

**DISEÑO DE UN MODELO DE AUDITORIA PARA EL PROGRAMA DE  
DETECCION TEMPRANA DE ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y  
DESARROLLO EN EL MENOR DE 10 AÑOS  
EN EL CENTRO DE SALUD 31 DE MARZO DE LA UNIDAD POPAYAN**

**YENNY ALEXANDRA DIAZ YACUMAL  
NIDIA MARGARITA HINCAPIE GRANDA  
LUZ MARINA YACUMAL VELASCO  
ESCUELA DE ADMINISTRACION DE NEGOCIOS "E.A.N."  
POSTGRADO EN AUDITORIA Y GARANTIA DE LA CALIDAD EN SALUD CON  
ENFASIS EN EPIDEMIOLOGIA  
POPAYAN  
2007**

**DISEÑO DE UN MODELO DE AUDITORIA PARA EL PROGRAMA DE  
DETECCION TEMPRANA DE ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y  
DESARROLLO EN EL MENOR DE 10 AÑOS  
EN EL CENTRO DE SALUD 31 DE MARZO DE LA UNIDAD POPAYAN**

**YENNY ALEXANDRA DIAZ YACUMAL  
NIDIA MARGARITA HINCAPIE GRANDA  
LUZ MARINA YACUMAL VELASCO**

Director: Dr. JORGE ERNESTO OCHOA

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al titulo de  
ESPECIALISTA EN AUDITORIA Y GARANTIA DE LA CALIDAD EN SALUD CON  
ENFASIS EN EPIDEMIOLOGIA

**ESCUELA DE ADMINISTRACION DE NEGOCIOS “E.A.N.”  
POSTGRADO EN AUDITORIA Y GARANTIA DE LA CALIDAD EN SALUD CON  
ENFASIS EN EPIDEMIOLOGIA  
POPAYAN  
2007**

**Nota de Aceptación**

---

---

---

---

---

---

---

Firma del presidente del jurado

---

Firma del jurado

---

Firma del jurado

Popayán, septiembre de 2007

*Dios y la Virgen Santísima son el camino, la verdad y la vida.  
A ellos elevamos nuestras voces de agradecimiento por  
brindarnos salud, sabiduría, capacidad y fortaleza para  
culminar con éxito esta etapa de nuestras vidas.*

*A nuestros familiares y amigos por su apoyo incondicional,  
aceptando con paz los silencios, ausencias y tardanzas a las  
que debimos someterlos.*

*Las autoras*

## CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
1. DESCRIPCIÓN DE LA INSTITUCIÓN	4
1.1 NATURALEZA JURÍDICA	4
1.2 LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA	7
1.3 ORGANIGRAMA	7
1.4 MISIÓN	7
1.5 VISIÓN	10
1.6 VALORES CORPORATIVOS	10
1.7 OBJETIVOS CORPORATIVOS	11
1.8 POLÍTICAS INSTITUCIONALES	13
1.9 PORTAFOLIO DE SERVICIOS CENTRO DE SALUD 31 DE MARZO	13
1.10 RECURSO FÍSICOS	15
1.11 TALENTO HUMANO	15
1.12 FINANCIEROS	16
2. PLANTEAMIENTO Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	17
3. MARCO TEÓRICO Y LEGAL	18
3.1 ATENCIÓN PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LOS NIÑOS (A) MENORES DE 10 AÑOS	18
3.2 POBLACIÓN OBJETO PARA EL PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	19
3.3 CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO	19
3.4 OBJETIVOS DE LA DETECCIÓN PRECOZ DE ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO	21

	Pág.
3.5 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL	22
3.6 CONSULTA DE CONTROL POR ENFERMERÍA	24
3.7 AUDITORIA Y CALIDAD	27
3.8 LA AUDITORIA DE SERVICIOS DE SALUD	29
3.9 AUDITORÍA DE LOS PROGRAMAS DE SALUD PÚBLICA	33
3.10 ESTUDIOS EN COLOMBIA SOBRE EL PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	36
3.11 AUDITORIA DE LA CALIDAD EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD	42
4. JUSTIFICACIÓN	53
5. OBJETIVOS	55
5.1. OBJETIVO GENERAL	55
5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	55
6. PROPÓSITOS	57
7. METODOLOGÍA	58
7.1 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	58
7.2 MÉTODOS Y TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS	59
7.3 APLICACIÓN DEL MODELO C-DOPRI AL CENTRO DE SALUD 31 DE MARZO – UNIDAD POPAYAN	60
7.3.1 Contexto	61
7.3.2 Demanda	63
7.3.2.1 Características sociodemográficas	63
7.3.2.2 Demanda Efectiva Atendida	66
7.3.3 Oferta	68
7.3.4 Procesos	79
7.3.4.1 Flujograma de Atención	79
7.3.4.2 Tiempos de Espera	79
7.3.4.3 Diligenciamiento de Historias Clínicas	83
7.3.4.4 Protocolos de Manejo Clínico-Terapéutico	85

	Pág.
7.3.5 Resultados	87
7.3.5.1 Oportunidad	87
7.3.5.2 Utilización	89
7.3.5.3 Productividad	90
7.3.5.4 Gastos de Atención	91
7.3.6 Impacto	95
7.3.8 Semaforización	98
8. 10DESCRIPCIÓN Y MEDICIÓN DE VARIABLES DEL ESTUDIO	100
8.1 VARIABLES DE EVALUACIÓN DEL CONTEXTO	100
8.2 VARIABLES DE EVALUACIÓN DE LA DEMANDA	103
8.3 VARIABLES DE EVALUACIÓN DE LA OFERTA	104
8.4 VARIABLES DE EVALUACIÓN DE LA ESTRUCTURA FUNCIONAL	106
8.5 VARIABLES DE EVALUACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS	108
8.6 VARIABLES DE EVALUACIÓN DE LOS RECURSOS FÍSICOS	109
8.7 VARIABLES DE EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN	112
8.8 VARIABLES DE LA 10ACCESIBILIDAD	116
8.9 VARIABLES DE EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS	117
8.10 VARIABLES PARA LA EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS	118
8.11 VARIABLES DE EVALUACIÓN DEL IMPACTO	120
9. UNIVERSO Y/O MUESTRA	121
9.1. FASE RESTROSPECTIVA	121
9.2. FASE PROSPECTIVA	122
9.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	123
9.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	123
10. TIPO DE ESTUDIO	124
11. RECURSOS	125
12. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	126
13. ORGANIZACIÓN	127
13.1 ESTRUCTURAL	127

	Pág.
13.2 FUNCIONAL	127
13.3 SELECCIÓN DE LOS ENCUESTADORES	134
13.4 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓ	134
14. PROPUESTA	136
14.1 PROPÓSITO	136
14.2 OBJETIVO GENERAL	136
14.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	136
14.4 METODOLOGÍA	137
14.4.1 Auto-evaluación	137
14.4.2 Definición de los procesos prioritarios	159
14.4.3 Definición de la calidad esperada	162
14.4.4 Medición inicial del desempeño	177
14.4.5 Formulación del Plan de Mejoramiento	180
14.5 PLAN DE ACCIÓN O MEJORAMIENTO	181
14.6 EJECUCIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO	188
14.7 EVALUACIÓN DEL MEJORAMIENTO	191
14.8 APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL	191
14.9 ESTANDARIZACIÓN DE PROCESOS	192
14.10 COMITÉS OBLIGATORIOS	192
15. CONCLUSIONES	193
15.1 CONTEXTO	193
15.2 DEMANDA	193
15.3 OFERTA	194
15.4 PROCESOS	196
15.5 RESULTADOS	197
15.6 IMPACTO	197
15.7 CONCLUSIONES GENERALES	198
16. RECOMENDACIONES	199
16.1 CONTEXTO	199



	Pág.
16.2 DEMANDA	199
16.3 OFERTA	199
16.4 PROCESOS	201
16.5 RESULTADOS	201
16.6 IMPACTO	202
BIBLIOGRAFÍA	203
ANEXOS	206

## LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Distribución del talento humano del Centro de Salud 31 de Marzo – Unidad Popayán según sus funciones desempeñadas - 2006.	16
Cuadro 2. Esquema de control de crecimiento y desarrollo	20
Cuadro 3. Plantilla de Evaluación del contexto	62
Cuadro 4. Población de usuarios de la Unidad Popayán según régimen de afiliación a salud por grupos etareos – 2006.	63
Cuadro 5. Población usuaria Menor de 10 años Unidad Popayán y Centro de salud 31 de Marzo por grupos etareos 2.006	64
Cuadro 6. Distribución por zona de procedencia de los niños asistentes al Programa.	64
Cuadro 7. Distribución por estrato socioeconómico de los niños asistentes al Programa.	65
Cuadro 8. Plantilla de Evaluación de la Demanda	68
Cuadro 9. Plantilla de Evaluación de la Oferta - Estructura Orgánica	69
Cuadro 10. Plantilla de evaluación de la Oferta - Estructura Funcional	71
Cuadro 11. Plantilla de Evaluación de la Oferta - Recursos Humanos	73

Cuadro 12. Plantilla de Evaluación de la Oferta – Recursos Físicos	Pág. 75
Cuadro 13. Plantilla de Evaluación de la Oferta - Sistema de Información	77
Cuadro 14. Plantilla para Evaluación de la Accesibilidad	78
Cuadro 15. Plantilla de Evaluación de la Oferta	78
Cuadro 16. Distribución por tiempo en todo el servicio prestado (Estándar de 60 minutos)	79
Cuadro 17. Distribución por evaluación de las historias clínicas del Programa de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud 31 de marzo	84
Cuadro 18. Distribución por cumplimiento de la Norma Técnica durante el proceso de control realizado por el profesional de la salud.	85
Cuadro 19. Plantilla para Evaluación de los Procesos	86
Cuadro 20. Distribución por tiempo solicitud atención y atención médica a los niños asistentes al Programa. (Estándar menos de 48 horas)	88
Cuadro 21. Plantilla de Evaluación de Resultados	94
Cuadro 22. Distribución por satisfacción usuarios del Programa de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud 31 de marzo	95
Cuadro 23. Distribución por satisfacción de proveedores de servicios de salud del Centro de Salud 31 de marzo	96
Cuadro 24. Plantilla para Evaluación del Impacto	97

	Pág.
Cuadro 25. Plantilla para la Evaluación global de la calidad de la atención en salud	98
Cuadro 26. Factores Críticos de Éxito	161
Cuadro 27. Medición inicial del desempeño de los procesos prioritarios	178
Cuadro 28. Seguimiento de indicadores Centro de Salud 31 de Marzo	190

## LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Popayán, Comuna No.7. Ubicación del Centro de Salud 31 de Marzo	8
Figura 2. Organigrama de la Unidad Popayán.	9
Figura 3. Distribución por zona de procedencia de los niños asistentes al Programa.	65
Figura 4. Distribución por estrato socioeconómico de los niños asistentes al Programa.	66
Figura 5. Proceso: Consulta. Subproceso: Consulta Médica. Dirección Departamental de Salud del Cauca – Unidad Popayán Nivel 1	80
Figura 6. Distribución por tiempo en todo el servicio prestado (estándar menos de 60 minutos).	83
Figura 7. Distribución por evaluación de historias clínicas del Programa de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud 31 de marzo.	84
Figura 8. Distribución por cumplimiento de la Norma Técnica durante el Proceso de control realizado por el profesional de la salud.	86
Figura 9. Distribución por tiempo solicitud atención y atención médica a los niños asistentes al Programa.	89

	Pág.
Figura 10. Distribución por satisfacción usuarios del Programa de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud 31 de marzo.	96
Figura 11. Distribución por satisfacción de proveedores de servicios de salud del Centro de Salud 31 de marzo	97
Figura 12. Evaluación global de la calidad de atención en salud	99
Figura 13. Flujo de recolección y procesamiento de información encuestas satisfacción clientes externos e internos del Programa de Crecimiento y Desarrollo. Centro de Salud 31 de Marzo.	128
Figura 14. Flujo de Evaluación de Historias Clínicas del Programa de Crecimiento y Desarrollo. Centro de Salud 31 de Marzo.	129
Figura 15. Flujo Verificación cumplimiento de condiciones para habilitación al Programa Crecimiento y Desarrollo. Centro de Salud 31 de Marzo.	130
Figura 16. Flujo evaluación del Programa Crecimiento y Desarrollo. Centro de Salud 31 de Marzo.	131

## LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1. Registro Fotográfico	206
Anexo 2. Matrices de Programación Unidad Popayán Período Abril a septiembre de 2006. Programa de Crecimiento y Desarrollo	210
Anexo 3. Resolución No. 3384 de 2000. Cumplimiento de la Consulta de primera vez por medicina general para crecimiento y desarrollo	213
Anexo 4. Resolución No. 3384 de 2000. Cumplimiento en la Consulta de control de crecimiento y desarrollo por enfermera	214
Anexo 5. Anexo Técnico No.1 de la Resolución 1043	215
Anexo 6. Formato de Encuesta de satisfacción de los proveedores del Servicio de Salud	227
Anexo 7. formato Encuesta Accesibilidad, oportunidad, satisfacción de usuarios y tiempos de espera para medir la calidad de la atención brindada en el Programa Crecimiento y Desarrollo	230
Anexo 8. Criterios de Evaluación	235

## INTRODUCCIÓN

La Carta de Ottawa consignó que la promoción consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. La conferencia de Ministros de Salud convocada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) –Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1990, reiteró que la promoción es concebida cada vez en mayor grado, como la suma de acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminadas a mejores condiciones de salud individual y colectiva”. En la actualidad el concepto de promoción significa el conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos, que realizan los gobiernos, los sectores sociales o productivos, las comunidades en general para proteger la salud de la población y que están orientados a modificar los factores determinantes de riesgo y que fortalecen los mecanismos de protección de la salud; es decir, se hace relación al entorno, a los procesos sociales, productivos, culturales, científicos y tecnológicos que llevan a garantizar mejores condiciones de bienestar físico, psicológico y social”

En Colombia, las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad están normatizadas por el Acuerdo 117 de 1998, Resolución 412 del 25 de febrero de 2000 y Resolución 3384 de 2000, donde se establecen las normas técnicas de protección específica: vacunación según el programa ampliado de inmunizaciones (PAI); atención preventiva en salud bucal; atención del parto; atención al recién nacido y atención en planificación familiar a hombres y mujeres y normas técnicas detección temprana: detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo (menores de 10 años); detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (10-24 años); detección temprana de las alteraciones del embarazo; detección temprana de las



alteraciones del adulto (mayor de 45 años); detección temprana del cáncer del cuello uterino; detección temprana de cáncer de seno y, detección temprana de las alteraciones de agudeza visual y las guías de atención enfermedades de interés en salud pública .

El Centro de Salud 31 de Marzo es un organismo de salud público, de Primer Nivel de Atención dependiente de la Unidad Popayán, que a raíz del proceso de liquidación de la Dirección Departamental de Salud del Cauca y conformación de la Empresa Social del Estado (E.S.E.) Popayán, hoy es denominado “Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) 31 de Marzo” , donde se prestan los servicios de promoción y prevención a población vinculada, desplazados y del régimen subsidiado; como integrante del sistema general de seguridad social en salud debe de cumplir con la normatividad vigente en especial la que rige el Sistema General de Garantía de la Calidad en Salud.

El Decreto 2309 del 15 de octubre de 2002 del Ministerio de la Protección Social explica los principios y elementos constitutivos del modelo de Auditoría para el mejoramiento de la calidad y El Decreto 1011 del 4 de abril de 2006 establece el sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y uno de sus componentes es el Plan de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad., con el fin de evaluar y garantizar la calidad de la atención brindada a los usuarios de la institución, mediante el análisis de los procedimientos que se utilizan en la actualidad con el propósito de mejorarlos y de conseguir el más alto nivel de la eficiencia en la atención prestada.

Las acciones de auditoría se desarrollan identificando las oportunidades de mejora, priorizando, haciendo análisis causal, implantando acciones de mejora y

reevaluando, lo cual quiere decir que las acciones de auditoría deben de responder a un plan de mejoramiento continuo. La fase de verificar se transforma en actuar, en un ciclo que se repite cuantas veces sea necesario hasta garantizar la prestación de servicios con calidad al usuario.

## 1. DESCRIPCION DE LA INSTITUCION

### 1.1. NATURALEZA JURIDICA

En Colombia entre los años 1953 y 1966 el Ministerio de Higiene pasó a ser Ministerio de Salud Pública y a su vez este pasa a financiar los Servicios de Salud que existían en los diferentes departamentos, entre ellos el Cauca, del cual formaban parte los centros de salud y la gran mayoría de los hospitales de los Municipios<sup>1</sup>.

A partir de 1975 mediante contrato de integración suscrito entre el Departamento y el Ministerio de Salud, el Servicio de Salud del Cauca se estructuró dentro del esquema de regionalización con cinco hospitales regionales donde se manejaban los hospitales locales, los centros y puestos de salud de los municipios del área de influencia. Entre estos el Centro de Salud 31 de Marzo del Municipio de Popayán (Regional Centro), el cual se fundo obedeciendo a la necesidades de salud y de saneamiento básico de la comunidad que se asentó en esta área a raíz del terremoto de del 31 de marzo 1983<sup>2</sup>.

Con la expedición de la Ley 10 de 1990 y 100 de 1993, cambia el Sistema Nacional de Salud, y se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud, dando lugar a la reestructuración del Servicio de Salud del Cauca, creándose la Dirección Departamental de Salud del Cauca como ente territorial descentralizado, se inicia el proceso de desconcentración de la salud en el departamento y se

---

<sup>1</sup> UNIDAD POPAYÁN. Archivo Oficina de Administración. Popayán, 2007.

<sup>2</sup> Ibid.

conforman las unidades locales de salud en cada Municipio<sup>3</sup>.

La Unidad Nivel I de Popayán se creó mediante Ordenanza 0286 del 02 de abril de 1996, e inicia con los centros de salud: Sur occidente, Sur oriente, 31 de marzo, Loma de la Virgen, Maria Occidente, Los Hoyos y los puestos de salud de Yanaconas, Santa Rosa, Cajete, Julumito, Puelenje, Pueblillo, Las Mercedes, Calibio, San José y partir del 06 de junio de 2000 recibe en comodato el hospital Toribio Maya de propiedad del municipio de Popayán y complementa así los servicios de atención del parto y hospitalización del primer nivel de atención<sup>4</sup>.

En el año 1985 se realizó la construcción del Centro de Salud 31 de marzo, ubicado en el asentamiento hoy barrio 31 de marzo y dará cobertura a los barrios y asentamientos adyacentes, su costo fue de cuatro millones quinientos ochenta y siete mil seiscientos ochenta y tres (\$4.587.683) y se adquirió dotación por valor de tres millones trescientos noventa y seis mil veinticuatro (\$3.396.024) pesos para una inversión total de siete millones novecientos ochenta y tres setecientos siete (\$7.983.707) pesos<sup>5</sup>.

Con la expedición de la ley 100 de 1993 la Dirección Departamental de Salud del Cauca fija las primeras políticas de transformación de las Unidades de Salud locales para convertirse en Empresas Sociales del Estado, actualmente el Centro de salud se denomina IPS 31 de MARZO y forma parte de la ESE Popayán<sup>6</sup>.

---

<sup>3</sup> Ibid.

<sup>4</sup> Ibid.

<sup>5</sup> CORPORACIÓN REGIONAL DEL CAUCA. Popayán, tres años después. Popayán: Universidad del Cauca, Fondo Acumulativo, 1986.

<sup>6</sup> UNIDAD POPAYÁN. Op.cit.

El Centro de Salud 31 de Marzo está ubicado en la comuna 7, compuesta por 5.731 viviendas, 29.307 habitantes cifra que corresponde al 14% de la población urbana del municipio de Popayán, distribuidos en 47 barrios: Nazaret, Las Palmas I y II, la Isabela, Madres solteras, Colombia II etapa, Los Campos, 31 de Marzo, El Mirador, Tomás Cipriano de Mosquera, Las Vegas, Solidaridad, Chapinero, Retiro Alto y Bajo, Minuto de Dios, Nuevo Popayán, Madres desamparadas, La Unión, La libertad, La Conquista, Las Brisas, Independencia, Santa Librada, Villa del Carmen I, Corsocial, La Heroica I Etapa, Nuevo Hogar, Santo Domingo Sabio, Villas del Palmar, Munich, Álamos de Occidente, Los Alpes, El Diamante, San Fernando, Brisas de Pubenza, Panamericano, Villa García, Tejares del Retiro, Villa España, Puerta de Indianápolis, La Pradera, Brisas de Pubenza, Aires de Occidente, Germania, Valladolid, La Arcadia, Nuevo Amanecer y Villa del Palmar y 8 asentamientos de la Quebrada de Pubuz<sup>7</sup>.

Aproximadamente un 36% de la población no tienen afiliación al sistema de seguridad social en salud, tienen un alto índice de necesidades básicas insatisfechas, analfabetismo y un bajo nivel económico que los hace muy vulnerables de padecer morbilidad y mortalidad por diversas causas. A esta población se suma los desplazados que según datos de la Organización Mundial para las Migraciones (OIM), serían en esta zona unos 1.820 aproximadamente<sup>8</sup>.

---

<sup>7</sup> ALCALDÍA DE POPAYÁN. Oficina Asesora de Planeación, Coordinación Equipo de Gobierno, Acueducto y Alcantarillado, EMTEL y Fundación EMTEL. Cartilla Presupuesto Participativo vigencia 2006.

<sup>8</sup> UNIDAD POPAYÁN, Op.cit.

## **1. 1.2. LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA**

El Centro de Salud 31 de Marzo se encuentra ubicado en la Comuna No.7 al Sur Occidente del municipio de Popayán<sup>9</sup>. (Ver Figura 1. )

- Temperatura anual promedio: varia entre 16º y 20º C.
- Precipitación: entre 2000 y 2300 mm.
- Altura sobre el nivel del mar: 1750 m.
- Limites: Al norte con la calle 16, al sur con la calle 17, al este con la parroquia Juan y Pablo y al oeste con la carrera 31.

## **1.3. ORGANIGRAMA**

Ver Figura 2.

## **1.4. MISION**

Somos una Institución Prestadora de Servicios de Salud Pública en el primer nivel de atención, con énfasis en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con criterios de calidad, humanidad, participación activa de la comunidad, construyendo vida saludable para la población de Popayán y su área de influencia<sup>10</sup>.

---

<sup>9</sup> ALCALDÍA DE POPAYÁN. Comité Local para la Prevención y Atención de Desastres. Cartilla Plan para la Atención de Emergencias en el Municipio de Popayán. Popayán: Alcaldía, 2003.

<sup>10</sup> UNIDAD POPAYÁN. Op.cit.

**Figura 1. Popayán, Comuna N° 7. Ubicación del Centro de Salud 31 de Marzo**

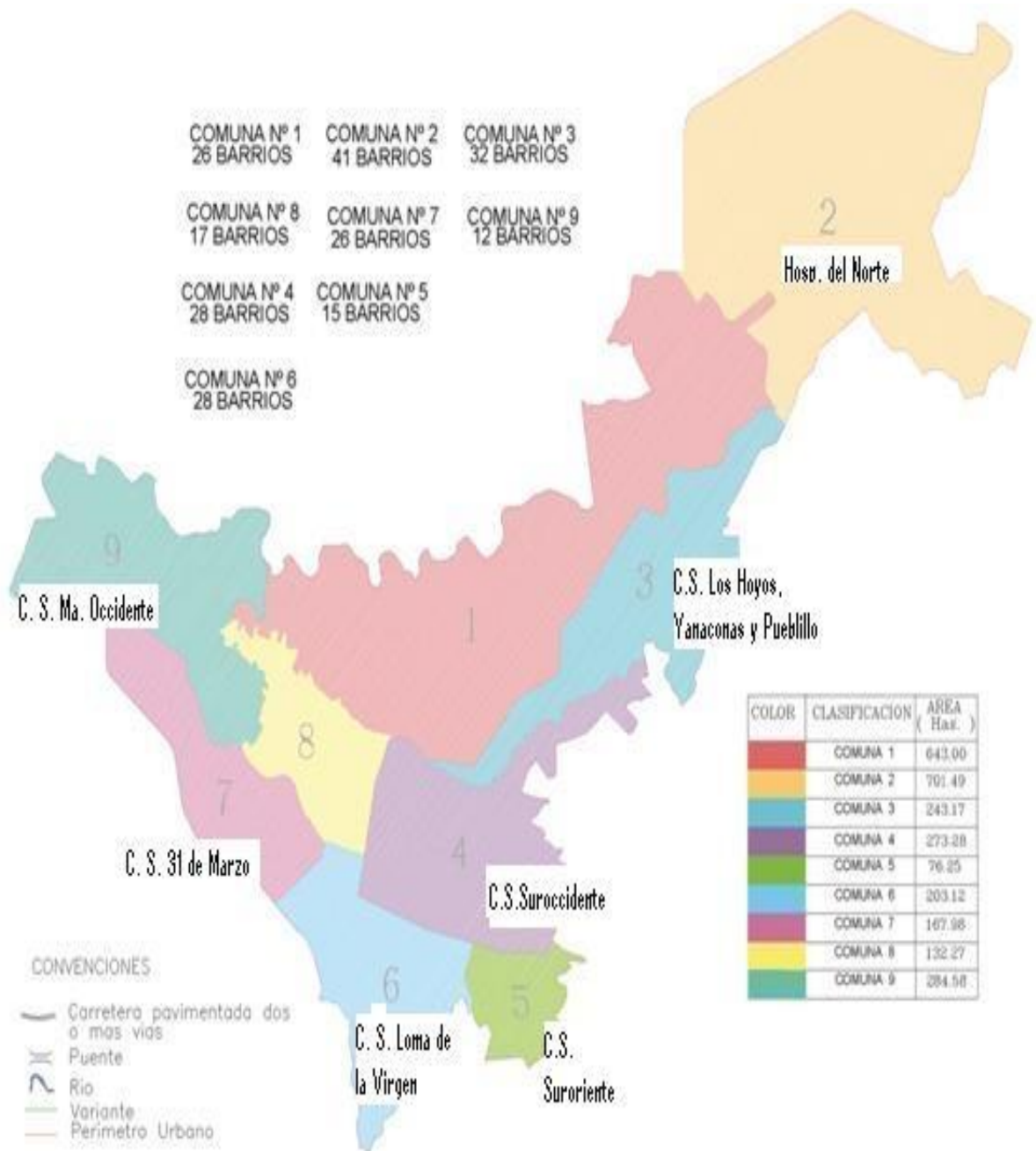
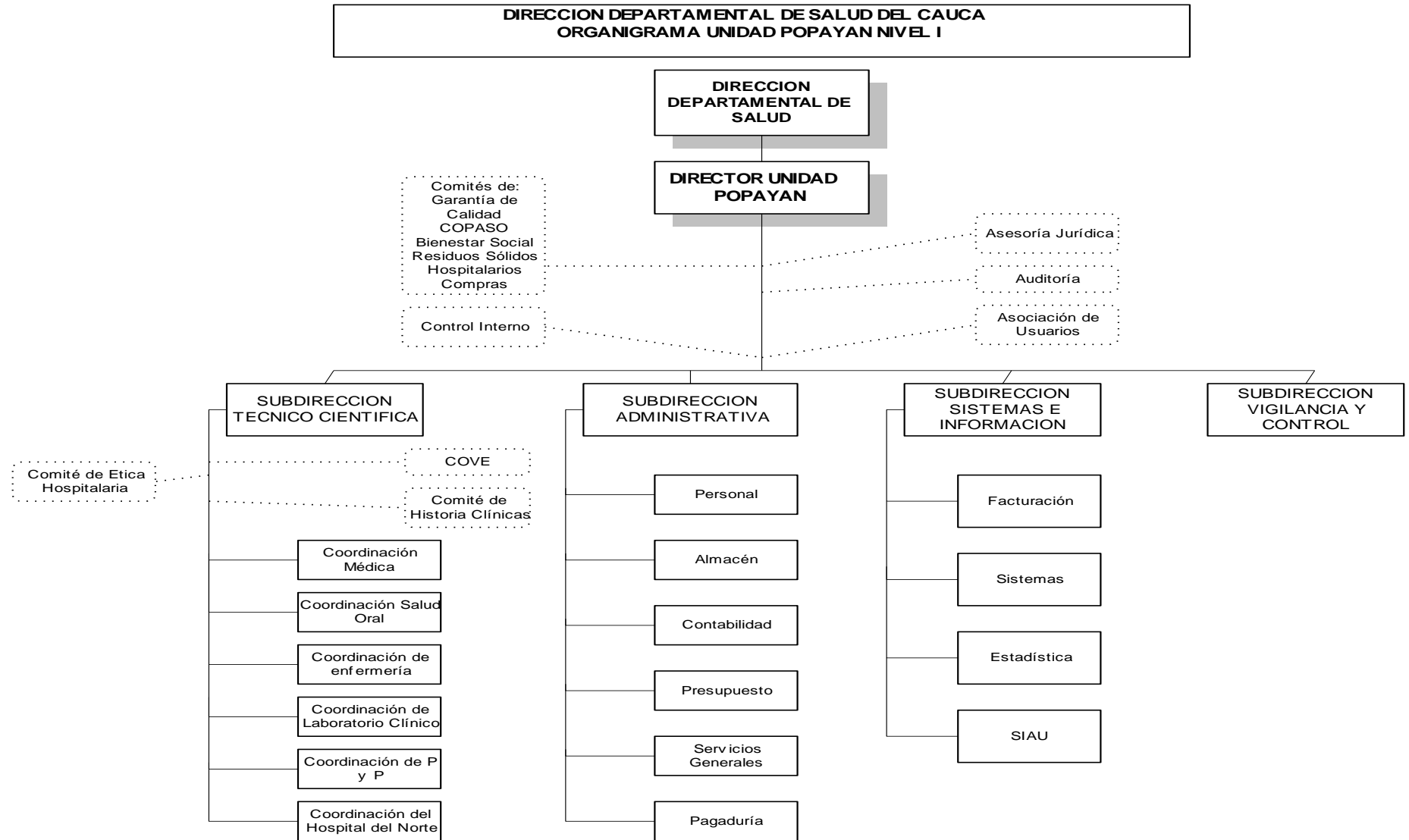


Figura 2. Organigrama de la Unidad Popayán.





## **1.5. VISION**

Seremos en el año 2010 una empresa acreditada y líder en prestación de servicios integrales de salud en el Departamento del Cauca. Nuestro éxito estará representado en la satisfacción del cliente interno y externo<sup>77</sup>.

## **1.6. VALORES CORPORATIVOS**

- **Honestidad:** demostraremos a través de la transparencia de nuestros actos ser dignos y honrados.
  
- **Solidaridad:** actitudes y sentimientos que nos motive a prestar ayuda mutua y cooperar entre sí, buscando alcanzar objetivos comunes, atendiendo a todas las personas que soliciten nuestros servicios, sin discriminación, de acuerdo a las disposiciones legales que organizan la atención de salud en el país y con los recursos disponibles.
  
- **Respeto:** profesaremos el respeto por uno mismo, por el trabajo, por las normas, conductas personales y sociales, reconociendo la existencia de las diversas opiniones y conceptos que invitan a buscar alternativas para una mejor calidad de vida.
  
- **Calidad:** buscando mejorar constantemente la mejor aplicación del talento humano y los recursos administrativos, tecnológicos y financieros disponibles

---

<sup>77</sup> UNIDAD POPAYÁN. Op.cit.

con criterio de rentabilidad social y económica.

- Compromiso: pondremos vocación, todo el entusiasmo y la energía en lo que se hace, para poder alcanzar nuestra visión compartida.
- Confianza: crearemos en nuestros pacientes la seguridad de estar recibiendo un adecuado servicio de salud del primer nivel de atención<sup>78</sup>.

### **1.7. OBJETIVOS CORPORATIVOS**

- Dirigir, inspeccionar vigilar y controlar el Sistema de Seguridad Social en Salud en la Institución, para que la organización, los recursos asignados y los servicios de salud ofrecidos sean óptimos y eficaces.
- Coordinar y supervisar la prestación del servicio de salud estableciendo mecanismos de evaluación y control que permitan orientar el flujo de los usuarios y racionalizar el uso de los recursos.
- Ejercer la vigilancia epidemiológica adelantando medidas de salud pública, coordinando acciones y adoptando medidas en la institución de salud.

---

<sup>78</sup> UNIDAD POPAYÁN. Op.cit.

- Detectar y controlar los factores de riesgo que puedan ocasionar daño a la salud del individuo, la familia y la comunidad del Municipio de Popayán.
- Definir y ejecutar las políticas de promoción y prevención y de gestión de los recursos destinados al Plan de Atención Básica.
- Buscar asistencia técnica administrativa y financiera en el municipio, en las entidades e instituciones públicas y privadas que presten el servicio de salud.
- Organizar y prestar el servicio de atención a la comunidad para canalizar y resolver las peticiones e inquietudes en salud de los ciudadanos.
- Capacitar al recurso humano en salud implementando cursos de actualización y capacitación en las diferentes áreas, de acuerdo con las necesidades.
- Administrar de una manera eficaz y eficiente los recursos de la salud.
- Adaptar y orientar la puesta en marcha de los instrumentos y metodologías de focalización de los beneficiarios del régimen subsidiado en el departamento.
- Reducir la morbi- mortalidad de la población del municipio de Popayán.
- Ampliar coberturas en salud<sup>79</sup>.

---

<sup>79</sup> UNIDAD POPAYÁN. Op.cit.

## **1.8. POLITICAS INSTITUCIONALES**

- La Unidad Popayán nivel I, promoverá primordialmente la atención al usuario, garantizando sus derechos y deberes, respondiendo con una atención oportuna y eficiente.
  
- El eje central de la institución serán los programas de protección específica y detección temprana realizados de acuerdo a la normatividad vigente.
  
- La atención prioritaria de la Unidad Popayán será la población materna, menores de 5 años y adultos mayores.
  
- El mejoramiento de la calidad de la atención en salud será un proceso constante trabajado con los diferentes equipos de la Unidad Popayán<sup>80</sup>.

## **1.9. PORTAFOLIO DE SERVICIOS CENTRO DE SALUD 31 MARZO**

- Consulta Médica General
- Consulta Odontológica
- Consulta de Enfermería
- Servicios de toma de muestras Laboratorio Clínico de Primer Nivel
- Servicios de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad:  
Protección específica:

---

<sup>80</sup> UNIDAD POPAYÁN. Op.cit.

- ❖ Vacunación
- ❖ Control del puerperio
- ❖ Control del recién nacido
- ❖ Salud oral
- ❖ Planificación Familiar

Detección temprana:

- ❖ Control Prenatal
- ❖ Control Crecimiento y Desarrollo en el menor de 10 años
- ❖ Control del Joven (10 – 24 años)
- ❖ Control del Adulto Mayor (45 años en adelante)
- ❖ Detección del cáncer de cuello uterino
- ❖ Detección de Alteraciones de la Agudeza Visual
- Atención de Enfermedades Crónicas
  - ✓ Diabetes
  - ✓ Hipertensión
- Atención de Enfermedades de Interés de Salud Pública
  - ✓ Tuberculosis (Programa Departamental de TBC, convenio Unicauca, Liga Antituberculosis)
  - ✓ Lepra
  - ✓ Enfermedades de Transmisión Sexual, SIDA.
- Control y seguimiento de Enfermedades de Vigilancia Epidemiológica
- Talleres educativos en Temas de Promoción y Prevención en Salud.
- Curaciones e inyectología<sup>81</sup>.

---

<sup>81</sup> UNIDAD POPAYÁN. Op.cit.

## **1.10. RECURSOS FISICOS**

- 3 consultorios de medicina general.
- 1 consultorio de enfermería.
- 1 consultorio de entrevistas de promoción y prevención
- 2 consultorios de odontología
- 1 consultorio de vacunación
- 1 consultorio para toma de muestras de laboratorio
- 1 sala de archivo
- 2 salas de espera
- 1 consultorio de curaciones e inyectología
- 1 sala de facturación
- 4 servicios sanitarios al publico
- Parqueadero
- Cocineta
- Cuarto servicios generales
- Patio interior<sup>82</sup>.

(Ver Anexo 1.)

## **1.11. TALENTO HUMANO**

El Centro de Salud 31 de Marzo – Unidad Popayán cuenta con 21 funcionarios, de los cuales siete son contratados por orden de prestación de servicios; el 28.5% en la parte administrativa y el 71.5% asistenciales.

---

<sup>82</sup> UNIDAD POPAYÁN. Op.cit.

Administrativamente depende de la Unidad Popayán.

Cuadro 1. Distribución del talento humano del Centro de Salud 31 de Marzo – Unidad Popayán según sus funciones desempeñadas - 2006.

<b>Personal</b>	<b>Planta</b>	<b>Contrato</b>	<b>Total</b>
<b>Administrativos</b>	4	2	6
<b>Personal asistencial</b>			
Médicos	1	2	3
Odontólogos	1	1	2
Enfermeros		1	1
Aux. Enfermería	7		7
Aux. Consultorio dental	1		1
Higienistas orales		1	1
<b>Total general</b>	<b>14</b>	<b>7</b>	<b>21</b>

Fuente: Oficina Administración Unidad Popayán

## 1.12. FINANCIEROS

El Centro de Salud 31 de Marzo depende financiera y administrativamente de la Unidad Popayán, que maneja un presupuesto anual general para toda la entidad, la ordenación del gasto está a cargo del Director de la Unidad. Existe limitación para la ejecución del presupuesto de conformidad con las cuantías de contratación que ordena la Ley 80 de 1993<sup>83</sup>.

---

<sup>83</sup> UNIDAD POPAYÁN. Op.cit.





## **2. PLANTEAMIENTO Y FORMULACION DEL PROBLEMA**

El Decreto 1011 del 3 de abril de 2.006<sup>18</sup>, establece el componente de la Auditoria para el Mejoramiento de la calidad de la Atención en Salud de obligatorio cumplimiento y para efectos de evaluación y mejorar la calidad de la atención de salud se deberá cumplir con las características de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad a los servicios de salud.

Teniendo en cuenta que el Programa de Detección Temprana de las Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo es uno de los más importantes en la Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad en la población menor de 10 años, ha sido considerado como una importante acción de Salud Pública impulsada por el sistema de salud desde hace más de veinte años y que el Centro de Salud 31 de Marzo del municipio de Popayán no cuenta con un sistema de Auditoria Interna y Plan de Mejoramiento continuo que garantice la calidad en la prestación del servicio y la satisfacción del usuario y además no cumplió con las metas de programación establecidas para el año 2006 (Ver Anexo 2), obteniendo una calificación muy deficiente, se hace necesario diseñar un modelo de auditoria para dicho programa<sup>84</sup>.

## **3. MARCO TEORICO Y LEGAL**

---

<sup>18</sup> COLOMBIA. Congreso de la República. Decreto 2011 del 3 de abril de 2006

<sup>84</sup> UNIDAD POPAYÁN. Oficina de Información.

### **3.1. ATENCIÓN PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LOS NIÑOS (AS) MENORES DE 10 AÑOS**

Se define como el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a esta población, mediante las cuales se garantizan su atención periódica y sistemática, con el propósito de detectar oportunamente la enfermedad, facilitar su diagnóstico y tratamiento, reducir la duración de la enfermedad, evitar secuelas, disminuir la incapacidad y prevenir la muerte<sup>85</sup>.

El Crecimiento es un proceso que se inicia desde el momento de la concepción del ser humano y se extiende a través de la gestación, la infancia, la niñez y la adolescencia. Consiste en un aumento progresivo de la masa corporal dado tanto por el incremento en el número de células como en su tamaño; es inseparable del desarrollo y por lo tanto ambos están afectados por factores genéticos y ambientales. Se mide por medio de las variables antropométricas: peso, talla, perímetro cefálico, perímetro torácico, envergadura y segmento inferior<sup>86</sup>.

El Desarrollo está inserto en la cultura del ser humano; es un proceso que indica cambio, diferenciación, desenvolvimiento y transformación gradual hacia mayores y más complejos niveles de organización, en aspectos como el biológico, psicológico, cognoscitivo, nutricional, ético, sexual, ecológico, cultural y social<sup>87</sup>.

---

<sup>85</sup> COLOMBIA. Ministerio de Salud. Resolución No. 412 del 25 de febrero de 2000

<sup>86</sup> Ibid.

<sup>87</sup> COLOMBIA. Resolución No. 412. Op.cit.

Detección temprana hace referencia a los procedimientos que identifican en forma oportuna y efectiva la enfermedad. Facilita su diagnóstico en estados tempranos, el tratamiento oportuno y la reducción de su duración y el daño que causa evitando secuelas, incapacidad y muerte<sup>88</sup>.

### **3.2. POBLACIÓN OBJETO PARA EL PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO**

Los beneficiarios de esta norma técnica son los niños y niñas afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado desde su nacimiento hasta los nueve años<sup>89</sup>.

### **3.3. CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO**

Las normas básicas mínimas que deben ser realizadas por las instituciones responsables de la atención a niños y niñas menores de diez años, son: talento humano, médico y enfermera debidamente capacitados en el tema de crecimiento y desarrollo con el fin de brindar atención humanizada y de calidad y realizar intervenciones eficientes, oportunas y adecuadas. Además de la atención profesional eficiente, apoyo psicológico, consejería, trato amable, prudente y respetuoso<sup>90</sup>.

---

<sup>88</sup> Ibid.

<sup>89</sup> Ibid.

<sup>90</sup> Ibid.

Idealmente la inscripción para la valoración del crecimiento y desarrollo debe hacerse desde el nacimiento e iniciarse desde el primer mes de vida, pero deben ingresarse a cualquier edad de acuerdo con el siguiente esquema:

**Cuadro 2. Esquema de control de crecimiento y desarrollo**

<b>Actividad</b>	<b>Periodicidad</b>	<b>Concentración</b>
Identificación e inscripción temprana	Al nacimiento o primer mes de vida	1
Consulta médica 1 <sup>a</sup> vez	Desde el primer mes de vida	1
Consulta de seguimiento por enfermería	< de 1 año: 1-3m; 4-6m; 7-9m; 10-12m	4 al año
	De 1 año: 13-16m; 17-20m; 21-24m	3 al año
	De 2 a 4 años: 25-30m; 31-36m; 37-48m; 49-60m	4 veces
	De 5 a 7 años: 61-66m; 67-72m; 73-78m; 79-84m.	4 veces
	De 8 a 9 años: Cada año	3 veces

Fuente: Resolución 412 del 25 de febrero de 2.000

### **3.4. OBJETIVOS DE LA DETECCIÓN PRECOZ DE ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO**

- Evaluar el proceso de crecimiento y desarrollo de los menores de 10 años en forma integral.
- Valorar el progreso en las conductas motora gruesa y fina, auditiva, del lenguaje y personal social.
- Potenciar los factores protectores de la salud de la infancia, y prevenir y controlar los factores de riesgo de enfermar y morir en esta etapa de la vida.
- Detectar precozmente factores de riesgo y alteraciones en el Crecimiento y Desarrollo del niño(a), para una intervención oportuna y adecuada.
- Promover el vínculo afectivo padres, madres, hijos e hijas y prevenir el maltrato.
- Promover el autocuidado, los factores protectores y el control de los factores de riesgo a través de la educación en salud.
- Garantizar a la población menor de 10 años el esquema completo de vacunación, de acuerdo a la norma técnica establecida en el programa ampliado de inmunizaciones del Ministerio de Salud.

- Fomentar la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad y con alimentación complementaria hasta los dos años.
- Vigilar y controlar la buena nutrición de los niños(as).
- Orientar a los padres sobre los métodos de alimentación y crianza de sus hijos(as).
- Impulsar los componentes de salud oral y visual, para mantener a la población infantil libre de patologías orales y visuales.
- Respetar y promover los derechos de los niños(as)<sup>91</sup>.

### **3.5. CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL**

Conjunto de actividades mediante las cuales el médico general evalúa el estado de salud y los factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales del niño para detectar precozmente circunstancias o patologías que puedan alterar su desarrollo y salud, y orienta por primera vez a los padres o cuidadores de los niños(as) en el proceso de crecimiento y desarrollo.

En la consulta el médico debe realizar las siguientes acciones:

Elaboración de Historia clínica.

- Datos completos de identificación.
- Anamnesis sobre antecedentes perinatales:

---

<sup>91</sup> Ibid.

- Embarazo deseado.
  - Patologías del embarazo, parto o puerperio.
  - Lugar de nacimiento.
  - Edad gestacional.
  - APGAR.
  - Medidas antropométricas al nacer.
  - Patologías del recién nacido.
  - Alimentación: Lactancia materna exclusiva, mixta o complementaria.
- Antecedentes familiares.
    - Número y estados de hermanos (as) vivos y muertos antes de 5 años.
    - Patologías familiares.
  - Revisión de exámenes paraclínicos: Tamizaje de hipotiroidismo, hemoclasificación y serología de la madre en el momento del parto.
  - Revisión del estado de vacunas de acuerdo con el esquema vigente.
  - Valoración de riesgos psicosociales.
  - Brindar educación a la familia con base en la edad del niño(a) y los hallazgos.
  - Citar para el siguiente control con enfermera<sup>92</sup>.

Examen físico completo por sistema.

- Revisión de órganos de los sentidos (hacer énfasis en visión y audición).
- Valoración de peso, talla, perímetros y estado nutricional.

---

<sup>92</sup> Ibid.

- Diligenciamiento y análisis de curvas de peso y de talla de acuerdo al género.
- Toma de signos vitales<sup>93</sup>.  
Valoración del desarrollo de acuerdo con la edad del niño<sup>94</sup>.

En caso de encontrar problemas de salud iniciar manejo y remitir; la remisión no implica la salida del niño del programa de Crecimiento y Desarrollo y por lo tanto se le debe programar el siguiente control<sup>95</sup>.

### **3.6. CONSULTA DE CONTROL POR ENFERMERÍA**

Conjunto de actividades realizadas por la enfermera, debidamente capacitada en Crecimiento y Desarrollo a los niños(as) valorados por el médico en la primera consulta, para hacer seguimiento a su crecimiento y desarrollo y detectar oportunamente la complicaciones que puedan aparecer en cualquier momento. Los controles por enfermera pueden realizar en forma grupal o individual con la periodicidad y dentro de los rangos de la edad prevista en el esquema (Cuadro 2).

#### **a. Valoración del desarrollo.**

Para la realización de las actividades debe tenerse en cuenta:

---

<sup>93</sup> COLOMBIA. Ministerio de Salud. Resolución No. 412 del 25 de febrero de 2000.

<sup>94</sup> COLOMBIA. Congreso de la República. Ley No. 09 del 24 de enero de 1979. Código Sanitario Nacional. Bogotá: Imprenta Nacional, 1979.

<sup>95</sup> COLOMBIA. Ministerio de Salud. Op.cit.



- El sitio de trabajo debe ser tranquilo, iluminado, ventilado, cómodo, dotado de servicio sanitario y alejado de las áreas de hospitalización y urgencias si la actividad se realiza en el organismo de salud.
- Preparar y acondicionar el sitio de trabajo con elementos necesarios para la valoración de los niños de acuerdo a la edad<sup>96</sup>.
- Proporcionar la adaptación de los niños(as) antes de iniciar la evaluación de su desarrollo y estimular la participación del padre y la madre.
- Valoración del desarrollo de acuerdo con la edad del niño(a).
- En todos los controles indicar a las madres y a los padres la forma de estimular el desarrollo del niño y las conductas a observar.
- Registrar inmediatamente la información de lo observado para evitar olvidos o confusiones.
- En caso de que el niño se encuentre enfermo o que su estado emocional sea de miedo o rechazo extremo no deberá hacerse la valoración de su desarrollo. Es preferible dar una nueva cita<sup>97</sup>.

b. Valoración del crecimiento.

Se hace en forma individual y contempla las siguientes actividades:

Anamnesis:

---

<sup>96</sup> GRUPO INTERINSTITUCIONAL PARA LOS PROGRAMAS DE SALUD DEL NIÑO EN ANTIOQUIA. Salud Integral para la infancia. SIPI. Tomo I y II. Medellín: 1996.

<sup>97</sup> COLOMBIA. Resolución 412. op.cit.

- ◆ Indagar sobre el cumplimiento de recomendaciones hechas por el médico o la enfermera en el control anterior.
- ◆ Indagar sobre comportamiento y estado de salud del niño(a).
- ◆ Revisión del esquema de vacunación.

Examen físico completo por sistemas y toma de signos vitales.

- ◆ Registro y análisis de las curvas de peso y crecimiento.
- ◆ Buscar signos de maltrato infantil.
- ◆ Tamizaje de agudeza visual y auditiva de acuerdo con las normas vigentes.

Información y educación.

- ◆ Brindar información, educación y consejería en nutrición, puericultura y otros temas de acuerdo con la edad del niño(a) y hallazgos.
- ◆ Enseñanza de la estimulación adecuada.
- ◆ Fomento de factores protectores.
- ◆ Orientación sobre signos de alarma por los que se debe consultar oportunamente.
- ◆ Dar cita para el siguiente control.

Si en el examen se encuentra alguna anormalidad o complicación deberá ser remitido al médico<sup>98</sup>.

### **3.7. AUDITORIA Y CALIDAD**

No existe un referente histórico unánime que defina el punto de partida de lo que es evaluación y control (Auditoría) y Calidad; pero a continuación se mencionarán algunos hechos y datos que invitan a la reflexión sobre sus antecedentes y evolución:

En la Biblia: Génesis 1:31: "... y Dios vio que todo lo que había hecho estaba bien ..." . ¿Estaba evaluando y controlando? ¿Había hecho lo que hoy llamamos auditoria? Además, ¿ si " todo estaba bien" , era el inicio de lo que hoy llamamos calidad : hacer todo bien desde un principio...?

Los orígenes de la Auditoría (antecedentes) se remontan a los orígenes de la Contabilidad. El desarrollo en China de los primeros formularios de tesorería y de los ábacos, durante los primeros siglos de nuestra era, permitieron el progreso de las técnicas contables en oriente<sup>99</sup>.

A mediados del siglo XVIII, la Revolución Industrial provocó la necesidad de adaptar las técnicas contables para poder reflejar la creciente mecanización de los procesos, las operaciones típicas de las fábricas y la producción masiva de

---

<sup>98</sup> COLOMBIA. Ministerio de Salud. Ibid.

<sup>99</sup> ÁLVAREZ HEREDIA, Francisco. Calidad y Auditoría en salud. Bogotá: Ecoe Ediciones, 2003.

bienes y servicios. Con la aparición, a mediados del siglo XIX, de las corporaciones industriales, propiedad de accionistas anónimos y gestionadas por profesionales, el papel de la contabilidad adquirió aún mayor importancia. Nace la contabilidad especializada, de la cual existen tres relevantes: La auditoría, la revisoría fiscal, y la contabilidad de las organizaciones sin ánimo de lucro.

La auditoría, así establecida, es la evaluación, por parte de un auditor independiente, de los datos financieros, los registros contables y los documentos de la empresa, así como de otro tipo de documentación sobre la empresa que permita verificar la validez de sus registros contables<sup>100</sup>.

Las grandes empresas públicas y privadas, suelen además, tener un auditor o equipo de auditores para que evalúen las cuentas, pero en muchas ocasiones lo más importante es controlar la eficiencia operativa, la administrativa y la de cumplimiento, que la de verificar los datos contables; la cual, en la mayoría de los casos, no requiere un nivel profesional, sino técnico<sup>101</sup>.

La auditoría tiene prolongados antecedentes en nuestro país, desde cuando en 1983 se aplicaron los primeros estudios de evaluación de historia clínica médica y de revisión de la adecuación del uso de la cama hospitalaria, y en la perspectiva universal, ya ha transcurrido casi un siglo desde que EA Codman proponía, y aplicaba, métodos de evaluación de los resultados clínicos de la atención como estrategia para el mejoramiento de la atención y la diferenciación competitiva sobre la base de la calidad de los prestadores. Convertir a la auditoría en una herramienta de gestión implica que el auditor y su organización, así como los auditados conozcan los elementos básicos que caracterizan las etapas

---

<sup>100</sup> Ibid.

<sup>101</sup> Ibid.

crecientemente evolutivas que han caracterizado el desarrollo del arte, así como que sepa utilizar las metodologías e instrumentos propuestos en las experiencias exitosas, armonizándolas con sus condiciones específicas y adaptándolas de manera responsable y creativa<sup>102</sup>.

### **3.8. LA AUDITORIA DE SERVICIOS DE SALUD**

*La auditoría de servicios de Salud es la evaluación sistemática de la calidad y la racionalización del recurso de la atención en salud enfocada principalmente en su proceso y resultado con objetivo fundamental de mejorar la calidad de los servicios de salud.*

Auditoría clínica definida como “la revisión sistemática y objetiva de la estructura del trabajo profesional y de la atención médica”. (V. Slee, Ann Albur, Michigan).

La validez de una auditoría sistemática está condicionada a la confiabilidad de la información registrada en las historias clínicas a evaluar.

La auditoría como programa organizado busca los mecanismos para el mejoramiento continuo de la calidad que lleve en forma progresiva y segura a la garantía total de la máxima característica de una institución de salud.

La auditoría evalúa todos los aspectos inherentes a una organización determinada, desde sus mismos orígenes, su planeación y desarrollo, su programación y ejecución de actividades, la utilización y manejo de sus recursos, los resultados operacionales, el cumplimiento de los objetivos propuestos, la satisfacción general del personal al servicio y su permanente

---

<sup>102</sup> Ibid.

actualización y lo más importante de todo, el impacto positivo en el usuario.

La auditoría compara el desempeño actual de la institución con relación a la planeación inicial y si detecta posibles desviaciones formula alternativas de solución; igualmente verifica la aplicación de estrategias de gestión en todos los aspectos administrativos, técnicos y científicos, investigativos, docentes y financieros.

Auditoría en Salud para una gestión eficiente, establece pautas de evaluación que permitan definir en cualquier momento del proceso el nivel de efectividad, equilibrio o desequilibrio de partes o servicios, reflejados en la forma de prestación y en los resultados obtenidos, para lo cual la más efectiva unidad de medida es el grado de satisfacción del usuario.

La auditoría esta orientada a controlar las actividades programadas como las ejecutadas; en esta forma propone a la dirección la corrección de las desviaciones. Un sistema de auditoría debe estar diseñado para asegurar que los estándares se cumplan y que ningún procedimiento en la operación sin la calidad establecida o fuera de las normas pase inadvertido para la administración.

La auditoría de todas las actividades operativas y administrativas es una etapa esencial para la obtención de los resultados en concordancia con los objetivos establecidos y el cumplimiento de los presupuestos aprobados, así mismo debe conformar un sistema de control de las operaciones que refuerce los objetivos organizacionales establecidos por la alta dirección, a través de normas, estándares y medidas de procedimientos, actividades o resultados, así como la inspección, la evaluación y al corrección de las desviaciones encontradas.

El control es el proceso para verificar que las tareas específicas establecidas se lleven a cabo y que conduzcan evidentemente a los objetivos de la institución.

Una auditoria efectiva debe ser específica y apropiada a una operación en particular y satisfactoria a su entorno y a sus empleados. De todas maneras, cada director general, cada jefe y cada trabajador tiene responsabilidades de control, más cuando se trabaja con un sistema de calidad total donde el control interno de los diferentes procesos y actividades parten del operario y del profesional en salud que efectúa el procedimiento para lograr la garantía de calidad de los servicios prestados.

Para la obtención de los objetivos de la auditoría, la administración debe esforzarse por diseñar un sistema que sea totalmente consistente en cuanto a la organización, prioridades, mediciones y recursos con la operación de los otros servicios y departamentos de la institución.

En síntesis la auditoría tiene cuatro actividades principales: establecer estándares, hacer mediciones, evaluar y corregir.

Los estándares se establecen para cada proceso de la operación de tal suerte que el desarrollo de cada actividad pueda medirse. La mejor forma de lograr los objetivos de la auditoría es la de implementar los procedimientos de control de tres maneras: antes de las actividades operacionales (control previo), durante las actividades operacionales (control concurrente) y después de las actividades operacionales (control posterior).

.El nuevo esquema precisó el desarrollo del liderazgo de los trabajadores de la salud para asegurar la participación de la comunidad y para mejorar los servicios. La garantía de la participación comunitaria se centra de una parte en la capacidad de

liderazgo de los trabajadores de la salud, en otra en los programas de educación permanente a esta comunidad respecto a todos los aspectos de prevención y conservación, a la adecuada y oportuna utilización de los servicios, al esfuerzo individual y de conjunto para mejorar la calidad de los servicios.

La integración comunitaria manifestada a través de sus representantes, significa para la institución de salud una prenda de garantía puesto que preserva de errores de apreciación respecto a necesidades locales, patologías prevalentes, situación socioeconómica, expectativas y demandas; por lo mismo que interviene en las etapas del proceso, especialmente en la forma de desarrollar los programas de atención, con lo cual ejerce verdadera supervisión constructiva y aporta información básica, presenta ideas, aporta fórmulas de solución, supervisa las actividades, vive los problemas propios de la organización, convoca a los sectores de influencia, motiva a las familias y en oportunidades genera recursos económicos necesarios.

Para las actividades de auditoría en salud, los representantes de la comunidad juegan un papel definitivo, por la objetividad con que ellos pueden presentar la información sobre satisfacción de los usuarios, a la vez que son interpretes de las demandas de estos.

La satisfacción no puede deducirse de lo expresado exclusivamente por los representantes de la comunidad, sino que además del concepto de éstos, debe tomarse por muestreo el concepto de población de usuarios, dejando los registros correspondientes con identificación y localización del encuestado, para verificar cuando sea necesario.

La satisfacción del usuario es la meta de la prestación de un servicio de salud; sino se logra la satisfacción espontánea del usuario, la comunidad expresará su inconformidad, lo cual desde



luego compromete el prestigio de la institución. Esto significa que la institución debe comprometer todo su esfuerzo para brindar siempre un servicio eficiente y eficaz<sup>103</sup>.

### **3.9. AUDITORÍA DE LOS PROGRAMAS DE SALUD PÚBLICA**

Se impulsa la promoción, como tema capital, sobre la base del valor fundamental e importancia que ésta tiene dentro del concepto integral de la salud. La Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de Ottawa (Canadá 1986), determinó las áreas estratégicas de: Construir políticas públicas saludables, crear entornos favorables, fortalecer la acción comunitaria, desarrollar actitudes personales o estilos de vida, reorientar los servicios de salud comunitaria<sup>104</sup>.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) sentó como base que “la promoción es una reacción favorable, frente al fracaso de las acciones anteriores”. La carta de Ottawa consignó que “la promoción consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”. La Conferencia de Ministros de Salud convocada por Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS-OMS) en 1990, reiteró que “la promoción es concebida cada vez en mayor grado, como la suma de acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminadas a mejores condiciones de salud individual y colectiva”. En la actualidad el concepto de promoción es de que

---

<sup>103</sup> MALAGÓN-LONDOÑO, GALÁN MORERA, PONTÓN LAVERDE. Auditoría en Salud. 2ª ed. Bogotá: Médica Panamericana, 2003.

<sup>104</sup> UNIDAD POPAYÁN. Oficina de Administración.

significa el conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos, que realizan los gobiernos, los sectores sociales o productivos, las comunidades en general para proteger la salud de la población y que están orientados a modificar los factores determinantes de riesgo y que fortalecen los mecanismos de protección de la salud; es decir, se hace relación al entorno, a los procesos sociales, productivos, culturales, científicos y tecnológicos que llevan a garantizar mejores condiciones de bienestar físico, psicológico y social"<sup>105</sup>.

La participación social o comunitaria está destacada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un factor fundamental para el logro de los propósitos de la salud pública. Deja de ser el individuo un factor pasivo en el proceso para convertirse en elemento activo que adecuadamente preparado adelanta acciones en beneficio de su propia salud y la de sus vecinos; pero además puede ser una importante ayuda para la supervisión de las actividades que se adelanten por parte de los organismos oficiales.

Para los programas de Salud Pública, como para el éxito de cualquier cometido encaminado a mejorar la situación social de una población es fundamental la actividad que desarrollen los recursos humanos encargados de la parte operativa del programa. Estos recursos humanos preparados en forma adecuada desde un principio deben someterse a programas de educación continua para evitar que se rutinicen en sus acciones y pierdan credibilidad por parte de la población<sup>106</sup>.

El monitoreo del cumplimiento de las funciones esenciales recomendadas por la Organización Mundial de la Salud- Organización Panamericana de la Salud (OMS- OPS) y acogidas por la generalidad de los países afiliados es realmente la mejor

---

<sup>105</sup> MALAGÓN-LONDOÑO, GALÁN MORERA, PONTÓN LAVERDE.Op.cit.

<sup>106</sup> Ibid.

auditoría que puede llevarse a cabo de los programas que se adelanten en cada lugar<sup>107</sup>.

La auditoria a nivel nacional es el compromiso que adquieren los países de analizar la situación de salud de su población y con una investigación sobre el estado de la misma montar los correctivos inmediatos que permitan el cumplimiento con calidad de las políticas y estrategias establecidas. A nivel local, seguramente cada país establecerá los parámetros de evaluación y control de los programas. Esta evaluación y control son parte fundamental del compromiso adquirido por los países afiliados a la Organización Mundial de la Salud - Organización Panamericana de la Salud (OMS-OPS)<sup>108</sup>.

---

<sup>107</sup> Ibid.

<sup>108</sup> Ibid.

### **3.10. ESTUDIOS EN COLOMBIA SOBRE EL PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO**

El Programa de Crecimiento y Desarrollo ha sido considerado como una importante acción de salud pública, impulsada por el sistema de salud desde hace más de 20 años. Este programa, como todas aquellas acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, han sufrido importantes cambios con la implantación de la Ley 100.

La ley 100 ha creado un nuevo escenario de la salud en Colombia, que se funda en un esquema de aseguramiento. La perspectiva de mercado y de rentabilidad económica genera una forma diferente en entender la prestación de los servicios de salud. Por lo tanto los programas como el de Crecimiento y Desarrollo, que se habían construido para un sistema de salud diferente, han tenido que adecuarse a estas nuevas condiciones.

En Medellín, el Grupo Interinstitucional para la salud del niño en Antioquia, con representantes del Servicio Seccional de Salud, la Universidad de Antioquia, la Universidad Pontificia Bolivariana, el Instituto de Seguros Sociales, Comfama, Comfenalco, la Secretaría de Educación Departamental, el instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Metrosalud entre otras instituciones vinculadas a la atención de la niñez concibieron una propuesta para el programa, denominada crecimiento y desarrollo por atención grupal, que unida a la escala abreviada de desarrollo, planteada por el Ministerio de Salud, conformaron la de Salud Integral para la Infancia (SIPI) que influyó poderosamente en la forma de llevar a cabo el programa desde 1991 y más concretamente desde 1993, cuando se publicó el manual con las normas técnico-administrativas de Salud Integral para la Infancia (SIPI).

La propuesta de Salud Integral para la Infancia (SIPI) se sustentó en un enfoque de promoción de la salud, que pretendió impulsar un concepto de desarrollo integral más allá de la visión morbicéntrica. Se propuso, en ese entonces fundar la atención en sesiones grupales, de 8 a 10 niños en promedio, en las cuales se debía efectuar examen físico, evaluación del crecimiento pondoestatural y del desarrollo, así como actividades educativas basadas en el “diálogo de saberes” y orientaciones individuales. Estas actividades debían estar a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales de diversas disciplinas, fundamentalmente medicina, nutrición y dietética, enfermería y odontología. Estas sesiones tendrían una duración aproximada de dos horas.

El Centro Internacional de educación y Desarrollo Humano (Cinde) y la Universidad de Antioquia, representada por miembros del Grupo de Puericultura y de las Facultades de Salud Pública, Medicina, Enfermería y del Instituto de educación física realizaron una evaluación sobre el proceso de implementación del programa de Crecimiento y Desarrollo en el municipio de Medellín, entre julio de 1999 y junio de 2001, con el propósito de comprender el desarrollo del programa en el marco de la reforma al sistema de salud.

En dicho estudio se pretendió identificar cuales fueron estos cambios, sus causas y su impacto para la calidad de las acciones promovidas por el programa y por ende, para la promoción de la salud de los niños menores de 6 años y sus familias en la ciudad de Medellín y se concluyó que se han producido importantes cambios en la forma como se administra y se ejecuta el programa, se encontró una gran diferencia de la calidad del servicio entre los programas ofrecidos por el régimen contributivo y el régimen subsidiado, lo que ha generado una situación de marcada

inequidad que está afectando a las familias más vulnerables, que precisamente serían las que requerían mayores esfuerzos del sistema de salud.

Con la implementación de la Ley 100 son numerosas las instituciones encargadas del programa; en los primeros años se orientó fundamentalmente hacia la atención de la salud y la prevención de la enfermedad, lo cual se evidencia en la tardanza para la normalización de esta función, que se instituyó por medio de la Resolución 412 de febrero de 2000. El Ministerio de Salud ejercía una función de orientación y control muy directa sobre las entidades encargadas de ejecutar el programa, la cual ha sido asumida por las EPS y ARS.

En el régimen subsidiado las deficiencias en las actividades de seguimiento y control y de capacitación, así como la presión por lograr rentabilidad económica, llevaron a las instituciones prestadoras de servicios de salud, unidades y centros de salud a crear diversas formas de realizar el programa; la estructura es muy variada en los diferentes centros de atención, tanto en la forma como se llevan a cabo las actividades como en el tipo de acciones que se ejecutan. Para citar un ejemplo, no en todos los centros de atención se realiza la escala abreviada del desarrollo. Los equipos humanos responsables del programa se han venido desarticulando paulatinamente por la eliminación de profesionales de algunas disciplinas, tales como nutricionistas, psicólogos e higienista oral, rotación de médicos, no se ha hecho capacitación formal sobre el programa a los funcionarios.

También hay una importante restricción para resolver alteraciones del crecimiento y desarrollo detectadas, que requieran atención especializada o de segundo nivel por tres razones: La primera el factor geográfico, pues la atención de segundo nivel no se realiza en la misma Institución Prestadora de Servicios de Salud la

segunda la necesidad de realizar un nuevo trámite en otra dependencia para acceder a los servicios y la tercera a un limitado presupuesto para atender este tipo de atenciones, con lo cual las remisiones tardan demasiado tiempo en ser atendidas. Un caso que ilustra esta situación es la atención de los niños desnutridos por nutricionista, catalogada dentro del segundo nivel. De esta manera muchos niños se están quedando sin una adecuada y oportuna atención, lo que les acarrea negativas consecuencias en su desarrollo. En varias entidades las actividades se llevan a cabo en espacios físicos no aptos para el programa, además de ejecutarse con deficiencia de algunos implementos básicos.

En el régimen contributivo hasta hace 5 años el Programa de Crecimiento y Desarrollo tenía una baja cobertura, a medida que fueron aumentando las afiliaciones y que las Empresas Promotoras de Salud fueron asumiendo sus responsabilidades en torno a las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, el programa ha venido creciendo y consolidándose en los últimos 3 años. Aunque existen variaciones en la implementación del programa entre las instituciones, debido a las diferencias en su naturaleza, se mantiene una estructura más o menos coherente, con la propuesta de SIPI. Existen mejores mecanismos de control, son más completos los recursos para realizar las actividades, los espacios físicos son más adecuados y hay un mayor interés en la estabilidad del talento humano, en su formación y apoyo técnico. Los equipos de funcionarios encargados del programa son generalmente estables; en las instituciones sin experiencia previa en el programa se implantaron procesos de capacitación para el personal correspondiente. Las posibilidades para acceder a la atención de segundo nivel son mayores. Se percibe el programa como rentable.

En ambos regímenes el tiempo constituye un elemento restrictivo para realizar las actividades con buena calidad. Aunque algunas instituciones del régimen contributivo han ampliado la duración de

sus sesiones para resolver esta situación, la rapidez con la que se hacen las actividades, especialmente el examen físico, la evaluación del desarrollo y la educación, podría estar afectando los resultados.

Todavía se presentan grandes deficiencias para ambos regímenes para acceder a la atención de segundo nivel. Tal es el caso de la atención psicológica, no cubierta en el Plan Obligatorio de Salud, con lo que se dejan de asumir problemas muy frecuentes y críticos para el desarrollo de los niños.

Se han hecho innovaciones en la forma de llevar a cabo el programa pero no se ha evaluado su efecto y menos su impacto sobre la situación de salud de los niños, ni la manera como sus componentes interactúan en su efectividad. Más aún la evaluación que realizan las instituciones se restringe a la gestión y a la satisfacción de los usuarios.

Es bien nítida la marcada inequidad en calidad de atención recibida por los usuarios de los regímenes contributivo y subsidiado, que se profundizará con la aplicación de la Resolución 412. Los sectores de la población con menor poder adquisitivo se ven privados de una atención en salud de buena calidad. Por lo tanto se excluye a esta población, desde el nacimiento, de sus más elementales necesidades básicas, fundamentales para el desarrollo de sus potencialidades y en último término, de sus libertades como ciudadano.

En la resolución 412, el papel del adulto significativo es un intermediario de la salud del niño, plantea grandes interrogantes sobre la responsabilidad del estado en la promoción de la salud de sus asociados y sobre la consistencia de las políticas públicas. Estos interrogantes se hacen aún más apremiantes en el contexto actual: una aberrante crisis socioeconómica, marcada por la



exclusión de grandes sectores de la población de sus derechos sociales y del acceso a servicios públicos de calidad.

La inequidad es aún más severa cuando se analiza la situación de los llamados “Vinculados” es decir los que están por fuera del sistema por diferentes motivos, como la inadecuada aplicación del Sistema de Identificación de Beneficiarios (SISBEN), la baja cobertura del sistema, la desvinculación laboral, el desplazamiento forzado o simplemente los cambios de residencia. Esto dificulta la accesibilidad al programa, cuando justamente se trata de la población de niños(as) de más alta vulnerabilidad familiar y socioeconómica. A este sector pertenece aproximadamente la mitad de la población colombiana.

El modelo está generando otras consecuencias de grandes repercusiones para el logro de las metas propuestas por el programa como la separación realizada por el sistema General de Seguridad Social en Salud entre actividades colectivas, delimitadas en el Plan de Atención Básica (PAB) y actividades individuales, comprendidas en el Plan Obligatorio de Salud (POS).

Es evidente la necesidad de fortalecer una visión de promoción de la salud, como respuesta lógica del sector ante la crisis actual de la sociedad. Una postura centrada en el desarrollo humano, para lo cual las acciones del programa no se pueden quedar en la enfermedad y en el niño. Se requieren también acciones encaminadas a fortalecer el desarrollo de los adultos significativos, para lo cual se precisan concepciones de educación fundadas en la formación y ancladas en la consolidación de oportunidades para la participación de estos en la planeación, ejecución y evaluación de acciones concertadas con las instituciones tendientes a resolver las

graves dificultades que deben abordarse en la crianza de los niños<sup>109</sup>.

### **3.11. AUDITORIA DE LA CALIDAD EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD**

La calidad en los servicios de Salud es el nivel de desarrollo y operatividad que garanticen el logro de los mayores beneficios para el usuario, con los menores riesgos posibles, en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos disponibles para su nivel de complejidad y con los valores éticos y sociales imperantes (definición de tipo operativo que conjuga tres elementos beneficio, costo y riesgo).

Según el Dr. Donabedian, garantía de la calidad es responder por el servicio que se otorga de manera que se proteja al paciente, íntegramente como ser humano, contra riesgos innecesarios y se le proporcione los mayores beneficios posibles. Por lo tanto el sistema de Garantía de Calidad es el conjunto de acciones y procesos regulados con que cuenta el estado y las entidades responsables de los servicios de salud, lo cual permite obtener calidad mediante evaluación, seguimiento y control<sup>110</sup>.

Calidad en los servicios de salud es un atributo de la atención médica que puede darse en grados diversos. Se define como el logro de los mayores beneficios posibles, con los menores riesgos para el paciente. Estos mayores beneficios posibles se definen, a su vez, en función de lo alcanzable de acuerdo a los recursos y a

---

<sup>109</sup> PEÑARANDA C., Fernando. et.al. El Programa de Crecimiento y Desarrollo: otro factor de inequidad en el sistema de salud. En : Revista Facultad Nacional Salud Pública. 20 (1). (2002) p. 89-99.

<sup>110</sup> MALAGÓN-LONDOÑO, GALÁN MORERA, PONTÓN LAVERDE. Op.cit

los valores sociales imperantes con que se cuenta para proporcionar la atención. Se entiende por calidad en la prestación de los servicios de salud, las características con que se prestan dichos servicios, la cual está determinada por la estructura y los procesos de atención que deben buscar optimizar los beneficios y minimizar los riesgos para la salud del usuario...calidad técnica en los servicios de salud, consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica, de forma que maximice sus beneficios para la salud, sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios..." (Avedis Donabedian de la Escuela de Salud Pública de Michigan).

La calidad de los servicios de salud es el desempeño apropiado (acorde con las normas) de las intervenciones que se saben son seguras, que la sociedad en cuestión puede costear y que tiene la capacidad de producir un impacto, sobre la mortalidad, la morbilidad, la incapacidad y la desnutrición. (M.I. Roemer y C. Montoya Aguilar, OMS-1988).

"Hacer lo correcto correctamente" (W.E. Deming).

Provisión de servicios accesibles y equitativos ofrecidos con un nivel profesional óptimo, y teniendo en cuenta los recursos disponibles y que logra la satisfacción del usuario". (Palmer RH, Universidad de Harvard).

Calidad en los servicios de salud es la satisfacción de las necesidades razonables de los usuario, con soluciones técnicamente óptimas, calidad sentida en los servicios de salud, es decir, "la que está en la subjetividad de los usuarios y debe ser explicada y expresada por ellos; corresponde a la satisfacción

razonable de su necesidad luego de la utilización de los servicios “. (O.P.S.-1994)<sup>111</sup>

Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

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

Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país<sup>112</sup>.

Para efectos de evaluar y mejorar la calidad e la Atención de Salud, el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) deberá cumplir con las siguientes características:

- Accesibilidad: es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que garantizar el Sistema General de Seguridad Social en Salud<sup>113</sup>.

---

<sup>111</sup> ÁLVAREZ HEREDIA, Op. cit.

<sup>112</sup> COLOMBIA. Congreso de la República. Decreto 1011 del 3 de abril de 2006.

<sup>113</sup> COLOMBIA. Ministerio de Salud. Resolución No. 5261 del 5 de agosto de 1994.

- Oportunidad: Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.
  
- Seguridad: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
  
- Pertinencia: Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.
  
- Continuidad: Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

Desde las normas jurídicas Colombianas se ha contemplado la posibilidad de acercarse a los lineamientos de la Calidad en salud; pero es bien conocido que la calidad no se puede hacer por ley, decretos, resoluciones o imposiciones. Ella es el producto de una cultura, que debe iniciarse desde la relación de pareja, antes de conformar un nuevo núcleo familiar (educación prenatal). Sin embargo, para efectos prácticos y académicos, se relacionan las normas Colombianas que han tratado este tema.

En la Ley 14 de abril 28 de 1962, que reglamenta el ejercicio de la medicina en Colombia, ya “se dan algunos pasos “de lo que sería un esbozo de mejoramiento en el ejercicio de esta profesión, hacia la búsqueda de la Calidad<sup>114</sup>.

En el decreto 605 de marzo 21 de 1963, reglamentario de la ley 14 de 1962, se habla de calidad, aunque se refiere a la facultad de medicina que prepara al médico. Era un paso importante. Da pesar que esto haya quedado en el escrito y no se haya llevado a la práctica<sup>115</sup>.

En la Ley 9/79 denominado Código Sanitario Nacional, se habla de calidad, pero este término, en la norma, se aplica a la calidad del agua, las comidas y bebidas, la fabricación de productos farmacéuticos, artículos 175, 193, 272, 286, 436, 487, 560, 565, 581 y 585, entre otros<sup>116</sup>.

La ley 23 del 18 de febrero de 1981, código de ética médica puede ser considerado como uno de los mayores pasos en relación con la búsqueda de la calidad, si el profesional actúa en concordancia con los principios éticos allí plasmados<sup>117</sup>.

El Grupo Interinstitucional conformado por Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud, Superintendencia de Salud, Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, Seguro Social y Ascofame trabajó colectivamente hasta que en 1985 publicó el Manual de Acreditación de Hospitales de Colombia<sup>118</sup>.

---

<sup>114</sup> COLOMBIA. Ley 14 del 28 de abril de 1962. Por la que se reglamenta el ejercicio de la Medicina.

<sup>115</sup> COLOMBIA. Decreto 605 del 21 de marzo de 1963. Reglamenta la Ley 14 de 1962.

<sup>116</sup> COLOMBIA. Congreso de Colombia. Ley No. 09. Op.cit.

<sup>117</sup> COLOMBIA. Congreso de Colombia. Ley 23 del 18 de febrero de 1981.

<sup>118</sup> ÁLVAREZ HEREDIA, Op. cit.

El artículo primero de ley 10 de enero de 1990, literal h) habla de “establecer un sistema de fijación de normas de calidad de los servicios de salud y los mecanismos para controlar y vigilar su cumplimiento. El literal d) del artículo noveno de esta ley, en referencia a las funciones de la Dirección Nacional del Sistema de Salud: “dictar las normas científicas que regulan la calidad de los servicios y el control de los factores de riesgo que son de obligatorio cumplimiento por todas las entidades e instituciones del sistema de salud”<sup>119</sup>.

La Ley 100 de diciembre 23 de 1993 art. 153 “además de los principios generales consagrados en la Constitución Política son reglas del Servicio Público de Salud...las siguientes: 9. Calidad. El sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional. De acuerdo con la reglamentación que expida el gobierno, las instituciones prestadoras deberán estar acreditadas ante las entidades de vigilancia.

Artículo 178, numeral 6 “establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las IPS”.

Artículo 185 “Las instituciones Prestadoras de Servicios deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia...”

Artículo 186 “el Gobierno Nacional propiciará la conformación de un Sistema de Acreditación de las Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud, para brindar información a los usuarios sobre su calidad y promover su mejoramiento”.

---

<sup>119</sup> COLOMBIA. Congreso de la República. Ley 10 del 10 de enero de 1990.

Artículo 199 “El Ministerio de Salud definirá normas de calidad y satisfacción del usuario, pudiendo establecer medidas como tiempos máximos de espera por servicios y métodos de registro en listas de espera, de acuerdo con las patologías y necesidades de atención del paciente. Parágrafo: El Ministerio de Salud solicitará la información que estime necesaria con el objeto de establecer sistemas homogéneos de registro y análisis que permitan periódicamente la evaluación de la calidad del servicio y la satisfacción del usuario.

Artículo 227 “Es facultad del Gobierno Nacional expedir las normas relativas a la organización de un Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud; incluyendo la auditoria médica, de obligatorio desarrollo en las entidades promotoras de salud, con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios...”<sup>120</sup>

El decreto 1757 de 1994, aclarado mediante el decreto 1616 de 25 septiembre de 1995, establece las formas de participación social en la prestación de los servicios de salud. Las instituciones deben implantar mecanismos que canalicen las inquietudes y demandas de los usuarios así como los responsables de las quejas y las respuestas a las mismas. Establece la creación de comités de ética, con la participación de la comunidad, para proponer medidas que mejoren la oportunidad y la calidad en la prestación de servicios<sup>121</sup>.

La Resolución 5261 de agosto 5 de 1994 (MAPIPOS), establece una serie de definiciones que determinan la calidad en la prestación de los servicios, así: “calidad de la atención: es el conjunto de características técnico-científicas,

---

<sup>120</sup> COLOMBIA. Congreso de la República – Ministerio de Salud. Reforma al Sistema de Seguridad Social Integral. Ley 100 de 1993.

<sup>121</sup> COLOMBIA. Congreso de la República. Decreto 1757 de 1994.



materiales y humanas que debe tener la atención de salud que se provea a los beneficiarios, para alcanzar los efectos posibles con los que se obtenga el mayor número de años de vida saludable y a un costo que sea social y económicamente viable para el Sistema y sus afiliados. Sus características son: Oportunidad, agilidad, accesibilidad, continuidad, suficiencia, integridad, racionalidad lógico-científica, costo-efectividad, eficiencia, humanización, información, transparencia, consentimiento y grado de satisfacción de los usuarios. Evaluación de la calidad: es la medición del nivel de calidad de una actividad, procedimiento o guía de atención integral”<sup>122</sup>.

Decreto 2174 del 28 de noviembre de 1996 expedido por el Ministerio de Salud, por el cual se organizaba el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del SGSSS, en Colombia<sup>123</sup>.

Acuerdo 117 del 29 de Diciembre de 1998, por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades como procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en Salud Pública, emanada del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud<sup>124</sup>.

Resolución 412 del 25 de febrero de 2.000, 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

---

<sup>122</sup> COLOMBIA. Ministerio de Salud. Resolución No. 5261 del 5 de agosto de 1994.

<sup>123</sup> COLOMBIA. Ministerio de Salud. Decreto 2174 del 28 de noviembre de 1996.

<sup>124</sup> CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. Acuerdo 117 del 29 de diciembre de 1998.

atención de enfermedades de interés en salud pública, emanada el Ministerio de salud<sup>125</sup>.

Resolución 3384 del 19 de diciembre de 2.000, por la cual se modifican parcialmente las resoluciones 412 y 1745 de 2.000 y se deroga la resolución 1078 de 2000, emanada del Ministerio de Salud; de conformidad con esta resolución las metas de cumplimiento para el régimen subsidiado según su Artículo 13 son del 90% tanto para consulta por primera vez por médico general y consultas de control y seguimiento por enfermería<sup>126</sup>.

En el Anexo 1 en el punto 5 establece la Matriz de programación para la detección de alteraciones del crecimiento y desarrollo de niñas(os) entre 0 y 9 años, sin embargo como la frecuencia de los procedimientos varia 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, 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.

Anexo 2 Se fundamenta en el monitoreo trimestral de un conjunto de indicadores específicos que expresan la gestión de las aseguradoras en las diferentes áreas de interés.

---

<sup>125</sup> COLOMBIA. Ministerio de Salud. Resolución No. 412 del 25 de febrero de 2000.

<sup>126</sup> COLOMBIA. Op.cit.. Resolución No. 3384.

La Ley 715 del 21 de diciembre de 2001, artículo 42 habla de definir en el primer año de vigencia de la presente ley el Sistema Único de Habilitación, el Sistema de Garantía de la Calidad y el Sistema Único de Acreditación de Instituciones Prestadoras de Salud, Entidades Promotoras de Salud y otras Instituciones que manejan recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud<sup>127</sup>.

Decreto 2309 del 15 de octubre de 2002 (deroga el Decreto 2174 de 1996), mediante el cual se define el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud, del sistema general de seguridad social en salud<sup>128</sup>.

La resolución 1439 del 1 de noviembre de 2002, por la cual se adoptan los Formularios de Inscripción y de Novedades para el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, los Manuales de Estándares y de Procedimientos, y se establecen las Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera del Sistema Único de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales y sus dos anexos, modificada por la resolución 486 de 2003, luego se expide la circular 015/03 para hacer aclaraciones a la resolución anterior<sup>129</sup>.

Decreto 1011 del 3 de abril de 2.006 establece el sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud del SGSSS, el cual contempla cuatro componentes con sus estándares para evaluar su cumplimiento:

1. El Sistema Único de Habilitación.
2. La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.
3. El Sistema único de Acreditación y

---

<sup>127</sup> COLOMBIA. Congreso de la República. Ley 715 del 21 de diciembre de 2001.

<sup>128</sup> COLOMBIA. Decreto 2309 del 15 de octubre de 2002.

<sup>129</sup> Resolución No. 1439 del 1º de noviembre de 2002.

#### 4. El Sistema de Información para la Calidad<sup>130</sup>.

Para el cumplimiento de dicho decreto el Ministerio de la Protección Social expidió las resoluciones 1043 del 3 de abril de 2.006 y 1445 del 8 de mayo de 2.006<sup>131</sup>. La resolución 1043 del 3 de abril de 2.006, establece las condiciones que deben cumplir las Prestadoras de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. Consta de dos anexos: Anexo Técnico N° 1 es el Manual Único de estándares y de verificación y Anexo Técnico N° 2 es la guía de procedimientos de habilitación.

---

<sup>130</sup> COLOMBIA. Congreso de la República. Decreto 1011 del 3 de abril de 2006.

<sup>131</sup> COLOMBIA. Ministerio de la Protección Social. Resolución 1043 del 3 de abril de 2006 y Resolución 1415 del 8 de mayo de 2006.

#### 4. JUSTIFICACION

La comuna numero siete está entre las más pobladas y afectadas de la ciudad de Popayán con problemas socioeconómicos reflejados en hacinamiento, desempleo, bajo nivel educativo, drogadicción, violencia intrafamiliar y social, maltrato infantil, desnutrición, embarazos en adolescentes, con un alto índice de necesidades básicas insatisfechas entre otros, que los hace muy vulnerables de padecer morbilidad y mortalidad por diversas causas; derivados por la mezcla de diferentes grupos étnicos que se asentaron en esta zona a raíz del terremoto del 31 de marzo de 1983, actualmente incrementado por el fenómeno de desplazamiento, que según datos de la Organización Mundial para las Migraciones (OIM), serían en esta área unos 1.820 aproximadamente; además la Unidad Popayán atiende un promedio anual de 2.000 usuarios provenientes de municipios vecinos, que por su ubicación geográfica y accesibilidad, un alto porcentaje de estos acude al Centro de Salud 31 de Marzo a que se le presten los servicios de salud.

Teniendo en cuenta la problemática que se vive en la comuna, el Programa de Detección Temprana de las Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo es uno de los más importantes en las acciones de promoción y prevención dirigido a los niños menores de 10 años con el propósito de disminuir la morbi-mortalidad infantil y para el año 2.006 los indicadores de cumplimiento en el Centro de Salud 31 de Marzo fueron evaluados como “muy deficiente” de acuerdo a matrices de programación de las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado contratantes (Anexos 2, 3 y 4); además en las políticas de la institución los programas de detección temprana son el eje central, razones que orientan a la necesidad de crear un modelo de auditoria que permita tener la capacidad auto-evaluadora en la identificación de puntos fuertes y áreas de mejora de los procesos que se desarrollan en el programa y así implementar planes de

mejoramiento continuo y de garantía de la calidad que impacten positivamente en la población con la satisfacción de los usuarios.

Las instituciones de salud del país tienen hoy más que nunca la responsabilidad de establecer las herramientas que propicien la evaluación de la atención de los servicios de salud, respondiendo efectivamente a las metas de salud y al reto de la competitividad; sin embargo son escasos los logros en este campo, por la ausencia de metodologías prácticas y sencillas que puedan aplicarse a los diferentes servicios o unidades funcionales que conforman la atención en salud.

## **5. OBJETIVOS**

### **5.1. OBJETIVO GENERAL**

Diseñar un modelo de auditoria para el Programa de Detección Temprana de Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo en el menor de 10 años, en el Centro de salud 31 de marzo de la Unidad Popayán, aplicando el modelo C-DOPRI de evaluación de la calidad en salud.

### **5.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Realizar la evaluación del contexto del Centro de Salud 31 de Marzo: Legislación y políticas que regulan y orientan la prestación del servicio, planes y programas, relaciones institucionales, relaciones con proveedores y con la comunidad.
  
- Realizar la evaluación de la demanda del programa de crecimiento y desarrollo del centro de salud 31 de Marzo en el año 2006: características sociodemográficas de los usuarios y demanda efectiva atendida.
  
- Realizar la evaluación de la oferta del programa de crecimiento y desarrollo del centro de salud 31 de Marzo en el año 2006: Estructura orgánica (organigrama), estructura funcional (manuales de funciones, procedimientos y guías de atención), recursos humanos y físicos, sistema de información, tomando como guía el Anexo Técnico N° 1 de la Resolución N° 1043 del 3 de

abril de 2.006 que establece las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios y la cartilla de Salud Integral para la Infancia (SIPI). (Anexo 5).

- Realizar la evaluación de los procesos del programa de crecimiento y desarrollo obteniendo información sobre flujogramas de atención, tiempos de espera, diligenciamiento de historias clínicas y protocolos de manejo clínico terapéutico.
  
- Evaluación de los resultados. Datos sobre oportunidad, utilización, productividad y gastos de atención.
  
- Evaluación del impacto mediante satisfacción del cliente externo o usuarios y clientes internos o proveedores de servicios de salud.
  
- Tabulación y análisis de la información recolectada.
  
- Socialización de los datos obtenidos en el Centro de Salud 31 de marzo.
  
- Elaboración del diseño de un modelo de auditoria para el Programa de Detección Temprana de Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo en el menor de 10 años para el Centro de Salud 31 de Marzo.





## **6. PROPOSITO**

Se propone diseñar un Programa de Auditoria para el Programa de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud 31 de Marzo de la Unidad Popayán, que permita evaluar la calidad de la atención de manera regular y oportuna, para lo cual se debe disponer de una metodología práctica y sencilla que sea aplicable a cualquier institución con una relativa baja inversión de recursos y que permita generar información útil para la toma de decisiones orientadas a mejorar progresivamente la calidad del servicio y que respondan efectivamente a las metas de salud y al reto de competitividad.

## 7. METODOLOGIA

La metodología utilizada en el estudio esta basada en el modelo C-DOPRI del Doctor Ricardo Galán, que considera para evaluar la calidad en los servicios de salud, es necesario tener en cuenta seis componentes: contexto, demanda, oferta o estructura, proceso, resultado o producto e impacto o efecto.. Cada uno de los componentes anotados, incorpora variables, subvariables, indicadores y plantillas de evaluación, que permiten calificar integralmente el programa, permitiendo identificar las fallas o variación en la prestación de los servicios, publicado en el libro: "Auditoria en Salud"<sup>132</sup>.

### 7.1. INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Otros instrumentos utilizados en la recolección de la información fueron:

- Encuestas para satisfacción de clientes internos y externos (Anexos 6 y 7).
- Formato de evaluación de historia clínica del Programa de Detección Temprana de Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo en el menor de 10 años. (Anexo 8).
- Aplicación del formato del anexo técnico N° 1 de la resolución 1043 de 2.006 o estándares de habilitación y cartilla de Salud Integral para la Infancia (SIPI). (Anexo 5).
- Otros registros: RIPS, informes de la coordinación técnico científica, sistemas de información, recursos humanos y administración.

---

<sup>132</sup> MALAGÓN LONDOÑO, GALÁN MORERA, PONTÓN LA VERDE. Op.cit.

## 7.2. MÉTODOS Y TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS

Se realizó el análisis de datos recolectados en los instrumentos aplicados con base en la hoja de cálculo elaborada en Microsoft Excel 2003, se llevaron a las plantillas para la evaluación de la atención en salud por cada área, y se resumieron en la plantilla global de la calidad de atención en salud<sup>133</sup>

Las plantillas para la evaluación de la calidad de la atención en salud se definen como los instrumentos operativos que facilitan la recolección de la información. Cada área de evaluación tiene su propia plantilla y una plantilla global para la integración de las mismas.

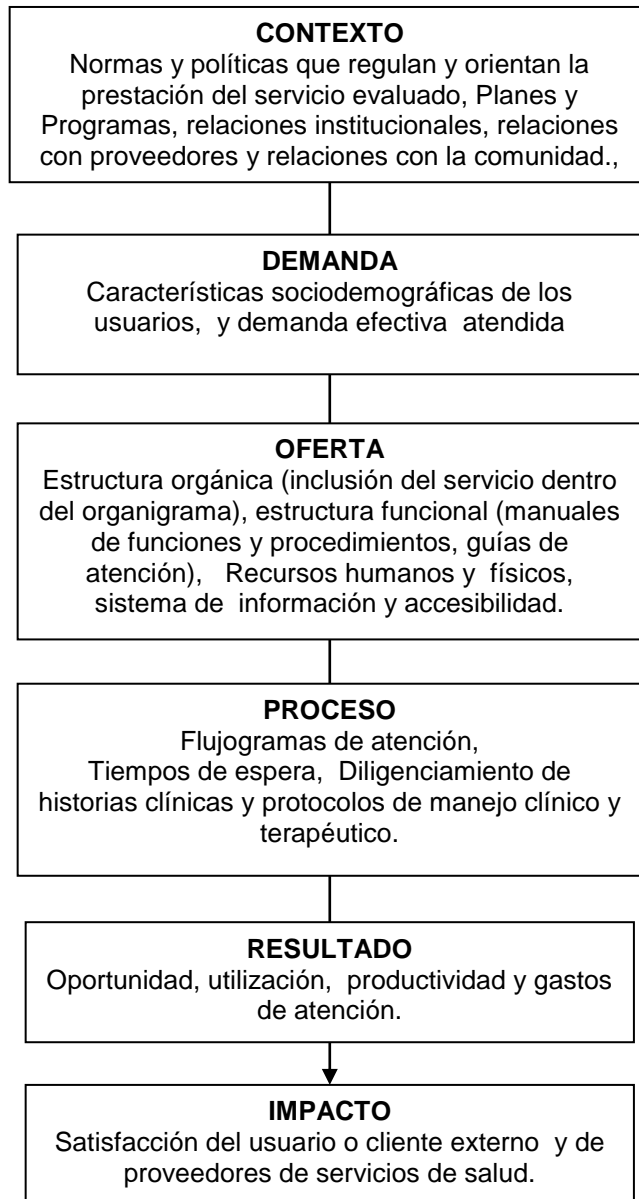
La estructura de la plantilla se divide en cuatro columnas. La primera corresponde al indicador de evaluación. En la segunda se registra la calificación que se da a cada indicador o parámetro en una escala de 1 a 4, de acuerdo con los criterios establecidos en la guía para diligenciar la plantilla. La calificación 4 corresponde a óptimo, 3 a bueno, 2 a regular y 1 a malo. En la tercera columna se tiene una ponderación de los distintos indicadores o parámetros de evaluación, en una escala de 0 a 1, según su importancia en la respectiva área. Finalmente en la cuarta columna se registran las calificaciones ponderadas de los distintos indicadores, que resultan de multiplicar las respectivas calificaciones por su correspondiente valor de ponderación. Al sumar los valores de esta columna se obtiene la calificación del área<sup>134</sup>.

---

<sup>133</sup> Ibid.

<sup>134</sup> Ibid.

### 7.3 APLICACIÓN DEL MODELO C-DOPRI AL CENTRO DE SALUD 31 DE MARZO- UNIDAD POPOPAN



**7.3.1 Contexto.** Con la implementación de Ley 100 de 1993, el Sistema de Seguridad Social en Salud se orientó en los primeros años hacia la atención de la enfermedad, y solo con la normatización de la Resolución 412 de febrero de 2000 se establecieron políticas para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, esto hizo que dichos programas sufrieran un retroceso por falta de orientaciones claras en el funcionamiento especialmente en el Programa de crecimiento y desarrollo.

Actualmente en el programa de crecimiento y desarrollo se ha visto dificultad en la atención integral al niño, porque la mayoría de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de primer nivel no cuentan con el equipo interdisciplinario para la atención de los servicios de segundo nivel complementarios del programa, y si se remiten los niños a nutricionista o psicología, la oportunidad para ser atendidos no es adecuada, y además estas actividades no se encuentran incluidos en el Plan Obligatorio de Salud y se requiere de una tramitología que los padres de familia en su mayoría abandonan.

Por otra parte el contexto socio cultural de la Institución también afecta negativamente por las escasas fuentes de empleo, y hacen que el deterioro de la salud sea frecuente, se aumenten necesidades básicas insatisfechas, el nivel de escolaridad sea bajo; ocasionando dificultad en la comprensión y aceptación de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Los planes y programas a nivel local como departamental se han visto seriamente afectados por el proceso de liquidación de la Dirección Departamental de salud del Cauca como ente territorial encargado de la salud en el departamento y la creación de las Empresas Sociales del Estado.

En cuanto a las relaciones con otras Instituciones no existen a nivel municipal y departamental, generando el mal funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia de la red publica. Con los proveedores la relación es buena y con la comunidad muy deficientes, no funciona la liga de usuarios y no hay una cobertura total de la población.

**Cuadro 3. Plantilla de Evaluación del contexto**

<b>Indicador</b>	<b>Calificación (1 – 4 )</b>	<b>Ponderación</b>	<b>Calificación Ponderada</b>
Legislación	3	0.30	0.9
Políticas	3	0.30	0.9
Planes y programas	2	0.10	0.2
Relaciones institucionales	2	0.10	0.2
Relaciones con proveedores	3	0.10	0.3
Relaciones con comunidad	2	0.10	0.2
<b>Total</b>		<b>1.00</b>	<b>2.7</b>

Resultado plantilla de Evaluación del Contexto: 2.7

- Criterios para la Interpretación:
- Contexto adecuado 3 o más
- Contexto inadecuado menor de 3

### 7.3.2 Demanda

**7.3.2.1 Características sociodemográficas.** La población de menores de 10 años demandante del Centro de Salud 31 de Marzo Unidad Popayán corresponde a niños de estrato socio-económico 1 y 2 de la zona urbana en su mayoría población pobre y vulnerable no afiliada al Sistema de Seguridad Social en Salud, régimen Subsidiado y desplazados como se muestra en la siguiente tabla:

Cuadro 4. Población de usuarios del la Unidad Popayán según régimen de afiliación a salud por grupos etareos – 2006.

<b>Grupo etareo</b>	<b>Régimen subsidiado</b>	<b>Subsidio parcial</b>	<b>Vinculados</b>	<b>Desplazados</b>	<b>Total</b>
< de 1 año	157	88	180	37	462
1-4 años	680	381	780	160	2001
5-9 años	863	483	991	203	2540
Total	1700	952	1951	410	5003



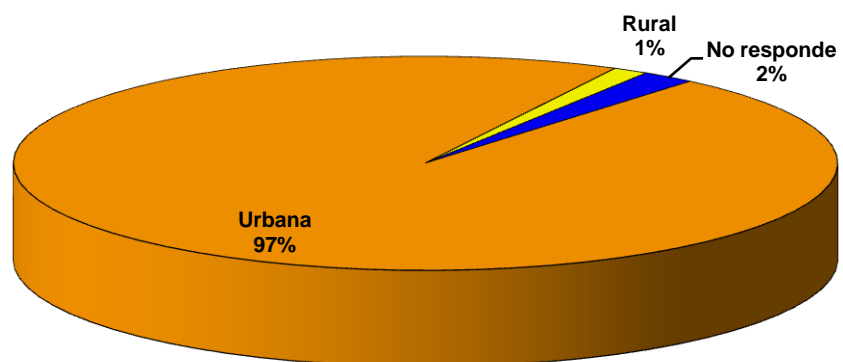
**Cuadro 5. Población usuaria Menor de 10 años Unidad Popayán y Centro de salud 31 de Marzo por grupos etáreos 2.006**

<b>Grupo etareo</b>	<b>Población Unidad Popayán</b>	<b>Población asignada al Centro Salud 31 Marzo (20%)</b>
< de 1 año	2.309	462
1-4 años	10.005	2001
5-9 años	12699	2540
Total	25013	5003

**Cuadro 6. Distribución por zona de procedencia de los niños asistentes al Programa.**

<b>Procedencia</b>	<b>Usuarios</b>	
	<b>No.</b>	<b>Porcentaje</b>
Urbana	276	96.5
Rural	4	1.4
No responde	6	2.1
Total	286	100

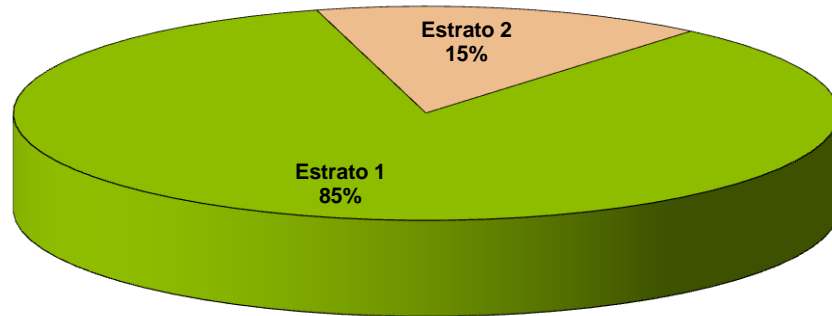
Figura 3. Distribución por zona de procedencia de los niños asistentes al Programa.



Cuadro 7. Distribución por estrato socioeconómico de los niños asistentes al Programa.

Nivel socio-económico	Usuarios	
	No.	Porcentaje
1	242	84.6
2	44	15.4
Total	286	100

**Figura 4. Distribución por estrato socioeconómico de los niños asistentes al Programa.**



**7.3.2.2 Demanda Efectiva Atendida.** Como en la institución no existe registro sistemático de la demanda efectiva atendida, y además no se cuenta con el reporte de demanda insatisfecha en el programa de crecimiento y desarrollo los datos fueron calculados con base a la población menor de 10 años asignada para el Centro de salud 31 de Marzo, utilizando la siguiente fórmula tomada del libro Administración Hospitalaria<sup>135</sup>:

$$\text{Demanda efectiva atendida} = \frac{\text{Pacientes realmente atendidos en el año} \times 100}{\text{Demanda esperada en el año}}$$

---

135

Consulta de primera vez por medico:

Se tomó como referente los niños menores de 1 año que deben pasar por primera vez a control de crecimiento y desarrollo por medico.

Demanda efectiva atendida =

$$\frac{563}{462} \times 100 = 122\%$$

Consulta de seguimiento por enfermería:

La demanda esperada se calculo tomando la población etarea multiplicada por el número de controles que se deben realizar acorde a la concentración por edades según la Resolución 412 de febrero 2000.

Demanda efectiva atendida =

$$\frac{1702}{24.091} \times 100 = 7\%$$

**Cuadro 8. Plantilla de Evaluación de la Demanda**

<b>Indicador</b>	<b>Calificación (1 – 4 )</b>	<b>Ponderación</b>	<b>Calificación Ponderada</b>
<b>Demanda efectiva atendida:</b>			
• consulta de primera vez por medico.	4	0.5	2
• consulta de seguimiento por enfermería	1	0.5	0.5
<b>Total</b>		<b>1.0</b>	<b>2.5</b>

Calificación= 2.5

Interpretación:

- Demanda adecuada: 3 o más
- Demanda inadecuada: menos de 3

**7.3.3 Oferta.** En el área de la oferta se evalúan seis componentes:

- Estructura orgánica (organigrama)
  - Estructura funcional(manuales de funciones y procedimientos)
  - Recursos humanos
  - Recursos físicos
  - Sistemas de información
  - accesibilidad
- 
- Evaluación de la estructura orgánica: En el organigrama de la institución aparecen cargos que no existen en la planta de personal, y para cubrir dicha

necesidad se realiza contratación por orden de prestación de servicios generando vacíos, pero no afectan seriamente la calidad de los servicios.

En cuanto a los manuales de procedimientos existen en algunas áreas pero, no han sido actualizados, ni socializados.

La oficina de control interno existe, pero no tiene operatividad.

**Cuadro 9. Plantilla de Evaluación de la Oferta - Estructura Orgánica**

<b>Indicador</b>	<b>Calificación (1 – 4 )</b>	<b>Ponderación</b>	<b>Calificación Ponderada</b>
Principios de la organización	3	0.2	0.6
Estatutos, visión, misión y objetivos, estrategias y servicios	3	0.2	0.6
<b>Procesos</b>			
Científicos	2	0.2	0.4
Administrativos	2	0.1	0.2
Financieros	2	0.1	0.2
Mecanismos de control	1	0.1	0.1
Sistemas de información	3	0.1	0.3
<b>TOTAL</b>		<b>1.0</b>	<b>2.4</b>

Resultado: 2.4

- Evaluación de la Estructura funcional. Manual de funciones: Los manuales de funciones están en proceso de ajuste y legalización en todas las áreas.

Algunos funcionarios concertaban objetivos en el instrumento de evaluación del desempeño laboral .

Calificación de la inducción al personal sobre funciones:

En la Institución solo a unos pocos funcionarios se les realiza inducción, por esta razón se observan falencias en el desempeño de sus funciones. En el programa de crecimiento y desarrollo se observa principalmente deficiencia en la elaboración de los registros correspondientes al programa.

- Evaluación de cumplimiento de las funciones: A los empleados inscritos en carrera administrativa anualmente se les hacen evaluación del desempeño laboral, basada en los objetivos concertados para la calificación de desempeño. A las personas contratadas por orden de prestación de servicios se hace evaluación mensual del cumplimiento de objetivos acordados en la misma.

**Cuadro 10. Plantilla de evaluación de la Oferta - Estructura Funcional**

<b>Indicador</b>	<b>Calificación (1 – 4 )</b>	<b>ponderación</b>	<b>Calificación Ponderada</b>
<b>Existen manual de funciones</b>	1	0.10	0.1
<b>Inducción al personal sobre funciones</b>	2	0.10	0.2
<b>Se evalúa cumplimiento</b>	2	0.10	0.2
<b>Inducción al personal por áreas</b>			
• Científica	3	0.05	0.15
• Administrativa	2	0.05	0.1
• Financiera	2	0.05	0.1
<b>Manual de procedimientos por áreas</b>			
• Científica	3	0.10	0.3
• Administrativa	1	0.10	0.1
• Financiera	1	0.10	0.1
<b>Evaluación de cumplimiento por áreas</b>			
• Científica	3	0.05	0.15
• Administrativa	2	0.05	0.1
• Financiera	2	0.05	0.1
<b>Se revisan los manuales</b>	1	0.10	0.1
<b>TOTAL</b>		<b>1.0</b>	<b>1.8</b>

Resultado: 1.8



- Evaluación de los recursos humanos:
- ✓ Médicos generales: La consulta esperada de primera vez en el programa de crecimiento y desarrollo para el año 2006 fue de 462 consultas y se realizaron 563 consultas, cumpliendo con el requerimiento de médicos generales.
- ✓ Enfermera: Acorde a la concentración de controles según la Resolución 412 de febrero de 2000 y la población menor de 10 años asignada al Centro de Salud, la demanda esperada en los controles por enfermería para el año 2006 sería de 24.091 controles.

Una enfermera trabajando 8 horas diarias con un promedio de 20 minutos por control, realizaría 24 controles día; si el número de días laborables al año es de 244 y lo multiplicamos por el número de controles día, una enfermera realizaría 5.856 controles al año.

Al dividir la demanda esperada del año ( 24.091) por el número de controles que realizaría una enfermera al año (5.856), se necesitarían 4 enfermeras para suplir la demanda; actualmente el centro de salud tiene una enfermera cubriendo solamente al 25% de la población asignada .

- ✓ Auxiliar de enfermería: Acorde a la tabla 9.6 sobre la necesidad de recursos humanos por servicios del libro de auditoría en salud (1), se necesitaría 1 auxiliar de enfermería por cada 2 consultorios; en el centro de salud hay 2 auxiliares de enfermería encargadas de la preconsulta del programa y existen 3 consultorios para médico general y uno para la enfermera cumpliendo la necesidad de recurso humano.

**Cuadro 11. Plantilla de Evaluación de la Oferta - Recursos Humanos**

<b>Indicador</b>	<b>Calificación (1 – 4 )</b>	<b>Ponderación</b>	<b>Calificación Ponderada</b>
Médicos generales de promoción y prevención	4	0.25	1
Enfermeras	1	0.3	0.3
Auxiliares de enfermería	4	0.25	1
Otro personal	3	0.2	0.6
<b>Total</b>		<b>1.0</b>	<b>2.9</b>

Resultado: 2.9

- Evaluación de los recursos físicos: Para esta evaluación se adecuó la plantilla a los estándares de habilitación de la Resolución 1043 de abril de 2006 anexo técnico N° 1 y Al Manual de Normas Técnicas y Administrativas Salud Integral Para la Infancia (SIPI) de 1993.

El número de consultorios para medicina general es adecuado. Para enfermería teniendo en cuenta la demanda esperada se requiere de 3 consultorios más.

La dotación básica de los consultorios (tensiómetro, fonendoscopio, equipo de órganos, martillo de reflejos, camilla, tabla de Snellen para niños, pesa bebé, metro, linterna, termómetro, tallímetro) para el programa de crecimiento y desarrollo, no cumplen con todos los elementos. La dotación de material

didáctico solo existe en el consultorio de enfermería y le hacen faltan algunos elementos.

El ambiente de los consultorios es adecuado, cuenta con servicios sanitarios, pero no cuentan con los dos espacios para compartir saberes con los niños y con los padres en forma independiente.

Los servicios sanitarios al público están separados por sexo, pero funcionan en regulares condiciones.

En los consultorios no se cuenta con recipientes reutilizables, separados y rotulados, con bolsas plásticas, identificados con el código de colores para el deposito inicial de residuos hospitalarios en el sitio de generación, ni un lugar adecuado para su almacenamiento central.

**Cuadro 12. Plantilla de Evaluación de la Oferta - Recursos Físicos**

<b>Indicador</b>	<b>Calificación (1 – 4 )</b>	<b>Ponderación</b>	<b>Calificación Ponderada</b>
Consultorios de medicina general	4	0.2	0.8
Consultorio de enfermería	1	0.2	0.2
Dotación básica de los consultorio	3	0.2	0.6
Ambiente de los consultorios	3	0.1	0.3
Servicios sanitarios al publico	2	0.1	0.2
Deposito inicial de residuos hospitalarios y almacenamiento central.	1	0.1	0.1
Material didáctico	2	0.1	0.2
<b>Total</b>		<b>1.0</b>	<b>2.4</b>

Resultado: 2.4

- Evaluación del Sistema de información
- ✓ Estructura orgánica: Existe estructura orgánica en el sistema de información adecuada.
- ✓ Manual de funciones: no existe.
- ✓ Manual de procedimientos: Existe manual de procedimientos todo el personal lo conoce, pero en algunos casos por razones de conveniencia, no se aplican en su totalidad.

- ✓ Personal capacitado: El personal se encuentra capacitado formalmente entre 80% y 89%.
  
- ✓ Equipos con tecnología apropiada: Los equipos tienen la tecnología apropiada y con capacidad suficiente para procesar la información.
  
- ✓ Recolección de la Información: La recolección de la información que requiere la institución tiene un cumplimiento aceptable de acuerdo al cronograma y se considera de buena calidad.
  
- ✓ Procesamiento de la información: El procesamiento se cumple electrónicamente, de acuerdo con un manual operativo en tiempo oportuno, pero esporádicamente se cumplen desfases en el cronograma preestablecido para esta actividad.
  
- ✓ Análisis de la información: El análisis se ajusta a las técnicas estadísticas pertinentes, pero esporádicamente se sale del cronograma establecido.
  
- ✓ Presentación de resultados: Esporádicamente se procede a la publicación de los resultados.
  
- ✓ Utilización de la información: La información no es recibida oportunamente y no sustenta la toma de las decisiones de la dirección.

**Cuadro 13. Plantilla de Evaluación de la Oferta - Sistema de Información**

<b>Indicador</b>	<b>Calificación (1 – 4 )</b>	<b>Ponderación</b>	<b>Calificación Ponderada</b>
Estructura orgánica	4	0.10	0.4
Manual de funciones	1	0.10	0.1
Manual de procedimientos	3	0.10	0.3
Personal capacitado	2	0.10	0.2
Equipos con tecnología apropiada	4	0.10	0.4
Recolección información pertinente	3	0.10	0.3
Procesamiento de información	3	0.10	0.3
Análisis de información	3	0.10	0.3
Publicación de información	2	0.10	0.2
Utilización de información	3	0.10	0.3
<b>Total</b>		<b>1.0</b>	<b>2.8</b>

Resultado: 2.8

- **Accesibilidad:** El accesibilidad geográfica a los servicios de salud que presta la institución es adecuada, el 95.8 % de los encuestados tarda en llegar a la Institución menos de 60 minutos y la residencia está ubicada a menos de 15 kilómetros.

La accesibilidad organizacional es buena, son pocos los inconvenientes que se presentan y tienen solución oportuna, no afecta la prestación del servicio, como por ejemplo no ubicar la historia clínica rápidamente, errores en la elaboración de la factura, etc.

**Cuadro 14. Plantilla para Evaluación de la Accesibilidad**

<b>Indicador</b>	<b>Calificación (1-4)</b>	<b>Ponderación</b>	<b>Calificación ponderada</b>
Accesibilidad geográfica	4	0.5	2
Accesibilidad organizacional	3	0.5	1.5
<b>Total</b>		<b>1.0</b>	<b>3.5</b>

Resultado: 3.5

**Cuadro 15. Plantilla de Evaluación de la Oferta**

<b>Indicador</b>	<b>Calificación (1 - 4)</b>	<b>Ponderación</b>	<b>Calificación Ponderada</b>
Estructura orgánica	2.4	0.10	0.24
Estructura funcional	1.8	0.15	0.27
Recursos humanos	2.9	0.25	0.725
Recursos físicos	2.4	0.25	0.6
Sistemas de información	2.8	0.15	0.42
Accesibilidad	3.5	0.10	0.35
<b>Calificación de la oferta</b>		<b>1.0</b>	<b>2.605</b>

Resultado: 2.605

### 7.3.4 Procesos

**7.3.4.1 Flujogramas de Atención.** La institución describe los procesos y procedimientos que son necesarios controlar, por medio de una estructura basada en diagramas de flujo y en realización de fichas técnicas específicas para desarrollar cada procedimiento.

En el Centro de Salud 31 de Marzo los flujogramas de atención existen, pero no aplican ni se han socializado, por esta razón se aprecia desorientación en el tránsito de los usuarios en el servicio de consulta externa. (Ver Figura 5)

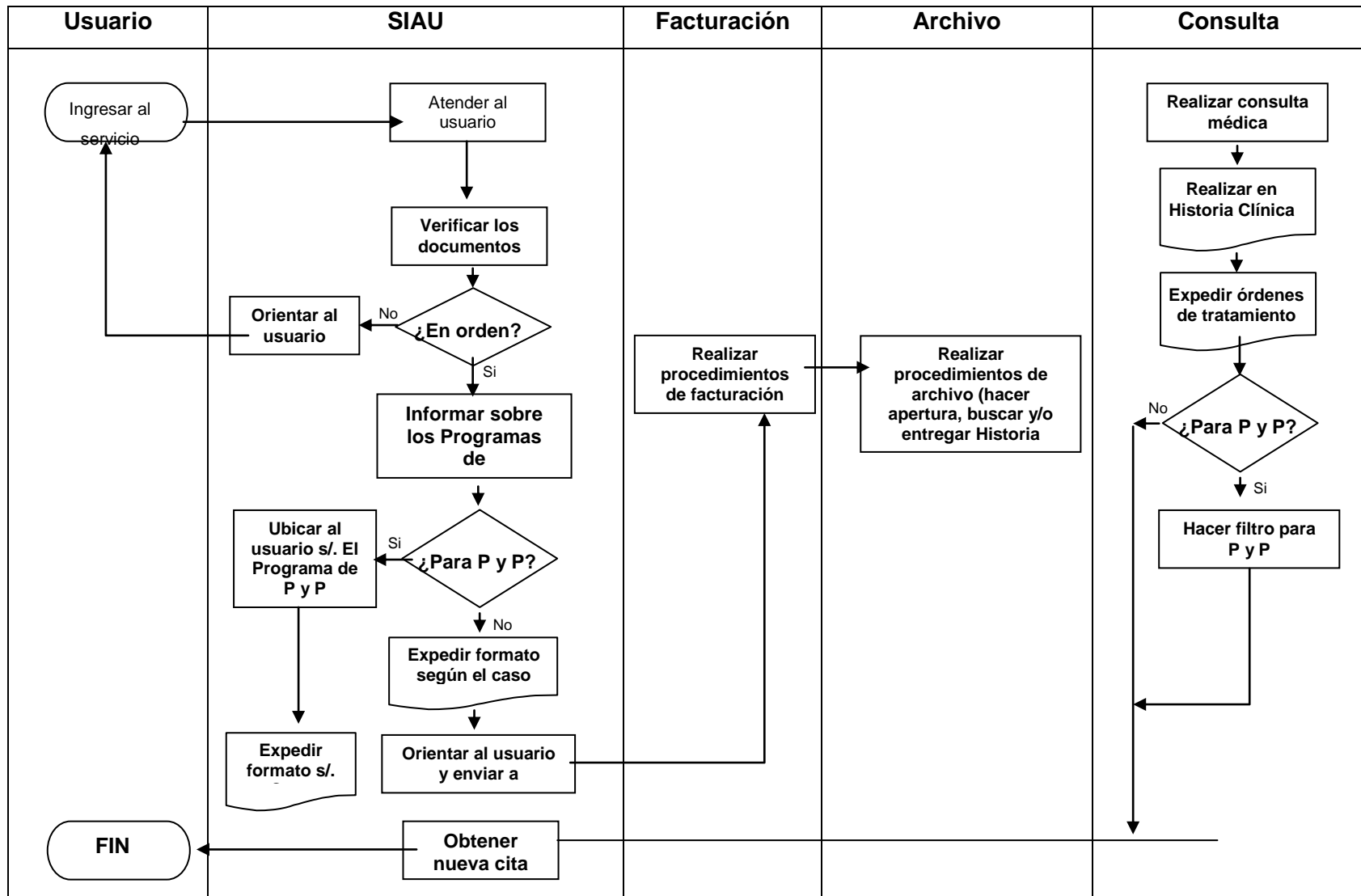
**7.3.4.2 Tiempos de Espera.** Los tiempos de espera se midieron mediante la encuesta de satisfacción de usuarios, como se muestra en la siguiente tabla:

**Cuadro 16. Distribución por tiempo en todo el servicio prestado (estándar menos de 60 minutos)**

<b>Tiempo</b>	<b>No.</b>	<b>Porcentaje</b>
Menos de 60 minutos	24	8.4
60 – 74 minutos	44	15.4
75 – 89 minutos	0	0
Más de 90 minutos	218	76.2
Total	286	100



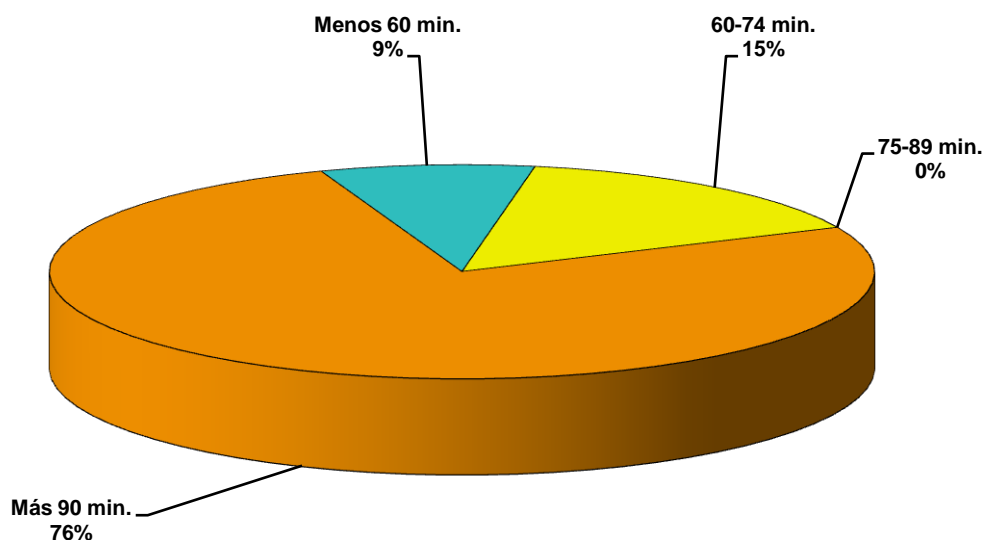
**Figura 5. Proceso: Consulta. Subproceso: Consulta Médica. Dirección Departamental de Salud del Cauca – Unidad Popayán Nivel 1**



Nº de Secuencia	Actividad	Dependencia	Responsable	Descripción
1	Ingreso del paciente al servicio.	SIAU	Usuario	El usuario ingresa a la institución y solicita el servicio de información en lo que corresponde a la consulta general de Promoción y Prevención, consulta médica.
2	Atender al usuario	SIAU	Auxiliar de SIAU	El (la) Auxiliar de SIAU atiende al usuario brindándole información acerca de los diferentes servicios que se ofrecen en la institución, posteriormente se solicitan los documentos de identificación.
3	Verificar los documentos.	SIAU	Auxiliar de SIAU	Se verifica el contrato y los documentos necesarios (cédula de ciudadanía, tarjeta de identidad, registro civil, etc.)
4	Si los documentos están completos	SIAU	Auxiliar de SIAU	Se orienta al usuario, explicándole que documentos debe traer o cuales le hacen falta para poder ser atendido en la institución.
5	Si los documentos están completos	SIAU	Auxiliar de SIAU	Informar sobre los programas de Promoción y Prevención, consulta médica. Se debe identificar si el usuario viene a alguno de los procesos de promoción y Prevención, consulta médica.
6	Si el usuario viene para P y P	SIAU	Auxiliar de SIAU	Si el usuario viene o queda incluido para consulta de Promoción y Prevención se debe seguir con el procedimiento o descripción de procedimientos de consulta para promoción y prevención (Diagrama de flujo). En caso contrario se pasa a la siguiente etapa
7	Si el usuario no viene para p y p.	SIAU	Auxiliar del SIAU	Si el usuario no viene para P y P se continúa con la solicitud que tenga con respecto a la prestación de servicio requerido y se expide el formato según el caso. (Formulario para consulta médica, odontológica, etc.)
8	Orientación	SIAU	Auxiliar de SIAU	Se orienta al usuario para que se acerque y facture el servicio solicitado en este caso consulta médica.
9	Facturar el servicio	FACTURACION	Cajero	Se realizan todos los procedimientos relacionados con la facturación de la consulta externa o por la prestación del servicio (ver procedimientos del proceso de facturación). A continuación se envía al usuario a consulta o archivo según el caso.

<b>Nº de Secuencia</b>	<b>Actividad</b>	<b>Dependencia</b>	<b>Responsable</b>	<b>Descripción</b>
10	Solicitar historia clínica	ARCHIVO	Auxiliar de Archivo	En archivo se hace la recepción del o de los listados de pacientes que serán atendidos para consulta médico, P y P, etc; provenientes de SIAU, en esta fase se realiza la búsqueda o apertura de la historia clínica del usuario dependiendo si existe en el sistema, se encuentra en el archivo, etc. Una vez se tiene la historia clínica del usuario por las diferentes vías se hace la entrega respectiva al consultorio correspondiente. (Ver procedimiento del proceso de archivo).
11	Realizar consulta médica	CONSULTA	Médico(a)	Se verifica la actividad facturada con la historia clínica y el motivo de consulta a la que viene el usuario. Se toman los signos vitales, se realiza la anamnesis, se interroga al paciente, se hace la valoración y de acuerdo a lo encontrado se hace el registro en la historia clínica. En esta etapa se recomienda para la consulta de primera vez por médico general y consulta de control por enfermería seguir lo indicado en el Tomo II Norma Técnica y Guía de Atención para Detección Temprana de las Alteraciones del Crecimientos y Desarrollo en menores de 10 años, Resolución N° 412 del 25 de febrero de 2.000 y Resolución 3384 del 19 de Diciembre de 2.000, emanadas del Ministerio de Salud.
12	Expedir ordenes de tratamiento	CONSULTA	Médico(a)	Según lo diagnosticado por el profesional de la salud se expiden las ordenes correspondientes al tratamiento a seguir (laboratorio, RX, medicamentos, ecografía, etc.). Nueva cita médica, etc.
13	Realizar filtro para Promoción y Prevención.	CONSULTA	Médico(a)	Según valoración si clasifica el usuario se realiza el filtro para los programas de Promoción y Prevención, esto con el objetivo de captar nuevos usuarios potenciales para P y P y se remite a SIAU.
14	Obtener nueva cita	SIAU	Auxiliar SIAU	En este despacho se le indica y registra al usuario cuando es la próxima cita médica o para el programa de Promoción y Prevención en el que haya podido quedar incluido, etc.

Figura 6. Distribución por tiempo en todo el servicio prestado (estándar menos de 60 minutos).



Los tiempos de espera en el control de crecimiento y desarrollo son inadecuados, el 76.2% de los encuestados respondieron que permanecieron más de 90 minutos en todo el servicio y solo en el 8.4% se cumplió con el estándar de menos de 60 minutos.

**7.3.4.3 Diligenciamiento de Historias Clínicas.** Se diseñó un instrumento para la evaluación de las historias clínicas ajustado a los requerimientos del programa, de conformidad con la Resolución 412 de 2000 y el Manual de Normas Técnicas para la Salud Integral de la Infancia SIPI.

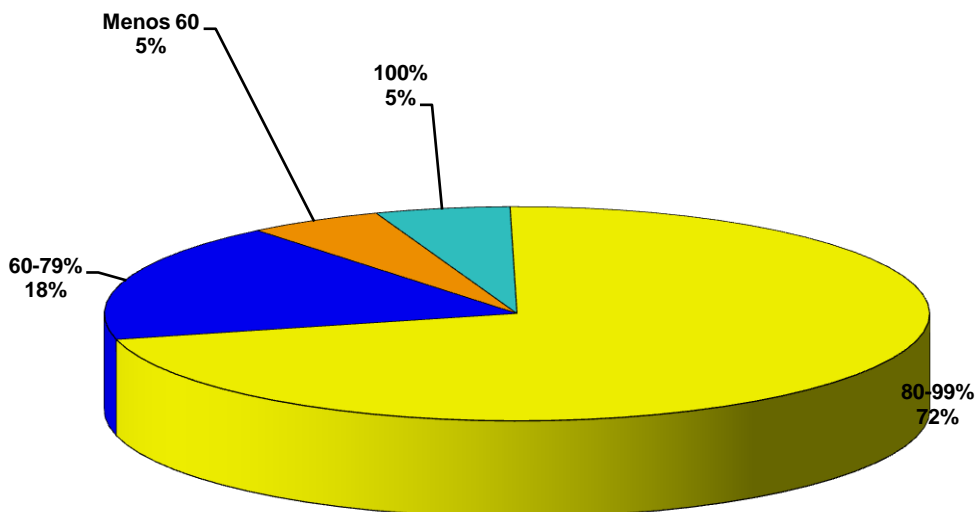
El instrumento se divide en dos partes una destinada a la calificación de los criterios de forma, que hace referencia a la presentación y conservación de la

historia clínica y la otra a criterios de fondo o evaluación del diligenciamiento y cumplimiento de la norma técnica del programa.

**Cuadro 17. Distribución por evaluación de las historias clínicas del Programa de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud 31 de marzo**

Item	Número	Porcentaje
100%	12	5.3
Entre 80 – 99%	162	71.4
Entre 60 – 79%	41	18
Menos del 60%	12	5.3
Total	227	100%

Figura 7. Distribución por evaluación de historias clínicas del Programa de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud 31 de marzo.



El 5.3% de las historias clínicas evaluadas estaban en un 100% bien diligenciadas y el 71.4% bien diligenciadas entre un 80% y 99%, mostrando que en la institución existe un buen diligenciamiento de la historia clínica.

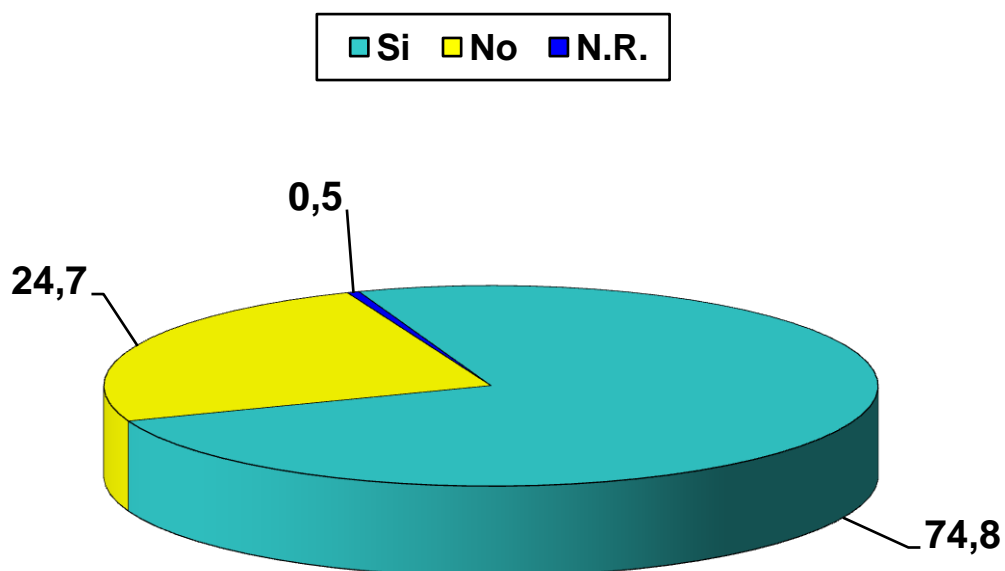
**7.3.4.4 Protocolos de Manejo Clínico-Terapéutico.** El protocolo de manejo del Programa de Crecimiento y Desarrollo está dado por la Norma Técnica de Detección temprana de alteraciones del crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años de la Resolución 412 de 25 de febrero de 2000.

En el 74.8% de los controles que se realizaron se cumplió con los parámetros establecidos en la norma antes mencionada. Las principales fallas en la aplicación de la norma técnica se encuentran en la evaluación de la escala abreviada del desarrollo, educación sobre nutrición y estimulación en la atención brindada por el médico.

**Cuadro 18. Distribución por cumplimiento de la Norma Técnica durante el proceso de control realizado por el profesional de la salud.**

Item	Porcentaje
Si	74.8
No	24.7
No responde	0.5
Total	100%

Figura 8. Distribución por cumplimiento de la Norma Técnica durante el Proceso de control realizado por el profesional de la salud.



Cuadro 19. Plantilla para Evaluación de los Procesos

Indicador	Calificación (1-4)	Ponderación	Calificación ponderada
<b>Flujo gramas</b>			
Consulta externa	2	0.125	0.25
<b>Tiempos de espera</b>			
Consulta de primera vez o Control de crecimiento y desarrollo	1	0.125	0.125

### Continuación Cuadro 19.

<b>Indicador</b>	<b>Calificación (1-4)</b>	<b>Ponderación</b>	<b>Calificación ponderada</b>
<b>Diligenciamiento de Historia Clínica</b>			
Consulta de primera vez o de control de crecimiento y desarrollo	3	0.325	0.975
<b>Cumplimiento de Protocolos</b>			
Consulta de primera vez o de control de crecimiento y desarrollo	4	0.425	1.7
<b>Total</b>		<b>1</b>	<b>3.05</b>

Resultado: 3.05

### 7.3.5 Resultados

**7.3.5.1 Oportunidad.** Este indicador se evaluó a través de la encuesta de satisfacción de usuarios, calculando el tiempo transcurrido entre la solicitud de la cita y la atención médica o de enfermería en el programa de crecimiento y desarrollo.



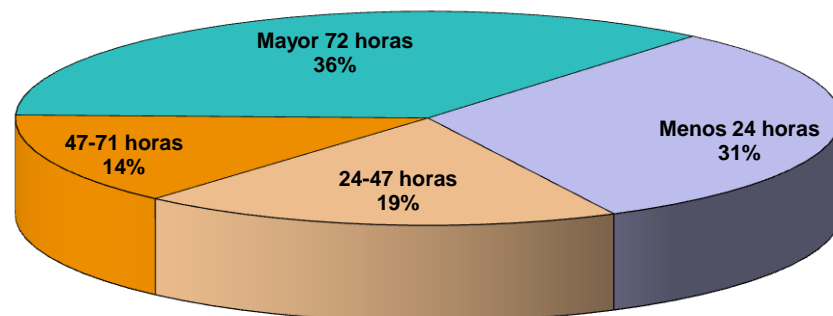
La oportunidad en la atención para el programa es inadecuada .El 50.4% obtuvieron la cita en tiempo oportuno y el 49.6% no cumplió con el estándar.

Observando la plantilla de evaluación de la oferta del recurso humano se evidencia que la causa de mala oportunidad en las citas es por déficit en la oferta de profesionales en enfermería.

**Cuadro 20. Distribución por tiempo solicitud atención y atención médica a los niños asistentes al Programa. (Estándar menos de 48 horas)**

<b>Tiempo de espera (horas)</b>	<b>No.</b>	<b>Porcentaje</b>
Menos de 24 horas	90	31.5
24-47 horas	54	18.9
48-71 horas	40	14
Mayor de 72 horas	102	35.6
Total	286	100

**Figura 9. Distribución por tiempo solicitud atención y atención médica a los niños asistentes al Programa.**



**7.3.5.2 Utilización.** El porcentaje de recurso disponible utilizado en la institución se calculó para los consultorios de medicina general y el de enfermería con la siguiente fórmula.

$$\frac{\text{Producción observada}}{\text{Producción esperada}} \times 100$$

- Consultorio de medicina general: La producción esperada para 2.5 consultorios por 34 consultas /día x 244 días laborables año, se espera 20.740 consultas para el año 2006.

El número de consultas hechas de medicina general electivas (recuperación), más el número de consultas de medicina general de promoción y prevención de enero a diciembre de 2006 en la institución fue de 21.168. Al realizar la operación tenemos que la utilización de los consultorios de medicina general es adecuada.

$$\frac{21168}{20740} \times 100 = 102\%$$

- Consultorio de enfermería: La producción esperada para 1 consultorio por 24 consultas /día x 244 días laborables año, se espera 5.856 consultas para el año 2006.

El número de consultas por enfermería hechas de enero a diciembre de 2006 en la institución fue de 3453. Al realizar la operación tenemos que la utilización del consultorio de enfermería es inadecuada. Esto se debe a que la enfermera realiza actividades administrativas y educativas en la institución

$$\frac{3453}{5856} \times 100 = 59\%$$

**7.3.5.3 Productividad.** El rendimiento de la hora médica y de enfermería en la institución se evaluó con la siguiente fórmula:

Consulta por hora:

$$\frac{\text{Nº de consultas en el periodo}}{\text{Horas médicas de consulta en el periodo}}$$

- Consultas por hora medico: Las horas médicas de consulta en el año fueron de 4.880 horas y las consultas realizadas 21.168, mostrando una productividad de 4.3, siendo adecuada para este indicador.

$$\frac{21.168}{4.880} = 4.3$$

4.880

- Consultas por hora enfermera: Las horas de consulta por enfermería en el año fueron de 1.952 horas y las consultas realizadas 3453, mostrando una productividad de 1.76, siendo inadecuada.

$$\frac{3453}{1.952} = 1.76$$

**7.3.5.4 Gastos de Atención.** Para su evaluación se determina el costo de la consulta para promoción y prevención realizada por medico general y por enfermera y se compara con las tarifas establecidas por la institución para estas dos actividades, aplicando la siguiente fórmula:

$$\text{Tarifa vs. Costo} = \frac{\text{tarifa de cada actividad}}{\text{Costo de la misma actividad}} \times 100$$

Cada actividad evaluada recibe una calificación, de acuerdo con los siguientes criterios: menos de 100: 1; de 100 a 109:2; de 110 a 119:3; de 120 y más: 4.

Para determinar el costo total de la consulta realizada por médico y por enfermera, se realiza el estudio de costos de estas dos actividades teniendo en cuenta los materiales directos o insumos dentro de un servicio determinado (material didáctico, metro, papelería, útiles de oficina, equipo de apoyo DX, muebles y enseres, bajalenguas, etc.), mano de obra directa (remuneración, carga prestacional correspondiente del medico y enfermera

de planta y parafiscales, etc.) y los costos indirectos o generales que son los que no se identifican claramente con el servicio (servicios públicos, etc.), teniendo en cuenta el tiempo de la consulta que son veinte (20) minutos y se obtuvo los siguientes resultados:

<b>Costos</b>	<b>Consulta por Médico</b>	<b>Consulta por Enfermera</b>
Materiales directos	\$557.57	\$557.57
Mano de obra directa	\$7.978.00	\$5.798.00
Costos indirectos	\$580.00	\$580.00
<b>Costos totales del servicio</b>	<b>\$9.115.57</b>	<b>\$6.935.57</b>

Una vez se obtiene el costo de la consulta por médico y enfermera, se aplica la formula.

Consulta por médico:

$$\frac{16.100}{9.115.57} \times 100 = 176.62\%$$

consulta por enfermería:

$$\frac{9.400}{6.935.57} \times 100 = 135.53\%$$

En consulta médica se dio una calificación de 4 porque el resultado fue de 176.62% y en la consulta por enfermera también se dio una calificación de 4 porque el resultado fue de 135.53%; ambos resultados están por encima del punto de equilibrio en un 76.62% y 35.53% respectivamente.

Se puede interpretar que los gastos de atención están por debajo de la tarifa establecida para ambas actividades, lo que indica que están generando un beneficio económico para la institución.

La calificación se lleva a la siguiente tabla y con las calificaciones individuales de las dos actividades se obtiene un promedio ponderado multiplicando la respectiva calificación por su respectivo costo y dividiendo la suma de los productos por la suma de los costos, así:

<b>Procedimientos</b>	<b>Calificación (a)</b>	<b>Costo (b)</b>	<b>Calificac x costo (c)</b>
Consulta x médico	4	9.115.57	36.462.28
Consulta por enfermera	4	6.925.57	27.742.28
<b>TOTAL</b>		<b>16.051.14</b>	<b>64.204.56</b>

Promedio ponderado de consulta de promoción y prevención = sumatoria de c/sumatoria de b y este promedio se lleva a la plantilla de evaluación de resultados, así:

$$\frac{64.204.56}{16.051.14} = 4$$

En este ejercicio se puede apreciar que las actividades del Programa de Crecimiento y Desarrollo generan rentabilidad a la institución, pero si el personal medico y enfermera se contrata por orden de prestación de

servicios, las utilidades aumentarían ya que los costos de mano de obra directa disminuirían debido a que esta modalidad de contratación no incluye carga prestacional, ni aportes parafiscales.

**Cuadro 21. Plantilla de Evaluación de Resultados**

<b>Indicador</b>	<b>Calificación (1-4)</b>	<b>Ponderación</b>	<b>Calificación ponderada</b>
Oportunidad en la atención de control de crecimiento y desarrollo	1	0.16	0.16
Utilización del consultorio medicina general	4	0.23	0.92
Utilización del consultorio de enfermería	1	0.23	0.23
Gastos de atención	4	0.16	0.64
Productividad consulta hora medico	4	0.11	0.44
Productividad hora enfermera	1	0.11	0.11
<b>Total</b>		<b>1.00</b>	<b>2.5</b>

Calificación: 3.25

**7.3.6 Impacto.** Satisfacción de usuarios o clientes externos: El 88% de los usuarios están satisfechos con la atención recibida en la institución, tan solo el 12% no se encuentran satisfechos y aducen las siguientes razones: Falta actualización del sistema de información, en alguna oportunidad no han recibido atención cuando la han requerido, fallas en facturación y la asignación de fichas, falta agilidad en el servicio, en algunas oportunidades no se ha encontrado con rapidez la historia clínica, falta de calidez por parte del personal de preconsulta y del vigilante, se requiere mejorar las condiciones del consultorio y de la sala de espera y que el vigilante permanezca en su sitio de trabajo para que oriente a los usuarios.

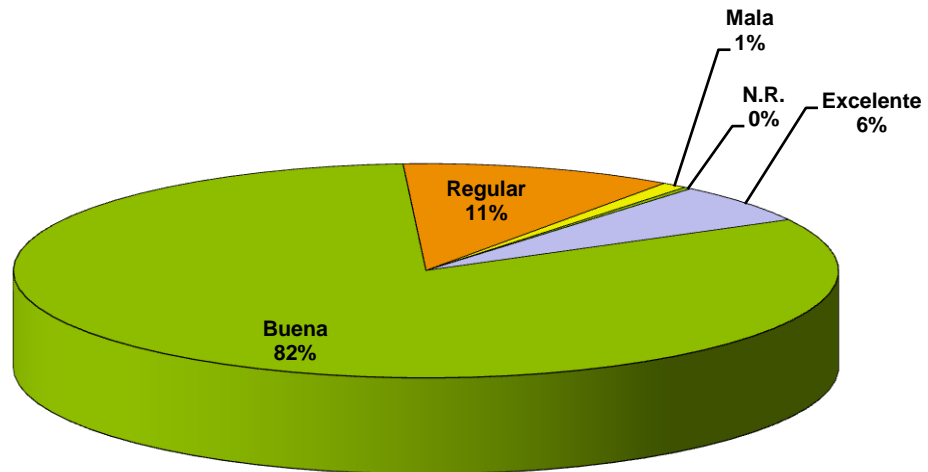
Satisfacción de los proveedores de servicios de salud o clientes internos: El 65.1% están satisfechos, tan solo el 25.4% no están satisfechos y aducen las siguientes razones: El salario no compensa la carga laboral, es muy poco comparado con otras instituciones de salud; además la institución no ofrece otros estímulos, ni oportunidades de progreso en la misma.

**Cuadro 22. Distribución por satisfacción usuarios del Programa de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud 31 de marzo.**

<b>Calificación</b>	<b>Porcentaje</b>
Excelente	6
Buena	82
Regular	10.7
Mala	1
No responde	0.3
Total	100%



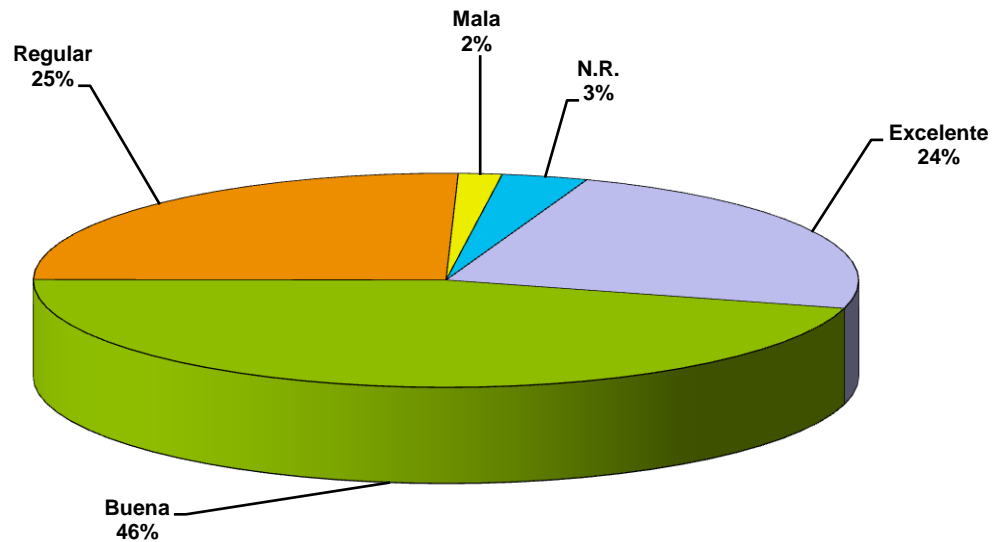
**Figura 10. Distribución por satisfacción usuarios del Programa de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud 31 de marzo.**



**Cuadro 23. Distribución por satisfacción de proveedores de servicios de salud del Centro de Salud 31 de marzo**

Calificación	Porcentaje
Excelente	22.2
Buena	42.9
Regular	23.8
Mala	1.6
No responde	3.16
Total	100%

Figura 11. Distribución por satisfacción de proveedores de servicios de salud del Centro de Salud 31 de marzo



Cuadro 24. Plantilla para Evaluación del Impacto

Indicador	Calificación (1-4)	Ponderación	Calificación ponderada
Satisfacción de usuarios o clientes externos	3	0.5	1.5
Satisfacción de proveedores de servicios de salud	2	0.5	1
<b>Total</b>		<b>1.0</b>	<b>2.5</b>

Resultado: 2.5

### 7.3.7 Evaluación global de la calidad

**Cuadro 25. Plantilla para la Evaluación global de la calidad de la atención en salud**

<b>Indicador</b>	<b>Calificación</b>	<b>Ponderación</b>	<b>Calificación ponderada</b>
Contexto	2.7	0.05	0.135
Demanda	2.5	0.05	0.125
Oferta	2.605	0.15	0.39
Procesos	3.05	0.25	0.76
Resultados	2.5	0.15	0.375
Impacto	2.5	0.35	0.88
Clasificación global de la calidad			2.665

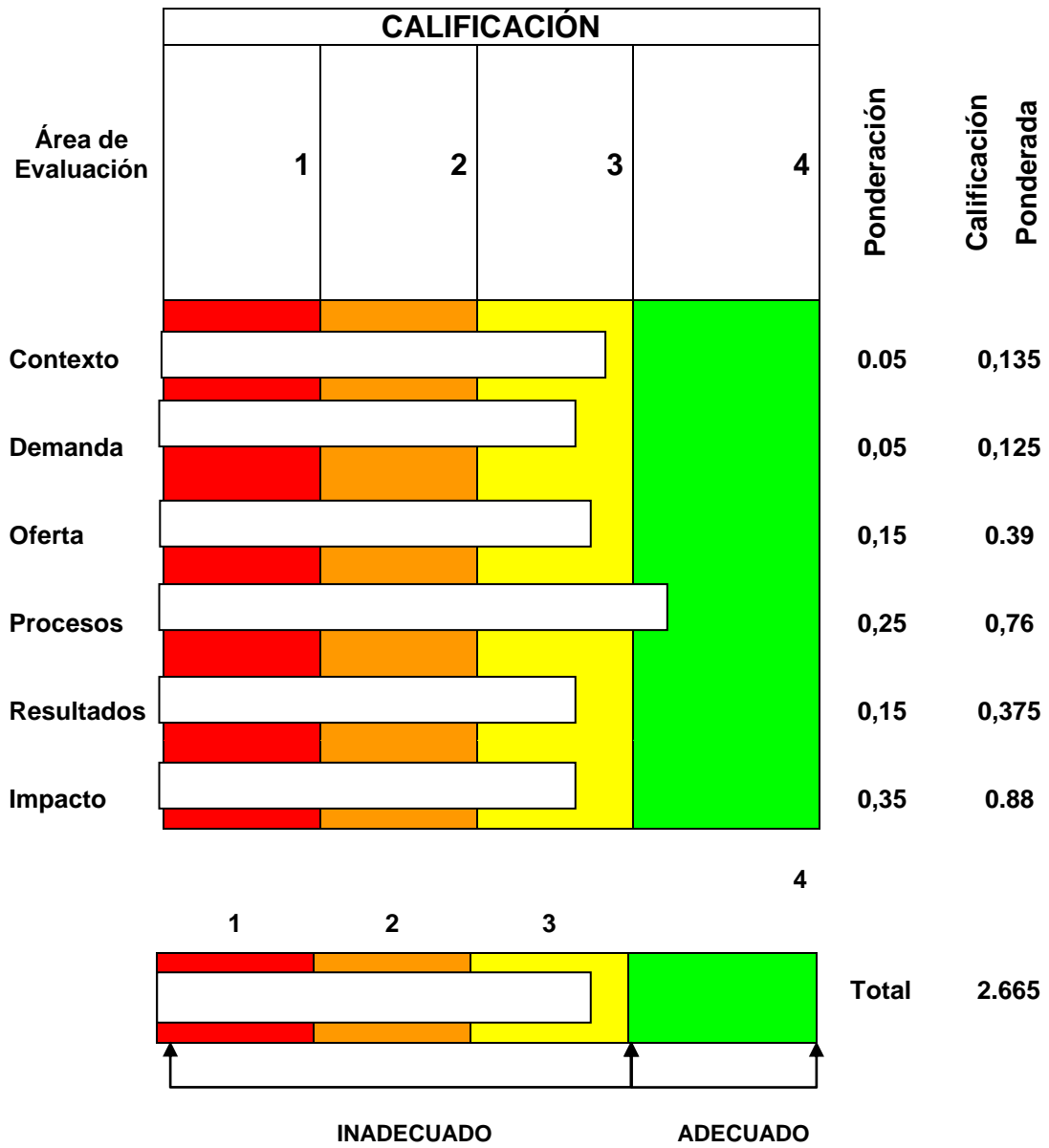
Resultado: 2.665

- Calidad satisfactoria : = 3 y más
- Calidad deficiente = menos de 3

### **7.3.8 Semaforización**

(Ver Figura 12.)

Figura 12. Evaluación global de la calidad de atención en salud



## 8. DESCRIPCION Y MEDICION DE VARIABLES DEL ESTUDIO

### 8.1. VARIABLES DE EVALUACIÓN DEL CONTEXTO

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Nivel de medición
CONTEXTO	<p>Conjunto de normas que regulan la prestación de los servicios de salud en la población, las relaciones institucionales que se establecen para la operación de dichos servicios y la participación de la comunidad.</p> <p>Corresponde al ambiente en el cual se prestan los servicios de salud.</p>	<p>Para la evaluación se tendrá en cuenta la siguiente calificación:</p> <p>4(OPTIMO): contexto donde los elementos se favorecen la prestación de los servicios de salud de buena calidad.</p> <p>3(BUENO): contexto donde los elementos favorecen la prestación de servicios de buena calidad con escasas excepciones.</p> <p>2 (REGULAR): si los elementos del contexto limitan la prestación de los servicios de salud de buena calidad.</p> <p>1(MALO): si los elementos del contexto conducen a prácticas de mala calidad.</p> <p>Si la calificación es de 3 o más se considera un contexto adecuado, si es menor de tres es inadecuado.</p>	RAZON
Legislación	Leyes y normas que regulan la prestación de los servicios de salud a nivel local, departamental y nacional	<p>Para la evaluación se tendrá en cuenta la siguiente calificación:</p> <p>4: Si las disposiciones de las leyes y normas favorecen la prestación de los servicios de salud de buena calidad.</p> <p>3: Si las disposiciones de</p>	RAZON

		<p>las leyes y normas favorecen la prestación de servicios de buena calidad con escasa excepciones.</p> <p>2: Si las disposiciones de las leyes y normas limitan la prestación de los servicios de salud de buena calidad.</p> <p>1: Si las disposiciones de las leyes y normas conducen a practicas de mala calidad.</p>	
POLITICAS	<p>Conjunto de prácticas, hechos, instituciones, y determinaciones del gobierno, de un estado o de una sociedad.</p>	<p>Para la evaluación se tendrá en cuenta la siguiente calificación:</p> <p>4: Si las políticas favorecen la prestación de los servicios de salud de buena calidad.-</p> <p>3: Si políticas favorecen la prestación de servicios de buena calidad con escasa excepciones,</p> <p>2: Si las políticas limitan la prestación de los servicios de salud de buena calidad.</p> <p>1: Si las políticas conducen a practicas de mala calidad.</p>	RAZON
PLANES Y PROGRAMAS	<p>Proyectos y disposiciones para la prestación de los servicios de salud a nivel local.</p>	<p>Para la evaluación se tendrá en cuenta la siguiente calificación:</p> <p>4: Los planes y programas favorecen la prestación de los servicios de salud de buena calidad.</p> <p>3: Los planes y programas favorecen la prestación de servicios de buena calidad con escasa excepciones.</p> <p>2: Los planes y programas limitan la</p>	RAZON

		prestación de los servicios de salud de buena calidad. 1: Los planes y programas conducen a practicas de mala calidad.	
RELACIONES INSTITUCIONALES	Comunicación con otras instituciones	4: Las relaciones con las otras Instituciones son excelentes favorecen la prestación de los servicios de salud de buena calidad. 3: Las relaciones con las otras Instituciones son buenas favorecen la prestación de servicios de buena calidad con escasa excepciones. 2: Las relaciones con las otras Instituciones son regulares y limitan la prestación de los servicios de salud de buena calidad. 1: Las relaciones con otras instituciones conducen a prácticas de mala calidad.	RAZON
RELACIONES CON PROVEEDORES	Comunicación con los proveedores con la Institución	4: Las relaciones con los proveedores son excelentes favorecen la prestación de los servicios de salud de buena calidad.- 3: Las relaciones con los proveedores son buenas y favorecen la prestación de servicios de buena calidad con escasa excepciones, 2: Las relaciones con los proveedores son regulares y limitan la prestación de los servicios de salud de buena calidad. 1: Las relaciones con los	RAZON

		proveedores conducen a prácticas de mala calidad.	
RELACIONES CON LA COMUNIDAD	Comunicación del Centro 31 de marzo y la población de la comuna N° 7	4: Las relaciones con la comunidad son excelentes y favorecen la prestación de los servicios de salud de buena calidad. 3: Las relaciones con la comunidad son buenas y favorecen la prestación de servicios de buena calidad con escasa excepciones. 2: Las relaciones con la comunidad son regulares y limitan la prestación de los servicios de salud de buena calidad. 1: Las relaciones con la comunidad conducen a practicas de mala calidad	RAZON

## 8.2. VARIABLES DE LA EVALUACION DE LA DEMANDA

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Nivel de medición
Demanda	Características sociodemográficas de los demandantes del servicio del programa de crecimiento y desarrollo, y demanda efectiva atendida	Se califica de la siguiente manera teniendo en cuenta la calificación ponderada de la plantilla de evaluación de la demanda: Interpretación: Demanda adecuada 3 o más Demanda inadecuada menos de 3	RAZON
Demanda efectiva atendida en consulta de	Porcentaje de pacientes realmente atendidos en consulta de primera	Se califica con los siguientes criterios: 4: si se atiende al 100%. 3: si se atiende entre el	RAZON



primera vez por medico general	vez de crecimiento y desarrollo en relación con el total de demandantes.	90% y el 99%. 2: si la atención solo cubre el 80% y 89% de los demandantes. 1: si la atención cubre menos del 80%.	
Demanda efectiva atendida en consulta de seguimiento por enfermera	Porcentaje de pacientes realmente atendidos en consulta de seguimiento por enfermería de crecimiento y desarrollo en relación con el total de demandantes.	Se califica con los siguientes criterios: 4: si se atiende al 100%. 3: si se atiende entre el 90% y el 99%. 2: si la atención solo cubre el 80% y 89% de los demandantes. 1: si la atención cubre menos del 80%.	RAZON

### 8.3. VARIABLES DE LA EVALUACIÓN DE LA OFERTA

En esta área se evalúan la estructura orgánica (organigrama), la estructura funcional (manual de funciones y procedimientos), los recursos (humanos, físicos y financieros) y el sistema de información.

Variables de la evaluación de estructura orgánica

<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Nivel de medición</b>
Estructura orgánica	Organización institucional, esquematizada en su organigrama. Define los niveles jerárquicos y de decisión en la institución	La calificación de los distintos indicadores se lleva a cabo de acuerdo con los siguientes criterios: 4: Si el organigrama incluye las áreas básicas de la institución, de acuerdo con los servicios que presta; si existe un equilibrio entre las distintas áreas; si se identifica una clara jerarquización de las diferentes ramas de la organización y si facilita la integración y coordinación de las actividades. 3: Si se detectan algunos vacíos menores en los aspectos señalados, pero que no afectan la calidad de los servicios. 2: Si se detectan algunos vacíos menores en los aspectos señalados, que afectan seriamente la calidad de la atención. 1: Si no existe una estructura formal.	RAZON

<p>Estructura ajustada a los estatutos, visión, misión, objetivos, estrategias, servicios y actividades.</p>	<p>Confrontación del organigrama con lo establecido en la normatividad vigente</p>	<p>La evaluación se realiza confrontando el organigrama con lo establecido en la normatividad vigente:  4: Si la correspondencia es completa.  3: Si solo se detectan algunas diferencias pero que no afectan la calidad de la atención.  2: Si no hay correspondencia.  1: Si no hay organigrama o no hay precisión de los elementos de confrontación antes mencionados.</p>	<p>RAZON</p>
<p>Estructura ajustada a los procesos científicos, administrativos y financieros.</p>	<p>Confrontación del organigrama con lo establecido en los manuales de procedimientos y procesos científicos, administrativos y financieros.</p>	<p>Se califica en base a los manuales de procedimientos para la operación de las distintas funciones de las áreas señaladas:  4: Si la estructura es consecuente con los procesos que se deben cumplir.  3: Si existen pequeñas discrepancias que no afectan en forma importante el cumplimiento de los procesos.  2: Si existen claras discrepancias entre los procesos y la estructura.  1: Cuando no existen manual de funciones.</p>	<p>RAZON</p>
<p>Estructura ajustada a los mecanismos de control.</p>	<p>Confrontación del organigrama con lo establecido en los mecanismos</p>	<p>La calificación se realiza con los mismos criterios descritos anteriormente.</p>	<p>RAZON</p>

	de control		
Estructura ajustada al sistema de información.	Confrontación del organigrama con lo establecido en el sistema de información.	La calificación se realiza con los mismos criterios descritos anteriormente.	RAZON

#### 8.4. VARIABLES DE LA EVALUACIÓN DE LA ESTRUCTURA FUNCIONAL

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Nivel de medición
manual de funciones	Manual que define las funciones de todo el personal de la institución, asignando los niveles de responsabilidad.	Se califica : 4: Si existe manual de funciones de todo el personal de la institución. 3: Si existe manual de funciones que define las funciones de la mayoría del personal. 2: Solo algunos pocos funcionarios tienen definidas sus funciones. 1: Si no existe manual de funciones.	RAZON
Inducción al personal sobre funciones	Entrenamiento al personal nuevo sobre las funciones que debe desempeñar en la institución.	Se califica: 4: Si todos los funcionarios han recibido inducción sobre sus funciones. 3: Si la gran mayoría ha recibido esta inducción. 2: Si solo unos pocos la han recibido. 1: Si no se realiza inducción.	RAZON
Evaluación del cumplimiento de las funciones	Verificación periódica del cumplimiento de las funciones de los empleados	Se califica: 4: Si periódicamente se cumple con esta actividad en todos los funcionarios.	RAZON

		3: Si se cumple con la gran mayoría. 2: Si solo se realiza en unos pocos. 1: Si no se realiza esta actividad.	
Existen manual de procedimientos en las áreas científica, administrativa y financiera	Existencia del Manual que define los procedimientos de los diferentes procesos paso por paso en las áreas científica, administrativa y financiera	Se califica: 4: Si todas las dependencias importantes de la institución tienen un manual de procedimientos. 3: Si la mayoría lo tienen y los vacíos no afectan la calidad de los servicios. 2: Si solo algunas dependencias lo tienen. 1: Si no tienen estos manuales.	RAZON
Inducción para la correcta realización de los procedimientos en las áreas administrativa, científica y financiera.	Entrenamiento completo al personal nuevo en las actividades que deben realizar en las áreas administrativa, científica y financiera..	Se califica: 4: Si todos los funcionarios han recibido inducción. 3: Si la gran mayoría la ha recibido. 2: Si solo unos pocos la han recibido. 1: Si no se ha realizado la inducción.	RAZON
Evaluación del cumplimiento de los procedimientos en las áreas científica, administrativa y financiera	Verificación periódica del cumplimiento de los procedimientos en las áreas administrativa, científica y financiera.	Se califica: 4: Si periódicamente se cumple con esta actividad en todos los funcionarios. 3: Si se cumple con la gran mayoría. 2: Si solo se realiza en unos pocos. 1: Si no se realiza esta actividad.	RAZON

Revisión de los manuales de procedimientos	Evaluación periódica de los manuales de procedimientos.	<p>4: Si periódicamente se revisan todos los manuales.</p> <p>3: Si se revisan periódicamente la gran mayoría.</p> <p>2: Si solo se revisan unos pocos.</p> <p>1: Si no se realiza dicha revisión.</p>	RAZON
--	---	--	-------

## 8.5. VARIABLES DE EVALUACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Nivel de medición
Médicos generales de consulta externa.	Numero de médicos generales requeridos para la atención teniendo en cuenta la demanda de los programas de promoción y prevención.	el calculo se basa en la demanda y un promedio de consulta de 15 minutos. La calificación se realiza en base a los siguientes criterios: 4: Si el numero de médicos generales esta entre el 100% y 104%. 3: Si esta entre 95% y 99%. 2: Si esta entre 90% y 95% o entre 105% y 109%. 1: Si es menor del 90% o mayor del 110%.	RAZON
Enfermera	Numero de enfermeras requeridas para la atención de la población demandante de los programas de promoción	El cálculo se basa en la demanda y un promedio de consulta de 20 minutos. La calificación se realiza en base a los siguientes criterios: 4: Si el numero de enfermeras esta entre el 100% y 104%. 3: Si esta entre 95% y 99%. 2: Si esta entre 90% y 95% o entre 105% y 109%. 1: Si es menor del 90% o mayor del 110%.	RAZON
Auxiliar de enfermería	Numero de auxiliares de enfermería	Se requiere una por cada dos consultorios.	RAZON
Otro personal	Numero de empleados que se requieren para una buena prestación de los	Se calcula dependiendo del volumen de trabajo.	RAZON

	servicios de salud en el programa de crecimiento y desarrollo		
--	---	--	--

## 8.6. VARIABLES DE LA EVALUACIÓN DE LOS RECURSOS FÍSICOS

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Nivel de medición
Consultorios de medicina general	Numero de consultorios requeridos para atender la demanda.	El numero de consultorios requeridos se calcula de acuerdo a la demanda anual, los días laborables y el tiempo promedio de consulta. La calificación se realiza así: 4: Si el numero de consultorios se encuentra entre el 100% y 110%. 3: Si se encuentra entre el 90% y 99%. 2: Si se encuentra entre el 80% y 89%. 1: Si es menor del 80% o superior al 110%.	RAZON
Consultorio de enfermería	Numero de consultorios requeridos para atender la demanda.	El numero de consultorios requeridos se calcula de acuerdo a la demanda anual, los días laborables y el tiempo promedio de consulta. La calificación se realiza así: 4: Si el numero de consultorios se encuentra entre el 100% y 110%. 3: Si se encuentra entre	RAZON



		<p>el 90% y 99%.</p> <p>2: Si se encuentra entre el 80% y 89%.</p> <p>1: Si es menor del 80% o superior al 110%.</p>	
Material didáctico	Elementos necesarios para la evaluación de la escala abreviada del desarrollo según manual de Salud Integral para la Infancia SIPI	<p>La calificación se realiza con base en la disponibilidad de los elementos exigidos, así :</p> <p>4: Dispone de todos los elementos y en buen estado.</p> <p>3: Dispone de todos los elementos y algunos se encuentran en regular estado.</p> <p>2: Faltan algunos elementos.</p> <p>1: Faltan la mayoría de los elementos.</p>	RAZON
Dotación de los consultorios	Elementos necesarios para la consulta de primera vez y controles de seguimiento del programa de crecimiento y desarrollo según resolución 1043 de 3 de abril de 2006 y el Manual de Técnicas Para la Salud Integral del Niño SIPI.	<p>La calificación se realiza con base en la disponibilidad de los elementos exigidos, así :</p> <p>4: Dispone de todos los elementos y en buen estado.</p> <p>3: Dispone de todos los elementos y algunos se encuentran en regular estado.</p> <p>2: Faltan algunos elementos.</p> <p>1: Faltan la mayoría de los elementos.</p>	RAZON
Ambiente de los consultorios	Contexto en cual se desarrolla la consulta del programa de crecimiento y	<p>la calificación se realiza en base de los siguientes criterios:</p> <p>4: Si es un ambiente tranquilo, ventilado,</p>	RAZON

	desarrollo.	<p>iluminado, cómodo y dotado de servicio sanitario. Dotado de dos espacios, uno para compartir los saberes con los niños y otro con los padres.</p> <p>3: Si es un ambiente tranquilo, ventilado, iluminado, cómodo y dotado de servicio sanitario. No cuenta con dos espacios separados, uno para compartir los saberes con los niños y otro con los padres.</p> <p>2: Si es un ambiente tranquilo, ventilado, iluminado, cómodo, pero no dotado de servicio sanitario, ni con dos espacios separados, uno para compartir los saberes con los niños y otro con los padres.</p> <p>1: Si no es un ambiente tranquilo, ventilado, iluminado, cómodo, no dotado de servicio sanitario, ni de dos espacios separados, uno para compartir los saberes con los niños y otro con los padres.</p>	
Servicios sanitarios al publico	Ambiente físico destinado a la disposición y eliminación de excretas humanas dotado de los elementos	<p>La calificación se realiza en base de los siguientes criterios:</p> <p>4: Si existen servicios sanitarios al público separado por sexo y en buen estado.</p>	Razón

	necesarios para tal fin,	3: Si existen servicios sanitarios al público no separado por sexo y en buen estado. 2: Si existen servicios sanitarios al público separado o no separado por sexo y no funcionan adecuadamente. 1: Si no existen servicios sanitarios disponibles.	
Depósito inicial de residuos hospitalarios y almacenamiento central.	Depósito inicial y almacenamiento central, de los residuos hospitalarios generados de las actividades que se realizan en la institución de manera adecuada de conformidad con lo establecido en el Decreto 2676 de 2000 y Resolución 1164 de 2002 emanados del Ministerio de Trabajo y Salud y Ministerio del Medio ambiente.	la calificación se realiza en base de los siguientes criterios: 4: Si existe un adecuado depósito inicial y almacenamiento central de los residuos hospitalarios. 3: Si existen algunas fallas en el depósito inicial, pero un adecuado almacenamiento central de los residuos hospitalarios. 2: Si existe un adecuado depósito inicial, pero un inadecuado almacenamiento central de los residuos hospitalarios. 1: Si no hay un adecuado depósito, ni almacenamiento central de los residuos hospitalarios.	Razón

## 8.7. VARIABLES DE EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Nivel de medición
Estructura orgánica de informática	Organización esquemática del sistema de información que opera adecuadamente.	Se califica con los siguientes criterios: 4: Si existe una estructura orgánica de informática y opera adecuadamente. 3: Si existe en el organigrama, opera adecuadamente, pero en la realidad presenta modificaciones no fundamentales. 2: Existe pero no opera en la realidad. 1: No existe	RAZON
Manual de funciones	Manual que define las funciones del personal del área del sistema de información	Se califica con los siguientes criterios: 4: Existe, todo el personal lo conoce y las funciones que cumplen son las detalladas en el mismo. 3: Existe, todo el personal lo conoce y la mayoría de las funciones se cumplen. 2: Existe, pero algunos de los funcionarios no lo conocen y las funciones se cumplen parcialmente. 1: No existe el manual.	RAZON
Personal capacitado	Funcionario que conoce todo lo relacionado en el	Se califica con los siguientes criterios: 4: todo el personal esta	RAZON

	campo de trabajo.	capacitado. 3: el personal esta capacitado formalmente entre el 90% y 99%. 2: el personal esta capacitado formalmente entre el 80% y 89%. 1: la proporción del personal capacitado es inferior al 80%.	
Equipos con tecnología apropiada	Equipos destinados al procesamiento con la mejor tecnología.	Se califica con los siguientes criterios: 4: Existen equipos electrónicos con tecnología apropiada, con capacidad solvente para procesar la información. 3: Los equipos son de tecnología apropiada con capacidad ajustada a las necesidades de la institución. 2: Los equipos electrónicos son insuficientes y de tecnología no apropiada par las necesidades de la institución. 1: No existen equipos	RAZON
Recolección de la información pertinente	Recopilación de la información de manera adecuada, oportuna, y confiable de los datos, que luego deben ser procesados para generar la información necesaria para el logro de los objetivos previstos	Se califica con los siguientes criterios: 4: Se recoge toda la información que requiere la institución, identificada en el manual operativo, de acuerdo con el cronograma preestablecido, y se considera de buena calidad. 3: Se recoge toda la información que requiere	RAZON

	por organización. la	la institución, con un cumplimiento aceptable del cronograma y se considera de buena calidad, 2: Se recoge información parcial y de dudosa confiabilidad. 1: La información que se recoge es escasa, inoportuna, de baja calidad y no existe manual operativo.	
Procesamiento	Proceso definido y lógico que genera la información necesaria para ser analizada.	Se califica con los siguientes criterios: 4: El procesamiento se cumple electrónicamente, de acuerdo con un manual operativo, en tiempo oportuno, con programas bien definidos y produce las formas estadísticas que permiten un adecuado análisis. 3: Se cumplen las condiciones anteriores, pero esporádicamente se producen desfases en el cronograma preestablecido para esta actividad. 2: El procesamiento es electrónico, pero su oportunidad, pertinencia y calidad son deficientes. 1: No existe procesamiento electrónico o no existe manual operativo.	RAZON

Análisis de información	Interpretación de los datos obtenidos	Se califica con los siguientes criterios: 4: El análisis es oportuno y se ajusta a las técnicas estadísticas pertinentes. 3: El análisis se ajusta a las técnicas estadísticas pertinentes, pero esporádicamente se sale del cronograma establecido. 2: El análisis es totalmente inoportuno y muestra deficiencias en las técnicas estadísticas. 1: No se realiza el análisis de la información.	RAZON
Presentación de los resultados	Proceso que corresponde a la diseminación de los hallazgos.	Se califica con los siguientes criterios: 4: Se cuenta con una publicación formal y periódica (revista, boletín). 3: No se cumple el criterio anterior, pero los resultados con publicados en forma oportuna en los medios disponibles en el servicio (cartas, circulares, etc.). 2: Esporádicamente se procede a la publicación de los resultados. 1: No se publican los resultados.	RAZON
Utilización de la información	Uso de la información en la toma de decisiones en la Institución.	Se califica con base en los siguientes criterios: 4: La información es recibida oportunamente por los niveles directivos y es utilizada para la toma de las decisiones.	RAZON

		<p>3: En una alta proporción la información se recibe oportunamente y sustenta la toma de decisiones en la entidad.</p> <p>2: La información no es recibida oportunamente y no sustenta la toma de decisiones.</p> <p>1: La información no llega a los niveles directivos y, por lo tanto, no puede ser utilizada para la toma de decisiones.</p>	
--	--	---	--

## 8.8. VARIABLES DE LA ACCESIBILIDAD

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Nivel de medición
Accesibilidad geográfica	Tiempo medido en minutos que tarda una persona para trasladarse de su domicilio al centro de Salud 31 de Marzo.,	La calificación se realiza de la siguiente manera: 4: tiempo en llegar a la institución menor de 60 minutos. 3: tiempo en llegar a la institución entre 60 y 90 minutos. 2: tiempo en llegar a la institución entre 90 y 119 minutos. 1: tiempo en llegar a la institución mayor a 120 minutos.	RAZON
Accesibilidad organizacional	Organización suficiente de los procesos para que los usuarios puedan acceder a los servicios.	La calificación se realiza de la siguiente manera: 4: si la institución tiene mecanismos establecidos para que no se presenten inconvenientes en la prestación de los	RAZON



		<p>servicios.</p> <p>3: si en la institución se presentan pocos inconvenientes, se solucionan oportunamente, y no afectan la prestación del servicio.</p> <p>2: : si en la institución se presentan pocos inconvenientes, no se solucionan oportunamente, y afectan la prestación del servicio</p> <p>1: si en la institución se presentan frecuentemente inconvenientes, que afectan la prestación del servicio.</p>	
--	--	---	--

## 8.9. VARIABLES DE LA EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS

<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Nivel de medición</b>
Flujogramas de atención	Esquematización de los distintos pasos que deben cumplir los usuarios para obtener el servicio de control de crecimiento y desarrollo de la institución.	Se califica con base en los siguientes criterios: 4: Existe el flujograma y se aplica correctamente. 3: Existe y se aplica en la mayoría de los casos. 2: Existe pero solo se aplica en pocos casos y se aprecia desorientación en la forma como los usuarios deben transitar por los distintos servicios.	RAZON

		1: No existe flujogramas de atención.	
Tiempos de espera	Tiempo transcurrido entre la llegada y la salida del usuario en cada uno de los pasos del respectivo flujo grama y en la totalidad del servicio del programa de crecimiento y desarrollo.	Se califica de la siguiente manera: 4: menos de 60 minutos. 3: entre 60 y 74 minutos. 2: entre 75 y 89 minutos. 1: 90 y más minutos.	RAZON

Diligenciamiento de las historias clínicas	Análisis del diligenciamiento y el cumplimiento de los protocolos de manejo clínico terapéutico, este análisis se realiza sobre los siguientes tópicos: identificación, motivo de consulta, antecedentes personales y familiares, examen físico, escala abreviada del desarrollo, rejilla de peso y talla	La calificación se realiza con base en el cumplimiento de los tópicos así :  4: todas las historias clínicas completas. 3: entre 80% y 99%. 2; entre 60% y 79%. 1: menos de 60%.	RAZON
Protocolo de atención	Es la guía para el manejo de las intervenciones en salud.	La calificación se realiza con base en el cumplimiento de los tópicos así :  4: todas ajustadas al protocolo. 3: entre 90% y 99%. 2; entre 80% y 89%. 1: menos de 80%.	RAZON

### 8.10. VARIABLES PARA LA EVALUCACIÓN DE LOS RESULTADOS

<b>Variables</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Nivel de medición</b>
Oportunidad	Satisfacción de las necesidades de salud en el momento requerido, teniendo en cuenta el tiempo	Se califica de la siguiente manera:  4: menos de 24 de horas. 3: entre 24 y 47 horas. 2: entre 48 y 71 horas.	RAZON

	transcurrido entre la solicitud de la cita y la asignación de la misma.	1: 72 horas y más.	
Utilización	Porcentaje de recurso disponible utilizado	El cálculo se basa en la relación de la producción observada sobre la producción esperada. Se califica de la siguiente manera: 4: 100% a 104% 3: 95% a 99% 2: 90% a 94% 1: menor de 90%	RAZON
Gastos de atención	Costos de las actividades intermedias y finales en el programa de crecimiento y desarrollo.	En calculo se realiza aplicando la siguiente formula:  Tarifa vs.costo =  $\frac{\text{Tarifa de cada actividad}}{\text{Costo de la misma actividad}} \times 100$  La calificación se realiza de acuerdo con los siguientes criterios: 4: de 120 y más 3: de 110 a 119 2: de 100 a 109 1: menos de 100	RAZON
Productividad	Rendimiento de la hora del medico y enfermera en la consulta de crecimiento y desarrollo.	Se califica de la siguiente manera: 4: 4.0 a 4.50 3: 3.5 a 3.99 2: 3.0 a 3.49 1: menor de 3.0 o más de 4.50	RAZON

## 8.11. VARIABLES DE LA EVALUACION DEL IMPACTO

<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Nivel de medición</b>
Satisfacción de usuarios o clientes externos	Complacencia del usuario con la atención recibida, con los prestadores de los servicios y con los resultados de la atención.	Para la calificación de la encuesta se obtiene el porcentaje de respuestas correspondientes a excelente, bueno, regular o malo. A continuación se suman los porcentajes excelente y bueno; finalmente se califica la satisfacción de los usuarios con base en los resultados de esta última suma, aplicando los siguientes criterios: 4: 90% y más. 3: de 70% a 89% 2: 40% a 69% 1: menos de 40%	RAZON
Satisfacción de los proveedores del servicio de salud.	Complacencia del trabajador con las condiciones laborales y el medio ambiente en el cual se desempeña.	La calificación de esta encuesta se lleva a cabo en forma similar a la descrita para la encuesta de usuarios.	RAZON

## 9. UNIVERSO Y/O MUESTRA

### 9.1. FASE RETROSPECTIVA

El universo corresponde al total de historias clínicas de niños que asistieron al control de crecimiento y desarrollo en el Centro de Salud 31 de marzo durante el año 2.006, el total de controles fueron de primera vez 563 y controles repetidos 1.702. Para obtener el tamaño de la muestra se tomó como universo un solo control por niño, independiente si fue de primera vez o repetido.

Estos datos se obtuvieron de la carpeta de inscripción y seguimiento del Programa, teniendo un total de 1.130 niños como universo.

Para calcular el tamaño de la muestra se aplicó la siguiente formula:

$$n = \frac{N(p.q)}{N (E)^2 + pq}$$

Donde: n= muestra

N= población (Universo) de Historias clínicas en el periodo de estudio

p=Proporción del evento estudiado en la población

q=Es el complemento de p para llegar a 1.

En caso de no conocerse p y q, se le asigna a cada uno el valor de 50% para obtener la máxima muestra posible.

E=Error que se acepta en la muestra. Usualmente entre 3% y 5% es aceptable.

$$n = \frac{1.130 (50 \times 50)}{1.130 (3)^2 + 2.500}$$

$$n = \frac{2.825.000}{12.670} \quad n = 227 \text{ historias}$$

La selección de las historias clínicas se realizó con un muestreo aleatorio sistemático, tomando cada 5 historias clínicas con la aplicación de la siguiente fórmula:

$$\text{Muestreo aleatorio sistemático} = \frac{1130}{227} = 5$$

## 9.2. FASE PROSPECTIVA

**286 encuestas de satisfacción de cliente externo realizadas a los padres de familia y/o acompañantes de los niños(as) que fueron atendidos con sus hijos en el control de crecimiento y desarrollo en el Centro de**

**Salud 31 marzo en los meses de abril, mayo y junio año 2007, que desearon participar en el estudio.**

**7 encuestas de satisfacción de clientes internos realizada a los funcionarios involucrados en los procesos del programa de crecimiento y desarrollo de la Institución.**

### **9.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Historias clínicas de niños(as) de un mes a 9 años de edad que asistieron al Programa de Detección Temprana de Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo en el menor de 10 años en el año 2006. Independiente del número de controles que el niño haya realizado en el año, se evaluó un solo control.
  
- Padres de familia de los niños que asistieron al programa durante el periodo de abril, mayo y junio del 2007.
  
- Funcionarios que participan en los procesos del programa de crecimiento y desarrollo del Centro de Salud 31 de Marzo Unidad Popayán (facturador, auxiliar de archivo, auxiliares de enfermería, enfermera y médicos).

### **9.4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- Padres de familia que no deseen participar en el estudio.



- Funcionario que no desee participar en el estudio.

## **10. TIPO DE ESTUDIO**

El estudio es de tipo descriptivo que se realizó en dos fases:

1. Descriptivo retrospectivo: evaluación de historias clínicas.
2. Descriptivo prospectivo de corte transversal: satisfacción de clientes internos y externos.

## 11. RECURSOS

### 1. Presupuesto de Gastos

Rubros (Actividades)	Recursos	Total
<b>Gastos de personal</b>		
Encuestadores	Recursos propios	200.000
Digitadota	Recursos propios	300.000
Asesoría	Recursos propios	500.000
<b>Subtotal</b>		<b>\$1.000.000</b>
<b>Gastos materiales</b>		
Papelería	Recursos propios	200.000
Diskettes y Cds	Recursos propios	20.000
Cartucho de tinta para computador	Recursos propios	110.000
Utiles de escritorio	Recursos propios	40.000
<b>Subtotal</b>		<b>\$370.000</b>
<b>Equipos</b>		
Computador	Recursos propios	2.000.000
<b>Subtotal</b>		<b>2.000.000</b>
<b>Gastos generales</b>		
Transporte	Recursos propios	200.000
Fotocopias	Recursos propios	300.000
Libros de consulta	Recursos propios	200.000
<b>Subtotal</b>		<b>700.000</b>
<b>Imprevistos (10%)</b>		
Otros gastos	Recursos propios	407.000
<b>Subtotal</b>		<b>\$407.000</b>
<b>GRAN TOTAL</b>		<b>\$4.477.000</b>

## 12. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	Mes										
	Dic. 2006	Enero 2007	Febrero 2007	Marzo 2007	Abril 2007	Mayo 2007	Junio 2007	Julio 2007	Agosto 2007	Septie mbre 2007	
<b>Actividades</b>											
Diseño.											
Recolección de la información.											
Procesamiento											
Análisis											
Presentación de Resultados											
Plan de Acción											
Sustentación oral de informe final al grupo de estudiantes y docentes										20-22	

## **13. ORGANIZACIÓN**

### **13.1 ESTRUCTURAL**

Ver Figuras 13, 14, 15 y 16.

### **13.2 FUNCIONAL**

- Equipo de Trabajo: El equipo de trabajo esta conformado por las investigadoras (estudiantes).
- Técnicas e instrumentos de la recolección de información.

Se recolectaron datos provenientes de dos fuentes de información.

Primarias: encuesta de satisfacción de usuarios a los padres de los niños atendidos en el programa de crecimiento y desarrollo del Centro de Salud 31 de Marzo y encuesta de satisfacción de proveedores a los funcionarios de la Institución.

Secundarias: archivos, registros, historias clínicas, informes, actos administrativos y la legislación en salud.

**Figura 13. Flujo de recolección y procesamiento de información encuestas satisfacción clientes externos e internos del Programa de Crecimiento y Desarrollo. Centro de Salud 31 de Marzo.**

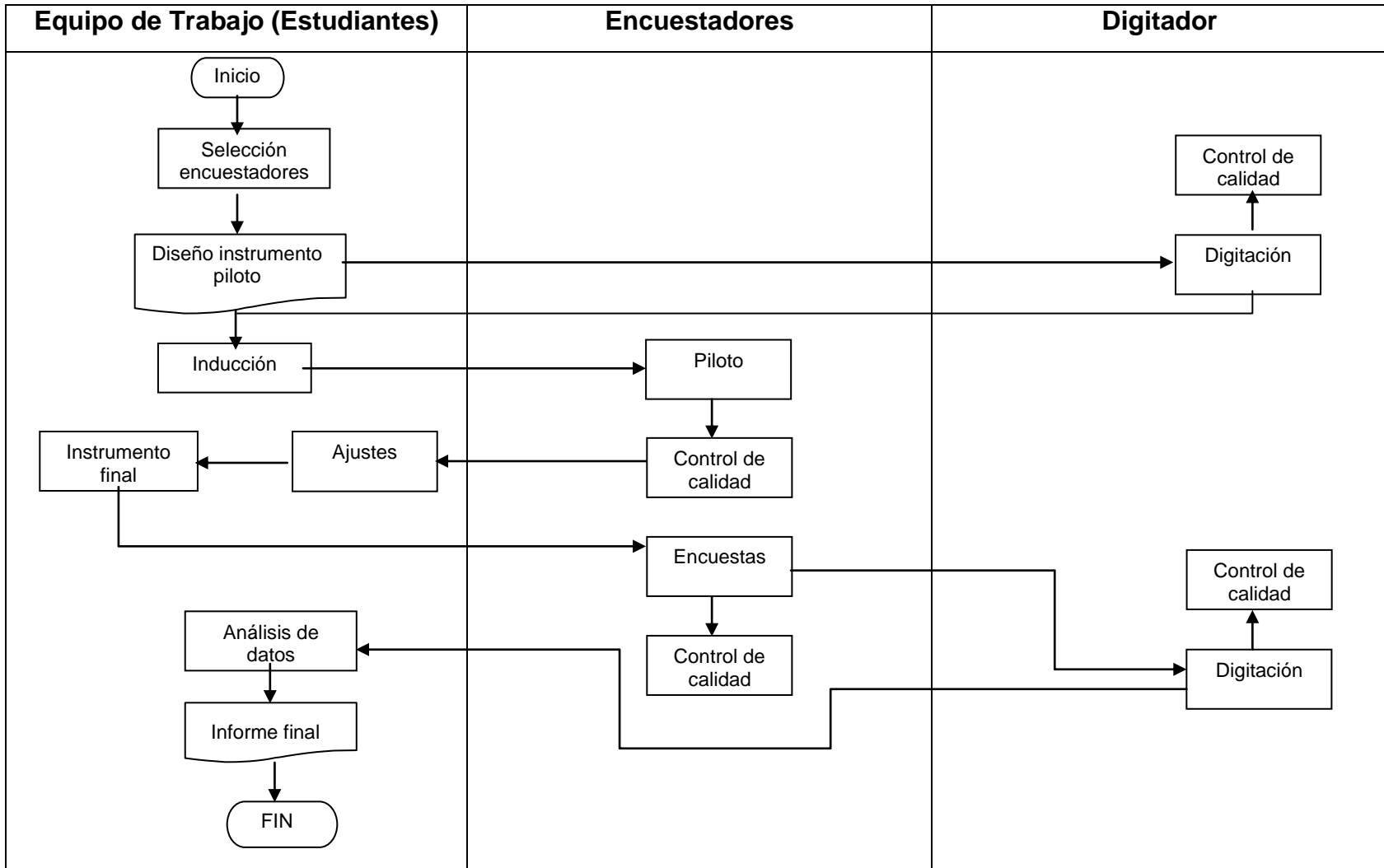


Figura 14. Flujo de Evaluación de Historias Clínicas del Programa de Crecimiento y Desarrollo. Centro de Salud 31 de Marzo.

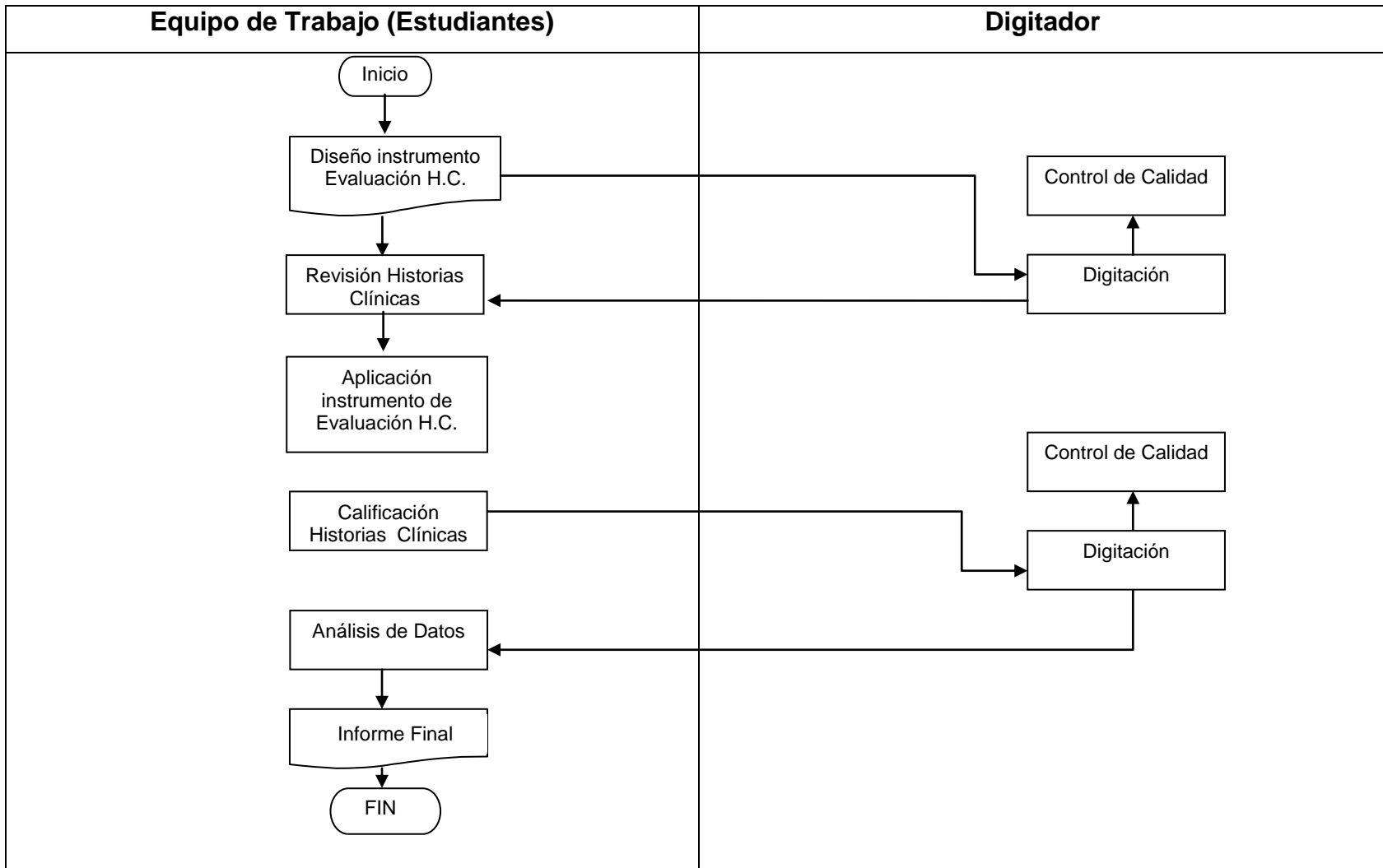


Figura 15. Flujo Verificación cumplimiento de condiciones para habilitación al Programa Crecimiento y Desarrollo.  
 Centro de Salud 31 de Marzo.

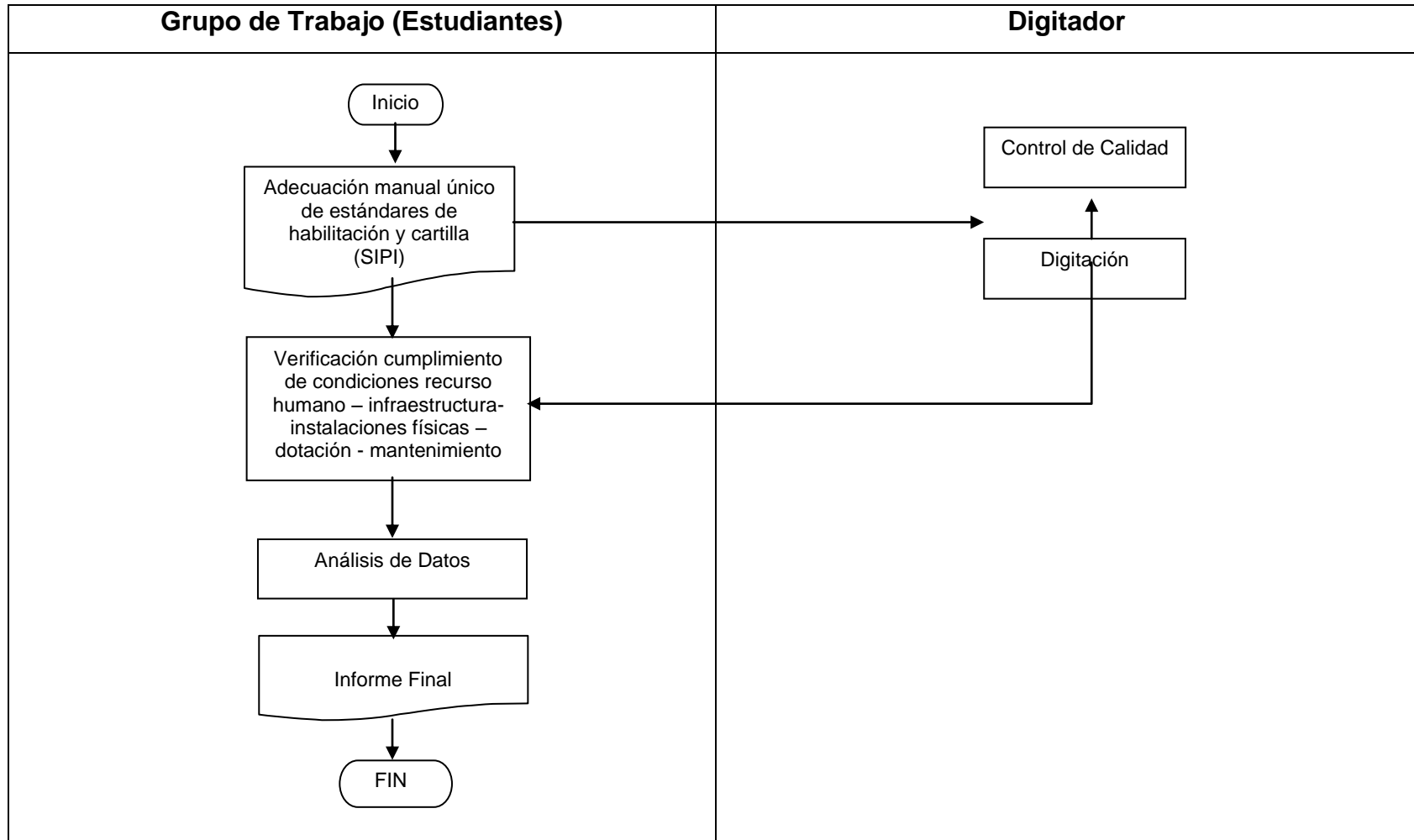
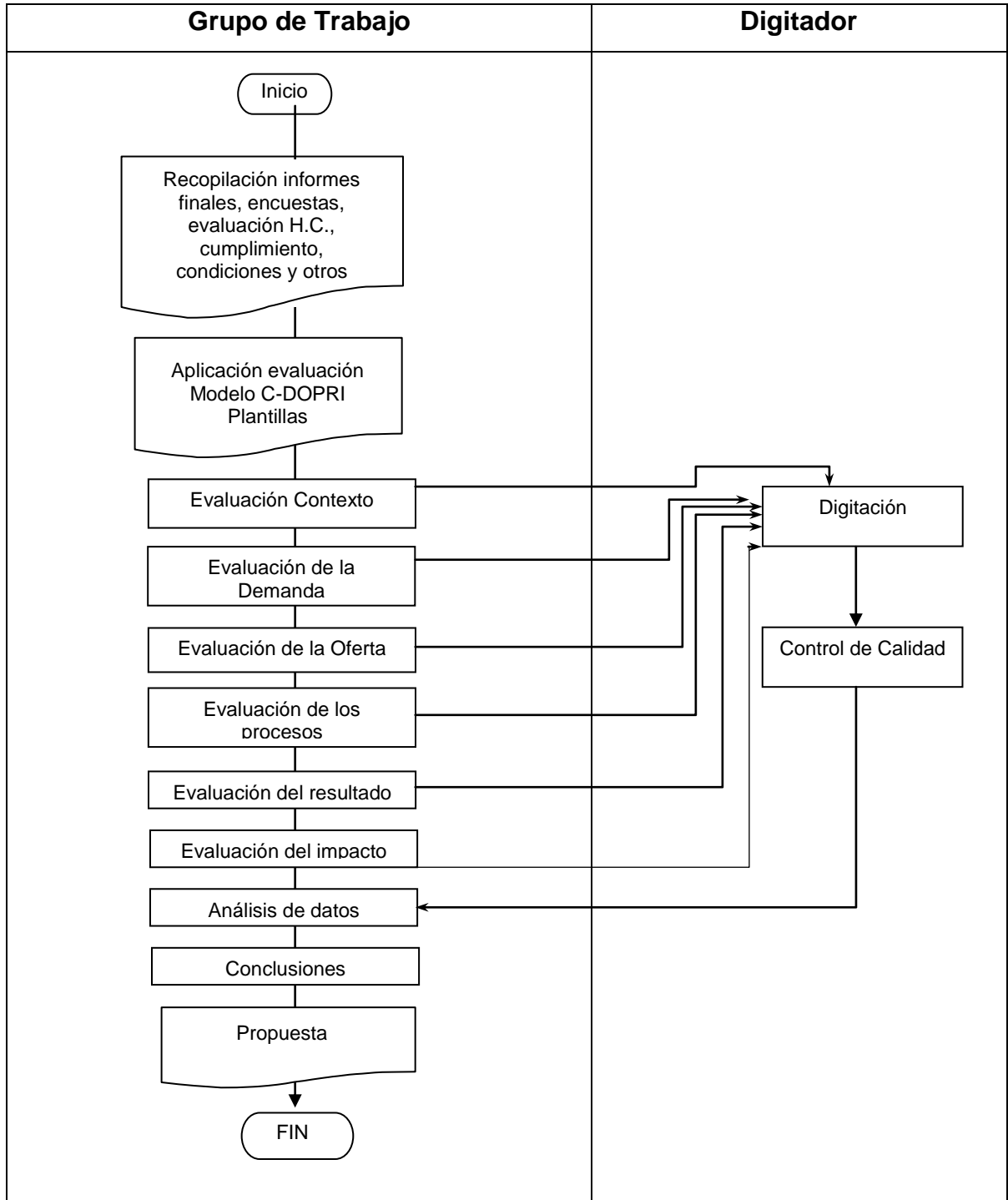


Figura 16. Flujo evaluación del Programa Crecimiento y Desarrollo. Centro de Salud 31 de Marzo.





- Para la evaluación del contexto se realizó el análisis de la normatividad vigente, políticas, planes y programas a nivel nacional, departamental y local; las relaciones del Centro de Salud 31 de Marzo con otras Instituciones, proveedores y comunidad, como factores favorables o desfavorables para la prestación del servicio con buena calidad.
  
- La caracterización sociodemográfica de los demandantes se obtuvo de la encuesta aplicada a los padres de familia y/o acompañantes del menor atendido en el programa de crecimiento y desarrollo. Para la demanda afectiva atendida se obtuvo información de las matrices de programación entregada por las Empresas Promotoras de Salud Subsidiadas que tenían contrato con la Unidad Popayán y de la oficina de sistemas de información.
  
- Evaluación de la oferta: La información de la estructura se obtuvo de la oficina de administración de la Unidad Popayán, los datos del recurso humano y manual de funciones fue suministrado por la oficina de Recursos humanos, los recursos físicos se evaluaron con el anexo Técnico N° 1 de la Resolución 1043 de abril de 2006 y El Manual de Salud Integral para la Infancia (SIPI). Para el sistema de información se recolectaron los datos a través del coordinador del área en mención.
  
- La accesibilidad geográfica y organizacional se evaluó mediante la encuesta de satisfacción de usuarios (Anexo 7)
  
- Evaluación de procesos: Los flujogramas se obtuvieron del Plan de Auditoria para el Mejoramiento Continuo (PAMEC) de la Unidad Popayán, los tiempos de

espera se midieron mediante la encuesta de satisfacción de usuarios, para la evaluación de la Historia Clínica y protocolo de manejo del Programa Crecimiento y Desarrollo, se diseñó un instrumento de acuerdo a los parámetros sugeridos en el libro de auditoria\* ajustado a los requerimientos de la Norma Técnica de Detección Temprana de Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo del menor de 10 años\*\*, que fue aplicado por las investigadoras; se hizo la revisión y evaluación de 227 historias clínicas de niños(as) que asistieron al programa en los meses de enero a diciembre del año 2006.

- Evaluación de resultados: La oportunidad se midió mediante la aplicación de la encuesta, para los indicadores de utilización de los consultorios, productividad y gastos de atención se obtuvo la información de las oficinas de coordinación técnico- científica y de administración de la Institución.
  
- Impacto: Se evaluó a través del nivel de satisfacción del cliente externo e interno. El instrumento aplicado a los padres o acompañantes de los niños usuarios del Programa de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud 31 de Marzo; contienen variables: sociodemográficas, accesibilidad, oportunidad, tiempos de espera y satisfacción de usuarios que permiten medir la calidad de la atención brindada en el programa (Anexo 7). El instrumento para medir el grado de satisfacción de los proveedores de servicios de salud contiene las siguientes variables: ambiente físico del trabajo, disponibilidad de los elementos esenciales para el trabajo, satisfacción con las funciones que desempeña, relaciones con los superiores, compañeros y subalternos, estímulos para el desempeño del cargo, posibilidades de progreso en la institución y remuneración (Anexo 6).

---

\* UNIDAD POPAYÁN. Archivo Oficina Administración.

\*\* COLOMBIA. Ministerio de Salud. Resolución 412 del 25 de febrero de 2000.

### **13.3 SELECCIÓN DE LOS ENCUESTADORES**

Para la aplicación de la encuesta se seleccionaron 2 auxiliares de enfermería con experiencia en programas de promoción y prevención, quienes fueron entrenadas en detalle sobre el cuestionario, se realizó una reunión previa de entrenamiento y capacitación de las encuestadoras, se aplicó la encuesta piloto y se pudieron detectar aspectos que no se habían contemplado inicialmente y se hicieron los ajustes necesarios.

**Las encuestas definitivas se realizaron en los meses abril, mayo y junio de 2007. Se realizaron en total 7 encuestas a los proveedores de servicios de salud (médicos, enfermera, facturadora, auxiliares de enfermería, auxiliar de archivo de historias clínicas); a los padres de familia o acompañantes se hicieron un total de 286 encuestas para medir el grado de satisfacción de usuarios en el programa de crecimiento y desarrollo.**

### **13.4 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

La tabulación de los datos obtenidos en los instrumentos aplicados en el estudio, se realizó mediante la hoja de cálculo Microsoft Office Excel 2003, con el propósito de ordenar y organizar los datos que se agruparon por similitud para medir cada indicador de las plantillas de evaluación del modelo C-DOPRI.

La información del contexto, la demanda, la oferta, los procesos, resultados e impacto fue llevada a las plantillas de evaluación del modelo C-DOPRI de cada

área, para ser calificados de forma cuantitativa, utilizando porcentajes que tienen rangos de calificación, se recopiló la información en la plantilla de evaluación global de la calidad de la atención en salud\*, que luego se evalúan de manera cualitativa trasladando los resultados finales obtenidos a una semaforización donde el verde significa que esta bien, amarillo que está en revisión, el naranja que tiene muchos problemas o problemas críticos y el rojo que esta mal.

---

\* MALAGÓN-LONDOÑO. GALÁN MORERA. PONTÓN LAVERDE. Auditoría en Salud. 2ª. ed, Bogotá: Médica Panamericana, 2003.

## **14. PROPUESTA**

### **14.1 PROPOSITO**

Establecer directrices generales que sirvan para orientar al Centro de Salud 31 de Marzo, en la evaluación continua de los procesos del Programa de Crecimiento y Desarrollo, para el mejoramiento de la calidad en la atención y que sean costo-efectivos.

### **14.2 OBJETIVO GENERAL**

Realizar evaluación, seguimiento y mejoramiento continuo al Programa de Crecimiento y Desarrollo en el Centro de Salud 31 de Marzo.

### **14.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Realizar la auto-evaluación o diagnóstico básico de la institución, para identificar problemas o fallas de calidad que afectan la prestación del servicio.
- Realizar la medición inicial del desempeño de los procesos, para determinar si los resultados ofrecen la calidad esperada.
- Definir los procesos prioritarios para concentrar los esfuerzos en aquellos aspectos donde el cambio de las condiciones existentes, tenga como

consecuencia un mayor beneficio para los usuarios y la supervivencia del Programa.

- Establecer los instrumentos de monitoreo y los indicadores de seguimiento a los procesos prioritarios para mantener el nivel de calidad esperada.
- Realizar el plan de mejoramiento.

## 14.4 METODOLOGIA

**14.4.1. Auto-evaluación.** Para establecer que se puede mejorar en la institución se debe realizar la auto – evaluación, es decir un diagnóstico básico, para identificar los problemas o fallas de calidad que afectan a la organización.

Hay diversas metodologías para realizar el diagnóstico de la institución como el PEVA, Matriz DOFA, las siete herramientas administrativas (diagrama de Ishikawa, diagrama de pareto, histograma, diagramas de dispersión, hoja de verificación, gráfico de control y estratificación), D7 propuesto por el Doctor Alejandro Higuera y el modelo C- DOPRI del Doctor Ricardo Galán que se propone para este modelo de auditoría<sup>140</sup>.

Modelo C- DOPRI.: Para evaluar la calidad en los servicios de salud, es necesario tener en cuenta seis componentes: contexto, demanda, oferta o estructura,

---

<sup>140</sup> MALAGÓN LONDOÑO, GALÁN MORERA, PONTÓN LAVERDE. Garantía de Calidad en salud. 2ª ed. Bogotá: Médica Panamericana, 2006.

<sup>140</sup> MALAGÓN LONDOÑO, GALÁN MORERA, PONTÓN LAVERDE. Auditoría en salud. 2ª ed. Bogotá: Médica Panamericana, 2003.

proceso, resultado o producto e impacto o efecto. Cada uno de los componentes anotados, incorpora variables, subvariables, indicadores y plantillas de evaluación, que permiten calificar integralmente el programa, permitiendo identificar las fallas o variación en la prestación de los servicios<sup>141-142</sup>.

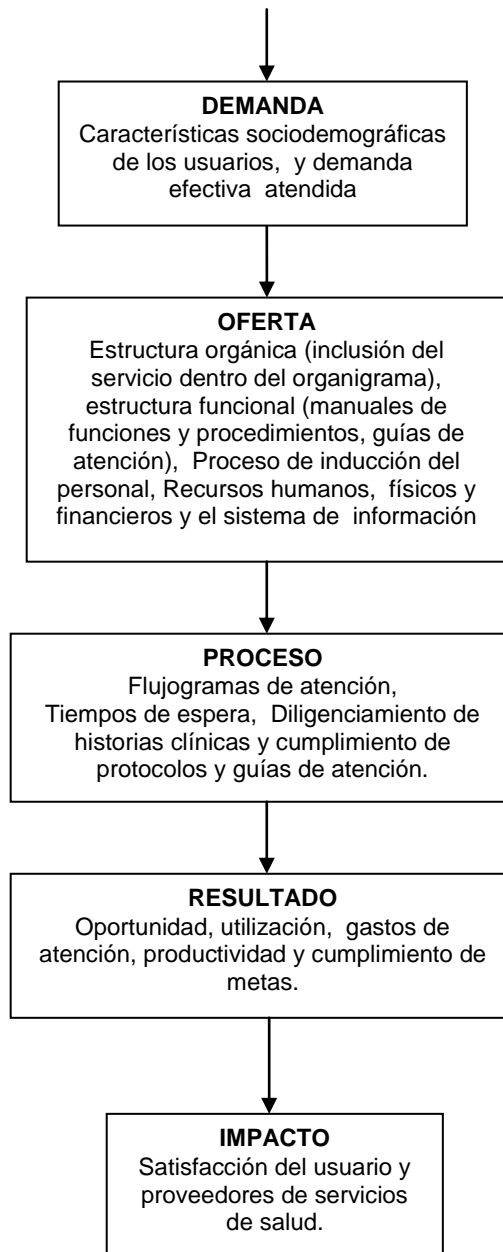
Las plantillas para la evaluación de la calidad de la atención en salud se definen como los instrumentos operativos que facilitan la recolección de la información. Cada área de evaluación tiene su propia plantilla y una plantilla global para la integración de las mismas.

La estructura de la plantilla se divide en cuatro columnas. La primera corresponde al indicador de evaluación. En la segunda se registra la calificación que se da a cada indicador o parámetro en una escala de 1 a 4, de acuerdo con los criterios establecidos en la guía para diligenciar la plantilla. La calificación 4 corresponde a óptimo, 3 a bueno, 2 a regular y 1 a malo. En la tercera columna se tiene una ponderación de los distintos indicadores o parámetros de evaluación, en una escala de 0 a 1, según su importancia en la respectiva área. Finalmente en la cuarta columna se registran las calificaciones ponderadas de los distintos indicadores, que resultan de multiplicar las respectivas calificaciones por su correspondiente valor de ponderación. Al sumar los valores de esta columna se obtiene la calificación del área.

<sup>141</sup> MALAGÓN LONDOÑO. Ibid

<sup>142</sup> MALAGÓN LONDOÑO, Ibid

<p style="text-align: center;"><b>CONTEXTO</b></p> <p>Normas y políticas que regulan y orientan la prestación del servicio evaluado, relaciones institucionales, relaciones con proveedores y relaciones con la comunidad.,</p>
---





Contexto: Es el conjunto de normas que regulan la prestación de servicios en la población, relaciones institucionales que se establecen para la operación de dichos servicios y la participación de la comunidad.

En resumen corresponde al ambiente en el cual se prestan los servicios de salud. En la plantilla se califica como indicador la legislación vigente, las políticas de salud y seguridad social, los planes y programas establecidos para el sector, las relaciones institucionales para la prestación de los servicios, las relaciones con los proveedores de insumos para las instituciones prestadoras de servicios de salud y las relaciones con la comunidad. Para la calificación de los indicadores de la plantilla se recomienda que el director o gerente constituya grupos de trabajo con personas que conozcan bien cada aspecto a evaluar.

Se tendrá en cuenta los siguientes criterios: si los elementos de evaluación favorecen la prestación de los servicios de salud de buena calidad, la calificación será 4; si la favorecen con escasas excepciones, la calificación será 3; si la limitan la calificación será 2; si conducen a prácticas de mala calidad, la calificación será 1. Si la calificación es de 3 o más se considera un contexto adecuado, si es menor de tres es inadecuado.

#### **Plantilla de Evaluación del Contexto**

<b>Indicador</b>	<b>Calificación (1 – 4 )</b>	<b>Ponderación</b>	<b>Calificación Ponderada</b>
Legislación		0.30	
Políticas		0.30	
Planes y programas		0.10	
Relaciones institucionales		0.10	
Relaciones con proveedores		0.10	
Relaciones con comunidad		0.10	
<b>TOTAL</b>		<b>1.00</b>	

Criterios para la Interpretación:

Contexto adecuado 3 o más

Contexto inadecuado menor de 3

Demanda: Se estudian las características sociodemográficas de los demandantes, la morbilidad institucional de urgencias, hospitalización y consulta externa, la severidad de los procesos patológicos y la demanda efectiva atendida.

Para evaluar este programa de promoción y prevención no se tendrá en cuenta la relación de morbilidad y el nivel de atención institucional, porque el objetivo del programa, es valorar al niño sano para detectar tempranamente alteraciones del crecimiento y desarrollo.

Demanda Efectiva Atendida: Como en la institución no existe registro sistemático de la demanda efectiva atendida se debe imponer la necesidad de crear este registro en el sistema de información.

La información del porcentaje de pacientes realmente atendidos en cada consulta debe realizarse en un periodo no inferior a 3 meses. Aplicando la siguiente fórmula tomada del libro Administración Hospitalaria (3):

Demanda efectiva atendida=

$$\frac{\text{Pacientes realmente atendidos en el año} \times 100}{\text{Población asignada}}$$

Los criterios de evaluación son:

- 4: si se atiende al 100% de la población demandante.
- 3: si se atiende entre el 90% y el 99% de la población demandante
- 2: si la atención solo cubre el 80% y 89% de la población demandante.

1: si la atención cubre menos del 80% de la población demandante.

Para el programa de crecimiento y desarrollo se evaluó la demanda efectiva para la consulta de primera vez por medico y de la consulta de seguimiento por enfermería.

### Plantilla de Evaluación de la Demanda

Indicador	Calificación (1 – 4 )	Ponderación	Calificación Ponderada
<b>Demanda efectiva atendida:</b>			
• consulta de primera vez por medico.		0.5	
• consulta de seguimiento por enfermería		0.5	
<b>TOTAL</b>		<b>1.0</b>	

Interpretación:

Demanda adecuada: 3 o más

Demanda inadecuada: menos de 3

Oferta.

En esta área se evalúan:

- a. Estructura orgánica (organigrama)
- b. Estructura funcional(manuales de funciones y procedimientos)
- c. Recursos humanos
- d. Recursos físicos
- e. Sistemas de información
- f. Accesibilidad (geográfica y organizacional)

- a. Evaluación de la estructura orgánica

Corresponde a la organización de la institución, esquematizada en su organigrama.

Los criterios de evaluación son:

Principios generales de la organización: Se califica con 4 si el organigrama incluye las áreas básicas de la institución, de acuerdo con los servicios que presta; si existe un equilibrio entre las distintas áreas; si se identifica una clara jerarquización de las diferentes ramas de la organización y si facilita la integración y coordinación de las actividades.

3: Si se detectan algunos vacíos menores en los aspectos señalados, pero que no afectan la calidad de los servicios.

2: Si se detectan vacíos muy importantes en los aspectos señalados, que afectan seriamente la calidad de la atención.

1: Si no existe una estructura formal.

Estructura ajustada a los estatutos, visión, misión, objetivos, estrategias, servicios y actividades: Se realiza confrontando el organigrama con lo establecido en la normatividad vigente. Si la correspondencia es completa se califica con 4; si sólo se detectan algunas diferencias pero que no afectan la calidad de la atención, se califica con 3; si no hay correspondencia se califica con 2; si no hay organigrama o no hay precisión de los elementos de confrontación antes mencionados, se califica con 1.

Estructura ajustada a los procesos científicos, administrativos y financieros: En una institución bien organizada se cuenta con manuales de procedimientos para la operación de las distintas reparticiones de las áreas señaladas. Se califica con 4 si la estructura es consecuente con los procesos que se deben cumplir, con 3 si existen pequeñas discrepancias que no afectan en forma importante el cumplimiento de los procesos; con 2 si existen claras

discrepancias entre los procesos y la estructura y, finalmente, se califica con 1 cuando no existen manuales o la estructura no se encuentra definida en un organigrama.

Estructura ajustada a los mecanismos de control: Los controles de la institución se realizan aplicando rigurosos manuales de procedimientos con una estructura orgánica que facilita la realización de las distintas acciones. La calificación se realiza con los mismos criterios descritos anteriormente.

Estructura ajustada al sistema de información: Este sistema es de vital importancia en la organización y el funcionamiento de una institución, razón por la cual se le ha identificado para su evaluación. Debe operar con sujeción a un manual de procedimientos y a una adecuada estructura. Su calificación se realiza en la forma indicada anteriormente.

La calificación final de la estructura orgánica se interpreta en forma similar a la señalada para el contexto.

### **Plantilla de evaluación de la oferta – estructura orgánica**

<b>Indicador</b>	<b>Calificación (1 – 4)</b>	<b>Ponderación</b>	<b>Calificación Ponderada</b>
Principios de la organización		0.2	
Estatutos, visión, misión y objetivos, estrategias y servicios		0.2	
<b>Procesos</b>			
Científicos		0.2	
Administrativos		0.1	
Financieros		0.1	
Mecanismos de control		0.1	
Sistemas de información		0.1	
<b>TOTAL</b>		<b>1.0</b>	

b. Evaluación de la Estructura funcional

Esta evaluación se lleva a cabo a través del análisis de los manuales de funciones y de procedimientos de la institución. Se califica de acuerdo con los siguientes criterios.

Existe manual de funciones. Se califica con 4 si existe un manual que define las funciones de todo el personal de la institución; con 3 si existe una manual que define las funciones de la mayoría del personal; con 2 si sólo algunos pocos funcionarios tienen definidas sus funciones; con 1 si no existe manual de funciones.

Inducción al personal sobre funciones: Se califica con 4 si todos los funcionarios han recibido inducción sobre sus funciones; con 3 si la gran mayoría ha recibido esta inducción; con 2 si sólo unos pocos la han recibido; con 1 si no se realiza inducción sobre funciones.

Evaluación del cumplimiento de las funciones: Se califica con 4 si periódicamente se cumple esta actividad en todos los funcionarios; con 3 si se cumple en la gran mayoría; con 2 si solo se realiza en unos pocos, con 1 si la actividad no se realiza.

Existe manual de procedimientos en las áreas científica, administrativa y financiera: Se califica con 4 si todas las dependencias importantes de la institución tiene un manual de procedimientos; con 3 si la mayoría lo tiene y los vacíos no afectan la calidad de los servicios; con 2 si sólo algunas dependencias lo tienen; con 1 si no se tiene estos manuales.

Inducción para la correcta realización de los procedimientos en las áreas científica, administrativa y financiera: Se califica con 4 si todos los funcionarios han recibido la inducción; con 3 si la gran mayoría la han recibido; con 2 si sólo unos pocos la han recibido; con 1 si no se ha realizado la inducción.

Evaluación del cumplimiento de los procedimientos en las áreas científica, administrativa y financiera: Se califica con 4 si periódicamente se cumple esta actividad en todos los funcionarios; con 3 si se cumple en la gran mayoría; con 2 si sólo se realiza en unos pocos; con 1 si esta evaluación no se realiza.

Se revisan manuales de procedimientos: Se califica con 4 si periódicamente se revisan todos los manuales; con 3 si se revisan periódicamente la gran mayoría; con 2 si sólo se revisan unos pocos; con 1 si no se realiza dicha revisión. La interpretación es similar a la señalada para el contexto.

#### **Plantilla de Evaluación de la Oferta - Estructura Funcional**

<b>Indicador</b>	<b>Calificación (1 - 4 )</b>	<b>Ponderación</b>	<b>Calificación Ponderada</b>
Existen manual de funciones		0.10	
Inducción al personal sobre funciones		0.10	
Se evalúa cumplimiento		0.10	
Inducción al personal por áreas:			
Científica		0.05	
Administrativa		0.05	
Financiera		0.05	
Manual de procedimientos por áreas:			
Científica		0.10	
Administrativa		0.10	
Financiera		0.10	
Evaluación de cumplimiento por áreas:			
Científica		0.05	
Administrativa		0.05	
Financiera		0.05	
Se revisan los manuales		0.10	
<b>TOTAL</b>		<b>1.0</b>	

### C. Evaluación de los recursos humanos.

Los recursos humanos se evalúan a través de los indicadores que se describen a continuación.

Médicos generales de consulta de promoción y prevención. El cálculo se basa en la demanda y un promedio de tiempo por consulta de 20 minutos.

La calificación se realiza con los siguientes criterios. Si el número de médicos generales esta entre el 100% y 104% del calculado, se asigna 4; si está entre el 95% y 99% se asigna 3; si está entre el 90% y 94% o entre 105 y 109% se asigna 2; y si es menor del 90% o mayor del 110% se asigna 1.

Profesionales de enfermería. Acorde con la concentración de controles según la resolución 412 de 2000, teniendo en cuenta que trabaja 8 horas diarias y el promedio de consulta de control es de 20 minutos. La calificación es similar a la descrita anteriormente.

Auxiliares de enfermería. 1 por cada dos consultorios.

Otro personal. El cálculo depende del volumen de trabajo.

### Plantilla de Evaluación de la oferta - recursos humanos

<b>Indicador</b>	<b>Calificación (1 - 4 )</b>	<b>Ponderación</b>	
Médicos generales de promoción y prevención		0.25	
Enfermeras		0.3	
Auxiliares de enfermería		0.25	
Otro personal		0.2	
<b>TOTAL</b>		<b>1.0</b>	



d. Evaluación de los recursos físicos

Consultorios. Se debe calcular el número de consultorios requeridos de acuerdo con la demanda anual, los días laborables al año (244) y el tiempo promedio de consulta (20 minutos).

La calificación se realiza así: si el número de consultorios se encuentra entre el 100% y 110% de los calculados se asigna 4; si se encuentra entre el 90% y el 99% se asigna 3; si se encuentra entre el 80% y el 89% se asigna 2 y si es menor del 80% o superior al 110% se asigna 1.

Para la evaluación de los demás requisitos como son ambiente de los consultorios, servicios sanitarios, deposito inicial y almacenamiento central de residuos hospitalarios y dotación básica de los consultorios para el programa de crecimiento y desarrollo, se debe adecuar la plantilla a los estándares de habilitación de la Resolución 1043 de abril de 2006 anexo técnico N° 1 y al Manual de Normas Técnicas y Administrativas Salud Integral para la Infancia (SIPI) de 1993.

**Plantilla de Evaluación de la Oferta - Recursos Físicos**

<b>Indicador</b>	<b>Calificación (1 – 4 )</b>	<b>Ponderación</b>	<b>Calificación Ponderada</b>
Consultorios de medicina general		0.2	
Consultorio de enfermería		0.2	
Dotación básica de los consultorio		0.2	
Ambiente de los consultorios		0.1	
Servicios sanitarios al publico		0.1	
Deposito inicial de residuos hospitalarios y almacenamiento central.		0.1	
Material didáctico		0.1	
<b>TOTAL</b>		<b>1.0</b>	

#### e. Evaluación del Sistema de información

Estructura orgánica: Se califica con los criterios que se detallan a continuación: Existe una estructura orgánica de informática y opera adecuadamente: 4; existe en el organigrama, opera adecuadamente, pero en la realidad presenta modificaciones no fundamentales: 3; existe pero no opera en la realidad: 2; no existe: 1.

Manual de funciones: Se califica con los siguientes criterios: Existe, todo el personal lo conoce y las funciones que se cumplen son las detalladas en el mismo: 4; existe, todo el personal lo conocen y la mayoría de las funciones se cumplen: 3; existe, pero algunos funcionarios no lo conocen y las funciones se cumplen sólo parcialmente: 2; no existe el manual: 1.

Manual de procedimientos: Recalifica con los siguientes criterios: Existe, todo el personal lo conoce y se aplica en la totalidad de los procedimientos: 4; existe, todo el personal lo conoce, pero en algunos procedimientos, por razones de conveniencia no se aplica en su totalidad: 3; un alto número de procedimientos no se ajustan al manual:2; no existe el manual:1.

Equipos con tecnología apropiada: Se refiere a los equipos para el procesamiento de la información. Se califica con los siguientes criterios: Existen equipos electrónicos de tecnología apropiada, con capacidad solvente para procesar la información:4; los equipos son de tecnología apropiada con capacidad ajustada a las necesidades de la institución: 3; los equipos electrónicos son insuficientes y de tecnología no apropiada para las necesidades de la institución: 2; no existen equipos electrónicos: 1.

Recolección de la información pertinente: Se califica con los siguientes criterios: se recoge toda la información que requiere la

institución, identificada en el manual operativo, de acuerdo con un cronograma preestablecido, y se considera de buena calidad: 4; se recoge toda la información que requiere la institución, con un cumplimiento aceptable del cronograma y se considera de buena calidad: 3; se recoge información parcial y de dudosa confiabilidad: 2; la información que se recoge es escasa, inoportuna, de baja calidad y no existe manual operativo: 1.

Procesamiento: Se califica con los siguientes criterios: el procesamiento se cumple electrónicamente, de acuerdo con un manual operativo, en tiempo oportuno, con programas bien definidos y produce las formas estadísticas que permiten un adecuado análisis:4; se cumplen las condiciones anteriores, pero esporádicamente se producen desfases en el cronograma preestablecido para esta actividad:3; el procesamiento es electrónico, pero su oportunidad, pertinencia y calidad son deficientes: 2; no existe procesamiento electrónico o no existe manual operativo: 1.

Análisis de la información: Se califica con los siguientes criterios: El análisis es oportuno y se ajusta a las técnicas estadísticas pertinentes: 4; el análisis se ajusta a las técnicas estadísticas pertinentes, pero esporádicamente se sale del cronograma establecido: 3; el análisis es totalmente inoportuno y muestra deficiencias en las técnicas estadísticas: 2; no se realiza el análisis de la información: 1.

Presentación de resultados: Se califica con los siguientes criterios: Se cuenta con una publicación formal y periódica (revista, boletín): 4; no se cumple el criterio anterior, pero los resultados son publicados en forma oportuna por los medios disponibles en el servicio (cartas, circulares, etc.): 3; esporádicamente procede a la publicación de los resultados: 2; no se publican los resultados.

Utilización de la información: Se califica con los siguientes criterios: La información es recibida oportunamente por los niveles directivos y es utilizada para la toma de decisiones: 4; en una alta proporción la información se recibe oportunamente y sustenta la toma de decisiones en la entidad: 3; la información no es recibida oportunamente y no sustenta la toma de decisiones: 2; la información no llega a los niveles directivos y, por tanto, no puede ser utilizada para la toma de decisiones: 1.

### Plantilla de Evaluación de la Oferta - Sistema de Información

Indicador	Calificación (1 – 4)	Ponderación	Calificación Ponderada
Estructura orgánica		0.10	
Manual de funciones		0.10	
Manual de procedimientos		0.10	
Personal capacitado		0.10	
Equipos con tecnología apropiada		0.10	
Recolección información pertinente		0.10	
Procesamiento de información		0.10	
Análisis de información		0.10	
Publicación de información		0.10	
Utilización de información		0.10	
<b>TOTAL</b>		<b>1.0</b>	

#### f. Accesibilidad

La accesibilidad geográfica. Es el tiempo medido en minutos que tarda una persona para trasladarse de su domicilio a la institución de salud. Se califica de la siguiente manera: Tiempo en llegar a la

institución de salud menor de 60 minutos: 4; tiempo en llegar a la institución de salud entre 60 y 90 minutos: 3; tiempo en llegar a la institución de salud entre 90 y 119 minutos: 2; tiempo en llegar a la institución de salud mayor a 120 minutos: 1.

La accesibilidad organizacional. Es la organización suficiente de los procesos en una institución de salud, para que los usuarios puedan acceder a los servicios. Se califica de la siguiente manera: Si la institución de salud tiene mecanismos establecidos para que no se presenten inconvenientes en la prestación de los servicios: 4; si en la institución de salud se presentan pocos inconvenientes, se solucionan oportunamente y no afectan la prestación del servicio: 3; si en la institución de salud se presentan pocos inconvenientes, no se solucionan oportunamente y afectan la prestación del servicio: 2; si en la institución de salud se presentan frecuentemente inconvenientes, que afectan la prestación del servicio: 1.

### **Plantilla para Evaluación de la Accesibilidad**

<b>Indicador</b>	<b>Calificación (1-4)</b>	<b>Ponderación</b>	<b>Calificación ponderada</b>
Accesibilidad geográfica		0.5	
Accesibilidad organizacional		0.5	
<b>Total</b>		<b>1.0</b>	

Plantilla para integrar los componentes de la oferta: En esta plantilla se registran las calificaciones finales de cada uno de los seis componentes de la oferta. Aplicando el procedimiento descrito para el diligenciamiento de las plantillas, se obtiene la calificación correspondiente al área de la oferta.

## Plantilla de Evaluación de la Oferta

<b>Indicador</b>	<b>Calificación (1 - 4)</b>	<b>Ponderación</b>	<b>Calificación Ponderada</b>
Estructura orgánica		0.10	
Estructura funcional		0.15	
Recursos humanos		0.25	
Recursos físicos		0.25	
Sistemas de información		0.15	
Accesibilidad		0.10	
<b>Calificación de la oferta</b>		<b>1.0</b>	

### Procesos

Flujogramas de atención: Corresponden a la esquematización de los distintos pasos que deben cumplir los usuarios para obtener los servicios médicos de la institución. Los flujogramas orientan a los usuarios y a los prestadores de los servicios y son elementos de especial importancia para una atención de buena calidad. La información sobre su existencia y cumplimiento se obtiene mediante la entrevista con los responsables de los distintos servicios. Se califica con base en los siguientes criterios: Existe el flujograma y se aplica correctamente: 4; existe y se aplica en la mayoría de los casos: 3; existe pero solo se aplica en pocos casos y se aprecia desorientación en la forma como los usuarios deben transitar por los distintos servicios: 2; no existen los flujogramas: 1.

Tiempos de espera: Tiempo transcurrido entre la llegada y la salida del usuario en cada uno de los pasos del respectivo flujograma y en la totalidad del servicio. La información se obtiene mediante encuesta. Se realiza la calificación utilizando los siguientes criterios: menos de 60 minutos: 4; entre 60 y 74 minutos: 3; entre 75 y 89 minutos: 2; y 90 y más minutos: 1.

Diligenciamiento de historias clínicas: La historia clínica constituye uno de los instrumentos más importantes para evaluar la calidad de la atención. Se la utiliza para analizar su diligenciamiento y el cumplimiento de los protocolos de manejo clínico-terapéutico, este análisis se realiza sobre los siguientes tópicos: identificación, motivo de consulta, antecedentes personales y familiares, examen físico, escala abreviada del desarrollo y rejilla de peso y talla. Se lleva a cabo en una muestra representativa de historias clínicas elaboradas durante el periodo de evaluación. La calificación se realiza con base en el cumplimiento de los tópicos así: todas las historias clínicas completas: 4; entre 80% y 99%: 3, entre 60% y 79%: 2; menos de 60%: 1

Protocolo de atención: Corresponde a la guía para el manejo la descrita para el diligenciamiento de las historias clínicas.

### Plantilla para Evaluación de los procesos

Indicador	Calificación (1-4)	Ponderación	Calificación ponderada
<b>Flujo gramas</b>			
Consulta externa		0.125	
<b>Tiempos de espera</b>			
Consulta de primera vez o Control de crecimiento y desarrollo		0.125	
<b>Diligenciamiento de Historia Clínica</b>			
Consulta de primera vez o de control de crecimiento y desarrollo		0.325	
<b>Cumplimiento de Protocolos</b>			
Consulta de primera vez o de control de crecimiento y desarrollo		0.425	
<b>TOTAL</b>		<b>1</b>	

Resultados.

Oportunidad. Satisfacción de las necesidades de salud en el momento requerido, teniendo en cuenta el tiempo transcurrido entre la solicitud de la cita y la asignación de la misma. Se evalúa a través de encuesta. Para medicina general se califica de la siguiente manera: menos de 24 horas: 4; entre 24 y 47 horas: 3; entre 48 y 71 horas: 2; 72 horas y más: 1,

Utilización. Se refiere al porcentaje de recurso disponible utilizado. Para los consultorios de medicina general y de enfermería se calcula comparando, para un determinado período de tiempo, la producción observada con la producción esperada.

La producción observada se obtiene de las estadísticas de la institución. La producción esperada se calcula, así:

$$\frac{\text{Producción observada} \times 100}{\text{Producción esperada}}$$

La calificación se realiza con los siguientes criterios: 100% a 104%: 4; 95% a 99%: 3; 90% a 94%: 2; menos de 90%: 1.

Gastos de atención. Se refiere a los costos de las actividades intermedias y finales. Para su evaluación se determina el costo de las actividades y se compara con las respectivas tarifas establecidas por la institución, aplicando la siguiente fórmula:

$$\text{Tarifa vs. Costo} = \frac{\text{tarifa de cada actividad}}{\text{Costo de la misma actividad}} \times 100$$

Cada actividad evaluada recibe una calificación, de acuerdo con los siguientes criterios: menos de 100: 1; de 100 a 109:2; de 110 a 119:3; de 120 y más: 4.



Con las calificaciones individuales de las actividades se obtiene un promedio ponderado multiplicando la respectiva calificación por su respectivo costo y dividiendo la suma de los productos por la suma de los costos, utilizando el modelo que se presenta a continuación:

<b>Procedimientos</b>	<b>Calificación (a)</b>	<b>Costo (b)</b>	<b>Calificac x costo ©</b>
Consulta x médico			
Consulta por enfermera			
Etc.			
<b>TOTAL</b>			

Promedio ponderado = sumatoria de c/sumatoria de b.

Promedio ponderado del indicador gastos de atención = suma de c.

Actividades con resultados negativos: se evalúa una muestra de la actividad, estableciendo el porcentaje de actividades con resultados negativos.

Productividad\_ Se evalúa el rendimiento de la hora médica en la consulta de medicina general y de enfermería, así:

Consultas por hora:

$$\text{N}^{\circ} \text{ de consultas en el periodo} \times 100$$

---


$$\text{Horas médicas de consulta en el periodo}$$

Se califica de la siguiente manera: 4.0 a 4.50: 4; de 3.50 a 3.99: 3; de 3.0 a 3.49: 2; menos de 2.0 o más de 3.50: 1.

### Plantilla de Evaluación de resultados

Indicador	Calificación (1-4)	Ponderación	Calificación ponderada
Oportunidad en la atención de control de crecimiento y desarrollo		0.16	
Utilización del consultorio medicina general.		0.23	
Utilización del consultorio de enfermería		0.23	
Gastos de atención		0.16	
Productividad consulta hora medico		0.11	
Productividad hora enfermera		0.11	
<b>TOTAL</b>		<b>1.00</b>	

Impacto: Es el nivel de satisfacción tanto de los usuarios o clientes externos como de los proveedores de servicios de salud o clientes internos.

Se realiza mediante encuestas aplicadas en una muestra representativa tanto de usuarios como de funcionarios. Para la calificación de la encuesta se obtiene el porcentaje de respuestas correspondiente a excelente, bueno, regular y malo. Se suman los porcentajes de excelente y bueno; finalmente, se califica la satisfacción con base en los resultados de esta última suma, aplicando los siguientes criterios: 90% y más: 4; de 70% a 89%: 3; de 40% a 69%: 2; y menos de 40%: 1.

### Plantilla para Evaluación del Impacto

<b>Indicador</b>	<b>Calificación (1-4)</b>	<b>Ponderación</b>	<b>Calificación ponderada</b>
Satisfacción de usuarios o clientes externos		0.5	
Satisfacción de proveedores de servicios de salud		0.5	
<b>Total</b>		<b>1.0</b>	

Evaluación global de la calidad: La evaluación global de la calidad, se realiza con las seis áreas de DOPRI, es decir, contexto, demanda, oferta, procesos, resultados e impacto. Para tal fin se trasladan a esta plantilla las calificaciones de cada una de las áreas mencionadas, que se encuentran en la parte inferior de las correspondientes plantillas. Seguidamente, se multiplica cada calificación por su correspondiente factor de ponderación, para calcular la calificación ponderada, que se coloca en la columna de la derecha. Por último se suman las calificaciones ponderadas para obtener la calificación global de la calidad, la cual se registra en el último renglón de la plantilla.

La interpretación se lleva a cabo con base en los siguientes criterios: calidad satisfactoria: 3 y más; calidad deficiente: menos de 3.

### Plantilla de Evaluación global de la calidad en salud

Indicador	Calificación	Ponderación	Calificación ponderada
Contexto		0.05	
Demanda		0.05	
Oferta		0.15	
Procesos		0.25	
Resultados		0.15	
Impacto		0.35	
Calificación global de la calidad		<b>1.00</b>	

Calidad satisfactoria: 3 y más

Calidad deficiente: menos de 3<sup>143</sup>

**14.4.2 Definición de los Procesos Prioritarios.** Una vez elaborado el diagnóstico institucional se realiza una lista de procesos factibles a intervenir en busca de concentrar esfuerzos en aquellos aspectos donde el cambio de las condiciones existentes tenga como consecuencia un mayor beneficio generando un espacio de conocimiento, discusión y participación.

Para llevar a cabo el proceso de priorización pueden utilizarse varias herramientas como: matrices de priorización, jerarquización, paretos y factores críticos del éxito, entre otros.

---

<sup>143</sup> MALAGÓN LONDOÑO, GALÁN MORERA, PONTÓN LAVERDE. Auditoría en Salud. Op. cit.

Para este modelo de auditoria se propone utilizar la matriz de los factores críticos del éxito. Se entiende por factor crítico de éxito aquellos aspectos que se consideran relevantes para el logro de la supervivencia de la organización.

Las prioridades dan lugar a una serie de proyectos que en conjunto conforman el programa de auditoria de calidad.

Posteriormente se realiza una calificación de la relación entre los procesos con los factores críticos de éxito, es decir, el impacto que tiene el que exista o no los siguientes procesos para el logro de cada uno de los factores. Luego se multiplican los datos obtenidos en forma horizontal y procede a ordenar los procesos de mayor a menor calificación.

Escala de calificación de acuerdo al impacto del proceso en el logro del factor:

Muy Alto: 5	Alto: 4
Medio: 3	Bajo: 2
Muy bajo: 1	

**Cuadro 26. Factores Críticos de Éxito**

PROCESOS	Factores Críticos de Éxito				
	Oportunidad	Trato humanizado	Profesional calificado	Capacidad técnica	TOTAL
Mejorar la oportunidad en asignación de citas y los tiempos de espera.	5	4	5	5	500
Dar inducción al personal que ingrese a la institución o que cambie de actividad sobre sus funciones y procedimientos a ejecutar.	3	3	3	5	135
Mejorar la oferta del personal profesional de enfermería.	5	2	5	2	100
Buscar estrategias que permitan mejorar las coberturas y el cumplimiento de las metas para el programa de crecimiento y desarrollo.	5	2	3	2	60
Mejorar el recurso físico, número de consultorios para atención de enfermería y dotar de los elementos básicos necesarios para el programa de crecimiento y desarrollo	5	1	2	5	50
Mejoramiento del clima laboral de la institución.	2	5	2	2	40
Agilizar el proceso de legalización e implementación de los manuales de funciones y procedimientos.	2	2	4	2	32
Mejorar las condiciones de manejo de los residuos hospitalarios generados en la institución.	1	1	4	5	20

**14.4.3. Definición de la Calidad Esperada.** Definir el nivel de calidad esperada significa establecer la forma como se espera que se realice y los instrumentos a utilizar para monitorear y hacer seguimiento a los resultados.

La forma como se espera que se realicen los procesos se encuentran en las normas, guías o estándares establecidos en la organización y el segundo aspecto hace relación entre otros instrumentos a los indicadores utilizados por la organización para evaluar el cumplimiento, de la norma, guías o estándares utilizados.

Los indicadores son información utilizada por los mecanismos de control para monitorear y ajustar las acciones que un determinado proceso, emprende para alcanzar el cumplimiento de los resultados esperados<sup>144</sup>.

Se espera que los procesos definidos como prioritarios se desarrollen de acuerdo con los siguientes parámetros:

- ✓ Mejorar la oportunidad en la asignación de citas y los tiempos de espera.
  
- ✓ Dar inducción al personal nuevo que ingrese a la institución o que cambie de actividad sobre sus funciones y procedimientos a ejecutar.
  
- ✓ Mejorar la oferta del personal profesional de enfermería.

---

<sup>144</sup> COLOMBIA. Op.cit. Decreto 1011 del 3 de abril de 2006.

- ✓ Buscar estrategias que permitan mejorar las coberturas y el cumplimiento de las metas para el Programa de Crecimiento y Desarrollo.
  
- ✓ Mejorar el recurso físico (número de consultorios) para atención de enfermería y dotarlos de los elementos básicos necesarios para el Programa de Crecimiento y Desarrollo.
  
- ✓ Mejoramiento del clima laboral de la institución.
  
- ✓ Agilizar el proceso de legalización e implementación de los manuales de funciones y procedimientos.
  
- ✓ Mejorar las condiciones de manejo de los residuos hospitalarios generados en la institución.



## OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACION DE CITAS Y TIEMPOS DE ESPERA

DATOS DEL INDICADOR	
CODIGO DEL INDICADOR	
NOMBRE DEL INDICADOR: oportunidad en la asignación de citas en la consulta de primera vez por medico general en el programa de crecimiento y desarrollo.	
FECHA DE ACTUALIZACION	
APROBADO POR:	
OBJETIVO: medir la oportunidad en consulta de primera vez por medico general en el programa de crecimiento y desarrollo.	
DOMINIO: accesibilidad/oportunidad	
<b>DEFINICION OPERACIONAL</b> <b>Numerador:</b> Sumatoria total de los días calendarios transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta medica de primera vez de crecimiento y desarrollo y la fecha para la cual es asignada la cita.  <b>Denominador:</b> Número total de consultas medicas de primera vez de crecimiento y desarrollo asignadas en la institución. <b>Unidad de medición:</b> días <b>Estándar:</b> menor o igual a 48 horas.  <b>Factor:</b> 1	<b>VARIABLES</b>  <b>Origen de la información:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Numerador: institución prestadora</li> <li>- Denominador: institución prestadora</li> </ul> <b>Fuente primaria:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Numerador: libro/ registro de asignación de citas</li> <li>- Denominador: libro/ registro de asignación de citas</li> </ul> <b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información:</b> mensual  <b>Periodicidad de remisión de la información (no obligatoria):</b> trimestral  <b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador:</b> IPS  <b>Vigilancia y control:</b> ente territorial y Superintendencia Nacional de Salud.
<b>Fórmula de cálculo:</b>  $\frac{\text{total de los días calendarios transcurridos entre la fecha de solicitud de cita y fecha de asignación}}{\text{Total de consultas medicas asignadas}}$	
<b>Interpretación:</b> 4 (Optima): menos de 24 de horas. 3 (Adecuada): entre 24 y 47 horas. 2 (Regular): entre 48 y 71 horas. 1 (Inadecuada): 72 horas y más.	

<b>DATOS DEL INDICADOR</b>	
<b>CODIGO DEL INDICADOR</b>	
<b>NOMBRE DEL INDICADOR:</b> Tiempo promedio de la atención en la consulta de primera vez por medico general en el programa de crecimiento y desarrollo.	
<b>FECHA DE ACTUALIZACION</b>	
<b>APROBADO POR:</b>	
<b>OBJETIVO:</b> medir la oportunidad en la atención de la consultad medica de primera vez por medico general en el programa de crecimiento y desarrollo.	
<b>DOMINIO:</b> accesibilidad/oportunidad	
<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>  Numerador: Sumatoria del numero de minutos transcurridos entre la solicitud de atención en la consulta medica de primera vez de crecimiento y desarrollo y el momento en el cual es atendido el paciente.  Denominador:  Total de consultas medicas de primera vez de crecimiento y desarrollo realizadas en la institución.  Unidad de medición: minutos Estándar: menor o igual a 30 minutos.  Factor: 1	<b>VARIABLES</b>  Origen de la información: - Numerador: institución prestadora - Denominador: institución prestadora  Fuente primaria: - Numerador: medición de tiempos de espera - Denominador: medición de tiempos de espera. -  Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información: bimensual  Periodicidad de remisión de la información (no obligatoria): trimestral  Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador: IPS  Vigilancia y control: ente territorial y Superintendencia Nacional de Salud.
<b>Fórmula de cálculo:</b>  $\frac{\text{total de minutos transcurridos entre la solicitud de cita y el momento en el cual fue atendido}}{\text{Total de usuarios atendidos}}$	
<b>Interpretación:</b>  4 (Optimo): menor de 20 minutos. 3 (Adecuado): menor de 30 minutos. 2 (Regular): entre 30 y 39 minutos. 1 (Inadecuado): 40 minutos y más.	

<b>DATOS DEL INDICADOR</b>	
CODIGO DEL INDICADOR	
NOMBRE DEL INDICADOR: tiempo promedio de la atención en la consulta de seguimiento por enfermería en el programa de crecimiento y desarrollo.	
FECHA DE ACTUALIZACION	
APROBADO POR:	
OBJETIVO: medir la oportunidad en la atención de la consultad de enfermería de seguimiento en el programa de crecimiento y desarrollo.	
DOMINIO: accesibilidad/oportunidad	
<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>  <b>Numerador:</b> Sumatoria del numero de minutos transcurridos entre la solicitud de atención en la consulta de seguimiento por enfermería del crecimiento y desarrollo y el momento en el cual es atendido el paciente. <b>Denominador:</b>  Total de consultas de enfermería de seguimiento de crecimiento y desarrollo realizadas en la institución.  <b>Unidad de medición:</b> minutos <b>Estándar:</b> menor o igual a 30 minutos.  <b>Factor:</b> 1	<b>VARIABLES</b>  <b>Origen de la información:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Numerador: institución prestadora</li> <li>- Denominador: institución prestadora</li> </ul> <b>Fuente primaria:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Numerador: medición de tiempos de espera</li> <li>- Denominador: medición de tiempos de espera.</li> <li>-</li> </ul> <b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información:</b> bimensual  <b>Periodicidad de remisión de la información (no obligatoria):</b> trimestral  <b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador:</b> IPS  <b>Vigilancia y control:</b> ente territorial y Superintendencia Nacional de Salud.
<b>Fórmula de cálculo:</b>  $\frac{\text{total de minutos transcurridos entre la solicitud de cita y el momento en el cual fue atendido} \times 100}{\text{Total de usuarios atendidos}}$	
<b>Interpretación:</b> 4 (Optimo): menor de 20 minutos. 3 (Adecuado): menor de 30 minutos. 2 (Regular): entre 30 y 39 minutos. 1 (Inadecuado): 40 minutos y más.	

## 2. INDUCCION AL RECURSO HUMANO

Oferta- Inducción al recurso humano.

<b>DATOS DEL INDICADOR</b>	
CODIGO DEL INDICADOR	
NOMBRE DEL INDICADOR: Inducción al talento humano.	
FECHA DE ACTUALIZACION	
APROBADO POR:	
OBJETIVO: Dar inducción al talento humano que ingresa a la institución sobre sus funciones y procedimientos a ejecutar.	
DOMINIO: Oferta estructura funcional.	
<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>  Numerador:  Numero total de funcionarios que reciben inducción al ingreso a la institución durante el periodo a evaluar.  Denominador:  Total de funcionarios que ingresaron a la institución durante el periodo a evaluar.  Unidad de medición: relación porcentual  Estándar : 100%  Factor: 100	<b>VARIABLES</b>  Origen de la información: - Numerador: institución prestadora - Denominador: institución prestadora  Fuente primaria: - Numerador: administración –oficina de recursos humanos. - Denominador: administración –oficina de recursos humanos.  Periodicidad recomendada (obligatoria) de generación de la información: trimestral  Periodicidad de remisión de la información (obligatoria): trimestral  Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador: IPS  Vigilancia y control: I.P.S.
<b>Fórmula de cálculo:</b>  Numero total de funcionarios que reciben inducción al ingreso a la institución durante el periodo a evaluar. $\frac{\text{Numero total de funcionarios que reciben inducción al ingreso a la institución durante el periodo a evaluar.}}{\text{Total de funcionarios que ingresaron a la institución durante el periodo a evaluar.}} \times 100$	
<b>Interpretación</b> 4 (Optimo) : Si todos los funcionarios han recibido inducción 3(Bueno): Si la gran mayoría ha recibido inducción 2(Regular): Si solo unos pocos han recibido inducción 1(Malo): Si no se realiza esta actividad	

### 3. RECURSO HUMANO

Oferta- Recurso Humano

<b>DATOS DEL INDICADOR</b>	
CODIGO DEL INDICADOR	
NOMBRE DEL INDICADOR: Oferta- Personal Profesional de Enfermería	
FECHA DE ACTUALIZACION	
APROBADO POR:	
OBJETIVO: Mejorar la oferta del personal profesional de enfermería.	
DOMINIO: Oferta- Recursos humanos.	
<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>  Numerador:  Numero total de enfermeras asignadas al Programa.  Denominador:  Total de población asignada al programa en la I.P.S.  Unidad de medición: relación porcentual  Estándar : 100%  Factor: 100	<b>VARIABLES</b>  Origen de la información: - Numerador: institución prestadora - Denominador: institución prestadora  Fuente primaria: - Numerador: institución prestadora - Denominador institución prestadora  Periodicidad recomendada (obligatoria) de generación de la información: trimestral.  Periodicidad de remisión de la información (obligatoria): trimestral  Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador: institución prestadora  Vigilancia y control: EPS, Ente territorial
<b>Fórmula de cálculo:</b> $\frac{\text{Numero total de enfermeras asignadas al Programa en la I.P.S.}}{\text{Total de población asignada al programa en la I.P.S}} \times 100$	
<b>Interpretación</b> 4(Optimo) : Si el número de enfermeras está entre el 100% y 104% 3(Bueno): Si está entre el 95% y 99% 2(Regular): Si está entre 90% y 95% o entre 105% y 109% 1(Malo): Si es menor del 90% o mayor del 110%	

#### 4. COBERTURAS DE CUMPLIMIENTO

<b>DATOS DEL INDICADOR</b>	
CODIGO DEL INDICADOR	
NOMBRE DEL INDICADOR: cobertura del programa de crecimiento y desarrollo	
FECHA DE ACTUALIZACION	
APROBADO POR:	
OBJETIVO: Evaluar periódicamente la cobertura del programa.	
DOMINIO: impacto	
<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>  Numerador:  Numero total de usuarios atendidos durante el periodo.  Denominador:  Población asignada  Unidad de medición: relación porcentual  Estándar : 90%  Factor: 100	<b>VARIABLES</b>  Origen de la información: - Numerador: institución prestadora - Denominador: E.P.S. –Ente territorial  Fuente primaria: - Numerador: registros individuales de prestación de servicios - Denominador: matrices de programación  Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información: mensual  Periodicidad de remisión de la información (obligatoria): trimestral  Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador: IPS  Vigilancia y control: EPS, Ente territorial y Superintendencia Nacional de Salud
<b>Fórmula de cálculo:</b> $\frac{\text{Numero total de usuarios atendidos durante el periodo} \times 100}{\text{Población asignada}}$	
<b>Interpretación</b> 4(Optimo) : Más de 95% 3(Bueno): 85% - 95% 2(Regular): 45% - 84% 1(Malo): Menos de 45%	

## 5. RECURSO FISICO

### A) Oferta- Recurso Físico

DATOS DEL INDICADOR	
CODIGO DEL INDICADOR	
NOMBRE DEL INDICADOR: Recurso físico	
FECHA DE ACTUALIZACION	
APROBADO POR:	
OBJETIVO: Mejorar el recurso físico, número de consultorios para atención de enfermería.	
DOMINIO: Oferta- Recursos físicos	
DEFINICION OPERACIONAL	VARIABLES
Numerador:	Origen de la información:
Numero total de consultorios asignados para enfermería de conformidad con la demanda.	- Numerador: institución prestadora
	- Denominador: I.P.S,
Denominador:	Fuente primaria:
Total de población de usuarios del programa de crecimiento y desarrollo de la I.P.S	- Numerador: I.P.S
	- Denominador: I.P.S
Unidad de medición: relación porcentual	Periodicidad recomendada (obligatoria) de generación de la información: trimestral.
Estándar : 100%	Periodicidad de remisión de la información (obligatoria): trimestral
Factor: 100	Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador: IPS
	Vigilancia y control: EPS, Ente territorial
Fórmula de cálculo:	
$\frac{\text{Numero total de consultorios asignados para enfermería de conformidad con la demanda}}{\text{Total de población de usuarios del programa de crecimiento y desarrollo de la I.P.S}} \times 100$	
Interpretación	
4(Optimo) :	Si el número de consultorios se encuentra entre el 100% y 110%
3(Bueno):	Si se encuentra entre el 90% y 99%
2(Regular):	Si se encuentra entre el 80% y 89%
1(Malo):	Si es menor del 80% o superior al 110%

b) Oferta- Dotación del Recurso Físico

<b>DATOS DEL INDICADOR</b>	
CODIGO DEL INDICADOR	
NOMBRE DEL INDICADOR: Dotación del recurso físico	
FECHA DE ACTUALIZACION	
APROBADO POR:	
OBJETIVO: Dotar los consultorios con los elementos básicos necesarios para atención del Programa de Crecimiento y Desarrollo de conformidad con la norma (Resolución 1043/2006, Anexo Técnico N° 1 y Manual SIPI).	
DOMINIO: Oferta- Recursos físicos-dotación.	
<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>  Numerador:  Cada consultorio dispone de la dotación básica (Resolución 1043/06) y el material didáctico (SIPI) que se requiere para el programa de crecimiento y desarrollo  Denominador:  1  Unidad de medición: observacional  Estándar : 4  Factor: cualitativo	<b>VARIABLES</b>  Origen de la información: - Numerador: I.P.S, - Denominador: I.P.S,  Fuente primaria: - Numerador: estudio - Denominador: I.P.S  Periodicidad recomendada (obligatoria) de generación de la información: trimestral.  Periodicidad de remisión de la información (obligatoria): trimestral  Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador: IPS  Vigilancia y control: EPS, Ente territorial
Fórmula de cálculo: listas de verificación o chequeo	
<b>Interpretación</b> 4(Optimo) : Dispone de todos los elementos y en buen estado 3(Bueno): Dispone de todos los elementos y algunos se encuentran en regular estado 2(Regular): Faltan algunos elementos 1(Malo): Faltan la mayoría de los elementos	



## 6. MEJORAMIENTO DEL CLIMA LABORAL DE LA INSTITUCION

DATOS DEL INDICADOR	
CODIGO DEL INDICADOR	
NOMBRE DEL INDICADOR: Tasa de satisfacción global de los proveedores de servicios de salud del programa de crecimiento y desarrollo.	
FECHA DE ACTUALIZACION	
APROBADO POR:	
OBJETIVO: medir el porcentaje de proveedores de servicios de salud que se sienten satisfechos con los servicios que prestan en el programa de crecimiento y desarrollo.	
DOMINIO: satisfacción /lealtad	
DEFINICION OPERACIONAL	VARIABLES
Numerador:	Origen de la información:
Numero total de proveedores de servicios de salud que se consideran satisfechos con la I.P.S.	- Numerador: institución prestadora
	- Denominador: institución prestadora
Denominador:	Fuente primaria:
Numero total de proveedores de servicios de salud encuestados en la IPS.	- Numerador: encuesta de satisfacción
	- Denominador: encuesta de satisfacción
Unidad de medición: relación porcentual	Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información: continua
Estándar : mayor o igual a 70%	Periodicidad de remisión de la información (obligatoria): trimestral
Factor: 100	Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador: IPS
	Vigilancia y control: IPS
Fórmula de cálculo:	
$\frac{\text{Total de proveedores de servicios de salud satisfechos con la I.P.S.}}{\text{Total de proveedores de servicios de salud encuestados}} \times 100$	
Interpretación	
4 (Optimo): 90% y más.	
3(bueno): de 70% a 89%	
2(regular) : 40% a 69%	
1 (malo): menos de 40%	

## 7. MANUALES DE FUNCIONES Y PROCEDIMIENTOS

Oferta- Estructura funcional- Manuales de funciones y procedimientos.

DATOS DEL INDICADOR	
CODIGO DEL INDICADOR	
NOMBRE DEL INDICADOR: Manuales de Funciones y Procedimientos del talento humano.	
FECHA DE ACTUALIZACION	
APROBADO POR:	
OBJETIVO: Agilizar el proceso de legalización e implementación de los manuales de funciones y procedimientos del talento humano.	
DOMINIO: Oferta estructura funcional.	
DEFINICIÓN OPERACIONAL	VARIABLES
Numerador:	Origen de la información:
Análisis del manual de funciones del personal vinculado a actividades asistenciales y administrativas. Análisis de manual de procedimientos.	- Numerador: institución prestadora - Denominador: institución prestadora
Denominador:	Fuente primaria:
Unidad de medición: observacional	- Numerador: administración –oficina de recursos humanos. - Denominador: administración –oficina de recursos humanos.
Estándar : 4	Periodicidad recomendada (obligatoria) de generación de la información: trimestral
Factor: cualitativo	Periodicidad de remisión de la información (obligatoria): trimestral
	Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador: IPS
	Vigilancia y control: I.P.S. y EPS.
Fórmula de cálculo: Listas de verificación o chequeo	
Interpretación	
4 (Optimo) : Si existe manual de funciones y procedimientos de toda el personal	
3(Buena): Si existen manual de funciones y procedimientos de la mayoría del personal y los vacíos no afectan la calidad de los servicios.	
2(Regular): Solo algunos pocos funcionarios tienen definidas sus funciones y tienen el manual de procedimientos.	
1(Malo): No existen manuales de funciones y procedimientos.	

## 8. MANEJO DE RESIDUOS HOSPITALARIOS

Oferta- Recursos físicos

DATOS DEL INDICADOR	
CODIGO DEL INDICADOR	
NOMBRE DEL INDICADOR: Manejo de Residuos Hospitalarios	
FECHA DE ACTUALIZACION	
APROBADO POR:	
OBJETIVO: Dar un manejo adecuado a los residuos hospitalarios.	
DOMINIO: Oferta- Recursos físicos- Manejo Residuos Hospitalarios	
DEFINICION OPERACIONAL	VARIABLES
Numerador:	Origen de la información:
Análisis del adecuado depósito inicial y almacenamiento central, de los residuos hospitalarios generados en la institución (Decreto 2676/00 y Resolución 1164/02)	- Numerador: institución prestadora - Denominador: institución prestadora
Denominador:	Fuente primaria:
Unidad de medición:	- Numerador: Oficina de Salud Ocupacional- Comité de Residuos Hospitalarios de la Institución prestadora.  - Denominador: Oficina de Salud Ocupacional- Comité de Residuos Hospitalarios de la institución prestadora.
observacional	Periodicidad recomendada (obligatoria) de generación de la información: trimestral.
Estándar : 4	Periodicidad de remisión de la información (obligatoria): trimestral
Factor: cualitativo	Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador: IPS
Vigilancia y control: E.P.S – Ente territorial-CRC	
Fórmula de cálculo: Lista de verificación o chequeo	
Interpretación	
4 (Optimo) :	Si existe un adecuado depósito inicial y almacenamiento central de los residuos hospitalarios
3(Bueno):	Si existe algunas fallas en el depósito inicial, pero un adecuado almacenamiento central de los residuos hospitalarios
2(Regular):	Si existe un adecuado depósito inicial, pero un inadecuado almacenamiento central de los residuos hospitalarios.
1(Malo):	Si no hay un adecuado depósito, ni almacenamiento central de los residuos hospitalarios



**INDICADOR Y ESTÁNDAR RELACIONADO CON LA SATISFACCION DEL USUARIO O CLIENTE EXTERNO (NO PRIORITARIO, PERO DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO)**

<b>DATOS DEL INDICADOR</b>	
CODIGO DEL INDICADOR	
NOMBRE DEL INDICADOR: Tasa de satisfacción global de los usuarios del programa de crecimiento y desarrollo	
FECHA DE ACTUALIZACION	
APROBADO POR:	
OBJETIVO: medir el porcentaje de usuarios que se sienten satisfechos con los servicios recibidos en la IPS en el programa de crecimiento y desarrollo.	
DOMINIO: satisfacción /lealtad	
<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>  Numerador:  Numero total de usuarios que se consideran satisfechos con los servicios recibidos de la IPS en el programa de crecimiento y desarrollo.  Denominador:  Numero total de usuarios encuestados por la IPS en el programa de crecimiento y desarrollo.  Unidad de medición: relación porcentual  Estándar : mayor o igual a 70%  Factor: 100	<b>VARIABLES</b>  Origen de la información: - Numerador: institución prestadora - Denominador: institución prestadora  Fuente primaria: - Numerador: encuesta de satisfacción - Denominador: encuesta de satisfacción  Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información: continua  Periodicidad de remisión de la información (obligatoria): trimestral  Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador: IPS  Vigilancia y control: Ente territorial y Superintendencia Nacional de Salud
Fórmula de cálculo:	
$\frac{\text{total de usuarios satisfechos con los servicios recibidos en la IPS} \times 100}{\text{Total de usuarios encuestados}}$	
<b>Interpretación</b> 4 (Optimo): 90% y más. 3(bueno): de 70% a 89% 2(regular) : 40% a 69% 1 (malo): menos de 40%	

**14.4.4. Medición inicial del desempeño.** Para realizar esta medición deberán utilizarse los mismos criterios diseñados para establecer la calidad esperada desarrollando los procedimientos de auditoria operativa más adecuados para este fin, como son:

- ✓ Obtener y revisar la información necesaria.
- ✓ Formarse un juicio profesional y
- ✓ Emitir un concepto objetivo sobre lo auditado.

Al final se contará con la detección de fallas de calidad.

A continuación se presenta un formato que puede ser utilizado por la institución para la medición inicial de desempeño<sup>145</sup>.

---

<sup>145</sup> COLOMBIA. Congreso de la República. Decreto 1011 del 3 de abril de 2006.

**Cuadro 27. Medición inicial del desempeño de los procesos prioritarios**

SUJETO DE AUDITORIA	TIPO DE AUDITORIA	OCTUBRE (med. Inicial del desempeño)	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP
Oportunidad en asignación de citas y tiempos de espera	AUTOCONTROL		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	INTERNA	■				■				■				■
Inducción al personal que ingrese a la institución o cambie de actividad sobre funciones y procedimientos.	AUTOCONTROL		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	INTERNA	■				■				■				■
Oferta del personal profesional de enfermería.	AUTOCONTROL		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	INTERNA	■				■				■				■
Estrategias que permitan mejorar las coberturas y cumplimiento de metas.	AUTOCONTROL		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	INTERNA	■				■				■				■

SUJETO DE AUDITORIA	TIPO DE AUDITORIA	OCTUBRE (med. Inicial del desempeño	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP
Recurso físico y dotación de equipos y elementos básicos para el Programa.	AUTOCONTROL		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	INTERNA	■				■				■				■
Clima laboral.	AUTOCONTROL	■				■				■				■



**14.4.5 Formulación del Plan de Mejoramiento.** La formulación del plan de mejoramiento deberá responder a la detección de las causas fundamentales que afectan el logro de los resultados esperados para lo cual se deberá aplicar las herramientas que permitan neutralizar bloquear lo que no permite lograr los resultados deseados. Por lo tanto se deberá solucionar en forma definitiva mediante métodos como el de análisis y solución de problemas, six sigma o análisis de la causa raíz (análisis de ruta causal), entre otros<sup>146</sup>.

---

<sup>146</sup> Ibid. Decreto 10 11 de2006.

## 14.5 PLAN DE ACCIÓN O MEJORAMIENTO

NOMBRE DEL PROCESO: Asignación de citas y tiempos de espera.					
META A LOGRAR: Cumplimiento de los estándares. Asignación de citas: Menor o igual a 48 horas. Tiempos de espera: Menor de 60 minutos en todo el servicio.					
INDICADOR DE SEGUIMIENTO: Asignación de citas: Total de los días calendario transcurridos entre la fecha de solicitud de la cita y fecha de asignación de la cita sobre el total de consultas médicas y/ o de enfermería asignadas. Tiempos de espera: Tiempo transcurrido entre el momento de solicitud de la atención y el momento en el cual es atendido el usuario.					
QUE (Actividades a realizar para bloquear la causa)	QUIEN (Responsable de ejecutarla)	CUÁNDO (Fecha de terminación de la actividad)	DÓNDE (Lugar donde se realiza la actividad)	POR QUÉ (Propósito de la actividad)	CÓMO (Pautas para la realización de la actividad)
Diseñar una estrategia que permita el cumplimiento del estándar en asignación de citas.	Coordinador Técnico-científico	Octubre a diciembre	Centro Salud 31 de Marzo	Mejorar la oportunidad en la asignación de citas y en la atención	Aumentar el recurso humano (profesionales en enfermería). Monitoreo continuo de la asignación de citas. Implementar los flujogramas de atención
Diseñar una estrategia que permita el cumplimiento del estándar en tiempos de espera.	Coordinador Técnico-científico	Octubre a diciembre	Centro Salud 31 de Marzo	Mejorar la oportunidad en los tiempos de espera.	Implementar programas de capacitación al talento humano. Aumentar el talento humano (profesionales en enfermería). Mejorando los tiempos de espera en todos los procesos.

<b>NOMBRE DEL PROCESO:</b> Inducción al talento humano					
<b>META A LOGRAR:</b> Dar inducción al 100% del talento humano que ingrese a la institución.					
<b>INDICADOR DE SEGUIMIENTO:</b> Total de funcionarios que reciben inducción al ingreso a la institución durante el periodo a evaluar sobre el total de funcionarios que ingresan a la institución durante el periodo a evaluar por cien.					
<b>QUE</b> (Actividades a realizar para bloquear la causa)	<b>QUIEN</b> (Responsable de ejecutarla)	<b>CUÁNDO</b> (Fecha de terminación de la actividad)	<b>DÓNDE</b> Lugar donde se realiza la actividad)	<b>POR QUÉ</b> (Propósito de la actividad)	<b>CÓMO</b> (Pautas para la realización de la actividad)
Inducción al talento humano que ingresa a la institución o cambia de actividad.	Jefe o coordinador de área	Cada vez que ingrese un funcionario nuevo o cambie de actividad.	Centro de Salud 31 de Marzo	Mejorar la calidad del desempeño de sus funciones.	Implementando el programa de inducción en las distintas áreas.

<b>NOMBRE DEL PROCESO:</b> Oferta- Personal profesional de enfermería.					
<b>META A LOGRAR:</b> Mejorar la oferta del personal de enfermería en un 100%.					
<b>INDICADOR DE SEGUIMIENTO:</b> oferta personal de enfermería					
<b>QUE</b> (Actividades a realizar para bloquear la causa)	<b>QUIEN</b> (Responsable de ejecutarla)	<b>CUÁNDO</b> (Fecha de terminación de la actividad)	<b>DÓNDE</b> Lugar donde se realiza la actividad)	<b>POR QUÉ</b> (Propósito de la actividad)	<b>CÓMO</b> (Pautas para la realización de la actividad)
Contratación de personal	Gerencia y oficina de personal	continuo	Centro de Salud 31 de Marzo	Mejorar la oportunidad en la atención.	Asignando los recursos necesarios.

NOMBRE DEL PROCESO: mejoramiento de coberturas del programa de crecimiento y desarrollo					
META A LOGRAR: cumplir con la metas propuestas en las matrices de programación					
INDICADOR DE SEGUIMIENTO: coberturas del programa de crecimiento y desarrollo					
QUE (Actividades a realizar para bloquear la causa)	QUIEN (Responsable de ejecutarla)	CUÁNDO (Fecha de terminación de la actividad)	DÓNDE (Lugar donde se realiza la actividad)	POR QUÉ (Propósito de la actividad)	CÓMO (Pautas para la realización de la actividad)
Cumplir con las metas de las matrices de programación	Coordinación y Promoción y Prevención personal asistencial	Al termino del contrato	Centro de salud 31 de Marzo	Cumplir con el estándar del Resolución 3384/00	Asignando los recursos necesarios para contratar personal de enfermería. Realizar demanda inducida institucional y extramural Realizar jornadas de atención específicas para el programa.

NOMBRE DEL PROCESO: Recurso físico _ dotación básica y material didáctico					
META A LOGRAR: adecuar y dotar el recurso físico (consultorios ) acorde a la demanda y a lo establecido en la Resolución 1043 de 2006 y el Manual de Salud Integral para la Infancia _ SIPI.					
INDICADOR DE SEGUIMIENTO: dotación del recurso físico					
QUE (Actividades a realizar para bloquear la causa)	QUIEN (Responsable de ejecutarla)	CUÁNDO (Fecha de terminación de la actividad)	DÓNDE Lugar donde se realiza la actividad)	POR QUÉ (Propósito de la actividad)	CÓMO (Pautas para la realización de la actividad)
Elaborar el proyecto de ampliación y dotación de la planta física del Centro de Salud 31 de Marzo	Gerencia	Octubre a abril	Centro de Salud 31 de Marzo	Mejorar la oportunidad en la atención.	Aprobación del proyecto  Asignando los recursos necesarios.

NOMBRE DEL PROCESO: mejoramiento del clima laboral de la organización					
META A LOGRAR: satisfacción de los proveedores de servicios de salud					
INDICADOR DE SEGUIMIENTO: Tasa de satisfacción global de los proveedores de servicios de salud del programa de crecimiento y desarrollo					
QUE (Actividades a realizar para bloquear la causa)	QUIEN (Responsable de ejecutarla)	CUÁNDO (Fecha de terminación de la actividad)	DÓNDE Lugar donde se realiza la actividad)	POR QUÉ (Propósito de la actividad)	CÓMO (Pautas para la realización de la actividad)
Implementar el programa de estímulos para el talento humano	Gerencia, oficina de recursos humanos, bienestar social y salud ocupacional.	Octubre a diciembre	Centro de Salud 31 de Marzo	Mejorar las condiciones laborales de los proveedores de servicios de salud.	Aprobación del programa  Asignación de los recursos necesarios.
Capitación al talento humano	Oficina de recursos humanos, bienestar social y salud ocupacional.	continuo	Centro de Salud 31 de Marzo	Mejorar el clima laboral de los proveedores de servicios de salud	Asignación de los recursos necesarios. Establecer el cronograma de capacitaciones

NOMBRE DEL PROCESO: Manuales de funciones y procedimientos					
META A LOGRAR: Legalización e implementación de los manuales de funciones y procedimientos					
INDICADOR DE SEGUIMIENTO: Manuales de funciones y procedimientos					
QUE (Actividades a realizar para bloquear la causa)	QUIEN (Responsable de ejecutarla)	CUÁNDO (Fecha de terminación de la actividad)	DÓNDE (Lugar donde se realiza la actividad)	POR QUÉ (Propósito de la actividad)	CÓMO (Pautas para la realización de la actividad)
Definir las funciones y procedimientos de todo el talento humano.	Gerencia, oficina de recursos humanos, comité técnico _científico y coordinador de cada área.	Octubre a diciembre	Centro de Salud 31 de Marzo	Mejorar la estructura orgánica y funcional.	Asignación de los recursos necesarios. Legalizar y socializar los manuales de funciones y procedimientos. Implementación los manuales de funciones y procedimientos.

NOMBRE DEL PROCESO: Manejo de residuos hospitalarios					
META A LOGRAR: disminuir el riesgo de contaminación y de accidentes laborales.					
INDICADOR DE SEGUIMIENTO: Manejo de residuos hospitalarios					
QUE (Actividades a realizar para bloquear la causa)	QUIEN (Responsable de ejecutarla)	CUÁNDO (Fecha de terminación de la actividad)	DÓNDE Lugar donde se realiza la actividad)	POR QUÉ (Propósito de la actividad)	CÓMO (Pautas para la realización de la actividad)
Mejorar el manejo de los residuos hospitalarios generados por la institución.	Comité de manejo de residuos hospitalarios y comité de Salud Ocupacional	24 de marzo de 2007.	Centro de Salud 31 de Marzo	Evitar la contaminación ambiental y accidentes laborales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- asignar recursos</li> <li>- capacitación al talento humano sobre manejo adecuado de los residuos hospitalarios.</li> <li>-adquirir y disponer los elementos necesarios para el manejo y almacenamiento central de los residuos hospitalarios.</li> </ul>



## 14.6 EJECUCION DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

Una vez elaborado el plan de acción se deberá iniciar la ejecución de las actividades contenidas en él, es en este punto donde se requiere el apoyo de los niveles directivos de la organización para que en forma explícita y deliberada se generen espacios para hacer seguimiento al cumplimiento de los planes de acción de los resultados obtenidos en el mejoramiento a través de los indicadores definidos con este fin.

El mejoramiento de la calidad se cierra cuando la auditoría le hace seguimiento a la implementación de las mejoras, para verificar cuál fue el impacto en la mejora de la calidad de vida de los usuarios y pueda medir que tanto recuperó con la inversión en calidad, y los procesos mejorados se incorporen en la nueva etapa de planeación de la calidad.

A continuación se propone un formato que podrá ser utilizado por la institución para hacer seguimiento a los planes de mejora propuestos<sup>147</sup>.

---

<sup>147</sup> Ibid. Decreto 1011 del 3 de abril de 2006.

<b>NOMBRE DEL PROCESO</b>			
<b>META A LOGRAR</b>			
<b>INDICADOR DE SEGUIMIENTO</b>			
<b>ACTIVIDADES PLANEADAS PARA EL PERIODO</b>	<b>ACTIVIDADES EJECUTADAS</b>	<b>PROBLEMAS QUE SE PRESENTARON</b>	<b>CAMBIOS EN LAS METAS</b>

**Cuadro 28. Seguimiento de indicadores Centro de Salud 31 de Marzo**

<b>PERIODO DE SEGUIMIENTO:</b>		
<b>INDICADORES</b>	<b>CUMPLIMIENTO</b>	
	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Oportunidad en la asignación de citas en la consulta de primera vez por medico general en el Programa de Crecimiento y Desarrollo.		
Tiempo promedio de la atención en la consulta de primera vez por medico general en el Programa de Crecimiento y Desarrollo.		
Oportunidad en la asignación de citas en la consulta de seguimiento por enfermería en el Programa de Crecimiento y Desarrollo.		
Tiempo promedio de la atención en la consulta de seguimiento por enfermería en el Programa de Crecimiento y Desarrollo.		
Inducción al talento humano.		
Oferta- personal profesional de enfermería.		
Cobertura del Programa de Crecimiento y Desarrollo.		
Recurso físico (consultorios)		
Dotación del Recurso Físico		
Tasa de satisfacción global de los proveedores de servicios de salud del Programa de Crecimiento y Desarrollo.		
Manuales de funciones y procedimientos del talento humano.		
Manejo de residuos hospitalarios.		
Proporción de vigilancia de eventos adversos.		
Tasa de satisfacción global de los usuarios del Programa de Crecimiento y Desarrollo.		
<b>% DE CUMPLIMIENTO</b>		

## **14.7. EVALUACION DEL MEJORAMIENTO**

Para conocer si el plan de mejora es efectivo se requiere monitorear por lo menos seis meses los resultados de los indicadores planteados. Al realizar este análisis se pueden dar dos situaciones: que no se obtenga mejora o no se disminuya la brecha inicial entre calidad observada y calidad esperada, lo cual significaría que probablemente no se detectó en forma correcta el problema, que las causas identificadas no eran las causas principales ó que se tuvo falla en las herramientas para analizar el problema.

La segunda opción es que la brecha disminuya, lo cual determina que la organización realice las acciones necesarias para promover el aprendizaje organizacional e inicie un nuevo ciclo de mejoramiento<sup>78</sup>.

## **14.8 APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL**

Hace relación a la toma de decisiones definitivas, elaborar estándares con los cuales se pueda hacer un control periódico y un seguimiento permanente, para prevenir que se produzca nuevamente una brecha entre calidad esperada y la observada<sup>79</sup>.

---

<sup>78</sup> Ibid.

<sup>79</sup> Ibid.

## 14.9 ESTANDARIZACION DE PROCESOS

Una vez se han logrado los resultados esperados la institución podrá utilizar la metodología de deseo para estandarizar los procesos prioritarios, la cual deberá ser única para toda la institución y conocida por todos<sup>80</sup>.

## 14.10 COMITES OBLIGATORIOS

Una tarea prioritaria que deberá emprender el responsable de la auditoría en salud en la institución, es trabajar con los comités existentes e iniciar los comités faltantes que se requieran para obtener impacto en la gestión de calidad.

Los comités reglamentados y que se consideran de obligatoria existencia y funcionamiento aplicables en la institución son:

- ✓ Comité de farmacia y terapéutica.
- ✓ Comité de vigilancia epidemiológica.
- ✓ Comité de Historia Clínica
- ✓ Comité de Infecciones, profilaxis y política antibiótica
- ✓ Comité de ética hospitalaria
- ✓ Comité técnico científico<sup>81</sup>

---

<sup>80</sup> Ibid.

<sup>81</sup> Ibid.

## **15. CONCLUSIONES**

### **15.1 CONTEXTO**

El contexto es inadecuado por las siguientes razones:

- ✓ El Centro de salud no cuenta con buenas relaciones interinstitucionales y con la comunidad.
- ✓ El proceso de liquidación de la Dirección Departamental de Salud del Cauca ha afectado el desarrollo normal del Programa.
- ✓ Las disposiciones de las leyes y normas favorecen la prestación de servicios de buena calidad con escasas excepciones.
- ✓ La relación con los proveedores son buenas y favorecen la prestación de servicios de buena calidad con escasas excepciones.

### **15.2 DEMANDA**

El porcentaje de controles por enfermería que se realizó en el año 2006, fue el 7%, frente a la meta de cumplimiento que es el 90%.

La meta de cumplimiento de consulta de primera vez atendida por médico general es satisfactoria 122%, meta de cumplimiento 90%.

### 15.3 OFERTA

Estructura orgánica:

- ✓ La estructura orgánica no se ajusta a los procesos.
  
- ✓ Solo existen manuales de procedimientos en el área científica y en sistemas de información, pero no han sido actualizados ni socializados.
  
- ✓ Existe oficina de control interno pero no tiene operatividad.
  
- ✓ La estructura se ajusta a los estatutos, misión, visión, objetivos, estrategias, servicios y actividades.

Estructura funcional:

- ✓ Los manuales de funciones están en proceso de ajuste y legalización en todas las áreas.
  
- ✓ Solo existen manuales de procedimientos en el área científica.
  
- ✓ En las áreas científica y administrativa se hace inducción a algunos proveedores de servicios de salud.
  
- ✓ En el área científica a la mayoría del personal se le realiza evaluación del cumplimiento de las funciones y de los procedimientos.

Recursos humanos:

- ✓ El personal médico y Auxiliar de Enfermería se ajusta a la necesidad del programa.
- ✓ El personal de profesionales en enfermería es insuficiente.

Recursos físicos:

- ✓ El número de consultorios de medicina general es suficiente.
- ✓ Se necesitan tres consultorios más para control por enfermería.
- ✓ No se cuenta con la dotación básica necesaria de elementos para el Programa en los consultorios de médico y enfermería.
- ✓ Los consultorios no cumplen con las exigencias para la atención del programa.
- ✓ Los servicios sanitarios para el público funcionan en regulares condiciones.
- ✓ En los consultorios no se cuenta recipientes reutilizables, separados y rotulados, con bolsas plásticas, identificadas con código de colores para el depósito inicial de residuos hospitalarios en el lugar de generación.
- ✓ No se cuenta con un lugar adecuado para el almacenamiento central de residuos hospitalarios.

Sistemas de información:

- ✓ El personal se encuentra capacitado formalmente entre el 80 y 89%.
- ✓ Cuenta con tecnología apropiada y suficiente.



- ✓ En la recolección, el procesamiento y análisis de la información se cumple con los cronogramas y se considera de buena calidad.
- ✓ Esporádicamente se publican los resultados.
- ✓ La información no es recibida oportunamente por la Dirección y por tanto no sustenta la toma de decisiones.

Accesibilidad:

- ✓ La accesibilidad geográfica y organizacional es adecuada.

#### **15.4 PROCESOS**

- ✓ Existen los flujogramas de atención, pero no se han socializado, ni se aplican.
- ✓ Se aprecia desorientación en la forma como los usuarios deben transitar por el servicio de consulta externa.
- ✓ Los tiempos de espera son inadecuados.
- ✓ Existe un buen diligenciamiento de la historia clínica, pero la carpeta no contiene el logotipo de la institución y no están foliados los documentos.
- ✓ El cumplimiento de los protocolos de atención es adecuado.

#### **15.5 RESULTADOS**

- ✓ No hay oportunidad en la atención y los tiempos de espera en las diferentes actividades son inadecuados.
- ✓ La utilización del consultorio y la productividad de enfermería son inadecuadas porque la enfermera realiza actividades asistenciales atendiendo los diferentes programas de promoción y prevención, plan de atención básica y funciones administrativas.
- ✓ El programa de crecimiento y desarrollo genera beneficios para la institución porque los costos de la atención son inferiores a las tarifas establecidas para el programa.

## **15.6 IMPACTO**

Existe un buen nivel de satisfacción de los usuarios, con un 88% satisfechos con los servicios recibidos en el programa de crecimiento y desarrollo.

Los proveedores de los servicios de salud se sienten insatisfechos, solo el 65.1% están satisfechos, porque la remuneración no compensa la carga laboral, además la institución no ofrece otros estímulos, ni oportunidades de progreso en la misma.

## **15.7 CONCLUSIONES GENERALES**

- En el 83.3% de las áreas de evaluación se encontraron fallas que afectan la calidad de la atención para el programa de crecimiento y desarrollo y solo el área de los procesos en el diligenciamiento historias clínicas obtuvo calificación satisfactoria.
  
- El Centro de Salud 31 de marzo se encuentra en proceso de organización interna generado por la conformación de la ESE Popayán.
  
- El modelo de auditoría propuesto genera un autodiagnóstico inicial, muestra los requerimientos del programa, monitoreo y evaluación continua a los procesos y su aplicación permitiría la prestación de los servicios de salud con calidad.

## **16. RECOMENDACIONES**

### **16.1 CONTEXTO**

- ✓ Se deben buscar mecanismos administrativos que le brinden estabilidad a la ejecución del Programa de Crecimiento y Desarrollo.
- ✓ Mejorar las relaciones interinstitucionales.
- ✓ Conformar la Liga de usuarios.

### **16.2 DEMANDA**

Buscar estrategias que permitan mejorar las coberturas y el cumplimiento de las metas de los controles por enfermería.

### **16.3 OFERTA**

Estructura orgánica:

- ✓ Hay que ajustar la estructura orgánica a los procesos que se deben cumplir, para lo cual se deben realizar los manuales de procedimientos actualizados, socializarlos y verificar periódicamente su cumplimiento.

- ✓ Hacer operativo el mecanismo de control interno.

#### Estructura funcional:

- ✓ Agilizar el proceso de ajuste y legalización de los manuales de funciones y procedimientos, implementarlos y socializarlos y verificar periódicamente su cumplimiento.
- ✓ Dar inducción al personal que ingrese a la institución sobre sus funciones y procedimientos a ejecutar.

#### Recurso humano:

- ✓ Mejorar la oferta del personal de profesionales en enfermería.

#### Recurso físico:

- ✓ Aumentar el número de consultorios para la atención de enfermería.
- ✓ Dotar los consultorios de médico y enfermera con los elementos básicos necesarios para el programa y que cuenten con dos espacios para compartir saberes con niños y padres de conformidad con la norma.
- ✓ Mejorar las condiciones de los servicios sanitarios al público, haciendo mantenimiento periódico.
- ✓ Dotar los consultorios de recipientes reutilizables, separados y rotulados, con bolsas plásticas, identificadas con código de colores para el depósito inicial de residuos hospitalarios en el lugar de generación.

- ✓ Asignar y adecuar un lugar para el almacenamiento central de residuos hospitalarios.

Sistemas de información:

- ✓ Dar a conocer oportunamente los resultados de la información para que sirva de apoyo a la Dirección en la toma de decisiones.

#### **16.4 PROCESOS**

- ✓ Socializar y aplicar los flujogramas de atención.
- ✓ Crear la oficina de atención al usuario.
- ✓ El personal de atención al usuario debe encargarse de orientar adecuadamente a las personas que requieren el servicio.
- ✓ Mejorar los tiempos de espera en todo el servicio.
- ✓ Identificar las carpetas de las historias clínicas con el logo de la institución y foliar los documentos acorde a los requisitos de la norma.

#### **16.5 RESULTADOS**

Buscar estrategias para mejorar la oportunidad y tiempos de espera.

## **16.6. IMPACTO**

Establecer programas de bienestar social y estímulos para los trabajadores.

## BIBLIOGRAFÍA

ALCALDÍA DE POPAYÁN Comité Local para la Prevención y Atención de Desastres. Cartilla Plan para la Atención de Emergencias en el Municipio de Popayán. Popayán : 2.003.

\_\_\_\_\_. Oficina Asesora de Planeación, Coordinación Equipo de Gobierno, Acueducto y Alcantarillado, Emtel y Fundación Emtel. Cartilla Presupuesto Participativo Vigencia 2.006. Popayán: 2.006.

ALVAREZ HEREDIA, Francisco. Calidad y Auditoria en Salud. Bogotá : Ecoe Ediciones, 2003.

COLOMBIA. Congreso de la República. Decreto 1011 del 3 de abril de 2.006.

\_\_\_\_\_. Ley 10 del 10 de enero de 1.990.

\_\_\_\_\_. Ley 23 del 18 de febrero de 1.981.

\_\_\_\_\_. Ley 715 del 21 de diciembre de 2.001.

\_\_\_\_\_. Ley N° 09 del 24 de enero de 1.979. Código Sanitario Nacional. Imprenta Nacional. Bogota. 1.979.



\_\_\_\_\_. Ministerio de Salud. Reforma al Sistema de seguridad social integral. Ley 100 de 1.993.

COLOMBIA. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 117 del 29 de Diciembre de 1.998.

COLOMBIA. Decreto 1757 de 1.994

COLOMBIA. Decreto 2174 del 28 de noviembre de 1.996. Ministerio de Salud SOGC del SGSSS.

\_\_\_\_\_. Decreto 2309 del 15 de octubre de 2.002.

\_\_\_\_\_. Decreto 605 del 21 de marzo de 1963. Reglamenta la ley 14 de 1.962

\_\_\_\_\_. Ley 14 del 28 de abril de 1.962 reglamenta el ejercicio de la medicina.

\_\_\_\_\_. Ministerio de la Protección Social. Resolución 1043 del 3 de abril de 2.006.

\_\_\_\_\_. Resolución 1445 del 8 de mayo de 2.006.

\_\_\_\_\_. Resolución N° 3384 del 19 de Diciembre de 2.000.

\_\_\_\_\_. Resolución N° 412 del 25 de febrero de 2.000.

\_\_\_\_\_. Resolución N° 5261 del 5 de agosto de 1.994.

\_\_\_\_\_. Resolución 1439 del 1º de noviembre de 2.002.

CORPORACIÓN REGIONAL DEL CAUCA. Popayán Tres Años Después.  
Popayán: Universidad del Cauca Fondo Acumulativo, 1986.

GRUPO INTERINSTITUCIONAL PARA LOS PROGRAMAS DE SALUD DEL NIÑO EN ANTIOQUIA. Salud Integral para la infancia SIPI Tomo I y II . Medellín: 1996.

**MALAGÓN-LONDOÑO. GALÁN MORERA. PONTÓN LAVERDE.**  
**Administración Hospitalaria. Bogotá: Médica Panamericana.**

\_\_\_\_\_. Auditoría en Salud. 2ª ed. Bogotá : Médica Panamericana, 2003.

MALAGÓN-LONDOÑO. GALÁN MORERA. PONTÓN LAVERDE. Garantía de Calidad en Salud. 2ª ed. Bogotá : Médica Panamericana, 2.006.

PEÑARANDA, Fernando. Et.al. El Programa de Crecimiento y Desarrollo: otro factor de inequidad en el sistema de salud. En : Revista Facultad Nacional Salud Pública (2002); 20(1): p. 89-99

UNIDAD POPAYÁN. Archivo Oficina de Administración.

\_\_\_\_\_. Oficina de Información.

## ANEXO 1. REGISTRO FOTOGRÁFICO

### CENTRO SALUD 31 DE MARZO



## FACTURACION



## ARCHIVO DE HISTORIAS CLINICAS



## CONSULTORIO PROGRAMA CRECIMIENTO Y DESARROLLO











**ANEXO 2. MATRICES DE PROGRAMACION UNIDAD POPAYAN PERIODO ABRIL A SEPTIEMBRE 2006**  
**PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO**

EMPRESA	N° CONT.	ACTIVIDAD	METAS PROGRAMA DA ANUAL	META PROGRAMADA TRIMESTRE	META DE CUMPLIMIENTO S/R3384/2000 %	ACTIVIDADES PROGRAMADAS SEGÚN META DE CUMPLIMIENTO	TOTAL ACTIVIDADES EJECUTADAS	PORCENTAJE DE CUMPLIEMTO	INDICADOR DE CUMPLIENTO S/R3384/2000
ASMET	3290-02	C 1° vez por Médico	817	204	90%	736	117	16%	MUY DEFICIENTE
	3286-04	C Control por Enfermero	2.899	725	90%	2.610	402	15%	MUY DEFICIENTE
	3286-04								
	3201-01								
	3207-01								
	3487-04								
3295									
CONDOR	3284-6	C 1° vez por Médico	336	85	90%	303	86	28%	MUY DEFICIENTE
	3299	C Control por Enfermero	1.315	329	90%	1.184	278	23%	MUY DEFICIENTE
EMSSANAR	C-132-088	C 1° vez por Médico	920	230	90%	828	171	21%	MUY DEFICIENTE
		C Control por Enfermero	3.250	813	90%	2.925	649	22%	MUY DEFICIENTE
HUMANA VIVIR	3282-4	C 1° vez por Médico	235	59	90%	212	56	26%	MUY DEFICIENTE
		C Control por Enfermero	832	208	90%	749	187	25%	MUY DEFICIENTE
CAPRECOM	3297-01	C 1° vez por Médico	466	117	90%	420	71	17%	MUY DEFICIENTE
	3280	C Control por Enfermero	1.666	380	90%	1.500	265	18%	MUY DEFICIENTE
	3292-02								
	3205-01								
3202-01									
SALUD VIDA	3200	C 1° vez por Médico	438	321	90%	394	91	23%	MUY DEFICIENTE
	3294	C Control por Enfermero	1.670	418	90%	1.503	223	15%	MUY DEFICIENTE
	3285								

FUENTE: Sección de información Unidad Popayán Nivel I - 2006

### ANEXO 3. RESOLUCION No. 3384 DE 2000

Por la cual se Modifican Parcialmente las Resoluciones 412 y 1745 de 2000 y se Deroga la Resolución 1078 de 2000.

#### FICHA TÉCNICA

IC-O6-O1

**NOMBRE** Cumplimiento en la consulta de primera vez por medicina general para crecimiento y desarrollo  
**UTILIDAD** Permite evaluar la gestión de la aseguradora para captar niños para el proceso de seguimiento de su crecimiento y desarrollo.

#### DEFINICIÓN OPERACIONAL

Número anualizado de consultas primera vez por medicina general para detección de alteraciones del crecimiento y desarrollo del menor de 10 años realizadas por (NOMBRE DE LA ASEGURADORA) durante (PERIODO)

Número de consultas de primera vez por medicina general para detección de alteraciones del crecimiento y desarrollo del menor de 10 años programadas para (NOMBRE DE LA ASEGURADORA) en (AÑO)

**CONSTANTE DE PONDERACIÓN** 100

#### FUENTE DE INFORMACIÓN

**NUMERADOR** Registro Individual de Atención – Datos consulta  
Finalidad de la consulta: crecimiento y desarrollo del niño  
Código del procedimiento: 89.0.2.01

**DENOMINADOR** Matrices de programación

#### PARÁMETROS DE COMPARACIÓN

	<b>RÉGIMEN CONTRIBUTIVO</b>	<b>RÉGIMEN SUBSIDIADO</b>
<b>ÓPTIMO</b>	<b>META</b> 80%	90%
<b>ACEPTABLE</b>	Más de 85%	Más de 95%
<b>DEFICIENTE</b>	75% - 85%	85% - 95%
<b>MUY DEFICIENTE</b>	40% - 74%	45% - 84%
	Menos de 40%	Menos de 45%

**PERIODICIDAD** Trimestral

**RESPONSABLE** Unidad de Gestión Territorial – Ministerio de Salud

Responsable de promoción y prevención – Direcciones Departamentales de Salud

Responsable de promoción y prevención – Aseguradoras del régimen contributivo o subsidiado.

**FECHA DE REVISIÓN** 30-11-00

## ANEXO 4. RESOLUCION NUMERO 3384 DE 2000

Por la cual se Modifican Parcialmente las Resoluciones 412 y 1745 de 2000 y se Deroga la Resolución 1078 de 2000.

### FICHA TÉCNICA

IC-O6-O2

**NOMBRE** Cumplimiento en la consulta de control de crecimiento y desarrollo por enfermera

**UTILIDAD** Permite evaluar la gestión de la aseguradora para hacer seguimiento al proceso de crecimiento y desarrollo de los niños.

#### DEFINICIÓN OPERACIONAL

Número anualizado de consultas de control de crecimiento y desarrollo por enfermera realizadas por (NOMBRE DE LA ASEGURADORA) durante (PERIODO)

Número de consultas de control de crecimiento y desarrollo por enfermera programadas para (NOMBRE DE LA ASEGURADORA) para (AÑO)

**CONSTANTE DE PONDERACIÓN** 100

#### FUENTE DE INFORMACIÓN

**NUMERADOR** Registro Individual de Atención – Datos consulta  
Causa externa: Crecimiento y desarrollo del niño  
Código del procedimiento: 89.0.3.05

**DENOMINADOR** Matrices de programación

#### PARÁMETROS DE COMPARACIÓN

	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	RÉGIMEN SUBSIDIADO
<b>META</b>	50%	90%
<b>ÓPTIMO</b>	Más de 55%	Más de 95%
<b>ACEPTABLE</b>	45% - 55%	85% - 95%
<b>DEFICIENTE</b>	25% - 44%	45% - 84%
<b>MUY DEFICIENTE</b>	Menos de 25%	Menos de 45%

**PERIODICIDAD** Trimestral

**RESPONSABLE** Unidad de Gestión Territorial – Ministerio de Salud

Responsable de promoción y prevención – Direcciones Departamentales de Salud

Responsable de promoción y prevención – Aseguradoras del régimen contributivo o subsidiado.

**FECHA DE REVISIÓN** 30-11-00

## ANEXO 5.

Anexo Técnico N° 1 de la Resolución N° 1043 de 3 de abril de 2.006. "Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones".

Según la Resolución 1043/06, Estándares con que debe cumplir el Programa de Crecimiento y Desarrollo para su habilitación.

### MANUAL UNICO DE STANDARES DE VERIFICACION PARA EL PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

#### 1. Recursos Humanos

#### 1. RECURSO HUMANO

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

COD	SERVICIO	CREITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACION
1.1	TODOS LOS SERVICIOS	Los especialistas, profesionales, tecnólogos, técnicos y auxiliares, cuentan con el título o certificado expedido por una institución educativa debidamente reconocida por el Estado. En caso de estudios en el exterior, cuentan con la respectiva convalidación expedida por el Ministerio de Educación. Los auxiliares en las áreas de la salud deberán ajustarse a las denominaciones y perfiles ocupacionales y de formación establecidas en el Decreto 3616 de 2.005 o demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan.					<ul style="list-style-type: none"> <li>.Solicite la relación de todo el recurso humano asistencial que preste directamente los servicios a los usuarios en le Programa de Crecimiento y Desarrollo en la entidad independientemente del tipo de vinculación.</li> <li>. solicite las hojas de vida del personal relacionado en el listado.</li> <li>. Verifique que todo el personal de la relación cuente con hoja de vida.</li> <li>. Verifique que en las hojas de vida se cuente con los títulos de grado de especialista, profesional, técnico, tecnólogo o certificados de aptitud ocupacional de auxiliar, según el cargo para que fue vinculado.</li> </ul>
1.2	TODOS LOS SERVICIOS	El proceso de selección de personal incluye la verificación del título de grado de especialista, profesional, técnico, tecnólogo y los certificados de aptitud ocupacional de auxiliar previo a la vinculación.					<ul style="list-style-type: none"> <li>. Verifique que los profesionales, especialistas, técnicos, tecnólogos y auxiliares asistenciales cuentan con un título formal expedido por una institución educativa que se encuentre en los listados de las instituciones reconocidas por el Estado para la expedición del título que se verifica. Si el título es expedido por una institución educativa por fuera de Colombia, verifique que el título cuente con la respectiva convalidación por el Ministerio de Educción.</li> <li>. Si el número de personas de la relación del personal asistencial es mayor a 100 solicite al menos el 10% de las hojas de vida de cada uno de los siguientes tipos de profesional: Médicos (generales y especialistas). Enfermeras profesionales. Auxiliares de Enfermería y otros profesionales.</li> </ul>

**MANUAL UNICO DE STANDARES DE VERIFICACION  
PARA EL PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO**

**1. Recursos Humanos**

**1. RECURSO HUMANO**

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

COD	SERVICIO	CREITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACION
1.3	TODOS LOS SERVICIOS	Los profesionales de salud cumplen con los requisitos legales de formación y entrenamiento en las profesiones, especialidades, formalmente reconocidas por el Estado, en el ámbito de los servicios ofrecidos. La tabla detalle por servicio del estándar identifica los perfiles de recurso humano exigido para los servicios. Además del requisito mínimo exigido, se podrá contar con el recurso humano adicional que la institución considere según la naturaleza del o de los servicios..					Si en alguna de las hojas de vida revisadas se incumple con alguno de los requisitos para el ejercicio de la profesión y oficio, revise el total de las hojas de vida. Con el listado de servicios declarado por la entidad y la relación de personal entregada por la institución, verifique que la entidad cuenta con el recurso humano asistencial y el respectivo entrenamiento exigido para cada servicio definido en las tablas de detalle por servicio de este estándar. .Interrogue sobre las actividades docente asistenciales que se realizan en la entidad. -Profesiones y oficios que realizan prácticas de pregrado o postgrado con atención directa a los pacientes. -Areas de la institución en donde se realizan éstas prácticas. -mecanismos de supervisión de profesionales legalmente autorizados para prestar los servicios. -Verifique en historias clínicas al azar, que las conductas que se adopten por personal en entrenamiento sean siempre supervisadas. Solicite el documento que establezca el procedimiento definido por el prestador para la selección de recurso humano asistencial y verifique que incluya la verificación de los títulos de grado de especialista, profesional, técnico, tecnólogo y los certificados de aptitud ocupacional de auxiliar previo a la vinculación. Solicite el documento que define el procedimiento de identificación del personal que ingresa a la institución y verifique que incluye la clasificación en personal autorizado para el ejercicio de la profesión y oficio, el personal en entrenamiento y los visitantes.
1.4	TODOS LOS SERVICIOS	Las hojas de vida del recurso humano contratado, deben estar centralizadas en la oficina personal de la IPS o en lugares especializados de archivo que garanticen su custodia. De igual manera, en cada sede se deben tener copias de las hojas de vida del personal que labora en ella o contar con un mecanismo que les permita garantizar el acceso a éstas.					

**MANUAL UNICO DE STANDARES DE VERIFICACION  
PARA EL PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO**

**1. Recursos Humanos**

<b>1. RECURSO HUMANO</b>						
<b>COD</b>	<b>SERVICIO</b>	<b>CREITERIO</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>NA</b>	<b>MODO DE VERIFICACION</b>
						<p>Verifique que los servicios de vigilancia cumplen con los procedimientos definidos de identificación.</p> <p>Durante la revisión de documentos y el recorrido, utilice el formulario de verificación y registre el resultado de la verificación para cada estándar criterio y detalle por servicio según lo descrito en las instrucciones generales. En caso de incumplimiento anote con precisión el nombre y la identificación de la persona que no cumple con el estándar y si su ausencia condiciona el funcionamiento de un área o servicio del prestador identificándola.</p> <p>Durante la visita a las áreas asistenciales verifique que el recurso humano que se encuentre presente, está incluido en el listado suministrado inicialmente de personal vinculado a la institución.</p>
1.5	CONSULTA MEDICA GENERAL	Médico General				.
1.6	CONSULTA DE ENFERMERIA	Enfermera Profesional				
1.7	PROMOCION Y PREVENION	<p>Si la institución ofrece la implementación del Programa de detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo deberá contar con: Médico, Enfermera, Auxiliar de Enfermería, odontólogo, Promotor de Salud. Donde exista disponibilidad: Psicólogo, Nutricionista, Trabajador Social, Médico Peditra.</p> <p>Para los programas Extramurales: Maestros, Vigías, Docentes de Universidades, Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), Instituto colombiano de Bienestar Familiar (I.C.B.F.), Desarrollo de la Comunidad, Comités de Participación Comunitaria (COPACO), Madres comunitarias, Vigías-gestores, Organismos No Gubernamentales (O.N.G.).</p>				

**MANUAL UNICO DE STANDARES DE VERIFICACION  
PARA EL PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO  
2.. Infraestructura –Instalaciones Físicas -Mantenimiento**

2. INSTALACIONES FISICAS						
Estándar: Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos.						
COD	SERVICIO	CREITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
						MODO DE VERIFICACION
2.1	TODOS LOS SERVICIOS	La institución garantiza los servicios de suministro de agua, energía eléctrica, sistemas de comunicaciones según disponibilidad tecnológica, como también de manejo y evacuación de residuos sólidos y de residuos líquidos. La infraestructura para el manejo y evacuación de residuos sólidos y residuos líquidos deberá garantizarse por edificación, independiente de que sea compartida por varios servicios o profesionales.				Visite el servicio donde se presta el Programa de crecimiento y Desarrollo y verifique sus condiciones. En caso de incumplimiento anote con precisión el incumplimiento, especificando el servicio, área, en donde se incumple el requisito. Observe si durante la visita están funcionando normalmente los servicios de energía, comunicaciones, acueducto y alcantarillado. Indague si la institución cuenta con una fuente de energía de emergencia y de que tipo. Entreviste al responsable de su operación e indague por la capacidad de respuesta del sistema alternativo de energía.
2.2	TODOS LOS SERVICIOS	Las instalaciones interiores para suministro de agua están diseñadas y construidas de tal manera que haya normal funcionamiento.				Indague si se presentan fallas frecuentes en el suministro de estos servicios y su impacto sobre la prestación de los servicios.
2.3	TODOS LOS SERVICIOS	La institución no debe estar localizada en lugares con un riesgo continuo e inminente de desastres naturales, o con áreas adyacentes con riesgos de salubridad graves e incorregibles que impiden mantener las condiciones internas de la institución y acordes con los manuales de bioseguridad y las definidas por el comité de infecciones. En el manual de Bioseguridad se debe especificar las normas para el manejo de desechos sólidos y líquidos. Sin ser obligatorio cumplimiento para efectos del proceso de habilitación, como parámetros de referencia podrá tenerse en cuenta lo previsto en el Decreto 2676 de 2.000 del Ministerio del Medio Ambiente y el Ministerio de Salud o las reglamentaciones que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.				Indague si se han presentado incidentes o complicaciones por fallas en la operación del sistema alternativo de energía. Verifique que la institución no esté construida en terrenos con riesgo inminente de inundación, deslizamiento, avalancha, erupción volcánica y otros similares, y que no se encuentra próxima a zonas de alto riesgo biológico, industrial o de otra índole, que generen riesgos incorregibles de contaminación para sus instalaciones. Durante el recorrido identifique si la construcción presenta desniveles o vacíos hacia espacios libres y si la institución cuenta con las barandas de protección necesarias para evitar accidentes.

**MANUAL UNICO DE STANDARES DE VERIFICACION  
PARA EL PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO  
2.. Infraestructura –Instalaciones Físicas -Mantenimiento**

**2. INSTALACIONES FISICAS**

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

COD	SERVICIO	CREITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACION
2.4	TODOS LOS SERVICIOS	La institución debe garantizar mecanismos de aseo, tales como pocetas y garantizar el uso de lavamanos diferentes a los de los pacientes para lavar instrumentos y utensilios. Las pocetas para el lavado de material, estarán fuera de las áreas de hospitalización.					Durante el recorrido por las instalaciones evalúe pisos, paredes, muros y cielos rasos en los servicios citados en los criterios, determine si el tipo de materiales o su estado de conservación impiden o dificultan los procesos de limpieza y asepsia en grado tal que puedan determinar un aumento de las infecciones nosocomiales e identifique los posibles riesgos.
2.5	TODOS LOS SERVICIOS	Existe un área específica que funciona como depósito para almacenamiento de residuos hospitalarios peligrosos biosanitarios, anatomopatológicos y cortopunzantes, cuenta con acceso restringido con la debida señalización, cubierto para protección de aguas lluvias, iluminación y ventilación adecuadas, paredes lisas de fácil limpieza y lavables, con ligera pendiente al interior. Adicionalmente cuenta con elementos que impidan el acceso de vectores y roedores.					
2.6	CONSULTA EXTERNA	Dispone de las siguientes áreas: Unidad sanitaria por sexo, que debe ser para el servicio de consulta externa en su totalidad y no por consultorio. Consultorio con espacio cerrado con dos ambientes, uno para la realización de la entrevista y otro para la realización del examen físico, de tal manera que se respete la privacidad del paciente. Debe contar con lavamanos. Tiene un área específica para los procedimientos que se deriven de la consulta.					



**MANUAL UNICO DE STANDARES DE VERIFICACION  
 PARA EL PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO  
 2.. Infraestructura –Instalaciones Físicas -Mantenimiento**

**2. INSTALACIONES FISICAS**

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

COD	SERVICIO	CREITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACION
2.7	PROGRAMA CRECIMIENTO DESARROLLO	Y El área para atender la atención grupal en el organismo de salud, debe estar ubicada en consulta externa, alejada de Hospitalización. Debe ser un ambiente tranquilo, ventilado, iluminado, cómodo y dotado de servicios sanitarios. Se debe disponer de dos espacios, uno para compartir saberes con los niños y otro con los padres.					

**MANUAL UNICO DE STANDARES DE VERIFICACION  
PARA EL PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO**

**3.. Dotación -Mantenimiento**

**3. DOTACION-MANTENIMIENTO**

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

COD	SERVICIO	CREITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACION
3.1	TODOS LOS SERVICIOS	Utilizar los equipos que cuenten con las condiciones técnicas de calidad y soporte técnico –científico.					Solicite el inventario de equipos de la institución, donde se incluyan todos los elementos con que cuente el prestador.
3.2	TODOS LOS SERVICIOS	Realizar el mantenimiento de los equipos biomédicos eléctricos o mecánicos, con sujeción a un programa de revisiones periódicas de carácter preventivo y calibración de equipos, cumpliendo con los requisitos e indicaciones dadas por los fabricantes y con los controles de calidad, de uso corriente en los equipos que aplique. Lo anterior estará consignado en la hoja de vida del equipo con el mantenimiento correctivo. Las hojas de vida deben estar centralizadas y deben tener copias en cada sede, de acuerdo con los equipos que tengan allí. El mantenimiento de los equipos biomédicos debe realizarse por profesional en áreas relacionadas o por técnicos con entrenamiento certificado específico o puede ser contratado a través de proveedor externo.					Con base en el listado de servicios declarados y el inventario de equipos, solicite las hojas de vida de los equipos que se encuentran definidos en los estándares para cada un o de los servicios. En las hojas de vida de los equipos verifique que contengan las recomendaciones del fabricante y/o las definidas por la misma institución sobre mantenimiento y condiciones ambientales. Verifique en las mismas hojas de vida que el equipo cuente con el programa de mantenimiento y control de calidad interno y externo y se le han realizado las actividades de mantenimiento preventivo y correctivo recomendadas, independientemente de si se realizan con recursos de la institución o el contratado. Con base en los servicios declarados y los planos de la institución, diseñe conjuntamente con la persona designada por el prestador, un recorrido identificando la secuencia de servicios a visitar. Verifique la existencia de los equipos y las condiciones de mantenimiento, control de calidad interno y externo y las condiciones medio ambientales recomendadas que no se pueden verificar.
3.3	CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA GENERAL, SERVICIOS DE FOMENTO Y PREVENCIÓN CON PROGRAMAS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO.	Dotación básica para consultorio médico y para algunas especialidades si aplica: Camilla, tensiómetro y fonendoscopio, equipo de órgano de los sentidos (para medicina general, pediatría, ORL, oftalmología), martillo de reflejos, metro y balanza de pie o pesa bebé según el caso.					Durante la revisión de documentos y el recorrido, utilice el formulario de verificación y registre el resultado de la verificación para cada estándar criterio y detalle por servicio según lo descrito en las instrucciones generales. En caso de incumplimiento anote con precisión el equipo que no cumple con el estándar, la referencia del equipo, y si su ausencia condiciona el funcionamiento de un área o servicio del prestador identificándola.

**MANUAL UNICO DE STANDARES DE VERIFICACION  
PARA EL PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO  
3.. Dotación -Mantenimiento**

3. DOTACION-MANTENIMIENTO							
Estándar: Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos.							
COD	SERVICIO	CREITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACION
3.3	CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA GENERAL, SERVICIOS DE FOMENTO Y PREVENION CON PROGRAMAS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO.	<p>Para consulta médica y controles de enfermería: camilla, equipo de órganos de los sentidos, fonendoscopio y tensiómetro, metro, termómetro,. Tabla de agudeza visual, balanza y tallímetro.</p> <p><u>Para Promoción y Prevención.</u></p> <p>Para inspección clínica: Estetoscopio, tensiómetro infantil, equipo de órganos, linterna, metro, termómetro, carta de agudeza visual (Carta de Snellen direccional de de figuras), un reloj que suene, una campanilla, un tambor.</p> <p><u>Para antropometría:</u> Tallímetro, infantómetro, pesa bebé (báscula de reloj), báscula de pie, cinta métrica.</p> <p><u>Para evaluación del desarrollo:</u> Colchonetas o estereras, Cajas multiusos (10) o maletín para guardar y transportar el material, lápices rojos y negros, pelota de caucho de tamaño mediano (aproximadamente 15 cms de diámetro), espejo mediano, caja que contenga 10 cubos de madera de aproximadamente 2.5 cms de lado preferiblemente 3 rojos, 3 azules y 4 amarillo, 6 cuentas de madera de aproximadamente 1.5 cms de diámetro con su correspondiente cordón para ensartarlas, tijera pequeña de punta roma (1), un juego taza y plato plásticos, 10 objetos para nombrar y reconocimiento a saber: moneda, botón grande, carro, vaca, muñeca, cuchara, llave, caballo, pato o gato, bola de ping-pong, cuento o revista que contenga dibujos y/o fotografías llamativas, preferiblemente paisajes con animales, objetos y personas de la vida cotidiana, libreta y hoja de papel en</p>					<p>En el recorrido por la institución seleccione al menos tres (3) equipos biomédicos, solicite los manuales correspondientes y verifique en la hoja de vida que se están siguiendo las recomendaciones de mantenimiento y calibración establecidas por el fabricante.</p> <p>Identifique posibles riesgos.</p>

**MANUAL UNICO DE STANDARES DE VERIFICACION  
PARA EL PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO**

**3.. Dotación -Mantenimiento**

**3. DOTACION-MANTENIMIENTO**

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

COD	SERVICIO	CREITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACION
3.3	<b>CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA GENERAL, SERVICIOS DE FOMENTO Y PREVENION CON PROGRAMAS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO.</b>	<p>Blanco para escribir su nombre, tubo de cartón o PVC de aproximadamente 25 cms de largo y de 5cms de diámetro, lazo o cuerda de aproximadamente dos metros de largo, campanita pequeña con asa, puede usarse también un sonajero o maraca pequeña, bolsa de tela que contenga un conjunto de figuras geométricas de madera o plástico a saber: cuadrados, triángulos y círculos. En dos tamaños (grandes 8 cms de lado y queñeo 5 cms de lado) y tres colores: rojo, amarillo y azul.</p> <p><u>Para niños entre siete y diez años:</u> Cuadrado y triángulo en espuma, diccionario, tabla, 2 ladrillos, escalera, colores, sacapuntas, objetos para lanzar, mapas, aguja e hilo, papel telegrama y carta y fichas bibliográficas. Mesa y sillas pequeñas.</p> <p><u>Otros:</u> Sillas, archivador, tarjetero, camilla, bajalenguas, martillo de reflejos, escalerilla y papelería.</p>					.

**MANUAL UNICO DE STANDARES DE VERIFICACION  
PARA EL PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO  
6. Historia Clínica y Registros Asistenciales**

**6. HISTORIA CLINICA Y REGISTROS ASISTENCIALES**

**Estándar: Tiene diseñados procesos que garanticen que cada paciente cuenta con historia clínica y que su manejo es técnicamente adecuado. Se cuenta con los registros de procesos clínicos, diferentes a la historia clínica, que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios (Resolución 1995 de 1.999 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan).**

COD	SERVICIO	CREITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACION
6.1	TODOS LOS SERVICIOS	Todos los pacientes atendidos tienen historia clínica. Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica.					<p>Con base en los servicios declarados, solicite los registros que apliquen de acuerdo con los servicios que tienen definidos registros en el detalle por servicios de ésta estándar. Verifique su existencia y que sean diligenciados y conservados sistemáticamente, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva.</p> <p>Durante la revisión de documentos y el recorrido, utilice el formulario de verificación y registre el resultado de la verificación para cada estándar criterio y detalle por servicio según lo descrito en las instrucciones generales. En caso de incumplimiento anote con precisión el registro ausente o que no haya sido diligenciado sistemáticamente para cada evento que aplique y si sus ausencia condiciona el funcionamiento de un área o servicio del prestador identificándola.</p> <p>Constata que se disponen de procedimientos para la apertura y el archivo de las historias clínicas.</p> <p>Revise los registros de actividades y escoja al azar por lo menos 10 pacientes atendidos y corrobore que estos cuentan con historia clínica en la institución.</p> <p>Identifique posibles riesgos.</p>
6.2	TODOS LOS SERVICIOS	Se tienen definidos procedimientos para utilizar una historia única institucional y para el registro de entrada y salida de historias del archivo, ello implica que la institución cuente con un mecanismo para unificar la información de cada paciente y su disponibilidad para el equipo de salud; no necesariamente implica tener historias únicas en físico, pueden tenerse separadas por servicios o cronológicamente, siempre y cuando la institución cuente con la posibilidad de unificarlas cuando ello sea necesario.					
6.3	TODOS LOS SERVICIOS	El estándar de historias clínicas no es restrictivo en cuanto al uso de medio magnético para su archivo, y si es expreso en que debe garantizarse la confidencialidad y el carácter permanente de registrar en ella y en otros registros asistenciales.					

**MANUAL UNICO DE STANDARES DE VERIFICACION  
PARA EL PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO  
6. Historia Clínica y Registros Asistenciales**

**6. HISTORIA CLINICA Y REGISTROS ASISTENCIALES**

**Estándar: Tiene diseñados procesos que garanticen que cada paciente cuenta con historia clínica y que su manejo es técnicamente adecuado. Se cuenta con los registros de procesos clínicos, diferentes a la historia clínica, que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios (Resolución 1995 de 1.999 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan).**

COD	SERVICIO	CREITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACION
6.4	TODOS LOS SERVICIOS	Las historias clínicas se encuentran adecuadamente identificadas con los contenidos mínimos de identificación y con el componente de anexos.					
6.5	TODOS LOS SERVICIOS	Se tienen definidos los procedimientos que garanticen la custodia y conservación integral de las historias clínicas en un archivo único.					
6.6	TODOS LOS SERVICIOS	En caso de utilizar medios físicos o técnicos como computadores y medio magneto-ópticos, se tienen definidos los procedimientos para que los programas automatizados que se diseñen y utilicen para el manejo de las historias clínicas, así como sus equipos y soportes documentales, estén provistos de mecanismos de seguridad.					
6.7	TODOS LOS SERVICIOS	Los registros asistenciales son diligenciados y conservados sistemáticamente garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva. Las historias clínicas cuentan con registro de consentimiento informado por cada procedimiento cuando esté indicado.					

**MANUAL UNICO DE STANDARES DE VERIFICACION  
PARA EL PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO**

**9. Seguimiento a riesgos en la prestación de servicios**

<b>9. SEGUIMIENTO A RIESGOS EN LA PRESTACION DE SERVICIOS</b>								
<b>Estándar: Proteger a los usuarios de los principales riesgos en la prestación de servicios mediante procesos obligatorios específicos para su evaluación y control por parte de los propios prestadores de servicios.</b>								
<b>COD</b>	<b>SERVICIO</b>		<b>CREITERIO</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>	<b>MODO DE VERIFICACION</b>
<b>9.1</b>	<b>PROMOCION PREVENCION</b>	<b>Y</b>	<p>Complicaciones propias de las intervenciones de prevención: Inducción de conductas adversas para la salud por el personal de salud. Si no es personal de salud no es competencia de habilitación.</p> <p>Ausencia de indicaciones, información o educación al paciente dirigidas a crear conductas y estilos de vida saludable y modifique o suprima conductas o estilos no saludables. En particular de los programas definidos por el Ministerio de la Protección Social.</p> <p>Ausencia de identificación de factores de riesgo o condiciones específicas del individuo, comunidad o medio ambiente que determinan la aparición de la enfermedad.</p> <p>Ausencia de realización de actividades, procedimientos e intervenciones para actuar sobre los factores de riesgo o condiciones ya identificados, específicas del individuo, comunidad o medio ambiente que determinan la aparición de la enfermedad o ejecución de actividades inconducentes, en los cuales la evidencia ha demostrado la reducción del riesgo.</p>					

## ANEXO 6. FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION DE LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD.

D.D.S.C.-UNIDAD POPAYAN  
CENTRO SALUD 31 DE MARZO  
NIT. 817.000.995-7

### ENCUESTA DE SATISFACCION DE LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD.

Lugar: \_\_\_\_\_; Dependencia: \_\_\_\_\_; Fecha: \_\_\_\_\_  
Encuesta N° \_\_\_\_\_; Edad: \_\_\_\_\_ años; Sexo: \_\_\_\_\_; Profesión: \_\_\_\_\_  
Cargo: \_\_\_\_\_; Tiempo de vinculación: \_\_\_\_\_

1. ¿Cómo califica el ambiente físico donde realiza su trabajo?

Excelente \_\_\_\_\_; buena \_\_\_\_\_; regular \_\_\_\_\_; mala \_\_\_\_\_

Si la respuesta es regular o malo, diga ¿por qué?

---

2. ¿Cómo califica la disponibilidad de los elementos esenciales para realizar su trabajo?

Excelente \_\_\_\_\_; buena \_\_\_\_\_; regular \_\_\_\_\_; mala \_\_\_\_\_

Si la respuesta es regular o mala, diga ¿por qué?

---

3. ¿Cómo califica su satisfacción con las funciones que desempeña?

Excelente \_\_\_\_\_; buena \_\_\_\_\_; regular \_\_\_\_\_; mala \_\_\_\_\_

Si la respuesta es regular o mala, diga ¿por qué?

---

4. ¿Cómo califica las relaciones con los superiores?

Excelente \_\_\_\_\_; buena \_\_\_\_\_; regular \_\_\_\_\_; mala \_\_\_\_\_

Si la respuesta es regulares o malas, diga ¿por qué?

---

5. ¿Cómo califica las relaciones con los compañeros?

Excelente \_\_\_\_\_; buena \_\_\_\_\_; regular \_\_\_\_\_; mala \_\_\_\_\_

Si la respuesta es regulares o malas, diga ¿por qué?

---

6. ¿Cómo califica las relaciones con los subalternos?

Excelente \_\_\_\_\_; buena \_\_\_\_\_; regular \_\_\_\_\_; mala \_\_\_\_\_

Si la respuesta es regulares o malas, diga ¿por qué?

---

7. ¿Cómo califica los estímulos de la institución para el desempeño del cargo?

Excelentes \_\_\_\_\_; buenas \_\_\_\_\_; regulares \_\_\_\_\_; malas \_\_\_\_\_

Si la respuesta es regulares o malos, diga ¿por qué?

---



8. ¿Cómo califica las posibilidades de progreso en la institución?

Excelentes \_\_\_\_\_; buenas \_\_\_\_\_; regulares \_\_\_\_\_; malas \_\_\_\_\_

Si la respuesta es regulares o malas, diga ¿por qué?

---

9. ¿Cómo califica la remuneración que recibe por su trabajo?

Excelente \_\_\_\_\_; buena \_\_\_\_\_; regular \_\_\_\_\_; mala \_\_\_\_\_

Si la respuesta es regular o mala, diga ¿por qué?

---

10. ¿Qué recomendaciones haría para mejorar el ambiente de trabajo y el clima organizacional de la institución?

---

---

---

Yo, \_\_\_\_\_ con CC- TI. -R C- \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_, declaro que he recibido información clara  
y suficiente sobre encuesta de satisfacción de los proveedores de servicios de  
salud. para medir la calidad de la atención brindada en el Programa de  
Crecimiento y Desarrollo, datos que serán utilizados para el DISEÑO DE UN  
MODELO DE AUDITORIA PARA EL PROGRAMA DE DETECCIÓN TEMPRANA  
DE ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN EL MENOR DE  
10 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD 31 DE MARZO - UNIDAD POPAYAN, que  
está a cargo de las estudiantes de Especialización de Auditoria en Salud y  
Garantía de la Calidad con Énfasis en Epidemiología de la Universidad del Cauca  
y Universidad EAN y acepto la realización de la encuesta y su socialización.

Nombre del encuestador \_\_\_\_\_

**ANEXO 7. FORMATO ENCUESTA ACCESIBILIDAD, OPORTUNIDAD,  
SATISFACCIÓN DE USUARIOS Y TIEMPOS DE ESPERA PARA MEDIR LA  
CALIDAD DE LA ATENCION BRINDADA EN EL PROGRAMA CRECIMIENTO  
Y DESARROLLO**

**D.D.S.C.-UNIDAD POPAYAN  
CENTRO SALUD 31 DE MARZO  
NIT. 817.000.995-7**

**ENCUESTA ACCESIBILIDAD, OPORTUNIDAD, SATISFACCIÓN DE USUARIOS Y TIEMPOS  
DE ESPERA PARA MEDIR LA CALIDAD DE LA ATENCION BRINDADA EN EL PROGRAMA  
CRECIMIENTO Y DESARROLLO**

Encuesta # \_\_\_\_\_ Fecha : \_\_\_\_\_

1. Género: M  F  Edad del encuestado \_\_\_\_\_

Documento de Identidad: \_\_\_\_\_ Edad del niño \_\_\_\_\_

Numero de controles realizados \_\_\_\_\_

2. Procedencia: Zona rural:  Zona urbana:

3. Estrato sócio-económico: 1  2  3  4 y mas

4. Tipo de afiliación en Salud: subsidiado:  vinculado:

Subsidio parcial:  desplazado:

5. A qué DISTANCIA aproximada está SU RESIDENCIA de esta institución?  
Menos de 10 Kms  de 10-15 Kms  de 16-20 Kms  21 y más Kms

6. Cuánto TIEMPO se demoró EN LLEGAR a la institución?

Menos de 60 minutos  de 60-90 min  de 90 a 119 min

De 120 y más minutos

7. ¿Cómo califica la atención recibida por el vigilante?

Excelente \_\_\_\_\_; buena \_\_\_\_\_; regular \_\_\_\_\_; mala \_\_\_\_\_

Si la respuesta es regular o mala, diga ¿porqué?

---

8. ¿Cómo califica la atención recibida en asignación de citas de primera vez?

Excelente \_\_\_\_\_; buena \_\_\_\_\_; regular \_\_\_\_\_; mala \_\_\_\_\_

Si la respuesta es regular o mala, diga ¿porqué?

---

9. ¿Cuánto tiempo se demoró para obtener la cita de primera vez?  
\_\_\_\_\_ Minutos; \_\_\_\_\_ horas; \_\_\_\_\_ días.

10. ¿El día para el cual se le asignó cita de control y seguimiento fue atendida (o)

Si  No

11. No se cumplió con la cita programada porque:

No asistió a la cita de control  Llegó tarde a la cita

No hubo servicio  No alcanzó turno

12. ¿Como califica la atención recibida en Facturación?

Excelente \_\_\_\_\_; buena \_\_\_\_\_; regular \_\_\_\_\_; mala \_\_\_\_\_

Si la respuesta es regular o mala, diga ¿porqué?

---

13. ¿Como califica la atención recibida en archivo de H.C. ?

Excelente \_\_\_\_\_; buena \_\_\_\_\_; regular \_\_\_\_\_; mala \_\_\_\_\_

Si la respuesta es regular o mala, diga ¿porqué?

---

14. ¿Como califica las comodidades de la sala de espera?

Excelentes \_\_\_\_\_; buenas \_\_\_\_\_; regulares \_\_\_\_\_; malas \_\_\_\_\_

Si la respuesta es regulares o malas, diga ¿porqué?

---

15. ¿Cuánto tiempo se demoró en la sala de espera? \_\_\_\_\_ minutos.

16. ¿Como califica la atención recibida de la auxiliar de enfermería?

Excelente \_\_\_\_\_; buena \_\_\_\_\_; regular \_\_\_\_\_; mala \_\_\_\_\_

Si la respuesta es regular o mala, diga ¿porqué?

---

17. Quien le realizó el control de Crecimiento y Desarrollo ?

El médico \_\_\_\_\_ La enfermera \_\_\_\_\_

18. ¿Como califica la atención recibida por el medico y/o enfermera?

Excelente \_\_\_\_\_; buena \_\_\_\_\_; regular \_\_\_\_\_; mala \_\_\_\_\_

Si la respuesta es regular o mala, diga ¿porqué?

---

19. Se le realizó al niño la evaluación del estado nutricional?

Si  No

20. Se le realizó al niño examen físico:

Si  No

21. Se le realizó al niño evaluación de las cuatro áreas psicomotoras (lenguaje, audición, motricidad fina, motricidad gruesa y personal social).

Si  No

22. Se le brindó educación sobre la nutrición del niño?

Si  No.

23. Se le brindó educación sobre la estimulación en las cuatro áreas psicomotoras?

Si  No

24. El médico y/o enfermera revisó el carnet de vacunación del niño?

Si  No

25. A su niño se le detectó algún problema de salud durante el control?

Si  No

26. Fue remitido a otro servicio?

Si  No.

27. A cuál servicio?

Médico Especialista  Fonoaudiología  Higiene Oral

Laboratorio clínico  Rayos X  Psicología

Vacunación  Médico General  Odontología

28. ¿Cómo califica las comodidades del consultorio

Excelentes \_\_\_\_\_; buenas \_\_\_\_\_; regulares \_\_\_\_\_; malas \_\_\_\_\_.

Si la respuesta es regulares o malas, diga ¿porqué?

---

29. Continuará realizando los controles de Crecimiento y Desarrollo en este Centro de salud?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Porqué: \_\_\_\_\_

30. Cómo califica TODA LA ATENCION recibida en el servicio prestado por la I.P.S.?

Excelente  Buena  Regular  Mala

Porqué?

---

---

---

31. Cuánto tiempo se demoró en todo el servicio prestado?

\_\_\_\_\_ minutos; \_\_\_\_\_ horas

32. Se le presentó algún inconveniente en la prestación del servicio?

Si  No

33. Si su respuesta es si, cual fue el inconveniente que se le presentó?

---

---

---

Que sugerencias haría Usted para mejorar la calidad de la atención en el Programa de Crecimiento y Desarrollo?

---

---

---

Agradecemos su valiosa colaboración.

Yo, \_\_\_\_\_ con CC- TI. -R C- \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_, declaro que he recibo información clara y suficiente  
sobre **encuesta accesibilidad, oportunidad, satisfacción de usuarios y tiempos de espera  
para medir la calidad de la atención brindada en el Programa de Crecimiento y Desarrollo,  
datos que serán utilizados para el DISEÑO DE UN MODELO DE AUDITORIA PARA EL  
PROGRAMA DE DETECCION TEMPRANA DE ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y  
DESARROLLO EN EL MENOR DE 10 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD 31 DE MARZO -  
UNIDAD POPAYAN**, que está a cargo de las estudiantes de **Especialización de Auditoria en  
Salud y Garantía de la Calidad con Énfasis en Epidemiología de la Universidad del Cauca y  
Universidad EAN** y acepto la realización de la encuesta y su socialización.

Nombre del Encuestador : \_\_\_\_\_

**ANEXO 8**

**A. EVALUACIÓN DE LA HISTORIA CLINICA**  
**Datos exclusivos para el encuestador**

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

**NOMBRE DEL MENOR:** \_\_\_\_\_ **FECHA NAC.** \_\_\_\_\_

**DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** \_\_\_\_\_ **E.P.S.** \_\_\_\_\_

**PROGRAMA:** \_\_\_\_\_ **NUMERO DE H. C.** \_\_\_\_\_

**CRITERIOS DE FORMA (20 PUNTOS)**  
**CRITERIOS ADMINISTRATIVOS**

**1. CARPETA PARA ARCHIVO (6 PUNTOS)**

	SI (2 PUNTOS)	NO(0)
1.1. Número de Historia Clínica	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1.2. Nombre del Paciente	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1.3. Nombre de la Institución	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**2. DOCUMENTOS ANEXOS PARA IDENTIFICACION DEL NIÑO(a) (2.8 PUNTOS)**

	SI (1.4 PUNTOS)	NO(0)
2.1. Fotocopia documento identidad	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.2. Fotocopia carne E.P.S. de afiliación	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**3. HOJA REJILLA DE PESO Y TALLA (1.4 PUNTOS)**

	SI	NO
3.1. Existe rejilla para peso y talla	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**4. HOJA DE ESCALA ABREVIADA DE DESARROLLO (1.4 PUNTOS)**

	SI	NO
4.1. Contiene el formato de la escala	<input type="text"/>	<input type="text"/>



abreviada de desarrollo.

--	--

**5. HOJA DE EVOLUCION (1.4 PUNTOS)**

SI

NO

5.1. Existe hoja de evolución

--	--

**6. HOJA DE EXAMEN DE LABORATORIO (1.4 PUNTOS)**

SI

NO (0)

NA (1.4)

6.1. Existe Hoja de Exámenes de Labor

--	--	--

**7. HOJA PARA APOYO DIAGNOSTICO (1.4 PUNTOS)**

SI

NO

7.1. Existe Hoja para Apoyo Diagnóstico

--	--

**8. HISTORIA CLINICA ORDENADA (1.4 PUNTOS)**

SI

NO

8.1. La Historia Clínica sigue un orden regular.

--	--

**9. LEGIBILIDAD DE LA HISTORIA CLINICA (1.4 PUNTOS)**

SI

NO

9.1. Son legibles las Anotaciones

--	--

**10. HISTORIA CLINICA FOLIADA (1.4 PUNTOS)**

SI

NO

10.1. Las hojas se encuentran foliadas y/o numeradas.

--	--

Observaciones: \_\_\_\_\_

CALIFICACIÓN FINAL: \_\_\_\_\_

**B. EVALUACIÓN HISTORIA CLINICA INFANTIL Y PREESCOLAR  
CRITERIOS DE FONDO (70 PUNTOS)**

**1. IDENTIFICACION DEL PACIENTE (9 puntos)**

	SI (1 PUNTO)	NO(0)	NA (1 PUNTO)
1.1. Número de Historia Clínica			
1.2. Nombres y apellidos del Paciente			
1.3. Edad			
1.4. Fecha de nacimiento			
1.5. Documento de identidad			
1.6. Sexo			
1.7 Nombre de los padres			
1.8 Persona responsable			
1.9 Dirección			

**2. FECHA DE INSCRIPCION AL PROGRAMA (1 PUNTOS)**

	SI (1 PUNTOS)	NO(0)	NA (1 PUNTOS)
2.1. Dia- mes-año			

**3. ANTECEDENTES FAMILIARES (3 PUNTOS)**

	SI (1 PUNTOS)	NO(0)	NA (1 PUNTOS)
3.1. Diabéticos-Tuberculosis-Alérgicos			
3.2 Otros antecedentes			
3.3 Niños muertos en los últimos 5 año			

**4.. ANTECEDENTES PERSONALES (3 PUNTOS)**

	SI (1 PUNTOS)	NO(0)	NA (1 PUNTOS)
4.1. Antecedentes prenatales			
4.2 Antecedentes del parto			
4.3 Antecedentes patológicos			

**5.. ESQUEMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (12 PUNTOS)**

	SI (1.5 PUNTOS)	NO(0)	NA (1.5 PUNTOS)
5.1 BCG			
5.2 Polio			
5.3 Pentavalente			
5.4 Triple viral			

- 5.5 Fiebre amarilla
- 5.6 DPT
- 5.7 Sarampión
- 5.8 TD


**6. CRITERIOS CLINICOS Y/O EVOLUCION (9 PUNTOS)**

	SI (1 PUNTOS)	NO(0)	NA (1 PUNTOS)
6.1. Fecha			
6.2 Motivo de consulta			
6.3 Medidas antropométricas (peso-talla)			
6.4 Signos vitales			
6.5 Revisión por sistemas			
6.6 Antecedentes personales			
6.7 Antecedentes familiares			
6.8 Impresión Diagnóstica			
6.9 Conducta y/o tratamiento			

TOTAL PUNTOS HISTORIA CLINICA INFANTIL =

**C. EVALUACION REGILLAS ATENCION INFANTIL NIÑOS Y/O NIÑAS  
CRITERIOS DE FONDO**

**1. IDENTIFICACION DEL MENOR (4 PUNTOS)**

	SI (1 PUNTOS)	NO(0)	NA (1 PUNTOS)
1.1 Nombres y apellidos			
1.2 Número de historia clínica			
1.3 Fecha de consulta			
1.4 Edad en meses			

**2. MEDIDA ANTROPOMETRICAS (4 PUNTOS)**

	SI (1 PUNTOS)	NO(0)	NA (1 PUNTOS)
2.1 Peso			
2.2 Talla			
2.3 Perímetro cefálico			
2.4 Perímetro torácico			

**3. EXPLORACION FISICA (11 PUNTOS)**

SI (1 PUNTOS) NO(0) NA (1 PUNTOS)

- 3.1 Cabeza
- 3.2 Ojos
- 3.3 Oídos- boca
- 3.4 Nariz-cuello
- 3.5 Torax cardio respiratorio
- 3.6 Abdomen
- 3.7 Genito-urinario
- 3.8 Ano
- 3.9 Extremidades
- 3.10 Piel
- 3.11 Sistema nervioso


**4. VALORACION DEL DESARROLLO (4 PUNTOS)**

- 4.1 Area motora
- 4.2 Area fino- adaptativa
- 4.3 Audición y lenguaje
- 4.4 Personal social

SI (1 PUNTOS)	NO(0)	NA (1 PUNTOS)

**5. VALORACION MEDIDAS ANTROPOMETRICAS (2 PUNTOS)**

- 5.1 Peso (Satisfactorio-No satisfactorio)
- 5.2 Talla (Satisfactoria-No satisfactoria)

SI (1 PUNTOS)	NO(0)	NA (1 PUNTOS)

**6. VALORACION ESTADO NUTRICIONAL (1.5 PUNTOS)**

- 6.1 Estado nutricional normal
- 6.2 Desnutrición reciente
- 6.3 Desnutrición crónica

SI (0.5 PUNTOS)	NO(0)	NA (0.5 PUNTOS)

**7. MENOR REMITIDO (0.5 PUNTOS)**

- 7.1 Se registró alguna remisión del mer

SI (0.5 PUNTOS)	NO(0)	NA (0.5 PUNTOS)

**8. FECHA PROXIMA CITA (0.5 PUNTOS)**

- 8.1 Existe registro fecha próxima cita

SI (0.5 PUNTOS)	NO(0)	NA (0.5 PUNTOS)

**9. CODIGO Y FIRMA (0.5 PUNTOS)**

	SI (0.5 PUNTOS)	NO(0)	NA (0.5 PUNTOS)
9.1 Se consigna la firma de quien realizó el control	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**10. DILIGENCIAMIENTO REJILLA- PESO (0.5 PUNTOS)**

	SI (0.5 PUNTOS)	NO(0)	NA (0.5 PUNTOS)
10.1 Se registró en la rejilla el peso	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**11.. DILIGENCIAMIENTO REJILLA- TALLA (0.5 PUNTOS)**

	SI (0.5 PUNTOS)	NO(0)	NA (0.5 PUNTOS)
11.1 Se registró en la rejilla talla	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**TOTAL PUNTOS REJILLA DE ATENCION INFANTIL =**

**C. EVALUACION DE LA ESCALA ABREVIADA DE DESARROLLO**

**1. DATOS INSTITUCIONALES (1 PUNTO)**

	SI (0.5 PUNTOS)	NO(0)	NA (0.5 PUNTOS)
1.1 Nombre de la Dirección de Salud	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1.2 Nombre del organismo de salud y/o Centro de Salud	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**2. DATOS DE IDENTIFICACION DEL NIÑO (A) (2.5 PUNTOS)**

	SI (0.5 PUNTOS)	NO(0)	NA (0.5 PUNTOS)
2.1 Número de Historia Clínica	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.2 Nombres y apellidos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.3 Sexo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.4 Fecha de nacimiento	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.5 Dirección	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**3. SINTESIS DE EVALUACION (3 PUNTOS)**

	SI (0.5 PUNTOS)	NO(0)	NA (0.5 PUNTOS)
3.1 Fecha			
3.2 Edad en meses			
3.3 Resultado motricidad gruesa			
3.4 Resultado motricidad fino Adaptativa			
3.5 Resultado audición y lenguaje			
3.6 Resultado personal social			

**4. EVALUACION DE CADA AREA POR EDADES E ITEMS (2.5 PUNTOS)**

	SI (0.5 PUNTOS)	NO(0)	NA (0.5 PUNTOS)
4.1 Ubicación del Rango de edad			
4.2 Valoración de la motricidad gruesa			
4.3 Valoración de la motricidad fino Adaptativa			
4.4 Valoración de la audición y lenguaje			
4.5 Valoración de personal social			

**5. DILIGENCIAMIENTO DEL CUADRO DE RESULTADOS POR PUNTOS Y COLORES (ALERA-MEDIO-MEDIOALTO ) (3 PUNTOS)**

	SI (0.5 PUNTOS)	NO(0)	NA (0.5 PUNTOS)
5.1 Ubicación del rango de edad			
5.2 Resultado final motricidad gruesa			
5.3 Resultado final motricidad fino- adaptativa			
5.4 Resultado final audición y lenguaje			
5.5. Resultado total suma de áreas			
5.6 Observaciones			

**TOTAL PUNTOS ESCALA ABREVIADA =**

**E. IDENTIFICACION DEL MEDICO Y/O ENFERMERA QUE REALIZA EL CONTROL**

**1. DATOS DE IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL (1.5 PUNTOS)**

	SI (0.5 PUNTOS)	NO(0)	NA (0.5 PUNTOS)
1.1 Nombres y apellidos			
1.2 Código o registro medico			
1.3 Sello			

**2. NOTA DE EVOLUCION Y/O DEL CONTROL REALIZADO (0.5 PUNTOS)**

	SI (0.5 PUNTOS)	NO(0)	NA (0.5 PUNTOS)
2.1 Existe nota de evolución y/o del control realizado.			

OBSERVACIONES:

---



---



---

Calificación parte A =

Calificación parte B =

Calificación parte C =

Calificación parte D =

Calificación parte E =

Calificación Total =

Rango de calificación Final

Todas completas ó 100% calificación = 4  
 Entre 80 y 99% calificación =3  
 Entre 60 y 79% calificación = 2  
 Menor de 60% calificación = 1