

UNIVERSIDAD EAN
ESPECIALIZACION EN AUDITORIA Y GARANTIA DE LA CALIDAD EN SALUD

MODELO AUDITORIA INTERNA PROGRAMA DETECCION TEMPRANA ADULTO
MAYOR UNIDAD SALUD, UNIVERSIDAD DEL CAUCA. 2012

Presentado por:

PILAR ADRIANA CEBALLOS VALENCIA
ELIANA DEL SOCORRO TRUJILLO CAMPO

POPAYAN

2012

Popayán, 26 de junio de 2012

Doctor
JORGE ERNESTO OCHOA MONTES
Director Posgrados en Salud
Universidad EAN
Ciudad.

Apreciado Doctor:

Comedidamente me permito informarle que una vez hecho el acompañamiento y revisado el Informe Final de Investigación -IFI-, elaborado por **PILAR ADRIANA CEBALLOS VALENCIA Y ELIANA DEL SOCORRO TRUJILLO CAMPO**, estudiantes de la especialización "AUDITORIA Y GARANTIA DE LA CALIDAD DE LA SALUD CON ENFASIS EN EPIDEMIOLOGIA" desarrollado por la Universidad EAN en la ciudad de Popayán titulado: "MODELO AUDITORIA INTERNA PROGRAMA DETECCION TEMPRANA ADULTO MAYOR UNIDAD SALUD, UNIVERSIDAD DEL CAUCA. 2012", cumple con los requisitos técnicos, metodológicos y de rigor Investigativo establecidos en la norma ICONTEC y la "Guía estandarizada de Investigación de la EAN" y por lo tanto dicho Informe es **APROBADO**.

Cordialmente,


MARIÁ DEL PILAR RESTREPO DE PAZ
Tutora

TABLA DE CONTENIDO

1	FORMULACION DEL PROBLEMA.....	1
2	JUSTIFICACION.....	3
3	OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICO	4
3.1	Objetivo general.....	4
3.2	Objetivos específicos.....	4
4	MARCO CONCEPTUAL.....	5
4.1	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud.....	5
4.2	Auditoria.....	7
4.3	Gerencia Estratégica.....	15
4.4	El Adulto Mayor.....	17
4.5	Detección Temprana de Alteraciones.....	27
5	PLAN TEMATICO.....	29
6	DISEÑO METODOLOGICO	30
6.1	TIPO DE ESTUDIO	30
6.2	ÁREA DE ESTUDIO.....	30
6.3	UNIVERSO Y MUESTRA	31
6.4	OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	31
7	RESULTADOS ESPERADOS.....	32
7.1	Análisis situacional programa de Detección de Alteraciones del Adulto sano mayor de 40 años.....	32
7.1.1	Caracterización de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca y sus afiliados	33
7.1.2	Perfil epidemiológico de la población afiliada a la Unidad de Salud.....	42
7.1.3	Modelo de Atención Universitario en Salud	48

7.1.4	Programa de Detección de Alteraciones del Adulto Sano mayor de 40 años	51
7.1.5	Matrices EFAS y IFAS del programa de Detección temprana de Alteraciones del Adulto Mayor de 40 años.....	66
7.1.6	Matriz FODA programa de Detección de Alteraciones del Adulto Mayor de 40 años.	68
7.2	Formatos aplicados	71
7.2.1	Formato de verificación de estándares de capacidad tecnológica y científica ...	71
7.2.2	Formato de verificación de suficiencia patrimonial, financiera.	71
7.2.3	Estándar de calidad para los servicios:	72
7.2.4	Estándar de evaluación para un producto o servicio.....	72
7.2.5	Estándar de proceso	73
7.2.6	Procedimiento	74
8	Estándares	75
8.1	Estándares de calidad del servicio para el programa Detección Temprana de Alteraciones del Adulto Mayor de 40 años.	75
8.2	Estándares de cumplimiento para el programa Detección Temprana de Alteraciones del Adulto Mayor de 40 años.	76
8.3	Estándar de proceso	79
8.4	Estándares de procedimiento.....	81
8.4.1	Procedimiento para la Demanda Inducida del adulto mayor de 40 años.....	81
8.4.2	Procedimiento para asignación de citas de actividades del adulto mayor de 40 años.	83

8.4.3	Procedimiento para registro de actividades del adulto mayor de 40 años.....	84
8.4.4	Procedimiento para la consulta de primera vez del adulto mayor de 40 años.....	85
8.4.5	Procedimiento para la autorización de procedimientos del adulto mayor de 40 años. 88	
8.4.6	Procedimiento para la consulta de revisión de exámenes del adulto mayor de 40 años.	89
8.4.7	Procedimiento el seguimiento del adulto mayor de 40 años.	91
9	MANUAL DE AUDITORÍA INTERNA PARA EL PROGRAMA DE DETECCION DE ALTERACIONES DEL ADULTO SANO MAYOR DE 40 AÑOS.....	94
9.1	GENERALIDADES	95
9.1.1	PROPÓSITO DEL MANUAL.....	95
9.1.2	OBJETIVO GENERAL	96
9.1.3	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	96
9.1.4	CONTROL DE MODIFICACIÓN DEL MANUAL.....	97
9.2	METODOLOGÍA	97
9.2.1	PROGRAMACIÓN DE LA EVALUACIÓN.....	98
9.2.2	DESARROLLO DE LA EVALUACIÓN.....	98
9.2.3	RETROALIMENTACIÓN Y SEGUIMIENTO	99
9.3	EVALUACIÓN.....	99
9.3.1	EVALUACION DE ESTANDARES ADMINISTRATIVOS.....	99
9.3.2	EVALUACION DE ESTANDARES DE PRESTACION DE SERVICIOS	104

9.3.3	EVALUACION DE ESTANDARES DE PERSONAL	108
9.3.4	EVALUACION DE ESTANDARES DE USUARIOS	123
10	CONCLUSIONES.....	125
11	RECOMENDACIONES.....	127
12	BIBLIOGRAFÍA.....	128

LISTA DE GRAFICAS

Gráfica 1 Porcentaje de crecimiento la población mundial de niños y adultos mayores al 2090.....	19
Gráfica 2 Pirámide poblacional Departamento del Cauca 2005.....	25
Gráfica 3 Distribución porcentual de la población según tipo de afiliación de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca. 2012.....	34
Gráfica 4 Distribución porcentual de la población según sexo y tipo de afiliación de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca. 2012.	35
Gráfica 5 Pirámide poblacional cotizantes de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca. 2012.	36
Gráfica 6 Pirámide poblacional beneficiarios de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca. 2012.	36
Gráfica 7 Pirámide poblacional según sexo de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca. 2012.	36
Gráfica 8 Distribución porcentual de la población según nivel salarial de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca. 2012.	38
Gráfica 9 Distribución porcentual de la población según tenencia de plan complementario de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca. 2012.	39
Gráfica 10 Distribución porcentual de la población cotizante según tipo de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca. 2012.....	39
Gráfica 11 Distribución porcentual de la población general según zona de residencia de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca. 2012.	40
Gráfica 12 Distribución de la población general según comuna de residencia de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca. 2012.	40

Gráfica 13 Distribución de la población según parentesco de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca. 2012.	41
Gráfica 14 Distribución de la población cotizante según ocupación de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca. 2012.	42
Gráfica 15 Estructura Organizacional Unidad de Salud Universidad del Cauca	57
Gráfica 16 Pantalla del software de agenda y facturación de la IPS de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca. 2012.	62
Gráfica 17 Pantalla del modelo de Historia Clínica que provee el software de la IPS de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca. 2012.	63
Gráfica 18 Pantalla Ejecución de Actividades de PyP, software de reportes de la IPS de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca. 2012.	63
Gráfica 19 Pantalla del software Sagita de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca. 2012.	64

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Causas de mortalidad en mayores de 65 años.....	23
Tabla 2 Distribución de población Departamento del Cauca por grupo quinquenal y sexo.....	24
Tabla 3 Mortalidad por causas departamento del Cauca	25
Tabla 4 Causas de morbilidad Municipio de Popayán.....	26
Tabla 5 Distribución de la población según tipo de afiliación y sexo de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca. 2012.	35
Tabla 6 Distribución de la población por grupos quinquenales de edad y sexo de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca. 2012.	37
Tabla 7 Distribución de la población según tipo de afiliación y nivel salarial de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca. 2012.	38
Tabla 8 Diez primeras causas de morbilidad por Consulta Externa de la IPS de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca. 2011.	43
Tabla 9 Diez primeras causas de morbilidad de odontología de la IPS de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca. 2011.....	44
Tabla 10 Diez primeras causas de morbilidad por Consulta Externa de la Red adscrita de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca. 2011.....	45
Tabla 11 Diez primeras causas de morbilidad por Urgencias de la Red adscrita a la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca. 2011.	46
Tabla 12 Diez primeras causas de morbilidad por Hospitalización de la Red adscrita a la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca. 2011.	47

1 FORMULACION DEL PROBLEMA

La Unidad de Salud de la Universidad del Cauca en su IPS presta servicios de baja y mediana complejidad la cual está ubicada en la ciudad de Popayán en la Calle 4 No 3-57. Los servicios ofertados son: Consulta Médica General, Consulta Especializada en Ginecobstetricia, Pediatría, Urología, Geriatria, Consulta Odontológica General, Consulta odontológica especializada en Periodoncia y Endodoncia, Promoción y Prevención.

La Unidad de Salud entró a ser parte de las Entidades vigiladas por la Súper Intendencia Nacional de Salud a partir del año 2007, por tal motivo inició el proceso de ajustarse a la normatividad colombiana respecto al Sistema de Seguridad Social en Salud, y para el año 2010 inicio el proceso de Sistematización de los procesos de Prestación de Servicios de Salud, entendiéndose que el Sistema de Información es la base para generar datos que apoyan la toma de decisiones.

En este proceso se ha diseñado el Modelo de Atención en Salud Universitario MASU, el cual tiene un enfoque preventivo y hace énfasis en la implementación de las Resoluciones 412 y 3384 de 2000. Partiendo de que en la pirámide poblacional de los afiliados predominan los Adultos, es indispensable obtener calidad en el

desarrollo del programa Detección Temprana de Alteraciones en el Adulto Mayor; para lograrlo se debe desarrollar un proceso de auditoría interna que nos permita alcanzar el propósito de la atención en salud con calidad y eficiencia a toda la población que acceda a este servicio.

2 JUSTIFICACION

La Unidad de Salud de la Universidad del Cauca presta sus servicios a docentes y administrativos de la Universidad del Cauca, a pensionados de la Universidad del Cauca y pensionados por el Sistema General de Pensiones que cumplan con los requisitos del Decreto 4248 de 2007. Como consecuencia la mayoría de población pertenece a los quinquenios de 40 a 84 años, edades en las cuales existe mucha incidencia de enfermedades de Alto Costo y patologías crónicas.

La unidad de Salud ha iniciado la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud SOGC establecido en el Decreto 1011 de 2006 y ha iniciado el desarrollo del Modelo de Atención Universitario en Salud en el componente de Prestación de Servicios con enfoque Preventivo. Partiendo de la caracterización de la población y la morbilidad que se ha presentado es necesario dar prioridad al programa de Detección de Alteraciones en el Adulto Mayor de 40 años. Dada la importancia de la Detección Temprana para la población mayor de 40 años es necesario diseñar un proceso de auditoría para garantizar el cumplimiento de la Resoluciones 412 y 3384 de 2000 y la calidad en la prestación del servicio con el fin de que los tamizajes sean efectivos.

3 OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICO

3.1 Objetivo general

Diseñar un modelo de auditoría interna para el programa de Detección Temprana de Alteraciones del Adulto Mayor de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca acorde al Modelo de Atención en Salud Universitario y a la normatividad colombiana vigente, que contribuya a mejorar la calidad de la atención en salud y la calidad de vida del Adulto mayor.

3.2 Objetivos específicos

1. Realizar el análisis situacional del Programa de Detección Temprana de Alteraciones del Adulto Mayor.
2. Seleccionar los instrumentos a utilizar en el Modelo de Auditoría Interna.
3. Definir los estándares que permitan la medición de la calidad del programa de Detección de Temprana de Alteraciones del Adulto Mayor.
4. Realizar un manual explicativo sobre la implementación del Modelo de Auditoría Interna.

4 MARCO CONCEPTUAL

4.1 Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud.

La Constitución Política en el capítulo II, en sus artículos 49, expresa textualmente:

"La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado 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. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y de su comunidad."

Para garantizar que todas las instituciones cumplan con estos criterios de calidad, el Sistema de Seguridad Social en Salud SGSSS reglamentó a través del Ministerio de SOGC mediante el Decreto 1011 del 2006.

La calidad de la atención en salud es la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios. Para cumplir con este propósito es necesario contar con unas condiciones de capacidad tecnológica y científicas que no son otra cosa que las condiciones básicas de estructura y de procesos que deben cumplir los prestadores de servicios de salud por cada de uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarias para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud.

Es importante destacar que el conjunto de las normas que respaldan el SOGC en Colombia evidencia el interés del Estado por el mejoramiento de la calidad del servicio de salud. Éste coincide con la toma de conciencia por parte de las instituciones de la importancia que hoy tiene rendir cuentas ante el usuario y la sociedad global sobre las condiciones internas de operación de las mismas con base en criterios que expresen en su conjunto, el nivel de desempeño esperable por parte de una institución de salud cualquiera. Alcanzar la calidad y mantenerla es, entonces, el reto central.

4.2 Auditoría

De acuerdo con las definiciones del Modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, la auditoría de servicios de salud, en cualquiera de sus modalidades o de sus formas de expresión, se entiende y tiene sentido únicamente en función del mejoramiento de la calidad de las organizaciones. Por eso el Manual de procesos críticos de auditoría para el mejoramiento de la calidad es una herramienta básica para facilitar la comprensión y la realización de los procesos de evaluación de la calidad para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS, como paso fundamental para que, a partir de los resultados de tales procesos de evaluación, se tomen las decisiones que permitan aplicar los correctivos necesarios para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, o para asegurar el mantenimiento de niveles superiores, en caso de que ellos se hayan alcanzado.

El manual presenta la metodología básica que pueden seguir las organizaciones de salud para establecer sus planes o programas de auditoría de la calidad, para diseñar y ejecutar sus proyectos de auditoría en el enfoque ya descrito y para adelantar los procedimientos de auditoría requeridos. Contiene las propuestas generales que pueden ser aplicadas en la ejecución de un plan, programa o proyecto de auditoría y las particularidades de su aplicación en cada una de los tipos de instituciones objeto de este modelo; algunas precisiones respecto de la manera como la metodología propuesta en el Manual puede aplicarse en los diferentes tipos de

organizaciones y consideraciones de carácter ético y técnico que necesariamente deben orientar, tanto los procedimientos específicos de auditoría, como la gestión general de la auditoría de la calidad en las entidades de salud de cualquier naturaleza.

El manual de Procesos prioritarios define un estándar de calidad, como la expresión de la forma en que debe cumplirse y llevarse a cabo un proceso, representa lo deseable, desde el punto de vista de calidad y representa el nivel que se exigirá a partir de la adopción de cada una de estas expresiones del deber ser.¹

La auditoría de la calidad en una IPS se centra en la propia organización y se debe orientar hacia la evaluación de los procesos relacionados con la atención directa de los usuarios de los servicios de salud.

De acuerdo con el planteamiento anterior, los procesos de evaluación de una IPS se ejecutan en la modalidad de auditoría interna y abarcan, como mínimo, los siguientes aspectos prioritarios:

- Características de la operación y del resultado del apoyo logístico dispuesto para atender los problemas o las necesidades de salud de los usuarios
- Características de la operación y del resultado de la atención clínica que se brinda a quienes buscan los servicios de la organización.

¹ Colombia. Ministerio de la Protección Social. Informe final manual de procesos críticos de auditoría para el mejoramiento de la calidad

La evaluación de los servicios comprende dos grandes temas:

- La evaluación de la gestión en términos del esfuerzo de la IPS, es decir la estructura y proceso que conducen al logro de los resultados esperados.
- La evaluación de la gestión, en términos de sus resultados frente a la población.

La evaluación de la gestión, en términos de la implementación de formatos que permitan un mejoramiento de los procesos en los programas de detección temprana, logrando impactar en las metas de cumplimiento de dichos programas, con las instituciones contratantes.

La evaluación es una función del desempeño administrativo, es la función guía para la dirección de la gestión administrativa.

En el proceso de prestación de un servicio de salud, interviene por una parte, la infraestructura administrativa que crea y mantiene las condiciones que hacen posible la realización del acto, otra parte lo conforman el personal, equipos y elementos directamente involucrados en el acto médico.

En el proceso hay dos aspectos a tomar en cuenta, uno de tipo técnico, que tiene que ver con los criterios y procedimientos médico-clínicos, y el otro se refiere al trato recibido por las pacientes (subjetivo). El médico a la hora de abordar a un paciente debe tener en cuenta un formato de normativas y procedimientos que lo lleven hacia un fin deseado.

De una u otra forma, lo importante es realizar auditorías internas con el fin de desarrollar actividades de mejoramiento, es decir, una auditoria interna, que consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiriera la cultura del autocontrol.²

Al aseverar que la calidad de atención médica es un atributo que debe tener un grado mayor o menor implica que el objetivo primario de estudio es una serie de actividades que se llevan a cabo por y entre los profesionales y los usuarios. La base para el juicio de la calidad es la relación entre las características del proceso de atención médica y sus consecuencias para la salud y bienestar de los usuarios.

La aplicación de los conceptos de calidad de los productos de manufactura tienen parámetros de producción fácilmente medibles, son reproducibles, no requieren indispensablemente el contacto directo con el usuario y existen de manera separada, desde la producción hasta el consumo del mismo; mientras que los servicios, se caracterizan por ser intangibles, lo que implica mediciones y evoluciones complejas y difíciles, no son reproducibles exactamente, requieren contacto directo y permanente con el usuario, y son inseparables la producción del servicio y el consumo del mismo.³

² Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 de 2006, abril 6, Por el cual se establece el SOGC de la atención de salud del SGSS. Bogotá D. C. 2006.

³ Sánchez, R.T. 2007. Calidad, conceptos y generalidades

Hay tres enfoques principales para la evaluación de la calidad: estructura, procesos y resultados. Existiendo una relación fundamental entre ellos.

La Estructura: las características estructurales de los lugares en donde se imparte la atención tiene una propensión a influir en el proceso de atención disminuyendo o acrecentando en forma similar los cambios en el proceso de la atención incluyendo las variaciones en su calidad sobre el estado de salud de los usuarios.

Para evaluar la estructura se toma en cuenta dos variables importantes:

La primera se refiere a accesibilidad: en donde se deben considerar las diversas barreras que pueden impedir o dificultar el uso de los servicios por parte de la población, obstáculos económicos determinados por la capacidad adquisitiva de la población frente a las establecidas, obstáculos de la organización de los servicios de la atención determinados por su localización física, o los horarios de atención; barreras culturales determinadas por actitudes negativas o creencias desfavorables respecto de los servicios.

La segunda es la disponibilidad que define los recursos existentes en función a la población a servir. El análisis de la disponibilidad debe tener en cuenta todos los tipos de recursos necesarios para poder prestar un servicio. Los indicadores de disponibilidad señalan el número de recursos por un número determinado de personas en la población objetivo. Para que la disponibilidad tenga un significado

válido los recursos deben aludir a los existentes, en capacidad de funcionamiento y dedicados a las actividades de los servicios.⁴

El análisis del proceso proporciona una visión más ajustada y cercana a la calidad asistencial que el de la estructura, aunque también tiene competencia en el bienestar de los usuarios.

La evaluación de la estructura nos informa sobre cómo podría funcionar un servicio en el caso de disponer de medios idóneos, la del proceso nos proporciona datos reales sobre cómo funciona en la práctica un grupo o Institución que se vaya a valorar.⁵

La calidad del servicio depende esencial, pero no exclusivamente del acto médico en términos de sus especificaciones técnicas, sino también de la oportunidad en la presentación del servicio, la continuidad del tratamiento, la integridad de la atención, el proceso de educación y la relación interpersonal entre los usuarios y quienes prestan el servicio. El acto médico es influenciado notablemente por la

⁴ Londoño, G. M., R.M Galán, and G.P. Laverde. 2006. Reseña general sobre la calidad total. Editorial Médica Panamericana.

⁵ Colombia. Ministerio de la Protección Social. Pautas de auditorías para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, pág. 53. Bogotá. 2007.

infraestructura administrativa pues de ella depende disponer oportunamente del personal, programación de las citas, disposición del tiempo para cada cita de control prenatal, los equipos y los elementos necesarios para su realización.

Para determinar la efectividad de un servicio se debe conocer la situación de salud de la población antes y después de realizar las acciones que se pretenden evaluar. La eficacia de los servicios está determinada por: - Factores internos: humanos, físicos, tecnológicos. - Factores externos: están relacionados con el estado clínico de los usuarios, el auto cuidado de la salud, sus condiciones de vida, sus actitudes frente a su situación de salud y los servicios se miden en términos del resultado deseable o objetivo del servicio.

La eficiencia del programa es la relación entre los resultados logrados y los insumos utilizados. Otro criterio más subjetivo que se refiere a otra dimensión de la eficacia es el grado de satisfacción que los usuarios que se obtiene como consecuencia del trato médico, la relación interpersonal entre el médico y los usuarios y el proceso educativo completo ofrecido por el personal de salud. La auditoría para el mejoramiento de la calidad, si es correctamente implementada debe constituirse en un componente del SOGC de la atención en Salud que al hacer seguimiento a las diferencias entre la calidad deseada y la calidad observada, incentive el respeto a los derechos del paciente y la buena práctica profesional, así como impacte en fortalecer

la viabilidad de la institución y del sistema dentro de un contexto de eficiencia y ética.⁶

Los indicadores constituyen la variable o el conjunto de variables susceptibles de ser medidas, que permite identificar y comparar el nivel o estado de un aspecto o área determinada. Sus resultados insumos para el análisis e interpretación de los fenómenos relacionados con el quehacer de los servicios de salud. Son la base objetiva para realizar la evaluación de las actividades del sistema de prestación de salud, detectar desviaciones de lo esperado y tomar decisiones sobre el tipo de medidas dirigidas al mejoramiento continuo de la calidad de la atención.

En la evaluación del sistema se mide no solo la estructura y los resultados, sino principalmente los procesos que se dan en cada área o servicio, a través de indicadores adecuados, que permitan a los propios responsables conocer su desempeño y detectar situaciones extremas o problemas que puedan ser resueltos oportunamente.

El uso de los indicadores permiten detectar situaciones problemáticas o susceptibles de ser mejoradas, incorporar ciclos de mejoría para solucionar los problemas identificados, realizar comparaciones internas y en el tiempo, además de realizar comparaciones con otras instituciones.

⁶ Colombia. Ministerio de la Protección Social. Sistema obligatorio de garantía de calidad. Auditoría para el mejoramiento de la atención en salud, pág. 9. Bogotá.

- **Indicadores de Estructura:** Miden cómo el Sistema de Salud está organizado y equipado. Permiten saber si los recursos están disponibles y organizados, para facilitar la atención al usuario.
- **Indicadores de calidad del proceso:** Focalizan el cómo la atención es otorgada, midiendo si todos los pasos de un proceso se hicieron correctamente. Todo Indicador de Calidad de Proceso... está vinculado a un Resultado.
- **Indicadores de resultado:** Miden la efectividad de la atención; el grado en que la atención otorgada al usuario produjo el efecto deseado. Pueden reflejar aspectos deseados o adversos.

4.3 Gerencia Estratégica

La Gerencia Estratégica es una herramienta para administrar y ordenar los cambios, donde se definen los objetivos de la organización y se establecen estrategias para lograrlos y se reconoce la participación basada en el liderazgo de los ejecutivos de la empresa para tomar las decisiones que correspondan a las demandas del ambiente inmediato y futuro.

Gerencia Estratégica es un proceso mediante el cual se formulan, ejecutan y evalúan las acciones que permitirán que una organización logre los objetivos. La Gerencia estratégica requiere la identificación de amenazas y oportunidades externas de una

empresa, al igual que las debilidades y fortalezas internas, el establecimiento de misiones de una compañía, la fijación de objetivos, el desarrollo de estrategias alternativas, el análisis de dichas alternativas y la decisión de cuales escoger. La ejecución de las estrategias requiere que la empresa establezca metas, diseñe políticas, motive a sus empleados y asegure recursos de tal manera que las estrategias formuladas puedan ser llevadas a cabo en forma exitosa. La evaluación de estrategias comprueba los resultados de la ejecución y la formulación. Por otra parte se debe suministrar los incentivos apropiados para atraer y motivar a los gerentes claves de la organización. El éxito estratégico debe ocurrir en el ámbito individual y organizacional.

La gerencia estratégica es un proceso que le sirve a una organización para que sea PROACTIVA, en lugar de reactiva. Permite organizar información cualitativa y cuantitativa, de tal manera que sirva para la toma de decisiones efectivas en las circunstancias actuales de incertidumbre cuya característica primordial es el cambio que supone a cualquier organización operar inmersa en un mercado global y con retos enormes. La aplicación de la Gerencia Estratégica permite el monitoreo continuo de los hechos y las tendencias internas y externas en las que se desenvuelven las organizaciones, adecuándose, previendo los cambios y buscando un crecimiento sustentado. Además la Gerencia Estratégica proporciona el marco teórico para la acción que se halla en la mentalidad de las organizaciones y sus empleados permitiendo que se analicen las situaciones en un lenguaje común y decidan sobre las acciones que se deben emprender en un periodo razonable. Goodstein (1997:9) afirma que la gerencia estratégica permite que los líderes de las

organizaciones liberen la energía de esta, detrás de una visión compartida y cuenten con la convicción de que pueden llevar a cabo la visión.⁷ La gerencia estratégica brinda una oportunidad para ajustarse en forma constante a los sucesos y acciones actuales de los competidores.

4.4 El Adulto Mayor

Se estima que el porcentaje de personas de 60 años o más en todo el mundo pasará de 10% al 22% entre el año 2000 y 2050, tiempo en que se prevé que la proporción de ancianos igualará a la de niños de 0 a 14 años, lo que constituirá un precedente en la historia de la humanidad, pues por primera vez, los jóvenes y los viejos representarán la misma proporción demográfica.⁸

⁷ Gerencia estratégica - Fred Davis (1997). IMPORTANCIA DE LA GERENCIA ESTRATEGICA. La gerencia estratégica es de vital importancia en las empresas grandes, El proceso de gerencia.

⁸ Kofi, Annan, Secretario General de las Naciones Unidas. Discurso al inaugurar el año Internacional de las Personas de Edad el 1 de octubre de 1998. Copyright ONU-División de Políticas Sociales y Desarrollo. Versión en Español: Centro de Información de las Naciones Unidas para España.

En los países en desarrollo, el proceso de envejecimiento tendrá lugar rápidamente hacia la primera mitad del siglo XXI. Entre los años 2000 y 2050, se prevé que el porcentaje de personas de edad avanzada aumente de 8% a 21%, mientras que el de niños bajará de 33% a 20%. Además, se estima que en menos de tres decenios, tres cuartas partes de la población mayor de todo el mundo vivirán en países en desarrollo.⁹

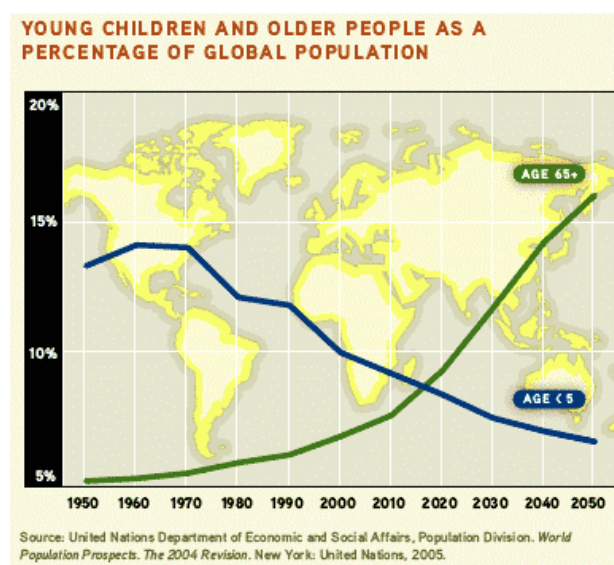
Desde el comienzo de la historia humana, los niños son más numerosos que las personas mayores. Muy pronto esto va a cambiar, por primera vez en la historia, los mayores de 65 años superaran los menores de 5 años. Hoy en día casi 500 millones de personas son mayores de 65 años, que representan el 8 por ciento de la población mundial.

La esperanza de vida al nacer en Japón ahora se acerca a los 82 años, el nivel más alto entre los países más desarrollados del mundo, y la esperanza de vida es por lo menos 79 años en otros países desarrollados.

Con el tiempo, más personas mayores sobreviven hasta edades más avanzadas. Trayendo, una serie de implicaciones tales como: las pensiones y los ingresos de jubilación tendrá que cubrir un período más largo de la vida, los costos del cuidado de la salud aumentarán, las relaciones intergeneracionales se enfrentarán a una nueva dimensión como van en aumento el número de abuelos y bisabuelos.

⁹ Ibíd.

Gráfica 1 Porcentaje de crecimiento la población mundial de niños y adultos mayores al 2090.



En los próximos 10 a 15 años, la pérdida de la salud y la vida en todas las regiones del mundo, incluyendo África, será mayor a causa de enfermedades no transmisibles o crónicas, tales como la enfermedad cardíaca, el cáncer y la diabetes. Esto representa un cambio en la epidemiología de las enfermedades que se han convertido en el foco de atención creciente a la luz del envejecimiento global.

Algunos países están padeciendo un fenómeno demográfico sin precedentes: el envejecimiento de la población y la simultánea disminución de la población.

Como la gente vive más tiempo y tienen menos hijos las estructuras familiares se transforman, esto tiene implicaciones importantes en términos de proporcionar atención a las personas mayores. Como resultado, la población mayor tendrá menos cuidado familiar y apoyo a medida que envejecen.

En un siglo Colombia pasó de 4'355.470 habitantes a 42'090.502, de los cuales más del 6% (2'617.240) es mayor de 65 años, siendo en este grupo, el 54.6% mujeres (3'190.262, cuando se toman los mayores de 60 años); aunque las áreas rurales se caracterizan por mayores tasas de fecundidad el 75% de la población general, se concentra en las cabeceras municipales debido a las altas tasas de migración (DANE, Censos 1905 y 2005). El 63.12% de la población adulta mayor se concentra en Bogotá, Antioquia, Valle del Cauca, Cundinamarca, Santander, Atlántico, Bolívar y Tolima. Concentrándose los mayores porcentajes en las ciudades de Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla. Lo anterior se corrobora con el estrechamiento progresivo de la pirámide poblacional, con ampliación simultánea en la punta, debido a la disminución de la población joven y al incremento de los adultos mayores: Se espera que para el 2050 el total de la población sea cercano a los 72 millones y con más del 20% por encima de 60, lo cual se traducirá en una estructura poblacional de forma rectangular¹⁰

En Colombia este proceso demográfico se encuentra en etapa intermedia y al igual que para el resto de América Latina ha sido rápido. Cabe resaltar que el envejecimiento poblacional no es homogéneo en todo el territorio nacional, lo cual

¹⁰ Rueda J.O. Retos del envejecimiento demográfico en Colombia. Ministerio de Comunicaciones; CEPISIGER: Periodismo y Comunicación para todas las edades. Bogotá. 2002/2004

se evidencia en departamentos como Vaupés, Vichada y Guainía que tienen porcentajes de mayores de 65 años entre 2 y 7%, mientras que en Antioquia, Valle y Bogotá, este valor oscila entre 10 y casi 14%^{11 12}.

Existe un aumento evidente de la población adulta mayor, especialmente el porcentaje de los más viejos: mientras la población general incrementa 1.9%, promedio anual (en el período 1990-2003), la población mayor de 80 años crece a una tasa promedio anual de 4%. Es importante destacar que Colombia cuenta actualmente con 4.450 personas de 99 años y más, lo cual equivale al 0.011% del total de la población, con un claro predominio, al igual que en el resto del mundo, del sexo femenino: 61.9%. Adicionalmente se encontró que el 95% de las personas centenarias se encuentra alojado en hogares particulares y distribuidos (el 26.5% del total de ellos), en las principales ciudades del país: Bogotá, D.C., (9%), Medellín (6.1%), Barranquilla (3.6%), Cali (5.3%) y Cartagena (2.1%).

¹¹ Del Popolo F. Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas en América latina. CEPAL.2001.

¹² Céspedes E. El proceso de transición en salud en Colombia e implicaciones para el milenio. *En La Cátedra abierta en población 2000-2001*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia y Fondo de Población de las Naciones Unidas.2003.

Las principales causas del envejecimiento poblacional son el aumento de la esperanza de vida, la disminución de la mortalidad, el control de las enfermedades infecciosas y parasitarias, el descenso de las tasas de fecundidad, el mejoramiento de las condiciones sanitarias, la atenuación del ritmo de incremento de la población y los procesos de migración (A pesar que la migración de las personas mayores de 60 años al exterior es menor del 2% del total, las altas tasas de desplazamiento de los más jóvenes sí incide significativamente en el envejecimiento territorial).

Los registros estadísticos evidencian como las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte. Dato que empieza a verse desde la adultez temprana, lo cual obligaría a establecer en forma prioritaria, estrategias agresivas de promoción y prevención en esta área. De otro lado, a pesar que desde comienzos del siglo XX las tasas de mortalidad han venido disminuyendo, en todos los grupos de edad, por razones biológicas y sociales existe una “sobremortalidad masculina”, la cual se acentúa en el país debido a la situación de violencia.¹³

¹³ Fuente: MPS (2006) Normatividad Nacional y Antecedentes del Proceso de Construcción de la Política Colombiana de Envejecimiento y Vejez. Documento de trabajo. Adaptado en Julio de 2011 por la DGPS

Tabla 1 Causas de mortalidad en mayores de 65 años.

CAUSAS DE DEFUNCIÓN (LISTA DE CAUSAS AGRUPADAS 6/67 CIE-10 DE OPS)	TOTAL
TOTAL NACIONAL	128.376
303 ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON	24.253
307 ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	11.189
605 ENF. CRONICAS VIAS REPIRATORIAS INFERIORES	9.604
601 DIABETES MELLITUS	5.690
302 ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS	5.429
611 OTRAS ENF. SISTEMA DISGESTIVO	5.190
109 INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	4.353
612 ENFERMEDADES SISTEMA URINARIO	4.081
213 RESIDUO DE TUMORES MALIGNOS	3.723
616 RESIDUO	3.645

Fuente: DANE: Registro de Estadísticas Vitales / DEFUNCIONES de 2011

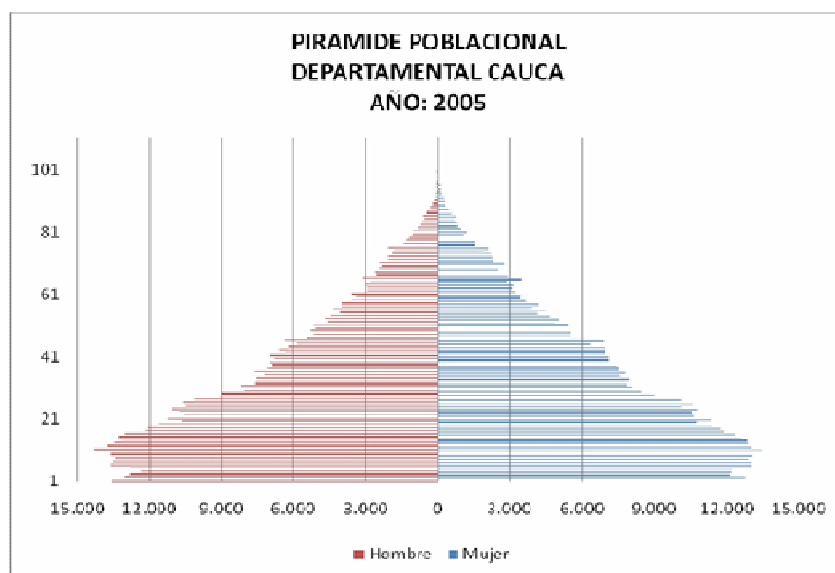
En los datos del censo DANE 2005 ajustado para el Departamento del Cauca, REDATAM informa 1'182.022 habitantes, distribuidos en una pirámide de base ancha, con una población menor de 5 años del 10.74%, mujeres en edad reproductiva MEF de 15 a 44 años que representa el 45.54% de las mujeres y el 22.84% de la población general, y que comienza a alargarse en la población de adultos mayores de 65 años con un 6.64%.

Tabla 2 Distribución de población Departamento del Cauca por grupo quinquenal y sexo.

EDAD	GENERO	
	MASCULINO	FEMENINO
0 – 4	80950	78185
5 – 9	78993	76317
10 – 14	76137	72826
15 – 19	70201	64129
20 – 24	66046	58759
25 – 29	58560	51330
30 – 34	48138	43573
35 – 39	43383	42376
40 – 44	36814	37591
45 – 49	30314	32603
50 – 54	26012	28254
55 – 59	20222	22080
60 – 64	15537	16875
65 – 69	11517	12872
70 – 74	8381	9730
75 – 79	5730	7138
80 y Más	5556	7358
TOTAL	682.491	661.996

Fuente: DANE. 2004

Gráfica 2 Pirámide poblacional Departamento del Cauca 2005



Fuente: DANE. 2004

Los adultos mayores de 65 años representan el 5.08% de la población total, mientras que el grupo de población económicamente activa, comprendido entre los 15 y los 65 años, alcanza un predominancia del 60.45%.

Tabla 3 Mortalidad por causas departamento del Cauca

CAUSAS DE MORTALIDAD	CAUCA		COLOMBIA	
	No.	Tasa*	No.	Tasa
Neoplasias (tumores)	845	62.8	30.966	68.4
Enfermedades del sistema circulatorio	1.406	104.6	54.099	119.4
Enfermedades transmisibles	422	31.4	13.631	30.1
Causas externas	1.240	92.2	38.503	85.0
Todas las demás causas	928	69.0	41.821	92.3

Fuente: MPS, indicadores básicos 2006 - tasas por cien mil habitantes.

EL Municipio de Popayán cuenta con una población para el año de 2007 de 245.285 habitantes los cuales se encuentran distribuidos en el 47.53% Hombres (116.575) y el 52.47% en Mujeres (128.710), 31005 son menores de 5 años con un 12.64%, el 26.36% corresponde a la población de 5 a 14 años (64667), el 43.96% (107834) corresponde a la población de 15 a 44 años, 24435 (9.96%) corresponde la población entre 45 a 59 años, el 7.07% corresponde a la población mayor de 60 años con 17.344 habitantes. F.I. Proyección DANE 2006

El análisis de la Morbilidad en Popayán nos muestra que la Hipertensión Esencial Arterial como la primera causa de consulta médica con 8598 consultas que representan el 9.01% (8598) de los casos en pacientes con edades que oscilan desde los 35 años en adelante.

Tabla 4 Causas de morbilidad Municipio de Popayán

Orden	Causa	Casos	%
1	Hipertensión Esencial Arterial	8.598	9.01
2	Infección Respiratoria Aguda	7.550	7.90
3	Caries de la dentina	7.489	7.84
4	Enfermedad Diarreica Aguda	6.523	6.83
5	Infección de vías urinarias	2.501	2.62
6	Lumbago no especificado	2.446	2.56
7	Trastornos de la refracción	1.661	1.74
8	Otros dolores abdominales	1.159	1.21
9	Neumonía, no especificada	394	1.00
10	Vaginitis aguda	302	0.32
	Otras causas	60.692	63.58
	Total	95.457	100

Fuente: Plan de Salud municipio de Popayán

4.5 Detección Temprana de Alteraciones.

A continuación se relaciona las bases reglamentarias colombianas para Detección Temprana:

El acuerdo 117 de 29 de diciembre de 1998 el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud emanado por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública, determina la responsabilidad de todas las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios en la ejecución de las actividades, procedimientos de Demanda Inducida, además de las actividades procedimientos e intervenciones de Protección Específica, Detección Temprana, Enfermedades de Interés en Salud Pública.

La Resolución 412 de 2000 del Ministerio de Salud establece las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. La resolución 3384 de 2000 donde se establece la responsabilidad de actividades, procedimientos intervenciones NO POS para las Empresas Administradoras, aplicación de cuotas moderadoras y/o copagos a procedimientos de Detección Temprana, protección específica y Enfermedades de

Interés en Salud Pública, metas de cumplimiento para el régimen contributivo y subsidiado.

Norma técnica: Es el documento mediante el cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones costo – efectivas de obligatorio cumplimiento, a desarrollar en forma secuencial y sistemática en la población afiliada, para el cumplimiento de las acciones de protección específica y de detección temprana establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

- Demanda inducida: Son todas las acciones encaminadas a informar y educar a la población afiliada, con el fin de dar cumplimiento a las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana establecidas en las normas técnicas.
- Detección temprana: Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que permiten identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitan su diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la reducción de su duración y el daño causado, evitando secuelas, incapacidad y muerte.

5 PLAN TEMATICO

- 1) Análisis situacional del programa de Detección de Alteraciones del Adulto Mayor.
- 2) Instrumentos del modelo de auditoría Interna del programa de Detección de Alteraciones del Adulto Mayor.
- 3) Estándares de calidad para el programa de Detección de Alteraciones del Adulto Mayor.
- 4) Manual de auditoría Interna para el programa de Detección de Alteraciones de Alteraciones del Adulto Mayor.

6 DISEÑO METODOLOGICO

6.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo aplicado sobre la calidad del programa de detección temprana del adulto mayor de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca.

Es un estudio descriptivo porque busca conocer el comportamiento del programa, describe, especificando propiedades, características es decir primero se diagnostica la situación actual incluyendo recursos, procedimientos y aplicado por la utilización y aplicación de los conocimientos adquiridos en la especialidad a un caso específico de una empresa.

6.2 ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se realiza en el programa de detección temprana alteraciones del adulto mayor de 40 años de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca.

6.3 UNIVERSO Y MUESTRA

El programa de Detección temprana de Alteraciones en el Adulto Mayor Sano de 40 años de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca, constituido por los recursos humanos, físicos, financieros y los procesos

6.4 OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fuentes primarias:

- Usuarios del programa.
- Personal asistencial encargado del programa.

Fuentes Secundarias:

- Sistema de Información de la Unidad de Salud.
- Historias Clínicas.

7 RESULTADOS ESPERADOS

7.1 Análisis situacional programa de Detección de Alteraciones del Adulto sano mayor de 40 años

A continuación se presenta la caracterización de la Unidad de Salud la cual se ha conseguido así:

Caracterización de la Unidad de Salud y sus afiliados se obtuvo del Sistema de Información de la Unidad de Salud.

Perfil epidemiológico de la población afiliada a la Unidad de Salud se obtuvo del Sistema de Información de la Salud.

Modelo de Atención Universitario en Salud: Documento Metodología, resultados y propuesta MASU de la Unidad de salud.

Programa de Detección de Alteraciones del Adulto Sano mayor de 40 años:
Manuales de procedimientos de Servicios de Protección Específica y Detección Temprana de la Unidad de Salud

Matriz FODA programa de Detección de Alteraciones del Adulto Mayor de 40 años:
Desarrollado por las autoras del proyecto.

7.1.1 Caracterización de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca y sus afiliados

La Unidad de Salud, es una dependencia especializada de la Universidad del Cauca, creada por el Acuerdo número 022 de 2.001, en desarrollo de la Ley 647 del 28 de febrero de 2.001, que facultó a las universidades públicas para organizar su propio sistema de salud. Atiende las necesidades de salud de los docentes, pensionados, y administrativos de la Universidad del Cauca y su núcleo familiar. La Unidad de Salud de la Universidad del Cauca en sus instalaciones, presta servicios de baja y mediana complejidad y está ubicada en la ciudad de Popayán, capital del Departamento del Cauca.

La Unidad de Salud en su plataforma estratégica ha definido:

Misión: “Somos una Unidad especializada encargada del aseguramiento y la prestación de los servicios de salud que propende por el bienestar biopsicosocial, de los docentes, administrativos y pensionados de la Universidad del Cauca y sus familias. Haciendo énfasis en el fomento de la salud, a través del desarrollo de actividades de promoción, prevención y tratamiento oportuno de la enfermedad, contribuyendo, así al desarrollo integral de nuestros usuarios”.

Visión: “Ser reconocida por la excelencia en el Aseguramiento y la prestación de los servicios de salud, con un modelo de atención dentro del régimen contributivo tal, que le permita su continuidad dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud”.

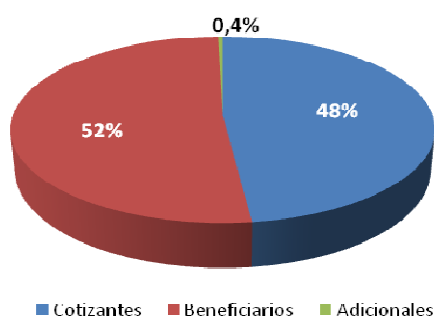
Principios y valores: “Honestidad, responsabilidad, respeto, atención humanizada, vocación de servicio, trato equitativo, calidad técnico científico, compromiso con su salud, trabajo en equipo”.

La Unidad de Salud en su IPS presta servicios de Consulta Médica General, Consulta Médica Especializada en las áreas de Ginecología, Pediatría, Urología, Geriatría, Odontología General, Odontología Especializada en las áreas de Periodoncia, Endodoncia, Fisioterapia, Psicología, Promoción y Prevención.

Población afiliada a la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca.

- Población por tipo de afiliación: La Unidad de Salud de la Universidad del Cauca cuenta con 2899 afiliados, de los cuales el 52% es cotizante (1395 personas), 48% beneficiario (1492 personas) y 0,4% se cataloga como adicional (12 personas).

Gráfica 3 Distribución porcentual de la población según tipo de afiliación de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca. 2012.



Fuente de Información: Sistema de Información Unidad de Salud.

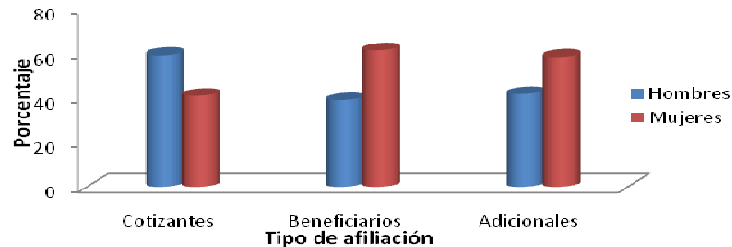
- Población por sexo: El porcentaje de hombres es mayor en la población cotizante (59.1%). En la población beneficiaria y adicional son las mujeres las que muestran mayores porcentajes (61.1% y 58.3% respectivamente).

Tabla 5 Distribución de la población según tipo de afiliación y sexo de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca. 2012.

Sexo	Cotizantes		Beneficiarios		Adicionales	
	No.	%	No.	%	No.	%
Hombres	824	59,1	581	38,9	5	41,7
Mujeres	571	40,9	911	61,1	7	58,3
Total	1395	100,0	1492	100,0	12	100,0

Fuente de Información: Sistema de Información Unidad de Salud.

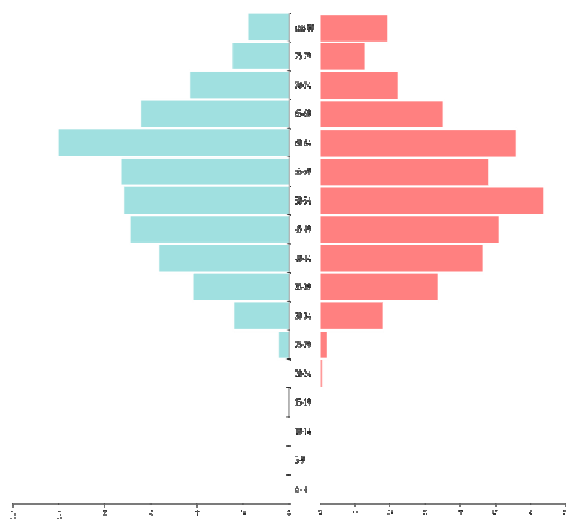
Gráfica 4 Distribución porcentual de la población según sexo y tipo de afiliación de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca. 2012.



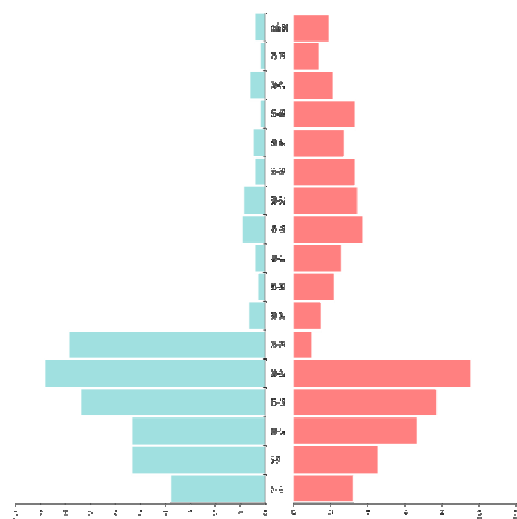
Fuente de Información: Sistema de Información Unidad de Salud.

- Población por grupo de edad y sexo: La pirámide poblacional de los/las cotizantes es de carácter regresivo; mientras que la de los/las beneficiarios es de tipo estacionaria. La distribución por sexos en los diferentes quinquenios es casi similar.

Gráfica 5 Pirámide poblacional cotizantes de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca. 2012.

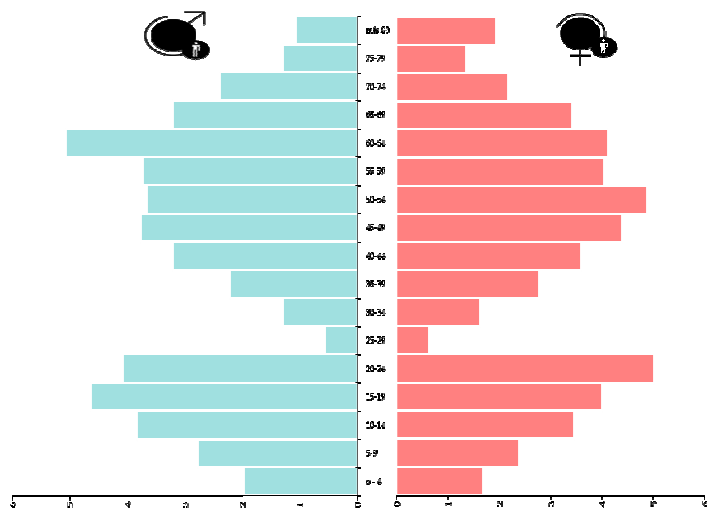


Gráfica 6 Pirámide poblacional beneficiarios de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca. 2012.



Fuente de Información: Sistema de Información Unidad de Salud.

Gráfica 7 Pirámide poblacional según sexo de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca. 2012.



Fuente de Información: Sistema de Información Unidad de Salud.

Los grupo poblacionales que tienen mayor impacto en la pirámide poblacional son los mayores de 40 años en un 56.7%, respecto de los menores que representan el 37.8%.

Tabla 6 Distribución de la población por grupos quinquenales de edad y sexo de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca. 2012.

Grupo de edad	Hombres		Mujeres		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Menores de 1 año	13	0,4	6	0,2	19	0,7
1 a 4 años	44	1,5	43	1,5	87	3,0
5 a 9 años	80	2,8	69	2,4	149	5,1
10 a 14 años	111	3,8	100	3,4	211	7,3
15 a 19 años	134	4,6	116	4,0	250	8,6
20 a 24 años	118	4,1	145	5,0	263	9,1
25 a 29 años	16	0,6	18	0,6	34	1,2
30 a 34 años	37	1,3	47	1,6	84	2,9
35 a 39 años	64	2,2	80	2,8	144	5,0
40 a 44 años	93	3,2	104	3,6	197	6,8
45 a 49 años	109	3,8	127	4,4	236	8,1
50 a 54 años	106	3,7	141	4,9	247	8,5
55 a 59 años	108	3,7	117	4,0	225	7,8
60 a 64 años	147	5,1	119	4,1	266	9,2
65 a 69 años	93	3,2	99	3,4	192	6,6
70 a 74 años	69	2,4	63	2,2	132	4,6
75 a 79 años	37	1,3	39	1,3	76	2,6
80 años o más	31	1,1	56	1,9	87	3,0
Total	1410	48,6	1489	51,4	2899	100,0

Fuente de Información: Sistema de Información Unidad de Salud.

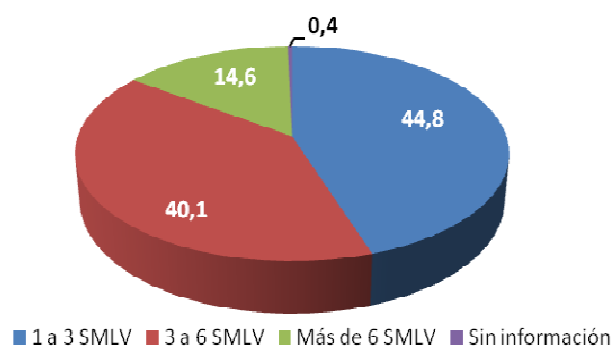
- Población según nivel salarial: Alrededor del 45% del total de la población cotizante pertenece al nivel salarial 1, es decir, devenga entre 1 y 3 salarios mínimos legales vigentes mensuales. En segundo lugar se halla el nivel salarial 2 (de 3 a 6 SMLV), seguido por el nivel salarial 3 (más de 6 SMLV).

Tabla 7 Distribución de la población según tipo de afiliación y nivel salarial de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca. 2012.

Tipo de afiliación	1 a 3 SMLV		3 a 6 SMLV		Más de 6 SMLV		Sin información		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Cotizantes	606	43,4	581	41,6	204	14,6	4	0,3	139	100,
Beneficiarios	691	46,3	576	38,6	216	14,5	9	0,6	149	100,
Adicionales	3	25,0	6	50,0	3	25,0	0	0,0	12	100,
Total	1300	44,8	1163	40,1	423	14,6	13	0,4	289	100,

Fuente de Información: Sistema de Información Unidad de Salud.

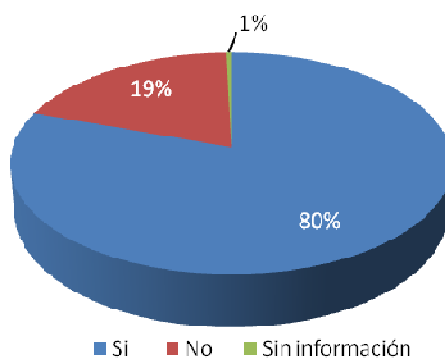
Gráfica 8 Distribución porcentual de la población según nivel salarial de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca. 2012.



Fuente de Información: Sistema de Información Unidad de Salud.

- Población según tenencia de plan complementario: El 80 % de la población (2329 personas) posee los servicios ofrecidos en el plan complementario.

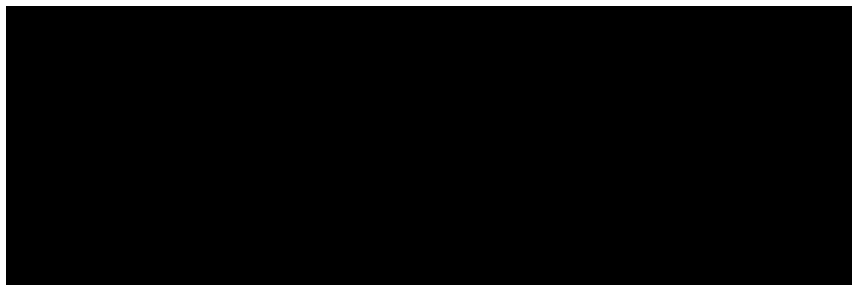
Gráfica 9 Distribución porcentual de la población según tenencia de plan complementario de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca. 2012.



Fuente de Información: Sistema de Información Unidad de Salud.

- Población según tipo de cotizante: De los 1395 cotizantes de la Unidad de Salud, el 31% son pensionados y el 69% son dependientes.

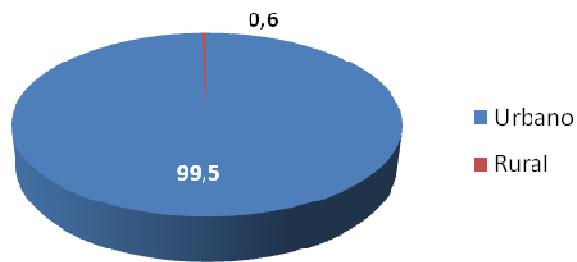
Gráfica 10 Distribución porcentual de la población cotizante según tipo de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca. 2012.



Fuente de Información: Sistema de Información Unidad de Salud.

- Población según residencia: El 99% de la población reside en el área urbana, solo el 0,6% reside en la zona rural del Municipio de Popayán.

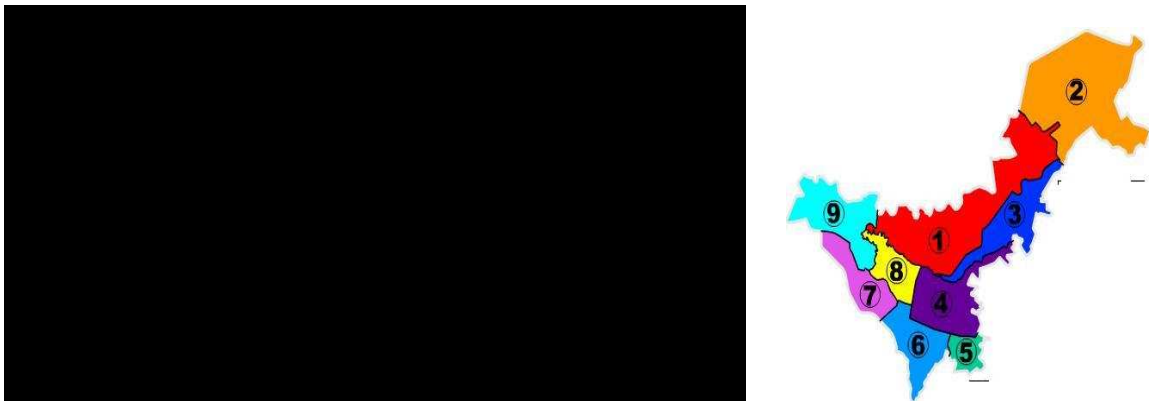
Gráfica 11 Distribución porcentual de la población general según zona de residencia de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca. 2012.



Fuente de Información: Sistema de Información Unidad de Salud.

Alrededor del 50% de la población general se concentra en las Comunas 1, 3 y 4. El 15% de la población se encuentra en la Comuna 2 y el 14% en el grupo de conformado por las Comunas 5, 6, 7, 8 y 9.

Gráfica 12 Distribución de la población general según comuna de residencia de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca. 2012.

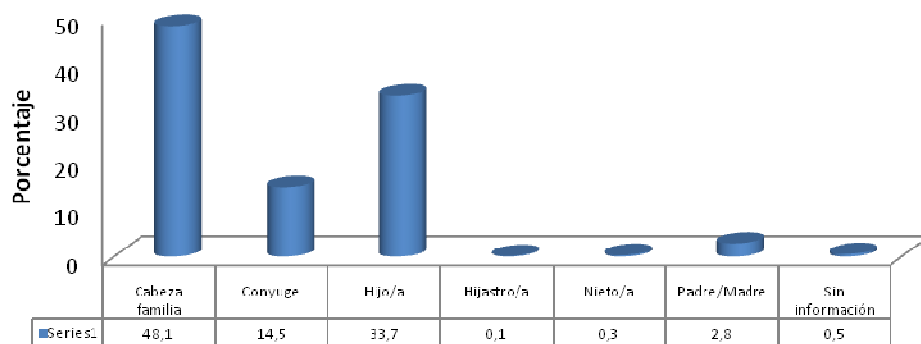


Fuente de Información: Sistema de Información Unidad de Salud.

Se tiene conocimiento que el 5 y 2% de la población general reside en las ciudades de Cali y Bogotá respectivamente. Y en el exterior reside un 0.4%

- Población general según parentesco: Después del miembro cotizante que es el cabeza de familia son los hijos e hijas los que representan el mayor porcentaje de la población (33,7%). Esta relación se presenta alrededor de 1:2.

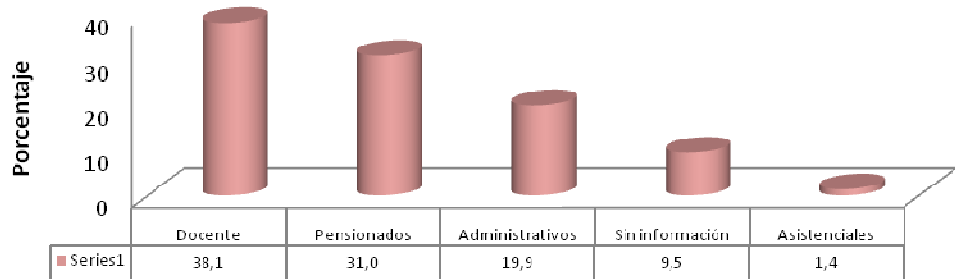
Gráfica 13 Distribución de la población según parentesco de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca. 2012.



Fuente de Información: Sistema de Información Unidad de Salud.

- Población según ocupación: La mayoría de la población cotizante de la Unidad de Salud se ocupa en las labores docentes (532 personas), seguida por los pensionados (432 personas), las labores administrativas (278 personas) y asistenciales (20 personas). La población beneficiaria es mayoritariamente estudiante, seguido por amas de casa.

Gráfica 14 Distribución de la población cotizante según ocupación de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca. 2012.



Fuente de Información: Sistema de Información Unidad de Salud.

7.1.2 Perfil epidemiológico de la población afiliada a la Unidad de Salud

El perfil epidemiológico de la Unidad de Salud es de vital importancia ya que se puede evidenciar en sus primeras causas las enfermedades crónicas y de alto costo que afectan a la población afiliada.

Se presentan a continuación la morbilidad de la IPS de la Unidad donde solo se afectan los servicios de Consulta Externa y Odontología. En Consulta Externa ocupa el primer lugar la Hipertensión Arterial, seguida de Infección de vías respiratorias, en tercer lugar el Hipotiroidismo, en cuarto lugar el Trastorno del metabolismo de las lipoproteínas, en quinto lugar Entesopatia no especificada.

Tabla 8 Diez primeras causas de morbilidad por Consulta Externa de la IPS de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca. 2011.

CODIGO	DIAGNOSTICO
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)
J069	INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, NO ETECIFICADA
E039	HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO
E789	TRASTORNO DEL METABOLISMO DE LAS LIPOPROTEINAS, NO ETECIFICADO
M779	ENTESOPATIA, NO ETECIFICADA
K589	SINDROME DEL COLON IRRITABLE SIN DIARREA
H527	TRASTORNO DE LA REFRACCION, NO ETECIFICADO
M545	LUMBAGO NO ETECIFICADO
K297	GASTRITIS, NO ETECIFICADA
N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ETECIFICADO

Fuente de Información: Sistema de Información Unidad de Salud.

En el servicio de odontología se evidencia como principal diagnóstico la atrición excesiva de los dientes que en la mayoría de casos se da por el stress laboral, seguido por la periodontitis crónica, en tercer lugar por la caries de la dentina, en cuarto lugar se encuentra la gingivitis crónica, en quinto lugar se encuentra

persona que teme estar enferma, a quien no se hace diagnóstico; esta última se ve muy ligada a los mayores que asisten a consulta sin que padezcan en realidad de alguna afección odontológica.

Tabla 9 Diez primeras causas de morbilidad de odontología de la IPS de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca. 2011.

CODIGO	DIAGNOSTICO
K030	ATRICION EXCESIVA DE LOS DIENTES
K053	PERIODONTITIS CRONICA
K021	CARIES DE LA DENTINA
K051	GINGIVITIS CRONICA
Z711	PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA, A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSTICO
Z001	CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO
S025	FRACTURA DE LOS DIENTES
K036	DEPOSITOS [ACRECIONES] EN LOS DIENTES
K040	PULPITIS
K041	NECROSIS DE LA PULPA, GANGRENA DE LA PULPA

Fuente de Información: Sistema de Información Unidad de Salud.

Es importante analizar también el comportamiento de la morbilidad en las IPS adscritas a la Unidad de Salud (Ver Anexo No 1), para ello se muestra a continuación la morbilidad en las tres áreas Consulta Externa, Urgencias, Hospitalización.

En consulta externa se muestra como primer causa la presbicia, seguida de la hipertensión arterial, en tercer lugar la radiculopatía, en cuarto lugar el astigmatismo, en quinto lugar la hiperplasia de la próstata. En las anteriores se observa la presencia de las enfermedades crónicas y de Alto Costo.

Tabla 10 Diez primeras causas de morbilidad por Consulta Externa de la Red adscrita de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca. 2011.

CODIGO	DIAGNOSTICO
H524	PRESBICIA
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)
M541	RADICULOPATIA
H522	ASTIGMATISMO
N40X	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA
E039	HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO
R529	DOLOR, NO ESPECIFICADO
Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION
H521	MIOPIA
H401	GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO

Fuente de Información: Sistema de Información Unidad de Salud.

En el servicio de urgencias se evidencia como principales causas de ingreso: en primer lugar otras complicaciones especificadas de la atención médica y quirúrgica, en segundo lugar dolor abdominal localizado en parte superior, en tercer lugar otras hemorragias subaracnoideas, en cuarto lugar mieloma múltiple y en quinto lugar artrosis, no especificada. Ver tabla No 8.

Tabla 11 Diez primeras causas de morbilidad por Urgencias de la Red adscrita a la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca. 2011.

CODIGO	DIAGNOSTICO
T888	OTRAS COMPLICACIONES ESPECIFICADAS DE LA ATENCION MEDICA Y QUIRURGICA
R101	DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR
I608	OTRAS HEMORRAGIAS SUBARACNOIDEAS
C900	MIELOMA MULTIPLE
M199	ARTROSIS, NO ESPECIFICADA
J159	NEUMONIA BACTERIANA NO ESPECIFICADA
Z359	SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION
J158	OTRAS NEUMONIAS BACTERIANAS
J459	ASMA, NO ESPECIFICADA
N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO

Fuente de Información: Sistema de Información Unidad de Salud.

Respecto a las hospitalizaciones se evidencia: como primera causa de ingreso las complicaciones de la atención médica y quirúrgica, en segundo lugar traumatismo superficial de región, en tercer lugar dolor abdominal localizado en parte superior, en cuarto lugar angina inestable, en quinto lugar infección de vías urinarias, sitio no especificado.

Tabla 12 Diez primeras causas de morbilidad por Hospitalización de la Red adscrita a la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca. 2011.

CODIGO	DIAGNOSTICO
T888	OTRAS COMPLICACIONES ESPECIFICADAS DE LA ATENCION MEDICA Y QUIRURGICA
T140	TRAUMATISMOS SUPERFICIAL DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
R101	DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR
I200	ANGINA INESTABLE
N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO
M541	RADICULOPATIA
S423	FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL HUMERO
A09X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO
G409	EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)

Fuente de Información: Sistema de Información Unidad de Salud.

7.1.3 Modelo de Atención Universitario en Salud

El modelo de atención a la salud tiene dentro de sus ordenadores conceptuales los relacionados con la salud, la enfermedad, y como sustento de actuación los factores determinantes del proceso salud-enfermedad y el perfil demográfico/epidemiológico de la población.

Concepto de salud: el significado que le otorgan los/las afiliados/as de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca a la salud es equiparado con el bienestar o equilibrio del ser humano en sus aspectos físico o biológico, mental y social. Este bienestar o equilibrio se debe dar en los diferentes contextos donde se desarrolla el ser humano, que para el Universitario son: el hogar, la Universidad y la sociedad.

Concepto de enfermedad: la enfermedad como opuesto a la salud, es definido como el desequilibrio de las esferas física, mental y social del ser humano, y que lo lleva a la incapacidad para las actividades de autocuidado.

Factores que intervienen en el mantenimiento o pérdida de la salud: se ubican estos factores en diferentes niveles: a nivel individual, a nivel del hogar, a nivel de la universidad y a nivel de la sociedad.

Características del MASU: las características que las y los afiliadas/os de la Unidad de Salud propusieron para el modelo de atención son las siguientes: atención humanizada, calidad de la atención, control del cumplimiento a los derechos y deberes del afiliado, complementariedad, integralidad, participativo, equitativo, atención en el domicilio, intersectorialidad, capacidad tecnológica

Componentes del MASU

- **Componente de Gestión:**

La Unidad de Salud para operar el MASU crea en su área administrativa las áreas de Auditoría de servicios e interventoría, Talento humano, Contratación, Control de derechos y deberes del afiliado.

- **Componente de prestación de servicios:**

La prestación de servicios se divide en los ámbitos intramural y extramural. El primero hace referencia a los servicios que se prestan en las instalaciones de la Unidad de Salud y el segundo, a aquellos que se prestan en el ámbito domiciliario. Estos servicios a su vez son de tipo preventivo y curativo. Los servicios de tipo preventivo son aquellos dirigidos a evitar la aparición de la enfermedad en los individuos (protección específica), a detectar precozmente su ocurrencia (detección temprana) o a evitar mayores secuelas de las

enfermedades ya existentes (limitación del daño). Los servicios de tipo curativo son aquellos servicios que se dedican a diagnosticar la presencia de la enfermedad y a ejercer sobre ella la terapéutica respectiva, cuando la enfermedad ya se encuentra instalada.

Servicios intramurales de tipo preventivo: Se implementa en la Unidad de Salud la Resolución 412 de 2000 en los programas de Detección Temprana y Protección Específica y los programas propios de la Unidad de Salud como son Cáncer de próstata, EPOC, Climaterio, etc.¹⁴

Para la prestación de los servicios intramurales de tipo preventivo se reservan dos días de la semana de medio tiempo de un médico general, una hora de pediatría dos días a la semana, una hora de ginecología dos días a la semana y ocho horas diarias de dos Enfermeras profesionales. El acceso está mediado por la demanda inducida realizada por las dos Enfermeras y una auxiliar de enfermería.

¹⁴ Metodología resultados y propuesta MASU. Unidad de Salud

7.1.4 Programa de Detección de Alteraciones del Adulto Sano mayor de 40 años

7.1.4.1 Generalidades

La resolución 412 define el programa de Detección de Alteraciones del Adulto para mayores de 45 años, en la Unidad debido a la prevalencia de enfermedades crónicas se cambió la población objeto a mayores de 40 años.

La atención del adulto mayor de 40 años, se define como un conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones, mediante los cuales se logra la detección temprana y el diagnóstico oportuno de una o algunas de las patologías crónicas propias de este grupo poblacional, con el fin de ofrecer alternativas para el control de los factores de riesgo, el tratamiento o la rehabilitación.

Las enfermedades crónicas del adulto mayor de 40 años, son un grupo de eventos que se caracterizan por largos periodos de latencia, de curso prolongado con deterioro progresivo a incapacidad y una etiología atribuible a múltiples factores de riesgo que interactúan. Dentro de este grupo de patologías se incluyen:

- Enfermedades cardiovasculares: hipertensión arterial, enfermedad cerebrovascular, enfermedad coronaria y enfermedad vascular periférica
- Enfermedades del metabolismo: obesidad, dislipidemias, diabetes y osteoporosis.

- Enfermedades neoplásicas: cáncer de cuello uterino, cáncer de seno, cáncer de próstata, cáncer gástrico, cáncer de colon y recto
- Enfermedades crónicas del pulmón: bronquitis, enfisema, asma y tuberculosis
- Enfermedades musculoesqueléticas osteoarticulares: artritis y osteoartrosis.
- Enfermedades neurológicas: accidentes cerebrovasculares, e isquemia cerebral transitoria.¹⁵

Objetivo: Detectar oportunamente la presencia de enfermedades en el individuo mayor de 40 años.

Servicios: Consulta de primera vez por medicina general, Consulta médica de revisión de exámenes, Demanda Inducida, Seguimiento.

7.1.4.2 Condiciones de Habilitación

➤ Recurso Humano

Los profesionales de salud cumplen con los requisitos legales de formación y entrenamiento en las profesiones, especialidades formalmente reconocidas por el Estado, teniendo en cuenta que en la Resolución 1043 de 2005, para

¹⁵ Norma Técnica para la Detección de Alteraciones en el Adulto Mayor

habilitación, exige en detección temprana de las alteraciones del Adulto Médico general.

➤ Instalaciones físicas:

- Está localizada en un lugar sin riesgo continuo e inminente de desastres naturales, áreas adyacentes con riesgos de salubridad graves e incorregibles que impiden mantener las condiciones internas de la institución y acordes con los manuales de Bioseguridad;
- Garantiza mecanismos de aseo, tales como pocetas y garantiza el uso de lavamanos diferentes a los de los pacientes para lavar instrumentos y utensilios;
- Cumple con las condiciones mínimas de tamaños, materiales, ventilación, iluminación, distribución, mantenimiento, exigidas para los servicios de promoción y prevención;
- Dispone de un área específica que funciona como depósito para almacenamiento de residuos hospitalarios

➤ Dotación y mantenimiento

- Realiza el mantenimiento de los equipos biomédicos eléctricos o mecánicos, de acuerdo al plan de mantenimiento para la revisión periódica de carácter preventivo y calibración de equipos, cumpliendo con los

requisitos e indicaciones dadas por los fabricantes y con los controles de calidad.

- Dotación básica para consultorio médico: camilla, tensiómetro y fonendoscopio, equipo de órganos de los sentidos, martillo de reflejos, metro, Termómetro, Tabla de agudeza visual, Balanza y tallímetro.

➤ Procesos prioritarios Asistenciales

- Se tienen definidos y documentados los procedimientos o guías clínicas de atención y los protocolos de enfermería. Los procesos, procedimientos, guías y protocolos son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación.
- Ha iniciado la implantación de las normas técnicas de protección específica y detección temprana definidas por las autoridades en salud del nivel nacional.
- La unidad de salud ha iniciado la evaluación del cumplimiento de las normas técnicas de obligatorio cumplimiento en relación con las actividades, procedimientos e intervenciones para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y las guías de atención para el manejo de las enfermedades de interés en salud pública, reportando los indicadores de la Resolución 3384 a la Secretarías de Salud y a la Súper Intendencia Nacional de Salud.

➤ Historia Clínica y Registros Asistenciales

- Todos los pacientes atendidos tienen historia clínica.
- Se tienen definidos procedimientos para utilizar una historia única institucional y para el registro de entrada y salida de historias del archivo.
- Las historias clínicas se encuentran adecuadamente identificadas con los contenidos mínimos de identificación.
- Se tienen definidos los procedimientos que garantizan la custodia y conservación integral de las historias clínicas en un archivo único.

➤ Interdependencia de Servicios

Los servicios de esterilización pertenecen a la IPS, tarea desarrollada por la Auxiliar de Enfermería.

➤ Seguimiento a Riesgos en la Prestación de Servicios

- No realiza procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos inherentes al tipo de servicio que presta mediante el diseño y operacionalización de indicadores. Lo cual implica:
 - ✓ La ficha técnica del indicador
 - ✓ La estandarización de las fuentes.
 - ✓ La definición de los responsables del análisis del indicador, de las tendencias y del cumplimiento de las metas.

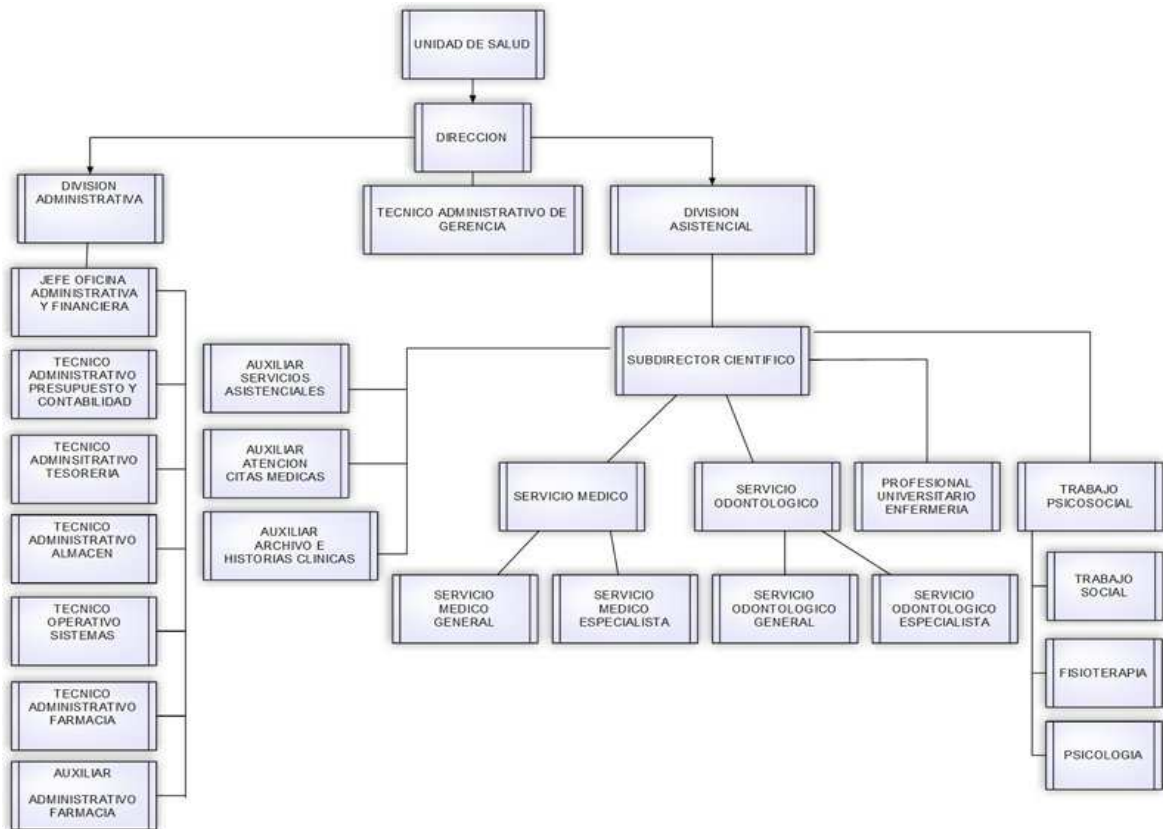
- No realiza procesos de evaluación y seguimiento del cumplimiento de las características del SOGC: Acceso, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.

7.1.4.3 Estructura organizacional

La estructura organizacional de la Unidad de Salud está constituida por dos áreas: Administrativa y Asistencial.

El área asistencial está dirigida por la Subdirección Científica, de esta depende todo el personal asistencial, tanto para servicios de recuperación de la salud como para promoción y prevención y limitación del daño; entre ellos los médicos, ginecólogo, jefes de enfermería.

Gráfica 15 Estructura Organizacional Unidad de Salud Universidad del Cauca



Para el programa de Detección de Alteraciones del Adulto Mayor de 40 años, la unidad de salud dispuso del siguiente personal:

Perfil	Tarea	Horas/día	Días/semana
Enfermero Jefe (Contratista)	Implementación de los programas de Protección Específica y Detección Temprana	Cuatro	Cinco días
Médico General	Realizar las consultas de primera vez del adulto	Cuatro	Dos días: Martes y Jueves
Auxiliar de Enfermería (Contratista)	Realiza Demanda Inducida y Seguimiento	Ocho	Cinco días

Para las consultas de revisión de exámenes no se delegó ningún horario especial, ya que se considera como una actividad asistencial, por ello el afiliado puede acceder al servicio en cualquier horario.

El perfil del cargo y las funciones del personal asistencial involucrado en el desarrollo de las actividades de promoción y prevención son los siguientes:

✓ Subdirección científica.

- Aplicar el sistema de Gestión de calidad, en referencia a los lineamientos y directrices para la garantía, monitoreo y mejoramiento de la Calidad.
- Propender la garantía de la Calidad de los actos médicos mantenimiento del desempeño medico bajo un proceso de revisión permanente con la participación de los profesionales, que interactúan en el proceso de producción y entrega (prestación de servicios de salud).
- Proponer y participar del desarrollo, implementación y cumplimiento de las guías de manejo de diagnostico y terapéutico, estándares y criterios de los altos médicos y atenciones que sean de producir , realizando la medición y evaluación periódica en el ámbito del ejercicio de la auditoria de los servicios y atenciones y expresarlos en actos Administrativos , reglamentos y ,manuales.
- Adaptar y adoptar las normas técnicas y modelos de los servicios de salud.

✓ Médico General

- Realizar la atención medica integral con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

- Realizar educación continua a los pacientes en la consulta médica.
- Realizar y actualizar periódicamente los protocolos y guías de atención en salud, en un trabajo conjunto con todos los profesionales médicos generales y en caso de requerirlos médicos especialistas de planta y adscritos a la entidad.
- Cumplir con los protocolos y guías de atención previamente establecidos.
- Liderar programas de promoción y prevención, trabajando conjuntamente con el grupo de enfermería y trabajo psicosocial.
- Captar usuarios para los diferentes programas de promoción y prevención
- Difundir y divulgar los programas de promoción y prevención.
- Participar en las reuniones del equipo interdisciplinario de promoción y prevención de la Unidad de Salud.

El personal que no se encuentra dentro de la estructura organizacional de la Unidad de Salud, se encuentra vinculada por medio de Orden de Prestación de servicios, y en las tareas contratadas se encuentran:

- ✓ Enfermera jefe (OPS por 2 meses)
 - Socialización con el personal del salud los programas de protección específica y detección temprana de la Resolución 412 de 2000.
 - Programación de la agenda de médicos generales, especialistas, y enfermeras según distribución del MASU – Enfoque preventivo.
 - Acompañamiento directo al proceso de facturación y prestación de los servicios de cada uno de los programas de Detección Temprana y

Protección Específica, como a su respectivo proceso de Demanda Inducida y Seguimiento.

- Revisión diaria de los registros de facturación y atención de los programas de Detección Temprana y Protección Específica.
 - Socialización de hallazgos de los registros de facturación y prestación de los servicios de DT y PE.
 - Auditoría de la cuenta mensual de promoción y prevención de la IPS de la Unidad de Salud.
- ✓ Auxiliar de Enfermería (OPS por 3 meses)
- Realizar procedimientos menores de enfermería.
 - Realizar demanda inducida y seguimiento a usuarios en los diferentes programas de promoción y prevención de la Resolución 412 y programas propios que se le asignen.
 - Realizar el proceso de esterilización.
 - Realizar proceso de desinfección en el área de consulta externa.

7.1.4.4 Recursos financieros

Para el desarrollo del programa de Detección de Alteraciones del Adulto Mayor, la Unidad de Salud, de su presupuesto anual invierte los siguientes recursos:

Rubro	Concepto	Valor mes total	Valor horas destinadas	Valor anual
Personal de planta	Subdirección Científica	4.723.873	472.387	5.668.647
	Médico General	1.832.963	366.592	4.399.104
Personal contratista	Enfermera jefe-Salubrista	1.700.000	3.400.000	3.400.000
	Auxiliar de Enfermería	1.000.000	3.000.000	3.000.000
Comunicaciones	Celular	180.000	180.000	2.160.000
Mercadeo	Volantes	300.000	300.000	300.000
	Folletos	450.000	450.000	450.000
Papelería	Apgar familiar	150.000	150.000	150.000
	Boletas Demanda Inducida	150.000	150.000	150.000

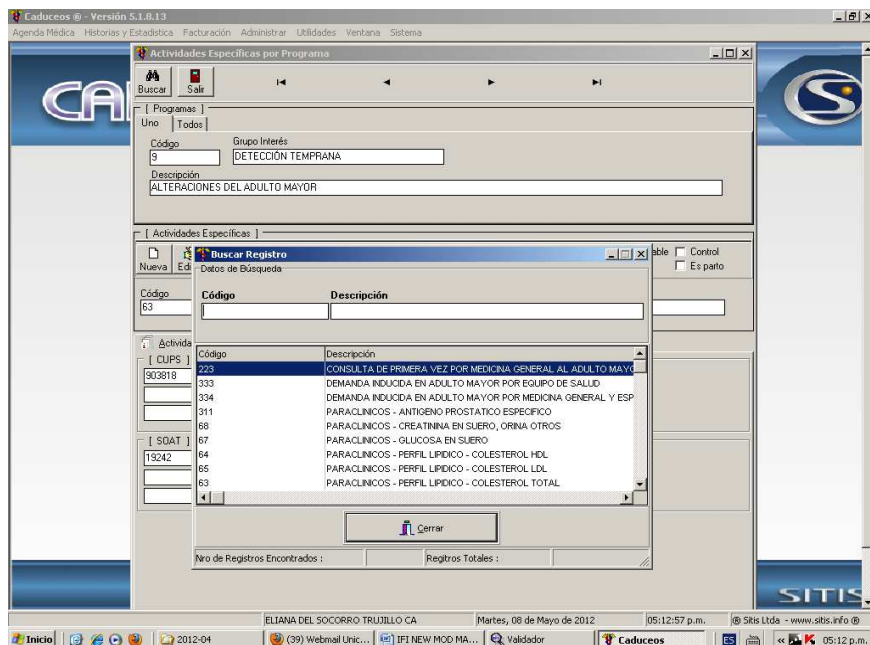
Para determinar el costo de personal de planta se tomaron las horas dedicadas al programa, partiendo de que estos cargos desarrollan actividades diferentes; Subdirección Científica dos horas semanales, Médico General ocho horas semanales. Los contratistas se tomo todo del valor ya que el objeto de su orden de prestación de servicios está dedicada a los servicios de promoción y prevención.

7.1.4.5 Sistema de Información

La Unidad de Salud dispone de varios aplicativos software que permite almacenar y procesar la información resultante de la prestación de servicios de salud, estos aplicativos son adquiridos a través de pólizas de manejo con la empresa HDS Colombia. Los aplicativos involucrados en el desarrollo del programa de Alteraciones del Adulto, se describen a continuación:

- ✓ Caduceos Facturación: módulo que maneja las agendas médicas, el registro de las actividades; para el caso de promoción y prevención controla sexo, edad y periodicidad establecidos para cada programa en la Resolución 412 de 2000.

Gráfica 16 Pantalla del software de agenda y facturación de la IPS de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca. 2012.



- ✓ Caduceos Historia Clínica: Este modulo ofrece un formulario independiente para el programa y contiene todos los datos establecidos en el Formato físico que se estandarizo en la Unidad de Salud. Se aclara que no aparece tal cual está el físico; pero si contiene todos los campos estandarizados para la captura de la Información.

Gráfica 17 Pantalla del modelo de Historia Clínica que provee el software de la IPS de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca. 2012.

Consulta de Detección Temprana de Alteraciones del Adulto

Ingresar Guardar Fimar Imprimir Salir

Datos del Paciente en consulta | Datos Adicionales | Datos de control

Nombre	Identificación	Edad	Sexo	Fecha Nacimiento	Nivel	Tipo	Entidad
AMANDA MERCEDES PAJOY MERA	CC 34548997	45 A	F	16/08/1966	1	C	UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL C

Departamento	Municipio	Dirección	Teléfono	Estado Civil	Profes	Madre	Padre
CAUCA	POPAYÁN	[CALLE 8° N° 21	8363035	SOLTERO	NINGUNO	INDEFINIDO	INDEFINIDO

[Resumen] [Consulta Inicial] [Controles del Paciente]

[Signos Vitales] [Datos Antropométricos] [Histórico] [Gráfica de Signos Vitales]

Frec. Cardíaca Lat / Min ____

Frec. Respiratoria R / Min ____

Temperatura °C ____

Presión Arterial / mm - HG ____

Saturación de Oxígeno % ____

[Observación]

Inicio | Clinica L... | Contrat... | SITIS-L... | IPI NE... | Caducos | Histori... | Microso... | Mdi | 02:58 p.m.

- ✓ Sistema de Reportes: Este módulo permite extraer la información almacenada tanto por Agenda, facturación como por Historias Clínicas. A la fecha se procesan informes de Ejecución de actividades de acuerdo a la Resolución 3384 de 2000, Demanda Inducida Efectiva, Seguimiento a Usuarios. Esta información es procesada al terminar cada mes; para que sea analizada y reportada a los entes de Control como la Súper Salud, Secretaría Departamental.

Gráfica 18 Pantalla Ejecución de Actividades de PyP, software de reportes de la IPS de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca. 2012.

Print Preview

UNIDAD DE SALUD UNIVERSIDAD DEL CAUCA
891500319-2
CALLE 4 NRO 3-57 TEL: 8209900 EXT 1601
NUMERO DE ACTIVIDADES RESOLUCION 412
Show all data where the FAC_FEC is on or after 01/01/2012
and the FAC_FEC is on or before 31/03/2012

Poblacion Afiliada a: UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA
ALTERACION DE LA AGUDEZA VISUAL

DEMANDA INDUCIDA EN DTA DE AGUDEZA VISUAL POR EQUIPO DE SALUD	6
Total Programa	6

ALTERACIONES DEL ADULTO MAYOR

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL AL ADULTO MAYOR	26
DEMANDA INDUCIDA EN ADULTO MAYOR POR EQUIPO DE SALUD	37
Total Programa	63

ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO (MENOR DE 10 AÑC

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA EN CYD	9
CONTROL POR ENFERMERIA EN CYD 1 AÑO (13-16 MESES)	6
CONTROL POR ENFERMERIA EN CYD 2 AÑOS (25-30 MESES)	6
CONTROL POR ENFERMERIA EN CYD 3 A 9 AÑOS (37-48 MESES)	6
CONTROL POR ENFERMERIA EN CYD 3 A 9 AÑOS (61-66 MESES)	4
CONTROL POR ENFERMERIA EN CYD 3 A 9 AÑOS (73-78 MESES)	3
CONTROL POR PEDIATRIA EN CYD 1 AÑO (21-24 MESES)	2
CONTROL POR PEDIATRIA EN CYD 3 A 9 AÑOS (49-60 MESES)	7
CONTROL POR PEDIATRIA EN CYD 3 A 9 AÑOS (61-72 MESES)	2
CONTROL POR PEDIATRIA EN CYD 3 A 9 AÑOS (73-84 MESES)	3
CONTROL POR PEDIATRIA EN CYD 3 A 9 AÑOS (85-96 MESES)	2
CONTROL POR PEDIATRIA EN CYD 3 A 9 AÑOS (97-108 MESES)	1
CONTROL POR PEDIATRIA EN CYD MENOR 1 AÑO (10-12 MESES)	4
CONTROL POR PEDIATRIA EN CYD MENOR 1 AÑO (1-3 MESES)	3

Page 1 of 3

Inicio | Clinica La ... | Contratac... | Google - ... | IFI NEW ... | Microsoft ... | Sistema... | Reportes ... | 03:33 p.m.

- ✓ Auditoria Saggita: Este software permite la captura de todas las actividades realizadas por la red de prestadores adscrita a la Unidad de Salud, consolidando los RIPS con la estructura establecida en la Resolución 3374 de 2000. Lo que permite consolidar la información de cumplimiento de actividades de la Resolución 412 de 2000 de Protección Específica y Detección Temprana de acuerdo a los indicadores de la Resolución 3384 de 2000.

Gráfica 19 Pantalla del software Sagita de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca. 2012.

Validador 1.0.4.0

Validación Utilitarios Sistema

Abrir radicación

Nro. Rad.	Fecha	Hora	Desde	Hasta	Fac. Rad.	Cod. IPS	Act. Radica	Nombre de la IPS
11	14/01/2011	08:34.49 a.m	10/12/2010	23/12/2010	5	19001050370	35	LABORATORIO CLINICO AGUSTIN RENTERIA
12	14/01/2011	08:40.42 a.m	10/12/2010	29/12/2010	124	19001050370	458	LABORATORIO CLINICO AGUSTIN RENTERIA
13	14/01/2011	11:18.03 a.m	01/12/2010	31/10/2010	15	19001060450	15	JUAN CARLOS CASAS ZUÑIGA
14	14/01/2011	02:42.03 p.m	01/12/2010	30/12/2010	6	19001061570	13	HEMATOLOGIA LTDA
15	17/01/2011	09:43.28 a.m	01/12/2010	30/12/2010	6	19001061570	13	HEMATOLOGIA LTDA
16	17/01/2011	03:45.37 p.m	01/12/2010	31/12/2010	1	19001070700	105	NEONATOLOGIA DEL CAUCA
17	17/01/2011	03:48.11 p.m	01/12/2010	31/12/2010	4	19001070700	4	NEONATOLOGIA DEL CAUCA
18	18/01/2011	10:08.08 a.m	01/01/2011	18/01/2011	7	19001050220	7	CENTRO DE DIAGNOSTICO PERINATAL
19	18/01/2011	10:09.26 a.m	01/01/2011	18/01/2011	1	19001050220	1	CENTRO DE DIAGNOSTICO PERINATAL
20	21/01/2011	04:33.33 p.m	01/12/2010	31/12/2010	19	19001059160	20	ODONTOCAUCA S.A.
21	21/01/2011	04:36.13 p.m	01/12/2010	31/12/2010	19	19001059160	20	CLINICA DE FRACTURAS CAUCA SAS
22	02/02/2011	10:12.08 a.m	12/12/2010	30/12/2010	14	19001050370	69	LABORATORIO CLINICO AGUSTIN RENTERIA
23	02/02/2011	10:12.58 a.m	12/01/2011	12/01/2011	2	19001050370	6	LABORATORIO CLINICO AGUSTIN RENTERIA
24	02/02/2011	10:13.23 a.m	04/01/2011	27/01/2011	7	19001050370	29	LABORATORIO CLINICO AGUSTIN RENTERIA
25	02/02/2011	10:13.49 a.m	03/01/2011	28/01/2011	162	19001050370	781	LABORATORIO CLINICO AGUSTIN RENTERIA
26	02/02/2011	02:19.29 p.m	01/01/2011	26/01/2011	13	76001028700	23	FUNDACION CLINICA VALLE DEL LILI
27	02/02/2011	02:24.59 p.m	01/01/2011	26/01/2011	13	76001028700	23	FUNDACION CLINICA VALLE DEL LILI

Buscar por IPS

Ver Todas Anular Close

[Alt + B] Buscar Radicación

Doble click para abrir la radicación

Inicio Clinica La Est... Contratacion Google - Moz... IFI NEW MO... Microsoft Exc... Validador ES 03:34 p.m.

7.1.5 Matrices EFAS y IFAS del programa de Detección temprana de Alteraciones del Adulto Mayor de 40 años

7.1.5.1 Matriz de evaluación del factor externo (EFAS)

FACTORES CRITICOS	Peso	Calificación	Peso ponderado
<i>OPORTUNIDADES</i>			
La ley 1122 incluye a las entidades de régimen especial como vigiladas. Se deba reportar actividades de PE y DT según Res 412 y 3384 de 2000.	0.1	2	0.2
Ley 1438 enfatiza la promoción y prevención y de las atenciones primarias en salud.	0.1	2	0.2
Secretaria de Salud ofrece acompañamiento para la implementación de las políticas de salud pública.	0.1	2	0.2
Posicionamiento de la Unidad de Salud en la mente de los clientes.	0.1	3	0.3
Buenas relaciones con la red de prestadores.	0.1	3	0.3
<i>AMENAZAS</i>			
Los prestadores no reportan procedimientos realizados con las características establecidas para servicios de PE y DT en la resolución 3384.	0.1	2	0.2
Cambios continuos de la normatividad del SGSSS.	0.1	2	0.2
Posibilidad de desaparecer el régimen especial.	0.2	1	0.2
Políticas de administración de los recursos de salud por parte de la Universidad.	0.1	2	0.2
TOTAL	1.0		2.0

Fuente: David, Fred R. (2003:151). Conceptos de Administración Estratégica. 9ª. Edición. Editorial Prentice Hall. México

La Unidad se encuentra por debajo del promedio, en otras palabras, las estrategias de la empresa no están aprovechando con eficacia las oportunidades existentes y se están maximizando los posibles efectos negativos de las amenazas externas.

7.1.5.2 Matriz de evaluación del factor interno (IFAS)

FACTORES INTERNOS CLAVES	Peso	Calificación	Peso ponderado
FORTALEZAS			
El modelo de atención universitario tiene un enfoque preventivo, establece el programa de DTA del adulto.	0.06	3	0.18
Existe el presupuesto suficiente para la ejecución de las actividades de promoción y prevención.	0.05	3	0.15
Voluntad política para la implementación del programa.	0.05	3	0.15
El personal l programa, tiene amplia experiencia en la aplicación del programa.	0.05	4	0.20
Las instalaciones cumplen con los estándares de capacidad tecnológica y científica.	0.05	3	0.15
Existen procedimientos para el desarrollo de las actividades del programa.	0.06	4	0.24
Cobertura para el programa, mayores actividades, procedimientos, servicios; inclusión de población de 40 años.	0.06	4	0.24
Transición a modelo de atención en salud preventivo.	0.05	3	0.15
DEBILIDADES			
Resistencia del personal asistencial a implementar la guía de atención para el programa.	0.07	2	0.14
No diligenciamiento la Historia Clínica del programa de acuerdo a la guía de atención.	0.05	1	0.05
No se explicita promoción y prevención en la contratación de la Red de Prestadores.	0.05	2	0.10
El software requiere ajustes para que se adecue a los procedimientos diseñados para el programa de la Unidad de Salud.	0.05	1	0.05
Carencia de indicadores en cuanto a calidad del servicio.	0.06	1	0.06
No existe programa de auditoría interna para el programa.	0.06	1	0.06
La unidad no cuenta con Recurso Humano suficiente para los servicios de Promoción y Prevención.	0.08	2	0.16
No se ha implementado el sistema de información al usuario.	0.05	1	0.05
Cultura de modelo curativo en los usuarios universitarios.	0.05	1	0.05
TOTAL	1.0		2.18

Fuente de Información: David, Fred R. (2003:151). Conceptos de Administración Estratégica. 9ª. Edición. Editorial Prentice Hall.México.

Se encuentra por debajo del promedio, se evidencia que las debilidades afectan a la Unidad.

7.1.6 Matriz FODA programa de Detección de Alteraciones del Adulto Mayor de 40 años.

<p>MATRIZ FODA</p>	<p style="text-align: center;">FORTALEZAS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El modelo de atención universitario tiene un enfoque preventivo, dentro del cual se establece el programa de DTA del adulto. 2. Existe el presupuesto suficiente para la ejecución de las actividades de promoción y prevención. 3. Las instalaciones cumplen con los estándares de capacidad tecnológica y científica. 4. El personal asignado al programa, tiene amplia experiencia en la aplicación del programa. 5. Existen procedimientos para el desarrollo de las actividades del programa. 6. Cobertura para el programa, mayores actividades, procedimientos, servicios; inclusión de población de 40 años. 7. Voluntad política para la implementación del programa. 	<p style="text-align: center;">DEBILIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Resistencia del personal asistencial a implementar la guía de atención para el programa. 2. No diligenciamiento la Historia Clínica del programa de acuerdo a la guía de atención. 3. No se explicita promoción y prevención en la contratación de la Red de Prestadores. 4. El software requiere ajustes para que se adecue a los procedimientos diseñados para el programa de la Unidad de Salud. 5. Carencia de indicadores en cuanto a calidad del servicio. 6. No existe programa de auditoría interna para el programa. 7. La unidad no cuenta con Recurso Humano suficiente para los servicios de Promoción y Prevención. 8. No se ha implementado el sistema de información al usuario. 9. Cultura de modelo curativo en los usuarios universitarios
---------------------------	--	---

OPORTUNIDADES	ESTRATEGIAS FO	ESTRATEGIAS DO
<ol style="list-style-type: none"> 1. La ley 1122 incluye a las entidades de régimen especial como vigiladas. Lo anterior hace que se deba reportar actividades de PE y DT según Res 412 y 3384 de 2000. 2. Ley 1438 enfatiza la promoción y prevención y de las atenciones primarias en salud. 3. Secretaria de Salud Departamental del Cauca SDSC ofrece acompañamiento para la implementación de las políticas de salud pública. 4. Posicionamiento de la Unidad de Salud en la mente de los clientes. 5. Buenas relaciones con la red de prestadores. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apoyarse y lograr seguimiento por parte de la Secretaria de Salud para la implementación de guías y reporte de indicadores. O3 / F1, F3, F5, F7. 2. Realizar jornadas de educación en cada una de las facultades de la Universidad del Cauca para fomentar los hábitos de promoción y prevención de la enfermedad. O1 / F2, F4, F6. 3. Realizar campañas con las Red de Prestadores a nivel de lograr que estas comprendan la importancia del desarrollo de las actividades del programa y que parte les corresponde dentro de la cadena de valor del mismo. O5 / F7. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Incluir en la contratación o separar la contratación las actividades de Protección específica y Detección Temprana para dar cumplimiento a la normatividad vigente. O5 / D3, D5. 2. Contratación de un médico general para promoción y prevención. O1, O2 / D7. 3. Capacitar al personal institucional en las normas vigentes y también en temas propios de talento humano aprovechando la reforma al SGSSS y con el acompañamiento de la SDSC. O1, O2 / D5, D6, D8.

AMENAZAS	Estrategias FA	Estrategias DA
<ol style="list-style-type: none"> 1. Los prestadores no reportan procedimientos realizados con las características establecidas para servicios de PE y DT en la resolución 3384. 2. Cambios continuos de la normatividad del SGSSS. 3. Posibilidad de desaparecer el régimen especial. 4. Políticas de administración de los recursos de salud por parte de la Universidad. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La Unidad de Salud con sus coberturas puede convertirse en un modelo para el régimen Contributivo en el programa del Adulto Mayor y convertirse en una ventaja competitiva que le permita subsistir en el mercado de la salud. A2, A3 / F1, F2, F4, F6. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aplicar indicadores en la prestación del servicio, satisfacción del usuario, para poder calificar tanto al recurso humano de la entidad en cuanto a la aplicación de procedimientos como al usuario para la adhesión a promoción y prevención. A1 / D1, D3, D5, D8. 2. Implementar a través de un tercero un sistema de información acorde al Sistema de Salud Universitario con sus características especiales, que permita lograr la cohesión de todos los procesos involucrados en el desarrollo del programa. A2 / D4.

Fuente de información: David, Fred R. Conceptos de Administración Estratégica. 9ª. Edición. Editorial Prentice Hall.México.

7.2 Formatos aplicados

7.2.1 Formato de verificación de estándares de capacidad tecnológica y científica

La resolución 1043 del 2006 sobre el sistema de habilitación, en el anexo técnico incluye nueve estándares de capacidad tecnológica y científica:

1. Recursos humanos,
2. Infraestructura e instalaciones físicas,
3. Dotación y mantenimiento,
4. Medicamentos y dispositivos médicos (incluyendo la gestión y manejo),
5. Procesos prioritarios asistenciales,
6. Historia clínica y registros asistenciales,
7. Interdependencia de servicios,
8. Referencia y contrarreferencia de paciente;
9. Seguimiento a riesgos en la prestación de servicios. (Ver Anexo No 2 Resolución 1043 para Promoción y Prevención).

7.2.2 Formato de verificación de suficiencia patrimonial, financiera.

En la resolución 1043 del 2006 sobre el sistema de habilitación, en el anexo técnico 2, incluye los estándares de la suficiencia patrimonial y financiera, y condiciones técnico-administrativas del prestador.

7.2.3 Estándar de calidad para los servicios:

Se elabora para cada producto. Clarifica el cliente, sus necesidades y contiene las especificaciones del resultado esperado. Define las partes o procesos que se llevan a cabo en la elaboración del producto o servicio y que serán objeto de documentación. Describe esas partes, lista y detalla los insumos y los remite a estándares de medición y fichas técnicas sobre especificaciones complejas de resultados o insumos críticos.

ESTÁNDAR DE CALIDAD PARA: ESCRIBA AQUÍ EL NOMBRE DEL PRODUCTO O SERVICIO	
CÓDIGO	FECHA APROB.
REVISÓ	APROBÓ
ESPECIFICACIONES DE RESULTADOS DEL PRODUCTO	INDICADORES DE GESTIÓN
Coloque aquí las especificaciones o características críticas medibles y observables para el resultado del producto o servicio que serán objeto de seguimiento y evaluación y a las que se refiere el estándar de medición.	

7.2.4 Estándar de evaluación para un producto o servicio.

Se elabora para cada producto de la IPS. Clarifica, para cada especificación de resultado y de las partes del proceso, qué medir, quién, donde, cuándo y cómo medir.

ESTÁNDAR DE CALIDAD PARA: ESCRIBA AQUÍ EL NOMBRE DEL PRODUCTO O SERVICIO				
CÓDIGO		VERSIÓN		FECHA APROB.
REVISÓ			APROBÓ	
INDICADOR DE GESTIÓN PARA RESULTADOS	QUIÉN	CUÁNDO	DÓNDE	DESCRIPCION INDICADOR
Escriba el indicador que se utiliza para medir si se cumple con la especificación	Indique quién es el responsable de la medición	Indique el momento preciso en que se hace la medición.	Indique el lugar donde se lleva a cabo la medición.	Describa el indicador en formula o instrumento de evaluación.

7.2.5 Estándar de proceso

REVISÓ	APROBÓ
FLUJOGRAMA	
El flujograma es un medio para ilustrar el proceso a fin de que cada involucrado en cada etapa del proceso sepa exactamente cómo es el proceso completo y vea los pasos previos y posteriores de su responsabilidad. En este espacio se debe incluir el flujograma, donde se diagrama cada paso del proceso. Se utilizan los siguientes símbolos para elaborar el flujograma:	

TAREA #	QUÉ	QUIÉN	CUÁNDO	DÓNDE	PARA QUÉ	CÓMO
1	Coloque aquí cada una de las tareas y decisiones del proceso dibujadas en el flujograma	Indique aquí la persona responsable de la tarea.	Indique el momento en que se realiza la tarea o decisión.	Especifique el lugar donde se realiza la tarea o decisión.	Especifique la razón o el motivo que hace necesario efectuar la tarea o decisión.	Especifique cómo se realiza la tarea.

7.2.6 Procedimiento

Se adopta el de la Universidad del Cauca por acreditación.

Responsables:

Objetivo:

Alcance:

Marco normativo:

Descripción específica:

No.	Descripción de la Actividad	Responsable	Punto de Control

8 Estándares

8.1 Estándares de calidad del servicio para el programa Detección Temprana de Alteraciones del Adulto Mayor de 40 años.

ESTÁNDAR DE CALIDAD PARA: Programa Detección Temprana de Alteraciones del Adulto Mayor de 40 años.	
CÓDIGO	VERSIÓN 1.0
FECHA APROB.	
REVISÓ	APROBÓ
ESPECIFICACIONES DE RESULTADOS DEL PRODUCTO	INDICADORES DE GESTIÓN
ADMINISTRATIVOS	
Dispone de Insumos y equipos para el manejo de programa.	Porcentaje de insumos y equipos disponibles para el manejo de programa.
Articula y organiza funcionalmente con la red para brindar atención integral al paciente.	Proceso de organización y articulación de la Red para brindar atención integral.
Cuenta con mecanismos operativos de escucha al usuario.	Disponibilidad de mecanismos operativos de escucha al usuario
Dispone de 16 horas médico general y 32 horas enfermera por mes para cubrir los servicios del programa.	Porcentaje de personal disponible para el programa.
Seguimiento al cumplimiento de metas de la Resolución 3384 de 2000.	Porcentaje de cumplimiento de las metas de la Resolución 3384 de 2000.
PRESTACION DE SERVICIOS	
Asignación de citas oportunas para el programa.	Oportunidad de la asignación de cita en la consulta del programa.
La motivación y educación es efectiva. (Demanda Inducida).	Porcentaje de Demanda Inducida Efectiva.
Práctica de pruebas de tamizaje del programa.	Proporción de pacientes con pruebas de tamizaje
Revisión de los resultados de los procedimientos diagnósticos.	Porcentaje de pacientes con lectura de exámenes diagnósticos.

PERSONAL	
Registra correctamente los servicios del programa.	Porcentaje de registro correcto de servicios del programa
Aplica guías de atención para el programa.	Porcentaje de aplicación de guías de atención.
Diligencia correcta y completamente las Historias Clínicas.	Porcentaje de Historias Clínicas del programa diligenciadas correcta y completamente.
Remisión a otros servicios según protocolos de atención.	Porcentaje de remisión a otros servicios según protocolos de atención.
Seguimiento a los pacientes del programa.	Porcentaje de pacientes con seguimiento
Satisfacción del personal de salud en su trabajo.	Porcentaje de trabajadores de salud que refieren estar satisfechos en la institución.
USUARIOS	
Satisfacción del usuario.	Porcentaje de usuarios que se sienten satisfechos.

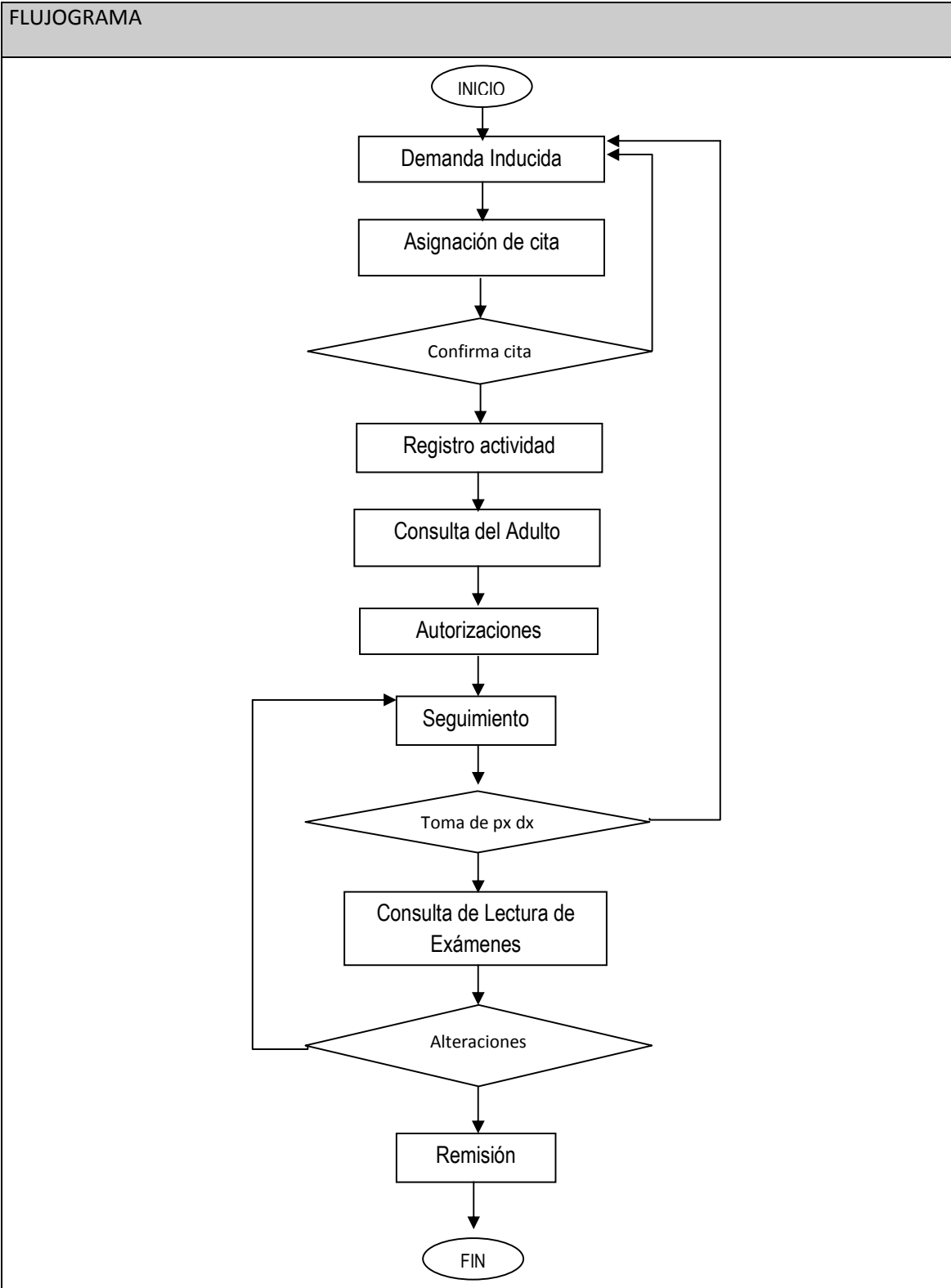
8.2 Estándares de cumplimiento para el programa Detección Temprana de Alteraciones del Adulto Mayor de 40 años.

ESTÁNDAR DE CALIDAD PARA: Programa Detección Temprana de Alteraciones del Adulto Mayor de 40 años.				
CÓDIGO		VERSIÓN 1.0		FECHA APROB.
INDICADOR DE GESTIÓN PARA RESULTADOS	QUIÉN	CUÁNDO	DÓNDE	DESCRIPCION INDICADOR
ADMINISTRATIVOS				
Porcentaje de insumos y equipos disponibles para el manejo del programa.	Coordinador de programa	Inicio de cada vigencia contractual	Oficina Subdirección Científica	(Nº de insumos y equipos disponibles / Total de insumos y equipos mínimos requeridos año)*100.

Proceso de organización y articulación de la Red para brindar atención integral.	Auditor de Calidad	Inicio de cada vigencia contractual	Oficinas de contratación y Red de Servicios.	Existen evidencias objetivas de la articulación y organización con su red para brindar atención integral.
Disponibilidad de mecanismos operativos de escucha al usuario	Auditor de Calidad	Inicio de cada vigencia contractual	Sala SIP	Cuenta con evidencias objetivas de la operatividad de mecanismos de escucha al usuario
Porcentaje de personal disponible para el programa.	Subdirección Científica	Inicio de cada vigencia contractual	Oficina Subdirección Científica	(Nº de horas médico general asignadas programa mes / Total horas médico general requeridos para el programa mes)*100.
Porcentaje de cumplimiento de las metas de la Resolución 3384 de 2000.	Coordinador de programa	15 día hábil al finalizar cada trimestre.	Sistemas de Información	(Número de actividades realizadas trimestrales indicador Res 3384 de 2000 / Numero de actividades programadas trimestrales Indicador Res 3384 de 2000)*100
PRESTACION DE SERVICIOS				
Oportunidad de la asignación de cita en la consulta del programa.	Subdirección Científica	15 día hábil al finalizar cada trimestre.	Sistema de Información	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta de programa y la fecha para la cual es asignada la cita/Número total de consultas del programa asignadas.
Porcentaje de Demanda Inducida Efectiva.	Coordinador de programa	Primeros 5 días de cada mes.	Oficina Subdirección Científica	(Nº de Demanda Inducida Efectiva / Nº de Demandas Inducidas realizadas mes)*100.
Proporción de pacientes con de pruebas tamizaje	Coordinador de programa	Primeros 5 días de cada mes.	Oficina Subdirección Científica	(Nº de pacientes con pruebas tamizaje / Nº de pacientes con pruebas de tamizaje ordenadas en el mes)*100.

Porcentaje de pacientes con lectura de exámenes diagnósticos.	Coordinador de programa	Primeros 5 días de cada mes.	Oficina Subdirección Científica	(Nº de Demanda Inducida Efectiva / Nº de Demandas Inducidas realizadas mes)*100.
PERSONAL				
Porcentaje de registro correcto de servicios del programa	Subdirección Científica	Primeros 5 días de cada mes.	Oficina Subdirección Científica	(Nº de registros correctos / Nº de registros del programa mes) x 100
Porcentaje de aplicación de guías de atención.	Subdirección Científica	Primeros 5 días de cada mes.	Oficina Subdirección Científica	(Nº de casos manejados de acuerdo a guías de Atención / Nº de casos auditados mes) x 100
Porcentaje de Historias Clínicas del programa diligenciadas correcta y completamente.	Subdirección Científica	Primeros 5 días de cada mes.	Oficina Subdirección Científica	(Nº de de Historias Clínicas del programa diligenciadas correcta y completamente / Nº de Historias Clínicas del programa diligenciada) x 100
Porcentaje de remisión a otros servicios según protocolos de atención.	Subdirección Científica	Primeros 5 días de cada mes.	Oficina Subdirección Científica	Nº de casos remisión a otros servicios según protocolos de atención / Total de remisiones) x 100
Porcentaje de pacientes con seguimiento	Coordinador del programa	Primeros 5 días de cada mes.	Oficina Subdirección Científica	Nº de pacientes con seguimiento / Nº de pacientes del programa mes) x 100
Porcentaje de trabajadores de salud que refieren estar satisfechos en el programa.	Auditor de Calidad	Inicio de cada vigencia contractual	Sala SIP	(Nº Trabajadores que refieren estar satisfechos en El programa / Nº total de trabajadores encuestados) x 100
USUARIOS				
Porcentaje de usuarios que se sienten satisfechos.	SIAU	Días del servicio	Días del servicio	Nº de pacientes satisfechos / Nº de pacientes encuestados mes) x 100

8.3 Estándar de proceso



TARE A	QUÉ	QUIÉN	CUÁNDO	DÓNDE	PARA QUÉ	CÓMO
1	Demanda Inducida.	Ximena Muñoz	Martes y Viernes de cada semana	Sala de procedimientos menores.	Motivar a la población para que acuda al programa	Idéntica potenciales usuarios, educa y motiva.
2	Asignación de cita	Zulma Velasco	Martes y jueves	Sala SIP	Controlar agenda medica	Registra la cita y la actividad
3	Registro de actividad	Zulma Velasco	Martes y Jueves	Sala SIP	Registrar las actividades (RIPS)	Factura la actividad
4	Consulta DTA Adulto	Médico General	Martes y jueves	Consultorio	Detectar oportunamente la presencia de enfermedades en el individuo mayor de 40 años	Evalúa antecedentes, estado físico, nutricional, apgar familiar.
5	Autorización de Procedimientos	María Isabel Prado	Lunes a Viernes	Sala SIP	Referenciar los pacientes a la Red de Prestadores	Realiza orden de servicios y direcciona la IPS prestadora
6	Seguimiento	Ximena Muñoz	Segundo viernes de cada mes	Sala de procedimientos menores.	Verificar que las actividades del programa se ejecuten	Solicitando actividades por RIPS, registrando
5	Consulta de lectura de exámenes	Médico General	Lunes a Viernes	Consultorio	Definir conductas de acuerdo a resultados	Interpreta resultados, direcciona al usuario.

8.4 Estándares de procedimiento.

8.4.1 Procedimiento para la Demanda Inducida del adulto mayor de 40 años.

Responsables: Profesional de enfermería encargado del programa y personal de la sala SIP.

Objetivo: organizar a la población hacia la utilización de los servicios contenidos en el programa.

Alcance: Aplica a las acciones de gestión del programa de detección temprana de alteraciones del individuo sano mayor de 40 años.

Marco normativo:

- Acuerdo 117 de 1998.
- Norma técnica para Detección Temprana de Alteraciones en el Adulto Mayor de 45 años. Resolución 412 del 2000
- Guía para la prevención de la enfermedad crónica y mantenimiento de la salud en el individuo sano mayor de 45 años. Ministerio de la Protección Social 2007.

Descripción específica:

No.	Descripción de la Actividad	Responsable	Punto de Control
1	Identificar los usuarios potenciales del programa mediante la aplicación de un filtro en la variable edad (40, 45, 50, 55, 60, 65, 70, 75, 80,85) de la base de datos de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca.	Enfermera (o)	Base datos filtrada

2	Determinar quiénes de ellos han recibido las actividades específicas del Programa del adulto mayor mediante la búsqueda en el historial electrónico que provee el software de facturación, para descartarlos del listado de usuarios a captar.	Enfermera (o)	
3	Registrar los usuarios a captar en el programa Reporte de demanda inducida del programa de detección temprana de alteraciones en el individuo sano mayor de 40 años.	Enfermera (o)	MA-GO-10-FOR-1
4	En coordinación con el personal de la sala SIP, revisar la disponibilidad de la agenda médica para las consultas de detección temprana y protección específica.	Enfermera (o) Personal sala SIP	
5	Programar las citas para la consulta médica del programa vía telefónica o por correo electrónico, según la disponibilidad determinada en la actividad anterior y brindando al usuario la posibilidad de escoger el médico y el horario para la cita.	Enfermera (o)	MA-GO-10-FOR-1
6	Registrar las citas otorgadas en Reporte de demanda inducida del programa de detección temprana de alteraciones en el individuo sano mayor de 40 años.	Enfermera (o)	MA-GO-10-FOR-1
7	Solicitar al personal de la sala SIP el agendamiento de las citas programadas, entregando una copia del Reporte de demanda inducida diligenciado.	Enfermera (o) Personal sala SIP	Sistema de facturación- módulo agenda médica
8	Registrar este proceso en el Registro para la facturación de actividades de demanda inducida y seguimiento de los programas de detección temprana y protección específica. Este reporte debe hacerse llegar vía correo electrónico al personal de la sala SIP antes del día 13 o 28 de cada mes.	Enfermera (o)	MA-GO-10-FOR-2

8.4.1.1 Fuente de Información: Procesos y procedimientos programas de Detección Temprana y Protección Específica de la Unidad de Salud.

8.4.2 Procedimiento para asignación de citas de actividades del adulto mayor de 40 años.

Responsables: Personal de la sala SIP.

Objetivo: Controlar la agenda de las actividades del programa de Detección de Alteraciones del Adulto Sano Mayor de 40 años.

Alcance: Aplica a las acciones de registro en el software institucional del programa Detección Temprana de Alteraciones en el Adulto Mayor

Marco normativo:

- Acuerdo 117 de 1998.
- Norma técnica para Detección Temprana de Alteraciones en el Adulto Mayor de 45 años. Resolución 412 del 2000
- Guía para la prevención de la enfermedad crónica y mantenimiento de la salud en el individuo sano mayor de 45 años. Ministerio de la Protección Social 2007.

Descripción específica:

No.	Descripción de la Actividad	Responsable	Punto de Control
1	Recepcionar el Reporte de registro de demanda inducida del programa.	Sala SIP	Recibido
2	Identificar al médico general y el turno señalado en el registro.	Sala SIP	Cita Médica
3	El día de la cita, registrar la actividad (facturar) de acuerdo al motivo de la cita	Sala SIP	Factura

Fuente de Información: Procesos y procedimientos programas de Detección Temprana y Protección Específica de la Unidad de Salud.

8.4.3 Procedimiento para registro de actividades del adulto mayor de 40 años.

Responsables: Personal de la sala SIP.

Objetivo: Registrar las actividades en facturas de venta de servicios de salud para la generación de los RIPS de Alteraciones del Adulto Sano Mayor de 40 años.

Alcance: Aplica a las acciones de registro en el software institucional del programa de detección temprana de alteraciones del individuo sano mayor de 40 años.

Marco normativo:

- Acuerdo 117 de 1998.
- Norma técnica para Detección Temprana de Alteraciones en el Adulto Mayor de 45 años. Resolución 412 del 2000
- Guía para la prevención de la enfermedad crónica y mantenimiento de la salud en el individuo sano mayor de 45 años. Ministerio de la Protección Social 2007.

Descripción específica:

No.	Descripción de la Actividad	Responsable	Punto de Control
1	Buscar médico y cita asignada al paciente	Sala SIP	Agenda Médica
2	Ingresar el código de la actividad, la finalidad según la actividad.	Sala SIP	Cita Médica
3	Generar factura de venta de servicios por la actividad registrada.	Sala SIP	Sala SIP

Fuente de Información: Procesos y procedimientos programas de Detección Temprana y Protección Específica de la Unidad de Salud.

8.4.4 Procedimiento para la consulta de primera vez del adulto mayor de 40 años.¹⁶

Responsables: Médicos generales de la Unidad de Salud.

Objetivo: Detectar oportunamente la presencia de enfermedades en el individuo mayor de 40 años.

Alcance: aplica a las consultas médicas desarrolladas dentro del programa de detección temprana de alteraciones en el individuo sano mayor de 40 años que se realizan en la Unidad de Salud.

Marco normativo:

- Norma técnica para Detección Temprana de Alteraciones en el Adulto Mayor de 45 años. Resolución 412 del 2000
- Guía para la prevención de la enfermedad crónica y mantenimiento de la salud en el individuo sano mayor de 45 años. Ministerio de la Protección Social. 2007.
- Resolución 3384 del 2000.

Descripción específica:

No.	Descripción de la Actividad	Responsable	Punto de Control
1	Saludar al paciente.	Médico	Historia Clínica
2	Crear un ambiente de confianza para la atención.	Médico	Historia Clínica

¹⁶ Procesos y procedimientos de Detección Temprana y Protección Específica. Unidad de Salud. 2012.

3	<p>Realizar anamnesis basándose en los siguientes ítems y registrar Historia clínica del Individuo sano mayor de 40 años</p> <ul style="list-style-type: none"> • Datos socio-demográficos. • Antecedentes familiares, describir el tipo de enfermedad y el parentesco con la persona enferma. • Antecedentes personales, describiendo el tiempo de evolución de la enfermedad y/o procedimientos. • Indagar sobre antecedentes ginecoobstétricos. • Indagar sobre factores de riesgo describiendo en la casilla de observaciones lo específico para cada una. 	Médico	Historia Clínica
4	<p>Evaluar el APGAR Familiar entregando de forma impresa al individuo el APGAR Familiar y solicitar su diligenciamiento. Una vez sea diligenciado, calificar la función familiar y registrar lo pertinente en Historia clínica del individuo sano mayor de 40 años.</p>	Médico	Historia Clínica
5	<p>Realizar la medición de signos vitales.</p>	Médico	Historia Clínica
6	<p>Realizar evaluación nutricional y glucometría.</p>	Médico	Historia Clínica
7	<p>Realizar examen físico en orden cefalocaudal y registrarlo en Historia clínica del Individuo sano mayor de 40 años.</p>	Médico	Historia Clínica
8	<p>Realizar el diagnóstico de la consulta de acuerdo a la codificación CIE- 10 y registrarlo en Historia clínica del Individuo sano mayor de 40 años.</p>	Médico	Historia Clínica
9	<p>Definir las conductas de tipo diagnóstico y registrarlo en Historia clínica del Individuo sano mayor de 40 años.</p>	Médico	Historia Clínica

10	Definir las conductas de tipo remitario y registrarlo en Historia clínica del Individuo sano mayor de 40 años.	Médico	Historia Clínica
11	Brindar educación sobre estilos de vida saludable.	Médico	Historia Clínica
12	Indicar al paciente los pasos a seguir de acuerdo a la evaluación de la presente consulta y los resultados de los exámenes prescritos: <ul style="list-style-type: none"> - Ausencia de antecedentes de riesgo ni síntomas atribuibles a patologías crónicas, con examen físico normal y laboratorios normales, se realizará consulta médica de control a los cinco años. - Presencia o no de factores de riesgo, con signos o síntomas atribuibles a enfermedades crónicas y con resultados de laboratorios anormales, se remitirá para diagnóstico definitivo y tratamiento. 	Médico	Historia Clínica
13	Diligenciar el Carné de citas para los programas de protección específica y detección temprana en el mayor de 40 años e indicar su utilidad.	Médico	Historia Clínica
14	Orientar al paciente para que se dirija a la sala SIP de la institución para adelantar el respectivo trámite de las órdenes de apoyo para los exámenes e interconsultas solicitados, y para que solicite el agendamiento de una cita con medicina general (a más tardar en 15 días) donde se realizará la revisión de los exámenes solicitados.	Médico	Historia Clínica

Fuente de Información: Procesos y procedimientos programas de Detección Temprana y Protección Específica de la Unidad de Salud.

8.4.5 Procedimiento para la autorización de procedimientos del adulto mayor de 40 años.

Responsables: Personal de la sala SIP.

Objetivo: Referenciar los pacientes a la Red de Prestadores para los procedimientos o interconsultas generadas de la Consulta de detección temprana de alteraciones en el individuo sano mayor de 40 años.

Alcance: Aplica a los procedimientos diagnósticos y de consulta generadas de la Consulta de detección temprana de alteraciones en el adulto mayor que se deben realizar fuera de la Unidad de Salud.

Marco normativo:

- Norma técnica para Detección Temprana de Alteraciones en el Adulto Mayor de 45 años. Resolución 412 del 2000
- Guía para la prevención de la enfermedad crónica y mantenimiento de la salud en el individuo sano mayor de 45 años. Ministerio de la Protección Social 2007.
- Resolución 3384 del 2000.

Descripción específica:

No.	Descripción de la Actividad	Responsable	Punto de Control
1	Recepcionar órdenes médicas generadas de la Consulta de DTA del adulto sano mayor de 40 años.	Sala SIP	Radicado solicitud de autorizaciones
2	Clasificar cuales de estas pertenece al programa de DTA del adulto sano.	Sala SIP	

3	Registrar las órdenes médicas en el software de autorizaciones con Motivo de Orden Promoción y Prevención o Recuperación de la Salud según corresponda.	Sala SIP	Autorización de Servicios
4	Entregar al usuario, indicando Ips donde recibirá la atención y fecha de vigencia de la autorización de servicios.		Visado de entregado de autorizaciones

Fuente de Información: Procesos y procedimientos programas de Detección Temprana y Protección Específica de la Unidad de Salud.

8.4.6 Procedimiento para la consulta de revisión de exámenes del adulto mayor de 40 años.

Responsables: Médicos generales de la Unidad de Salud.

Objetivo: Definir las conductas pertinentes de acuerdo a los resultados de los exámenes solicitados en la consulta de detección temprana de alteraciones en el individuo sano mayor de 40 años.

Alcance: Aplica a las consultas médicas desarrolladas dentro del programa de detección temprana de alteraciones en el adulto mayor que se realizan en la Unidad de Salud.

Marco normativo:

- Norma técnica para Detección Temprana de Alteraciones en el Adulto Mayor de 45 años. Resolución 412 del 2000

- Guía para la prevención de la enfermedad crónica y mantenimiento de la salud en el individuo sano mayor de 45 años. Ministerio de la Protección Social 2007.
- Resolución 3384 del 2000.

Descripción específica:

No.	Descripción de la Actividad	Responsable	Punto de Control
1	Saludar al paciente.	Médico	Historia Clínica
2	Crear un ambiente de confianza para la atención.	Médico	Historia Clínica
3	Revisar los resultados de los paraclínicos solicitados en la consulta de detección temprana de alteraciones en el individuo sano mayor de 40 años y registrarlos en la historia clínica.	Médico	Historia Clínica
4	Indagar sobre el cumplimiento y resultados de las remisiones a otros profesionales realizadas en la consulta de detección temprana de alteraciones en el individuo sano mayor de 40 años y registrarlo en la historia clínica.		
5	<p>Adoptar la conducta a seguir según las siguientes indicaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausencia de antecedentes de riesgo ni síntomas atribuibles a patologías crónicas, con examen físico normal y laboratorios normales, se realizará consulta médica de control a los 5 años, educación en estilos de vida saludable e información sobre los exámenes paraclínicos a los que tiene derecho en los siguientes años. - Presencia o no de factores de riesgo, 	Médico	Historia Clínica

	con signos o síntomas atribuibles a enfermedades crónicas y con resultados de laboratorios anormales, se remitirá para diagnóstico definitivo y tratamiento, y se le brindará información sobre los exámenes paraclínicos a los que tiene derecho en los siguientes años.		
6	Diligenciar el carné de citas del programa y entregarlo al usuario.	Médico	Historia Clínica
7	Orientar al paciente para que se dirija a la sala SIP para el respectivo trámite de las órdenes de apoyo de las interconsultas solicitadas.	Médico	Historia Clínica

Fuente de Información: Procesos y procedimientos programas de Detección Temprana y Protección Específica de la Unidad de Salud.

8.4.7 Procedimiento el seguimiento del adulto mayor de 40 años.

Responsables: Profesional de Enfermería.

Objetivo: Realizar seguimiento al cumplimiento y resultados de las actividades derivadas de la consulta médica del programa de detección temprana de alteraciones en el individuo sano mayor de 40 años.

Alcance: Aplica a las acciones de gestión del programa de detección temprana de alteraciones del individuo sano mayor de 40 años.

Marco normativo:

- Acuerdo 117 de 1998.
- Norma técnica para Detección Temprana de Alteraciones en el Adulto Mayor de 45 años. Resolución 412 del 2000

- Guía para la prevención de la enfermedad crónica y mantenimiento de la salud en el individuo sano mayor de 45 años. Ministerio de la Protección Social 2007.

Descripción específica:

No.	Descripción de la Actividad	Responsable	Punto de Control
1	Solicitar el segundo viernes de cada mes al encargado del software de facturación, la base de datos de los usuarios atendidos en los últimos treinta días en el programa de detección temprana de alteraciones en el individuo sano mayor de 40 años. Esta base de datos debe contener las variables que se registraron en la historia clínica al momento de la consulta médica.	Enfermera (o) Encargado del software de facturación	Base de datos
2	Revisar en la base de datos por cada usuario las siguientes variables: <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes solicitados. • Remisiones solicitadas. 	Enfermera (o)	Base de datos
3	Verificar mediante búsqueda en el historial electrónico que provee el software de facturación el cumplimiento en la realización de los exámenes y remisiones solicitados.	Enfermera (o)	Base de datos
4	Describir lo encontrado en la anterior actividad en el formato MA-GO-10-FOR-1 Seguimiento a las actividades del programa de detección temprana de alteraciones en el individuo sano mayor de 40 años.	Enfermera (o)	MA-GO-10-FOR-1

5	Establecer comunicación vía telefónica con el usuario, en caso de que no se hayan cumplido o se hayan cumplido parcialmente, las remisiones y exámenes solicitados por el médico en la consulta del programa.	Enfermera (o)	MA-GO-10-FOR-2
6	Motivar al usuario para que cumpla con las remisiones y exámenes solicitados por el médico en la consulta del programa.	Enfermera (o)	
7	Continuar haciendo seguimiento a los usuarios con los cuales se estableció comunicación telefónica, para establecer el cumplimiento definitivo de las remisiones y exámenes solicitados por el médico en la consulta del programa.	Enfermera (o)	MA-GO-10-FOR-1
8	Registrar este proceso en el MA-GO-10-FOR-2 Registro para la facturación de actividades de demanda inducida y seguimiento de los programas de detección temprana y protección específica. Este reporte debe hacerse llegar vía correo electrónico al personal de la sala SIP antes del día 13 o 28 de cada mes.	Enfermera (o)	MA-GO-10-FOR-2

Fuente de Información: Procesos y procedimientos programas de Detección Temprana y Protección Específica de la Unidad de Salud.

9 MANUAL DE AUDITORÍA INTERNA PARA EL PROGRAMA DE DETECCIÓN DE ALTERACIONES DEL ADULTO SANO MAYOR DE 40 AÑOS

TABLA DE CONTENIDO

1 GENERALIDADES

1.1 PROPÓSITO DEL MANUAL

1.2 OBJETIVO GENERAL

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.4 CONTROL DE MODIFICACIONES DEL MANUAL

2 METODOLOGÍA

2.1 PROGRAMACIÓN DE LA EVALUACIÓN

2.2 DESARROLLO DE LA EVALUACIÓN

2.3 RETROALIMENTACIÓN Y SEGUIMIENTO

3 EVALUACIÓN

3.1 EVALUACION DE ESTANDARES ADMINSTRATIVOS

5.2 EVALAUCION DE ESTANDARES DE PRESTACION DE SERVICIOS

5.3 EVALUACION DE ESTANDARES DE PERSONAL

5.4 EVALUACION DE ESTANDARES DE USUARIOS

9.1 GENERALIDADES

9.1.1 PROPÓSITO DEL MANUAL

La Unidad de Salud de la Universidad del Cauca como IPS inscrita en el Registro Especial de Prestadores de Servicios del SGSSS, cumple con el propósito de brindar los medios necesarios al personal para que día a día propenda por el bienestar de la población afiliada.

Los recursos destinados y en especial el talento humano debe tener en cuenta que los usuarios requieren de atenciones oportunas, coherentes y lógicas por parte de personal médico y de enfermería que manejan el programa de Detección de Alteraciones del Adulto Sano mayor de 40 años en la institución. Por lo que cada uno debe ser consecuente con la implementación de un mecanismo de control y evaluación al desarrollo de cada una de las actividades mediante la retroalimentación periódica que integre, tanto la evaluación de la calidad de los registros, como la evaluación de los procesos y la calidad de la atención en el programa.

Se pretende con este manual mejorar el desempeño clínico de los profesionales, tecnólogos y auxiliares en salud, optimizando los recursos, evitando eventos adversos y complicaciones.

9.1.2 OBJETIVO GENERAL

Verificar que las actividades, procedimientos asistenciales y los registros que dan soporte a la prestación de los servicios de salud del programa de Detección de Alteraciones del Adulto Sano mayor de 40 años, se ajusten a las normas técnicas de la Resolución 412 de 2000, al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud vigente y las normas de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca.

9.1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Evaluar los procesos administrativos vitales para el desarrollo del programa de Detección de Alteraciones del Adulto Sano mayor de 40 años.
- ✓ Evaluar la aplicación de la norma técnica de la resolución 412 de 2000 para el programa de Detección de Alteraciones del Adulto Sano mayor de 40 años.
- ✓ Evaluar la calidad de los registros asistenciales en las diferentes actividades del programa de Detección de Alteraciones del Adulto Sano mayor de 40 años.
- ✓ Evaluar la satisfacción de los usuarios con el desarrollo del programa de Detección de Alteraciones del Adulto Sano mayor de 40 años.
- ✓ Evaluar la satisfacción del personal de salud de la Unidad de Salud con el desarrollo del programa de Detección de Alteraciones del Adulto Sano mayor de 40 años

9.1.4 CONTROL DE MODIFICACIÓN DEL MANUAL

Este manual podrá ser revisado como mínimo una vez cada dos años como parte de la revisión que realiza la Dirección, ó por los cambios en la normativa del SGSSS o del SOGC. La subdirección científica será responsable de la difusión y la resolución de las dudas en la comprensión del mismo por parte del personal de la Unidad de Salud.

El original de este manual se archiva en medio físico en el archivo del Subdirección Científica y la copia controlada se encuentra en el programa Lumen de la Universidad del Cauca para consulta. Una vez la nueva versión del manual es aprobada, la versión anterior en medio físico se elimina y se actualiza la de medio electrónico, conservando en forma permanente una copia de seguridad de la versión anterior.

9.2 METODOLOGÍA

Esta herramienta de evaluación a la prestación de los servicios de salud, deberá ser aplicada en la periodicidad establecida para indicador de resultado del programa de Detección de Alteraciones del Adulto Sano mayor de 40 años.

Su ejecución comprende las siguientes estaciones metodológicas:

- ✓ Programación de la evaluación.
- ✓ Desarrollo de la evaluación.
- ✓ Retroalimentación.

9.2.1 PROGRAMACIÓN DE LA EVALUACIÓN

Definición del Cronograma: Será definido conjuntamente por el comité de historias clínicas, Subdirección Científica, coordinador de programa la programación incluirá fechas, objetivos, alcance, dependencia auditada, participantes y número de registros a verificar.

Selección de la Muestra: Para la definición de la cantidad de historias clínicas a auditar se tomará un número total de diez (10) historias clínicas del programa.

La selección de las historias clínicas se realiza de manera aleatoria sobre los consolidados mensuales del programa.

9.2.2 DESARROLLO DE LA EVALUACIÓN

Para estándares que impliquen la evaluación de registros: siempre se notificará de esta actividad al coordinador del área o a la persona encargada de las actividades asistenciales con ocho días calendario de anticipación a la auditoria, indicando esencialmente objeto de evaluación y el número de historias clínicas que se verificarán; en lo posible se tendrán en cuenta los días de menos congestión para el óptimo desarrollo de las actividades.

Para los demás estándares se realizaran en los tiempos y lugares señalados en la descripción de los estándares de resultado.

9.2.3 RETROALIMENTACIÓN Y SEGUIMIENTO

Una vez consolidados los resultados, se acuerda conjuntamente con el coordinador de programa una reunión formal de retroalimentación de los resultados obtenidos en el proceso de auditoría.

Se presentan los resultados en cuadros y gráficas consolidadas del producto de la auditoría, conjuntamente con las recomendaciones del Subdirector Científico y Auditor para el levantamiento de planes de mejoramiento, cuyo cumplimiento será objeto de seguimiento. Además se podrá entregar registro de los hallazgos a cada profesional evaluado, dejando constancia de las estrategias de mejoramiento y de recibo de la evaluación.

9.3 EVALUACIÓN

9.3.1 EVALUACION DE ESTANDARES ADMINISTRATIVOS

Para la evaluación de estándares de proceso administrativos aplique los estándares de resultado de acuerdo a la siguiente descripción.

Estándar: Dispone de Insumos y equipos para el manejo de programa.

ASPECTOS GENERALES INDICADOR DE RESULTADOS		
Nombre:	Porcentaje de insumos y equipos disponibles para el manejo del programa.	
Código:	A.1	
Justificación:	Para la prestación de cualquier servicio de salud se requieren de equipos e insumos que garanticen calidad del servicio.	
Dominio:	Seguridad	
DEFINICION OPERACIONAL		
Numerador:	Numero de insumos y equipos disponibles	
Denominador:	Total de insumos y equipos mínimos requeridos	
Unidad de medición:	Cantidad	
Fórmula de cálculo:	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta con una cifra decimal	
VARIABLES		
	NUMERADOR	DENOMINADOR
Origen de la información:	IPS Unisalud	Ips Unisalud
Fuente primaria:	Inventario	Lista de chequeo
Periodicidad recomendada :	Anual	
Vigilancia y control:	Subdirección Científica	

Instrumento: Lista de chequeo

LISTA DE CHEQUEO EQUIPOS E ISNUMOS PARA EL PROGRAMA DE DETECCION DE ALTERACIONES DEL ADULTO MAYOR DE 40 AÑOS 2008 - 2011			
Fecha Revisión por el Municipio:			
CONTENIDOS	Cumple		Puntaje
	NO	SI	
EQUIPOS	Puntaje: 0	Puntaje: 1	
Camilla			0

Termómetro			0
Fonendoscopio			0
Linterna			0
Tensiómetro			0
Equipo de órganos de los sentidos			0
Martillo de reflejos			0
Tallímetro			0
Balanza			0
Equipo de cómputo (incluye impresora)			0
INSUMOS			
Bajalenguas			0
Guantes			0
Algodón			0
Alcohol Glicerinado			0
Formato de Historia Clínica físico			0
Formato de Ordenes Médicas			0
Formato de Demanda Inducida			0
Lapicero			0
			0
Valoración del cumplimiento:	0%		
Marque con una X el cumplimiento según el resultado obtenido:			
Cumplimiento:	Resultado		
0 – 60% No cumple			
61-80 % Cumple con recomendaciones			
81 -100% Cumplen satisfactoriamente			
RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS			
SE REVISÓ LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:			
INVENTARIO			
Nombre y Firma: Quien realiza la evaluación			
Nombre y firma del Funcionario encargado			

Estándar: Articula y organiza funcionalmente con la red para brindar atención integral al paciente.

ASPECTOS GENERALES INDICADOR DE RESULTADOS	
Nombre:	Proceso de organización y articulación de la Red para brindar atención integral.
Código:	A.2
Justificación:	Para garantizar la prestación del servicio integral es indispensable contar con otros prestadores de servicios que complementen los de la Unidad de Salud.
Dominio:	Continuidad
DEFINICION OPERACIONAL	
Unidad de medición:	Lógico
Fórmula de cálculo:	Si existe proceso estandarizado para configurar la red de prestadores que garantiza la integralidad de los servicios. Validación de la red con la publicación en página web o en volantes para conocimiento de los usuarios. Si existen la red divulgada por cualquiera de los dos medios califique SI, de lo contrario califique NO.
VARIABLES	
Origen de la información:	IPS Unisalud
Fuente primaria:	Documento estandarizado de proceso de configuración de la red físico y magnético.
Periodicidad recomendada :	Anual
Vigilancia y control:	Subdirección Científica

Estándar: Cuenta con mecanismos operativos de escucha al usuario.

ASPECTOS GENERALES INDICADOR DE RESULTADOS	
Nombre:	Disponibilidad de mecanismos operativos de escucha al usuario
Código:	A.3
Justificación:	Toda IPS debe contar con medios que permitan expresar las necesidades, inconformidades o felicitaciones de los usuarios a los cuales les presta el servicio.
Dominio:	Accesibilidad

DEFINICION OPERACIONAL	
Unidad de medición:	Lógico
Fórmula de cálculo:	Si existe buzón de sugerencias, SIAU, Comité de participación comunitaria COPACO y asociación de usuarios con procesos estandarizados que garanticen la escucha al usuario califique SI, si no existe NO.
VARIABLES	
Origen de la información:	IPS Unisalud
Fuente primaria:	Documentos estandarizados de procesos que garanticen la escucha al usuario en medio físico y magnético.
Periodicidad recomendada :	Anual
Vigilancia y control:	Subdirección Científica

Estándar: Dispone de 16 horas médico general y 32 horas enfermera o auxiliar por mes para cubrir los servicios del programa.

ASPECTOS GENERALES INDICADOR DE RESULTADOS		
Nombre:	Porcentaje de personal disponible para el programa.	
Código:	A.4	
Justificación:	El desarrollo de las actividades requiere de médicos generales, enfermera o auxiliar.	
Dominio:	Pertinencia	
DEFINICION OPERACIONAL		
Numerador:	Número de horas asignadas al programa	
Denominador:	Total de horas requeridas para el programa	
Unidad de medición:	Horas	
Fórmula de cálculo:	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta con una cifra decimal	
VARIABLES		
	NUMERADOR	DENOMINADOR
Origen de la información:	Personal -Contratación	Personal -Contratación
Fuente primaria:	Agenda médica	Matrices de programación mes
Periodicidad recomendada :	Mensual	
Vigilancia y control:	Subdirección Científica	
Comparación	Medico General 16 horas mes Enfermera o Auxiliar 32 horas mes	

Estándar: Seguimiento al cumplimiento de metas de la Resolución 3384 de 2000.

ASPECTOS GENERALES INDICADOR DE RESULTADOS		
Nombre:	Porcentaje de cumplimiento de las metas de la Resolución 3384 de 2000.	
Código:	A.5	
Justificación:	Las actividades desarrolladas en el programa deben contabilizarse para los indicadores definidos en la Resolución 3384 de 2000	
Dominio:	Oportunidad	
DEFINICION OPERACIONAL		
Numerador:	Número de actividades realizadas	
Denominador:	Total de actividades programadas	
Unidad de medición:	Actividades	
Fórmula de cálculo:	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado por cien se presenta sin cifra decimal	
VARIABLES		
	NUMERADOR	DENOMINADOR
Origen de la información:	IPS Unisalud	Ips Unisalud
Fuente primaria:	Sistema de información- registro de facturación	Matrices de programación de la Resolución 3384 de 2000
Periodicidad recomendada :	Mensual	
Vigilancia y control:	Subdirección Científica	
Comparación:	Optimo más del 45% Aceptable 35-44% Deficiente 20-34% Muy deficiente menos del 20%	

9.3.2 EVALUACION DE ESTANDARES DE PRESTACION DE SERVICIOS

Estándar: Asignación de citas oportunas para el programa.

ASPECTOS GENERALES INDICADOR DE RESULTADOS	
Nombre:	Oportunidad de la asignación de cita en la consulta del programa.

Código:	PS.1	
Justificación:	La oportunidad es directamente proporcional al acceso a los servicios y su resolutivead.	
Dominio:	Oportunidad	
DEFINICION OPERACIONAL		
Numerador:	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en que solicita cita para la consulta de DTA del Adulto Sano mayor de 40 años y la fecha para la cual es asignada la cita	
Denominador:	Número total de consultas de DTA del Adulto Sano mayor de 40 años asignadas	
Unidad de medición:	Días	
Fórmula de cálculo:	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta con una cifra decimal	
VARIABLES		
	NUMERADOR	DENOMINADOR
Origen de la información:	IPS Unisalud	Ips Unisalud
Fuente primaria:	Sistema de información- agenda medica	Sistema de información- agenda medica
Periodicidad recomendada :	Trimestral	
Vigilancia y control:	Subdirección Científica	
Comparación:	3 días	

Estándar: La motivación y educación es efectiva. (Demanda Inducida).

ASPECTOS GENERALES INDICADOR DE RESULTADOS	
Nombre:	Porcentaje de Demanda Inducida Efectiva.
Código:	PS.2
Justificación:	La demanda inducida efectiva es importante para visualizar la aceptación de los usuarios del programa.
Dominio:	Accesibilidad
DEFINICION OPERACIONAL	
Numerador:	Numero de actividades de Demanda Inducida Efectiva
Denominador:	Numero de actividades de Demandas Inducida realizadas
Unidad de medición:	Actividades
Fórmula de cálculo:	Se divide el numerador entre el denominador, se

	multiplica por 100 y el resultado se presenta con una cifra decimal	
VARIABLES		
	NUMERADOR	DENOMINADOR
Origen de la información:	IPS Unisalud	Ips Unisalud
Fuente primaria:	Sistema de información-facturación	Sistema de información-facturación
Periodicidad recomendada :	Mensual	
Vigilancia y control:	Subdirección Científica	
Comparación:	Optimo más del 80% Aceptable 60-79% Deficiente 20-59% Muy deficiente menos del 20%	

Estándar: Práctica de pruebas de tamizaje del programa.

ASPECTOS GENERALES INDICADOR DE RESULTADOS		
Nombre:	Proporción de pacientes con pruebas de tamizaje	
Código:	PS.3	
Justificación:	Se debe evaluar la adherencia que tiene el paciente al practicarse las pruebas de tamizaje que requiere el programa para la Detección de Alteraciones.	
Dominio:	Continuidad	
DEFINICION OPERACIONAL		
Numerador:	Numero de pacientes con pruebas tamizaje	
Denominador:	Numero de pacientes con pruebas de tamizaje ordenadas	
Unidad de medición:	Pacientes	
Fórmula de cálculo:	Se divide el numerador entre el denominador, se multiplica por 100 y el resultado se presenta sin cifra decimal	
VARIABLES		
	NUMERADOR	DENOMINADOR
Origen de la información:	IPS Unisalud	Eps Unisalud
Fuente primaria:	Sistema de información- Historia clínica	Sistema de información-auditoria
Periodicidad	Mensual	

recomendada :	
Vigilancia y control:	Subdirección Científica
Comparación:	Optimo más del 80% Aceptable 60-79% Deficiente 20-59% Muy deficiente menos del 20%

Estándar: Revisión de los resultados de los procedimientos diagnósticos.

ASPECTOS GENERALES INDICADOR DE RESULTADOS		
Nombre:	Porcentaje de pacientes con lectura de exámenes diagnósticos.	
Código:	PS.4	
Justificación:	Se debe evaluar la adherencia que tiene el paciente al solicitar la lectura de sus pruebas de tamizaje que requiere el programa para la Detección de Alteraciones.	
Dominio:	Continuidad	
DEFINICION OPERACIONAL		
Numerador:	Número de pacientes con lectura de pruebas tamizaje	
Denominador:	Número de pacientes con pruebas de tamizaje practicadas	
Unidad de medición:	Pacientes	
Fórmula de cálculo:	Se divide el numerador entre el denominador, se multiplica por 100 y el resultado se presenta sin cifra decimal	
VARIABLES		
	NUMERADOR	DENOMINADOR
Origen de la información:	IPS Unisalud	EPS Unisalud
Fuente primaria:	Sistema de información- agenda- facturación	Sistema de información- auditoria
Periodicidad recomendada :	Mensual	
Vigilancia y control:	Subdirección Científica	
Comparación:	Optimo más del 80% Aceptable 60-79% Deficiente 20-59% Muy deficiente menos del 20%	

9.3.3 EVALUACION DE ESTANDARES DE PERSONAL

Estándar: Registra correctamente los servicios del programa.

ASPECTOS GENERALES INDICADOR DE RESULTADOS		
Nombre:	Porcentaje de registro correcto de servicios del programa.	
Código:	P.1	
Justificación:	Partiendo de que por Resolución 3384 los indicadores se reportan de los RIPS, la facturación debe ser acorde en código y finalidad a lo establecido.	
Dominio:	Pertinencia	
DEFINICION OPERACIONAL		
Numerador:	Número de registros correctos en facturas	
Denominador:	Numero de registros del programa en facturas	
Unidad de medición:	Facturas	
Fórmula de cálculo:	Se divide el numerador entre el denominador, se multiplica por 100 y el resultado se presenta sin cifra decimal	
VARIABLES		
	NUMERADOR	DENOMINADOR
Origen de la información:	IPS Unisalud	IPS Unisalud
Fuente primaria:	Sistema de información- facturación	Sistema de información- facturación
Periodicidad recomendada :	Mensual	
Vigilancia y control:	Subdirección Científica	
Comparación:	Optimo más del 80% Aceptable 60-79% Deficiente 20-59% Muy deficiente menos del 20%	

Estándar: Aplica guías de atención para el programa.

ASPECTOS GENERALES INDICADOR DE RESULTADOS	
Nombre:	Porcentaje de aplicación de guías de atención.
Código:	P.2
Justificación:	La resolución 412 define las guías de atención, se debe validar la aplicación de estas en las diferentes actividades del programa.
Dominio:	Pertinencia
DEFINICION OPERACIONAL	
Numerador:	Nº de historias manejadas de acuerdo a guías de

	Atención	
Denominador:	Nº de historias del programa	
Unidad de medición:	Facturas	
Fórmula de cálculo:	Se divide el numerador entre el denominador, se multiplica por 100 y el resultado se presenta sin cifra decimal	
VARIABLES		
	NUMERADOR	DENOMINADOR
Origen de la información:	IPS Unisalud	IPS Unisalud
Fuente primaria:	Sistema de información- historias clínicas	Sistema de información- historias clínicas
Periodicidad recomendada :	Mensual	
Vigilancia y control:	Comité de Historias Clínicas	
Comparación:	Optimo más del 80% Aceptable 60-79% Deficiente 20-59% Muy deficiente menos del 20%	

Estándar: Diligencia correcta y completamente las Historias Clínicas.

ASPECTOS GENERALES INDICADOR DE RESULTADOS		
Nombre:	Porcentaje de Historias Clínicas del programa diligenciadas correcta y completamente.	
Código:	P.3	
Justificación:	La ley 1438 define que para el 2013 la Historia Clínica debe ser electrónica, unificada dicho proceso debe iniciar con el correcto registro, además que la Historia Clínica es el documento que garantiza la prestación del servicio.	
Dominio:	Pertinencia	
DEFINICION OPERACIONAL		
Numerador:	Nº de de Historias Clínicas del programa diligenciadas correcta y completamente	
Denominador:	Nº de Historias Clínicas del programa	
Unidad de medición:	Historias Clínicas	
Fórmula de cálculo:	Se divide el numerador entre el denominador, se multiplica por 100 y el resultado se presenta sin cifra decimal	
VARIABLES		
	NUMERADOR	DENOMINADOR
Origen de la información:	IPS Unisalud	IPS Unisalud
Fuente primaria:	Sistema de	Sistema de información-

	información- historias clínicas	historias clínicas
Periodicidad recomendada :	Mensual	
Vigilancia y control:	Comité de Historias Clínicas	
Comparación:	Optimo más del 80% Aceptable 60-79% Deficiente 20-59% Muy deficiente menos del 20%	

Para verificar el correcto diligenciamiento de la Historia clínica se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

Anexo 1: Diligenciamiento de la historia clínica

Identificación

Los datos de este sector son importantes para localizar al usuario y recuperar su historia del archivo. Los nombres y apellidos deben reproducirse fielmente en letra de imprenta, perfectamente legible, ya que cualquier alteración puede dificultar la ubicación de la HCA cuando se la requiera.

Apellidos y nombres: El/los apellido/s y nombre/s completo/s según el adolescente ha sido inscripto en el Registro Civil, anotados en letra de imprenta.

H.C.Nº(número de historia clínica): Es el número de historia clínica asignado al usuario por el establecimiento donde es atendido, admite hasta diez dígitos. Se recomienda que este número se corresponda con el número de documento del adolescente. Si al implementarse la HCA ya tuviera iniciada una historia clínica en la institución, anotar el número que le fue asignado anteriormente.

Teléfono: El del domicilio. Si no existiera teléfono en el domicilio, anotar un número de teléfono donde el adolescente o su familia puedan ser contactados en caso de requerirse. Marcar en el casillero si corresponde a su domicilio o a un lugar donde pueden recibir el mensaje.

Fecha de nacimiento: Día, mes y los dos últimos dígitos del año de nacimiento del adolescente.

Edad: Anotar la edad del adolescente en años y meses cumplidos, correspondiente al momento de la atención.

Sexo: El que corresponda, de acuerdo con el sexo del adolescente.

Estado civil: Marcar con una cruz el casillero correspondiente según que al momento de la consulta el adolescente sea “casado”, “soltero”, “unido”, “separado” u “otro”.

Etnia: Se ha incluido este dato en la HCA debido a que los pueblos indígenas y las comunidades afrodescendientes representan más del 40% de la población de la región

Domicilio: El de residencia habitual del usuario. Consignar la calle, el número y el barrio. Si no se pudiera identificar el domicilio con estos datos, anotar cualquier otra referencia que facilite su localización. Por ejemplo Km 10 de la Ruta 8.

Localidad: Nombre de la ciudad, pueblo o paraje, donde se encuentre el domicilio. A su lado se puede registrar el código geográfico, si se ha establecido alguno.

Lugar de nacimiento: Nombre de la ciudad, pueblo o paraje, donde haya nacido el adolescente, sin olvidar registrar país de nacimiento, si no coincide con el del lugar donde es atendido.

Acompañante: Consignar el/los casillero/s que correspondan según asista a la consulta solo, , con su pareja, con un amigo/a, con un pariente, o con otros. Las opciones no son excluyentes, puede consignarse más de una opción, excepto cuando se consigne "solo".

En caso necesario especificar en Observaciones.

Motivos de consulta según el usuario: Consignar los problemas verbalizados por el paciente en el primer momento de la consulta, en el orden correlativo según la trascendencia que él mismo refiera.

Antecedentes personales

Se refieren a aquellos hechos importantes de la vida del paciente que pueden tener influencia en su vida actual, y que pueden ser asociados con factores de riesgo. Al identificar factores de riesgo se hace necesario, al mismo tiempo, identificar factores o situaciones de protección para elaborar estrategias de tratamiento o referencia específicas en el servicio o a través de una red intersectorial.

- Hipertensión arterial.
- Diabetes mellitus.
- Tuberculosis.
- Cáncer (Ca de estómago, Ca de próstata, Ca mama, Ca de cérvix, Ca de colón)
- Cardiopatías.
- Enf. Autoinmunes.
- Epilepsia.
- Trastorno metabolismo.
- Dislipidemias.
- Cirugías.
- Accidentes
- Alergia

- Otros

Antecedentes familiares

Este sector puede completarse por anamnesis del usuario /a o el acompañante. Consignar la presencia o no del antecedente, según corresponda.

- Diabetes
- Obesidad
- Cardiovasculares, incluyendo hipertensión arterial
- Alergia
- Infecciones, entre ellas tuberculosis e infección por VIH
- Cáncer (Ca de estomago, Ca de próstata, Ca mama, Ca de cérvix, Ca de colón)
- Problemas psicológicos
- Alcohol, drogas y otros
- Violencia intrafamiliar
- Madre y/o padre adolescente
- Judiciales
- Otros

GENITOURINARIO EN LA MUJER

Menarca: Anotar la edad en años y meses de la primera menstruación.

Gestas previas

Se refiere al número de gestaciones previas.

Partos / Vaginales - Cesáreas

Se refiere al número de partos. Si corresponde se anotará el número de partos y de ellos preguntar: *¿Cuántos fueron partos vaginales y Cuantos fueron por cesárea?*

Abortos

Se define como Aborto a la expulsión del producto de la gestación antes de las 22 semanas o con un peso menor a 500 gramos. Se registrarán de la misma manera los antecedentes de abortos espontáneos o inducidos.

Nacidos vivos

Según la CIE 10 se clasificará un recién nacido como vivo si muestra cualquier signo de vida después de la expulsión o la extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo. Se considerarán signos de vida si el recién nacido respira, late su corazón, su cordón pulsa o tiene movimientos apreciables de los músculos voluntarios.

Nacidos muertos

Según la CIE 10 se clasificará un recién nacido como muerto si no evidencia signos de vida luego de la expulsión o la extracción completa del cuerpo de su madre independientemente de la duración del embarazo.

Viven

Se refiere al número de hijos que están vivos al momento de la consulta.

Menopausia

Se refiere a la suspensión completa de las menstruaciones.

Sexarquia.

Edad a la que una persona inicia las relaciones sexuales

Descripción de los ciclos

Si son regulares o irregulares.

No de compañeros sexuales hasta el momento**No de compañeros sexuales actuales****Ha presentado infecciones de transmisión sexual previas**

Cuántas y si han tenido tratamiento.

Fecha de la última citología

Registrar los resultados

Fecha de la última mamografía

Registrar el resultado

GENITOURINARIO EN EL HOMBRE**Tacto rectal**

Fecha en que se realizó el examen

Prueba de antígeno prostático

Fecha en que se lo realizaron y su resultado.

Número de compañeras sexuales hasta el momento**Número de compañeras sexuales actuales.****Tiene alguna preferencia sexual****APGAR familiar**

Registrar el resultado obtenido en el análisis.

Signos vitales

Realizar la medición de la frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura, la tensión arterial en el brazo derecho como en el izquierdo, sentado, acostado por último tomar glucometría de control.

Evaluación nutricional

Realizar la toma de peso, obtener el índice de masa corporal para evaluar el estado nutricional, también medición de circunferencia de cadera y circunferencia de cintura y registrarlo.

El IMC se calcula con la siguiente fórmula: peso (Kg)/ talla² y los resultados se interpretan teniendo en cuenta la siguiente clasificación.

- Bajo peso: menor a 18.5
- Peso normal: 18.5 – 24.9
- Sobrepeso: 25- 29.9
- Obesidad grado I: 30 -34.9

- Obesidad grado II. 35- 39.9
- Obesidad grado II: mayor de 40.

Examen físico

Realizar examen físico en orden cefalocaudal.

Cabeza: ojos (incluyendo la valoración de la agudeza visual), oídos, nariz, boca y garganta.

Cuello: valoración de glándula tiroidea

Tórax: auscultar pulmón y corazón. Realizar examen de mama.

Abdomen: sistema digestivo y hernias.

Genitourinario: valorar en hombres la próstata mediante tacto rectal y realizar valoración ginecológica en la mujer.

Musculo-esquelético: revisar columna y en miembros inferiores pulsos y varices.

Sistema linfático: determinar la presencia de ganglios inflados. (Tamaño, consistencia, ubicación)

Sistema linfático: determinar la presencia de ganglios inflados. (Tamaño, consistencia, ubicación)

Sistema Nervioso Central: evaluar esfera mental, reflejos.

ANEXO 2.CALIFICACIÓN DEL APGAR FAMILIAR

Este instrumento consiste en una tabla con cinco enunciados que hacen referencia a las características básicas que hacen que la familia sea funcional y armónica, estos enunciados hacen referencia a:

- **Adaptación (A):** es la utilización de los recursos intra y extrafamiliares para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazado por algún estresor durante un período de crisis.
- **Participación (P):** es la participación en la familia, en compartir la toma de decisiones y responsabilidades, como miembro de la familia. Define el grado de poder con los miembros de la familia.
- **Crecimiento (G - Growth):** es el logro de una maduración emocional, física y en autorrealización de los miembros de la familia, a través del soporte de la guía mutua.
- **Afecto (A):** es la relación de amor y atención que existe entre los miembros de la familia.

- **Resolución (R):** es el compromiso o determinación de compartir los recursos como espacio, tiempo y dinero en la familia.

Cada uno de los enunciados se evalúa en una escala de cinco opciones:

- Siempre = 4,
- Casi siempre = 3
- Algunas veces = 2
- Casi nunca = 1
- Nunca = 0.

El formato lo debe diligenciar directamente el paciente y la interpretación del resultado es:

- **Buena función familiar: 18 - 20 puntos**
- **Disfunción familiar leve: 14 - 17 puntos**
- **Disfunción familiar moderada: 10 - 13 puntos**
- **Disfunción familiar severa: 9 puntos o menos**

Anexo 3. Conductas diagnósticas

Examen de laboratorio a solicitar	Indicación
Colesterol total Colesterol HDL Glicemia. Creatinina. Uroanálisis. Hemograma	Estos exámenes de deben realizar cada cinco años todos los individuos mayores de 40 años con o sin antecedentes de riesgo.
Citología cervicouterina	Mujeres hasta los 69 años con periodicidad anual. Suspender el test a los 69 años si no hay predisposición para Ca de Cérnix.

Densitometria	Mujeres de 60 a 85 años cada 2 años.
Antígeno prostático	Población masculina de 45 a 70 años cada 2 años.
Prueba VIH/SIDA y VDRL	Según riesgo determinado en anamnesis
Mamografía	Mujeres con alto riesgo: realizar mamografía a partir de los 40 años de edad, cada 2 años, hasta los 69 años. Mujeres con bajo riesgo: realizar mamografía entre los 50 y 69 años de edad, cada 2 años.
Sangre oculta en heces	Personas mayores de 50 años con riesgo de Cáncer de colon realizar el examen cada año.
Colonoscopia	Cuando la prueba de sangre oculta en heces es positiva. Realizar Colonoscopia cada 3 años a los individuos mayores de 40 años con antecedente familiar de cáncer colorrectal en familiar menor de 60 años. Realizar la colonoscopia cada 2 años a las personas con antecedente de Poliposis familiar.

Anexo 4. Conductas remisorias

Remisión a solicitar	Indicación
Psicología	Remitir a consulta psicosocial al usuario/a que presente: Algún grado de disfunción familiar. Abuso de Alcohol, cigarrillo, sustancias psicoactivas. Aquellas que requieran incluirse en actividades de cambios en estilos de vida como el sedentarismo y trastornos en la alimentación.
Nutrición	Remisión a nutrición si el usuario/a presenta: Sobrepeso, obesidad o bajo peso.

Tamizaje de tensión arterial por enfermería	<p>Cada 2 años para aquellos cuya cifra de tensión arterial sistólica y diastólica sea inferior a 130/84 mm/hg.</p> <p>Cada año para aquellos cuya tensión arterial sistólica se encuentra en un rango de 130/139 mm/hg o diastólica de 85/89 mm/hg.</p> <p>Si presenta tensión arterial mayor a las señaladas se debe iniciar manejo según guía de atención para HTA.</p> <p>Remitir a medición de la agudeza visual a los individuos que tengan 45 años de edad.</p>
Optometría	
Oftalmología	Remitir a los individuos que tengan 55,65, 70, 75,80 y 85 años de edad.
Salud bucal	Remitir a todos los individuos mayores de 40 años a las actividades de detartraje y control de placa bacteriana.
Odontología	Según hallazgos de la consulta
Fonoaudiología	Según hallazgos de la consulta
Fisioterapia	Según hallazgos de la consulta
Laborterapia.	Según hallazgos de la consulta

Estándar: Remisión a otros servicios según protocolos de atención.

ASPECTOS GENERALES INDICADOR DE RESULTADOS	
Nombre:	Porcentaje de remisión a otros servicios según protocolos de atención.
Código:	P.4
Justificación:	La finalidad del programa es la Detección Temprana, lo que genera la atención oportuna de las posibles patologías o complicaciones que deben ser atendidas por especialidades.
Dominio:	Pertinencia
DEFINICION OPERACIONAL	
Numerador:	Nº de de remisiones de acuerdo a protocolos
Denominador:	Nº de pacientes con lectura de pruebas de tamizaje
Unidad de medición:	Historias Clínicas

Fórmula de cálculo:	Se divide el numerador entre el denominador, se multiplica por 100 y el resultado se presenta sin cifra decimal	
VARIABLES		
	NUMERADOR	DENOMINADOR
Origen de la información:	IPS Unisalud	IPS Unisalud
Fuente primaria:	Sistema de información- historias clínicas	Sistema de información- historias clínicas
Periodicidad recomendada :	Mensual	
Vigilancia y control:	Subdirección Científica	
Comparación:	Optimo más del 80% Aceptable 60-79% Deficiente 20-59% Muy deficiente menos del 20%	

Para verificar las remisiones a otros servicios tener en cuenta el Anexo 4:

Anexo 4. Conductas remisorias

Remisión a solicitar	Indicación
Psicología	Remitir a consulta psicosocial al usuario/a que presente: Algún grado de disfunción familiar. Abuso de Alcohol, cigarrillo, sustancias psicoactivas. Aquellas que requieran incluirse en actividades de cambios en estilos de vida como el sedentarismo y trastornos en la alimentación.
Nutrición	Remisión a nutrición si el usuario/a presenta: Sobrepeso, obesidad o bajo peso.
Tamizaje de tensión arterial por enfermería	<input type="checkbox"/> Cada 2 años para aquellos cuya cifra de tensión arterial sistólica y diastólica sea inferior a 130/84 mm/hg. <input type="checkbox"/> Cada año para aquellos cuya tensión arterial sistólica se encuentra en un rango de 130/139 mm/hg o diastólica de 85/89 mm/hg.

Optometría	<input type="checkbox"/> Si presenta tensión arterial mayor a las señaladas se debe iniciar manejo según guía de atención para HTA. Remitir a medición de la agudeza visual a los individuos que tengan 45 años de edad.
Oftalmología	Remitir a los individuos que tengan 55,65, 70, 75,80 y 85 años de edad.
Salud bucal	Remitir a todos los individuos mayores de 40 años a las actividades de detartraje y control de placa bacteriana.
Odontología	Según hallazgos de la consulta
Fonoaudiología	Según hallazgos de la consulta
Fisioterapia	Según hallazgos de la consulta
Laborterapia.	Según hallazgos de la consulta

Estándar: Seguimiento a los pacientes del programa.

ASPECTOS GENERALES INDICADOR DE RESULTADOS		
Nombre:	Porcentaje de pacientes con seguimiento	
Código:	P.5	
Justificación:	Es responsabilidad de la IPS velar porque la población objeto del programa reciba los servicios con criterios de oportunidad, pertinencia, accesibilidad para tal fin debe hacer seguimiento a cada uno de los inscritos en el programa y verificar la ejecución de las actividades en los parámetros establecidos.	
Dominio:	Pertinencia	
DEFINICION OPERACIONAL		
Numerador:	Nº de pacientes con seguimiento	
Denominador:	Nº de pacientes del programa	
Unidad de medición:	Pacientes	
Fórmula de cálculo:	Se divide el numerador entre el denominador, se multiplica por 100 y el resultado se presenta sin cifra decimal	
VARIABLES		
	NUMERADOR	DENOMINADOR
Origen de la información:	IPS Unisalud	IPS Unisalud

Fuente primaria:	Registros de seguimiento	Registros de seguimiento
Periodicidad recomendada :	Mensual	
Vigilancia y control:	Subdirección Científica	
Comparación:	Optimo más del 80% Aceptable 60-79% Deficiente 20-59% Muy deficiente menos del 20%	

Estándar: Satisfacción del personal de salud en su trabajo.

ASPECTOS GENERALES INDICADOR DE RESULTADOS		
Nombre:	Porcentaje de trabajadores de salud que refieren estar satisfechos en el programa.	
Código:	P.6	
Justificación:	El personal de salud es el principal recurso para la realización de las actividades del programa, por tanto se debe conocer cómo percibe su trabajo dentro del programa.	
Dominio:	Pertinencia	
DEFINICION OPERACIONAL		
Numerador:	Nº Trabajadores que refieren estar satisfechos en El programa	
Denominador:	Nº total de trabajadores encuestados	
Unidad de medición:	Trabajadores	
Fórmula de cálculo:	Se divide el numerador entre el denominador, se multiplica por 100 y el resultado se presenta sin cifra decimal	
VARIABLES		
	NUMERADOR	DENOMINADOR
Origen de la información:	IPS Unisalud	IPS Unisalud
Fuente primaria:	Encuestas de satisfacción laboral del programa	Encuestas de satisfacción laboral del programa
Periodicidad recomendada :	Mensual	
Vigilancia y control:	Subdirección Científica	
Comparación:	Optimo más del 80% Aceptable 60-79% Deficiente 20-59% Muy deficiente menos del 20%	

Instrumento de satisfacción laboral

CODIGO	Estoy :
5	TOTALMENTE DE ACUERDO CON LA OPINIÓN
4	MAYORMENTE DE ACUERDO CON LA OPINION
3	INDIFERENTE A LA OPINIÓN
2	POCAS VECES DE ACUERDO CON LA OPINION
1	TOTALMENTE EN DESACUERDO CON LA OPINIÓN

Preg .	¿QUE APRECIACIÓN TIENE USTED DE SU CENTRO LABORAL?	PUNTAJE				
Trabajo Actual						
1	Los objetivos y responsabilidades de mi puesto de trabajo son claros, por tanto sé lo que se espera de mí.	5	4	3	2	1
2	El trabajo en mi servicio está bien organizado.	5	4	3	2	1
3	En mi trabajo, siento que puedo poner en juego y desarrollar mis habilidades.	5	4	3	2	1
4	Se me proporciona información oportuna y adecuada de mi desempeño y resultados alcanzados	5	4	3	2	1
Trabajo en General						
5	Siento que puedo adaptarme a las condiciones que ofrece el medio laboral de mi centro de trabajo	5	4	3	2	1
6	La institución me proporciona los recursos necesarios, herramientas e instrumentos suficientes para tener un buen desempeño en el puesto.	5	4	3	2	1
7	En términos Generales me siento satisfecho con mi centro laboral	5	4	3	2	1
Interacción con el Jefe Inmediato						
8	Los Directivos y/o Jefes generalmente me reconocen por un trabajo bien hecho.	5	4	3	2	1
9	Los Directivos y/o Jefes solucionan problemas de manera creativa y buscan constantemente la innovación y las mejoras.	5	4	3	2	1
10	Los Directivos y Jefes demuestran un dominio técnico y conocimientos de sus funciones.	5	4	3	2	1
11	Los Directivos y Jefes toman decisiones con la participación de los trabajadores del establecimiento.	5	4	3	2	1
12	Los directivos del centro laboral hacen los esfuerzos necesarios para mantener informados oportunamente a los trabajadores sobre los asuntos que nos afectan e interesan, así como del rumbo de la institución.	5	4	3	2	1

Oportunidades de progreso						
13	Tengo suficiente oportunidad para recibir capacitación que permita el desarrollo de mis habilidades asistenciales para la atención integral.	5	4	3	2	1
14	Tengo suficiente oportunidad para recibir capacitación que permita mi desarrollo humano.	5	4	3	2	1
Remuneraciones e Incentivos						
15	Mi sueldo o remuneración es adecuada en relación al trabajo que realizo.	5	4	3	2	1
16	La institución se preocupa por las necesidades primordiales del personal.	5	4	3	2	1
Interrelación con los Compañeros de Trabajo						
17	Los compañeros de trabajo, en general, estamos dispuestos a ayudarnos entre nosotros para completar las tareas, aunque esto signifique un mayor esfuerzo.	5	4	3	2	1
18	Estoy satisfecho con los procedimientos disponibles para resolver los reclamos de los trabajadores.	5	4	3	2	1
Ambiente de Trabajo						
19	Tengo un conocimiento claro y transparente de las políticas y normas de personal de la institución	5	4	3	2	1
20	Creo que los trabajadores son tratados bien, independientemente del cargo que ocupan.	5	4	3	2	1
21	El ambiente de la institución permite expresar opiniones con franqueza, a todo nivel sin temor a represalias	5	4	3	2	1
22	El nombre y prestigio del MINS A es gratificante para mí.	5	4	3	2	1

Fuente de Información: Ministerio de Protección Social. Dirección de Garantía de la Calidad y Acreditación. Encuesta de Satisfacción del Personal de Salud

El instrumento se debe aplicar a todo el personal tanto administrativo como asistencial involucrado en el desarrollo del programa. Para calificar la satisfacción se establece lo siguiente: Satisfecho mayor o igual a 70 % Insatisfecho menor 70%.

9.3.4 EVALUACION DE ESTANDARES DE USUARIOS

Estándar: Satisfacción de los usuarios frente a los servicios.

ASPECTOS GENERALES INDICADOR DE RESULTADOS		
Nombre:	Porcentaje de usuarios que se sienten satisfechos con los servicios prestados.	
Código:	P.6	
Justificación:	Es importante conocer de nuestros clientes la percepción en cuanto al trato ofrecido por nuestro personal durante la atención.	
Dominio:	Pertinencia	
DEFINICION OPERACIONAL		
Numerador:	Número total de pacientes que se consideran satisfechos con los servicios recibidos	
Denominador:	Número total de pacientes encuestados	
Unidad de medición:	Usuarios	
Fórmula de cálculo:	Se divide el numerador entre el denominador, se multiplica por 100 y el resultado se presenta sin cifra decimal	
VARIABLES		
	NUMERADOR	DENOMINADOR
Origen de la información:	IPS Unisalud	IPS Unisalud
Fuente primaria:	Encuestas de satisfacción al usuario	Encuestas de satisfacción al usuario
Periodicidad recomendada :	Mensual	
Vigilancia y control:	Subdirección Científica	
Comparación:	Optimo más del 80% Aceptable 60-79% Deficiente 20-59% Muy deficiente menos del 20%	

Instrumento de satisfacción al Usuario

Buenas, estamos haciendo un estudio con los usuarios para conocer mejor sus necesidades y su opinión sobre el servicio que se da aquí. Sus respuestas son confidenciales, así que le agradecemos ser lo más sincero posible.

	SI	NO	NA
1. ¿ El personal le brindó confianza para expresar su problema?.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿ Considera que durante la consulta médica le hicieron un examen completo?.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿ El personal que le atendió le explico sobre el examen que le iba a realizar?.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿El personal que le atendió le explicó con palabras fáciles de entender cuál es su problema de salud o resultado de la consulta?.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Si le dieron indicaciones en una receta; ¿están escritas en forma clara para Ud.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿El personal que le atendió le explicó los cuidados a seguir en su casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿El personal del establecimiento respeta sus creencias en relación a la enfermedad y su curación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿ El horario de atención del establecimiento le parece conveniente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.1 Si es No, ¿ qué horario sugiere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Le parecieron cómodos los ambientes del establecimiento?.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. El establecimiento se encuentra limpio?.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿ Durante la consulta se respeto su privacidad?.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. En términos generales ¿Ud. se siente satisfecho con la atención recibida?.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	MUCHO	ADECUADO	POCO
13. El tiempo que usted esperó para ser atendido fue:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	BIEN	REGULAR	MAL
14. ¿Durante su permanencia en el establecimiento cómo lo trataron?.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Por que?:			

Fuente de Información: Ministerio de Protección Social. Dirección de Garantía de la Calidad y Acreditación. Encuesta de Satisfacción del Personal de Salud

El instrumento se debe aplicar mínimo a 3 pacientes por cada jornada de atención del programa. Para calificar la satisfacción se establece lo siguiente: Satisfecho mayor o igual a 70 % Insatisfecho menor 70%.

10 CONCLUSIONES

- 1) El modelo de auditoría interna beneficia al programa de Detección de Alteraciones del Adulto Mayor de 40 años de la Unidad de Salud ya que propicia el mejoramiento continuo en la calidad de los servicios.
- 2) La aplicación de un modelo de auditoría interna al programa de Detección de Alteraciones del Adulto Mayor de 40 años le facilitará a la Unidad de Salud definir procesos prioritarios.
- 3) Para dar cumplimiento adecuado y efectivo a las normas establecidas se requiere que dentro del programa de Detección de Alteraciones del Adulto Mayor de 40 años exista la cultura de la auditoría interna.
- 4) Un modelo de auditoría interna en el programa de Detección de Alteraciones del Adulto Mayor de 40 años permitirá mantener la calidad de la atención incorporando acciones de promoción y prevención atemperado a las normas vigentes.

- 5) El modelo de auditoría interna para el programa de Detección de Alteraciones del Adulto Mayor de 40 años es de fácil aplicación.
- 6) Existe la voluntad política institucional para aplicar el modelo.
- 7) El modelo de auditoría interna para el programa de Detección de Alteraciones del Adulto Mayor de 40 años puede servir como modelo para el desarrollo de auditorías internas de otros programas.
- 8) El montaje de modelos de auditoría interna se puede realizar utilizando instrumentos ya diseñados por el Ministerio de Protección Social.
- 9) El programa de Detección de Alteraciones del Adulto Mayor de 40 años es muy importante por los cambios demográficos actuales en Colombia y el mundo.
- 10) El modelo de auditoría interna no solo facilita la mejora de las actividades del programa sino que influye en factores externos de la Unidad de Salud como es la conformación de la Red de Servicios.

11 RECOMENDACIONES

- 1) La Unidad de Salud debe colocar voluntad política para el modelo de auditoría se aplique tanto en los instrumentos personales como en las intervenciones de promoción y prevención.
- 2) Una vez aplicado el proceso de evaluación planteado en el modelo de auditoría interna, la Unidad de Salud no debe contentarse con los resultados sino aplicar planes de mejoramiento para cambiar la situación encontrada frente a la esperada.
- 3) El personal que labore en el programa debe recibir procesos formativos sobre calidad y herramientas para lograrla.
- 4) En la Unidad de Salud se requiere montar otros modelos de auditoría para los otros programas.
- 5) A pesar de haberse socializado el modelo con el área de Auditoría de la Unidad de Salud es necesario realizar una capacitación para la aplicación de los estándares, indicadores e instrumentos.

12 BIBLIOGRAFÍA

1. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 de 2006, abril 6, Por el cual se establecen el SOGC de la atención de salud del sistema General de seguridad social en salud, pág. 11. Bogotá D. C. 2006
2. Sánchez, R.T. 2007. Calidad, conceptos y generalidades
3. Londoño, G. M., R.M Galán, and G.P. Laverde. 2006. Reseña general sobre la calidad total. Editorial Médica Panamericana.
4. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Pautas de auditorías para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, pág. 53. Bogotá. 2007.
5. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Sistema obligatorio de garantía de calidad. Auditoría para el mejoramiento de la atención en salud, pág. 9. Bogotá.
6. Gerencia estratégica - Fred Davis (1997). IMPORTANCIA DE LA GERENCIA ESTRATEGICA. La gerencia estratégica es de vital importancia en las empresas grandes, El proceso de gerencia.
7. Kofi, Annan, Secretario General de las Naciones Unidas. Discurso al inaugurar el año Internacional de las Personas de Edad el 1 de octubre de 1998. Copyright ONU-División de Políticas Sociales y Desarrollo. Versión en Español: Centro de Información de las Naciones Unidas para España.

8. Rueda J.O. Retos del envejecimiento demográfico en Colombia. Ministerio de Comunicaciones; CEPISIGER: Periodismo y Comunicación para todas las edades. Bogotá. 2002/2004
9. Del Popolo F. Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas en América latina. CEPAL.2001.
10. Céspedes E. El proceso de transición en salud en Colombia e implicaciones para el milenio. *En La Cátedra abierta en población 2000-2001*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia y Fondo de Población de las Naciones Unidas. 2003.
11. MPS (2006) Normatividad Nacional y Antecedentes del Proceso de construcción de la Política Colombiana de Envejecimiento y Vejez. Documento de trabajo. Adaptado en Julio de 2011 por la DGPS.
12. Metodología resultados y propuesta MASU. Unidad de Salud Universidad del Cauca. 2011.
13. David, Fred R. (2003:151). Conceptos de Administración Estratégica. 9ª. Edición. Editorial Prentice Hall. México.
14. Procesos y procedimientos programas de Detección Temprana y Protección Específica de la Unidad de Salud.
15. Colombia. Ministerio de salud. Resolución 3384 de 2000, diciembre 29. Por la cual se Modifican Parcialmente las Resoluciones 412 y 1745 de 2000 y se Deroga la Resolución 1078 de 2000. Bogotá. 2000.
16. Colombia. Ministerio de salud. Resolución 968 de 2002, julio 24. Por la cual se establecen mecanismos para la incorporación de las acciones de

- promoción y prevención del POS al Plan de Atención Básica y el inicio de su ejecución a nivel territorial. Bogotá. 2002.
17. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Tomo I, Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública, 2007 Programa de Apoyo a la Reforma de Salud – PARS Ministerio de la Protección Social – MPS, ISBN: 978-958-98220-0-5. Bogotá. 2007.
18. Colombia. Ministerio de salud. Ley 715 de 2001, diciembre 21. Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. Bogotá. 2001.
19. Santos, Juan Manuel, Colombianos Saludables, Asegurados Y Bien Tratados, propuesta de Gobierno 2010-2014.
20. Apuntes para la formulación de indicadores de calidad en salud. Marzo – Abril de 2012.