

**EVALUACIÓN Y FORMULACIÓN DE UN PLAN DE MEJORAMIENTO,  
HACIA LA CALIDAD, DEL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL, EN UNA  
INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DEL MUNICIPIO DE  
POPAYÁN, DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2007.**

**ANA MILENA PARRA ERAZO  
LILIANA MERCEDES GOMEZ SALAZAR  
JACKELINE ROJAS SOLIS**

**ESCUELA DE ADMINISTRACION DE NEGOCIOS  
UNIVERSIDAD DEL CAUCA  
POSTGRADO EN AUDITORIA Y GARANTARIA DE LA CALIDAD EN SALUD  
CON ENFASIS EN EPIDEMIOLOGIA  
POPAYÁN  
2007**

**EVALUACIÓN Y FORMULACIÓN DE UN PLAN DE MEJORAMIENTO,  
HACIA LA CALIDAD, DEL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL, EN UNA  
INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DEL MUNICIPIO DE  
POPAYÁN, DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2007.**

**ANA MILENA PARRA ERAZO  
LILIANA MERCEDES GOMEZ SALAZAR  
JACKELINE ROJAS SOLIS**

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR EL TITULO DE AUDITOR EN SALUD**

**JORGE ERNESTO OCHOA  
ASESOR**

**ESCUELA DE ADMINISTRACION DE NEGOCIOS  
UNIVERSIDAD DEL CAUCA  
POSTGRADO EN AUDITORIA Y GARANTARIA DE LA CALIDAD EN SALUD  
CON ENFASIS EN EPIDEMIOLOGIA  
POPAYÁN  
2007**

**NOTA DE ACEPTACION**

---

---

---

---

---

**FIRMA DEL JURADO**

**Popayán Noviembre de 2007.**

## TABLA DE CONTENIDO

	<b>PAG.</b>
1. OPCIÓN SELECCIONDA	6
2. LINEA DE INVESTIGACIÓN	7
3. ABSTRAC	8
4. DENOMINACIÓN DEL TRABAJO	10
5. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	11
6. MARCO REFERENCIAL	12
6.1 TIPOS DE ACCIONES DEL AUDITOR	13
6.2 LA AUDITORIA EN PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	14
6.3 EL AUDITOR DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, DEBE CUMPLIR CON LAS SIGUIENTES FUNCIONES	15
6.4 ALGUNOS MODELOS DE EVALUACION	16
6.5 REFERENTE LEGAL	31
7. OBJETIVOS	35
8. JUSTIFICACIÓN	36
9. DISEÑO METODOLÓGICO	38
10. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	40
11. RESULTADOS ESPERADOS	41
12. RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE VERIFICACION DE CONDICIONES	50
13. ANÁLISIS DE LA CALIFICACIÓN OBTENIDA	51
14. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	56
BIBLIOGRAFÍA	59
ANEXOS	61

## **1. OPCIÓN SELECCIONADA**

Trabajo dirigido.

## **2. LINEA DE INVESTGACIÓN**

Estudio de observación.

### **3. ABSTRAC**

El proyecto de investigación, Evaluación y formulación de un Plan de Mejoramiento, hacia la calidad, del programa de control prenatal, en una institución prestadora de servicios del municipio de Popayán, durante el primer semestre del 2007, tiene por objetivo, evaluar el programa de control prenatal, en la IPS, a fin de formular un plan de mejoramiento que promueva la estandarización del desarrollo de las actividades del programa y así se contribuya a hacia la calidad del mismo.

El Tipo de estudio del presente trabajo investigativo, es cuantitativo según en enfoque metodológico, prospectivo según la ocurrencia de los hechos; transversal según periodo y secuencia del estudio y descriptivo tipo observacional, según el análisis y alcance de los resultados.

La población objeto, no se define porque el estudio de observación, no se aplicó a una población de terminada, sino a los procesos y condiciones necesarias para el desarrollo de las actividades.

El instrumento de evaluación, fue proporcionado y validado por la EPS, el cual se encuentra estandarizado para la evaluación de los procesos en las IPS que contratan para la prestación de servicios en sus diferentes niveles de atención. Involucra de manera organizada diversas variables de análisis, donde se tendrá en cuenta la infraestructura física, el recurso humano, la gestión administrativa, la auditoría de servicios, educación en salud y dotación. Se aplicó a una Institución Prestadora de Salud de Régimen Contributivo.

Después de la verificación de condiciones, se pudo concluir que de los ítems evaluados, el área que mayor porcentaje de dificultad presentó fue la gestión administrativa, seguida de auditoría de servicios, luego educación en salud, dotación, recurso humano, y la que mejor puntaje dió como resultado fue la infraestructura física. Para lo cual se planteó un plan de mejoramiento, en concertación con la Institución prestadora de Salud.



#### **4. DENOMINACIÓN DEL TRABAJO**

Evaluación y formulación de un Plan de Mejoramiento, hacia la calidad, del programa de control prenatal, en una institución prestadora de servicios del municipio de Popayán, durante el primer semestre del 2007.

## **5. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

Es importante y necesario realizar una evaluación continua, al programa de control prenatal, para evitar posibles alteraciones tanto en la embarazada, como en feto y/o recién nacido, teniendo en cuenta los instrumentos que se utilizarán, los cuales brindarán una información, que servirá de referencia para sugerir la implementación de herramientas y mecanismos útiles para que el programa cumpla con los lineamientos exigidos para el desarrollo de las actividades, procurando la satisfacción de la usuaria y la calidad del servicio.

## 6. MARCO REFERENCIAL O TEÓRICO

La Auditoria es la evaluación profesional de todas o una parte de las operaciones o actividades de una organización de cualquier naturaleza. Es una verificación formal de los registros, las actividades operativas, las cuentas, el desempeño de una organización. También se dice que es un examen, revisión metodológica de situaciones que concluyen en informes detallados de los hallazgos efectuados por los responsables del análisis.

El concepto de auditoria, hace referencia a un examen crítico que se realiza con el fin de evaluar la eficacia y eficiencia de una sección, un organismo o una entidad. El examen efectuado le proporciona al auditor las evidencias para que pueda emitir un Informe que resuma su opinión sobre los elementos revisados. Dicho informe, constituye en consecuencia, la conclusión de trabajo de auditoria.<sup>1</sup>

La auditoría para el mejoramiento hacia la calidad de la atención en salud, es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el sistema único de habilitación.

---

<sup>1</sup> MARTINEZ Leuro Mauricio. Auditoria de Cuentas Médicas. 1era Edición. 2005

La auditoria implica, La realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos definidos como prioritarios, La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, Adopción por parte de las instituciones, de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas.

Es necesario que las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud cuenten con instrumentos que cumplan con las especificaciones de una investigación científica y sistemática que arroje información confiable y útil, resultado de la medición de la percepción del servicio en sus usuarios. Se hace necesario para las IPS, en las condiciones actuales de competitividad, disponer de un sistema de evaluación periódico, de medición de la calidad de sus servicios y del grado de satisfacción del cliente, cuyos resultados sean base para que la institución pueda proponerse cambios para su mejoramiento integral. De la misma manera, esta metodología facilitará el cumplimiento de exigencias legales, como las expresadas en la Ley 100 de 1993, las cuales establecieron el Sistema de Seguridad Social en Colombia, que ordena las funciones de las instituciones y los recursos dedicados al sector salud.

#### **6.1 TIPOS DE ACCIONES DEL AUDITOR:**

- **ACCIONES PREVENTIVAS:** Procedimientos, actividades y/o mecanismos sobre procesos prioritarios, en forma previa a la atención de los usuarios.
- **ACCIONES DE SEGUIMIENTO:** Evaluación de procesos prioritarios durante la prestación de los servicios,
- **ACCIONES COYUNTURALES:** Evaluación retrospectiva de los eventos adversos

## **6.2 LA AUDITORIA EN PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**

En la auditoria de servicios de salud, en especial en el promoción y prevención, debe participar o estar a cargo de un profesional especializado frente al cumplimiento institucional de los programas, actividades, intervenciones, técnico-científicas, según la norma la población y la programación, fundamentadas en la calidad. Se habla de un profesional especializado porque la programación, control de ejecución y evaluación en las IPS, ARS, y EPS, están a cargo de un profesional, sino especializado, si con la experticia necesaria para la administración de los Programas; entonces el auditor debe conocer aún más las características de la población en donde se desarrollan los programas a evaluar, el ajuste a la programación de acuerdo al perfil epidemiológico propio y el cumplimiento de coberturas y concentración obligados por la norma. El auditor de Promoción y Prevención debe conocer los factores individuales en cada entidad,

con el fin de no estandarizar la evaluación de la calidad y ser proactivo en el ejercicio de la auditoria de los programas.

“La Promoción de la Salud es un procesos, no una solución fácil”, expresó el reporte de la división de promoción y protección de la salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).<sup>2</sup>

### **6.3 EL AUDITOR DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, DEBE CUMPLIR CON LAS SIGUIENTES FUNCIONES:**

#### **1. Evaluación de la capacidad instalada y la programación:**

Es necesario el conocimiento de la entidad, el entorno los responsables y los receptores que hacen parte del proceso.

#### **2. Demanda en servicios:**

Debe, verificar demandantes de servicios y población programada, la competencia en la oferta y prestación de servicios, facilidad de acceso y oportunidad en los servicios.

#### **3. Oferta y prestación de servicios:**

---

<sup>2</sup> RIAÑO GAMBOA Germán, Auditoria de la Gestión en Salud,

Debe, verificar la cantidad y calidad de todos y cada uno de los recursos existentes para la ejecución de los programas. Conocer el levantamiento de procesos y el diseño de instrumentos de evaluación.

#### **4. Eficacia de la Prestación:**

En esta estrategia se evalúan los resultados alcanzados después de la ejecución del programa y la medición del impacto en el individuo, familia, comunidad y la evaluación de indicadores del proceso productivo de salud en Promoción y Prevención.

#### **5. Impacto de la prestación del servicio:**

El impacto se mide en el individuo su familia y la comunidad, a donde pertenece, ya sea de tipo epidemiológico, social o personal.

En el diseño del sistema de calidad no debe ahorrarse esfuerzo alguno. Debe ser lo más completo posible. Hay tantos diseños de sistemas de calidad como modelos de evaluación integral existentes.

#### **6.4 ALGUNOS MODELOS DE EVALUACION:**

- DOFA
- C- DOPRI- Ra
- PEVA
- D7
- CINCO ESES
- 5 WH
- LAS 7 HERRAMIENTAS ADMINISTRATIVAS

A continuación se mencionarán algunos de ellos.

## **1. DOFA**

### **DEBILIDADES**

En donde se definen, actividades o atributos internos de una organización que inhiben o dificultan el éxito de una empresa.

### **OPORTUNIDADES**

Se relacionan con eventos, hechos o tendencias en el entorno de una organización que podrían facilitar o beneficiar el desarrollo de esta, si se aprovechan en forma oportuna y adecuada.

### **FORTALEZA**



Son todas aquellas actividades y atributos internos de una organización que contribuyen y apoyan en el logro de los objetivos de una institución.

## **AMENAZAS**

Hacen referencia a los eventos, hechos o tendencias en el entorno de una organización que inhiben, limitan o dificultan su desarrollo operativo

El análisis DOFA, es un acrónimo de debilidades oportunidades fortalezas y amenazas, el cual ayuda a determinar si la organización está capacitada para desarrollarse en su medio y/o contexto. Esta simple noción de competencia conlleva a consecuencias poderosas para el desarrollo de una estrategia efectiva. El análisis DOFA así con el de vulnerabilidad integran el diagnóstico estratégico y lo hace por tanto global. Además está diseñado para ayudar al estratega a encontrar el mejor acoplamiento entre las tendencias del medio, las oportunidades y amenazas y las capacidades internas, fortalezas y debilidades de la empresa. Dicho análisis permitirá a la organización formular estrategias para aprovechar sus fortalezas, prevenir el efecto de sus debilidades, utilizar a tiempo sus oportunidades y anticiparse al efecto de las amenazas.

En el análisis DOFA, deben incluirse factores claves relacionados con la organización, los mercados, la competencia, los recursos financieros, la infraestructura, el recurso humano, los inventarios, el sistema de mercadeo y distribución, la investigación y desarrollo, las tendencias políticas, sociales, económicas y tecnológicas y variables de competitividad.

## **2. C-DOPRI-Ra**

### **CONTEXTO:**

Hace referencia al entorno que rodea a la organización.

- Sociocultural y étnico: depende de los aspectos culturales y sociales del sector y del ente territorial en donde se encuentre la institución prestadora de servicios de salud. Teniendo en cuenta si es de un nivel urbano o rural, si se ubica en el norte o sur, etc.
  
- Económico: el cual describe, qué tipo de economía tiene el ente territorial o sector donde se encuentra la institución prestadora de servicios de salud; se puede indagar en:
  - \* ¿La situación económica es buena, regular o mala?
  - \* ¿La inflación es alta o baja?
  - \* ¿Los niveles de pobreza son altos o bajos?

\*¿La economía está creciendo o es estable?

\*¿Hay niveles de desempleo importante?

\*¿Los salarios son buenos, regulares o malos?

- Político legal: Relacionado con las normas, planes y programas, relaciones institucionales, con proveedores, con la comunidad, con las autoridades del sector o del ente territorial, con diferentes organizaciones comerciales.
- Tecnológico: en el que se tiene en cuenta el nivel tecnológico de equipos, tanto de cómputo como de equipos médicos disponibles.
- Ambiental.

#### **DEMANDA:**

- Total e individual: en relación a qué contrato tenga la institución prestadora de servicios de salud, en los diferentes centros de costos, como; hospitalización, urgencias, consulta externa, cirugía, farmacia, ayudas diagnósticas, terapéuticas y logísticas, entre otras.
- Revisión de contratos vigentes.
- Características epidemiológicas, sociodemográficas, de los demandantes.

#### **OFERTA:**

- **Estructura:**

**\*Estructura orgánica.**

- Recursos:

. Físicos: Maquinaria, planta y equipo

. Humanos: talento humano, capital humana, científico y administrativo.

. Financiera: estados financieros, liquidez, solvencia, endeudamiento, etc.

- Sistemas de información

**\*Estructura funcional:**

. Manual de funciones.

. Manual de procedimientos

. Guías de atención integral.

.Comités.

. Registro, historia clínica, recetarios.

. Flujogramas.

**PROCESOS:**

- Pertinencia.

- Control del control: auditoría externa, controlar al auditor interno

- Dispensación de medicamentos.

- Procesos y procedimientos: científicos, administrativos, financieros, mecanismos de contratación, auditoría interna.

## **RESULTADO:**

Algunos indicadores a tener en cuenta son:

- Oportunidad y continuidad de los servicios.
- Índice de cumplimiento.
- Porcentaje de ocupación.
- Giro cama
- Porcentaje de cirugías canceladas.

## **IMPACTO:**

Se mide teniendo en cuenta los siguientes indicadores:

- Porcentaje de mortalidad.
- Porcentaje de infecciones nosocomiales.
- Nivel de satisfacción del cliente externo.
- Nivel de satisfacción del cliente interno.
- Impacto positivo o negativo
- Retroalimentación continua.

## **RA-RETROALIMENTACIÓN**

Se propone realizar todas las correcciones, se da un posible plan de mejoramiento y se realiza seguimiento continuo al mismo.

## **3. PEVA**

### Planeación:

1. Definición del problema o proyecto
2. Descripción del problema
3. Análisis de causas
4. Selección de medidas en contra

### Ejecución:

5. Ejecución de medidas en contra

### Verificación:

6. Verificación de resultados

### Acción correctiva (ajustes) :

7. confrontar con estándares
8. definir nuevos problemas o proyectos

## **4. 5 WH**

En este modelo cada persona o unidad responsable los proyectos estratégicos debe desarrollar el plan de acción par alcanzar los resultados esperados dentro del horizonte de tiempo definido, para ello:

- Establecer un indicador de éxito global para los proyectos estratégicos.
- Definir las tareas que se deben realizar para hacer realidad la estrategia
- Identifique el tiempo necesario para realizar la acción o tarea. Este debe definirse en tiempo.
- Especificar la meta que se desea alcanzar, en términos concretos, cualitativos o cuantitativos.
- Se debe señalar el responsable de cada tarea o sub. actividad.
- Especificar los recursos técnicos, físicos, financieros y humanos necesarios, señalando las limitaciones u obstáculos que puedan encontrarse en la ejecución de la estrategia, con el fin de programar acciones contingentes.

## **5. Modelo denominado D7**

Se llama D7, porque consta de 7 elementos o características, cuyo nombre incluye la D, como palabra principal. Para ello, se especifican cada uno de los temas relacionados en el D7 mediante un software, el cual se encuentra en elaboración. El objetivo de esta propuesta es lograr se convierta en un conjunto de papeles de trabajo del auditor, que le sirvan como guía organizada, para el diseño del sistema de calidad, vinculada con diferentes temas, dando apariencia de interacción.

D1 DOPRI-C-Ra

D2 Diagramas, herramientas administrativas, indicadores e índices, disposiciones varias y otros

D3 DOFA Matriz

D4 DOFA Estrategias

D5 Decisiones

D6 Desarrollo de una cultura de calidad

D7 Dar resultados de una nueva evaluación, para ajustar, corregir y mejorar, retroalimentando el proceso.

**D1: DOPRI-C-Ra:** Es un modelo de evaluación integral, mediante el cual se realiza un evaluación de un número importante de características de una institución, especialmente aplicado a las instituciones de salud. Ideado a principios de los años 70, por el Dr Ricardo Galán, Magíster en salud pública, Médico Cirujano, docente de varias universidades.



El modelo DOPRI-C-Ra evalúa los contextos, la demanda, la oferta (estructura), los procesos, los resultados y el impacto. Sugiere una Retroalimentación, que sirva de mejoramiento continuo del modelo.

Cada uno de los elementos del DOPRI-C-Ra pueden ser evaluados numéricamente, desde el punto de vista cuantitativo, según las plantillas propuestas por el autor, o utilizando porcentajes que establezcan rangos de calificaciones o pueden ser evaluados con una semaforización, desde el punto de vista cualitativo, donde el verde significa que está bien, el amarillo significa que está en revisión o que tiene algunos problemas, el naranja significa que tiene muchos problemas o problemas críticos y el rojo significa que está mal.

Igualmente, todo el D1, como cada uno de los elementos del D7, debe terminar con una semaforización, donde los colores se aplicarán en relación con la calificación mencionada en el párrafo anterior.

**D2:DIAGRAMAS, HERRAMIENTAS ADMINISTRATIVAS, INDICADORES E ÍNDICES, DISPOSICIONES VARIAS Y OTROS.**

Se refiere a diagramas y otras herramientas administrativas, indicadores e índices, disposiciones varias: reglamentos, comités, consejos, asociaciones y otros (programas de calidad, ruta de calidad, etc.).

Todos ellos, se pueden denominar estudios complementarios pertinentes, referidos a la salud. Se pueden considerar que son pruebas o evidencias, que se obtienen de los ejercicios que esté realizando la institución o que deberían ser realizados por ella. Esto con el fin de adaptar el modelo a la medicina basada en la evidencia.

Igual que el DOPRI-C-Ra, D2 debe culminar con una semaforización, donde el verde significa que se están realizando y aplicando adecuadamente diagramas y herramientas administrativas, se obtienen buenos indicadores e índices, se aplican y se cumplen las disposiciones varias, se tiene implantado e implementado un programa de calidad (cualquiera de los que se relacionan), el amarillo significa que se inició la realización y aplicación de diagramas y herramientas administrativas, se están realizando indicadores e índices, se está iniciando la aplicación de disposiciones varias para su cumplimiento, se está iniciando el diseño de un programa de calidad, el naranja significa que está previsto desarrollar diagramas, herramientas administrativas, indicadores e índices, disposiciones varias, programas de calidad, pero que existen problemas que aún no han sido resueltos,

para iniciar su desarrollo y el rojo significa que no se tiene previsto ni se están realizando diagramas y herramientas administrativas, no se tiene previsto ni se están obteniendo indicadores e índices, no se tiene previsto ni se están aplicando disposiciones varias.

### **D3: DOFA- MATRIZ**

La matriz DOFA, incluye calificaciones, que hacen un diagnóstico, con las variables, Debilidades, Oportunidades, Fortalezas, Amenazas. Igual que los anteriores, culmina con una semaforización, donde el verde significa que existen grandes fortalezas y muchas oportunidades, poca o ninguna amenaza o debilidad. El amarillo significa que existen unas fortalezas, unas oportunidades, unas amenazas y unas debilidades, el naranja significa que existen pocas fortalezas y pocas oportunidades, pero muchas amenazas y debilidades y el rojo significa que no existen o existen muy pocas fortalezas y oportunidades y casi todo está representado por amenazas y debilidades.

### **D4: DOFA- ESTRATEGIAS**

Son las posibilidades, lo cual significa un pronóstico, al combinar las casillas o celdas de la matriz DOFA, de lo cual resultan los siguientes componentes. FO, FA, DO, DA. D4, debe terminar con conclusiones y recomendaciones, que se

expresarán, de acuerdo a su importancia, y al igual que las demás D, incluye la semaforización. Donde el verde significa estrategias prioritarias (primarias), el amarillo estrategias secundarias, el naranja estrategias terciarias y así sucesivamente.

#### **D5: DECISIONES**

Se derivan de las conclusiones y / o recomendaciones anteriores, se seleccionarán inicialmente las que tengan mejor semaforización; es decir, es el tratamiento que se debe dar al terminar los anteriores elementos. Se dejará espacio para cada una de las decisiones, ordenadas de acuerdo a su importancia.

Culminará como los demás elementos del D7, con una semaforización, donde el verde corresponde a las decisiones prioritarias (primarias), el amarillo a las secundarias, el naranja a las terciarias y así sucesivamente.

#### **D6: DESARROLLO DE UNA CULTURA DE CALIDAD**

Corresponde a lo que se denomina “curva de la cultura de la calidad”, formada por la relación entre dos variables: en el eje de las ordenadas, la formación integral y en el eje de las abscisas, el perfil histórico cultural. Todo esto

corresponde a lo denominado en salud como promoción y prevención, orientada por los procesos educativos. Igual que los demás elementos del D7, terminará con una semaforización, relacionada con la calificación obtenida en la denominada "curva de la cultura de la calidad" y sus componentes. Donde el verde significa que se ha desarrollado una cultura de calidad, el amarillo que está en proceso el desarrollo de una cultura de calidad, el naranja que existen dificultades o problemas que resolver para el desarrollo de una cultura de calidad, aunque se tiene previsto iniciar este proceso y el rojo que no se ha iniciado el desarrollo de una cultura de calidad.

**D7: DAR RESULTADOS DE UNA NUEVA EVALUACIÓN, PARA CORREGIR, MEJORAR Y RETROALIMENTAR EL PROCESO .**

Este componente incluye los resultados finales de una auditoria integral, con su semaforización respectiva, qué es necesario corregir y/o mejorar, para continuar retroalimentando el proceso. Todo lo anterior conducirá a realizar el mejoramiento continuo, en búsqueda de la calidad, debido a ello, el sistema se encontrará en movimiento permanente.

Como los demás elementos del D7, culminará con una semaforización, donde el verde significa que existe retroalimentación permanente, el amarillo que existe retroalimentación periódica, el naranja que existe retroalimentación ocasional y

escasa y el rojo que no existe retroalimentación. Con el modelo D7, propuesto, se cubrirán todos los componentes de una auditoría integral (asistencial, administrativa, financiera y de cumplimiento), incluidos tácitamente en el desarrollo del modelo. Todo ello conduce a la implantación e implementación del sistema de calidad propuesto.

Antes de empezar la auditoría, se realiza una planeación y programación de ella, para lo cual se puede utilizar un formato. Una vez diseñado el sistema, se debe socializar en forma amplia y capacitar al talento humano en su conocimiento adecuado, su implantación e implementación.

## **6.5 REFERENTE LEGAL**

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) existen por todo el mundo y la calidad con que llegan a los usuarios es un alto componente de su competitividad y son generalmente supervisadas por el gobierno de cada nación, ya que compete a la salud y a la vida de sus ciudadanos. En Colombia, la historia de la seguridad social se parte en dos después del 23 de diciembre de 1993: antes y después de la Ley 100. Esta ley establece el Sistema de Seguridad Social Integral en Colombia, que garantiza "los derechos irrenunciables de la persona y la

comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afectan". Así mismo, el decreto número 2174 de noviembre 28 de 1996 presenta la organización del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que enuncia, particularmente en su artículo 9, los componentes que éste debe contener, dentro de los cuales se considera el desarrollo de procesos que permitan conocer el nivel de satisfacción de los usuarios y atender las reclamaciones y sugerencias que se presenten. De otro lado, aunque la ley no lo exigiera, los estudios realizados sobre la atención en salud y su evaluación de la calidad, consideran como pilares fundamentales la satisfacción del cliente, los aspectos clínicos, la contención de costos y la satisfacción del proveedor. Se identifica entonces, en atención a la solicitud legal y a la conveniencia para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en Colombia, la necesidad de un procedimiento que les permita la evaluación de la calidad del servicio prestado, específicamente en la satisfacción del usuario.

La Resolución 412 de 25 de Febrero de 2000 establece una Norma Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo, la cual propone identificar los riesgos relacionados con el embarazo y planificar el control de los mismos, a fin de lograr una gestación adecuada que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas; y la cual consta de objetivos, entre los cuales resalta, detectar tempranamente las complicaciones del

embarazo y en consecuencia orientar el tratamiento adecuado de las mismas, en donde la población objeto que incluye, es todas las mujeres gestantes afiliadas al régimen contributivo y subsidiado. La tasa de Mortalidad Materna en Colombia para 1994, fue de 78.2 por 100 mil nacidos vivos, de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, se calcula que el 95% de estas muertes son evitables.

La estructura de la mortalidad materna que en 20 años difícilmente había logrado ser modificada, (según datos de 1994), para 1996 tuvo modificaciones quedando como primera causa la Hipertensión, seguida de complicaciones del parto con un 18%, el aborto, y las hemorragias que antes ocupaban el segundo y tercer lugar, pasaron a un tercero y cuarto lugar con un 17%.

Con el fin de lograr la meta de reducción de mortalidad materna, se hace necesario establecer parámetros mínimos de habilitación, que garanticen una atención de calidad, con racionalidad científica, para el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones durante el control prenatal.

El Ministerio de Salud desde 1993 elaboró y divulgó el PLAN NACIONAL para reducción de mortalidad materna y perinatal, a partir de 1998 se establece el PLAN NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, en el que se plantea dentro de sus objetivos reducir esta problemática que aqueja la salud pública especialmente a poblaciones vulnerables.



Para el desarrollo de todas las actividades que incluye la Norma Técnica, las Instituciones de Salud que presten este servicio, deberán contar con la capacidad resolutive y el equipo de salud capacitado para brindar atención humanizada y de calidad, que garantice una gestación normal.

Las actividades incluidas y de obligatorio cumplimiento son:

- Identificación e Inscripción de las gestantes en el control prenatal.
- Consulta de primera vez por Medicina General.
- Consultas de seguimiento y control por Medico General y/o Enfermería.

## **7. OBJETIVOS**

### **a. OBJETIVO GENERAL.**

Evaluar el programa de control prenatal, en la IPS, a fin de formular un plan de mejoramiento que promueva la estandarización del desarrollo de las actividades del programa y así se contribuya a hacia la calidad del mismo.

### **b. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Aplicar el instrumento de verificación de condiciones, proporcionado por la EPS.
- Analizar los resultados obtenidos en la aplicación del instrumento de verificación, a fin de identificar las fallas.
- Plantear una estrategia de mejoramiento al programa de Control Prenatal en la IPS.

## **8. JUSTIFICACIÓN**

El ministerio de la protección social se refiere en cuanto a la promoción y prevención en salud, como un Proceso para proporcionar a las poblaciones los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma; mediante la intervención de los determinantes de la salud y la reducción de la inequidad. Consiguiendo así una mejor calidad de vida para la población.

Dentro de la norma técnica encontramos, el control prenatal, una actividad, considerada determinante, tanto para el bienestar de la madre como del hijo. Uno de los objetivos, dentro de la promoción y prevención, es ir mejorando las condiciones de educación y de salud de la mujer, influyendo positivamente sobre el resultado de sus embarazos, evitando así complicaciones que posiblemente traerán consecuencias no deseadas.

Por ello, Es muy importante destacar la necesidad de llevar a cabo, no solo en el programa de control prenatal, sino, dentro de cada uno de los textos definidos como las Normas Técnicas contenidas en la Resolución 412 de 2000, una verificación periódica de todos los requisitos y procesos indispensables para su desarrollo como también para poder cumplir con los estándares de habilitación y posterior acreditación de los servicios dentro de una IPS; ya que esta permitirá tener un control sobre todas y cada una de las condiciones necesarias para poder

llevar un registro de autocontrol de la institución y así con en ello plantear planes de mejoramiento lo cual permite, además de tener control en los procesos, mantener un cliente satisfecho, ya que será posible dar buena atención y solución a sus problemas.

## **9. DISEÑO METODOLÓGICO**

### **9.1 TIPO DE ESTUDIO.**

El presente trabajo investigativo, es cuantitativo según en enfoque metodológico, prospectivo según la ocurrencia de los hechos; transversal según periodo y secuencia del estudio y descriptivo tipo observacional, según el análisis y alcance de los resultados.

### **9.2 POBLACIÓN Y MUESTRA**

No se define porque el estudio de observación, no se aplicó a una población de terminada, sino a los procesos y condiciones necesarias para el desarrollo de las actividades.

### **INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE INFORMACION.**

El instrumento de evaluación, fue proporcionado y validado por la EPS, (anexo 1), el cual se encuentra estandarizado para la evaluación de los procesos en las IPS que contraten para la prestación de servicios en sus diferentes niveles de atención. Involucra de manera organizada diversas variables de análisis, donde se

tendrá en cuenta la infraestructura física, el recurso humano, la gestión administrativa, la auditoria de servicios, educación en salud y dotación. Se aplicó a una Institución Prestadora de Salud de Régimen Contributivo.

## 10. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO
Diseño: planteamiento y formulación del problema, objetivos, justificación, marco teórico.	<b>X</b>	<b>X</b>				
Recolección: entrevistas con funcionarios de la IP, análisis de datos de informes, observación.	<b>X</b>	<b>X</b>				
Procesamiento: diseño y aplicación de la encuesta, estandarización de la calificación		<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>		
Análisis: confrontación de los resultados obtenidos.			<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	
Presentación de resultados				<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>

## **11. RESULTADOS ESPERADOS**

### **11.1 SITUACIÓN ACTUAL DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS**

#### **Los datos:**

La Institución Prestadora de Servicios de Salud cuenta con los siguientes recursos para el desarrollo de los programas de Promoción y Prevención, con un acompañamiento permanente de la Empresa Promotora de Salud en donde además de dar los lineamientos requeridos también contribuye con el pago de la nómina para estos programas:

#### **Recurso Humano:**

Para la Entidad Promotora de Salud la frecuencia de uso que se tiene para la asignación de personal a los programas de promoción y prevención son los siguientes:



<b>TALENTO HUMANO</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>HORAS /DIA</b>	<b>POBLACION</b>
Médico	1	8	Por cada 20000 usuarios
Enfermera Jefe	1	8	Por cada 20000 usuarios
Auxiliar Enfermería	1	8	Por cada 10000 usuarios
Sicóloga	1	8	Por cada 20000 usuarios
Agente Educativo	1	8	Por cada 10000 usuarios

La Unidad Básica de Atención, tiene fijado como población a atender **21890** usuarios, para el programa de promoción y prevención se ha asignado el siguiente personal:

<b>TALENTO HUMANO</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>HORAS /DIA P y P</b>
Médico	1	8
Enfermera Jefe	1	8
Auxiliar Enfermería	2	8
Sicóloga	1	8
Agente Educativo	2	8

Analizando el recurso humano que se dispone para la población fijada de **21890** usuarios, es el adecuado para que el programa de promoción y prevención funcione sin contratiempo.

La Entidad Promotora de Salud cuenta con una evaluación que permite calificar la calidad de la Institución Prestadora de Servicios a través de la encuesta de verificación de condiciones.

La evaluación se realiza con una visita a las instalaciones, y observando cada uno de los ítems de la encuesta. Esta evaluación involucra el análisis de la documentación que la Institución Prestadora de servicios debe aportar. Con la calificación obtenida se concertará un plan de mejoramiento que se realizará de acuerdo al puntaje obtenido. Esto hace parte del acompañamiento que la Entidad Promotora de Salud le ofrece para el mejoramiento de los programas.

#### **Encuesta para verificación de Condiciones:**

Esta encuesta definida por la Entidad Promotora de Salud tiene como fin evaluar la infraestructura física, el recurso humano, la gestión administrativa, la auditoria de servicios, educación en salud y dotación.

Para cada uno de los ítems mencionados se tiene una calificación que va de 0 a 30 (en bloques de 5 cada uno), los que significan:

0: - Aplica a la IPS, pero no se ha trabajado nada. No se marca ninguna casilla y para el cálculo se toma como valor para la puntuación.

5: - Existe el proyecto escrito, pero no ha sido socializado.

10: - El enfoque es esporádico, no está presente en todas las áreas, no es sistemático y no se relaciona con el direccionamiento estratégico.

- Los enfoques son mayoritariamente reactivos.

- La información presentada es anecdótica y desarticulada, no hay evidencias (hechos y datos).

- El enfoque se ha implementado en algunas áreas pero se refleja su debilidad.

- El enfoque no se despliega hacia los clientes.

15: - Comienzo de un enfoque sistemático para los propósitos básicos del estándar y empieza a estar presente en algunas áreas.

- Etapas iniciales de transición de la reacción a la prevención de problemas.

- La evidencia de un proceso de evaluación y mejoramiento del enfoque es limitada. Esbozo de algunos hechos y datos, desarticulados.

- La implementación del enfoque se da en algunas áreas operativas principales y existen brechas muy significativas en procesos importantes.
  - Hay evidencias de despliegue a unos pocos clientes pero este no es consistente.
- 20:
- El enfoque es sistemático, alcanzable para lograr los propósitos del estándar que se desea evaluar, en áreas claves.
  - Enfoque mayoritariamente preventivo hacia el manejo y control de los procesos y problemas de los mismos proactivamente, aún cuando existen algunas áreas donde se actúa reactivamente.
  - El proceso de mejoramiento esta basado en hechos y datos (acciones específicas realizadas y registradas) sobre áreas claves que abarcan la mayoría de productos y servicios.
  - La implementación esta más avanzada en áreas claves y no existen grandes brechas con respecto a otras áreas.
  - Hay evidencias de implantación parcial del enfoque, tanto en clientes internos como externos, con un grado mínimo de consistencia.
- 25:
- El enfoque es sistemático tiene buen grado de integración que responde a todos los propósitos del estándar en la mayoría de las áreas. Relacionado con el direccionamiento estratégico
  - El enfoque es mayoritariamente proactivo y preventivo

- Existe un proceso de mejoramiento basado en hechos y datos como herramienta básica de dirección
  - Existe alguna evidencia que indica que el enfoque está incidiendo en la implementación y los procesos más importantes.
  - Existe un enfoque bien desplegado en todas las áreas, con brechas no significativas en áreas de soporte.
  - El enfoque se despliega a la mayoría de los usuarios y es medianamente consistente
- 30:
- El enfoque es explícito y se aplica de manera organizada en todas las áreas, responde a los distintos criterios del estándar y está relacionado con el direccionamiento estratégico.
  - El enfoque es proactivo y preventivo en todas las áreas
  - Existen ciclos sistemáticos de evaluación, la información recogida es consistente y válida, oportuna y se emplea para la evaluación y definir acciones de mejoramiento.
  - La incidencia del enfoque en la implementación y en los resultados es demostrable.
  - La implementación del enfoque se amplía continuamente para cubrir nuevas áreas en forma integral y responde al enfoque definido en todas las áreas claves.

- El enfoque se despliega a la totalidad de los usuarios y es totalmente consistente.

NA: - Cuando el ítem no aplica para la IPS

Al final el puntaje obtenido se pondera y nos da una calificación, donde se determina en que clase se sitúa la Institución Prestadora de Salud, frente a lo que espera la Empresa Promotora de Salud con la encuesta realizada, que puede ser el siguiente:

**Criterio de Clasificación:** A partir de la “Encuesta para verificación de Condiciones” se clasificarán las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de acuerdo a la siguiente escala:

CLASE	PROVEEDOR		RE-EVALUACIÓN	PRESTADOR	RE-EVALUACIÓN
	CALIFICACIÓN	DESCRIPCIÓN		DESCRIPCIÓN Y/O CALIFICACIÓN	
A	> 90 - 100	IPS confiable o ISO_9001	Cada 2 Años	Acreditación	Cada 3 años
B	70 - 90	IPS confiable con acción a realizar	Cada Año	ISO 9001 ó > 90 -100 Evaluación	Cada 2 años
C	50 - 70	IPS aceptable	Cada 6 Meses	Habilitado ó > 70 -90 Evaluación	Cada año
D	<= 50	IPS no confiable. Plan de acción urgente	Máximo cada 6 Meses	Habilitado ó > 50 - 70 Evaluación	Cada 6 meses
E	NA	NA	NA	IPS no confiable <= 50 Evaluación	Máximo en 6 meses a clase C

**Sistema de calificación:** Se identifica el nivel y la calificación para las Instituciones Prestadoras de Servicios:

- **IPS Clase A:** Son Instituciones Prestadoras de Servicios que han alcanzado el nivel de acreditación de manera oficial, su reevaluación será cada 3 años dependiendo del nivel de desempeño a juicio de la Entidad Promotora de Servicios.
- **IPS Clase B:** Son Instituciones Prestadoras de Servicios con certificación ISO 9001 versión 2000 que cumplan con los requisitos de infraestructura, tecnología y recursos humanos de acuerdo al marco legal previsto, su reevaluación será máximo cada 2 años dependiendo del nivel de desempeño a juicio de la Entidad Promotora de Servicios.
- **IPS Clase C:** Son Instituciones Prestadoras de Servicios habilitadas de manera oficial que deben prestar y ejecutar un plan de acción en un plazo máximo de un año.
- **IPS Clase D:** Son Instituciones Prestadoras de Servicios habilitadas que deben presentar un plan de acción a realizar máximo a 6 meses.

- **IPS Clase E:** Son Instituciones Prestadoras de Servicios en situación crítica; si ya se encuentra prestando servicios con la Entidad Promotora de Servicios deberá de ejecutar un plan de acción y ascender a nivel C en un periodo máximo de 6 meses. Si es una Instituciones Prestadoras de Servicios no se tendrá en cuenta para su contratación hasta no obtener un nivel mínimo de B.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios que una vez reevaluadas estando en calificación D no asciendan de nivel, serán sometidas a evaluación y como medida preventiva no se podrá renovar la relación contractual con la Entidad Promotora de Servicios.



## **12. RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE LA ENCUESTA DE VERIFICACION DE CONDICIONES**

Una vez realizada la visita programada para la aplicación de la encuesta de verificación de condiciones, se obtuvieron los siguientes resultados. (Ver anexo 1)

INFRAESTRUCTURA FISICA: 92%

RECURSO HUMANO: 89%

GESTION ADMINISTRATIVA: 49%

AUDITORIA DE SERVICIOS: 61%

EDUCACION EN SALUD: 67%

DOTACION: 85%

PUNTAJE TOTAL: 2125

MAXIMO POSIBLE: 3000

PUNTAJE TOTAL OBTENIDO: 71%

### **13. ANÁLISIS DE LA CALIFICACIÓN OBTENIDA**

De acuerdo con la calificación suministrada por la Entidad Promotora de Salud, al finalizar la revisión de las condiciones de verificación encontramos que la Unidad Básica de Atención obtuvo un **porcentaje total de 71%**, encontrándose las siguientes falencias de los seis ítems evaluados:

#### **I. INFRAESTRUCTURA FÍSICA**

En este ítem el porcentaje obtenido es de 92%.

- Ítem 7. Falta la adecuación de vestier en el consultorio de control prenatal.

#### **II. RECURSO HUMANO**

En este ítem el porcentaje obtenido es de 89%

- Ítem 13 y 14. Falta actualización de las hojas de vida del personal de promoción y prevención. Con sus respectivos titulo de formación universitaria expedidos por una entidad reconocida por el estado y el número de registro profesional en el personal profesional universitario no especializado

### **III. GESTION ADMINISTRATIVA**

En este ítem el porcentaje obtenido es de 49%

- Ítem 23. Falta la actualización el plan de acción en promoción y prevención para la Unidad Básica de Atención, toda vez que el existente es de las IPS que anteriormente tenían el contrato.
- Item 25. Esta pendiente terminar y recapacitar del personal médico y de enfermería sobre los procedimientos de atención integral de los programas, conforme a la Resolución 412 de 2000.
- Item 26. Se encuentra la carencia de registro de notificación obligatoria de enfermedades.
- Item 27. No hay estandarización en el diligenciamiento de las historias clínicas de Promoción y Prevención, así como el diligenciamiento del riesgo biosico-social en el programa de control prenatal.
- Item 30. Se debe reiniciar el proceso del diligenciamiento de formato de inscripción de los usuarios de los programas
- Item 31. No se ha implementado el registro de asignación de citas en forma ordenada
- Ítem 35 al 45. En la detección y capacitación de afiliados no se pudo evaluar ya que no hay registros de inscripción donde se demuestre el ingreso a los diferentes programas.

- Item 46. No se ha implementado el registro de registro de llamadas telefónicas a los inasistentes a los programas
- Item 47. No hay asignación de personal auxiliar para la búsqueda de pacientes inasistentes por segunda vez.
- Item 49. El rendimiento no cumple con lo estipulado a la norma.
- Item 50. No hay una depuración de la base de datos de los usuarios inscritos en los programas.
- Item 52. No se cuenta con un Kardex por programas.
- Item 54: No se encuentran registros o mecanismos de seguimiento, de servicios prestado fuera de la IPS, para captar las usuarias del programa de control prenatal, vacunación, salud oral, recién nacido.

#### **IV. AUDITORIA DE SERVICIOS**

En este ítem el porcentaje obtenido es de 61%

- Item 56. Falta completar las guías de atención
- Item 57. No tienen implementado el comité de historias clínicas
- Item 58 y 59. Al no tener completas las guías de atención no cumplen con las normas técnicas para cada programa y no se rigen por las guías.
- Item 60. Falta implementar el formato de evaluación de tiempos de atención.

- Item 62. Falta iniciar el comité de vigilancia epidemiológica, así como las fichas de seguimiento.
- Item 63 a 65. Falta dar a conocer a los usuarios los servicios que se ofrecen, la forma de utilización y los horarios de atención de Promoción y Prevención.

## **V. EDUCACION EN SALUD**

En este ítem el porcentaje obtenido es de 67%

- Item 69. No posee totalmente los contenidos de los talleres dados.
- Item 71. Falta la consolidación de la información.
- Item 72. No realiza programación anticipada y por lo tanto no están publicadas.

## **VI. DOTACION**

En este ítem el porcentaje obtenido es de 85%

- Item 76. El consultorio de control prenatal de enfermería no cuenta con una camilla ginecológica para examen
- Item 81. Los consultorios médicos no cuentan con las tablas de Snellen.

- Item 84. El consultorio de crecimiento y desarrollo no cuenta con pesa bebé e infantómetro
- Item 87. En ninguno de los consultorios médicos se cuenta con equipo de órganos para cada uno.
- Item 91. En el consultorio de control prenatal no se cuenta con equipo doopler para la realización del control.
- Item 98. Para la cadena de frío no se lleva el registro de la temperatura en horas de la mañana y tarde, No se cuenta con el termómetro que se coloca en la puerta de la nevera.

Teniendo en cuenta la calificación obtenida se decide realizar un plan de mejoramiento (Anexo 2) que permita mejorar esta calificación y estar dentro de los estándares que solicita la Entidad Promotora de Salud.

## 14. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- De la encuesta de verificación de condiciones, propuesta por la EPS, se puede decir que, se encontraron limitantes alrededor de su validez, ya que dentro de su estructura no cuenta con variables importantes como, costo, oportunidad, factibilidad y valores éticos; que aún no hacen posible hablar del modelo "ideal" que garantice la obtención objetiva de los resultados y aporte todos los elementos para su fácil implementación y adopción por parte de las instituciones de salud.

- Teniendo en cuenta la verificación de condiciones realizadas a la Institución Promotora de Salud, se concluyó que los programas a pesar de tener todo el apoyo requerido para el adecuado funcionamiento, no se ejecutan de acuerdo a las exigencias de la norma y no cumplen, en su totalidad, los compromisos adquiridos en la contratación efectuada por las partes.

- La Institución Prestadora de Servicios no articula el personal encargado tanto de la coordinación médica como de la coordinación de Promoción y Prevención para lograr objetivos comunes en las metas establecidas, dando

como resultado final la disminución del impacto por un inadecuado seguimiento de los programas.

- Por parte de la Coordinación de Promoción y Promoción no hubo planeación, evaluación, organización, supervisión ni evaluación de los programas. No se evaluó la gestión de los mismos en la calidad de atención, cumplimiento de coberturas, seguimiento a inconsistentes y pacientes que por su riesgo lo ameritan.

- Se deberán fortalecer las acciones de seguimiento, vigilancia y control de las gestantes, estandarizando el proceso fuera de la IPS, en los diferentes niveles de atención que se tengan contratados, a través de visitas domiciliarias, llamadas telefónicas, con los agentes de salud.

- Es importante hacer énfasis en que para cumplir con los objetivos del programa de control prenatal, se requiere que las instituciones permitan y faciliten su desarrollo, pero igualmente, que quienes los lideran, hagan ver la importancia del crecimiento en todas sus áreas, estén atentos a las oportunidades, se informen de los cambios externos e impulsen la transformación interna.



- Se recomienda a la IPS, realizar continuamente y en forma programada de acuerdo a cronogramas establecidos, el seguimiento y verificación del buen desarrollo del programa, teniendo en cuenta las condiciones de estructura y de la buena ejecución de las actividades designadas.

- Se recomienda realizar seguimiento y verificación del cumplimiento, de lo planes de mejora propuestos.

## BIBLIOGRAFIA

- PABÓN, Lasso Hipólito MD. Evaluación de Servicios de Salud. Segunda Edición. Universidad del Valle. Facultad de Salud.
- MALAGÓN, Londoño Galán Morera. Pontón Laverde. Auditoria en Salud. Editorial Médica Panamericana. Segunda Edición. Bogotá D.C.
- ÁLVAREZ, Heredia Francisco, ÁLVAREZ, Heredia Aurelia, BARRAGÁN, Juan Carlos, ESCALANTE, Angulo Carlos, ESPAÑA, Arenas David, FAIZAL, Geagea Enriqueta, RODRÍGUEZ M Nelsy., (Colaboradores). Calidad y Auditoria en Salud. ECOE Ediciones. Segunda edición, Bogotá, Abril de 2007.
- ÁLVAREZ, Heredia Francisco, Md. MSP. Instrumentos de Auditoría Médica. ECOE Ediciones. Primera Edición, Bogotá, Abril de 2006.
- KERGUELÉN, Carlos. Calidad en salud ¿...Qué es...? Y sus implicaciones en el Sistema de Garantía de Calidad Colombiano. Editorial Centro de Gestión Hospitalaria. Bogotá, Colombia

- HERRERA, M Julián A. Aplicación de un Modelo Biopsicosocial. Segunda Edición. Universidad del Valle. Cali, Colombia.
- SABINO, Carlos A. El Proceso de Investigación. Editorial El Cid Editor. 62, 133, 138, 160 y 161p. Bogotá (Colombia).
- MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. Decreto 2174 de noviembre 28 de 1996
- MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. Resolución 412 de de 25 de Febrero de 2000.

# **ANEXOS**

## ANEXO 1. ENCUESTA DE VERIFICACION DE CONDICIONES

**IPS.**

**NIVEL: I**

**FECHA: JUNIO 12 DE 2007**

CONDICIONES DE VERIFICACIÓN		CALIFICACION							OBSERVACIONES
		0	5	10	15	20	25	30	
<b>1. INFRAESTRUCTURA FÍSICA</b>									
1	Cumplimiento de las normas relacionadas con las condiciones sanitarias de: ubicación y construcción de la edificación, diseño y construcción de instalaciones interiores para suministro de agua y evacuación de residuos líquidos, suministro.							X	
2	Fácil acceso para los afiliados a los consultorios y áreas comunes.							X	
3	La imagen corporativa cuenta con los colores, decoración, afiches, mensajes y cuadros acordes con la estética de la sede.							X	
4	Existe disponibilidad en los consultorios y áreas adecuadas para cada uno de los servicios que							X	

	se ofrecen en el contrato.								
5	Consultorios con área mínima de 10mts por 10mts de lado y 2.5 mts de longitud.							X	
6	Adecuada iluminación y ventilación en todas las zonas							X	
7	vestier (CPN),								
	Cuenta con áreas para:							X	
8	Área exclusiva en EDUCACION EN SALUD con sillas movibles y colchonetas.							X	
9	Sala de espera, recepción, y asignación de citas.							X	
10	Baño para el publico							X	
11	Baño para el personal del servicio							X	
12	Cuarto de aseo							X	
<b>Subtotal Infraestructura física</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>330</b>	

2. RECURSO HUMANO								
13	Listado del personal asistencial de promoción y cumplimiento en todas las hojas de vida los requisitos exigidos por la ley para el desarrollo de su actividad, desde su vinculación (Verificar Certificados).					X		LAS HOJAS DE VIDA SE ESTÁN ACTUALIZANDO
14	Igual que el numeral anterior, verificando el título de formación universitaria expedido por una Universidad reconocida por el Estado y el No. De registro profesional en el personal profesional universitario no especializado desde su vinculación.					X		
15	Existe coordinador de Promoción y Prevención						X	
16	Además de cumplir con las generalidades institucionales, disponga de personal médico y de enfermería de acuerdo con el tipo de programa que ofrece. El No. De afiliados atendidos esté acorde con la normas técnicas.						X	
17	Hay personal auxiliar asignado para ejecutar las funciones administrativas de citas, caja, recepción y mensajería.						X	
18	Si se realizan actividades docente asistenciales, identificar los procedimientos existentes para que el personal de entrenamiento, cuente con una supervisión permanente por parte del personal legalmente habilitado para prestar los servicios de salud.						X	
<b>SUBTOTAL RECURSO HUMANO</b>		0	0	0	0	40	0	120

<b>3. GESTION ADMINISTRATIVA</b>								
19.	Solicitar copia de declaración de requisitos esenciales y verificar la vigencia de la misma.				X			
20	Verificación de la existencia del área de P y P en la estructura organizacional de la EPS.						X	
21	¿Existe manual de funciones por dependencia y cargo?						X	
22	¿Existe manual de procedimientos de P y P?						X	
23	¿Existe plan de acción de P y P actualizado?				X			
24	¿Existe archivo de informes de gestión de 3 generaciones?						X	
25	¿Se conocen y ejecutan los procedimientos de atención integral en salud por programas?				X			
26	¿Se hace el registro y reporte de enfermedades de notificación obligatoria?	X						
27	¿Se diligencia el formato único oficial de historia clínica de promoción?				X			
28	¿Se tiene implementado el programa de control de riesgo biosicosocial?						X	
29	Seleccionar aleatoriamente sobre la asignación de citas si todos los pacientes cuentan con historia clínica.						X	



30	Existe un registro de inscripción en los programas	X						
31	Existe un registro de asignación de citas pop programa.			X				
32	Existe diligenciamiento y entrega de carné por programa.					X		
33	Se lleva un documento de registro diario d actividades por paciente atendido (RIPS)					X		
34	Existe registro de reporte de vacunación a secretaría municipal.					X		
	<b>La detección y captación de afiliados se realiza en:</b>							
35	Sala de espera de la consulta médica y área de citas.	X						
36	Consulta médica.	X						
37	Mesa de control de afiliaciones.	X						
38	Visita domiciliaria.	X						
39	Consulta odontológica.	X						
40	Consulta especializada.	X						
41	Jornada empresarial.	X						
42	Feria salud familiar.	X						
43	Bono saludable.	X						
44	Otra estrategia de demanda inducida.	X						
45	Demanda espontánea.	X						
	<b>Realiza actividades de seguimiento a afiliados inscritos en los programa a través de:</b>							
46	Llamada de inasistentes (registro)	X						
47	Visita domiciliaria a inasistentes por segunda vez.	X						
48	Se aplica el proceso de remisión del paciente al nivel adecuado cuando se					X		

	detectan signos de alarma ( formato :_ HC )								
49	El rendimiento de controles coincide con la norma que es 3 por hora.				X				
50	Verificar si se cierra el caso por traslado, cumple la edad o fallece. (Formato).	X							
51	Existe portafolio de servicios actualizado.						X		
52	Existe diligenciamiento de kardex.	X							
53	Se archivan junto con la historia los diagnósticos y resultados de exámenes.						X		
54	Existen mecanismos de control y seguimiento de los servicios prestados fuera de la IPS, como: vacunación, salud oral, parto y recién nacido.	X							
<b>Subtotal gestión administrativa</b>		<b>0</b>	<b>90</b>	<b>0</b>	<b>30</b>	<b>80</b>	<b>0</b>	<b>330</b>	

4. AUDITORIA DE SERVICIOS							
55	Posee las normas técnicas y guías de atención.					X	
56	Se cuenta con las guías clínicas de atención integral.			X			
57	Existe un comité de historias clínicas que realiza auditoría a los registros hechos. (Verificar actas).	X					
58	Cumple las normas técnicas de cada programa.				X		
59	Se rige por las guías de atención integral de las enfermedades.				X		
60	Existe una metodología aplicada para evaluar los tiempos de atención.	X					
61	Se realiza vigilancia epidemiológica de patologías importantes en área de influenza (verificar seguimiento de casos y libro de actas).				X		
62	¿Cómo es la atención en la recepción del paciente para la asignación de la cita? (verificar)	X					
	<b>Se cuenta con mecanismos de información a los afiliados sobre:</b>						
63	Servicios que ofrece	X					
64	Forma de utilización.	X					
65	Horarios de atención.	X					
	<b>Existe metodología para evaluar la satisfacción del afiliado en cuanto a:</b>						
66	Buen trato al afiliado (escucharlo, tolerancia, vocación de servicio)					X	
67	Calidad humana por todos los					X	

	funcionarios de la unidad (IPS)							
68	Utilización de lenguaje claro y concreto.						X	
69	Resolución de inquietudes que permitan la satisfacción del usuario						X	
	<b>Subtotal Auditoría de servicios</b>	<b>0</b>	<b>30</b>	<b>0</b>	<b>15</b>	<b>60</b>	<b>0</b>	<b>150</b>

6. DOTACION									
<b>Verificar si en cada consultorio existen los siguientes elementos.</b>									
75	Escritorio y sillas.							X	
76	Sillas para pacientes.							X	
77	Mesa fija para examen (Camilla ginecológica para CPN y citologías), escalerilla.				X				
78	Lámpara cuello de cisne.							X	
79	Mesa auxiliar.							X	
80	Recipiente para desechos.							X	
81	Fonendoscopio, tensiómetro							X	
82	Tabla de Snell.				X				
83	Tensiómetro pediátrico.							X	
84	Balanza y tallímetro							X	
85	Pesa bebé e infantómetro	X							
86	Equipo completo para evaluación del desarrollo psicomotor, de acuerdo a las normas establecidas.							X	
87	Linterna, termómetro.							X	
88	Equipo de órganos por área de consulta.				X				
89	Bata de pacientes.							X	
90	Glucómetro (diabetes)							X	
91	Cintas para glucómetro (diabetes)							X	
92	Doppler ( CPN)	X							
93	Espéculos vaginales de diferentes tamaños. (cuando no sean desechables se debe garantizar un proceso de esterilización)							X	
94.	Pinza de curación larga (citología)							X	
95	Tijera de curva larga (citología)							X	
96	Pinza cuello citología.							X	
97	Equipo completo para incersión de DIU,							X	

	como: histerómetro, pinza de cuello, pinza de corazón, tijera de mezenbaun.							
98	Cinta metálica (CPN)						X	
99	Existe un mínimo de elementos para esterilización y asepsia adecuada.				X			
100	Es adecuada el área de esterilización médica y es restringida.						X	
<b>Subtotal dotación</b>		<b>0</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>80</b>	<b>0</b>	<b>600</b>

<b>GRAN TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>135</b>	<b>0</b>	<b>60</b>	<b>280</b>	<b>0</b>	<b>1650</b>	
-------------------	----------	------------	----------	-----------	------------	----------	-------------	--

FIRMA DEL RESPONSABLE:

---

## ANEXO 2

### PLAN DE MEJORAMIENTO

PLAN DE ACCION DE PROMOCION Y PREVENCION				
OFICINA		Popayán	FECHA	Junio de 2007
NOMBRE DE LA IPS		IPS	CALIFICACION	71%
QUE	QUIEN	COMO	CUANDO	DONDE
I. INFRAESTRUCTU RA FISICA	Coordinador Médico	Realizar el vestier de control prenatal	Agosto 15 de 2007	Consultorio de Control Prenatal
II. RECURSO HUMANO	Coordinador Médico	Actualizar las hojas de vida del personal con sus respectivo titulo de formación profesional expedidos por una universidad reconocida por el estado y el número de registro profesional en el personal universitario no especializado.	Septiembre 2 de 2007	Oficina de Talento Humano
	Coordinadora Promoción y Prevención	Implementar el registro de enfermedades de notificación obligatoria, acorde a la normatividad vigente.	Septiembre 18 del 2007	Oficina Promoción y Prevención

III. GESTION ADMINISTRATIVA	Coordinadora Promoción y Prevención	Actualizar el plan de acción para la Unidad Básica de Atención	Octubre 4 de 2007	Oficina Promoción y Prevención
	Coordinadora Promoción y Prevención	Capacitación del personal médico y de enfermería sobre los procedimientos de atención integral de los programas.	1 taller mensual	Salón Unidad Básica de atención
	Coordinadora Promoción y Prevención	Diligenciamiento de formato único oficial de la historia clínica de P y P y Estandarización de las historias clínicas, según directrices la EPS	Se iniciará la prueba de las historias clínicas el 1 de Octubre de 2007.	Unidad Básica de Atención
	Coordinadora Promoción y Prevención	Reiniciar el proceso de diligenciamiento del formato de inscripción de los usuarios de los programas	Inmediatamente	Oficina Promoción y Prevención
	Coordinadora Promoción y Prevención	Iniciar el registro de asignación de citas en forma ordenada por cada programa	Inmediatamente	Oficina Promoción y Prevención
III. GESTION ADMINISTRATIVA	Coordinadora	Iniciar el registro de la	Inmediatamente	Oficina



	Promoción y Prevención	puerta de entrada a los programas para la capacitación de los afiliados		Promoción y Prevención
	Coordinadora Promoción y Prevención	Iniciar el registro de de llamadas telefónicas a los inasistentes a los programas	Inmediatamente	Oficina Promoción y Prevención
	Coordinador Médico	Asignación de personal auxiliar para la búsqueda de pacientes inasistentes por segunda vez, para la realización de las visitas domiciliarias (iniciando con las maternas, hipertensos y diabéticos)	Agosto 15 de 2007	Oficina de Talento Humano
	Coordinadora	Verificación del cierre	Agosto 15 de	Oficina

	Promoción y Prevención	de caso por traslado por cumplimiento de la edad o fallecimiento e Iniciar la depuración de la base de datos de los usuarios inscritos en los programas	2007	Promoción y Prevención
	Coordinadora Promoción y Prevención	Implementar estrategias de seguimiento y control de los servicios prestados fuera de la IPS, (control prenatal y recién nacido, salud oral, etc.)	Septiembre 17 de 2007	Oficina Promoción y Prevención
	Coordinadora Promoción y Prevención	Iniciar la implementación del kardex por programas	Septiembre 17 de 2007	Oficina Promoción y Prevención
	Coordinadora Promoción y Prevención	Completar las guías de atención	Junio de 2007	Unidad Básica de Atención
	Coordinador Médico	Iniciar el comité de historias clínicas y realizar actas	Julio de 2007	Unidad Básica de Atención

IV. AUDITORIA DE SERVICIOS	Coordinadora Promoción y Prevención	Iniciar la sensibilización y educación al personal médico y de enfermería sobre las normas técnicas	Julio 18 de 2007	Salón Unidad Básica de atención
	Coordinadora Promoción y Prevención	Iniciar la capacitación del personal médico y de enfermería sobre las guías de atención para el cumplimiento de las mismas	Agosto de 2007	Salón Unidad Básica de atención
	Coordinadora Promoción y Prevención	Aplicación de la Metodología para evaluar los tiempos de atención e implementar el formato para la evaluación de los mismos.	Agosto de 2007	Unidad Básica de Atención
IV. AUDITORIA DE SERVICIOS	Coordinadora Promoción y Prevención	Iniciar el comité de vigilancia epidemiológica de patologías importantes en el área de influenza y la realización de las fichas de seguimiento.	Agosto de 2007	Oficina Promoción y Prevención

	Coordinadora Promoción y Prevención	Realizar encuestas de satisfacción al usuario que mida la calidad de la atención en recepción y asignación de citas	Semestral	Unidad Básica de Atención
	Coordinadora Promoción y Prevención	Dar a conocer a los usuarios los servicios que se ofrecen, forma de utilización y horarios de atención los programas.	Agosto de 2007	Unidad Básica de Atención
V. EDUCACION EN SALUD	Coordinadora Promoción y Prevención	Realizar los talleres educativos con su respectivo contenido metodológico	Julio de 2007	Oficina Promoción y Prevención
	Coordinadora Promoción y Prevención	Consolidar la información mensualmente de las evaluaciones por parte de los usuarios de los procesos educativos	Agosto de 2007	Oficina Promoción y Prevención
	Coordinadora Promoción y Prevención	Realizar programación mensual anticipada de las actividades de P y P	Agosto de 2007	Oficina Promoción y Prevención

VI. DOTACION	Coordinadora Promoción y Prevención	Solicitud de dotación de tablas de Snellen para el consultorio médico	Inmediatamente	Unidad Básica de Atención
	Coordinadora Promoción y Prevención	Solicitud de dotación de camilla ginecológica para el consultorio de control prenatal de enfermería.	Inmediatamente	Unidad Básica de Atención
	Coordinadora Promoción y Prevención	Solicitud de dotación de una pesa bebe y el infantómetro	Inmediatamente	Unidad Básica de Atención
	Coordinadora Promoción y Prevención	Solicitud de equipos de órganos faltantes para los consultorios médicos.	Inmediatamente	Unidad Básica de Atención
	Coordinadora Promoción y Prevención	Solicitud de equipo doppler para el programa de control prenatal	Inmediatamente	Unidad Básica de Atención
	Coordinadora Promoción y prevención Promoción y	Implementar el termómetro que se	Agosto de 2007	Consultorio de vacunación

	Prevención	coloca en la puerta de la nevera e iniciar el registro de la temperatura conforme a la norma		
--	------------	----------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

La Institución Prestadora de servicios realiza el cronograma propuesto en el Plan de Mejoramiento, el cual se iniciará en Julio de 2007.