual de Niños, Niñas y Adolescentes con o sin discapacidad del Programa Hogar Sustituto Centro Zonal Popayán ICBF Regional Cauca, 2011.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
CON DISCAPACIDAD	16	17.8	17.8	17.8
SIN DISCAPACIDAD	74	82.2	82.2	100.0
Total	90	100	100	

FIGURA 6. Distribución porcentual de Niños, Niñas y Adolescentes con o sin discapacidad del Programa Hogar Sustituto Centro Zonal Popayán ICBF Regional Cauca, 2011.

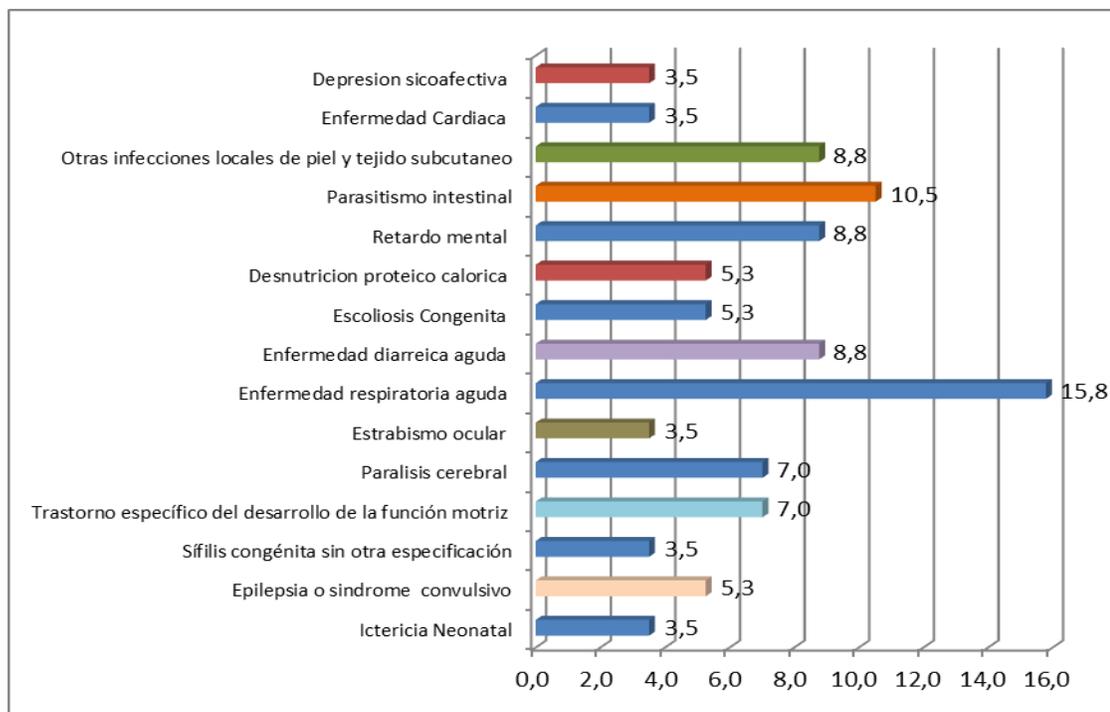


En los datos presentados en la figura 4 se observa que la población que presenta discapacidad es del 17,8% (n=16) comparado con el 82,2% (n=74) que no presenta ningún tipo de discapacidad, al relacionar estos datos con los presentados en la figura 3 (distribución porcentual de NNA con o sin enfermedad) tenemos que del 32,2% que NNA que presentan enfermedad el 17,8 % de ellos presentan discapacidad.

TABLA 7. Distribución porcentual de los Diagnósticos de salud mas prevalentes, presentados en los Niños, Niñas, Adolescentes del Programa Hogar Sustituto Centro Zonal Popayán ICBF Regional Cauca, 2011

DIAGNOSTICO O ENFERMEDAD DE BASE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ictericia Neonatal	2	3,5
Epilepsia o síndrome convulsivo	3	5,3
Sífilis congénita sin otra especificación	2	3,5
Trastorno específico del desarrollo de la función motriz	4	7,0
Parálisis cerebral	4	7,0
Estrabismo ocular	2	3,5
Enfermedad respiratoria aguda	9	15,8
Enfermedad diarreica aguda	5	8,8
Escoliosis Congénita	3	5,3
Desnutrición proteico calórica	3	5,3
Retardo mental	5	8,8
Parasitismo intestinal	6	10,5
Otras infecciones locales de piel y tejido subcutáneo	5	8,8
Enfermedad Cardiaca	2	3,5
Depresión psicoafectiva	2	3,5
<b>TOTAL</b>	<b>57</b>	<b>100</b>

FIGURA 7. Distribución porcentual de los Diagnósticos de salud mas prevalentes, presentados en los Niños, Niñas, Adolescentes del Programa Hogar Sustituto Centro Zonal Popayán ICBF Regional Cauca, 2011



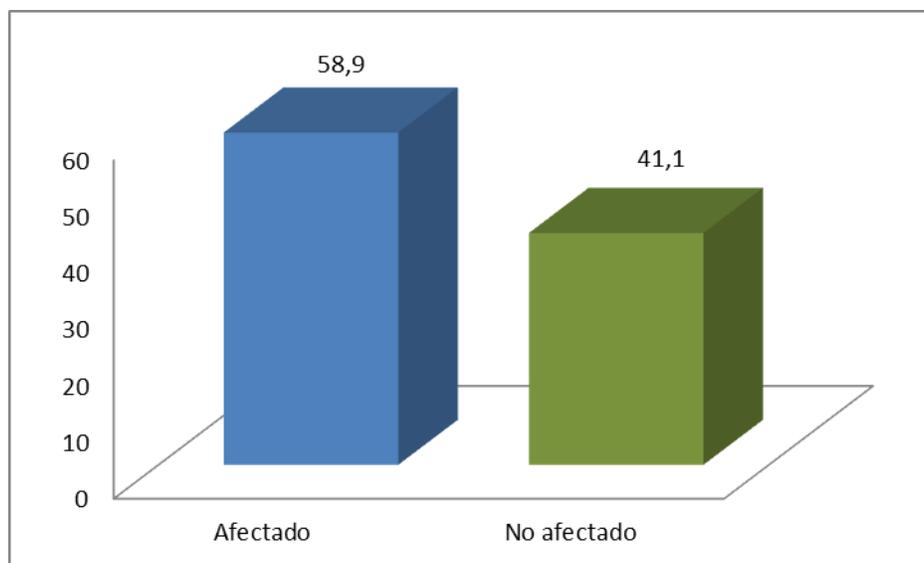
En la Figura 7 se observa los diagnósticos más prevalentes como: enfermedad respiratoria aguda 15.8%, parasitismo intestinal 10.5%, enfermedad diarreaica aguda 8.8%, retardo mental 8.8%, afecciones de la piel 8.8%, trastorno del desarrollo psicomotriz 7.0%, parálisis cerebral 7.0%,

### 6.3 CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD

TABLA 8. Distribución porcentual de Niños, Niñas y Adolescentes afectado/ no afectado del Programa Hogar Sustituto Centro Zonal Popayán ICBF Regional Cauca, 2011

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Afectado	53	58.9	58.9	58.9
No afectado	37	41.1	41.1	100
Total	90	100	100	

FIGURA 8. Distribución porcentual de Niños, Niñas y Adolescentes afectado/ no afectado del Programa Hogar Sustituto Centro Zonal Popayán ICBF Regional Cauca, 2011

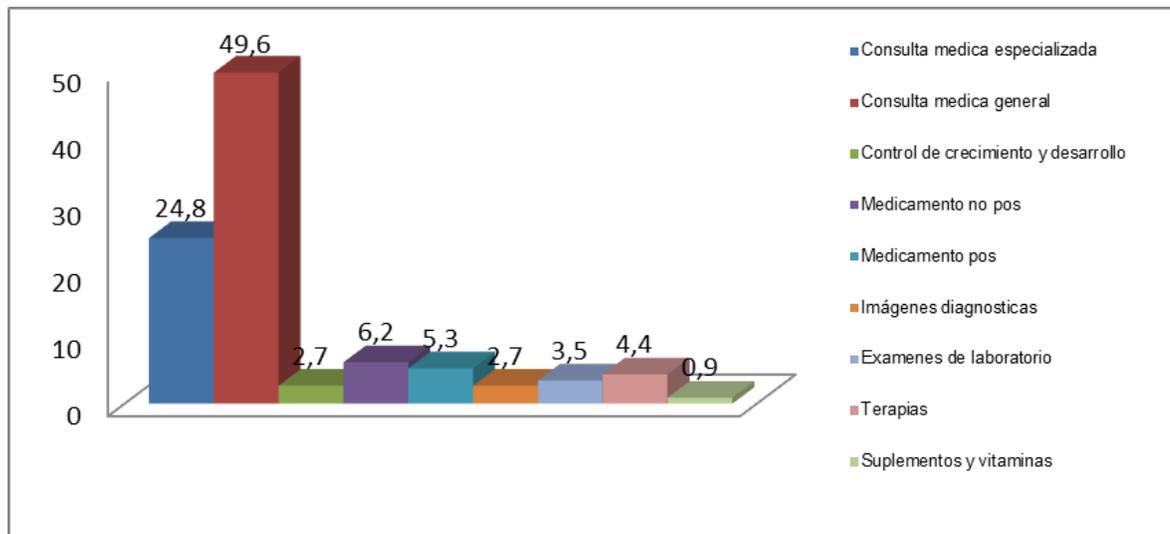


En la figura 5 se representa la población de NNA quienes se afectaron al acceder a un servicio de salud el cual fue inoportuno, incompleto y no pertinente, correspondiente al 58,9% (n=53) es decir mas de la mitad de la población estudiada y solo el 41,1% (n=37) refirió no ser afectado.

TABLA 9. Distribución porcentual según tipo de servicios solicitados a las EPS – IPS, por los Niños, Niñas y Adolescentes del Programa Hogar Sustituto Centro Zonal Popayán ICBF Regional Cauca, 2011

Tipo de servicio(s) solicitado	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Consulta medica especializada	28	24.8	24.8	24.8
Consulta medica general	56	49.6	49.6	74.3
Control de crecimiento y desarrollo	3	2.7	2.7	77
Medicamento no pos	7	6.2	6.2	83.2
Medicamento pos	6	5.3	5.3	88.5
Imágenes diagnosticas	3	2.7	2.7	91.2
Exámenes de laboratorio	4	3.5	3.5	94.7
Terapias	5	4.4	4.4	99.1
Suplementos y vitaminas	1	0.9	0.9	100
Total	113	100	100	

FIGURA 9. Distribución porcentual según tipo de servicios solicitados a las EPS – IPS, por los Niños, Niñas y Adolescentes del Programa Hogar Sustituto Centro Zonal Popayán ICBF Regional Cauca, 2011

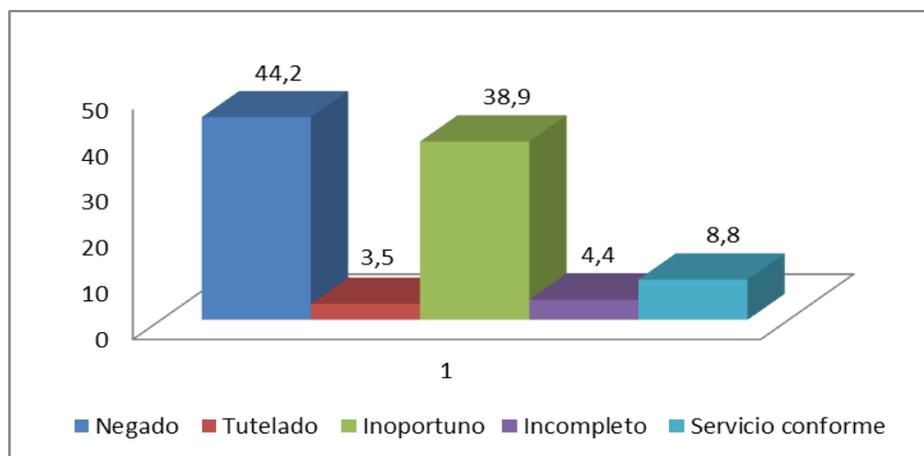


En la Figura 8 demuestra que el servicio mas utilizado fue la consulta medica general con 49,6% (n= 56), seguida de la consulta medica especializada con el 24,8% (n=28) y el menor porcentaje se encuentra el medicamentos no pos, medicamentos que se encuentran contemplados dentro del plan obligatorio de salud, terapias y los suplementos y vitaminas.

TABLA 10. Distribución porcentual según la calidad del servicio brindada a los niños, niñas y adolescentes del Programa Hogar Sustituto Centro Zonal Popayán ICBF Regional Cauca, 2011

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Negado	50	44.2	44.2	44.2
Tutelado	4	3.5	3.5	47.8
Inoportuno	44	38.9	38.9	86.7
Incompleto	5	4.4	4.4	91.2
Servicio conforme	10	8.8	8.8	100
Total	113	100	100	

FIGURA 10. Distribución porcentual según la calidad del servicio brindada a los niños, niñas y adolescentes del Programa Hogar Sustituto Centro Zonal Popayán ICBF Regional Cauca, 2011

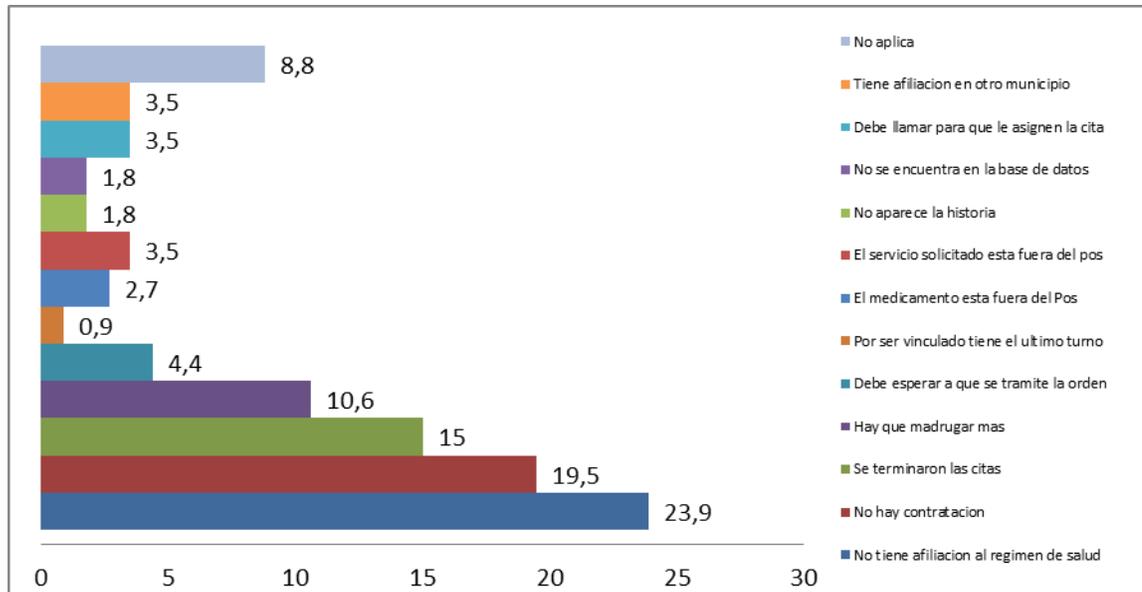


Con la Figura 9 se determina la frecuencia de la calidad brindada en los servicios y relacionando con la frecuencia en los servicios mas utilizados en la Figura 8 se obtuvo que el 44,2% (n=50) de estos servicios fueron negados de los cuales fueron tutelados el 3.5% (n=4). El 38,9% (n=44) corresponden a servicios prestados de manera inoportuna, el 4,4% de forma incompleta y el 8.8% refieren haber recibido un servicio conforme.

TABLA 11. Distribución porcentual según factor que afecta la no prestación del servicio a los niños, niñas y adolescentes del Programa Hogar Sustituto Centro Zonal Popayán ICBF Regional Cauca, 2011

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No tiene afiliación al régimen de salud	27	23.9	23.9	23.9
No hay contratación	22	19.5	19.5	43.4
Se terminaron las citas	17	15	15	58.4
Hay que madrugar mas	12	10.6	10.6	69
Debe esperar a que se tramite la orden	5	4.4	4.4	73.5
Por ser vinculado tiene el ultimo turno	1	0.9	0.9	74.3
El medicamento esta fuera del Pos	3	2.7	2.7	77
El servicio solicitado esta fuera del pos	4	3.5	3.5	80.5
No aparece la historia	2	1.8	1.8	82.3
No se encuentra en la base de datos	2	1.8	1.8	84.1
Debe llamar para que le asignen la cita	4	3.5	3.5	87.6
Tiene afiliación en otro municipio	4	3.5	3.5	91.2
No aplica	10	8.8	8.8	100
Total	113	100	100	

FIGURA 11. Distribución porcentual según factor que afecta la no prestación del servicio a los niños, niñas y adolescentes del Programa Hogar Sustituto Centro Zonal Popayán ICBF Regional Cauca, 2011



Al determinar los factores por los cuales no se les presta el servicio solicitado, la mayor frecuencia corresponde a la respuesta “no tiene afiliación al régimen de salud” con el 23,9% (n=27), seguido del 19,5% (n=22) que corresponde a la falta de contratación de servicios de las EPS con las IPS. El 15% (n=17) reciben como respuesta “se terminaron las citas” que se relaciona con el porcentaje del 10,6% que les dicen “hay que madrugar mas” y el 3,5% menciona haber recibido como respuesta “debe llamar para que le asignen la cita” al respecto se asocia con el servicio inoportuno puesto que las madres encuestadas mencionan que nunca contestan el teléfono por la tanto deben hacer nuevamente la diligencia o deciden solicitar el servicio medico particular.

El 8,8% (n=10) corresponde a la población que no contesta la respuesta por que se conforma con el servicio recibido.

Dentro de los aportes y sugerencias que hacen las madres sustitutas encontramos:

Los niños del ICBF deberían tener atención con prioridad, para la solicitud de las citas no se deberían madrugar mucho; Servicio sea rápido sin filas, con calidad y oportunidad; Que las entidades de salud tengan prioridad con las madres sustitutas; Evitar la tramitología; Atención por personal con experiencia en manejo de NNA con discapacidad; Los funcionarios de las entidades de salud sean más amables y cordiales en la prestación del servicio y que la entidad de salud tenga una oficina dedicada a la atención de los niños del ICBF.

#### 6.4. DISCUSION DE RESULTADOS

Antes de discutir los resultados, hay que precisar que no existen estudios relacionados sobre los factores que afectan la calidad de la atención en salud en niños, niñas y adolescentes bajo protección del Instituto colombiano de Bienestar Familiar.

Los hallazgos demuestran que la población estudiada de acuerdo a los rangos de edad seleccionados es homogénea es decir pertenecen en igual proporción a cada grupo, siendo la mayor parte del genero masculino. Estos resultados no coinciden con el estudio realizado en la ciudad de Bogotá por la Secretaría de Salud en el año 2010, teniendo en cuenta que en la ciudad capital, el mayor porcentaje de afiliados a régimen subsidiado pertenece al genero femenino (919.089 personas de 1.715.117 afiliados), y de igual manera se encuentra el mayor numero de afiliados en la edad comprendida entre los 6 y 13 años (287.084) a diferencia del rango de edad menor de 1 año (14.884).

En los datos presentados en el estudio se observa que el 80% de la población esta clasificada con Sisben Nivel I, el 5,6% pertenece al Sisben II, el 3,3% al Nivel III y el 11,1% se encuentran sin clasificar, relacionando estos datos con el régimen de salud encontramos que el 38,9% no tienen ninguna afiliados, el 33,3% están afiliados a la entidad de Caprecom, el 12,2 % a Salud vida y se encuentra que Salud Condor tiene la menor población afiliada al programa. Estos resultados no coinciden con el estudio realizado en la ciudad de Bogotá por la Secretaría de Salud en el año 2010, teniendo en cuenta que en esta ciudad el mayor numero de afiliados se encuentra en Colsubsidio, seguido por Unicajas, Caprecom (87.813) y salud condor (58.747).

Dentro de la población estudiada, menos de la mitad padecen enfermedad y el 17,8% presenta alguna discapacidad. La mayor parte percibe no haber recibido una atención adecuada (58,9%) al solicitar un servicio de salud, el cual fue inoportuno, incompleto y no pertinente y tan solo el 41,1% de los encuestados refiere una percepción adecuada de la atención en salud. En relación con los factores que afectan la prestación de los servicios de los NNA, las madres sustitutas manifiestan las siguientes: no tiene afiliación al régimen de salud, No hay contratación, Se terminaron las citas, Hay que madrugar mas, Debe esperar a que se tramite la orden, El medicamento esta fuera del Pos, Por ser vinculado tiene el ultimo turno, El servicio solicitado esta fuera del POS, No aparece la historia, No se encuentra en la base de datos, Debe llamar para que le asignen la cita, Tiene afiliación en otro municipio, podemos concluir que los principios del sistema de calidad no se cumplen.

Los resultados de este estudio son coincidentes con el informe presentado por la Secretaria Distrital de Bogotá<sup>24</sup> y el caso de pacientes con VIH – ITS<sup>25</sup> en donde se mencionan las barreras de acceso que tiene que ver con las dificultades para prestación servicios POS, POS-S, NO POS-S, Dificultad acceso a servicios por inconsistencias en Bases de Datos, Fallas en la prestación de servicios que no cumplen con estándares de calidad, No oportunidad en citas especialistas, No oportunidad suministro medicamentos, No oportunidad en autorización de servicios.

Otro hallazgo encontrado es el gran porcentaje de negación de servicios (44,2%) de los cuales han sido tutelados el 3.5%. El 38,9% corresponden a servicios prestados de manera inoportuna, el 4,4% de forma incompleta y el 8.8% refieren haber recibido un servicio conforme. Estos hallazgos coinciden con la situación a nivel Nacional en el sector salud. Por ejemplo, David Augusto Peña defensor del Pueblo en Santander aseguró "Las estadísticas son preocupantes. El año pasado asesoramos 1.262 tutelas en contra del Seguro Social y las EPS, por razones como la falta de atención a enfermedades catastróficas, entrega de medicamentos y dilación de cirugías urgentes"<sup>26</sup>. El gerente de la EPS Solsalud, Sergio Rugeles López, indicó que la función de estas entidades es atender los servicios de la ley100 en estratos 1, 2, 3 y 4. Agregó: "A veces no podemos atender requerimientos que no están dentro del Plan Obligatorio de Salud o atender a personas que no tienen las semanas cotizadas que establece la ley".<sup>27</sup> Según el personero auxiliar Tobías Ayala, "las tutelas se originan, en el caso del régimen contributivo, por la negativa en la prestación de algunos servicios que se encuentran fuera del POS, en algunos procedimientos, medicamentos e insumos. Y en cuanto al régimen subsidiado, por la negativa definitiva en la prestación del servicio de salud".<sup>28</sup>

---

<sup>24</sup> Informe consolidado sobre motivos de barreras de acceso, identificados a través de los sistemas de información para la exigibilidad del derecho a la salud de sistema distrital de quejas y soluciones de la secretaría distrital de salud de Bogotá en el año 2009

<sup>25</sup> Barreras de acceso a los servicios diagnósticos y de atención para VIH-ITS en grupos más vulnerables de la ciudad de Bogotá.

<sup>26</sup> El tiempo. Com. 26 de enero de 2004. Accesado el 3 de junio de 2011.

<sup>27</sup> Idem.

<sup>28</sup> EIPaís.com 22 de marzo de 2011. Accesado el 3 de junio de 2011.

## 7. CONCLUSIONES

- Con los resultados de esta investigación se puede concluir que la mayor parte de la población estudiada pertenece al género masculino, distribuida en el rango de edad desde menos de un año hasta 18 años, sin encontrarse un porcentaje significativo en un periodo de edad específico. La población está clasificada con Sisben Nivel I y no se encuentran afiliados a ningún régimen de salud el 38.9 %. Los NNA no presentan en su mayoría enfermedad alguna ni discapacidad, sin embargo, los principales diagnósticos entre esta población son la enfermedad respiratoria aguda, parasitismo intestinal, enfermedad diarreica aguda y retardo mental.
- La población que ha percibido una atención de mala calidad y se ha sentido afectada al acceder los servicios de salud corresponde a más de la mitad de los niños estudiados.
- El servicio más solicitado fue la consulta médica general, seguido de la consulta médica especializada y en menor porcentaje se solicitan medicamentos no pos, medicamentos POS, terapias y suplementos y vitaminas
- La mala calidad en los servicios está representada por la negación, inoportunidad y servicios incompletos
- Entre los principales factores que afectan la calidad de atención en salud se encuentran: no tiene afiliación a salud, no hay contrato con la entidad, se terminaron las citas, deben madrugar más.

## 8. RECOMENDACIONES

- Como primera medida es importante que se tome en cuenta el SOGC, Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Salud, reglamentado mediante decreto 2309 de 2002, expedido por el ministerio de salud, el cual habla en el artículo 4 de la calidad en la atención en salud y reza: que esta debe entenderse como la provisión de servicios accesibles y equitativos con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario, en el artículo 6 menciona que para efectos de la garantía de la calidad el sistema tendrá las siguientes características: accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad. En este sentido sería importante proponer que se hagan cambios y se establezcan indicadores que apunten a la evaluación de las entidades de salud en cuanto a la prestación del servicio a la población vulnerable.
- Se establezcan mecanismos que permitan la asignación inmediata del cupo al régimen subsidiado para los niños, niñas y adolescentes que ingresen al programa Hogar Sustituto.
- Cada entidad de salud, tenga una oficina de atención exclusiva para las personas con discapacidad como atención preferencial, de tal manera que sean estos operantes los que se encarguen de garantizar la atención que requiere este tipo de población, disminuyendo así la tramitología.
- Que el suministro de medicamentos sea oportuno como lo contempla la nueva ley y se distribuyan medicamentos de marcas comerciales y no genéricas con el fin de disminuir los tiempos de consumo de los medicamentos, menores cantidades del mismo, sobre todo en casos en los que se deben utilizar más de dos medicamentos al tiempo.
- Todos los suplementos nutricionales de proteína, grasa, proteína, vitaminas y minerales se incluyan en el pos con el fin de que los niños con desnutrición tengan una opción de recuperación nutricional sin necesidad de recurrir a la tutela.

## 9. BIBLIOGRAFÍA

1. Almeida C. Reforma de Sistemas de servicios de Salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90 Cad Saùde Publica. Año 2002.
2. Constitución Política de Colombia. 199. Art. 44.
3. Convención Internacional de los Derechos del niño. Noviembre de 1989. Art.24
4. Echeverry E. Síntesis de los estudios de accesibilidad a los servicios de salud en Colombia antes y después de la Ley 100 de 1993. Medellín Colombia. 2001
5. El derecho a la Salud NNA como derecho fundamental. [www.derechoecuador.com](http://www.derechoecuador.com).
6. Homedes N, Ugalde A. Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. Health Policy 2005.
7. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. [www.icbf.gov.co](http://www.icbf.gov.co).
8. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Lineamientos del proceso administrativo del restablecimiento de derechos. [Versión electrónica]. En: [http://www.icbf.gov.co/Ley\\_infancia/codigo\\_infancia.html](http://www.icbf.gov.co/Ley_infancia/codigo_infancia.html)
9. Mesa de trabajo de Bogotá sobre desplazamiento interno. Boletín 13. Mayo 2005.
10. Ministerio de la Protección Social. Por el cual se establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Ley 100 de 1993. Art.1.
11. Ministerio de Protección Social. Modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social Ley 1122 de 2007.
12. Ministerio de la Protección Social. Reforma Sistema Seguridad Social. Ley 1438 de 2011.
13. Ministerio de la Protección Social. Código de la Infancia y la Adolescencia. Ley 1098 de 2006. Art. 11 parágrafo

14. Ministerio de la Protección Social. Se crea disposiciones en la Organización de los servicios de Salud y Educación. Ley 715 de 2001.
15. Ministerio de la Protección Social. Decreto 2309 de 2002. Bogotá, 2002
16. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 de 2006. Arti. 4. Bogotá, Abril de 2006
17. Ministerio de la Protección Social. Define sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Resolución 1446 de 2006.
18. Ministerio de Protección Social. Régimen Subsidiado. <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/Forms/Rgimen%20Subsidiado.aspx>)
19. Norma NB-ISO 9000 de Fundamentos y vocabulario.
20. Rubio Cebrián, Santiago. "Glosario de Economía de la Salud". Programa ampliado de libros de texto y Materiales de Instrucción (PALTEX) de la Organización Panamericana de la Salud. España, 1995

## ANEXOS

### ANEXO 1 FORMATO DE ENCUESTA

#### ENCUESTA DE LA SITUACION DE VULNERACION DE DERECHOS EN SALUD

NOMBRE DE LOS NNA A SU CARGO:

NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	CON ENFERMEDAD	SIN ENFERMEDAD	DISCAPACIDAD	
				SI	NO

NOMBRE DEL NNA AFECTADO Y TIPO DE AFILIACION AL SISTEMA DE SALUD:

NOMBRES Y APELLIDOS	NIVEL DEL SISBEN	TIPO DE AFILIACION AL SISTEMA DE SALUD		NOMBRE DE LA EPS-S
		SUBSIDIADO	NINGUNO	

DIAGNOSTICO MEDICO O ENFERMEDAD DE BASE:


TIPO DE SERVICIO(S) SOLICITADO AL SISTEMA DE SALUD:

Tipo de servicio(s) solicitado al sistema de salud	Servicio/medicamento negado, inoportuno e incompleto	Como hubiera sido prestado a satisfacción este servicio?

MENCIONE LA RESPUESTA O LA RAZON QUE RECIBE Y POR LA CUAL NO LE PRESTAN EL SERVICIO


ESCRIBA SUS APORTES Y SUGERENCIAS:
