

**EVALUACION DE LA PRESTACION DEL SERVICIO DE PROMOCIÓN Y
PREVENCIÓN SEGÚN RESOLUCION 412 EN LA UNIDAD NIVEL I DEL
MUNICIPIO DE ALMAGUER DURANTE EL AÑO 2004**



**NANCY ACOSTA
LISBEE YANET VALDES
ENRIQUE EPIFANIO CANTILLO
AUGUSTO MUÑOZ**

**ESCUELA DE ADMINISTRACION DE NEGOCIOS
EN CONVENIO CON LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA
POPAYAN**

2005

**EVALUACION DE LA PRESTACION DEL SERVICIO DE PROMOCIÓN Y
PREVENCIÓN SEGÚN RESOLUCION 412 EN LA UNIDAD NIVEL I DEL
MUNICIPIO DE ALMAGUER DURANTE EL AÑO 2004**

NANCY ACOSTA

LISBEE YANET VALDES

ENRIQUE EPIFANIO CANTILLO

AUGUSTO MUÑOZ

Asesor

Enf. Mg. CARMEN DAZA



**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de
Administrador Hospitalario**

**ESCUELA DE ADMINISTRACION DE NEGOCIOS
EN CONVENIO CON LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA
POPAYAN**

2005

Nota de aceptación

En cumplimiento de los requisitos legales y reglamentarios se declara aprobado el siguiente trabajo.

Jurado

Jurado

Popayán, Septiembre de 2005

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
1. PROBLEMA	4
1.1 DESCRIPCIÓN DEL ÁREA PROBLEMÁTICA	4
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.	5
2. JUSTIFICACIÓN	6
1. OBJETIVOS	9
3.1 OBJETIVO GENERAL	9
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
4. RESEÑA HISTORIA DE LA UNIDAD NIVEL I DEL MUNICIPIO DE ALMAGUER Y DEL PROGRAMA DE PROMOCION Y PREVENCIÓN	11
4.1 HISTORIA DEL PROGRAMA DE PROMOCION Y PREVENCIÓN	11
5. REFERENTE TEÓRICO	13
5.1 PROGRAMA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	13
5.1.1 Generalidades del programa de promoción y prevención	13
5.1.2 Resolución 412 de 2000	14
5.1.3 Guía de atención	14
5.1.4 Demanda Inducida	15
5.1.5 Protección específica	15
5.1.6 Detección temprana	16
5.1.7 Normas técnicas	16
5.1.8 Registros estadísticos	17
5.2 PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DESARROLLADOS EN LA INSTITUCIÓN	17

5.2.1 Matriz de Programación para la vacunación según esquema PAI	17
5.2.2 Matriz de Programación para la atención preventiva en salud bucal	20
5.2.3 Matriz de Programación de la atención del parto	23
5.2.4 Matriz de Programación de atención del recién nacido	23
5.2.5 Matriz de Programación para la atención en planificación familiar	24
5.2.6 Matriz de Programación para detección de alteraciones del crecimiento y el desarrollo de niños y niñas entre 0 y 9 años	26
5.2.7 Matriz de Programación para la detección de alteraciones del desarrollo del joven de 10-29 años	28
5.2.8 Matriz de Programación de atención para la detección de alteraciones del embarazo	29
5.2.9 Matriz de Programación para la detección de alteraciones en el adulto mayor de 45 años	31
5.2.10 Matriz de Programación para la detección temprana de cáncer de seno	31
5.2.11 Matriz de Programación para detección temprana de cáncer de cuello uterino	32
5.2.12 Matriz de Programación para la detección de alteraciones de la agudeza visual	33
6. DISEÑO METODOLÓGICO	34
6.1 TIPO DE ESTUDIO	34
6.2 POBLACIÓN	34
6.3 MUESTRA	34
6.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	34
6.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	39
6.6 PROCEDIMIENTO	40

7. RESULTADOS	42
8. ANALISIS DE RESULTADOS	48
9. DISCUCION	51
10. CONCLUSIONES	54
12. RECOMENDACIONES	57
13. BIBLIOGRAFÍA	59
ANEXOS	61

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Conocimiento de las metas a cumplir por parte del personal de la institución.	42
Figura 2. Cumplimiento de las normas técnicas de promoción y prevención según la normatividad	43
Figura 3. Conocimiento de la normatividad en promoción y prevención por parte del personal de la institución	44
Figura 4. Recurso humano de salud encargado de realizar las actividades de promoción y prevención	45
Figura 5. Cumplimiento en las actividades de Promoción y Prevención	46
Figura 6. Eficiencia de los sistemas de información utilizados para el programa de promoción y prevención	47

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Consentimiento informado	62
Anexo B. Consentimiento aceptado	63
Anexo C. Encuesta	64
Anexo D. Sugerencias para el plan de mejoramiento en Promoción y Prevención de la unidad nivel I Almaguer año 2005	73

RESUMEN

Se realizó un estudio de caso en el periodo comprendido entre el 01 de enero y el 31 de diciembre de 2004 en la Unidad Nivel I del Municipio de Almaguer. El objetivo de este estudio fue determinar las causas del incumplimiento de las metas fijadas en las actividades dirigidas a la población afiliada al régimen contributivo y subsidiado en el programa de promoción y prevención de la Unidad Nivel I del Municipio de Almaguer, para lo cual se realizó un seguimiento al programa, con el fin de verificar la modalidad de contratación inicial, las metas fijadas, guías técnicas de promoción y prevención desarrollados en la unidad según la normatividad vigente, el conocimiento de la normatividad del programa de promoción y prevención por parte de los empleados del hospital, las programaciones realizadas, verificación del talento humano responsables del programa y los sistemas de información utilizados para el programa.

Mediante verificación de documentos emanado por la Dirección Departamental de Salud del Cauca acerca de las características de los servicios de promoción y prevención, se encontró que la Unidad Nivel I del Municipio de Almaguer esta habilitada para la prestación del servicio de Promoción y Prevención. La modalidad de contratación de servicios de Promoción y Prevención realizada con las Administradoras de Régimen Subsidiado (ARS) como HUMANA VIVIR, ASMET SALUD, AIC, SALUD VIDA, CAPRECOM y Empresas Promotoras de

Salud (EPS) como COOMEVA y SALUD VIDA, es por capitación, la Institución Prestadora de Servicios de salud (IPS) cumple con el 70% de las guías técnicas de Promoción y Prevención según la normatividad vigente. Las metas fijadas en dichos contratos eran conocidas en el 65% del personal encargado del programa. El 62% del personal que labora en la Unidad Nivel I del Municipio de Almaguer conoce la normatividad del programa. La programación de las actividades se cumple en un 75%. El talento humano que labora en el programa es suficiente en un 75%, pero las diferentes actividades desarrolladas en el programa de Promoción y Prevención son manejados por auxiliares de enfermería, quienes realizan los procedimientos por separado al no contar con una persona que coordine, programe y controle las diferentes actividades de promoción y prevención. Un sistema de información que presenta deficiencia en el 40%.

Los resultados obtenidos en esta investigación son importantes, puesto que es un punto de partida para implementar un seguimiento periódico al programa de promoción y prevención en todos los hospitales del Departamento del Cauca.

INTRODUCCIÓN

La Constitución Política de 1991, en sus artículos 48 y 49 establece que la salud es un derecho y un servicio público a cargo del Estado. En desarrollo de estos postulados constitucionales se expide la Ley 100 de 1993 que en su Artículo 152 define su objeto, que consiste en regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso a los servicios de educación, información y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en cantidad, oportunidad y eficiencia de conformidad con lo previsto en el Plan Obligatorio de Salud.

Para reglamentar las actividades, procedimientos e intervenciones en promoción y prevención, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) y el Ministerio de Protección Social expiden resoluciones, acuerdos y circulares conjuntas, donde se especifican las acciones a realizar y la obligatoriedad de las empresas promotoras de salud (EPS), las instituciones prestadoras de servicios (IPS) y las administradoras del régimen subsidiado (ARS) frente a la prestación de servicio, así como la normatividad para las entidades de inspección, vigilancia y control. El Acuerdo 117 de 1998 del CNSSS que establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública; hace énfasis en que es responsabilidad de las EPS, ARS y entidades adaptadas y

transformadas, administrar el riesgo individual en salud de sus afiliados, procurando disminuir la ocurrencia de eventos prevenibles o de eventos de enfermedades sin atención.

El Artículo 5 y 6 del acuerdo 117 de 1998, incluye las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica con el fin de evitar la aparición inicial de la enfermedad, mediante la protección frente al riesgo e identificar en forma oportuna y efectiva las enfermedades.

Programa ampliado de inmunizaciones (PAI), Atención preventiva en salud bucal, Atención preventiva en parto, Atención preventiva del recién nacido, Atención preventiva en planificación familiar, Alteración de crecimiento y desarrollo para el menor de 10 años, Alteración del desarrollo del joven de 10 a 29 años, Alteraciones del embarazo, Alteraciones del adulto mayor de 45 años, Cáncer de cuello uterino y de seno y Alteraciones de la agudeza visual

Así mismo la Resolución 412 de febrero 25 de 2000 del Ministerio de Salud, establece las normas técnicas y las guías de atención para protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública. Además incluye los lineamientos para programación, evaluación y seguimiento de las actividades que deben desarrollar las IPS, EPS y ARS. Aunque de acuerdo con esta normatividad, las acciones de protección específica y de detección temprana hacen parte de la norma técnica y por tanto son de carácter obligatorio.

Se considera para el presente estudio como programa de promoción y prevención a las actividades, procedimientos e intervenciones correspondientes a la protección específica y la detección temprana de obligatorio cumplimiento y demanda inducida que realiza la Institución Prestadora de Servicios del Municipio de Almaguer. Además se tiene como definición de descuento los pagos de tipo económico no realizado por las EPS y ARS a la Unidad Nivel I del Municipio, por el no cumplimiento de las metas fijadas mediante contratación en promoción y prevención.

1. PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL ÁREA PROBLEMÁTICA

La IPS del Municipio, que es una Unidad Nivel I, dependiente de la Dirección Departamental de Salud del Cauca presentó en el año 2004 descuentos por la suma de \$ 30.000.000 realizadas por las ARS y EPS al no cumplir las metas fijadas en la contratación en el programa de promoción y prevención.

Durante los últimos años la Unidad Nivel I del Municipio de Almaguer ha recibido llamados de atención por el incumplimiento de las metas propuestas en dicho programa.

Por este motivo el interés en realizar un estudio que permitiera identificar las falencias que presenta la Unidad Nivel I del Municipio de Almaguer en cuanto al cumplimiento de metas en el programa de promoción y prevención.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿CUÁLES SON LAS CAUSAS QUE INCIDEN EN EL INCUMPLIMIENTO DE METAS DEL PROGRAMA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN SEGUN LA RESOLUCIÓN 412 DE 2000, EN LA UNIDAD NIVEL I DEL MUNICIPIO DE ALMAGUER DURANTE EL AÑO 2004?

2. JUSTIFICACIÓN

El programa de promoción y prevención, incluido dentro del plan de beneficios a que tienen derecho las personas afiliadas al régimen contributivo y subsidiado de salud, es uno de los programas que permite promocionar la salud y prevenir la enfermedad tempranamente, esto con el fin de disminuir en grandes proporciones la morbimortalidad por enfermedades que se pueden prevenir.

Según fuente DANE para el año 2003, el Municipio de Almaguer cuenta con una población de 21.250 habitantes de los cuales el 20% pertenece al régimen contributivo, un 35% al régimen subsidiado y un 45% dentro de la población pobre en lo no cubierto por el subsidio a la demanda. Para atender los problemas de salud la población cuenta con el servicio de cinco ARS y dos EPS, que a su vez transfiere toda responsabilidad en la Unidad Nivel I del Municipio.

Según estadísticas del año 2003, en el Municipio de Almaguer las causas más frecuentes de morbilidad fueron: la enfermedad de los dientes y sus estructuras de sostén, las infecciones respiratorias agudas, enfermedad hipertensiva, anemias, tumores malignos, enfermedades de la piel, enfermedades infecciosas y parasitarias. En cuanto a la mortalidad se encuentra que dentro de las causas principales se encuentran el infarto agudo del miocardio con una tasa de 1.12 casos por cada mil habitantes, desnutriciones con una tasa de 6.11 casos por

cada mil habitantes, homicidios con una tasa de 4.70 casos por cada mil habitantes, tumor maligno de estomago con una tasa de 3.76 casos por cada mil habitantes, neumonías con una tasa de 3.29 casos por cada mil habitantes, enteritis y otras enfermedades diarreicas con una tasa de 2.35 casos por cada mil habitantes.

Lo anterior significa que en el municipio, el programa de promoción y prevención presenta falencias que hacen que el objetivo principal de promover la salud y prevenir la enfermedad no se cumpla, dando la posibilidad de aumentar los índices de morbimortalidad mencionados.

Según fuente de la sección de facturación de la Unidad Nivel I de Almaguer, las metas en este programa para el año 2004 presentan una cobertura por debajo del 30 % en el régimen contributivo y subsidiado, siendo las actividades de mayor incumplimiento en su orden Programa ampliado de inmunizaciones 20%, Atención preventiva en salud bucal 16%, Atención preventiva en parto 14%, Atención preventiva del recién nacido 13%, Atención preventiva en planificación familiar 13%, Alteración de crecimiento y desarrollo para el menor de 10 años 10%, Alteración del desarrollo del joven de 10 a 29 años 10%, Alteraciones del embarazo 8%, Alteraciones del adulto mayor de 45 años 8%, Cáncer de cuello uterino y de seno 5% y Alteraciones de la agudeza visual 5%.

Los datos porcentuales de incumplimiento de metas en promoción y prevención anteriormente señalados, perjudican económicamente a la Unidad Nivel I del Municipio, cuando por dicho incumplimiento las ARS y EPS realizan descuentos en pesos al no cumplir las metas fijadas en la contratación respectiva.

La pérdida económica de la Unidad Nivel I del Municipio y la baja cobertura en promoción y prevención de la enfermedad en la población Almaguereña, motiva para realizar un estudio al programa de promoción y prevención que ejecuta esta institución del Municipio de Almaguer y poder determinar las causas que inciden en el incumplimiento de las metas en dicho programa.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar el programa de promoción y prevención del régimen subsidiado y contributivo, de acuerdo a la Resolución 412 de 2000 en la Unidad Nivel I del Municipio de Almaguer, con el fin de detectar las causas que conllevan al incumplimiento de metas fijadas en las actividades dirigidas a la población afiliada al régimen contributivo y subsidiado.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar el conocimiento que tiene el personal a cargo del programa de promoción y prevención, acerca de las metas de cumplimiento establecidas en la contratación.
- Verificar el grado de cumplimiento de la normatividad vigente en promoción y prevención por parte de la Unidad Nivel I de Almaguer.

- Cualificar el grado de conocimiento de los funcionarios de la Unidad Nivel I del Municipio de Almaguer, en cuanto a la normatividad que regula las actividades de promoción y prevención.
- Determinar si las programaciones de promoción y prevención de la Unidad Nivel I del Municipio de Almaguer, se cumplen en su totalidad y en el tiempo estipulado.
- Verificar el recurso humano con que cuenta la Unidad Nivel I del Municipio de Almaguer, para el desarrollo del programa de promoción y prevención según la resolución 412 de 2000.
- Describir si la Unidad Nivel I del Municipio de Almaguer, cuenta con el sistema de información que permita recolectar los datos suficientes para lograr las metas definidas.

4. RESEÑA HISTORICA DE LA UNIDAD NIVEL I DEL MUNICIPIO DE ALMAGUER Y DEL PROGRAMA DE PROMOCION Y PREVENCION

Inicio como Puesto de Salud en el año 1960, a cargo de un auxiliar de enfermería. Después de 7 años se logró ajustarlo como Centro de Salud a cargo de un médico rural, 2 auxiliares de enfermería y una aseadora. En la actualidad se acreditó como Unidad Nivel I a cargo de un médico director. Cuenta con los servicios de medicina general (5), odontología (2), bacteriología (1), fonoaudiología (1), enfermería (2) y auxiliares de enfermería (29). Acreditado para el desarrollo de planes y programas de salud, dentro de los cuales se encuentra el de promoción y prevención.

4.1 HISTORIA DEL PROGRAMA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

El Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), creado por la Ley 100 de 1993, es una cuenta adscrita al Ministerio de Protección Social, manejada por encargo fiduciario, funciona sin personería jurídica y sin planta de personal propia, maneja cuatro subcuentas que son la de compensación, solidaridad, protección por accidentes de tránsito, desastres naturales y terrorismo (ECAT) y la subcuenta de promoción y prevención. Según el acuerdo 117 del Concejo Nacional de Seguridad Social en Salud (C.N.S.S.S); dentro del programa de promoción y prevención se deben realizar actividades de demanda inducida, detección

temprana, protección específica, tales como vacunación, atención en salud bucal, atención del parto, atención del recién nacido, atención en planificación familiar, detección temprana en alteraciones de crecimiento y desarrollo, alteraciones del desarrollo del joven, alteraciones del embarazo, alteraciones en el adulto mayor, prevención de cáncer de cuello uterino y de seno y alteraciones de agudeza visual. Según lo anterior se dice que el programa de promoción y prevención cubre actividades de educación, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, pero los indicadores de salud pública a nivel nacional manifiestan que “para el año 1995 la mortalidad infantil fue de 28.000 casos, la desnutrición crónica fue de 16.000 casos, la cobertura en atención prenatal fue de 79.000 casos y la atención del parto institucional fue de 81.000 casos, mientras que en el año 2002 la mortalidad infantil bajó solo en 3.000 casos, la desnutrición crónica bajó en 10.000 casos la cobertura en atención prenatal aumentó en 20.000 casos y la atención del parto institucional aumento en 10.000 casos”. Cifras que revelan la poca eficacia del programa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a nivel nacional¹.

¹ Ministerio de Protección Social, Área de Salud Pública

5. REFERENTE TEÓRICO

5.1 PROGRAMA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

5.1.1 Generalidades del programa de promoción y prevención

El programa de promoción y prevención regulado mediante la Ley 100 de 1993 que en su Artículo 152 define su objeto, que consiste en regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso a los servicios de educación, información y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en cantidad, oportunidad y eficiencia de conformidad con lo previsto en el Plan Obligatorio de Salud.

Para reglamentar las actividades, procedimientos e intervenciones en promoción y prevención, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) y el Ministerio de la Protección Social expiden resoluciones, acuerdos y circulares conjuntas, donde se especifican las acciones a realizar y la obligatoriedad de las empresas promotoras de salud (EPS) las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) y las administradoras del régimen subsidiado (ARS) frente a la prestación de servicio.

De acuerdo a la normatividad vigente Resolución 412 de 2000 y acuerdo 117 de 1998 los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud deben realizar

las acciones conducentes a reducir el riesgo de enfermar y morir por causas evitables, alcanzar mejoría en los niveles de salud y garantizar la salud colectiva, buscando impactar positivamente las metas de salud pública.

5.1.2 Resolución 412 de 2000

Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública, además se establecen los lineamientos para la programación, evaluación y seguimiento de las actividades establecidas en las normas técnicas que deben desarrollar estas entidades.

5.1.3 Guía de atención

“Es el documento mediante el cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones a seguir y el orden secuencial y lógico para el adecuado diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de interés en salud pública establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y a cargo de las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado. Las guías de atención relacionadas con

tuberculosis, lepra, leishmaniasis y malaria contienen elementos normativos de obligatorio cumplimiento”².

5.1.4 Demanda Inducida

“Son todas las acciones encaminadas a informar y educar a la población afiliada, con el fin de dar cumplimiento a las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana establecidas en las normas técnicas. Las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado deberán elaborar e implementar estrategias que le garanticen a sus afiliados, de acuerdo con las condiciones de edad, género y salud, el acceso a las actividades procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana así como la atención de enfermedades de interés en salud pública”³.

5.1.5 Protección específica

“Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a garantizar la protección de los afiliados frente a un riesgo específico, con el fin de evitar la presencia de la enfermedad”⁴.

² Resolución 412 de 2000

³ Ibid

⁴ Ibid

5.1.6 Detección Temprana

“Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que permiten identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitan su diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la reducción de su duración y el daño causado, evitando secuelas, incapacidad y muerte” ⁵.

5.1.7 Normas Técnicas

- a. Vacunación según el Esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)
- b. Atención Preventiva en Salud Bucal
- c. Atención del Parto
- d. Atención al Recién Nacido
- e. Atención en Planificación Familiar a hombres y mujeres
- f. Detección temprana de las alteraciones del Crecimiento y Desarrollo (Menores de 10 años)
- g. Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (10-29 años)
- h. Detección temprana de las alteraciones del embarazo
- i. Detección temprana de las alteraciones del Adulto (mayor de 45 años)
- j. Detección temprana del cáncer de cuello uterino
- k. Detección temprana del cáncer de seno
- l. Detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual⁶

⁵ Ibid

⁶ Ibid

5.1.8 Registros estadísticos

En consulta externa de la Unidad Nivel I de Almaguer, se realizan los informes estadísticos de las actividades realizadas tanto por el personal de enfermería, medicina, odontología y otros profesionales de la salud cada fin de mes, los soportes de facturación de atención se envían a las diferentes ARS, EPS y se realiza un informe final teniendo en cuenta las novedades y la programación anticipada de las actividades de promoción y prevención del siguiente mes.

Los registros de las actividades realizadas reposan en los archivos de la institución, en los cuales se registra fecha, actividad, encargado de la actividad, nombre del asistente, edad y firma de usuario.

5.2 PROGRAMA DE PROMOCION Y PREVENCIÓN DE LA RESOLUCIÓN 412 DE 2000

5.2.1 Matriz de programación para la vacunación según esquema PAI

Para la programación de estas actividades se establecieron 3 matrices de acuerdo con la población objeto y la frecuencia de aplicación de cada biológico. La primera matriz permite programar la aplicación de los siguientes biológicos:

BCG, DPT, antihepatitis B, antipolio y antihaemophilus influenzae. Las poblaciones de referencia son los niños de 2 meses y menos, de 3 y 4 meses, de 5 y 6 meses y de 7 a 11 meses.

A cada grupo o población de referencia se le aplica la frecuencia que corresponde a los esquemas de vacunación planteados en la norma técnica. Para la estimación precisa de las frecuencias, se construyó una tabla que relaciona cada mes de edad de acuerdo a los meses de afiliación y permite ajustar el esquema de vacunación a las personas de cada grupo.

Para tal efecto, cada frecuencia fue ponderada por la proporción de niños de X mes de edad que tienen X tiempo de afiliación; para establecer la frecuencia de aplicaciones en el grupo de cada mes de edad, se sumaron los resultados de las operaciones anteriores y esta sumatoria fue ponderada por la proporción de personas de cada mes de edad que participa en el grupo.

Además de lo anterior, con el objeto realizar un mejor ajuste de las frecuencias, se presumió que el 30% de los niños con un tiempo de afiliación inferior a su edad, ingresaron a la aseguradora sin haber iniciado el esquema de vacunación. Este porcentaje corresponde a la diferencia entre el total de población y la cobertura estimada para el país.

De forma adicional se incluyen como poblaciones de referencia las correspondientes a los refuerzos de cada biológico, es decir el total de niños de 18 meses y 5 años.

En la segunda matriz se programan las aplicaciones de triple viral. La población de referencia es el total de niños de 1 y 10 años de edad, a los cuales hay que aplicarles la dosis y el refuerzo respectivamente. Dado que las aplicaciones tienen como frecuencia 1 al año, no se incluyen fraccionamientos por tiempo de afiliación, ni ajustes por criterios técnicos.

La tercera matriz permite programar las aplicaciones de toxoide tetánico a mujeres en edad fértil. Dada la complejidad del esquema de vacunación con este biológico, se utilizan diferentes criterios para el ajuste y fraccionamiento poblacional. La base de la programación, es el grupo de mujeres en edad fértil, a este se le resta la proporción de mujeres esterilizadas y las que se espera se encuentren en embarazo en el año, de acuerdo con la tasa de fecundidad general.

Posteriormente, se incluye un fraccionamiento de la población por tiempo de afiliación con el propósito de ajustar las frecuencias. Es necesario tener en cuenta que para efectos de la presente programación y con el propósito de lograr el aumento de coberturas se presume que la población de mujeres en edad fértil, no ha recibido dosis de TT o Td.

El uso de estas matrices exige la utilización de la tabla de tiempo de aseguramiento y tasas de fecundidad general por departamento como referencia.

Las matrices de programación para el régimen subsidiado excluyen los fraccionamientos por tiempo de afiliación, simplificándose así el mecanismo a utilizar.

5.2.2 Matriz de programación para la atención preventiva en salud bucal.

Dado que todos los procedimientos de atención preventiva en salud bucal se orientan a universos diferentes y además su realización está sujeta a diversas condiciones del usuario, se estableció una matriz de programación para cada uno de los procedimientos.

La Matriz correspondiente al control de placa bacteriana, tiene dos grupos de población de referencia, uno las personas de 2 a 19 años y otro los mayores de 20 años. Para los primeros la frecuencia del control es de dos veces al año, por lo cual es necesario incluir un fraccionamiento del grupo por tiempos de aseguramiento. Al segundo grupo le corresponde un control anual y por tanto no se aplican fraccionamientos por tiempos de afiliación.

Para establecer la frecuencia del procedimiento a ser aplicado al grupo de menores de 19 años con más de 6 meses de afiliación, se tuvo en cuenta el supuesto de que igual número de personas fueran beneficiarias del primer control de placa en los primeros seis meses de afiliación, por tanto no todas las personas con 7 meses de afiliación o más logran tener dos controles de placa al año.

La matriz de aplicación de flúor utiliza como grupo de referencia las personas entre 5 y 19 años. Posteriormente se fracciona la población por tiempo de aseguramiento para ajustar la frecuencia de la intervención. El suponer que igual número de personas fueran beneficiarias de la primera aplicación de flúor en los primeros seis meses de aseguramiento también fue utilizado en esta matriz para ajustar la frecuencia del procedimiento, entre la población con más de 6 meses de afiliación a la aseguradora correspondiente.

La matriz diseñada para programar las aplicaciones de sellantes, tiene como población de referencia las personas de 3 a 15 años. Para proteger a la población con este procedimiento, es preciso atenderla en 4 momentos durante este período y realizar en total 11 consultas para aplicación de sellantes. En correspondencia se fraccionó la población en cuatro grupos, de acuerdo con la dinámica de erupción de los molares. El primer grupo corresponde a los niños de 3 a 5 años, para este grupo se prevé la aplicación de sellantes a todos los molares temporales en cuatro sesiones de intervención (1 por cuadrante). En el segundo grupo se encuentran los niños entre 6 y 8 años, en estos se sellan los molares número 6, en dos sesiones (dos cuadrantes por sesión); el tercer grupo corresponde a los niños de 9,10 y 11 años, a estas edades se aplican sellantes a 6 molares (los 4 superior y los 5) en tres sesiones; por último, se encuentra el grupo de niños entre 12 y 15 años de edad, en este grupo se sellan 6 molares (4 inferiores y 7) a través de dos sesiones de intervención.

Antes de aplicar la frecuencia, se incluyó un criterio de ajuste de la población por proporción de necesidad del servicio.

Por último, la matriz de programación del detartraje supragingival, tiene como población de referencia las personas mayores de 12 años. En esta matriz se hace un ajuste de la población por proporción de necesidad del servicio y dado que la frecuencia es de 1 o menos al año, no se incluyen ajustes por tiempo de aseguramiento.

La programación de estas actividades implica la utilización de las siguientes tablas de referencia:

- Proporción de usuarios de flúor por región
- Proporción de usuarios de sellantes por región
- Proporción de usuarios de detartraje por región

En las matrices correspondientes al régimen subsidiado se excluyen los fraccionamientos por tiempo de afiliación, por tanto dicha tabla de referencia no es requerida.

5.2.3 Matriz de programación de la atención del parto

La matriz de programación de la atención del parto tiene como población de referencia las mujeres en edad fértil, 10 - 49 años de edad. Esta población es ajustada por la tasa de fecundidad general de tal forma que sea posible estimar el total de mujeres gestantes a esperar para el período.

En esta matriz es posible estimar el número de partos a ser atendidos, las serologías VDRL y el número de aplicaciones de vacuna triple viral en el posparto.

Dado que la frecuencia de estas actividades es de 1 al año, no es necesario fraccionar el total de gestantes por tiempo de afiliación.

La matriz en mención puede ser usada tanto por el régimen contributivo como por el subsidiado.

Para la programación de estos procedimientos es necesario hacer uso de la tabla de referencia de tasas generales de fecundidad por departamento y distritos..

5.2.4 Matriz de programación de atención del recién nacido

La matriz de programación tiene como población de referencia las mujeres en edad fértil. A partir de ellas y con base en la tasa de fecundidad, se calcula el número de nacidos vivos esperados para la aseguradora.

Los procedimientos incluidos en la programación son: prueba de TSH, aplicación de vitamina K y la consulta de control por médico.

Dado que la atención del recién nacido se relaciona directamente con la atención del parto y este último se considera una urgencia, no es requerido incluir criterios de fraccionamiento de los nacidos vivos por tiempo de afiliación y en tal sentido la matriz de programación puede ser utilizada por el régimen contributivo y el subsidiado.

Esta matriz exige el uso de la tabla de referencia sobre tasas generales de fecundidad por departamento y distrito.

5.2.5. Matriz de programación para la atención en planificación familiar

La matriz de programación para la atención en planificación familiar toma como población de referencia el total de mujeres entre 10 y 49 años y de hombres entre 10 y 70 años, en la medida en que son usuarios actuales o potenciales de métodos anticonceptivos.

Los procedimientos contenidos para la programación de actividades son: consulta de planificación familiar, consulta de control de planificación familiar, aplicación de dispositivo intrauterino, oclusión tubárica bilateral y vasectomía.

En la programación se utiliza un criterio que fracciona la población entre aquellos usuarios nuevos de métodos de planificación y los actuales usuarios. En relación con los usuarios nuevos, se vuelve a fraccionar la población teniendo en cuenta el tipo de método, temporal o definitivo. Los parámetros de referencia corresponden a los resultados obtenidos en la Encuesta de Demografía y Salud de Profamilia de 1995.

En esta matriz no se realizan ajustes o fraccionamiento por tiempo de afiliación, pues las frecuencias estimadas para cada uno de los procedimientos no lo requieren, porque en los procedimientos con frecuencias superiores a uno al año, los controles se realizan de forma cercana a la ocurrencia del primer evento garantizándose así la oferta del servicio.

En consecuencia, la matriz expuesta aplica tanto para el régimen contributivo como para el régimen subsidiado.

La matriz hace necesario el uso de la tabla de referencia que presente la proporción de mujeres usuarias actuales de algún método anticonceptivo excepto esterilización, por región (departamento y distrito).

5.2.6 Matriz de programación para detección de alteraciones del crecimiento y el desarrollo de niños y niñas entre 0 y 9 años.

En esta matriz la población base de programación son los niños menores de 9 años, sin embargo como la frecuencia de los procedimientos varía de una edad a otra, se fracciona la población en los siguientes grupos: niños de 3 meses de edad y menos, niños de 4 a 6 meses, niños de 7 a 9 meses, niños de 10 a 12 meses, niños de 1 año, niños de 2 años y niños de 3 a 9 años.

Para todos los grupos se utilizan dos procedimientos: la consulta de primera vez por medicina general y la consulta de control por enfermería.

En los cuatro primeros grupos, se ajustaron las frecuencias teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- Para cada edad contenida en el intervalo se ajusta la frecuencia de la actividad teniendo en cuenta los meses de aseguramiento posible y la distribución de la población por cada mes de afiliación.
- Se asume un intervalo mínimo de tres meses entre un control y otro al ajustar las frecuencias.

Para los grupos de niños de 1 y 2 años, la programación incluye un fraccionamiento por tiempo de afiliación, ya que las acciones superan la frecuencia de 1 al año.

En el grupo de 1 año de edad, se realizan tres controles con un intervalo de cuatro meses. Los niños con cuatro meses de afiliación o menos sólo pueden beneficiarse de un control, mientras los niños con más de cuatro meses de afiliación pueden ser usuarios de dos o tres controles dependiendo de la fecha de realización del primer control. Al respecto se presume que igual número de niños fueron beneficiarios del primer control en cada mes de los primeros cuatro meses de afiliación.

Para el grupo de dos años, se aplicó el raciocinio anterior, excepto que el intervalo entre controles es de seis meses y, por tanto, sólo se conformaron dos grupos.

Para el grupo de 3 a 9 años, no son requeridos dichos ajustes, puesto que la frecuencia del control es de una vez al año.

Dado que no todos los niños inician la atención para la detección de alteraciones del crecimiento y desarrollo de acuerdo con el esquema, en todos los grupos se incluye un ajuste de la población por una proporción de niños que inician este tipo de atención, para establecer el número de consultas que deben ser realizadas por médico.

Para programar las actividades a través de esta matriz, es preciso hacer uso de la tabla de referencia de tiempos de afiliación.

La matriz para la programación en el régimen subsidiado no incluye tiempos de afiliación.

5.2.7 Matriz de programación para la detección de alteraciones del desarrollo del joven de 10 - 29 años.

La matriz de programación en este campo tiene como base de programación el total de personas afiliadas en la aseguradora en los siguientes grupos de edad:

10-13 años, 14-16 años, 17-21 años, 22- 24 años y 25 - 29 años, de acuerdo con los grupos de interés establecidos en la norma.

El procedimiento de referencia en el tema es la consulta médica para la detección de alteraciones del desarrollo.

Dado que el procedimiento se realiza una vez en el período, para la determinación de la frecuencia anual, se dividió el procedimiento entre el número de años contemplados en el intervalo, es así como las frecuencias varían entre 0.2 a 0.33.

Puesto que en la detección temprana de alteraciones del desarrollo el procedimiento tiene una frecuencia de menos de uno al año, no se requiere incluir ajustes por tiempo de aseguramiento; en consecuencia, este modelo de programación es útil tanto para el régimen contributivo como para el régimen subsidiado.

5.2.8 Matriz de programación de atención para la detección de alteraciones del embarazo

Para la definición de la matriz de programación de la atención para la detección de alteraciones del embarazo, se tienen en cuenta tres procedimientos claramente definidos en la norma técnica: la consulta prenatal de primera vez, la consulta de control prenatal por médico, la consulta de control prenatal por enfermera y la toma de serología VDRL o RPR.

Para el cálculo de las mujeres gestantes correspondientes a cada aseguradora, se toma como referencia el total de mujeres de 10 a 49 años afiliadas, a estas se les aplica la tasa de fecundidad de acuerdo con las estimaciones hechas por el DANE, a nivel departamental y distrital.

Dado que el uso de los procedimientos descritos en la norma se relaciona con el riesgo de la gestación, la población se fraccionó con base en dicho riesgo, teniendo en cuenta como parámetro que el 15% de las gestaciones se consideran de alto riesgo.

Con el objeto de calcular adecuadamente las frecuencias por tiempo de aseguramiento, se fracciona la población en tres grupos, así: mujeres con tres meses de aseguramiento o menos, mujeres con 4 a 6 meses de aseguramiento y mujeres con 7 meses de aseguramiento o más. A su vez cada grupo se fracciona por mujeres en primero, segundo y tercer trimestres de gestación. Es importante anotar que para este fraccionamiento se parte del supuesto que en un momento

dado del tiempo, existe un número más o menos homogéneo de mujeres en cada trimestre de gestación, y que esta distribución permanece uniforme durante el año.

El raciocinio utilizado para la aplicación de las frecuencias es el siguiente:

- En los grupos en que el tiempo de afiliación coincide con el tiempo de gestación, se parte del supuesto que la consulta médica inicial se realiza precozmente alrededor del segundo mes de embarazo, y las consultas de control se realizan a partir del siguiente mes.
- En los casos en que el tiempo de gestación es mayor al tiempo de afiliación el supuesto es: en los días próximos de la afiliación se realiza la consulta médica inicial y los controles comienzan en el siguiente mes. Se tiene en cuenta además, que después de la semana 36 los controles prenatales se realizan por médico y se estima en función de la programación que son dos.
- Cada frecuencia utilizada corresponde a la aplicación del esquema de detección fijado en la norma, ajustado por el tiempo de afiliación de las mujeres en cada grupo, mes por mes.

Para programar con esta matriz es necesario hacer uso de las siguientes tablas de referencia:

- Tasas de fecundidad general por departamento y distrito
- Tabla de distribución de la población por tiempos de afiliación.

La matriz para el régimen subsidiado no incluye fraccionamientos por tiempo de afiliación, las frecuencias se ajustan de acuerdo con el trimestre de gestación.

5.2.9 Matriz de programación para detección de alteraciones en el adulto mayor de 45 años

Esta matriz permite programar la consulta médica de primera vez para detección de alteraciones en el adulto y la realización de cuatro exámenes de laboratorio de referencia.

La población base de la programación incluye a las personas con las siguientes edades: 45, 50, 55, 60, 65, 70, 75 y 80 años. Sólo en estas edades se realizan los procedimientos de detección de alteraciones.

Como la frecuencia de cada procedimiento es de 1 en el año, no se hacen ajustes por tiempo de afiliación, lo cual hace que la matriz sea útil tanto para la programación en el régimen contributivo como para la programación en el régimen subsidiado.

5.2.10 Matriz de programación para detección temprana de cáncer de seno

La matriz de programación tiene en cuenta sólo la mamografía de cuatro proyecciones, como procedimiento de referencia en la detección temprana del Cáncer de Seno.

La población base de programación es el total de mujeres de 50 años o más existentes en la aseguradora. Dado que el procedimiento se realiza una vez cada dos años (0.5 anual), no se tiene en cuenta la distribución por tiempo de aseguramiento, ni otro criterio para fraccionar la población.

La matriz de programación aplica tanto para el régimen contributivo como para el régimen subsidiado.

5.2.11 Matriz de programación para detección temprana de cáncer de cuello uterino

En esta matriz de programación, la población base corresponde a las mujeres de 25 a 69 años afiliadas a cada aseguradora. Para efectos de programación, se incluyen tres procedimientos de interés: Citología, Colposcopia y Biopsia.

Con el objeto de calcular adecuadamente el número de citologías a realizar, se fracciona la población en tres grupos: el primero, corresponde a la proporción de mujeres con citología normal; el segundo, a las mujeres con citología insatisfactoria o limitada, y el tercero, a las mujeres con citología anormal. Para este fraccionamiento, los parámetros utilizados corresponden a datos de la línea de base del programa de Detección Temprana de Cáncer de Cuello Uterino del Instituto Nacional de Cancerología.

Así mismo, cada uno de los grupos descritos se fracciona a su vez en dos grupos más de acuerdo con el esquema 1-1-3: de un lado, las mujeres cuya citología era de primera o segunda vez y en otro grupo las mujeres con citología de tercera vez o más. Esta división de la población se hace sobre el supuesto que indica que existe una proporción igual de mujeres que, de acuerdo con el esquema,

realizarán su primera citología, la segunda y la tercera, por lo tanto a cada grupo corresponde el 33% de la población de referencia.

Dado que en la detección temprana de Cáncer de Cuello Uterino, los procedimientos tienen frecuencias de 1 o menos de uno al año, no es requerido incluir ajustes por tiempo de aseguramiento; en consecuencia, este modelo de programación es útil tanto para el régimen contributivo como para el régimen subsidiado.

5.2.12 Matriz de programación para detección de alteraciones de la agudeza visual

La población base de programación para esta matriz es el total de personas de 4, 11, 16, 45, 55, 65, 70,75, 80, 85 años, que corresponden con las edades índice establecidas en la norma para realizar mediciones de agudeza visual y examen oftalmológico completo.

En la matriz no se incluyen ajustes por tiempo de afiliación, porque las frecuencias son de uno (1) al año, por lo tanto la matriz es útil tanto para el régimen contributivo como para el subsidiado

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1 TIPO DE ESTUDIO

ESTUDIO DE CASO: Descriptivo longitudinal retrospectivo

6.2 POBLACIÓN

UNIDAD NIVEL I DE ALMAGUER.

6.3 MUESTRA

PROGRAMA DE PROMOCION Y PREVENCIÓN

6.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Nivel de Medición
Conocimiento de las metas en promoción y prevención	Actividades de promoción y prevención contratados con las diferentes entidades	Entre 0 y 50% = bajo Entre 51 y 75 %= regular	Nominal

contratadas con las ARS y EPS	según la Resolución 412 de 2000 y desarrolladas por la IPS.	Entre 76 y 100%= bueno	
Cumplimiento de las guías de promoción y prevención por parte de la institución.	Conocimiento de la finalidad de las matrices de promoción y prevención por las personas que realizan dicha actividad.	Entre 0 y 50% = bajo Entre 51 y 75 %= regular Entre 76 y 100%= bueno	Nominal
Conocimiento de la normatividad en promoción y prevención por parte de todo el personal de la institución	Conjunto de saberes que poseen los funcionarios de la institución sobre la aplicación de la Resolución 412 de 2000.	Entre 0 y 50% = bajo Entre 51 y 75 %= regular Entre 76 y 100%= bueno	Nominal
Recurso humano encargado de promoción y prevención.	Conjunto de personas disponibles, para resolver una necesidad o llevar a cabo una actividad.	Entre 0 y 50% = bajo Entre 51 y 75 %= regular Entre 76 y 100%= bueno	Nominal
Cumplimiento en la programación de actividades de promoción y prevención	Proyecto ordenado en las cuales se ejecutan actividades teniendo en cuenta un tiempo estipulado	Entre 0 y 50% = bajo Entre 51 y 75 %= regular Entre 76 y 100%= bueno	Nominal

Eficiencia sistemas de información	Talento humano y recurso tecnológico con que la empresa desarrolla la información para la adecuada ejecución de las actividades de promoción y prevención	Entre 0 y 50% = bajo Entre 51 y 75 %= regular Entre 76 y 100%= bueno	Nominal
------------------------------------	---	--	---------

VALOR	CONOCIMIENTO DE LAS METAS POR PARTE DEL PERSONAL
0-50%	No ha recibido información escrita o verbal sobre las metas en promoción y prevención que debe cumplir la institución.
51-75%	Ha recibido información escrita o verbal hace mas de un año sobre las metas en promoción y prevención que debe cumplir la institución.
76-100%	Ha recibido información escrita o verbal en ultimo año sobre las metas en promoción y prevención que debe cumplir la institución de acuerdo a la ultima contratación.

VALOR	CUMPLIMIENTO DE LAS GUIAS DE PROMOCION Y PREVENCIÓN POR PARTE DE LA INSTITUCIÓN DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE
0-50%	La institución no realiza ninguna actividad dentro de las doce guías de atención de promoción y prevención
51-75%	La institución realiza actividades en mas de seis guías de atención de promoción y prevención
76-100%	La institución realiza todas las actividades en las doce guías de atención de promoción y prevención

VALOR	CONOCIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD EN PROMOCION Y PREVENCIÓN POR PARTE DEL PERSONAL QUE LABORA EN LA INSTITUCIÓN.
0-50%	No ha sido capacitado sobre la normatividad que rige el programa de promoción y prevención.
51-75%	Ha sido capacitado en los últimos dos años, sobre la normatividad vigente para desarrollar el programa de promoción y prevención
76-100%	Ha sido capacitado en los últimos dos años y conoce toda la normatividad que regula el programa de promoción y prevención.

VALOR	RECURSO HUMANO ENCARGADO DEL PROGRAMA DE PROMOCION Y PREVENCION
0-50%	Hay un personal insuficiente en calidad y no dirigido por una persona responsable.
51-75%	Hay personal suficiente en calidad, pero no dirigido por una persona responsable
76-100%	Hay un personal suficiente en calidad y dirigido por una persona responsable

VALOR	CUMPLIMIENTO EN LA PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCIÓN
0-50%	No cumplen con ninguna actividad programada
51-75%	Cumplen con mas de la mitad de las actividades programadas
76-100%	Cumplen con todas las actividades programadas

VALOR	EFICIENCIA DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE PROMOCION Y PREVENCIÓN.
0-50%	No se llenan adecuadamente los rips y no se cuenta con adecuados software y hardware para la facturación
51-75%	Se llenan adecuadamente los rips, pero no se cuenta con adecuados software y hardware para la facturación
76-100%	Se llenan adecuadamente los rips y se cuenta con adecuados software y hardware para la facturación

6.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

- **Consentimiento informado:** Se informa al director y personal de la Unidad Nivel I del Municipio de Almaguer sobre el estudio, su descripción, ventajas y se solicita su aprobación mediante un documento escrito. (ver anexo A)
- **Consentimiento aceptado:** Respuesta de aceptación por parte del Director (ver anexo B)

Prueba piloto: Se realiza una prueba piloto del proceso completo de estudio durante un mes, verificando si las metas a cumplir eran conocidas por el personal de la institución, verificando que porcentaje de las actividades de

promoción y prevención que desarrolla la institución se encuentran estipuladas en la normatividad, verificando si las actividades se ejecutan en el tiempo programado, verificando si en la institución hay talento humano suficiente responsable del programa, determinando si la institución cuenta con sistemas de información que permitan un adecuado desarrollo del programa.

Encuesta: Se realizó a 40 funcionarios de la institución, con el fin de obtener información sobre el conocimiento de las metas a desarrollar en promoción y prevención, cumplimiento de las guías de promoción y prevención, conocimiento sobre la normatividad que regula el programa de promoción y prevención, cumplimiento en la programación de las actividades de promoción y prevención, talento humano encargado del programa y eficiencia de los Sistemas de información. (ver anexo C)

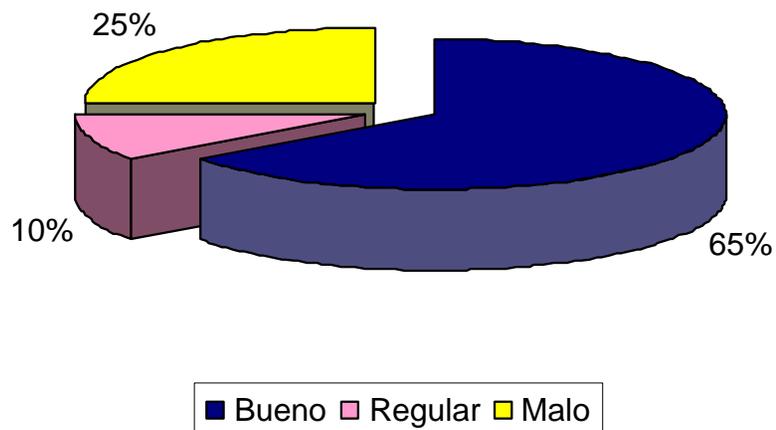
6.6 PROCEDIMIENTO

- Firma de consentimiento informado por parte de los investigadores (anexo A)
- Firma de consentimiento aceptado por parte del director de la I.P.S. (anexo B)
- Revisión de los contratos de promoción y prevención según Resolución 412 de 2000, con las EPS (COOMEVA y SALUD VIDA) y ARS (CAPRECOM, ASMET SALUD, HUMANA VIVIR, AIC, SALUD VIDA).
- Revisión de historias clínicas de pacientes que asisten a las diferentes actividades de promoción y prevención

- Encuesta a todos los trabajadores de la institución (anexo C)
- Revisión de la programación de las actividades de promoción y prevención.
- Revisión del registro de las actividades de promoción y prevención.
- Revisión de la facturación de las actividades de promoción y prevención.
- Plan de mejoramiento

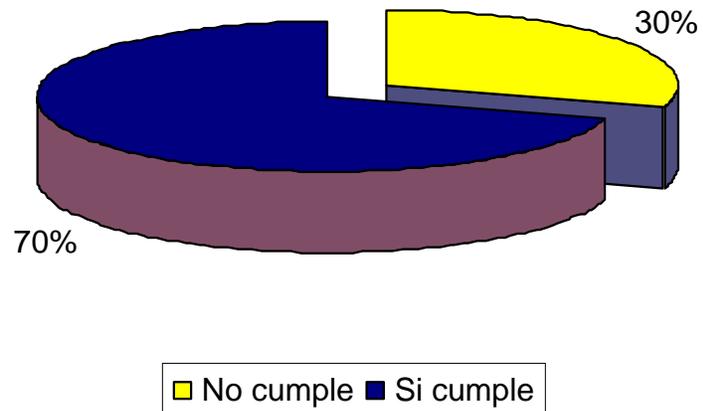
7. RESULTADOS

Figura 1. Conocimiento de las metas de promoción y prevención a cumplir por parte de los funcionarios de la Unidad Nivel I de Almaguer durante el año 2004.



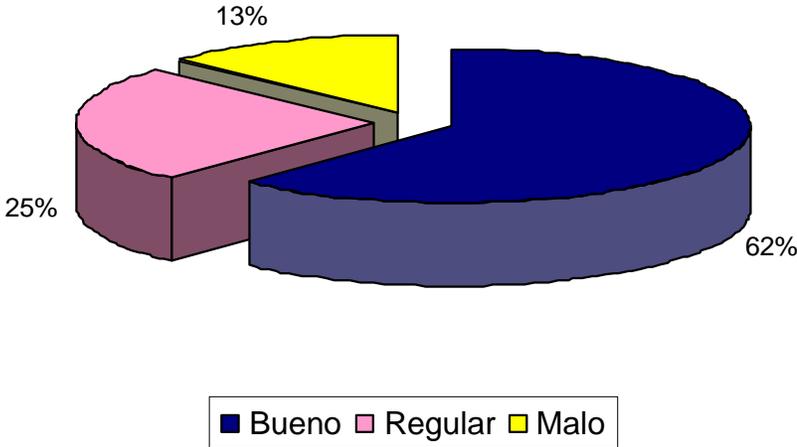
La figura muestra que la mayoría del personal que labora en la institución tiene conocimiento sobre las metas a cumplir en promoción y prevención.

Figura 2. Cumplimiento de las normas técnicas de promoción y prevención según la normatividad en la Unidad Nivel I de Almaguer durante el año 2004



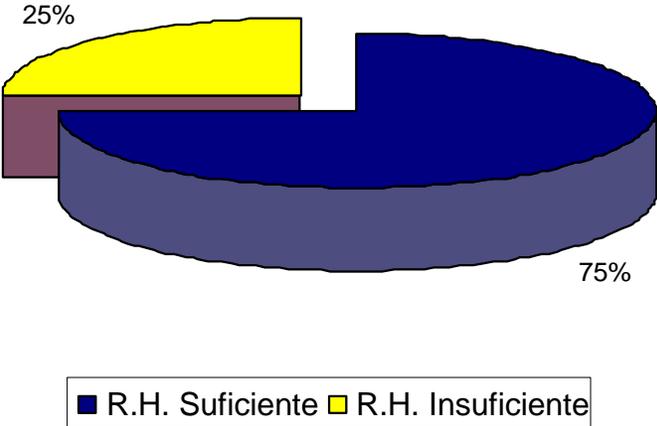
La figura muestra que la institución no cumple todas las normas técnicas de promoción y prevención que rige la normatividad.

Figura 3. Conocimiento de la normatividad en promoción y prevención por parte de los funcionarios de la Unidad Nivel I de Almaguer durante el año 2004.



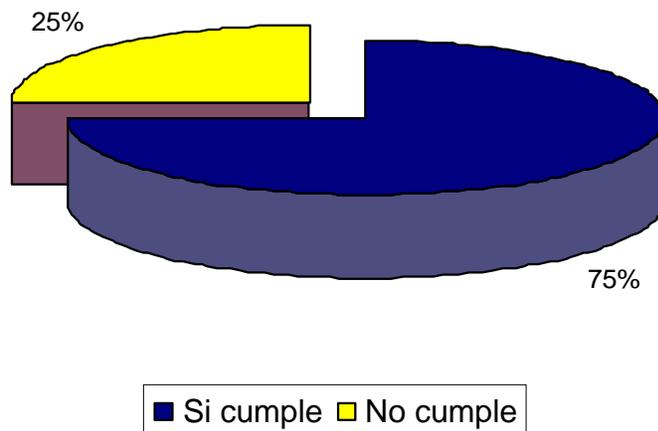
La figura muestra que la mayoría del personal que labora en la institución si conoce la normatividad del programa de promoción y prevención.

Figura 4. Recurso humano de la Unidad Nivel I de Almaguer encargado de realizar las actividades de promoción y prevención durante el año 2004.



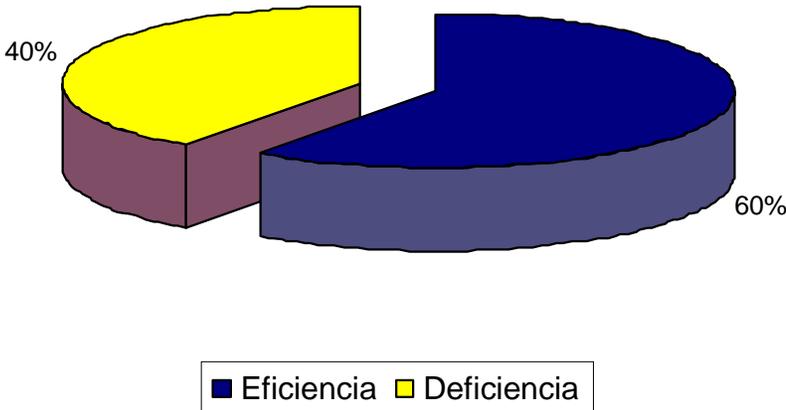
El recurso humano con que cuenta la institución para realizar actividades de promoción y prevención es suficiente solo en un 75%

Figura 5. Cumplimiento de las actividades de promoción y prevención en la Unidad Nivel I de Almaguer durante el año 2004



En la institución la programación de las actividades de promoción y prevención se cumple en un 75%

Figura 6. Eficiencia de los sistemas de información de la Unidad Nivel I de Almaguer utilizados para el programa de promoción y prevención durante el año 2004.



Los sistemas de información con que cuenta la institución presentan una eficiencia del 60%.

8. ANALISIS DE RESULTADOS

La institución prestadora de servicios de salud del municipio evaluada cuenta con 40 empleados de los cuales 8 son administrativos y 32 son asistenciales.

La figura 1 muestra que del total del personal que labora en la institución (40) se encuentra que solo 26 empleados (65 %) han recibido información verbal sobre las metas que se deben cumplir en promoción y prevención, 4 empleados (10%) han recibido dicha información pero con un tiempo mayor a un año y 10 empleados (25 %) desconoce totalmente las metas a cumplir.

La figura 2 muestra que del total de las normas técnicas en promoción y prevención que establece la normatividad Resolución 412 de 2000, la institución cumple solo el 70% de estos: Vacunación según el esquema del programa ampliado de inmunizaciones (PAI), Atención preventiva en salud bucal, Atención del parto, Atención en planificación familiar a hombres y mujeres, Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo (Menores de 10 años), Detección temprana de las alteraciones del embarazo, Detección temprana del cáncer de cuello uterino, Detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual, obviando Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (10-29 años), Detección temprana de las alteraciones del adulto (mayor de 45 años), Atención al recién nacido y Detección temprana del cáncer de seno.

La figura 3 muestra que de los 40 empleados de la institución, el 62% (25 empleados) han recibido capacitación en los últimos dos años y por lo tanto conocen la normatividad que regula el programa de promoción y prevención, 10 empleados (25%) han recibido capacitación en los últimos dos años, pero desconoce la norma que regula el programa de promoción y prevención, entre ellos 3 médicos, 5 auxiliares de enfermería y 2 auxiliares administrativos y 5 funcionarios (13%), no ha sido capacitado ni conoce la normatividad que regula el programa de promoción y prevención, entre ellos 2 aseadoras y 3 conductores.

La figura 4 muestra que la institución cuenta con un talento humano profesional y auxiliar suficiente para el desarrollo de las actividades de promoción y prevención, pero la deficiencia del 30% esta dada por que la institución no cuenta con una persona encargada de programar, coordinar, controlar y verificar las actividades del programa de promoción y prevención.

La figura 5 muestra que la institución solo cumple el 75% de las actividades de promoción y prevención programadas. Esto se relaciona con la falta de una persona encargada de coordinar, controlar y verificar dicha programación.

La figura 6 muestra que la institución presenta una deficiencia del 40% en los sistemas de información utilizados para el programa de promoción y prevención, porcentaje dado por que en la institución se llenan adecuadamente los rips, pero

no se cuenta con adecuados software y hardware que permitan un cruce de información para la adecuada facturación.

9. DISCUSIÓN

En el Departamento del Cauca no se conocen estudios que analicen las causas del incumplimiento de las actividades de promoción y prevención a que tienen derecho los usuarios, pero sí existen estudios que miden la accesibilidad a los servicios de salud en general, así lo demuestran estudios realizados en Medellín, donde se muestra que la información que reciben los afiliados de las ARS con respecto al plan de beneficios, deberes y derechos está por debajo de 60%. Asimismo, 67.8% conocen los beneficios del sistema, 58.6% desconocen sus derechos y 72.4% desconocen sus deberes. En Cali se llevó a cabo un estudio que mostró cumplimiento por debajo de 30% de las actividades de protección específica en los diferentes ciclos vitales. Estos hallazgos indican las bajas coberturas de los programas preventivos y la inoperancia de las medidas de promoción y protección de las ARS e instituciones de salud. Algunos de los resultados de estos estudios concuerdan con los hallazgos del presente trabajo, especialmente los relacionados con las deficiencias en cuanto al conocimiento de la normatividad que rige el programa de promoción y prevención, el incumplimiento de las programaciones por parte del personal a cargo del programa y la deficiencia en los sistemas de información utilizados para el programa.

Al analizar las variables contempladas en el presente estudio se puede comprobar que sí existe el programa de promoción y prevención en la I.P.S. de Almaguer, pero el nivel de desarrollo de los componentes del programa varía entre las mismas guías técnicas de atención. Las ARS y las EPS que tienen contratación con la IPS del Municipio de Almaguer para la prestación de servicios demuestran deficiencia de tipo administrativo, puesto que no exigen cumplimiento de las metas acordadas, además la falencia que se observa en las ARS y las EPS a través de la IPS es el que no están cumpliendo al 100% lo estipulado en la Resolución 412 de 2000 y en el acuerdo 117 del Ministerio de Protección social y C.N.S.S.S.

En términos generales, el programa de promoción y prevención en la IPS del municipio presenta falencias de tipo variado que abarcan al personal tanto administrativo como asistencial, siendo el de mayor preocupación el desconocimiento de la normatividad que rige dicho programa.

Es de resaltar que los porcentajes de uso del programa de promoción y prevención se ven reflejados en el incumplimiento de las metas, que a su vez se podría definir como un desconocimiento de las personas hacia estos servicios, coincidiendo estos resultados con las investigaciones realizadas en Medellín y Cali, en el que el cubrimiento de las actividades de protección específica y detección temprana en los diferentes ciclos vitales está por debajo de 30%. Los resultados muestran la inoperancia de las EPS ARS e IPS para lograr un mayor desarrollo de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

El nivel de conocimiento general sobre la normatividad que rige el programa de promoción y prevención para todos los empleados de la IPS es preocupante. El bajo nivel de conocimiento sobre las actividades de promoción y prevención y de los derechos para acceder a los mismos, es uno de los factores que podrían explicar las bajas coberturas en las metas acordadas. Se puede presumir entonces que los usuarios carecen del principal derecho: estar informados sobre los beneficios básicos en salud a que tienen derecho.

Las deficiencias encontradas en los sistemas de información se pueden deber al desconocimiento mismo de la normatividad, a un mal registro de los códigos de facturación de cada procedimiento, o a una inoperancia de las bases de datos de los programas de software y adware utilizados para tal fin.

10. CONCLUSIONES

Al evaluar el programa de promoción y prevención de acuerdo a la Resolución 412 de 2000, desarrollado en el Municipio de Almaguer, se encontró que:

- ◆ El 65 % de las personas que laboran en la institución manifestaron tener conocimiento sobre las metas de cumplimiento según la contratación, pero queda un 35% del personal con desconocimiento sobre las metas fijadas y contratadas, este porcentaje es muy alto, por que siendo un programa rentable y más aún de lineamiento nacional, todos los empleados de la institución de salud deberían saber lo que se esta contratando para con ello cumplir las metas acordadas.

- ◆ La investigación permitió establecer que la institución además de que incumple las metas contratadas, también no realiza todas las guías técnicas en promoción y prevención, tal es el caso de: detección de alteraciones del joven, detección de alteraciones del adulto mayor, atención al recién nacido, y la detección temprana del cáncer de seno. Además muestra la falta de control por parte del ente territorial Municipal a las A.R.S. E.P.S. I.P.S.

- ◆ La investigación permitió verificar que el 62% de los empleados de la institución si conoce la normatividad en promoción y prevención, pero llama mucho

la atención que en el 25% del personal que desconoce la norma se encontraron 3 médicos y 5 auxiliares de enfermería que trabajan con el programa de promoción y prevención.

- ◆ La investigación permitió verificar que a pesar de que la institución cuenta con personal suficiente y con buenas capacidades para desarrollar las actividades, necesita de una persona responsable que coordine, dirija, evalúe y controle las actividades y por ende las metas contratadas.

- ◆ En la institución se pudo apreciar que las actividades de promoción y prevención que se programan, tienen un 25% de incumplimiento, esto esta muy relacionado con la falta de una adecuada planeación, ejecución y evaluación de las actividades.

- ◆ La investigación permitió conocer, que los sistemas de información utilizados para el programa de promoción y prevención, presentan una deficiencia del 40% no solo en los software y hardware, sino también en la manera como se registran las actividades, en los códigos de facturación de los procedimientos, en el cruce de información en el sistema y la falta de soportes necesarios para verificar la actividad.

◆ Los resultados de esta investigación se relacionan con otros estudios realizados en Manizales y Cali, en cuanto al programa de promoción y prevención, y aunque no se investigo el mismo tema las tres investigaciones demuestran falencias en el programa de promoción y prevención que se podrían extender a todos los hospitales de Colombia.

11.RECOMENDACIONES

- ◆ Se deben tener en cuenta los resultados de esta investigación para que se implemente un programa de vigilancia y control al programa de promoción y prevención, puesto que este tipo de venta de servicios deja ganancias económicas para las IPS, y además es una de las estrategias para disminuir la morbilidad y enfermedades de alto costo.
- ◆ Con el fin de mejorar el programa de promoción y prevención se debe realizar un plan de mejoramiento en la institución, que consiste en capacitar al talento humano, adecuar los sistemas de información con tecnología de punta, nombrar a un profesional de la salud para que coordine el programa y aprovechar la consulta extramural para realizar actividades de promoción y prevención conjuntamente con la consulta externa.
- ◆ Se debe realizar dentro del programa de promoción y prevención, el informe de novedades, esto permitiría demostrar a las ARS y EPS porcentajes de cumplimiento por encima de lo que ellos exigen.

- ◆ Como el estudio se realizó de manera descriptiva, se dan pautas para efectuar un estudio analítico, donde se ejecute un seguimiento completo al programa y se analice la información a partir de las anteriores conclusiones.

12. BIBLIOGRAFIA

Acuerdo 117/1998. Bogotá: Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Acuerdo 72 .Bogotá: Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud

Constitución Política de Colombia. 1991.

Estadísticas 2002-2003. Almaguer: Secretaría de Salud y Seguridad Social.

Ley 100/1993 de diciembre. Bogotá: Congreso de la República de Colombia.

MARTÍNEZ P, RODRÍGUEZ L, AGUDELO CC. Equidad en la política de la reforma del sistema de salud. Rev Salud Publ 2003; 3: 19-39.

RAMÍREZ H, VÉLEZ S, VARGAS V, SÁNCHEZ C, LOPERA J. Evaluación de la cobertura en aseguramiento y accesibilidad a los servicios de salud de los afiliados al régimen subsidiado en el Municipio de Medellín. Colomb Med 2001; 32: 10-13.

[online] <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol32No1/cobertura.html>

RENDÓN LF, TORRES M, LLANOS G. Caracterización de la población afiliada al régimen subsidiado en Cali, julio de 2000. Colomb Med 2001; 32: 58-64. [online] <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol32No1/Regimen.html>

Resolución 412/2000. Bogotá: Ministerio de Salud de Colombia.

ANEXOS

ANEXO A

CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE POSGRADOS
ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA

DR.
ENRIQUE EPIFANIO CANTILLO
MEDICO DIRECTOR U.N.I.A.

Cordial saludo.

En aras de contribuir en el mejoramiento de los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, el equipo conformado por estudiantes de posgrado en administración hospitalaria de la universidad del Cauca, realizaremos un estudio de caso **“EVALUACIÓN DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE PROMOCION Y PREVENCIÓN EN LA UNIDAD NIVEL I DEL MUNICIPIO DE ALMAGUER DURANTE EL AÑO 2004.”** Por ello solicitamos su colaboración y aprobación para llevar a cabo este proyecto.

De ante mano agradecimientos.

Atte.

Lisbee Valdés
Nancy Acosta Muñoz
Augusto Muñoz Caicedo

ANEXO B.

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL CAUCA
DIRECCIÓN DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL CAUCA
UNIDAD NIVEL I DE ALMAGUER

CONSENTIMIENTO ACEPTADO

Señores:

NANCY ACOSTA
LISBEE VALDES
AUGUSTO MUÑOZ

Recibida su propuesta de realizar el estudio de caso “EVALUACIÓN DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE PROMOCION Y PREVENCIÓN EN LA UNIDAD NIVEL I DEL MUNICIPIO DE ALMAGUER DURANTE EL AÑO 2004.”
Les envío respuesta positiva a su petición.

ATTE.

ENRIQUE CANTILLO
Medico Director

ANEXO C.
ENCUESTA

UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE POSGRADOS
ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA

POR FAVOR SEÑALE CON UNA X LA RESPUESTA QUE CREA CONVENIENTE

A. En que porcentaje, cree usted conocer las metas que debe cumplir la Unidad Nivel I de Almaguer en el programa de promoción y prevención.

VALOR	CONOCIMIENTO DE LAS METAS POR PARTE DEL PERSONAL
0-50%	No ha recibido información escrita o verbal sobre las metas en promoción y prevención que debe cumplir la Unidad.
51-75%	Ha recibido información escrita o verbal hace mas de un año sobre las metas en promoción y prevención que debe cumplir la Unidad.
76-100%	Ha recibido información escrita o verbal en último año sobre las metas en promoción y prevención que debe cumplir la Unidad de acuerdo a la última contratación.

1. 0-50% 2. 51- 75% 3. 76- 100%

B. En que porcentaje, cree usted que la Unidad Nivel I del Municipio de Almaguer, cumple las guías técnicas de promoción y prevención de acuerdo a lo que esta regulado en la resolución 412 de 2000.

VALOR	CUMPLIMIENTO DE LAS GUIAS DE PROMOCION Y PREVENCIÓN POR PARTE DE LA UNIDAD NIVEL I DE ALMAGUER DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE
0-50%	La Unidad no realiza ninguna actividad dentro de las doce guías de atención de promoción y prevención
51-75%	La Unidad realiza actividades en mas de seis guías de atención de promoción y prevención
76-100%	La unidad realiza cumple las actividades en las doce guías de atención de promoción y prevención

1. 0-50% 2. 51- 75% 3. 76- 100%

C. En que porcentaje, cree usted conocer la normatividad que regula la prestación del servicio de promoción y prevención en la institución.

VALOR	CONOCIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD EN PROMOCION Y PREVENCIÓN POR PARTE DEL PERSONAL QUE LABORA EN LA UNIDAD NIVEL I DE ALMAGUER.
0-50%	No conoce la normatividad que rige el programa de promoción y prevención.
51-75%	Conoce al menos mas de la mitad de la normatividad vigente par desarrollar el programa de promoción y prevención
76-100%	Conoce toda la normatividad vigente que regula el programa de promoción y prevención.

1. 0-50% 2. 51- 75% 3. 76- 100%

D. En que porcentaje cree usted que se cumplen las actividades de promoción y prevención programadas por la institución

VALOR	CUMPLIMIENTO EN LA PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCIÓN
0-50%	No cumplen con ninguna actividad programada
51-75%	Cumplen con mas de la mitad de las actividades programadas
76-100%	Cumplen con todas las actividades programadas

1. 0-50% 2. 51- 75% 3. 76- 100%

E. En que porcentaje, cree usted que el personal que desempeña actividades de promoción y prevención en la institución, sea suficiente para el logro de las metas

VALOR	RECURSO HUMANO ENCARGADO DEL PROGRAMA DE PROMOCION Y PREVENCION
0-50%	Hay un personal auxiliar insuficiente y no dirigido por una persona responsable.
51-75%	Hay personal auxiliar suficiente, pero no dirigido por una persona responsable
76-100%	Hay un personal auxiliar suficiente y dirigido por una persona responsable

1. 0-50% 2. 51- 75% 3. 76- 100%

F. En que porcentaje, cree usted que los sistemas de información utilizados para el reporte de las actividades de promoción y prevención sea eficiente.

VALOR	EFICIENCIA DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE PROMOCION Y PREVENCIÓN.
0-50%	No se llenan adecuadamente los rips y no se cuenta con adecuados software y hardware para la facturación
51-75%	Se llenan adecuadamente los rips, pero no se cuenta con adecuados software y hardware para la facturación
76-100%	Se llenan adecuadamente los rips y se cuenta con adecuados software y hardware para la facturación

1. 0-50%

2. 51- 75%

3. 76- 100%

UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE POSGRADOS
ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA

❖ **SEÑALE CON UNA X LA RESPUESTA CORRECTA**

1. Son actividades de Protección Específica:

- a) Vacunación, detección temprana de las alteraciones del embarazo, atención preventiva en salud bucal.
Atención RN, atención parto.
- b) Vacunación, atención preventiva salud bucal.
Atención parto, atención planificación familiar.
- c) Detección temprana, detección alteraciones del desarrollo, detección temprana de C.A. uterino.
- d) Todas las anteriores.
- e) Ninguna de las anteriores.

2. Son enfermedades de interés en Salud Pública:

- a) Otitis media, faringitis estreptococcica, faringotraqueitis.
- b) Bronconeumonía, neumonía, EDA, TBC.
- c) Fiebre reumática, vicios de respiración, estrabismo, motonetas, VIH.
- d) Todas las anteriores.
- e) Ninguna de las anteriores.

3. Que es demanda inducida:

- a) Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a garantizar el cuidado de los afiliados de forma oportuna y efectiva la enfermedad facilitando su diagnóstico, tratamiento oportuno e.t.c.
- b) Garantiza la protección de los afiliados frente a un riesgo específico, con el fin de evitar la presencia de la enfermedad.

- c) Acciones encaminadas a brindar tratamiento de III y IV nivel fuera del POS.
- d) Acciones encaminadas a informar y educar a la población afiliada.
- e) Educación, tratamiento y rehabilitación a los afiliados sin importar el costo.

4. La resolución 412 se expidió el:

- a) 23 de junio de 2004
- b) 25 de febrero de 2000
- c) 13 de febrero de 2001
- d) Ninguna de las anteriores.
- e) Todas las anteriores.

5. Cual de las siguientes siglas es la encargada de fijar las políticas del Sistema General de Seguridad Social:

- a) CONPES y C.N.S.S.S.
- b) ECOSALUD
- c) CONPES
- d) A.R.S.
- e) C.N.S.S.S

6. Que son los Copagos:

- a) Dineros a pagar, solo por los beneficiarios, por concepto de la utilización de los servicios contenidos en el P.O.S. con algunas excepciones.
- b) Dineros a pagar, solo por los beneficiarios, por concepto de la utilización de los servicios contenidos en el P.O.S. sin excepciones.
- c) El valor que deben pagar las personas no afiliadas al Sistema y que transitoriamente se encuentran como vinculada:
- d) Todas las anteriores.
- e) Solamente a) y c).

7. Que es el sistema de habilitación:

- a) Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad.
- b) Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, se verifica y se controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, financiera y de capacidad técnico administrativa para garantizar la permanencia en el sistema.
- c) Conjunto de entidades, estándares actividades de apoyo y procedimientos de auto evaluación, mejoramiento y evaluación externa destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad.
- d) Todas las anteriores.
- e) Ninguna de las anteriores

8. La aplicación de la vacuna antihepatitis B se realiza en:

- a) Hombro izquierdo intradérmica.
- b) Hombro izquierdo intramuscular.
- c) Tercio medio del músculo, cara antero lateral.
- d) Subcutánea, tercio medio del brazo.
- e) Ninguna de las anteriores.

9. Entre las actividades a realizarse en el programa de jóvenes de 10 a 29 años se encuentran:

- a) Aplicación del refuerzo vacuna DPT., valoración de la agudeza visual, control de placa bacteriana.
- b) Solamente talleres educativos.
- c) Valoración médica completa, toma de hemoglobina, aplicación de MMR.
- d) La respuesta correcta es a) y c).
- e) Ninguna de las anteriores.

10. Entre las actividades del recién nacido se encuentran:

- a) La toma de TSH.
- b) La toma de VDRL
- c) Aplicación de la vitamina K
- d) Ninguna de las anteriores
- e) Todas las anteriores

11. Se considera obligatorio en los primeros niveles de atención:

- a) Médico general, odontólogo, enfermera jefe
- b) Médico general, odontólogo, enfermera jefe, ginecólogo, pediatra, cirujano.
- c) Oftalmólogo, anesthesiólogo, cirujano
- d) Todas las anteriores
- e) Ninguna de las anteriores

12. Dentro de la guía práctica para el manejo de desechos se consideran materiales orgánicos contaminados:

- a) Algodón, gasas, polvo, vidrio, placas de rayos X, plástico, papel
- b) Residuos alimenticios, algodón, piezas anatomopatológicas, gasas
- c) Polvo, tierra, colillas, cigarrillos, material reciclable
- d) Las respuestas correctas son a) y b)
- e) Ninguna de las anteriores

13. La definición de técnica de asepsia se puede considerar que son:

- a) Los distintos procedimientos que buscan disminuir total o parcialmente el número de microorganismos, especialmente los patógenos en áreas, instrumental y equipos.
- b) El sistema que destruye todos los microorganismos incluyendo bacterias, esporas bacterianas, micro bacterias, hongos y virus envueltos o desnudos.

- c) Es el proceso encaminado a disminuir el número de microorganismos. Estos productos se emplean para la desinfección de instrumental y equipos médicos mediante la inmersión en la solución durante algún tiempo.
- d) Las respuestas correctas son b) y c)
- e) Ninguna de las anteriores

14. Relacione las siguientes siglas con los enunciados de la segunda columna que se encuentra al frente las cuales cada una tendrá el valor de una pregunta con respuesta acertada:

- a) POA _____ Fundación Seguro Obligatorio de accidentes de tránsito.
- b) PAB _____ Actividades, intervenciones y obligaciones del Plan Obligatorio de Salud.
- c) POSs _____ Unidad de programas sociales con metodología establecida por el estado.
- d) FOSYGA _____ Cantidad de dinero de la que dispone anualmente una EPS para la atención de los usuarios.
- e) MAIPOS _____ Servicios a que tienen derecho los afiliados al Régimen Subsidiado incluye acciones de promoción y prevención, atención de consulta externa hospitalaria de menor complejidad, gestante, recién nacido y atención para enfermedades de alto costo.
- f) UPC _____ Plan que contiene servicios de salud pública de responsabilidad del estado, es gratuita, obligatoria y de cobertura universal.
- g) Ninguna de las anteriores _____ Cuenta adscrita al Ministerio de Protección Social. Maneja los recursos destinados al Sistema General de Seguridad Social en Salud

SUGERENCIAS PARA EL PLAN DE MEJORAMIENTO EN PROMOCION Y PREVENCION DE LA UNIDAD NIVEL I ALMAGUER AÑO 2005

La Unidad Nivel I de Almaguer, siendo un establecimiento publico del Municipio que forma parte del Sistema Nacional de Salud es el encargado de ejecutar los servicios estipulados como IPS y promover la Salud, previniendo la enfermedad de la Comunidad Almaguereña mediante sus diferentes programas y actividades que se han realizado tanto a nivel urbano como rural, y que según las estadísticas muestran las bajas coberturas referente al programa de promoción y prevención de la Unidad Nivel I de Almaguer.

En vista de la problemática planteada anteriormente, permite dar a conocer el Plan de Mejoramiento, con el cual esperamos brindar calidad de servicio y poder conllevar al aumento de las coberturas:

- ✓ Designar a un profesional de la salud idóneo y capacitado, como Coordinador del programa de promoción y prevención.
- ✓ Implementar dentro de la institución la auditoria interna, quien permitiría detectar a tiempo las falencias presentadas.
- ✓ Promover la adaptación y adopción de las normas técnicas y modelos orientando a mejorar la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud, y velar por la validez científica y técnicas de los procedimientos utilizados en el diagnostico y tratamiento de las enfermedades, mediante la

socialización de la Resolución 412, 3384 y 3374, al personal que labora en la Institución.

- ✓ Coordinar y supervisar la prestación de las actividades de P y P en el Municipio, que se encuentran en el cronograma de actividades, los cuales serán supervisadas por el Coordinador de P y P en los diferentes lugares en los que se realicen las actividades, charlas, talleres o controles.
- ✓ Desarrollar planes, programas y talleres de salud conforme a la realidad socio económico y cultural del Municipio.
- ✓ Participar en la ejecución de los programas de Prevención de la Enfermedad y promoción de la Salud, adecuando el trabajo institucional a dichas comunidades, ofreciendo y divulgando las diferentes actividades a las que tiene derecho como usuarios.
- ✓ Diseñar modelos y metodologías para estimular y garantizar la participación ciudadana y propender por la eficiencia de las actividades extramurales, en las acciones tendientes a lograr metas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida de la población.
- ✓ Diseñar mecanismos de fácil acceso a la comunidad que permitan evaluar la satisfacción de los usuarios, atender las quejas y sugerencias y diseñar en

consecuencia política y correctiva, orientados al mejoramiento continuo de los servicios.

- ✓ Capacitar y socializar al personal sobre las guías de los diferentes procedimientos (recibo y entrega turnos, notas enfermería, manejo historia clínica, etc.).

- ✓ Seguir promoviendo mediante carteles y charlas radiales, para que asistan a las diferentes actividades programadas por la Unidad Nivel I de Almaguer.

- ✓ Estrategia de demanda inducida, el gestor local debe estar en contacto constante con la IPS Pública con el fin de estar informado sobre las actividades de P y P programadas para así poder informar a la Comunidad sobre las actividades a las cuales puede acceder y en el momento en el que debe acudir.

- ✓ Realizar un plan de actualización de todos los sistemas de información, con el fin de permitir mayor agilidad y eficiencia en el cumplimiento de las metas.