

**RED HOSPITALARIA PÚBLICA DEL DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO Y
DERECHO A LA SALUD: UN EJERCICIO DE META-EVALUACION**

MAESTRANTES:

**NILLIAM DANGOND ZEQUEIRA
LALIA PALACIO BERMUDEZ
CARMEN REDONDO PEREZ
JULIANA RUEDA FLOREZ
MARYIETH VERGARA TORRENEGRA**

LINEA DE INVESTIGACION

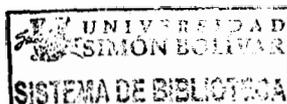
Auditoria de Servicios de Salud

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR

MAESTRIA EN AUDITORIA Y SISTEMAS DE CALIDAD

BARRANQUILLA D.E.I.Y P.

DICIEMBRE DE 2016



Nota de aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Barranquilla, octubre de 2016

A Dios.

Por su infinito amor hacia nosotras y nuestras familias, por darnos la fortaleza para emprender este gran sueño y dotarnos de dones que podemos poner al servicio de los demás.

A nuestras familias por su apoyo incondicional y motivación constante para no desfallecer ante los obstáculos encontrados durante este caminar.

A nuestros profesores por compartir todos sus conocimientos con nosotros y sembrar en cada una de nosotras el deseo de generar nuevos conocimientos que aporte a un mejor desarrollo en el área de la salud en nuestro país.

A nuestros compañeros por regalarnos la oportunidad de compartir con nosotros sus sueños y esperanzas al tomar la decisión de avanzar un peldaño más en el ámbito laboral.

TABLA DE CONTENIDO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	15
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	26
JUSTIFICACIÓN	27
OBJETIVOS.....	29
MARCO TEORICO	30
IDENTIFICACIÓN DE LA RED PÚBLICA PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD DEL ATLÁNTICO.	57
FUNDAMENTACION METODOLOGICA	59
RESULTADOS	61
DISEÑO DE HERRAMIENTAS DEL MODELO DE AUDITORIA DEL DERECHO A LA SALUD PARA LA RED PÚBLICA DEPARTAMENTAL	84
CALIFICACIÓN INTEGRAL DEL DISEÑO DE MODELO DE AUDITORIA DEL DERECHO A LA SALUD	105
10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	109
BIBLIOGRAFÍA.....	111
ANEXOS	

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura No. 1 Mapas de Localización y Símbolos departamento del Atlántico	53

Tabla No. 1. Oportunidad de Cita Especialidad de Medicina Interna	62
Tabla No. 2. Oportunidad de Cita Especialidad de Pediatría	63
Tabla No. 3. Oportunidad de Cita Especialidad de Ginecología	64
Tabla No. 4. Oportunidad de Cita Especialidad de Obstetricia	64
Tabla No.5. Oportunidad de Cita Especialidad de Cirugía General	65
Tabla No. 6. Oportunidad de Atención en Consulta de Medicina General	66
Tabla No.7 Oportunidad de Atención en Consulta de Medicina General	67
Tabla No.8. Oportunidad de Atención en Consulta de Medicina General	67
Tabla No.9. Oportunidad de Atención en Consulta de Odontología General	68
Tabla No.10. Oportunidad de Atención en Consulta de Odontología General	69
Tabla No.11. Oportunidad de Atención en Consulta de Odontología General	69
Tabla No.12. Oportunidad de Atención en Triage ESEs de II y III Nivel. Departamento del Atlántico	70
Tabla No.13. Oportunidad de Atención en Triage ESEs de I Nivel. Departamento del Atlántico	71
Tabla No.14. Oportunidad de Atención en Triage ESEs de I Nivel. Departamento del Atlántico	71
Tabla No.15. Oportunidad de Atención en Triage ESEs de I Nivel. Departamento del Atlántico	72
Tabla No.16. Muertes Intrahospitalarias antes de 48 horas ESEs de segundo y tercer nivel de complejidad. Departamento del Atlántico	73
Tabla No.17. Muertes Intrahospitalarias antes de 48 horas ESEs de primer nivel de complejidad. Departamento del Atlántico	74
Tabla No.18. Muertes Intrahospitalarias antes de 48 horas ESEs de primer nivel de complejidad. Departamento del Atlántico	74
Tabla No.19. Muertes Intrahospitalarias después de 48 horas ESEs de segundo y tercer nivel de complejidad. Departamento del Atlántico	75
Tabla No.20. Satisfacción del Usuario ESEs de II y III Nivel. Departamento del Atlántico	76
Tabla No.21. Satisfacción del Usuario ESEs de baja complejidad. Departamento del Atlántico	76
Tabla No.22. Satisfacción del Usuario ESEs de baja complejidad. Departamento del Atlántico	77
Tabla No.23. Satisfacción del Usuario ESEs de baja complejidad. Departamento del Atlántico	78

LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro No. 1. Número de Empresas Sociales del Estado	57
Cuadro No. 2 IPS, s Públicas Por Carácter Territorial	57
Cuadro No. 3 IPS, s Por Nivel de Complejidad	57
Cuadro No. 4 IPS, s Por Nivel de Complejidad y Territorial	57
Cuadro No. 5 Capacidad Instalada Por Nivel	58
Cuadro No. 6 Capacidad instalada Total	58

RED HOSPITALARIA PÚBLICA DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO Y DERECHO A LA SALUD: UN EJERCICIO DE META-EVALUACIÓN

RESUMEN:

El presente trabajo aborda aspectos fundamentales en la prestación de los servicios de salud por parte de la red Hospitalaria del Departamento del Atlántico en relación del cumplimiento de los Derechos de los Usuarios, para lo cual parte del interrogante ¿Cómo garantizar el derecho a la salud a la población afiliada a la red Hospitalaria Pública del Departamento del Atlántico?

En la búsqueda de las respuestas se especifican como objetivos la determinación de criterios evaluativos en el cumplimiento y calidad de los servicios ofrecidos por la Red Hospitalaria Pública del Departamento del Atlántico para la garantía del Derecho a la salud, tarea que centralizada en la identificación de los procedimientos existentes en la Red Hospitalaria Pública del Departamento del Atlántico para el cumplimiento de los Derechos en Salud de la población de su área de influencia, la Caracterización de los procedimientos existentes en la Red Hospitalaria Pública del Departamento del Atlántico para el cumplimiento de los Derechos en Salud en términos de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución y el Diseño de una estrategia de auditoría para seguimiento y cumplimiento de las condiciones de prestación de servicios de salud centrada en el usuario, a través de un aplicativo

El ejercicio interpretativo permitió llegar a las siguientes conclusiones y sugerencias:

- En los entes territoriales existen falencias para el cumplimiento de las competencias de IVC, y el Departamento del Atlántico no es la excepción.
- Las políticas de salud pública y prestación de servicios, per se no reivindican el derecho a la salud si su implementación no está acompañada de acciones de evaluación, seguimiento y control que permitan re direccionar la ejecución de los planes y programas que devienen de ella.
- La implementación de los sistemas de información y el desarrollo de las herramientas tecnológicas para la sistematización de la auditoría son incipientes

(como muestra los resultados de la auditoría realizada por la Supe salud (2011/12/13)en el cumplimiento de las competencias que le son propias.

RECOMENDACIONES

DE los aspectos presentados como conclusiones surgen las recomendaciones cuyo propósito es la cualificación de los servicios de salud, expresándose de la siguiente manera:

- El fortalecimiento de los programas de auditoria para el mejoramiento de la calidad (PAME), direccionado en tres aspectos:
 - Fortalecimiento de las competencias de los auditores
 - Fortalecimiento del desarrollo tecnológico atreves del uso de herramientas para la sistematización de la auditoria de la prestación de servicios
 - Utilización de los resultados de la auditoria para que la planeación responda a las necesidades.

El trabajo aporta un aplicativo que permite evaluar el cumplimiento de las funciones de las ESEs de la Red Hospitalaria Publica en el Departamento del Atlántico.

PALABRAS CLAVE:

Derecho a la salud; auditoria en salud, Red Hospitalaria; Servicios de salud. Calidad.

ABSTRACT.

This work contains fundamental aspects of health service delivering from the Hospital Network of Atlantic's Department in relation with the fulfillment of the user's rights. In the development, we start from the question: How can we guarantee the right to health for those who are part of the Hospital Network of Atlantic's Department?

There are two goals that answers this question:

The **General Goal** which determines the fulfillment and quality of the services offered by the Atlantic's Department Public Hospitals Web to guarantee the right to health, and as **Specific Goals**: Identify the methods of the Hospital Network of Atlantic's Department for the fulfillment of the right to health in terms of accessibility, acceptance, opportunities, continuity, integrity and capacity of solving; Design an auditory strategy for the continuity and fulfillment of the health service delivery conditions centered on the user.

The process of the work was accompanied by the qualitative research, with a hermeneutic paradigm, interpreting the reality of the Hospital Network of Atlantic's Department, finding the documental analysis alongside an interpretative exercise of the data and reports, allowed the advance in the fundamental aspects until getting to problematic nuclei in the health services delivering and the lack of the instruments for tracing and auditoriums that enables a quick and correct response to the users and guarantee the right to health.

Work's nature needs an analysis of the normative component, because it shows the evolution of the system alongside important concepts such as quality, auditorium, health service delivery, etc.

Work doesn't relay just in the analysis of the situation, but goes further and suggests an application tool that enables the tracing and improvement in the services, in such a way that tracing in an effective and efficient form not only guarantees an improvement in the services but also guarantees the fulfillment of the right to health to those whom receive health services through the Hospital Network of Atlantic's Department.

As any other investigator, those who make the work aspire to help in the improvement of the service offered by the network to the users and take it to a practical field, but also leave evidence of the process to who has given the chance of a master's degree.

Key Words

Right to Health, Health Auditorium, Hospital Network, Health Services, Quality.

INTRODUCCION.

Las políticas públicas de salud en Colombia, encuentran entre sus referentes los expresados en el campo normativo, cuyo recorrido se sitúa desde la ley 100 de 1993, basándose en el desarrollo de un modelo de pluralismo estructurado, a través del cual se trata de implementar el esquema de aseguramiento, la dirección y regulación, el financiamiento, la prestación de los servicios de salud, la salud pública y la Inspección, vigilancia y control, la resolución de los problemas estructurales de los riesgos en salud, invalidez y vejez de la población colombiana, en cuanto a cobertura, eficiencia, oportunidad y calidad del servicio, en el marco del denominado Sistema general de Seguridad Social Integral, que lo conforman en el mismo sentido, la seguridad social en salud, el sistema general de riesgos laborales y el sistema general de pensiones.

Definitivamente el espíritu garantista de la Constitución Política de Colombia, marca un Hito, encontrando su reglamentación en normas como la Ley 1122 de 2007, a través de la cual se reorganiza el sistema general de seguridad social en salud, destacándose el fortalecimiento del ente regulador con la creación de la CRES (comisión regulación de salud), cuya existencia fue corta; de igual manera, el Rol de los hospitales públicos con los concursos de méritos para el nivel Directivo, la contención a la integración vertical de los aseguradores, el fortalecimiento del financiamiento entre ellos el porcentaje de solidaridad para salud pública, y para garantizar los Derechos, aparece la figura del DEFENSOR DEL USUARIO, figura que ciertamente quedo sin reglamentarse y por lo tanto nunca se implementó.

Posteriormente, la Ley 1438 de 2011 plantea principios para el sistema general de seguridad social en salud y los fundamentos se convierten en principios entre ellos la calidad del servicio, tratando de fortalecer la salud pública con el PIC (Plan de

Intervenciones Colectivas); la redefinición del rol de los hospitales públicos, apareciendo el concepto de riesgo financiero, el plan e informe de , además se le da claridad a las facultades de IVC (inspección, Vigilancia y control) entre las cuales está el sistema nacional de auditorías en salud, de la Superintendencia nacional de Salud.

La situación de crisis sectorial permanente es el escenario para la expedición de la Ley 1751 de 2015, permitiendo se le otorgue rango constitucional, al DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD, fortaleciendo la aplicación de los principios del sistema, al igual que el re direccionamiento de la ruta epidemiológica de la atención en salud para el paciente, (que por la crisis del sector en forma sistemática y sin ningún monitoreo, seguimiento y evaluación, es el más débil de la cadena de la prestación de los servicios de salud); pero también esta norma, permite el avance en tres aspectos importantes como son: La afiliación; el Modelo Integral de atención en salud (MIAS), complementado por la ley 1753 de 2015 con PAIS y RIAS y la eliminación de los CTC (comités técnicos científicos); es decir, que en el sector de la salud busca el mejoramiento del buen gobierno; disminución de las desigualdades, mayor inversión en hospitales públicos, política farmacéutica fortalecida; los avances normativos; mayor aseguramiento y acceso, ampliación y unificación del POSS y mejores resultados en salud; de esta manera es necesario cambiar la visión en la implementación de los procesos de IVC, Monitoreo, seguimientos y evaluaciones a través de las distintas auditorías como concurrente; de calidad, médica de cuentas, servicios de salud, operacionales, en donde los anteriores retos y los componentes de la ley generan actualmente un proceso auditor para favorecer las economías de las empresas de salud, tanto de aseguramiento como de los prestadores y no existe una auditoría que enaltezca y defienda los derechos de los pacientes en forma evaluativa y de mejora continua, por tanto, siendo el propósito del presente trabajo, coadyuvar en la búsqueda de la calidad a través de estrategias e instrumentos que cualifiquen la práctica de la

AUDITORIA DEL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD – ADS.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La Constitución Política de Colombia de 1.991, en su preámbulo expresa con carácter vinculante de todo su ordenamiento jurídico y con la finalidad de garantizar a los Colombianos los derechos esenciales que incluyen la vida, la convivencia, el trabajo, la justicia, la igualdad, el conocimiento, la libertad y la paz, dentro de un marco jurídico, democrático y participativo, y promulgado en el artículo 11 como parte de los derechos fundamentales, expresando que el derecho a la vida es inviolable, y en concordancia con el artículo 49 la Carta Magna donde define que la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado, con la obligatoriedad de garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Ese nuevo orden constitucional de 1991, garantista de los derechos de los colombianos, posibilita que en el país se gesten e implementen las reformas de los diferentes sectores de servicios a cargo del Estado, y que en el sector salud, se da mediante la Ley 100 de 1993, organizando el Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS -, contemplando la calidad como un atributo fundamental de la atención integral en salud dirigida a la población.

Sin lugar a dudas en las dos últimas décadas, el desarrollo normativo ha sido generosamente amplio para la garantía de los derechos fundamentales, especialmente para la protección de la salud y la vida, asignando a los entes nacionales y territoriales las acciones de seguimiento, vigilancia y control del aseguramiento en salud y la prestación de servicios de salud y como denotativo de

esto basta mencionar hechos y normas que históricamente han marcado hitos para las generaciones presente,

Los ajustes realizados a través la ley 1122 (2007) crea el sistema de inspeccion, vigilancia y control del sistema general de Seguridad social en salud

Mediante la Ley 1122 de 2007 (artículo 42), se crea la figura del Defensor del Usuario en Salud, el cual depende de la Superintendencia Nacional de Salud en coordinación con la Defensoría del Pueblo. Su función es la de ejercer la vocería de los afiliados ante las respectivas EPS en cada departamento o en el Distrito Capital, con el fin de conocer, gestionar y dar traslado a las instancias competentes de las quejas relativas a la prestación de servicios de salud.

La Ley 1438 de 19 de enero 2011 por la cual se reforma el SGSS con el objeto de lograr su fortalecimiento, mediante la implementación de un modelo de prestación del servicio público en salud, enmarcado en la estrategia Atención Primaria en Salud que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios.

El Ministerio de Salud y de la Protección Social como ente rector y regulador del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el cumplimiento de sus funciones a través de la resolución 429 de 2016 reglamentó la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, PAIS, esta normatividad en su artículo 1° establece que la política PAIS *“... atiende la naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud y orienta los objetivos del sistema de salud y de la seguridad social en salud a la garantía del derecho a la salud de la población, generando un cambio de prioridades del Estado como regulador y la subordinación de las prioridades e intereses de los integrantes a los objetivos de la regulación, que centra el sistema en el ciudadano. El objetivo de la PAIS está*

dirigido hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población, mediante la regulación de la intervención de los integrantes sectoriales e intersectoriales responsables de garantizar la atención de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución. La política exige la interacción coordinada de las entidades territoriales, a cargo de la gestión de la salud pública, de las Entidades administradoras de planes de beneficios-EAPB y de los prestadores de servicios de salud. Esa coordinación implica la implementación y seguimiento de los Planes Territoriales de Salud, en concordancia con: los Planes de Desarrollo Territoriales, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018...”

El Derecho a la Salud a partir de la expedición por el Ministerio de Salud y Protección Social de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, es promulgado como derecho fundamental de los habitantes del territorio colombiano, entendido como derecho autónomo e irrenunciable,

La Ley 1797 de 2016 establece medidas de carácter financiero y operativo para avanzar en el proceso de saneamiento de deudas del sector salud de los municipios y departamentos, orientadas a mejorar el flujo de recursos y la calidad de la prestación de servicios dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Respecto al mejoramiento de la gobernanza en el sector, dispone que el Presidente de la República, gobernadores y alcaldes son los responsables de nombrar los gerentes de los hospitales, remplazando los procesos de selección llevados a cabo por universidades, buscando mayor rendición de cuentas y articulación entre gobiernos locales y gerentes.

El Departamento del Atlántico como entidad territorio asumió las competencias propias para garantizar la prestación de los servicios a fin que la población de afiliados puedan encontrar los elementos para cumplimiento del derecho a la salud en los términos que lo expresa la normatividad, pero, no obstante la extensa legislación promulgada y reglamentada, los objetivos de lograr una prestación de servicios de salud integral e integrada para resolver las necesidades de salud de la población, la satisfacción de los derechos de los usuarios no se garantizara, si no existen en la ejecución de las acciones de dirección, prestación de servicios y gestión de coberturas un seguimiento, evaluación y control que redirija el aseguramiento y prestación de servicios hacia el mejoramiento de la calidad para lograr la satisfacción de las necesidades en salud de la población.

Los agentes responsables del aseguramiento y prestación de servicios de salud, al igual que los entes control y las organizaciones de usuarios desarrollan procesos de seguimiento a los servicios de salud que orientados por objetivos e intereses acordes a sus funciones y roles, sin dar respuesta a la evaluación integral de la garantía del derecho a la salud, lo cual se hace evidente en la cotidianidad por las tutelas impetradas por los usuarios para lograr el acceso a servicios que le han sido negados, muchos de ellos incluidos en las coberturas que deben garantizar las entidades aseguradoras del SGSSS.

La atención del servicio de salud para la población vulnerable afiliada al régimen subsidiado es prestada a través de la Red Hospitalaria Pública Departamental, constituida por las 22 ESEs municipales de baja complejidad, la zona Cordialidad en la cual se encuentran los municipios Galapa, Manatí, Baranoa, Usiacurí, Polonuevo, Sabanalarga, Luruaco y Repelón tiene como centro de referencia de mediana complejidad la ESE Hospital Departamental de Sabanalarga. La Zona Río Magdalena Oriente conformada por los municipios Santo Tomas, Malambo, Palmar de Varela, Ponedera, Sabanagrande, Candelaria, Suan, Campo de la Cruz, Soledad y Santa Lucia, remiten los casos que requieren continuidad en el

segundo nivel a la ESE H Juan Domínguez Romero de Soledad. La Zona Mar Caribe Norte constituida por los municipios Puerto Colombia, Juan de Acosta, Tubará y Piojó referencian las patologías que requieren para su resolución instituciones de II Nivel de atención, a la ESE Hospital Niño Jesús, hospital del orden departamental, con jurisdicción político-administrativa dependiente de la Gobernación del Atlántico, pero ubicado geográficamente en el Distrito de Barranquilla.

La atención de alta complejidad para la población no asegurada del Departamento es ofertada por las ESEs del orden Departamental: en atención de población adulta a la ESE Hospital Universitario CARI Alta Complejidad, y en atención materno infantil- pediátrica a la ESE Hospital Niño Jesús, complementan la oferta de servicios en el III Nivel, la red hospitalaria pública del Distrito de Barranquilla, operada por la IPS Universidad de Antioquía, y la Red de Prestadores de Salud Privada.

La atención en salud mental está ubicada geográficamente el Distrito de Barranquilla, en la ESE Hospital Universitario CARI Neurociencias, entidad del orden departamental.

En los Hospitales Locales de los municipios del Departamento, la oferta de servicios, de infraestructura física y dotación, se ven afectadas por el riesgo financiero de las instituciones, traduciéndose en baja resolutivez del nivel ofertado, haciendo que la demanda de la población de actividades de I Nivel se presente en los hospitales de mediana complejidad ocasionando sobredemanda de servicios, barreras de acceso e inoportunidad de atención, lo cual impacta en el sistema de referencia y contra referencia volviéndolo ineficiente.

La infraestructura hospitalaria se encuentra habilitada dentro de los requerimientos del Ministerio de la Protección Social para su prestación del servicio, en un 75%

del total. (ASIS Departamento del Atlántico 2012, Secretaría Departamental de Salud, Barranquilla).

La inoportunidad de flujo de recursos desde las Entidades Responsables de Pago que ha afectado a los prestadores de servicios de salud y a la crisis del sistema, de la cual no han sido ajenas las ESEs de la red hospitalaria pública del departamento del Atlántico, en evidencia de ello se constituye el Concepto Técnico De Viabilidad· Plan Financiero Territorial Departamento De Atlántico de noviembre de 2014 elaborado por la Dirección de Financiamiento Sectorial del Ministerio de Salud y Protección Social y la Dirección General de Apoyo Fiscal del Ministerio de Hacienda y Crédito Público explicita que ...” Mediante la Resolución No. 1877 del 30 de mayo de 2013, el Ministerio Sectorial categorizó en riesgo medio o alto 2 ESE departamentales y 19 municipales que consolidaron pasivos por 570.034 millones según la información reportada a la Contaduría General de la Nación (CGN) a 31 de diciembre de 2013. De estas ESE se viabilizaron 10 Programas de Saneamiento (con pasivos por \$66'666 millones) y se remitieron a la Superintendencia Nacional de Salud 11 ESE para lo de su competencia, al incumplir los términos legales o técnicos definidos.

Los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero –PSFF - de las 2 ESE de carácter departamental (ESE Hospital Departamental de Sabanalarga y ESE Hospital Departamental Juan Domínguez Romero de Soledad) se viabilizaron y en conjunto suman \$25.742 millones de pasivos. Estos se financiarán con recursos excedentes de rentas cedidas según lo certificó el Departamento. En lo correspondiente a las 19 ESE de carácter municipal categorizadas en riesgo medio o alto estas consolidaron un pasivo de \$44.292 millones y de estas fueron viabilizados 8 PSFF. Se resalta que el programa PSFF de la ESE Hospital Materno Infantil de Soledad viabilizado registró un pasivo de 520.396 millones.

En la Resolución 2090 de 2014 del Ministerio de Salud por medio de la cual se realizó la categorización del riesgo fiscal de las ESEs de la Nación, se observa en el caso del Departamento del Atlántico las ESE, se ubican sin riesgo ESE Hospital de Baranoa, ESE Hospital Niño Jesús de Barranquilla, ESE Centro Materno Infantil de Sabanalarga Ceminsa; en la categoría de riesgo medio se encuentran la ESE Centro de Salud de Usiacurí, ESE Hospital de Santo Tomás, ESE Hospital de Repelón, ESE Hospital Local de Manatí; las diecinueve ESEs que constituyen las ESEs cuya caracterización financiera y fiscal fue calificada en riesgo alto son: ESE Unidad Local de Salud de Suan, ESE Hospital Universitario CARI, ESE Centro de Salud de Tubará, ESE Hospital Materno Infantil de Soledad, ESE Hospital Departamental Juan Domínguez Romero, ESE Centro de Salud Santa Lucía, ESE Hospital Departamental de Sabanalarga, ESE Hospital Municipal de Sabanagrande, ESE Hospital de Puerto Colombia, ESE Hospital de Ponedera, ESE Centro de Salud de Polonuevo, ESE Hospital Vera Judith Imitola Villanueva de Piojó, ESE Centro de Salud de Palmar de Varela, ESE Hospital Local de Malambo, ESE Hospital Local de Luruaco, ESE Hospital de Juan de Acosta, ESE Centro de Salud de Galapa, ESE Hospital de Candelaria y la ESE Hospital Local de Campo de La Cruz.

La Administración Pública Departamental y las ESEs elaboraron los Planes de Saneamiento Fiscal presentados a la Dirección de Asuntos Financieros y Empresariales – DAF- adscrita a la Presidencia de la República logrando que se viabilizaran diez (10) los PSFF de las ESEs: E.S.E. Hospital de Sabanagrande, E.S.E Hospital de Polonuevo, E.S.E. Hospital de Candelaria, E.S.E. Hospital de Santa Lucía, E.S.E. Departamental de Sabanalarga, E.S.E. Hospital Juan Domínguez Romero de Soledad, E.S.E. Materno Infantil de Soledad, E.S.E. Palmar de Varela, E.S.E. Hospital de Malambo y E.S.E. Hospital de Puerto Colombia, el mayor aporte de recursos lo hizo la Gobernación del Atlántico (\$43.741 mil millones) destinados al saneamiento de los Pasivos de las E.S.E.

Hospital Departamental de Sabanalarga (\$15.223), E.S.E. Hospital Juan Domínguez Romero de Soledad (\$10.518), y E.S.E. CARI (18.000).

(Fuente informe de auditoría de la vigencia fiscal 2015 realizado por la Contraloría General de la Nación a la Secretaría Departamental de Salud)

La universalización del aseguramiento en salud para la población de puntaje I y II del Sistema de Identificación de Beneficiarios es del 96.54%⁸, cobertura inferior al promedio departamental (97%), quedando sin afiliación el 3.46% que equivale a 18.946 personas. El porcentaje de la población pobre no afiliada al Régimen Subsidiado en Salud – RSS- con un alto porcentaje de inconsistencias que se encuentran por depurar de la Base de Datos Única de Afiliación, -BDÚA-, o sea el 34.09%, siendo el mayor porcentaje del Departamento. La información de afiliación al SGSSS y de la prestación de servicios no está detallada con enfoque diferencial lo que no permite evaluar la accesibilidad y garantía del derecho a la salud de los grupos poblacionales.

(Fuente Superintendencia Nacional de Salud Informe de Auditoria de las vigencias 2011, 2012 y primer trimestre 2013.

<https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/SupervisionInstitucional/AuditoriaEntidadesTerritoriales/INFORME%20FINAL%20ATLANTICO.pdf>

En el Departamento del Atlántico el porcentaje de hogares que tiene limitaciones de acceso a los servicios de salud Atlántico es del 4,28% Barreras de acceso a servicio de salud y un 16,86% tiene barreras de acceso a servicios para cuidado de la primera infancia. (Fuente: cálculos DNP-SPSCV con datos Censo 2005 pag 142 Ministerio de Salud ANALISIS DE SITUACIÓN DE SALUD (ASIS) COLOMBIA, 2015).

De acuerdo a los informes de la Superintendencia de Salud, La Secretaría de Salud Departamental del Atlántico presenta debilidades en la gestión de

verificación y evaluación del seguimiento a los procesos de afiliación, identificación, selección de afiliados, cargue de afiliados, verificación y evaluación del cumplimiento sobre las garantías de libre elección de EPS, gestión de tutelas, seguimiento a obligaciones asignadas por la normatividad vigente del SGSSS, constituyéndose en un incumplimiento de las competencias conferidas por el artículo 43 de la Ley 715 de 2001, e incumplimiento de la interventoría de los contratos de aseguramiento en salud del régimen subsidiado competencia que le asigna el artículo 5° del Anexo Técnico de la Resolución 660 de 2008 del Ministerio de Salud. (Fuente Informe Superintendencia Nacional de Salud Auditoría Informe de auditoría a Entidades Territoriales para las vigencias 2011, 2012 y primer trimestre de 2013).

Por todas estas situaciones, la SSD no cuenta con los elementos para un sistema de información que permita automatizar y optimizar los procesos propios del área de aseguramiento y de esta manera poder contar con información integra, confiable y oportuna para la toma de decisiones administrativas y de gestión del control de la prestación de servicios, viéndose afectada la gestión que garantice a la población de usuario la prestación de los servicios, razón por lo cual deben hacer uso de los recursos que les otorga la ley como tutelas, peticiones, quejas y reclamos de los usuarios pero a este nivel tampoco existe un sistema de seguimiento al vencimiento de términos de respuesta. (Fuente: Informe Superintendencia Nacional de Salud Auditoría Realizar auditoria de carácter integral a Entidades Territoriales para las vigencias 2011, 2012 y primer trimestre de 2013).

En relación al seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud la SDS realiza actividades de verificación de actividades en gestión en salud pública pero no cuenta con una herramienta de gestión que permita realizar el seguimiento adecuado y oportuno de los indicadores de gestión, lo cual dificulta la medición del impacto de las metas de resultado y los avances de vigencia, incumpliendo sus

funciones y competencias. (Fuente: Informe Superintendencia Nacional de Salud Auditoría Realizar auditoria de carácter integral a Entidades Territoriales para las vigencias 2011, 2012 y primer trimestre de 2013).

La entidad territorial cuenta con la estructura, para la ejecución de actividades de vigilancia en salud pública, realiza actividades de vigilancia según lo establece el decreto 3518 de 2006, presenta soportes de ejecución de actividades en gestión de salud pública, realiza verificación de actividades realizadas en informes de gestión presentados de acuerdo a plazos establecidos según componente, sin embargo no se evidencia una herramienta de gestión que permita integrar la transversalidad de la vigilancia en salud pública con el seguimiento y evaluación de los indicadores de gestión del plan territorial de salud, lo que genera falta de control sobre las acciones a desarrollar y no permite la toma de decisiones a la hora de reformular acciones para la consecución del impacto con las metas del PTS. (Fuente: Informe Superintendencia Nacional de Salud Auditoría Realizar auditoria de carácter integral a Entidades Territoriales para las vigencias 2011, 2012 y primer trimestre de 2013).

En las vigencias 2011, 2012 y 2013 no se evidencian soportes documentales de verificación y evaluación de la generación y reporte de información requerida por el Sistema de Información Para la Calidad por parte de las IPS de la red hospitalaria, la falta de generación de esta información ocasiona una mala gestión de la accesibilidad y la oportunidad en la prestación de servicios.

(Fuente: Informe Superintendencia Nacional de Salud Auditoría Realizar auditoria de carácter integral a Entidades Territoriales para las vigencias 2011, 2012 y primer trimestre de 2013).

El proceso de referencia y contrarreferencia del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE, no se encuentra documentado en las vigencias 2011, 2012 y 2013, los procedimientos del Sistema de Referencia y Contrarreferencia se

desarrollan por experiencia de los operadores de las remisiones pero no existe el procedimiento documentado para la gestión, seguimiento y evaluación garanticen el control y retroalimentación de las remisiones desde la atención de baja y mediana complejidad y la contrarreferencia, lo que ocasiona fallas en la continuidad de la atención de los pacientes. (Fuente: Informe Superintendencia Nacional de Salud Auditoría Realizar auditoria de carácter integral a Entidades Territoriales para las vigencias 2011, 2012 y primer trimestre de 2013).

En los informes de Gestión de la Prioridad no se evidencia líneas de base en cuanto a los indicadores trazadores de la prioridad de Salud Sexual y Reproductiva para poder verificar el impacto de las acciones y su avance frente a los objetivos del desarrollo del milenio dando incumplimiento a la Ley 1122, Decreto 3039 de 2007, Objetivo 2. Resolución 425 de 2008, Artículo 17. (Fuente: Informe Superintendencia Nacional de Salud Auditoría Realizar auditoria de carácter integral a Entidades Territoriales para las vigencias 2011, 2012 y primer trimestre de 2013).

La SSD no suministra información completa relacionada con Listados Censales y PPNA de su jurisdicción por lo que se corre el riesgo de que dicha población tenga inconvenientes relacionados con el acceso a los servicios de salud de manera oportuna y con calidad. (Fuente: Informe Superintendencia Nacional de Salud Auditoría Realizar auditoria de carácter integral a Entidades Territoriales para las vigencias 2011, 2012 y primer trimestre de 2013).

Igualmente, en la auditoría realizada por la SNS de las vigencias 2011, 2012 y I trimestre 2013, no se suministran soportes que evidencien el reporte al Ministerio de Salud de los Registros de Intervenciones y Procedimientos en Salud –RIPS-.

La Entidad Territorial cuenta con diagnóstico en salud para la población especial (población con discapacidad, desplazados, víctimas del conflicto armado,

desmovilizados, población ROM, Niños y Niñas a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar), tiene herramientas de seguimiento para la focalización de la población especial en los 22 municipios que conforman el departamento, se encuentra implementada la política pública de discapacidad, cuenta con procesos de seguimiento y acciones ejecutadas en salud pública desde las diferentes prioridades del Plan de salud pública descritas en los POA anuales para el período evaluado, pero no hay planeación, seguimiento y evaluación de acciones a esa población con enfoque diferencial. (Fuente: Informe Superintendencia Nacional de Salud Auditoría Realizar auditoria de carácter integral a Entidades Territoriales para las vigencias 2011, 2012 y primer trimestre de 2013).

La falencia de las acciones de las acciones de salud pública con enfoque diferencial se traduce en falta de la transversalidad y fallas en la intervención de los determinantes sociales que afectan la calidad de vida de la población, incumpliendo la Ley 100 de 1993, Ley 715 de 2001 y acuerdo 415 de 2009, Ley 1438 de 2011 Art 19, 54, 66 y la Ley 691 DE 2001. (Fuente: Informe Superintendencia Nacional de Salud Auditoría Realizar auditoria de carácter integral a Entidades Territoriales para las vigencias 2011, 2012 y primer trimestre de 2013).

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo garantizar el derecho a la salud a la población afiliada a la red Hospitalaria Publica del Departamento del Atlántico?

2. JUSTIFICACIÓN

La pertinencia del presente trabajo radica en el abordaje de los aspectos más sobresalientes que inciden en el cumplimiento del Derecho a la salud a la población afiliada a la red pública del Departamento del atlántico y la propuesta para el desarrollo de acciones de evaluación, seguimiento y control que garanticen el derecho a la salud.

Estas acciones permiten identificar las oportunidades de mejora, determinando en todos los procesos asistenciales los procedimientos y actividades que requieren ajustes para lograr la calidad esperada garantizando a la población el derecho a la salud.

La herramienta de auditoría integral de la atención en salud brindará a las Entidades Territoriales avances para el cumplimiento de las obligaciones político administrativas y legales que le han sido asignadas por la reglamentación en salud en el logro del mejoramiento de la calidad de vida de la población. A la Secretaría Departamental de Salud del Atlántico le posibilita el desarrollo adecuado de sus competencias y funciones de inspección vigilancia y control del SGSSS. Cumplimiento de los principios del SGSSS, mejorando aspectos como:

- Admisiones de calidad
- Defensoría del Usuario o paciente
- Buenas Practicas de seguridad del paciente
- Buena regulación con el CRUE
- Alternativas de Negación de Servicios por Parte de la EAPB
- Contrarreferencia y reingreso de pacientes
- Cumplimiento de la Carta de derechos en la atención prestada

Un sistema de gestión pública en salud que propenda por el mejoramiento de sus procesos internos y los de los actores que debe controlar, se logra con la implementación de acciones de auditoría integrales para superar las falencias del aseguramiento y la prestación de servicios de salud.

2.1 DELIMITACIÓN ESPACIAL Y TEMPORAL

Todas las aplicaciones de la auditoría integral para garantizar el derecho a la salud, se desarrollarán en las ESES HOSPITALES PUBLICOS que conforman la Red Prestadora de Servicios de Salud del Atlántico.

En tiempo que se inicia en el año de 2014 a 2016

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar el cumplimiento y calidad de los servicios ofrecidos por la Red Hospitalaria Pública del Departamento del Atlántico para la garantía del Derecho a la salud.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

3.2.1 Identificar los procedimientos existentes en la Red Hospitalaria Pública del Departamento del Atlántico para el cumplimiento de los Derechos en Salud de la población de su área de influencia.

3.2.2 Caracterizar los procedimientos existentes en la Red Hospitalaria Pública del Departamento del Atlántico para el cumplimiento de los Derechos en Salud en términos de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución.

3.2.3 Diseñar una estrategia de auditoria para seguimiento y cumplimiento de las condiciones de prestación de servicios de salud centrada en el usuario.

4. MARCO TEORICO

4.1 ANTECEDENTES GENERALES

Los antecedentes generales de la auditoría integral para el cumplimiento del Derecho a la Salud, se originan en el despliegue jurídico de la responsabilidad social del Estado Colombiano y en la organización del sistema de calidad en la prestación de los servicios de salud. El desarrollo de la legislación que promulga la Constitución Política de 1.991 busca el reconocimiento de los derechos humanos fundamentales, sociales, políticos, culturales y ambientales de los colombianos, además define la estructura y asigna responsabilidades de las Ramas del Poder Público para garantizar el orden político, social y económico del país. La organización del sistema de la calidad en salud tiene la finalidad de minimizar los riesgos inherentes a la prestación de los servicios de salud para preservar la vida y la salud de las personas y colectividades.

La Asamblea Nacional Constituyente con la finalidad de garantizar a los colombianos los derechos esenciales promulgó en el artículo 11 de la Constitución Política de 1991 los derechos fundamentales y decreta que el derecho a la vida es inviolable, en el artículo 49 la Carta Magna responsabiliza al Estado de los servicios públicos de salud y saneamiento ambiental, con la obligatoriedad de garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

La reforma en salud surgida al tenor de la Constitución Política de 1991, fue reglamentada en esencia en la Ley 100 de 1993, norma a través de la cual se organiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS -, contemplando la calidad como un atributo fundamental de la atención integral en

salud dirigida a la población. El acervo normativo de las dos últimas décadas es generosamente amplio para la garantía de los derechos fundamentales, especialmente para la protección de la salud y la vida, asignando a los entes nacionales y territoriales las acciones de seguimiento, vigilancia y control del aseguramiento en salud.

En la búsqueda para la organización del sistema de calidad en salud , el Gobierno de Colombia en el año 1994 , firma un acuerdo con la Escuela de Salud Pública de Harvard para definir los elementos regulatorios, técnicos e institucionales que dieran respuesta a los requerimientos para llevar a cabo la reforma del sistema de salud, concluyendo en una serie de recomendaciones, que al ser acogidas por el Gobierno Colombiano, suscribió con el Banco Interamericano de Desarrollo (marzo de 1996) un contrato de préstamo cuyos recursos financiaron el proceso de la reforma a través del Programa de Apoyo a la Reforma en Salud – PARS -, estrategia para el desarrollo de las propuestas técnicas para implantar la reforma y superar los obstáculos que se presentaran en la implementación del nuevo Modelo de Salud. (Kerguelen Botero Carlos Alfonso. Calidad en Salud en Colombia Los Principios, Ministerio de la Protección Social, Bogotá 2008)

Estas acciones gubernamentales se ven fortalecidas en el periodo de 1999 a 2001, al ejecutar el PARS con el Consorcio Asociación Centro de Gestión Hospitalaria – Canadian Council on Health Services Accreditation - QUALIMED, el proyecto Evaluación y ajuste de los procesos, estrategias y organismos encargados de la operación del Sistema de garantía de calidad para las instituciones de salud. Con base en el análisis de las teorías y conceptos de calidad, el diagnóstico de la situación nacional y la revisión de experiencias nacionales e internacionales, se crean las bases para el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC). El objeto del SOGC es garantizar las condiciones de atención en salud minimizando los riesgos inherentes a ella para preservar la vida y la salud de los usuarios. Se estructuran las bases de los cinco los componentes

del SOGC, 1) Sistema Único de Habilitación dirigido a garantizar el cumplimiento de unos requisitos obligatorios que generen las condiciones mínimas de la prestación de servicios de salud; 2) Sistema Único de Acreditación, tanto de entidades promotoras de salud (EPS) como instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS); 3) la Auditoría encaminada al mejoramiento de la calidad de los procesos de atención en salud, mediante la evaluación sistemática de la calidad alcanzada frente a la deseada; 4) el Sistema de Información a Usuarios, para facilitar en estos la toma de decisiones basadas en calidad, que activen incentivos en los aseguradores y prestadores para mejorar los servicios y, finalmente, 4) incentivos económicos, de prestigio, legales y éticos que estimulen la competencia por calidad.(Tono R. Teresa, Kerguelen B. Carlos, *Calidad de Salud en Colombia- Los principios*, Bogotá, 2008).

Siendo trascendental que en medio de la reforma del sector en la década de los noventa, fue definido el concepto de calidad como un atributo fundamental de la atención integral en salud que se le brinda a la población, y que por su cumplimiento concurren los actores del sistema de salud, aseguradores, prestadores, entes territoriales, organismos de control y los propios usuarios. Los procesos para la generación, evaluación y mejoramiento continuo de la calidad en la atención y su impacto sobre las condiciones de salud y bienestar de la población, la calidad se ha definido desde la creación del SGSSS como la provisión de servicios de salud a los usuarios de forma accesible, equitativa y con un nivel profesional óptimo, considerando el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el fin de lograr la satisfacción de los usuarios y la sostenibilidad del sistema. La atención en salud de calidad centrada en el usuario, debe cumplir los requisitos que garanticen la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la atención.

En desarrollo de los estudios adelantados por el Ministerio de Salud a través del Programa de Apoyo a la Reforma en Salud – PARS - en la primera fase de su

ejecución, define el marco teórico de la política del sistema de garantía de calidad, plasmados en el decreto 2309 de 2002, desarrollo de la reglamentación del SOGC en la prestación de asistencia técnica a los entes territoriales e instituciones para la implementación del sistema, y en el seguimiento y ajuste de los procedimientos e instrumentos. Y en la segunda fase del PARS, se desarrollan el apoyo a la reglamentación de la normatividad y a la implementación del Sistema Único de Habilitación de los prestadores de servicios de salud, se capacita a los funcionarios en el SOGC para el cumplimiento de sus competencias y a los usuarios para su empoderamiento en los derechos y deberes y la participación social en la defensoría y veeduría del SGSSS.

En la organización del componente de incentivos en el año 2005 el PARS en asocio con el Centro de Investigaciones para el Desarrollo –CID- de la Universidad Nacional de Colombia implementan dos proyectos, el primero de ellos es el proyecto de Diseño y cálculo de la caracterización de entidades promotoras de salud, con base en las funciones de agencia, aseguramiento o gestión del riesgo y garantía de prestación de servicios, el segundo proyecto fue la creación de un ordenamiento (ranking) de instituciones prestadoras de servicios de salud con base en el Sistema único de habilitación. En la implementación de estos dos proyectos surgen las propuestas teórico - metodológicas para la construcción de los indicadores y evaluación de los aseguradores y prestadores de salud. En el mismo año 2005 el PARS con el Instituto con el Instituto de Ciencias de la Salud (CES) y el Centro de Gestión Hospitalaria, implementan y desarrollan el proyecto que tiene como finalidad la creación de los de estándares para la habilitación, acreditación y auditoría de servicios ambulatorios.

Para el desarrollo del SOGC el Ministerio de Salud por el concurso internacional de méritos 06 de 1.999 realizado con recursos del empréstito suscrito con el Banco Interamericano de Desarrollo, selecciona al Consorcio Internacional conformado por la Asociación Centro de Gestión Hospitalaria, el Consejo

Canadiense de Acreditación de Servicios de Salud y QUALIMED, con objeto de "Desarrollar y fortalecer el Sistema de garantía de calidad, que integra aspectos de evaluación de la calidad e información al usuario, así como los mecanismos para implementarlo en las entidades aseguradoras y los prestadores, con el fin de garantizar en el mediano plazo una óptima calidad de los servicios a toda la población cubierta por el sistema de seguridad social, y que conlleve una alta satisfacción de los usuarios, al tiempo que impulse el desarrollo de la cultura de la calidad en el sector" .

(Fuente Ministerio de Salud – PARS, Calidad en Salud en Colombia – Los Principios, Calos Alfonso Kerguelén Botero, Bogotá 2.008).

Como resultado del proyecto ejecutado por el Consorcio Internacional: Asociación Centro de Gestión Hospitalaria - Consejo Canadiense de Acreditación de Servicios de Salud y QUALIMED surge la propuesta de cambios y nuevos diseños en seis áreas, la primera los ajustes de los requisitos esenciales que originaron las condiciones mínimas de habilitación del Sistema Único de Habilitación, requisitos y estándares básicos por servicios de idoneidad del recurso humano, infraestructura y dotación básica y su mantenimiento, insumos básicos y su manejo, documentación y registros médicos, coordinación de recursos y seguimiento a riesgos, para el ingreso de un prestador de servicios al SGSSS. El área segunda de trabajo fue el origen del diseño de un Sistema único de acreditación de instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), sin que en ese momento fuera claro a qué tipo de prestadores, el diseño de un Sistema único de acreditación de entidades promotoras de salud (EPS), medicina prepagada, administradoras del régimen subsidiado (ARS) y adaptadas, se estableció el SUA de IPS y EPS como un proceso voluntario y periódico de autoevaluación y evaluación externa, enfocados en los procesos que incluyen la organización como un todo, cualificando los procesos de atención de los usuarios, se tuvo como referentes los sistemas de acreditación de Canadá, Estados Unidos, México, Brasil, Argentina, Chile, Francia, España, Suecia, Noruega, Nueva Zelanda,

Tailandia y Japón, desarrollando requerimientos internacionales, que su cumplimiento les permite ser reconocidos y generar prestigio en el ámbito nacional e internacional, incentivo real para la calidad. El área tercera desarrollada por el Consorcio Internacional fue la base y fundamento de la que se conoce en la actualidad como la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, el cual plantea la comparación sistemática entre la calidad observada y la calidad deseada de acuerdo con las normas técnico-científicas y administrativas previamente estipuladas para la atención en salud. Complementaria del SUH y de SUA, la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud se constituye en la herramienta de apoyo al control y mejoría de los procesos, procedimientos y actividades que conjugan el autocontrol y el control interno con sistemas de control externo, lo que genera el mantenimiento y mejora continua de la calidad de la atención de los pacientes. El área cuarta desarrollada es el componente de información a usuarios (hoy conocida como Sistema de Información y Atención a los Usuarios –SIAU-), entendida como la información mínima del desempeño de los profesionales y organizaciones del sector socializada a los usuarios del sistema con la finalidad de tener un conocimiento de las diferencias en la prestación de servicios, para desarrollar con base en este conocimiento y criterios de calidad una comparación de prestadores y aseguradores para el ejercicio del control de la atención recibida y la libre elección. La estrategia del SIAU es el apoderamiento de la población a través del conocimiento para tomar decisiones en lo referente al sector de la salud, la referenciación de los prestadores y de las aseguradoras con indicadores de calidad para estimular en ellos la respuesta al incentivo de prestigio y la implementación de indicadores para hacer seguimiento al sistema de garantía de calidad. El área quinta de creación del Consorcio Internacional fue el diseño del Sistema de Incentivos con el objeto de generar estímulos a la calidad de la atención en salud y evita las prácticas y comportamiento organizacionales inadecuados de los profesionales, los usuarios o los administradores de la salud.

En los años siguientes el PARS y los resultados de las evaluaciones del desarrollo del SOGCS, continua la promulgación de normas, indicadores e instrumentos de evaluación de la calidad de los servicios y los niveles de satisfacción de los usuarios del Sistema de Salud, entre otras se destacan el Decreto 1011 de 2006 por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud en su artículo 4° que en la actualidad en el Decreto 780 de 2016 (Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social) es compilado en el artículo 2.5.1.2.2, establece como componentes del SOGCS el Sistema Único de Habilitación, La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, el Sistema Único de Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad.

En el esquema de aseguramiento impuesto por la Ley 100 de 1993 y las normas que le sucedieron como la Ley 715 de 2001, por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos del Sistema General de Participaciones y competencias de las nación y entes territoriales en salud y educación, las disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, y el diseño y consolidación de redes para la integración y articulación de los prestadores de servicios de salud, la utilización adecuada de la oferta en salud y la racionalización del costo de las atenciones en beneficio de la población, así como la optimización de la infraestructura que la soporta, organizados por grados de complejidad y articulados entre sí mediante un sistema de referencia y contrarreferencia el fin de prestar al usuario servicios de salud acordes con sus necesidades, atendiendo los requerimientos de eficiencia y oportunidad.

Posteriormente en el año 2007 la ley 1122 realiza ajustes al SGSSS, en su Capítulo I, disposiciones generales, establece como objeto de la misma reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios

de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

En el artículo 25 la Ley 1122, “...*De la regulación en la prestación de servicios de salud*”, el legislador dispone que el Ministerio de la Protección Social es el responsable de definir los requisitos y procedimientos para la habilitación de las nuevas Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud teniendo en cuenta criterios poblacionales, epidemiológicos, financieros, socioeconómicos y condiciones del mercado y la habilitación de prestadores obligatoriamente previa a la prestación de los servicios de salud. El párrafo 3° de este mismo artículo retoma la prestación de los servicios de salud a nivel territorial a través de la integración de redes de prestadores de servicios de salud.

En el capítulo VII, artículo 36 “Inspección, Vigilancia y Control” – IVC-, la Ley 1122 de 2007 normaliza las definiciones, funciones y competencias del Sistema de Inspección Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud como un conjunto de normas, agentes, y procesos articulados entre sí, le asigna la competencia de dirección del Sistema de IVC a la Superintendencia Nacional de Salud – SNS- y le otorga en el artículo 41 la Función Jurisdiccional de conocer y fallar en derecho con carácter definitivo y con las facultades propias de un juez, a petición de parte, en los asuntos relacionados con coberturas de procedimientos, actividades e intervenciones del plan obligatorio de salud - POS - cuando su negativa por parte de las entidades promotoras de salud o entidades que se les asimilen, ponga en riesgo o amenace la salud del usuario; el reconocimiento económico de los gastos en que haya incurrido el afiliado por concepto de atención de urgencias en caso de ser atendido en una IPS que no tenga contrato con la respectiva EPS cuando haya sido autorizado expresamente por la EPS para una atención específica y en caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud para

cubrir las obligaciones para con sus usuarios; conflictos que se susciten en materia de multiafiliación dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud; conflictos relacionados con la libre elección que se susciten entre los usuarios y las aseguradoras y entre estos y las prestadoras de servicios de salud y conflictos relacionados con la movilidad dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Los ejes del Sistema de Inspección Vigilancia y Control – IVC - quedaron reglamentados en la Ley 1122 de 2007 en su artículo 37 en los ejes de la IVC del financiamiento con el objeto de vigilar por la eficiencia, eficacia y efectividad en la generación, flujo, administración y aplicación de los recursos del sector salud, del Aseguramiento cuyo eje es vigilar el cumplimiento de los derechos derivados de la afiliación o vinculación de la población a un plan de beneficios de salud.

Numeral 3 Prestación de servicios de atención en salud pública, su objetivo es vigilar que la prestación de los servicios de atención en salud individual y colectiva se haga en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Numeral 4 Atención al usuario y participación social, su objetivo es garantizar el cumplimiento de los derechos de los usuarios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como los deberes por parte de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud; de igual forma promocionar y desarrollar los mecanismos de participación ciudadana y de protección al usuario del servicio de salud.

Numeral 5 Acciones y medidas especiales, su objetivo es adelantar los procesos de intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar las entidades

vigiladas que cumplen funciones de explotación u operación de monopolios rentísticos cedidos al sector salud,

Numeral 6 Información, vigilar que los actores del Sistema garanticen la producción de los datos con calidad, cobertura, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia.

Numeral 7 Focalización de los subsidios en salud, vigilar que se cumplan los criterios para la determinación, identificación y selección de beneficiarios y la aplicación del gasto social en salud por parte de las entidades territoriales.

Mediante la Ley 1122 de 2007 (artículo 42), se crea la figura del Defensor del Usuario en Salud, el cual depende de la Superintendencia Nacional de Salud en coordinación con la Defensoría del Pueblo. Su función es la de ejercer la vocería de los afiliados ante las respectivas EPS en cada departamento o en el Distrito Capital, con el fin de conocer, gestionar y dar traslado a las instancias competentes de las quejas relativas a la prestación de servicios de salud.

La Ley 1438 de 19 de enero 2011 por la cual se reforma el SGSS con el objeto de lograr su fortalecimiento, mediante la implementación de un modelo de prestación del servicio público en salud, enmarcado en la estrategia Atención Primaria en Salud, que permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que garantice servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.

El artículo 2° de la Ley 1438 de 2011 define la orientación del Sistema General de Seguridad Social en Salud hacia la generación de condiciones que protejan la salud de los colombianos, siendo el bienestar del usuario el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud.

La Ley 1438 de 2011 establece para el logro de condiciones de protección de la salud de los colombianos, la concurrencia de las acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y demás prestaciones que, en el marco de una estrategia de Atención Primaria en Salud, necesarias para promover de manera constante la salud de la población. Igualmente, en este mismo sentido ordena la unificación del POS para toda la población, la universalidad del aseguramiento, la portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país y la preservación de la sostenibilidad financiera del Sistema.

Igualmente, la Ley 1438 de 2011 ordena al Gobierno Nacional la definición de metas e indicadores para el seguimiento y evaluación de resultados en salud para todos los niveles y actores del SGSSS. Los criterios de dichos indicadores incluyen mediciones de prevalencia e incidencia en morbilidad y mortalidad materna perinatal e infantil, incidencia de enfermedades de interés en salud pública, incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles y en general las precursoras de eventos de alto costo, incidencia de enfermedades prevalentes transmisibles incluyendo las inmunoprevenibles y del acceso efectivo a los servicios de salud. Los resultados en virtud de la misma Ley 1438 de 2011 deben monitorearse en una evaluación integral del SGSSS cada cuatro (4) por el Gobierno Nacional para determinar las medidas a aplicar.

En las competencias de los actores del SGSSS la Ley 1438 de 2011, adiciona al artículo 43 competencias de los entes territoriales en el numeral 43.3.10: Coordinar y controlar la organización y operación de los servicios de salud bajo la estrategia de la Atención Primaria en Salud a nivel departamental y distrital y al artículo 44 le adiciona el numeral 44.3.7: Coordinar y controlar la organización y operación de los servicios de salud bajo la estrategia de la Atención Primaria en Salud a nivel municipal.

El Título II, Salud Pública, Promoción y Prevención y Atención Primaria en Salud Capítulo I, Salud Pública, de la Ley 1438 de 2011 en su Artículo 6° establece al Ministerio de la Protección Social la elaboración del Plan Decenal de Salud Pública a través de un proceso amplio de participación social y en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, en el cual deben confluir las políticas sectoriales para mejorar el estado de salud de la población, incluyendo la salud mental, garantizando que el proceso de participación social sea eficaz, mediante la promoción de la capacitación de la ciudadanía y de las organizaciones sociales.

El Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 define los objetivos, las metas, las acciones, los recursos, los responsables sectoriales, los indicadores de seguimiento, y los mecanismos de evaluación de la Política de Salud a nivel nacional y territorial.

La Ley 1438 en sus capítulos subsiguientes reglamenta las acciones de salud pública, atención primaria en salud y promoción y prevención, el uso de uso de los recursos de promoción y prevención, asigna competencias al Ministerio de la Protección Social y las entidades territoriales para establecer los objetivos, metas e indicadores de seguimiento sobre resultados e impacto en la salud pública de las actividades de promoción de salud y la prevención de la enfermedad. En este capítulo la Ley 1438 incluye la contratación de las acciones de salud pública y promoción y prevención, las cuales deben ser ejecutadas en el marco de la estrategia de atención primaria en salud.

En relación a las redes de salud, la Ley 1438 de 2011 define que serán articuladas por los municipios y la Entidades Promotoras de Salud en los espacios poblacionales para la prestación de servicios de salud, y serán habilitadas por las entidades departamentales o distritales competentes, en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

En el Capítulo III, reglamenta la Atención Primaria en Salud – APS- adopta la Estrategia de Atención Primaria en Salud, constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana, la APS permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios.

El Título III de la Ley 1438 de 2011, establece la Atención Preferente y Diferencial para la Infancia y La Adolescencia, realizando modificaciones al POS el cual debe garantizar las coberturas de las actividades de prevención, detección temprana y tratamiento adecuado de enfermedades, atención de emergencias, restablecimiento físico y psicológico de derechos vulnerados y rehabilitación de las habilidades físicas y mentales de los niños, niñas y adolescentes en situación de discapacidad, teniendo en cuenta sus ciclos vitales, el perfil epidemiológico y la carga de la enfermedad, igualmente incluye la gratuidad para los niños, niñas y adolescentes de Sisben 1 y 2 de la prestación de servicios y suministro de los servicios y medicamentos de la parte especial y diferenciada del Plan de Beneficios para los niños, niñas y adolescentes con discapacidades físicas, sensoriales y cognitivas, enfermedades catastróficas y ruinosas que sean certificadas por el médico tratante.

La Ley 1438 de 2011 ordena el restablecimiento de la salud de niños, niñas y adolescentes cuyos derechos han sido vulnerados, por la cual debe realizarse de forma gratuita sin diferencias por el régimen de afiliación, la rehabilitación física y mental de los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia física o sexual y todas las formas de maltrato.

La Universalización del Aseguramiento en Salud para todos los residentes del país está incluido en la Ley 1438 de 2011 en su Capítulo III, todos los habitantes de Colombia deben estar afiliados a uno de los dos regímenes en salud (contributivo o subsidiado). En este mismo aparte la Ley 1438 de 2011 incluye el procedimiento para la atención, afiliación y responsable de pago de las personas sin capacidad de pago que requieren atención en salud de urgencias, y o se encuentren afiliadas al SGSSS. Estas personas deben ser atendidas obligatoriamente por los Prestadores de Servicios de Salud que oferten servicios de urgencias.

En el Título VI De la Prestación de Servicios de Salud la Ley 1438 de 2011 prohíbe los mecanismos de pago, contratación de servicios, acuerdos o políticas internas que limiten el acceso a los servicios de salud o que restrinjan su continuidad, oportunidad, calidad o que propicien la fragmentación en la atención de los usuarios.

La definición de las Redes Integradas de Servicios de Salud se encuentra en el Capítulo II del Título VI de la Ley 1438 de 2011: “Las redes integradas de servicios de salud se definen como el conjunto de organizaciones o redes que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar servicios de salud individuales y/o colectivos, más eficientes, equitativos, integrales, continuos a una población definida, dispuesta conforme a la demanda.” Las redes integradas estarán ubicadas en un espacio poblacional determinado, se organizarán y dispensarán con la suficiencia técnica, administrativa y financiera requerida, los servicios en materia de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación que demande el cumplimiento eficaz de los planes de beneficios. Las Entidades Promotoras de Salud deberán garantizar, y ofrecer los servicios a sus afiliados de manera integral, continua, coordinada y eficiente, con portabilidad, calidad y oportunidad, a través de las redes.

Las entidades territoriales, municipios, distritos, departamentos y la Nación, según su competencia, en coordinación con las EPS, organizarán y conformarán las redes integradas incluyendo prestadores públicos, privados y mixtos que presten los servicios de acuerdo con el Plan de Beneficios a su cargo. Las redes se organizarán de acuerdo al cumplimiento de los siguientes criterios: necesidades en salud de la población, la oferta de servicios debe incluir la prestación de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, integrando tanto los servicios de salud individual como los servicios de salud colectiva. El Modelo de APS en salud centrado en la persona, la familia y la comunidad, con enfoque diferencial, recurso humano suficiente, valorado, competente y comprometido, adecuada estructuración de los servicios de baja complejidad de atención fortalecida y multidisciplinaria que garantice el acceso al sistema, con la capacidad resolutive para atender las demandas más frecuentes en la atención de la salud de la población a cargo, mecanismos efectivos de referencia y contrareferencia para garantizar la integralidad y continuidad de la atención del usuario en los diferentes niveles de atención y escenarios intramurales y extramurales, red de transporte y comunicaciones, acción intersectorial efectiva, esquemas de participación social amplia, gestión integrada de los sistemas de apoyo administrativo, financiero y logístico, sistema de información único e integral de todos los actores de la red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes, financiamiento adecuado y mecanismos de seguimiento y evaluación de resultados, cumplimiento de estándares de habilitación por parte de cada uno de los integrantes de la red conforme al SOGC.

En el presente año , el 7 de febrero de 2016 el Ministerio de Salud y de la Protección Social reglamentó la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, PAIS, esta normatividad en su artículo 1° establece que la política PAIS “... *atiende la naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud y orienta los objetivos del sistema de salud y de la seguridad social en salud a la garantía del*

derecho a la salud de la población, generando un cambio de prioridades del Estado como regulador y la subordinación de las prioridades e intereses de los integrantes a los objetivos de la regulación, que centra el sistema en el ciudadano. El objetivo de la PAIS está dirigido hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población, mediante la regulación de la intervención de los integrantes sectoriales e intersectoriales responsables de garantizar la atención de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución. La política exige la interacción coordinada de las entidades territoriales, a cargo de la gestión de la salud pública, de las Entidades administradoras de planes de beneficios-EAPB y de los prestadores de servicios de salud. Esa coordinación implica la implementación y seguimiento de los Planes Territoriales de Salud, en concordancia con: los Planes de Desarrollo Territoriales, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018...”

La Política PAIS establece un marco estratégico y un marco operacional que corresponde al Modelo Integral de Atención en Salud - MIAS. El marco estratégico de la PAIS tiene fundamento en la atención primaria en salud – APS, la cual tiene como enfoque la salud familiar y comunitaria, el cuidado, la gestión integral del riesgo y el enfoque diferencial para los distintos territorios y poblaciones. Este enfoque está orientado a la articulación y armonización del aseguramiento, la prestación de servicios de salud y el desarrollo de las políticas y programas en salud pública, adecuado a resolver la situación de salud de las personas, familias y comunidades. La APS debe sustentarse en los procesos de gestión social y política de carácter intersectorial, aplicados al contexto poblacional y territorial. (Minsalud, Resolución 429 de 2016, art. 2°).

El Modelo Integral de Atención en Salud-MIAS, constituye el modelo operacional de la PAIS, MIAS a partir de las estrategias definidas en la Atención Primaria en Salud – APS, “adopta herramientas para garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población, bajo condiciones de equidad, y comprende el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los integrantes del sistema, en una visión centrada en las personas. La implementación del modelo de atención exige poner a disposición de los integrantes un conjunto de herramientas (políticas, planes, proyectos, normas, guías, lineamientos, protocolos, instrumentos, metodologías, documentos técnicos) que integran los objetivos del Sistema de Salud con los del SGSSS, orientan la respuesta del Sistema y alinean su regulación.” (Minsalud, Resolución 429 de 2016, art. 3°).

El Derecho a la Salud a partir de la expedición por el Ministerio de Salud y Protección Social de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, es promulgado como derecho fundamental de los habitantes del territorio colombiano, entendido como derecho autónomo e irrenunciable, “... *Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.*” (Minsalud, Ley 1751 de 2015, Art 1° y 2°).

La Ley 1797 de 2016 establece medidas de carácter financiero y operativo para avanzar en el proceso de saneamiento de deudas del sector salud de los municipios y departamentos, orientadas a mejorar el flujo de recursos y la calidad

de la prestación de servicios dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Incluye nuevas fuentes como el uso de los recursos provenientes de regalías para la financiación de las actividades de salud que no se encuentran en el Plan Obligatorio de Salud y la utilización los excedentes de rentas cedidas para saneamiento de deudas del régimen subsidiado, e incluso autoriza estas fuentes de recursos para capitalizar y sanear EPS en la que participe la respectiva entidad territorial. Una de las medidas que traerá más beneficios a los prestadores de servicios de salud es la modificación en la prelación de pagos en procesos de liquidación, pues las deudas reconocidas con IPS pasan del quinto al segundo lugar.

Esta normatividad permite condonar deudas del régimen subsidiado que los municipios más pobres tengan con el Fondo de Solidaridad y Garantía –FOSYGA- y crea créditos blandos con tasa compensada con recursos de la Nación, sujetos a disponibilidad presupuestal. Otro impacto positivo frente a los pacientes que están esperando medicamentos es que el Ministerio de Salud podrá girar recursos directamente a los proveedores del régimen subsidiado, lo cual, al reducir elementos en la cadena de distribución, agilizará la entrega fármacos y la prestación de servicios.

Respecto al mejoramiento de la gobernanza en el sector, dispone que el Presidente de la República, gobernadores y alcaldes son los responsables de nombrar los gerentes de los hospitales, remplazando los procesos de selección llevados a cabo por universidades, buscando mayor rendición de cuentas y articulación entre gobiernos locales y gerentes.

4.2 MARCO JURÍDICO

El marco jurídico del presente trabajo de investigación inicia desde la promulgación de la Constitución Política de Colombia de 1.991, carta magna que promulga los derechos de la población colombiana y las normas que reforman la seguridad social que tiene sus inicios en la Ley 100 de 1993. El Estado Social de Derecho se caracteriza por ser un estado garantista de los Derechos Humanos, Sociales, Políticos y Culturales de los pueblos, por lo tanto, el desarrollo de legislación tiene la finalidad de garantizar el bienestar y la vida digna de las personas.

El preámbulo de la Constitución Política de 1.991 el cual tiene carácter vinculante de todo su ordenamiento jurídico, con la finalidad de preservar los derechos esenciales que incluyen la vida, la convivencia, el trabajo, la justicia, la igualdad, el conocimiento, la libertad y la paz, dentro de un marco jurídico, democrático y participativo, promulgó en el artículo 11 de los derechos fundamentales, que el derecho a la vida es inviolable y en el artículo 49 la Carta Magna decreta que la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado, con la obligatoriedad de garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

A partir del nuevo orden constitucional de 1991, garantista de los derechos de los colombianos, se produjeron en el país las reformas de los diferentes sectores de servicios a cargo del Estado, en el sector salud, mediante la Ley 100 de 1993 se organiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS -, contemplando la calidad como un atributo fundamental de la atención integral en salud dirigida a la población. El desarrollo normativo de las dos últimas décadas es generosamente amplio para la garantía de los derechos fundamentales, especialmente para la protección de la salud y la vida, asignando a los entes nacionales y territoriales las acciones de seguimiento, vigilancia y control del aseguramiento en salud y la prestación de servicios de salud, los principales se exponen a continuación:

El artículo 49 de la CP de 1991 asigna al Estado la competencia de "... organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. El cumplimiento de esta última función es determinante para la garantía del derecho a la salud de los usuarios del SGSSS.

El Decreto 1011 de 2006 por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud en su artículo 4° que en la actualidad en el Decreto 780 de 2016 (Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social) es compilado en el artículo 2.5.1.2.2, establece como componentes del SOGCS el Sistema Único de Habilitación, La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, el Sistema Único de Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad.

El componente Sistema Único de Habilitación contiene las condiciones de obligatorio cumplimiento para los prestadores de servicios de salud de naturaleza pública o privada que oferten servicios en el territorio nacional dirigido a garantizar el cumplimiento de unos requisitos obligatorios que minimicen los principales riesgos de la prestación de servicios de salud, con el fin de proteger la vida y la salud de los usuarios, el Sistema Único de Acreditación, tanto de entidades territoriales, las empresas promotoras de salud (EPS) como de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), la Auditoría encaminada al mejoramiento de la calidad de los procesos de atención en salud, mediante la evaluación sistemática de la calidad alcanzada frente a la deseada.

En el esquema de aseguramiento impuesto por la Ley 100 de 1993 y las normas que le sucedieron como la Ley 715 de 2001, por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos del Sistema General de Participaciones y competencias de las nación y entes territoriales en salud y educación, las disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, en su Capítulo IV, Disposiciones generales del sector salud, artículo 54, explicitan la organización y consolidación de redes para la integración y articulación de los prestadores de servicios de salud, la utilización adecuada de la oferta en salud y la racionalización del costo de las atenciones en beneficio de la población, así como la optimización de la infraestructura que la soporta.

La Ley 715 de 2001 establece que “La red de servicios de salud se organizará por grados de complejidad relacionados entre sí mediante un sistema de referencia y contrarreferencia que provea las normas técnicas y administrativas con el fin de prestar al usuario servicios de salud acordes con sus necesidades, atendiendo los requerimientos de eficiencia y oportunidad, de acuerdo con la reglamentación que para tales efectos expida el Ministerio de Salud.”

Ley 1751 2015 y política de Atención en salud País (MIAS, RIAS), antes descritas.

4.3 MARCO CONCEPTUAL

La conceptualización de la Calidad de la Salud y de su Auditoría en Colombia va ligada al desarrollo de la legislación del SGSSS y del SOGC, las definiciones de calidad tienen su fundamento en las normas, los principios, las definiciones que sustentan la reforma a la salud, el desarrollo del SOGC y, surgen desde las discusiones de los profesionales nacionales e internacionales del Consorcio Internacional: Asociación Centro de Gestión Hospitalaria - Consejo Canadiense de Acreditación de Servicios de Salud y QUALIMED. Los conceptos y referentes de la

Auditoría tienen su origen en el desarrollo normativo de los estándares e indicadores de evaluación de los componentes del sistema de salud.

Los referentes internacionales del desarrollo teórico de la Calidad en Salud surgen en 1980 con la definición de calidad asistencial propuesta por Avedis Donabedian: "Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes".(Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. En: Explorations in quality assessment and monitoring.Vol.I. Health Administration Press. Ann Arbor. Michigan. 1980.)http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf. Ponències i Jornades: Rosa Suñol i Àlvar Net LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN Àlvar Net. Presidente de la Fundación Avedis Donabedian. Rosa Suñol. Directora de la Fundación Avedis Donabedian.

Posteriormente en 1989, la International Organization for Standardization (ISO) definió la Calidad como "... el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado". (International Organization for Standardization. Quality: terms and definitions. 1989). Esta definición contiene dos conceptos fundamentales: el primero de ellos es que la calidad es medible y el segundo que la calidad es el grado de cumplimiento de un objetivo y por tanto depende de cómo se define éste.

En 1991 la Organización Mundial de la Salud afirmaba que: "Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite".

El concepto de calidad de la salud cambia dependiendo del actor del sistema de salud que lo utiliza desde el rol de ente rector, entidad territorial, empresa de aseguramiento, institución prestadora o usuario del servicio de salud

Para Donabedian la calidad asistencial tiene tres componentes, 1) El componente técnico, el cual es la aplicación de la ciencia y de la tecnología en el manejo de un problema de una persona de forma que rinda el máximo beneficio sin aumentar con ello sus riesgos. 2) El componente interpersonal, el cual está basado en el postulado de que la relación entre las personas debe seguir las normas y valores sociales que gobiernan la interacción de los individuos en general. Estas normas están modificadas en parte por los dictados éticos de los profesionales y las expectativas y aspiraciones de cada persona individual, y 3) Los aspectos de confort, los cuales son todos aquellos elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención más confortable.

De la articulación de las referencias surgidas en el ámbito internacional y el nacional se define la calidad como un atributo fundamental de la atención integral en salud, que se le brinda a la población en condiciones de aceptabilidad, accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la atención, para su cumplimiento concurren los actores del sistema de salud, aseguradores, prestadores, entes territoriales, organismos de control y los propios usuarios.

En el desarrollo de concepto de la evaluación y mejora de la calidad, se toman en los años 80 conceptos y teorías de la industria con el objeto de retomar estrategias que permitieran superar la crisis de los servicios sanitarios ocasionada por la recesión económica, entre otros autores Juran JM afirma que la calidad debe planificarse, evaluarse y mejorarse.

Una aportación esencial en este ámbito es la realizada por Juran, el cual sostiene que la calidad no sólo puede evaluarse y mejorarse, sino que debe también planificarse, siendo esta fase necesariamente previa a las demás. Planificada la mejora de la calidad cumpliendo los requisitos del cliente y adecuando los

servicios a las necesidades del usuario, deben destinarse los recursos para ajustar el diseño de los procesos de producción de servicios y transferirlos a las operación cotidiana de la organización, de forma paralela a la realización y entrega del servicio, se produce la evaluación de la calidad, a partir de rigurosos criterios de seguimiento y control, y con base en sus resultados la implementación de las medidas de mejora.(Juran JM. Juran y el liderazgo para la calidad. Manual para directivos. Díaz de Santos. Barcelona. 1990).

La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, es la herramienta de apoyo al control y mejoría de los procesos, procedimientos y actividades que conjugan el autocontrol y el control interno con sistemas de control externo, lo que genera el mantenimiento y mejora continua de la calidad de la atención de los pacientes.

4.4 MARCO GEOGRÁFICO Y DEMOGRÁFICO DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO

4.4.1 Información General. El Departamento del Atlántico fue creado por medio de la Ley No. 17 de 1905 de abril 11, actualmente está conformado por 22 Municipios y el Distrito Especial Industrial y Portuario de Barranquilla, su capital.
Figura No. 1 Mapas de Localización y Símbolos departamento del Atlántico.



Fuente: Wikipedia.org 2015

El Censo Dane 2005 indica que el índice de Necesidades Básicas Insatisfechas – NBI- en el Departamento del Atlántico es de 24,68% se encuentra, en mejores condiciones que el los otros Departamentos ubicados en la Región Caribe, sin embargo, en el contexto nacional le superan Antioquia y Bogotá.

En el Departamento del Atlántico el 87% de los municipios poseen valores de NBI superiores al promedio departamental, sólo en el Distrito de Barranquilla, Soledad y Puerto Colombia los valores de NBI son inferiores a este. Los municipios que presentan los valores más altos de NBI son Candelaria (74,22%), Campo de la Cruz (62,86%), Santa Lucía (60,14%), Manatí (57,60), Suan (55,40%), Piojó (54,18%), Repelón (52,33%) y Ponedera (50,28%); los municipios del cono sur del departamento se encuentran en el grupo con mayores NBI, al igual que los municipios más alejados de la capital del Atlántico.

En el informe de la vigencia 2012 Análisis de la Situación en Salud desarrollado por la Secretaría Departamental de Salud se observa en la información correspondiente a las condiciones de saneamiento básico, que éstas se constituyen en factores de riesgo para la salud: Las coberturas en redes del servicio público de acueducto es aceptable, sin embargo, en algunos municipios no es continuo, situación que deteriora la calidad del agua ya que al suspenderse el bombeo se crea presión negativa en las redes lo que facilita la entrada de agua contaminada del exterior a través de las perforaciones de la tubería. En algunos municipios la distribución de agua se hace por sectores suspendiendo el servicio, lo que ha ocasionado en las comunidades la necesidad de almacenar agua en albercas y recipientes con los riesgos de contaminación que conlleva esta práctica, constituyéndose en factor de riesgo para criaderos de mosquitos y contaminación de microorganismos.

En el servicio de alcantarillado sólo en 11 municipios está funcionando, en el 50% restante de la población departamental este servicio no está cubierto, lo que causa

vertimientos de residuos orgánicos y contaminantes hacia los cuerpos de agua que sirven de abastecimiento para acueductos de otros municipios. Los municipios de Galapa, Santo Tomás, Sabanalarga, Malambo y muestran cobertura por debajo del 57%. En tres municipios: Tubará, Palmar de Varela y Candelaria, existe disposición de redes de alcantarillado, pero no se encuentra instalado, mostrando una cobertura de 0%, y un porcentaje de personas con redes y sin servicio de 100%.

En recolección de residuos sólidos las coberturas son mayores del 80%, pero en disposición final en el 27% de ellos Campo de la Cruz, Candelaria, Luruaco, Manatí, Repelón y Santa Lucía la disposición final se realiza en basureros a cielo abierto, lo cual genera la proliferación de vectores, insectos y roedores que ocasionan enfermedades de interés en salud pública.

En el diagnóstico ASIS de 2012 los indicadores en salud muestran la situación problemática en los municipios del Departamento del Atlántico, y la expresión de sus poblaciones relacionada con los factores que más afectan a sus habitantes, desde el punto de vista social, ambiental, económico, institucional y lo relacionado con la infraestructura pública para el desarrollo social y económico.

La población del Departamento del Atlántico proyectada a 2011 por el Censo DANE de 2005 es de 1.172.571 habitantes, de estos 589.874 corresponde a la población de hombres y 582.697 corresponde a la población de mujeres. El área metropolitana concentra el mayor número de población del Departamento 1.923.754, con una participación del 82.1% del total departamental, concentrando el 98.9% de su población en el área urbana, siendo muy baja su población en área rural (1.1%).

La distribución de la población urbana en el departamento muestra una significativa asimetría espacial, puesto que en la región metropolitana de Barranquilla (Soledad, Malambo, Galapa, Puerto Colombia y Barranquilla) se

concentran 2.050.127 habitantes del Atlántico, de los que corresponden solo a Barranquilla y Soledad 1.855.981 (90,53%), y un 9,47% en los tres restantes municipios, lo cual puede explicarse por la dinámica económica y de servicios presentes en estos dos grandes centros urbanos, aun cuando es observable el surgimiento de nichos de importantes actividades como servicios educativos y recreativos en Puerto Colombia e industriales en Malambo y Galapa.

Población en condiciones de vulnerabilidad. Son grupos de la población que por sus características de pensamiento y estilo de vida constituyen un frente con iguales derechos, y deberes, dentro de la sociedad, como es el caso de la población con orientación sexual diversa lesbianas, gays, bisexuales y personas transexuales(LGBTI). El respeto por la diversidad en estos representada está basada en el principio de la igualdad y la no discriminación, aplicable igualmente a niños/niñas, el enfoque de género y los derechos de la mujer, jóvenes, personas mayores, aquellas en condiciones de discapacidad, pueblos indígenas y comunidad afrocolombiana.

Con relación a las víctimas, el año 2015 registró una disminución de la dinámica de violencia por el conflicto armado en el país, generando un segmento de la población que demanda atenciones especiales. Se estima que en el Departamento del Atlántico residen 217.480 víctimas del conflicto armado reconocidas, de las cuales el 89% (193.900) pertenecen al hecho victimizante por desplazamiento forzado. Si bien se cuenta con un registro numérico, el Departamento carece de una caracterización que permita conocer el estado de vulnerabilidad y las condiciones de la población víctima residente; adicionalmente, el Atlántico se mantiene como receptor de la población víctima de la violencia. (Fuente Secretaría Departamental de Salud, Sistemas de Información, 2016)

4.4.2 IDENTIFICACIÓN DE LA RED PÚBLICA PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD DEL ATLÁNTICO.

4.4.3. IPSs Públicas por Nivel Territorial y Resolutividad¹.

Cuadro No. 1. Número de Empresas Sociales del Estado

ESE	Cantidad	Porcentaje
SI	32	100

Fuente Secretaría Salud Departamental del Atlántico

Cuadro No. 2 IPS, s Públicas Por Carácter Territorial

Concepto	Cantidad	Porcentaje
DEPARTAMENTAL	5	16%
DISTRITAL	5	15%
MUNICIPAL	22	69%

Fuente Secretaría Salud Departamental del Atlántico

Cuadro No. 3 IPS, s Por Nivel de Complejidad

Nivel	Concepto	Cantidad	Porcentaje
1	DISTRITAL	2	8%
1	MUNICIPAL	22	92%
2	DEPARTAMENTAL	3	60%
2	DISTRITAL	2	40%
3	DEPARTAMENTAL	2	67%
3	DISTRITAL	1	33%

Fuente Secretaria Salud Departamental del Atlántico

Cuadro No. 4 IPS, s Por Nivel de Complejidad y Territorial

Nivel	Concepto	Cantidad	Porcentaje
1	DISTRITAL	2	8%
1	MUNICIPAL	22	92%
2	DEPARTAMENTAL	3	60%
2	DISTRITAL	2	40%
3	DEPARTAMENTAL	2	67%
3	DISTRITAL	1	33%

Fuente Secretaría Salud Departamental del Atlántico

4.4.4 Capacidad Instalada de Red Publica Prestadora de servicios de salud Departamento del Atlántico²

¹ Informes Consolidado Decreto 2193 de 2004, Reportes a 31 de Diciembre 2015.

² Ibídem

Cuadro No. 5 Capacidad Instalada Por Nivel

Nivel	Concepto	Cantidad	Porcentaje	Promedio
1	Camas de hospitalización	114	0,41%	5,18
2	Camas de hospitalización	171	0,62%	57
3	Camas de hospitalización	407	2%	407
1	Camas de observación	139	2%	6,32
2	Camas de observación	60	0,71%	20
3	Camas de observación	0	0%	0
1	Consultorios de consulta externa	127	0,27%	5,77
2	Consultorios de consulta externa	26	0,05%	8,67
3	Consultorios de consulta externa	22	0,05%	22
1	Consultorios en el servicio de urgencias	39	0,43%	1,77
2	Consultorios en el servicio de urgencias	8	0,09%	2,67
3	Consultorios en el servicio de urgencias	0	0%	0
1	Salas de quirófanos	0	0%	0
2	Salas de quirófanos	6	1,11%	2
3	Salas de quirófanos	7	1,29%	7
1	Mesas de partos	27	2%	1,23
2	Mesas de partos	6	0,44%	2
3	Mesas de partos	0	0%	0
1	Número de unidades de odontología	83	0,67%	3,77
2	Número de unidades de odontología	0	0%	0
3	Número de unidades de odontología	0	0%	0

SIHO MINSALLD. Información del año 2015 en proceso de verificación y certificación.

Cuadro No. 6 Capacidad instalada Total

Fuente Secretaría Salud Departamental del Atlántico

Concepto	Cantidad
Camas de hospitalización	692
Camas de observación	199
Consultorios de consulta externa	175
Consultorios en el servicio de urgencias	47
Salas de quirófanos	13
Mesas de partos	33
Número de unidades de odontología	83

5. FUNDAMENTACION METODOLOGICA

5.1 ENFOQUE EPISTEMOLOGICO

El presente trabajo fue abordado desde un paradigma hermenéutico en la medida se interpreta el sentir de una población en su contexto natural (Gurdian, 2005), que en este caso hace referencia a los usuarios de la red hospitalaria pública del Departamento del atlántico, con un tipo de investigación cualitativa y enfoque etnográfico.

5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

Población: ESEs Departamentales.

Muestra: Todas

5.3 FUENTES DE INFORMACIÓN

Secundarias, internas y externas, tal como se establece en el cuadro de interpretación de los datos de las variables escogidas a tabular.

5.4 TECNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE INFORMACION.

1- Análisis Documental a través del instrumento que este caso es Ficha de registro.

2.-Encuesta de satisfacción del usuario (retomada de informe Supersalud 2015.) con instrumento el protocolo

3.-Documento síntesis con instrumento matriz integradora

La validez y confiabilidad se logran a través de:

- 1.- Triangulación de Técnicas**
- 2.- Triangulación de datos**

4. Diseño:

El diseño consta de tres momentos:

- 1.- Rastreo de la información básica y elaboración de aspectos correspondientes al anteproyecto.**
- 2.- Definición de los fundamentos del proyecto**
- 3.-Elaboracion de tablas, interpretación de los datos, resultados, conclusiones y sugerencias**

6. RESULTADOS

Los indicadores utilizados en la presente investigación se adaptan a partir de los establecidos por el Sistema de Información de la Calidad, para la medición de las variables de los atributos de la calidad en salud oportunidad, accesibilidad, referencia y contrareferencia, aceptabilidad y capacidad instalada para la prestación de servicios de salud.

Para identificar el estado actual de la accesibilidad y oportunidad del servicio de salud en la Red Hospitalaria Pública del Departamento del Atlántico se tomaron los reportes que realizan las ESEs municipales de los indicadores obligatorios del Sistema de Información para la Calidad, reglamentados por la resolución 256 del 5 de febrero de 2016 emanada del Ministerio de Salud “Por la cual se dictan disposiciones en relación con y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud”.

Los indicadores más relevantes que se traen al presente estudio son los de oportunidad de atención en los servicios de consulta externa, en los servicios de urgencia los tiempos de accesibilidad en la clasificación de triage, la tasa de mortalidad antes y después de las 48 horas y la satisfacción del usuario.

En relación a la Auditoría se toma el modelo actual para aportar al desarrollo de los procesos de mejoramiento de la calidad del Ente Territorial en el cual se desarrolló la investigación.

6.1 Tiempo Promedio De Espera Para La Asignación De Citas de medicina especializada

La oportunidad para la asignación de citas de atención en medicina especializada en las ESEs de 2 y 3 nivel de complejidad presentan un promedio en tiempo de

espera para la asignación de las citas en medicina interna para el primer semestre fue de 7 días, tiempo que se ubica dentro de los 15 días de oportunidad reglamentada por el Ministerio de Salud, Para este servicio las ESEs cumplen con la oportunidad esperada en la asignación de citas especializada de Medicina Interna.

Tabla 1
Oportunidad de Cita Especialidad de Medicina Interna
ESEs de II y III Nivel. Departamento del Atlántico

Municipio	Hospitales de 2 y Tercer Nivel de complejidad	TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACION DE CITA DE MEDICINA INTERNA
SABANALARGA	HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE SABANALARGA - 2- CORDIALIDAD CENTRO	10
BARRANQUILLA	E.S.E HOSPITAL NIÑO JESUS DE BARRANQUILLA - 2- MAR CARIBE NORTE	5
BARRANQUILLA	HOSPITAL UNIVERSITARIO CARI E.S.E - 3- RIO MAGDALENA - ORIENTE	4
SOLEDAD	HOSPITAL DPTAL. JUAN DOMINGUEZ ROMERO SOLEDAD - 2 - RIO MAGDALENA ORIENTE	0
	PROMEDIO	7

Fuente: Sistemas de Información. Secretaría Departamental de Salud del Atlántico.

En el primer semestre del año 2016, en las ESEs de II y III nivel se garantiza en el servicio de consulta de medicina especializada de pediatría la oportunidad en la prestación del servicio. La oportunidad evaluada en la asignación de citas de pediatría es de 5 días, cumpliendo el referente que establece para esta especialidad una oportunidad de 10 días máximos, contados a partir del día en el que el usuario solicita la atención.

Tabla 2
Oportunidad de Cita Especialidad de Pediatría
ESEs de II y III Nivel. Departamento del Atlántico

Municipio	Hospitales de 2 y Tercer Nivel de complejidad	TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACION DE CITA DE PEDIATRIA
SABANALARGA	HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE SABANALARGA - 2- CORDIALIDAD CENTRO	8
BARRANQUILLA	E.S.E HOSPITAL NIÑO JESUS DE BARRANQUILLA - 2- MAR CARIBE NORTE	5
BARRANQUILLA	HOSPITAL UNIVERSITARIO CARI E.S.E - 3- RIO MAGDALENA - ORIENTE	5
SOLEDAD	HOSPITAL DPTAL. JUAN DOMINGUEZ ROMERO SOLEDAD - 2 - RIO MAGDALENA ORIENTE	1
PROMEDIO		5

Fuente: Sistemas de Información. Secretaría Departamental de Salud del Atlántico.

En el primer semestre del año 2016, en las ESEs de II y III nivel la oportunidad de asignación de cita en el servicio de consulta de medicina especializada de ginecología en la ESE Hospital Departamental de Sabanalarga es de nueve días, excediendo en este hospital la oportunidad establecida de 4 días en el referente definido por el Ministerio de Salud. En el Hospital Juan Domínguez Romero de Soledad y en la ESE Hospital Niño Jesús se cumple con este estándar. La ESE Hospital Cari Alta complejidad reporta en cero el indicador por no ofertar este servicio.

Tabla 3
Oportunidad de Cita Especialidad de Ginecología
ESEs de II y III Nivel. Departamento del Atlántico

Municipio	Hospitales de 2 y Tercer Nivel de complejidad	TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACION DE CITA DE GINECOLOGIA
SABANALARGA	HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE SABANALARGA - 2- CORDIALIDAD CENTRO	9
BARRANQUILLA	E.S.E HOSPITAL NIÑO JESUS DE BARRANQUILLA - 2- MAR CARIBE NORTE	4
BARRANQUILLA	HOSPITAL UNIVERSITARIO CARI E.S.E - 3- RIO MAGDALENA - ORIENTE	0
SOLEDAD	HOSPITAL DPTAL. JUAN DOMINGUEZ ROMERO SOLEDAD - 2 - RIO MAGDALENA ORIENTE	2
PROMEDIO		4

Fuente: Sistemas de Información. Secretaría Departamental de Salud del Atlántico.

En el primer semestre del año 2016, en las ESEs de II y III nivel la oportunidad de asignación de cita en el servicio de obstetricia cumplió con el estándar de 15 días, en las ESEs evaluadas la oportunidad se encontró entre 2 y 6 días con un promedio de 4 días.

Tabla 4
Oportunidad de Cita Especialidad de Obstetricia
ESEs de II y III Nivel. Departamento del Atlántico

Municipio	Hospitales de 2 y Tercer Nivel de complejidad	TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACION DE CITA DE OBSTETRICIA
SABANALARGA	HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE SABANALARGA - 2- CORDIALIDAD CENTRO	6
BARRANQUILLA	E.S.E HOSPITAL NIÑO JESUS DE BARRANQUILLA - 2- MAR CARIBE NORTE	4
BARRANQUILLA	HOSPITAL UNIVERSITARIO CARI E.S.E - 3- RIO MAGDALENA - ORIENTE	4
SOLEDAD	HOSPITAL DPTAL. JUAN DOMINGUEZ ROMERO SOLEDAD - 2 - RIO MAGDALENA ORIENTE	2
PROMEDIO		4

Fuente: Sistemas de Información. Secretaría Departamental de Salud del Atlántico.

En el primer semestre del año 2016, en las ESEs de II y III nivel la oportunidad de asignación de cita en el servicio de cirugía general cumplió con el estándar de 15 días, en las ESEs evaluadas la oportunidad se encontró entre 1 y 10 días con un promedio de 5 días.

Tabla 5
Oportunidad de Cita Especialidad de Cirugía General
ESEs de II y III Nivel. Departamento del Atlántico

Municipio	Hospitales de 2 y Tercer Nivel de complejidad	TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACION DE CITA DE CIRUGIA GENERAL
SABANALARGA	HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE SABANALARGA - 2- CORDIALIDAD CENTRO	4
BARRANQUILLA	E.S.E HOSPITAL NIÑO JESUS DE BARRANQUILLA - 2- MAR CARIBE NORTE	10
BARRANQUILLA	HOSPITAL UNIVERSITARIO CARI E.S.E - 3- RIO MAGDALENA - ORIENTE	6
SOLEDAD	HOSPITAL DPTAL. JUAN DOMINGUEZ ROMERO SOLEDAD - 2 - RIO MAGDALENA ORIENTE	1
PROMEDIO		5

Fuente: Sistemas de Información. Secretaría Departamental de Salud del Atlántico.

6.2 Tiempo Promedio De Espera Para La Asignación De Citas de medicina general

En las ESEs de I nivel de complejidad de la Subregión Cordialidad- Centro se evaluaron los indicadores de oportunidad de los servicios de medicina general, odontología y clasificación del triage en urgencias.

En el periodo evaluado, primer semestre del año 2016, en las ESEs de I nivel la oportunidad de asignación de cita en el servicio de medicina general estuvo en promedio en 3 días, cumpliéndose el estándar de 3 días, sin embargo, las ESES

de Hospital de Baranoa y Hospital de Manatí presentaron Baranoa y Manatí 5 y 4 días respectivamente en la medición de esta oportunidad.

Tabla 6
Oportunidad de Atención en Consulta de Medicina General
ESEs de I Nivel. Departamento del Atlántico

Municipio	Hospitales de la Región Cordialidad Centro BAJA COMPLEJIDAD	TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACION DE CITA DE MEDICINA GENERAL
BARANOA	ESE HOSPITAL DE BARANOA - CONVENIO 2004	5
GALAPA	ESE CENTRO DE SALUD DE GALAPA.	3
LURUACO	ESE HOSPITAL LOCAL DE LURUACO	1
MANATÍ	HOSPITAL LOCAL DE MANATÍ. ESE	4
POLONUEVO	E.S.E. CENTRO DE SALUD DE POLONUEVO	2
REPELÓN	ESE HOSPITAL DE REPELÓN	3
SABANALARGA	E.S.E CEMINSA - CONVENIO 2004	2
SANTA LUCÍA	ESE CENTRO DE SALUD SANTA LUCIA	2
USIACURÍ	ESE CENTRO DE SALUD DE USIACURI	2
PROMEDIO		3

Fuente: Sistemas de Información. Secretaría Departamental de Salud del Atlántico.

En el I semestre del año 2016, en las ESEs de I nivel de la Subregión Mar Caribe el promedio de días para la asignación de citas de consulta de medicina general es de 3 días cumpliéndose la oportunidad establecida por el referente normativo de 3 días.

Tabla 7
Oportunidad de Atención en Consulta de Medicina General
ESEs de I Nivel. Departamento del Atlántico

Municipio	Hospitales de la Región del Mar Caribe Norte Primer Nivel de Complejidad	TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACION DE CITA DE MEDICINA GENERAL
JUAN DE ACOSTA	ESE HOSPITAL DE JUAN DE ACOSTA	2
PIOJÓ	HOSPITAL VERA JUDITH IMITOLA VILLANUEVA	2
PUERTO COLOMBIA	ESE HOSPITAL DE PUERTO COLOMBIA	3
TUBARÁ	ESE CENTRO DE SALUD DE TUBARA	3
PROMEDIO		3

Fuente: Sistemas de Información. Secretaría Departamental de Salud del Atlántico.

En el I semestre del año 2016, en las ESEs de I nivel de la Subregión Rio Magdalena Oriente el promedio de días para la asignación de citas de consulta de medicina general es de 2 días cumpliéndose la oportunidad establecida por el referente normativo de 3 días.

Tabla 8
Oportunidad de Atención en Consulta de Medicina General
ESEs de I Nivel. Departamento del Atlántico

Municipio	Hospital de la Región del Rio Magdalena Oriente	TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACION DE CITA DE MEDICINA GENERAL
CAMPO DE LA CRUZ	ESE HOSPITAL LOCAL DE CAMPO DE LA CRUZ	3
CANDELARIA	ESE HOSPITAL DE CANDELARIA	1
MALAMBO	ESE HOSPITAL LOCAL DE MALAMBO	1
PALMAR DE VARELA	E.S.E. CENTRO DE SALUD DE PALMAR DE VARELA	2
PONEDERA	ESE HOSPITAL DE PONEDERA	3
SABANAGRANDE	ESE HOSPITAL MUNICIPAL DE SABANAGRANDE	3
SANTO TOMÁS	ESE HOSPITAL DE SANTO TOMAS CONVENIO 2004	3
SOLEDAD	ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD	3
SUAN	ESE UNIDAD LOCAL DE SALUD DE SUAN	2
PROMEDIO		2

Fuente: Sistemas de Información. Secretaría Departamental de Salud del Atlántico.

6.3.Oportunidad de atención en odontología

En el periodo evaluado, primer semestre del año 2016, en las ESEs de la Subregión Cordialidad de I nivel la oportunidad de asignación de cita en el servicio de consulta de odontología general estuvo en promedio en 3 días, cumpliéndose el estándar de 3 días, sin embargo, las ESES de Hospital de Baranoa y Hospital de Usiacurí, presentan inoportunidad de atención en este servicio con mediciones de 4 días en la ESE de Baranoa y de 10 días en la ESE de Usiacurí

Tabla 9
Oportunidad de Atención en Consulta de Odontología General
ESEs del I Nivel. Departamento del Atlántico

Municipio	Hospitales de la Región Cordialidad Centro BAJA COMPLEJIDAD	TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE ODONTOLOGÍA GENERAL
BARANOA	ESE HOSPITAL DE BARANOA - CONVENIO 2004	4
GALAPA	ESE CENTRO DE SALUD DE GALAPA.	2
LURUACO	ESE HOSPITAL LOCAL DE LURUACO	1
MANATÍ	HOSPITAL LOCAL DE MANATÍ. ESE	1
POLONUEVO	E.S.E. CENTRO DE SALUD DE POLONUEVO	2
REPELÓN	ESE HOSPITAL DE REPELÓN	1
SABANALARGA	E.S.E CEMINSA - CONVENIO 2004	2
SANTA LUCÍA	ESE CENTRO DE SALUD SANTA LUCIA	1
USIACURÍ	ESE CENTRO DE SALUD DE USIACURI	10
PROMEDIO		3

Fuente: Sistemas de Información. Secretaría Departamental de Salud del Atlántico.

En el periodo evaluado, primer semestre del año 2016, en las ESEs de I nivel de la Subregión Mar Caribe la oportunidad de asignación de cita en el servicio de consulta de odontología general estuvo en promedio en 2 días, cumpliéndose el estándar normativo de máximo 3 días para la oportunidad en este servicio, sin embargo, la ESE Hospital de Tubará presenta una desviación de 1 día con respecto al estándar, al tener la oportunidad de este servicio en 4 días.

Tabla 10

**Oportunidad de Atención en Consulta de Odontología General
ESEs del I Nivel. Departamento del Atlántico**

Municipio	Hospitales de la Region del Mar Caribe Norte Primer Nivel de Complejidad	TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACION DE CITA DE ODONTOLOGIA GENERAL
JUAN DE ACOSTA	ESE HOSPITAL DE JUAN DE ACOSTA	2
PIJÓ	HOSPITAL VERA JUDITH MITOLA VILLANUEVA	1
PUERTO COLOMBIA	ESE HOSPITAL DE PUERTO COLOMBIA	2
TUBARÁ	ESE CENTRO DE SALUD DE TUBARA	4
PROMEDIO		2

Fuente: Sistemas de Información. Secretaría Departamental de Salud del Atlántico.

En el periodo evaluado, primer semestre del año 2016, en las ESEs de I nivel de la Subregión Mar caribe la oportunidad de asignación de cita en el servicio de consulta de odontología general estuvo en promedio en 2 días, cumpliéndose el estándar normativo de máximo 3 días para la oportunidad en este servicio, sin embargo, la ESE Hospital de Palmar de Varela presenta una desviación de 1 día con respecto al estándar, al tener la oportunidad de este servicio en 4 días.

Tabla 11

**Oportunidad de Atención en Consulta de Odontología General
ESEs del I Nivel. Departamento del Atlántico**

Municipio	Hospital de la Region del Rio Magdalena Oriente	TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACION DE CITA DE ODONTOLOGIA GENERAL
CAMPO DE LA CRUZ	ESE HOSPITAL LOCAL DE CAMPO DE LA CRUZ	2
CANDELARIA	ESE HOSPITAL DE CANDELARIA	1
MALAMBO	ESE HOSPITAL LOCAL DE MALAMBO	1
PALMAR DE VARELA	E.S.E. CENTRO DE SALUD DE PALMAR DE VARELA	4
PONEDERA	ESE HOSPITAL DE PONEDERA	3
SABANAGRANDE	ESE HOSPITAL MUNICIPAL DE SABANAGRANDE	2
SANTO TOMÁS	ESE HOSPITAL DE SANTO TOMAS CONVENIO 2004	3
SOLEDAD	ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD	3
SUAN	ESE UNIDAD LOCAL DE SALUD DE SUAN	2
PROMEDIO		2

Fuente: Sistemas de Información. Secretaría Departamental de Salud del Atlántico.

6.4 Tiempo Promedio De Espera Para La Atención Del Paciente Clasificado En El Triage II

En el periodo evaluado en las ESEs de II y III nivel la atención en la clasificación de triage en promedio fue de 17 minutos, con valores ubicados entre 0 y 32 minutos desde el ingreso del usuario al servicio de urgencia. El referente para este indicador es de máximo 30 minutos para la atención de las patologías clasificadas en Triage II caracterizadas por que la condición clínica del paciente puede evolucionar hacia un rápido deterioro o a su muerte, o incrementar el riesgo para la pérdida de un miembro u órgano, por lo tanto, requiere una atención que no debe superar los 30 minutos. La presencia de un dolor extremo de acuerdo con el sistema de clasificación usado debe ser considerada como un criterio dentro de esta categoría. La evaluación de este indicador presenta en la ESE Hospital Niño Jesús una desviación del estándar en 2 minutos, situación que amerita evaluación de las causas para determinar la mejora en este servicio.

Tabla 12
Oportunidad de Atención en Triage
ESEs de II y III Nivel. Departamento del Atlántico
Tiempo de espera expresado en minutos

Municipio	Hospitales de 2 y Tercer Nivel de complejidad	TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CLASIFICADO EN EL TRIAGE II
SABANALARGA	HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE SABANALARGA - 2- CORDIALIDAD CENTRO	8
BARRANQUILLA	E.S.E HOSPITAL NIÑO JESUS DE BARRANQUILLA - 2- MAR CARIBE NORTE	32
BARRANQUILLA	HOSPITAL UNIVERSITARIO CARI E.S.E - 3- RIO MAGDALENA - ORIENTE	0
SOLEDAD	HOSPITAL DPTAL. JUAN DOMINGUEZ ROMERO SOLEDAD - 2 - RIO MAGDALENA ORIENTE	28
PROMEDIO		17

Fuente: Sistemas de Información. Secretaría Departamental de Salud del Atlántico.

En el primer semestre de 2016 los hospitales públicos ESES del I nivel de complejidad de la Subregión de la Cordialidad, el promedio de atención de Triage II es de 8 minutos, cumpliendo el estándar establecido de 30 minutos para este indicador.

Tabla 13

**Oportunidad de Atención en Triage
ESEs de I Nivel. Departamento del Atlántico
Tiempo de espera expresado en minutos**

Municipio	Hospitales de la Región Cordialidad Centro BAJA COMPLEJIDAD	TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CLASIFICADO EN EL TRIAGE II
BARANOA	ESE HOSPITAL DE BARANOA - CONVENIO 2004	10
GALAPA	ESE CENTRO DE SALUD DE GALAPA.	0
LURUACO	ESE HOSPITAL LOCAL DE LURUACO	3
MANATÍ	HOSPITAL LOCAL DE MANATÍ. ESE	5
POLONUEVO	E.S.E. CENTRO DE SALUD DE POLONUEVO	12
REPELÓN	ESE HOSPITAL DE REPELÓN	30
SABANALARGA	E.S.E CEMINSA - CONVENIO 2004	0
SANTA LUCÍA	ESE CENTRO DE SALUD SANTA LUCIA	3
USIACURI	ESE CENTRO DE SALUD DE USIACURI	9
		8

Fuente: Sistemas de Información. Secretaría Departamental de Salud del Atlántico.

En el primer semestre de 2016 los hospitales públicos ESES del I nivel de complejidad de la Subregión Mar Caribe, el promedio de atención de Triage II es de 19 minutos, cumpliendo el estándar establecido de 30 minutos para este indicador. En la evaluación individualizada del comportamiento del indicador en el periodo evaluado la ESE Hospital de Campo de la Cruz presenta una desviación de 8 minutos en relación al estándar normativo, lo cual representa una oportunidad de mejora para garantizar la oportunidad de la atención en la clasificación del Triage II

Tabla 14

**Oportunidad de Atención en Triage
ESEs de I Nivel. Departamento del Atlántico
Tiempo de espera expresado en minutos**

Municipio	Hospital de la Región del Río Magdalena Oriente	TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ATENCION DEL PACIENTE CLASIFICADO EN EL TRIAGE II
CAMPO DE LA CRUZ	ESE HOSPITAL LOCAL DE CAMPO DE LA CRUZ	38
CANDELARIA	ESE HOSPITAL DE CANDELARIA	15
MALAMBO	ESE HOSPITAL LOCAL DE MALAMBO	22
PALMAR DE VARELA	E.S.E. CENTRO DE SALUD DE PALMAR DE VARELA	30
PONEDERA	ESE HOSPITAL DE PONEDERA	17
SABANAGRANDE	ESE HOSPITAL MUNICIPAL DE SABANAGRANDE	10
SANTO TOMÁS	ESE HOSPITAL DE SANTO TOMAS CONVENIO 2004	15
SOLEDAD	ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD	15
SUAN	ESE UNIDAD LOCAL DE SALUD DE SUAN	10
PROMEDIO		19

Fuente: Sistemas de Información. Secretaría Departamental de Salud del Atlántico.

En el primer semestre de 2016 los hospitales públicos ESES del I nivel de complejidad de la Subregión Mar Caribe, el promedio de atención de Triage II es de 16 minutos, cumpliendo el estándar establecido de 30 minutos para este indicador.

Tabla 15
Oportunidad de Atención en Triage
ESEs de I Nivel. Departamento del Atlántico
Tiempo de espera expresado en minutos

Municipio	Hospitales de la Región del Mar Caribe Norte Primer Nivel de Complejidad	TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ATENCION DEL PACIENTE CLASIFICADO EN EL TRIAGE II
JUAN DE ACOSTA	ESE HOSPITAL DE JUAN DE ACOSTA	17
PIOJÓ	HOSPITAL VERA JUDITH IMITOLA VILLANUEVA	15
PUERTO COLOMBIA	ESE HOSPITAL DE PUERTO COLOMBIA	14
TUBARÁ	ESE CENTRO DE SALUD DE TUBARA	19
PROMEDIO		16

Fuente: Sistemas de Información. Secretaría Departamental de Salud del Atlántico.

6.5 Mortalidad Intrahospitalarias antes de 48 horas

La mortalidad intrahospitalaria antes de las 48 horas es un indicador relacionado con las condiciones del paciente a su ingreso a la institución hospitalaria. El factor que determina la proporción de esta tasa está dada por cada 1.000 pacientes hospitalizados en el periodo evaluado, en los resultados comparativos de los años 2010 a 2015 la ESE Hospital Niño Jesús presento 1,83 muertes antes de las 48 horas por mil pacientes hospitalizados (2011) y 1.68 muertes antes de las 48 horas por mil pacientes hospitalizados (2012) en los años 2010, 2013, 2014 y 2015 la tasa no llegó a 1 por mil, lo que indica que hubo una mejora en el comportamiento del indicador y en la ESE CARI Alta Complejidad existe una tendencia de disminución del indicador desde el año 2012 (0 por mil), 2013 (1.69 por mil), 2014 (1.86 por mil) y 2015 (1,64 por mil).

Tabla 16

Muertes Intrahospitalarias antes de 48 horas

ESEs de segundo y tercer nivel de complejidad. Departamento del Atlántico

% Muertes intrahospitalarias antes 48 horas	Hospitales de DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL DEL DEPARTAMENTO	2010	2011	2012	2013	2014	2015
SABANALARGA	HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE SABANALARGA CONVENIO 2004	0,54	0,6	0,92	0,42	0,17	0,34
BARRANQUILLA	E.S.E HOSPITAL NIÑO JESUS DE BARRANQUILLA	0	1,83	1,68	0,18	0,34	0,24
BARRANQUILLA	HOSPITAL UNIVERSITARIO CARI E.S.E CONVENIO 2004	2,24	3,28	0	1,69	1,86	1,64
SOLEDAD	HOSPITAL DPTAL JUAN DOMINGUEZ ROMERO SOLEDAD	0	0	0	0	0	0

Fuente: Sistemas de Información. Secretaría Departamental de Salud del Atlántico.

En la región de la cordialidad centro, Galapa, Luruaco, Ceminsa y Santa lucia no reflejan este indicador, mientras que polo nuevo registra un alto % del 5% promedio, manatí del 3% promedio y Usiacurí con el indicador más alto, pero llega a cero en el 2015.

Tabla 17

Muertes Intrahospitalarias antes de 48 horas

ESEs de primer nivel de complejidad. Departamento del Atlántico

% Muertes intrahospitalarias antes de 48 horas	Hospitales de la Región Cordialidad Centro	2010	2011	2012	2013	2014	2015
BARANOA	ESE HOSPITAL DE BARANOA CONVENIO 2004	0	0	0	0	0,75	0
GALAPA	ESE CENTRO DE SALUD DE GALAPA	0	0	0	0	0	0
LURUACO	ESE HOSPITAL LOCAL DE LURUACO	0	0	0	0	0	0
MANATÍ	HOSPITAL LOCAL DE MANATÍ ESE	7,14	9,09	0	0	6,33	0
POLONUEVO	E.S.E. CENTRO DE SALUD DE POLONUEVO	8,51	5,36	22,73	50	1,46	5,45
REPELÓN	ESE HOSPITAL DE REPELÓN	0	0	871,57	0	0	0
SABANALARGA	E.S.E. CEMINSA CONVENIO 2004						
SANTA LUCÍA	ESE CENTRO DE SALUD SANTA LUCIA	0	0	0	0	0	0
USIACURÍ	ESE CENTRO DE SALUD DE USIACURÍ	7,69	14,29	33,33	40	33,33	0

Fuente: Sistemas de Información. Secretaría Departamental de Salud del Atlántico.

En el periodo analizado la Subregión Río Magdalena Oriente no registran este indicador Sabanagrande, ponederá; candelaria; palmar de Varela y prácticamente tampoco campo de la cruz, la Única ESE completa del reporte es la UMI Soledad con un promedio del 30% que es muy alto para garantizar el derecho a la salud, cuando ella se caracteriza por no tener en todos sus centros de salud hospitalización.

Tabla 18

Muertes Intrahospitalarias antes de 48 horas

ESEs de primer nivel de complejidad. Departamento del Atlántico

% Muertes intrahospitalarias antes de 48 horas	Hospital de la Región del Río Magdalena Oriente	2010	2011	2012	2013	2014	2015
CAMPO DE LA CRUZ	ESE HOSPITAL LOCAL DE CAMPO DE LA CRUZ	0	0	0	0	0	1,22
CANDELARIA	ESE HOSPITAL DE CANDELARIA	0	0	0	0	0	0
MALAMBO	ESE HOSPITAL LOCAL DE MALAMBO	0	0	0	0,92	1,68	0,6
PALMAR DE VARELA	E.S.E. CENTRO DE SALUD DE PALMAR DE VARELA	0	0	2,7	0	0	0
PONEDERA	ESE HOSPITAL DE PONEDERA	0	0	0	0	0	0
SABANAGRANDE	ESE HOSPITAL MUNICIPAL DE SABANAGRANDE	0	0	0	0	0	0
SANTO TOMÁS	ESE HOSPITAL DE SANTO TOMAS CONVENIO 2004	1,18	0	0	0	4,61	2,41
SOLEDAD	ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD	33,96	89,47	41,84	54,33	1,22	30,69
SUAN	ESE UNIDAD LOCAL DE SALUD DE SUAN	0	0	0	0	0	0

Fuente: Sistemas de Información. Secretaría Departamental de Salud del Atlántico.

6.6 Mortalidad Intrahospitalarias después de las 48 horas.

La mortalidad intrahospitalaria antes de las 48 horas es un indicador relacionado con las características del nivel de complejidad y el perfil epidemiológico de la población atendida se constituye en una herramienta para evaluar los resultados de la atención hospitalaria y detectar las falencias de la calidad de la prestación del servicio. El factor que determina la proporción de esta tasa está dada por cada 1.000 pacientes hospitalizados en el periodo evaluado, en los resultados comparativos de los años 2010 a 2015 la ESE Hospital Niño Jesús conservó resultados menores a 1 muerte después de las 48 horas, la ESE CARI Alta Complejidad en los tres primeros años evaluados 3,75 muertes por mil hospitalizados (2010), 4,43 muertes por mil hospitalizados (2011); 4,36 muertes por mil hospitalizados (2012), con una tendencia a mantener resultados de 2 muertes por mil hospitalizados en los años 2013, 2014 y 2015.

Tabla 19

Muertes Intrahospitalarias después de 48 horas

ESEs de segundo y tercer nivel de complejidad. Departamento del Atlántico

% Muertes intrahospitalarias después 48 horas	Hospitales de DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL DEL DEPARTAMENTO	2010	2011	2012	2013	2014	2015
SABANALARGA	HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE SABANALARGA CONVENIO 2004	0,07	0,22	0,24	0,13	0,12	0,12
BARRANQUILLA	E.S.E HOSPITAL NIÑO JESUS DE BARRANQUILLA	0	0,6	0,3	0,23	0,48	0,35
BARRANQUILLA	HOSPITAL UNIVERSITARIO CARI E.S.E CONVENIO 2004	3,75	4,43	4,36	1,92	2,02	2,32
SOLEDAD	HOSPITAL DPTAL JUAN DOMINGUEZ ROMERO SOLEDAD	0,11	0,11	0,03	0	0	0,1

Fuente: Sistemas de Información. Secretaría Departamental de Salud del Atlántico.

6.7 Indicador de Satisfacción del Usuario

En las ESEs de II y III nivel de atención el porcentaje de satisfacción global de los usuarios promedio fue del 96%, es decir de 100 usuarios atendidos 96 recibió un buen trato del talento humano asistencial y administrativo del prestador de servicios de salud.

Tabla 20
Satisfacción del Usuario
ESEs de II y III Nivel. Departamento del Atlántico

Municipio	Hospitales de 2 y Tercer Nivel de complejidad	PROPORCIÓN DE SATISFACCIÓN GLOBAL DE USUARIOS DE IPS
SABANALARGA	HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE SABANALARGA - 2- CORDIALIDAD CENTRO	98%
BARRANQUILLA	E.S.E HOSPITAL NIÑO JESUS DE BARRANQUILLA - 2- MAR CARIBE NORTE	100%
BARRANQUILLA	HOSPITAL UNIVERSITARIO CARI E.S.E - 3- RIO MAGDALENA - ORIENTE	91%
SOLEIDAD	HOSPITAL DPTAL. JUAN DOMINGUEZ ROMERO SOLEDAD - 2 - RIO MAGDALENA ORIENTE	93%
PROMEDIO		96%

Fuente: Sistemas de Información. Secretaría Departamental de Salud del Atlántico.

En las ESEs de baja complejidad de la Subregión Cordialidad Centro el porcentaje de satisfacción global de los usuarios promedio fue del 90%, es decir de 100 usuarios atendidos 90 recibió un buen trato del talento humano asistencial y administrativo del prestador de servicios de salud. En las ESEs de Luruaco y Santa Lucía la tasa de satisfacción de los usuarios arrojó un resultado del 78%, es de decir de 100 usuarios atendido 22 no se encuentran satisfechos con el trato recibido al hacer uso de los servicios en estos hospitales.

Tabla 21
Satisfacción del Usuario
ESEs de baja complejidad. Departamento del Atlántico

Municipio	Hospitales de la Región Cordialidad Centro BAJA COMPLEJIDAD	PROPORCIÓN DE SATISFACCIÓN GLOBAL DE USUARIOS DE LA IPS
BARANOA	ESE HOSPITAL DE BARANOA - CONVENIO 2004	98%
GALAPA	ESE CENTRO DE SALUD DE GALAPA.	91%
LURUACO	ESE HOSPITAL LOCAL DE LURUACO	78%
MANATÍ	HOSPITAL LOCAL DE MANATÍ. ESE	86%
POLONUEVO	E.S.E. CENTRO DE SALUD DE POLONUEVO	98%
REPELÓN	ESE HOSPITAL DE REPELÓN	90%
SABANALARGA	E.S.E CEMNSA - CONVENIO 2004	98%
SANTA LUCÍA	ESE CENTRO DE SALUD SANTA LUCIA	78%
USIACURI	ESE CENTRO DE SALUD DE USIACURI	91%
		90%

Fuente: Sistemas de Información. Secretaría Departamental de Salud del Atlántico.

En las ESEs de baja complejidad de la Subregión Mar Caribe Norte el porcentaje de satisfacción global de los usuarios promedio fue del 85%, es decir de 100 usuarios atendidos 85 recibió un buen trato del talento humano asistencial y administrativo del prestador de servicios de salud. En la ESE de Hospital Vera Judith Imitola de Villanueva del municipio de Piojó la tasa de satisfacción de los usuarios arrojó un resultado del 65%, es de decir de 100 usuarios atendidos, 35 no se encuentran satisfechos con el trato recibido.

Tabla 22
Satisfacción del Usuario
ESEs de baja complejidad. Departamento del Atlántico

Municipio	Hospitales de la Región del Mar Caribe Norte Primer Nivel de Complejidad	PROPORCIÓN DE SATISFACCIÓN GLOBAL DE USUARIOS DE IPS
JUAN DE ACOSTA	ESE HOSPITAL DE JUAN DE ACOSTA	99%
PIOJÓ	HOSPITAL VERA JUDITH IMITOLA VILLANUEVA	65%
PUERTO COLOMBIA	ESE HOSPITAL DE PUERTO COLOMBIA	90%
TUBARÁ	ESE CENTRO DE SALUD DE TUBARA	84%
	PROMEDIO	85%

Fuente: Sistemas de Información. Secretaría Departamental de Salud del Atlántico.

En las ESEs de baja complejidad de la Subregión Río Magdalena Oriente el porcentaje de satisfacción global de los usuarios promedio fue del 80%, en el detalle de datos por ESE la tasa de satisfacción del Hospital Local de Campo de la

Cruz fue del 77% afectando en resultados de la Subregión. Las ESES restantes las cuales presentan proporciones desde 81% (ESE Hospital de Malambo) hasta 100% (ESE de Palmar de Varela) de satisfacción de sus usuarios

Tabla 23
Satisfacción del Usuario
ESEs de baja complejidad. Departamento del Atlántico

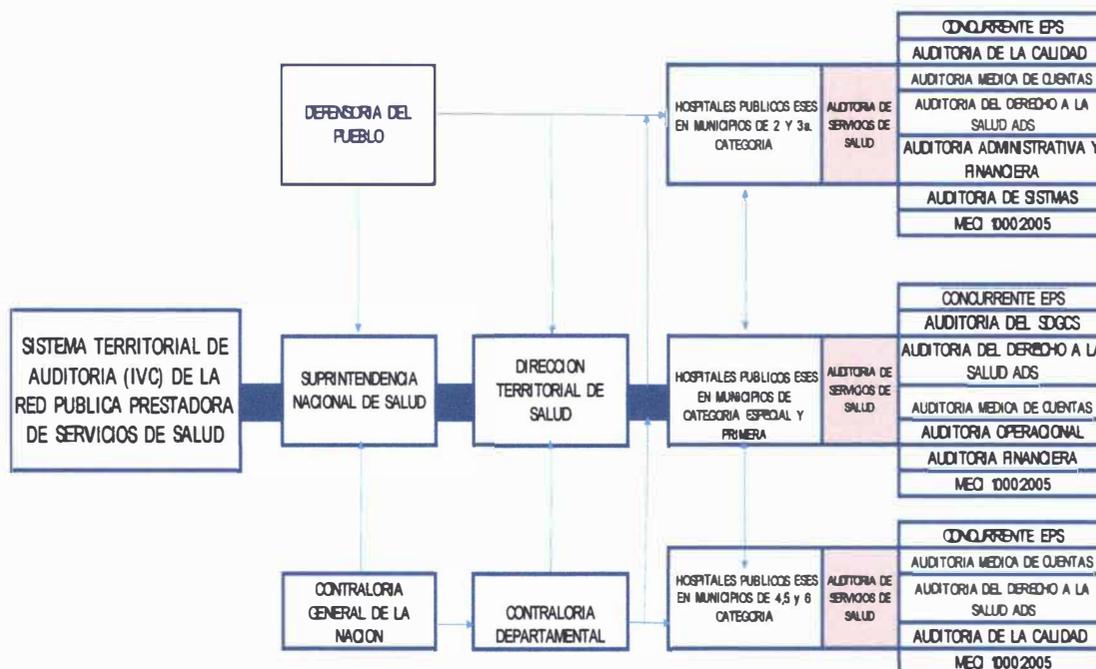
Municipio	Hospital de la Región del Río Magdalena Oriente	PROPORCIÓN DE SATISFACCIÓN GLOBAL DE USUARIOS DE IPS
CAMPO DE LA CRUZ	ESE HOSPITAL LOCAL DE CAMPO DE LA CRUZ	77%
CANDELARIA	ESE HOSPITAL DE CANDELARIA	88%
MALAMBO	ESE HOSPITAL LOCAL DE MALAMBO	81%
PALMAR DE VARELA	E.S.E. CENTRO DE SALUD DE PALMAR DE VARELA	100%
PONEDERA	ESE HOSPITAL DE PONEDERA	93%
SABANAGRANDE	ESE HOSPITAL MUNICIPAL DE SABANAGRANDE	90%
SANTO TOMÁS	ESE HOSPITAL DE SANTO TOMAS CONVENIO 2004	98%
SOLEDAD	ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD	89%
SUAN	ESE UNIDAD LOCAL DE SALUD DE SUAN	0%
PROMEDIO		80%

Fuente: Sistemas de Información. Secretaría Departamental de Salud del Atlántico.

7. Estructura de la Auditoría en Salud

En el nivel territorial la auditoría de los servicios de salud la realizan las instituciones que en el Sistema General de Seguridad Social En Salud, tienen la responsabilidad dada por sus competencias, como es el caso del Ministerio Público – Defensoría del Pueblo y Personería, se incluye la auditoría fiscal del manejo de los recursos de la nación como es la Contraloría General de la República en el Nivel Nacional y en su control descentralizado las Contralorías territoriales y dentro del sistema general de seguridad social en salud, quien regula la IVC cuya sumatoria nos da supervisión es la Superintendencia nacional de Salud, en donde dentro del esquema de aseguramiento es importante la auditoría concurrente y en la garantía del monitoreo de los servicios de salud los prestadores establecen la auditoría de los servicios y calidad en salud y sus

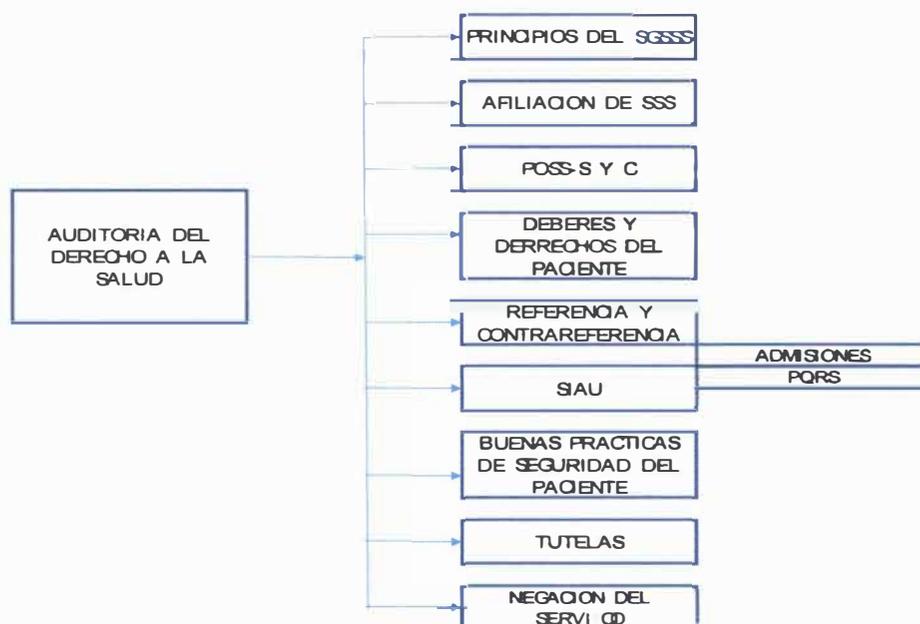
distintas formas de expresión de autorregulación, autogestión y autocontrol. De allí la importancia de ubicar en este contexto el papel que juega y donde está ubicada la labor de auditoría del derecho a la salud.



Fuente: Adaptación de los autores 2016

La estructura de la Auditoría en la red pública departamental concebida como un sistema integrado de evolución y auditoría del derecho a la salud en un hospital público y en la monitorización de toda la red, La Auditoría del derecho a la salud, debe evaluar como mínimo en los hospitales de la red pública prestadora de servicios de salud los componentes que determinan si la auditoría del derecho a la salud garantiza el cumplimiento de los principios del SGSSS, especialmente la Accesibilidad/oportunidad; la afiliación del paciente y sus beneficiarios, los derechos a la salud en el POS ya sea contributivo o subsidiado; los deberes y derechos de los pacientes; la referencia y Contrarreferencia para la atención en los niveles de complejidad; SIAU con sus componentes de PQRS y Admisiones; las buenas prácticas de seguridad del paciente y el control a la negación del servicio que regula la superintendencia nacional de salud y la evaluación del

proceso de tutela para garantizar por vía jurídica el derecho a la salud; estos aspectos integrales son propositivos en un modelo de auditoria holístico, pero para la temática del trabajo que nos ocupa, estableceremos el derecho a la salud, en términos de principios y carta de derechos y deberes para lo cual hacemos la estructura anterior.



Fuente: Adaptación de los autores 2016

En razón a que dentro del esquema de aseguramiento y la Parametrización de la contratación con las Entidades responsables de pagos del departamento del Atlántico, hicimos un comparativo de la carta de derechos del paciente por ellos publicadas, con ello estipulamos mediante monitoreo en cuanto grado se cumple las emitidas y sus diferencias y semejanzas.

Como quiera que ninguna auditoria que se practica en los hospitales públicos de Colombia y mucho menos del departamento del atlántico, monitorea el cumplimiento del derecho fundamental a la salud, desde el punto de vista que se cumplan la carta de derechos y deberes y dentro del aseguramiento hay más de 10 entidades responsables de pagos con la carta estipulada por página WEB del Ministerio de salud; recoge casi todas las en comento y por ende uno de los

aplicativos, para monitorear en forma constante mediante la práctica de la auditoria del derecho a la salud, se toma en forma estricta la estipulada por el Ministerio de salud así:

1. Acceder a los servicios sin que le impongan trámites administrativos adicionales a los de ley.
2. Que le autoricen y presten los servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud de manera oportuna y si usted requiere con necesidad uno que no esté incluido también lo puede recibir.
3. Recibir por escrito las razones por las que se niega el servicio de salud
4. Que, en caso de urgencia, sea atendido de manera inmediata, sin que le exijan documentos o dinero
5. Que atiendan con prioridad a los menores de 18 años
6. Elegir libremente el asegurador, la IPS y el profesional de la salud que quiere que lo trate, dentro de la red disponible.
7. Ser orientado respecto a la entidad que debe prestarle los servicios de salud requeridos.
8. Que como cotizante le paguen las licencias y las incapacidades médicas.
9. Tener protección especial cuando se padecen enfermedades catastróficas y de alto costo, sin el cobro de copagos.

10. Que solamente le exijan su documento de identidad para acceder a los servicios de salud.
11. Que le informen dónde y cómo pueden presentar quejas o reclamos sobre la atención en salud prestada.
12. Recibir un trato digno sin discriminación alguna.
13. Recibir los servicios de salud en condiciones de higiene, seguridad y respeto a su intimidad.
14. Recibir durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible.
15. Recibir servicios continuos, sin interrupción y de manera integral.
16. Obtener información clara y oportuna de su estado de salud, de los servicios que vaya a recibir y de los riesgos del tratamiento.
17. Recibir una segunda opinión médica si lo desea y a que su asegurador valore el concepto emitido por un profesional de la salud externo.
18. Ser informado sobre los costos de su atención en salud.
19. Recibir o rechazar apoyo espiritual o moral.
20. Que se mantenga estricta confidencialidad sobre su información clínica.
21. Que usted o la persona que lo represente acepte o rechace cualquier tratamiento y que su opinión sea tenida en cuenta y respetada.

22. Ser incluido en estudios de investigación científica, sólo si lo autoriza .

23. Que se respete su voluntad de donar o no sus órganos.

La evaluación y medición de este contexto para establecer en cuanto se respeta a los pacientes su derecho a la salud, no conocemos que éstas auditorias que hagan un monitoreo y evaluación y por ende, como en la red pública del departamento del atlántico, ningún auditor hace esta práctica, no se tienen los resultados que pretendemos, pero concertaremos esta carta en un aplicativo que permita realizar dicha auditoria, en el contexto del derecho a la salud, objeto del presente trabajo.

8. DISEÑO DE HERRAMIENTAS DEL MODELO DE AUDITORIA DEL DERECHO A LA SALUD PARA LA RED PÚBLICA DEPARTAMENTAL.

La herramienta para el modelo de auditoría del derecho a la salud consta de 5 aspectos básicos :

1. Principios de la ley estatutaria 2015: se realiza la medición de cada uno de los 16 principios basándose en 4 características de cada principio. Con un puntaje máximo de 8 para la mitad principios y 4 para la segunda mitad, para un total de 100 puntos o 5 puntos.
2. Indicadores trazadores (resolución 256 del 2016), se tomaron indicadores de seguridad (4 indicadores), de referencia (3 indicadores) y de experiencia de atención en salud (9 indicadores) los cuales se tabulan según una escala de valores. (tabla 8.1.4)
3. Evaluación de los 23 derechos de la carta de los de derechos y deberes de los pacientes donde 5 es el puntaje máximo y 0 el mínimo.
4. Evaluación de la referencia y contrarreferencia en cuanto al régimen de referencia y contrarreferencia y red prestadora de los servicios de salud, los equipos básicos de salud y desarrollo organizacional de la admisión y remisión de pacientes. Los soportes de calificación incluyen evidencia verbal, documental y otras evidencias.
5. Evaluación de la calidad del servicio: que incluye el cumplimiento de las políticas nacionales de calidad del servicio, evaluación de la encuesta de satisfacción, grado de desarrollo del SIAU y del sistema de quejas y reclamos. Los soportes de calificación incluyen evidencia verbal, documental y otras evidencias

En la medición global de cada uno de los items el puntaje máximo es 1 y se obtiene la siguiente evaluación:

1. Derecho a la salud excelentemente garantizado : puntuación 5
2. Derecho a la salud garantizado: puntuación 4

3. Derecho a la salud comprometido: puntuación 3
4. Derecho a la salud aplazado: puntuación 2
5. Derecho a la salud negado : puntuación 1

A continuación se describen cada uno de los 5 componentes de la auditoria de l derecho a la salud.

Para el diseño del aplicativo de las herramientas de auditoría se tomaron los principios de la ley 1751 de 2015 que orientan la prestación de servicios de salud para la materialización del derecho fundamental a la salud, los se esbozan a continuación:

Universalidad: entendido en este caso, como la cobertura sin exclusión de toda la población a los servicios de salud. Se inserta tanto en la ley 1438 de 2011, como en la ley 1751 de 2015 o estatutaria de la salud.

Solidaridad: entendido en este caso, como Transferencias de recursos del gobierno y la población con mayor capacidad económica a los más pobres y vulnerables; Se inserta tanto en la ley 1438 de 2011, como en la ley 1751 de 2015 o estatutaria de la salud.

Equidad: entendido en la ley 100 de 1993 como la provisión gradual de los servicios de salud de igual calidad a todos los habitantes en Colombia, independientemente de su capacidad de pago; se convierte en principio en la ley 1438 de 2011 y en la Ley 1751 de 2015 o estatutaria de la salud.

Libre Elección: entendido en la ley 100 de 1993; el permitir a los usuarios libertad en la escogencia entre las entidades promotoras de salud y las instituciones prestadores de servicios de salud, cuando ello sea posible según las condiciones de oferta de servicios, aparece como principio en la ley 1438 de 2011 y como principio de libre elección en la Ley 1751 de 2015 o estatutaria de la salud.

Calidad e idoneidad Profesional: entendido en la ley 100 de 1993 como la garantía a los usuarios de la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua en salud y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional; se mantiene como principio en la ley 1438 de 2011 y agrega al termino Idoneidad profesional como elemento esencial de la ley 1751 de 2015 o estatutaria de la salud.

Prevalencia de Derechos: En la Atención en salud prevalecen los derechos de las mujeres en embarazos, los niños, las niñas y adolescentes de acuerdo a reglas. Se mantiene en la ley 1751 de 2015 o estatutaria en salud como principio.

Progresividad del Derecho: gradualidad en la actualización de las prestaciones incluidas en el Plan de Beneficios – POS. Aparece como principio en la Ley 1751 de 2015 o estatutaria en salud, como progresividad que remueve los obstáculos del derecho a la salud en un amplio contexto.

Sostenibilidad: Se garantizan las prestaciones y recursos financieros para sostener el sistema general de seguridad social en salud y sus instituciones en forma ágil y expedita, se mantiene como principio en la ley 1751 de 2015 o estatutaria de la salud.

Continuidad: los servicios de salud deben ser integrales y continuos.

Disponibilidad: existen los prestadores disponibles en su nivel de complejidad para darle capacidad de respuesta suficiente al paciente.

Aceptabilidad: es importante aceptar las condiciones en que se presenta el paciente y darles solución a sus problemas de salud.

Accesibilidad: Es importante que la red prestadora de servicios disponga de una capacidad técnico científica para garantizar el acceso del paciente a su portafolio de servicios.

Pro Homine: la norma más favorable a la persona en su derecho a la salud.

Oportunidad: Asignación de citas y atención de urgencias deben atender los protocolos y tiempos y movimientos de la productividad de la atención.

Interculturalidad: entender que Colombia es multicultural y los problemas de salud se tratan de una manera diferencial. Sin conculcar sus derechos.

Protección a los pueblos Indígenas: Es un principio del etno desarrollo en salud para la protección de los pueblos y comunidades Indígenas, ROM, negros afrodescendientes; raizal y palenquearas: es fundamental atender y brindar servicios eficientes a estas comunidades.

8.1 Estructura del Aplicativo de Auditoria de los Principios del SGSSS, que Califica el Derecho a la Salud en la ESE. Criterios de Evaluación y Evidencias.

El auditor del Derecho a la Salud debe poseer las habilidades y destrezas para establecer las estrategias de recolección de la información en el hospital público, desarrollar la aplicación de los indicadores de evaluación, tabular, analizar los datos obtenidos en términos de la lógica formal del proceso auditor, de acuerdo a los principios del SGSSS que se incluyen en la sistematización y parametrización de los criterios y evidencias objetivas las cuales se proponen en los siguientes apartes:

**AUDITORIA DEL DERECHO A LA
SALUD DE LOS PRINCIPIOS DEL
SGSSS EN LOS HOSPITALES
PUBLICOS ESES**

**CRITERIOS PARA LA EVALUACION Y EVIDENCIAS
(PARTE 1)**

UNIVERSALIDAD

1. Comprobar la Garantía y Oportunidad en la Asignación de Citas 2. Que se Haga el Triage II en Urgencias en forma Correcta 3. Que se acompañe al paciente a que la ERP autorice el Servicio 4. que se haga una admisión correcta del paciente cuando es remitido.

SOLIDARIDAD

1. El paciente tiene varias opciones para facturar la patología presentada 2. al paciente independiente de su grado de afiliación se le atiende con las mismas dinámicas y humanización con que se hace con todos por igual 3. Si el paciente no tiene recursos de copagos y afines se le da de alta sin problemas 4. Los familiares del paciente tienen la información básica del estado de salud del paciente

EQUIDAD

1. Independiente si hay contrato o no con la ERP donde está afiliado 2. le indica al paciente los pasos a seguir para reclamar sus derechos como paciente 3. no permite el pase de la jeringa en la atención 4. en urgencias primero lo atiende y después comprueba derechos.

LIBRE ELECCION

1. Cuando solicita la Cita o servicios ambulatorios y puede concertar la forma y dias y hora de acuerdo a la severidad de la patologia 2. cuando se le ofrecen los medicos y profesionales de la salud y este puede decir cual escoge mientras tengan disponibilidad y turnos 3. cuando puede decidir firmando el consentimiento informado por la praxis de una atencion en salud que lo amerita 4. cuando solicita informacion sobre el servicio prestado y es obfacion suministrarsela

LA CALIDAD E IDONEIDAD PROFESIONAL

1. Los profesionales de las salud cumplen con las competencias y requisitos que exigen la oferta de servicios 2. la ESE cumple con la habilitacion de sus servicios en terminos del talento humano en salud 3. la atencion de los profesionales a los pacientes cumple con las guias y los protocolos de control de riesgos de la atencion 4. los profesionales de la salud garantizan las buenas practicas de seguridad en la atencion del paciente

PREVALENCIA DE DERECHOS

1. Se tiene preferencia en los programas de Gestantes la captacion del embarazo antes de las 12 semanas 2. Los niños y Niñas son prioritarios en la atencion 3. Los Ancianos y adulto mayor tienen prioridad en la atencion de los servicios de salud de la ESE 4. Los discapacitados tienen las rampas y un tratamiento preferencial en la atencion

PROGRESIVIDAD DEL DERECHO A LA SALUD

1. Reconocimiento Inmediato del POS al paciente 2. Reconocimiento a su carácter de afiliado o beneficiario y sus derechos en el plan de beneficios efectivos de acuerdo a la patologia 3. dinamica y celeridad en las solicitudes de orden de servicios la ERP 4. alternativas NO POS para reconocimiento de derechos del plan de beneficios (Junta Medica, tutela, etc)

SOSTENIBILIDAD

1. Esfuerzo de la ESE para garantizar una acertada contratacion 2. esfuerzo de la ESE para garantizar una adecuada facturacion 3. Esfuerzo de la ESE para optimizar la gestion de recaudo de la cartera 4. garantia de la ESE para garantizar en tiempo real los insumos y dotacion biomedica para la atencion del paciente

AUDITORIA DEL DERECHO A LA SALUD DE LOS PRINCIPIOS DEL SGSSS EN LOS HOSPITALES PUBLICOS ESES	CRITERIOS PARA LA EVALUACION Y EVIDENCIAS (PARTE3)
CONTINUIDAD	1. El Portafolio de servicio es integral 2. la atención en salud es dinamica y funcional en el acceso y no esta dispersa 3. se garantizan los servicios al paciente como procesos multiproducto 4. Incomodidad de la infraestructura y capacidad instalada de la ESE para prestarle los servicios continuos al paciente
DISPONIBILIDAD	1. Se garantiza al paciente una admision de pacientes que se le remiten con oportunidad y accesibilidad 2. la ESE toma decisiones oportunas en la evolucion del paciente para su remision a otro nivel de atención 3. Existe proceso de contrareferencia en la ESE 4. Se tiene la disponibilidad de los especialistas y acuden al llamado en forma eficiente cuando se les requiere
ACEPTABILIDAD	1. acepta las condiciones en que llega el paciente a consulta 2. en urgencias reciben al paciente en el estado que llega y se atiende de acuerdo a sus condiciones 3. no se le establecen condiciones de selección adversa al paciente 4. La integridad personal del paciente es prioritaria sobre su presentación personal básica
ACCESIBILIDAD	1. Se maneja el concepto de area social de mercado o de gestión sanitaria 2. la Ambulancia traslada al paciente a la urgencia mas cercana a sitio del accidente 3. la asignacion de citas esta en el estandar 4. la atención al paciente es coherente con el servicio que se ofrece en la publicidad del hospital
PRO HOMINE	1. Representación eficiente del paciente ante el prestador 2. se cumplen los tiempos de requerimientos de orden de servicio y si no hay contestación de la EPS se cumple con la atención del servicio 3. Si el paciente gana tutela del POS no se le dilata la atención 4. La ESE atiende al paciente y le da prioridad a los compromisos que llegan con el mismo

AUDITORIA DEL DERECHO A LA SALUD DE LOS PRINCIPIOS DEL SGSSS EN LOS HOSPITALES PUBLICOS ESES	CRITERIOS PARA LA EVALUACION Y EVIDENCIAS (PARTE 4)
OPORTUNIDAD	1. Hay oportunidad adecuada en la asignacion de citas 2. la cancelacion de cirugias y servicios es aceptable en sus niveles de atención 3. las urgencias se le hace el triage en el tiempo de referencia 4. la oportunidad del paciente cuando llega al servicio coincide con la hora de la cita
INTERCULTURALIDAD	1. La vida del paciente esta por encima de credos, de costumbres y de respeto por sus creencias 2. Se aceptan programas especificos para culturas especificas 3. el hospital en su atención no niega el servicio ni por credo raza ni religion y color 4. Se educa a la población por cada etnia o grado educativo de como utilizar el servicio de salud
PROTECCION A LOS PUEBLOS INDIGENAS	1. se Entiende y respetan las costumbres 2. se trata de hablar su lenguaje 3. se busca la forma de proteger su derecho de atención en salud 4. se efectuan programas especificos del etnodesarrollo para contribuir a la antropología y sociología medica
PROTECCION A LOS PUEBLOS Y COMUNIDADES INDIGENAS, ROM, NEGROS AFRODESCENDIENTES, RAIZAL Y PALENQUERAS	1. se Entiende y respetan las costumbres 2. se trata de hablar su lenguaje 3. se busca la forma de proteger su derecho de atención en salud 4. se efectuan programas especificos del etnodesarrollo para contribuir a la antropología y sociología medica
TOTAL CALIFICACION DE LA AUDITORIA DE LOS PRINCIPIOS DEL SGSSS	

PRINCIPIOS DEL SGSSS APLICADOS A HOSPITALES PUBLICOS ESES

En la Atención al Paciente que Pide Cita o ingresa a urgencias la ESE garantiza el principio de la UNIVERSALIDAD en el sentido a que SIAU y Admisiones, Busca la Forma y acompaña al paciente a que se haga efectiva por cualquier medio la Comprobación de Derechos

El Hospital Publico, agota todas las vías para que el principio de SOLIDARIDAD con los derechos del paciente en la atención en salud que brinda; se hagan efectivo su goce en la institución

El Hospital Publico -ESE, atiende al paciente en terminos de EQUIDAD

La ESE Hospital Publico garantiza el principio de LIBRE ELECCION DE SUS PACIENTES

La Calidad e idoneidad Profesional se garantiza por parte de la ESE Hospital Publico en la atención a sus pacientes

EL Hospital Publico ESE, dentro de sus Politicas de Atención da Impotancia a la aplicación del principio de Prevalencia de Derechos

La ESE tiene en cuenta en la atención a los pacientes el principio de Progresividad del Derecho a la Salud

en la ESE Hospital Publico se desarrolla el Principio de SOTENIBILIDAD para garantizar la capacidad tecnico cientifica en la atención del paciente

LA ESE Garantiza a los pacientes el principio de CONTINUIDAD

En la atención al usuario el hospital publico promueve el principio de DISPONIBILIDAD

El Hospital Publico transciende en la aplicación del principio de ACEPTABILIDAD al paciente que acude al servicio

El Hospital Publico ESE garantiza a los pacientes el Principio de ACCESIBILIDAD

La ESE promueve el principio Pro Homine para favorecer al paciente en su atención en salud

El Hospital Publico garantiza a sus pacientes el principio de OPORTUNIDAD

El hospital Publico emtiende la aplicación del principio de INTERCULTURALIDAD

El hospital Publico respeta el principio de Protección a los pueblos Indígenas

El Hospita Publico respeta el principio de Protección a los pueblos y comunidades Indígenas, ROM, negros afrodescendientes; raizal y palenqueras

GRAN TOTAL

Escala de Calificación de los Principios

ESCALA DE CALIFICACION DE LA AUDITORIA DEL DERECHO A LA SALUD DE LOS PRINCIPIOS DEL SGSSS EN LOS HOSPITALES PUBLICOS ESES	CALIFICACION NOMINAL DE 0-100	CALIFICACION DE 1-5
UNIVERSALIDAD	8	0,4
SOLIDARIDAD	4	0,2
EQUIDAD	4	0,2
LIBRE ELECCION	8	0,4
LA CALIDAD E IDONEIDAD PROFESIONAL	8	0,4
PREVALENCIA DE DERECHOS	8	0,4
PROGRESMIDAD DEL DERECHO A LA SALUD	8	0,4
SOSTENIBILIDAD	4	0,2
CONTINUIDAD	4	0,2
DISPONIBILIDAD	8	0,4
ACEPTABILIDAD	4	0,2
ACCESIBILIDAD	8	0,4
PRO HOMINE	4	0,2
OPORTUNIDAD	8	0,4
INTERCULTURALIDAD	4	0,2
PROTECCION A LOS PUEBLOS INDIGENAS	4	0,2
PROTECCION A LOS PUEBLOS Y COMUNIDADES INDIGENAS, ROM, NEGROS AFRODESCENDIENTES, RAIZAL Y PALENQUERAS	4	0,2
TOTAL CALIFICACION DE LA AUDITORIA DE LOS PRINCIPIOS DEL SGSSS	100	5

Evaluación Final de la Auditoria del derecho a la Salud de los Principios

CONVENCIONES	EVALUACION
CUMPLIMIENTO EN ALTO GRADO	5
CUMPIAMIENTO EN MEDIANO GRADO	4
CUMPIAMIENTO EN REGULAR GRADO	2
CUMPLIMIENTO EN BAJO GRADO	1
NO CUMPLE ABSOLUTAMENTE	0

Estructura General

PRINCIPIOS DEL SGSSS APLICADOS A HOSPITALES PUBLICOS ESES	CALIFICACION DE LOS PRINCIPIOS DEL SGSSS EN LA ESES	CRITERIOS PARA LA EVALUACION Y EVIDENCIAS
En la Atención al Paciente que Pide Cita o Ingres a urgencias la ESE garantiza el principio de la UNIVERSALIDAD en el sentido a que SIAU y Admisiones. Busca la Forma y acompaña al paciente a que se haga efectiva por cualquier medio la Comprobación de Derechos	5. Cumplimiento en alto grado 4. Cumplimiento en mediano Grado 3. Cumplimiento en Regular Grado 1. Cumplimiento en Bajo Grado 0. No cumple absolutamente	1. Comprobar la Garantía y Oportunidad en la Asignación de Citas 2. Que se Haga el Triaje II en Urgencias en forma Correcta 3. Que se acompañe al paciente a que la ERP autorice el Servicio 4. que se haga una admisión correcta del paciente cuando es remitido.
El Hospital Publico, agota todas las vías para que el principio de SOLIDARIDAD con los derechos del paciente en la atención en salud que brinda; se hagan efectivo su goce en la Institución	5. Cumplimiento en alto grado 4. Cumplimiento en mediano Grado 3. Cumplimiento en Regular Grado 1. Cumplimiento en Bajo Grado 0. No cumple absolutamente	1. El paciente tiene varias opciones para facturar la patología presentada 2. al paciente independiente de su grado de afiliación se le atiende con las mismas dinámicas y humanización con que se hace con todos por igual 3. Si el paciente no tiene recursos de copagos y afines se le da de alta sin problemas 4. Los familiares del paciente tienen la información básica del estado de salud del paciente
El Hospital Publico -ESE, atiende al paciente en terminos de EQUIDAD	5. Cumplimiento en alto grado 4. Cumplimiento en mediano Grado 3. Cumplimiento en Regular Grado 1. Cumplimiento en Bajo Grado 0. No cumple absolutamente	1. Independiente si hay contrato o no con la ERP donde esta afiliado 2. le indica al paciente los pasos a seguir para reclamar sus derechos como paciente 2. no permite el pase de la juerte en la atención 4. en urgencias primero lo atiende y despues comprueba derechos.
La ESE Hospital Publico garantiza el principio de LIBRE ELECCION DE SUS PACIENTES	5. Cumplimiento en alto grado 4. Cumplimiento en mediano Grado 3. Cumplimiento en Regular Grado 1. Cumplimiento en Bajo Grado 0. No cumple absolutamente	1. Cuando solicita la Cita o servicios ambulatorios y puede concertar la forma y días y hora de acuerdo a la severidad de la patología 2. cuando se le ofrecen los medicos y profesionales de la salud y este puede decir cual escoge mientras tengan disponibilidad y turnos 3. cuando puede decidir firmando el consentimiento informado por la praxis de una estación en salud que lo amerita 4. cuando solicita información sobre el servicio prestado y es obfacion suministrada
La Calidad e Idoneidad Profesional se garantiza por parte de la ESE Hospital Publico en la atención a sus pacientes	5. Cumplimiento en alto grado 4. Cumplimiento en mediano Grado 3. Cumplimiento en Regular Grado 1. Cumplimiento en Bajo Grado 0. No cumple absolutamente	1. Los profesionales de la salud cumplen con las competencias y requisitos que exigen la oferta de servicios 2. la ESE cumple con la habilitación de sus servicios en terminos del talento humano en salud 3. la atención de los profesionales a los pacientes cumple con las guías y los protocolos de control de riesgos de la atención 4. los profesionales de la salud garantizan las buenas practicas de seguridad en la atención del paciente
EL Hospital Publico ESE, dentro de sus Políticas de Atención da Impotencia a la aplicación del principio de Prevalencia de Derechos	5. Cumplimiento en alto grado 4. Cumplimiento en mediano Grado 3. Cumplimiento en Regular Grado 1. Cumplimiento en Bajo Grado 0. No cumple absolutamente	1. Se tiene preferencia en los programas de Gestantes la captación del embarazo antes de las 12 semanas 2. Los niños y Niñas son prioritarios en la atención 3. Los Ancianos y adulto mayor tienen prioridad en la atención de los servicios de salud de la ESE 4. Los discapacitados tienen las rampas y un tratamiento preferencial en la atención
La ESE tiene en cuenta en la atención a los pacientes el principio de Progresividad del Derecho a la Salud	5. Cumplimiento en alto grado 4. Cumplimiento en mediano Grado 3. Cumplimiento en Regular Grado 1. Cumplimiento en Bajo Grado 0. No cumple absolutamente	1. Reconocimiento inmediato del POS al paciente 2. Reconocimiento a su carácter de afiliado o beneficiario y sus derechos en el plan de beneficios efectivos de acuerdo a la aptología 3. dinámica y celeridad en las solicitudes de orden de servicios la ERP 4. alternativas NO POS para reconocimiento de derechos del plan de beneficios (Junta Médica, tutela, etc)
en la ESE Hospital Publico se desarrolla el Principio de SOTENIBILIDAD para garantizar la capacidad técnico científica en la atención del paciente	5. Cumplimiento en alto grado 4. Cumplimiento en mediano Grado 3. Cumplimiento en Regular Grado 1. Cumplimiento en Bajo Grado 0. No cumple absolutamente	1. Esfuerzo de la ESE para garantizar una adecuada contratación 2. esfuerzo de la ESE para garantizar una adecuada facturación 3. Esfuerzo de la ESE para optimizar la gestión de recaudo de la cartera 4. garantía de la ESE para garantizar en tiempo real los insumos y dotación biomédica para la atención del paciente
LA ESE Garantiza a los pacientes el principio de CONTINUIDAD	5. Cumplimiento en alto grado 4. Cumplimiento en mediano Grado 3. Cumplimiento en Regular Grado 1. Cumplimiento en Bajo Grado 0. No cumple absolutamente	1. El Portafolio de servicio es Integral 2. la estación en salud es dinámica y funcional en el acceso y no esta dispersa 3. se garantizan los servicios al paciente como procesos multiproducto 4. Incomodidad de la infraestructura y capacidad instalada de la ESE para prestarle los servicios continuos al paciente
En la atención al usuario el hospital publico promueve el principio de DISPONIBILIDAD	5. Cumplimiento en alto grado 4. Cumplimiento en mediano Grado 3. Cumplimiento en Regular Grado 1. Cumplimiento en Bajo Grado 0. No cumple absolutamente	1. Se garantiza al paciente una admisión de pacientes que se le remiten con oportunidad y accesibilidad 2. la ESE toma decisiones oportunas en la evolución del paciente para su remisión a otro nivel de atención 3. Existe proceso de contrareferencia en la ESE 4. Se tiene la disponibilidad de los especialistas y acuden al llamado en forma eficiente cuando se les requiere
El Hospital Publico transciende en la aplicación del principio de ACEPTABILIDAD al paciente que acude al servicio	5. Cumplimiento en alto grado 4. Cumplimiento en mediano Grado 3. Cumplimiento en Regular Grado 1. Cumplimiento en Bajo Grado 0. No cumple absolutamente	1. acepta las condiciones en que llega el paciente a consulta 2. en urgencias reciben al paciente en el estado que llega y se atiende de acuerdo a sus condiciones 3. no se le establecen condiciones de selección adversas al paciente 4. La Integridad personal del paciente es prioritaria sobre su presentación personal básica
El Hospital Publico ESE garantiza a los pacientes el Principio de ACCESIBILIDAD	5. Cumplimiento en alto grado 4. Cumplimiento en mediano Grado 3. Cumplimiento en Regular Grado 1. Cumplimiento en Bajo Grado 0. No cumple absolutamente	1. Se maneja el concepto de área social de mercado o de gestión sanitaria 2. La Ambulancia traslada al paciente a la urgencia mas cercana a sitio del accidente 3. la asignación de citas esta en el estandar 4. la atención al paciente es coherente con el servicio que se ofrece en la publicidad del hospital
La ESE promueve el principio Pro Homine para favorecer al paciente en su atención en salud	5. Cumplimiento en alto grado 4. Cumplimiento en mediano Grado 3. Cumplimiento en Regular Grado 1. Cumplimiento en Bajo Grado 0. No cumple absolutamente	1. Representación eficiente del paciente ante el proveedor 2. se cumplen los tiempos de requerimientos de orden de servicio y si no hay contestación de la EPS se cumple con la atención del servicio 3. Si el paciente gana tutela del POS no se le dilata la atención 4. La ESE atiende al paciente y le da prioridad a los compromisos que llegan con el mismo
El Hospital Publico garantiza a sus pacientes el principio de OPORTUNIDAD	5. Cumplimiento en alto grado 4. Cumplimiento en mediano Grado 3. Cumplimiento en Regular Grado 1. Cumplimiento en Bajo Grado 0. No cumple absolutamente	1. Hay oportunidad adecuada en la asignación de citas 2. la cancelación de cirugías y servicios es aceptable en sus niveles de atención 3. las urgencias se le hace el triaje en el tiempo de referencia 4. la oportunidad del paciente cuando llega al servicio coincide con la hora de la cita
El hospital Publico entiende la aplicación del principio de INTERCULTURALIDAD	5. Cumplimiento en alto grado 4. Cumplimiento en mediano Grado 3. Cumplimiento en Regular Grado 1. Cumplimiento en Bajo Grado 0. No cumple absolutamente	1. La vida del paciente esta por encima de creeds, de costumbres y de respeto por sus creencias 2. Se aceptan programas específicos para culturas específicas 3. el hospital en su atención no niega el servicio ni por credo raza ni religión y color 4. Se educa a la población por cada etnia o grado educativo de como utilizar el servicio de salud
El hospital Publico respeta el principio de Protección a los pueblos Indigenas	5. Cumplimiento en alto grado 4. Cumplimiento en mediano Grado 3. Cumplimiento en Regular Grado 1. Cumplimiento en Bajo Grado 0. No cumple absolutamente	1. se Entiende y respetan las costumbres 2. se trata de hablar su lenguaje 3. se busca la forma de proteger su derecho de atención en salud 4. se efectúan programas específicos del etno-desarrollo para contribuir a la antropología y sociología medica
El Hospita Publico respeta el principio de Protección a los pueblos y comunidades indigenas, ROM, negros afrodescendientes; raizal y palenqueras	5. Cumplimiento en alto grado 4. Cumplimiento en mediano Grado 3. Cumplimiento en Regular Grado 1. Cumplimiento en Bajo Grado 0. No cumple absolutamente	1. se Entiende y respetan las costumbres 2. se trata de hablar su lenguaje 3. se busca la forma de proteger su derecho de atención en salud 4. se efectúan programas específicos del etno-desarrollo para contribuir a la antropología y sociología medica
GRAN TOTAL	RESULTADO PONDERADO	

8.2 Aplicativo De Los Indicadores Trazadores

Los indicadores trazadores que tiene en cuenta la red prestadora de servicios de salud pública en todo el país que reporta el SIHO, en el componente de Calidad, de conformidad con la Resolución 256 del 5 de febrero de 2016 emanada del Ministerio de Salud, por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud se esbozan a continuación:

8.1.1 Indicadores de Seguridad

INDICADOR TRAZADOR RESOLUCION 256 DE 2016 IPSS	DOMINIO	CODIGO NUMERADOR	CODIGO DENOMINADOR
TASA DE CAIDA DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION	SEGURIDAD	P.2.6. Número total de pacientes hospitalizados que sufren caídas en el periodo.	
			P.2.6 Sumatoria de días de estancia de los pacientes en los servicios de hospitalización en el periodo.
PROPORCION DE REINGRESO DE PACIENTES AL SERVICIO DE URGENCIAS EN MENOS DE 72 HORAS	SEGURIDAD	P.2.13 Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma institución antes de 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso.	
			P.2.13 Número total de pacientes atendidos en el servicio de urgencias, en el periodo.
TASA DE REINGRESO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN MENOS DE 15 DIAS	SEGURIDAD	P.2.14 Número total de pacientes que reingresan al servicio de hospitalización, en la misma institución, antes de 15 días, por el mismo diagnóstico de egreso en el periodo.	
			P.2.14 Número total de egresos vivos en el periodo.
PROPORCION DE CANCELACION DE CIRUGIA	SEGURIDAD	P.2.16 Número total de cirugías programadas que fueron canceladas por causas atribuibles a la institución.	
			P.2.16 Número total de cirugías programadas.

8.1.2 Indicadores de Referencia

INDICADOR TRAZADOR RESOLUCION 256 DE 2016 IPSS	DOMINIO	CODIGO NUMERADOR	CODIGO DENOMINADOR
REMISION DE PACIENTES AMBULATORIOS	REFERENCIA	No. de pacientes remitidos a niveles superiores desde servicio ambulatorio y hospitalario	
REMISION DE PACIENTES URGENCIAS	REFERENCIA	no. de pacientes remitidos desde el servicio de urgencias a niveles superiores	
REMISION DE PARTOS	REFERENCIA	No. de pacientes remitidos para la atención del parto a niveles superiores	

8.1.3 Indicadores de experiencia en la atención en salud

INDICADOR TRAZADOR RESOLUCION 256 DE 2016 IPSS	DOMINIO	CODIGO NUMERADOR	CODIGO DENOMINADOR
TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACION DE CITA DE MEDICINA GENERAL	EXPERIENCIA DE LA ATENCION	P.3.1 Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Medicina general de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó.	P.3.1 Número total de citas de Medicina General de primera vez asignadas.
TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACION DE CITA DE ODONTOLOGIA GENERAL	EXPERIENCIA DE LA ATENCION	P.3.2 Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Odontología general de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó.	P.3.2 Número total de citas de Odontología General de primera vez asignadas.
TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACION DE CITA DE MEDICINA INTERNA	EXPERIENCIA DE LA ATENCION	P.3.3 Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Medicina Interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó.	P.3.3 Número total de citas de Medicina Interna de primera vez asignadas.
TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACION DE CITA DE PEDIATRIA	EXPERIENCIA DE LA ATENCION	P.3.4 Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó.	P.3.4 Número total de citas de Pediatría de primera vez asignadas.
TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACION DE CITA DE GINECOLOGIA	EXPERIENCIA DE LA ATENCION	P.3.5 Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Ginecología de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó.	P.3.5 Número total de citas de Ginecología de primera vez asignadas.
TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACION DE CITA DE OBSTETRICIA	EXPERIENCIA DE LA ATENCION	P.3.6 Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó.	P.3.6 Número total de citas de Obstetricia de primera vez asignadas.
TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACION DE CITA DE CIRUGIA GENERAL	EXPERIENCIA DE LA ATENCION	P.3.7 Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Cirugía General de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó.	P.3.7 Número total de citas de Cirugía General de primera vez asignadas.
TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ATENCION DEL PACIENTE CLASIFICADO EN EL TRIAGE II	EXPERIENCIA DE LA ATENCION	P.3.10 Sumatoria del número de minutos transcurridos a partir de que el paciente es clasificado como Triage 2 y el momento en el cual es atendido en consulta de Urgencias por médico.	P.3.10 Número total de pacientes clasificados como Triage 2, en un periodo determinado.
PROPORCION DE SATISFACCION GLOBAL DE USUARIOS DE IPS	EXPERIENCIA DE LA ATENCION	P.3.14 Número de usuarios que respondieron ?muy buena? o ?buena? a la pregunta: ¿cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS?	P.3.14 Número de usuarios que respondieron la pregunta.

Los indicadores trazadores se adoptaran, de acuerdo al nivel de complejidad y al portafolio de servicios que oferte la ESE, previa parametrización.

8.1.4 Escala de Valores de los indicadores Trazadores

TABLA DE CALIFICACION DE LOS RESULTADOS DE LOS INDICADORES	ESTADÍSTICAS PERMITIDAS	MEJOR QUE ESTADÍSTICAS PERMITIDAS	CUMPLE	LE FALTA PARA CUMPLIR	NO CUMPLE RELATIVAMENTE	ESTADÍSTICAS ALIENADAS
	PERMITIDAS	PERMITIDAS			ESTADÍSTICAS	
TASA DE CAIDA DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN	CERO	5	5	4	2	1
PROPORCION DE REINGRESO DE PACIENTES AL SERVICIO DE URGENCIAS EN MENOS DE 72 HORAS	1%					
TASA DE REINGRESO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN MENOS DE 18 DIAS	1%					
PROPORCION DE CANCELACION DE CIRUGIA	2%					
TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACION DE CITA DE MEDICINA GENERAL	2 DIAS					
TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACION DE CITA DE ODONTOLOGIA GENERAL	1 DIA					
TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACION DE CITA DE MEDICINA INTERNA	15 DIAS					
TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACION DE CITA DE PEDIATRIA	10 DIAS					
TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACION DE CITA DE GINECOLOGIA	8 DIAS					
TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACION DE CITA DE OBSTETRICIA	8 DIAS					
TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACION DE CITA DE CIRUGIA GENERAL	15 DIAS					
REMISION DE PACIENTES AMBULATORIOS	100%					
REMISION DE PACIENTES URGENCIAS	100%					
REMISION DE PARTOS	100%					
TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ATENCION DEL PACIENTE CLASIFICADO EN EL TRIAGE II	30 MIN					
PROPORCION DE SATISFACCION GLOBAL DE USUARIOS DE IPS	85%					
SUMATORIAS DE LOS INDICADORES TRAZADORES		80	73	60	30	14
CONVERSIONES		ENTRE 74 Y 80	ENTRE 51 Y 73	ENTRE 31 Y 50	ENTRE 15	
CALIFICACION MEDIA		5				

8.1.5 Calificación General de los Indicadores Trazadores

CONVENCIONES	EVALUACION
CUMPLIMIENTO EN ALTO GRADO	5
CUMPLIMIENTO EN MEDIANO GRADO	4
CUMPLIMIENTO EN REGULAR GRADO	2
CUMPLIMIENTO EN BAJO GRADO	1
NO CUMPLE ABSOLUTAMENTE	0

8.1.6 Estructura y Estándares de los Indicadores Trazadores

INDICADORES TRAZADORES RESOLUCION 256 DE 2016	DOMINIO DEL INDICADOR	RESULTADO DEL INDICADOR SEMESTRAL	CALIFICACION DE 1 A 5	ESTANDAR MINIMO PERMITIDO
TASA DE CAIDA DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION	SEGURIDAD			CERO
PROPORCION DE REINGRESO DE PACIENTES AL SERVICIO DE URGENCIAS EN MENOS DE 72 HORAS	SEGURIDAD			1%
TASA DE REINGRESO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN MENOS DE 15 DIAS	SEGURIDAD			1%
PROPORCION DE CANCELACION DE CIRUGIA	SEGURIDAD			2%
TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACION DE CITA DE MEDICINA GENERAL	EXPERIENCIA DE LA ATENCION			2 DIAS
TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACION DE CITA DE ODONTOLOGIA GENERAL	EXPERIENCIA DE LA ATENCION			1 DIA
TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACION DE CITA DE MEDICINA INTERNA	EXPERIENCIA DE LA ATENCION			15 DIAS
TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACION DE CITA DE PEDIATRIA	EXPERIENCIA DE LA ATENCION			10 DIAS
TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACION DE CITA DE GINECOLOGIA	EXPERIENCIA DE LA ATENCION			8 DIAS
TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACION DE CITA DE OBSTETRICIA	EXPERIENCIA DE LA ATENCION			8 DIAS
TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACION DE CITA DE CIRUGIA GENERAL	EXPERIENCIA DE LA ATENCION			15 DIAS
REMISION DE PACIENTES AMBULATORIOS	REFERENCIA			100%
REMISION DE PACIENTES URGENCIAS	REFERENCIA			100%
REMISION DE PARTOS	REFERENCIA			100%
TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ATENCION DEL PACIENTE CLASIFICADO EN EL TRIAGE II	EXPERIENCIA DE LA ATENCION			30 MINUTOIS
PROPORCION DE SATISFACCION GLOBAL DE USUARIOS DE IPS	EXPERIENCIA DE LA ATENCION			85%

8.2 Aplicativo De Monitoreo De La Carta De Derechos Y Compromisos Con El Paciente

En la carta de derechos y compromisos con el paciente, el auditor encontrará que algunos postulados de garantía derecho fundamental a la salud que aplican para las entidades responsables de pago y demás actores del Esquema de Aseguramiento y es necesario previamente el proceso documentado en la ESE y se hace pertinente su monitoreo de cumplimiento de carta de derechos.

8.2.1 Escala de Calificación de la Carta de Derechos del Paciente

CONVENCIONES	EVALUACION
DERECHOS EN ALTO GRADO	5
DERECHOS EN MEDIANO GRADO	4
DERECHOS EN REGULAR GRADO	3
DERECHOS EN BAJO GRADO	2
NO SE LES RESPETAN SUS DERECHOS	0

8.2.2 Estructura de Evaluación de la Carta de Derechos del Paciente

CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL PACIENTE DEL SGSSS APLICADOS A HOSPITALES PUBLICOS ESES	CALIFICACION DE LA CARTA DE DERECHOS EN LA ESE HOSPITAL PUBLICO	TIPOS DE EVIDENCIAS DE LA EVALUACION A) Criterio subjetivo del auditor b) Monitoreo y Evaluacion c) aplicativo de evaluacion d) seguimiento y experiencia e) No Aplica al nivel de complejidad y portafolio
1. Acceder a los servicios sin que le impongan trámites administrativos adicionales a los de ley.		
2. Que le autoricen y presten los servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud de manera oportuna y si usted requiere con necesidad uno que no esté incluido también lo puede recibir.		
3. Recibir por escrito las razones por las que se niega el servicio de salud		
4. Que en caso de urgencia, sea atendido de manera inmediata, sin que le exijan documentos o dinero		
5. Que atiendan con prioridad a los menores de 18 años		
8. Elegir libremente el asegurador, la IPS y el profesional de la salud que quiere que lo trate, dentro de la red disponible.		
7. Ser orientado respecto a la entidad que debe prestarle los servicios de salud requeridos.		
8. Que como cotizante le paguen las licencias y las incapacidades médicas.		
9. Tener protección especial cuando se padecen enfermedades catastróficas y de alto costo, sin el cobro de copagos.		
10. Que solamente le exijan su documento de identidad para acceder a los servicios de salud		
11. Que le informen dónde y cómo pueden presentar quejas o reclamos sobre la atención en salud prestada.		
12. Recibir un trato digno sin discriminación alguna		
13. Recibir los servicios de salud en condiciones de higiene, seguridad y respeto a su intimidad.		
14. Recibir durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible		
15. Recibir servicios continuos, sin interrupción y de manera integral.		
18. Obtener información clara y oportuna de su estado de salud, de los servicios que vaya a recibir y de los riesgos del tratamiento.		
17. Recibir una segunda opinión médica si lo desea y a que su asegurador valore el concepto emitido por un profesional de la salud externo		
18. Ser informado sobre los costos de su atención en salud.		
19. Recibir o rechazar apoyo espiritual o moral.		
20. Que se mantenga estricta confidencialidad sobre su información clínica		
21. Que usted o la persona que lo represente acepte o rechace cualquier tratamiento y que su opinión sea tenida en cuenta y respetada.		
22. Ser incluido en estudios de investigación científica, sólo si lo autoriza		
23. Que se respete su voluntad de donar o no sus órganos		
GRAN TOTAL		

8.3 Herramienta De Evaluación De La Referencia Y Contrarreferencia Según Capacidad Instalada De La Complementariedad De Servicios De Salud

8.3.1 Convenciones de Calificación de la Referencia y Contrarreferencia.

CONVENCIONES	EVALUACION
SE CUMPLE EN ALTO GRADO	5
SE CUMPLE EN MEDIANO GRADO	4
SE CUMPLE EN REGULAR GRADO	3
SE CUMPLE EN BAJO GRADO	2
NO SE CUMPLE ABSOLUTAMENTE	1

El sumum de calificación tiene en cuenta la evaluación de tres aspectos fundamentales el Régimen que aplica a la Referencia y Contrarreferencia y red prestadora de servicios de salud en la ESE, la Red Integrada de Servicios de salud y equipos Básicos de salud en la ESE, el Grado de desarrollo organizacional de los procedimientos de la admisión y la remisión de pacientes

8.3.2 Estructura de Monitoreo y Evaluación de la Referencia y Contrarreferencia.

AUDITORIA DEL DERECHO A LA SALUD SOBRE LA REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DEL HOSPITAL PUBLICO ESE, Y RED PRESTADORA DE SERVICIOS	0	SOPORTE DE CALIFICACION		
REGIMEN DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA Y RED PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD EN LA ESE	0	EVIDENCIA VERBAL	EVIDENCIA DOCUMENTAL	OTRAS EVIDENCIAS CUALES?
P1. La ESE en su función de autorregulación registra documentado en forma eficiente su manual de referencia y contrarreferencia reglamentariamente.				
P2. La ESE en sus procesos de autoevaluación registra la capacidad técnico científica del transporte ambulatorio Básico o medicalizado, terrestre, fluvial o aéreo y cumple eficientemente con el proceso de traslado de los pacientes remitidos a niveles superiores o de contrarreferencia si es de tercer nivel.				
P3. La ESE en su proceso de autogestión tiene establecido en forma eficiente los protocolos o procesos documentados de remisión del primer nivel al Segundo Nivel de complejidad				
P4. La ESE en su proceso de autogestión tiene establecido en forma eficiente los protocolos o procesos documentados de remisión del segundo nivel al tercer nivel de complejidad				
P5. La ESE en su proceso de autogestión tiene establecido en forma eficiente los protocolos o procesos documentados de coordinación para la remisión de sus pacientes y entidades responsables de pegos con el Centro Regulador de Urgencias de su área de gestión sanitaria.				
RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD Y EQUIPOS BASICOS DE SALUD EN LA ESE	0	EVIDENCIA VERBAL	EVIDENCIA DOCUMENTAL	OTRAS EVIDENCIAS CUALES?
P1. La ESE en su función de autorregulación ha venido implementado la contratación del eje de salud pública con los recursos que por derecho propio le transfiere el ente territorial a través de redes integradas de salud - RISS.				
P2. La ESE en la ejecución de sus actividades de intervenciones individuales y colectivas ha venido implantado su trabajo de atención primaria en salud mediante el funcionamiento de equipos básicos de salud				
P3. La ESE en su función de autoevaluación ha realizado acciones extramurales mediante el trabajo en equipos extramurales que desarrollen en forma eficiente los programas de intervenciones colectivas e individuales.				
P4. La ESE en sus ejecutorias de autogestión registra una relación beneficio/costo de su talento humano para las ejecutorias de salud pública en las diferentes áreas de gestión sanitaria.				
P5. La ESE en sus responsabilidades de ejecución de salud pública registra en las intervenciones individuales y colectivas el trabajo en red integrada de servicios de salud y los equipos básicos de salud desarrollan procesos articulados con los demás actores responsables de los programas en su área de gestión sanitaria.				
GRADO DE DESARROLLO ORGANIZACIONAL DE LA ADMISION Y REMISION DE PACIENTES	0	EVIDENCIA VERBAL	EVIDENCIA DOCUMENTAL	OTRAS EVIDENCIAS CUALES?
P1. La ESE en sus responsabilidades de autorregulación en información y comunicación con los usuarios, para desarrollar eficientemente las admisiones y remisiones de las atenciones tiene Socializado El Manual Guía Del Usuario, existe y se difunde entre los usuarios los deberes y derechos de estos y se tiene un programa de orientación al usuario para la utilización correcta del servicio.				
P2. La ESE en su proceso de autocontrol de admisiones y remisiones registra coordinación con la liga y alianzas de usuarios para dar información sobre el interés públicos formal de la atención a sus pacientes y rinde cuentas periódicas de la gestión hospitalaria a sus usuarios y ciudadanía en general.				
P3. La ESE para el desarrollo de sus procesos de admisiones y remisiones registra un adecuado sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes con el Centro regulador de urgencias y emergencias - CRUE y funciona eficientemente.				
P4. La ESE en sus responsabilidades de autogestión Registra medios de Transportes de pacientes ya sea TAB o TAM, Terrestres, Fluvial o Aéreo y este cumple con las condiciones técnico científicas de la habitación que le permiten operar adecuadamente en beneficio de la oportunidad de traslado del paciente.				
P5. La ESE cuando registra una atención de urgencias 24 horas cuenta con los medios de comunicación adecuados para la admisión y remisión de pacientes, con una efectiva respuesta para atender y remitir oportunamente Urgencias Vitales y Emergencias.				

8.4 Criterios De Medición De La Calidad Del Servicio Y Satisfacción Del Usuario A Aplicar

Para determinar las diferentes mediciones que regularmente se toman de las ciencias exactas, estadísticas, biopsicosociales y demás que midan la satisfacción del usuario y la calidad del servicio en los hospitales públicos – ESES, en este caso los del departamento del atlántico, se desarrollaron los siguientes criterios (24):

La satisfacción del cliente se mide mediante monitorios continuos que indaguen sobre la opinión de éstos respecto al servicio de salud prestado. Los monitorios deben ser desarrollados por personas calificadas en las áreas de Psicología; Investigación de mercados; Estadísticas, epidemiólogos y de experiencia en técnicas de entrevista y sistemas computacionales.

En la Auditoria del Derecho a la salud, se dejó a discrecionalidad del Auditor la aplicación de las técnicas existentes o las siguientes herramientas de medición de satisfacción del Usuario, pero sus resultados deben unificarse para su valoración y evaluación en los siguientes criterios propuestos:

CLISA: Cliente satisfecho: busca realizar una evaluación Al paciente en la última atención en salud prestada. **Característica:** Es un cuestionario corto para la realización al egreso del paciente, sus preguntas se dirigen a la experiencia de la última atención en salud **Duración promedio 5 minutos.**

ENCUESTA POR CORREO: Permite evaluar procesos y ciclos en forma más detallada. Debe ir acompañado por una carta de presentación y justificación del estudio o un instructivo. **Características:** permite mayor cobertura geográfica; ahorra costos y tiene como desventaja de la efectividad de su diligenciamiento y devolución que es de un 5 a 10% del total de cuestionarios enviados.

IN SITU- OBSERVACION DIRECTA: Se aplica dentro del mismo ambiente del hospital, se coloca en admisiones o en cada servicio de salud para que el cliente la tomé y evalué por sí mismo el servicio recibido. Características: carácter directo – preguntas cerradas y de escala; su duración depende del ciclo que se está evaluando; aprovecha el tiempo de espera del paciente, su debilidad radica en que su aplicación no se adecua a las condiciones del servicio de urgencias.

ENTREVISTA PERSONAL: Se le práctica directamente al cliente en su lugar de trabajo o residencia con cita previa. Puede ser de carácter estructurado o charla informal, se lleva una guía, pero el cuestionario no es rígido. Características: permite mayor profundidad de respuesta e indagar sobre aspectos complementarios de los servicios de salud, permitiendo mayor riqueza en los resultados. Su implementación requiere una mayor erogación de recursos por los costos de desplazamiento al domicilio del usuario.

CLIENTE INCOGNITO: Consiste en el entrenamiento de un funcionario de la firma consultora o de otro hospital, el cual hace el papel de cliente de la organización dentro de algunos momentos de verdad que impliquen consulta. Característica: la información parte de la observación y experiencia del cliente incognito. Se requiere el entrenamiento del “usuario”, según los estándares de calidad previamente definidos para la capacitación en esta estrategia.

ENTREVISTA ON LINE: Envío de cuestionario vía e, mail a los clientes del hospital. Esta técnica garantiza seguridad. Característica: En la Red pública es desfavorable por el acceso limitado que tienen los usuarios vinculados y del régimen subsidiado para el acceso a servicios de internet.

8.4.1 Estructura de calificación del aplicativo

CONVENCIONES	EVALUACION
SE CUMPLE EN ALTO GRADO	5
SE CUMPLE EN MEDIANO GRADO	4
SE CUMPLE EN REGULAR GRADO	3
SE CUMPLE EN BAJO GRADO	2
NO SE CUMPLE ABSOLUTAMENTE	1

El sùmmum de calificación tiene en cuenta la evaluación de tres aspectos fundamentales como son:

Cumplimiento en la ESE de las políticas nacionales de calidad del servicio y satisfacción del usuario

Evaluación de la encuesta de satisfacción del usuario y calidad del servicio de la ESE.

Grado de desarrollo del SIAU (Sistema de Información y Atención del usuario)

Evaluación del Sistema de Quejas y Reclamos de la ESE - PQRS

8.4.2 Aplicativo de evaluación de calidad del servicio

AUDITORIA DEL DERECHO A LA SALUD SOBRE LA REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DEL HSPITAL PUBLICO ESE Y RED PRESTADORA DE SERVICIOS	0	SOPORTE DE CALIFICACION		
CUMPLIMIENTO EN LA ESE DE LAS POLITICAS NACIONALES DE CALIDAD DEL SERVICIO Y SATISFACCION DEL USUARIO	0	EVIDENCIA VERBAL	EVIDENCIA DOCUMENTAL	OTRAS EVIDENCIA CUALES?
<p>P1. La ESE en el desarrollo de sus procesos de autorregulación para la calidad del servicio, registra la implementación de políticas de calidad del servicio y satisfacción del usuario que determinan y se nota en sus dinámicas de Atención la humanización del servicio.</p>				
<p>P2. La ESE en sus responsabilidades de autogestión registra la implementación de un programa de satisfacción del usuario y este es conocido por todos los empleados de la institución y se trabaja en forma articulada en todos los servicios de su portafolio con el Sistema de Información y Atención al usuario - SIAU</p>				
<p>P3. La ESE en sus ejecutorias de autocontrol tiene herramientas claras para medir y monitorear la satisfacción de los usuarios y los resultados de su aplicación son conocidos por todos los actores y en los comités y organismos claves se toma decisiones de mejora al respecto.</p>				
<p>P4. La ESE en sus responsabilidades misionales registra coherencia entre los diferentes resultados y mediciones de la satisfacción del usuario como indicador trazador y la realidad del servicio que presta.</p>				
<p>P5. La ESE tiene socializada y difundida a sus clientes internos y externos los Flujogramas y distintas formas de Atención al usuario en forma virtual, telefónica y documental y funciona eficientemente.</p>				
<p>3.1.1.1 EVALUACION DE LA ENCUESTA DE SATISFACCION DEL USUARIO Y CALIDAD DEL SERVICIO DE LA ESE</p>	0	EVIDENCIA VERBAL	EVIDENCIA DOCUMENTAL	OTRAS EVIDENCIA CUALES?
<p>P1. La ESE en el cumplimiento de reporte del indicador trazador de satisfacción/lealtad registra una encuesta adecuada para medir el grado de satisfacción del usuario y se aplica con la mayor neutralidad valorativa y objetividad posible.</p>				
<p>P2. La ESE registra en su proceso de autogestión una realidad de la calidad del servicio prestado con la realidad de los resultados de la satisfacción del usuario</p>				
<p>P3. La ESE en sus procesos de atención al usuario contempla como mecanismo importante un sistema de quejas y reclamos que mide eficientemente la calidad del servicio y la satisfacción del usuario.</p>				
<p>P4. La ESE en sus responsabilidades de autocontrol registra mecanismos de toma de medidas correctivas cuando se denota un grado de satisfacción del usuario negativo y que lo afecta por fallos en la atención de estos.</p>				
<p>P5. La ESE registra una buena capacidad de respuesta y excelentes canales de comunicación para dar respuestas a las solicitudes de los usuarios por el servicio que demandan y las quejas y fallos que reclaman.</p>				
<p>3.2.1.2 GRADO DE DESARROLLO DEL SIAU (SISTEMA DE INFORMACION Y ATENCION DEL USUARIO)</p>	0	EVIDENCIA VERBAL	EVIDENCIA DOCUMENTAL	OTRAS EVIDENCIA CUALES?
<p>P1. La ESE en sus procesos de autogestión registra con un funcionamiento eficaz de su Sistema de Información y Atención al Usuario – SIAU con mecanismos de información veraz y oportunos que le den confianza a los familiares de los pacientes y demás grupos de interés.</p>				
<p>P2. La ESE en sus responsabilidades de autocontrol registra en su Sistema de Información y Atención al Usuario con una comunicación directa con el usuario, contando eficientemente con los medios telefónicos, físicos, virtual, personal y buzón de quejas y reclamos.</p>				
<p>P3. La ESE en sus responsabilidades de autorregulación de la comunicación informativa eficaz con el usuario del servicio, con prioridad en la solución de citas médicas y quejas y reclamos de estos, monitorea y funciona eficientemente estos procesos a través de la Línea 018000.</p>				
<p>P4. La ESE registra una oficina exclusiva de orientación y atención al usuario o con actores responsables al respecto y está organizada y funcionando eficientemente.</p>				
<p>P5. La ESE en sus procesos de autogestión maneja la información básica de atención al usuario y en tiempo real puede generar reportes de oportunidad en las asignaciones y atenciones de citas médicas, odontológicas y de otros servicios de salud, como también de remisiones y contra remisiones por causas, procedimientos, especialidad, instituciones receptoras y perfil epidemiológico de los mismos.</p>				
<p>3.2.2.2 EVALUACION DEL SISTEMA DE QUEJAS Y RECLAMOS DE LA ESE</p>	0	EVIDENCIA VERBAL	EVIDENCIA DOCUMENTAL	OTRAS EVIDENCIA CUALES?
<p>P1. La ESE en su tarea de autorregulación Registra un buzón de quejas y reclamos, los cuales se tabulan oportunamente las quejas, reclamos y sugerencias con respuestas a los grupos de interés en forma eficiente.</p>				
<p>P2. La ESE en sus tareas de autogestión registra procesos adecuados, dentro de los mecanismos de participación comunitaria y Medición de la Satisfacción del Usuario en el monitoreo de su sistema de quejas y reclamos</p>				
<p>P3. La ESE en su tarea de autocontrol, registra mecanismos adecuados para evaluar la satisfacción del usuario mediante las respuestas a la Quejas, reclamos y sugerencias que se envían a los grupos de interés y usuarios.</p>				
<p>P4. La ESE en sus prácticas de responsabilidad social registra Instrucciones adecuadas a los usuarios para que hagan uso del Buzón de Quejas y reclamos y esta se ubica con accesibilidad para los mismos.</p>				
<p>P5. La ESE en su tarea de autogestión registra un sistema de información que le permita monitorear y tabular la información del Sistema de Quejas y reclamos y el funcionamiento de su Buzón y esta se utiliza por las directivas para correctivas y fortalecimiento institucional pertinentes.</p>				

8.5 CALIFICACIÓN INTEGRAL DEL DISEÑO DE MODELO DE AUDITORIA DEL DERECHO A LA SALUD

8.5.1 Total Integral de La Calificación de Todos Los Componentes de la Auditoria del Derecho a la Salud

COMPONENTES DE LA AUDITORIA DEL DERECHO A LA SALUD	CALIFICACION FINAL
PRINCIPIOS DEL SGSSS	
INDICADORES TRAZADORES	
CARTA DE DERECHOS	
REFERENCIA Y CONTRAREREFERENCIA	
CALIDAD DEL SERVICIO	
GRAN TOTAL CALIFICACION	0

8.5.2 Categorización del cumplimiento del Derecho a la Salud por parte del Hospital Público ESE.

DERECHO A LA SALUD EXCELENTEMENTE GARANTIZADO	5
DERECHO A LA SALUD GARANTIZADO	4
DERECHO A LA SALUD COMPROMETIDO	3
DERECHO A LA SALUD APLAZADO	2
DERECHO A LA SALUD NEGADO	1

9. DISCUSION

La principal dificultad en el cumplimiento del derecho a la salud consiste en la comprensión misma de tal concepto. La palabra salud parece tener tantas interpretaciones en lo popular, lo técnico y lo filosófico que resulta extremadamente difícil de delimitar y asir en la práctica. Por ejemplo, resulta prácticamente imposible exigir el cumplimiento del derecho a la salud en los términos de la inasible definición de la OMS: “el estado de completo bienestar físico, psicológico y social” (25). Es evidente que resultará imposible orientar el quehacer de los trabajadores de la salud o del sector mismo, si bajo su responsabilidad se encuentra lograr el completo bienestar social.

Sin embargo, la legislación a nivel internacional desde hace muchos años busca garantizar la salud como derecho fundamental, con la proclamación de la declaración internacional de los derechos humanos en 1948. (26) y Declaración de los Derechos del Niño Declaración de los Derechos del Niño en 1959. (27)

En Colombia desde 1966 se adoptaron los Pactos Internacionales de derechos humanos que desarrollan la Declaración Universal de 1948. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) se acordó en 1966 y entró en vigencia en enero de 1976. El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) también se acordó en 1966 y entró en vigencia en marzo de 1976. (28). Desde esta fecha se han realizado grandes esfuerzos por garantizar el derecho a la salud desde la constitución política de 1991. (29) hasta la ley estatutaria del derecho a la salud o 1751 de 2015. (30) y últimamente con la Expedición de la Ley 1797 de Julio 13 de 2016(31). Para lograr dicho fin se creó con el sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud. (32) con una gran cantidad de decretos y resoluciones, que buscan parametrizar una adecuada prestación del servicio. Sin embargo según informes de la defensoría del pueblo

se ha presentado un incremento en un 25,2% en los últimos 5 años en el número de acciones de tutela. (33) por lo cual hace evidente las continuas vulneraciones por las distintas entidades intervinientes en el aseguramiento, en la prestación de los servicios de salud de óptima calidad. Por lo tanto, son necesarias nuevas herramientas que permitan procesos de monitoreo, retroalimentación y autogestión que permitan evaluar en forma rigurosa los derechos de la salud en sus expresiones más sentidas para la satisfacción integral de usuario como razón de ser del sistema. Por lo cual es de gran importancia el diseño de un modelo de auditoría del derecho a la salud para garantizar el cumplimiento de los principios y la carta de derechos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En nuestro departamento los datos arrojados por los sistemas de información evaluando los indicadores de **accesibilidad/oportunidad**, arrojan una adecuada oportunidad en la asignación de citas a los especialistas en las ESE de 2 y tercer nivel, un tiempo promedio adecuado en la atención de pacientes de urgencias. En cuanto a la calidad de la prestación un bajo índice de infecciones intrahospitalarias, un porcentaje bajo en primer nivel, pero un porcentaje de muertes intrahospitalaria algo preocupante en entidades de tercer nivel, lo que podría ser un indicador indirecto de algo de demoras en el proceso de referencia-contrarreferencia. Es preocupante además en gran número de recién nacidos remitidos a mayor nivel de complejidad, lo que denota un inadecuado funcionamiento de los programas prevención y promoción en los primeros niveles de atención. Pero a pesar de estas falencias es contradictorio encontrar niveles de satisfacción del usuario promedio mayores del 90%, por lo son necesarias herramientas más concretas y completas que las empleadas actualmente que midan, estos niveles de satisfacción y con ello se garantice el cumplimiento de los principios y la carta de derechos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En nuestro departamento y a nivel nacional no existen herramientas para modelo de auditoría del derecho a la salud, por lo tanto, el diseño de un modelo concreto podría servir como punto de partida para la realización de nuevos estudios donde se evalué la herramienta en las entidades públicas del departamento del Atlántico.

10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Las conclusiones de la presente investigación hacen relación a:

1. En los entes territoriales existen falencias para el cumplimiento de las competencias de IVC, y el Departamento del Atlántico no es la excepción.
2. Las políticas de salud pública y prestación de servicios, per se no reivindican el derecho a la salud si su implementación no está acompañada de acciones de evaluación, seguimiento y control que permitan re direccionar la ejecución de los planes y programas que devienen de ella.
3. La implementación de los sistema de información y el desarrollo de las herramientas tecnológicas para la sistematización de la auditoria son incipiente (como muestra los resultados de la auditoría realizada por la Supe salud (2011/12/13)en el cumplimiento de las competencias que le son propias.

RECOMENDACIONES

DE los aspectos presentados como conclusiones surgen las recomendaciones cuyo propósito es la cualificación de los servicios de salud, expresándose de la siguiente manera:

- El fortalecimiento de los programas de auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAME), direccionado en tres aspectos:
 - Fortalecimiento de las competencias de los auditores
 - Fortalecimiento del desarrollo tecnológico atreves del uso de herramientas para la sistematización de la auditoria de la prestación de servicios
 - Utilización de los resultados de la auditoria para que la planeación responda a las necesidades.

El aporte de la Investigación al campo disciplinar es el fortalecimiento de las funciones básicas de la entidad territorial a partir de una herramienta tecnológica cual es el Aplicativo de Auditoría del Derecho a la Salud, cuyo propósito es el mejoramiento de la auditoría de la prestación de servicios de salud.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Fortich, Fernán, Modulo de Planeación de la Salud, Maestría de Salud Pública, Universidad de Zulia, Valledupar, septiembre 2015.
- (2) Documento Red Pública Prestadora de Servicios de Salud del Departamento del Atlántico. 2013 Secretaria de Salud Departamental. Barranquilla Atlántico.
- (3) Ministerio de Salud Aprueba Estudio de Red del Atlántico. Tomado de Reeditor. Barranquilla 12 de febrero de 2014.
- (4) Exposición de Motivos de la Ley Estatutaria en Salud- Congreso de la Republica – Comisión Séptima Constitucional Permanente, 2013 y 2015. Bogotá D.C.
- (5) Consultorsalud, Boletín Enero de 2015. Bogotá D.C.
- (6) Fortich, Fernán, Gestión del Desarrollo Empresarial en Salud, P-72 Cartagena de Indias 2008.
- (7) <https://es.wikipedia.org/wiki/Wikcionario>
- (8) <http://es.wikipedia.org/wiki/Modelo>.
- (9) Fortich, Fernán MECI adaptado a Hospitales Públicos ESES – Editorial Nueva Imagen, 2da Edición.P.61
- (10) Jadad, Alejandro, Congreso Nacional de Salud – Conferencia Febrero 2014. Ministerio de Salud y otras entidades.
- (11) Adaptación del Autor de la Ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2007 y ley 1438 de 2011.
- (12) Página Web Oficial Gobernación del Atlántico. <http://www.atlantico.gov.co/index.php/departamento>.
- (13) Ibídem
- (14) Ibídem
- (15) Plan de Desarrollo Departamento del Atlántico 2016 – 2019 Atlántico Líder. Gobernación del Atlántico Mayo 2016 P. 18 Barranquilla.
- (16) INSTITUTO GEOGRÁFICO AGUSTÍN CODAZZI –IGAC. . Monografía del Departamento del Atlántico. 1974. Pág. 45.

- (17) www.encyclopediiaafrocolombiana.bligoo.com.co
- (18) *Ibíd.*
- (19) Informes Consolidado Decreto 2193 de 2004, Reportes a 31 de Diciembre 2015.
- (20) *Ibíd.*
- (21) *Ibíd.*; Corte a 31 de Diciembre de 2015
- (22) *Ibíd.*
- (23) Análisis de suficiencia de la red prestadora de servicios de salud del departamento de Atlántico y distrito de Barranquilla. Secretaria de Salud Departamental Atlántico. Barranquilla 2013 Orozco, Africano Julio y Etal.
- (24) Adaptado de Mauricio Leuro y Femán Fortich; Modulo de Calidad del Servicio, Postgrados Especialización Gerencia en Salud, Varias Universidades, 2002.
- (25). OMS. Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York 22 de julio de 1946; 2 ,100).
- (26)2 Organización de las Naciones Unidas. (2008). Declaración Universal de los Derechos Humanos, United Nations. Recuperada en Junio 15, 2009, del sitio Web tema: Portal de Recursos Educativos Abiertos (REA) en <http://www.temoa.info/es/node/19618>.
- (27) Humanium. « ONU Declaración de los Derechos del Niño, GINEBRA 1959». Consultado el 8 de octubre de 2013.).
- (28) www.humanium.org/es/pacto-1966
- (29) CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA, 1991 [en linea] <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4125> [consultado el 23 de mayo de 2009] la Ley 100 de 1993, (6 LEY 100 DE 1993 [en linea] http://ley100.com/portal/attachments/103_ley100.pdf [consultado el 13 de febrero de 2009])
- (30) <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad/..Ley%201751%20de%202015.pdf>
- (31) <https://www.es.presidencia.gov.co/LEY%201797%20DEL%2013%20DE%20JULIO%20DE%20>

(32) Decreto 1011 de 2006 - Ministerio de Salud y Protección Social
<https://www.minsalud.gov.co/Normatividad.../DECRETO%201011%20DE%202006.pdf>

(33) [www.defensoria.gov.co/.../Sigue-creciendo-el-número-de-tutelas-en-salud-7 abr. 2015 - \)](http://www.defensoria.gov.co/.../Sigue-creciendo-el-número-de-tutelas-en-salud-7-abr.2015-)

[http://www.atlantico.gov.co/images/stories/informe_gestion/2014/informe de gesti on 2014.pdf](http://www.atlantico.gov.co/images/stories/informe_gestion/2014/informe_de_gestion_2014.pdf)

<http://www.contraloriadelatlantico.gov.co/auditorias/salud.pdf>

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202090% 20de%202014.PDF](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202090%20de%202014.PDF)

[https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis- 2015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2015.pdf)

[http://atlantico.gov.co/images/stories/rendicion/2012/evaluacion_plan_desarrollo_2 012.pdf](http://atlantico.gov.co/images/stories/rendicion/2012/evaluacion_plan_desarrollo_2012.pdf)

ANEXOS

PRESUPUESTO

CONCEPTO	VALOR
Compra de libros; Revistas y Documentos	\$ 900.000,00
Gastos de Internet y Tabulación	\$ 2.200.000,00
Gastos de Transportes y desplazamiento	\$ 800.000,00
Transcripción Secretaria	\$ 550.000,00
Normas VANCOUVER	\$ 600.000,00
Imprevistos	\$ 300.000,00
Total	\$ 5.350.000,00

CRONOGRAMA

MESES AGOSTO A DICIEMBRE DE 2016/CONCEPTOS	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE
ENTREGA ANTEPROYECTO			
REVISION ANTEPROYECTO			
RECABACION DE INFORMACION			
TABULACION DE INFORMACION			
ANALISIS DE RESULTADOS			
AJUSTES DEL ANTEPROYECTO			
GRAFICAS Y CUADROS RESULTADOS			
PREPARACION DEL PROYECTO			
ESTRUCTURA DEL PROYECTO			
ESTABLECIMIENTO DE MEJORAS PILOTO			
ENTREGA PROYECTO DEFINITIVO			
REVISION Y AJUSTE PROYECTO			
ENTREGA Y APROBACION PROYECTO FINAL			