

# Gestión de los servicios de protección específica y detección temprana, y de atención a las personas con enfermedades de interés en salud pública

Manual para equipos directivos y administrativos de las instituciones prestadoras de servicios  
de salud y de las entidades administradoras de planes de beneficios en salud



Alcaldía de Medellín

Medellín  
todos por la vida







# NUESTRA NUEVA MEDELLÍN

## **Gestión de los servicios de protección específica y detección temprana, y de atención a las personas con enfermedades de interés en salud pública**

---

Manual para equipos directivos y administrativos de las  
instituciones prestadoras de servicios de salud y de las entidades  
administradoras de planes de beneficios en salud



Alcaldía de Medellín

Medellín  
todos por la vida







Medellín  
todos por la vida



Aníbal Gaviria Correa  
**Alcalde**

Juan Carlos Giraldo Salinas  
**Vicealcalde de Salud, Inclusión Social y Familia**

**Equipo directivo**

Gabriel Jaime Guarín Alzate  
**Secretario de Salud**

Clara Luz Trujillo Escobar  
**Subsecretaria de Salud Pública**

Verónica Lopera Velásquez  
**Directora Técnica de Planeación en Salud**

Lida Teresita Herrera Salazar  
**Subsecretario de Gestión de Servicios de Salud**

Gloria Emilse Urrego Urrego  
**Subsecretaria Administrativa y Financiera**

Andrés Felipe Ochoa Valencia  
**Comunicaciones**



**Nacer, Salud Sexual y Reproductiva, Facultad de Medicina. Universidad de Antioquia**

Joaquín Guillermo Gómez Dávila

Director

**Autores**

Francisco Jesús Franco Gil

Enfermero, Universidad de Antioquia

Abogado, Universidad de Antioquia

Especialista en Gerencia de la Calidad y Auditoría en Salud, Universidad Cooperativa de Colombia

Asesor de la Secretaría de Salud de Medellín en calidad de los servicios de salud.

Gloria Amparo Estrella Muñoz

Enfermera, Universidad Mariana de Pasto - licenciada Universidad de Antioquia

Magíster en Salud Pública, Universidad de Antioquia

Especialista en Gerencia Hospitalaria. Universidad EAFIT

Especialista en Gerencia de la Calidad y Auditoría en Salud, Universidad Cooperativa de Colombia

Asesora de la Secretaría de Salud de Medellín en calidad de los servicios de salud.

Mery Barrera Mazo

Enfermera. Universidad de Antioquia

Magíster en salud colectiva, Universidad de Antioquia

Asesora de la Secretaría de Salud de Medellín para los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

**Revisores:**

Clara Luz Trujillo Escobar

Médica y cirujana, Universidad de Antioquia

Abogada, Universidad Cooperativa de Colombia

Especialista en Gerencia de la salud pública, Universidad CES

Subsecretaria de Salud Pública. Secretaría de Salud de Medellín.

Augusto Davide Giovanni Pasqualotto Vola

Médico y cirujano, Universidad Pontificia Bolivariana

Especialista en Gerencia de la Salud Pública, Universidad CES

Líder de Programas de Salud Pública, Secretaría de Salud de Medellín.

Beatriz Elena Peña Páez

Enfermera, Universidad de Antioquia

Especialista en Gerencia en Salud Pública, Universidad CES

Especialista en Economía y Finanzas. Universidad EAFIT

Especialista en Gerencia de la Calidad y Auditoría en Salud, Universidad Cooperativa de Colombia. Coordinadora Área de asesoría y evaluación de la calidad de los servicios de salud,

Centro Nacer, Salud Sexual y Reproductiva, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

Joaquín Guillermo Gómez Dávila

Médico, Especialista en Obstetricia y Ginecología, Magíster en Epidemiología.

Director de Nacer, Salud Sexual y Reproductiva, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.



Silvia Elena Uribe Bravo  
Enfermera, Especialista en Gerencia de la Calidad y Auditoría en Salud,  
Coordinadora técnica, Nacer, Salud Sexual y Reproductiva, Facultad de Medicina, Universidad  
de Antioquia.

**Agradecimientos:**

Rosmira Carvajal Rodríguez  
Enfermera, Universidad de Antioquia  
Especialista en Gerencia Hospitalaria, EAFIT.  
Especialista en Gerencia de la Calidad y Auditoría en Salud, Universidad Cooperativa de  
Colombia.

Lina Marcela Betancur Correa  
Enfermera Universidad Pontificia Bolivariana  
Especialista en Auditoría en Salud, Universidad CES.

Carmen Raquel Clavijo Úsuga  
Médica, Universidad de Antioquia.  
Magíster en Desarrollo, Universidad Pontificia Bolivariana.  
Especialista en Gerencia Pública, Universidad Pontificia Bolivariana.  
Especialista en Auditoría en Salud, Universidad CES.

Alonso Escobar Ospina  
Bibliotecólogo, Especialista en Mercadeo de Servicios.  
Coordinador del Área de Tecnologías de Información y Comunicación, Nacer, Salud Sexual y  
Reproductiva, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

**Edición:**

Alonso Escobar Ospina

© Alcaldía de Medellín Secretaría de Salud, 2015

**ISBN: 978-958-8888-37-8**

Hechos todos los depósitos legales conforme a la ley

Prohibida la reproducción total o parcial, en cualquier medio o para cualquier propósito  
sin la autorización escrita de la Alcaldía de Medellín.

***In memoriam***

*Santiago Faciolince Pérez,  
1960 - 2012*

*Médico y cirujano, Universidad de Antioquia*

*Por sus continuos aportes e idea original para la elaboración y producción de este trabajo y por dedicar gran parte de su vida a construir ideas y soñar con una atención en salud centrada en la persona y basada en los derechos y en la dignidad humana.*





# Contenido

<b>Manual para la gestión de los servicios de protección específica, detección temprana, y de la atención a las enfermedades de interés en salud pública ...</b>	<b>29</b>
Presentación .....	31
Objetivo .....	33
Alcance .....	33
Justificación .....	34
Glosario .....	35
Normatividad .....	38
Indicadores para la gestión de los servicios de detección temprana y protección específica .....	45
Metodología .....	51
Marco de Referencia .....	53
Marco Conceptual .....	53
• Marco normativo general .....	62
• Marco normativo específico para cada proceso .....	64
<b>Documentación de los procesos básicos .....</b>	<b>77</b>
<b>Proceso 1. Caracterización de la población .....</b>	<b>79</b>
Estructura del proceso: Caracterización de la población (aplica para las EAPB) ...	81
Flujograma: Caracterización de la población .....	83
Anexo 1. Base de datos de los afiliados .....	85
Anexo 2. Indicadores demográficos, sociales y de salud .....	93
Anexo 3. Documento con la caracterización de la población .....	94
Anexo 4. Indicadores del proceso – Caracterización de la población .....	95
<b>Proceso 2. Gestión de las actividades, procedimientos e intervenciones de obligatorio cumplimiento .....</b>	<b>97</b>
Estructura del proceso: Gestión de las actividades, procedimientos e intervenciones de obligatorio cumplimiento .....	107
Flujograma. Gestión de las actividades, procedimientos e intervenciones de obligatorio cumplimiento .....	111
Anexo 5. Identificación de la población priorizada objeto de atención .....	113
Anexo 6. Programación de actividades, intervenciones y procedimientos de obligatorio cumplimiento .....	120

Anexo 7. Informe de gestión de las actividades, procedimientos e intervenciones de obligatorio cumplimiento .....	127
Anexo 8. Indicadores del proceso – Gestión de actividades, procedimientos e intervenciones de obligatorio cumplimiento .....	132
<b>Proceso 3. Actividades para la inducción a la demanda .....</b>	<b>139</b>
Estructura del proceso. Actividades para la Inducción a la demanda .....	141
Flujograma. Actividades para la inducción a la demanda .....	143
Anexo 9. Plan de inducción a la demanda .....	145
Anexo 10. Plan de ejecución de las estrategias de inducción a la demanda .....	147
Anexo 11. Informe de ejecución de las estrategias de inducción a la demanda .....	148
Anexo 12. Indicadores del proceso – Inducción a la demanda .....	153
<b>Proceso 4. Gestión de las estrategias IEC dirigidas a los usuarios para el empoderamiento en la toma de decisiones informadas en salud .....</b>	<b>157</b>
Estructura del proceso: Gestión de las estrategias IEC dirigidas a los usuarios para el empoderamiento en la toma de decisiones informadas en salud .....	163
Flujograma: Gestión de las estrategias IEC dirigidas a los usuarios para el empoderamiento en la toma de decisiones informadas en salud .....	167
Anexo 13. Contenidos básicos para la IEC dirigida a los usuarios según norma técnica y guía de atención .....	169
Anexo 14. Documento con las estrategias de IEC .....	175
Anexo 15. Plan de ejecución de las estrategias de IEC dirigidas a los usuarios para el empoderamiento en la toma de decisiones .....	176
Anexo 16. Informe de gestión de las estrategias de IEC dirigidas a los usuarios para el empoderamiento en la toma de decisiones .....	178
Anexo 17. Indicadores del proceso - Gestión de las estrategias de IEC dirigidas a los usuarios para el empoderamiento en la toma de decisiones .....	180
<b>Proceso 5. Capacitación dirigida al personal asistencial .....</b>	<b>185</b>
Estructura del proceso: Capacitación dirigida al personal asistencial .....	191
Flujograma: Capacitación dirigida al personal asistencial .....	195
Anexo 18. Identificación y priorización de necesidades de capacitación dirigida al personal asistencial .....	197
Anexo 19. Plan institucional de capacitación dirigido al personal asistencial .....	198
Anexo 20. Programación de capacitaciones dirigidas al personal asistencial .....	199
Anexo 21. Informe de gestión del plan de capacitación dirigida al personal asistencial .....	200
Anexo 22. Indicadores del proceso - Capacitación dirigida al personal asistencial .....	203
<b>Proceso 6. Suficiencia del talento humano en los servicios de protección específica y detección temprana .....</b>	<b>209</b>
Estructura del proceso: Suficiencia del talento humano de los servicios de protección específica y detección temprana .....	213
Flujograma: Suficiencia del talento humano de los servicios de protección específica y detección temprana .....	217



Anexo 23. Matriz de suficiencia del talento humano .....	219
Anexo 24. Informe de la suficiencia del talento humano .....	246
Anexo 25. Indicador del proceso – Cálculo de suficiencia del talento humano .....	250
<b>Proceso 7. Seguimiento de la adherencia de los usuarios a las actividades establecidas en las normas técnicas y guías de atención prioritizadas .....</b>	<b>251</b>
Estructura del proceso: Seguimiento de la adherencia de los usuarios a las actividades establecidas en las normas técnicas y guías de atención prioritizadas ...	255
Flujograma: Seguimiento de la adherencia de los usuarios a las actividades establecidas en las normas técnicas y guías de atención prioritizadas .....	259
Anexo 26. Criterios de adherencia de los usuarios a las actividades, procedimientos e intervenciones desarrolladas en los servicios de protección específica y detección temprana .....	261
Anexo 27. Metas de adherencia de los usuarios a las actividades desarrolladas en los servicios de protección específica y detección temprana, según los criterios establecidos .....	261
Anexo 28. Informe trimestral de seguimiento de la adherencia de los usuarios a las actividades establecidas en las normas técnicas y guías de atención prioritizadas .....	266
Anexo 29. Indicadores del proceso - seguimiento de la adherencia de los usuarios	269
<b>Proceso 8. Búsqueda de inasistentes a las actividades establecidas en las normas técnicas de protección específica y detección temprana y guías de atención de las enfermedades de interés en salud pública .....</b>	<b>273</b>
Estructura del proceso: Búsqueda de inasistentes a las actividades establecidas en las normas técnicas y guías de atención .....	276
Flujograma: Búsqueda de inasistentes a las actividades establecidas en las normas técnicas y guías de atención .....	279
Anexo 30. Estrategias para la búsqueda de inasistentes .....	281
Anexo 31. Reporte de inasistentes y reincidentes .....	282
Anexo 32. Registro de las acciones de búsqueda .....	283
Anexo 33. Informe de la gestión de búsqueda de inasistentes .....	286
Anexo 34. Indicadores del proceso – Búsqueda de inasistentes .....	288
<b>Proceso 9. Continuidad de las acciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento .....</b>	<b>291</b>
Estructura del proceso: Continuidad de las acciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento (aplica para EAPB) .....	293
Flujograma: Continuidad de las acciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento .....	297
Anexo 35. Reporte de las actividades de detección temprana y protección específica realizadas al afiliado y a su núcleo familiar .....	299
Anexo 36. Informe de gestión del proceso para la continuidad de las acciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento .....	299
Anexo 37. Indicadores del proceso – Continuidad de las acciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento .....	300

<b>Proceso 10. Auditoría a la calidad de los procesos de gestión y de atención de los servicios de protección específica y detección temprana .....</b>	<b>303</b>
<b>Estructura del proceso:</b> Auditoría a la calidad de los procesos de gestión y atención de los servicios de protección específica y detección temprana .....	306
<b>Flujograma:</b> Auditoría a la calidad de los procesos de gestión y atención de los servicios de protección específica y detección temprana .....	309
<b>Anexo 38.</b> Programa de auditoría de los servicios de protección específica y detección temprana y eventos de interés en salud pública .....	311
<b>Anexo 39.</b> Plan de auditoría de los servicios de protección específica y detección temprana y eventos de interés en salud pública .....	313
<b>Anexo 40.</b> Instrumentos de evaluación de los procesos de gestión de la atención y de la adherencia del equipo de salud a las normas técnicas y guías de atención .....	314
Evaluación del nivel de desarrollo de los procesos de gestión de la atención en IPS y EAPB .....	315
Evaluación del nivel y porcentaje de adherencia del equipo de salud a las normas técnicas y guías de atención en las IPS .....	318
<b>Instrumentos para la evaluación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud —IPS— .....</b>	<b>323</b>
<b>Instrumentos para la evaluación de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios —EAPB— .....</b>	<b>425</b>
<b>Anexo 41.</b> Informe de auditoría de los procesos de gestión de la atención y de la adherencia a las normas técnicas y guías de atención .....	439
<b>Anexo 42.</b> Formatos plan de mejoramiento .....	446
<b>Anexo 43.</b> Informe de gestión del proceso de auditoría de la calidad .....	452
<b>Anexo 44.</b> Indicadores del proceso - Auditoría a la calidad en los servicios de protección específica y detección temprana .....	453
<b>Proceso 11. Mejoramiento continuo de los servicios de protección específica y detección temprana .....</b>	<b>457</b>
<b>Estructura del Proceso:</b> Mejoramiento Continuo de los Servicios de Protección específica y detección temprana .....	464
<b>Flujograma:</b> Mejoramiento continuo de los servicios de protección específica y detección temprana .....	467
<b>Anexo 45.</b> Cronograma de reuniones de mejoramiento continuo .....	469
<b>Anexo 46.</b> Modelo de análisis y solución de problemas .....	470
<b>Anexo 47.</b> Acta de reunión de mejoramiento continuo .....	473
<b>Anexo 48.</b> Informe del seguimiento al plan de mejora .....	476
<b>Anexo 49.</b> Indicadores del proceso – mejoramiento continuo de los servicios de protección específica y detección temprana .....	478
<b>Bibliografía .....</b>	<b>481</b>



# Índice de Tablas

<i>Tabla 1. Normatividad relacionada con los procesos de calidad en el Sistema Colombiano de Seguridad Social en Salud .....</i>	<i>38</i>
<i>Tabla 2. Consolidado de indicadores para la gestión de los servicios de detección temprana y protección específica .....</i>	<i>47</i>
<i>Tabla 3. Base de datos de los afiliados - Datos generales .....</i>	<i>85</i>
<i>Tabla 4. Base de datos de los afiliados - Variables sociales .....</i>	<i>86</i>
<i>Tabla 5. Base de datos de los afiliados - Variables demográficas .....</i>	<i>86</i>
<i>Tabla 6. Base de datos de los afiliados - Hábitos de vida .....</i>	<i>87</i>
<i>Tabla 7. Base de datos de los afiliados - Antecedentes personales - parte 1 .....</i>	<i>87</i>
<i>Tabla 8. Base de datos de los afiliados - Antecedentes personales - parte 2 .....</i>	<i>90</i>
<i>Tabla 9. Base de datos de los afiliados - Antecedentes familiares .....</i>	<i>92</i>
<i>Tabla 10. Población afiliada a la entidad, sujeto de atención en los servicios de detección temprana y protección específica, según norma técnica o guía de atención (distribuida por sexo) .....</i>	<i>113</i>
<i>Tabla 11. Población afiliada a la entidad según riesgos en salud distribuida por sexo .....</i>	<i>115</i>
<i>Tabla 12. Población afiliada a la entidad discriminada por grupo de edad y sexo .....</i>	<i>116</i>
<i>Tabla 13. Población afiliada sujeto de atención en los servicios de detección temprana y protección específica, según grupo de edad y sexo .....</i>	<i>117</i>
<i>Tabla 14. Población afiliada a la entidad según determinantes en salud y sexo: Hábitos de vida y los comportamientos personales .....</i>	<i>118</i>
<i>Tabla 15. Población afiliada a la entidad según determinantes en salud y sexo: Condiciones de vida y trabajo. ....</i>	<i>118</i>
<i>Tabla 16. Población afiliada a la entidad que no ha demandado servicios de protección específica y detección temprana, según sexo .....</i>	<i>119</i>
<i>Tabla 17. Programación de actividades de obligatorio cumplimiento establecidas en la Norma Técnica de Vacunación según el Programa Ampliado de Inmunizaciones —PAI— .....</i>	<i>121</i>
<i>Tabla 18. Programación de actividades de obligatorio cumplimiento establecidas en la Norma Técnica para la Atención Preventiva en Salud Bucal .....</i>	<i>122</i>
<i>Tabla 19. Programación de actividades de obligatorio cumplimiento establecidas en la Norma Técnica para la Atención del Parto .....</i>	<i>122</i>
<i>Tabla 20. Programación de actividades de obligatorio cumplimiento establecidas en la Norma Técnica para la Atención al Recién Nacido .....</i>	<i>122</i>
<i>Tabla 21. Programación de actividades de obligatorio cumplimiento establecidas en la Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar .....</i>	<i>123</i>
<i>Tabla 22. Programación de actividades de obligatorio cumplimiento establecidas en la Norma Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo (menor de 10 años) .....</i>	<i>123</i>



<i>Tabla 23. Programación de actividades de obligatorio cumplimiento establecidas en la Norma Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Desarrollo del joven (de 10 a 29 años) .....</i>	123
<i>Tabla 24. Programación de actividades de obligatorio cumplimiento establecidas en la Norma Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo .....</i>	123
<i>Tabla 25. Programación de actividades de obligatorio cumplimiento establecidas en la Norma Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Adulto (mayor de 45 años) .....</i>	124
<i>Tabla 26. Programación de actividades de obligatorio cumplimiento establecidas en la Norma Técnica para la Detección Temprana del Cáncer de Cuello Uterino .....</i>	125
<i>Tabla 27. Programación de actividades de obligatorio cumplimiento establecidas en la Norma Técnica para la Detección Temprana del Cáncer de Seno .....</i>	125
<i>Tabla 28. Programación de actividades de obligatorio cumplimiento establecidas en la Norma Técnica para la Detección Temprana de la Agudeza Visual .....</i>	125
<i>Tabla 29. Matriz de programación de actividades para el año .....</i>	125
<i>Tabla 30. Cobertura de los servicios y actividades de protección específica y detección temprana .....</i>	128
<i>Tabla 31. Porcentaje de ejecución de las actividades, procedimientos e intervenciones .....</i>	130
<i>Tabla 32. Proporción de cumplimiento de las estrategias de inducción a la demanda. (Institución, año) .....</i>	149
<i>Tabla 33. Proporción de la efectividad de las estrategias de demanda inducida. (Institución, año) .....</i>	149
<i>Tabla 34. Proporción de la efectividad de las estrategias de inducción a la demanda por servicio o programa de detección temprana y protección específica. (Institución, año).....</i>	150
<i>Tabla 35. Cobertura de los servicios de protección específica y detección temprana. (Institución, año).....</i>	152
<i>Tabla 36. Costeo estrategias IEC. (Institución, año) .....</i>	176
<i>Tabla 37. Plan de ejecución de estrategias IEC. (Institución, año) .....</i>	177
<i>Tabla 38. Cronograma de ejecución de estrategias IEC. (Institución, año) .....</i>	177
<i>Tabla 39. Porcentaje de cumplimiento de las estrategias IEC. (Institución, año) .....</i>	179
<i>Tabla 40. Cobertura de las estrategias IEC en los servicios de protección específica y detección temprana. (Institución, año) .....</i>	179
<i>Tabla 41. Programación de capacitaciones internas .....</i>	199
<i>Tabla 42. Cronograma de capacitaciones internas .....</i>	200
<i>Tabla 43. Porcentaje de cumplimiento de eventos de capacitación.....</i>	201
<i>Tabla 44. Proporción de personal asistencial que recibe capacitación. ....</i>	201
<i>Tabla 45. Valoración del tiempo destinado a capacitación del talento humano .....</i>	202
<i>Tabla 46. Costeo para la ejecución del plan de capacitación dirigida al personal asistencial. ....</i>	202
<i>Tabla 47. Estimación del tiempo necesario para la ejecución de las actividades de obligatorio cumplimiento .....</i>	219
<i>Tabla 48. Consolidado de la demanda de horas para la ejecución de las actividades de obligatorio cumplimiento .....</i>	230



<i>Tabla 49. Estimación del tiempo necesario para la ejecución de las actividades para la atención de eventos de interés en salud pública .....</i>	<i>231</i>
<i>Tabla 50. Consolidado de demanda de horas para la ejecución de las actividades para la atención de los eventos de interés en salud pública .....</i>	<i>234</i>
<i>Tabla 51. Consolidado de oferta de talento humano .....</i>	<i>235</i>
<i>Tabla 52. Oferta de talento humano por norma técnica o guía de atención .....</i>	<i>236</i>
<i>Tabla 53. Relación de espacios físicos necesarios para la prestación de los servicios de detección temprana y protección específica .....</i>	<i>237</i>
<i>Tabla 54. Relación de espacios físicos necesarios para la prestación de los servicios relacionados con la atención de las enfermedades de interés en salud pública .....</i>	<i>243</i>
<i>Tabla 55. Consolidado de demanda de espacios requeridos para la ejecución de las actividades .....</i>	<i>244</i>
<i>Tabla 56. Consolidado de espacios disponibles para la ejecución de las actividades .....</i>	<i>245</i>
<i>Tabla 57. Suficiencia del talento humano para la atención y gestión de los servicios de protección específica y detección temprana, según responsable de la atención. (Institución, año) .....</i>	<i>246</i>
<i>Tabla 58: Suficiencia del talento humano para la atención y gestión de los servicios de protección específica y detección temprana, según norma técnica o guía de atención. (Institución, año) .....</i>	<i>247</i>
<i>Tabla 59. Cálculo de la relación entre la oferta y demanda de espacios físicos para ejecución de actividades .....</i>	<i>249</i>
<i>Tabla 60. Frecuencia de consultas de control en el servicio para detección temprana de las alteraciones del menor de 10 años .....</i>	<i>262</i>
<i>Tabla 61. Frecuencia de consultas de control en el servicio para detección temprana de las alteraciones del joven .....</i>	<i>262</i>
<i>Tabla 62. Frecuencia de consultas de control en el servicio para detección temprana de las alteraciones del embarazo.....</i>	<i>263</i>
<i>Tabla 63. Frecuencia de consultas de control en el servicio para detección temprana de las alteraciones del adulto mayor de 45 años .....</i>	<i>263</i>
<i>Tabla 64. Frecuencia de consultas de control en el servicio para detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual .....</i>	<i>263</i>
<i>Tabla 65. Frecuencia de consultas de control en el servicio para detección temprana del cáncer de seno .....</i>	<i>264</i>
<i>Tabla 66. Frecuencia de consultas de control en el servicio para detección temprana de cáncer de cuello uterino .....</i>	<i>264</i>
<i>Tabla 67. Frecuencia de consultas de control en el servicio para atención en planificación familiar .....</i>	<i>265</i>
<i>Tabla 68. Frecuencia de consultas de control en el servicio para atención en hipertensión arterial .....</i>	<i>265</i>
<i>Tabla 69. Porcentaje de cumplimiento a las citas programadas .....</i>	<i>267</i>
<i>Tabla 70. Porcentaje de asistencia a actividades educativas programadas .....</i>	<i>268</i>
<i>Tabla 71. Porcentaje de usuarios adherentes a tratamiento medicamentoso .....</i>	<i>268</i>

Tabla 72. Proporción de pacientes con hipertensión arterial controlados .....	269
Tabla 73. Reporte de personas inasistentes a las consultas de promoción de salud y prevención de la enfermedad .....	282
Tabla 74. Registro de las acciones de búsqueda activa de las personas inasistentes a las consultas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad .....	284
Tabla 75. Porcentaje de cumplimiento de los indicadores de gestión y resultado de las estrategias de búsqueda activa. (Institución, año) .....	286
Tabla 76. Distribución porcentual de las estrategias utilizadas para contactar y reasignar la cita. (Institución, año) .....	287
Tabla 77. Distribución porcentual de los inasistentes por programa norma o guía. (Institución, año).....	287
Tabla 78: Distribución porcentual de las causales de inasistencia. (Institución, año)..	288
Tabla 79. Consolidado de indicadores del proceso para la continuidad de las acciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento .....	299
Tabla 80. Cronograma de ejecución de las auditorías de calidad internas .....	312
Tabla 81. Plan de auditoría de los servicios de protección específica y detección temprana y eventos de interés en salud pública .....	313
Tabla 82. Escala de evaluación del nivel de desarrollo de los procesos para la gestión de los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad .....	315
Tabla 83. Descripción de los componentes evaluados en los procesos de gestión .	316
Tabla 84. Estructura del instrumento de evaluación de los procesos .....	317
Tabla 85. Estructura de los indicadores complementarios a los procesos .....	318
Tabla 86. Escala de evaluación del nivel de adherencias a las normas técnicas de detección temprana y protección específica y a las guías de atención de las enfermedades de interés en salud pública .....	318
Tabla 87. Posibles escenarios resultantes de la aplicación del algoritmo para solucionar los criterios de adherencia dependientes .....	320
Tabla 88. Estructura del instrumento de evaluación de adherencia a las normas técnicas y guías de atención .....	322
Tabla 89. Matriz de información general IPS – parte 1 .....	323
Tabla 90. Matriz de información general IPS – parte 2 .....	325
Tabla 91. Matriz de información general IPS – parte 3 .....	326
Tabla 92. Procesos transversales para la gestión de la atención IPS .....	327
Tabla 93. Criterios relacionados con el proceso "Caracterización de la población" IPS .....	328
Tabla 94. Criterios relacionados con el proceso "Inducción a la Demanda" IPS .....	328
Tabla 95. Criterios relacionados con el proceso "Estrategias IEC dirigidas a los usuarios" IPS .....	329
Tabla 96. Criterios relacionados con el proceso "Capacitación dirigida al personal" IPS .....	330



Tabla 97. Criterios relacionados con el proceso "Suficiencia de talento humano" IPS 330

Tabla 98. Criterios relacionados con la "Suficiencia de la estructura física, recursos tecnológicos y medicamentos" IPS ..... 331

Tabla 99. Criterios relacionados con el proceso "Auditoría para el mejoramiento de la calidad" IPS -Parte 1: Criterios ..... 331

Tabla 100. Criterios relacionados con el proceso "Auditoría para el mejoramiento de la calidad" IPS – Parte 2: Ejecución del programa de auditoría..... 332

Tabla 101. Criterios relacionados con el proceso "Auditorías internas a la calidad" IPS - Algunos indicadores para la auditoría del plan de mejoramiento ..... 332

Tabla 102. Criterios de calidad del proceso de atención del parto y del recién nacido: relacionados con la prevención del hipotiroidismo IPS ..... 333

Tabla 103. Criterios relacionados con el transporte de neonatos IPS ..... 334

Tabla 104. Criterios de calidad del proceso de atención del parto y del recién nacido: relacionados con la referencia y contrarreferencia de gestantes IPS ..... 334

Tabla 105. Criterios de calidad del proceso de atención del parto y del recién nacido: relacionados con atención a gestantes con diagnóstico de VIH IPS ..... 334

Tabla 106. Criterios relacionados con atención a gestantes con diagnóstico de HB IPS ..... 335

Tabla 107. Criterios de calidad del proceso de atención del parto y del recién nacido: relacionados con la atención del menor con bajo peso al nacer IPS ..... 335

Tabla 108. Criterios de calidad del proceso de atención del parto y del recién nacido: relacionados con las estrategias IEC dirigidas a los usuarios IPS ..... 336

Tabla 109. Criterios de calidad del proceso de atención del parto y del recién nacido: relacionados con la capacitación dirigida al personal de salud IPS ..... 336

Tabla 110. Criterios de calidad del proceso de atención del parto y del recién nacido: relacionados con la suficiencia de talento humano IPS ..... 337

Tabla 111. Criterios de calidad del proceso de atención del parto y del recién nacido: relacionados con la suficiencia de recursos físicos y tecnológicos IPS ..... 337

Tabla 112. Criterios de calidad del proceso de atención del parto y del recién nacido: relacionados con el proceso de auditorías internas a la calidad ..... 338

Tabla 113. Criterios de calidad del proceso de atención del parto y del recién nacido: relacionados con promoción la lactancia materna ..... 338

Tabla 114. Proceso de atención del maltrato y víctimas de violencia sexual ..... 339

Tabla 115. Criterios relacionados con el proceso "Estrategias IEC dirigidas a los usuarios" IPS ..... 339

Tabla 116. Criterios relacionados con el proceso "Capacitación del personal de la IPS" ..... 340

Tabla 117. Criterios relacionados con el "Kit post-exposición en víctimas de violencia sexual" IPS ..... 340

Tabla 118. Proceso para la gestión de la vigilancia epidemiológica..... 341

Tabla 119. Criterios relacionados con el proceso "Capacitación del personal asistencial" IPS ..... 341

Tabla 120. Criterios relacionados con el proceso "Vigilancia epidemiológica institucional" IPS – parte 1 .....	342
Tabla 121. Criterios relacionados con el proceso "Vigilancia epidemiológica institucional" IPS – parte 2 .....	343
Tabla 122. Proceso para la gestión del sistema de información y atención al usuario - IPS .....	344
Tabla 123. Criterios relacionados con el proceso "Interacción con redes de apoyo" IPS – parte 1 .....	344
Tabla 124. Criterios relacionados con el proceso "Interacción con redes de apoyo" IPS – parte 2 .....	345
Tabla 125. Criterios relacionados con el proceso "Estrategias IEC dirigidas a los usuarios" IPS .....	345
Tabla 126. Criterios relacionados con el proceso "Capacitación al personal de la IPS" IPS .....	345
Tabla 127. Criterios relacionados con el proceso "Medición de la satisfacción de los usuarios" IPS .....	345
Tabla 128. Criterios relacionados con el proceso "Sistema de información y atención al usuario" IPS.....	346
Tabla 129. Criterios de calidad para la evaluación de la adherencia a la norma técnica para la atención preventiva en salud bucal .....	346
Tabla 130. Criterios técnicos de apoyo para la auditoría a la adherencia de la norma técnica de atención preventiva en salud bucal .....	349
Tabla 131. Criterios de calidad para la evaluación de la adherencia a la norma técnica para la atención del parto y del recién nacido .....	351
Tabla 132. Criterios técnicos de apoyo para la auditoría a la adherencia de la norma técnica de atención del parto y del recién nacido .....	355
Tabla 133. Criterios de calidad para la evaluación de la adherencia a la norma técnica para la atención del recién nacido (Consulta de control de las 72 horas) .....	355
Tabla 134. Criterios técnicos de apoyo para la auditoría a la adherencia de la norma técnica de atención del recién nacido .....	357
Tabla 135. Criterios de calidad para la evaluación de la adherencia a la norma técnica para la atención en planificación familiar hombres y mujeres .....	357
Tabla 136. Criterios técnicos de apoyo para la auditoría a la adherencia de la norma técnica de atención en planificación familiar hombres y mujeres .....	360
Tabla 137. Criterios de calidad para la evaluación de la adherencia a la norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo .....	362
Tabla 138. Criterios técnicos de apoyo para la auditoría a la adherencia de la norma técnica de detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo .....	367
Tabla 139. Criterios de calidad para la evaluación de la adherencia a la norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del joven .....	367
Tabla 140. Criterios técnicos de apoyo para la auditoría a la adherencia de la norma técnica de detección temprana de las alteraciones del joven .....	372



<i>Tabla 141. Criterios de calidad para la evaluación de la adherencia a la norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo .....</i>	<i>373</i>
<i>Tabla 142. Criterios técnicos de apoyo para la auditoría a la adherencia de la norma técnica de detección temprana de las alteraciones del embarazo .....</i>	<i>377</i>
<i>Tabla 143. Criterios de calidad para la evaluación de la adherencia a la norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del adulto .....</i>	<i>378</i>
<i>Tabla 144. Criterios técnicos de apoyo para la auditoría a la adherencia de la norma técnica de detección temprana de las alteraciones del adulto .....</i>	<i>382</i>
<i>Tabla 145. Criterios de calidad para la evaluación de la adherencia a la norma técnica para la detección temprana del cáncer de cuello uterino .....</i>	<i>384</i>
<i>Tabla 146. Criterios técnicos de apoyo para la auditoría a la adherencia de la norma técnica de detección temprana del cáncer de cuello uterino .....</i>	<i>385</i>
<i>Tabla 147. Criterios de calidad para la evaluación de la adherencia a la norma técnica para la detección temprana del cáncer de seno .....</i>	<i>386</i>
<i>Tabla 148. Criterios de calidad para la evaluación de la adherencia a la norma técnica para la detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual .....</i>	<i>387</i>
<i>Tabla 149. Criterios de calidad para la evaluación de la adherencia a la estrategia para la atención de las enfermedades prevalentes de la Infancia —AIEPI— durante los 3 meses previos a la evaluación. ....</i>	<i>388</i>
<i>Tabla 150. Criterios técnicos de apoyo para la auditoría a la adherencia a la estrategia para la Atención de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia —AIEPI—.....</i>	<i>396</i>
<i>Tabla 151. Criterios de calidad para la evaluación de la adherencia a la guía de atención del dengue durante los 3 meses previos a la evaluación. ....</i>	<i>397</i>
<i>Tabla 152. Criterios técnicos de apoyo para la auditoría a la adherencia de la guía de atención del dengue .....</i>	<i>399</i>
<i>Tabla 153. Criterios de calidad para la evaluación de la adherencia a la guía de atención de las enfermedades de transmisión sexual (excepto VIH-sida) en los 3 meses previos a la evaluación. ....</i>	<i>401</i>
<i>Tabla 154. Criterios de calidad para la evaluación de la adherencia a la guía de atención del VIH-Sida en los 3 meses previos a la evaluación. ....</i>	<i>403</i>
<i>Tabla 155. Criterios de calidad para la evaluación de la adherencia a la guía de atención de las gestantes con VIH-sida en los 3 meses previos a la evaluación.....</i>	<i>407</i>
<i>Tabla 156. Criterios de calidad para la evaluación de la adherencia a la guía de atención del recién nacido expuesto al VIH-sida en los 3 meses previos a la evaluación. ....</i>	<i>410</i>
<i>Tabla 157. Criterios de calidad para la evaluación de la adherencia a la guías de atención de las enfermedades vasculares en los 3 meses previos a la evaluación. ....</i>	<i>412</i>
<i>Tabla 158. Criterios técnicos de apoyo para la auditoría a la adherencia de la guía de atención de la enfermedad vascular .....</i>	<i>415</i>
<i>Tabla 159. Criterios de calidad para la evaluación de la adherencia a la guía de la interrupción voluntaria del embarazo en los últimos meses previos a la evaluación. ....</i>	<i>419</i>

<i>Tabla 160. Criterios de calidad para la evaluación de la adherencia a la guía de atención de las víctimas de violencia sexual en los últimos meses previos a la evaluación .....</i>	421
<i>Tabla 161. Criterios técnicos de apoyo para la auditoría a la adherencia de la guía de atención de las víctimas de violencia sexual .....</i>	424
<i>Tabla 162. Matriz de información general EPS – parte 1 .....</i>	425
<i>Tabla 163. Matriz de información general EPS – parte 2.....</i>	426
<i>Tabla 164. Matriz de información general EPS – parte 3 .....</i>	427
<i>Tabla 165. Procesos transversales para la gestión de la atención EPS .....</i>	428
<i>Tabla 166. Criterios relacionados con el proceso “Caracterización de la población” EPS .....</i>	429
<i>Tabla 167. Criterios relacionados con el proceso “Estrategias de inducción a la demanda” EPS – parte 1 .....</i>	429
<i>Tabla 168. Criterios relacionados con el proceso “Estrategias de inducción a la demanda” EPS – parte 2 .....</i>	430
<i>Tabla 169. Criterios relacionados con el proceso “Estrategias IEC dirigidas a los usuarios” EPS .....</i>	430
<i>Tabla 170. Criterios relacionados con el proceso “Capacitación del personal de la EAPB” EPS .....</i>	431
<i>Tabla 171. Criterios relacionados con el proceso “Auditoría para el mejoramiento de la calidad” EPS .....</i>	432
<i>Tabla 172. Procesos de vigilancia epidemiológica EPS .....</i>	433
<i>Tabla 173. Criterios relacionados con el proceso “Análisis de los eventos objeto de vigilancia en salud pública” EPS - parte 1 .....</i>	433
<i>Tabla 174. Criterios relacionados con el proceso “Análisis de los eventos objeto de vigilancia en salud pública” EPS - parte 2.....</i>	434
<i>Tabla 175. Criterios relacionados con el proceso “Análisis de los eventos objeto de vigilancia en salud pública” EPS - parte 3 .....</i>	434
<i>Tabla 176. Procesos de participación social y sistema de información y atención al usuario EPS .....</i>	435
<i>Tabla 177. Criterios relacionados con el proceso “Participación social” EPS- parte 1</i>	436
<i>Tabla 178. Procesos para la atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo –IVE– EPS .....</i>	436
<i>Tabla 179. Criterios relacionados con el proceso “Ruta de atención de la IVE” EPS</i>	436
<i>Tabla 180. Procesos para la gestión de la atención de las víctimas de maltrato y/o violencia sexual EPS .....</i>	437
<i>Tabla 181. Criterios relacionados con el “Proceso de gestión de la atención del maltrato” EPS.....</i>	438
<i>Tabla 182. Criterios relacionados con las “estrategias IEC dirigidas a los usuarios” EPS .....</i>	438
<i>Tabla 183. Criterios relacionados con la “Capacitación al personal de la IPS” EPS ...</i>	438



<i>Tabla 184. Seguimiento a la ejecución de las acciones de mejora formuladas en el plan de mejora .....</i>	<i>449</i>
<i>Tabla 185. Porcentaje de acciones de mejora ejecutadas oportunamente. (Institución, año) .....</i>	<i>450</i>
<i>Tabla 186. Consolidado de acciones ejecutadas que modifican favorablemente el factor determinante .....</i>	<i>451</i>
<i>Tabla 187. Porcentaje de cumplimiento del programa de auditoría. (Institución, año) ..</i>	<i>452</i>
<i>Tabla 188. Oportunidad de entrega de los informes por auditor. (Institución, año) .....</i>	<i>452</i>
<i>Tabla 189. Calidad del diligenciamiento de los instrumentos por auditor. (Institución, año) .....</i>	<i>453</i>
<i>Tabla 190. Descripción de las posibles causas por categorías: .....</i>	<i>461</i>
<i>Tabla 191. Cronograma de reuniones del grupo de mejoramiento continuo de procesos de protección específica y detección temprana. (Institución, año) .....</i>	<i>469</i>
<i>Tabla 192. Porcentaje de ejecución de las acciones de mejora formuladas en el plan de mejoramiento. (Institución, año) .....</i>	<i>477</i>
<i>Tabla 193. Porcentaje de acciones de mejora ejecutadas oportunamente. (Institución, año) .....</i>	<i>477</i>
<i>Tabla 194. Porcentaje de acciones ejecutadas que modifican favorablemente el factor determinante. (Institución, año) .....</i>	<i>478</i>







# Índice de Indicadores

Indicador 1. Porcentaje de afiliados incluidos en la base de datos .....	95
Indicador 2. Porcentaje de afiliados con las variables actualizadas .....	96
Indicador 3. Oportunidad en la difusión de la programación de actividades .....	132
Indicador 4. Porcentaje de cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones.....	132
Indicador 5. Cobertura de actividades, procedimientos e intervenciones .....	133
Indicador 6. Frecuencia de uso de los servicios o concentración .....	134
Indicador 7. Proporción de usuarios externos satisfechos.....	135
Indicador 8. Porcentaje de demanda no atendida .....	135
Indicador 9. Oportunidad en la asignación de citas de ingreso para los servicios de detección temprana y protección específica .....	136
Indicador 10. Porcentaje de inasistentes a los servicios de detección temprana y protección específica .....	137
Indicador 11. Porcentaje de adherencia a normas técnicas y guías de atención .....	137
Indicador 12. Proporción de cumplimiento de las estrategias de inducción a la demanda .....	153
Indicador 13. Proporción de la efectividad de las estrategias de demanda inducida...	153
Indicador 14. Proporción de cumplimiento de las actividades según estrategias de inducción a la demanda .....	154
Indicador 15. Cobertura de los servicios de protección específica y detección temprana .....	155
Indicador 16. Porcentaje de personas a las que se les realiza difusión del documento con las estrategias de IEC .....	180
Indicador 17. Porcentaje de cumplimiento de las actividades del plan de ejecución de las estrategias IEC .....	180
Indicador 18. Cobertura de usuarios beneficiados con estrategias de IEC .....	181
Indicador 19. Satisfacción de los usuarios sujetos de las actividades de IEC desarrolladas.....	182
Indicador 20. Proporción de usuarios de los servicios de detección temprana y protección específica hospitalizados por complicaciones .....	182
Indicador 21. Proporción de maternas con parto institucional que asistieron a control prenatal .....	183
Indicador 22. Proporción de niños de 6 meses y menos que se alimentan exclusivamente de lactancia materna y que asisten a crecimiento y desarrollo ..	183
Indicador 23. Proporción de usuarios que perciben que la información suministrada para el cuidado en casa fue apropiada .....	184
Indicador 24. Porcentaje de necesidades de capacitación priorizadas e incluidas en la programación .....	203
Indicador 25. Porcentaje de cumplimiento de eventos de capacitación .....	204
Indicador 26. Cobertura de personal asistencial con actividades educativas.....	204

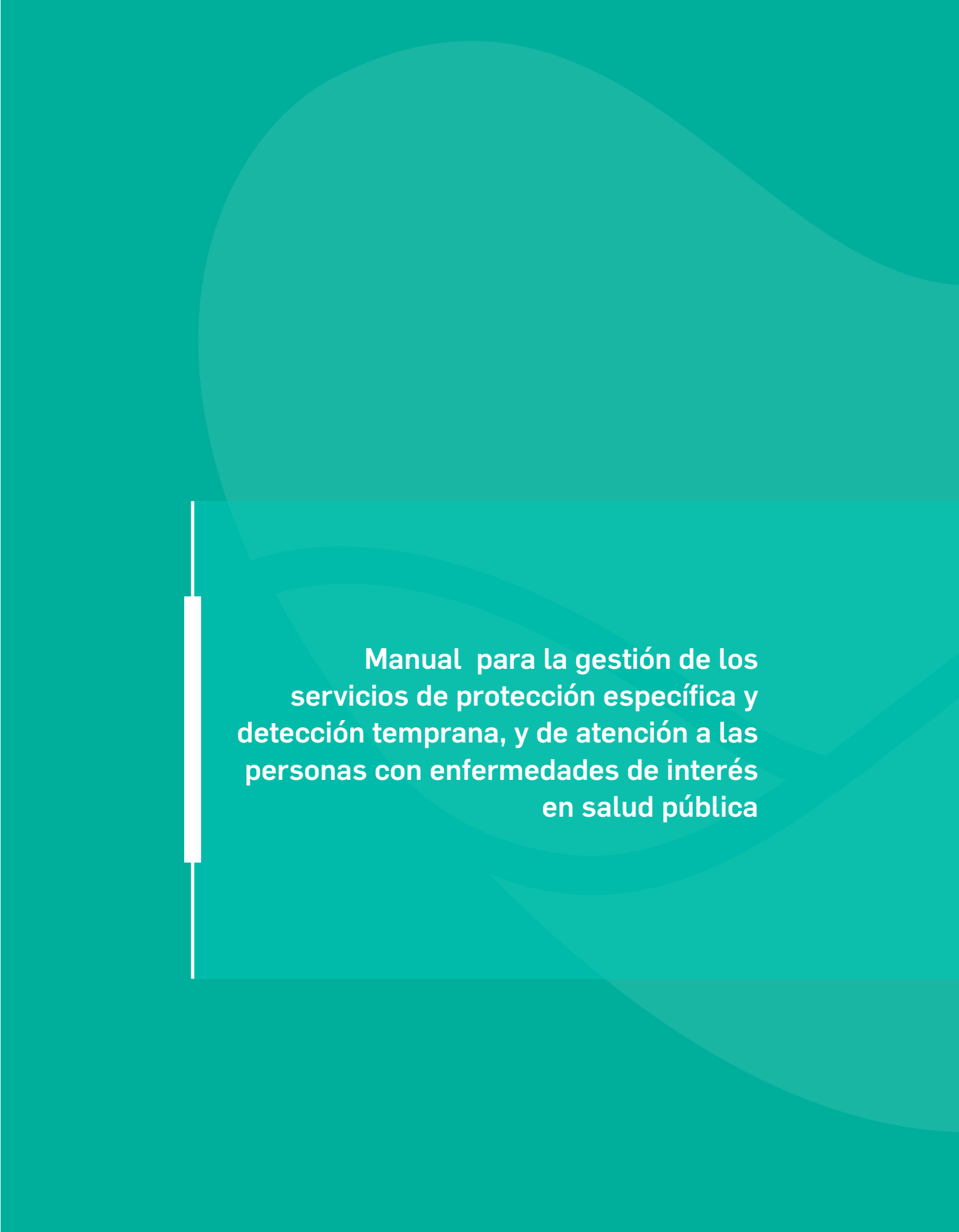
Indicador 27. Proporción de personal beneficiado .....	205
Indicador 28. Porcentaje de beneficiarios satisfechos con el evento .....	205
Indicador 29. Porcentaje de necesidades manifestadas por el personal incluidas en el plan de capacitación .....	206
Indicador 30. Promedio de la calificación obtenida por los asistentes a las capacitaciones .....	206
Indicador 31. Costo promedio de la capacitación por persona .....	207
Indicador 32. Proporción de cumplimiento del plan de capacitación anual .....	207
Indicador 33. Porcentaje de suficiencia de talento humano .....	250
Indicador 34. Porcentaje de cumplimiento de los usuarios a las citas programadas..	269
Indicador 35. Porcentaje de asistencia de los usuarios a las actividades educativas programadas .....	270
Indicador 36. Porcentaje de usuarios adherentes al tratamiento farmacológico prescrito.....	270
Indicador 37. Proporción de pacientes con hipertensión arterial controlada .....	271
Indicador 38. Proporción de pacientes adherentes con el plan concertado .....	271
Indicador 39. Porcentaje de inasistentes en los que se ejecutan acciones de búsqueda	288
Indicador 40. Porcentaje de inasistentes recuperados en el mes.....	289
Indicador 41. Porcentaje de afiliados con reporte de las actividades de protección específica y detección temprana .....	300
Indicador 42. Porcentaje de afiliados con reporte de las actividades radicados en la EAPB receptora .....	301
Indicador 43. Porcentaje de afiliados nuevos con reporte de las actividades de protección específica y detección temprana .....	301
Indicador 44. Porcentaje de afiliados nuevos a los que se les garantiza la continuidad de la atención .....	302
Indicador 45. Porcentaje de ejecución de las acciones de mejora formuladas en el plan de mejoramiento. ....	449
Indicador 46. Porcentaje de las acciones de mejora ejecutadas oportunamente. ....	450
Indicador 47. Porcentaje de acciones ejecutadas que modifican favorablemente el factor determinante. ....	451
Indicador 48. Porcentaje de cumplimiento del programa de auditoría .....	453
Indicador 49. Oportunidad de entrega de los informes .....	454
Indicador 50. Porcentaje de cumplimiento de los criterios de auditoría .....	454
Indicador 51. Cobertura en auditoría de los servicios de detección temprana y protección específica .....	455
Indicador 52. Porcentaje de oportunidades de mejora con acciones de mejora formuladas .....	478
Indicador 53. Porcentaje de actividades con evidencia de ejecución .....	479
Indicador 54. Porcentaje de acciones de mejora que afectan favorablemente la causa raíz .....	479
Indicador 55. Porcentaje de cumplimiento de las acciones de mejora programadas. ....	480



# Índice de Anexos

Anexo 1. Base de datos de los afiliados .....	85
Anexo 2. Indicadores demográficos, sociales y de salud .....	93
Anexo 3. Documento con la caracterización de la población .....	94
Anexo 4. Indicadores del proceso – Caracterización de la población .....	95
Anexo 5. Identificación de la población priorizada objeto de atención .....	113
Anexo 6. Programación de actividades, intervenciones y procedimientos de obligatorio cumplimiento .....	120
Anexo 7. Informe de gestión de las actividades, procedimientos e intervenciones de obligatorio cumplimiento .....	127
Anexo 8. Indicadores del proceso – Gestión de actividades, procedimientos e intervenciones de obligatorio cumplimiento .....	132
Anexo 9. Plan de inducción a la demanda .....	145
Anexo 10. Plan de ejecución de las estrategias de inducción a la demanda.....	147
Anexo 11. Informe de ejecución de las estrategias de inducción a la demanda .....	148
Anexo 12. Indicadores del proceso – Inducción a la demanda .....	153
Anexo 13. Contenidos básicos para la IEC dirigida a los usuarios según norma técnica y guía de atención .....	169
Anexo 14. Documento con las estrategias de IEC .....	175
Anexo 15. Plan de ejecución de las estrategias de IEC dirigidas a los usuarios para el empoderamiento en la toma de decisiones.....	176
Anexo 16. Informe de gestión de las estrategias de IEC dirigidas a los usuarios para el empoderamiento en la toma de decisiones .....	178
Anexo 17. Indicadores del proceso - Gestión de las estrategias de IEC dirigidas a los usuarios para el empoderamiento en la toma de decisiones .....	180
Anexo 18. Identificación y priorización de necesidades de capacitación dirigida al personal asistencial .....	197
Anexo 19. Plan institucional de capacitación dirigido al personal asistencial .....	198
Anexo 20. Programación de capacitaciones dirigidas al personal asistencial .....	199
Anexo 21. Informe de gestión del plan de capacitación dirigida al personal asistencial .....	200
Anexo 22. Indicadores del proceso - Capacitación dirigida al personal asistencial .	203
Anexo 23. Matriz de suficiencia del talento humano .....	219
Anexo 24. Informe de la suficiencia del talento humano .....	246
Anexo 25. Indicador del proceso – Cálculo de suficiencia del talento humano .....	250
Anexo 26. Criterios de adherencia de los usuarios a las actividades, procedimientos e intervenciones desarrolladas en los servicios de protección específica y detección temprana .....	261

Anexo 27. Metas de adherencia de los usuarios a las actividades desarrolladas en los servicios de protección específica y detección temprana, según los criterios establecidos .....	261
Anexo 28. Informe trimestral de seguimiento de la adherencia de los usuarios a las actividades establecidas en las normas técnicas y guías de atención priorizadas	
Anexo 29. Indicadores del proceso - Seguimiento de la adherencia de los usuarios ...	266
Anexo 30. Estrategias para la búsqueda de inasistentes.....	269
Anexo 31. Reporte de inasistentes y reincidentes .....	281
Anexo 32. Registro de las acciones de búsqueda .....	282
Anexo 33. Informe de la gestión de búsqueda de inasistentes .....	283
Anexo 34. Indicadores del proceso – Búsqueda de inasistentes .....	286
Anexo 35. Reporte de las actividades de detección temprana y protección específica realizadas al afiliado y a su núcleo familiar.....	288
Anexo 36. Informe de gestión del proceso continuidad de las acciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento .....	299
Anexo 37. Indicadores del proceso – Continuidad de las acciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento .....	299
Anexo 38. Programa de auditoría de los servicios de protección específica y detección temprana y eventos de interés en salud pública .....	300
Anexo 39. Plan de auditoría de los servicios de protección específica y detección temprana y eventos de interés en salud pública .....	311
Anexo 40. Instrumentos de evaluación de los procesos de gestión de la atención y de la adherencia del equipo de salud a las normas técnicas y guías de atención	313
Anexo 41. Informe de auditoría de los procesos de gestión de la atención y de la adherencia a las normas técnicas y guías de atención .....	314
Anexo 42. Formatos plan de mejoramiento .....	439
Anexo 43. Informe de gestión del proceso de auditoría de la calidad .....	446
Anexo 44. Indicadores del proceso - Auditoría a la calidad en los servicios de protección específica y detección temprana .....	452
	453
Anexo 45. Cronograma de reuniones de mejoramiento continuo .....	469
Anexo 46. Modelo de análisis y solución de problemas .....	470
Anexo 47. Acta de reunión de mejoramiento continuo .....	473
Anexo 48. Informe del seguimiento al plan de mejora .....	476
Anexo 49. Indicadores del proceso – Mejoramiento continuo de los servicios de protección específica y detección temprana .....	478



**Manual para la gestión de los  
servicios de protección específica y  
detección temprana, y de atención a las  
personas con enfermedades de interés  
en salud pública**





# Presentación

**E**ste documento contiene las orientaciones técnicas, las herramientas metodológicas y los instrumentos para mejorar la calidad de la Gestión de los Servicios de Protección Específica, detección temprana, y la gestión de la atención a las enfermedades de interés en Salud Pública.

El manual nace como una necesidad sentida en la ciudad de Medellín, pues la Secretaría de Salud viene haciendo esfuerzos con los diferentes actores de las IPS y las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios en Salud, EAPB, para apoyar la gestión de los programas y servicios de obligatorio cumplimiento establecidos en la Resolución 00412 de 2000, de manera que responda a las necesidades de la población y las exigencias del sistema de Salud.

Esta herramienta facilitará que se trabaje de manera sistemática y organizada bajo el ciclo de la calidad o ciclo PHVA, planeando lo que se hará, haciendo lo planeado, verificando que lo realizado esté acorde a lo planeado y estableciendo mejoras de acuerdo con los resultados.

La estructura del manual, considera en su parte inicial la fundamentación teórica en el marco de la calidad, un glosario de términos comunes a la gestión de la calidad, las normas que apoyan la propuesta y avanza a desarrollar de manera práctica y secuencial cada uno de los procesos que priorizó la Secretaría de Salud de Medellín como relevantes para el fortalecimiento de la gestión de los servicios de detección temprana y protección específica y la atención a las personas con enfermedades de interés en salud pública, a partir de una estructura uniforme del modelo de gestión por procesos, resumiendo finalmente cada proceso en un diagrama de flujo.

Al final del documento se presentan los anexos dentro de los cuales se encuentran instrumentos de planeación, matrices de programación, plantillas para realizar los análisis y los informes de gestión, matrices para realizar el estudio de la suficiencia del talento humano, instrumentos para valorar la adherencia de los usuarios a los programas y del equipo de salud a las normas y guías, así como



instrumentos para la valoración de la gestión, indicadores, ejercicios para analizar problemas, modelos de actas de reunión, planes de mejora y otras herramientas prácticas que sirven de apoyo a la implementación de los procesos.

El diseño y contenidos permiten que una entidad se adhiera y lo adopte completamente o lo adapte a sus procesos de gestión ya establecidos y tome una parte de ellos. Así mismo, el modelo está diseñado para aplicarlo a un programa o servicio en particular o a todos los programas y servicios de detección temprana, protección específica y a la atención a enfermedades de interés en salud pública.

Las orientaciones propuestas, están dirigidas a los profesionales de los equipos directivos, equipos de gestión de la calidad y a los encargados de realizar la coordinación y la gestión de los programas y servicios de detección temprana, protección específica y enfermedades de interés en salud pública en las instituciones de salud y en las EAPB de la ciudad de Medellín.

La Secretaría de Salud de Medellín espera que este material sea de gran utilidad para el fortalecimiento de la gestión de los servicios, con un propósito central que es la persona atendida con calidad como sujeto de derechos, bajo principios éticos y de respeto por la dignidad humana y, sin perder de vista estos principios, estamos convencidos que la implementación del manual será de gran aporte al mejoramiento de los indicadores de salud pública de la ciudad y posiblemente pueda servir como herramienta útil para su adopción y expansión a otros territorios del país.

**Gabriel Jaime Guarín Alzate**  
Secretario de Salud de Medellín



## Objetivo

Brindar a los profesionales de la salud de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios —EAPB— e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud —IPS—, fundamentos técnicos para la gestión de la atención en los servicios de protección específica y detección temprana, con el fin de contribuir al fortalecimiento de la calidad de la atención de los usuarios del sistema de salud en la ciudad de Medellín.

## Alcance

Diseñar un manual para los equipos de salud de las IPS y EAPB de la ciudad de Medellín, con el fin de facilitar la gestión de la atención en los servicios de protección específica y detección temprana, mediante la documentación y estandarización de los procesos básicos definidos por la Secretaría de Salud de Medellín —SSM—, de acuerdo con las normas técnicas establecidas por el Ministerio de Salud y de la Protección Social en la Resolución 0412 del 2000 (1), y según las prioridades definidas en el Plan Local de Salud 2012-2015 “Medellín, Ciudad Saludable” y en los Planes Locales de Salud de futuras administraciones, todo ello debidamente articulado con lo establecido en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (2).

Este manual contiene el marco conceptual y normativo que sustenta los procesos básicos para la gestión de la atención en los servicios de protección específica y detección temprana, su estructura general, el flujograma de cada uno de los procesos y sus productos. Corresponderá a las EAPB y a las IPS realizar la adopción y adaptación de este manual para el cumplimiento de cada una de las normas técnicas, de acuerdo con su portafolio de servicios, competencias y niveles de cumplimiento definidos internamente y con obligaciones establecidas para cada una de las entidades en la normatividad vigente.

## Justificación

**L**a Secretaría de Salud de Medellín —SSM—, durante los años 2009 a 2011, en el marco del proyecto de “Vigilancia epidemiológica para la salud, prevención de la enfermedad y asistencia social en salud”, diseñó e implementó en las EAPB e IPS de la ciudad de Medellín un instrumento para la evaluación del desarrollo de los procesos de atención y de la adherencia del personal de salud a las normas técnicas de protección específica, detección temprana y guías de atención para las enfermedades de interés en salud pública, con el fin de generar análisis que les permitieran a las IPS y EAPB la realimentación oportuna, la toma de decisiones y el mejoramiento de la adherencia a éstas, para impactar positivamente los indicadores de salud propuestos en el corto y el mediano plazo.

Los resultados de este proyecto llevaron a concluir, entre otros, que los procesos transversales a todos los servicios de protección específica y detección temprana se encontraban en un desarrollo incipiente, y que se carece de un modelo estandarizado que defina los procesos para gestionar la atención en los servicios de protección específica y detección temprana, en el marco de un “Sistema de Gestión de la Calidad”. Así, se muestra la necesidad del monitoreo continuo para detectar oportunidades de mejora y para diseñar y aplicar soluciones en beneficio de las instituciones, enfocado a develar y afrontar los riesgos que amenazan el cumplimiento de los objetivos.

Para enfrentar esta situación, surge entonces la necesidad de definir un modelo estándar de gestión y atención en los servicios de protección específica y detección temprana, que permita unificar criterios y establecer unos mínimos para garantizar la prestación de los servicios con calidad. Como respuesta a esta realidad, y con el fin de contribuir al mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio de las instituciones del municipio de Medellín, se propone la realización de este manual orientado a la gestión integral de la atención de los servicios de protección específica y detección temprana, como una herramienta técnico-operativa que facilite la implementación de las acciones en las instituciones.



# Glosario

**Autocontrol.** Cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que éstos se realicen de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización.

**Alcance de la auditoría.** Extensión y límites de una auditoría.

**Accesibilidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**Acción correctiva.** Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseable.

**Acciones preventivas.** Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma.

**Acciones de seguimiento.** Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización a la prestación de sus servicios de salud, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad.

**Calidad.** Grado en que el conjunto de características inherentes cumple con los requisitos.

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

**Continuidad.** Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades basada en el conocimiento científico.

**Control de la calidad.** Hace referencia a la gestión realizada por la entidad, orientada a la verificación del cumplimiento de los requisitos de la calidad previamente definidos.

**Criterios de la auditoría.** Conjunto de políticas, procedimientos o requisitos usados como referencia.

**Cultura.** El conjunto de comportamientos, principios éticos y valores que los miembros de la organización transmiten, practican y refuerzan.

**Eficacia.** Extensión en la que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados.

**Eficiencia.** Relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados.

**Entrada de un proceso.** Son los insumos o recursos necesarios para obtener un producto.

**Evidencia de la auditoría.** Registros, declaraciones de hecho u otra información que sea pertinente para los criterios de auditoría y que son verificables.

**Ficha técnica.** Es un documento en forma de sumario que contiene de manera detallada la descripción de las características de un objeto, material, proceso o programa. Los contenidos varían dependiendo del producto, servicio o entidad descritos, pero en general suelen contener datos como el nombre, las características físicas, el modo de uso o elaboración, las propiedades distintivas y especificaciones técnicas.

La correcta redacción de la ficha técnica es importante para garantizar la satisfacción del consumidor, especialmente en los casos donde la incorrecta utilización de un producto puede resultar en daños personales o materiales o responsabilidades civiles o penales.

Una ficha técnica puede también ser una serie de preguntas acerca de un tema específico que facilitan así su reconocimiento a nivel general (3).

**Habilitación.** Da la seguridad al usuario, que es atendido en instituciones que cumplen con unos estándares definidos, los cuales son básicamente de estructura, pero orientados a procesos y dirigidos a los factores de riesgo que pudieran ocasionar efectos adversos o contraproducentes, derivados del proceso de atención. Estos estándares son iguales para todos y conocidos ampliamente por todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Son, además, dinámicos en el tiempo en la medida en que progresivamente se irán ajustando con el fin de mantener el nivel óptimo de seguridad requerido en la atención en salud (2).

**Hallazgo.** Es toda información que, a juicio del auditor, permite identificar hechos o circunstancias importantes que inciden en la gestión de recursos de la organización, del programa o del proyecto que está bajo examen y que merecen ser comunicados en el informe.

Resultados de la evaluación de la **evidencia de la auditoría** reunida, contra los **criterios de auditoría**.

**Indicador.** Instrumento de monitoreo y observación de un sistema que se construye a partir de la evaluación y relación de variables de un sistema, subsistema o proceso.

**Mejora continua.** Actividad recurrente para aumentar la capacidad para cumplir los requisitos.

**Monitoreo.** Es el proceso sistemático de recolectar, analizar y utilizar información para hacer seguimiento al progreso de un programa en pos de la consecución de sus objetivos, y para guiar las decisiones de gestión. El monitoreo generalmente se dirige a los procesos en lo que respecta a cómo, cuándo y dónde tienen lugar las actividades, quién las ejecuta y a cuántas personas o entidades beneficia.



**Oportunidad del servicio.** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a ellos.

**Oportunidad de mejora.** Diferencia detectada en la organización entre una situación real y una situación deseada. La oportunidad de mejora puede afectar un proceso, producto, servicio, recurso, sistema, habilidad, competencia o área de la organización.

**Pertinencia.** Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

**Plan de la auditoría.** Descripción de las actividades y de los detalles definidos para la auditoría.

**Proceso.** Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entradas en resultados.

**Producto o salida de un proceso.** Resultado de un proceso.

**Programa de la auditoría.** Conjunto de una o más **auditorías** planificadas para un período determinado y dirigidas hacia un propósito específico.

**Revisión.** Actividad emprendida para asegurar la conveniencia, adecuación y eficacia del tema objeto de la revisión, para alcanzar unos objetivos establecidos.

**Riesgo.** Es toda aquella probabilidad que pudiese afectar de forma adversa el logro de los objetivos de una organización.

**Satisfacción del cliente.** Percepción del cliente sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos.

**Seguimiento.** Es un proceso de análisis continuo para mejorar, corregir o reorientar las desviaciones en la identificación, planificación, formulación y ejecución de un plan, proyecto o programa.

**Seguridad.** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basados en evidencias científicamente probadas, que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

**Sistema único de habilitación.** Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios, y son de obligatorio cumplimiento por parte de las IPS y las EAPB.

**Verificación.** Confirmación mediante la aportación de evidencia objetiva de que se han cumplido los requisitos especificados.

## Normatividad

**Tabla 1.** Normatividad relacionada con los procesos de calidad en el Sistema Colombiano de Seguridad Social en Salud

Norma	Referencia	Proceso relacionado
Constitución Política de Colombia de 1991.	Artículos 11, 59	Concepto transversal a todos los procesos del manual
Ley 100 (1993).  Por medio de la cual se crea el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.	Artículo 153	Gestión de las estrategias IEC dirigidas a los usuarios para el empoderamiento en la toma de decisiones informadas en salud
Ley 909 (23 de septiembre de 2004).  Por la cual se expiden normas que regulan el empleo público, la carrera administrativa, la gerencia pública y se dictan otras disposiciones.	Artículo 36	Capacitación dirigida al personal asistencial
Ley 1122 (9 de enero de 2007).  Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.	Artículo 32	Gestión de las estrategias IEC dirigidas a los usuarios para el empoderamiento en la toma de decisiones informadas en salud
	Artículo 37	Auditoría a la calidad de los procesos de gestión y de atención de los servicios de protección específica y detección temprana
Ley 1164 (3 de octubre de 2007).  Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud.		Capacitación dirigida al personal asistencial



Norma	Referencia	Proceso relacionado
Ley 1438 (19 de enero de 2011).	Artículo 3	Búsqueda de inasistentes a las actividades establecidas en las Normas Técnicas de protección específica y detección temprana, y en las Guías de atención de las enfermedades de interés en Salud Pública
Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.	Artículo 16	Actividades para la inducción a la demanda
	Artículos 3, 94	Auditoría a la calidad de los procesos de gestión y de atención de los servicios de protección específica y detección temprana
Decreto 1567 (5 de agosto de 1998).	Artículos 11, 12	Capacitación dirigida al personal asistencial
Decreto 1227 (21 de abril de 2005).	Artículos 65, 66	Capacitación dirigida al personal asistencial
Decreto 1011 (3 de abril de 2006).	Artículos 3, 32	Auditoría a la calidad de los procesos de gestión y de atención de los servicios de protección específica y detección temprana
Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Artículo 35	Continuidad de las acciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento
	Artículo 42	Mejoramiento continuo de los servicios de protección específica y detección temprana
Resolución 1995 (8 de julio de 1999).	Artículos 1, 3, 4	Auditoría a la calidad de los procesos de gestión y de atención de los servicios de protección específica y detección temprana



Norma	Referencia	Proceso relacionado
<p>Resolución 0412 (25 de febrero de 2000).</p> <p>Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento, y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.</p>		Gestión de las actividades, procedimientos e intervenciones de obligatorio cumplimiento
		Gestión de las estrategias IEC dirigidas a los usuarios para el empoderamiento en la toma de decisiones informadas en salud
		Seguimiento de la adherencia de los usuarios a las actividades establecidas en las normas técnicas y guías de atención priorizadas
		Búsqueda de inasistentes a las actividades establecidas en las Normas Técnicas de protección específica y detección temprana y en las Guías de atención de las Enfermedades de Interés en Salud Pública
		Auditoría a la calidad de los procesos de gestión y de atención de los servicios de protección específica y detección temprana
	Artículo 5	Caracterización de la población Actividades para la inducción a la demanda
	Artículo 14	Continuidad de las acciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento
<p>Resolución 1445 (8 de mayo de 2006).</p> <p>Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones. Anexo técnico 1.</p>	Anexo técnico 1	Mejoramiento continuo de los servicios de protección específica y detección temprana



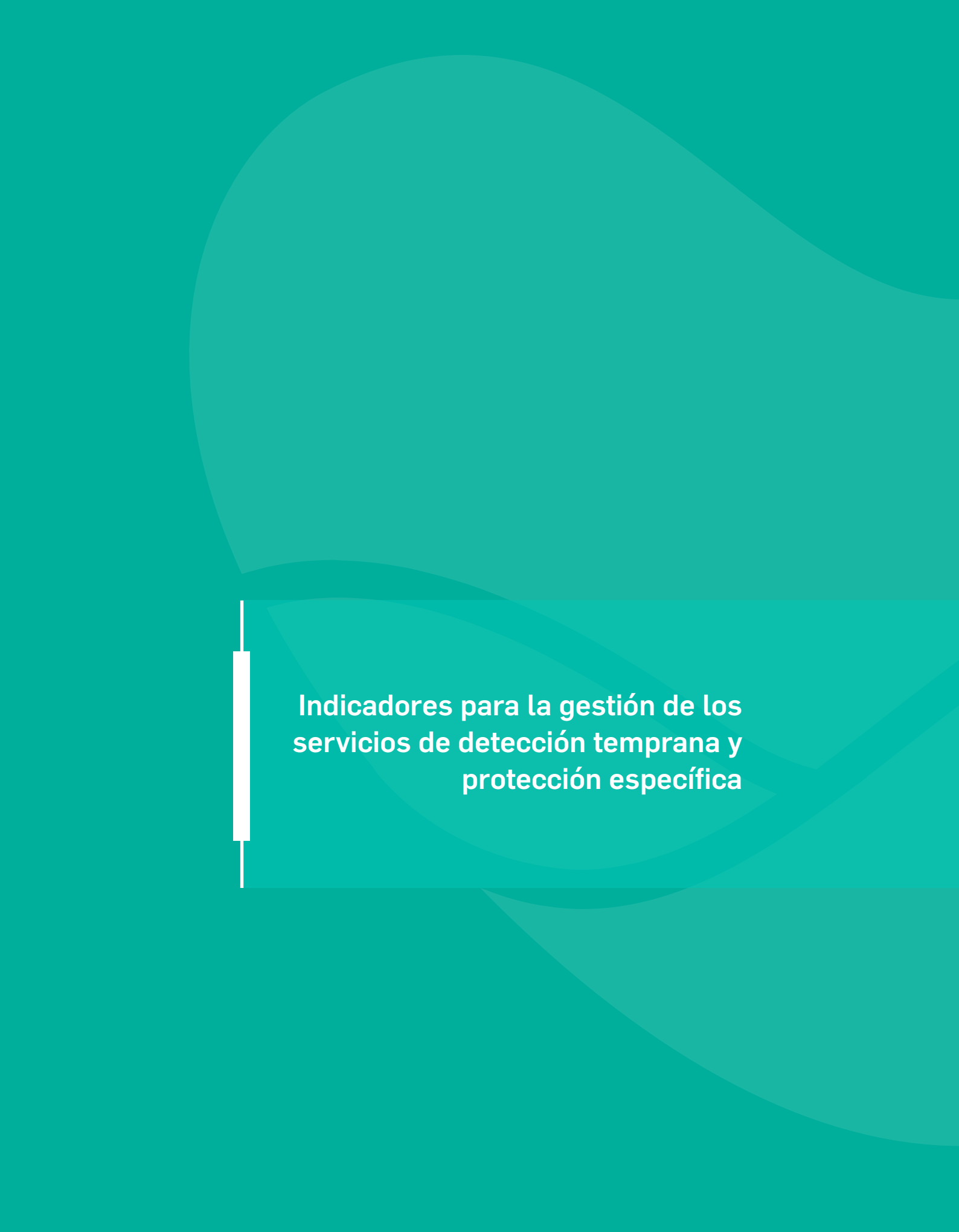
Norma	Referencia	Proceso relacionado
<p>Resolución 2680 (3 de agosto de 2007).</p> <p>Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 1043 de 2006 y se dictan otras disposiciones.</p>	Artículo 1	Suficiencia del talento humano en los servicios de protección específica y detección temprana
<p>Resolución 0425 (11 de febrero de 2008).</p> <p>Por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las Entidades Territoriales.</p>	Artículos 6, 15, 17	Gestión de las estrategias IEC dirigidas a los usuarios para el empoderamiento en la toma de decisiones informadas en salud
<p>Resolución 769 (3 de marzo de 2008).</p> <p>Por medio de la cual se adopta la actualización de la Norma Técnica para la atención en planificación familiar a hombres y mujeres establecida en la Resolución 412 de 2000.</p>	Artículo 2	<p>Gestión de las actividades, procedimientos e intervenciones de obligatorio cumplimiento</p> <p>Búsqueda de inasistentes a las actividades establecidas en las Normas Técnicas de protección específica y detección temprana, y en las Guías de atención de las Enfermedades de Interés en Salud Pública</p>
<p>Resolución 4003 (21 de octubre de 2008).</p> <p>Por medio de la cual se adopta el Anexo Técnico para el manejo integral de los pacientes afiliados al Régimen Subsidiado en el esquema de subsidio pleno, de 45 años o más con Hipertensión Arterial y/o Diabetes Mellitus Tipo 2.</p>		<p>Gestión de las actividades, procedimientos e intervenciones de obligatorio cumplimiento</p> <p>Búsqueda de inasistentes a las actividades establecidas en las Normas Técnicas de protección específica y detección temprana, y en las Guías de atención de las Enfermedades de Interés en Salud Pública</p>

Norma	Referencia	Proceso relacionado
<p>Resolución 4505 (28 de diciembre de 2012).</p> <p>Por la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento.</p>		Gestión de las actividades, procedimientos e intervenciones de obligatorio cumplimiento
		Búsqueda de inasistentes a las actividades establecidas en las Normas Técnicas de protección específica y detección temprana, y en las Guías de atención de las Enfermedades de Interés en Salud Pública
		Continuidad de las acciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento
<p>Resolución 2003 (28 de mayo de 2014).</p> <p>Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud.</p>	<p>Numerales 2.3.2.1, 2.3.2.2</p>	Capacitación dirigida al personal asistencial
		Suficiencia del talento humano en los servicios protección específica y detección temprana
		Mejoramiento continuo de los servicios de protección específica y detección temprana
<p>Acuerdo 117 (29 de diciembre de 1998).</p> <p>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.</p>	Artículo 2	Seguimiento de la adherencia de los usuarios a las actividades establecidas en las normas técnicas y guías de atención priorizadas
		Búsqueda de inasistentes a las actividades establecidas en las Normas Técnicas de protección específica y detección temprana, y en las Guías de atención de las Enfermedades de Interés en Salud Pública
	Artículo 11	Caracterización de la población
	Capítulos I, II Artículo 10	Gestión de las actividades, procedimientos e intervenciones de obligatorio cumplimiento
	Artículos 20, 21	Actividades para la inducción a la demanda



Norma	Referencia	Proceso relacionado
Acuerdo 029 (28 de diciembre de 2011).  Por el cual se sustituye el Acuerdo 028 de 2011, que define, aclara y actualiza integralmente el POS.	Artículos 5, 11	Auditoría a la calidad de los procesos de gestión y de atención de los servicios de protección específica y detección temprana
Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.  (Adoptado mediante la Resolución 1841 de 2013, del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia).	Dimensiones 2, 4, 5	Concepto transversal a todos los procesos del manual
	Numeral 4.4.2	Seguimiento de la adherencia de los usuarios a las actividades establecidas en las normas técnicas y guías de atención priorizadas
	Numeral 7.5.3	Actividades para la inducción a la demanda
	Numerales 7.5.3.2.3, 8.1.4.2.3	Capacitación dirigida al personal asistencial
Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.  (Adoptado mediante la Resolución 1841 de 2013, del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia).	Numeral 8	Gestión de las estrategias IEC dirigidas a los usuarios para el empoderamiento en la toma de decisiones informadas en salud
	Numeral 10.6	Caracterización de la población
Plan de Desarrollo Municipal 2012-2015, "Medellín, un hogar para la vida".	Componente 2	Concepto transversal a todos los procesos del manual
Plan Local de Salud Municipal 2012-2015 "Medellín, ciudad saludable".		Concepto transversal a todos los procesos del manual
NTC - ISO 19011 de 2012.		Auditoría a la calidad de los procesos de gestión y de atención de los servicios de protección específica y detección temprana





**Indicadores para la gestión de los  
servicios de detección temprana y  
protección específica**



**Tabla 2.** Consolidado de indicadores para la gestión de los servicios de detección temprana y protección específica

Número del Proceso	Nombre del Proceso	Indicadores del Proceso			Anexo
		Número y nombre del indicador	Tipo de indicador	Atributo de calidad	
1	Caracterización de la población	1. Porcentaje de afiliados incluidos en la base de datos	Proceso	Eficacia	Anexo 4
		2. Porcentaje de afiliados con las variables actualizadas	Proceso	Eficacia	
2	Gestión de actividades, procedimiento e intervenciones de obligatorio cumplimiento	3. Oportunidad en la difusión de la programación de actividades	Proceso	Eficacia	Anexo 8
		4. Porcentaje de cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones	Proceso	Eficacia	
		5. Cobertura de actividades, procedimientos e intervenciones	Cobertura	Efectividad	
		6. Frecuencia de uso de los servicios o concentración	Estructura	Eficiencia	
		7. Proporción de usuarios externos satisfechos	Resultado	Efectividad	
		8. Porcentaje de demanda no atendida	Proceso	Accesibilidad	
		9. Oportunidad en la asignación de citas de ingreso para los servicios de detección temprana y protección específica	Proceso	Accesibilidad Oportunidad	
		10. Porcentaje de inasistentes a los servicios de detección temprana y protección específica	Proceso	Continuidad	
		11. Porcentaje de adherencia a normas técnicas y guías de atención	Proceso	Pertinencia	
3	Inducción a la demanda	12. Proporción de cumplimiento de las estrategias de inducción a la demanda	Proceso	Eficacia	Anexo 12
		13. Proporción de la efectividad de las estrategias de demanda inducida	Resultado	Efectividad	



Número del Proceso	Nombre del Proceso	Indicadores del Proceso			Anexo
3	Inducción a la demanda	14. Proporción de cumplimiento de las actividades según estrategias de inducción a la demanda	Proceso	Eficacia	Anexo 12
		15. Cobertura de los servicios de protección específica y detección temprana	Resultado	Efectividad	
4	Gestión de las estrategias IEC dirigidas a los usuarios para el empoderamiento en la toma de decisiones	16. Porcentaje de personas a las que se les realiza difusión del documento con las estrategias de IEC	Proceso	Eficacia	Anexo 17
		17. Porcentaje de cumplimiento de las actividades del plan de ejecución de las estrategias IEC	Proceso	Eficacia	
		18. Cobertura de usuarios beneficiados con estrategias de IEC	Resultado	Efectividad	
		19. Satisfacción de los usuarios sujetos de las actividades de IEC desarrolladas	Resultado	Satisfacción	
		20. Proporción de usuarios de los servicios de detección temprana y protección específica hospitalizados por complicaciones	Resultado	Efectividad	
		21. Proporción de maternas con parto institucional que asistieron a control prenatal	Resultado	Efectividad	
		22. Proporción de niños de 6 meses y menos que se alimentan exclusivamente de lactancia materna y que asisten a crecimiento y desarrollo	Resultado	Efectividad	
23. Proporción de usuarios que perciben que la información suministrada para el cuidado en casa fue apropiada	Resultado	Efectividad			



Número del Proceso	Nombre del Proceso	Indicadores del Proceso			Anexo
5	Capacitación dirigida al personal asistencial	24. Porcentaje de necesidades de capacitación priorizadas e incluidas en la programación	Proceso	Eficiencia	Anexo 22
		25. Porcentaje de cumplimiento de eventos de capacitación	Proceso	Eficacia	
		26. Cobertura de personal asistencial con actividades educativas	Resultado	Efectividad	
		27. Proporción de personal beneficiado	Resultado	Eficacia	
		28. Porcentaje de beneficiarios satisfechos con el evento	Resultado	Satisfacción	
		29. Porcentaje de necesidades manifestadas por el personal incluidas en el plan de capacitación	Proceso	Eficacia	
		30. Promedio de la calificación obtenida por los asistentes a las capacitaciones	Proceso	Eficacia	
		31. Costo promedio de la capacitación por persona	Estructura	Eficiencia	
		32. Proporción de cumplimiento del plan de capacitación anual	Proceso	Eficacia	
6	Suficiencia del talento humano en los servicios de protección específica y detección temprana	33. Porcentaje de suficiencia de talento humano	Estructura	Eficiencia	Anexo 25
7	Seguimiento de la adherencia de los usuarios a las actividades establecidas en las normas técnicas y guías de atención priorizadas	34. Porcentaje de cumplimiento de los usuarios a las citas programadas	Proceso	Eficacia	Anexo 29
		35. Porcentaje de asistencia de los usuarios a las actividades educativas programadas	Proceso	Eficacia	
		36. Porcentaje de usuarios adherentes al tratamiento farmacológico prescrito	Proceso	Pertinencia	
		37. Proporción de pacientes con hipertensión arterial controlada	Resultado	Efectividad	
		38. Proporción de pacientes adherentes con el plan concertado	Proceso	Pertinencia	

Número del Proceso	Nombre del Proceso	Indicadores del Proceso			Anexo
8	Búsqueda de inasistentes a las actividades establecidas en las Normas Técnicas y en las Guías de atención	39. Porcentaje de inasistentes en los que se ejecutan acciones de búsqueda	Proceso	Eficacia	Anexo 34
		40. Porcentaje de inasistentes recuperados en el mes	Resultado	Accesibilidad	
9	Continuidad de las acciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento	41. Porcentaje de afiliados con reporte de las actividades de protección específica y detección temprana	Proceso	Eficacia	Anexo 37
		42. Porcentaje de afiliados con reporte de las actividades radicados en la EAPB receptora	Proceso	Eficacia	
		43. Porcentaje de afiliados nuevos con reporte de las actividades de protección específica y detección temprana	Proceso	Eficacia	
		44. Porcentaje de afiliados nuevos a los que se les garantiza la continuidad de la atención	Proceso	Eficacia	
10	Auditoría a la calidad de los procesos de gestión y de atención de los servicios de protección específica y detección temprana	47. Porcentaje de cumplimiento del programa de auditoría	Resultado	Eficacia	Anexo 44
		48. Oportunidad de entrega de los informes	Proceso	Eficacia	
		49. Porcentaje de cumplimiento de los criterios de auditoría	Proceso	Eficacia	
		50. Cobertura en auditoría de los servicios de detección temprana y protección específica	Resultado	Efectividad	
11	Mejoramiento continuo de los servicios de protección específica y detección temprana	51. Porcentaje de oportunidades de mejora con acciones de mejora formuladas	Proceso	Eficacia	Anexo 49
		52. Porcentaje de actividades con evidencia de ejecución	Proceso	Eficacia	
		53. Porcentaje de acciones de mejora que afectan favorablemente la causa raíz	Resultado	Efectividad	



# Metodología

La documentación del manual se logró mediante la ejecución de las siguientes etapas:

1. Consulta y consolidación del marco conceptual y normativo que fundamenta la implementación de los procesos básicos que estructuran el "Manual para la gestión de la atención en los servicios de protección específica y detección temprana".
2. Búsqueda de bibliografía en algunas de las bases de datos disponibles como: Scielo, Google Académico y PubMed; a partir de los resultados obtenidos, se documentó y estructuró el marco conceptual y normativo para cada uno de los procesos básicos que sustentan la pertinencia y coherencia de los elementos incluidos en cada uno de ellos.
3. Documentación de los procesos, tanto conceptualmente como de acuerdo con la normatividad vigente. Ésta contiene la estructura general de los procesos básicos para la gestión de los servicios de protección específica y detección descritos anteriormente, el flujograma de cada uno de los procesos y sus elementos de salida o productos.

La estructura:

La estructura de un proceso es la "organización y ordenamiento sistemático de la información y conocimientos con relación a un fenómeno o aspecto de la realidad" (4).

La estructura de cada proceso básico descrito en este Manual contiene los siguientes elementos: nombre, descripción, marco normativo, objetivo, elementos de entrada, elementos de transformación, elementos de salida, responsables, recursos, requisitos, indicadores de medición, verificación, análisis y mejora.

Los flujogramas:

Un flujograma es la diagramación de la secuencia lógica de actividades que se deben desarrollar para alcanzar los objetivos del proceso.

Cada uno de los procesos básicos descritos contiene la diagramación del algoritmo en que se representa la secuencia e interacción de los procesos, procedimientos y tareas desarrollados en el Manual.

Los elementos de salida:

Es el diseño de los productos esperados con la ejecución del proceso, que cumplen con los criterios y características deseados.

Los elementos de salida contenidos en este Manual materializan la estructura básica y los criterios de calidad que deben cumplir los productos descritos en los objetivos del proceso.

4. *Discusión y concertación de los procesos descritos.* Se llevan a cabo principalmente en tres momentos: Con el equipo técnico y la coordinación de auditoría y técnico-científica, con los referentes de la SSM, y con los líderes de IPS y EPS de la ciudad.
5. *Ajustes a los procesos.* Se realizan de acuerdo con la pertinencia de los aportes, observaciones y sugerencias de los participantes en los diferentes momentos de discusión y concertación.
6. *Documentación del Manual.*
7. *Validación del Manual.* El documento preliminar fue puesto a consideración de los líderes de los servicios de promoción de salud y prevención de la enfermedad que aceptaron voluntariamente la invitación, de las EAPB e IPS del municipio de Medellín y de los referentes técnicos de la Secretaría de Salud de Medellín. Los líderes, de acuerdo con su experiencia, valoraron la estructura general del documento y de los procesos. Adicionalmente, los referentes técnicos de la Secretaría de Salud de Medellín evaluaron la pertinencia, el alcance, la claridad y la coherencia del Manual y en especial de los procesos básicos incluidos en él. De los dos ejercicios se identificaron oportunidades de mejora que permitieron ajustar el documento final.



# Marco de referencia

## Marco conceptual

Para entender cómo realizar la *gestión de la atención* en los servicios de protección específica y detección temprana es indispensable, en primer lugar, saber que la gestión la constituyen todos los procesos de planificación, administración, gerencia, monitoreo, supervisión, evaluación y ajuste que son enlazados en su aplicación en cada una de las unidades operativas de la atención, dándoles sentido, direccionalidad y coherencia (5). “Gestionar es dirigir, administrar los recursos, lograr los objetivos y metas propuestos. Lo anterior exige coordinar y motivar, articular adecuadamente tanto a las personas como a los recursos materiales de una organización para que esos objetivos se alcancen en un contexto de eficacia y eficiencia” (6).

En segundo lugar, es importante identificar la *atención integral* como el “conjunto de acciones aplicadas desde los servicios de salud (promoción, prevención, curación y rehabilitación) a un individuo, familia o población, que permite evitar, reducir, tratar o paliar un problema de salud” (7). Según el artículo 5 de la Ley 1616, “es la concurrencia del talento humano y los recursos suficientes y pertinentes en salud para responder a las necesidades... de la población, incluyendo la promoción, prevención, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social” (8) Sin embargo, la noción de integralidad va más allá de la gama de servicios ofertados, pues, además, hace referencia a un abordaje biopsicosocial y a un modelo de atención centrado en las familias y la comunidad. Por último, la *atención integrada* “hace referencia a la conjunción de los distintos niveles de complejidad, complementariedad y continuidad en la atención..., según las necesidades de salud de las personas” (8)

La *atención integral e integrada* es, entonces, la atención en salud en una doble dimensión: la primera se relaciona con el carácter multidimensional de la salud individual y colectiva; es decir, el reconocimiento de que la salud es el producto de las condiciones económicas, sociales, culturales, ambientales y biológicas; y la segunda tiene que ver con la provisión de manera coordinada y continua de servicios integrados de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación de la salud, rehabilitación y cuidados paliativos (5). Implica mantener la coherencia y correspondencia entre la gestión y la atención de salud, y debe ser concebida como un proceso continuo que se adecúa y reajusta permanentemente de acuerdo con la realidad local, (5) con el objeto de responder de manera oportuna y pertinente a las necesidades de los usuarios y sus familias.

Para brindar una atención con las características anteriormente descritas, es necesario que las IPS cuenten con servicios organizados y coordinados entre sí, de tal manera que se aprovechen todas las oportunidades de educación en salud, promoción, prevención y atención cuando el usuario acceda a cualquier actividad, procedimiento o intervención que oferte la institución y que se realice inducción a la demanda de quienes no consultan; se requiere además que el Sistema General de Seguridad Social en Salud garantice una red de instituciones articulada, adecuada, suficiente y dispuesta, de acuerdo con los diferentes niveles de complejidad, de tal manera que se proporcione una atención con criterios de continuidad, pertinencia, oportunidad, accesibilidad y seguridad.

En conclusión, la gestión de la atención es vigilar cómo se afrontan, intervienen y superan las dificultades, y se facilita que las atenciones a las personas y grupos sujetos de los servicios de protección específica y detección temprana se brinden de manera integral, teniendo en cuenta las diferentes esferas del ser humano —física, psicológica, espiritual y social— intervenibles por el sector salud, para la promoción y mantenimiento de su salud, la prevención de la enfermedad, y la atención de los eventos de interés en salud pública. La gestión es integrada, en tanto se asegure la complementariedad y continuidad de la atención en el tiempo y en los distintos niveles de complejidad que existen en el Sistema de Salud, para dar cumplimiento a las normas de detección temprana y protección específica y a las guías de atención para las enfermedades de interés en salud pública.

La protección específica es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a garantizar la protección de los afiliados frente a un riesgo específico, con el fin de evitar la presencia de la enfermedad (1).

La 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 (1).

De acuerdo con la Resolución 4505 del 2012, el registro de las actividades de Protección Específica y Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral de las enfermedades de interés en salud pública son de obligatorio cumplimiento para IPS, EAPB y secretarías departamentales y municipales de salud.

### **Sistema de gestión de la calidad de los servicios de protección específica y detección temprana**

Un sistema de gestión de la calidad es una forma de trabajar mediante la cual una institución asegura la satisfacción de las necesidades de sus clientes, para lo cual planifica, mantiene y mejora continuamente el desempeño de sus procesos bajo un esquema de eficiencia y eficacia que le permite lograr ventajas competitivas (9). Es una estructura operacional de trabajo, bien documentada e integrada a los procedimientos técnicos y gerenciales, para guiar las acciones del talento humano, la maquinaria o equipos, los dispositivos médicos y la información de la organización de manera práctica y coordinada (10).

Dicho de otra manera, es una serie de actividades coordinadas que se llevan a cabo sobre un conjunto de elementos (recursos, procedimientos, documentos, estructura organizacional y estrategias) con el objetivo de lograr la calidad de los servicios que se ofrecen al usuario. Para ello es necesario planear, controlar y mejorar aquellos elementos de una organización que influyen en la satisfacción del cliente y en el logro de los resultados deseados por la organización (10).

Este sistema comprende los procesos, recursos y documentos que se necesitan, así como su implementación y verificación para alcanzar los objetivos de la protección específica y detección temprana, proveer mejoramiento de productos y servicios y cumplir las necesidades de los usuarios así como las normas técnicas y guías de atención de nuestros clientes (11).

Los pilares del *sistema de gestión de la calidad* para los servicios de protección específica y detección temprana se fundamentan en los siguientes pasos: Garantía de la calidad, Gestión por procesos, Auditoría a la calidad y Mejora continua.

#### **Garantía de la calidad:**

Es la concurrencia de las acciones que, de manera deliberada y sistemática, realizan los individuos y las instituciones para proteger a sus usuarios contra riesgos innecesarios y proporcionarles los mayores beneficios para mantener o mejorar la calidad de vida. Estas acciones se realizan a través del monitoreo, la evaluación, el diseño, el desarrollo y los cambios organizacionales (12).

Además, el Sistema de Garantía de Calidad—SGC—es el conjunto de procedimientos documentados necesarios para implantar la Gestión de la Calidad, partiendo de una estructura organizativa y de unos recursos determinados. Debe funcionar de forma que genere la confianza necesaria en los servicios que realmente satisfacen las necesidades/expectativas del cliente, haciendo más énfasis en la prevención de los problemas que en su detección después de producirse (12).

La existencia de un Sistema de Garantía de Calidad en una organización anima a la misma a:

- Analizar los requisitos del cliente/grupos de interés.
- Definir los procesos que contribuyen al logro de servicios aceptables para el cliente.
- Mantener estos procesos bajo control.

En la estructuración de un sistema de garantía de calidad se deben tener en cuenta aquellos componentes que se consideran críticos en el seguimiento de los servicios asistenciales, para garantizar una atención óptima y para efectos de programación de actividades. Dichos componentes son los siguientes:

- ✓ Evaluación de la calidad de los recursos:
  - Idoneidad del recurso humano
  - Calidad de los insumos para salud
  - Tecnología biomédica disponible
  - Capacidad de recursos físicos



- ✓ Evaluación de calidad de acuerdo con el grado de sistematización y control de los procesos de trabajo, para contribuir al mejoramiento continuo de dichos procesos.
- ✓ Monitoreo del proceso de atención.
- ✓ Satisfacción del usuario.

Los anteriores componentes son punto de referencia para cualquier sistema de garantía de la calidad generalmente aceptado.

El Decreto 1011 de 2006 establece la *Calidad de la Atención de Salud* como “la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios”; para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad —SOGC— deberá cumplir con las siguientes características (2):

**Accesibilidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud —SGSSS—.

**Oportunidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

**Seguridad.** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basados en evidencias científicamente probadas, que propende por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

**Pertinencia.** Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren con la mejor utilización de los recursos, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

**Continuidad.** Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades basada en el conocimiento científico.

Estas características de calidad se deben tener en cuenta en la atención de los servicios de protección específica y detección temprana, y en la documentación y ejecución de los procesos de gestión; y se deben evaluar por medio de indicadores que permitan identificar el grado de avance o retroceso de la institución.

Dado que el *sistema único de habilitación* (13) busca controlar el riesgo asociado a la prestación de servicios de salud y controlar las condiciones en que se ofrecen los servicios, es fundamental no sólo establecer las condiciones mínimas de estructura sino poder entender cómo éstas deben contribuir a mejorar el resultado en la atención; por lo tanto, los siguientes estándares deben ser objeto de seguimiento continuo, evaluados y mejorados con el propósito de disminuir los riesgos en la prestación de los servicios:

- ✓ **Talento humano.** Son las condiciones mínimas para el ejercicio profesional y ocupacional del talento Humano asistencial, y la suficiencia de este recurso para el volumen de atención.



- ✓ **Infraestructura.** Son las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura de las áreas asistenciales, o características de ellas, que condicionan procesos críticos asistenciales.
- ✓ **Dotación.** Son las condiciones, suficiencia y mantenimiento de los equipos médicos que determinan procesos críticos institucionales.
- ✓ **Medicamentos,** dispositivos médicos e insumos. Es la existencia de procesos para la gestión de medicamentos homeopáticos, fitoterapéuticos, productos biológicos, componentes anatómicos, dispositivos médicos, reactivos de diagnóstico in vitro, elementos de rayos X y de uso odontológico, así como de los demás insumos asistenciales que utilice la institución, incluidos los que se encuentran en los depósitos o almacenes del prestador, cuyas condiciones de selección, adquisición, transporte, recepción, almacenamiento, conservación, control de fechas de vencimiento, control de cadena de frío, distribución, dispensación, uso, devolución, seguimiento al uso y disposición final, conlleven directamente riesgos en la prestación de los servicios.
- ✓ **Procesos prioritarios.** Es la existencia, socialización y gestión del cumplimiento de los principales procesos asistenciales, que condicionan directamente la prestación con calidad y con el menor riesgo posible en cada uno de los servicios de salud.
- ✓ **Historia clínica y registros clínicos.** Es la existencia y el cumplimiento de procesos que garanticen la historia clínica por paciente y las condiciones técnicas de su manejo y el de los registros de procesos clínicos diferentes a la historia clínica, que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios.
- ✓ **Interdependencia de servicios.** Es la existencia o disponibilidad de servicios o productos, propios o contratados de apoyo asistencial o administrativo, necesarios para prestar en forma oportuna, segura e integral los servicios ofertados por un prestador.

Lo anterior se posibilita en la medida en que se incorporen procesos de evaluación y de auditoría en las actividades de la atención, que permitan garantizar la mejora continua.

### ***Gestión por procesos:***

Como su nombre lo indica, la Gestión por procesos (14) es la forma de gestionar toda la organización basándose en los procesos, los cuales se entienden como una secuencia de actividades orientadas a generar un valor añadido sobre una ENTRADA para conseguir un resultado, y una SALIDA que a su vez satisfaga los requerimientos del cliente.

La implantación de la gestión por procesos es una de las herramientas de mejora de la gestión más efectiva para las instituciones de salud. Un resultado deseado se consigue más eficientemente cuando las actividades y los recursos necesarios son gestionados como un proceso.

Una gestión por procesos estructurada con los recursos y la coordinación adecuados permite optimizar de forma significativa la utilización de los recursos, mejorar la calidad asistencial y aportar una visión y unas herramientas con las que se puede mejorar y rediseñar el flujo de trabajo para hacerlo más eficiente y adaptado a las necesidades de los clientes.

Para *gestionar los procesos de atención* en protección específica y detección temprana de modo eficiente es necesario considerar a los líderes, quienes deben asumir la responsabilidad global de la gestión por procesos y la mejora continua. Para ello se debe tener la suficiente autoridad para poder implantar los cambios en el proceso que conduzcan a mejorar sus resultados. Se debe contar con un equipo conformado por las personas directamente implicadas en el proceso.

Los siguientes son los beneficios de la gestión por procesos:

- Los servicios de protección específica y detección temprana cuentan con sus procesos debidamente documentados y controlados.
- Mejora la comunicación interna entre los diferentes servicios de las instituciones de salud.
- Mejora la eficiencia y la productividad al optimizar los recursos.
- Permite el entrenamiento de las personas (promueve el desarrollo de planes de capacitación a todo nivel).
- Permite establecer y utilizar estándares en los procesos.
- Favorece el control estadístico de los procesos, lo que ayuda a reducir la variación.

La estandarización de los procesos es un paso dinámico del sistema de gestión de la calidad, por medio del cual se documentan los trabajos por realizar, la secuencia, los materiales y equipos necesarios para la ejecución de los mismos. Es necesario estandarizar los procesos para:

- Eliminar su variabilidad.
- Asegurar resultados esperados.
- Optimizar el uso de recursos.

Cuando se logra la *estandarización y documentación* de los procesos, se construye un marco de referencia común que permite alinear la operación con los objetivos de la organización. Al mismo tiempo, se puede medir la eficiencia de los procesos e identificar el logro de los resultados deseados y los principales factores que influyen en la experiencia del usuario.

Los procesos de los servicios de protección específica y detección temprana por estandarizar, son los priorizados por la Secretaría de Salud de Medellín descritos a continuación:

- 1. Caracterización de la población:** es la identificación y ubicación de los usuarios que asisten a los servicios de protección específica y detección temprana, y de los que, sin estar asistiendo, son potenciales beneficiarios de dichos servicios. Esta identificación deberá contemplar, según los requerimientos del servicio o programa, variables demográficas, contractuales, epidemiológicas, históricas, geográficas, económicas, sociales, culturales, de estilos de vida y de salud, con el fin de identificar las necesidades de acceso, los riesgos en salud y otras características de los mismos. La información servirá para formular las estrategias de inducción de la demanda e intervención del riesgo (15).



2. **Gestión de las actividades, procedimientos e intervenciones de obligatorio cumplimiento:** es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones costo-efectivas para desarrollar en forma secuencial y sistemática en la población afiliada, para el cumplimiento de las acciones de detección temprana y protección específica, establecidas en las normas técnicas (1).
3. **Actividades para la inducción a la demanda:** acción de organizar, incentivar y orientar a la población hacia la utilización de los servicios de protección específica y detección temprana, y la adhesión a las consultas de control (16).
4. **Estrategias IEC dirigidas a los usuarios para el empoderamiento en la toma de decisiones informadas en salud:** son elementos claves que pretenden “promover y consolidar cambios de comportamiento o actitudes a través de la combinación de tecnologías, enfoques comunicacionales y procesos de socialización”, partiendo de los procesos de participación y movilización social hasta la configuración y fortalecimiento de redes sociales (17).
5. **Capacitación dirigida al personal asistencial:** proceso continuo dirigido a proporcionar conocimientos y desarrollar competencias destinados a mejorar el desempeño y la calidad de vida en el trabajo, factores claves que permiten a una institución lograr sus objetivos; debe identificar las necesidades que surgen de los cambios que puedan ocurrir respecto de los procesos institucionales, de la normatividad y del desempeño de las personas, para definir estrategias de intervención (18).
6. **Evaluación de la suficiencia del talento humano de los servicios de protección específica y detección temprana:** es el cálculo del tiempo requerido por el talento humano para garantizar la realización de actividades de protección específica y detección temprana, basados en estándares de calidad y en la demanda institucional.
7. **Seguimiento de la adherencia de los usuarios a las actividades establecidas en las Normas Técnicas y Guías de Atención priorizadas:** el concepto de adherencia o cumplimiento al tratamiento hace referencia a una gran diversidad de conductas; entre ellas se incluyen desde tomar parte en el programa de tratamiento y continuar con el mismo, hasta desarrollar conductas de salud, evitar conductas de riesgo, acudir a las citas, tomar correctamente la medicación y realizar adecuadamente el régimen terapéutico (19).
8. **Búsqueda de inasistentes a las actividades establecidas en las Normas Técnicas de protección específica y detección temprana y en las Guías de atención de las Enfermedades de Interés en Salud Pública:** es el conjunto de actividades para la búsqueda activa de pacientes inasistentes y las intervenciones similares a las realizadas cuando los pacientes no asisten a una cita para alentarles a que regresen al tratamiento (20).
9. **Continuidad de las actividades de los servicios de protección específica y detección temprana:** es el conjunto de actividades tendientes a garantizar la continuidad de las acciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento,

cuando por cualquier motivo un afiliado cambie de un régimen a otro o cuando se produzca el traslado de Entidad Promotora de Salud, Entidad Adaptada o Administradora del Régimen Subsidiado (1).

**10. Auditoría a la calidad de los procesos de gestión y de atención de los servicios de protección específica y detección temprana:** es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada con relación a la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios (2).

**11. Mejoramiento continuo de los servicios de protección específica y detección temprana:** el Mejoramiento Continuo de la Calidad —MCC— en salud debe ser visto como un proceso de autocontrol, centrado en el usuario, en sus necesidades en salud y su satisfacción, y debe involucrar a todas las personas en la organización. El autocontrol consiste en la identificación permanente de aspectos del proceso que resulten susceptibles de mejorar, con el fin de establecer los ajustes necesarios y superar las expectativas de los usuarios (2).

En la gestión por procesos es de gran utilidad el ciclo “Planear, Hacer, Verificar y Actuar” —PHVA— para intervenir sobre los procesos, resolviendo continuamente las desviaciones de los resultados esperados. El mantenimiento y la mejora continua de la capacidad del proceso pueden lograrse aplicando el concepto de PHVA en cualquier servicio de la institución y en cualquier tipo de procesos, ya que este concepto está íntimamente asociado con la planificación, la implementación, el control y la mejora del desempeño de los procesos.

#### **Auditoría de la calidad:**

La Auditoría de Calidad es un examen metódico e independiente que se realiza para determinar si las actividades y los resultados relativos a la calidad cumplen las disposiciones previamente establecidas, y si estas disposiciones se llevan a cabo de forma efectiva y son adecuadas para alcanzar los objetivos establecidos (21).

La auditoría de calidad es un proceso sistemático y documentado. Es una herramienta de gestión empleada para verificar y evaluar las actividades relacionadas con la calidad en el seno de una organización. Con el uso de la auditoría se puede evaluar la eficacia de las distintas actividades que constituyen el sistema de calidad de una organización, y de las medidas correctivas/preventivas adoptadas. Se indica que las auditorías de calidad proporcionan a la dirección de la empresa evidencias objetivas basadas en hechos, lo cual le va a permitir tomar decisiones basándose en hechos y no en hipótesis (22).

La auditoría de calidad para los servicios de protección específica y detección temprana permite:

- Determinar las fortalezas y debilidades de los procesos y el cumplimiento de la adherencia a las guías de atención por parte del equipo de salud.
- Proporcionar a la institución la oportunidad de mejorar el desarrollo de los procesos y la adherencia a las guías de atención.
- Retroalimentar y mejorar el funcionamiento de los procesos.



Una organización que tiene la necesidad de realizar auditorías debe documentar, implementar evaluar y mejorar su proceso de auditoría, así como gestionar un programa de auditoría para dar cumplimiento al objetivo y utilizar mejor los recursos.

**Mejora continua:**

“Es una forma de vida, una cultura en la cual todos los que trabajan en la empresa tienen sus ojos, su mente y sus oídos bien abiertos para poder reconocer las oportunidades de mejoramiento y capitalizarlas en acciones concretas que se reflejan en mejores procesos y productos” (23). La aplicación del mejoramiento continuo en las organizaciones se debe ver como una herramienta para la solución de dificultades o hacia el aprovechamiento de oportunidades.

El mejoramiento continuo mejora la calidad de los productos y servicios, disminuye los costos, mejora los métodos de trabajo, posibilita la satisfacción de las necesidades de los clientes y de la organización y disminuye los tiempos de trabajo de todo el proceso. Entre las ventajas se mencionan las siguientes (23):

- Posibilita la identificación, el tratamiento y la solución de los problemas así como el aprovechamiento de oportunidades.
- Permite eliminar o atenuar las debilidades y afianzar e incrementar las fortalezas.
- Analizar los procesos, renovarlos y actualizarlos, permitiendo a las organizaciones ser más competitivas, eficaces y eficientes.
- Obtener mejoras a corto plazo, no sólo en la parte productiva o de servicio sino también en la administrativa.
- Permite ajustar los procesos con el desarrollo tecnológico para incrementar la productividad.

La base del modelo de mejora continua es la evaluación; en ella se detectan puntos fuertes que hay que mantener y áreas con oportunidades de mejora, cuyo objetivo deberá ser la intervención mediante la formulación, ejecución y evaluación de planes de mejoramiento.

La implementación de los procesos de mejora continua se logra mediante los siguientes pasos (24):

- Analizar los datos e información obtenidos.
- Análisis de las causas que generan los problemas mediante la utilización de herramientas de calidad, lo cual permitirá identificar la causa raíz de los problemas.
- Proponer alternativas de mejora.
- Formulación del plan de mejora de forma participativa.
- Seguimiento al plan de mejoramiento.

Cada institución debe contar con su proceso de mejora continua documentado, implementado, evaluado y mejorado.

## Marco normativo general

El presente Manual para la gestión integral de la atención de los servicios de protección específica y detección temprana, se sustenta en el marco normativo que a continuación se menciona:

La Constitución Política de Colombia de 1991 hace referencia a la salud como un derecho fundamental y a la seguridad social como un servicio público de carácter obligatorio; en el Artículo 11 establece la protección del derecho a la vida como un derecho fundamental, que se satisface en la medida en que se garanticen otros derechos conexos como la salud, enunciada en la Constitución en el Artículo 59, con una connotación de rango constitucional que vincula a todos los poderes del Estado y a los particulares. De igual manera, establece las responsabilidades que el Estado, las personas y la comunidad tienen con respecto a la salud (25).

La Resolución 425 de 2008 define la metodología que deberán cumplir las entidades para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control de los planes en salud y las acciones que integran el Plan de Intervenciones Colectivas de Obligatorio Cumplimiento.

La Resolución 412 de 2000 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, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública.

El Acuerdo 117 de 1998 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud establece el obligatorio cumplimiento de las actividades individuales, los procedimientos y las intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

Las actividades individuales definidas en el Acuerdo 117 se refieren a todas las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida, protección específica y detección temprana —DT— dirigidas a los diferentes grupos de edad, que impactan en la calidad de vida de las personas y generan estilos de vida saludables para lograr factores protectores que disminuyan la prevalencia de la enfermedad.

Este compendio de guías y normas técnicas determina como acciones de protección específica las acciones de atención al recién nacido, el programa ampliado de inmunizaciones —PAI—, la salud bucal, la atención del parto y la atención en planificación familiar a hombres y mujeres. Igualmente, establece actividades de detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo del menor de 10 años, la detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven de 10 a 29 años, del adulto mayor de 45 años, las alteraciones de la agudeza visual, del embarazo, el cáncer de mama y el cáncer de cuello uterino.

En el manejo de enfermedades de interés en salud pública se establecen acciones relacionadas con el bajo peso al nacer, alteraciones asociadas con la nutrición, infecciones respiratorias, enfermedad diarreica, tuberculosis pulmonar y extra pulmonar, meningitis meningocócica, asma bronquial, síndrome convulsivo, fiebre



reumática, vicios de refracción, estrabismo, cataratas, enfermedades de transmisión sexual (infección gonocócica, sífilis, VIH), hipertensión arterial, hemorragias asociadas al embarazo, menor y mujer maltratados, diabetes juvenil y del adulto, lepra, malaria, dengue, leishmaniosis cutánea y visceral y fiebre amarilla.

Por último, el Decreto 1011 del 2006 establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el cual es el soporte normativo para estandarizar el manejo de los servicios de protección específica y detección temprana y asegurar la calidad de la atención, con el objetivo de mejorar la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en todas las atenciones que se oferten a la población.

El Plan Decenal de Salud Pública —PDSP— plantea en la dimensión prioritaria 2 “*Vida saludable y condiciones no transmisibles*”, en sus primeros dos componentes, “Modos, condiciones y estilos de vida saludables” y “Condiciones crónicas prevalentes”, promocionar entornos que favorezcan una vida saludable y ofrecer respuestas integrales en el sector salud en coordinación intersectorial, orientadas a promover el acceso y abordaje efectivos de las enfermedades no trasmisibles —ENT— y las alteraciones de la salud bucal, visual y auditiva, en los servicios de salud y otros servicios sociales (26). En estos componentes se ubica la importancia de la DT del cáncer de seno, del cáncer de cuello uterino, la atención del riesgo vascular (HTA y DM), y las acciones educativas para el fomento del autocuidado y la prevención y manejo de todas las ENT.

La dimensión prioritaria 4, “*Seguridad alimentaria y nutricional*”, en su componente “Consumo y aprovechamiento biológico de alimentos”, busca fortalecer en la población la selección adecuada de los alimentos y la práctica de hábitos alimentarios saludables que le permitan mantener un estado de salud y nutrición adecuadas; se incluyen factores determinantes del medio ambiente, los entornos y estilos de vida, la situación nutricional de la población, la disponibilidad, la calidad y el acceso a los servicios de salud, agua potable y saneamiento básico (26). Se orienta la promoción y vigilancia de la lactancia materna exclusiva, la prevención y vigilancia de la mortalidad infantil por causas asociadas a la desnutrición —DNT— y al bajo peso al nacer —BPN—, y también los problemas de DNT global y crónica y la obesidad.

En la dimensión prioritaria 5, “*Derechos y sexualidad*”, los componentes “Promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género” y “Prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva, desde un enfoque de derechos” buscan que las personas, grupos y comunidades gocen del nivel más alto de la salud sexual y reproductiva, a través de la prevención y atención integral, humanizada y de calidad, y ejerzan sus derechos sexuales y reproductivos mediante la toma de decisiones autónomas, libres e informadas. Esta dimensión se relaciona con todas las actividades, procedimientos e intervenciones que se desarrollan en los servicios de planificación familiar, el control prenatal, la atención del parto y posparto, la atención de las víctimas de violencia sexual, la atención a las personas con VIH e ITS y las estrategias IEC relacionadas con la salud sexual y reproductiva (26). La dimensión prioritaria 6, “*Vida saludable y enfermedades transmisibles*”, contempla la atención del dengue y demás enfermedades transmitidas por vectores, entre otras.



De otro lado, el PDSP, en la **dimensión transversal** denominada “*Gestión diferencial de la población vulnerable*”, tiene en cuenta la población de niñas, niños y adolescentes, sujetos de atención en los programas y servicios relacionados con la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo menor de 10 años y DTA del desarrollo del joven de 10 a 29 años, así como el adulto mayor de 45 años. Adicionalmente, se orienta sobre la importancia de la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia —AIEPI— en la atención a los niños con EDA, IRA y DNT (26).

El Plan de Desarrollo Municipal “Medellín, un hogar para la vida, 2012-2015”, en la línea, “Ciudad que respeta, valora y protege la vida”, desarrolla el componente 2, “Medellín, ciudad saludable para la vida”, que tiene como objetivo facilitar el derecho a la salud de la población como aporte a su desarrollo humano integral y calidad de vida, a través de la promoción y educación en salud, prevención de la enfermedad, control de los factores de riesgo y acceso a los servicios de salud, en el marco de un trabajo intersectorial e interinstitucional con los actores del sistema de protección social, mediante los enfoques de derechos, poblacional, de ciclos vitales y características de diferenciación, de determinantes y territorio.

Teniendo en cuenta el objetivo descrito, el Plan Local de Salud 2012-2015 Municipal “Medellín, ciudad saludable”, se convierte en el eje articulador de todas las estrategias y las acciones que se implementarán para contribuir al desarrollo humano integral de los habitantes de Medellín, y en parte fundamental del soporte del presente Manual, en tanto determina la importancia y prioridad de las acciones de protección específica y detección temprana para la población; pero estas acciones contribuyen a la salud sólo si se brindan con alta calidad, y para esto es necesario estandarizar, implementar, hacer seguimiento y evaluar los procesos básicos para la gestión integral de la atención en los servicios de protección específica y detección, al interior de las instituciones.

### Marco normativo específico para cada proceso

#### 1. Caracterización de la población:

En el **Acuerdo 117 de 1998**, por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, intervenciones y procedimientos de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública, en su artículo 11 hace referencia a la responsabilidad de las EPS, Entidades Adaptadas y Transformadas y las Administradoras del Régimen Subsidiado, de establecer los mecanismos necesarios para identificar los riesgos en su población afiliada, con el fin de direccionar las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

El artículo 5 de la Resolución 0412 de 2000 plantea que las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado deberán elaborar e implementar estrategias que les garanticen a sus afiliados, de acuerdo con las condiciones de edad, género y salud, el acceso a las actividades procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana, así como la atención de enfermedades de interés en salud pública.



En el contenido del **Plan Decenal de Salud Pública —PDSP— 2012-2021** (numeral 10.6, Responsabilidades de las EPS), adoptado por medio de la **Resolución 1841 de 2013**, se plantea que en concordancia con las competencias establecidas en las normas legales, corresponde a las Entidades Promotoras de Salud —EPS— y a las entidades que ejercen funciones de entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, asumir frente al PDSP, entre otras, las siguientes responsabilidades: elaborar y actualizar el análisis de la situación de salud de la población afiliada, bajo el modelo y enfoques del PDSP, identificando tanto las inequidades en salud para intervenir y realizar la medición cuantitativa de los riesgos de la población afiliada, como los diferenciales poblacionales para la planeación de la atención en salud. Lo anterior requiere mantener actualizada la caracterización de la población.

A las Instituciones Prestadoras de Salud —IPS— les corresponde en este sentido coordinar con las EPS, o entidades que hagan sus veces, las metas y las acciones que se deben cumplir en el marco del PDSP de la población caracterizada por cada Administradora de Planes de Beneficios —EAPB—, incorporar los indicadores para medir los daños, riesgos y logros en salud y generar la información requerida por el Sistema de Información de Salud (26).

2. Gestión de las actividades, procedimientos e intervenciones de obligatorio cumplimiento:

El **Acuerdo 117 de 1998**, 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, plantea en el capítulo uno que la responsabilidad del cumplimiento de estas acciones en su población afiliada recae sobre las EPS, Entidades Adaptadas y Transformadas y las Administradoras del Régimen Subsidiado. En el capítulo dos define qué y cuáles son las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y cuál es su objetivo. En los capítulos subsiguientes plantea cómo debe ser la prestación de los servicios y la planeación, el seguimiento y control de las actividades, procedimientos e intervenciones de *obligatorio cumplimiento* que establece esta norma.

Asimismo, refiere que “las EPS, Entidades Adaptadas y Transformadas y las Administradoras del Régimen Subsidiado, además de las señaladas, podrán desarrollar otras actividades de Protección Específica y Detección Temprana y priorizar la atención de otras enfermedades de interés en salud pública, de acuerdo con los perfiles epidemiológicos de su población y las metas en salud pública territoriales”.

Para evidenciar el cumplimiento de todas las actividades, procedimientos e intervenciones de *obligatorio cumplimiento*, el artículo 10 del mencionado Acuerdo plantea que las EPS, las EAT y las ARS deberán mantener una ficha actualizada, en la cual conste la información de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento realizadas a cada uno de los afiliados.

De conformidad con lo planteado en el Acuerdo 117, el Ministerio de Salud expidió la **Resolución 412 de 2000**, por la cual se establecieron las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y *obligatorio cumplimiento* y se adoptaron 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; normas técnicas y administrativas de *obligatorio cumplimiento* para las Entidades Promotoras de Salud —EPS—, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud —IPS—, y para las Direcciones Seccionales, Distritales y Locales de Salud.

En la **Resolución 769 de 2008**, modificada por la **Resolución 1973 de 2008**, se adopta la Norma Técnica en Planificación Familiar, y refiere en su artículo 2 que la actualización de la Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres que se adopta a través de ella, establece las actividades, procedimientos e intervenciones costo-efectivos de *obligatorio cumplimiento* que se deben desarrollar en forma secuencial y sistemática en la población afiliada. Igualmente, determina las frecuencias mínimas anuales de atención y los profesionales de la salud responsables y debidamente capacitados para el desarrollo de las mismas.

La **Resolución 4505 de 2012** establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de *obligatorio cumplimiento*. Estructuralmente, el reporte está basado en las actividades, procedimientos e intervenciones que se encuentran incluidos en la Resolución 0412 de 2000, actualmente vigente.

La Resolución 4505 no exime a ninguna entidad de la responsabilidad de ejecutar las actividades de protección específica y detección temprana de obligatorio cumplimiento, definidas en el Acuerdo 117, por tal razón, aunque no esté explícita en la Resolución 4505 cualquiera de las actividades, intervenciones y procedimientos incluidos en este Acuerdo, es obligatorio su cumplimiento.

La anterior resolución derogó la Resolución 3384 de 2000 en su totalidad, la cual establecía los lineamientos para la programación, seguimiento, evaluación y reporte de las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública. La **Resolución 4505 de 2012** sólo reglamenta el componente relacionado con el sistema de registro y reporte de la información, y no los relacionados con la programación y evaluación. No obstante, estos dos últimos componentes se deben mantener y garantizar en la gestión del riesgo en salud, con el objeto de evaluar la efectividad de las estrategias e intervenciones implementadas para modificar favorablemente los indicadores de salud pública de la población afiliada.<sup>1</sup>

---

1 Es de anotar que la reciente Resolución 1536 de 2015, especialmente en su artículo 17, señala que una vez realizada la caracterización de la población se generarán las "estimaciones", es decir, la "programación de las intervenciones de protección específica y detección temprana y de atención de las enfermedades de interés en salud pública y la gestión del riesgo, en el marco de sus responsabilidades, según la población estimada por cada riesgo ex ante y/o contingente, y/o ex post". República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1536 de 2015 (mayo 11). Por medio de la cual se establecen las disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud.



### 3. Actividades para la inducción a la demanda:

El **Acuerdo 117 de 1998** establece en sus artículos 20 y 21 que la financiación de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento serán con cargo a la UPC y con destinación específica tanto para el régimen contributivo como para el subsidiado.

Por otro lado, el mencionado Acuerdo plantea en sus considerandos que "los servicios de protección específica y de detección temprana, no son demandados por los usuarios en forma espontánea y, por lo tanto, las Empresas Promotoras de Salud y Entidades Adaptadas y Transformadas deben administrar el riesgo en salud individual de sus afiliados y diseñar e implementar estrategias para *inducir la demanda* a estos servicios, de manera que se garanticen las coberturas necesarias para impactar la salud de la colectividad". En el artículo 1º, define la obligatoriedad del cumplimiento de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública por parte de las mencionadas entidades. En su artículo 3 plantea que las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento tienen como objetivo la protección específica, la detección temprana y la atención de las enfermedades objeto de erradicación, eliminación y control.

La **Resolución 0412 de 2000**, por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública, plantea en el Artículo 5 que las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado deberán elaborar e implementar estrategias que les garanticen a sus afiliados, de acuerdo con las condiciones de edad, género y salud, el acceso a las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana, así como la atención de enfermedades de interés en salud pública, para lo cual deberán *inducir la demanda*.

La **Ley 1438 de 2011**, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, plantea en el artículo 16, como una de las funciones de los equipos básicos de salud, "inducir la demanda de los servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto...".

En las estrategias del componente *Prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva desde un enfoque de derecho*, del **Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021**, adoptado por medio de la Resolución 1841 de 2013, se plantea fortalecer la inducción de la demanda temprana hacia los servicios de Salud Sexual y Reproductiva –SSR– para los adolescentes, y la inspección, vigilancia y control por parte de las IPS y de las EPS para garantizar el cumplimiento de las actividades de inducción de la demanda de la población en edad fértil.

### 4. Gestión de las estrategias IEC dirigidas a los usuarios para el empoderamiento en la toma de decisiones informadas en salud:

**Ley 100 de 1993 y la Promoción de la Salud** (Artículo 153). El principio de protección integral se debe entender en el sentido de brindar atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia.

**Ley 1122 de 2007 Salud Pública (artículo 32)**. De la salud pública. La salud pública está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad.

**Resolución 425 del 2008**. Eje Programático de Promoción Social en el numeral c: acciones educativas de carácter no formal dirigidas a técnicos, profesionales y líderes comunitarios sobre diferentes aspectos de la promoción social, tales como entornos saludables, participación social, discapacidad, desplazamiento, adulto mayor, constitución de redes, formación para el trabajo, desarrollo de modelos de atención a población indígena.

En el **Título IV**, Plan de salud pública de intervenciones colectivas, artículo 17, se describen los componentes de la promoción de la salud y calidad de vida y se mencionan, entre otros:

- Difusión y promoción de las Políticas Públicas en Salud, Modelos, Normas Técnicas y Guías de Atención Integral.
- Promoción de la estrategia de vacunación sin barreras con la cooperación intersectorial y comunitaria para el logro de coberturas útiles de vacunación.
- Promoción comunitaria de la lactancia materna exclusiva hasta los seis (6) meses y alimentación complementaria adecuada hasta los primeros dos (2) años de vida.
- Promoción del programa canguro para la atención del recién nacido de bajo peso al nacer, en todas las instituciones prestadoras de servicios de salud con servicios de atención del binomio madre-hijo.
- Promoción de las estrategias "Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia" —AIEPI—; "Instituciones Amigas de la Mujer y de la Infancia" —IAMI—, en todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud —IPS—.
- Desarrollo de programas de formación para la sexualidad, construcción de ciudadanía y habilidades para la vida que favorezcan el desarrollo de un proyecto de vida autónomo, responsable, satisfactorio, libremente escogido y útil para sí mismo y la sociedad, teniendo en cuenta la diversidad étnica y cultural.
- Promoción de hábitos higiénicos de salud bucal en el hogar, en los ámbitos laboral y escolar y en instituciones como guarderías y hogares de bienestar.
- Promoción de la red comunitaria en salud mental y formación de grupos gestores y redes de apoyo para el desarrollo de actividades de promoción de la salud mental y prevención de trastornos mentales y del consumo de sustancias psicoactivas.
- Promoción de la actividad física en los servicios de salud, escenarios educativos, redes y grupos comunitarios y ámbitos laborales, entre otros.
- Promoción de la dieta saludable en los servicios de salud (comedores).



- Promoción de campañas de diagnóstico precoz de diabetes e hipertensión arterial en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud —EPS— y Administradoras de Riesgos Profesionales —ARP—.

**Resolución 412 del 2000.** Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública, donde se incluyen la educación en promoción de salud y en prevención de las enfermedades más frecuentes.

**Plan decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021**, adoptado por la **Resolución 001841 del 2013** del Ministerio de Salud y Protección Social, numeral 8, "Dimensiones prioritarias en los componentes", se plantean *estrategias de información, educación y comunicación*.

5. Capacitación dirigida al personal asistencial:

**Decreto 1567 de 1998**, reglamentado parcialmente por el Decreto Nacional 1227 de 2005, por el cual se crean el Sistema Nacional de Capacitación y el sistema de estímulos para los empleados del Estado. En el artículo 11 se plantean, entre otras, las siguientes obligaciones de las entidades:

- Identificar las necesidades de capacitación, utilizando para ello instrumentos técnicos que detecten las deficiencias colectivas e individuales, en función del logro de los objetivos institucionales.
- Programar las actividades de capacitación y facilitar a los empleados su asistencia a ellas.

Además, en el artículo 12 del anterior Decreto, se describen las obligaciones de los empleados con respecto a las capacitaciones:

- Participar en la identificación de las necesidades de capacitación de su dependencia o equipo de trabajo.
- Participar en las actividades de capacitación para las cuales haya sido seleccionado y rendir los informes correspondientes a que haya lugar.
- Aplicar los conocimientos y las habilidades adquiridos para mejorar la prestación del servicio a cargo de la entidad.
- Participar activamente en la evaluación de los planes y programas institucionales de capacitación, así como de las actividades de capacitación a las cuales asista.

**Ley 909 de 2004**, por la cual se expiden normas que regulan el empleo público, la carrera administrativa, gerencia pública y se dictan otras disposiciones. En el artículo 36 refiere que la *capacitación y formación de los empleados públicos* está orientada al desarrollo de sus capacidades, destrezas, habilidades, valores y competencias fundamentales, con miras a propiciar su eficacia personal, grupal y organizacional, de manera que se posibilite el desarrollo profesional de los empleados y el mejoramiento en la prestación de los servicios.

**Decreto 1227 de 2005**, por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 909 de 2004 y el Decreto-ley 1567 de 1998. En el artículo 65 refiere que los *planes de capacitación* de las entidades públicas deben responder a estudios técnicos que identifiquen necesidades y requerimientos de las áreas de trabajo y de los empleados, para desarrollar los planes anuales institucionales y las competencias laborales. En el artículo 66 se plantea que los *programas de capacitación* deberán orientarse al desarrollo de las competencias laborales necesarias para el desempeño de los empleados públicos en niveles de excelencia.

**Resolución 2003 de 2014**, por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones; en el *Estándar de talento humano* se plantea que los prestadores demostrarán haber desarrollado acciones de formación continua del talento humano en salud en los procesos prioritarios asistenciales ofertados. Además, en el *estándar de procesos prioritarios*, con el fin de fortalecer la cultura institucional, las IPS deben disponer de un programa de capacitación y entrenamiento del personal en el tema de seguridad del paciente y en los principales riesgos de la atención de la institución.

El **Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, adoptado mediante Resolución 1841 de 2013**, en la *Dimensión grupos diferenciales de poblaciones* se plantea como meta que para el 2015 las aseguradoras y los prestadores de servicios de salud habrán desarrollado una estrategia de sensibilización y capacitación de su personal para la humanización de los servicios prestados a las personas mayores, y en la *Dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos*, que al 2021 el 100% de las instituciones públicas nacionales de los sectores de salud, protección y justicia incluirán en sus planes de formación estrategias de capacitación y actualización permanente sobre la ruta de atención integral a las víctimas de violencias de género y violencias sexuales, desde los enfoques de derechos, género y diferencial, entre otros.

6. Suficiencia del talento humano en los servicios de protección específica y detección temprana:

Actualmente en Colombia no existe normatividad que regule o defina los estándares de suficiencia del talento humano en salud para la prestación de los servicios de detección temprana y protección específica; solamente existe normatividad que refiere la obligatoriedad de garantizar la calidad de la atención a la población, y por tanto la provisión de todos los recursos humanos, físicos y financieros para dar cumplimiento a este requerimiento. Es de aclarar que el sistema único de habilitación establece como uno de los requisitos mínimos, la suficiencia del personal; sin embargo, como se señaló anteriormente, no define el estándar.

En las condiciones de capacidad técnica y científica del **artículo 1 literal a) de la Resolución 2680 de 2007**, se plantea que el recurso humano es uno de los estándares básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los prestadores de servicios de salud por cada uno de los servicios que prestan, y que se consideran suficientes y necesarios 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 que se adopta en la presente Resolución.



La **Resolución 2003 de 2014**, por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones, dentro de los estándares de habilitación de obligatorio cumplimiento para la prestación de los servicios de salud, se precisa el alcance del talento humano, así como las condiciones mínimas para el ejercicio profesional y ocupacional del talento humano asistencial y *la suficiencia de este recurso para el volumen de atención* (23). Uno de los criterios que deben cumplir los prestadores para cualquier servicio objeto de habilitación que se pretenda prestar, tiene que ver con que los prestadores de servicios de salud determinarán la *cantidad necesaria de talento humano requerido para cada uno de los servicios ofertados*, de acuerdo con la capacidad instalada, la relación oferta y demanda, la oportunidad en la prestación y el riesgo en la atención.

En el numeral 2.3.2.2 *Protección específica y detección temprana*, se plantea, acerca de la suficiencia de talento humano, que de acuerdo con la oferta en salud la institución debe contar con las profesiones u ocupaciones que se requieran para la prestación del servicio, en concordancia con el programa ofertado y lo definido en las resoluciones 0412 de 2000 y 4505 de 2012 o las que las modifiquen, adicionen o sustituyan.

7. Seguimiento de la adherencia de los usuarios a las actividades establecidas en las normas técnicas y guías de atención priorizadas:

**El Acuerdo 117 de 1998**, 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, integra, en su artículo 2, la adhesión a los programas de control de las acciones que definen la inducción a la demanda; es decir, que ésta no tiene que ver sólo con la acción de organizar, incentivar y orientar a la población hacia la utilización de los servicios de protección específica y detección temprana sino, además, *asegurar la continuidad y adherencia de los usuarios a las actividades establecidas en las normas y guías*.

**La Resolución 0412 de 2000, las resoluciones 0769 y 4003 de 2008**, entre otras, establecen las actividades, procedimientos e intervenciones que se deben ofrecer por grupo etareo y ciclo vital a la población afiliada y beneficiaria del sistema de seguridad social en salud, a través de los servicios de protección específica, detección temprana y atención a las enfermedades de interés en salud pública. Para que éstos cumplan su función de promover la salud y el autocuidado de la población, y la detección y atención oportuna de los riesgos que afectan la salud, es indispensable *garantizar la participación y asistencia de los usuarios* a las actividades que cada uno de los servicios desarrolla.

En el numeral 4.4.2 del **Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021**, adoptado mediante la **Resolución 1841 de 2013**, referente a los problemas y necesidades en sexualidad y derechos sexuales y reproductivos, diferenciados por dimensiones y regiones, se plantea como uno de los desafíos priorizados la deficiencia en accesibilidad, calidad y adherencia en los programas de Salud Sexual y Reproductiva —SSR—.



8. Búsqueda de inasistentes a las actividades establecidas en las Normas Técnicas de protección específica y detección temprana y en las Guías de atención de las enfermedades de interés en salud pública:

El **Acuerdo 117 de 1998**, 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, en su artículo 2, integra la adhesión a los programas de control de las acciones que definen la inducción a la demanda; es decir que ésta no tiene que ver sólo con la acción de organizar, incentivar y orientar a la población hacia la utilización de los servicios de protección específica y detección temprana sino, además, *asegurar la continuidad y adherencia de los usuarios a las actividades establecidas en las normas y guías*. Para garantizar la permanencia de los beneficiarios e inscritos en los servicios, es indispensable establecer estrategias efectivas de búsqueda de los usuarios que, por alguna razón, faltan a las citas o controles programados, e intervenir las causas que la ocasionan.

La **Resolución 0412 de 2000, la Resolución 0769 y la 4003 de 2008**, entre otras, establecen las actividades, procedimientos e intervenciones, que se deben ofrecer por grupo etareo y ciclo vital a la población afiliada y beneficiaria del sistema de seguridad social en salud, a través de los servicios de protección específica, detección temprana y atención a las enfermedades de interés en salud pública. Para que estos servicios cumplan su función de promover la salud y el autocuidado de la población y garantizar la detección y atención oportuna de los riesgos que afectan la salud, es indispensable *garantizar la participación y asistencia de los usuarios* en las actividades que cada uno de los servicios desarrolla.

La **Ley 1438 de 2011** en el artículo 3°, Principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, habla en su numeral 3.17 de la *corresponsabilidad que toda persona tiene en su autocuidado*, en el cuidado de la salud de su familia y de la comunidad, en un ambiente sano, en el uso racional y adecuado de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud y en el cumplimiento de los deberes de solidaridad, participación y colaboración. Por tanto, los usuarios al ser corresponsables de su propia salud tienen el deber de cumplir las citas asignadas y atender los requerimientos del personal administrativo y asistencial de salud, así como brindar las explicaciones que ellos les demanden razonablemente en ejecución del servicio, según lo describe el artículo 139.

Para dar cumplimiento al artículo 3 en su numeral 3.17, en lo referente a que las instituciones públicas y privadas *deberán promover la apropiación y el cumplimiento de la corresponsabilidad por parte de los usuarios y con el objetivo de realizar seguimiento al cumplimiento de las citas y controles concertados con ellos* en los servicios de detección temprana y protección específica, es necesario que las instituciones de salud implementen estrategias que garanticen la detección de los incumplimientos de los usuarios, realicen su búsqueda y reasignen las citas para garantizar el seguimiento y la oportuna intervención de los riesgos de cada uno de los inscritos en los servicios.

En el numeral 3.20 del mismo artículo, otro principio del Sistema de Seguridad Social en Salud es la prevención, la cual se define como el enfoque de precaución (medida de seguridad que se toma para evitar que suceda una cosa que no es deseable)



que se aplica a la gestión del riesgo, a la evaluación de los procedimientos y la prestación de los servicios de salud. *La búsqueda y recuperación de los usuarios inasistentes* a los servicios de detección temprana y protección específica incide en la disminución de los riesgos de complicaciones y de detección inoportuna de enfermedades que afectan su calidad de vida.

En cumplimiento a lo estipulado en la **Resolución 4505 de 2012**, por medio de la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de Protección Específica y Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública, de obligatorio cumplimiento por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud —IPS—, de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios —EAPB—, incluidas las de régimen de excepción de salud y las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, es indispensable caracterizar la población asignada, realizar inducción a la demanda, y garantizar la adherencia de los usuarios a las actividades establecidas en las normas y guías de atención. Por lo tanto, la búsqueda de los inasistentes a los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad se convierte en un proceso que aporta al cumplimiento de las metas de cobertura.

9. Continuidad de las acciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento:

La **Resolución 412 de 2000**, en el artículo 14, *Cambio de régimen entre entidades*, refiere que las Empresas Promotoras de Salud —EPS—, Entidades Adaptadas —EA— y Administradoras del Régimen Subsidiado —ARS— deberán garantizar la *continuidad de las acciones* de demanda inducida y obligatorio cumplimiento, cuando por cualquier motivo un afiliado cambie de un régimen a otro o cuando se produzca el traslado de Entidad Promotora de Salud, Entidad Adaptada o Administradora del Régimen Subsidiado. Para tal efecto, la respectiva entidad deberá proporcionar a aquella a la cual se traslade la totalidad de la información relacionada con las actividades de detección temprana y protección específica realizadas al afiliado y a su núcleo familiar.

El literal 1 del artículo 35 del **Decreto 1011 de 2006** plantea que las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios —EAPB— deberán adoptar criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales, consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para propender por el cumplimiento de sus funciones de garantizar el acceso, seguridad, oportunidad, pertinencia y *continuidad de la atención* y la satisfacción de los usuarios.

La **Resolución 4505 de 2012** establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de Protección Específica y Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento. Este reporte refleja la *continuidad* de la ejecución de las actividades, las intervenciones y los procedimientos de obligatorio cumplimiento definidos en la Resolución 412 de 2000.

10. Auditoría a la calidad de los procesos de gestión y de atención de los servicios de protección específica y detección temprana

**Resolución 1995 de 1999**, por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica, la cual se convierte en el documento más idóneo para evaluar la calidad de la atención y la adherencia a las normas técnicas.

**Resolución 412 del 2000**, por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Lo contenido en la presente resolución se convierte en criterios de auditoría.

**Decreto 1011 de 2006**, por medio del cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud. En el artículo 3°, Características del SOGC, se plantea que las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a mejorar los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos, los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados. Uno de los componentes más sensible (en el tema tratado) de este sistema, es precisamente el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.

Según el mismo Decreto en el artículo 32, la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud implica: 1. La realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos definidos; 2. La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas; 3. La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

**Ley 1122 de 2007**, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Refiere que el Ministerio de la Protección Social formuló la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, en la cual determina los lineamientos estratégicos sobre los cuales se debe regir la prestación de los servicios de salud en Colombia, y cuyo propósito es garantizar el acceso, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los servicios que se prestan a la población.

En el artículo 37 de la misma Ley se plantea que el objetivo de la prestación de servicios de atención en salud pública es vigilar que la atención en salud individual y colectiva se haga en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

**Ley 1438 de 2011**, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. En el artículo 3 se definen los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el numeral 3.8 refiere que los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada.



El **artículo 94 del capítulo V** de la misma Ley 1438 define los referentes basados en evidencia científica como los estándares, guías, normas técnicas, conjuntos de acciones o protocolos que se adopten para una o más fases de la atención como promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, para la atención de una situación específica de la salud, basados en evidencia científica. Incluyen principalmente las evaluaciones de tecnologías en salud y las guías de atención integral que presentan el conjunto de actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos e insumos o dispositivos que procuran que la atención sea de calidad, segura y costo-efectiva.

En el **Acuerdo 029 del 2011**, por el cual se sustituye el Acuerdo 028 del 2011 que define, aclara y actualiza integralmente el Plan obligatorio de Salud. En el artículo 5, Principios generales del plan obligatorio de salud, define en el numeral 11 la calidad como la provisión de las tecnologías en salud a los afiliados del SGSSS, las cuales se deben realizar cumpliendo los estándares de calidad de conformidad con la normatividad vigente.

**NTC- ISO 19011 de 2012**, Directrices para la **auditoría de los sistemas de gestión**. Esta norma internacional no establece requisitos sino que proporciona orientación sobre la gestión de un programa de auditoría, la planificación y realización de una auditoría del sistema de gestión. Es aplicable a todas las organizaciones que necesitan hacer auditorías internas o externas; de esta forma se puede utilizar para documentar, ejecutar y evaluar procesos de auditoría de la protección específica y detección temprana.

11. Mejoramiento continuo de los servicios de protección específica y detección temprana:

*Según la **Declaración de la Asociación Médica Mundial —AMM—**, adoptada por la 49ª Asamblea Médica Mundial, Hamburgo, Alemania, noviembre de 1997, y enmendada por la Asamblea General de la AMM, Nueva Delhi, India, octubre de 2009, la finalidad de la atención médica es mantener y promover la salud de la población y prevenir, diagnosticar o tratar las enfermedades. La revisión de la calidad de la atención médica tiene como objetivo el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios que se entregan a los usuarios, y las maneras y medios para producir estos servicios (27).*


Las instituciones y el personal de la salud tienen la obligación ética y profesional de esforzarse por tener un *mejoramiento continuo* en la prestación de los servicios que garanticen la seguridad del paciente. Estas normas buscan reforzar las revisiones de la calidad y crear fundamentos éticos para dichas prácticas. Cada institución de salud debe establecer sistemas internos de mejoramiento de la calidad, los cuales deben incluir: la auditoría concurrente (revisión in situ por pares), revisión de los métodos de examen y tratamiento y sus resultados, la observación de la capacidad de la organización para tomar medidas y la observación de la información que entregan los pacientes (27).

En Colombia, el **Decreto 1011 de 2006** establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, el cual propende por la mejora de los resultados en la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la

verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos, los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados. Uno de los componentes del SOGC es el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. El numeral 3 del artículo 42 refiere que el nivel de exigencia establecido mediante los estándares del Sistema Único de Acreditación será creciente en el tiempo, con el propósito de propender por el *mejoramiento continuo* de la calidad de los servicios de salud.

En el anexo técnico de la **Resolución 1445 de 2006**, por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones, se define que el *mejoramiento continuo de la calidad* —MCC— es una filosofía y un sistema gerencial que involucra a los gerentes, a los demás directivos y a los profesionales de la salud en el mejoramiento continuo de los procesos, para alcanzar mejores resultados en la atención de sus clientes/usuarios y sus familias.

**Resolución 2003 de 2014**, por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones. Esta Resolución plantea en la mayoría de su articulado que su importancia está centrada en la obligatoriedad del cumplimiento de los requisitos mínimos necesarios para la prestación de los servicios de salud, y en el *mejoramiento continuo de la calidad* para garantizar la seguridad y satisfacción de los usuarios.



# Documentación de los procesos básicos



# Proceso 1.

## Caracterización de la población

### Marco conceptual

Según el Diccionario de la lengua española, caracterizar es “determinar los atributos peculiares o rasgos distintivos de alguien o de algo, de modo que claramente se distinga de los demás”. En el contexto del presente Manual, la caracterización es la identificación de grupos poblacionales que comparten características similares (15).

La caracterización de la población es la descripción de los usuarios que asisten a los servicios de protección específica y detección temprana, y de los que sin estar asistiendo son potenciales beneficiarios de dichos servicios. Esta descripción deberá contemplar, según los requerimientos del servicio o programa, variables demográficas, contractuales, epidemiológicas, históricas, geográficas, económicas, sociales, culturales, de estilos de vida y de comportamiento.

Los beneficios que trae la caracterización de usuarios son (15):

- Aumenta el conocimiento que la entidad tiene de sus usuarios.
- Ofrece elementos que permiten mejorar la comunicación entre la entidad y sus usuarios.
- Ayuda a determinar las necesidades de los usuarios eficientemente para que puedan ser satisfechas cuando lo solicitan, y permitir así mayor adherencia.
- Permite enfocar los servicios ofrecidos y las comunicaciones hacia aquellos usuarios que más lo requieren.
- Ayuda a implementar acciones que redunden en el fortalecimiento de la percepción de confianza que los usuarios pueden tener de la entidad.
- Facilita conocer los determinantes socioculturales y demográficos de la población sujeto de atención.
- Entrega elementos para ajustar servicios existentes y la oferta de nuevos servicios para usuarios que no están siendo atendidos por los canales de acceso<sup>2</sup> establecidos.

<sup>2</sup> Un canal de acceso se define como el medio por el cual el usuario tiene contacto con la entidad, e incluye tanto los canales digitales como otros tipos de canales, entre ellos los puntos de atención presencial.



- Permite, de manera general, la planeación e implementación de estrategias orientadas hacia el mejoramiento de la relación usuario-institución.
- Se constituye en un insumo para realizar seguimiento a la identificación, inducción y adherencia de las personas objeto de atención en cada uno de los servicios ofertados por la entidad.

Al caracterizar la población se identifican los grupos sujetos de atención y se establece la georreferenciación de los usuarios, lo cual permite realizar búsqueda activa de la población no consultante para inducir la demanda, diseñar y desarrollar estrategias para la priorización e intervención oportuna de los riesgos detectados en los que ya son usuarios, y conocer las necesidades y motivaciones al acceder al servicio o programa de protección específica y detección temprana en el que participan.

Por tanto, la documentación del proceso de caracterización de la población constituye un insumo y elemento de entrada para otros procesos en la atención a los usuarios, como son: la gestión de las actividades, procedimientos e intervenciones de obligatorio cumplimiento; las actividades para la inducción a la demanda; la evaluación de la suficiencia del talento humano para los servicios de protección específica y detección temprana; la búsqueda de inasistentes a las actividades establecidas en las normas técnicas y guías de atención priorizadas; el empoderamiento de los usuarios para la toma de decisiones informadas, y el monitoreo a la gestión de la atención integral e integrada.

De igual manera, caracterizar la población afiliada al sistema de salud en Colombia es de vital importancia para llevar a cabo una eficiente gestión del riesgo en salud, entendida como el conjunto de acciones que sobre una población específica, *con individuos identificables y caracterizables*, deben realizar las entidades públicas o privadas que en el sector salud o fuera de él tienen a cargo poblaciones, con el fin de disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, o el empeoramiento de una condición previa, o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios (26).

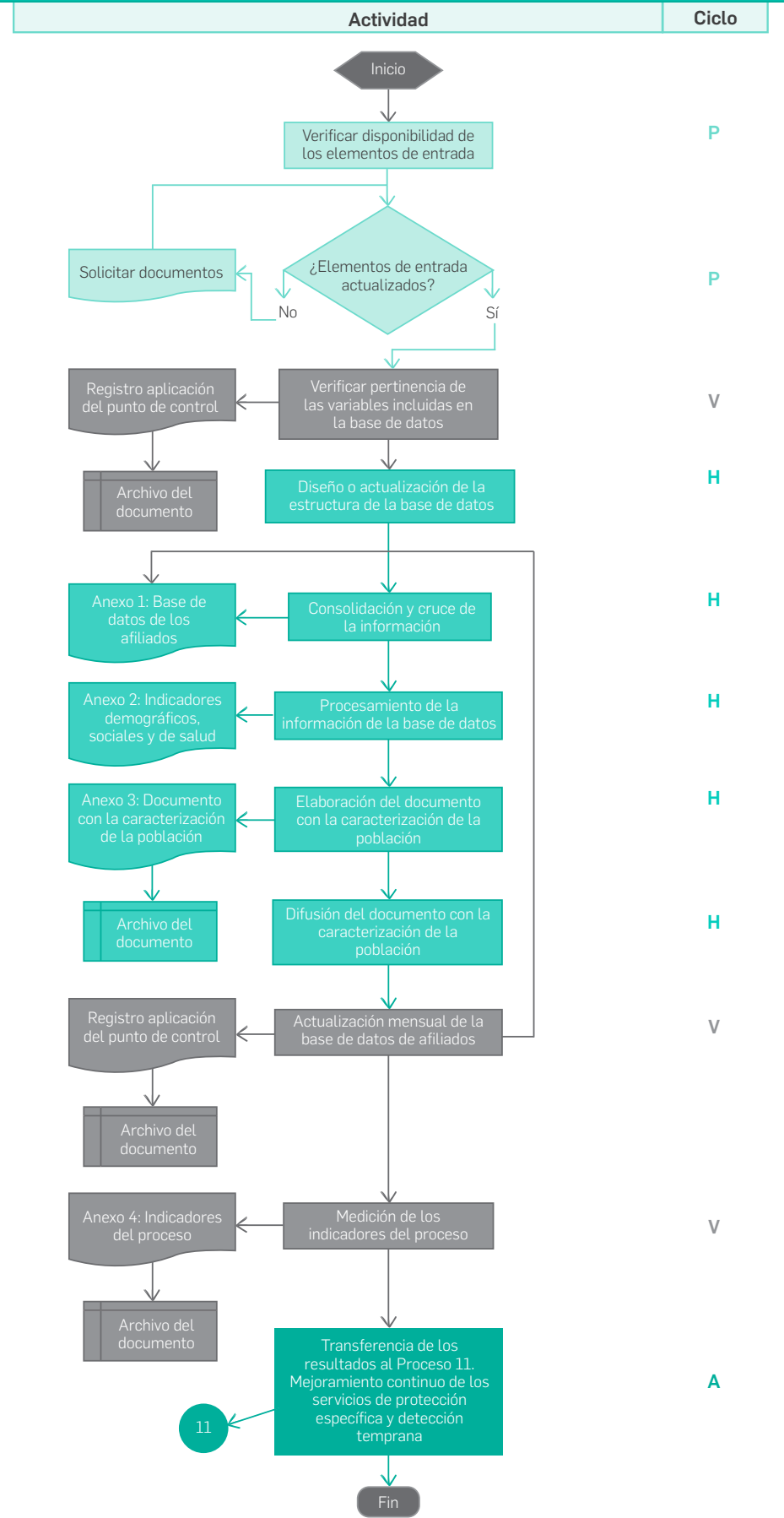


# Estructura del proceso: Caracterización de la población (aplica para las EAPB)

Nombre del proceso: Caracterización de la población	Versión:
<p><i>Descripción:</i> Es la identificación y ubicación de los usuarios que asisten a los servicios de protección específica y detección temprana, y de los que, sin estar asistiendo, son potenciales beneficiarios de dichos servicios. La identificación deberá contemplar, según los requerimientos del servicio o programa, variables demográficas, contractuales, epidemiológicas, históricas, geográficas, económicas, sociales, culturales, de estilos de vida y de salud, con el fin de identificar las necesidades de acceso, los riesgos en salud y otras características de los usuarios. Esta información servirá para la formulación de las estrategias de inducción de la demanda e intervención del riesgo.</p>	
<p><i>Marco legal:</i> Acuerdo 117 de 1998, artículo 11. Resolución 0412 de 2000, artículo 5. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (numeral 10.6: Responsabilidades de las EPS). Resolución 4505 de 2013.</p>	
<p><i>Objetivo general:</i> Garantizar la identificación y actualización de la información de la población sujeto de atención en los servicios de protección específica, detección temprana y atención de las enfermedades de interés en salud pública, de acuerdo con variables demográficas, contractuales, epidemiológicas, históricas, geográficas, económicas, sociales, culturales, de estilos de vida y de salud.</p>	
<p><i>Objetivos específicos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar con las variables definidas los usuarios de los servicios de detección temprana, protección específica y atención de enfermedades de interés en salud pública que oferta la institución.</li> <li>• Actualizar mensualmente la base de datos de los usuarios que ingresan, egresan o se inactivan de los servicios de detección temprana, protección específica y atención de enfermedades de interés en salud pública.</li> <li>• Difundir anualmente la caracterización actualizada de la población afiliada.</li> </ul>	
<p><i>Logros esperados:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soportar una base de datos actualizada mensualmente en la que se incluya la identificación, con las variables definidas, de por lo menos el 80% de las personas que recibieron servicios durante el último año.</li> <li>• Soportar, máximo en el mes de marzo de cada año, la difusión de la caracterización actualizada de la población.</li> </ul>	

Nombre del proceso: Caracterización de la población	Versión:
<p><i>Elementos de entrada:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bases de datos de los afiliados a la EAPB y la suministrada por el ente territorial.</li> <li>2. Perfil epidemiológico de la EAPB y del Ente Territorial.</li> <li>3. Encuesta anticipada de salud elaborada por la EAPB.</li> <li>4. Bases de datos generadas desde los diferentes programas de salud pública de la SSM.</li> <li>5. Bases de datos de novedades: nacimientos, fallecimientos, traslados.</li> </ol>	
<p><i>Elementos de transformación:</i></p> <p>Consolidación y cruce mensual de la información (elementos de entrada), con el objeto de identificar cada una de las variables definidas; posteriormente, se realiza la medición y el análisis de los indicadores y la elaboración y difusión del documento que contiene la caracterización de la población.</p>	
<p><i>Elementos de salida:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anexo 1: Base de datos de los afiliados</li> <li>2. Anexo 2: Indicadores demográficos, sociales y de salud</li> <li>3. Anexo 3: Documento con la caracterización de la población</li> </ol>	
<p><i>Responsable</i> (Puede ser uno de los siguientes):</p> <p>Gerente Epidemiólogo – Auditor en salud Coordinador Gerente de sistemas de información (GESIS) – Estadístico</p>	
<p><b>Talento humano (según la entidad pueden participar los siguientes):</b></p> <p>Profesional en salud, especialista en epidemiología o auditoría Profesional en salud Profesional o técnico en gestión de información</p> <p><b>Recursos tecnológicos:</b></p> <p>Computador con software para la gestión de bases de datos (Epi Info <sup>®</sup>, Epi Data <sup>®</sup>, Microsoft Acces <sup>®</sup>, Microsoft Excel <sup>®</sup>, entre otros).</p> <p><b>Recursos físicos:</b></p> <p>Equipos de oficina y papelería.</p>	
<p><i>Requisitos:</i></p> <p>Elementos de entrada actualizados</p>	
<p><i>Indicadores del proceso:</i> (Anexo 4: Indicadores del proceso – Caracterización de la población)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Porcentaje de afiliados incluidos en la base de datos</li> <li>b) Porcentaje de afiliados con las variables actualizadas</li> </ol>	
<p><i>Puntos de control:</i></p> <p>Revisar anualmente la pertinencia de las variables incluidas en la base de datos. Actualización mensual de la base de datos de afiliados con las novedades presentadas en el periodo (nacimientos, defunciones, ingresos, traslados, retiros, entre otras).</p>	

**Flujograma: Caracterización de la población**



Nota: La Entidad debe de definir los responsables para la ejecución de las actividades del proceso de acuerdo a los perfiles de talento humano y recursos disponibles.

<b>Firma:</b>			
<b>Nombre:</b>			
<b>Cargo:</b>	Líder del proceso	Coordinador promoción y prevención	Gerente
<b>Fecha:</b>			



## Anexo 1. Base de datos de los afiliados

A modo de ejemplo se presentan algunas de las variables que pueden ser incluidas en la caracterización de la población; la mayoría de las variables corresponden a las definidas en la Resolución 4505 de 2012.

En la columna denominada "variable" se presenta el listado de variables agrupadas según tipo: datos generales, sociales, demográficas, hábitos de vida, antecedentes familiares y los antecedentes personales (en este grupo se indaga por las consultas en el último año por un diagnóstico específico o si la persona consultó en un determinado servicio). Al momento de elaborar las bases de datos se pueden incluir nuevas variables o excluir las que no se consideren pertinentes según el grupo poblacional, los factores de riesgo objeto de intervención, el programa o servicio.

En la segunda columna, denominada "opciones de respuesta", se presentan las posibles respuestas que se pueden diligenciar en la base de datos para cada una de las variables sugeridas. Al igual que en el caso anterior, al momento de elaborar o actualizar las variables de la base de datos es posible que pueda presentarse la necesidad de incluir nuevas opciones de respuesta.

Se sugiere elaborar una base de datos de doble entrada: en la columna 1 se ubica cada una de las personas que se van a caracterizar, y en la fila 1 se relacionan las variables objeto de aplicación en dicho grupo poblacional. No obstante, la anterior estructura dependerá de los recursos (software) con los que cuente la entidad.

**Tabla 3.** Base de datos de los afiliados - Datos generales

	Variable	Opciones de respuesta
1	Tipo de identificación del usuario	RC - Registro Civil TI - Tarjeta de Identidad CE - Cédula de Extranjería CC - Cédula de Ciudadanía PA - Pasaporte MS - Menor sin Identificación AS - Adulto sin Identificación CD - Carné Diplomático
2	Número de identificación del usuario	
3	Primer apellido del usuario	
4	Segundo apellido del usuario	
5	Primer nombre del usuario	
6	Segundo nombre del usuario	
7	Fecha de Nacimiento	AAAAMDD
8	Sexo	M - Masculino F - Femenino

Variable		Opciones de respuesta
9	Código pertenencia étnica	Registre según lo reporte el usuario: 1. Indígena 2. ROM (gitano) 3. Raizal (archipiélago de San Andrés y Providencia) 4. Palenquero de San Basilio 5. Negro(a), Mulato(a), Afrocolombiano(a) o Afrodescendiente 6. Otras etnias ND. No definido"

**Tabla 4.** Base de datos de los afiliados - Variables sociales

Variable		Opciones de respuesta
10	Vínculo con el SGSS	Contributivo, Especial, Particular, Pobre no afiliado, Subsidiado, Otro
11	EAPB	Café Salud EPS, Colmédica EPS, Colpatria EPS, Comfenalco EPS, Coomeva EPS, , Nueva EPS, Saludcoop EPS, Saludtotal EPS, Sanitas EPS, Sura EPS, EPS SOS, Otra, No aplica
12	Nivel del Sisbén	0, 1, 2, 3, 4, 5
13	Calidad del afiliado	Cotizante, Beneficiario, P. no afiliado
14	Ficha Sisbén	
15	Parentesco jefe o cotizante	Cónyuge, Hijo(a), Padre - Madre, Hermano(a), Nieto(a), Sobrino(a), Otro

**Tabla 5.** Base de datos de los afiliados - Variables demográficas

Variable		Opciones de respuesta
16	Dirección residencia	
17	Sector	Santo Domingo Savio N° 1, Santo Domingo Savio N° 2, Popular, Granizal, Moscú N° 2, Villa Guadalupe, San Pablo, El Compromiso, La Aldea, Pablo VI, La Esperanza N° 2, La Avanzada, El Carpinelo, La Isla, El Playón de Los Comuneros, ...
18	Zona	Urbana, Rural
19	Municipio	
20	Teléfono	
21	Celular	
22	Correo electrónico	



Variable		Opciones de respuesta
23	Estrato de la vivienda	
24	Estado civil	Soltero, Casado, Unión libre, Separado, Viudo, No aplica < 12 años
25	Código de ocupación	Código de acuerdo a la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO). En los casos en que no se tiene esta información registrar (9999). En el caso que no aplique registrar (9998).
26	Código de nivel educativo	"Registre según lo reporte el usuario: 1- Preescolar 2- Básica primaria 3- Básica secundaria 4- Media académica o clásica 5- Media técnica (Bachillerato técnico) 6- Normalista 7- Técnica profesional 8- Tecnológica"
27	Alfabeta	Sí, No

**Tabla 6.** Base de datos de los afiliados - Hábitos de vida

Variable		Opciones de respuesta
28	Consumo de tabaco	Sí, No
29	Consumo de licor	Sí, No
30	Consumo de psicoactivos	Sí, No
31	Actividad física regular	Sí, No
32	Dieta saludable	Sí, No

**Tabla 7.** Base de datos de los afiliados - Antecedentes personales - parte 1 (Consultó con este diagnóstico en el último año)

Variable		Opciones de respuesta
33	Gestación	0- No aplica 1- Sí 2- No 21- Riesgo no evaluado
34	Sífilis gestacional o congénita	0- No aplica 1- Si es mujer con sífilis gestacional 2- Si es recién nacido con sífilis congénita 3- No 21- Riesgo no evaluado



Variable		Opciones de respuesta
35	Hipertensión inducida por la gestación	0- No aplica 1- Sí 2- No 21- Riesgo no evaluado
36	Hipotiroidismo congénito	0- No aplica 1- Sí 2- No 21- Riesgo no evaluado
37	Sintomático respiratorio	1- Sí 2- No 21- Riesgo no evaluado
38	Tuberculosis multidrogorresistente	0- No aplica 1- Sí 2- No 21- Riesgo no evaluado
39	Lepra	1- Paucibacilar 2- Multibacilar 3- No 21- Riesgo no evaluado
40	Obesidad o desnutrición proteico calórica	1- Si es obesidad 2- Si es desnutrición proteico calórica 3- No 21- Riesgo no evaluado
41	Víctima de maltrato	0- No aplica 1- Si es mujer víctima del maltrato 2- Si es menor víctima del maltrato 3- No 21- Riesgo no evaluado
42	Víctima de violencia sexual	1- Sí 2- No 21- Riesgo no evaluado
43	Infecciones de transmisión sexual	1- Sí 2- No 21- Riesgo no evaluado
44	Enfermedad mental	1- Si el diagnóstico es ansiedad 2- Si el diagnóstico es depresión 3- Si el diagnóstico es esquizofrenia 4- Si el diagnóstico es déficit de atención por hiperactividad 5- Si el diagnóstico es consumo de sustancias psicoactivas 6- Si el diagnóstico es trastorno del ánimo bipolar 7- No 21- Riesgo no evaluado



Variable		Opciones de respuesta
45	Cáncer de cuello uterino	0- No aplica 1- Sí 2- No 21- Riesgo no evaluado
46	Cáncer de seno	0- No aplica 1- Sí 2- No 21- Riesgo no evaluado
47	Fluorosis dental	0- No aplica 1- Sí 2- No 21- Riesgo no evaluado
48	Desnutrición	0- No aplica 1- Sí 2- No 21- Riesgo no evaluado
49	Hipertensión arterial HTA	0- No aplica 1- Sí 2- No 21- Riesgo no evaluado
50	Diabetes Mellitus DM	0- No aplica 1- Sí 2- No 21- Riesgo no evaluado
51	Dislipidemias	0- No aplica 1- Sí 2- No 21- Riesgo no evaluado
52	Obesidad	0- No aplica 1- Sí 2- No 21- Riesgo no evaluado
53	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica —EPOC—	0- No aplica 1- Sí 2- No 21- Riesgo no evaluado
54	Hipotiroidismo	0- No aplica 1- Sí 2- No 21- Riesgo no evaluado
55	Enfermedad ácido-péptica —EAP—	0- No aplica 1- Sí 2- No 21- Riesgo no evaluado

Variable		Opciones de respuesta
56	Enfermedad cardiovascular —ECV—	0- No aplica 1- Sí 2- No 21- Riesgo no evaluado
57	Cirugías	0- No aplica 1- Sí 2- No 21- Riesgo no evaluado
58	Traumas	0- No aplica 1- Sí 2- No 21- Riesgo no evaluado

**Tabla 8.** Base de datos de los afiliados - Antecedentes personales - parte 2 (Consultó con esta finalidad o programa en el último año)

Variable		Opciones de respuesta
46	Vacunación según esquema del PAI (Programa Ampliado de Inmunizaciones)	0- No aplica 1- Sí 2- No 21- Riesgo no evaluado
47	Atención preventiva en salud bucal	0- No aplica 1- Sí 2- No 21- Riesgo no evaluado
48	Atención del parto	0- No aplica 1- Sí 2- No 21- Riesgo no evaluado
49	Atención al recién nacido	0- No aplica 1- Si 2- No 21- Riesgo no evaluado
50	Atención en planificación familiar a hombres y mujeres	0- No aplica 1- Sí 2- No 21- Riesgo no evaluado
51	Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo de los menores de 10 años	0- No aplica 1- Sí 2- No 21- Riesgo no evaluado
52	Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (de 10 a 29 años)	0- No aplica 1- Sí 2- No 21- Riesgo no evaluado



	Variable	Opciones de respuesta
53	Detección temprana de las alteraciones del embarazo	0- No aplica 1- Sí 2- No 21- Riesgo no evaluado
54	Detección temprana de las alteraciones del adulto (mayor de 45 años)	0- No aplica 1- Sí 2- No 21- Riesgo no evaluado
55	Detección temprana del cáncer de cuello uterino	0- No aplica 1- Sí 2- No 21- Riesgo no evaluado
56	Detección temprana del cáncer de seno	0- No aplica 1- Sí 2- No 21- Riesgo no evaluado
57	Detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual	0- No aplica 1- Sí 2- No 21- Riesgo no evaluado
58	Bajo peso al nacer	0- No aplica 1- Sí 2- No 21- Riesgo no evaluado
59	Infección respiratoria aguda	0- No aplica 1- Sí 2- No 21- Riesgo no evaluado
60	Enfermedad diarreica aguda	0- No aplica 1- Sí 2- No 21- Riesgo no evaluado
61	Tuberculosis pulmonar y extrapulmonar	0- No aplica 1- Sí 2- No 21- Riesgo no evaluado
62	Enfermedades de transmisión sexual (incluye las más comunes, la sífilis, el VIH)	0- No aplica 1- Sí 2- No 21- Riesgo no evaluado
63	Riesgo vascular	0- No aplica 1- Sí 2- No 21- Riesgo no evaluado

Variable		Opciones de respuesta
64	Menor y mujer maltratados	0- No aplica 1- Sí 2- No 21- Riesgo no evaluado
65	Lepra	0- No aplica 1- Sí 2- No 21- Riesgo no evaluado
66	Dengue	0- No aplica 1- Sí 2- No 21- Riesgo no evaluado

**Tabla 9.** Base de datos de los afiliados - Antecedentes familiares (Cruzar con histórico consultas de ascendentes dentro del grupo familiar)

Variable		Opciones de respuesta
67	Hipertensión arterial	0- No aplica 1- Sí 2- No 21- Riesgo no evaluado
68	Diabetes Mellitus	0- No aplica 1- Sí 2- No 21- Riesgo no evaluado
69	Dislipidemias	0- No aplica 1- Sí 2- No 21- Riesgo no evaluado
70	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica —EPOC—	0- No aplica 1- Sí 2- No 21- Riesgo no evaluado
71	Hipotiroidismo	0- No aplica 1- Sí 2- No 21- Riesgo no evaluado
72	Cáncer	0- No aplica 1- Sí 2- No 21- Riesgo no evaluado
73	Maltrato familiar	0- No aplica 1- Sí 2- No 21- Riesgo no evaluado



Variable		Opciones de respuesta
74	Violencia sexual	0- No aplica 1- Sí 2- No 21- Riesgo no evaluado

## Anexo 2. Indicadores demográficos, sociales y de salud

Una vez capturada la información en la base de datos se debe procesar. Sugerimos que se extraigan algunos indicadores que representen la concentración de las variables (porcentajes de afiliados según “variables”). Estos indicadores se pueden desagregar según grupos de edad, sexo, escolaridad, lugar de residencia, etc. El número de indicadores y su desagregación los deben definir los líderes del proceso.

La siguiente ficha técnica contiene el modelo básico para formular los indicadores que serán calculados a partir de la información obtenida. Los resultados obtenidos serán la base para construir el documento con la caracterización de la población.

<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de afiliados según... (variables)
<b>Numerador</b>	Número de afiliados según ... (variable)
<b>Denominador</b>	Número de afiliados incluidos en la base de datos
<b>Desagregación</b>	Grupos de edad Sexo Escolaridad Lugar de residencia EAPB Norma o guía de atención Riesgo ...
<b>Factores de exclusión</b>	Usuarios que no han permanecido activos en el último año
<b>Medida</b>	Porcentaje
<b>Frecuencia medición</b>	Anual
<b>Meta</b>	Por lo menos el 80% de los afiliados que han estado activos durante el último año
<b>Análisis</b>	Analizar la suficiencia, la calidad de las fuentes de información y la experticia de los responsables de ejecutar el proceso e implementar acciones preventivas y correctivas pertinentes.

## Anexo 3. Documento con la caracterización de la población

*El presente documento es un modelo a partir del cual se pueden presentar los resultados de la caracterización de la población. Los líderes del proceso pueden adaptarlo de acuerdo con sus necesidades y con lo definido en el sistema de gestión de calidad de la entidad.*

### Descripción de los Indicadores para Caracterización de la Población

#### Introducción

El presente estudio se ha desarrollado con el objeto de identificar los grupos poblacionales más vulnerables y el mapeo de los usuarios. Este estudio es el resultado de la aplicación del proceso institucional denominado "caracterización de la población".

La información consignada en el presente documento y en sus Anexos le permitirá a la institución formular y desarrollar estrategias de inducción a la demanda costo-efectivas y estrategias de intervención del riesgo, e implementar estrategias de búsqueda activa de usuarios en riesgo.

La priorización de los usuarios según los riesgos nos permitirá alcanzar un mayor nivel de eficacia y efectividad de las actividades de protección específica y detección temprana. Por último, nos permitirá tener un conocimiento global del perfil epidemiológico y de la situación social y demográfica de la población sujeto de atención.

#### Objetivo

Documentar la caracterización de la población sujeto de las actividades de inducción a la demanda, para los servicios de detección temprana y protección específica, y de atención de las enfermedades de interés en salud pública.

#### Metodología

El presente estudio es el resultado de la ejecución del proceso institucional denominado "Caracterización de la población".

#### Fuente de información

- Base de datos con la caracterización de cada afiliado
- Mapeo de la población
- Perfil epidemiológico elaborado por las EAPB y los Entes Territoriales
- Principales causas de consulta externa y egresos de la institución



### Resultados

- Población incluida en el estudio.
- Hacer referencia a las variables más relevantes, tales como: género, EAPB, zona de residencia, nivel educativo, causas de consulta, entre otras.
- Anexar gráfica de pirámide poblacional según género.

### Conclusiones

Presentar cuáles son los grupos prioritarios para atender según riesgos y cuáles son los grupos de edad en los que se espera mayor demanda.

### Recomendaciones:

Qué se debe ajustar, qué se debe tener en cuenta para programar la atención de la demanda, cuáles deben ser las estrategias de inducción a la demanda, se requiere algún programa especial para la intervención de riesgos.

## Anexo 4. Indicadores del proceso – Caracterización de la población

**Indicador 1.** Porcentaje de afiliados incluidos en la base de datos

<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de afiliados incluidos en la base de datos
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso
<b>Atributo de calidad</b>	Eficacia
<b>Numerador</b>	Número de afiliados incluidos en la base de datos.
<b>Denominador</b>	Total de afiliados sujetos de atención en la entidad.
<b>Desagregación</b>	NA
<b>Factores de exclusión</b>	Usuarios que no han permanecido activos en el último año.
<b>Medida</b>	Porcentaje
<b>Frecuencia medición</b>	Anual
<b>Meta</b>	Por lo menos el 80% de los afiliados que han estado activos durante el último año.
<b>Análisis</b>	Analizar la suficiencia y calidad de las fuentes de información y la experticia de los responsables de ejecutar el proceso, e implementar acciones preventivas y correctivas pertinentes.



**Indicador 2.** Porcentaje de afiliados con las variables actualizadas

<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de afiliados con las variables actualizadas
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso
<b>Atributo de calidad</b>	Eficacia
<b>Numerador</b>	Número de afiliados en los que se encuentran actualizadas las variables de la base de datos.
<b>Denominador</b>	Número de afiliados incluidos en la base de datos.
<b>Desagregación</b>	NA
<b>Factores de exclusión</b>	Usuarios que no han permanecido activos en el último año.
<b>Medida</b>	Porcentaje
<b>Frecuencia medición</b>	Anual
<b>Meta</b>	50% de las variables diligenciadas y actualizadas en el <b>primer año</b> . A partir del segundo año se debe aumentar en 20% cada año hasta alcanzar por lo menos un 90%.
<b>Análisis</b>	Analizar la suficiencia y calidad de las fuentes de información y la experticia de los responsables de ejecutar el proceso, e implementar acciones preventivas y correctivas pertinentes.



# Proceso 2.

## Gestión de las actividades, procedimientos e intervenciones de obligatorio cumplimiento

### Marco conceptual

Gestionar es dirigir, administrar los recursos y lograr los objetivos y metas propuestos. Lo anterior exige coordinar, motivar y articular adecuadamente tanto las personas como los recursos materiales de la organización; es necesario planear, dirigir, evaluar, controlar y mejorar aquellos elementos que influyen en la satisfacción del usuario y en el logro de los resultados deseados, para que esos objetivos se alcancen en un contexto de eficacia y eficiencia, con el propósito de lograr la calidad de los servicios que se ofrecen al usuario (6). “La gestión finalmente lo que busca es desarrollar una serie de actividades que transforman una situación en otra, buscando satisfacer las necesidades, deseos y demandas de los usuarios, optimizando los recursos humanos, físicos, tecnológicos y financieros” (28).

Las actividades de obligatorio cumplimiento son el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones costo-efectivas para desarrollar en forma secuencial y sistemática en la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud —SGSSS—, para el cumplimiento de las acciones de detección temprana y protección específica, y de atención a las enfermedades de interés en salud pública (1).

La **detección temprana** se refiere a los procedimientos que identifican en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitan su diagnóstico en estados tempranos, el tratamiento oportuno, la reducción de su duración y el daño que causa, evitando secuelas, incapacidad y muerte anticipada. Las actividades, procedimientos e intervenciones para la detección temprana son (1):

- Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo (menores de 10 años)
- Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (10-29 años)
- Detección temprana de las alteraciones del embarazo
- Detección temprana de las alteraciones del adulto (mayor de 45 años)
- Detección temprana del cáncer de cuello uterino
- Detección temprana del cáncer de seno
- Detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual

La **protección específica** es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a garantizar la protección de los afiliados frente a un riesgo específico, con el fin de evitar la presencia de la enfermedad (1).

La Resolución 0412 define como servicios de protección específica los siguientes:

- Vacunación según esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones —PAI—
- Atención preventiva en salud bucal
- Atención del parto
- Atención al recién nacido
- Atención en planificación familiar a hombres y mujeres

**Enfermedades de interés en salud pública:** son aquellas enfermedades que presentan un alto impacto en la salud colectiva y ameritan una atención y seguimiento especial, como enfermedades objeto de erradicación, eliminación y control (1). Las siguientes condiciones patológicas son objeto de atención oportuna y seguimiento para garantizar su control y reducir las complicaciones que son evitables (1):

- Bajo peso al nacer
- Alteraciones asociadas a la nutrición (desnutrición proteico-calórica y obesidad)
- Infección Respiratoria Aguda (menores de cinco años)
  - Alta: Otitis media, faringitis estreptocócica, laringotraqueítis.
  - Baja: Bronconeumonía, bronquiolitis, neumonía.
- Enfermedad Diarreica Aguda / Cólera
- Tuberculosis pulmonar y extrapulmonar
- Meningitis meningocócica
- Asma bronquial
- Síndrome convulsivo
- Fiebre reumática
- Vicios de refracción, estrabismo, cataratas.
- Enfermedades de Transmisión Sexual (infección gonocócica, sífilis, VIH)
- Hipertensión arterial
- Hipertensión arterial y hemorragias asociadas al embarazo
- Menor y mujer maltratados
- Diabetes juvenil y del adulto
- Lesiones pre-neoplásicas de cuello uterino
- Lepra
- Malaria
- Dengue
- Leishmaniosis cutánea y visceral
- Fiebre amarilla

La *gestión de las actividades de obligatorio cumplimiento* implica (dirigir, planificar) realizar la documentación, la difusión, el seguimiento y la evaluación de la programación de las actividades, procedimientos e intervenciones de detección temprana y protección específica y de atención de las enfermedades de interés en salud pública, que permitan garantizar el cumplimiento de las metas definidas por la institución y la normatividad vigente. La gestión incluye:



- ✓ *Contar con un coordinador o líder* de los servicios de detección temprana y protección específica y atención de las enfermedades de interés en salud pública, con conocimientos, con la capacidad de tomar la iniciativa, gestionar, convocar, promover, incentivar, motivar, evaluar y mejorar los resultados. El líder en conjunto con el equipo de salud deben realizar todos los esfuerzos necesarios para el logro de los objetivos, y éstos, hoy por hoy, no son otros que la satisfacción total del usuario externo (29).
- ✓ Realizar la documentación, difusión, seguimiento y evaluación de la *programación* de las actividades, procedimientos e intervenciones de detección temprana y protección específica y de atención de las enfermedades de interés en salud pública, que permitan garantizar el cumplimiento de las metas definidas por la institución y la normatividad vigente.
- *Disponibilidad del recurso humano:* Para la ejecución de la programación se requiere contar con la suficiencia y pertinencia del talento humano de acuerdo con la competencia requerida para la aplicación de las normas técnicas y guías de atención. La resolución 2003 del 2014 plantea para los servicios de detección temprana y protección específica lo siguiente: "De acuerdo con la oferta en salud: Contar con las profesiones u ocupaciones que se requieran para la prestación del servicio. De acuerdo con el programa ofertado y lo definido en las Resoluciones 412 de 2000 y 4505 de 2012 o las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan". Se requiere además garantizar que el personal sea suficiente. (Ver Proceso 6. Suficiencia del talento humano en los servicios de protección específica y detección temprana.)
- *Disponibilidad de recursos físicos:* Con el fin de dar cumplimiento a las actividades, intervenciones y procedimientos programados se espera que los recursos físicos sean suficientes, y de acuerdo con la Resolución 2003 de 2014 (requisitos del sistema único de habilitación), los requisitos que aplican son iguales a los exigidos para el servicio de consulta externa, de acuerdo con el programa ofertado y lo definido en las resoluciones 412 de 2000 y 4505 de 2012, o las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan. La adecuada disponibilidad del recurso físico debe permitir la comodidad y privacidad en la atención e igualmente debe evitar riesgos en la prestación de los servicios. Con el fin de aprovechar la capacidad física instalada, es importante establecer unos horarios con jornadas que permitan cumplir con las actividades programadas.
- *Disponibilidad de equipos:* en ésta categoría se incluyen aquellos equipos que apoyan el desarrollo de las actividades, que pueden ser de diferentes tipos: Tecnológicos (Biomédicos), informáticos y de comunicaciones, entre otros (30). En este tema es importante considerar los equipos suficientes e indispensables para la valoración de los pacientes, de acuerdo con el tipo de actividades desarrolladas; además las condiciones de mantenimiento para prestar los servicios de salud ofrecidos y las condiciones técnicas de calidad y soporte técnico científico (30).
- *Ejecución de actividades con calidad:* los usuarios valoran mucho la accesibilidad al servicio: la oportunidad en la atención, el tiempo adecuado en la atención, un trato cordial y amable por parte del equipo de salud., una gestión administrativa

ágil y coordinada entre todos los servicios, los procesos involucrados, y el tiempo adecuado en la prestación del servicio, Además es significativo para usuarios y personal de salud, acceder a la información y la disponibilidad de recursos (31). La calidad es una actitud de las personas que se involucran en un servicio, no es un resultado al azar, se planea y se construye, lo que implica entre otras cosas el reconocer que todo es susceptible de mejorar; se requiere entonces establecer sistemas de evaluación tendientes a garantizar la satisfacción de los usuarios internos y externos, los resultados óptimos en la atención, la mejora de la eficiencia y uso de los recursos (31).

Es importante considerar que en la atención en salud con calidad deben estar presentes entre otras las siguientes características:

- *Accesibilidad*: "Es el derecho que tiene toda persona de recibir los servicios de detección temprana y protección específica sin limitaciones, ni discriminaciones de ninguna naturaleza y sin barreras de índole geográfica, económica, social, organizacional, cultural, lingüística y de seguridad" (32).
  - *Oportunidad*: "Entendida como la satisfacción de las necesidades de la salud en el momento indicado, con los recursos adecuados y de acuerdo con la naturaleza y severidad de cada caso" (32).
  - *Seguridad*: Es el control de los factores que intervienen en la prestación de los servicios de salud, con el mínimo previsible de la presentación de agentes que pongan en peligro la salud de los usuarios" (32).
  - *Racionalidad técnica*: "Proceso mental que se refiere a la utilización del saber médico y de la tecnología biomédica disponible en un momento dado, donde se analiza y se eligen las alternativas que se puedan presentar para atender un problema de salud específico que implique una decisión" (32).
  - *Idoneidad y competencia profesional*: "Se refiere a la capacidad y al desempeño de las funciones del equipo de salud para brindarle al usuario la mejor atención posible" (32).
  - *Disponibilidad y suficiencia de los recursos*: "Relación entre los recursos existentes y el sujeto o población a la cual (sic) están destinados. La medida de la disponibilidad permite evaluar la equidad (a mayor necesidad, mayor recurso), pues se refiere a la existencia y suministro de los recursos indispensables (humanos, físicos, tecnológicos, financieros) para satisfacer adecuadamente las necesidades de la prestación de los servicios" (32).
  - *Satisfacción del usuario con la atención recibida*: "Incluye la complacencia del usuario con los servicios, con los prestadores y con los resultados de la atención" (32). Por ello se requiere monitorear permanentemente la satisfacción del usuario con los servicios recibidos.
- 
- ✓ *Establecer estándares de tiempo*: para la realización de las actividades, intervenciones y procedimientos, lo cual se deberá ver reflejado en las agendas de citas.
  - ✓ *Sistemas de evaluación*: "La evaluación es la etapa del proceso gerencial, mediante la cual se hace la comparación sistemática de los resultados obtenidos en la gestión frente a los objetivos y metas planteados, permite conocer el estado de actuación y la selección de nuevos cursos de acción" (31). Es un medio para que a



través de la reflexión crítica se adecuen los servicios de detección temprana y protección específica de las necesidades e intereses de los usuarios, y para que el equipo de salud mejore permanentemente su práctica.

La evaluación debe orientarse a evidenciar el grado de cumplimiento de metas y de las características de calidad esperadas. Para ello se utilizan indicadores y procesos de auditoría cuyo análisis y conclusiones permiten trascender hacia procesos de mejoramiento continuo centrados en el usuario.

La programación en salud "es la etapa del proceso planificador que asigna las responsabilidades, los recursos, el tiempo, los espacios necesarios para realizar las actividades, acciones o programas orientados a mejorar la situación de salud de las personas a nivel individual y colectivo" (31). La programación debe ser flexible y sencilla, de manera que permita orientar el trabajo diario del equipo de salud; debe ser elaborada y gestionada por el propio equipo de salud; debe orientar los recursos para las acciones de detección temprana y protección específica, y debe garantizar la accesibilidad de los usuarios a los servicios, así como la oportunidad en la atención (33).

#### *Objetivos de la programación*

- Dotar al equipo de salud de instrumentos que le permitan organizar la distribución de las responsabilidades, los recursos, el tiempo y el espacio necesario para desarrollar las actividades que conduzcan al logro de los objetivos propuestos y que a su vez sirvan de referencia para la evaluación.
- Facilitar la utilización de los recursos físicos, humanos, tecnológicos y financieros de manera eficiente y eficaz.
- Facilitar los mecanismos de control y evaluación de lo programado, realizando los ajustes necesarios para el cumplimiento de metas (33).

La programación debe partir de una población sujeto de atención, debe permitir tener en cuenta la priorización de los servicios que se van a prestar, debe considerar las metas de cobertura definidas por la institución para cada uno de los servicios de detección temprana y protección específica, y la frecuencia de uso o concentración, es decir, el número de consultas establecidas por año para cada usuario en las normas técnicas y guías de atención, con el fin de establecer el total de actividades, intervenciones y procedimientos para un periodo determinado, para lo cual es importante considerar lo siguiente:

Las atenciones en salud de obligatorio cumplimiento, clasificadas como de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública, se deben actualizar en forma periódica de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico, la tecnología disponible en el país y el desarrollo científico (33).

En Colombia, las normas técnicas de protección específica y detección temprana y las guías de atención de las enfermedades de interés en salud pública se actualizaron en los años 2007<sup>3</sup> y 2012,<sup>4</sup> y han sido difundidas por el Ministerio de Salud y Protección Social. Estas normas, de acuerdo con lo establecido en la Resolución 2003 de 2014, deben ser adoptadas por los prestadores de servicios de salud, como una de las tareas para garantizar una atención segura (13).

## Normas técnicas de protección específica

### 1. Atención preventiva en salud bucal:

- *Control y remoción de placa bacteriana*
  - Dos veces por año para la población de 2 a 19 años.
  - Una vez por año para la población mayor de 20 años.
- *Aplicación de flúor*
  - Dos veces al año en niños de 5 a 19 años de edad que presentan una o varias de las siguientes condiciones: Hábitos de higiene bucal deficientes, índice COP/ceo alto (historia de caries), mal posición dentaria, hábitos alimentarios ricos en carbohidratos (azúcares refinados), aparatología de ortodoncia, superficie del esmalte irregular, morfología dentaria retentiva, xerostomía (sequedad), pacientes con discapacidad física y/o mental.
- *Aplicación de sellantes*
  - Niños de 3 a 15 años que presenten las siguientes condiciones: Molares permanentes recién erupcionados con surcos y fisuras angostas y profundos; molares con surcos profundos no remineralizados deciduos o permanentes.
  - Y que presenten alguna de las siguientes características: Pacientes con deficiencias en la higiene bucal, índice COP/ceo alto (historia de caries), consumo de dieta rica en carbohidratos y azúcares, mal posición dentaria, aparatología de ortodoncia y pacientes con discapacidad física y/o mental.
- *Detartraje supragingival población*
  - Una vez cada 6 a 12 meses, a juicio del operador, en niños mayores de 12 años.

**2. Atención del parto.** Control a los 7 días posparto.

**3. Atención al recién nacido.** Revisión a los 3 días de nacido.

---

3 Las Guías difundidas en el año 2007 constan de cinco guías de detección temprana, cinco guías de protección específica, trece guías de atención de las enfermedades de interés en salud pública, una guía para el manejo del VIH/Sida, y una guía para el manejo de la enfermedad renal crónica y modelo de prevención y control de la enfermedad renal crónica.

4 El Ministerio de Salud y la Protección Social y Colciencias, con la participación de universidades, personal de salud, pacientes y familiares, desarrollaron 25 Guías de Atención Integral —GAI— basadas en la evidencia, para la atención de condiciones de salud de alta prevalencia en el país, frente a las que existe la necesidad de establecer las mejores y más costo-efectivas prácticas de atención.

#### 4. Atención en planificación familiar a hombres y mujeres:

Método	Periodicidad del control
Naturales	Cada año
Amenorrea de la lactancia	A los 3 meses posparto
Hormonales	A los 3 meses y luego cada año
Implante subdérmico	Al mes y luego cada año
DIU de intervalo	Al mes y luego cada año
DIU intracavárea o posparto inmediato	En la consulta de puerperio, al tercer mes del posparto y luego cada año
DIU postaborto	Al mes y luego cada año
Esterilización Quirúrgica Masculina (vasectomía)	A la semana y luego a los 3 meses (con recuento espermático)
Esterilización Quirúrgica Femenina (oclusión tubárica bilateral)	A la semana

#### Normas técnicas de detección temprana

##### 1. Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo (menores de 10 años):

Periodicidad	Concentración
Desde el primer mes de vida	1
Menor de 1 año: 1-3 m; 4-6 m; 7-9 m; 10-12 m.	4 al año
De 1 año: 13-16 m; 17-20 m; 21-24 m.	3 al año
De 2 a 4 años: 25-30 m; 31-36 m; 37-48 m; 49-60 m.	4 veces
De 5 a 7 años: 61-66 m; 67-72 m; 73-78 m; 79-84 m.	4 veces
De 8 a 9 años: Cada año	3 veces

##### 2. Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (10-29 años): Cumplimiento de las consultas de acuerdo con la norma técnica, por rango de edad:

Periodicidad	Concentración
En la edad de 10 a 13 años	1.º Control
En la edad entre 14 a 16 años	2.º Control
En la edad entre 17 a 21 años	3.º Control
En la edad entre 22 a 29 años	4.º Control



3. **Detección temprana de las alteraciones del embarazo —CPN—:**  
Control mensual a partir del ingreso o según condición.
4. **Detección temprana de las alteraciones del adulto (mayor de 45 años):**  
Se debe programar una consulta de medicina general a los 45, 50, 55, 60, 65, 70, 75 y 80 años de edad de todos los afiliados al sistema.
5. **Detección temprana del cáncer de cuello uterino:**

Grupo poblacional	Condición	Frecuencia tamizaje (si son normales)
Población general	21 a 69 con VSA	1-1-3
Adolescentes	Menor de 21 con VSA	No se recomienda
21 a 69/VIH+, Inmunodeprimidas	Inmunocomprometidas	6 meses en el primer año y luego cada año
21 a 69 años	Embarazadas	1-1-3 (en cualquier trimestre)
21 a 69 años	Historia sexual exclusivo con mujeres	1-1-3
21 a 69 años	Histerectomía patológica	1-1-3 (por 10 años post Cx)
21 a 69 años	Histerectomía causa desconocida	1-1-3 (por 10 años post Cx)
21 a 69 años	Histerectomía benigna	No requiere
21 a 69 años	Vacunadas contra el VPH	1-1-3

Fuente: Recomendaciones para la tamización de neoplasias de cuello uterino en mujeres sin antecedentes de patología cervical (preinvasora o invasora) en Colombia

6. **Detección temprana del cáncer de seno:**  
Realizar mamografía cada dos años en mujeres mayores de 50 años de edad, y detección temprana en *mujeres sintomáticas* independientemente de su edad.
7. **Detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual:**  
Cumplimiento de las consultas de acuerdo con la norma técnica, por rango de edad:

Periodicidad	Concentración
En la edad de 4 años	1.º Control
En la edad de 11 años	2.º Control
En la edad de 16 años	3.º Control
En la edad de 45 años	4.º Control
En la edad de 55 años	5.º Control
En la edad de 65 años y luego cada 5 años	6.º Control



**Guías de atención para el manejo de enfermedades de interés en salud pública**

**1. Atención a las enfermedades prevalentes de la infancia bajo el enfoque AIEPI:**

**Niños de 2 meses o más**

- Si el niño tenía respiración rápida, manejo con cita de **revisión dos días después.**
- Si el niño tenía algún grado de deshidratación (sin otra clasificación grave), **control en dos días.**
- Si tenía alto riesgo de deshidratación (sin otra clasificación grave), **control en dos días.**
- Si el niño tenía sangre en las heces, manejo y **control en dos días.**
- Si la diarrea es de 14 días o más de evolución y el niño no estaba deshidratado y es mayor de 6 meses, manejo y **revisión en dos días.**
- Si la diarrea tenía menos de 14 días y el niño no estaba deshidratado, **cita de control a los dos días si la diarrea continúa.**

**Menores de 2 meses**

- Si el niño no estaba deshidratado, se dieron las instrucciones pertinentes y **control a los dos días.**

**2. Atención de las Infecciones de Transmisión Sexual —ITS—:**

- Según la GPC de ITS (34), se sugiere control clínico a las 2 semanas de inicio del tratamiento a los (las) pacientes con cervicitis y a los (las) pacientes con descarga uretral, síndrome de úlcera, síndrome de inflamación escrotal, síndrome de bubón inguinal.
- Para las pacientes con tratamiento ambulatorio para EPI, hacer un control a las 72 horas de iniciado el tratamiento antibiótico.
- No es necesario realizar seguimiento de rutina a las pacientes con vaginosis bacteriana; pacientes con flujo vaginal asociado a *Trichomona vaginalis* deben regresar a una visita de seguimiento si los síntomas persisten, igual que las pacientes con infección flujo-vaginal asociada a *Candida albicans* (no se menciona el tiempo).

**3. Atención a personas con riesgo vascular: hipertensión arterial y diabetes tipo II:**

Clasificación del riesgo	Recomendación
Riesgo promedio	Control en 6 meses a 1 año.
No intervención	
Riesgo bajo	Control en 3 a 6 meses.
Riesgo moderado	Iniciar tratamiento. Control de factores de riesgo. Control cada mes por médico general alternando con especialista de acuerdo con el control de las cifras de PA. Si la PA está controlada, puede seguir en control por enfermera y dejar el control médico para cada 3 a 6 meses.

Clasificación del riesgo	Recomendación
Riesgo alto	Iniciar tratamiento. Control de factores de riesgo. Considere remisión. Control cada 1 a 2 meses por especialista. Una vez que la meta haya sido alcanzada, se puede programar control médico cada 3 a 6 meses.
Riesgo muy alto	Iniciar tratamiento. Control de factores de riesgo. Remisión a nivel superior. Control cada 1 a 2 meses por especialista.

**4. Violencia sexual:**

Seguimiento a la víctima de violencia sexual a las **2 semanas, 6 semanas, 12 semanas, 24 semanas, y 9 meses** después de la agresión.

Seguimientos con pruebas de anticuerpos para VIH a los **3, 6 y 12 meses**. (Para confirmar/descartar previa infección con VIH.)

**5. Atención de la persona con diagnóstico de dengue:**

Si se decidió manejar al paciente de forma ambulatoria: controles cada 48 horas.

**6. Prevención del aborto inseguro:**

Control a los 7 días post IVE.



# Estructura del proceso: Gestión de las actividades, procedimientos e intervenciones de obligatorio cumplimiento

<b>Nombre del proceso:</b> <b>Gestión de las actividades, procedimientos e intervenciones de obligatorio cumplimiento</b>	<b>Versión:</b>
<p><i>Descripción:</i></p> <p>Por medio de este proceso se realiza la planificación, organización, dirección, documentación de la programación, reporte y evaluación de las actividades, procedimientos e intervenciones de detección temprana, protección específica y atención de las enfermedades de interés en salud pública, mediante las gestiones pertinentes que permitan garantizar el cumplimiento de las metas definidas por la institución y en la normatividad vigente.</p>	
<p><i>Marco normativo:</i></p> <p>Acuerdo 117 de 1998 Artículo 10, capítulos I, II y subsiguientes          Resolución 0412 de 2000          Resolución 769 de 2008, modificada por la Resolución 1973 de 2008          Resolución 4505 de 2012</p>	
<p><i>Objetivo:</i></p> <p>Documentar la programación, difusión, reporte y evaluación de las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana y la aplicación de guías de atención integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento.</p>	
<p><i>Objetivos específicos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar anualmente la programación de las actividades, intervenciones y procedimientos de obligatorio cumplimiento de detección temprana y protección específica, y para la atención de las enfermedades de interés en salud pública.</li> <li>• Difundir la programación actualizada anualmente de las actividades de obligatorio cumplimiento entre los funcionarios responsables de la gestión y de la prestación de servicios de promoción de la salud <b>y prevención de la enfermedad.</b></li> <li>• <b>Realizar mensualmente el seguimiento a la ejecución de las actividades, intervenciones y procedimientos de obligatorio cumplimiento de acuerdo con la programación realizada.</b></li> <li>• <b>Medir trimestralmente la cobertura de personas atendidas en los servicios de protección específica y detección temprana.</b></li> <li>• <b>Evaluar la satisfacción del usuario de los servicios de protección específica y detección temprana en el periodo.</b></li> </ul>	

**Nombre del proceso:**

**Gestión de las actividades, procedimientos e intervenciones de obligatorio cumplimiento**

**Versión:**

*Logros esperados:*

- Soportar, máximo un mes después del inicio de la contratación, la difusión de la programación de las actividades de obligatorio cumplimiento, para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Soportar el seguimiento a la ejecución de las actividades, intervenciones y procedimientos de obligatorio cumplimiento de acuerdo con la programación realizada.
- Soportar la implementación de acciones correctivas en caso de identificar oportunidades de mejora en el nivel de ejecución de las actividades, intervenciones y procedimientos de obligatorio cumplimiento de acuerdo con la programación realizada.
- Soportar el cumplimiento de las metas de ejecución de las actividades, intervenciones y procedimientos de obligatorio cumplimiento de acuerdo con la programación realizada.
- Soportar la medición periódica de las coberturas de cada uno de los servicios de detección temprana y protección específica ofertados.
- Alcanzar por lo menos el 95% de satisfacción de los usuarios con las actividades, intervenciones y procedimientos realizados en los servicios de protección específica y detección temprana y de obligatorio cumplimiento, para la vigencia.

*Elementos de entrada:*

1. Resolución 412 de 2000.
2. Resolución 4505 de 2012.
3. 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.
4. Contratos para la prestación de servicios de protección específica y detección temprana.
5. Anexo 3: Documento con la caracterización de la población.

*Elementos de transformación:*

Teniendo en cuenta la población afiliada a la entidad, objeto de atención en los servicios de protección específica y detección temprana, y los riesgos y determinantes en salud identificados en la caracterización de la misma, se identifica y cuantifica la población priorizada para la intervención, determinando el número de actividades que deben ser ejecutadas en la vigencia. Posteriormente se documenta la programación de las actividades y se realiza la difusión, implementación, seguimiento y evaluación del cumplimiento de la programación, realizando las gestiones pertinentes para el cumplimiento de las metas definidas por la institución y la normatividad vigente.

*Elementos de salida:*

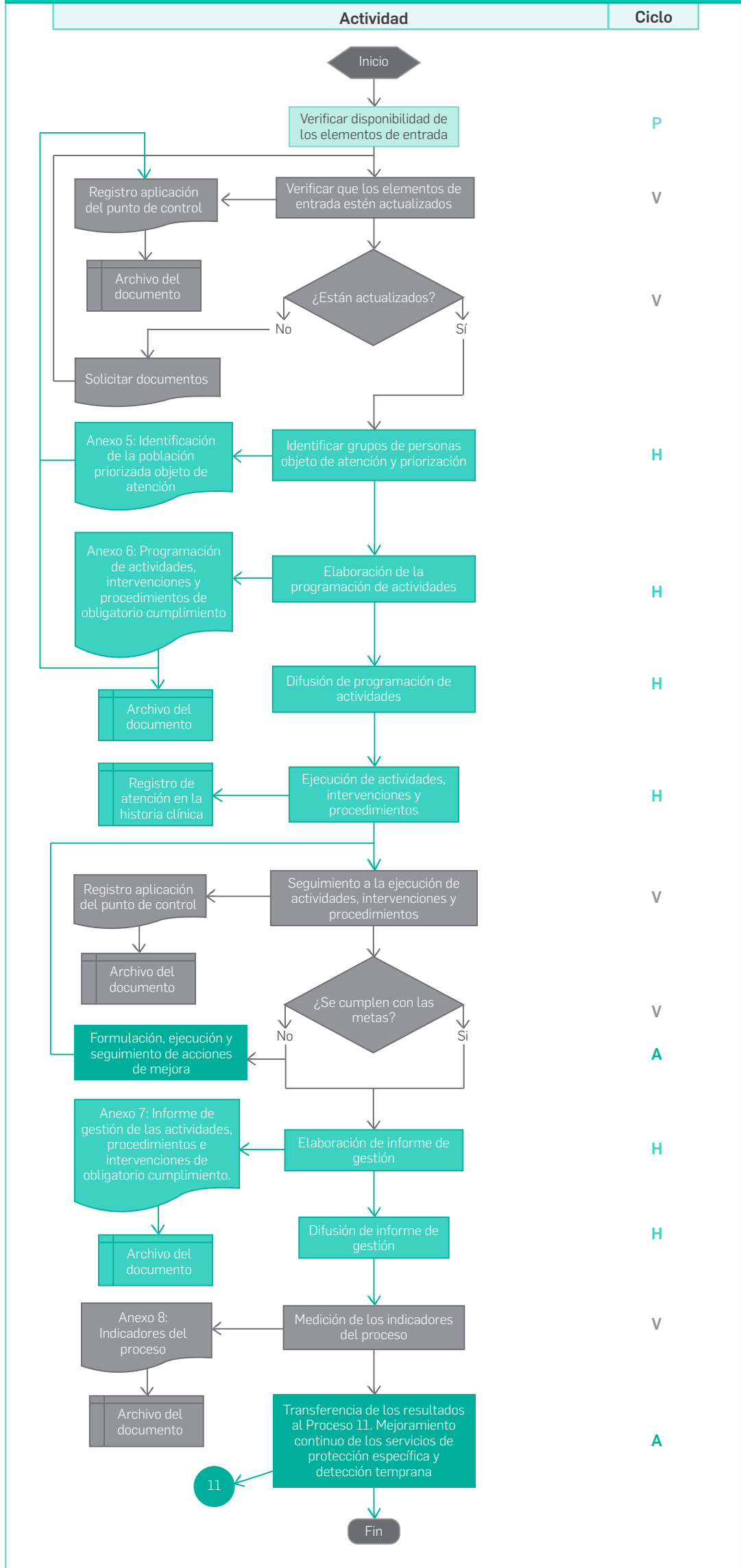
1. Anexo 5: Identificación de la población priorizada objeto de atención
2. Anexo 6: Programación de actividades, intervenciones y procedimientos de obligatorio cumplimiento
3. Anexo 7: Informe de gestión de las actividades, procedimientos e intervenciones de obligatorio cumplimiento.



<b>Nombre del proceso: Gestión de las actividades, procedimientos e intervenciones de obligatorio cumplimiento</b>	<b>Versión:</b>
<i>Responsable</i> (Puede ser uno de los siguientes): Gerente Coordinador	
<i>Talento Humano</i> (Según la entidad pueden participar los siguientes): Epidemiólogo Coordinador Gerente de sistemas de información —GESIS— Recursos tecnológicos: Software para el procesamiento de hojas de cálculo y datos epidemiológicos (Excel, Epi Info) Recursos físicos: Equipos de oficina y papelería	
<i>Requisitos:</i> Elementos de entrada actualizados Programación aprobada por la gerencia Contratos de prestación de servicios vigentes	
<i>Indicadores del proceso (Anexo 8):</i> a. Oportunidad en la difusión de la programación de actividades b. Porcentaje de cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones c. Cobertura de actividades, procedimientos e intervenciones d. Frecuencia de uso de los servicios o concentración e. Proporción de usuarios externos satisfechos f. Porcentaje de demanda no atendida g. Oportunidad en la asignación de citas de ingreso para los servicios de detección temprana y protección específica h. Porcentaje de inasistentes a los servicios de detección temprana y protección específica i. Porcentaje de adherencia a normas técnicas y guías de atención	
<i>Puntos de control:</i> <ul style="list-style-type: none"><li>• Elementos de entrada actualizados</li><li>• Identificación de la población priorizada objeto de atención</li><li>• Medición de indicadores</li></ul>	



**Flujograma: Gestión de las actividades, procedimientos e intervenciones de obligatorio cumplimiento**



Nota: La Entidad debe de definir los responsables para la ejecución de las actividades del proceso de acuerdo a los perfiles de talento humano y recursos disponibles.

<b>Firma:</b>			
<b>Nombre:</b>			
<b>Cargo:</b>	Líder del proceso	Coordinador promoción y prevención	Gerente
<b>Fecha:</b>			





## Anexo 5. Identificación de la población priorizada objeto de atención

### IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN PRIORIZADA OBJETO DE ATENCIÓN

#### Fecha de elaboración:

**Objetivo:** Identificar los factores de riesgos prevalentes en la población afiliada en la entidad, definiendo los grupos priorizados y las actividades programadas según lo establecido en las normas técnicas de protección específica y detección temprana.

*En la siguiente matriz se determina, para cada una de las normas o guías de atención de detección temprana y protección específica, la población total objeto de atención distribuida por sexo (mujeres y hombres), y la proporción porcentual de mujeres y de hombres con respecto al total, lo cual es fundamental para organizar la oferta de servicios, es decir, contar con los servicios disponibles para ser utilizados por la población y satisfacer sus necesidades.*

**Tabla 10.** Población afiliada a la entidad, sujeto de atención en los servicios de detección temprana y protección específica, según norma técnica o guía de atención (distribuida por sexo)

Norma o guía de atención	Mujeres		Hombres		Total población
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	
Detección temprana de las alteraciones del adulto (mayor de 45 años)	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número
Detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual					
Atención del parto					
Atención del recién nacido					
Detección temprana del cáncer de cuello uterino					
Detección temprana del cáncer de seno					
Consulta del recién nacido					
Consulta posparto					

Norma o guía de atención	Mujeres		Hombres		Total población
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	
Detección temprana de las alteraciones del embarazo					
Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo (menores de 10 años)					
Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (10-29 años)					
Atención en planificación familiar a hombres y mujeres					
Atención preventiva en salud bucal					
Vacunación según esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones –PAI–					
Hipertensión arterial					
Tuberculosis pulmonar y extrapulmonar					
VIH-sida					

Una vez identificada la población afiliada sujeto de atención según norma técnica o guía de atención, se establecen en la siguiente matriz los riesgos en salud (primera columna), y para cada uno de ellos la población total, así como el número y la distribución porcentual de mujeres y hombres. Esto permitirá continuar con las necesidades de organización de la oferta de servicios y la capacidad física instalada, con el fin de minimizar los riesgos y las complicaciones en esta población.

**Tabla 11.** Población afiliada a la entidad según riesgos en salud distribuida por sexo

Riesgo en salud	Mujeres		Hombres		Total población
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número
Gestación	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número
Sífilis gestacional o congénita					
Hipertensión Inducida por la gestación					
Hipotiroidismo congénito					
Sintomático respiratorio					
Tuberculosis multidrogorresistente					
Lepra					
Obesidad o desnutrición proteico calórica					
Víctima de maltrato					
Víctima de violencia sexual					
Infecciones de Trasmisión Sexual					
Enfermedad mental					
Cáncer de cuello uterino					
Cáncer de seno					
Fluorosis dental					
Desnutrición					
Hipertensión Arterial HTA					
Diabetes Mellitus DM					
Dislipidemias					
Obesidad					
<b>Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica —EPOC—</b>					
Hipotiroidismo					
Enfermedad Acido Péptica —EAP—					

Riesgo en salud	Mujeres		Hombres		Total población
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	
Enfermedad cardiovascular					
Cirugías					
Traumas					
...					

La siguiente matriz le permite a la institución identificar su población total por grupo o rango de edad, el número de hombres y mujeres, así como su distribución porcentual por sexo con respecto al total de población por cada uno de los rangos de edad.

**Tabla 12.** Población afiliada a la entidad discriminada por grupos de edad y sexo

Edad en años	Mujeres		Hombres		Total población
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	
0 a 4	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número
5 a 9					
10 a 14					
15 a 19					
20 a 24					
25 a 29					
30 a 34					
35 a 39					
40 a 44					
45 a 49					
50 a 54					
55 a 59					
60 a 64					
65 a 69					
70 a 74					
75 a 79					
80 y más					

En la siguiente matriz se determina, para cada uno de los grupos de edad de la población afiliada, el número de personas sujeto de atención, distribuido por sexo, de acuerdo con lo establecido en las normas técnicas de detección temprana y protección específica. El producto de esta tabla permite conocer la población potencial para cada uno de los servicios de detección temprana y protección específica, lo cual permitirá posteriormente programar las actividades para un periodo específico y su control por



parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud y administradoras de planes de beneficio.

**Tabla 13.** Población afiliada sujeto de atención en los servicios de detección temprana y protección específica, según grupo de edad y sexo

Edad	Mujeres		Hombres		Total población
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	
0 meses	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número
2 meses					
4 meses					
6 meses					
1 año					
5 años					
0 a 10 años					
1 a 19 años					
10 a 29 años					
20 años o más					
5 a 19 años					
3 a 15 años					
12 años o más					
15 a 49 años					
45 años					
50 años					
55 años					
60 años					
65 años					
70 años					
75 años					
80 años y más					
25 a 69 años					
50 años					
52 años					
54 años					
56 años					
58 años					
60 y cada dos años					
...					

En las tablas 12 y 13, en la columna denominada “Determinantes en salud”, se presenta el listado de los hábitos de vida y los comportamientos personales, las condiciones de vida y trabajo; en las siguientes columnas se deberá registrar tanto el número de hombres y mujeres como la distribución porcentual por sexo, pertenecientes a cada uno de estos determinantes. Con esta información la institución precisará los factores que influyen en el proceso salud-enfermedad de sus afiliados para, de ese modo, determinar las acciones que puedan intervenir positivamente en aquellos factores que sean factibles de intervenir desde el sector salud. Es posible que al elaborar estas matrices la institución considere la necesidad de incluir otros determinantes en salud.

**Tabla 14.** Población afiliada a la entidad según determinantes en salud y sexo: Hábitos de vida y comportamientos personales

Determinante en salud	Mujeres		Hombres		Total población
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	
Consumo de tabaco	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número
Consumo de licor					
Consumo de psicoactivos					
Actividad física irregular					
Dieta no saludable					
...					

**Tabla 15.** Población afiliada a la entidad según determinantes en salud y sexo: Condiciones de vida y trabajo

Determinante en salud	Mujeres		Hombres		Total población
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	
Nivel del SISBEN 0	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número
Nivel del SISBEN 1					
Nivel del SISBEN 2					
Nivel del SISBEN 3					
Nivel del SISBEN 4					
Nivel del SISBEN 5					
Analfabeta					
Residencia en zona urbana					
Residencia en zona rural					
Estado civil soltero					
Estado civil casado					



Determinante en salud	Mujeres		Hombres		Total población
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	
Estado civil unión libre					
Estado civil separado					
Estado civil viudo					
Oficio: estudiante					
Oficio: ama de casa					
Oficio: desempleado					
Oficio: empleado					
...					

La siguiente matriz le permite a la entidad determinar el número de afiliados por sexo que no ha demandado los servicios de detección temprana y protección específica. Esta información se convierte en un insumo importante para proponer y desarrollar estrategias de inducción a la demanda, que permitan incentivar y orientar a sus afiliados hacia la utilización de los servicios y así garantizar un aumento en las coberturas.

**Tabla 16.** Población afiliada a la entidad que no ha demandado servicios de protección específica y detección temprana, según sexo

Riesgo o determinante en salud	Mujeres		Hombres		Total población
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	
Atención preventiva en salud bucal	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número
Atención en planificación familiar a hombres y mujeres					
Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo (menores de 10 años)					
Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (de 10 a 29 años)					
Detección temprana de las alteraciones del embarazo					
Detección temprana de las alteraciones del adulto (mayor de 45 años)					



Riesgo o determinante en salud	Mujeres		Hombres		Total población
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	
Detección temprana del cáncer de cuello uterino					
Detección temprana del cáncer de seno					
Detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual					
...					

## Anexo 6. Programación de actividades, intervenciones y procedimientos de obligatorio cumplimiento

### PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DE DETECCIÓN TEMPRANA Y PROTECCIÓN ESPECÍFICA AÑO \_\_\_\_\_

**IPS:**

**Año:**

**Nota aclaratoria:**

La Resolución 4505 de 2012 derogó en su totalidad la Resolución 3384 de 2000, sin embargo, sólo reglamentó el componente relacionado con el sistema de registro y reporte de la información. Actualmente está pendiente que el Ministerio de Salud defina los nuevos lineamientos sobre los dos componentes faltantes (programación y evaluación); entre tanto, se debe continuar con lo establecido en la anterior Resolución 3384.

En este orden de ideas, los instrumentos propuestos en este Anexo y en el siguiente se deberán modificar y ajustar una vez que el Ministerio de Salud defina la estructura de los componentes de programación y evaluación.

*La programación de actividades, intervenciones y procedimientos generalmente se realiza para un año. Se propone desarrollar las siguientes matrices (ver tabla 17 a la tabla 29), que contemplan las actividades específicas de acuerdo con las normas técnicas y guías de atención para los servicios de vacunación, atención preventiva en salud bucal; norma técnica para la atención del parto, el recién nacido, planificación familiar, detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo (menor de 10 años), de las alteraciones del desarrollo del joven (de 10 a 29 años), del embarazo, del cáncer de cuello uterino, del cáncer de seno, alteraciones del adulto (mayor de 45 años) y detección temprana de la agudeza visual. Se considera además el número de personas sujeto de atención, por grupos de edad, con las cuales se realizarán las actividades específicas, dependiendo del servicio al que consulten. Esta información le permitirá a la institución determinar si los recursos son suficientes o no para garantizar una atención eficiente, continua, accesible, pertinente y con calidad.*



**Tabla 17.** Programación de actividades de obligatorio cumplimiento establecidas en la norma técnica de vacunación según el Programa Ampliado de Inmunizaciones –PAI–.

#	Población sujeto Biológico	Recién nacido	A partir de los 2 meses	A partir de los 4 meses	A partir de los 6 meses	A las 4 semanas de primera dosis	Al año	Al año de 3.ª dosis	Al año de primer esquema de influenza	Refuerzos de los 5 años	Entre los 10-49 años	En posparto y posaborto inmediato	10 años después de la primera dosis**	A partir de los 65 años de edad
		Número	Número	Número	Número	Número	Número	Número	Número	Número	Número	Número	Número	Número
1	Antituberculosa - BCG													
2	Hepatitis B-HB													
3	Antipoliomielitis - VOP													
4	Pentavalente*													
5	Antipoliomielitis - VOP													
6	Influenza													
7	Sarampión Rubéola parotiditis													
8	Fiebre amarilla													
9	DPT (triple bacteriana)													
10	SRP (triple viral) SR													
11	Td (adulto)													
12	SR sarampión - rubéola													
13	Anti amarílica													
14	Anti-Influenza													

\* (DPT) Antígenos a colocar en presentación polivalente – PENTAVALENTE- (esquema básico menores de un año) y monovalentes (en refuerzos)

\*\* En población de riesgo y según planes de contingencia vigentes.

**Tabla 18.** Programación de actividades de obligatorio cumplimiento establecidas en la norma técnica para la atención preventiva en salud bucal

Población sujeto		2 a 19 años	20 años o más	5 a 19 años	3 a 15 años	12 años o más
#	Actividad					
1	Control y remoción de placa bacteriana	Número	Número	Número	Número	Número
2	Aplicación de flúor					
3	Aplicación de sellantes en fosetas y fisuras					
4	Detartraje supragigival					

**Tabla 19.** Programación de actividades de obligatorio cumplimiento establecidas en la norma técnica para la atención del parto

Población sujeto		Gestantes en trabajo de parto
#	Actividad	
1	Admisión de la gestante en trabajo de parto	Número
2	Atención del primer periodo del parto (dilatación y borramiento).	Número
3	Atención del segundo periodo del parto (expulsivo)	Número
4	Atención del alumbramiento	Número
5	Atención del puerperio inmediato	Número
6	Atención durante el puerperio mediato	Número
7	Atención para la salida de la madre y su neonato	Número

**Tabla 20.** Programación de actividades de obligatorio cumplimiento establecidas en la norma técnica para la atención al recién nacido

Población sujeto		Niños y niñas recién nacidos
#	Actividad	
1	Adaptación Neonatal Inmediata —ANI— en sala de partos	Número
2	Cuidados durante las primeras cuatro horas de vida	Número
3	Cuidados mediatos	Número
4	Consulta médica de control del recién nacido	Número

**Tabla 21.** Programación de actividades de obligatorio cumplimiento establecidas en la norma técnica para la atención en planificación familiar

Población sujeto		Hombres y mujeres en edad fértil
#	Actividad	
1	Consulta de planificación familiar (Primera vez por medicina general)	Número
2	Consulta de control en planificación familiar (Control o seguimiento por medicina general o enfermería)	Número
3	Aplicación de DIU (Inserción de Dispositivo Intrauterino —DIU—)	Número
4	Inserción de implante subdérmico	Número
5	Esterilización quirúrgica	Número

**Tabla 22.** Programación de actividades de obligatorio cumplimiento establecidas en la Norma Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo (menor de 10 años)

Población sujeto		Niños y niñas de 0 a 10 años
#	Actividad	
1	Identificación e inscripción temprana de los niños y las niñas	Número
2	Consulta de primera vez por medicina general	Número
3	Consulta de control por enfermera	Número

**Tabla 23.** Programación de actividades de obligatorio cumplimiento establecidas en la norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (de 10 a 29 años)

Población sujeto		Adolescentes de 10 a 29 años
#	Actividad	
1	Desglosar las actividades, intervenciones y procedimientos establecidos en la norma técnica, según el subgrupo adolescente...	Número

**Tabla 24.** Programación de actividades de obligatorio cumplimiento establecidas en la norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo

Población sujeto		Mujeres gestantes
#	Actividad	
1	Identificación e inscripción de las gestantes en el control prenatal	Número

Población sujeto		Mujeres gestantes
#	Actividad	
2	Consulta de primera vez por medicina general	Número
2.1	Exámenes paraclínicos: Hemograma completo	Número
2.2	Exámenes paraclínicos: Hemoclasificación	Número
2.3	Exámenes paraclínicos: Serología	Número
2.4	Exámenes paraclínicos: Uroanálisis	Número
2.5	Exámenes paraclínicos: Glicemia en ayunas	Número
2.6	Exámenes paraclínicos: Ecografía obstétrica	Número
2.7	Ofrecer consejería prueba Elisa para VIH	Número
2.8	Exámenes paraclínicos: Elisa para VIH	Número
2.9	Exámenes paraclínicos: Citología cervical	Número
3	Consultas de seguimiento y control	Número
3.1	Exámenes paraclínicos: Uroanálisis (segundo trimestre)	Número
3.2	Exámenes paraclínicos: Glicemia en ayunas	Número
3.3	Exámenes paraclínicos: Ecografía obstétrica (segundo trimestre)	Número
3.4	Exámenes paraclínicos: Ecografía obstétrica (tercer trimestre)	Número
	Exámenes paraclínicos: Uroanálisis (tercer trimestre)	Número
3.5	Exámenes paraclínicos: Serología (tercer trimestre)	Número

**Tabla 25.** Programación de actividades de obligatorio cumplimiento establecidas en la norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del adulto (mayor de 45 años)

Población sujeto		Mayores de 45 años
#	Actividad	
1	Consulta de primera vez por medicina general	Número
2.1	Exámenes de laboratorio: Glucemia basal	Número
2.2	Exámenes de laboratorio: Perfil lipídico	Número
2.3	Exámenes de laboratorio: Creatinina	Número
2.4	Exámenes de laboratorio: Uroanálisis	Número

**Tabla 26.** Programación de actividades de obligatorio cumplimiento establecidas en la Norma técnica para la detección temprana del cáncer de cuello uterino

#	Actividad	Población sujeto	
		Mujeres entre 25 y 69 años o las menores de 25 años con vida sexual activa	
1	Toma de citología cérvico-uterina	Número	
2	Lectura y reporte de la citología cérvico-uterina	Número	
3	Conductas según reporte de la citología cervical	Número	
4	Diagnóstico definitivo	Número	

**Tabla 27.** Programación de actividades de obligatorio cumplimiento establecidas en la norma técnica para la detección temprana del cáncer de seno

#	Actividad	Población sujeto	
		Mujeres mayores de 50 años	
1	Mamografía de cuatro proyecciones	Número	

**Tabla 28.** Programación de actividades de obligatorio cumplimiento establecidas en la norma técnica para la detección temprana de la agudeza visual

#	Actividad	Población sujeto		
		Niños de 4 años	Adolescentes de 11 y 16 años	Adultos de 45, 55, 65, y en edades posteriores cada 5 años
1	Toma de agudeza visual	Número	Número	Número
2	Examen oftalmológico	Número	Número	Número

**Tabla 29.** Matriz de programación de actividades para el año

#	Norma	Actividad	Población priorizada	Actividades programadas	Meta de ejecución anual	Total programado año	Observaciones
1	Vacunación según el PAI	Suministro de biológico	Número	Número	Número	Número	Texto

#	Norma	Actividad	Población priorizada	Actividades programadas	Meta de ejecución anual	Total programado año	Observaciones
2	Atención Preventiva en Salud Bucal	Control y remoción de placa bacteriana	Número	Número	Número	Número	Texto
3	Atención Preventiva en Salud Bucal	Aplicación de flúor					
5	Atención Preventiva en Salud Bucal	Aplicación de sellantes en foseetas y fisuras					
6	Atención Preventiva en Salud Bucal	Detartraje supragigival					
7	Atención del Parto	Admisión de la gestante en trabajo de parto					
8	Atención del Parto	Atención del primer periodo del parto (dilatación y borramiento).					
9	Atención del Parto	Atención del segundo periodo del parto (expulsivo)					
10	Atención del Parto	Atención del alumbramiento					
11	Atención del Parto	Atención del puerperio inmediato					
12	Atención del Parto	Atención durante el puerperio mediato					



#	Norma	Actividad	Población priorizada	Actividades programadas	Meta de ejecución anual	Total programado año	Observaciones
13	Atención del Parto	Atención para la salida de la madre y su neonato					
14	Etc....						

**Observaciones:**

**Conclusiones:**

**Recomendaciones:**

## Anexo 7. Informe de gestión de las actividades, procedimientos e intervenciones de obligatorio cumplimiento

*El presente documento es un modelo a partir del cual se pueden presentar los resultados de la programación de actividades. Los líderes del proceso pueden adaptarlo de acuerdo con sus necesidades y lo definido en el sistema de gestión de calidad de la entidad.*

*Este informe hace énfasis en el reporte de la cobertura de las actividades, procedimientos e intervenciones de obligatorio cumplimiento, en el cumplimiento de la ejecución de la programación con respecto a lo programado, y en la medición y seguimiento de algunos indicadores que permiten determinar atributos de calidad en la prestación del servicio, como son la eficiencia, eficacia, efectividad, accesibilidad, pertinencia y continuidad.*

### INFORME DE GESTIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE DETECCIÓN TEMPRANA Y PROTECCIÓN ESPECÍFICA

IPS:  
Año:

Nota aclaratoria:



La Resolución 4505 de 2012 derogó en su totalidad la Resolución 3384 de 2000, pero solo reglamenta uno de sus tres componentes, el relacionado con el sistema de registro y reporte de la información.

En el Anexo Técnico 1 de la anterior resolución, se reglamenta la estructura del registro por persona de las actividades de protección específica, detección temprana y aplicación de guías de atención integral para las enfermedades de interés de obligatorio cumplimiento; no obstante, a pesar de determinarse una lista de actividades, se debe considerar que aunque falten en el reporte que esta norma solicita algunas de las actividades, procedimientos e intervenciones establecidos en las normas técnicas y guías de atención, no quiere decir que no deben ejecutarse.

**1) Reporte de ejecución de actividades:**

El registro por persona de las actividades de protección específica, detección temprana y aplicación de guías de atención integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento, se debe realizar según lo establecido en el **Anexo Técnico 1** de la Resolución 4505 de 2012. (Por efectos de economía se instruye al lector para consultar la citada norma.)

**2) Reporte cobertura de las actividades:**

**Tabla 30.** Cobertura de los servicios y actividades de protección específica y detección temprana

Norma o guía de atención	Mujeres			Hombres			Total población	
	Objeto de atención	Población atendida	Porcentaje cobertura	Objeto de atención	Población atendida	Porcentaje cobertura	Población atendida	Porcentaje cobertura
Detección temprana de las alteraciones del adulto (mayor de 45 años)	Número	Número	Porcentaje	Número	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Detección Temprana de la Agudeza Visual								
Atención del Parto								
Atención al Recién nacido								
Detección Temprana del Cáncer de Cuello Uterino								
Detección Temprana del Cáncer de Seno								



Norma o guía de atención	Objeto de atención	Mujeres		Objeto de atención	Hombres		Total población	
		Población atendida	Porcentaje cobertura		Población atendida	Porcentaje cobertura	Población atendida	Porcentaje cobertura
Consulta del RN								
Consulta Posparto								
Detección Temprana de las alteraciones del embarazo								
Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo del menor de 10 años.								
Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (de 10 a 29 años)								
Atención en Planificación Familiar a hombres y mujeres								
Atención preventiva en Salud Bucal								
Vacunación según el PAI								
HTA								
Tuberculosis pulmonar y extrapulmonar								
VIH-Sida								
Etc.								

**Observaciones:**

**Conclusiones:**

**Recomendaciones:**

3) Cumplimiento de metas de programación:

**Tabla 31.** Porcentaje de ejecución de las actividades, procedimientos e intervenciones

Norma o guía de atención	Mujeres			Hombres			Total población	
	Actividades programadas	Actividades ejecutadas	Porcentaje de cumplimiento	Actividades programadas	Actividades ejecutadas	Porcentaje de cumplimiento	Total actividades realizadas	Porcentaje de cumplimiento
Detección temprana de las alteraciones del adulto (mayor de 45 años)	Número	Número	Porcentaje	Número	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Detección Temprana de la Agudeza Visual								
Atención del Parto								
Atención al Recién nacido								
Detección Temprana del Cáncer de Cuello Uterino								
Detección Temprana del Cáncer de Seno								
Consulta del RN								
Consulta Posparto								
Detección Temprana de las alteraciones del embarazo								
Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo del menor de 10 años.								
Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (de 10 a 29 años)								
Atención en Planificación Familiar a hombres y mujeres								



Norma o guía de atención	Mujeres			Hombres			Total población	
	Actividades programadas	Actividades ejecutadas	Porcentaje de cumplimiento	Actividades programadas	Actividades ejecutadas	Porcentaje de cumplimiento	Total actividades realizadas	Porcentaje de cumplimiento
Atención preventiva en Salud Bucal								
Vacunación según el PAI								
HTA								
Tuberculosis pulmonar y extrapulmonar								
VIH-Sida								
Etc.								

**4) Seguimiento a indicadores:**

(Ver Anexo 8. Indicadores del proceso: Gestión de actividades, procedimientos e intervenciones de obligatorio cumplimiento.)

- a. Oportunidad en la difusión de la programación de actividades
- b. Porcentaje de cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones
- c. Cobertura de actividades, procedimientos e intervenciones
- d. Frecuencia de uso de los servicios o concentración
- e. Proporción de usuarios externos satisfechos
- f. Porcentaje de demanda no atendida
- g. Oportunidad en la asignación de citas de ingreso para los servicios de detección temprana y protección específica
- h. Porcentaje de inasistentes a los servicios de detección temprana y protección específica
- i. Porcentaje de adherencia a normas técnicas y guías de atención

**Observaciones:**

**Conclusiones:**

**Recomendaciones:**

## Anexo 8. Indicadores del proceso: Gestión de actividades, procedimientos e intervenciones de obligatorio cumplimiento

**Indicador 3.** Oportunidad en la difusión de la programación de actividades

Nombre del indicador	Oportunidad en la difusión de la programación de actividades
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso
<b>Atributo de calidad</b>	Eficacia
<b>Numerador</b>	Número de funcionarios que conocen la programación de actividades actualizada antes de marzo de cada año.
<b>Denominador</b>	Número de funcionarios de la entidad que participan en los procesos de gestión y atención de los servicios de protección específica y detección temprana.
<b>Desagregación</b>	Servicio Profesión u oficio
<b>Factores de exclusión</b>	Funcionarios que no participan en los procesos de gestión y atención de los servicios de protección específica y detección temprana.
<b>Medida</b>	Porcentaje
<b>Frecuencia medición</b>	Anual, o máximo un mes después de realizar modificaciones en la programación.
<b>Meta</b>	95% de los funcionarios y colaboradores responsables de la prestación de servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y el 100% de los responsables de la gestión de la atención.
<b>Análisis</b>	Si en marzo de cada año o un mes después de modificar la programación no se ha cumplido con las metas de difusión, se deben tomar las medidas correctivas pertinentes para garantizar la difusión de la programación de las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana, hasta cumplir la meta.

**Indicador 4.** Porcentaje de cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones

Nombre del indicador	Porcentaje de cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso
<b>Atributo de calidad</b>	Eficacia



Nombre del indicador	Porcentaje de cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones
<b>Numerador</b>	Número de actividades, procedimientos e intervenciones ejecutadas en la vigencia.
<b>Denominador</b>	Total de actividades, procedimientos e intervenciones programadas para la vigencia.
<b>Desagregación</b>	Norma o guía de atención Profesional responsable
<b>Factores de exclusión</b>	Actividades, procedimientos e intervenciones programadas para otros periodos, salvo las que se dejen como acumulado.
<b>Medida</b>	Porcentaje
<b>Frecuencia medición</b>	Trimestral
<b>Meta</b>	80% de las actividades, procedimientos e intervenciones programados, salvo en control prenatal y atención del parto que se debe garantizar el 100% de las actividades en el total de gestantes.
<b>Análisis</b>	Las actividades no ejecutadas se deben agregar a las metas del trimestre siguiente, tomando las medidas preventivas necesarias para garantizar la oferta del servicio; en todo caso, se debe considerar paralelamente el nivel de cumplimiento y efectividad de las actividades de inducción a la demanda.

**Indicador 5.** Cobertura de actividades, procedimientos e intervenciones

Nombre del indicador	Cobertura de actividades, procedimientos e intervenciones
<b>Tipo de indicador</b>	Cobertura
<b>Atributo de calidad</b>	Efectividad
<b>Numerador</b>	Número de personas atendidas en los servicios de protección específica y detección temprana en el periodo
<b>Denominador</b>	Total de personas objeto de atención en los servicios de protección específica y detección temprana para el periodo
<b>Desagregación</b>	Norma o guía de atención Profesional Grupo de edad
<b>Factores de exclusión</b>	Las personas que recibieron dos o más intervenciones correspondientes a la misma norma técnica o guía de atención se suman una sola vez. Personas que ya tienen un método de planificación definitivo.
<b>Medida</b>	Porcentaje
<b>Frecuencia medición</b>	Semestral

Nombre del indicador	Cobertura de actividades, procedimientos e intervenciones
<b>Meta</b>	40% en el primer año y aumenta en un 10% a partir del segundo año, hasta alcanzar el 70%. Salvo en control prenatal y atención del parto que se debe garantizar la cobertura del 100% de las gestantes y recién nacidos desde el primer año.
<b>Análisis</b>	Las personas no atendidas se deben agregar a las metas del trimestre siguiente, tomando las medidas preventivas necesarias para garantizar la oferta del servicio; en todo caso, se debe considerar paralelamente el nivel de cumplimiento y efectividad de las actividades de inducción a la demanda.

**Indicador 6.** Frecuencia de uso de los servicios o concentración

Nombre del indicador	Frecuencia de uso de los servicios o concentración
<b>Tipo de indicador</b>	Estructura
<b>Atributo de calidad</b>	Eficiencia
<b>Numerador</b>	Total de consultas que recibe un usuario en los servicios de detección temprana y protección específica en un periodo determinado.
<b>Denominador</b>	Consultas de primera vez en el periodo evaluado, correspondientes a los usuarios de los servicios de detección temprana y protección específica.
<b>Desagregación</b>	Por servicios de detección temprana y protección específica.
<b>Factores de exclusión</b>	Consultas programadas en periodos diferentes al de evaluación.
<b>Medida</b>	Número de consultas
<b>Frecuencia medición</b>	Semestral
<b>Meta</b>	De acuerdo con lo establecido en cada norma técnica y guía de atención para los servicios de detección temprana y protección específica.
<b>Análisis</b>	Las personas que no reciben la atención de acuerdo con la periodicidad establecida en las normas y guías de atención por causales tales como inasistencia, consulta no atendidas o cancelada por la institución, se debe identificar la causa con el fin de tomar las medidas preventivas y correctivas necesarias para garantizar la accesibilidad, adherencia y continuidad en los servicios.

**Indicador 7.** Proporción de usuarios externos satisfechos

Nombre del indicador	Proporción de usuarios externos satisfechos
Tipo de indicador	Resultado
Atributo de calidad	Efectividad
Numerador	Número de usuarios satisfechos con la atención
Denominador	Total de usuarios encuestados en el periodo
Desagregación	Por atributos de calidad
Factores de exclusión	No aplica
Medida	Porcentaje
Frecuencia medición	Mensual
Meta	Mayor al 95%
Análisis	Si la meta de satisfacción no se cumple, se requiere hacer un análisis causal de los atributos de calidad que generan insatisfacción en los usuarios para establecer las medidas correctivas y preventivas, debido a que la satisfacción del usuario es uno de los aspectos primordiales en la evaluación de los servicios de salud y calidad de atención

**Indicador 8.** Porcentaje de demanda no atendida

Nombre del indicador	Porcentaje de demanda no atendida
Tipo de indicador	Proceso
Atributo de calidad	Accesibilidad
Numerador	Número de personas que no fueron atendidas en los servicios de detección temprana y protección específica en un periodo de tiempo
Denominador	Total de personas que solicitaron consulta en los servicios de detección temprana y protección específica en un periodo determinado
Desagregación	Norma técnica o guía de atención Profesional responsable
Factores de exclusión	Personas que solicitan cancelación de la actividad
Medida	Porcentaje
Frecuencia medición	Trimestral



Nombre del indicador	Porcentaje de demanda no atendida
<b>Meta</b>	Menor al 5 %
<b>Análisis</b>	Cuando el usuario no logra acceder a un servicio puede significar que la oferta de servicios es menor a la demanda, o por otras múltiples causas que requiere la institución tener claras para establecer las acciones correctivas y preventivas, y así dar respuesta a los requerimientos y necesidades de los usuarios y aumentar las coberturas de los servicios de detección temprana y protección específica.

**Indicador 9.** Oportunidad en la asignación de citas de ingreso para los servicios de detección temprana y protección específica

Nombre del indicador	Oportunidad en la asignación de citas de ingreso para los servicios de detección temprana y protección específica
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso
<b>Atributo de calidad</b>	Accesibilidad/Oportunidad
<b>Numerador</b>	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita la cita para ser atendido en los servicios de detección temprana y la fecha para la cual es asignada la cita.
<b>Denominador</b>	Número total de consultas para los servicios de detección temprana y protección específica asignadas.
<b>Desagregación</b>	Por servicio de detección temprana y protección específica Profesional responsable
<b>Factores de exclusión</b>	No aplica
<b>Medida</b>	Días
<b>Frecuencia medición</b>	Mensual
<b>Meta</b>	3 días
<b>Análisis</b>	Determinar las causas de incumplimiento e implementar acción preventiva, por medio de la cual se garantice la información clave para la programación de actividades mediante un buen conocimiento de los recursos humano, físico, tecnológico y presupuestal necesarios, y así prevenir complicaciones por la no oportunidad del servicio.



**Indicador 10.** Porcentaje de inasistentes a los servicios de detección temprana y protección específica

Nombre del indicador	Porcentaje de inasistentes a los servicios de detección temprana y protección específica
Tipo de indicador	Proceso
Atributo de calidad	Continuidad
Numerador	Número de usuarios que no asistieron a control en un periodo determinado.
Denominador	Total de usuarios programados para control en los servicios de detección temprana y protección específica.
Desagregación	Por servicio de detección temprana y protección específica.
Factores de exclusión	No aplica
Medida	Porcentaje
Frecuencia medición	Mensual
Meta	Por establecerse
Análisis	Determinar los factores que influyen en la inasistencia de los pacientes a sus controles, por falta de IEC, calidad en la atención, entrenamiento de los profesionales, traumatología institucional, insatisfacción, entre otros. De esta forma se establecerán las acciones correctivas y preventivas para recuperar los usuarios inasistentes y generar adherencia a los controles.

**Indicador 11.** Porcentaje de adherencia a normas técnicas y guías de atención

Nombre del indicador	Porcentaje de adherencia a normas técnicas y guías de atención
Tipo de indicador	Proceso
Atributo de calidad	Pertinencia
Numerador	Número de criterios que se cumplen ("Sí").
Denominador	Número de criterios evaluados ("Sí" + "No").
Desagregación	Norma técnica y guía de atención.
Factores de exclusión	Historias clínicas que no están dentro de la muestra.
Medida	Porcentaje
Frecuencia medición	Según programación de auditorías, se recomienda mínimo cada 6 meses.

Nombre del indicador	Porcentaje de adherencia a normas técnicas y guías de atención
<b>Meta</b>	Criterios no negociables > 95% Criterios generales > a 80%
<b>Análisis</b>	Determinar los factores que influyen en el incumplimiento a las normas técnicas y guías de atención de los servicios de detección temprana y protección específica, para identificar las causas y establecer las acciones de mejoramiento.

**Nota:** Para mayor claridad sobre la medición del anterior indicador, remítase al proceso 10. Auditoría a la calidad de los procesos de gestión y de atención de los servicios de protección específica y detección temprana.



# Proceso 3.

## Actividades para la inducción a la demanda

### Marco Conceptual

Desde una visión dinámica, los sistemas de salud se constituyen por medio de un conjunto de relaciones estructuradas entre dos componentes fundamentales: *la demanda*, constituida por la población con características especiales que enfrenta necesidades en salud o hace parte de grupos vulnerables, y por lo tanto demandan servicios sanitarios o son potenciales usuarios de actividades orientadas a la protección de su salud, y la oferta, compuesta por instituciones públicas y privadas como respuesta social organizada para satisfacer dicha demanda (35).

Inducir la demanda es la acción de incentivar, orientar y estimular a la población hacia la adecuada utilización de los servicios de protección específica y detección temprana y la adhesión a las consultas de control (16), implementando estrategias de información y educación. Se entiende, además, como todas las acciones encaminadas a desarrollar estrategias de concertación, información y educación con la población afiliada, para lograr un acceso oportuno a las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana a que tienen derecho, establecidas en las normas técnicas y guías de atención (1).

Inducir la demanda a los servicios de protección específica y detección temprana y a la atención de las enfermedades priorizadas en salud pública garantiza la detección oportuna de los riesgos, y permite direccionar los recursos a la intervención o el fortalecimiento de los aspectos más críticos y vulnerables para evitar mayor morbilidad y la mortalidad derivadas de patologías prevenibles.

La demanda se puede inducir por medio de recompensas, información, educación y concientización, estos últimos constituyen elementos importantes para aumentar la capacidad del individuo en la toma de decisiones que le sean favorables para la conservación de su salud y la de su familia.

Para dar cumplimiento a los compromisos del milenio (reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años, mejorar la salud materna, combatir el VIH/sida, el paludismo, la tuberculosis y otras enfermedades graves) (36) y a los objetivos de

las prioridades nacionales en salud pactados por nuestro país, es necesario realizar acciones contundentes en torno a la promoción y conservación de la salud, y prevenir las enfermedades y eventos de mortalidad evitables. Por lo tanto, se requiere inducir la demanda hacia los servicios de protección específica y detección temprana que ofertan las instituciones de salud, con el objetivo de intervenir oportunamente los riesgos a los que está expuesto el individuo, su familia y la comunidad en general, y estimular el autocuidado y las prácticas saludables.

En este sentido, en el contexto del presente Manual, la inducción a la demanda se convierte en uno de los pilares centrales para dar cumplimiento a los objetivos y metas establecidos tanto en el Plan Decenal de Salud Pública como en el Plan de Salud "Medellín, Ciudad Saludable" del Municipio de Medellín.

De otro lado, se debe considerar el derecho a la salud consagrado en nuestra Constitución Política, el cual debe ser ejercido y promovido por todos los actores del sistema de salud, en concordancia con la Ley 1438 de 2011 y la Resolución 412 de 2000, mediante la orientación de los usuarios hacia los servicios de detección temprana y protección específica y para la atención de las enfermedades de interés en salud pública.

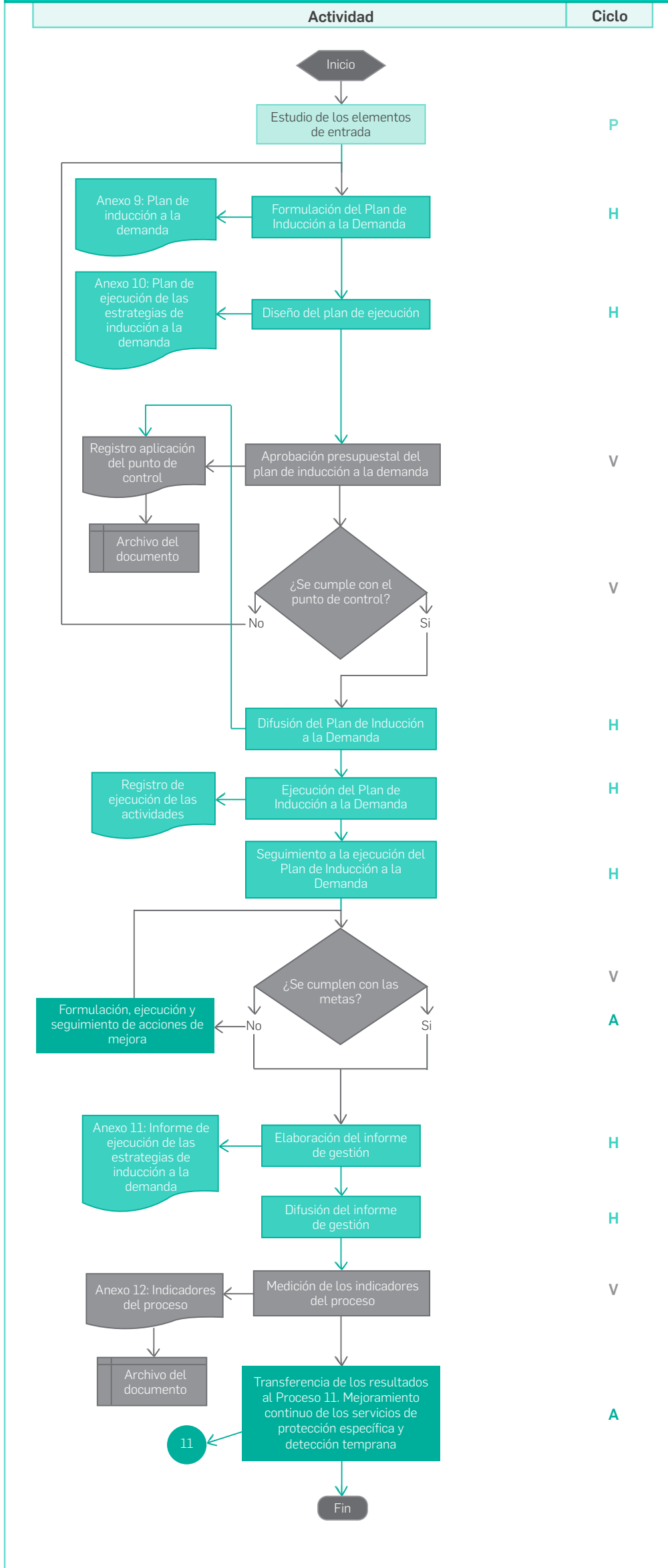


# Estructura del proceso: Actividades para la inducción a la demanda

Nombre del proceso: Actividades para la inducción a la demanda	Versión:
<p><i>Descripción:</i> Documentar el proceso para la demanda inducida de la población sujeto de atención en los servicios de protección específica y detección temprana y atención de las enfermedades de interés en salud pública, mediante la construcción e implementación de estrategias que permitan aumentar la cobertura y fomentar la demanda y adherencia del usuario a los servicios.</p>	
<p><i>Marco normativo:</i> Acuerdo 117 de 1998, artículos 1, 3, 20 y 21 Resolución 0412 de 2000, artículo 5 Ley 1438 de 2011, artículo 16 Resolución 1841 de 2013, por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021</p>	
<p><i>Objetivo:</i> Documentar, difundir, implementar y evaluar acciones dirigidas a la población afiliada, encaminadas a fomentar la utilización de los servicios de protección específica y detección temprana y de atención a las enfermedades de interés en salud pública priorizadas, mediante la aplicación de estrategias de demanda inducida, con el fin de aumentar la cobertura y fomentar la demanda y adherencia del usuario a los servicios.</p>	
<p><i>Objetivos específicos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Documentar anualmente y difundir con el personal responsable de la gestión y ejecución el plan de inducción a la demanda, con las acciones encaminadas a fomentar la utilización de los servicios de detección temprana y protección específica y para la atención de las enfermedades de interés en salud pública.</li><li>• Monitorear el cumplimiento de la ejecución de las estrategias y actividades de inducción a la demanda planeadas.</li><li>• Monitorear la efectividad de las estrategias de demanda inducida ejecutadas.</li></ul>	
<p><i>Logros esperados:</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Soportar la documentación anual y difusión del plan de inducción a la demanda máximo un mes después de iniciado el contrato.</li><li>• Soportar el monitoreo trimestral de la ejecución del plan de inducción a la demanda y de la medición de la efectividad de las estrategias.</li><li>• Soportar la implementación de acciones de mejora que sean pertinentes de acuerdo con el nivel de cumplimiento y efectividad de las estrategias de inducción a la demanda.</li><li>• Soportar el cumplimiento de las metas de ejecución y efectividad de las estrategias de inducción a la demanda.</li></ul>	

<b>Nombre del proceso:</b> <b>Actividades para la inducción a la demanda</b>	<b>Versión:</b>
<p><i>Elementos de entrada:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Modelo de atención (plataforma estratégica) de la entidad</li> <li>2. Portafolio de servicios de la entidad</li> <li>3. Contratos para la prestación de servicios de protección específica y detección temprana</li> <li>4. Anexo 3: Documento con la caracterización de la población</li> <li>5. Anexo 5: Identificación de la población priorizada objeto de atención</li> <li>6. Anexo 6: Programación de actividades, intervenciones y procedimientos de obligatorio cumplimiento</li> </ol>	
<p><i>Elementos de transformación:</i></p> <p>A partir del estudio de elementos de entrada, se documenta el plan de inducción a la demanda, en el cual se identifica la población sujeto de demanda inducida, se definen las estrategias de inducción a la demanda y se formula el plan de ejecución. Posteriormente, se continúa con las etapas de difusión, implementación, evaluación y mejora del plan de inducción a la demanda.</p>	
<p><i>Elementos de salida:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anexo 9: Plan de inducción a la demanda</li> <li>2. Anexo 10: Plan de ejecución de las estrategias de inducción a la demanda</li> <li>3. Anexo 11: Informe de ejecución de las estrategias de inducción a la demanda</li> </ol>	
<p><i>Responsable</i> (Puede ser uno de los siguientes de acuerdo con los recursos existentes):</p> <p>Gerente Jefe de contratación Coordinador</p>	
<p><i>Recursos humanos</i> (Según la entidad pueden participar los siguientes):</p> <p>Epidemiólogo – Auditor en salud Personal asistencial Auxiliares en salud Gerente de sistemas de información –GESIS– Representante de la asociación de usuarios</p> <p><b>Recursos tecnológicos:</b></p> <p>Equipos de cómputo con software para el procesamiento de bases de datos.</p> <p><i>Recursos físicos:</i></p> <p>Equipos de oficina y papelería</p>	
<p><i>Requisitos:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Documento con la caracterización de la población actualizado.</li> <li>2. Contratos actualizados para la prestación de servicios de protección específica y detección temprana.</li> </ol>	
<p><i>Indicadores del proceso</i> (Anexo 12):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Proporción de cumplimiento de las estrategias de inducción a la demanda.</li> <li>b) Proporción de cumplimiento de las actividades según estrategias de inducción a la demanda.</li> <li>c) Proporción de la efectividad de las estrategias de demanda inducida.</li> <li>d) Cobertura de los servicios de protección específica y detección temprana.</li> </ol>	
<p><i>Puntos de control:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aprobación presupuestal del plan de inducción a la demanda.</li> <li>2. Documento difundido de las estrategias de demanda inducida.</li> </ol>	

**Flujograma: Actividades para la inducción a la demanda**



Nota: La Entidad debe de definir los responsables para la ejecución de las actividades del proceso de acuerdo a los perfiles de talento humano y recursos disponibles.

<b>Firma:</b>			
<b>Nombre:</b>			
<b>Cargo:</b>	Líder del proceso	Coordinador promoción y prevención	Gerente
<b>Fecha:</b>			





## Anexo 9. Plan de inducción a la demanda

Un plan es un modelo o idea que se elabora antes de realizar una acción, en el que se detalla el modo y los medios para llevarla a cabo de manera sistemática, con el objetivo de darle direccionalidad.

El plan de inducción a la demanda le permitirá a la institución determinar la manera como se van a realizar las acciones, motivar a los diferentes grupos poblacionales para que soliciten en sus IPS los servicios de detección temprana y protección específica que tienen derecho, según lo establecido en las normas técnicas y guías de atención.

Se sugiere que el Plan de Inducción a la demanda contenga como mínimo los aspectos que a continuación se describen:

### 1. Presentación o introducción

Defina qué son las estrategias de demanda inducida y su marco normativo.

### 2. Objetivos

Defina en verbo infinitivo lo que quiere lograr con las estrategias, a qué población van dirigidas, qué se va a hacer, cómo se va a hacer y por qué. Ejemplo:

Fortalecer la detección oportuna de los riesgos de la población objeto de los servicios de detección temprana y protección específica y de atención a las enfermedades de interés en salud pública, mediante la formulación, implementación y evaluación del plan de inducción a la demanda.

### 3. Metodología

Defina cuáles son los métodos que va a utilizar para determinar las estrategias para inducir la demanda de la población a los servicios de protección específica y detección temprana.

### 4. Estrategias

Defina las estrategias que va a utilizar para indicar la demanda inducida a los usuarios. Ejemplos: Información personalizada, emisión en medios masivos de comunicación, reuniones comunitarias, visitas domiciliarias, actividades educativas con los usuarios de los servicios de protección específica y detección temprana, difusión intrainstitucional del portafolio de servicios de la entidad, movilización interinstitucional para el conocimiento de los derechos en salud de la población, jornadas de salud extramurales, entre otros

### 5. Población objeto

Defina la población sujeta a inducción a la demanda según la Resolución 412 de 2000.

## 6. Recursos

Defina cuáles son los recursos físicos y de talento humano necesarios para desarrollar las estrategias.

## 7. Registro de ejecución de las actividades

Defina los registros que se generarán una vez ejecutadas las estrategias de inducción a la demanda; éstos deben contar por lo menos con: la frecuencia de recolección y los responsables de su elaboración. Los registros deben ser consignados en un formato.

## 8. Instrumentos de medición

Los siguientes son instrumentos necesarios para conocer la efectividad de las estrategias de inducción a la demanda implementadas:

1. Instrumento de evaluación de la adherencia a las normas técnicas y guías de atención, incluyendo actividades educativas.
2. Encuestas y entrevistas a los usuarios.
3. Grupos focales.
4. Historias clínicas.
5. Indicadores de cumplimiento y efectividad de las estrategias de demanda inducida.

## 9. Indicadores

Levante indicadores que le permitan evaluar el proceso, se sugieren los siguientes:

- Documento de inducción a la demanda actualizado y difundido en la vigencia.
- Proporción de cumplimiento de las estrategias de inducción a la demanda.
- Proporción de cumplimiento de las actividades según estrategias de inducción a la demanda.
- Proporción de la efectividad de las estrategias de demanda inducida.
- Cobertura de los servicios de protección específica y detección temprana.

(Ver Anexo 12. Fichas técnicas de indicadores del proceso de inducción a la demanda)

## Anexo 10. Plan de ejecución de las estrategias de inducción a la demanda

El plan de ejecución de las estrategias de inducción a la demanda concretiza el plan general de inducción a la demanda, pues, para cada una de las estrategias planeadas especifica los objetivos, las actividades, los recursos necesarios, el medio por el cual se registrará la ejecución de las actividades, la meta de ejecución, el número de actividades programadas para el periodo y el responsable de la ejecución.

A continuación se describe cada uno de los aspectos mencionados anteriormente, los cuales se deben especificar para cada una de las estrategias planeadas:

Estrategia	Criterio	Detalle
Enuncie las estrategias definidas en el Plan de inducción a la demanda y para cada una de ellas describa los siguientes <b>criterios</b> :	Objetivo	Se debe describir el objetivo.
	Contenido	Describir el contenido que debe tener la estrategia.
	Recursos	Si es del caso, se deben describir los recursos humanos, físicos y técnicos que se deben disponer previo a la ejecución de la actividad.
	Medio de registro	De acuerdo con el tipo de estrategia y los registros definidos en el Plan de inducción a la demanda.
	Meta de ejecución	Se debe describir el número de actividades programadas para ejecutar durante el año.
	Número de actividades programadas para el periodo	Fraccionar la meta del año en periodos determinados, según la frecuencia de medición de indicadores determinada en el Plan de inducción a la demanda.
	Responsable de la ejecución	Señalar quién o quiénes son los responsables de ejecutar la actividad.

## Anexo 11. Informe de ejecución de las estrategias de inducción a la demanda

El informe de ejecución de las estrategias de inducción a la demanda permitirá conocer el cumplimiento de la implementación de las estrategias diseñadas en la institución y las dificultades presentadas durante su ejecución, las cuales posteriormente deberán ser intervenidas para mejorar la efectividad de las acciones.

A continuación se presenta un modelo de informe de ejecución que se podrá ajustar de acuerdo con las necesidades de la IPS.

### INFORME DE EJECUCIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE INDUCCIÓN A LA DEMANDA

**IPS:**

**Fecha de corte:**

**Consecutivo:**

**Objetivo:**

Identificar el cumplimiento de la implementación de las estrategias de inducción a la demanda dirigidas a la población sujeto de los servicios de detección temprana y protección específica, con el fin de realizar los ajustes pertinentes.

#### Indicadores de la gestión:

##### **1. Porcentaje de estrategias de inducción a la demanda implementadas**

La institución ha implementado el X % de las estrategias de inducción a la demanda formuladas en el plan de inducción a la demanda.

##### **2. Proporción del cumplimiento de las estrategias de inducción a la demanda**

En la tabla 32 se describen las estrategias que la IPS está implementando; para cada estrategia se debe definir la meta anual del número de actividades que se espera realizar, y mensualmente se medirá el número de las actividades ejecutadas, las cuales deberán ser una doceava parte del total anual más lo acumulado en el mes anterior (ver ficha del indicador 12). Esta medición se presenta en porcentaje y servirá para realizar el seguimiento al cumplimiento de lo programado. Luego del análisis de los resultados, se deben identificar las causas del no cumplimiento de la meta y establecer las intervenciones que sean pertinentes.

**Tabla 32.** Proporción de cumplimiento de las estrategias de inducción a la demanda. (Institución, año).

Estrategia	Meta anual	Cumplimiento acumulado					
		Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.
1. Texto	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
2.							
3.							
4.							

### 3. Proporción de la efectividad de las estrategias de demanda inducida

La tabla 33 será útil para conocer globalmente la proporción (porcentaje) de población que demanda los programas y servicios de detección temprana y protección específica, como resultado de la inducción realizada por la institución (ver ficha de indicador 13). La IPS debe establecer una meta anual con la cual comparará el porcentaje mensual logrado, y en el informe, luego del análisis de los resultados, se plantearán las posibles causas de dicho comportamiento y sus posibles soluciones.

**Tabla 33.** Proporción de la efectividad de las estrategias de demanda inducida. (Institución, año).

Estrategia	Meta anual	Cumplimiento acumulado					
		Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.
1. Texto	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
2.							
3.							
4.							

La tabla 34 sirve para conocer la proporción (porcentaje) de la población que ingresa a cada programa y servicio de detección temprana y protección específica, como consecuencia de las estrategias de inducción a la demanda implementadas; igualmente, se podrá determinar cuál estrategia tiene mayor efectividad y para cuáles servicios o programas. Los líderes del proceso deben establecer una meta anual con la cual podrán comparar el porcentaje mensual logrado en la institución; y en el informe plantearán las posibles causas de dicho comportamiento y sus posibles soluciones.

**Tabla 34.** Proporción de la efectividad de las estrategias de inducción a la demanda por servicio o programa de detección temprana y protección específica. (Institución, año).

Estrategia	Servicio o programa	Meta	Cumplimiento					
			Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun...
	Consulta de control de RN	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
Texto (Estrategia 1)	Consulta de control del posparto							
	Vacunación							
	Detección temprana de las alteraciones del Crecimiento y Desarrollo							
	Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven							
	Planificación familiar							
	Adulto sano							
	Salud bucal							
	Salud visual							
	Cáncer de cuello uterino							
	Cáncer de seno							
	Control prenatal							



Estrategia	Servicio o programa	Meta	Cumplimiento					
			Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun...
	Consulta de control de RN	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
Texto (Estrategia 2)	Consulta de control del posparto							
	Vacunación							
	Detección temprana de las alteraciones del Crecimiento y Desarrollo							
	Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven							
	Planificación familiar							
	Adulto sano							
	Salud bucal							
	Salud visual							
	Cáncer de cuello uterino							
	Cáncer de seno							
	Control prenatal							

#### 4. Cobertura de los servicios de protección específica y detección temprana

La tabla 35 brinda información sobre el porcentaje de usuarios que están en los programas y servicios de promoción y prevención, con relación al total de población asignada que tiene derecho al programa específico (ver más adelante ficha de indicador de cobertura de los servicios de PE y DT). La información de la cobertura por cada servicio o programa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad permite determinar los recursos físicos, tecnológicos y de talento humano que se requieren para garantizar el acceso de toda la población a las actividades, intervenciones y procedimientos de obligatorio cumplimiento, definidos en las normas técnicas y guías de atención.

La meta para cada programa o servicio la establecerá cada institución de salud, teniendo en cuenta lo establecido en la normatividad vigente.



**Tabla 35.** Cobertura de los servicios de protección específica y detección temprana. (Institución, año).

Programa o servicio	Meta	Cobertura					
		Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun...
1. Consulta de control de RN	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
2. Consulta de control del posparto							
3. Vacunación							
4. Detección temprana de las alteraciones del Crecimiento y Desarrollo							
5. Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven							
6. Planificación familiar							
7. Adulto sano							
8. Salud bucal							
9. Salud visual							
10. Cáncer cérvico uterino							
11. Cáncer de seno							
12. Control prenatal							

**Observaciones:**

**Análisis:**

**Conclusiones:**

**Recomendaciones:**

## Anexo 12. Indicadores del proceso: Inducción a la demanda

**Indicador 12.** Proporción de cumplimiento de las estrategias de inducción a la demanda

<b>Nombre del indicador</b>	Proporción de cumplimiento de las estrategias de inducción a la demanda
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso
<b>Atributo de calidad</b>	Eficacia
<b>Numerador</b>	Número de estrategias implementadas en el período.
<b>Denominador</b>	Número de estrategias definidas en el plan de inducción a la demanda.
<b>Desagregación</b>	Periodo: Anual, Semestral, Trimestral, Mensual Norma técnica o guía de atención
<b>Factores de exclusión</b>	NA
<b>Medida</b>	Porcentaje
<b>Frecuencia medición</b>	Según la frecuencia de medición de indicadores determinada en el Plan de inducción a la demanda.
<b>Meta</b>	Una vez difundido el plan de inducción a la demanda: 50% en el primer semestre. 90% al final de la vigencia
<b>Análisis</b>	Si no se logran las metas de implementación, se deben garantizar los recursos necesarios para su ejecución. De igual manera, se debe revisar el porcentaje del personal que interviene en el proceso y que ha recibido una adecuada inducción en él.

**Indicador 13.** Proporción de la efectividad de las estrategias de demanda inducida

<b>Nombre del indicador</b>	Proporción de la efectividad de las estrategias de demanda inducida
<b>Tipo de indicador</b>	Resultado
<b>Atributo de calidad</b>	Efectividad
<b>Numerador</b>	Número de usuarios que demandan el servicio al cual fueron inducidos en el período.
<b>Denominador</b>	Número de usuarios a los que se realizó inducción a la demanda en el período.

<b>Desagregación</b>	Período: Anual, Semestral, Trimestral, Mensual Estrategia Norma técnica o guía de atención
<b>Factores de exclusión</b>	Usuarios captados en el servicio o que habían asistido a una cita para el mismo servicio en el último año.
<b>Medida</b>	Porcentaje
<b>Frecuencia medición</b>	Según la frecuencia de medición de indicadores determinada en el Plan de inducción a la demanda.
<b>Meta</b>	Una vez implementado el plan de inducción a la demanda: 20% en el primer semestre. 40% al final de la vigencia
<b>Análisis</b>	Se debe fortalecer y, si es el caso, aumentar el número de actividades de las estrategias con mejores indicadores de efectividad. Si no se cumple con las metas definidas se evalúa la calidad de su ejecución y se toman los correctivos necesarios, y si es el caso se suspende la implementación de la estrategia motivada en su baja efectividad.

**Indicador 14.** Proporción de cumplimiento de las actividades según estrategias de inducción a la demanda

<b>Nombre del indicador</b>	Proporción de cumplimiento de las actividades según estrategias de inducción a la demanda
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso
<b>Atributo de calidad</b>	Eficacia
<b>Numerador</b>	Número de actividades ejecutadas en el periodo.
<b>Denominador</b>	Número de actividades programadas para el periodo.
<b>Desagregación</b>	Periodo: Anual, Semestral, Trimestral, Mensual Estrategia Norma técnica o guía de atención
<b>Factores de exclusión</b>	Actividades sin registro de ejecución Estrategia no implementada
<b>Medida</b>	Porcentaje
<b>Frecuencia medición</b>	Según la frecuencia de medición de indicadores determinada en el Plan de inducción a la demanda.
<b>Meta</b>	95%
<b>Análisis</b>	Si no se logran las metas de implementación, se deben garantizar los recursos necesarios para su ejecución. También se debe evaluar la calidad de los registros y su disponibilidad.



**Indicador 15.** Cobertura de los servicios de protección específica y detección temprana

<b>Nombre del indicador</b>	Cobertura de los servicios de protección específica y detección temprana
<b>Tipo de indicador</b>	Resultado
<b>Atributo de calidad</b>	Efectividad
<b>Numerador</b>	Número de usuarios que realizaron consulta de ingreso en el periodo.
<b>Denominador</b>	Número de usuarios sujetos de atención.
<b>Desagregación</b>	Periodo: Anual, Semestral, Trimestral, Mensual Norma técnica o guía de atención
<b>Factores de exclusión</b>	Usuarios captados en el servicio o que habían asistido a una cita para el mismo servicio en el último año.
<b>Medida</b>	Porcentaje
<b>Frecuencia medición</b>	Según la frecuencia de medición de indicadores determinada en el Plan de inducción a la demanda.
<b>Meta</b>	La misma debe ser definida por la entidad para cada una de las normas técnicas y guías de atención, de acuerdo con el análisis del perfil epidemiológico de la población y de la contratación realizada con las diferentes Entidades Administradoras de Planes de Beneficios.
<b>Análisis</b>	De acuerdo con el comportamiento de los eventos epidemiológicos, se debe estudiar la posibilidad de ajustar el número de actividades, estrategias o recursos disponibles para la ejecución del plan de inducción a la demanda.





## Proceso 4.

# Gestión de las estrategias IEC dirigidas a los usuarios para el empoderamiento en la toma de decisiones informadas en salud

### Marco Conceptual

Desde la Conferencia Internacional sobre atención primaria en salud, celebrada en Alma Ata, hasta la actualidad, la comunicación social y la salud han estado estrechamente ligadas, en el contexto de la promoción de la salud, una es indispensable para la otra. A partir de la década de los ochenta se incluye la alianza entre Información, Educación y Comunicación —IEC—, donde se conjugan diversos abordajes, experiencias y métodos de intervención que constituyen una herramienta importante cuando se habla de promoción de la salud.

Las IEC son estrategias que pretenden "promover y consolidar cambios de comportamiento o actitudes a través de la combinación de tecnologías, enfoques comunicacionales y procesos de socialización", partiendo de los procesos de participación y movilización social hasta la configuración y fortalecimiento de redes sociales (17).

Las IEC plantean un elemento que se convierte en su tesis central, a saber: el cambio en las percepciones y aptitudes de las personas puede motivarse por medio de procesos informativos que desde la educación y la comunicación generan acciones de reflexión y motivan la transformación en los sujetos y las comunidades. Se presenta como una estrategia que permite diseñar procesos educativos a través de la información y la comunicación, y como tal debe tener unos supuestos teóricos que la sustenten y permitan construir un modelo de trabajo que facilite incidir en las percepciones y aptitudes de las personas frente a su salud (17).

La información, como uno de los elementos de IEC, tiene una importancia definida: tiende a lograr que la población se apropie de nuevas ideas, que utilice y complemente sus conocimientos para así estar en capacidad de analizar su situación de salud y decidir cómo enfrentar mejor, en cualquier momento, sus problemas. La importancia se refiere a la forma como las personas proporcionan significado o sentido a las cosas,

pues la información, como conjunto organizado de datos, configura y les da forma a los diferentes mensajes a través de los cuales se describe una emoción, se da significado a un evento o se cuenta o comparte algo. Los datos se perciben, se integran y generan la información necesaria para producir el conocimiento, que es el que finalmente permite tomar decisiones para realizar las acciones cotidianas que aseguran la existencia. En la aplicación de una estrategia que incluya los elementos de la información como escenario pedagógico y comunicativo, se deberá precisar y dar importancia a la forma como se construyen los mensajes o la información que se quiere compartir (17). La información debe permitir la generación de un conocimiento que pueda ser compartido entre las personas, familias y comunidades y, mirada desde la salud, debe permitir crear líneas de unión entre los emisores del mensaje —que en la mayoría de los casos son los hospitales, las alcaldías— y la comunidad.

El libro de la Dirección Seccional de Salud de Antioquia “Lineamientos para la promoción de la salud con-sentido humano en Antioquia”, en el capítulo 5 plantea cómo la información en salud retoma valor al comprender que muchas de las campañas educativas que se realizan frente a un tema específico tienen como base fundamental los mensajes informativos, los cuales expresan consejos o pautas para que las personas desarrollen actitudes positivas y favorables para su salud. Pero este aspecto ya se debe superar, y se debe pasar de la instrumentalización de la información para convertirla en un eje central de la comunicación y la educación, pues una buena información, clara, precisa, con un dialecto comprensible, sin tecnicismos y veraz tiene la capacidad de generar respuestas positivas y de interés en las comunidades; por el contrario, una información poco asertiva lo que produce es el sentimiento contrario, de lejanía, de ausencia comunicativa entre el mensaje, el medio, el receptor y el emisor.

Para efectos de la estrategia IEC, la educación “se percibe como un proceso social de formación encaminado a provocar una acción de intervención sobre las formas de representar, de comprender y de actuar que los actores sociales han acumulado sobre sus prácticas sociales y comunitarias”. La educación para la salud es un proceso de desarrollo del fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. La educación para la salud incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales que influyen en la salud sino también la que se refiere a los factores y comportamientos de riesgo. Además, es un proceso planificado y sistemático de comunicación y de enseñanza-aprendizaje orientado a hacer fácil la adquisición, elección y mantenimiento de las prácticas saludables y hacer difíciles las prácticas de riesgo; es una estrategia fundamental para la promoción de la salud y específicamente para promover comportamientos y por ende estilos de vida saludables en la población (37).

La educación para la salud ayuda a los individuos y a los grupos a tomar conciencia de los problemas que pueden constituir una amenaza a su calidad de vida y los incita a crear y a reivindicar condiciones favorables a su salud. Una educación para la salud eficaz puede así producir cambios en los conocimientos, la comprensión o las maneras de pensar; puede influenciar o clarificar los valores; puede determinar cambios de actitudes y de creencias; puede facilitar la adquisición de competencias, e incluso puede producir cambios de comportamientos o de modos de vida (37).



La educación para la salud permite el análisis de la realidad para transformarla. En la medida en que el ser humano reconoce su contexto, se sitúa y define cuál es su papel frente a su forma de ver, sentir y actuar el mundo, es capaz de transformarlo. Es decir, la educación les permite al hombre y a la mujer tener elementos de lenguaje, crítica y razón para leer el mundo con una perspectiva comprensiva, les abre horizontes de significación, les configura como seres integrados al mundo capaces de generar acciones de cambio, les empodera (17).

La comunicación en salud puede favorecer el intercambio de saberes, se le reconoce a la comunicación la capacidad de consolidar visiones del mundo que van más allá de la organización para el saber, posibilita la organización para el hacer de una manera distinta.

La OMS define la comunicación para la salud como una estrategia clave destinada a informar a la población sobre aspectos concernientes a la salud y a mantener cuestiones sanitarias importantes en la agenda pública. El uso de los medios informativos y los multimedia, además de otras innovaciones tecnológicas para difundir información sobre salud entre la población, aumenta la conciencia sobre aspectos específicos de la salud individual y colectiva y sobre la importancia de la salud en el desarrollo (38). A este respecto, la comunicación para la salud se convierte en un elemento cada vez más importante para la consecución de un mayor *empoderamiento para la salud* de los individuos y las *comunidades*.

El empoderamiento para la salud es el proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan su salud. Se establece una distinción entre el empoderamiento para la salud del individuo y el de la comunidad. En el primer caso se refiere principalmente a la capacidad del individuo para tomar decisiones y ejercer control sobre su vida personal, y en la comunidad supone que los individuos actúen colectivamente con el fin de conseguir una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida de su comunidad (38).

Los grupos de usuarios y cuidadores han formulado varios atributos clave del empoderamiento, algunos de los cuales pueden conducir a recomendaciones de actuación para lograrlo (39), estos se definen como el poder para tomar decisiones, el acceso a la información y a los recursos y el abanico de opciones donde elegir.

Como ejemplo de una posible manera de desarrollar las actividades relacionadas con la estrategia IEC dirigida a los usuarios, a continuación se presentan algunos criterios y pasos para tener en cuenta:

- Identificar y priorizar la población sujeto.
- Identificar las necesidades o situación que se deben intervenir.
- Priorizar la situación para intervenir con las estrategias IEC.
- Definir las estrategias de IEC para implementar, según la situación que se ha de intervenir y la población sujeto interactuante.
- Costear la ejecución de las estrategias IEC para implementar (ver Anexo 14).
- Definir los contenidos básicos de acuerdo con las necesidades identificadas o la situación que se ha de intervenir: En el Anexo 13 del presente Manual se



encuentran los contenidos básicos de IEC dirigida a los usuarios, de acuerdo con las normas técnicas y guía de atención.

Los criterios mínimos del procedimiento en la ejecución de las estrategias IEC son, a manera de ejemplo, los siguientes:

- **Planeación:** Responder al qué, cómo, cuándo, dónde, quién.
  - ✓ *Establecer los objetivos del encuentro.*
  - ✓ *Definir los materiales necesarios*
  - ✓ *Tener información previa del tipo de población sujeto de la actividad y sus características (costumbre-creencias, escolaridad).*
- **Ejecución:**
  - ✓ *Encuadre. Técnica que tiene como propósito que los participantes del encuentro educativo conozcan desde el inicio todo lo relacionado con la organización del mismo, lo que se espera de ellos así como las expectativas que tienen con relación a la actividad, y se establezcan por consenso los compromisos para el logro del objetivo propuesto.*
  - ✓ *Pretest (si aplica) o sondeo verbal del conocimiento previo sobre el tema que se va a desarrollar.*
  - ✓ *Desarrollo de contenidos mediante aprendizaje directo como: experiencia directa, experiencia simulada, dramatizaciones, demostraciones y exposiciones; aprendizaje convencional como: televisión educativa, películas, imágenes fijas, radio, grabaciones; o aprendizaje abstracto como: símbolos visuales y símbolos orales. Hay que tener presente que después de dos semanas tendemos a recordar el 10% de lo que leemos, el 20% de lo que escuchamos, el 30% de lo que vemos, el 50% de lo que oímos y vemos, el 70% de lo que decimos, y el 90% de lo que decimos y hacemos.*
  - ✓ *Resolución de dudas e inquietudes mediante diálogo de saberes.*
  - ✓ *Postest o evaluación de lo aprendido.*
- **Evaluación del encuentro:** diligenciar una encuesta y recoger además las opiniones abiertas de los participantes.
  - Definir los canales de difusión: páginas institucionales en las cuales el usuario puede consultar la información las 24 horas del día y todos los días del año, medios escritos (plegables, carteleras, volantes, cartillas, revistas, boletines y prensa), utilización de los medios masivos como radio y televisión en canales locales, regionales y comunitarios.
  - Diseñar o utilizar las herramientas de evaluación y control ofrecidas por la SSM en este Manual. Evaluación y seguimiento de los indicadores del proceso de IEC a usuarios:
    - ✓ *Indicadores del proceso. Anexo 17: de cumplimiento del plan y cronograma IEC a usuarios y cobertura de usuarios beneficiados.*
    - ✓ *Informe de gestión. Anexo 16, y*
    - ✓ *Auditorías al cumplimiento de las acciones de mejora.*
  - Adopción de un modelo para planificar y evaluar la aplicación de la estrategia IEC en salud dirigida a los usuarios. A manera de ejemplo, a continuación se describe globalmente el modelo precede-procede:

El **modelo precede-procede**, marco teórico-metodológico para la planificación, ejecución y evaluación de programas educativos en salud, plantea dos grandes momentos operativos: el *primer momento diagnóstico —o precede—*, en el cual se descubren aspectos (sociales, institucionales, epidemiológicos, políticos, entre otros) que se relacionan con la situación o el evento sobre el cual se pretende diseñar la propuesta; dichos aspectos aportan a la configuración de acciones que serán implementadas en el segundo momento. Luego de tener este análisis y las posibles acciones para desarrollar, se pasa al *segundo momento de implementación —o procede—* que permite desarrollar acciones y poner en marcha los procesos de evaluación de las estrategias diseñadas (17).

**PRECEDE** tiene cuatro fases, a saber:

**Fase 1.** Diagnóstico social: determinar lo que quiere y necesita la comunidad para mejorar su calidad de vida. Identificar el resultado final deseado.

**Fase 2.** Diagnóstico epidemiológico: determinar los problemas de salud u otros asuntos que afectan la calidad de vida de la comunidad. También incluye factores de comportamiento y ambientales que deben cambiar a fin de abordar estos problemas o asuntos. Los factores de comportamiento incluyen patrones que constituyen estilos de vida. Al considerar los factores ambientales, se deberían incluir los entornos físicos, sociales, políticos y económicos.

*Las fases 1 y 2 identifican los objetivos de la intervención.*

**Fase 3.** Diagnóstico educativo y organizativo: determinar qué hacer para cambiar los factores ambientales y de comportamiento en la fase 4, tomando en cuenta los factores de predisposición (conocimiento, actitudes, creencias, valores y confianza); factores facilitadores (disponibilidad de recursos, accesibilidad de servicios, leyes y políticas gubernamentales, habilidades relacionadas con el tema), y factores de refuerzo (en gran medida la influencia de los pares en el ambiente social).

**Fase 4.** Diagnóstico administrativo y de políticas: diseñar programas o intervenciones y el apoyo para ellos, a través de identificar los factores administrativos y normativos que influyen lo que puede ser implementado. Determinar (y abordar) los factores administrativos internos y factores políticos internos y externos que pueden afectar el éxito de la intervención. Lo anterior incluye la estructura organizacional, los procedimientos, la cultura y los recursos; el último comprende tanto políticas internas como requerimientos de los financiadores, supervisión de regulaciones de las agencias, leyes estatales u ordenanzas locales, y políticas comunitarias tácitas.

*Las fases 3 y 4 determinan la estructura y los objetivos para la planificación y el diseño de la intervención.*

**PROCEDE** es, en términos médicos, la parte del tratamiento del modelo y comprende la implementación y evaluación de la intervención. Consta de cuatro fases.

**Fase 5.** Implementación: Llevar a cabo el diseño y la realización de la intervención en sí.

**Fase 6.** Evaluación del proceso: determinar si la intervención está realmente tomando las medidas previstas. ¿Se están realmente haciendo las cosas que se planificaron?

**Fase 7.** Evaluación del impacto: determinar si la intervención está teniendo los efectos deseados en los comportamientos y/o el ambiente. ¿Está la intervención logrando el impacto deseado en la población objetivo?

**Fase 8.** Evaluación del resultado: determinar si la intervención finalmente provoca las mejorías en la calidad de vida, identificadas por la comunidad como su resultado deseado. ¿Está la intervención conduciendo al resultado final (el resultado deseado) previsto en la Fase 1?

Una parte del modelo no mencionada, pero importante, es que en cualquier momento el plan o intervención puede y debería ser re-planteado y corregido, de acuerdo con un análisis continuo y con los resultados de las diversas evaluaciones.

Una razón importante para utilizar el modelo PRECEDER-PROCEDER es que se trata de un modelo lógico que proporciona una estructura con la cual planificar el trabajo y organizar tanto las ideas como las acciones, a fin de que la intervención sea un todo cuidadosamente planificado y coherente, en vez de improvisado. Como modelo lógico también provee una guía para analizar los asuntos involucrados y escoger las áreas más probables hacia dónde dirigirse, así como los caminos más probables para llegar a ellas (40).



# Estructura del proceso: Gestión de las estrategias IEC dirigidas a los usuarios para el empoderamiento en la toma de decisiones informadas en salud

<b>Nombre del proceso:</b> <b>Gestión de las estrategias de IEC dirigidas a los usuarios para el empoderamiento en la toma de decisiones informadas en salud</b>	<b>Versión:</b>
<p><i>Descripción:</i></p> <p>Su objeto principal es documentar el proceso que permita definir las estrategias IEC dirigidas al usuario y su operativización, mediante la formulación, implementación y evaluación de un plan de ejecución de las mismas. Con dichas estrategias se pretende promover y consolidar cambios de comportamiento y actitudes, para empoderar a los usuarios en la toma de decisiones informadas en salud.</p>	
<p><i>Marco normativo:</i></p> <p>Resolución 001841 del 2013  Resolución 425 del 2008  Ley 1122 de 2007 Salud Pública, artículo 32  Resolución 412 del 2000  Ley 100 de 1993</p>	
<p><i>Objetivo:</i></p> <p>Documentar la implementación del proceso para definir las estrategias de información, comunicación y educación —IEC— dirigidas a los usuarios de los servicios de protección específica y detección temprana y eventos de interés en salud pública, con el fin de contribuir al empoderamiento de los usuarios para la toma de decisiones informadas en salud.</p>	
<p><i>Objetivos específicos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actualizar anualmente el documento de las estrategias de IEC dirigidas a los usuarios de los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.</li> <li>• Difundir cada año con el personal responsable de la gestión y ejecución de las estrategias, el plan de ejecución de las estrategias de IEC dirigidas a los usuarios de los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.</li> <li>• Monitorear el cumplimiento de las actividades del plan de ejecución de las estrategias de IEC.</li> <li>• Evaluar la cobertura de usuarios de los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con las estrategias de IEC desarrolladas en la institución.</li> </ul>	
<p><i>Logros esperados:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El documento de estrategias de IEC dirigidas a los usuarios debe estar actualizado y difundido en marzo de cada año.</li> <li>• Soportar la medición trimestral del nivel de ejecución y cobertura de las estrategias de IEC ejecutadas.</li> <li>• Soportar la implementación de acciones de mejora que sean pertinentes de acuerdo con el análisis del nivel de ejecución y cobertura de las estrategias de IEC dirigidas a los usuarios de los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.</li> <li>• Soportar el cumplimiento de las metas de ejecución y cobertura de las estrategias de IEC dirigidas a los usuarios de los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.</li> </ul>	

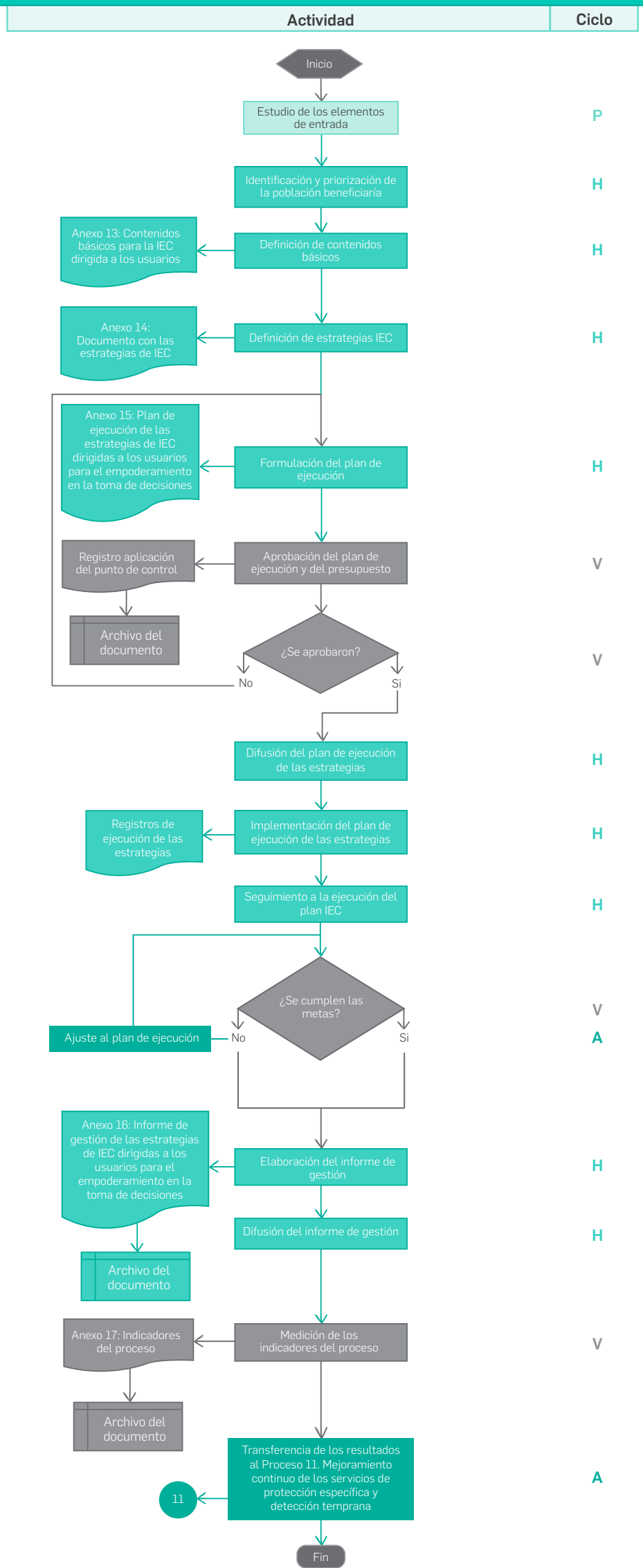
Nombre del proceso:	Versión:
<b>Gestión de las estrategias de IEC dirigidas a los usuarios para el empoderamiento en la toma de decisiones informadas en salud</b>	
<p><i>Elementos de entrada:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Modelo de atención (plataforma estratégica) de la entidad.</li> <li>2. Perfil epidemiológico.</li> <li>3. Bases de datos de los usuarios inscritos en los diferentes servicios de detección temprana y protección específica y servicios de la IPS.</li> <li>4. Contratos vigentes de servicios de protección específica y detección temprana.</li> <li>5. Normas técnicas de detección temprana y protección específica, y guías de atención de las enfermedades de interés en salud pública.</li> <li>6. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.</li> <li>7. Informes de la satisfacción de los usuarios con las estrategias de IEC ofertadas por la entidad.</li> <li>8. Mapeo de escenarios de acción: Institucional, escuela, empresas y organizaciones.</li> <li>9. Mapeo de otros programas de salud pública.</li> <li>10. Anexo 3: Documento con la caracterización de la población.</li> </ol>	
<p><i>Elementos de transformación:</i></p> <p>A partir del estudio de elementos de entrada, se realiza la identificación y priorización de la población objeto y de la situación que se va a intervenir, se continúa con la definición de los contenidos básicos y las estrategias de IEC, finalmente se realiza la formulación del plan de ejecución. Posteriormente, se continúa con las etapas de difusión, implementación, seguimiento y mejora del plan de ejecución.</p>	
<p><i>Elementos de salida:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anexo 13: Contenidos básicos para la IEC dirigida a los usuarios según norma técnica y guía de atención</li> <li>2. Anexo 14: Documento con las estrategias de IEC</li> <li>3. Anexo 15: Plan de ejecución de las estrategias de IEC dirigidas a los usuarios para el empoderamiento en la toma de decisiones</li> <li>4. Anexo 16: Informe de gestión de las estrategias de IEC dirigidas a los usuarios para el empoderamiento en la toma de decisiones</li> </ol>	
<p><i>Responsable</i> (puede ser uno de los siguientes):</p> <p>Gerente Coordinador Administrador IPS</p>	
<p><i>Recursos Humanos</i> (según la entidad, pueden participar los siguientes):</p> <p>Coordinador Comunicador Equipo de salud de los servicios de detección temprana y protección específica Profesional en sistemas de información</p> <p><b>Recursos tecnológicos:</b></p> <p>Computador para procesar datos Otros insumos de acuerdo con las estrategias definidas (ejemplo: sistema de información unificado, videos, cartillas, volantes, material audiovisual, rotafolios, afiches, juegos educativos, entre otros).</p> <p><i>Recursos físicos:</i></p> <p>Equipos de oficina y papelería Consultorios Auditorio</p> <p><b>Recursos financieros</b></p> <p>Reserva presupuestal</p>	



<b>Nombre del proceso:</b> <b>Gestión de las estrategias de IEC dirigidas a los usuarios para el empoderamiento en la toma de decisiones informadas en salud</b>	<b>Versión:</b>
<i>Requisitos:</i> Reserva presupuestal Elementos de entrada actualizados	
<i>Indicadores del proceso (Anexo 17):</i> <ul style="list-style-type: none"><li>a) Porcentaje de personas a las que se les realiza difusión del documento con las estrategias de IEC</li><li>b) Porcentaje de cumplimiento de las actividades del plan de ejecución de las estrategias IEC</li><li>c) Cobertura de usuarios beneficiados con estrategias de IEC</li><li>d) Satisfacción de los usuarios sujetos de las actividades de IEC desarrolladas</li><li>e) Proporción de usuarios de los servicios de detección temprana y protección específica hospitalizados por complicaciones</li><li>f) Proporción de maternas con parto institucional que asistieron a control prenatal</li><li>g) Proporción de niños de 6 meses y menos que se alimentan exclusivamente de lactancia materna y que asisten a crecimiento y desarrollo</li><li>h) Proporción de usuarios que perciben que la información suministrada para el cuidado en casa fue apropiada</li></ul>	
<i>Puntos de control:</i> Plan de ejecución de estrategias IEC y presupuestos aprobados	



**Flujograma: Gestión de las estrategias IEC dirigidas a los usuarios para el empoderamiento en la toma de decisiones informadas en salud**



Nota: La Entidad debe de definir los responsables para la ejecución de las actividades del proceso de acuerdo a los perfiles de talento humano y recursos disponibles.

<b>Firma:</b>			
<b>Nombre:</b>			
<b>Cargo:</b>	Líder del proceso	Coordinador promoción y prevención	Gerente
<b>Fecha:</b>			





## Anexo 13. Contenidos básicos para la IEC dirigida a los usuarios según norma técnica y guía de atención

A continuación se presenta un listado de algunos de los temas que se sugiere sean considerados en la planeación e implementación de la estrategia de IEC dirigida a los usuarios y su grupo familiar.

### 1. Contenidos para la IEC dirigida a los usuarios, según Normas Técnicas de Protección Específica

- **Atención del trabajo de parto, parto, posparto y del recién nacido**
  - ✓ Actividades, intervenciones y procedimientos en salud a que tienen derecho la madre y el recién nacido durante el trabajo de parto, parto y posparto.
  - ✓ Cuidados posnatales.
  - ✓ Alimentación.
  - ✓ Apoyo psicosocial.
  - ✓ Signos de alarma maternos (signos de infección, hemorragia, tromboembolismo, preclamsia).
  - ✓ Planificación familiar.
  - ✓ Importancia de la consulta a los 7 días posparto para la madre y a los 3 días el recién nacido.
  - ✓ Lactancia materna exclusiva por 6 meses.
  - ✓ Técnica de lactancia.
  - ✓ Programa canguero.
  - ✓ Cuidados del recién nacido en casa (puericultura).
  - ✓ Esquema de vacunación.
  - ✓ Signos de alarma para el RN que indiquen cuándo consultar (signos de infección local o sistémica, ictericia, cianosis, dificultad para respirar, no puede tomar el pecho, alteraciones con la alimentación, entre otros).
  - ✓ Importancia del resultado del TSH neonatal para la detección oportuna del hipotiroidismo congénito del RN.
  
- **Consulta de revisión del recién nacido**
  - ✓ Actividades, intervenciones y procedimientos en salud a que tiene derecho el recién nacido.
  - ✓ Importancia del resultado del TSH neonatal.
  - ✓ Signos de hipotiroidismo.
  - ✓ Lactancia materna exclusiva por 6 meses.
  - ✓ Técnica de lactancia (resolución de dificultades respecto a la técnica y otras barreras para una lactancia exitosa).
  - ✓ Signos de alarma que indiquen consulta inmediata (ictericia, cianosis, dificultad para respirar, no puede tomar el pecho, fiebre, infecciones, entre otros).
  - ✓ Cuidados del recién nacido en casa.
  - ✓ Importancia del esquema de vacunación al día.
  - ✓ Importancia del ingreso al programa de crecimiento y desarrollo.

- **Atención en planificación familiar a hombres y mujeres**

- ✓ Actividades, intervenciones y procedimientos en salud a que tiene derecho la persona (hombreo o mujer) en edad fértil.
- ✓ Métodos modernos de planificación familiar disponibles en nuestro medio, sin exclusión alguna (mecanismos de acción, factores de riesgo para su consumo, ventajas, desventajas, riesgos, reacciones adversas, signos de alarma y consecuencias del uso de cada uno de ellos).
- ✓ Información sobre la importancia del consentimiento informado para el caso de métodos definitivos.
- ✓ Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual —ITS—.
- ✓ Cumplimiento del esquema e importancia de la tamización con citología de cuello uterino en las mujeres de 21 a 69 años.
- ✓ Importancia de la consulta para la detección temprana de las alteraciones del joven.

- **Atención preventiva en salud bucal**

- ✓ Actividades, intervenciones y procedimientos en salud a que tienen derecho las personas, según ciclo vital.
- ✓ Higiene bucal.
- ✓ Prevención de la caries.
- ✓ Enfermedad gingival.
- ✓ Consumos que afectan la salud bucal.
- ✓ Importancia de su prevención o cesación (cigarrillo, sustancias PSA).
- ✓ Fluorosis dental

## **2. Contenidos para la IEC dirigida a los usuarios, según normas técnicas de detección temprana**

- **Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo del menor de 10 años**

- ✓ Actividades, intervenciones y procedimientos en salud a que tiene derecho el niño menor de 10 años.
- ✓ Periodicidad de los controles.
- ✓ Fomento de factores protectores según edad (alimentación, estimulación del desarrollo, cuidado y afecto, prevención de accidentes).
- ✓ Signos de alarma que indiquen cuándo consultar de inmediato.
- ✓ Detección temprana del maltrato y la violencia sexual.
- ✓ Importancia de la salud visual.
- ✓ Prevención de la caries dental y de la enfermedad periodontal.
- ✓ Fomento de hábitos para la conservación de la salud bucal.
- ✓ Prevención de hábitos nocivos en los menores de 10 años para la salud bucal.
- ✓ Prevención y manejo en casa de la EDA y de la IRA.



- **Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven de 10 a 29 años**

- ✓ Actividades, intervenciones y procedimientos en salud a que tiene derecho el joven.
- ✓ Deberes y derechos en SSR.
- ✓ Identidad sexual.
- ✓ Inicio de vida sexual activa e implicaciones.
- ✓ Actividades, intervenciones y procedimientos para la detección temprana del cáncer de cuello uterino y su tratamiento oportuno en las jóvenes de 21 años o más con vida sexual activa.
- ✓ Importancia del cumplimiento de la frecuencia de la tamización con citologías.
- ✓ Prevención del embarazo en adolescentes.
- ✓ Planificación familiar.
- ✓ Prevención de la violencia y el abuso sexual.
- ✓ Información sobre el derecho de la interrupción voluntaria del embarazo —IVE—, prevención de las ITS.
- ✓ Promoción del buen trato, comunicación y respeto en las relaciones de pareja.
- ✓ Actividades de ocupación del tiempo libre.
- ✓ Recomendaciones alimentarias.
- ✓ Trastornos de la alimentación y de la imagen corporal.
- ✓ Importancia de la vacunación y del esquema de vacunación.
- ✓ Redes sociales y de apoyo.
- ✓ Importancia de la salud visual.
- ✓ Prevención de la caries dental y de la enfermedad periodontal.
- ✓ Fomento de hábitos para la conservación de la salud bucal.
- ✓ Prevención de hábitos nocivos para la salud bucal.

- **Detección temprana de las alteraciones del embarazo**

- ✓ Actividades, intervenciones y procedimientos en salud a que tiene derecho la gestante.
- ✓ Periodicidad de los controles, según el riesgo y la edad gestacional.
- ✓ Signos de alarma que indiquen cuándo consultar oportunamente.
- ✓ Curso psicoprofiláctico.
- ✓ Orientación sobre la estimulación intrauterina.
- ✓ Ejercicios físicos y relajación.
- ✓ Importancia de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses.
- ✓ Técnica de la lactancia.
- ✓ Lactancia materna exclusiva por 6 meses.
- ✓ Planificación familiar.
- ✓ Prevención de la caries dental y de la enfermedad periodontal.
- ✓ Fomento de hábitos para la conservación de la salud bucal.
- ✓ Prevención de hábitos nocivos para la salud bucal.
- ✓ Importancia de la consulta a los 7 días posparto para la madre y a los 3 días para el recién nacido.

- **Detección de las alteraciones del adulto mayor de 45 años**

- ✓ Actividades, intervenciones y procedimientos en salud a que tiene derecho el adulto mayor de 45 años.
- ✓ Promoción de estilos de vida saludables y factores protectores (alimentación adecuada, actividad física, uso de tiempo libre, apoyo familiar).
- ✓ Autocuidado.
- ✓ Prevención de factores de riesgo (sedentarismo, dieta inadecuada, alcoholismo, tabaquismo).
- ✓ Prevención de la violencia intrafamiliar.
- ✓ Redes de apoyo social.
- ✓ Climaterio.
- ✓ Planificación familiar.
- ✓ Importancia y frecuencia de la tamización con citologías de cuello uterino para mujeres hasta los 69 años.
- ✓ Detección temprana y atención oportuna del cáncer de seno para las mujeres de 50 a 80 años.
- ✓ Importancia del cumplimiento de la periodicidad en la toma la mamografía.
- ✓ Importancia de la salud visual.
- ✓ Periodicidad de controles con optómetra y con oftalmólogo (para mayores de 50 años).
- ✓ Prevención de la caries dental y de la enfermedad periodontal.
- ✓ Fomento de hábitos para la conservación de la salud bucal.
- ✓ Prevención de hábitos nocivos para la salud bucal.
- ✓ Signos y síntomas para detectar cáncer de pulmón, estómago, cérvix, colon y recto, próstata, mama, diabetes, hipertensión, EPOC y TB.
- ✓ Factores de riesgo familiares asociados a cáncer y a otras enfermedades crónicas.

- **Detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual**

- ✓ Información a toda la población sobre las actividades, intervenciones y procedimientos en salud visual.
- ✓ Detección de alteraciones visuales en los niños y niñas.
- ✓ Importancia del tamizaje visual.
- ✓ Cuidado de la salud visual.

### **3. Contenidos para la IEC dirigida a los usuarios, según guías de atención**

- **Atención a las enfermedades prevalentes de la infancia bajo el enfoque AIEPI**

- ✓ Signos de alarma
- ✓ Importancia de la consulta oportuna
- ✓ Asistir al control
- ✓ Suministro de medicamentos
- ✓ Cuidados en casa
- ✓ Continuar lactancia materna
- ✓ Importancia de la vacunación
- ✓ Nutrición adecuada para la edad



- ✓ Buen trato
- ✓ Prevención del maltrato
- ✓ Prevención de accidentes en la casa
  
- **Atención de las personas con riesgo vascular: Hipertensión arterial y diabetes mellitus**
  - ✓ Factores de riesgo (sedentarismo, tabaquismo y dieta).
  - ✓ Factores protectores: ejercicio (tipo, frecuencia, duración e intensidad).
  - ✓ Autocuidado.
  - ✓ Actividades de uso de tiempo libre.
  - ✓ Alimentación adecuada (baja en grasa, azúcares y sodio).
  - ✓ Red de apoyo familiar y social.
  - ✓ Complicaciones de la HTA y DM
  - ✓ Insulinoterapia
  - ✓ Información sobre la HTA y DM, riesgos y comorbilidades, metas y opciones de tratamiento.
  - ✓ Importancia de la prevención del cáncer de cuello uterino y de mama.
  - ✓ Prevención del embarazo y planificación familiar en mujeres en edad fértil.
  
- **Atención a las víctimas de violencia y abuso sexual**
  - ✓ Derechos sexuales y reproductivos.
  - ✓ Derecho a la interrupción voluntaria del embarazo.
  - ✓ Importancia del tratamiento profiláctico para ITS.
  - ✓ Redes sociales de apoyo.
  - ✓ Planificación familiar.
  - ✓ Denuncia ante autoridades.
  - ✓ Denuncia de la revictimización.
  
- **Atención a las personas que viven con VIH/Sida**
  - ✓ Vida sexual.
  - ✓ Promoción de prácticas seguras y uso de condón.
  - ✓ Tratamiento y diagnóstico de contactos.
  - ✓ Prevención de enfermedades oportunistas.
  - ✓ Importancia de tratamiento farmacológico.
  - ✓ Estilos de vida saludables.
  - ✓ Redes de apoyo.
  - ✓ Planificación familiar.
  - ✓ Información sobre las ITS, riesgos, secuelas y cronicidad.
  
- **Atención a las personas con Infecciones de transmisión sexual —ITS—**
  - ✓ Información sobre las ITS, riesgos, secuelas y cronicidad.
  - ✓ Importancia de la adherencia al tratamiento.
  - ✓ Tratamiento y diagnóstico de los contactos.
  - ✓ Promoción de prácticas seguras y uso de condón
  - ✓ Comportamiento sexual de riesgo.

- **Prevención del aborto inseguro**

- ✓ Información sobre las actividades, procedimientos e intervenciones a que tiene derecho la mujer, según protocolo para la IVE.
- ✓ Causales para la interrupción voluntaria del embarazo —IVE—.
- ✓ Importancia y contenido de la asesoría antes y después de realizar el procedimiento (derechos, riesgos, beneficios, consecuencias, opciones de tratamiento y adopción).
- ✓ Asesoría en anticoncepción.
- ✓ Derecho de suministro de método de alta adherencia.
- ✓ Educación en complicaciones.
- ✓ Prevención de ITS.
- ✓ Cuidados en casa, luego del procedimiento.

- **Atención a los pacientes con dengue**

- ✓ Medidas preventivas de saneamiento básico y protección contra el dengue.
- ✓ Signos de alarma por los cuales consultar de inmediato.
- ✓ Evitar el consumo de AINES.
- ✓ Cuidados en casa.
- ✓ Uso de toldillo.
- ✓ Importancia del control a las 48 horas.

**4. Contenidos para la IEC dirigida a población general no cubierta con acciones de detección temprana entre 30 y 45 años**

- ✓ Promoción del buen trato.
- ✓ Comunicación y respeto en las relaciones de pareja.
- ✓ Actividades de ocupación del tiempo libre.
- ✓ Recomendaciones alimentarias para la población adulta y adulta joven.
- ✓ Importancia de la vacunación.
- ✓ Esquema de vacunación para mujeres en edad fértil.
- ✓ Detección temprana del cáncer de cuello uterino y su tratamiento oportuno.
- ✓ Importancia del cumplimiento de la frecuencia de la tamización con citologías.
- ✓ Prevención de la violencia y el abuso sexual.
- ✓ Prevención de las ITS.
- ✓ Importancia de la salud visual.
- ✓ Fomento de hábitos para la conservación de la salud bucal.
- ✓ Prevención de los hábitos nocivos.
- ✓ Prevención de la caries dental y de la enfermedad periodontal.



## Anexo 14. Documento con las estrategias de IEC

Con la información consignada en este documento, la institución podrá identificar y priorizar las necesidades de IEC de los grupos poblacionales sujetos de la atención, y gestionar de manera eficiente y efectiva los recursos disponibles tanto institucionales como comunitarios, para el desarrollo de estrategias de IEC que fortalezcan el empoderamiento de la población para la conservación y el cuidado de su salud.

Para documentar las estrategias IEC dirigidas a los usuarios, es importante definir claramente los aspectos que se describen a continuación:

### DOCUMENTO CON ESTRATEGIAS DE IEC PARA EL EMPODERAMIENTO DE LOS USUARIOS IPS

**IPS:**

**Fecha:**

1. Identificación y priorización de la población sujeto de los programas y servicios (ver anexo 5).
2. Identificar necesidades o situación para intervenir con los grupos poblacionales sujetos de los programas.
3. Priorizar situación para intervenir con los grupos poblacionales sujetos de los programas.
4. Definir las estrategias de IEC con los grupos poblacionales sujetos de los programas.
5. Costeo de estrategias (ver tabla 34).
6. Evaluación de las estrategias implementadas (ver anexo 17).

La tabla 36 detalla el costo por cada una de las actividades que se requieren para desarrollar las estrategias IEC planeadas por la institución. En la primera columna se describe la estrategia que se quiere desarrollar, en la segunda se plantean las actividades mediante las cuales se ejecutará la estrategia descrita, y en la tercera el número de las actividades que se implementarán al año; las columnas subsiguientes describen por cada actividad el recurso necesario y su valor.



**Tabla 36.** Costeo estrategias IEC. (Institución, año).

Estrategia	Actividad	Número de actividades año	Recurso por actividad	Valor unitario de la actividad	Valor Total actividad
Texto (Estrategia 1)	Texto (Descripción de la actividad)	Número	Texto (Talento humano o espacio físico)	Número	Número
Total					
Firma aprobación gerente IPS		Firma aprobación administrador IPS		Firma aprobación coordinador	

## Anexo 15. Plan de ejecución de las estrategias de IEC dirigidas a los usuarios para el empoderamiento en la toma de decisiones

El plan de ejecución de las estrategias de IEC dirigidas a los usuarios permite a la institución establecer qué, cómo y cuándo se desarrollarán dichas estrategias, las actividades por medio de las cuales se les dará cumplimiento, los grupos poblacionales sujetos de cada actividad, los recursos necesarios y el responsable de la ejecución; y establecerá un cronograma para organizar el plan de ejecución en el tiempo, de tal manera que se pueda realizar un seguimiento al cumplimiento de lo planeado.

A continuación se describe cada uno de los aspectos mencionados, los cuales se deben especificar para cada una de las estrategias planeadas:

### PLAN DE EJECUCIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE IEC DIRIGIDAS A LOS USUARIOS

**IPS:**  
**Fecha:**



**Tabla 37.** Plan de ejecución de estrategias de IEC. (Institución, año).

Estrategia	Actividad	Población sujeto priorizada	Número de actividades año	Recurso por actividad	Responsable
Texto (Estrategia 1)	Texto (Descripción de la actividad)	Texto (Descripción del grupo poblacional)	Número	Texto (Talento humano o espacio físico)	Texto (Nombre)
Total					
Firma aprobación gerente IPS		Firma aprobación coordinador			

**Tabla 38.** Cronograma de ejecución de estrategias de IEC. (Institución, año).

Estrategia	Actividad	Fechas*					
		Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Texto (Estrategia 1)	Texto (Descripción de la actividad)	Día (Número)	Día (Número)	Día (Número)	Día (Número)	Día (Número)	Día (Número)

\* Registre en el mes que corresponda la fecha programada para la realización de la actividad.

**Observaciones:**

Detalle en este espacio lo que considere importante destacar con respecto al cronograma (Recordatorios, dificultades o aspectos a tener en cuenta para determinada fecha, etc.)

## Anexo 16. Informe de gestión de las estrategias de IEC dirigidas a los usuarios para el empoderamiento en la toma de decisiones

El informe de gestión de las estrategias de IEC le permitirá a la institución conocer el cumplimiento de la implementación de las estrategias diseñadas, y las dificultades presentadas durante su ejecución, para posteriormente intervenir las causas a fin de mejorar la efectividad de las acciones.

A continuación se presenta un modelo de informe de gestión que podrá ser ajustado de acuerdo con las necesidades de la IPS.

### INFORME DE GESTIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE IEC DIRIGIDAS A LOS USUARIOS

**IPS:**

**Fecha:**

**Periodo:**

**Objetivos:**

- Evaluar la ejecución de las estrategias de información, comunicación y educación —IEC— dirigidas a los usuarios de los servicios de protección específica y detección temprana y eventos de interés en salud pública.
- Evaluar el nivel de empoderamiento de los usuarios para la toma de decisiones informadas en salud.

**Indicadores de medición de la gestión:**

1. Porcentaje de estrategias IEC implementadas.

La institución ha implementado el X% de las estrategias definidas en el Plan de ejecución de las estrategias de IEC.

2. Porcentaje de cumplimiento de las actividades del plan de ejecución de las estrategias de IEC.

En la tabla 39 se describen las estrategias de IEC que la IPS estableció en el plan de ejecución; para cada estrategia se debe definir la meta anual del número de actividades que se esperan realizar; y mensualmente se medirá el número de las actividades ejecutadas, las cuales deberán ser la doceava parte del total anual más lo acumulado en el mes anterior (ver más adelante ficha del indicador). Esta información permitirá a la institución realizar el seguimiento al cumplimiento de las actividades descritas en el plan de ejecución de las estrategias de IEC.

Luego del análisis de los resultados se deben identificar las causas del no cumplimiento de la meta y establecer las intervenciones que sean pertinentes.

**Tabla 39.** Porcentaje de cumplimiento de las estrategias de IEC. (Institución, año).

Estrategia	Meta anual	Porcentaje de cumplimiento acumulado					
		Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.
✓ Texto	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje

3. Cobertura de las estrategias de IEC en los servicios de protección específica y detección temprana.

La cobertura indica cuánta población de la que está inscrita en un servicio o programa ha sido beneficiada con las estrategias de IEC que se han diseñado para empoderar a los usuarios, y su análisis permite determinar si se requiere o no implementar acciones para inducir la participación de los usuarios, y estudiar la posibilidad de ajustar las actividades, tiempos y/o recursos disponibles para alcanzar la propuesta.

En la columna denominada servicio o programa, se presenta el listado de los servicios o programas de protección específica y detección temprana que oferta la institución; en la segunda columna se nombran las estrategias de IEC que se establecieron en el plan de ejecución para desarrollar en el servicio o programa específico; en la tercera columna se debe registrar el número total de los usuarios del servicio o programa; en la cuarta, cuántos usuarios asisten a las actividades de IEC programadas, y en las siguientes columnas se debe registrar la meta anual (en porcentaje) definida por la IPS y luego la medición porcentual mensual acumulada de la cobertura (ver ficha técnica del indicador de cobertura de las estrategias de IEC).

**Tabla 40.** Cobertura de las estrategias de IEC en los servicios de protección específica y detección temprana. (Institución, año).

Servicio o programa	Estrategia	Total población sujeto de atención	Total asistentes	Meta anual	Cumplimiento acumulado					
					Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.
Texto	Texto	Número	Número	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje

**Observaciones:**

**Análisis:**

**Conclusiones:**

**Recomendaciones:**

## Anexo 17. Indicadores del proceso - Gestión de las estrategias de IEC dirigidas a los usuarios para el empoderamiento en la toma de decisiones

**Indicador 16.** Porcentaje de personas a las que se les realiza difusión del documento con las estrategias de IEC

<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de personas a las que se les realiza difusión del documento con las estrategias de IEC
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso
<b>Atributo de calidad</b>	Eficacia
<b>Numerador</b>	Número de personas a las que se les realiza la difusión del documento vigente con las estrategias de IEC.
<b>Denominador</b>	Total personal asistencial de la institución.
<b>Desagregación</b>	Tipo de personal de acuerdo con los diferentes servicios.
<b>Factores de exclusión</b>	Documento de estrategias de IEC de vigencias anteriores.
<b>Medida</b>	Porcentaje
<b>Frecuencia medición</b>	Anual
<b>Meta</b>	El documento de estrategias de IEC debe estar actualizado y ser difundido en marzo de cada año por lo menos al 80% del personal de la institución.
<b>Análisis</b>	Si no se cumple con la frecuencia anual de actualización y difusión del documento, se debe garantizar, como acción correctiva, la programación y disponibilidad de los recursos humanos y técnicos para la actualización y difusión del documento que contiene las estrategias de IEC.

**Indicador 17.** Porcentaje de cumplimiento de las actividades del plan de ejecución de las estrategias de IEC

<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de cumplimiento de las actividades del plan de ejecución de las estrategias de IEC
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso
<b>Atributo de calidad</b>	Eficacia
<b>Numerador</b>	Número de actividades de IEC ejecutadas en el periodo
<b>Denominador</b>	Número de actividades programadas en el plan para el periodo



<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de cumplimiento de las actividades del plan de ejecución de las estrategias de IEC
<b>Desagregación</b>	Estrategia Actividad
<b>Factores de exclusión</b>	Actividades ejecutadas programadas para fecha futura
<b>Medida</b>	Porcentaje
<b>Frecuencia medición</b>	Semestral
<b>Meta</b>	Una vez difundido el plan de IEC: 50% en el primer semestre. 90% al final de la vigencia
<b>Análisis</b>	Si no se logran las metas de implementación, se deben garantizar los recursos necesarios para su ejecución. De igual manera, se debe revisar el porcentaje del personal que interviene en el proceso, que ha recibido una adecuada inducción en el proceso. Se debe revisar la ejecución presupuestal de las estrategias de IEC.

**Indicador 18.** Cobertura de usuarios beneficiados con estrategias de IEC

<b>Nombre del indicador</b>	Cobertura de usuarios beneficiados con estrategias de IEC
<b>Tipo de indicador</b>	Resultado
<b>Atributo de calidad</b>	Efectividad
<b>Numerador</b>	Número de usuarios beneficiados con estrategias de IEC
<b>Denominador</b>	Total de usuarios objeto de las estrategias de IEC
<b>Desagregación</b>	Por grupos poblacionales Por servicio de protección específica y detección temprana
<b>Factores de exclusión</b>	NA
<b>Medida</b>	Porcentaje
<b>Frecuencia medición</b>	Trimestral
<b>Meta</b>	90%
<b>Análisis</b>	De acuerdo con el comportamiento de la cobertura de las estrategias de IEC dirigidas a los usuarios, se deben implementar acciones para inducir su participación y estudiar la posibilidad de ajustar las actividades, tiempos o recursos disponibles para alcanzar la meta.

**Indicador 19.** Satisfacción de los usuarios sujetos de las actividades de IEC desarrolladas

<b>Nombre del indicador</b>	Satisfacción de los usuarios sujetos de las actividades de IEC desarrolladas
<b>Tipo de indicador</b>	Resultado
<b>Atributo de calidad</b>	Efectividad
<b>Numerador</b>	Número de usuarios satisfechos con estrategias de IEC
<b>Denominador</b>	Total de usuarios beneficiados con la estrategia de IEC
<b>Desagregación</b>	Por estrategia de IEC Por servicios de detección temprana y protección específica
<b>Factores de exclusión</b>	NA
<b>Medida</b>	Porcentaje
<b>Frecuencia medición</b>	Al final de cada actividad IEC
<b>Meta</b>	95%
<b>Análisis</b>	De acuerdo con el comportamiento del indicador, se deben implementar acciones tendientes a ajustar las actividades, tiempos o recursos disponibles para alcanzar la meta.

**Indicador 20.** Proporción de usuarios de los servicios de detección temprana y protección específica hospitalizados por complicaciones

<b>Nombre del indicador</b>	Proporción de usuarios de los servicios de detección temprana y protección específica hospitalizados por complicaciones
<b>Tipo de indicador</b>	Resultado
<b>Atributo de calidad</b>	Efectividad
<b>Numerador</b>	Número de usuarios que presentaron complicaciones y fueron hospitalizados en un periodo dado
<b>Denominador</b>	Número total de pacientes activos en los servicios de detección temprana y protección específica en un periodo dado
<b>Desagregación</b>	Por norma técnica y guía de atención
<b>Factores de exclusión</b>	Usuarios hospitalizados que no corresponden al periodo evaluado
<b>Medida</b>	Porcentaje
<b>Frecuencia medición</b>	Trimestral
<b>Meta</b>	Por definir



<b>Análisis</b>	Tener conocimiento de las complicaciones inmediatas en el servicio de detección temprana y protección específica, con el fin de identificar causas atribuibles a calidad de la atención, suficiencia y entrenamiento del personal, etc., y establecer acciones correctivas y preventivas para evitar los riesgos y corregir las causas.
-----------------	---

**Indicador 21.** Proporción de maternas con parto institucional que asistieron a control prenatal

<b>Nombre del indicador</b>	Proporción de maternas con parto institucional que asistieron a control prenatal
<b>Tipo de indicador</b>	Resultado
<b>Atributo de calidad</b>	Efectividad
<b>Numerador</b>	Número de maternas con parto institucional que asistieron a control prenatal
<b>Denominador</b>	Total de maternas con parto institucional
<b>Desagregación</b>	NA
<b>Factores de exclusión</b>	NA
<b>Medida</b>	Porcentaje
<b>Frecuencia medición</b>	Semestral
<b>Meta</b>	100%
<b>Análisis</b>	Determinar las causas de inasistencia al control, para establecer acciones correctivas y preventivas con el fin de aumentar la cobertura del control prenatal y la disminución de las complicaciones evitables durante el embarazo y el parto.

**Indicador 22.** Proporción de niños de 6 meses y menos que se alimentan exclusivamente de lactancia materna y que asisten a crecimiento y desarrollo

<b>Nombre del indicador</b>	Proporción de niños de 6 meses y menos que se alimentan exclusivamente de lactancia materna y que asisten a crecimiento y desarrollo
<b>Tipo de indicador</b>	Resultado
<b>Atributo de calidad</b>	Efectividad
<b>Numerador</b>	Número de niños de 6 meses y menos que se alimentan exclusivamente de lactancia materna y que asisten a crecimiento y desarrollo en un periodo determinado.



<b>Denominador</b>	Total de niños de 6 meses y menos que asisten a crecimiento y desarrollo en un periodo determinado
<b>Desagregación</b>	NA
<b>Factores de exclusión</b>	Niños que no asisten a control de crecimiento y desarrollo
<b>Medida</b>	Porcentaje
<b>Frecuencia medición</b>	Cada 6 meses
<b>Meta</b>	100%
<b>Análisis</b>	Determinar las causas de la no adherencia a la lactancia materna exclusiva, para establecer acciones correctivas y preventivas con el fin de empoderar a la madre en los beneficios que aporta la lactancia materna tanto a la madre como al bebé.

**Indicador 23.** Proporción de usuarios que perciben que la información suministrada para el cuidado en casa fue apropiada

<b>Nombre del indicador</b>	Proporción de usuarios que perciben que la información suministrada para el cuidado en casa fue apropiada
<b>Tipo de indicador</b>	Resultado
<b>Atributo de calidad</b>	Efectividad
<b>Numerador</b>	Número de usuarios satisfechos con la información suministrada para el cuidado en casa
<b>Denominador</b>	Total de usuarios entrevistados o encuestados
<b>Desagregación</b>	Por servicio de detección temprana y protección específica
<b>Factores de exclusión</b>	NA
<b>Medida</b>	Porcentaje
<b>Frecuencia medición</b>	Semestral
<b>Meta</b>	100%
<b>Análisis</b>	Determinar las causas de la insatisfacción de los usuarios con información y recomendaciones de autocuidado para el hogar, con el propósito de establecer acciones correctivas y preventivas que permitan lograr una mayor satisfacción, empoderamiento y adherencia a las recomendaciones proporcionadas por el equipo de salud para mantener o recuperar la salud.



# Proceso 5.

## Capacitación dirigida al personal asistencial

### Marco Conceptual

La capacitación es el conjunto de procesos organizados relativos tanto a la educación formal<sup>5</sup> como a la informal,<sup>6</sup> de acuerdo con lo establecido por la Ley general de educación (Ley 115 de 1994), dirigidos a prolongar y complementar la educación de las personas mediante la generación de conocimientos, el desarrollo de habilidades y el cambio de actitudes, con el fin de incrementar la capacidad individual y colectiva para contribuir al cumplimiento de la misión institucional, a la mejor prestación de servicios a la comunidad, al eficaz desempeño del cargo y al desarrollo personal integral (41).

El profesor Edgardo Frigo define la capacitación, o desarrollo de personal, "como toda actividad realizada en una organización, respondiendo a sus necesidades, que busca mejorar la actitud, conocimiento, habilidades o conductas de su personal" (42). Concretamente, la capacitación busca perfeccionar al colaborador en su puesto de trabajo, en función de las necesidades de la empresa, en un proceso estructurado con metas bien definidas.

La capacitación en el trabajo es la formación y actualización permanentes que proporcionan las empresas a sus trabajadores con base en los requerimientos detectados por nivel de ocupación. Su finalidad es desarrollar conocimientos, habilidades y actitudes en el personal para mejorar tanto su desempeño en la organización como su entrenamiento (43).

En su tesis de doctorado, María de Souza describe el **entrenamiento** como "el proceso mediante el cual la empresa estimula al trabajador a incrementar sus

---

5 La educación no formal es la que se ofrece con el objeto de complementar, actualizar, suplir conocimientos y formar en aspectos académicos o laborales sin sujeción al sistema de niveles y grados establecidos en el artículo 11 de la Ley 115.

6 Se considera educación informal todo conocimiento libre y espontáneamente adquirido, proveniente de personas, entidades, medios masivos de comunicación, medios impresos, tradiciones, costumbres, comportamientos sociales y otros no estructurados.

conocimientos, habilidades, destrezas, para aumentar la eficiencia en la ejecución de las tareas y así contribuir a su propio bienestar y al de la institución" (44). Por su parte, Steinmetz (citado por Idalberto Chiavenato) define el entrenamiento como "el proceso educativo a corto plazo, que utiliza un procedimiento sistemático y organizado por el cual el personal aprende conocimientos y habilidades técnicas para un propósito definido" (45).

El entrenamiento tiene como propósito preparar al personal para la ejecución inmediata de las diversas tareas del cargo, adaptar al empleado para el ejercicio de determinada función o para la ejecución de una tarea específica, debe obedecer a un programa preestablecido y organizado que procura la rápida adaptación del hombre al trabajo. El entrenamiento comprende (45):

- La transmisión de información
- El desarrollo de habilidades: principalmente aquellas habilidades y conocimientos directamente relacionados con el desempeño del cargo actual, y orientados directamente al trabajo.
- El desarrollo o la modificación de actitudes: generalmente cambio de actitudes negativas por actitudes más favorables entre los trabajadores; aumento de la motivación.

La importancia de un sistema de entrenamiento eficiente radica en que le permite al personal desempeñar sus actividades con el nivel de eficiencia requerido por sus puestos de trabajo, lo cual, consecuentemente, contribuye a su autorrealización y al logro de los objetivos organizacionales (44). Las necesidades de entrenamiento del individuo surgen como consecuencia de haber encontrado deficiencias en el análisis de los conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes al compararlas con las que se requieren para un trabajo. A medida que la organización crece sus necesidades cambian, y por consiguiente el entrenamiento deberá responder a las nuevas necesidades y debe ser un instrumento eficaz, ordenado, aplicado a la solución de problemas organizacionales y a la consecución de los objetivos de la empresa.

La razón de ser del entrenamiento es brindarle al personal una habilidad más, ya sea porque han aparecido innovaciones tecnológicas en sus áreas de trabajo, se ha hecho mejoramiento en los procesos, han aparecido nuevas normas técnicas y guías de atención o porque hay necesidad de incorporar una nueva actividad entre aquellas que desarrolla la organización o, aun, porque se verificó que el desempeño del empleado no era satisfactorio. El entrenamiento funciona teniendo en cuenta la forma como la gente aprende, y este puede ser exitoso si se parte de los siguientes criterios (46):

- El empleado debe estar motivado.
- Obtener satisfacción de lo aprendido.
- Los métodos de aprendizaje deben variar para mantener el interés.
- El empleado necesita que se le refuerce la conducta correcta.
- Cómo se está realizando el aprendizaje y que lo estimule a aprender más.

El entrenamiento debe ser un proceso organizado, por lo tanto se deben considerar las siguientes etapas (46):



- 1- Identificar las necesidades del personal y de la empresa.
- 2- Definir los objetivos, para lograr metas en términos de mejoras y cambios en el comportamiento que conduzcan a un mejor desempeño.
- 3- Preparar planes de entrenamiento de acuerdo con los objetivos.
- 4- Ejecutar planes de entrenamiento.
- 5- Evaluación, seguimiento y análisis de resultados.

Los recursos humanos constituyen un factor clave para el logro de los objetivos de los servicios de detección temprana y protección específica, por tal motivo las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios requieren cada vez más personal altamente calificado y motivado para poder adaptarse a los cambios del entorno, lo cual exige reconocer la importancia que tienen la capacitación y el entrenamiento en el desarrollo de los recursos humanos, en el aumento de la productividad, en una mayor calidad en la prestación de los servicios, en el mejoramiento de la atención a los usuarios, en la reducción de los eventos adversos, en el mejoramiento del clima laboral, entre muchos otros.

En la actualidad, la capacitación de los recursos humanos es la respuesta a la necesidad que tienen las empresas o instituciones de contar con un personal competente y productivo, y esto es de vital importancia, porque contribuye al desarrollo personal y profesional de los individuos a la vez que redundan en beneficios para la empresa. Veamos (47):

- Se agiliza la toma de decisiones y la solución de problemas.
- Mejora el conocimiento del puesto de trabajo en todos los niveles.
- Crea una mejor imagen, lo que contribuye a la formación de líderes.
- Mejora la relación interpersonal entre todos los niveles de la organización, lo cual promueve la comunicación.
- Reduce la tensión y permite el manejo de áreas de conflictos.
- Conduce a una mayor rentabilidad.

Para el personal se generan los siguientes beneficios (47):

- Mejora su desempeño y elimina los temores a la incompetencia.
- Ayuda al personal para la toma de decisiones y solución de problemas.
- Mantiene la confianza, la posición asertiva y el desarrollo personal.
- Contribuye positivamente al manejo de conflictos y tensiones.
- Forja líderes y mejora las aptitudes comunicativas.
- Aumenta el nivel de satisfacción con el puesto de trabajo.
- Permite el logro de metas individuales.

Mediante el contenido de los programas de capacitación, el personal asistencial tiene la oportunidad de adquirir nuevos aprendizajes, actualizar sus conocimientos y relacionarse con otras personas; en otras palabras, satisfacer sus propias necesidades mediante técnicas y métodos que ayudan a aumentar sus competencias<sup>7</sup> para

---

7 Competencia: Nivel de desempeño y cumplimiento de las responsabilidades asignadas; involucra un conjunto complejo de conocimientos, habilidades, actitudes y valores relacionados con un desempeño esperado en el campo de trabajo, de acuerdo con las funciones variadas que ahí son necesarias y que requieren un estándar de calidad que puede ser evaluable.

desempeñarse con éxito en su puesto de trabajo, lo que a su vez permite a las organizaciones alcanzar sus metas.

Después de que los funcionarios de un hospital o área de salud han sido seleccionados y orientados, es posible que aún deban adquirir las habilidades, el conocimiento y las actitudes necesarias para desempeñarse en forma adecuada en la prestación de servicios de salud; por eso las empresas deben encontrar mecanismos para lograr un desempeño óptimo, y éste puede lograrse mediante la capacitación.

Es importante asegurar que los procesos de capacitación sean costo-efectivos para la institución, con el propósito de generar impacto en los servicios de protección específica y detección temprana. Antes de iniciar un proceso de capacitación, los funcionarios seleccionados deben tener claridad sobre el objetivo de la capacitación como medio para mejorar sus actividades productivas. Es decir, debe lograrse un compromiso del funcionario con los resultados que obtendrá luego del proceso de capacitación (48).

La capacitación se debe concebir como un proceso continuo dirigido a proporcionar conocimientos y desarrollar competencias destinadas a mejorar el desempeño y la calidad de vida en el trabajo, por ser factores claves que permiten a una institución lograr sus objetivos, debe además identificar las necesidades que surgen de los cambios que puedan ocurrir en los procesos institucionales, en la normatividad y en el desempeño de las personas para definir estrategias de intervención (49).

La capacitación debe ser planificada, a partir de la *identificación de los problemas* del desempeño humano, cuando hay diferencia entre lo que una persona debería saber para desempeñar una tarea y lo que sabe realmente, comprometiendo la eficiencia de la organización, estas diferencias se suelen descubrir al hacer evaluaciones de desempeño o descripciones del perfil del puesto de trabajo (50). La *detección de necesidades de capacitación* constituye el requisito de mayor importancia para fundamentar y estructurar el programa de capacitación y orientarlo hacia la satisfacción de necesidades reales en beneficio del desarrollo personal e institucional, y además permite *identificar a las personas* que requieren ser capacitadas, mediante la determinación cualitativa y cuantitativa del tipo y grado de capacitación necesaria para satisfacer sus carencias.

En el documento "Gestión de la capacitación en las Organizaciones del Ministerio de Salud del Perú", se plantea que los problemas del desempeño humano en las instituciones pueden manifestarse de diversas maneras y responder a diferentes causas, lo cual implica que no existe sólo un método para la *detección de necesidades de capacitación*. A continuación se plantean algunos de ellos:

a) *Análisis directo de las necesidades de capacitación a nivel individual*: se comparan ya sea las competencias efectivas de la persona (las tareas que es capaz de realizar) con las competencias deseadas (las tareas que debería ser capaz de realizar), o los atributos de la persona con relación a los requisitos del puesto de trabajo, en términos de conocimientos, habilidades y actitudes.

b) *Análisis de las necesidades de capacitación con base en la evaluación del desempeño del personal*: en este caso se trata de aprovechar el proceso regular de evaluación



del desempeño del personal, que normalmente se aplica en las organizaciones, como fuente de información para identificar necesidades de capacitación.

c) *Análisis de problemas específicos*: los detonantes más frecuentes de los análisis de necesidades de capacitación son los diversos problemas de eficiencia que pueden surgir en una organización, relacionados con el desempeño del personal. Por lo general, estos problemas se manifiestan en el área técnica o en las relaciones interpersonales.

De acuerdo con lo anterior, la detección de necesidades se puede hacer a través de encuestas, entrevistas, buzón de necesidades y sugerencias del cliente interno, evaluación del desempeño, grupos primarios, entre otros.

Una vez detectadas las necesidades de capacitación por cualquier método y ordenados los resultados obtenidos se procede a su análisis, clasificación, tabulación e interpretación con el fin de priorizarlas de acuerdo con el direccionamiento institucional, para dar lugar al informe correspondiente o *diagnóstico de necesidades* que le permitirá a cada entidad formular su plan institucional de capacitación con una periodicidad mínima de un año.

El *plan de capacitación* es una acción planificada cuyo propósito general es preparar e integrar el recurso humano en el proceso productivo, mediante la entrega de conocimientos y el desarrollo de habilidades y actitudes necesarias para mejorar el desempeño en el trabajo y el aprendizaje colectivo (51).

La planificación general de la capacitación en una institución implica: a) seleccionar las acciones de capacitación más apropiadas para atender cada necesidad; b) evaluar el conjunto de las propuestas de capacitación y seleccionar aquellas que serán incluidas en el plan de capacitación; c) elaborar el plan, el presupuesto de capacitación y la programación de ejecución de actividades, todo esto para satisfacer las necesidades detectadas (52).

En la programación de las diferentes actividades de capacitación se deben desarrollar en forma secuencial los siguientes pasos:

- Identificación de competencias.
- Estado de necesidades.
- Redacción de objetivos.
- Selección de temas.
- Estructuración del contenido.
- Selección de técnicas y materiales didácticos.
- Definición de criterios para la evaluación y programación.
- Seguimiento del desempeño por resultados.

La ejecución de la programación radica en la aplicación del programa elaborado. Para preparar e integrar el recurso humano en el proceso productivo es necesario no sólo contar con un plan de capacitación sino desarrollarlo mediante la ejecución de una programación, la cual no es otra cosa que la aplicación del programa elaborado. En esta etapa se ejecutan las actividades que se programaron. Después de la ejecución del programa de capacitación se debe continuar con la evaluación, el control y el

seguimiento; este paso es *sistemático*, porque abarca todo el proceso, midiendo su efectividad y/o eficiencia (53).

La evaluación del impacto de las actividades de capacitación se debería realizar de acuerdo con las metas y objetivos propuestos; por ejemplo, midiendo el aumento en los niveles de adherencia a las normas técnicas y guías de atención, la modificación del perfil epidemiológico, la disminución en la demanda de los servicios de urgencias, especialmente en la población de menores de 5 años, la reducción de embarazos no deseados y el embarazo en adolescentes, etc. Este análisis le sirve a la institución para determinar si valió la pena invertir en capacitación y juzgar si vale la pena seguir haciéndolo. En cuanto al momento propicio para poner en práctica la evaluación de impacto, se recomienda esperar un plazo razonable para que maduren los efectos esperados de la capacitación. En este sentido, por lo general un año es un lapso adecuado, de manera que las actividades evaluativas podrían efectuarse, por ejemplo, a mediados de cada año con referencia a las acciones de capacitación del año anterior (52).



# Estructura del proceso: Capacitación dirigida al personal asistencial

Nombre del proceso: Capacitación dirigida al personal asistencial	Versión:
<p><b>Descripción:</b> Su objeto principal es documentar el plan de capacitación dirigido al personal asistencial de los servicios de protección específica y detección temprana y atención a los eventos de interés en salud pública, mediante la detección de necesidades, la formulación, implementación y evaluación del plan y la programación de capacitaciones. Con dicho plan se pretende promover y consolidar cambios de comportamiento y actitudes, tendientes a mejorar la calidad de la atención con base en el desempeño del personal.</p>	
<p><b>Marco normativo:</b> Artículos 11 y 12 del Decreto 1567 de 1998, reglamentado parcialmente por el Decreto Nacional 1227 de 2005. Artículo 36 de la Ley 909 de 2004. Artículo 65 y 66 del Decreto 1227 de 2005, por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 909 de 2004 y el Decreto-ley 1567 de 1998. Resolución 2003 de 2014. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, adoptado por la Resolución 1841 de 2013.</p>	
<p><b>Objetivo:</b> Determinar, implementar y evaluar el plan de capacitación dirigido al personal asistencial de los servicios de protección específica y detección temprana y de atención de los eventos de interés en salud pública, con el fin de mejorar sus competencias para la correcta prestación del servicio.</p>	
<p><b>Objetivos específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Identificar las necesidades de capacitación del personal asistencial de los servicios de protección específica y detección temprana, y de atención de los eventos de interés en salud pública.</li><li>• Priorizar e incluir en la programación de capacitación dirigida al personal asistencial las necesidades de capacitación identificadas.</li><li>• Monitorear el cumplimiento de las actividades de capacitación dirigidas al personal asistencial.</li><li>• Monitorear la cobertura del personal asistencial que participa en las actividades educativas.</li><li>• Monitorear la satisfacción del personal asistencial con relación a la calidad del evento educativo en el que participa.</li></ul>	



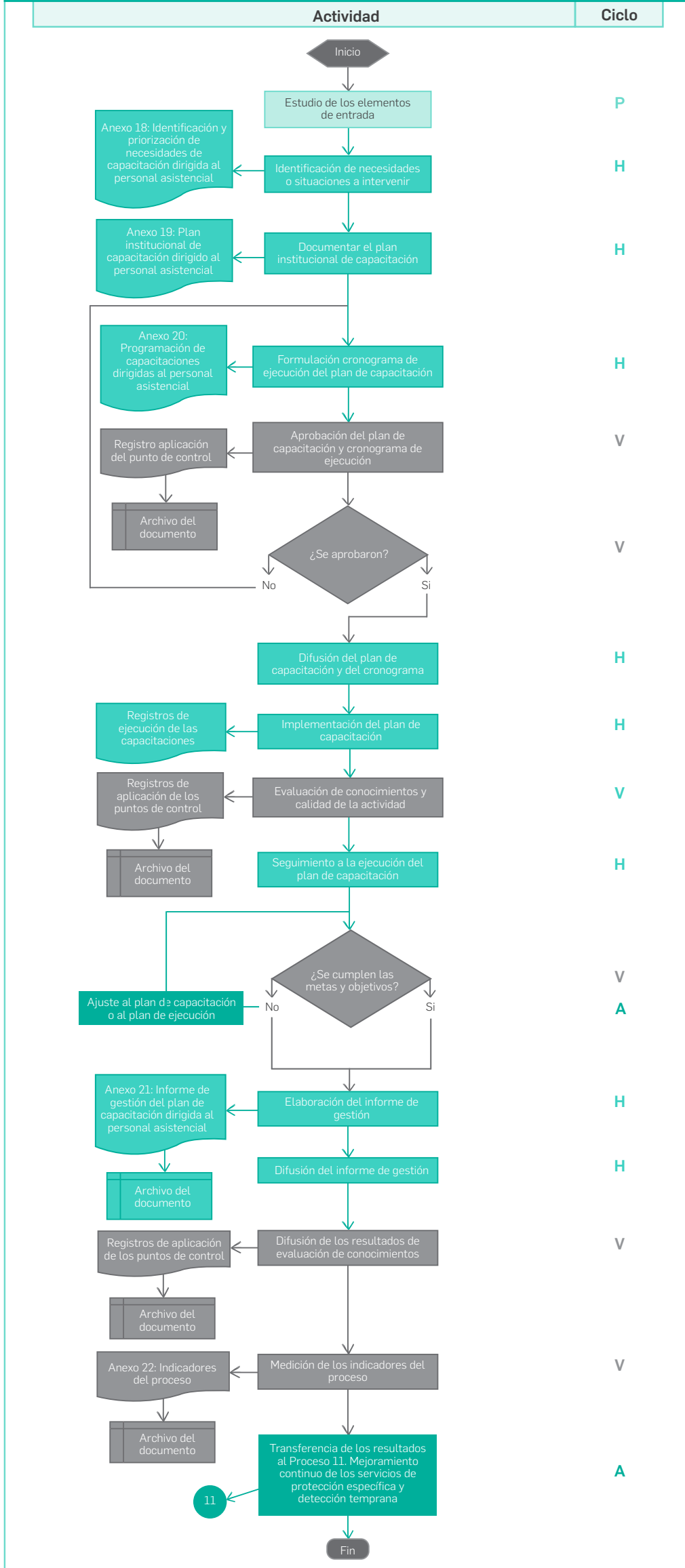
Nombre del proceso: <b>Capacitación dirigida al personal asistencial</b>	Versión:
<p>Logros esperados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incluir dentro del plan de capacitación institucional por lo menos el 50% de las necesidades de capacitación identificadas en el personal asistencial.</li> <li>• Soportar el cumplimiento de por lo menos el 90% de las actividades de capacitación dirigidas al personal asistencial.</li> <li>• Soportar la cobertura de por lo menos el 90% del personal asistencial con las actividades educativas programadas en la institución.</li> <li>• Alcanzar una satisfacción, no inferior al 90%, del personal asistencial de los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con la calidad de los eventos educativos.</li> </ul>	
<p>Elementos de entrada:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Modelo de atención (plataforma estratégica) de la entidad.</li> <li>2. Perfil epidemiológico vigente de la población sujeto de atención.</li> <li>3. Evaluación del desempeño.</li> <li>4. Informes de auditorías internas en el nivel de adherencia a normas técnicas y guías de atención.</li> </ol>	
<p>Elementos de transformación:</p> <p>A partir del estudio de elementos de entrada, especialmente de la identificación y priorización de las necesidades de capacitación y entrenamiento en los puestos de trabajo, y de acuerdo con las competencias esperadas, se define el plan de capacitación y ejecución y se efectúa la ejecución de la programación; finalmente, se realiza la evaluación y el seguimiento a dicho plan.</p>	
<p>Elementos de salida:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anexo 18: Identificación y priorización de necesidades de capacitación dirigida al personal asistencial.</li> <li>2. Anexo 19: Plan institucional de capacitación dirigido al personal asistencial.</li> <li>3. Anexo 20: Programación de capacitaciones dirigidas al personal asistencial.</li> <li>4. Anexo 21: Informe de gestión del plan de capacitación dirigida al personal asistencial.</li> </ol>	
<p>Responsable (puede ser uno de los siguientes):</p> <p>Gerente Jefe de recursos humanos Coordinador Administrador</p>	
<p>Recursos humanos (según la entidad pueden participar los siguientes):</p> <p>Coordinador Equipo de salud de los servicios de detección temprana y protección específica</p> <p>Recursos tecnológicos:</p> <p>Computador Otros insumos de acuerdo con las estrategias definidas (ejemplo: videos, material audiovisual, documentos, tablero, marcadores, papelería, entre otros).</p> <p>Recursos físicos:</p> <p>Equipos de oficina Auditorio Recursos financieros Reserva presupuestal de acuerdo con las necesidades del plan</p>	



<b>Nombre del proceso:</b> <b>Capacitación dirigida al personal asistencial</b>	<b>Versión:</b>
Requisitos: Elementos de entrada actualizados	
Indicadores del proceso (Anexo 22): a) Porcentaje de necesidades de capacitación priorizadas incluidas en la programación. b) Porcentaje de cumplimiento de eventos de capacitación. c) Cobertura de personal asistencial con actividades educativas. d) Proporción de personal beneficiado. e) Porcentaje de beneficiarios satisfechos con el evento. f) Porcentaje de necesidades manifestadas por el personal incluidas en el plan de capacitación. g) Promedio de la calificación obtenida por los asistentes a las capacitaciones. h) Porcentaje de aplicabilidad de la capacitación del personal en los servicios de detección temprana y protección específica. i) Costo de la capacitación por persona. j) Proporción de cumplimiento del plan de capacitación anual.	
Puntos de control: Programación de capacitación aprobada. Presupuestos aprobados. Verifica mensualmente el cumplimiento de las actividades de capacitación. Evaluación de conocimientos en cada capacitación. Evaluación de la calidad de la capacitación. Entrega de resultados de evaluación con respecto a la capacitación.	



**Flujograma: Capacitación dirigida al personal asistencial**



Nota: La Entidad debe de definir los responsables para la ejecución de las actividades del proceso de acuerdo a los perfiles de talento humano y recursos disponibles.

<b>Firma:</b>			
<b>Nombre:</b>			
<b>Cargo:</b>	Líder del proceso	Coordinador promoción y prevención	Gerente
<b>Fecha:</b>			





## Anexo 18. Identificación y priorización de necesidades de capacitación dirigida al personal asistencial

La identificación y priorización de las necesidades de capacitación del personal de salud es el primer paso se debe realizar para la posterior formulación del plan de capacitación institucional. A continuación se presenta un modelo a partir del cual pueden identificarse dichas necesidades. Los líderes institucionales podrán adaptarlo según el alcance que determinen establecer.

A manera de ejemplo se diligencian algunos aspectos:

### DETECCIÓN DE NECESIDADES DE CAPACITACIÓN DIRIGIDA AL PERSONAL ASISTENCIAL

**Fecha:**

**Periodo:**

**Objetivo:**

**Alcance:**

**Metodología:**

#### Consolidación de necesidades de capacitación:

Se recomienda realizar un listado de temáticas que se consolidará y agrupará según los criterios que determine la institución (por afinidad en la temática, por frecuencia, por importancia, entre otros aspectos).

Necesidades de capacitación (Tema)	Fuente de la necesidad	Personal que manifiesta las necesidades de capacitación. (Escriba el número de personas)					Prioridad de la capacitación	
		Médicos	Enfermeras	Auxiliares de Enfermería	Odontólogos	Otros (Quienes)	Alta	Baja
Texto	Texto	X	X			Texto		X

#### Análisis:

Priorización de necesidades:

Con base en el consolidado de necesidades, éstas se clasificarán según su origen, y posteriormente se priorizarán según los criterios que determine la institución:

- Institucionales
- Individuales
- De desempeño

**Conclusiones:**

**Recomendaciones:**

## Anexo 19. Plan institucional de capacitación dirigida al personal asistencial

El plan institucional de capacitación permite establecer qué, cómo, cuándo, por qué y dónde se desarrollarán las actividades de capacitación dirigidas al equipo de salud, de tal manera que se pueda monitorear su implementación y el cumplimiento de los objetivos y metas propuestos. A manera de ejemplo, a continuación se sugieren los aspectos que debe contener dicho plan.

### PLAN DE CAPACITACIÓN DIRIGIDA AL PERSONAL ASISTENCIAL

Fecha:

1. Justificación
2. Objetivos
  - Objetivo general
  - Objetivos específicos
3. Alcance
4. Metas
5. Definición de términos
6. Metodología para detectar necesidades de capacitación
7. Priorización de necesidades
  - Institucionales
  - Individuales
  - De desempeño
8. Programación de actividades
  - Internas
  - ✓ Área temática
  - ✓ Subtema
  - ✓ Objetivo
  - ✓ Personal beneficiado



- Externas
- ✓ Área temática
- ✓ Subtema
- ✓ Objetivo
- ✓ Personal beneficiado

9. Evaluación

10. Presupuesto

## Anexo 20. Programación de capacitaciones dirigidas al personal asistencial

Una vez estructurado el plan de capacitación, éste se debe concretar en la programación y el cronograma de capacitaciones, los cuales facilitarán el seguimiento al cumplimiento de las actividades planeadas.

En la tabla 41 se sugiere plasmar en la primera columna las necesidades que fueron priorizadas en el Anexo 18, estableciendo en la segunda columna el objetivo a cumplir por medio de la capacitación y si ésta se realizará al interior de la IPS o no. En la columna denominada "temática" se registrará el tema o temas específicos a tratar en la capacitación, en la siguiente columna se registrará el número de funcionarios que serán beneficiados y en la última columna, el costo de cada una de las actividades de capacitación programadas. Esta programación deberá ser avalada con las firmas de los líderes del proceso.

**Tabla 41.** Programación de capacitaciones internas

Necesidades priorizadas*	Objetivo	Capacitación		Temática	Personal Beneficiado	Costo
		Interna	Externa			
Texto	Texto	X		Texto	Texto	Número
	Total					
Firma aprobación gerente IPS		Firma aprobación administrador IPS			Firma aprobación coordinador	

\* Las necesidades identificadas y priorizadas en el Anexo 18 se escriben en esta columna.



**Tabla 42.** Cronograma de capacitaciones internas

Temática	Contenido	Fecha	Metodología	Participantes	Horario	Duración	Lugar	Responsable
Texto	Texto	Fecha	Texto	Texto	Número	Número	Texto	Texto

## Anexo 21. Informe de gestión del plan de capacitación dirigida al personal asistencial

El informe de gestión del plan de capacitación dirigida al personal asistencial le permitirá a la institución conocer el cumplimiento de la implementación del plan y las dificultades presentadas durante su ejecución para, posteriormente, intervenir las causas a fin de mejorar la efectividad de las acciones.

A continuación se presenta un modelo de informe de gestión que se podrá ajustar de acuerdo con las necesidades de la IPS.

### INFORME DE GESTIÓN DEL PLAN DE CAPACITACIÓN

**Institución:**

**Fecha:**

**Periodo:**

**Objetivo:**

- Evaluar la ejecución del plan y el programa de capacitación dirigidos al personal asistencial de los servicios de protección específica y detección temprana y de atención de eventos de interés en salud pública.

Indicadores de medición de la gestión:

1. Porcentaje de necesidades de capacitación atendidas.

La institución ha atendido el X% de las necesidades de capacitación priorizadas. (Ver más adelante ficha de indicador “porcentaje de necesidades de capacitación priorizadas e incluidas en la programación”).

2. Porcentaje de cumplimiento de eventos de capacitación programados.

Permite realizar seguimiento al cumplimiento de las actividades de capacitación programadas de acuerdo con la meta establecida para, si es necesario, reprogramar las actividades y asignar los recursos necesarios para su ejecución. (Ver más adelante ficha del indicador “porcentaje de cumplimiento de eventos de capacitación”).



A modo de ejemplo se diligencian las siguientes tablas:

**Tabla 43.** Porcentaje de cumplimiento de eventos de capacitación. (Institución, año).

Evento	Meta anual	Porcentaje de cumplimiento acumulado					
		Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.
Texto	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje

3. Proporción de personal asistencial que recibe capacitación.

(Ver el indicador 27. Proporción de personal beneficiado).

**Tabla 44.** Proporción de personal asistencial que recibe capacitación. (Institución, año).

Temática	Total personal programado	Total personal capacitado	Meta	Cumplimiento acumulado					
				Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.
Texto	Texto	Texto	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje

4. Costos de capacitación.

Las siguientes tablas detallan los costos del talento humano beneficiado con las capacitaciones y de la ejecución del plan de capacitación. El costeo del plan de capacitación es indispensable para que la institución gestione la disponibilidad presupuestal para su ejecución, o ajuste el plan de acuerdo con los recursos disponibles.

**Tabla 45.** Valoración del tiempo destinado a capacitación del talento humano

Profesión u oficio	Valor hora	Total horas programadas para capacitación	Valor de la actividad educativa por persona	Número de personas	Valor total por profesión u oficio
Texto	Número	Número	Número	Número	Número
<b>Total</b>					

**Tabla 46.** Costeo para la ejecución del plan de capacitación dirigida al personal asistencial

Nombre de la actividad educativa	Valor de la actividad educativa							Costo talento humano beneficiado	Costo Total de la actividad educativa
	Honorarios del facilitador*	Insumos y materiales**	Equipos y ayudas audiovisuales	Refrigerios	Espacios o auditorio	Valor insumos	Refrigerios y otros		
Texto	Número	Número	Número	Número	Número	Número	Número	Número	Número

\* El valor hora del facilitador se multiplica por el número de horas que dura la capacitación, más el tiempo para la consolidación de informes y soportes de la actividad. Tener en cuenta el tiempo de auxiliares administrativos: si aplica, se sugiere anexar una columna.

\*\* Incluye todo lo que se les entrega a las personas que participan en la actividad.



Costo total de la actividad educativa dirigida al personal asistencial: \_\_\_\_\_ pesos

Total de personas que asistieron: \_\_\_\_\_

El costo promedio de la actividad educativa por persona fue: \_\_\_\_\_ pesos.

5. Porcentaje de asistentes al evento de capacitación satisfechos:

$$\frac{\text{Personas asistentes al evento satisfechas} \times 100}{\text{Total de los asistentes al evento}}$$

**Observaciones:**

**Análisis:**

**Conclusiones:**

**Recomendaciones:**

## Anexo 22. Indicadores del proceso - Capacitación dirigida al personal asistencial

**Indicador 24.** Porcentaje de necesidades de capacitación priorizadas e incluidas en la programación

<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de necesidades de capacitación priorizadas e incluidas en la programación.
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso
<b>Atributo de calidad</b>	Eficiencia
<b>Numerador</b>	Número de necesidades priorizadas e incluidas en la programación.
<b>Denominador</b>	Total de necesidades priorizadas.
<b>Desagregación</b>	Líderes Personal asistencial de los servicios de protección específica y detección temprana.
<b>Factores de exclusión</b>	Necesidades de capacitación no priorizadas.
<b>Medida</b>	Porcentaje
<b>Frecuencia medición</b>	Anual
<b>Meta</b>	Mayor o igual al 95%.
<b>Análisis</b>	Si no se cumple con la inclusión de las necesidades priorizadas en el plan de capacitaciones, se debe garantizar, como acción correctiva, que en la programación se incluyan todas las necesidades que fueron priorizadas.

**Indicador 25.** Porcentaje de cumplimiento de eventos de capacitación

<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de cumplimiento de eventos de capacitación.
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso
<b>Atributo de calidad</b>	Eficacia
<b>Numerador</b>	Número de eventos de capacitación ejecutados en el periodo.
<b>Denominador</b>	Total de eventos programados en el plan para el periodo.
<b>Desagregación</b>	Norma técnica o guía de atención Perfil de la población beneficiaria
<b>Factores de exclusión</b>	Actividades ejecutadas programadas en otros periodos.
<b>Medida</b>	Porcentaje
<b>Frecuencia medición</b>	Semestral
<b>Meta</b>	Mayor o igual al 95% para el periodo evaluado.
<b>Análisis</b>	Si no se logran las metas de cumplimiento, se deben reprogramar las actividades y garantizar los recursos necesarios para su ejecución.

**Indicador 26.** Cobertura de personal asistencial con actividades educativas

<b>Nombre del indicador</b>	Cobertura de personal asistencial con actividades educativas.
<b>Tipo de indicador</b>	Resultado
<b>Atributo de calidad</b>	Efectividad
<b>Numerador</b>	Número de funcionarios asistenciales que participaron en las actividades educativas de detección temprana y protección específica y de atención de eventos de interés en salud pública.
<b>Denominador</b>	Población objetivo
<b>Desagregación</b>	Por profesiones u oficios. Por servicio de protección específica y detección temprana.
<b>Factores de exclusión</b>	No aplica
<b>Medida</b>	Porcentaje
<b>Frecuencia medición</b>	Trimestral
<b>Meta</b>	90%
<b>Análisis</b>	De acuerdo con el comportamiento de la inasistencia a las actividades educativas, se deben estudiar las causas y reprogramar el personal inasistente, y ajustar el número de actividades, tiempos o recursos disponibles para la ejecución del plan educativo.

**Indicador 27.** Proporción de personal beneficiado

<b>Nombre del indicador</b>	Proporción de personal beneficiado.
<b>Tipo de indicador</b>	Resultado
<b>Atributo de calidad</b>	Eficacia
<b>Numerador</b>	Número de personas que asistieron al evento.
<b>Denominador</b>	Total de personas programadas.
<b>Desagregación</b>	Norma técnica o guía de atención Profesión u oficio Temas
<b>Factores de exclusión</b>	Personal no beneficiario (según lo programado).
<b>Medida</b>	Porcentaje
<b>Frecuencia medición</b>	Semestral
<b>Meta</b>	Proporción superior al 95% del personal objetivo.
<b>Análisis</b>	Si no se cumple con el número de personas capacitadas, se deben reprogramar las actividades y garantizar los recursos necesarios para su ejecución.

**Indicador 28.** Porcentaje de beneficiarios satisfechos con el evento

<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de beneficiarios satisfechos con el evento.
<b>Tipo de indicador</b>	Resultado
<b>Atributo de calidad</b>	Satisfacción
<b>Numerador</b>	Número de participantes satisfechos con el evento.
<b>Denominador</b>	Total de personal asistente al evento.
<b>Desagregación</b>	Norma técnica o guía de atención Profesión u oficio Temas
<b>Factores de exclusión</b>	Personal asistencial que no realizó la evaluación o la realizó de forma incompleta.
<b>Medida</b>	Porcentaje
<b>Frecuencia medición</b>	Cada vez que se realice un evento de capacitación, y se consolida semestralmente.
<b>Meta</b>	Mayor al 95%
<b>Análisis</b>	Si no se cumple con la satisfacción esperada, se deben hacer los ajustes de acuerdo con las observaciones de los beneficiarios insatisfechos.

**Indicador 29.** Porcentaje de necesidades manifestadas por el personal incluidas en el plan de capacitación

<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de necesidades manifestadas por el personal incluidas en el plan de capacitación.
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso
<b>Atributo de calidad</b>	Eficacia
<b>Numerador</b>	Número de necesidades de capacitación manifestadas por el personal asistencial.
<b>Denominador</b>	Número de necesidades de capacitación manifestadas por el personal asistencial incluidas en el plan de capacitación.
<b>Desagregación</b>	Norma técnica o guía de atención Profesión u oficio Temas
<b>Factores de exclusión</b>	Necesidades de capacitación no relacionadas con promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
<b>Medida</b>	Porcentaje
<b>Frecuencia medición</b>	Cada vez que se formule un evento plan capacitación.
<b>Meta</b>	Mayor al 50%
<b>Análisis</b>	Si no se incluye el porcentaje deseado se debe verificar con el personal asistencial la pertinencia de los temas y los criterios de priorización utilizados.

**Indicador 30.** Promedio de la calificación obtenida por los asistentes a las capacitaciones

<b>Nombre del indicador</b>	Promedio de las calificación obtenida por los asistentes a las capacitaciones.
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso
<b>Atributo de calidad</b>	Eficacia
<b>Numerador</b>	Sumatoria de las calificaciones de todos los asistentes a las capacitaciones.
<b>Denominador</b>	Total de asistentes a capacitaciones.
<b>Desagregación</b>	Profesión Norma técnica y guía de atención
<b>Factores de exclusión</b>	No aplica
<b>Medida</b>	Calificación numérica
<b>Frecuencia medición</b>	Con cada evento de capacitación.
<b>Meta</b>	Sobresaliente: 4.5 – 5.0 Aceptable : 3.5 – 4.4 No aceptable: < a 3.5
<b>Análisis</b>	Si los beneficiados con la capacitación no alcanzan una calificación superior a 3.5, deberán repetir el tema de capacitación.



**Indicador 31.** Costo promedio de la capacitación por persona

<b>Nombre del indicador</b>	Costo promedio de la capacitación por persona.
<b>Tipo de indicador</b>	Estructura
<b>Atributo de calidad</b>	Eficiencia
<b>Numerador</b>	Total de personas que asisten
<b>Denominador</b>	Costo total de la capacitación
<b>Desagregación</b>	No aplica
<b>Factores de exclusión</b>	Personal programado que no asistió a la capacitación.
<b>Medida</b>	Pesos
<b>Frecuencia medición</b>	Con la terminación de cada evento de capacitación.
<b>Meta</b>	Igual a lo presupuestado
<b>Análisis</b>	Si no se cumple con el costo esperado, se deben hacer los ajustes de acuerdo con las observaciones de los beneficiarios insatisfechos.

**Indicador 32.** Proporción de cumplimiento del plan de capacitación anual

<b>Nombre del indicador</b>	Proporción de cumplimiento del plan de capacitación anual.
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso
<b>Atributo de calidad</b>	Eficacia
<b>Numerador</b>	Actividades del plan de capacitación cumplidas.
<b>Denominador</b>	Total de actividades programadas.
<b>Desagregación</b>	No aplica
<b>Factores de exclusión</b>	No aplica
<b>Medida</b>	Porcentaje
<b>Frecuencia medición</b>	Según programación de capacitaciones.
<b>Meta</b>	Mayor al 80%
<b>Análisis</b>	Si no se cumple el porcentaje deseado se deben verificar las causas del incumplimiento de la ejecución de la capacitación y realizar nueva programación.







# Proceso 6.

## Suficiencia del talento humano en los servicios de protección específica y detección temprana

### Marco conceptual

Por *talento humano* en salud se entiende todo el personal que interviene en la promoción, educación, información de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad de todos los habitantes del territorio nacional, dentro de la estructura organizacional de la prestación de los servicios de salud (54).

La *suficiencia de talento humano* está relacionada con el tiempo efectivo que se asigna al talento humano para desarrollar las funciones asistenciales, administrativas y de gestión necesarias para garantizar el cumplimiento de las actividades, intervenciones y procedimientos de protección específica y detección temprana y de atención de los eventos de interés en salud pública, en la prestación de los servicios de protección específica y detección temprana, de acuerdo con los criterios de calidad (pertinencia, oportunidad, continuidad, accesibilidad y seguridad), los indicadores definidos en las normas técnicas y guías de atención y las metas establecidas por la institución prestadora del servicio.

El bienestar de la comunidad y la productividad de la sociedad pueden verse afectados cuando existen desequilibrios en el balance entre la organización de los servicios que se ofertan, la prestación de servicios propiamente dichos y los recursos que hacen posible dicha oferta y atención.

Los principios de universalidad y equidad en salud están incluidos en casi todas las constituciones del mundo, y han sido ratificados por la Organización Panamericana de la Salud —OPS— y la Organización Mundial de Salud —OMS—. Para brindar atención a toda la población sin distinción de raza, clase social, religión, sexo u otra condición, es indispensable “contar con personal de salud suficiente, distribuido equitativamente a lo largo de la red de servicios, con la calificación y motivación necesarias para desempeñar su trabajo” (55). Este es uno de los mayores retos para lograr los objetivos de universalidad y equidad en salud.

La OMS ha calculado que más del 40% de la población mundial, en 57 países, no cuenta con suficientes trabajadores de salud para brindar el mínimo nivel de atención requerido. Según la OMS, por cada 10.000 habitantes como mínimo deben existir 25 trabajadores de la salud. Al aplicar esta norma de densidad de recurso humano en los países de las Américas, en 15 de ellos está por debajo, con 11,5 % de médicos y 3,1 % de enfermeras, a pesar de que este grupo de naciones concentra el 19,5 % de la población de la región (55). La densidad del recurso humano en salud para Colombia registra el 23,8 por 10.000 habitantes, según el Observatorio Regional de Recursos Humanos en Salud de la OPS/OMS (56); y el Centro de Proyección para el Desarrollo —CENDEX— plantea que la densidad del recurso de médicos para 2011 fue de 16,83 y de enfermeras de 9,19 (57).

En el informe del proyecto denominado "Vigilancia epidemiológica para la salud, prevención de la enfermedad y asistencia social en salud", realizado por la Secretaría der Salud Municipal —SSM—, se plantea que en la evaluación de los procesos de calidad, específicamente en los estándares que evalúan la suficiencia y calidad del talento humano que se destina al cumplimiento de las acciones de detección temprana y protección específica, se encontraron dificultades debido posiblemente a que se observó que la mayoría de estudios de suficiencia se basan en la oferta y capacidad instalada de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud —IPS—. Sin embargo, los estudios no consideran la demanda de servicios que eventualmente deben atender de acuerdo con la población asignada, las metas de ejecución de actividades de obligatorio cumplimiento y la implementación de programas especiales para la intervención del riesgo (58).

Igualmente, la investigación cualitativa "Percepción de los usuarios y los agentes de salud de la calidad de los servicios de protección específica y detección temprana, en la ciudad de Medellín", refiere que la evaluación de los estándares de calidad relacionados con la suficiencia de talento humano destinado a la coordinación y a la atención de los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, efectuada por la SSM en las IPS de la ciudad, mostró para el año 2010 un nivel medio de desarrollo, lo que evidenció una mejora con relación a la línea de base en 2009. No obstante, según la percepción de los participantes en esta investigación, no se logró un mayor desarrollo en las IPS de la ciudad, posiblemente por la falta de proyección de las instituciones de salud con relación a las necesidades de talento humano y de recursos para atender, no solamente a la población consultante sino a toda la población asignada, lo que a su vez condiciona una baja capacidad de respuesta de las IPS frente a la demanda que ellas mismas inducen (59).

La calidad de la atención, especialmente los atributos relacionados con la accesibilidad, oportunidad y percepción de la satisfacción de los usuarios de los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, tiene directa relación con la suficiencia del talento humano.

Es importante considerar que a pesar de que las normas técnicas de detección temprana y protección específica y guías de atención a las enfermedades de interés en salud pública establecen el perfil del personal responsable de realizar la ejecución de las actividades, procedimientos e intervenciones, en la práctica se observa la falta de adherencia a este criterio de calidad. Es necesario que todas las instituciones de salud



aseguren *la competencia y la cantidad de talento humano requeridos* para cumplir con las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y las normas técnicas y guías de atención.

De acuerdo con la normatividad vigente, las IPS deben determinar la cantidad necesaria de talento humano requerido para cada uno de los servicios ofertados (13). Dicha determinación, además de ser para cada uno de los servicios, debe elaborarse de acuerdo con la capacidad instalada de la entidad, la relación de oferta-demanda, la oportunidad de la atención y el riesgo de la atención. En este orden de ideas, la IPS deberá determinar la suficiencia de su talento humano para la prestación de los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y para la atención de las enfermedades de interés en salud pública.

La capacidad instalada es uno de los elementos que componen dicho cálculo. En el sector industrial se considera que la capacidad instalada está compuesta a su vez de dos variables: volumen máximo y tiempo (número de unidades máximas disponibles en una unidad de tiempo). "Como capacidad se define generalmente la tasa máxima disponible de producción o de conversión por unidad de tiempo" (60).

La relación oferta-demanda, como su nombre lo indica, hace referencia a la comparación entre la oferta de la entidad, entendida como "el número de unidades de un determinado bien o servicio que los vendedores están dispuestos a vender a determinados precios" (61). En el marco de nuestro actual sistema de salud, podemos entender por oferta el conjunto de servicios asistenciales a los cuales accedemos mediante el aporte al sistema, los subsidios (como en el caso de la población pobre), o en algunos casos asumiendo en forma particular dichos servicios; en otras palabras, se puede concluir que la oferta está compuesta por el portafolio de servicios de las IPS y EAPB. La demanda, por su parte, ha sido definida como "el número de unidades de un determinado bien o servicio que los consumidores están dispuestos a adquirir durante un periodo determinado de tiempo y según determinadas condiciones de precios, ingresos, gustos de los consumidores, etcétera" (61). Nuevamente, es necesario contextualizar este concepto para nuestro sistema de salud, para lo cual es necesario anotar que la demanda de los servicios de detección temprana, protección específica y atención de las enfermedades de interés en salud pública no se puede dejar a elección de las personas, por el contrario, de acuerdo con lo establecido en la Resolución 412 del año 2000, la deben inducir las EAPB. En este orden de ideas, podemos concluir que la demanda de las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana, así como de la atención de enfermedades de interés en salud pública, la puede determinar la EAPB de acuerdo con la normatividad vigente.

La oportunidad para la prestación de los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad no está específicamente normalizada en nuestro país, salvo por la oportunidad de las citas de medicina general por consulta externa (5 días [62]). De otro lado, en cada una de las normas técnicas de detección temprana y protección específica y guías de atención de las enfermedades de interés en salud pública sí se determinan las frecuencias, edades y concentración de las actividades, intervenciones y procedimientos. De lo anterior podemos concluir que, paralelamente al cálculo de la suficiencia del recurso humano, las entidades deberán efectuar un monitoreo a la oportunidad de ingreso al servicio y las frecuencias de las intervenciones establecidas

en las normas técnicas y guías de atención; este último criterio está considerado en el proceso relacionado con el seguimiento a la adherencia de los usuarios.

En cuanto a los riesgos de la atención para las entidades de salud IPS o EAPB, es preciso anotar que de acuerdo con lo establecido en el Sistema Obligatorio de Garantía a la Calidad, “la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos debe ser 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” (2). La gestión de los riesgos inherentes al proceso de atención en salud se debe llevar a cabo mediante la implementación de la Política de Seguridad del Paciente, con la cual las entidades deben implementar barreras de seguridad, como la oportunidad de la atención, la disponibilidad de guías y protocolos, contar con el personal idóneo tal y como lo establecen las normas técnicas, efectuar el registro y la documentación adecuados de la atención en la historia clínica, entre otros.

Es preciso aclarar que el alcance de este proceso estará determinado por el cálculo de la suficiencia del talento humano para la prestación de los servicios, básicamente mediante la relación oferta-demanda. Para lograr una mayor calidad de las acciones se motiva a las entidades a que paralelamente realicen el cálculo de su capacidad instalada y la gestión de los riesgos de la atención, y monitoreen la oportunidad en la prestación de los servicios. No obstante lo anterior, en el desarrollo del proceso se debe hacer una aproximación al cálculo de la capacidad instalada.

La implementación de este proceso por parte de las IPS o EAPB requiere el levantamiento de una línea de base que les permita conocer la el porcentaje de suficiencia del talento humano para prestación de los servicios, y a partir de los resultados implementar las intervenciones pertinentes.



# Estructura del proceso: Suficiencia del talento humano de los servicios de protección específica y detección temprana

<b>Nombre del proceso:</b> Suficiencia del talento humano de los servicios de protección específica y detección temprana	<b>Versión:</b>
<i>Descripción:</i> Es el cálculo del talento humano en salud necesario para garantizar la gestión y ejecución de las actividades de protección específica y detección temprana, y de atención de los eventos de interés en salud pública, de acuerdo con los estándares e indicadores definidos en las normas técnicas y las guías de atención y con las metas definidas por la institución.	
<i>Marco normativo:</i> Artículo 1 Literal a) de la Resolución 2680 de 2007. Numeral 2.3.2.2 de la Resolución 2003 de 2014.	
<i>Objetivo:</i> Calcular el tiempo necesario y el número requerido de talento humano en salud para garantizar la gestión y ejecución de actividades de los servicios de protección específica y detección temprana y de atención de las enfermedades de interés en salud pública, a partir de los estándares e indicadores definidos en las normas técnicas, las guías de atención y las metas definidas por la institución.	
<i>Objetivos específicos:</i> <ul style="list-style-type: none"><li>• Documentar la evaluación de suficiencia de personal asistencial (en tiempo y cantidad necesaria) para los servicios de detección temprana y protección específica y para la atención de las enfermedades de interés en salud pública, y realizar los ajustes que sean necesarios en la contratación del talento humano o en la programación de actividades.</li><li>• Hacer medición y seguimiento al cumplimiento del indicador de suficiencia de talento humano y, de acuerdo con los resultados, realizar los ajustes que sean necesarios en contratación del talento humano o en la programación de actividades.</li></ul>	
<i>Logros esperados:</i> <ul style="list-style-type: none"><li>• Soportar por lo menos el 90% de suficiencia del talento humano en los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.</li></ul>	

**Nombre del proceso:**

**Suficiencia del talento humano de los servicios de protección específica y detección temprana**

**Versión:**

*Elementos de entrada:*

1. Contratos vigentes de servicios de protección específica y detección temprana.
2. Perfil epidemiológico vigente de la población sujeto de atención.
3. Normas técnicas de detección temprana y protección específica y guías de atención de las enfermedades de interés en salud pública.
4. Relación del recurso humano contratado en la institución para los servicios de protección específica y detección temprana.
5. Informe de novedades de personal proyectado para el año (programación de vacaciones, capacitaciones, índice de ausentismo laboral, entre otros).
6. Resultados de medición de la satisfacción de los usuarios sobre los horarios de atención.
7. Metas institucionales y definición de rendimientos por actividad.
8. Software o SIS para gestión de programa.
9. Listado de chequeo de actividades y tiempos para asignar.
10. Portafolio de servicios.
11. Horarios de atención (horas y días).
12. Bases de datos para estimar la población objeto de atención.
13. Diagnósticos con expectativas de clientes.
14. Capacidades y competencias requeridas del recurso humano.
15. Cuantificación de demanda no atendida.
16. Anexo 3: Documento con la caracterización de la población.

*Elementos de transformación:*

A partir de los elementos de entrada se determinará el número de actividades por recurso humano para ejecutar en el año. Paralelamente la institución definirá, de acuerdo con la norma o guía, el tiempo necesario para ejecutar cada actividad (por tipo de personal). Los anteriores datos se cruzarán con las metas de cumplimiento deseadas. De esta manera se obtiene la medición de los indicadores de suficiencia del talento humano.

*Elementos de salida:*

1. Anexo 23: Matriz de suficiencia del talento humano
2. Anexo 24: Informe de la suficiencia del talento humano

*Responsable* (Puede ser uno de los siguientes):

Gerente  
Administrador  
Jefe de recursos humanos  
Coordinador

*Recursos humanos* (según la entidad pueden participar los siguientes):

Gerente de la institución  
Administrador  
Jefe de recursos humanos  
Coordinador

*Recursos tecnológicos:*

Computador con software para el cálculo de datos (Ejemplo: Excel)

*Recursos físicos:*

Equipos de oficina y papelería.

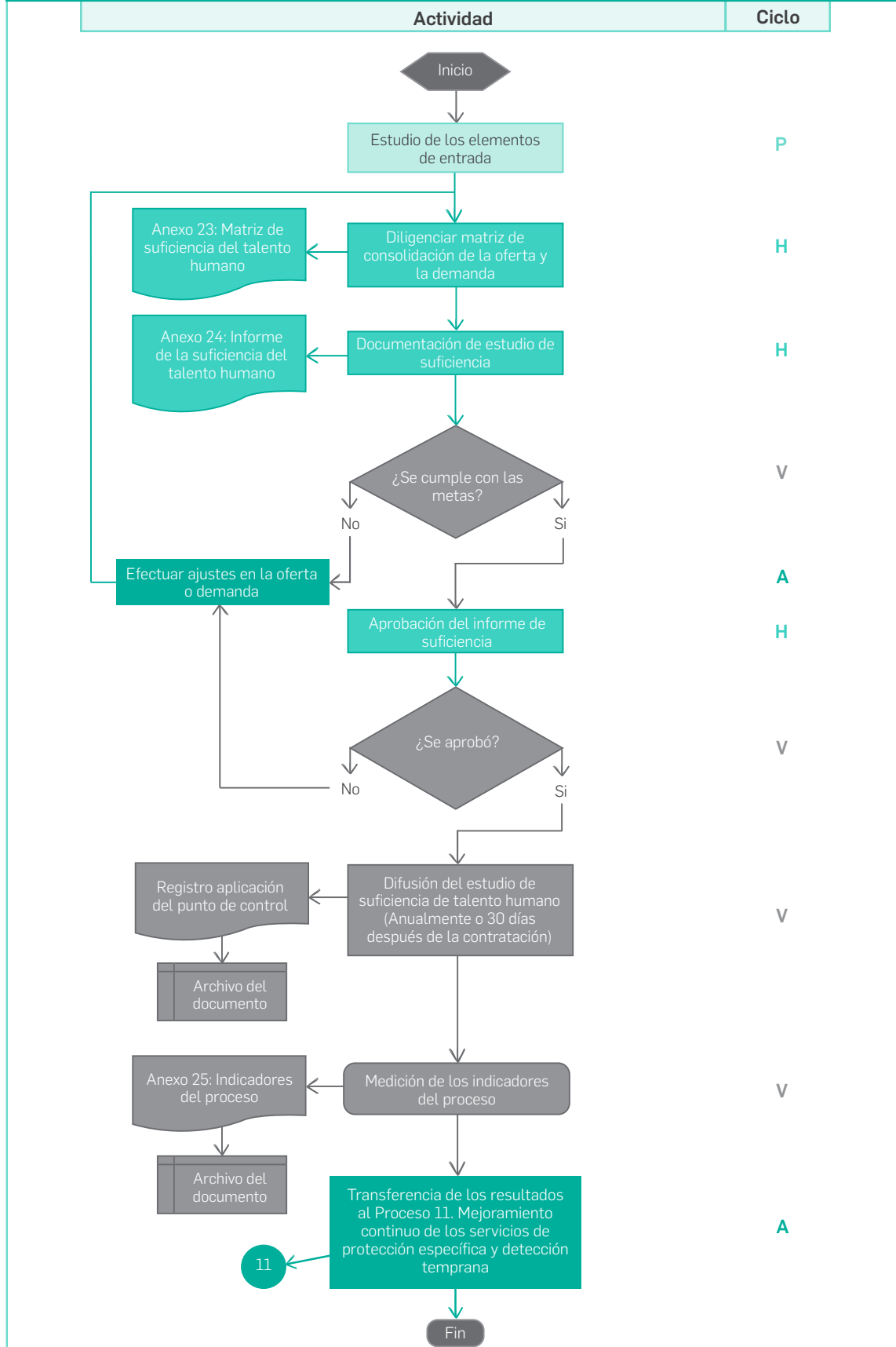


<b>Nombre del proceso:</b> <b>Suficiencia del talento humano de los servicios de protección específica y detección temprana</b>	<b>Versión:</b>
<i>Requisitos:</i> Conocer y tener disponibles los elementos de entrada. Conocer los tiempos requeridos para cada servicio ofrecido por usuario y por programa, estos pueden ser valores históricos de la entidad o estándares definidos en la bibliografía y normatividad.	
<i>Indicadores del proceso (Anexo 25):</i> Porcentaje de suficiencia de talento humano.	
<i>Puntos de control:</i> Documento de suficiencia del talento humano actualizado anualmente y 30 días después del cambio en la contratación.	





**Flujograma:** Suficiencia del talento humano de los servicios de protección específica y detección temprana



Nota: La Entidad debe de definir los responsables para la ejecución de las actividades del proceso de acuerdo a los perfiles de talento humano y recursos disponibles.

<b>Firma:</b>			
<b>Nombre:</b>			
<b>Cargo:</b>	Líder del proceso	Coordinador promoción y prevención	Gerente
<b>Fecha:</b>			



## Anexo 23. Matriz de suficiencia del talento humano

En la siguiente matriz se determina, para cada una de las actividades establecidas en las normas técnicas de detección temprana y protección específica, el tiempo en minutos que se debe programar para ejecutar cada una de las actividades, intervenciones o procedimientos establecidos en las normas técnicas, y las necesarias para la gestión del servicio. Dicho tiempo se debe establecer según los estándares de referencia, mediciones que ha realizado la institución o datos históricos. Adicionalmente, se debe registrar el número de actividades programadas para el año. El producto de los dos criterios anteriores permite conocer el número de minutos (y horas) necesarios, por norma técnica o guía de atención, por actividad o responsable de ejecutar la actividad.

De acuerdo con las necesidades de la entidad pueden incluirse o modificarse en la siguiente tabla las actividades o los responsables de la ejecución de la actividad.

**Tabla 47.** Estimación del tiempo necesario para la ejecución de las actividades de obligatorio cumplimiento<sup>8</sup>

#	Norma o guía	Actividad	Responsable	Tiempo (minutos)	Actividades programadas (año)	Total tiempo año (minutos)	Total tiempo año (horas)
1	Vacunación	Aplicación de biológicos	Vacunador	Número (A)	Número (B)	Número (A*B)	Número (A*B)/60
2	Vacunación	Registro en historia clínica, carné y PAISOFF	Vacunador				
3	Vacunación	Inducción a la demanda	Vacunador				
4	Vacunación	Actividades administrativas e informes	Vacunador				
5	Vacunación	Actividades administrativas e informes	Enfermero				
6	Vacunación	Actividades educativas dirigidas al usuario	Enfermero				
7	Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo	Consulta de ingreso	Médico				

<sup>8</sup> Las normas técnicas, actividades y responsables que se encuentran en la matriz son ilustrativos y pueden ser modificados por la entidad.

#	Norma o guía	Actividad	Responsable	Tiempo (minutos)	Actividades programadas (año)	Total tiempo año (minutos)	Total tiempo año (horas)
8	Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo	Consulta de control	Enfermero				
9	Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo	Inducción a la demanda	Auxiliar de enfermería				
10	Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo	Búsqueda de inasistentes	Auxiliar de enfermería				
11	Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo	Actividades educativas dirigidas al funcionario	Médico				
12	Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo	Actividades educativas dirigidas al funcionario	Enfermero				
13	Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo	Actividades educativas dirigidas al funcionario	Auxiliar de enfermería				
14	Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo	Actividades administrativas e informes	Coordinador				
15	Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo	Actividades administrativas e informes	Enfermero				
16	Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven sano	Consulta médica	Médico				
17	Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven sano	Inducción a la demanda	Auxiliar de Enfermería				



#	Norma o guía	Actividad	Responsable	Tiempo (minutos)	Actividades programadas (año)	Total tiempo año (minutos)	Total tiempo año (horas)
18	Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven sano	Búsqueda de inasistentes	Auxiliar de enfermería				
19	Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven sano	Actividades educativas dirigidas al usuario	Enfermero				
20	Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven sano	Actividades educativas dirigidas al usuario	Médico				
21	Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven sano	Actividades educativas dirigidas al funcionario	Enfermero				
22	Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven sano	Actividades educativas dirigidas al funcionario	Médico				
23	Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven sano	Actividades administrativas e informes	Coordinador				
24	Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven sano	Actividades administrativas e informes	Enfermero				
25	Control prenatal	Consulta de ingreso	Médico				
26	Control prenatal	Consulta de control	Médico				
27	Control prenatal	Consulta de control	Médico experto				
28	Control prenatal	Consulta de control	Enfermero				
29	Control prenatal	Consulta nutricionista	Nutricionista				
30	Control prenatal	Consulta psicología	Psicólogo				
31	Control prenatal	Consulta odontológica	Odontólogo				

#	Norma o guía	Actividad	Responsable	Tiempo (minutos)	Actividades programadas (año)	Total tiempo año (minutos)	Total tiempo año (horas)
32	Control prenatal	Inducción a la demanda	Auxiliar de enfermería				
33	Control prenatal	Búsqueda de inasistentes	Auxiliar de enfermería				
34	Control prenatal	Actividades administrativas e informes	Coordinador				
35	Control prenatal	Actividades administrativas e informes	Enfermero				
36	Control prenatal	Actividades educativas dirigidas al usuario	Médico experto				
37	Control prenatal	Actividades educativas dirigidas al usuario	Médico				
38	Control prenatal	Actividades educativas dirigidas al usuario	Enfermero				
39	Control prenatal	Actividades educativas dirigidas al usuario	Nutricionista				
40	Control prenatal	Actividades educativas dirigidas al usuario	Psicólogo				
41	Control prenatal	Actividades educativas dirigidas al usuario	Odontólogo				
42	Control prenatal	Actividades educativas dirigidas al usuario	Auxiliar de enfermería				
43	Control prenatal	Actividades educativas dirigidas al funcionario	Médico experto				
44	Control prenatal	Actividades educativas dirigidas al funcionario	Médico				
45	Control prenatal	Actividades educativas dirigidas al funcionario	Enfermero				



#	Norma o guía	Actividad	Responsable	Tiempo (minutos)	Actividades programadas (año)	Total tiempo año (minutos)	Total tiempo año (horas)
46	Control prenatal	Actividades educativas dirigidas al funcionario	Nutricionista				
47	Control prenatal	Actividades educativas dirigidas al funcionario	Psicólogo				
48	Control prenatal	Actividades educativas dirigidas al funcionario	Odontólogo				
49	Control prenatal	Actividades educativas dirigidas al funcionario	Auxiliar de enfermería				
50	Adulto sano	Consulta médica	Médico				
51	Adulto sano	Inducción a la demanda	Auxiliar de enfermería				
52	Adulto sano	Actividades administrativas e informes	Coordinador				
53	Adulto sano	Actividades administrativas e informes	Médico				
54	Ca. Cuello uterino	Toma de citología	Citotecnólogo				
55	Ca. Cuello uterino	Lectura de citología y registro en historia clínica	Médico				
56	Ca. Cuello uterino	Consulta médica	Médico				
57	Ca. Cuello uterino	Inducción a la demanda	Auxiliar de enfermería				
58	Ca. Cuello uterino	Búsqueda de pacientes con resultados alterados	Auxiliar de enfermería				
59	Ca. Cuello uterino	Actividades educativas dirigidas al usuario	Enfermero				
60	Ca. Cuello uterino	Actividades educativas dirigidas al usuario	Auxiliar de enfermería				



#	Norma o guía	Actividad	Responsable	Tiempo (minutos)	Actividades programadas (año)	Total tiempo año (minutos)	Total tiempo año (horas)
61	Ca. Cuello uterino	Actividades educativas dirigidas al funcionario	Médico				
62	Ca. Cuello uterino	Actividades educativas dirigidas al funcionario	Enfermero				
63	Ca. Cuello uterino	Actividades educativas dirigidas al funcionario	Auxiliar de enfermería				
64	Ca. Cuello uterino	Actividades administrativas e informes	Coordinador				
65	Ca. Cuello uterino	Actividades administrativas e informes	Médico				
66	Ca. Seno	Consulta médica	Médico				
67	Ca. Seno	Inducción a la demanda	Auxiliar de enfermería				
68	Ca. Seno	Búsqueda de pacientes con resultados alterados	Auxiliar de enfermería				
69	Ca. Seno	Actividades educativas dirigidas al usuario	Médico				
70	Ca. Seno	Actividades educativas dirigidas al usuario	Enfermero				
71	Ca. Seno	Actividades educativas dirigidas al funcionario	Médico				
72	Ca. Seno	Actividades educativas dirigidas al funcionario	Enfermero				
73	Ca. Seno	Actividades educativas dirigidas al funcionario	Auxiliar de enfermería				
74	Ca. Seno	Actividades administrativas e informes	Coordinador				



#	Norma o guía	Actividad	Responsable	Tiempo (minutos)	Actividades programadas (año)	Total tiempo año (minutos)	Total tiempo año (horas)
75	Ca. Seno	Actividades administrativas e informes	Médico				
76	Agudeza visual	Consulta (médico, enfermero u optómetra)	Optómetra				
77	Agudeza visual	Inducción a la demanda	Auxiliar de enfermería				
78	Agudeza visual	Actividades educativas dirigidas al usuario	Enfermero				
79	Agudeza visual	Actividades educativas dirigidas al usuario	Auxiliar de enfermería				
80	Agudeza visual	Actividades educativas dirigidas al funcionario	Médico				
81	Agudeza visual	Actividades educativas dirigidas al funcionario	Enfermero				
82	Agudeza visual	Actividades educativas dirigidas al funcionario	Auxiliar de enfermería				
83	Agudeza visual	Actividades administrativas e informes	Coordinador				
84	Agudeza visual	Actividades administrativas e informes	Enfermero				
85	Salud bucal	Consulta odontológica (faltan actividades)	Odontólogo				
86	Salud bucal	Consulta higiene oral (faltan actividades)	Higienista oral				
87	Salud bucal	Inducción a la demanda	Auxiliar de higiene oral				
88	Salud bucal	Búsqueda de inasistentes	Auxiliar de higiene oral				
89	Salud bucal	Actividades educativas dirigidas al usuario	Odontólogo				

#	Norma o guía	Actividad	Responsable	Tiempo (minutos)	Actividades programadas (año)	Total tiempo año (minutos)	Total tiempo año (horas)
90	Salud bucal	Actividades educativas dirigidas al usuario	Higienista oral				
91	Salud bucal	Actividades educativas dirigidas al funcionario	Odontólogo				
92	Salud bucal	Actividades educativas dirigidas al funcionario	Higienista oral				
93	Salud bucal	Actividades educativas dirigidas al funcionario	Auxiliar de higiene oral				
94	Salud bucal	Actividades administrativas e informes	Coordinador				
95	Salud bucal	Actividades administrativas e informes	Odontólogo				
96	Atención del parto	Consulta ingreso médico	Médico				
97	Atención del parto	Consulta ingreso médico	Médico experto				
98	Atención del parto	Consulta control trabajo de parto	Médico				
99	Atención del parto	Consulta control trabajo de parto	Médico experto				
100	Atención del parto	Consulta control trabajo de parto	Enfermero				
101	Atención del parto	Consulta control trabajo de parto	Auxiliar de enfermería				
102	Atención del parto	Atención del parto	Médico				
103	Atención del parto	Atención del parto	Médico experto				
104	Atención del parto	Atención del parto	Enfermero				
105	Atención del parto	Atención del parto	Auxiliar de enfermería				
106	Atención del parto	Atención del parto	Instrumentara quirúrgica				
107	Atención del parto	Atención del parto	Anestesiólogo				



#	Norma o guía	Actividad	Responsable	Tiempo (minutos)	Actividades programadas (año)	Total tiempo año (minutos)	Total tiempo año (horas)
108	Atención del RN	Atención del recién nacido	Médico				
109	Atención del RN	Atención del recién nacido	Enfermero				
110	Atención del RN	Atención del recién nacido	Auxiliar de enfermería				
111	Atención del RN	Atención del recién nacido	Pediatra				
112	Atención del parto	Atención posparto inmediato	Médico				
113	Atención del parto	Atención posparto inmediato	Médico experto				
114	Atención del parto	Atención posparto inmediato	Enfermero				
115	Atención del parto	Atención posparto inmediato	Auxiliar de enfermería				
116	Atención del parto	Atención posparto mediano	Médico				
117	Atención del parto	Atención posparto mediano	Médico experto				
118	Atención del parto	Atención posparto mediano	Enfermero				
119	Atención del parto	Atención posparto mediano	Auxiliar de enfermería				
120	Atención del parto	Atención posparto mediano	Pediatra				
121	Atención del parto	Atención posparto mediano	Vacunador				
122	Atención del parto	Actividades educativas dirigidas al funcionario	Médico				
123	Atención del parto	Actividades educativas dirigidas al funcionario	Médico experto				

#	Norma o guía	Actividad	Responsable	Tiempo (minutos)	Actividades programadas (año)	Total tiempo año (minutos)	Total tiempo año (horas)
124	Atención del parto	Actividades educativas dirigidas al funcionario	Enfermero				
125	Atención del parto	Atención del parto	Auxiliar enfermería				
126	Atención del parto	Actividades administrativas e informes	Coordinador				
127	Atención del parto	Actividades administrativas e informes	Enfermero				
128	Consulta del RN	Consulta médica	Médico				
129	Consulta del RN	Inducción a la demanda	Auxiliar de enfermería				
130	Consulta del RN	Búsqueda de inasistentes	Auxiliar de enfermería				
131	Consulta del RN	Actividades administrativas e informes	Coordinador				
132	Consulta del RN	Actividades administrativas e informes	Enfermero				
133	Consulta posparto	Consulta médica	Médico				
134	Consulta posparto	Inducción a la demanda	Auxiliar de enfermería				
135	Consulta posparto	Búsqueda de inasistentes	Auxiliar de enfermería				
136	Consulta posparto	Actividades administrativas e informes	Coordinador				
137	Consulta posparto	Actividades administrativas e informes	Enfermero				
138	Planificación familiar	Consulta de ingreso	Médico				
139	Planificación familiar	Consulta de control	Enfermero				
140	Planificación familiar	Inserción de DIU	Enfermero				



#	Norma o guía	Actividad	Responsable	Tiempo (minutos)	Actividades programadas (año)	Total tiempo año (minutos)	Total tiempo año (horas)
141	Planificación familiar	Inserción de implante subdérmico	Enfermero				
142	Planificación familiar	Actividades educativas dirigidas al usuario	Médico				
143	Planificación familiar	Actividades educativas dirigidas al usuario	Enfermero				
144	Planificación familiar	Actividades educativas dirigidas al funcionario	Médico				
145	Planificación familiar	Actividades educativas dirigidas al funcionario	Enfermero				
146	Planificación familiar	Actividades administrativas e informes	Coordinador				
147	Planificación familiar	Actividades administrativas e informes	Enfermero				

*En la siguiente matriz se consolida el número de horas necesarias ("Total tiempo año [horas]) para cada uno de los responsables de ejecutar las actividades para la atención y gestión de los servicios de detección temprana y protección específica.*

*La información se obtiene de procesar los datos registrados en la tabla 47. Para tal fin, se deben sumar los tiempos estimados para cada uno de los profesionales y personal auxiliar responsable de ejecutar las actividades establecidas en las normas técnicas de detección temprana y protección específica.*

**Tabla 48.** Consolidado de la demanda de horas para la ejecución de las actividades de obligatorio cumplimiento

Talento humano por norma técnica (horas año)	Adulto sano	Agudeza visual	Atención del parto	Atención del RN	Ca. Cuello uterino	Ca. seno	Consulta del RN	Consulta posparto	Control prenatal	Crecimiento y desarrollo	Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven Sano	Planificación familiar	Salud bucal	Vacunación	Total
Anestesiólogo	Número	Número	Número	Número	Número	Número	Número	Número	Número	Número	Número	Número	Número	Número	Número
Auxiliar de enfermería															
Auxiliar de higiene oral															
Citotecnólogo															
Coordinador															
Enfermero															
Higienista oral															
Instrumentador(a) quirúrgico(a)															
Médico															
Nutricionista															
Odontólogo															
Óptometra															
Pediatra															
Psicólogo															
Vacunador															

En la siguiente matriz se determina el tiempo en minutos que se debe programar para ejecutar cada una de las actividades, intervenciones o procedimientos establecidos en las normas y guías para la atención de las enfermedades de interés en salud pública, y las necesarias para la gestión del servicio. Dicho tiempo se debe establecer según estándares de referencia, las mediciones que haya realizado la institución o datos históricos. Adicionalmente, se debe registrar el número de actividades programadas para el año. El producto de los dos criterios anteriores permite conocer el número de minutos (y horas) necesarios por norma técnica, guía de atención, actividad o responsable de ejecutar la actividad.

A modo de ejemplo se presentan solo las actividades para algunas de las guías de atención; de acuerdo con las necesidades de la entidad se pueden definir actividades para otras guías de atención.



Asimismo, de acuerdo con las necesidades de la entidad pueden incluirse o modificarse en la siguiente tabla las actividades o los responsables de la ejecución de la actividad.

**Tabla 49.** Estimación del tiempo necesario para la ejecución de las actividades para la atención de eventos de interés en salud pública<sup>9</sup>

#	Norma o guía	Actividad	Responsable	Tiempo (minutos)	Actividades programadas (año)	Total tiempo año (minutos)	Total tiempo año (horas)
1	Riesgo vascular	Consulta de ingreso	Médico	Número (A)	Número (B)	Número (A*B)	Número (A*B)/60
2	Riesgo vascular	Consulta de control	Médico				
3	Riesgo vascular	Consulta de control	Enfermero				
4	Riesgo vascular	Inducción a la demanda	Auxiliar de enfermería				
5	Riesgo vascular	Búsqueda de inasistentes	Auxiliar de enfermería				
6	Riesgo vascular	Actividades educativas dirigidas al usuario	Médico				
7	Riesgo vascular	Actividades educativas dirigidas al usuario	Médico experto				
8	Riesgo vascular	Actividades educativas dirigidas al usuario	Enfermero				
9	Riesgo vascular	Actividades educativas dirigidas al usuario	Auxiliar de enfermería				
10	Riesgo vascular	Actividades educativas dirigidas al usuario	Nutricionista				
11	Riesgo vascular	Actividades educativas dirigidas al usuario	Psicólogo				

<sup>9</sup> Las guías de atención de eventos de interés en salud pública, actividades y responsables que se encuentran en la matriz son ilustrativos y pueden ser modificados por la entidad.



#	Norma o guía	Actividad	Responsable	Tiempo (minutos)	Actividades programadas (año)	Total tiempo año (minutos)	Total tiempo año (horas)
12	Riesgo vascular	Actividades educativas dirigidas al funcionario	Médico				
13	Riesgo vascular	Actividades educativas dirigidas al funcionario	Médico experto				
14	Riesgo vascular	Actividades educativas dirigidas al funcionario	Enfermero				
15	Riesgo vascular	Actividades educativas dirigidas al funcionario	Auxiliar de enfermería				
16	Riesgo vascular	Actividades educativas dirigidas al funcionario	Nutricionista				
17	Riesgo vascular	Actividades educativas dirigidas al funcionario	Psicólogo				
18	Riesgo vascular	Actividades administrativas e informes	Coordinador				
19	Riesgo vascular	Actividades administrativas e informes	Médico				
20	Riesgo vascular	Actividades administrativas e informes	Enfermero				
21	VIH-sida	Consulta de ingreso	Médico				
22	VIH-sida	Consulta de control	Médico				
23	VIH-sida	Consulta de ingreso	Psicólogo				
24	VIH-sida	Consulta de control	Psicólogo				
25	VIH-sida	Consulta de ingreso	Nutricionista				
26	VIH-sida	Consulta de control	Nutricionista				
27	VIH-sida	Inducción a la demanda	Auxiliar de enfermería				
28	VIH-sida	Búsqueda de inasistentes	Auxiliar de enfermería				



#	Norma o guía	Actividad	Responsable	Tiempo (minutos)	Actividades programadas (año)	Total tiempo año (minutos)	Total tiempo año (horas)
29	VIH-sida	Actividades educativas dirigidas al funcionario	Médico				
30	VIH-sida	Actividades educativas dirigidas al funcionario	Enfermero				
31	VIH-sida	Actividades educativas dirigidas al funcionario	Psicólogo				
32	VIH-sida	Actividades educativas dirigidas al funcionario	Nutricionista				
33	VIH-sida	Actividades educativas dirigidas al funcionario	Auxiliar de enfermería				
34	Tuberculosis	Consulta de ingreso	Médico				
35	Tuberculosis	Consulta de control	Médico				
36	Tuberculosis	Consulta de control	Enfermero				
37	Tuberculosis	Inducción a la demanda	Auxiliar de enfermería				
38	Tuberculosis	Búsqueda de inasistentes	Auxiliar de enfermería				
39	Tuberculosis	Actividades educativas dirigidas al usuario	Médico				
40	Tuberculosis	Actividades educativas dirigidas al usuario	Enfermero				
41	Tuberculosis	Actividades educativas dirigidas al funcionario	Médico				
42	Tuberculosis	Actividades educativas dirigidas al funcionario	Enfermero				

En la siguiente matriz se consolida el número de horas necesarias (Total tiempo año [horas]) para cada uno de los responsables de ejecutar las actividades para la atención y gestión de las enfermedades de interés en salud pública.

La información se obtiene del procesamiento de los datos registrados en la tabla 49. Par tal fin, se deben sumar los tiempos estimados para cada uno de los profesionales y personal auxiliar responsable de ejecutar las actividades establecidas en las guías de atención de las enfermedades de interés en salud pública.

**Tabla 50.** Consolidado de demanda de horas para la ejecución de las actividades para la atención de los eventos de interés en salud pública

Talento humano por norma técnica (horas año)	Riesgo vascular	Tuberculosis	VIH-sida	Total
Anestesiólogo	Número	Número	Número	Número
Auxiliar de enfermería				
Auxiliar de higiene oral				
Citotecnólogo				
Coordinador				
Enfermero				
Auxiliar de higiene oral (es la misma A de HO)				
Instrumentadora quirúrgica				
Médico				
Nutricionista				
Odontólogo				
Optómetra				
Pediatra				
Psicólogo				
Vacunador				

La siguiente matriz se utiliza para registrar la oferta de talento humano de la entidad (total horas disponibles). En ella se registra el consolidado del tiempo del talento humano programado (contratado) para la prestación de servicios de protección específica y detección temprana, así como las novedades que se pueden presentar con el personal, tales como vacaciones, capacitaciones, permisos sindicales, entre otros.

En la programación del talento humano se debe considerar que la destinación del tiempo **sea exclusiva para la atención y gestión de los servicios de detección temprana y protección específica**, así como el tiempo contratado y las novedades como vacaciones, capacitaciones, incapacidades e imprevistos<sup>10</sup>.

<sup>10</sup> Los imprevistos pueden corresponder a un porcentaje del tiempo, al histórico de la institución, e incluir el porcentaje de horas perdidas al año por incumplimiento de citas.



Si la entidad no cuenta con un personal exclusivo para la ejecución de las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, se deben establecer porcentajes de tiempos o históricos de producción para llegar hasta la obtención del tiempo real que es ofertado para la prestación de este tipo de servicios. La calidad del indicador sobre la "suficiencia del talento humano" depende de la información real que se obtenga para su cálculo.

**Tabla 51.** Consolidado de oferta de talento humano

Talento humano programado para la prestación de servicios de protección específica y detección temprana	Horas contrato a la semana	Meses contratados al año	Horas contratadas al año	Horas de vacaciones al año	Horas ausentismo año	Horas capacitación año	Horas imprevistos año	Total programado año	Total horas disponibles
	Número	Número	Número	Número	Número	Número	Número	Número	Número
Anestesiólogo									
Auxiliar de enfermería									
Auxiliar de higiene oral									
Citotecnólogo									
Coordinador									
Enfermero									
Instrumentador(a) quirúrgico(a)									
Médico									
Nutricionista									
Odontólogo									
Optómetra									
Pediatra									
Psicólogo									
Vacunador									

Para dar continuidad a la matriz anterior, "Consolidado capacidad instalada por año", se debe proceder a discriminar el tiempo programado al año para la ejecución de actividades relacionadas con la gestión y atención de cada una de las normas técnicas de detección temprana y protección específica.

Lograr este nivel de detalle puede ser difícil para algunas de las entidades; para poder alimentar la siguiente matriz se debe consultar la información disponible sobre productividad o actividades registradas en los RIPS.

**Tabla 52.** Oferta de talento humano por norma técnica o guía de atención

Talento humano programado para la prestación de servicios de protección específica y detección temprana	Adulto	Agudeza visual	Atención del parto	Atención del RN	Ca. Cuello uterino	Ca. Seno	Consulta del RN	Consulta posparto	Control prenatal	Crecimiento y desarrollo	Joven	Planificación familiar	Salud bucal	Vacunación	Riesgo vascular	Tuberculosis	VIH-sida	Otros servicios de PE y DT
Anestesiólogo	Número	Número	Número	Número	Número	Número	Número	Número	Número	Número	Número	Número	Número	Número	Número	Número	Número	Número
Auxiliar de enfermería																		
Auxiliar de higiene oral																		
Citotecnólogo																		
Coordinador																		
Enfermero																		
Instrumentador(a) quirúrgico(a)																		
Médico																		
Médico experto																		
Nutricionista																		
Odontólogo																		
Optómetra																		
Pediatra																		
Psicólogo																		
Vacunador																		

Hasta este punto conocemos la oferta del talento humano (tabla 49 y tabla 50) y el tiempo necesario que requiere para ejecutar las actividades, intervenciones y procedimientos establecidos en las normas técnicas y guías de atención (tabla 47 y tabla 48). No obstante, para aproximarnos al concepto capacidad instalada será necesario determinar, como se había señalado en la parte conceptual, el número de unidades máximas disponibles en una unidad de tiempo, y para tal fin se propone determinar si los espacios físicos disponibles (de acuerdo con los horarios de atención ofertados) son suficientes para atender la demanda. Para llegar hasta este punto se debe empezar por determinar cuáles son los espacios necesarios para la ejecución de las actividades.

**Tabla 53.** Relación de espacios físicos necesarios para prestar los servicios de detección temprana y protección específica

#	Norma o guía	Actividad	Responsable	Espacios físicos necesarios													
				Consultorio médico	Consultorio enfermería	Consultorio odontológico	Consultorio nutrición	Consultorio psicología	Consultorio higiene oral	Consultorio vacunación	Consultorio toma citología	Sala de partos	Sala de recuperación	Sala de procedimientos	Auditorio		
1	Vacunación	Aplicación de biológicos	Vacunador									X					
2	Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo	Consulta de ingreso	Médico	X													
3	Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo	Consulta de control	Enfermero		X												
4	Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo	Actividades educativas dirigidas al usuario	Médico														X
5	Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo	Actividades educativas dirigidas al usuario	Enfermero														
6	Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo	Actividades educativas dirigidas al usuario	Auxiliar de enfermería														
7	Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven sano	Consulta médica	Médico														





#	Norma o guía	Actividad	Responsable	Consultorio médico	Consultorio enfermería	Consultorio odontológico	Consultorio nutrición	Consultorio psicología	Consultorio higiene oral	Consultorio vacunación	Consultorio toma citología	Sala de partos	Sala de recuperación	Sala de procedimientos	Auditorio
21	Control prenatal	Actividades educativas dirigidas al usuario	Psicólogo												
22	Control prenatal	Actividades educativas dirigidas al usuario	Odontólogo												
23	Control prenatal	Actividades educativas dirigidas al usuario	Auxiliar de enfermería												
24	Adulto sano	Consulta médica	Médico												
25	Ca. Cuello uterino	Toma de citología	Citotecnólogo												
26	Ca. Cuello uterino	Lectura de citología y registro en historia clínica	Médico												
27	Ca. Cuello uterino	Consulta médica	Médico												
28	Ca. Cuello uterino	Actividades educativas dirigidas al usuario	Enfermero												
29	Ca. Cuello uterino	Actividades educativas dirigidas al usuario	Auxiliar de enfermería												
30	Ca. Seno	Consulta médica	Médico												
31	Ca. Seno	Actividades educativas dirigidas al usuario	Médico												
32	Ca. Seno	Actividades educativas dirigidas al usuario	Enfermero												
33	Agudeza visual	Consulta (médico, enfermero u optómetra)	Optómetra												







#	Norma o guía	Actividad	Responsable	Consultorio médico	Consultorio enfermería	Consultorio odontológico	Consultorio nutrición	Consultorio psicología	Consultorio higiene oral	Consultorio vacunación	Consultorio toma citología	Sala de partos	Sala de recuperación	Sala de procedimientos	Auditorio
46	Atención del parto	Atención del parto	Médico												
47	Atención del parto	Atención del parto	Médico experto												
48	Atención del parto	Atención del parto	Enfermero												
49	Atención del parto	Atención del parto	Auxiliar de enfermería												
50	Atención del parto	Atención del parto	Instrumentadora quirúrgica												
51	Atención del parto	Atención del parto	Anestesiólogo												
52	Atención del RN	Atención del recién nacido	Médico												
53	Atención del RN	Atención del recién nacido	Enfermero												
54	Atención del RN	Atención del recién nacido	Auxiliar de enfermería												
55	Atención del RN	Atención del recién nacido	Pediatra												
56	Atención del parto	Atención posparto inmediato	Médico												
57	Atención del parto	Atención posparto inmediato	Médico experto												
58	Atención del parto	Atención posparto inmediato	Enfermero												
59	Atención del parto	Atención posparto inmediato	Auxiliar de enfermería												
60	Atención del parto	Atención posparto mediano	Médico												
61	Atención del parto	Atención posparto mediano	Médico experto												
62	Atención del parto	Atención posparto mediano	Enfermero												





**Tabla 54.** Relación de espacios físicos necesarios para prestar los servicios relacionados con la atención de las enfermedades de interés en salud pública

#	Norma o guía	Actividad	Responsable	Consultorio médico	Consultorio enfermería	Consultorio odontológico	Consultorio nutrición	Consultorio psicología	Consultorio higiene oral	Consultorio vacunación	Consultorio toma citología	Sala de partos	Sala de recuperación	Sala de procedimientos	Auditorio
1	Riesgo vascular	Consulta de ingreso	Médico	X											
2	Riesgo vascular	Consulta de control	Médico	X											
3	Riesgo vascular	Consulta de control	Enfermero		X										
4	Riesgo vascular	Actividades educativas dirigidas al usuario	Médico												X
5	Riesgo vascular	Actividades educativas dirigidas al usuario	Médico experto												
6	Riesgo vascular	Actividades educativas dirigidas al usuario	Enfermero												
7	Riesgo vascular	Actividades educativas dirigidas al usuario	Auxiliar de enfermería												
8	Riesgo vascular	Actividades educativas dirigidas al usuario	Nutricionista												
9	Riesgo vascular	Actividades educativas dirigidas al usuario	Psicólogo												
10	VIH-sida	Consulta de ingreso	Médico												
11	VIH-sida	Consulta de control	Médico												
12	VIH-sida	Consulta de ingreso	Psicólogo												
13	VIH-sida	Consulta de control	Psicólogo												
14	VIH-sida	Consulta de ingreso	Nutricionista												

#	Norma o guía	Actividad	Responsable	Consultorio médico	Consultorio enfermería	Consultorio odontológico	Consultorio nutrición	Consultorio psicología	Consultorio higiene oral	Consultorio vacunación	Consultorio toma citología	Sala de partos	Sala de recuperación	Sala de procedimientos	Auditorio
15	VIH-sida	Consulta de control	Nutricionista												
16	Tuberculosis	Consulta de ingreso	Médico												
17	Tuberculosis	Consulta de control	Médico												
18	Tuberculosis	Consulta de control	Enfermero												
19	Tuberculosis	Actividades educativas dirigidas al usuario	Médico												
20	Tuberculosis	Actividades educativas dirigidas al usuario	Enfermero												

Una vez determinados los espacios físicos necesarios para la prestación de los servicios, se debe proceder a consolidar los resultados. El tiempo total de horas requeridas será el mismo al indicado en la tabla 45 y la tabla 47 para cada una de las actividades según el perfil del personal de salud (consolidar la columna denominada "Total").

**Tabla 55.** Consolidado de demanda de espacios requeridos para la ejecución de las actividades

#	Espacio requerido	Total tiempo requerido al año (horas)
1	Consultorio médico	Número
2	Consultorio enfermería	
3	Consultorio odontológico	
4	Consultorio nutrición	
5	Consultorio psicología	
6	Consultorio higiene oral	
7	Consultorio vacunación	
8	Consultorio toma citología	
9	Sala de partos	



#	Espacio requerido	Total tiempo requerido al año (horas)
10	Sala de recuperación	
11	Sala de procedimientos (DIU, implante subdérmico)	
12	Auditorio (actividades educativas)	

En la tabla 56 se calcularán los espacios físicos disponibles para la prestación de los servicios, se debe recordar que los mismos son exclusivos para la prestación de los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Se parte de la infraestructura con la que cuenta la entidad (consultorios, auditorios, sala de procedimientos, entre otros), y se determina cuántas horas al año están disponibles estos espacios para la atención al público, de acuerdo con los horarios de atención ofertados en la entidad.

**Tabla 56.** Consolidado de espacios disponibles para la ejecución de las actividades

#	Espacio requerido	Número disponibles	Horario de atención (horas día)	Número de días de la semana disponibles	Horas disponibles a la semana	Horas disponibles al mes	Horas disponibles al año
1	Consultorio médico	Número (A)	Número (B)	Número (C)	Número (A*B*C)	Número (A*B*C *4,2)	Número ((A*B*C *4,2*E*52)
2	Consultorio enfermería						
3	Consultorio odontológico						
4	Consultorio nutrición						
5	Consultorio psicología						
6	Consultorio higiene oral						
7	Consultorio vacunación						
8	Consultorio toma citología						
9	Sala de partos						
10	Sala de recuperación						
11	Sala de procedimientos (DIU, Implante subdérmico)						
12	Auditorio (actividades educativas)						

La capacidad instalada para la prestación de los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad estará dada por la suficiencia de los espacios físicos disponibles (considerando los horarios de atención) en relación con los espacios físicos requeridos identificados en la tabla 52.

En el informe de suficiencia de talento humano, se retomarán los anteriores consolidados para calcular los indicadores de suficiencia de talento humano y recursos físicos.

## Anexo 24. Informe de la suficiencia del talento humano

El presente documento es un modelo a partir del cual pueden ser presentados los resultados de la suficiencia del talento humano. Los líderes del proceso pueden adaptarlo de acuerdo con sus necesidades y lo definido en el sistema de gestión de validación de la entidad.

Es preciso anotar que la suficiencia del talento humano corresponderá a la relación entre la oferta (disponibilidad de personal y espacios físicos) y la demanda (número de actividades programadas para su ejecución).

### INFORME DE SUFICIENCIA DEL TALENTO HUMANO

**IPS:**

**Fecha de elaboración:**

**Objetivo:** Calcular el tiempo y número requerido de talento humano en salud para garantizar la gestión y ejecución de actividades de protección específica y detección temprana y atención de las enfermedades de interés en salud pública, a partir de los estándares e indicadores definidos en las normas técnicas y las guías de atención y en las metas definidas por la institución.

Resultados del cálculo de la suficiencia del talento humano para la vigencia:

**Tabla 57.** Suficiencia del talento humano para la atención y gestión de los servicios de protección específica y detección temprana, según responsable de la atención. (Institución, año).

Talento humano programado para la prestación de servicios de protección específica y detección temprana	Oferta de talento humano Total horas de talento humano disponibles (Tabla 49)	Consolidado demanda Total horas necesarias al año para la prestación de los servicios (Tabla 46 + Tabla 48)	Porcentaje de suficiencia (Oferta talento humano / Consolidado de demanda)*100%
Anestesiólogo	Número (A)	Número (B)	Número (A/B)*100
Auxiliar de Enfermería			



Talento humano programado para la prestación de servicios de protección específica y detección temprana	Oferta de talento humano Total horas de talento humano disponibles (Tabla 49)	Consolidado demanda Total horas necesarias al año para la prestación de los servicios (Tabla 46 + Tabla 48)	Porcentaje de suficiencia (Oferta talento humano / Consolidado de demanda)*100%
Anestesiólogo	Número (A)	Número (B)	Número (A/B)*100
Auxiliar de Higiene Oral			
Citotecnólogo			
Coordinador			
Enfermero			
Instrumentador(a) quirúrgico(a)			
Médico			
Médico experto			
Nutricionista			
Odontólogo			
Optómetra			
Pediatra			
Psicólogo			
Vacunador			
Consolidado IPS			

**Tabla 58.** Suficiencia del talento humano para la atención y gestión de los servicios de protección específica y detección temprana, según norma técnica o guía de atención. (Institución, año).

Talento humano programado para la prestación de servicios de protección específica y detección temprana	Oferta de talento humano Total horas de talento humano disponibles (Tabla 49)	Consolidado demanda Total horas necesarias al año para la prestación de los servicios. (Tabla 46 + Tabla 48)	Porcentaje de suficiencia (Oferta talento humano / Consolidado de demanda)*100%
Detección temprana de las alteraciones del adulto sano	Número (A)	Número (B)	Número (A/B)*100
Agudeza visual			
Atención del parto			



Talento humano programado para la prestación de servicios de protección específica y detección temprana	Oferta de talento humano Total horas de talento humano disponibles (Tabla 49)	Consolidado demanda Total horas necesarias al año para la prestación de los servicios. (Tabla 46 + Tabla 48)	Porcentaje de suficiencia (Oferta talento humano / Consolidado de demanda)*100%
Detección temprana de las alteraciones del adulto sano	Número (A)	Número (B)	Número (A/B)*100
Atención del recién nacido			
Cáncer de cuello uterino			
Cáncer de seno			
Consulta del recién nacido			
Consulta posparto			
Control prenatal			
Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo de los menores de 10 años			
Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven sano			
Planificación familiar			
Salud bucal			
Vacunación			
Riesgo vascular			
Tuberculosis			
VIH-sida			
Consolidado IPS			

**Tabla 59.** Cálculo de la relación entre la oferta y la demanda de espacios físicos para la ejecución de actividades

#	Espacio requerido	Horas disponibles al año	Total tiempo requeridas al año (Horas)	Porcentaje de suficiencia de los espacios físicos
1	Consultorio médico	Número (A)	Número (B)	$\text{Número (A/B)*100}$
2	Consultorio enfermería			
3	Consultorio odontológico			
4	Consultorio nutrición			
5	Consultorio psicología			
6	Consultorio higiene oral			
7	Consultorio vacunación			
8	Consultorio toma citología			
9	Sala de partos			
10	Sala de recuperación			
11	Sala de procedimientos (DIU, implante subdérmico)			
12	Auditorio (actividades educativas)			

**Observaciones:**

**Conclusiones:**

Considerar la suficiencia del talento humano y de los espacios físicos para la prestación de los servicios de detección temprana y protección específica y para la atención de las enfermedades de interés en salud pública.

En el análisis se debe considerar la satisfacción de los usuarios con los horarios de atención ofertados en la entidad.

**Recomendaciones:**

## Anexo 25. Indicador del proceso – Cálculo de suficiencia del talento humano

**Indicador 33.** Porcentaje de suficiencia de talento humano

<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de suficiencia de talento humano
<b>Tipo de indicador</b>	Estructura
<b>Atributo de calidad</b>	Eficiencia
<b>Numerador</b>	Número de horas disponibles (oferta estimada)
<b>Denominador</b>	Número de horas necesarias (demanda estimada)
<b>Desagregación</b>	Norma técnica y guía de atención Servicio Profesional
<b>Factores de exclusión</b>	Tiempo del talento humano programado para actividades no incluidas en las normas técnicas de detección temprana y protección específica y guías de atención de las enfermedades de interés en salud pública.
<b>Medida</b>	Porcentaje
<b>Frecuencia medición</b>	Anual, o al modificarse las condiciones contractuales.
<b>Meta</b>	Mayor al 90%
<b>Análisis</b>	Documentar la evaluación de suficiencia de personal, de acuerdo con el nivel de cumplimiento realizar los ajustes en contratación del talento humano o la programación de actividades. Cumplir con la medición del indicador, de acuerdo con el nivel de cumplimiento realizar los ajustes en contratación del talento humano o la programación de actividades. Durante el análisis considerar indicadores indirectos como la oportunidad para las citas, eficiencia y productividad del talento humano, novedades no estimadas en el talento humano, variación de la contratación, niveles de cumplimiento de las metas de ejecución.

# Proceso 7.

## Seguimiento de la adherencia de los usuarios a las actividades establecidas en las normas técnicas y guías de atención prioritizadas.

### Marco conceptual

El seguimiento es la **observación y vigilancia pormenorizada y profunda que se lleva a cabo sobre un tema o sobre una persona** (63). Es un proceso continuo de recopilación y utilización de información normalizada para determinar los avances hacia el cumplimiento de los objetivos, la eficiencia en el uso de los recursos, el logro de resultados y el impacto. Por lo general, supone comparar los datos con indicadores y metas de desempeño acordados (64).

D. Urzúa plantea que “el seguimiento es una acción permanente a lo largo del proceso” de implementación de planes, programas o proyectos, “que permite una revisión periódica del trabajo tanto en su eficiencia en el manejo de recursos humanos y materiales, como de su eficacia, en el cumplimiento de los objetivos propuestos” (65).

“Los propósitos del seguimiento son:

- Fomentar la cultura de la evaluación, la gestión del desempeño y la rendición de cuentas en función de los resultados esperados.
- Alentar el aprendizaje institucional de todos los actores involucrados con base en las evaluaciones efectivas y de calidad.
- Promover el uso de la evidencia proporcionada por el seguimiento.
- Elegir los resultados pertinentes y evidenciar cómo y por qué se producen los resultados previstos y cómo mejorar los resultados.” (65)

Una de las competencias generales y específicas del personal de salud de las EAPB y también de las IPS es el seguimiento a la adherencia de las familias y usuarios de los servicios de protección específica y detección temprana, a las acciones de promoción, al tratamiento y a la efectiva asistencia a éstos (66).

El seguimiento debe cumplir con los objetivos que se enuncian a continuación:

- Proporcionar indicadores, a corto plazo, sobre el progreso o retraso en el logro de los objetivos y en la consecución de resultados.
- Tomar decisiones sobre medidas que permitan corregir los problemas que se presenten durante la prestación del servicio, que no permiten la adherencia del usuario.
- Contribuir a fomentar el espíritu de responsabilidad, tanto del usuario como del equipo de salud, y el aprendizaje que se derive de la prestación de servicios.

Un sistema de seguimiento es el conjunto de procedimientos, mecanismos e instrumentos que se utilizan para obtener información periódica sobre la situación de la adherencia por parte del usuario a determinadas actividades contenidas en las normas técnicas y guías de atención de obligatorio cumplimiento, lo cual debe realizar día a día el equipo de salud.

Un sistema de seguimiento deberá dar respuesta a las siguientes preguntas:

**¿QUÉ** información es relevante para el seguimiento? (indicadores).

**¿CÓMO** debería ser recolectada y analizada? (métodos).

**¿QUIÉN** se involucrará en cada fase? (responsabilidad).

De otro lado, la adherencia se define como la medida en que el usuario sigue el plan de manejo concertado con el equipo de salud, adquiere estilos de vida saludable y asiste a los controles (67). Igualmente se define como "el grado en que el comportamiento de un paciente coincide con las instrucciones proporcionadas por el personal sanitario, en lo que se refiere a la toma de la medicación, al seguimiento de una dieta adecuada y pautada, o a la modificación de hábitos en su estilo de vida" (68). Esto implica una gran diversidad de conductas, debido a que la adherencia puede interrumpirse en cualquier momento (al inicio, durante o al finalizar un programa terapéutico) o circunstancia (por ejemplo, el paciente se adhiere bien a la recomendación de no consumir alcohol cuando está en casa, pero los fines de semana la incumple) en ciertas prescripciones o recomendaciones (por ejemplo, un diabético insulino dependiente se puede adherir bien a las inyecciones de insulina, pero no hacerlo a la dieta prescrita) (69).

Por lo tanto, al hablar de la *adherencia* se hace referencia a un fenómeno múltiple y complejo; múltiple, porque son muchas las conductas que en ella se incluyen (tomar la medicación, acudir a las citas, evitar conductas de riesgo y asumir conductas saludables), y complejo, porque se puede dar en un momento pero no en otro, en unas circunstancias pero no en otras y en una parte del tratamiento pero no en otra. Por lo anterior, es muy importante que el personal de salud realice el seguimiento para apoyar a los usuarios en la solución de los obstáculos que se les presenten y en las causas de los mismos.

En el documento "La adherencia al tratamiento", escrito por la profesora de Ciencias Psicosociales María del Carmen Ortego Maté, del Departamento de Enfermería de la Universidad de Cantabria, se explican las variables implicadas en la adherencia, entre las cuales se mencionan:



- a. Las creencias del paciente: aunque no las expresen, pueden repercutir sobre su adherencia; por ello se deberían explorar tanto en el paciente como en las personas significativas de su vida.
- b. Tipo de enfermedad: en general, los niveles más bajos de adhesión aparecen en pacientes con enfermedades crónicas, en las que no hay un malestar o riesgo evidente, en aquellas que requieren cambios en el estilo de vida y cuando la prevención, en lugar de curar o aliviar los síntomas, pretende instaurar un hábito de vida.
- c. El tratamiento farmacológico: las características del tratamiento farmacológico que parecen modificar la adherencia son: la dosificación, la vía de administración, la duración, los efectos secundarios y la complejidad.
- d. Relación entre el paciente y los profesionales de la salud: son muchas las deficiencias en habilidades sociales que los profesionales de la salud exhiben con sus pacientes. Estas deficiencias van a repercutir negativamente en el recuerdo y la comprensión de la información proporcionada, en la participación del paciente, en el grado de satisfacción de la atención recibida, en el mantenimiento de la relación y en la adherencia al tratamiento.
- e. La información: comprender es el primer paso para recordar la información y adherirse al plan de manejo. De hecho, se ha observado que proporcionar información, de modo que favorezca y garantice unos niveles mínimos de comprensión y recuerdo, contribuye a mejorar las tasas de adherencia.
- f. El apoyo social: es importante tener en cuenta que los regímenes extensos de autocuidado afectan no sólo al paciente sino también a su familia. Las familias muchas veces no saben cómo abordar una situación, se sienten cansadas, tienen dudas sobre si lo que están haciendo es lo más adecuado. Además, los distintos miembros de la familia pueden tener criterios diferentes (unos son más rígidos, otros más permisivos) que ocasionan enfrentamientos. Para evitar o reducir estas situaciones lo mejor es proporcionar información y entrenamiento y ofrecer apoyo. De hecho, las familias que han recibido algún tipo de entrenamiento o asesoramiento no sólo mejoran su adaptación a la situación sino que también favorecen la adherencia. Otro tipo de apoyo social que puede beneficiar la adherencia son los grupos de apoyo. Éstos pueden ser utilizados tanto por el paciente como por sus allegados.
- g. Las variables de la organización: hay variables relacionadas con la organización de los servicios de salud que se ha demostrado pueden favorecer o dificultar la adherencia, como son: la continuidad en la atención prestada, la programación de citas y la posibilidad de supervisión de la adopción de la conducta indicada. (69)

La posibilidad del seguimiento es otra variable de la organización relacionada con la adherencia. Como se ha indicado anteriormente, la conducta de adherencia decae con el tiempo, por lo que en muchos casos, especialmente en tratamientos muy largos (por ejemplo, en enfermedades crónicas), se harán necesarias intervenciones de seguimiento dirigidas a continuar la educación del paciente. En muchas ocasiones

los pacientes tienden a interrumpir los tratamientos en cuanto se encuentran mejor o se sienten sanos. Por eso es importante que los profesionales concienticen al paciente y a su familia acerca de los beneficios que conlleva para su salud la adherencia a las actividades que se desarrollan en los servicios de protección específica y detección temprana, establecidos en las normas técnicas.

Otro aspecto que se debe considerar es el nivel educativo de los usuarios, el cual se ha identificado como un elemento social que incide en la no adherencia a los servicios (70). "Según las estadísticas del censo de 2005, la tasa de analfabetismo es mayor en el área rural que [en] la urbana, aunque en ambas sigue siendo alta" (71).

Los autores María del Carmen Ortego, Santiago López González y María Lourdes Álvarez consideran que uno de los primeros pasos, antes de llevar a cabo cualquier intervención, debería ser realizar una historia sobre la adhesión, en la que se debería explorar: 1) las creencias, 2) los costos y beneficios del tratamiento, 3) los conocimientos y competencias, 4) el grado de adaptación a la enfermedad, 5) los sentimientos negativos generados, 6) el apoyo social con el que cuenta y 7) los motivos de anteriores recaídas (72). Estos aspectos tendrían que ser tratados tanto con el paciente como con sus allegados, no sólo con el fin de recoger información sino también para comprobar la veracidad o exactitud de los hechos relatados.

Brindar información es la primera acción que debe realizar el personal de salud para conseguir la adherencia, pero no la única. No se debe olvidar que *"la información es una condición necesaria pero no suficiente para adoptar comportamientos preventivos"*, esto implica que, además de proporcionar información, se debe:

1. Concertar con los usuarios las responsabilidades que deben asumir en su plan de atención.
2. Preparar y entrenar a los usuarios y pacientes en las habilidades necesarias para llevar a cabo su autocuidado.
3. Prevenir las recaídas.
4. Proporcionar a las familias información, entrenamiento y apoyo.
5. Fortalecer en los prestadores de salud las habilidades sociales.
6. Modificar las variables de la organización que afectan de forma negativa la adherencia. (72)

Estrategias destinadas a favorecer el cumplimiento de las citas:

- *Dar una hora de cita específica con el nombre del personal que se va a visitar.*
- *Minimizar los tiempos de espera en la consulta.*
- *Emplear recordatorio (por correo, teléfono).*
- *Disminuir el tiempo que medie entre el envío del recordatorio y la cita.*
- *Asegurar la continuidad de la atención.*



# Estructura del proceso: Seguimiento de la adherencia de los usuarios a las actividades establecidas en las normas técnicas y guías de atención priorizadas

<b>Nombre del proceso:</b> Seguimiento de la adherencia de los usuarios a las actividades establecidas en las normas técnicas y guías de atención priorizadas	<b>Versión:</b>
<i>Descripción:</i> En este proceso se establecen los mecanismos para realizar el seguimiento a la adherencia del usuario con relación al plan de manejo concertado con el profesional de salud, a las recomendaciones y la educación brindadas por el equipo de salud sobre la toma de medicamentos, el régimen alimentario, la asistencia a las citas de control y los cambios necesarios en su estilo de vida, en concordancia con lo establecido en las normas técnicas de protección específica y detección temprana, y las guías de atención de las enfermedades de interés en salud pública.	
<i>Marco normativo:</i> Acuerdo 117 de 1998. Resolución 412 de 2000. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, adoptado por Resolución 1841 de 2013.	
<i>Objetivo:</i> Documentar, difundir, implementar y evaluar las acciones tendientes al seguimiento de la adherencia de los usuarios a las actividades establecidas en las normas técnicas de protección específica y detección temprana, y en las guías de atención priorizadas de las enfermedades de interés en salud pública.	
<i>Objetivos específicos:</i> <ul style="list-style-type: none"><li>• Documentar y difundir con el equipo de salud las estrategias de seguimiento de la adherencia de los usuarios a las actividades de protección específica, detección temprana y de atención a las enfermedades de interés en salud pública en los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.</li><li>• Monitorear la adherencia a las citas programadas de los usuarios de los servicios de protección específica y detección temprana.</li><li>• Monitorear la asistencia a las actividades educativas programadas de los usuarios de los servicios de protección específica y detección temprana.</li><li>• Monitorear la adherencia al tratamiento prescrito de los usuarios de los servicios de atención de las enfermedades de interés en salud pública.</li></ul>	



**Nombre del proceso:**

**Seguimiento de la adherencia de los usuarios a las actividades establecidas en las normas técnicas y guías de atención prioritizadas**

**Versión:**

*Logros esperados:*

- Adherencia de los usuarios a los controles en los servicios de detección temprana y protección específica, mayor o igual al 95%.
- Adherencia de los usuarios de los servicios de detección temprana y protección específica a las actividades educativas programadas en los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, mayor o igual al 95%.
- Adherencia de los usuarios al tratamiento farmacológico prescrito, de acuerdo con lo establecido en la guía de atención evaluada.

*Elementos de entrada:*

1. Bases de datos de los usuarios inscritos en los diferentes servicios de detección temprana y protección específica y servicios de la IPS.
2. Agenda de asignación de citas de los usuarios de los servicios de detección temprana y protección específica y eventos de interés en salud pública.
3. Reporte de actividades establecidas en la Resolución 4505 de 2012.
4. Registros de asistencia a las actividades educativas y estrategias IEC.
5. Criterios definidos para la verificación de la adherencia.

*Elementos de transformación:*

A partir del estudio de elementos de entrada, se realiza la identificación de las metas de cumplimiento de adherencia del usuario, relacionadas con la asistencia a las citas y a las actividades educativas de los servicios de protección específica y detección temprana. Con la consolidación de la información se procede a analizar los indicadores de adherencia.

*Elementos de salida:*

1. Anexo 26: Criterios de adherencia de los usuarios a las actividades, procedimientos e intervenciones desarrollados en los servicios de protección específica y detección temprana.
2. Anexo 27: Metas de adherencia de los usuarios a las actividades desarrolladas en los servicios de protección específica y detección temprana, según los criterios establecidos.
3. Anexo 28: Informe trimestral de seguimiento de la adherencia de los usuarios a las actividades establecidas en las normas técnicas y guías de atención prioritizadas.

*Responsable* (puede ser uno de los siguientes):

Gerente  
Coordinador

*Recursos humanos* (según la entidad, pueden participar los siguientes):

Coordinador  
Equipo de salud de detección temprana y protección específica

*Recursos tecnológicos:*

Equipos de cómputo con software para el procesamiento de bases de datos

*Recursos físicos:*

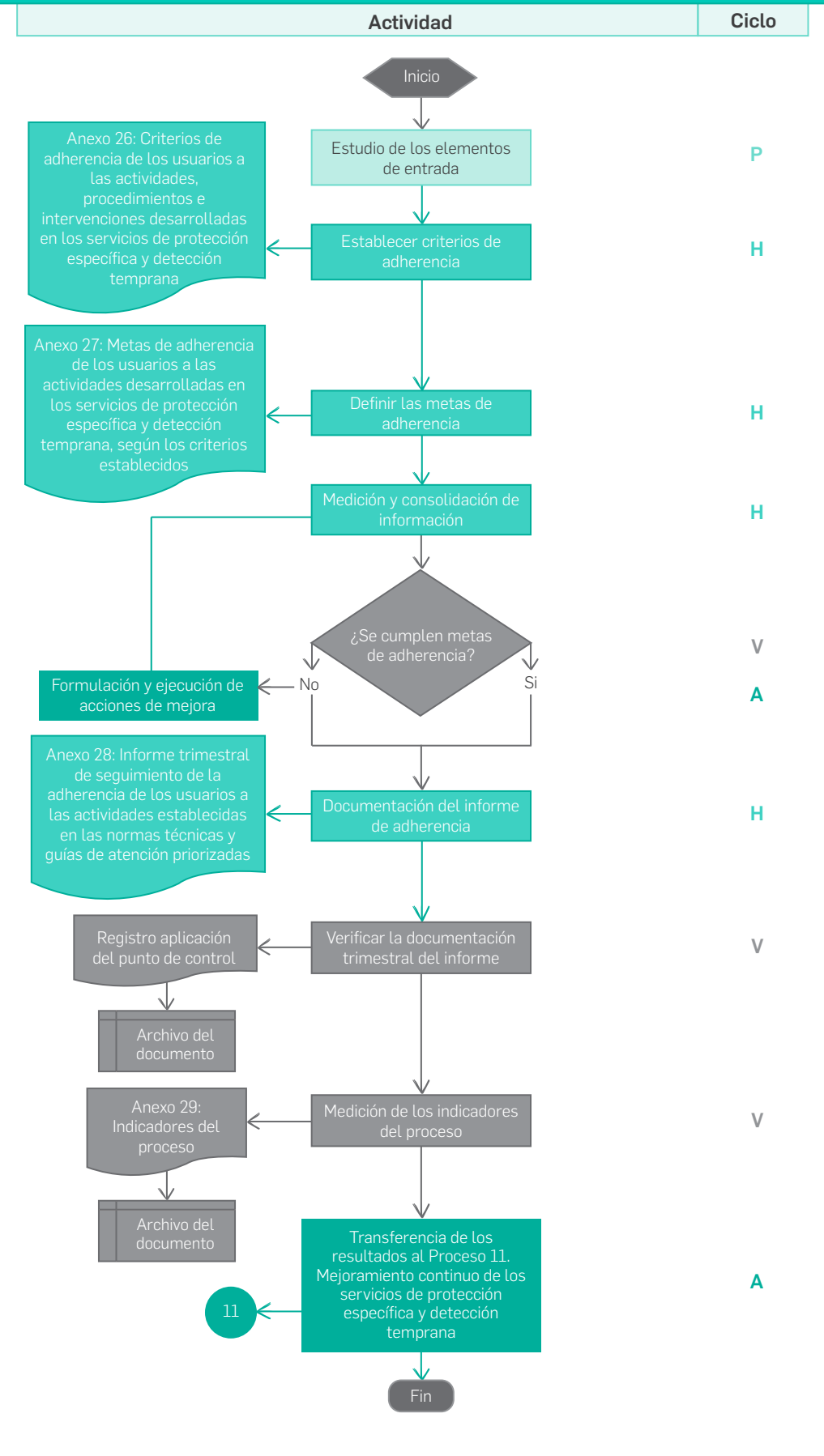
Equipos de oficina y papelería



<b>Nombre del proceso:</b> <b>Seguimiento de la adherencia de los usuarios a las actividades establecidas en las normas técnicas y guías de atención prioritizadas</b>	<b>Versión:</b>
<i>Requisitos:</i> Conocer el número de citas de control por cada servicio de protección específica y detección temprana definido en las guías de obligatorio cumplimiento. Base de datos con el registro por persona de las actividades de protección específica y detección temprana. Tener identificadas las causas de inasistencia al programa. Percepción de los usuarios con relación al programa y su nivel de satisfacción respecto de los servicios de protección específica y detección temprana.	
<i>Indicadores del proceso (Anexo 29):</i> a) Porcentaje de cumplimiento de los usuarios a las citas programadas. b) Porcentaje de asistencia de los usuarios a las actividades educativas programadas. c) Porcentaje de adherentes al tratamiento farmacológico según los registros de historia clínica. d) Porcentaje de usuarios adherentes con el plan concertado. e) Proporción de pacientes con hipertensión arterial controlada.	
<i>Puntos de control:</i> Elaboración trimestral del informe de seguimiento a la adherencia.	



**Flujograma:** Seguimiento de la adherencia de los usuarios a las actividades establecidas en las Normas Técnicas y Guías de Atención prioritizadas



Nota: La Entidad debe de definir los responsables para la ejecución de las actividades del proceso de acuerdo a los perfiles de talento humano y recursos disponibles.

<b>Firma:</b>			
<b>Nombre:</b>			
<b>Cargo:</b>	Líder del proceso	Coordinador promoción y prevención	Gerente
<b>Fecha:</b>			



## **Anexo 26. Criterios de adherencia de los usuarios a las actividades, procedimientos e intervenciones desarrollados en los servicios de protección específica y detección temprana**

Algunos de los criterios sugeridos para evaluar la adherencia de los usuarios son:

1. El número de citas a las que debe acudir el usuario de acuerdo con lo establecido en cada una de las normas y guías.
2. La asistencia de los usuarios a las actividades educativas programadas por la institución a las cuales son citados.
3. Pacientes que cumplen con el tratamiento farmacológico prescrito.
4. Pacientes con hipertensión arterial controlada.

## **Anexo 27. Metas de adherencia de los usuarios a las actividades desarrolladas en los servicios de protección específica y detección temprana, según los criterios establecidos**

*Las metas de adherencia de los usuarios están relacionadas con el cumplimiento de las citas para sus consultas de ingreso y de control, dependiendo del servicio en el cual requieren atención o se encuentran ya inscritos y su periodicidad, de acuerdo con lo establecido por las normas técnicas y guías de atención y por el profesional a quien le corresponde realizar el ingreso y el control*

*En la primera columna de las tablas (tabla 58 a la tabla 66), denominada "Tipo de consulta", correspondiente a los servicios de detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo (menores de 10 años), de desarrollo del joven (10-29 años), de las alteraciones del embarazo, del adulto (mayor de 45 años) sólo para control por médico, de la agudeza visual y de la atención a pacientes con hipertensión arterial, se encuentran descritas las edades en las cuales el usuario debe asistir al control, y que determinan la frecuencia de las citas. En las siguientes columnas se deberá marcar con una X cuando se trata de un ingreso y el profesional que lo realizó; generalmente en la mayoría de los programas el ingreso lo realiza un médico. Con respecto a la columna de controles, se registra igualmente con una X si este lo realiza un médico o un enfermero.*

*La columna correspondiente al total se refiere a la sumatoria de las consultas de ingreso y a los controles realizados en un periodo determinado. Esto le permitirá a la institución identificar la adherencia o no de los usuarios a las citas.*

**Criterio 1.** Adherencia a la frecuencia de las citas establecidas

**Tabla 60.** Frecuencia de consultas de control en el servicio para detección temprana de las alteraciones del menor de 10 años

Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo (menores de 10 años)				
Tipo de consulta	Ingreso	Controles		
	Médico	Médico	Enfermería	Total
Durante el primer mes de vida	X			
< De 1 año: 1-3 m; 4-6 m; 7-9 m; 10-12 m.			4	4
De 1 año: 13-16 m; 17-20 m; 21-24 m.			3	3
De 2 a 4 años: 25-30 m; 31-36 m; 37-48 m; 49-60 m.			4	4
De 5 a 7 años: 61-66 m; 67-72 m; 73-78 m; 79-84 m.			4	4
De 8 a 9 años: Cada año			3	3
<b>Total</b>			<b>18</b>	<b>18</b>

**Tabla 61.** Frecuencia de consultas de control en el servicio para detección temprana de las alteraciones del joven

Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (10-29 años)				
Tipo de consulta	Ingreso	Controles		
	Médico	Médico	Enfermería	Total
De 10 a 13, 14 a 16, 17 a 21 y 22 a 29	X	4		4
Esta consulta la debe hacer un médico debidamente capacitado una vez durante cada periodo, 4 en total: adolescencia inicial, media, tardía y adulto. Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven				
<b>Total</b>		<b>4</b>		<b>4</b>

**Tabla 62.** Frecuencia de consultas de control en el servicio para detección temprana de las alteraciones del embarazo

Detección temprana de las alteraciones del embarazo				
Tipo de consulta	Ingreso	Controles		
	Médico	Médico	Enfermería	Total
Primera consulta: Médico	X			
Consultas cada mes hasta las 36 semanas Luego cada 15 días hasta la semana 40 Los controles prenatales durante el último mes los debe realizar el médico				
Semanas 36, 38, 40		3		
<b>Total</b>				

**Tabla 63.** Frecuencia de consultas de control en el servicio para detección temprana de las alteraciones del adulto mayor de 45 años

Detección temprana de las alteraciones del adulto (mayor de 45 años)				
Tipo de consulta	Ingreso	Controles		
	Médico	Médico	Médico	Total
Cada 5 años a partir de los 45 hasta los 80	X	X (7)		
45-50-55-60-65-70-75-80				
<b>Total</b>				

**Tabla 64.** Frecuencia de consultas de control en el servicio para detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual

Detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual				
Tipo de consulta	Ingreso	Controles		
	Médico	Médico	Enfermería	Total
La toma de agudeza visual puede hacerse por personal de salud debidamente entrenado y capacitado.				
Valoración a los 4, 11, 16, 45, 55, 65 y luego cada 5 años, que consulten por cualquier causa o por solicitud expresa de evaluación de la salud visual.				
El examen oftalmológico debe ser practicado por oftalmólogo calificado, y se realiza en personas de 55, 65 y más años, a partir de los 65 años el examen debe hacerse cada 5 años.				
<b>Total</b>				



**Tabla 65.** Frecuencia de consultas de control en el servicio para detección temprana del cáncer de seno

Detección temprana del cáncer de seno			
Tipo de consulta	Controles		
	Médico	Enfermería	Total
Mamografía cada dos años a partir de los 50 años, si el resultado de la anterior fue normal.			
<b>Total</b>			

**Tabla 66.** Frecuencia de consultas de control en el servicio para detección temprana de cáncer de cuello uterino

Detección temprana del cáncer de cuello uterino			
Tipo de consulta	Controles		
	Enfermería	Citotecnóloga	Total
Realización de citología vaginal en el esquema establecido para el grupo poblacional según:			
Población general: 21 a 69 años con inicio de vida sexual. Esquema: 1-1-3			
Adolescentes: < 21 años con inicio de vida sexual. Esquema: No se recomienda			
Inmunocomprometidas: 21 a 69 años / VIH positivo, inmunosuprimidas. Esquema: 6 meses en el primer año y continúa cada año.			
Embarazadas: 21 a 69 años Esquema: 1-1-3 (en cualquier trimestre)			
Historial sexual exclusivo con mujeres: 21 a 69 años. Esquema: 1-1-3			
Histerectomía: Patológica / 21 a 69 años. Esquema: 1-1-3 (por 10 años poscirugía)			
Histerectomía causa desconocida: 21 a 69 años. Esquema: 1-1-3 (por 10 años poscirugía)			
Histerectomía – Benigna: 21 a 69 años. Esquema: No se requiere			
Vacunadas contra el VPH: 21 a 69 años. Esquema: 1-1-3			
<b>Total</b>			

**Tabla 67.** Frecuencia de consultas de control en el servicio para atención en planificación familiar

Atención en planificación familiar a hombres y mujeres				
Tipo de consulta	Ingreso	Controles		
	Médico	Médico	Enfermería	Total
Controles: Naturales: cada año Amenorrea de la lactancia: a los tres meses posparto Hormonales: cada año DIU de intervalo: al mes y luego cada año DIU Intracavárea o posparto inmediato: En la consulta de puerperio, al tercer mes del posparto y luego cada año. DUI posaborto: al mes y luego cada año. Esterilización quirúrgica masculina: a la semana y luego a los tres meses. Esterilización quirúrgica femenina: a la semana.				
<b>Total</b>				

**Tabla 68.** Frecuencia de consultas de control en el servicio para atención en hipertensión arterial

Atención a pacientes con hipertensión arterial					
Tipo de consulta	Ingreso	Controles			
	Médico	Médico	Especialista	Enfermera	Total
Para pacientes del subsidiado. Res. 4003 de 2008 (anexo técnico)					
Para todos los riesgos, actividades educativas y de estilos de vida: por enfermera.					
Para riesgo bajo: con médico general cada 3 a 6 meses máximo.					
Para riesgo moderado: cada 3 o 6 meses según PA por médico; y cada año por medicina interna.					
Para riesgo alto: debe ser referido al nivel II y controlado por médico internista cada 4 meses, y seguimiento anual con otras especialidades según compromiso de órgano blanco.					

Atención a pacientes con hipertensión arterial					
Tipo de consulta	Ingreso	Controles			
	Médico	Médico	Especialista	Enfermera	Total
Para pacientes del subsidiado. Res. 4003 de 2008 (anexo técnico)					
Para riesgo muy alto: manejo estrictamente de médico internista cada 3 meses y seguimiento por especialidades según condición clínica asociada —CCA—.					
Para pacientes del contributivo: según protocolo de atención establecido en la IPS (generalmente cada 3 meses).					
Total					

**Criterio 2.** Asistencia de los usuarios a las actividades educativas programadas por la institución, a las cuales son citados. Meta de adherencia: mayor o igual al 90%.

**Criterio 3.** Pacientes que cumplen con el tratamiento farmacológico prescrito. Meta de adherencia: mayor del 90%.

**Criterio 4.** Pacientes con hipertensión arterial controlada. Meta: 80% (Plan Local de Salud de Medellín).

## Anexo 28. Informe trimestral de seguimiento de la adherencia de los usuarios a las actividades establecidas en las normas técnicas y guías de atención priorizadas

*El presente documento es un modelo a partir del cual se pueden presentar los resultados de la adherencia de los usuarios a las actividades establecidas en las normas y guías de atención priorizadas. Los líderes del proceso pueden adaptarlo de acuerdo con sus necesidades y según lo definido en el sistema de gestión de calidad de la entidad.*

*Este informe hace énfasis en el cumplimiento por parte del usuario de las citas programadas, de la asistencia a las actividades educativas programadas, del plan concertado y de la proporción de pacientes con hipertensión arterial controlada, para lo cual se establece trimestralmente una meta de cumplimiento y el seguimiento del indicador.*

*El análisis de la no adherencia permite identificar diferentes situaciones, entre las cuales se podrían mencionar las causas atribuibles a la institución por su tramitología, la calidad de la atención por parte del equipo de salud, así como también situaciones inherentes al propio paciente y a la entidad aseguradora de planes de beneficios, entre otras.*



### INFORME TRIMESTRAL DE SEGUIMIENTO DE LA ADHERENCIA DE LOS USUARIOS A LAS ACTIVIDADES ESTABLECIDAS EN LAS NORMAS TÉCNICAS Y GUÍAS DE ATENCIÓN PRIORIZADAS

**IPS:**  
**Fecha:**  
**Trimestre:**

**Objetivo:**

Realizar seguimiento a la adherencia de los usuarios a las actividades establecidas en las normas técnicas y guías de atención priorizadas de los servicios de protección específica y detección temprana y eventos de interés en salud pública.

**Indicadores de medición de la gestión:**

**Tabla 69.** Porcentaje de cumplimiento a las citas programadas

Norma o guía de atención	Meta	Porcentaje			
		Ene-Mar	Abr-Jun	Jul-Sept	Oct-Dic
Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo	95%	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (10-29 años)	95%				
Detección temprana de las alteraciones del adulto (mayor de 45 años)	95%				
Detección temprana del cáncer de cuello uterino	95%				
Detección temprana del cáncer de seno	95%				
Detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual	95%				
Atención preventiva en salud bucal	95%				
Riesgo cardiovascular — RCV—	95%				
VIH/sida	95%				
.....					

**Tabla 70.** Porcentaje de asistencia a actividades educativas programadas

Norma o guía de atención	Meta	Porcentaje			
		Ene-Mar	Abr-Jun	Jul-Sept	Oct-Dic
Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo	95%	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (10-29 años)	95%				
Detección temprana de las alteraciones del adulto (mayor de 45 años)	95%				
Detección temprana del cáncer de cuello uterino	95%				
Detección temprana del cáncer de seno	95%				
Detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual.	95%				
Atención preventiva en salud bucal	95%				
Riesgo cardiovascular — RCV—	95%				
Violencias sexuales	95%				
Atención del paciente con dengue	95%				
VIH/sida	95%				

**Tabla 71.** Porcentaje de usuarios adherentes a tratamiento medicamentoso

Norma o guía de atención	Meta	Porcentaje			
		Ene-Mar	Abr-Jun	Jul-Sep	Oct-Dic
Planificación familiar	95%	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
Riesgo cardiovascular — RCV—	95%				
VIH	95%				

**Tabla 72.** Proporción de pacientes con hipertensión arterial controlada

Indicador	Meta	Porcentaje			
		Ene-Mar	Abr-Jun	Jul-Sep	Oct-Dic
Proporción de pacientes con hipertensión arterial controlada	85	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje

**Observaciones:****Análisis:****Conclusiones:****Recomendaciones:**

## Anexo 29. Indicadores del proceso - Seguimiento de la adherencia de los usuarios

**Indicador 34.** Porcentaje de cumplimiento de los usuarios a las citas programadas

<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de cumplimiento de los usuarios a las citas programadas.
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso
<b>Atributo de calidad</b>	Eficacia
<b>Numerador</b>	Número de usuarios que cumplen la cita.
<b>Denominador</b>	Total de usuarios con citas programadas.
<b>Desagregación</b>	Servicios de protección específica y detección temprana y eventos de interés en salud pública. Por grupos etáreos, sexo.
<b>Factores de exclusión</b>	No se incluyen los usuarios a los que no se les programaron las citas.
<b>Medida</b>	Porcentaje
<b>Frecuencia medición</b>	Trimestral
<b>Meta</b>	Mayor o igual al 95%.
<b>Análisis</b>	Verificar las causales de inasistencia e intervenir según hallazgos.

**Indicador 35.** Porcentaje de asistencia de los usuarios a las actividades educativas programadas

<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de asistencia de los usuarios a las actividades educativas programadas
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso
<b>Atributo de calidad</b>	Eficacia
<b>Numerador</b>	Número de usuarios que cumplieron las citas a las actividades educativas.
<b>Denominador</b>	Total de usuarios citados a las actividades educativas.
<b>Desagregación</b>	Por tema educativo. Norma técnica o guía de atención en protección específica y detección temprana.
<b>Factores de exclusión</b>	Usuarios no citados a las actividades educativas
<b>Medida</b>	Porcentaje
<b>Frecuencia medición</b>	Trimestral
<b>Meta</b>	Mayor o igual al 95%
<b>Análisis</b>	Si el usuario no cumple la meta se debe indagar por las causales de la inasistencia e implementar intervenciones según el análisis.

**Indicador 36.** Porcentaje de usuarios adherentes al tratamiento farmacológico prescrito

<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de usuarios adherentes al tratamiento farmacológico prescrito
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso
<b>Atributo de calidad</b>	Pertinencia
<b>Numerador</b>	Número de usuarios adherentes al tratamiento.
<b>Denominador</b>	Total de usuarios con tratamiento farmacológico.
<b>Desagregación</b>	Guía de atención o evento de interés en salud pública.
<b>Factores de exclusión</b>	Pacientes con registros incompletos en historia clínica.
<b>Medida</b>	Porcentual
<b>Frecuencia medición</b>	Trimestral
<b>Meta</b>	Según lo establecido en guía de atención.
<b>Análisis</b>	Si no se cumple la meta se debe indagar por las causales de la no adherencia e implementar intervenciones según el análisis.



**Indicador 37.** Proporción de pacientes con hipertensión arterial controlada

<b>Nombre del indicador</b>	Proporción de pacientes con hipertensión arterial controlada
<b>Tipo de indicador</b>	Resultado
<b>Atributo de calidad</b>	Efectividad
<b>Numerador</b>	Número total de pacientes que seis meses después de diagnosticada su hipertensión arterial presentan niveles de tensión arterial esperados, de acuerdo con las metas recomendadas por la Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia.
<b>Denominador</b>	Número total de pacientes hipertensos diagnosticados.
<b>Desagregación</b>	Grupos de edad Sexo
<b>Factores de exclusión</b>	No aplica
<b>Medida</b>	Porcentual
<b>Frecuencia medición</b>	Trimestral
<b>Meta</b>	80%
<b>Análisis</b>	Si no se cumple la meta se debe indagar por las causas del no cumplimiento e implementar intervenciones según el análisis.

**Indicador 38.** Proporción de pacientes adherentes con el plan concertado

<b>Nombre del indicador</b>	Proporción de pacientes adherentes con el plan concertado
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso
<b>Atributo de calidad</b>	Pertinencia
<b>Numerador</b>	Número de usuarios adherentes al plan concertado.
<b>Denominador</b>	Total de usuarios con plan concertado.
<b>Desagregación</b>	Por servicio de detección temprana y protección específica.
<b>Factores de exclusión</b>	Pacientes con registros incompletos en historia clínica.
<b>Medida</b>	Porcentaje
<b>Frecuencia medición</b>	Trimestral
<b>Meta</b>	Según lo establecido en guía de atención.
<b>Análisis</b>	Si no se cumple la meta se debe indagar por las causas del no cumplimiento e implementar intervenciones según el análisis.







## Proceso 8.

### **Búsqueda de inasistentes a las actividades establecidas en las normas técnicas de protección específica y detección temprana y en las guías de atención de las enfermedades de interés en salud pública**

#### Marco conceptual

*Inasistentes* son todos los afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud que incumplen una o varias citas programadas previamente, para la realización de las actividades contempladas en las normas de protección específica y detección temprana y en las guías de atención de las enfermedades de interés en salud pública.

Si se quiere afrontar el problema de la inasistencia a los servicios de salud, primero hay que determinar qué la ocasiona, es decir, buscar las causas. Se plantea, por ejemplo, que cuanto más tiempo transcurra entre la asignación de la cita y su ocurrencia mayor será la posibilidad de que la persona la pierda. Igualmente, las confusiones de fechas y horarios son bastante frecuentes y son una de las causas principales de la inasistencia, lo cual ocurre más comúnmente en la población "Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven", y más específicamente de sexo masculino. Para saber qué pasa en el programa que se viene gestionando y cómo intervenirlo, es importante primero identificar quiénes han faltado en los últimos meses (73).

En un estudio realizado en el hospital San Vicente de Paúl de Caldas, Antioquia, acerca de las causas de inasistencia específicamente al programa de Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo, se plantea que la primera causa de inasistencia al programa es el olvido de la cita programada en un 31 %; seguida de la falta de un adulto que acompañe al menor, en un 18 %; vivir lejos, 17 %; falta de dinero, 16 %, y el cambio en la afiliación al sistema, con un 13 % (74).

Según los resultados de la investigación acerca de la percepción de los usuarios sobre la calidad de los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, se plantea que la decisión del usuario de asistir o no a estos servicios puede verse influenciada por la posibilidad de obtener beneficios adicionales (poder acceder a medicamentos y exámenes gratuitos, u obtener ayudas del Estado—Familias en Acción— si certifican asistencia al programa). Otros aspectos que influyen son: los horarios laborales, no tener interés o motivación, no tener información clara acerca de los beneficios, creer que no necesitan el programa, sentirse aliviados, o desmotivación por problemas familiares (falta de apoyo) o por el orden público que obstaculiza el desplazamiento. Los funcionarios también resaltan que la continuidad en la asistencia depende también del programa en sí, es decir, ciertos servicios que tienen mayor frecuencia de control o seguimiento, como control prenatal, detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo e hipertensión, tienen menor inasistencia, sin embargo, en aquellos servicios donde los controles son muy espaciados comienza a aumentar dicha inasistencia (59).

Otros estudios han descubierto que hay barreras a la hora de concertar las citas. Los pacientes pueden tomarse tiempo para analizar si se someten a procedimientos que sean incómodos, o les ocasiona temor por los posibles resultados. Por otro lado, algunos usuarios con enfermedades crónicas pueden asumir erróneamente que no asistir a las citas de seguimiento no les perjudica, ya que no valoran en su medida la importancia que éstas tienen para detectar e intervenir a tiempo su avance. Además, el médico no invierte tiempo suficiente para explicarles que estas enfermedades pueden empeorar sin que se enteren, según refiere el médico de familia Mark Mengel (73).

Cuando hay inasistencia se debe realizar una búsqueda activa por parte de la institución. Se entiende por *Búsqueda de inasistentes*, el conjunto de actividades para buscar pacientes que incumplen una cita, junto con la detección y puesta en marcha de todas las intervenciones necesarias para alentarlos a que regresen y continúen adherentes al programa y al tratamiento, si es del caso (20).

Es importante definir las estrategias para buscar a los inasistentes, así como los criterios de búsqueda que se deben tener en cuenta para identificar los usuarios que se deben contactar, la frecuencia y el momento en que se debe hacer la búsqueda activa, y detectar las causas de su ocurrencia para hallar alternativas posibles de solución y favorecer la continuidad en el programa.

Algunas estrategias de intervención de las causas de inasistencia podrían ser:

1. Llamadas para recordar las citas: Se debe asignar una persona con la información adecuada para motivar el cumplimiento y recordar los requisitos para la cita. Estas llamadas deben realizarse dos días antes de la cita.
2. Establecer y difundir entre el equipo de salud administrativo y asistencial el proceso de seguimiento a los inasistentes, el cual será responsable de verificar diariamente las inasistencias, realizar llamada para verificar la causa de inasistencia y reasignar cita de manera concertada, según necesidad del usuario, para lo cual se debe contar con una oferta de diferentes horarios.
3. Hacer del espacio donde se realiza la atención un lugar amigable para los usuarios y su acompañante y que sea de fácil acceso.



4. Desarrollar temas educativos de interés para cada grupo poblacional sujeto del servicio o programa.
5. Implementar estrategias educativas para la toma de decisiones informadas que ayuden al usuario a asumir estilos de vida saludable que incidan en los factores determinantes de su salud.
6. Contar con un equipo interdisciplinario para ofrecer intervenciones oportunas y resolver dudas e inquietudes de los usuarios y el personal de salud que atiende en consulta.
7. Diseñar y desarrollar estrategias que faciliten la interacción con los agentes comunitarios y equipos de salud de la estrategia APS, para fortalecer la adherencia a los servicios de detección temprana y protección específica y las acciones de demanda inducida (74).

## Estructura del proceso: Búsqueda de inasistentes a las actividades establecidas en las normas técnicas y guías de atención

### Nombre del proceso:

Búsqueda de inasistentes a las actividades establecidas en las normas técnicas y guías de atención

Versión:

#### *Descripción:*

Documentar el proceso y las estrategias de búsqueda de usuarios inasistentes a los servicios de protección específica y detección temprana y para la atención de personas que padecen enfermedades de interés en salud pública, con el fin de hacerle seguimiento al cumplimiento de las citas programadas, identificar factores y causas asociadas a la inasistencia e implementar acciones de búsqueda activa, para contribuir al mejoramiento de la adherencia, la continuidad de la atención de los usuarios y la eficiencia en la prestación de los servicios, eliminando las barreras de acceso y articulando el sistema de referencia con los programas extramurales.

#### *Marco normativo:*

Acuerdo 117 de 1998, Artículo 2.

Resolución 412 de 2000.

Resolución 0769 de 2008.

Resolución 4003 de 2008.

Ley 1438 de 2011 en el Artículo 3, numerales 3.17 y 3.20.

Resolución 4505 de 2012.

#### *Objetivo:*

Documentar, difundir, implementar, evaluar y ajustar las acciones tendientes a la búsqueda de los usuarios inasistentes a los servicios de protección específica, detección temprana y eventos de interés en salud pública, con el fin de lograr la adherencia a las citas programadas e incrementar las coberturas del programa.

#### *Objetivos específicos:*

- Realizar búsqueda de los usuarios inasistentes a los servicios de protección específica, detección temprana, y atención a las enfermedades de interés en salud pública.
- Evaluar la efectividad de la búsqueda de inasistentes a los servicios de protección específica, detección temprana, y atención a las enfermedades de interés en salud pública.

#### *Logros esperados:*

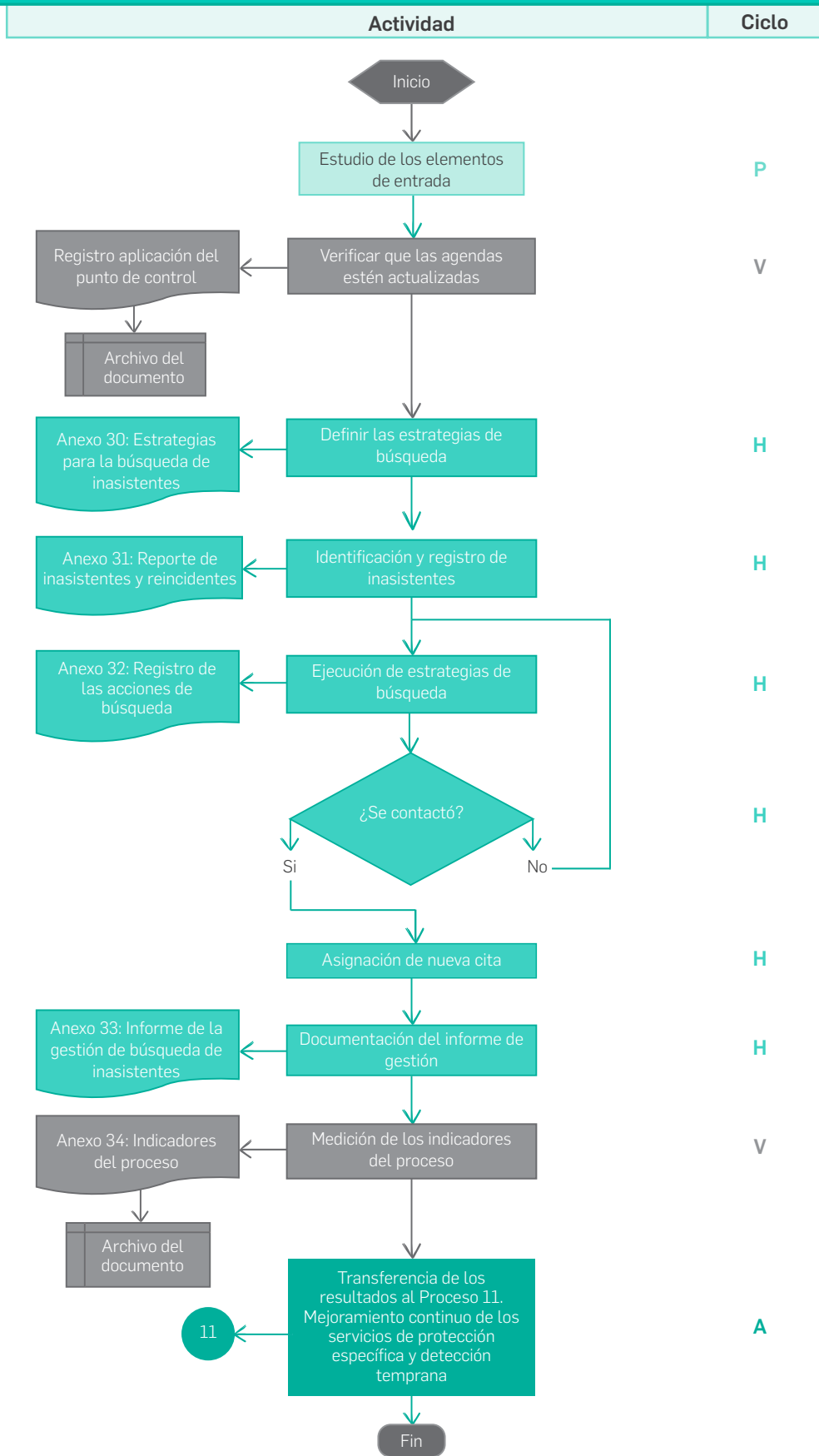
- Soportar la ejecución de acciones de búsqueda activa en por lo menos el 80% de los usuarios inasistentes a los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Soportar una efectividad por lo menos del 50% de las acciones de búsqueda activa de los usuarios inasistentes a los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.



<b>Nombre del proceso:</b> <b>Búsqueda de inasistentes a las actividades establecidas en las normas técnicas y guías de atención</b>		<b>Versión:</b>
<i>Elementos de entrada:</i>		
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Bases de datos de los usuarios inscritos en los diferentes servicios de detección temprana y protección específica y en servicios de la IPS.</li><li>2. Agenda de asignación de citas de los usuarios de los servicios de detección temprana y protección específica y eventos de interés en salud pública.</li><li>3. Registros de asistencia a las actividades educativas y estrategias —IEC—.</li></ol>		
<i>Elementos de transformación:</i>		
De acuerdo con el reporte diario de inasistentes a citas programadas, se identifican los usuarios que no cumplieron la cita para ser contactados según las estrategias de búsqueda previamente definidas, con el objeto de identificar las causas de inasistencia y reprogramar la cita; finalmente se elabora un informe de gestión del proceso.		
<i>Elementos de salida:</i>		
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Anexo 30: Estrategias para la búsqueda de inasistentes.</li><li>2. Anexo 31: Reporte de inasistentes y reincidentes.</li><li>3. Anexo 32: Registro de las acciones de búsqueda.</li><li>4. Anexo 33: Informe de la gestión de búsqueda de inasistentes.</li></ol>		
<i>Responsable</i> (puede ser uno de los siguientes): Gerente. Líder de servicios de detección temprana y protección específica. Personal de sistemas de información en salud.		
<i>Recursos humanos</i> (según la entidad, pueden participar los siguientes): Enfermera. Personal de sistemas de información en salud. Personal de información y encargado de asignar las citas. Auxiliar en salud.		
<i>Recursos tecnológicos:</i> Computador con software para la gestión de bases de datos (Epi Info <sup>®</sup> , Epi Data <sup>®</sup> , Microsoft Acces <sup>®</sup> , Microsoft Excel <sup>®</sup> , entre otros) Medios de comunicación: internet, teléfono, celular, entre otros.		
<i>Recursos físicos:</i> Equipos de oficina, medios de comunicación (teléfono, fax, internet, etc.) y papelería.		
<i>Requisitos:</i> Disponibilidad de los recursos humanos y técnicos. Disponibilidad de los elementos de entrada.		
<i>Indicadores del proceso</i> (Anexo 34): a) Porcentaje de inasistentes a los que se les efectúa acciones de búsqueda. b) Porcentaje de inasistentes recuperados en el mes.		
<i>Puntos de control:</i> Documentos de entrada actualizados (especialmente la agenda de citas).		



**Flujograma:** Búsqueda de inasistentes a las actividades establecidas en las normas técnicas y guías de atención



Nota: La Entidad debe de definir los responsables para la ejecución de las actividades del proceso de acuerdo a los perfiles de talento humano y recursos disponibles.

<b>Firma:</b>			
<b>Nombre:</b>			
<b>Cargo:</b>	Líder del proceso	Coordinador promoción y prevención	Gerente
<b>Fecha:</b>			





## Anexo 30. Estrategias para la búsqueda de inasistentes

### ESTRATEGIAS PARA LA BÚSQUEDA DE INASISTENTES

#### a) Estrategias y medios de búsqueda

Definir las estrategias y los medios que se deben utilizar para contactar los usuarios, de acuerdo con las características de la población y los recursos disponibles en la entidad. Ejemplo:

- Correo electrónico
- Gestor comunitario y APS
- Llamada telefónica (fijo o celular)
- Medio masivo de comunicación
- Mensaje de texto (SMS)
- Programas sociales
- Redes sociales y página web de la entidad
- Visitas domiciliarias (ejecutadas por la entidad)

#### b) Criterios de búsqueda

La persona responsable de la ejecución de las estrategias de búsqueda de inasistentes debe tener claro cuáles son los criterios que debe considerar para identificar los usuarios que deben ser contactados, y cuáles son los medios que se deben utilizar para ello. Es importante considerar criterios como los siguientes:

- Efectividad de la estrategia.
- Afiliado que es reincidente en la inasistencia.
- Afiliado no adherente al plan de manejo.
- Afiliado que consultó por urgencias o requirió hospitalización por riesgos intervenirlos desde los servicios de protección específica y detección temprana.
- Afiliados inasistentes con mayores riesgos y/o priorizados por la institución: gestantes, menores de cinco años, drogo-resistentes, habitantes de la calle, riesgos sociales específicos, entre otros.

#### c) Frecuencia y oportunidad de aplicación de las estrategias

La entidad debe definir una frecuencia y oportunidad de ejecución de las acciones de búsqueda, de acuerdo con cada uno de los servicios, características de la población, morbilidad definida y riesgos.

#### d) Responsables

Para cada una de las estrategias se debe definir un responsable de su ejecución y un responsable de realizar seguimiento a la calidad de las acciones ejecutadas.

e) Registros

La entidad debe definir cómo es el registro de las acciones y quién es el responsable de llevarlo a cabo.

Con el objeto de garantizar un adecuado registro es recomendable realizar la nota de la gestión en la historia clínica del afiliado, y para facilitar la medición de la gestión se debe llevar un registro de la misma en una base de datos diseñada para este fin.

## Anexo 31. Reporte de inasistentes y reincidentes

Para el reporte de inasistentes y reincidentes a los controles se propone utilizar la siguiente matriz, en cuya columna denominada "Variable" se presenta un listado de variables que incluyen datos generales, la fecha de incumplimiento de la cita y el programa o servicio al cual no asistió.

En la segunda columna, denominada "Opciones de respuesta", se presentan las posibles respuestas con respecto a los inasistentes, para que el responsable de esta información las pueda diligenciar en cada una de las variables sugeridas en la base de datos. Al momento de elaborar o actualizar la información de la base de datos, se puede presentar la necesidad de incluir nuevas variables y opciones de respuesta, de acuerdo con los requerimientos de la institución.

Esta información le permite a la institución identificar a los usuarios que por alguna causa no asisten a las citas programadas en los servicios de detección temprana y protección específica, lo cual le facilita no solamente desplegar las estrategias de búsqueda y recuperación de los pacientes para que continúen en sus controles, sino que con esta información y su análisis puede mejorar los servicios y aumentar la satisfacción de los usuarios.

**Tabla 73.** Reporte de personas inasistentes a las consultas de promoción de salud y prevención de la enfermedad

Variable		Opciones de respuesta
1	Fecha de corte	AAAAMMDD
2	Consecutivo de reporte	
3	Tipo de identificación del usuario	RC- Registro Civil TI- Tarjeta de Identidad CE- Cédula de Extranjería CC- Cédula de Ciudadanía PA- Pasaporte MS- Menor sin Identificación AS- Adulto sin Identificación CD- Carné Diplomático
4	Número de identificación del usuario	
5	Primer apellido del usuario	



Variable		Opciones de respuesta
6	Segundo apellido del usuario	
7	Primer nombre del usuario	
8	Segundo nombre del usuario	
9	Fecha de la cita incumplida	AAAAMMDD
10	Cita incumplida del programa o servicio	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Consulta de control de recién nacido</li> <li>2. Consulta de control del posparto</li> <li>3. Vacunación</li> <li>4. Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo</li> <li>5. Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven</li> <li>6. Planificación familiar</li> <li>7. Detección temprana de las alteraciones del adulto sano</li> <li>8. Salud bucal</li> <li>9. Salud visual</li> <li>10. Cáncer cérvico-uterino</li> <li>11. Cáncer de seno</li> <li>12. Control prenatal</li> </ol>

## Anexo 32. Registro de las acciones de búsqueda

Con la información de la tabla 73, donde se encuentran registrados los inasistentes a los servicios de detección temprana y protección específica, la institución procede a realizar las actividades previamente planeadas para su búsqueda y recuperación, para lo cual se propone utilizar la siguiente matriz, en cuya columna denominada "Variable", al igual que la tabla 73, se presenta un listado de variables que incluyen datos generales de los usuarios, datos relacionados con la fecha de incumplimiento de la cita, el programa o servicio al cual no asistió, los medios utilizados para el contacto, la fecha de ejecución de la estrategia, el número de intentos fallidos, la causal de incumplimiento y la asignación y fecha de nueva cita.

En la segunda columna, denominada "Opciones de respuesta", se presentan las posibles respuestas que se pueden diligenciar en la base de datos para cada una de las variables sugeridas. Al momento de elaborar o actualizar la información en la base de datos, se puede presentar para la institución la necesidad de incluir nuevas opciones de respuesta.

Con esta información y su análisis, la institución identificará los factores y causas asociados a la inasistencia a las citas en los servicios de detección temprana y protección específica, con el fin de programar acciones que permitan intervenir y disminuir el número de usuarios que incumplen sus controles.

**Tabla 74.** Registro de las acciones de búsqueda activa de las personas inasistentes a las consultas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad

	Variable	Opciones de respuesta
1	Fecha de corte	AAAAMMDD
2	Consecutivo de reporte	
3	Tipo de identificación del usuario	RC- Registro Civil TI- Tarjeta de Identidad CE- Cédula de Extranjería CC- Cédula de Ciudadanía PA- Pasaporte MS- Menor sin Identificación AS- Adulto sin Identificación CD-Carné Diplomático
4	Número de identificación del usuario	
5	Primer apellido del usuario	
6	Segundo apellido del usuario	
7	Primer nombre del usuario	
8	Segundo nombre del usuario	
9	Fecha de nacimiento	AAAAMMDD
10	Edad	En años
11	Sexo	M - Masculino F - Femenino
12	Fecha de la cita incumplida	AAAAMMDD
13	Cita incumplida del programa o servicio	1. Consulta de control de recién nacido 2. Consulta de control del posparto 3. Vacunación 4. Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo 5. Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven 6. Planificación familiar 7. Detección temprana de las alteraciones del adulto sano 8. Salud bucal 9. Salud visual 10. Cáncer cérvico-uterino 11. Cáncer de seno 12. Control prenatal
14	El usuario es reincidente en la insistencia (en el último año)	0. No aplica 1. Sí 2. No 21. Riesgo no evaluado



Variable		Opciones de respuesta
15	Medio utilizado para el contacto	0- No aplica 1- Llamada telefónica (fijo o celular) 2- Correo electrónico 3- Mensaje de texto (SMS) 4- Medio masivo de comunicación 5- Otro (definir)
16	Fecha de ejecución de la estrategia	AAAAMMDD
17	Número de intentos fallidos	0 1 2 3 4 o más
18	Causal de incumplimiento	0. No aplica 1. Olvido 2. Falta de tiempo 3. No le dieron permiso en el lugar de trabajo 4. Dificultades económicas 5. Insatisfacción con el servicio o profesional 6. Falta de interés 7. Otra (definir)
19	Asignación de nueva cita	0- No aplica 1- Sí 2- No
20	Fecha nueva cita	AAAAMMDD

## Anexo 33. Informe de la gestión de búsqueda de inasistentes

El presente documento es un modelo a partir del cual se pueden presentar los resultados de la gestión que realiza la institución con los inasistentes a sus citas de control. Los líderes del proceso pueden adaptarlo de acuerdo con sus necesidades y con lo definido en el sistema de gestión de calidad de la entidad.

Con este informe se pretende evaluar la gestión que se lleva a cabo con los inasistentes a los diferentes servicios de detección temprana y protección específica, así como aplicar las acciones de búsqueda de acuerdo con las estrategias ya establecidas por la institución, e identificar a las personas que fueron contactadas y a las cuales se les asignó una nueva cita.

Es importante destacar que las actividades de búsqueda de inasistentes llevan no sólo a la recuperación de los mismos, sino que además se pretende hacer el control de las causas que son institucionales y aumentar la satisfacción de los usuarios, así como evaluar la eficacia de las estrategias utilizadas.

### INFORME DE GESTIÓN DE LA BÚSQUEDA DE INASISTENTES

**IPS:**

**Fecha de corte:**

**Consecutivo:**

**Objetivo:** Contribuir a mejorar la adherencia y continuidad de la atención de los usuarios y la eficiencia en la prestación de los servicios de protección específica y detección temprana y de atención de las enfermedades de interés en salud pública.

**Indicadores de la gestión:**

**Tabla 75.** Porcentaje de cumplimiento de los indicadores de gestión y resultado de las estrategias de búsqueda activa. (Institución, año).

Indicador	Jun.	Jul.	Ago.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	Promedio
Porcentaje de inasistentes a los que se les efectúa acciones de búsqueda	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
Porcentaje de inasistentes recuperados en el mes								

**Tabla 76.** Distribución porcentual de las estrategias utilizadas para contactar y reasignar la cita. (Institución, año).

Indicador	Jun.	Jul.	Ago.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	Promedio
0. No aplica	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
1. Llamada telefónica (fijo o celular)								
2. Correo electrónico								
3. Mensaje de texto (SMS)								
4. Medio masivo de comunicación								
5. Otro (definir)								

**Tabla 77.** Distribución porcentual de los inasistentes por programa, norma o guía. (Institución, año).

Indicador	Jun.	Jul.	Ago.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	Promedio
1. Consulta de control de recién nacido	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
2. Consulta de control del posparto								
3. Vacunación								
4. Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo								
5. Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven								
6. Planificación familiar								
7. Detección temprana de las alteraciones del adulto sano								
8. Salud bucal								
9. Salud visual								
10. Cáncer cérvico-uterino								
11. Cáncer de seno								
12. Control prenatal								



**Tabla 78.** Distribución porcentual de las causales de inasistencia. (Institución, año).

Indicador	Jun.	Jul.	Ago.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	Promedio
0. No aplica	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
1. Olvido								
2. Falta de tiempo								
3. No le dieron permiso en el lugar de trabajo								
4. Dificultades económicas para desplazamiento								
5. Tenía otra cita a la misma hora con otro médico de la EPS								
6. Otra (definir)								

**Observaciones:**

**Análisis:**

**Conclusiones:**

**Recomendaciones:**

## Anexo 34. Indicadores del proceso – Búsqueda de inasistentes

**Indicador 39.** Porcentaje de inasistentes a los que se les efectúa acciones de búsqueda

<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de inasistentes a los que se les efectúa acciones de búsqueda.
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso
<b>Atributo de calidad</b>	Eficacia
<b>Numerador</b>	Número de usuarios a los que se les efectúa acciones de búsqueda en el periodo.
<b>Denominador</b>	Número de usuarios que no cumplieron con la cita programada en el periodo.
<b>Desagregación</b>	Usuarios que reinciden en el incumplimiento de la cita.
<b>Factores de exclusión</b>	Citas de servicios diferentes a protección específica y detección temprana y atención de las enfermedades de interés en salud pública.
<b>Medida</b>	Porcentaje



<b>Frecuencia medición</b>	Mensual el primer año y luego trimestral.
<b>Meta</b>	Búsqueda de inasistentes: primer año 70 %, segundo año 80 %, y a partir del tercer año mayor de 90 %. Búsqueda de reincidentes: 90 %.
<b>Análisis</b>	Analizar la disponibilidad de los recursos necesarios para ejecutar las estrategias de búsqueda y la calidad de información suministrada en los elementos de entrada.

**Indicador 40.** Porcentaje de inasistentes recuperados en el mes

<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de inasistentes recuperados en el mes.
<b>Tipo de indicador</b>	Resultado
<b>Atributo de calidad</b>	Accesibilidad
<b>Numerador</b>	Número de usuarios con los que se acuerda una nueva cita en el periodo.
<b>Denominador</b>	Número de usuarios a los que se les efectúan acciones de búsqueda en el periodo.
<b>Desagregación</b>	Estrategia Servicio, norma o guía de atención. Reincidentes
<b>Factores de exclusión</b>	Si la cita asignada es para un programa diferente al que se incumplió la última cita.
<b>Medida</b>	Porcentaje
<b>Frecuencia medición</b>	Mensual el primer año y luego trimestral.
<b>Meta</b>	Primer año 80 % de los usuarios contactados y a partir del primer año, 90 %.
<b>Análisis</b>	Si alguna de las estrategias de búsqueda no está siendo útil: se debe ajustar y/o eliminar. Si las causas de inasistencia están relacionadas con factores sociales, económicos, culturales y educativos: documentar y ejecutar acciones que favorezcan las condiciones de participación y articulación con otras entidades gubernamentales y no gubernamentales que trabajen para actuar sobre estos determinantes. Si se identifica inasistencia por insatisfacción de los usuarios: se debe iniciar un proceso de trabajo conjunto con los diferentes servicios que atienden al usuario y los complementarios en esta atención, buscando que se evalúen soluciones conjuntas e integrales a la atención del usuario, difundir con el personal de la institución los resultados evidenciados y documentar acciones correctivas y preventivas pertinentes.





# Proceso 9.

## Continuidad de las acciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento

### Marco conceptual

“Se denomina continuidad a la concatenación de eventos de atención de un problema de salud concreto” (75). “La continuidad asistencial es el sistema a través del cual se asegura la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales mientras dure el proceso de diagnóstico y tratamiento del paciente, independientemente del lugar y el tiempo en el cual sea atendido” (76).

Continuidad en salud es, entonces, encadenar todas las acciones de atención que se realizan para identificar un riesgo e intervenirlo, y abordar un problema de salud específico asegurando su identificación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento oportuno, secuencial e ininterrumpido, tanto en el tiempo (desde el inicio hasta el final) como en el espacio (en todos los niveles de atención del sistema, en todos los lugares de atención). La continuidad hace que la atención se optimice, porque facilita la coordinación de los cuidados que se brindan a los usuarios, evita la duplicidad de exámenes y pruebas, proporciona información más completa para la toma de decisiones que mejoran la calidad de la atención en los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y simplifica el papel del profesional que interactúa con el usuario (75).

La continuidad de los servicios de protección específica y detección temprana hace referencia a la realización de las actividades, intervenciones y procedimientos de manera *ininterrumpida*, aunque por cualquier motivo el afiliado al Sistema de Salud cambie de Entidad Administradora de Planes de Beneficios —EAPB—. Con la continuidad se pretende que la EAPB receptora continúe con la ejecución de las actividades, intervenciones y procedimientos de detección temprana y protección específica, de acuerdo con el reporte entregado por la EAPB de origen, en el marco de lo establecido en las normas técnicas y guías de atención, y así evitar duplicidad de actividades y lograr contención de gastos y una eficaz intervención del riesgo.

Sin embargo, la continuidad no siempre es fácil de garantizar si se tiene en cuenta que en Colombia el sistema de salud está basado en la intermediación para la prestación de los servicios, que esta prestación está centrada en la lógica del mercado y que, adicionalmente, existe desarticulación entre los actores del sistema que tienen la responsabilidad de garantizar a la población una atención con calidad de manera ininterrumpida.

Por lo anterior, es de suma importancia que las entidades responsables de la salud de la población cuenten con procesos de calidad, entre ellos garantía de la continuidad de las acciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento, documentados, implementados y en permanente evaluación y mejora continua, para brindar una atención en salud de manera ininterrumpida e integral a los afiliados al sistema de salud.



# Estructura del proceso: Continuidad de las acciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento (aplica para EAPB)

Nombre del proceso: Continuidad de las acciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento	Versión:
<p><i>Descripción:</i> Es el conjunto de acciones tendientes a garantizar la continuidad, integralidad y oportunidad de las actividades, intervenciones y procedimientos de detección temprana, protección específica y de atención de las enfermedades de interés en salud pública, cuando por cualquier motivo un afiliado cambie de Entidad Administradora de Planes de Beneficios —EAPB—.</p>	
<p><i>Marco normativo:</i> Artículo 14 de la Resolución 0412 de 2000. Artículo 3, literal 5 del Decreto 1011 de 2006. Artículo 35, literal 1 del Decreto 1011 de 2006. Resolución 4505 de 2012.</p>	
<p><i>Objetivo:</i> Fortalecer la continuidad, integralidad y oportunidad de las actividades, intervenciones y procedimientos de detección temprana, protección específica y de atención de las enfermedades de interés en salud pública, cuando por cualquier motivo un afiliado cambie de Entidad Administradora de Planes de Beneficios —EAPB—.</p>	
<p><i>Objetivos específicos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponer de información actualizada de cada una de las personas atendidas sobre la ejecución de actividades, procedimientos e intervenciones de detección temprana y protección específica y para la atención de las enfermedades de interés en salud pública.</li> <li>• Radicar oportunamente en la EAPB receptora la información sobre la ejecución de actividades, procedimientos e intervenciones de detección temprana y protección específica y para la atención de las enfermedades de interés en salud pública.</li> </ul>	
<p><i>Logros esperados:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soportar la disponibilidad de la información actualizada de cada una de las personas atendidas, sobre la ejecución de actividades, procedimientos e intervenciones de detección temprana y protección específica y para la atención de las enfermedades de interés en salud pública.</li> <li>• Soportar la radicación en la EPS a la que se trasladó la persona y su grupo familiar, de la información sobre la ejecución de actividades, procedimientos e intervenciones de detección temprana y protección específica y para la atención de las enfermedades de interés en salud pública.</li> </ul>	

**Nombre del proceso:**

**Continuidad de las acciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento**

**Versión:**

*Elementos de entrada:*

1. Registro de ejecución por persona de las actividades de protección específica y detección temprana y la aplicación de guías de atención integral para las enfermedades de interés de obligatorio cumplimiento (Resolución 4505 de 2012).
2. Reporte de novedades de afiliación, retiro y cambio de usuarios, con su grupo familiar de la entidad (Resoluciones 1344 y 3879 de 2012).
3. Solicitud de información recibida de la EAPB receptora del usuario.
4. Directorio de las personas responsables de este proceso en las demás EAPB de la ciudad.
5. Anexo 3: Documento con la caracterización de la población.

*Elementos de transformación:*

El proceso inicia con la identificación de los usuarios y su grupo familiar que en el último mes han presentado una de las siguientes novedades: afiliación, traslado a otra entidad o retiro de la entidad.

En el caso de los nuevos usuarios que han estado afiliados a otras EAPB, se debe requerir a estas últimas la información relacionada con las actividades de protección específica y detección temprana realizadas al afiliado y a su núcleo familiar; dicha información se debe entregar al líder del proceso de planeación de la atención o a la persona que cumpla sus veces.

En aquellos usuarios y sus grupos familiares que se han trasladado de EAPB en el último mes, se debe identificar las actividades de detección temprana y protección específica realizadas durante el último año (salvo: Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven, cáncer de cuello uterino y cáncer de mama, que se solicitan los últimos tres años). La anterior información debe ser remitida al representante legal de la entidad a la cual se trasladó el usuario.

En caso de presentarse un retiro del sistema, la información se debe entregar al ente territorial y debe estar disponible para ser remitida al representante legal de la EAPB a la cual se afilie nuevamente el usuario.

*Elementos de salida:*

1. Anexo 35: Reporte de las actividades de detección temprana y protección específica realizadas al afiliado y a su núcleo familiar.
2. Anexo 36: Informe de gestión del proceso para la continuidad de las acciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento.

*Responsable* (puede ser uno de los siguientes):

Gerente  
Coordinador de afiliaciones  
Coordinador

*Recursos humanos* (según la entidad pueden participar los siguientes):

Coordinador de afiliaciones  
Coordinador de sistemas de información  
Coordinador

*Recursos tecnológicos:*

Computador con software para la gestión de bases de datos (Ejemplo: Excel).

*Recursos físicos:*

Equipos de oficina y papelería.

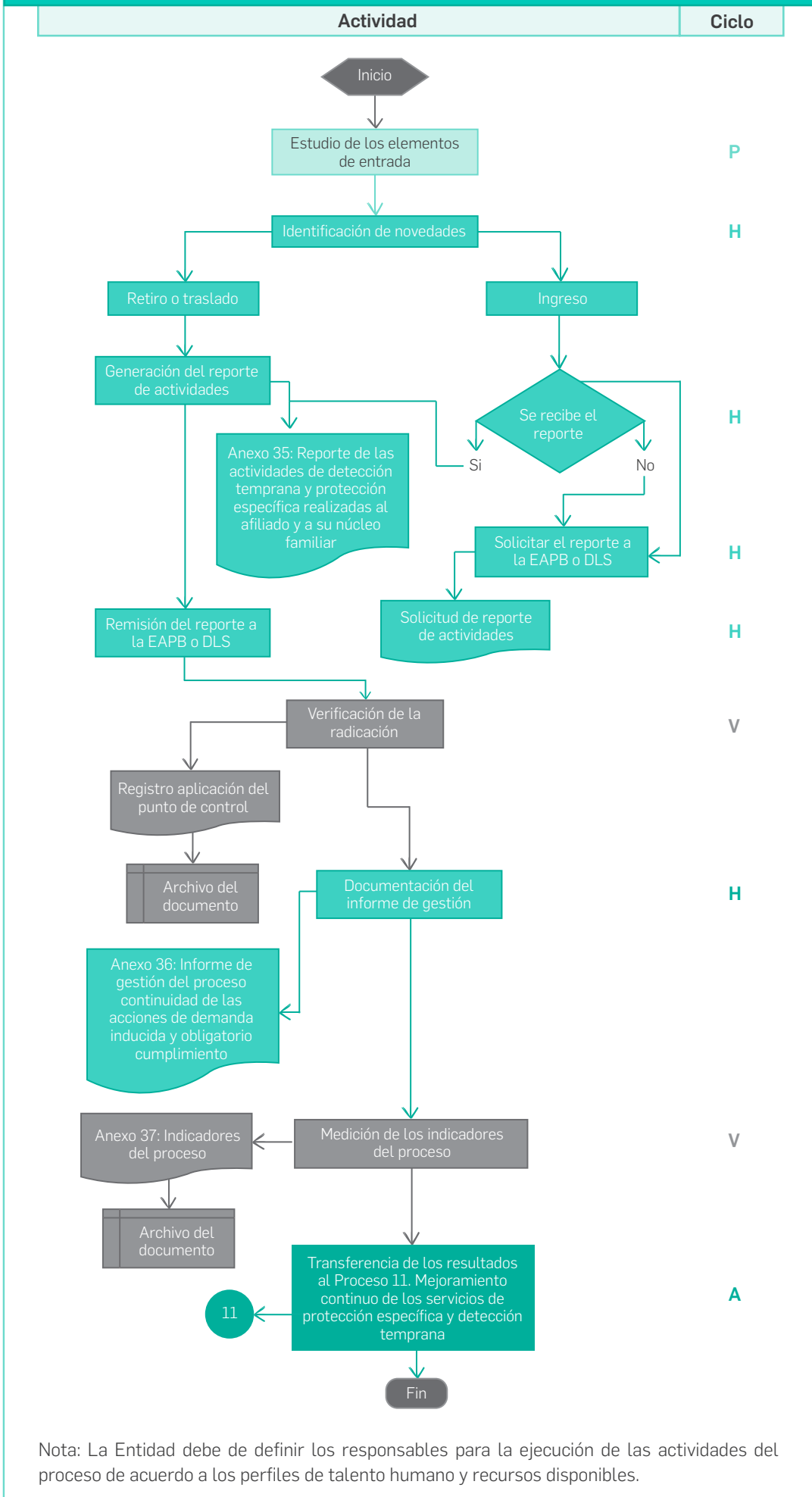


<b>Nombre del proceso:</b> <b>Continuidad de las acciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento</b>		<b>Versión:</b>
<i>Requisitos:</i> Elementos de entrada actualizados		
<i>Indicadores del proceso (Anexo 37):</i> <ul style="list-style-type: none"><li>a) Porcentaje de afiliados con reporte de las actividades.</li><li>b) Porcentaje de afiliados con reporte de las actividades radicados en la EAPB receptora.</li><li>c) Porcentaje de afiliados nuevos con reporte de las actividades.</li><li>d) Porcentaje de afiliados nuevos a los que se les garantiza la continuidad de la atención.</li></ul>		
<i>Puntos de control:</i> Soporte de radicación o solicitud del reporte de las actividades.		





**Flujograma: Continuidad de las acciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento**



Nota: La Entidad debe de definir los responsables para la ejecución de las actividades del proceso de acuerdo a los perfiles de talento humano y recursos disponibles.

<b>Firma:</b>			
<b>Nombre:</b>			
<b>Cargo:</b>	Líder del proceso	Coordinador promoción y prevención	Gerente
<b>Fecha:</b>			





## Anexo 35. Reporte de las actividades de detección temprana y protección específica realizadas al afiliado y a su núcleo familiar

El reporte de las actividades de protección específica y detección temprana y de la atención a las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento, se debe realizar según lo definido en la **Resolución 4505 del 28 de diciembre de 2012**, del Ministerio de Salud y Protección Social, "Por la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento".

**Nota:** Remitirse al anexo técnico de la citada Resolución y a las normas que lo adicione o modifiquen.

## Anexo 36. Informe de gestión del proceso para la continuidad de las acciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento

**IPS:**  
**Fecha:**

**Tabla 79.** Consolidado de indicadores del proceso para la continuidad de las acciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento

Indicador	Ene. – Mar.	Abr. – Jun.	Jul. – Sept.	Oct. – Dic.
Porcentaje de afiliados con reporte de las actividades	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
Porcentaje de afiliados con reporte de las actividades radicados en la EAPB receptora	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
Porcentaje de afiliados nuevos con reporte de las actividades	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
Porcentaje de afiliados nuevos a los que se les garantiza la continuidad de la atención	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje

**Nota:** En el Anexo 37 se encuentran las fichas técnicas de los anteriores indicadores.

**Observaciones:**

**Conclusiones:**

## Anexo 37. Indicadores del proceso – Continuidad de las acciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento

**Indicador 41.** Porcentaje de afiliados con reporte de las actividades de protección específica y detección temprana

<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de afiliados con reporte de las actividades de protección específica y detección temprana.
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso
<b>Atributo de calidad</b>	Eficacia
<b>Numerador</b>	Número de afiliados con reporte de actividades generado en el periodo.
<b>Denominador</b>	Total de afiliados con novedad de retiro y/o traslado reportados en el periodo.
<b>Desagregación</b>	NA
<b>Factores de exclusión</b>	Retiro por muerte
<b>Medida</b>	Porcentaje
<b>Frecuencia medición</b>	Trimestral
<b>Meta</b>	En el primer año el 70 %, y aumenta 10 % cada año a partir del segundo año, hasta alcanzar mínimo el 90 %.
<b>Análisis</b>	<p>Si la entidad no cumple con la meta de ejecución se debe verificar e intervenir si es necesario:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La calidad y oportunidad de la información relacionada con la afiliación, traslado y retiro de los usuarios y su grupo familiar.</li> <li>• La calidad de la información incluida en el Registro de las Actividades de Protección Específica y Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral de las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento.</li> <li>• La oportunidad y disponibilidad de los recursos para generar el reporte de las actividades de detección temprana y protección específica realizadas al afiliado y a su núcleo familiar.</li> <li>• * La oportunidad y disponibilidad de los recursos para radicar los reportes de las actividades de detección temprana y protección específica realizadas al afiliado y a su núcleo familiar.</li> </ul>



**Indicador 42.** Porcentaje de afiliados con reporte de las actividades radicados en la EAPB receptora

<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de afiliados con reporte de las actividades radicados en la EAPB receptora.
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso
<b>Atributo de calidad</b>	Eficacia
<b>Numerador</b>	Número de afiliados con reporte de actividades radicados en la EAPB receptora en el periodo.
<b>Denominador</b>	Total de afiliados con reporte de actividades generado en el periodo.
<b>Desagregación</b>	EAPB a la cual se trasladó el usuario.
<b>Factores de exclusión</b>	NA
<b>Medida</b>	Porcentaje
<b>Frecuencia medición</b>	Trimestral
<b>Meta</b>	En el primer año el 70 %, y aumenta 10 % cada año a partir del segundo año, hasta alcanzar mínimo el 90 %.
<b>Análisis</b>	<p>Si la entidad no cumple con la meta de ejecución se debe verificar e intervenir si es necesario:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La calidad y oportunidad de la información relacionada con la afiliación, traslado y retiro de los usuarios y su grupo familiar.</li> <li>• La calidad de la información incluida en el Registro de las Actividades de Protección Específica y Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral de las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento.</li> <li>• La oportunidad y disponibilidad de los recursos para generar el reporte de las actividades de detección temprana y protección específica realizadas al afiliado y a su núcleo familiar.</li> <li>• * La oportunidad y disponibilidad de los recursos para radicar los reportes de las actividades de detección temprana y protección específica realizadas al afiliado y a su núcleo familiar.</li> </ul>

**Indicador 43.** Porcentaje de afiliados nuevos con reporte de las actividades de protección específica y detección temprana

<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de afiliados nuevos con reporte de las actividades de protección específica y detección temprana.
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso
<b>Atributo de calidad</b>	Eficacia
<b>Numerador</b>	Número de afiliados nuevos en la EAPB con reporte de actividades en el periodo.

<b>Denominador</b>	Total de afiliados nuevos en la EAPB en el periodo.
<b>Desagregación</b>	EAPB de la cual se trasladó el usuario.
<b>Factores de exclusión</b>	Usuarios que llevan más de un año por fuera del sistema. La EAPB de la cual proviene el usuario no generó reporte.
<b>Medida</b>	Porcentaje
<b>Frecuencia medición</b>	Trimestral
<b>Meta</b>	En el primer año el 50 %, y aumenta 10 % cada año a partir del segundo año, hasta alcanzar mínimo el 80 %.
<b>Análisis</b>	Si la entidad no cumple con la meta de ejecución se debe verificar e intervenir si es necesario: <ul style="list-style-type: none"> <li>• La efectividad del canal de comunicación con otras entidades.</li> <li>• La oportunidad para identificar afiliados nuevos sin reporte de actividades.</li> <li>• La oportunidad para requerir el reporte de actividades a la EAPB de la cual proviene el afiliado.</li> </ul>

**Indicador 44.** Porcentaje de afiliados nuevos a los que se les garantiza la continuidad de la atención

<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de afiliados nuevos a los que se les garantiza la continuidad de la atención.
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso
<b>Atributo de calidad</b>	Eficacia
<b>Numerador</b>	Número de afiliados nuevos en la EAPB que ingresan a los servicios de detección temprana y protección específica o de atención de enfermedades de interés en salud pública.
<b>Denominador</b>	Total de afiliados nuevos en la EAPB en el periodo que estaban activos en algún servicio de detección temprana y protección específica o de atención de enfermedades de interés en salud pública en la anterior EAPB.
<b>Desagregación</b>	Servicio o programa de detección temprana y protección específica o de atención de enfermedades de interés en salud pública.
<b>Factores de exclusión</b>	Usuarios que no habían recibido ningún servicio de detección temprana y protección específica o de atención de enfermedades de interés en salud pública en la EAPB remitora.
<b>Medida</b>	Porcentaje
<b>Frecuencia medición</b>	Trimestral
<b>Meta</b>	En el primer año el 50 %, y aumenta 10 % cada año a partir del segundo año, hasta alcanzar mínimo el 80 %.
<b>Análisis</b>	Si la entidad no cumple con la meta de ejecución se debe verificar e intervenir entre otros aspectos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• La efectividad de las estrategias de inducción a la demanda.</li> <li>• La calidad de la información reportada por sus afiliados en los formularios de afiliación o traslado.</li> </ul>



# Proceso 10.

## Auditoría a la calidad de los procesos de gestión y de atención de los servicios de protección específica y detección temprana

### Marco conceptual

Auditoría es un proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias del objeto de auditoría y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de auditoría (77).

Los criterios de auditoría son el conjunto de políticas, normas, procedimientos o requisitos y son los referentes con los cuales se compara la evidencia de la auditoría (77).

El Decreto 1011 del 2006, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, define la Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud, como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios. Igualmente, define la calidad de la atención de salud como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario.

La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud es un proceso técnico que va inmerso en la misma prestación de los servicios, y cuyo mecanismo de actuación se da mediante la retroalimentación acerca de su desempeño comparado con estándares óptimos, a través del cual la organización o el profesional puedan implementar procesos de mejoramiento (78).

Los conceptos básicos de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud son: el enfoque, el campo de acción, el propósito fundamental y la comparación entre la calidad observada y la calidad deseada.



El **enfoque** de la auditoría, entendido como una herramienta de evaluación sistemática, es un elemento fundamental del concepto de garantía de calidad<sup>11</sup> que hace referencia a la necesidad de realizar una evaluación planeada y sistémica, basada en criterios explícitos y predeterminados y con una periodicidad establecida. En otras palabras, el enfoque se materializa en la documentación del proceso.

El **campo de acción** de la auditoría está dado como obligatorio para las entidades departamentales, distritales y municipales de salud, para las instituciones prestadoras de servicios de salud y las EAPB.

En el marco del convenio "Así te ves, Salud", se prioriza la auditoría a la gestión de los procesos tanto en EAPB como en instituciones prestadoras de servicios de salud y la adherencia a las guías de atención en estas últimas.

El **propósito fundamental** de la auditoría es la búsqueda de los mayores beneficios para el usuario, así como la identificación e intervención de los riesgos inherentes a la prestación de los servicios de salud y el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.

La **comparación entre la calidad observada y la calidad deseada** es el mecanismo que permite identificar la brecha existente entre la realidad institucional y las metas y criterios o estándares previamente establecidos.<sup>12</sup>

Las IPS y las EAPB deben documentar e implementar el proceso de auditoría teniendo en cuenta las siguientes etapas:

1. **La planeación:** es el eje principal del trabajo de auditoría sobre los procesos prioritarios de la organización, ya que de su adecuada formulación dependerá el logro de los resultados que satisfagan los objetivos propuestos. En esta etapa se requiere:
  - Planificar el **programa de auditoría**, cuyo propósito es el de planear el tipo y número de auditorías e identificar y suministrar los recursos necesarios para realizarlas para un espacio de tiempo que generalmente es un año.
  - Planificar el **plan de auditorías**, para suministrar la información necesaria relacionada con el proceso o guía de atención por auditar, tanto para el equipo de auditoría como para el auditado, y para facilitar la programación y la coordinación de las actividades de auditoría.
  - Planificar los **documentos de trabajo**, de acuerdo con el programa de auditoría y con los procesos, servicios y guías de atención objeto de evaluación, los documentos son de uso exclusivo para el equipo de auditoría y se constituyen en el registro de los hallazgos.

---

<sup>11</sup> La garantía de calidad es el conjunto de actividades que se llevan a cabo para fijar normas y vigilar y mejorar el desempeño, de tal manera que la atención prestada sea lo más eficaz y segura posible.

<sup>12</sup> Estándar es un conjunto de pasos definidos para el desarrollo de un proceso, de tal manera que éste cumpla o alcance las metas señaladas.



Actualmente los documentos de trabajo de la Secretaría de Salud de Medellín para auditar los procesos de gestión y adherencia a guías se denominan: “Referencial de evaluación de los estándares de calidad de las historias clínicas”, “Referencial de evaluación para instituciones prestadoras de servicios de salud —IPS—” y “Referencial de evaluación para Entidades Administradoras de planes de beneficios en salud —EAPB—”, estos dos últimos para auditar procesos.

2. Ejecutar las auditorías: de acuerdo con lo establecido en el plan de auditoría, se recolectan las evidencias a través de los referenciales antes mencionados, lo cual permitirá verificar el grado de cumplimiento de los criterios establecidos, tanto en los procesos como en las normas y guías de atención de los servicios de protección específica y detección temprana.

El dominio de conocimiento de quien tiene la responsabilidad de auditar es un factor determinante en la ejecución del proceso de auditoría; la forma de realizar las preguntas, de realizar el análisis, de búsqueda de fuentes de información adicionales, la visión integral del proceso, de sus relaciones y de la organización en general tiene impacto directo en el resultado de la auditoría y en la presentación de los hallazgos definitivos (78).

El resultado de la ejecución del proceso de auditoría **es el informe**, que contiene los hallazgos de la calidad observada frente a la calidad esperada, no sólo en el nivel cuantitativo sino en el cualitativo, así como las recomendaciones para estructurar el plan de mejoramiento de los procesos y adherencia a guías de atención.

El monitoreo a los planes de mejoramiento puede desencadenar auditorías de seguimiento, por lo tanto es importante volver a planificar y a ejecutar un plan de auditoría.

# Estructura del proceso: Auditoría a la calidad de los procesos de gestión y atención de los servicios de protección específica y detección temprana

## Nombre del proceso:

**Auditoría a la calidad de los procesos de gestión y atención de los servicios de protección específica y detección temprana**

**Versión:**

### *Descripción:*

Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejora de la calidad observada con relación a la calidad esperada, durante el proceso de atención en salud que reciben los usuarios. Inicia con la documentación de un programa de auditoría, que incluye los procesos y servicios objeto de evaluación, frecuencia y responsables. A partir del anterior documento se define el plan de auditoría, que contiene las diferentes actividades que se van a realizar, su alcance, los criterios, la metodología, los instrumentos de medición que serán aplicados y la elaboración y entrega de informes.

### *Marco normativo:*

Resolución 1995 de 1999.  
Lo contenido en la Resolución 0412 del 2000, se convierte en criterios de auditoría.  
Artículos 3 y 32 del Decreto 1011 de 2006.  
Artículo 37 de la Ley 1122 de 2007.  
Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud.  
Artículo 3, numeral 3.8 y artículo 94 del Capítulo V de la Ley 1438 de 2011.  
Artículo 5, numeral 11 del Acuerdo 029 del 2011.  
Norma Técnica Colombiana NTC- ISO 19011 de 2012.

### *Objetivo:*

Documentar el diseño y la implementación del proceso de auditoría de la gestión y atención de los servicios de protección específica y detección temprana, con el fin de evaluar y mejorar la calidad de la atención.

### *Objetivos específicos:*

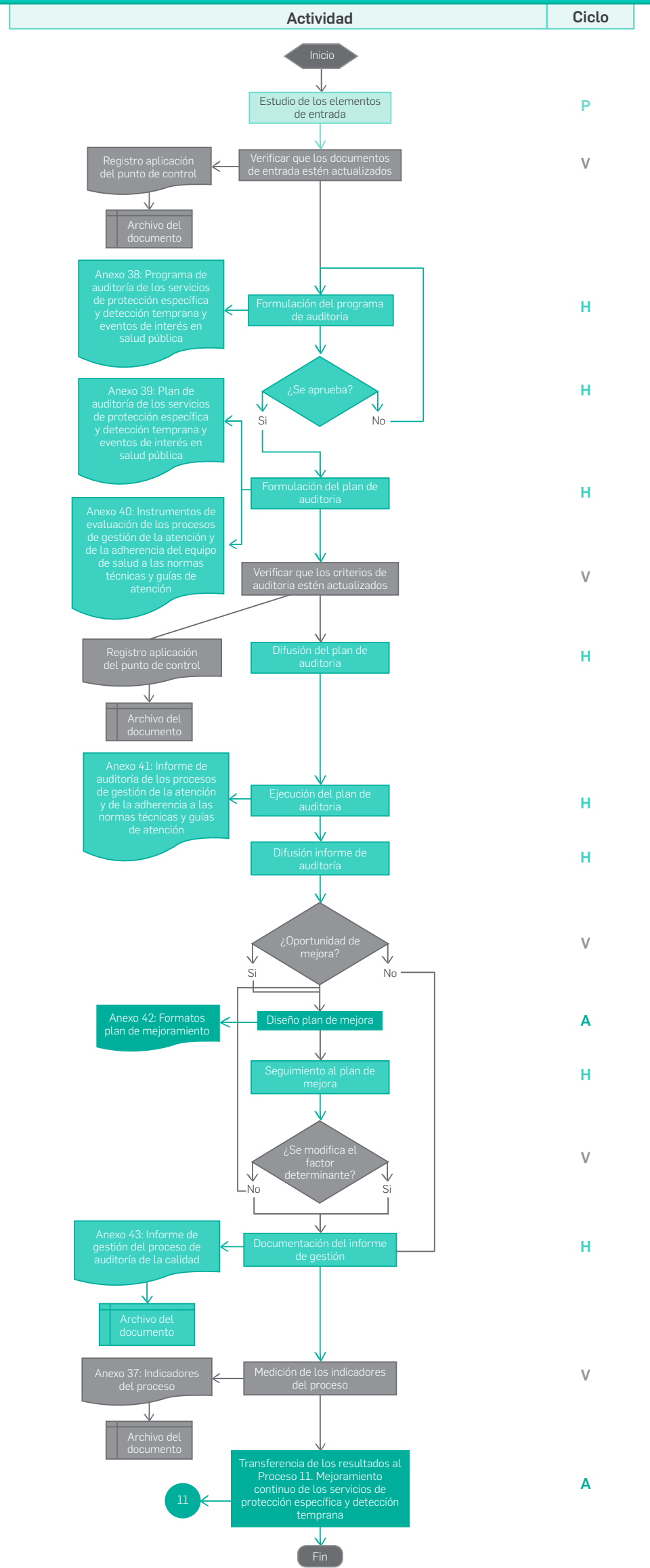
- Monitorear el cumplimiento del programa de auditoría interna de la calidad.
- Realizar seguimiento a la oportunidad de entrega de los informes, dentro de los 8 días posteriores a la ejecución de la auditoría.
- Alcanzar niveles de desarrollo avanzados en los procesos para la gestión de la atención de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Alcanzar niveles satisfactorios de adherencia a las normas técnicas de detección temprana y protección específica y a las guías de atención de las enfermedades de interés en salud pública.



<b>Nombre del proceso:</b> <b>Auditoría a la calidad de los procesos de gestión y atención de los servicios de protección específica y detección temprana</b>		<b>Versión:</b>
<i>Logros esperados:</i> <ul style="list-style-type: none"><li>• Soportar la medición trimestral de la ejecución de las actividades de auditoría programadas en el año.</li><li>• Soportar la entrega de por lo menos el 90 % de los informes de auditoría interna a más tardar 8 días después de la ejecución de la auditoría.</li><li>• Soportar el cumplimiento satisfactorio de por lo menos el 95 % de los criterios de calidad definidos para evaluar la adherencia a las normas técnicas de detección temprana y protección específica y a las guías de atención de las enfermedades de interés en salud pública.</li></ul>		
<i>Elementos de entrada:</i> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Normas y guías de atención de detección temprana y protección específica y de atención a enfermedades de interés en salud pública.</li><li>2. Procesos documentados en la entidad para la gestión de los servicios de protección específica y detección temprana.</li><li>3. Historias clínicas de personas atendidas en los servicios de protección específica y detección temprana.</li><li>4. Informe de servicios habilitados en la institución.</li><li>5. Informes de auditorías anteriores.</li><li>6. Planes de mejoramiento previos para su seguimiento.</li></ol>		
<i>Elementos de transformación:</i> <p>A partir del análisis de los elementos de entrada, se realiza el diseño y posterior aprobación del programa de auditoría, el plan de auditoría y los instrumentos de evaluación. De acuerdo con las actividades definidas en el plan de auditoría se procede a darles cumplimiento y a generar un informe de auditoría que dé cuenta de los hallazgos; el análisis de éstos permitirá a la institución identificar oportunidades de mejora.</p>		
<i>Elementos de salida:</i> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Anexo 38: Programa de auditoría de los servicios de protección específica y detección temprana y de eventos de interés en salud pública.</li><li>2. Anexo 39: Plan de auditoría de los servicios de protección específica y detección temprana y de eventos de interés en salud pública.</li><li>3. Anexo 40: Instrumentos de evaluación de los procesos de gestión de la atención y de la adherencia del equipo de salud a las normas técnicas y guías de atención.</li><li>4. Anexo 41: Informe de auditoría de los procesos de gestión de la atención y de la adherencia a las normas técnicas y guías de atención.</li><li>5. Anexo 42: Formatos plan de mejoramiento.</li><li>6. Anexo 43: Informe de gestión del proceso de auditoría de la calidad.</li></ol>		
<i>Responsable</i> (puede ser uno de los siguientes): Gerente Líder de auditoría de la calidad / Equipo de auditoría		

Nombre del proceso:		Versión:
<b>Auditoría a la calidad de los procesos de gestión y atención de los servicios de protección específica y detección temprana</b>		
<p><i>Recursos humanos</i> (según la entidad pueden participar los siguientes):            Profesional en salud especialista en auditoría, líder de auditoría de la calidad, o auditores internos            Coordinador            Gerente en sistemas de información</p> <p><i>Recursos tecnológicos:</i>            Equipo de cómputo</p> <p><i>Recursos físicos:</i>            Equipos de oficina y papelería</p>		
<p><i>Requisitos:</i>            Disponibilidad de recursos humanos, tecnológicos y físicos.            Conocimiento y disponibilidad de los elementos de entrada.            Programa de auditoría aprobado.            Difusión del programa y el plan de auditoría.</p>		
<p><i>Indicadores del proceso</i> (Anexo 44):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Porcentaje de cumplimiento del programa de auditoría.</li> <li>Oportunidad de entrega de los informes.</li> <li>Porcentaje de cumplimiento de los criterios de auditoría.</li> <li>Cobertura en auditoría de los servicios de detección temprana y protección específica.</li> </ol>		
<p><i>Puntos de control:</i>            Documentos de entrada actualizados.            Instrumentos de auditoría con los criterios actualizados.            Evaluación de indicadores del proceso.</p>		

**Flujograma:** Auditoría a la calidad de los procesos de gestión y atención de los servicios de protección específica y detección temprana



Nota: La Entidad debe de definir los responsables para la ejecución de las actividades del proceso de acuerdo a los perfiles de talento humano y recursos disponibles.

<b>Firma:</b>			
<b>Nombre:</b>			
<b>Cargo:</b>	Líder del proceso	Coordinador promoción y prevención	Gerente
<b>Fecha:</b>			





## Anexo 38. Programa de auditoría de los servicios de protección específica y detección temprana y de eventos de interés en salud pública

*El presente modelo corresponde a la estructura que puede ser adaptada para documentar el programa de auditoría de los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Es importante tener presente los lineamientos institucionales, especialmente los relativos a la evaluación interna de los procesos, los cuales pueden estar definidos en el sistema de gestión de la calidad.*

### PROGRAMA DE AUDITORÍA

**IPS:**

**Fecha de elaboración:**

**Periodo que cubre:**

**Objetivo:**

(Redacte en el espacio el objetivo principal y los objetivos específicos, si es el caso, del programa de auditoría)

**Alcance:**

(Describa en este espacio la extensión o límite de la auditoría)

**Recursos del programa de auditoría:**

- i. Recursos humanos:
- ii. Recursos físicos:
- iii. Recursos tecnológicos:
- iv. Recursos financieros:

**Cronograma de ejecución de las auditorías**

*En la tabla 80 se programan las auditorías; para tal fin, al frente de cada norma o proceso se selecciona el mes en el que se ejecutará la actividad y se escribe la fecha de inicio de la misma; por ejemplo: la adherencia a la norma técnica de atención del recién nacido, específicamente a la consulta de control de las 72 horas de vida, está programada para el día 15 de febrero.*







Proceso, norma técnica o guía de atención	Auditor o Equipo Auditor	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.
Inducción a la demanda													
Seguimiento de la adherencia de los usuarios													
Mejoramiento continuo de los servicios													

Responsable programa de auditoría:

Aprobado por:

### Anexo 39. Plan de auditoría de los servicios de protección específica y detección temprana y de eventos de interés en salud pública

Cada una de las auditorías debe contar con un plan de auditoría. En el presente documento se ofrece un modelo sugerido del plan de auditoría. Al igual que en el caso anterior, es pertinente tener en cuenta los lineamientos definidos en el sistema de gestión de la calidad de la entidad al momento de realizar la adaptación de este modelo.

Tabla 81. Plan de auditoría de los servicios de protección específica y detección temprana y de eventos de interés en salud pública

<b>PLAN DE AUDITORÍA AÑO ____</b>		Código:
		Versión:
Proceso y /o guía de atención:	Alcance:	
Líder:		
Auditor (es):		
Documentos de referencia: (normas, guías o protocolos u otra bibliografía que ha sido consultada de acuerdo con el alcance de la auditoría)		

Criterios de auditoría:						
Reunión	Fecha	Hora	Lugar			
Apertura						
Cierre						
Actividad	Auditado	Auditor	Fecha	Hora inicio	Hora final	Lugar
Observaciones						

**Firma del Auditor (es):**

## Anexo 40. Instrumentos de evaluación de los procesos de gestión de la atención y de la adherencia del equipo de salud a las normas técnicas y guías de atención

*En este Manual se propone la evaluación de dos componentes: a) el nivel de desarrollo de los procesos para la gestión de la atención en los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y b) el nivel de adherencia a las normas técnicas de detección temprana y protección específica y a las guías de atención de las enfermedades de interés en salud pública. El primero de los componentes aplica tanto en las EAPB como en las IPS, y el segundo sólo en las IPS.*

*Con el objeto de establecer puntos de comparación a lo largo del tiempo, se recomienda inicialmente establecer una escala de evaluación para luego continuar con la definición de criterios de calidad e instrumentos de evaluación. Finalmente, se presentará un modelo para la elaboración de los informes.*

## Evaluación del nivel de desarrollo de los procesos de gestión de la atención en IPS y EAPB

La evaluación de los procesos para la gestión de la atención en los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad se realiza en el marco de un sistema de mejoramiento continuo o ciclo PHVA de la calidad. En la tabla 82 se presenta una estructura sugerida para establecer la escala de evaluación, la misma se puede establecer con una escala cualitativa o cuantitativa.

a. Escala de evaluación de los procesos

**Tabla 82.** Escala de evaluación del nivel de desarrollo de los procesos para la gestión de los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad

Escala cualitativa	Escala cuantitativa	Descripción del nivel de desarrollo del proceso para la gestión
Nivel de desarrollo	Porcentaje de desarrollo	
Mínimo	0 % a 10 %	El proceso o actividad no está implementado o la mayoría de la información es anecdótica.
Incipiente	11 % a 49 %	En la institución se evidencia documentación ( <b>planeación</b> ) de los procesos que da respuesta a los estándares evaluados.
Medio	50 % a 69 %	Se evidencian registros de ejecución de acciones ( <b>hacer</b> ) relacionados con los estándares evaluados, o es necesario implementar medidas correctivas para dar cumplimiento a algunos de los estándares.
Adecuado	70 % a 89 %	Soportan evaluación ( <b>verificar</b> ) del cumplimiento de los objetivos y metas planteados en la fase de documentación de los procesos, o es necesario implementar acciones de mejora para dar cumplimiento a algunos de los estándares.
Avanzado	90 % a 100 %	El análisis de los indicadores ha permitido la implementación ( <b>actuar</b> ) de acciones de mejora o mantenimiento de los logros alcanzados.

b. Nivel de desarrollo del proceso:

El porcentaje de cumplimiento de cada uno de los procesos evaluados se determina de la siguiente manera:

$$\text{Nivel de desarrollo evidenciado} = \frac{\text{Número de criterios soportados "Sí"}}{\text{Número de criterios evaluados "Sí" + "No"}} \times 100\%$$

c. Evaluación del ciclo PHVA:

*El instrumento de evaluación de los procesos de gestión está estructurado de tal manera que en cada uno de los procesos se evalúa de acuerdo con los componentes del ciclo de mejoramiento continuo (PHVA). Es pertinente anotar que algunos de los criterios establecidos para la evaluación de la gestión no son evaluados como procesos (más adelante se definen cuáles).*

Los componentes evaluados en los procesos corresponden a cada una de las etapas del ciclo de mejoramiento continuo PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar) de la siguiente manera. Ejemplo:

**Tabla 83.** Descripción de los componentes evaluados en los procesos de gestión

Orden	Proceso	Componentes	Evaluación
1	Caracterización de la población: En la IPS se tiene implementado un proceso por medio del cual se realiza la caracterización de la población sujeto de atención en los servicios de detección temprana y protección específica.	Proceso documentado (P)	(Sí / No / No aplica)
		Registros de difusión y ejecución (H)	(Sí / No / No aplica)
		Evaluación del cumplimiento (V)	(Sí / No / No aplica)
		Plan de mejoramiento (A)	(Sí / No / No aplica)

*Si en una entidad se ofertan servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, se espera que se tengan implementados todos procesos definidos para la evaluación de la gestión y la implementación de los procesos en las EAPB o IPS, se debe realizar en el marco de un sistema de mejoramiento continuo, el cual se debe cumplir con el cierre del ciclo de calidad.*

*Si en la entidad se cuenta con el "Proceso documentado (P)", en ningún caso los demás componentes deben ser evaluados como "No aplica", de esta manera se garantiza que la comparación del nivel de desarrollo a lo largo del tiempo sea comparativa (al no alterar el denominador de la fórmula para determinar el nivel de desarrollo del proceso).*

d. Registro del nivel de desarrollo, observaciones y recomendaciones:

Como parte de la evaluación, se debe registrar para cada uno de los procesos evaluados:

- I. Nivel de desarrollo: como se indicó, corresponde al porcentaje de cumplimiento de los componentes del ciclo de mejoramiento PHVA. Este se puede presentar en una escala cualitativa o cuantitativa.
- II. Observaciones/evidencias: corresponden a la relación y descripción de los soportes de la ejecución de los procesos, los mismos deben dar cuenta de cada una de las etapas del ciclo PHVA.



- III. Recomendaciones: considerando el nivel de desarrollo y la calidad de los soportes presentados, se deben formular acciones que permitan orientar a la institución y al responsable del proceso sobre las acciones que se deben ejecutar para cerrar la brecha de calidad identificada durante la evaluación.
- e. La estructura del instrumento de evaluación para cada uno de los procesos es la siguiente:

**Tabla 84.** Estructura del instrumento de evaluación de los procesos

Orden	Proceso	Componentes	Evaluación	Nivel evidenciado	Observaciones/ evidencias	Recomendaciones
1	<b>Caracterización de la población:</b>  En la IPS se tiene implementado un proceso por medio del cual se realiza la caracterización de la población sujeto de atención en los servicios de detección temprana y protección específica.	Proceso documentado	Sí / No / No aplica			
		Registros de difusión y ejecución	Sí / No / No aplica			
		Evaluación del cumplimiento	Sí / No / No aplica			
		Plan de mejoramiento	Sí / No / No aplica			

- f. Medición de indicadores de estructura y proceso:

Para algunos de los procesos evaluados se han definido indicadores de estructura, proceso y resultado, los cuales complementan la evaluación del proceso. El porcentaje de cumplimiento de estos indicadores corresponderá a:

$$\text{Porcentaje de cumplimiento} = \frac{\text{Número de criterios que se cumplen "Sí"}}{\text{Número de criterios evaluados "Sí" + "No"}} \times 100$$

La estructura del instrumento de medición de los criterios que componen los indicadores es la siguiente:

**Tabla 85.** Estructura de los indicadores complementarios a los procesos

Caracterización de la población ¿Soporte?		Evaluación ¿Soporte?
1	¿La IPS tiene actualizado el estudio de la población asignada en los servicios de detección temprana y protección específica (del último año)? - Contiene como mínimo las siguientes variables:	Sí/No
1.2	Variables demográficas: Grupo poblacional, procedencia, edad, sexo, etnia, escolaridad, profesión u oficio.	Sí/No
1.3	....	

**Evaluación del nivel y porcentaje de adherencia del equipo de salud a las normas técnicas y guías de atención en las IPS**

a. Escala de evaluación:

En el enfoque del modelo de evaluación de la adherencia a las normas o guías se diferencian los criterios de adherencia en dos categorías:

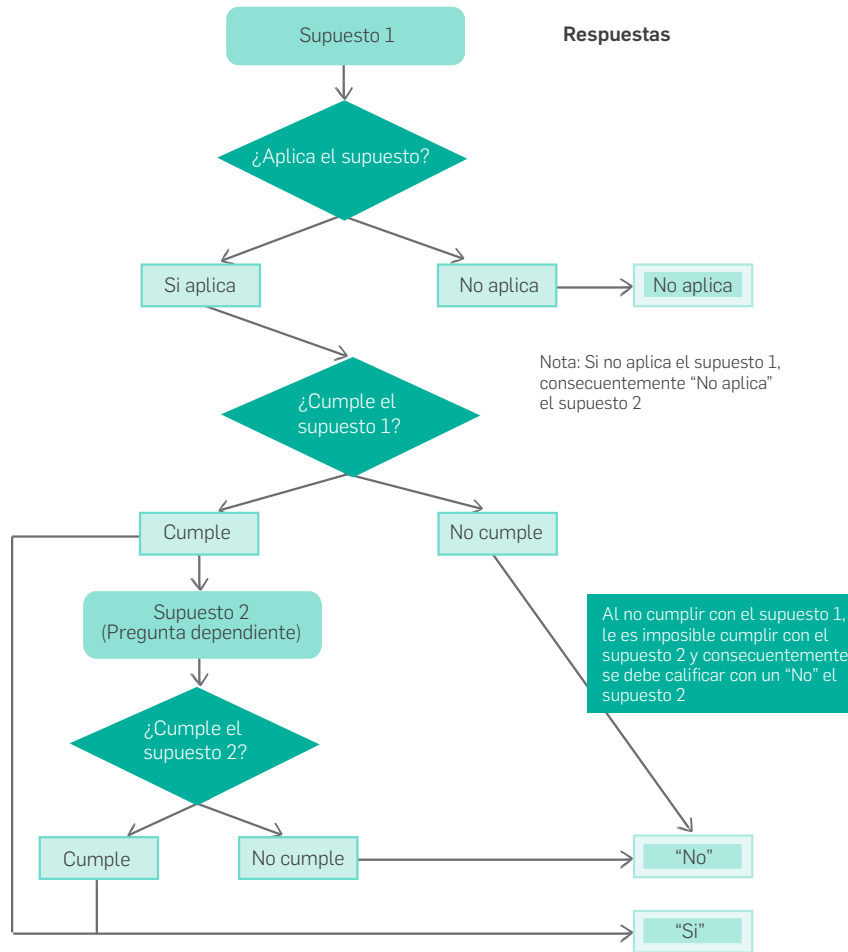
- A. *Criterios de atención no negociables:* En esta categoría se incluyen aquellas actividades e intervenciones que son esenciales para garantizar la calidad de la atención, las cuales se homologan a aquellas acciones que salvan vidas o que sería intolerable que dentro de un proceso de atención de calidad se omita la ejecución de la misma por parte del profesional.
- B. *Criterios de adherencia generales (excepto los no negociables):* En este grupo se incluyen los demás criterios evaluados, que no fueron incluidos en el grupo anterior. Se debe resaltar que estos criterios hacen parte de las normas técnicas o guías de atención de obligatorio cumplimiento; sin embargo, admiten un nivel menor de adherencia debido a criterios de pertinencia, o corresponden a intervenciones cuya ausencia no representa un nivel de riesgo tan alto para la salud de la persona como el del anterior grupo.

*La escala de evaluación se puede establecer con una escala cualitativa o cuantitativa.*

**Tabla 86.** Escala de evaluación del nivel de adherencias a las normas técnicas de detección temprana y protección específica y a las guías de atención de las enfermedades de interés en salud pública

Rangos de cumplimiento esperados	Cumple con	
Criterios de adherencia no negociables	>=95%	Cumple
	<95%	Requiere plan de mejora
Criterios de adherencia generales (excepto los no negociables)	>=80%	Cumple
	<80%	Requiere plan de mejora

a. Algoritmo para calificar el cumplimiento de un criterio de adherencia:



Si la solución de la pregunta no depende de otra pregunta previa, se responde sólo la parte identificada como "Supuesto 1". Por el contrario, si la solución del criterio depende de un criterio evaluado previamente, o que sin ser preguntado es necesario para responder la pregunta (por ejemplo una ayuda diagnóstica), se debe aplicar todo el algoritmo, es decir, una vez solucionado el "Supuesto 1" se procede a solucionar el "Supuesto 2":

Antes de responder el "Supuesto 2" se debe verificar que se "cumple" con el "Supuesto 1". Según el algoritmo los posibles escenarios son los siguientes:



**Tabla 87.** Posibles escenarios resultantes de la aplicación del algoritmo para solucionar los criterios de adherencia dependientes

Escenario	Supuesto 1	Supuesto 2
Escenario 1	No aplica	No aplica
Escenario 2	No cumple	No cumple
Escenario 3	Cumple	Cumple
Escenario 4	Cumple	No cumple

En todos los escenarios la respuesta del “Supuesto 2” depende de la solución dada al “Supuesto 1”.

A modo de ejemplo, se presentan a continuación dos casos de preguntas dependientes, estos criterios hacen parte del instrumento para evaluar la adherencia a la norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo. Para la solución de los casos, se debe aplicar el algoritmo definido para calificar el cumplimiento del criterio de adherencia.

Caso 1:

Supuesto 1:

Criterio objeto de evaluación	Método de verificación
Suplementación con micronutrientes	Cumple si se formuló la suplementación con micronutrientes (hierro, ácido fólico y calcio) desde el inicio del CPN.

Supuesto 2:

Criterio objeto de evaluación	Método de verificación
Suplementación con micronutrientes	Cumple si se formuló la suplementación a dosis adecuadas: Ácido fólico 400 mcg día al menos hasta la semana 12, calcio 1200 mg por día y hierro 60 mg de hierro elemental por día. Nota: No aplica el hierro en hemoglobina mayor de 14Mdl.

Como puede verse, la solución del “Supuesto 2” depende del “Supuesto 1”.



Caso 2:  
Supuesto 2:

Criterio objeto de evaluación	Método de verificación
Búsqueda de las causas de anemia en la gestante	En caso de presentar hemoglobina menor de 11 g/dL, cumple si se buscaron causas de esta anemia.

En este caso el instrumento no incluye ningún criterio donde se registre la prescripción de la hemoglobina. El auditor debe verificar primero el resultado de la prueba de laboratorio "Supuesto 1", para poder proceder a responder el criterio de calidad evaluado "Supuesto 2".

b. Porcentaje de adherencia:

El porcentaje de adherencia a las normas técnicas y guías de atención se determina de la siguiente manera:

Porcentaje de adherencia evidenciado =

$$\frac{\text{Número de criterios que se cumplen "Sí"}}{\text{Número de criterios evaluados ("Sí" + "No ")}} \times 100$$

Nota: los criterios calificados con "no aplican" no se tienen en cuenta para determinar el porcentaje de adherencia.

c. La estructura del instrumento de evaluación para cada una de las normas técnicas y guías de atención.

*El instrumento de evaluación consta de tres columnas iniciales, donde se identifica el criterio de adherencia: consecutivo, nombre del criterio objetos de evaluación y descripción de método de verificación; las demás columnas corresponden a las historias clínicas objeto de evaluación: HC1, HC2, HC3, etc. El número de columnas para registrar el resultado de la evaluación dependerá del tamaño de la muestra establecida por el grupo de auditoría. La descripción del "método de verificación" se constituye a su vez en el instructivo para el diligenciamiento del instrumento de evaluación de la adherencia, el cual puede tener adicionalmente anotaciones o tablas de referencia. En los instrumentos que se presentarán más adelante se determina cuáles son las posibles respuestas que se deben dar a cada uno de los criterios evaluados.*

**Tabla 88.** Estructura del instrumento de evaluación de adherencia a las normas técnicas y guías de atención

#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1	HC2
1	Número de historia clínica	Registre el número de la historia clínica evaluada.		
2	Seguridad social	Según información de la historia clínica, registre el régimen de seguridad social de la persona.		
3	Grupo étnico	Verifique si en la historia clínica se registró el grupo étnico (en caso positivo, registre el grupo).		
4	Grupo poblacional	Verifique si en la historia clínica se registró el grupo poblacional (en caso positivo, registre el grupo).		
5	Edad	Registre la edad actual de la gestante (en años).		

## INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DEL NIVEL DE DESARROLLO DE LOS PROCESOS BÁSICOS EN LAS IPS Y EAPB

### Instrumentos para la evaluación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud —IPS—

Evaluación de los procesos para la gestión de la atención en los servicios de protección específica y detección temprana

### Capítulo 1. Matriz de información general

Tabla 89. Matriz de información general IPS – Parte 1

Información general de la implementación de las normas técnicas y guías de atención Vacunación según esquema del PAI		Normas técnicas de protección específica				
		Atención preventiva en salud bucal	Atención del posparto (Consulta de revisión a los 7 días)	Atención al recién nacido (Consulta de revisión a las 72 horas)	Atención en planificación familiar a hombres y mujeres	
1	Total de la población asignada a la IPS, objeto de atención según norma o guía de atención.	Número	Número	Número	Número	Número
2	Total de la población registrada en la base de datos del servicio o programa. Mínimo con datos de ubicación	Número	Número	NA	NA	Número
3	Total de la población activa en el servicio o programa.	Número	Número	NA	NA	Número

Información general de la implementación de las normas técnicas y guías de atención Vacunación según esquema del PAI		Normas técnicas de protección específica				
		Atención preventiva en salud bucal	Atención del posparto (Consulta de revisión a los 7 días)	Atención al recién nacido (Consulta de revisión a las 72 horas)	Atención en planificación familiar a hombres y mujeres	
4	Porcentaje de personas inasistentes recuperadas mediante acciones de búsqueda.	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
5	Número de las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana y para la atención de las enfermedades de interés en salud pública ejecutadas en el periodo enero a junio de 2014.	Número	Número	Número	Número	Número
6	La IPS tiene implementado un formato de historia clínica para registrar la atención según la norma técnica o guía de atención.	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No



Tabla 90. Matriz de información general IPS – Parte 2

Información general de la implementación de las normas técnicas y guías de atención		Normas técnicas de detección temprana						
		Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven	Detección temprana de las alteraciones del embarazo	Detección temprana de las alteraciones del adulto	Detección temprana del cáncer de cuello uterino	Detección temprana del cáncer de seno	Detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual	
1	Total de la población asignada a la IPS, objeto de atención según norma o guía de atención.	Número	Número	Número	Número	Número	Número	Número
2	Total de la población registrada en la base de datos del servicio o programa. Mínimo con datos de ubicación.	Número	Número	Número	Número	Número	Número	Número
3	Total de la población activa en el servicio o programa.	Número	Número	Número	Número	Número	Número	Número
4	Porcentaje de personas inasistentes recuperadas mediante acciones de búsqueda.	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
5	Número de las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana y para la atención de las enfermedades de interés en salud pública ejecutadas en el periodo enero a junio de 2014.	Número	Número	Número	Número	Número	Número	Número
6	La IPS tiene implementado un formato de historia clínica para registrar la atención según la norma técnica o guía de atención.	Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No

**Tabla 91.** Matriz de información general IPS – Parte 3

Información general de la implementación de las normas técnicas y guías de atención		Enfermedades de transmisión sexual		Riesgo vascular		Menor y mujer maltratados
		Otras ITS	Total afiliados x 7% (Prevalencia esperada DM)	Total afiliados x 18% (Prevalencia esperada HTA)		
Población con VIH/sida						
1	Total de la población asignada a la IPS, objeto de atención según norma o guía de atención.	Número	Número	Número	Número	Número
2	Total de la población registrada en la base de datos del servicio o programa. Mínimo con datos de ubicación.	Número	Número	Número	Número	Número
3	Total de la población activa en el servicio o programa.	Número	Número	Número	Número	Número
4	Porcentaje de personas inasistentes recuperadas mediante acciones de búsqueda.	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
5	Número de las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana y para la atención de las enfermedades de interés en salud pública ejecutadas en el período enero a junio de 2014.	Número	Número	Número	Número	Número
6	La IPS tiene implementado un formato de historia clínica para registrar la atención, según la norma técnica o guía de atención.	Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No



## Capítulo 2. Procesos transversales

a. Los procesos evaluados en este capítulo son:

**Tabla 92.** Procesos transversales para la gestión de la atención IPS

Orden	Proceso
1	<p><b>Caracterización de la población:</b></p> <p>En la IPS se tiene implementado un proceso por medio del cual se realice la caracterización de la población sujeto de atención en los servicios de detección temprana y protección específica.</p>
2	<p><b>Estrategias de inducción a la demanda:</b></p> <p>En la institución se tiene establecido un proceso para determinar, programar, ejecutar y hacer seguimiento a las estrategias para la inducción a la demanda a los diferentes servicios de detección temprana y protección específica, ofertados por la IPS a la que se encuentra afiliado el usuario.</p>
3	<p><b>Estrategias IEC dirigidas a los usuarios:</b></p> <p>La institución tiene documentado un plan que contemple estrategias de información, comunicación y educación —IEC— dirigidas a los usuarios, familias y comunidad en general.</p>
4	<p><b>Capacitación dirigida al personal de salud:</b></p> <p>La institución tiene documentado el plan de capacitación y el programa de capacitación dirigido al personal de salud que labora en la IPS.</p>
5	<p><b>Búsqueda de inasistentes:</b></p> <p>La IPS cuenta con un proceso por medio del cual se definan e implementen estrategias para la búsqueda activa de los usuarios que no asisten a las citas programadas.</p>
6	<p><b>Suficiencia de talento humano:</b></p> <p>La IPS cuenta con un proceso por medio del cual se evalúe y garantice la suficiencia del talento humano (asistencial) para la prestación del servicio de protección específica y detección temprana.</p>
7	<p><b>Suficiencia de recursos físicos y tecnológicos:</b></p> <p>La IPS cuenta con un proceso por medio del cual se garantice la suficiencia de recursos tecnológicos y físicos para la prestación del servicio con calidad.</p>
8	<p><b>Auditoría para el mejoramiento de la calidad:</b></p> <p>La institución tiene documentado un proceso de auditoría interna e integral de la calidad, y hay evidencia de su aplicación periódica.</p>



b. Los criterios evaluados en el capítulo "Procesos transversales" son:

**Tabla 93.** Criterios relacionados con el proceso "Caracterización de la población" IPS

Caracterización de la población ¿Soporte?		Evaluación ¿Soporte?
1	¿La IPS tiene el estudio actualizado (del último año) de la población asignada en los servicios de detección temprana y protección específica? - Contiene <b>como mínimo las siguientes variables:</b>	Sí/No
1.2	<b>Variables demográficas:</b> grupo poblacional, procedencia, <b>edad</b> , <b>sexo</b> , etnia, <b>escolaridad</b> , profesión u oficio.	Sí/No
1.3	<b>Variables sociales:</b> régimen de seguridad social, nivel del SISBEN, estrato socioeconómico, dirección, teléfono, orientación sexual, consumo de sustancias psicoactivas y licor.	Sí/No
1.4	<b>Variables de salud:</b> fecha de ingreso al programa, clasificación de la enfermedad, adherencia al tratamiento, fallas de tratamiento, requirió tutela para el acceso, entre otras.	Sí/No

**Tabla 94.** Criterios relacionados con el proceso "Inducción a la demanda" IPS

Inducción a la demanda		Evaluación
2	El plan de inducción a la demanda contiene actividades en los siguientes servicios: (Evaluar el número de actividades programadas y los soportes de ejecución)	¿Está contenido?
2.1	Atención preventiva en salud bucal	Sí/No
2.2	Atención del parto	Sí/No
2.3	Atención al recién nacido	Sí/No
2.4	Atención en planificación familiar a hombres y mujeres	Sí/No
2.5	Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo (menores de 10 años)	Sí/No
2.6	Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (10-29 años)	Sí/No
2.7	Detección temprana de las alteraciones del embarazo	Sí/No
2.8	Detección temprana de las alteraciones del adulto (mayor de 45 años)	Sí/No
2.9	Detección temprana del cáncer de cuello uterino	Sí/No
2.10	Detección temprana del cáncer de seno	Sí/No
2.11	Detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual	Sí/No
2.12	Bajo peso al nacer - Programa canguro	Sí/No
2.13	Ruta de atención de maltrato y abuso sexual	Sí/No

Inducción a la demanda		Evaluación
2.14	Infecciones de Transmisión Sexual –ITS–	Sí/No
2.15	Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia –AIEPI–	Sí/No
2.16	Riesgo vascular	Sí/No
2.17	¿El plan o programa de inducción a la demanda contiene actividades específicas para inducir a la demanda a la población no consultante?	Sí/No

**Tabla 95.** Criterios relacionados con el proceso “Estrategias IEC dirigidas a los usuarios” IPS

Estrategias IEC dirigidas a los usuarios		Evaluación
3	¿El plan de información, educación y comunicación –IEC– dirigido a los usuarios, familias y comunidad contiene por los menos algunos temas relacionados con?	¿Está contenido?
3.1	Atención preventiva en salud bucal	Sí/No
3.2	Educación a la gestante (curso psicoprofiláctico)	Sí/No
3.3	Atención en planificación familiar a hombres y mujeres	Sí/No
3.4	Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo (menores de 10 años)	Sí/No
3.5	Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (10-29 años)	Sí/No
3.6	Detección temprana de las alteraciones del adulto (mayor de 45 años)	Sí/No
3.7	Detección temprana del cáncer de cuello uterino	Sí/No
3.8	Detección temprana del cáncer de seno	Sí/No
3.9	Detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual	Sí/No
3.10	Infecciones de Transmisión Sexual –ITS–	Sí/No
3.11	Información en la interrupción voluntaria del embarazo –IVE–	Sí/No
3.12	Riesgo vascular	Sí/No

**Tabla 96.** Criterios relacionados con el proceso “Capacitación dirigida al personal” IPS

Capacitación del personal asistencial de la IPS		Evaluación
4	¿El plan capacitación del presente año dirigido al personal de la IPS (asistencial y administrativo), contiene por los menos los siguientes temas? (Es válido que el personal sea capacitado por otras entidades como SSM)	¿Está contenido?
4.1	Asesoría pre y postest para VIH	Sí/No
4.2	Síndrome hipertensivo asociado al embarazo	Sí/No
4.3	Estrategia Servicios Amigables para Adolescentes y Jóvenes –SAAJ–	Sí/No
4.4	Guías de Atención Integral (GAI 2013)	Sí/No
4.5	Anticoncepción de emergencia	Sí/No
4.6	Hipotiroidismo congénito	Sí/No
4.7	Atención odontológica del menor de 1 año	Sí/No
4.8	Fluorosis dental	Sí/No
4.9	Medición y registro de los índices COP-D y ceo-d	Sí/No

**Tabla 97.** Criterios relacionados con el proceso “Suficiencia de talento humano” IPS

Suficiencia de talento humano		Evaluación
5	¿En la IPS se evidencia la suficiencia del talento humano para la prestación de los servicios con calidad? (Comparar la existencia del talento humano con el estudio de suficiencia de personal y evaluar)	¿Hay suficiencia?
5.1	Médicos	Sí/No
5.2	Enfermeros	Sí/No
5.3	Nutricionistas	Sí/No
5.4	Psicólogos	Sí/No
5.5	Trabajadores sociales	Sí/No
5.5	Auxiliares de enfermería	Sí/No
5.7	Auxiliares de higiene oral	Sí/No

**Tabla 98.** Criterios relacionados con “Suficiencia de la estructura física, recursos tecnológicos y medicamentos” IPS

Suficiencia de recursos físicos, tecnológicos, medicamentos y dispositivos médicos		Evaluación
6	¿En la IPS se evidencia la suficiencia de insumos indispensables para la prestación de los servicios con calidad?	¿Se soporta?
6.1	Métodos de planificación familiar: condones, inyectable mensual, inyectable trimestral, microdosis para lactante, anovulatorios orales, implante subdérmico, anticoncepción de emergencia.	Sí/No
6.2	Dotación y equipos: Insumos para higienización de manos, básculas para niños y adulto, cinta métrica, tallímetros, tablas para medición de agudeza visual, material de apoyo educativo.	Sí/No
6.3	Infraestructura (consultorios y espacios para actividades grupales).	Sí/No

**Tabla 99.** Criterios relacionados con el proceso “Auditoría para el mejoramiento de la calidad” IPS -Parte 1: Criterios

Auditoría interna a la calidad		Evaluación
7	¿En el programa de auditoría interna de la calidad implementado en la IPS, se incluye?:	¿Está contenido?
7.1	Atención preventiva en salud bucal	Sí/No
7.2	Atención en planificación familiar a hombres y mujeres	Sí/No
7.3	Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo (menores de 10 años)	Sí/No
7.4	Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (10-29 años)	Sí/No
7.5	Detección temprana de las alteraciones del embarazo	Sí/No
7.6	Detección temprana de las alteraciones del adulto (mayor de 45 años)	Sí/No
7.7	Detección temprana del cáncer de cuello uterino	Sí/No
7.8	Detección temprana del cáncer de seno	Sí/No
7.9	Detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual	Sí/No
7.10	Infecciones de Transmisión Sexual —ITS—	Sí/No
7.11	Riesgo vascular	Sí/No

**Tabla 100.** Criterios relacionados con el proceso “Auditoría para el mejoramiento de la calidad” IPS – Parte 2: Ejecución del programa de auditoría

	Número de auditorías programadas en el año ____	Número de auditorías ejecutadas en el año ____	Porcentaje de cumplimiento del programa de auditoría de la IPS	Observaciones
7.1	Número	Número	Porcentaje	Texto
7.2	Número	Número	Porcentaje	Texto
7.3	Número	Número	Porcentaje	Texto
7.4	Número	Número	Porcentaje	Texto
7.5	Número	Número	Porcentaje	Texto
7.6	Número	Número	Porcentaje	Texto
7.7	Número	Número	Porcentaje	Texto
7.8	Número	Número	Porcentaje	Texto
7.9	Número	Número	Porcentaje	Texto
7.10	Número	Número	Porcentaje	Texto
7.11	Número	Número	Porcentaje	Texto

**Tabla 101.** Criterios relacionados con el proceso “Auditorías internas a la calidad” IPS – Algunos indicadores para la auditoría del plan de mejoramiento

	Criterios	Número de acciones programadas año ____	Número de acciones ejecutadas a la fecha	Porcentaje ejecución
8	¿En el plan de mejoramiento documentado por la IPS se evidencia la implementación de acciones de mejora relacionadas con los diferentes programas y servicios ofertados por la institución?	Número	Número	Porcentaje
8.1	Atención preventiva en salud bucal	Número	Número	Porcentaje
8.2	Atención en planificación familiar a hombres y mujeres	Número	Número	Porcentaje
8.3	Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo (menores de 10 años)	Número	Número	Porcentaje
8.4	Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (10-29 años)	Número	Número	Porcentaje



	<b>Criterios</b>	<b>Número de acciones programadas año ____</b>	<b>Número de acciones ejecutadas a la fecha</b>	<b>Porcentaje ejecución</b>
8.5	Detección temprana de las alteraciones del embarazo	Número	Número	Porcentaje
8.6	Detección temprana de las alteraciones del adulto (mayor de 45 años)	Número	Número	Porcentaje
8.7	Detección temprana del cáncer de cuello uterino	Número	Número	Porcentaje
8.8	Detección temprana del cáncer de seno	Número	Número	Porcentaje
8.8	Detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual	Número	Número	Porcentaje
8.10	Infecciones de Transmisión Sexual –ITS–	Número	Número	Porcentaje
8.11	Riesgo vascular	Número	Número	Porcentaje

### Capítulo 3: Atención del parto y del recién nacido

Nota: a diferencia de los procesos evaluados en el referencial, en este capítulo no se verifica si cumple con el ciclo de mejoramiento PHVA, porque los criterios evaluados no se ejecutan como proceso en la mayoría de las IPS. En este orden de ideas, los criterios de calidad definidos en este proceso se evalúan mediante la verificación de su cumplimiento, y su escala de calificación estará dada por su porcentaje de cumplimiento.

a. Los criterios evaluados en este capítulo son:

**Tabla 102.** Criterios de calidad del proceso de atención del parto y del recién nacido: relacionados con la prevención del hipotiroidismo IPS

<b>Prevención del hipotiroidismo</b>		<b>Evaluación</b>
1	¿La IPS cuenta con un proceso o protocolo en el cual se establezcan las estrategias para la toma, evaluación y entrega de los resultados del TSH neonatal; las estrategias incluyen la garantía de búsqueda del neonato que presente resultados alterados?	¿Se soporta la estrategia?
1.1	Toma de muestra para el TSH al momento del parto.	Sí/No
1.2	Entrega de resultado antes del alta.	Sí/No
1.3	Búsqueda del neonato en caso de presentarse resultados alterados.	Sí/No
1.4	Notificación a la EPS en caso de presentarse resultados alterados.	Sí/No

**Tabla 103.** Criterios relacionados con el transporte de neonatos IPS

Transporte de neonatos		Evaluación
2	¿La IPS cuenta con un protocolo o proceso de transporte del recién nacido, intra e interinstitucional? El documento debe detallar, entre otros: criterios de remisión, las indicaciones de la incubadora de transporte, control de signos vitales, oximetría y el entrenamiento del personal responsable del transporte (médico o enfermero).	¿Se soporta la estrategia?
2.1	Criterios de remisión	Sí/No
2.2	Casos en los que se debe utilizar incubadora de transporte (intrainstitucional)	Sí/No
2.2	Casos en los que se debe utilizar incubadora de transporte (interinstitucional)	Sí/No
2.2	Estabilización del recién nacido previa a la remisión	Sí/No
2.3	Control de signos vitales y monitoreo de parámetros clínicos durante el transporte (líquidos, oximetría, pérdida de calor, ventilación, etc.)	Sí/No
2.4	Perfil del personal responsable del transporte	Sí/No
2.5	Entrenamiento del personal responsable del transporte	Sí/No

**Tabla 104.** Criterios de calidad del proceso de atención del parto y del recién nacido: relacionados con la referencia y contrarreferencia de gestantes IPS

Referencia y contrarreferencia de gestantes		Evaluación
3	El proceso de referencia y contrarreferencia de las gestantes tiene establecido los siguientes criterios:	¿Está contenido?
3.1	Criterios de remisión de las mujeres obstétricas.	Sí/No
3.2	Medición periódica de la proporción de mujeres gestantes, remitidas o contrarremitidas. (La contrarreferencia debe incluir por lo menos el resumen de la atención y el plan de manejo.)	Sí/No

**Tabla 105.** Criterios de calidad del proceso de atención del parto y del recién nacido: relacionados con atención a gestantes con diagnóstico de VIH IPS

Atención a gestantes con diagnóstico de VIH		Evaluación
4	¿En la IPS existe una guía de atención para la atención del parto de gestantes con diagnóstico de VIH?	¿Está contenido?
4.1	Se dispone de una guía, adaptada o adoptada, para la atención de gestantes con VIH actualizada en los últimos 3 años.	Sí/No
4.2	La guía establece verificar, al momento del ingreso para el parto, el resultado de la prueba de VIH del tercer trimestre.	Sí/No

Atención a gestantes con diagnóstico de VIH		Evaluación
4.3	En caso de desconocer el resultado de la prueba de VIH del tercer trimestre se realiza una prueba rápida.	Sí/No
4.4	Si la gestante es VIH positiva, se notifica a la EPS la atención del evento.	Sí/No

**Tabla 106.** Criterios relacionados con atención a gestantes con diagnóstico de HB IPS

Atención a gestantes con diagnóstico de HB		Evaluación
5	¿En la IPS existe una guía para la atención del parto de gestantes con diagnóstico de HB?	¿Está contenido?
5.1	Se dispone de una guía para la atención de gestantes con diagnóstico de HB actualizada en los últimos tres años	Sí/No
5.2	La guía establece verificar, al momento el ingreso para el parto, el resultado de la prueba de HB	Sí/No
5.3	En caso de desconocer el resultado de la prueba de HB se realiza la prueba en suero	Sí/No
5.4	Si la gestante es portadora de la HB, se notifica a la EPS la atención del evento.	Sí/No

**Tabla 107.** Criterios de calidad del proceso de atención del parto y del recién nacido relacionados con la atención del menor con bajo peso al nacer IPS

Madre canguro		Evaluación
6	¿En la institución se tiene implementada la estrategia "madre canguro"? La estrategia tiene definidos los objetivos, criterios de inclusión, educación a la familia y remisión al programa canguro.	¿Está contenido?
6.1	La estrategia "madre canguro" tiene objetivos definidos.	Sí/No
6.2	La estrategia "madre canguro" tiene definidos los criterios de inclusión.	Sí/No
6.3	La estrategia "madre canguro" tiene definida la educación para la madre y la familia.	Sí/No
6.4	La estrategia "madre canguro" tiene definidos los criterios de remisión al programa canguro.	Sí/No
6.5	La estrategia "madre canguro" has sido difundida con el personal del servicio de hospitalización obstétrica y de partos en el último año.	Sí/No



**Tabla 108.** Criterios de calidad del proceso de atención del parto y del recién nacido relacionados con las estrategias IEC dirigidas a los usuarios IPS

Estrategias IEC dirigidas a los usuarios		Evaluación
7	¿El plan por medio del cual se desarrollan las estrategias de información, educación y comunicación —IEC—, dirigido a los usuarios y familias, contiene por lo menos los siguientes temas?	Porcentaje de ejecución en el año _____
7.1	Lactancia materna	Porcentaje
7.2	Programa canguro	Porcentaje
7.3	Puericultura	Porcentaje
7.4	Hipotiroidismo congénito	Porcentaje
7.5	Signos de alarma (maternos y del recién nacido)	Porcentaje
7.6	Planificación familiar	Porcentaje

**Tabla 109.** Criterios de calidad del proceso de atención del parto y del recién nacido: relacionados con la capacitación dirigida al personal de salud IPS

Capacitación dirigida al personal de salud		Evaluación
8	¿El plan de capacitación, del presente año, dirigido al personal de salud contiene por los menos los siguientes temas?	Porcentaje de actividades ejecutadas en el año _____
8.1	Atención del parto y del recién nacido (trabajo de parto, parto y puerperio)	Porcentaje
8.2	Atención al recién nacido de bajo peso	Porcentaje
8.3	Reanimación neonatal	Porcentaje
8.4	Atención de las gestantes con hemorragia obstétrica (Código Rojo)	Porcentaje
8.5	Atención de gestantes con síndrome hipertensivo asociado al embarazo	Porcentaje
8.6	Lactancia materna	Porcentaje
8.7	Atención de gestantes con morbilidad materna extrema	Porcentaje

**Tabla 110.** Criterios de calidad del proceso de atención del parto y del recién nacido: relacionados con la suficiencia de talento humano IPS

Suficiencia de talento humano		Evaluación
9	¿En la IPS se evidencia la suficiencia del talento humano para la prestación de los servicios con calidad?	¿Está contenido?
9.1	La IPS documenta la suficiencia de obstetra las 24 horas, para la atención del parto y del recién nacido (ver cuadro de turnos y evaluación de suficiencia) (ver cuadro de turnos).	Sí/No
9.2	La IPS documenta la suficiencia de pediatra las 24 horas para la atención del parto y del recién nacido (ver cuadro de turnos y evaluación de suficiencia) (ver cuadro de turnos).	Sí/No
9.3	La IPS documenta la suficiencia de anesthesiólogo para la atención del parto y del recién nacido (ver cuadro de turnos y evaluación de suficiencia) (ver cuadro de turnos).	Sí/No
9.4	La IPS documenta la suficiencia de enfermeros las 24 horas para la atención del parto y del recién nacido (ver cuadro de turnos y evaluación de suficiencia).	Sí/No
9.5	La IPS documenta la suficiencia de auxiliar de enfermería las 24 horas para la atención del parto y del recién nacido (ver cuadro de turnos y evaluación de suficiencia).	Sí/No

**Tabla 111.** Criterios de calidad del proceso de atención del parto y del recién nacido: relacionados con la suficiencia de recursos físicos y tecnológicos IPS

Suficiencia de recursos físicos y tecnológicos		Evaluación
10	¿En la IPS se evidencia el cumplimiento y/o disponibilidad de los recursos físicos y tecnológicos para la prestación de los servicios con calidad?	¿Está disponible? / Número
10.1	Se dispone de banco de sangre o unidad transfusional las 24 horas.	Sí/No
10.2	Se dispone de ambulancia las 24 horas.	Sí/No
10.3	Se dispone de equipo completo de reanimación neonatal.	Sí/No
10.4	La IPS dispone del equipo para la atención de gestantes con diagnóstico de VIH.	Sí/No
10.5	Número de camas para el trabajo de parto.	Número
10.6	Número de camas para el posparto.	Número
10.7	Número de camas para la hospitalización obstétrica.	Número
10.8	Número de camas de UCI neonatal.	Número
10.9	Número de camas de cuidado intermedio neonatal.	Número
10.10	Número de camas de cuidado básico neonatal.	Número

Suficiencia de recursos físicos y tecnológicos		Evaluación
10.11	Número promedio de partos por vía vaginal en el periodo (definir periodo).	Número
10.12	Número promedio de partos por cesárea en el periodo (definir periodo).	Número

**Tabla 112.** Criterios de calidad del proceso de atención del parto y del recién nacido relacionados con el proceso de auditorías internas a la calidad

Proceso de auditorías internas a la calidad		Evaluación
11	En el programa de auditoría interna de la calidad implementado en la IPS, se incluye la evaluación periódica (mínimo una vez al año) de la adherencia a las siguientes normas o guías de atención:	¿Está contenido?
11.1	Norma técnica de atención del parto y del recién nacido (trabajo de parto, parto y puerperio)	Sí/No
11.2	Transporte de neonatos	Sí/No
11.3	Referencia y contrarreferencia de gestantes	Sí/No
11.4	Atención a gestantes con diagnóstico de VIH	Sí/No
11.5	Atención a gestantes con diagnóstico de HB	Sí/No
11.6	Madre canguro	Sí/No

**Tabla 113.** Criterios de calidad del proceso de atención del parto y del recién nacido relacionados con promoción de la lactancia materna

Lactancia materna		
12	Iniciativa Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia —IAMI—	¿Certificada?
12.1	La IPS se encuentra certificada como institución amiga de la mujer y de la infancia —IAMI—	Sí/No/En proceso

## Capítulo 4: Maltrato

a. Los procesos evaluados en este capítulo son:

**Tabla 114.** Proceso de atención del maltrato y de víctimas de violencia sexual

Orden	Criterio a evaluar
1	<p>Proceso atención del maltrato: La IPS tiene documentado un proceso de atención integral de la mujer y el menor maltratados.</p> <p>El proceso debe incluir los procedimientos para: Notificación de eventos, inicio de cadena de custodia, persona responsable, equipo institucional básico, rutas o flujogramas de atención, insumos y dotación, referencia y contrarreferencia, seguimiento rutinario, notificación epidemiológica y judicial.</p> <p>Nota: Si la entidad no tiene un proceso institucional debe soportar que ha adaptado las guías de atención de la mujer y el menor maltratado (se evalúa todo el PHVA)</p>
2	<p>Proceso atención de víctimas de violencia sexual: La IPS tiene documentado un proceso de atención integral de las víctimas de violencias sexuales.</p> <p>El proceso debe incluir los procedimientos para: Notificación de eventos, inicio de cadena de custodia, persona responsable, equipo institucional básico, rutas o flujogramas de atención, insumos y dotación, referencia y contrarreferencia, seguimiento rutinario, notificación epidemiológica y judicial.</p> <p>Nota: Si la entidad no tiene un proceso institucional debe soportar que ha adoptado el protocolo de atención de violencia sexual (se evalúa todo el PHVA).</p>

b. Los criterios relacionados con el capítulo Maltrato son:

**Tabla 115.** Criterios relacionados con el proceso “Estrategias IEC dirigidas a los usuarios” IPS

Estrategias IEC dirigidas a los usuarios		Evaluación
1	El plan de información, educación y comunicación —IEC— dirigido a los usuarios, familias y comunidad contiene por lo menos algunos de los temas relacionados con:	¿Está contenido?
1.1	Ruta de atención de violencia sexual	Sí/No
1.2	Derecho de acceder a la Interrupción Voluntaria del Embarazo —IVE—	Sí/No

**Tabla 116.** Criterios relacionados con el proceso “Capacitación del personal de la IPS”

Capacitación al personal de la IPS		Evaluación
2	¿El plan de capacitación dirigido al personal de la IPS (asistencial y administrativo), contiene por lo menos los siguientes temas? (Es válido que el personal sea capacitado por otras entidades como SSM)	¿Está contenido?
2.1	Protocolo de violencias sexuales (Resolución 459 de 2012)	Sí/No
2.2	Flujograma de atención de la violencia intrafamiliar	Sí/No
2.3	Guía de atención de la mujer maltratada	Sí/No
2.4	Guía de atención del menor maltratado	Sí/No
2.5	Ruta de atención de violencia sexual	Sí/No
2.6	Interrupción Voluntaria del Embarazo –IVE–	Sí/No

**Tabla 117.** Criterios relacionados con el “Kit postexposición en víctimas de violencia sexual” IPS

Kit postexposición en víctimas de violencia sexual		Evaluación
3	En la IPS se evidencia la disponibilidad del kit postexposición en víctimas de violencia sexual. El kit debe estar compuesto de los siguientes componentes e insumos:	¿Está contenido?
<b>Profilaxis para VIH en menores de 30 k (x 28 días)</b>		
3.1	Zidovudina (AZT). Suspensión 10 mg/ml. Frasco de 240 ml.	Sí/No
3.2	Lamivudina (3TC). Suspensión 10 mg/ml. Frasco de 240 ml.	Sí/No
3.3	Lopinavir / Ritonavir. Suspensión 80/20 mg/cc. Frasco de 160 ml. (Refrigerado)	Sí/No
<b>Profilaxis para VIH en mayores de 30 k (x 28 días)</b>		
3.4	Zidovudina (AZT) 300 mg + Lamivudina 150 mg. Tabletas.	Sí/No
3.5	Lopinavir / Ritonavir. 200 mg LPV/50 mg RTV. Tabletas.	Sí/No
<b>Profilaxis para ITS en menores de 30 K (dosis única)</b>		
3.6	Cefuroxima. Suspensión 250 mg/5 cc. Frasco 70 ml.	Sí/No
3.7	Azitromicina. Suspensión 200 mg/5 cc. Frasco 15 ml.	Sí/No
3.8	Metronidazol. Suspensión 250mg/5 cc. Frasco 120 ml.	Sí/No
<b>Profilaxis para ITS en mayores de 30 k (dosis única)</b>		
3.9	Ceftriazona. Ampolla de 1 gr.	Sí/No
3.10	Azitromicina. Tabletas de 500 mg.	Sí/No
3.11	Metronidazol. Tabletas de 500 mg.	Sí/No
<b>Anticoncepción de emergencia (dosis única)</b>		
3.12	Levonorgestrel. Tabletas de 0,75 mg.	Sí/No

Kit postexposición en víctimas de violencia sexual		Evaluación
Profilaxis para hepatitis B		
3.13	Vacuna de Hepatitis B	Sí/No
3.14	Gammaglobulina para HB	Sí/No

## Capítulo 5: Vigilancia epidemiológica

a. Los procesos evaluados en este capítulo son:

**Tabla 118.** Proceso para la gestión de la vigilancia epidemiológica

Orden	Criterios para evaluar
1	<b>COVE activo:</b> La institución tiene un Comité de Vigilancia Epidemiológica —COVE— activo, soporta la documentación de funciones del comité y cronograma de reuniones. (Evaluar que las actas se encuentren al día, cumplimiento y seguimiento de las tareas determinadas en el comité.)
2	<b>Proceso de vigilancia epidemiológica:</b> La IPS tiene establecido un proceso para realizar la vigilancia epidemiológica de los eventos de interés en salud pública (captación, notificación, análisis e implementación de planes de mejora), acorde con la normatividad vigente y los lineamientos establecidos por el Instituto Nacional de Salud.

b. Los criterios relacionados con el capítulo de vigilancia epidemiológica son:

**Tabla 119.** Criterios relacionados con el proceso "Capacitación del personal asistencial" IPS

1	¿El plan de información, educación y comunicación —IEC— dirigido al personal de la IPS (asistencial y administrativo), contiene por los menos los siguientes temas? (Es válido que el personal sea capacitado por otras entidades como SSM)	
Descripción del criterio		¿Está contenido?
1,1	Decreto 3518 de 2006	Sí/No
1,2	Eventos de interés en salud pública sujetos a notificación obligatoria	Sí/No
1,3	Diligenciamiento de las fichas y notificación de eventos epidemiológicos	Sí/No
1,4	Lineamientos de vigilancia epidemiológica 2014	Sí/No
1,5	Perfil epidemiológico	Sí/No

**Tabla 120.** Criterios relacionados con el proceso “Vigilancia epidemiológica institucional” IPS – Parte 1

Proceso de vigilancia epidemiológica		
2	¿En la IPS se dispone de los protocolos de vigilancia epidemiológica y se realiza la notificación, el análisis y la confirmación de los siguientes eventos de interés en salud pública?	¿Se dispone?
2.1	Bajo peso al nacer a término	Sí/No
2.2	Muerte materna	Sí/No
2.3	Muerte por malaria	Sí/No
2.4	Muerte por dengue	Sí/No
2.5	Hipotiroidismo congénito	Sí/No
2.6	Interrupción Voluntaria del Embarazo –IVE–	Sí/No
2.7	Maltrato y abuso sexual (mujer y niños maltratados)	Sí/No
2.8	Morbilidad materna extrema	Sí/No
2.9	Mortalidad en menores de cinco años asociada a desnutrición primaria como causa básica o asociada	Sí/No
2.10	Mortalidad perinatal y neonatal tardía	Sí/No
2.11	Sífilis congénita	Sí/No
2.12	Sífilis gestacional	Sí/No
2.13	Transmisión perinatal de la Hepatitis B	Sí/No
2.14	Transmisión vertical de VIH	Sí/No
2.15	VIH en gestantes	Sí/No
2.16	HB en gestantes	Sí/No
2.17	Asociación TB / VIH	Sí/No
2.18	Muertes en menores de cinco años por ERA	Sí/No
2.19	Muertes en menores de cinco años por EDA	Sí/No
2.20	Muertes en menores de cinco años por accidentes	Sí/No
2.21	Fluorosis dental	Sí/No



**Tabla 121.** Criterios relacionados con el proceso “Vigilancia epidemiológica institucional” IPS – Parte 2

Proceso de vigilancia epidemiológica				
2	Número de eventos identificados en el año	Número de eventos notificados en el SIVIGILA	Número de eventos analizados	Número de eventos confirmados
2.1	Número	Número	Número	Número
2.2	Número	Número	Número	Número
2.3	Número	Número	Número	Número
2.4	Número	Número	Número	Número
2.5	Número	Número	Número	Número
2.6	Número	Número	Número	Número
2.7	Número	Número	Número	Número
2.8	Número	Número	Número	Número
2.9	Número	Número	Número	Número
2.10	Número	Número	Número	Número
2.11	Número	Número	Número	Número
2.12	Número	Número	Número	Número
2.13	Número	Número	Número	Número
2.14	Número	Número	Número	Número
2.15	Número	Número	Número	Número
2.16	Número	Número	Número	Número
2.17	Número	Número	Número	Número
2.18	Número	Número	Número	Número
2.19	Número	Número	Número	Número
2.20	Número	Número	Número	Número
2.21	Número	Número	Número	Número



## Capítulo 6: Sistema de información y atención al usuario

a. Los procesos evaluados en este capítulo son:

**Tabla 122.** Proceso para la gestión del sistema de información y atención al usuario - IPS

Orden	Proceso para evaluar
1	<p><b>Asociación o liga de usuarios:</b> La IPS tiene establecidos los procedimientos para la conformación y el funcionamiento de la asociación o liga de usuarios; hay evidencia de la interacción de este grupo con el equipo de salud y de su intervención en los procesos de mejoramiento institucional.</p>
2	<p><b>Atención y análisis de (sugerencias, peticiones, quejas y reclamos — SPQR—:</b> La IPS evidencia un proceso por medio del cual se garantice la recepción y respuesta de las manifestaciones presentadas por los usuarios (SPQR). Se debe considerar que toda manifestación presentada por un usuario interno o externo, u otra entidad, debe ser atendida con los mismos criterios de un derecho de petición.</p>
3	<p><b>Medición de la satisfacción de los usuarios:</b> La IPS evidencia un proceso por medio del cual se garantice la medición de la satisfacción de los usuarios, con la atención recibida en la IPS, en los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad ofertados por la entidad. (Revisar la meta definida)</p>

b. Los criterios relacionados con en el capítulo de vigilancia epidemiológica son:

**Tabla 123.** Criterios relacionados con el proceso "Interacción con redes de apoyo" IPS – Parte 1

	Redes de apoyo	Evaluación
1	La IPS ha interactuado con las siguientes redes de apoyo:	¿Soportan interacción?
1.1	Comité técnico municipal de prevención y atención a las víctimas de violencias sexuales (Acuerdo Municipal 020 de 2011).	Sí/No
1.2	Comité de infancia y maternidad segura.	Sí/No
1.3	Prevención de enfermedades crónicas no transmisibles: HTA, DM.	Sí/No
1.4	Otra, ¿cuál?	Sí/No

**Tabla 124.** Criterios relacionados con el proceso “Interacción con redes de apoyo” IPS – Parte 2

Redes de apoyo		Evaluación
2	Documentación del directorio de redes de apoyo	¿Soportan documento?
2.1	¿La institución cuenta con un directorio de las instituciones que conforman su red de apoyo? (Violencia sexual, consumo de alcohol, tabaco o psicoactivos, adopción, entre otros).	Sí/No

**Tabla 125.** Criterios relacionados con el proceso “Estrategias IEC dirigidas a los usuarios” IPS

Estrategias IEC dirigidas a los usuarios		Evaluación
3	El plan de información, educación y comunicación —IEC— dirigido a los usuarios, familias y comunidad contiene por lo menos algunos de los temas relacionado con:	¿Soportan documento?
3.1	Mecanismos de participación social	Sí/No
3.2	Derechos y deberes	Sí/No
3.3	Resultados de las encuestas de satisfacción	Sí/No
3.4	Otro, ¿cuál?	Texto

**Tabla 126.** Criterios relacionados con el proceso “Capacitación al personal de la IPS” IPS

Capacitación al personal de la IPS		Evaluación
4	¿El plan de capacitación dirigido al personal de la IPS (asistencial y administrativo), contiene por los menos los siguientes temas?	¿Soportan documento?
4.1	Decreto 1757 de 1994	Sí/No
4.2	Derechos y deberes	Sí/No
4.3	Otro, ¿cuál?	Sí/No

**Tabla 127.** Criterios relacionados con el proceso “Medición de la satisfacción de los usuarios” IPS

Medición de la satisfacción de los usuarios		Evaluación
5	En el proceso de medición de la satisfacción de los usuarios se incluye el monitoreo de la satisfacción de la atención recibida en la IPS y en cada uno de los servicios ofertados por la entidad (se registra la última medición).	¿Soportan documento?
5.1	Porcentaje global de satisfacción para consulta externa.	Sí/No
5.2	Porcentaje global de satisfacción en los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.	Sí/No

**Tabla 128.** Criterios relacionados con el proceso “Sistema de información y atención al usuario” IPS

Características del SIAU		Evaluación ¿Se dispone?
6	El Sistema de Información y Atención al Usuario de la IPS cuenta con:	
6.1	Un funcionario coordinador o líder con funciones y tiempo definidos para la atención y manejo del SIAU.	Sí/No
6.2	Una línea telefónica destinada a la asesoría, orientación y atención de inquietudes del usuario.	Sí/No

**Evaluación de la adherencia a las normas técnicas de detección temprana y protección específica y a las guías de atención de las enfermedades de interés en salud pública**

A continuación se presentan los instrumentos de evaluación de adherencia aplicados por la Secretaría de Salud de Medellín, los datos generales (número de historia clínica, seguridad social, grupo étnico, grupo poblacional, edad género) son comunes a todos los instrumentos, por lo tanto sólo se presentan en el primero de ellos.

**Norma técnica: Atención preventiva en salud bucal**

Muestra seleccionada: historias clínicas de personas mayores de 2 años atendidas en el servicio de odontología, durante los 3 meses previos a la evaluación.

**Tabla 129.** Criterios de calidad para la evaluación de la adherencia a la norma técnica para la atención preventiva en salud bucal

#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HCI
1	Número de historia clínica	Registre el número de la historia clínica evaluada.	Número
2	Seguridad social	Según información de la historia clínica, registre el régimen de seguridad social de la persona.	Subsidiado Contributivo Pobre no afiliado Particular Sin dato
3	Grupo étnico	Verifique si en la historia clínica se registró el grupo étnico (en caso positivo, registre el grupo).	Indígena Rom Raizal Palenquero de San Basilio Negro Otras Sin dato



#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
4	Grupo poblacional	Verifique si en la historia clínica se registró el grupo poblacional (en caso positivo, registre el grupo).	Desplazado Habitante de la calle Reinsertado/ Desmovilizado Víctima del conflicto armado Población general Sin dato
5	Edad	Registre la edad actual de la persona (en años).	Número
6	Género	Registre femenino o masculino.	Femenino Masculino Sin dato
7	Valoración inicial por odontólogo	Cumple si la evaluación inicial fue realizada por un odontólogo.	Sí No No aplica
8	Registro del odontograma (No negociable)	Cumple si en la última consulta se diligencia o actualiza el odontograma.	Sí No No aplica
9	Índices COP-D y/o ceo-d (No negociable)	Cumple si se evidencia el diligenciamiento de los índices COP-D y ceo-d, desglosados y sumados de acuerdo con la etapa de dentición de la persona.	Sí No No aplica
10	Consentimiento informado	Cumple si en la historia clínica se encuentra el consentimiento informado para la atención odontológica debidamente diligenciado.	Sí No No aplica
11	Control de placa	Cumple si durante el control de placa se evidencia el registro de superficies teñidas en el formato correspondiente, y se realiza el cálculo del índice de O`Leary (actualizado para el último ingreso).	Sí No No aplica
12	Intervención de los riesgos	Cumple cuando en caso de detectar presencia de aparatología fija o removible, obturaciones defectuosas, presencia de hábitos como fumar, consumo de alcohol, onicofagia, deglución atípica o condiciones especiales como respiración oral, xerostomía, discapacidad física o mental, falta de habilidad manual u otras, se evidencia intervención, control o seguimiento.	Sí No No aplica

#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
13	Control y remoción de la placa bacteriana en mayores de 2 años	Cumple cuando se evidencia el control y la remoción de la placa bacteriana por higienista oral o por odontólogo, según pasos indicados en la norma técnica.	Sí No No aplica
14		Cumple si se evidencia la ejecución del control de placa, con una frecuencia de dos veces por año para la población de 2 a 19 años, y una vez por año para la población mayor de 20 años.	Sí No No aplica
15	Aplicación de flúor en personas entre 5 y 19 años	Cumple si se evidencia la aplicación de flúor por higienista oral o por odontólogo, de acuerdo con el cumplimiento de criterios.	Sí No No aplica
16		Cumple si se evidencia la aplicación de flúor 2 veces al año en niños por higienista oral o por odontólogo, de acuerdo con el cumplimiento de criterios.	Sí No No aplica
17	Aplicación de sellantes en personas entre 3 y 15 años	Cumple si se evidencia la aplicación de sellantes por higienista o por odontólogo, de acuerdo con el cumplimiento de criterios.	Sí No No aplica
18	Detartraje supragingival en personas mayores de 12 años	Cumple cuando se evidencia procedimiento de detartraje supragingival en personas mayores de 12 años que presentan depósitos de placa bacteriana y cálculos supragingivales.	Sí No No aplica
19	Educación a la persona	Cumple cuando se registra la educación a la persona (o su acudiente) encaminada a la prevención de la caries y la enfermedad gingival.	Sí No No aplica
20	Remisión a otros programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad	¿Se promovió el ingreso a otros programas o atenciones de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, según la edad y los programas a los cuales tiene derecho? (Control prenatal, planificación familiar, vacunación, crecimiento y desarrollo, atención al joven, atención al adulto mayor de 45 años, citología, detección de cáncer de mama, detección temprana de alteraciones de agudeza visual, riesgo vascular, ITS, tuberculosis) (Aplica para toda HC odontológica evaluada).	Sí No No aplica
21	Observaciones	Registre las observaciones que considere pertinentes.	Texto

**Tabla 130.** Criterios técnicos de apoyo para la auditoría a la adherencia de la norma técnica de atención preventiva en salud bucal

Pregunta	Criterio de auditoría
11	<p><b>Índice de placa de O`Leary:</b> Es la relación entre el total de superficies teñidas con placa bacteriana sobre el total de superficies dentales presentes (cuatro superficies por cada diente) multiplicado por 100 y expresado en porcentaje.</p>
13-14	<p><b>Control y remoción de la placa bacteriana:</b> La actividad se realiza siguiendo estos pasos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se suministra una sustancia o pastilla reveladora de placa al paciente, quien la distribuye por todas las superficies dentales y procede a enjuagar la boca con agua. Luego se identifican las superficies teñidas por la sustancia y se le muestran al paciente con la ayuda de un espejo. El encargado de realizar la actividad registra las superficies teñidas en los formatos correspondientes y calcula el índice de placa de O`Leary.</li> <li>- Se evalúa la forma como el paciente realiza la limpieza oral diaria e indica la técnica adecuada de higiene bucal, teniendo en cuenta el uso de la seda dental como complemento del cepillado dental; para las personas con problemas de destrezas, prótesis fija o aparatología de ortodoncia, se recomienda el uso de dispositivos como portahilos y enhebradores de hilo dental; la forma del cepillado (en los niños de 2 a 12 años, ancianos y personas con discapacidad física y/o mental esta actividad debe realizarse con supervisión de los padres o un adulto).</li> <li>- La higiene bucal se finaliza con la remoción de la placa depositada en los tejidos blandos y mucosas de la cavidad bucal, cepillando con precaución pero de forma eficaz.</li> <li>- Se realiza la profilaxis o limpieza de la superficie de los dientes por parte del personal capacitado (odontólogo general o auxiliar de higiene oral) en el consultorio odontológico.</li> </ul>
15-16	<p><b>Aplicación de flúor:</b> Se realiza 2 veces al año en niños que presentan una o varias de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hábitos de higiene bucal deficientes.</li> <li>• Índice COP/ceo alto (historia de caries)</li> <li>• Malposición dentaria</li> <li>• Hábitos alimentarios ricos en carbohidratos (azúcares refinados)</li> <li>• Aparatología de ortodoncia</li> <li>• Superficie del esmalte irregular</li> <li>• Morfología dentaria retentiva</li> <li>• Xerostomía</li> <li>• Pacientes con discapacidad física y/o mental</li> </ul> <p>No se les aplica flúor tópico a los pacientes que posean las siguientes características en su totalidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adecuada higiene bucal</li> <li>• Dieta balanceada (rica en fibra)</li> <li>• Adecuada posición dentaria</li> <li>• Flujo salivar adecuado</li> </ul>

Pregunta	Criterio de auditoría
17	<p><b>Aplicación de sellantes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Molares permanentes recién erupcionados con surcos y fisuras angostas y profundas</li> <li>• Molares con surcos profundos no remineralizados deciduos o permanentes Y que presenten alguna de las siguientes características:</li> <li>• Pacientes con deficiencias en la higiene bucal</li> <li>• Índice COP/ceo alto (historia de caries)</li> <li>• Consumo de dieta rica en carbohidratos y azúcares</li> <li>• Malposición dentaria</li> <li>• Aparatología de ortodoncia</li> <li>• Pacientes con discapacidad física y/o mental.</li> </ul>
18	<p><b>El detartraje supragingival:</b></p> <p>Aplica para los pacientes que tengan placa dura. Debe ser realizado por personal capacitado (odontólogo general o auxiliar de higiene oral) una vez cada 6 - 12 meses, a juicio del operador con la infraestructura adecuada, ya que se remueven cálculos supragingivales de todas las superficies dentales con instrumentos mecánicos (curetas) y se elimina placa blanda con una profilaxis.</p> <p>El primer paso de esta actividad es una evaluación de los sitios donde se encuentran depósitos de placa bacteriana y cálculos supragingivales, los cuales se ubican con mayor frecuencia en las zonas mandibulares linguales y maxilares vestibulares donde ocurre mayor flujo salivar.</p> <p>Se procede a la remoción de cálculos y manchas ubicadas en la porción coronal de los dientes con curetas especializadas; posteriormente, con una copa de caucho rotatoria y la aplicación de la pasta profiláctica se limpian las superficies del diente. Después de un proceso profesional cuidadoso de limpieza, los dientes son rediagnosticados para asegurar que todas las superficies dentales están libres de placa y cálculos.</p> <p>Para aquellos pacientes con presencia de cálculos subgingivales o de gran extensión, con o sin movilidad del diente y/o pérdida de la inserción, se realiza una evaluación minuciosa que permita establecer la necesidad de atención de mayor complejidad (odontólogo general o periodoncista).</p>

**Norma técnica: Atención del parto y del recién nacido**

**Muestra seleccionada:** Historias clínicas de mujeres que acudieron para la atención del parto y de sus recién nacidos, durante los 3 meses previos a la evaluación.

**Tabla 131.** Criterios de calidad para la evaluación de la adherencia a la norma técnica para la atención del parto y del recién nacido

#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
6	Datos del contacto que faciliten la localización de la mujer	Cumple si se evidencia registro de datos como: números telefónicos, dirección, datos de acompañante y contactos en caso de urgencias (teléfono fijo, celular, correo electrónico si tiene).	Sí No No aplica
7	Factores de riesgo para la atención del parto	Cumple si existen registros de evolución del control prenatal en la historia clínica de ingreso al parto (clasificación de riesgos, resultados de paraclínicos y número de controles prenatales).	Sí No No aplica
8	Detección de VIH para la prevención de la transmisión perinatal (No negociable)	Si no se conoce resultado de Elisa para VIH durante la gestación, cumple si se evidencia resultado de la prueba rápida para VIH a la madre, realizada en el periparto.	Sí No No aplica
9	Detección de hepatitis B (No negociable)	Si no se conoce resultado del antígeno de superficie para Hepatitis B, cumple si se evidencia resultado de Ags HB, realizada en el periparto.	Sí No No aplica
10	Detección de sífilis para la prevención de la SC (No negociable)	Cumple si se evidencia resultado de la serología para sífilis a la madre, realizada en el periparto.	Sí No No aplica
11	Detección de otros riesgos	En caso de no tener resultados previos, cumple si se evidencia realización de hemoclasificación de la madre y Coombs indirecto (si aplica).	Sí No No aplica
12	Monitoreo del trabajo de parto con partograma (No negociable)	Cumple si se registraron adecuadamente en el partograma la actividad uterina, las curvas de alerta y dilatación cervical, estación, estado de las membranas y variedad de posición durante el trabajo de parto activo.	Sí No No aplica
13	Monitoreo de la frecuencia cardiaca fetal en trabajo de parto activo (No negociable)	Cumple si se registró dato de FCF al menos cada 30 minutos durante el periodo de dilatación.	Sí No No aplica



#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
14	Compañía durante el trabajo de parto activo	Cumple si se evidencia acompañamiento o se ofrece durante el trabajo de parto activo por parte del compañero o de la persona que la mujer elija.	Sí No No aplica
15	Monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal durante el periodo expulsivo (No negociable)	Cumple si se registró la FCF cada 5 – 15 minutos durante el periodo expulsivo.	Sí No No aplica
16	Prevención de hemorragia posparto (No negociables)	En caso de parto por vía vaginal, cumple si se registró la administración de oxitocina en dosis de 5 o 10 UI, para el manejo activo del alumbramiento.	Sí No No aplica
17		En caso de parto por cesárea, cumple si se registró la administración de un bolo de 5 UI de oxitocina y se adicionó una infusión de mantenimiento para pasar en 4 horas.	Sí No No aplica
18	Pinzamiento tardío del cordón	Cumple si se registró pinzamiento tardío del cordón. No aplica en desprendimiento de placenta, placenta previa, ruptura uterina, desgarro de cordón, paro cardíaco materno, asfixia neonatal y criterios GAI del recién nacido: poliglobulemia, hijos de madres con diabetes o toxemia, inmunización materna, sangrado fetal neonatal.	Sí No No aplica
19	Contacto piel a piel	Cumple si se registra que se realizó contacto piel a piel entre la madre y el recién nacido inmediatamente después del nacimiento (aplica en cesárea y partos vaginales). No aplica en casos de depresión del recién nacido.	Sí No No aplica
20	Profilaxis con antibióticos	En caso de cesárea, cumple si se registra el suministro de antibióticos profilácticos antes o durante cirugía.	Sí No No aplica
21	Oportunidad de la cesárea urgente	En caso de cesárea urgente, cumple si el procedimiento se inició dentro de la media hora (30 minutos) siguiente a la orden médica.	
22	Vigilancia del puerperio inmediato (No negociable)	Cumple si se registra la vigilancia adecuada del puerperio c/ 15 min. durante las dos primeras horas posparto (globo de seguridad, sangrado, hematomas, signos vitales). Si cumple sólo las tres primeras responder sí, si cumple sólo SV responder no. Recordar que también se debe registrar el estado de atención de la gestante.	Sí No No aplica



#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
23	Intervención de riesgos en el recién nacido (No negociable)	En caso de detectarse alguna alteración del estado de salud del niño al nacimiento, cumple si se registra la toma de conductas tendientes a evitar o disminuir el daño (atención por un médico diferente al que atiende la madre, por un especialista, remisión u hospitalización).	Sí No No aplica
24	Profilaxis del recién nacido	Cumple si se registra aplicación de las profilaxis al recién nacido (vitamina K vía IM y solución oftálmica de povidona iodada 2,5%, una gota en cada ojo) una vez se termine el periodo neonatal inmediato de contacto piel a piel con la madre.	Sí No No aplica
25	TSH neonatal (No negociable)	Cumple si se registra la toma de la muestra para el TSH neonatal	
26	Intervención en caso de TSH alterado (No negociable)	Si el resultado del TSH neonatal es anormal, cumple si se evidencia intervención tendiente a confirmar o descartar el diagnóstico con retamizaje T4L (reportar antes de 48 horas de tomada). Si no se conoce el resultado del TSH neonatal no cumple. (Se entiende alterado muestra de cordón mayor de 15 mUi/L y en talón mayor de 10 mUi/L)	Sí No No aplica
27	Condiciones para el alta de los recién nacidos (No negociables: 27 y 29)	Cumple si se registró la realización del examen físico completo al recién nacido antes del alta.	Sí No No aplica
28		Cumple si se registra que se verificó la presencia de deposiciones y orina antes del alta.	Sí No No aplica
29		Cumple si se registra que se asegura tolerancia a mínimo dos tomas por la vía oral antes del alta.	
30	Vacunación del RN (No negociable)	Cumple si se consigna en la historia clínica la vacunación del recién nacido antes del alta (BCG a >2000 gr. y anti HB).	Sí No No aplica
31	Planificación familiar	Cumple si se registra aplicación a la madre de un método de anticoncepción antes del alta. Si no sale con método aplicado, cumple si se evidencia remisión al servicio de PF en su EPS.	Sí No No aplica
32	Signos de alarma (No negociables)	Cumple si se dan instrucciones sobre signos de alarma maternos antes del alta (signos de infección, hemorragia, trombo embolismo y pre eclampsia).	Sí No No aplica
33		Cumple si se registran las instrucciones dadas sobre signos de alarma del recién nacido antes del alta (signos de infección local o sistémica, ictericia, alteraciones con la alimentación, cianosis).	Sí No No aplica

#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
34	Revisión del recién nacido (No negociable)	Cumple si se asignó o se promovió la cita de revisión del recién nacido a las 72 horas.	Sí No No aplica
35	Promoción de la cita de revisión del posparto	Cumple si se asignó o se promovió la cita de revisión posparto de la madre a los 7 días.	Sí No No aplica
36	Duración de estancia hospitalaria	Cumple si se evidencia una estancia hospitalaria de mínimo 24 horas desde el momento del parto hasta la orden médica del alta (en los partos sin complicaciones).	Sí No No aplica
37	Alimentación y nutrición: Lactancia materna (No negociable: 38)	Cumple si registra que se favorece la práctica de la lactancia materna dentro de la primera hora del nacimiento.	Sí No No aplica
38		Cumple si se registró la verificación de la técnica de lactancia materna.	Sí No No aplica
39		Cumple si registra que el recién nacido recibe lactancia materna exclusiva al alta.	Sí No No aplica
40		Si el recién nacido recibió fórmula infantil, cumple si se encuentra la justificación médica para su prescripción.	Sí No No aplica
41		Cumple si se registró educación en lactancia materna (a libre demanda y exclusiva por 6 meses).	Sí No No aplica
42	Alimentación y nutrición: Clasificación del recién nacido prematuro	Cumple si se evidencia el uso de las curvas de Fenton para la clasificación del recién nacido prematuro (menor de 37 semanas).	Sí No No aplica
43	Intervención de los recién nacidos con bajo peso al nacer (No negociable)	En caso de ser un RN prematuro o con peso al nacer menor de 2.500 g, cumple si se evidencia que se remitió a un plan de seguimiento.	Sí No No aplica
44	Afiliación al SGSSS	Cumple si se gestionó la afiliación al SGSSS.	Sí No No aplica
45	Observaciones	Registre las observaciones que considere pertinentes.	Texto

**Tabla 132.** Criterios técnicos de apoyo para la auditoría a la adherencia de la norma técnica de atención del parto y del recién nacido

Pregunta	Criterio de auditoría
16	<b>Prevención de hemorragia posparto:</b> Se recomienda realizar la administración de oxitocina en dosis de 5 o 10 UI vía IM para el manejo del alumbramiento activo; en caso que sea IV debe diluirse en 10 ml de cristaloides y pasar en tiempo no inferior a 3 minutos

**Norma técnica: Atención del recién nacido**

Muestra seleccionada: Historias clínicas de recién nacidos que son atendidos en la consulta de control a las 72 horas de vida, durante los 3 meses previos a la evaluación.

**Tabla 133.** Criterios de calidad para la evaluación de la adherencia a la norma técnica para la atención del recién nacido (consulta de control de las 72 horas)

#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
5	Revisión del recién nacido a las 72 horas (No negociable)	Cumple si se realizó la revisión del recién nacido a los 3 días de nacido. No aplica si el recién nacido estuvo hospitalizado.	Sí No No aplica
6	Evaluación del reflejo rojo	Cumple si se realizó la detección temprana de catarata congénita en el RN (evaluación del reflejo rojo).	Sí No No aplica
7	Verificación tipo de alimentación	Cumple si se indaga por el tipo de alimentación que recibía el niño.	Sí No No aplica
8	Verificación de lactancia materna exclusiva*	Si la respuesta anterior es sí, verificar si el niño recibía lactancia materna exclusiva. *No afecta el porcentaje de cumplimiento de la institución.	Sí No No aplica
9	Técnica de lactancia materna (No negociable)	Cumple si se verificó la técnica de lactancia materna.	Sí No No aplica
10	Intervención en caso de dificultades en la técnica de alimentación	En caso de identificar dificultades. Cumple si se estimuló a la madre para corregir dificultades en la alimentación y continuar con lactancia exclusiva por 6 meses.	Sí No No aplica

#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
11	TSH neonatal (No negociables)	Cumple si se registró resultado de TSH neonatal.	Sí No No aplica
12		Si el resultado del TSH es anormal, cumple si se evidencia intervención tendiente a confirmar o descartar el diagnóstico con tamizaje T4L. Se entiende alterado muestra de cordón mayor de 15 mUi/L y en talón mayor de 10 mUi/L.	Sí No No aplica
13	Intervención en caso de alteración del recién nacido	Cumple si se identificó plan de atención o remisión en caso de detectar alteraciones en el neonato.	Sí No No aplica
14	Remisión a crecimiento y desarrollo	Cumple si se remitió para el programa de detección temprana de las alteraciones de crecimiento y desarrollo.	Sí No No aplica
15	Revisión del carné de vacunas	Cumple si hay registro de revisión del carné de vacunas.	Sí No No aplica
16	Remisión a vacunación	Cumple si se canalizó para el servicio de inmunización en caso de faltar alguna vacuna.	Sí No No aplica
17	Educación	Cumple si se evidencian recomendaciones realizadas a la madre para el cuidado del niño y la identificación de signos de alerta.	Sí No No aplica
18	Observaciones	Registre las observaciones que considere pertinentes.	Texto



**Tabla 134.** Criterios técnicos de apoyo para la auditoría a la adherencia de la norma técnica de atención del recién nacido

Pregunta	Criterio de auditoría
9	<p><b>Verificación de la técnica de lactancia materna:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Verificar los signos de buen agarre y la succión:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• La boca bien abierta</li> <li>• Labio inferior evertido</li> <li>• Se observa más areola por encima que por debajo de la boca</li> <li>• El mentón toca el seno</li> </ul> </li> <li>✓ Verificar los signos de buena posición:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• El cuello del lactante está derecho o algo curvado hacia atrás</li> <li>• El cuerpo del lactante está próximo a la madre (piel a piel)</li> <li>• Todo el cuerpo del lactante recibe sostén</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Educación básica en lactancia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mostrar a la madre cómo facilitar el agarre (secuencia):               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tocar los labios del menor con el pezón</li> <li>• Esperar hasta que el niño abra bien la boca</li> <li>• Acercar al niño rápidamente hacia el pecho y cerciorarse de que el labio inferior del niño quede bien debajo del pezón, verificando que los labios cobijen (abarquen) la areola, no sólo el pezón</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Mostrar a la madre cómo sostener al niño:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Con la cabeza y el cuerpo del niño erguido (recto)</li> <li>✓ Bebé en dirección (frente) al pecho</li> <li>✓ El cuerpo del bebé cerca del cuerpo de la madre</li> <li>✓ Sostener todo el cuerpo del niño (no sólo la cabeza y el cuello)</li> <li>✓ Reconocer los signos de buen agarre</li> </ul>

**Norma técnica: Atención en planificación familiar a hombres y mujeres**

**Muestra seleccionada:** Historias clínicas de mujeres y hombres que son atendidos en la consulta de planificación familiar, durante los 3 meses previos a la evaluación.

**Tabla 135.** Criterios de calidad para la evaluación de la adherencia a la norma técnica para la atención en planificación familiar a hombres y mujeres

#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
7	Motivo de consulta	Cumple si en la historia clínica se registra de forma correcta motivo de consulta (el motivo de consulta es planificación familiar al evaluar HC).	Sí No No aplica
8		Cumple si se registra en la historia clínica la anamnesis según la edad del paciente.	Sí No No aplica

#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
9	Examen físico	Cumple si se registra examen físico completo con signos vitales, medidas antropométricas y cálculo de IMC; si falta alguno de los anteriores el ítem se evalúa como no cumplido.	Sí No No aplica
10	Examen de mamas	Cumple si está registrado el examen físico de mamas. No aplica si la persona que asiste a la consulta es de sexo masculino.	Sí No No aplica
11	Antecedentes gineco-obstétricos	Cumple si están registrados los antecedentes gineco-obstetricos. No aplica si la persona que asiste a la consulta es de sexo masculino.	Sí No No aplica
12	Antecedentes personales y familiares	Cumple si están registrados los antecedentes personales y familiares, haciendo énfasis en enfermedad cardiovascular, cáncer de mama, ovario o colon.	Sí No No aplica
13	Antecedentes anticonceptivos	Cumple si están registrados los antecedentes anticonceptivos.	Sí No No aplica
14	Antecedentes farmacológicos de medicamentos de uso crónico	Cumple si indaga los antecedentes farmacológicos de medicamentos de uso crónico. No aplica en personas sin patologías crónicas.	Sí No No aplica
15	Antecedentes toxicológicos con énfasis en consumo de licor, cigarrillo o sustancias psicoactivas	Cumple si están registrados los antecedentes toxicológicos con énfasis en consumo de licor, cigarrillo o sustancias psicoactivas.	Sí No No aplica
16	Asesoría en planificación familiar	Cumple si esta documenta asesoría brindada en planificación familiar. No aplica en consultas de control.	Sí No No aplica
17	Oferta de métodos disponibles	Cumple si se informa a la persona sobre los métodos disponibles (sin exclusión alguna), sus mecanismos de acción, ventajas, desventajas, riesgos, signos de alarma y consecuencias del uso de cada uno de ellos. No aplica en consultas de control cuando la persona ya ha elegido un método anticonceptivo.	Sí No No aplica



#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
18	Método anticonceptivo elegido, según criterio de elegibilidad de la OMS	Cumple si está registrado el método anticonceptivo elegido, según criterio de elegibilidad de la OMS. No aplica en consultas de control cuando la persona ya ha elegido un método anticonceptivo.	Sí No No aplica
19	Manejo de patologías asociadas	Cumple si se evidencia el manejo de patologías asociadas. No aplica si la persona no padece patologías asociadas.	Sí No No aplica
20	Educación ITS	Cumple si se evidencia educación sobre prevención a ITS.	Sí No No aplica
21	Consentimiento informado	Cumple si se evidencia el consentimiento informado cuando aplique (AQV, DIU, Implante subdérmico). No aplica cuando el método anticonceptivo elegido por la persona es diferente a los señalados.	Sí No No aplica
22	Inicio método de planificación (No negociable)	Cumple si la usuaria o usuario sale de la consulta habiendo recibido un método de protección anticonceptivo. En caso de implante subdérmico, cumple si el implante se realiza máximo a los 8 días después de la consulta en que lo eligió. En caso de DIU, cumple si la inserción se realiza en el próximo ciclo menstrual. En caso de método definitivo, cumple si se realizó la remisión inmediata al servicio. En los tres casos anteriores se le debe suministrar al usuario o usuaria un método temporal (condones) mientras se inicia el método elegido.	Sí No No aplica
23	Reacciones adversas	Cumple si se registra la presencia o no de reacciones adversas. No aplica en consulta de ingreso.	Sí No No aplica
24	Adherencia al método	Cumple si se registra la aplicación o el consumo habitual de método elegido cuando aplica.	Sí No No aplica
25	Síntomas relacionados con el método	Cumple si se registra la presencia o no de síntomas relacionados con el método. No aplica en la consulta de ingreso.	Sí No No aplica
26	Periodicidad	Los controles se realizan acorde a la periodicidad definida por la norma según el método de planificación familiar. No aplica en la consulta de ingreso.	Sí No No aplica



#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
27	Factores de riesgo	Cumple si se evidencia la actualización de factores de riesgo.	Sí No No aplica
28	Realización de citología	En mujeres entre los 21 y 69 años, con inicio de vida sexual. Cumple si se evidencian citologías realizadas de acuerdo con el esquema.	Sí No No aplica
29	Entrega de métodos hormonales (No negociable)	En caso de métodos hormonales, cumple si se entrega la orden de suministro hasta cuando tenga que volver al control a los tres (3) meses de uso.	Sí No No aplica
30	Observaciones	Registre las observaciones que considere pertinentes.	Texto

**Tabla 136.** Criterios técnicos de apoyo para la auditoría a la adherencia de la norma técnica de atención en planificación familiar a hombres y mujeres

Pregunta	Criterio de auditoría
18	<p><b>Aspectos para considerar de los criterios de elegibilidad para el uso de métodos anticonceptivos (OMS):</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Edad: sin restricción</li> <li>2. Lactancia y posparto: no hormonales combinados</li> <li>3. Cualquier otro evento obstétrico: sin restricción</li> <li>4. Obesidad: sin restricción</li> <li>5. Enfermedad cardiovascular/eventos trombóticos/trombofilias: no hormonales combinados</li> <li>6. Tabaquismo pesado (&gt;15 cigarrillos/día en mujeres mayores 35 años): no hormonales combinados</li> <li>7. Infecciones ginecológicas: sin restricción</li> <li>8. Hemorragia uterina anormal no estudiada: no DIU</li> <li>9. Otras patologías pélvicas: sin restricción</li> <li>10. CA de mama (en curso o pasado): no hormonales de ningún tipo</li> <li>11. Enfermedad endocrina (excepto diabetes con daño vascular que tiene restricción para hormonales combinados): sin restricción</li> <li>12. Enfermedad hepática activa o tumoral: no hormonales</li> <li>13. Epilepsia: sin restricción (interacción medicamentosa con anticonvulsivantes como fenitoína, carbamazepina, primidona, topiramato, barbitúricos)</li> </ol>



Pregunta	Criterio de auditoría	
26	<b>Periodicidad de los controles según método anticonceptivo:</b>	
	Naturales	Cada año
	Amenorrea de lactancia	A los tres meses posparto
	Hormonales	Cada año
	DIU de intervalo	Al mes y luego cada año
	DIU intracavárea o posparto inmediato	En la consulta de puerperio, al tercer mes del posparto y luego cada año
	DIU postaborto	Al mes y luego cada año
	Esterilización quirúrgica masculina (vasectomía)	A la semana y luego a los tres meses (con recuento espermático)
Esterilización quirúrgica femenina (Oclusión tubárica bilateral)	A la semana	
28	<b>Esquema de tamización con citologías:</b>	
	<b>Grupo poblacional</b>	<b>Frecuencia de tamizaje</b>
	Población general / 21 a 69 años con inicio de vida sexual.	1-1-3
	Adolescentes / < 21 años con inicio de vida sexual.	No se recomienda
	Inmunocomprometidas / 21 a 69 años / VIH positivo, inmunosuprimidas.	6 meses en el primer año y continúa cada año
	Embarazadas / 21 a 69 años	1-1-3 (En cualquier trimestre)
	Historial sexual exclusivo con mujeres / 21 a 69 años.	1-1-3
	Histerectomía - Patológica / 21 a 69 años.	Esquema: 1-1-3 (por 10 años post Cx)
	Histerectomía causa desconocida / 21 a 69 años.	Esquema: 1-1-3 (por 10 años post Cx)
Histerectomía - Benigna / 21 a 69 años.	No requieren	
Vacunadas contra el VPH / 21 a 69 años.	1-1-3	

**Norma técnica: Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo (menores de 10 años)**

**Muestra seleccionada:** Historias clínicas de niños y niñas menores de 10 años que son atendidos en el servicio de crecimiento y desarrollo, durante los 3 meses previos a la evaluación.

**Tabla 137.** Criterios de calidad para la evaluación de la adherencia a la norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo

#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
5	Edad (en meses)	Registre la edad del menor al momento del control, tome como referencia la fecha de nacimiento hasta el día del control.	Número
6	Adherencia a los controles (ver esquema en la parte inferior del registro)	Considerando el tiempo que lleva el menor consultando en la IPS y la edad al momento de la consulta que se está revisando, verifique si ha cumplido con la concentración de consultas definidas en la norma técnica. Cumple si el menor ha asistido a todas las consultas.	Sí No No aplica
7	Búsqueda de inasistentes	Cumple si en la historia clínica se registran acciones de búsqueda activa del usuario en caso de inasistencia a una cita.	Sí No No aplica
<b>Ingreso a crecimiento y desarrollo en el último año</b>			
8	"Ingreso al servicio en el último año. Si el ingreso no fue en el último año pasar a la pregunta 25".*	Verifique si la fecha de la consulta de ingreso fue en el último año. No aplica si la consulta es de control. *No afecta el porcentaje de cumplimiento de la institución	Sí No No aplica
9	Antecedentes prenatales	Cumple si están registrados los antecedentes prenatales en historia clínica. Antecedentes prenatales: ITS, transmisiones verticales, edad de la madre, bajo peso al nacer.	Sí No No aplica
10	Antecedentes del parto	Cumple si están registrados los datos del parto (semanas de gestación, vía del parto, apgar, adaptación neonatal, peso, talla, perímetro cefálico) en la historia clínica, aplica cuando el ingreso se realizó en lactantes <3 meses.	Sí No No aplica
11	Revisión de exámenes (No negociable)	Cumple si revisaron los exámenes paraclínicos (TSH neonatal, hemoclasificación, serología de la madre al momento del parto) en la historia clínica. Aplica cuando el ingreso se realizó en lactantes <3 meses.	Sí No No aplica



#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
12	Alimentación del niño	Cumple si se registró el tipo de alimentación del niño (lactancia materna exclusiva —LME—, mixta, complementaria). No aplica para cuando el ingreso es en mayores de 2 años.	Sí No No aplica
13	Aplicación de biológicos faltantes según esquema del PAI (No negociable)	Cumple si se evidencian faltantes en el esquema de vacunación en la historia clínica, y el niño fue vacunado el mismo día, o fue remitido a vacunación (cuando la IPS no ofrece este servicio en sus instalaciones). De lo contrario: no aplica si no hay faltantes; o no cumple si no fue vacunado el mismo día, o no se remitió (en caso de que la IPS no ofrezca el servicio en sus instalaciones).	Sí No No aplica
14	Valoración psicosocial (No negociable)	Cumple si se realiza valoración del riesgo psicosocial.	Sí No No aplica
15	Intervención de riesgo psicosocial (No negociable)	Cumple si en caso de detectar un riesgo psicosocial se evidencia alguna intervención en la historia clínica; como: remisión o valoración por profesional del área social.	Sí No No aplica
16	Recomendaciones	Cumple si están registradas las recomendaciones específicas de acuerdo con los hallazgos encontrados en la anamnesis y el examen físico, la evaluación del desarrollo, la clasificación nutricional y la alimentación clave según el grupo de edad. Alimentos clave: para los menores de 6 meses LME; para los niños de 6 meses a 1 año: lactancia materna y complementaria; y para los niños de 1 a 10 años: lácteos, carnes o leguminosas, frutas y verduras. Recordar promover la LM aún de 1 a 2 años aunque ya consuma los alimentos de la familia.	Sí No No aplica
17	Examen físico	Cumple si está registrado el examen físico completo, con revisión de órganos de los sentidos, especialmente ojos y oídos; toma de medidas antropométricas de peso, talla y perímetro cefálico (si aplica para la edad) y signos vitales. Nota: en niños y niñas de 4 años de edad se debe realizar adicionalmente la tamización de la agudeza visual, o la remisión al servicio.	Sí No No aplica

#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
18	Búsqueda de signos de maltrato infantil y/o abuso sexual	Cumple si está registrada la búsqueda de signos de maltrato infantil y/o abuso sexual en historia clínica.	Sí No No aplica
19	(No negociable: 18)	En caso de que se reporten en la historia clínica signos de maltrato infantil y/o abuso sexual, cumple si hay registro de la intervención realizada.	Sí No No aplica
20	Intervención en caso de alteración del estado de salud	En caso de que se encuentre alguna alteración del estado de salud. Cumple si se evidencia intervención (intervención por médico que realiza el ingreso o remisión a especialista). Nota: Alteración del estado de salud derivada de la evaluación en el examen físico.	Sí No No aplica
21	Intervención en caso de alteración del desarrollo o el crecimiento (No negociable)	En caso que se evidencie en historia clínica alteración del desarrollo o crecimiento. Cumple si se evidencia su intervención (remisión o valoración por profesional).	Sí No No aplica
22	Diagnósticos	Cumple si están registrados los diagnósticos de acuerdo con la anamnesis y el examen físico en historia clínica.	Sí No No aplica
23	Clasificación del estado nutricional (No negociable)	Cumple si está registrada la clasificación del estado nutricional de acuerdo con los indicadores antropométricos, según rango de edad.	Sí No No aplica
<b>Controles de crecimiento y desarrollo</b>			
24	Los controles que corresponden a enfermería fueron realizados por:	Cumple si el último control fue realizado por enfermera o médico; si el control fue colectivo (equipo interdisciplinario) cumple si la valoración la realizó uno de los dos anteriores profesionales.	Sí No No aplica
25	Valoración del desarrollo (No negociable)	Cumple si está registrada la valoración del desarrollo de acuerdo con la escala Abreviada del Desarrollo —EAD— en historia clínica.	Sí No No aplica
26	Cumplimiento de recomendaciones	Cumple si está registrada la verificación del cumplimiento de las recomendaciones dadas en el control anterior en historia clínica.	Sí No No aplica



#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
27	Aplicación de biológicos faltantes según esquema del PAI (No negociable)	Cumple: si se evidencian faltantes en el esquema de vacunación en la historia clínica, y el niño fue vacunado el mismo día, o fue remitido a vacunación (cuando la IPS no ofrece este servicio en sus instalaciones). De lo contrario: no aplica si no hay faltantes; o no cumple si no fue vacunado el mismo día, o no se remitió (en caso de que la IPS no ofrezca el servicio en sus instalaciones).	Sí No No aplica
28	Intervención en caso de detectar una alteración biológica (No negociable)	Cumple si se detecta alteración biológica, se evidencia su intervención, remisión o valoración por profesional en la historia clínica.	Sí No No aplica
29	Fomento de factores protectores	Cumple si está registrado el fomento de factores protectores, mínimo: alimentación de acuerdo con la edad, vacunación, prevención de accidentes, buen trato.	Sí No No aplica
30	Signos de alarma	Cumple si está registrada la orientación sobre signos de alarma que indiquen la necesidad de consultar.	Sí No No aplica
31	Intervención en caso de detectar alteración del crecimiento o el desarrollo (No negociable)	En caso de que se detecte alteración del crecimiento o el desarrollo, y cumple si se evidencia su intervención (remisión, educación, remisión o valoración por profesional) en la historia clínica.	Sí No No aplica
32	Examen físico	Cumple si está registrado el examen físico completo con énfasis en ojos y oídos, además de peso, talla, perímetro cefálico y signos vitales en historia clínica. Nota: en niños y niñas de 4 años de edad se debe realizar adicionalmente la tamización de la agudeza visual, o la remisión al servicio.	Sí No No aplica
33	Búsqueda de signos de maltrato infantil o abuso sexual	Cumple si está registrada la búsqueda de signos de maltrato infantil o abuso sexual en historia clínica.	Sí No No aplica
34	(No negociable: 33)	En caso que se evidencie reporte de signos de maltrato infantil o abuso sexual, cumple si hay reporte en la historia clínica de la intervención realizada.	Sí No No aplica

#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
35	Clasificación del estado nutricional (No negociable)	Cumple si está registrada la clasificación del estado nutricional (P/E, T/E, P/T, IMC/E, PC/E).	Sí No No aplica
36	Evaluación alimentaria	Cumple si se realiza la evaluación alimentaria según la edad del menor.  0-6 meses: lactancia materna y/o leche de fórmula. 6-12 meses: lactancia materna más alimentación complementaria con especificación en edad de introducción de los alimentos. Mayores de 1 año: especificación de consumo de lácteos, carnes o leguminosas, frutas y verduras (como grupos de alimentos claves).	Sí No No aplica
37	Educación y recomendaciones alimentarias	Cumple si se realiza educación y se brindan recomendaciones alimentarias según edad del menor. 0-6 meses: lactancia materna exclusiva. 6-12 meses: lactancia materna más alimentación complementaria (se debe especificar la forma de introducir la alimentación complementaria). Mayores de 1 año: importancia del consumo de una alimentación variada y suficiente, con énfasis en alimentos clave como lácteos, carnes o leguminosas, frutas y verduras; especificando porciones recomendadas. En los mayores de 1 año también contemplar educación en hábitos de alimentación saludable y énfasis en prácticas no adecuadas que se deben evitar (Ej. no desayunar, saltar comidas principales, alto consumo de productos de paquete, exceso de consumo de comidas rápidas, consumo de bebidas carbonatadas, etc.).	Sí No No aplica
38	Educación en lactancia materna	Cumple si se realiza educación en lactancia materna: Exclusiva: a los menores de 6 meses. Con introducción de alimentación complementaria: de 6 a 12 meses. Como complemento: hasta los dos años. (La pregunta aplica solo para niños hasta los 2 años de edad.)	Sí No No aplica
39	Observaciones	Registre las observaciones que considere pertinentes.	Texto

**Tabla 138.** Criterios técnicos de apoyo para la auditoría a la adherencia de la norma técnica de detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo

Pregunta	Criterio de auditoría		
7	<b>Esquema control de detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo:</b>		
	<b>Periodicidad</b>	<b>Concentración</b>	<b>Actividad</b>
	Desde el primer mes de vida	1	Consulta médica 1.ª vez
	< De 1 año: 1-3 m; 4-6 m; 7-9 m; 10-12 m.	4 al año	Consulta de seguimiento por enfermera
	De 1 año: 13-16 m; 17-20; 21-24 m.	3 al año	
	De 2 a 4 años: 25-30 m; 31-36 m; 37-47 m; 49-60 m.	4 veces	
	De 5 a 7 años: 61-66 m; 67-72 m; 73-77 m; 79-74 m.	4 veces	
De 7 a 9 años: Cada año	3 veces		
24	<b>Apoyo para la clasificación del estado nutricional:</b> Para evaluar el estado nutricional se debe tener en cuenta la clasificación en desviaciones estándar para cada indicador, por rango de edad: <ul style="list-style-type: none"> <li>• T/E, P/E, P/T, y PC: para niños y niñas menores de 2 años.</li> <li>• T/E, P/T, y PC*: para niños y niñas de 2 a 4 años y 11 meses.</li> </ul> * El perímetro cefálico que se debe tomar rutinariamente hasta los 3 años de edad, y de este momento en adelante sólo cuando el niño o la niña consulten por primera vez, según criterio del profesional de la salud. P/E: El uso peso para la edad en este grupo sólo se indica para análisis poblacional. <ul style="list-style-type: none"> <li>• T/E, IMC/E: para niños y niñas de 5 a 10 años.</li> </ul>		

**Norma técnica: Detección temprana de las alteraciones del joven (10 años a 29 años)**

**Muestra seleccionada:** Historias clínicas de jóvenes de 10 a 29 años que son atendidos en el servicio de detección temprana de las alteraciones del joven, durante los 3 meses previos a la evaluación.

**Tabla 139.** Criterios de calidad para evaluar la adherencia a la norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del joven

#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
5	Edad	Registre la edad actual de la persona (en años).	Número
6	Género	Registre femenino o masculino.	Masculino Femenino Sin dato



#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HCI
7	Motivo de consulta	Cumple si se registra el motivo de consulta del joven sano, según edad.	Sí No No aplica
8	Anamnesis	Cumple si se registra la anamnesis según la edad del joven.	Sí No No aplica
9	Examen físico	Cumple si se registra examen físico completo (signos vitales, medidas antropométricas, énfasis en alteraciones del desarrollo).	Sí No No aplica
10	Evaluación de agudeza visual	Cumple si se registra el reporte de la evaluación de la agudeza visual según carta de Snellen. Aplica para jóvenes de 11 y 16 años.	Sí No No aplica
11	Evaluación Tanner	Cumple si se registra la evaluación o autoevaluación del Tanner. Aplica para hombres hasta los 18 años y mujeres hasta los 16 años.	Sí No No aplica
12	Alteración de la concordancia del desarrollo de caracteres sexuales secundarios (Tanner)	Se registra alteración en la concordancia del desarrollo de caracteres sexuales secundarios (Tanner) según evaluación o auto-apreciación (retardo inusual en la espermarquia o menarquia).	Sí No No aplica
13	Intervención en caso de alteración de la concordancia del desarrollo de caracteres sexuales secundarios (Tanner)*	Cumple si se registra la intervención en caso de presentar alteración en la concordancia del desarrollo de caracteres sexuales secundarios (Tanner). *No afecta el porcentaje de cumplimiento de la institución	Sí No No aplica
14	Vacunación	Cumple si se registra la vacunación del joven según PAI. Aplica sólo para mujeres (PVH, Td).	Sí No No aplica
15	Aplicación de biológicos faltantes	Cumple si se registran biológicos faltantes según esquema del PAI el mismo día de la consulta, o en su defecto recomendación de demanda inducida al programa de vacunación. Aplica para mujeres y en caso de tener biológicos faltantes.	Sí No No aplica
16	Nivel escolar actual	Cumple si se reporta el año escolar en curso en concordancia con la edad.	Sí No No aplica



#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
17	Retraso escolar	Cumple si se registra la causa (está "validando" años escolares, trabaja y en qué, entre otros aspectos). Si no tiene retraso escolar, no aplica.	Sí No No aplica
18	Consumo de tabaco (No negociable)	Cumple si se indaga y se registra el consumo de tabaco.	Sí No No aplica
19	Intervención en caso de consumo de tabaco (No negociable)	En caso de consumo de tabaco. Cumple si registra la consejería para la cesación o se remitió al programa respectivo, en caso de consumo de tabaco.	Sí No No aplica
20	Consumo de licor y/o sustancias psicoactivas (No negociable)	Cumple si se indaga y se registra consumo de alcohol o sustancias psicoactivas.	Sí No No aplica
21	Intervención del consumo de licor y/o sustancias psicoactivas (No negociable)	En caso de consumo, cumple si realizó consejería para la cesación o se remitió al programa respectivo.	Sí No No aplica
22	Hábitos nutricionales (No negociable)	Cumple si se registran hábitos nutricionales.	Sí No No aplica
23	Intervención en caso de alteración de la imagen o trastornos de la alimentación (No negociable)	En caso de identificar trastornos de alimentación o alteración de imagen corporal, cumple si se remitió a asesoría por psicología/psiquiatría o institución de apoyo.	Sí No No aplica
24	Evaluación antropométrica	Cumple si se registra la evaluación antropométrica. En menores de 18 años según los patrones (curvas) de crecimiento de la OMS: IMC/E, T/E. En mayores de 18 años cálculo del IMC.	Sí No No aplica
25	Intervención en caso de alteración del estado nutricional	En caso de alteración del estado nutricional (evaluación antropométrica), cumple si se evidencia intervención (remisión a nutrición).	Sí No No aplica
26	Educación nutricional	Cumple si se registra educación y recomendaciones alimentarias acordes con la edad.	Sí No No aplica

#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HCI
27	Actividad física y estilos de vida saludable	Cumple si se registra la promoción de la realización de actividad física y estilos de vida saludable.	Sí No No aplica
28	Intervención en caso de alteración de la agudeza visual	En caso de alteración de la agudeza visual, cumple si se remite a optómetra.	Sí No No aplica
29	Identificación de anemia	Cumple si se registra valores de hemoglobina (sólo aplica en mujeres de 10 a 13 años).	Sí No No aplica
30	Intervención en caso de anemia	En caso de detectar anemia, cumple si se registra la intervención para identificar la causa y ordenar el tratamiento.	Sí No No aplica
31	Registro de mitos o temores acerca de la sexualidad	Cumple si se indaga y se registran mitos o temores acerca de la sexualidad en temas relacionados con masturbación, identidad sexual.	Sí No No aplica
32	Intervención en caso de detectar mitos o temores acerca de la sexualidad	En caso de alteración o identificación de mitos o temores acerca de la sexualidad, cumple si se evidencia intervención y si es necesario remisión para asesoría por psicología o psiquiatría.	Sí No No aplica
33	Relaciones sexuales (No negociable)	Cumple si se indaga y registra inicio de relaciones sexuales y su edad de inicio.	Sí No No aplica
34	Intervención en menores de 14 años que han tenido relaciones sexuales (No negociable)	En caso de ser menor de 14 años, se evidencia intervención relacionada con abuso sexual. Si no ha tenido relaciones sexuales no aplica.	Sí No No aplica
35	Actividad sexual de riesgo (No negociable)	Cumple si se indaga y registra conductas de riesgo para infecciones de transmisión sexual — ITS— o embarazo. No aplica en caso de no tener relaciones sexuales.	Sí No No aplica
36	Intervención de la actividad sexual de riesgo (No negociable)	En caso de identificar actividad sexual de riesgo, cumple si se registra intervención. No aplica en caso de no tener relaciones sexuales, o no tener factores de riesgo.	Sí No No aplica
37	Planificación familiar (No negociable)	Cumple si se registra asesoría en planificación familiar, uso de anticonceptivos actuales. En caso de no uso de anticonceptivos y con vida sexual activa, remisión al programa de planificación o indicación de método de planificación.	Sí No No aplica



#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
38	Consejería prueba VIH	En caso de actividad sexual, cumple si se registra consejería para prueba de Elisa de VIH.	Sí No No aplica
39	Prueba VIH	En caso de actividad sexual, cumple si se registra el resultado de la prueba Elisa de VIH.	Sí No No aplica
40	Consejería posprueba VIH	En caso de actividad sexual, cumple si se registra la consejería posprueba Elisa de VIH.	Sí No No aplica
41	Serología para sífilis	Cumple si se evidencia el resultado de la serología para sífilis. No aplica en jóvenes que no han iniciado la vida sexual.	Sí No No aplica
42	Intervención en caso de serología alterada	Si el resultado de la serología para sífilis fue reactivo, cumple si se evidencia la intervención y consejería. No aplica en jóvenes que no han iniciado la vida sexual.	Sí No No aplica
43	Citología	En mujeres entre los 21 y 69 años, con inicio de vida sexual, cumple si se evidencian citologías realizadas de acuerdo con el esquema.	Sí No No aplica
44	Riesgo de abuso	Cumple si se indaga y se registran factores de riesgo para violencia intrafamiliar, abuso sexual, maltrato en menor de edad, maltrato a la pareja.	Sí No No aplica
45	Intervención en caso de riesgo de abuso	En caso de evidenciar algún riesgo de abuso, cumple si se realizó intervención, consejería y remisión a especialista en caso de ser necesario.	Sí No No aplica
46	Víctimas de la violencia	Cumple si se indaga y se registra si el joven ha sido víctima de violencia (desplazamiento forzoso, violencia personal, maltrato psicológico, fronteras invisibles, "matoneo").	Sí No No aplica
47	Evaluación del riesgo suicida (No negociable)	Cumple si se indaga y se registran riesgos como ideas, gestos o intentos de suicidio.	Sí No No aplica
48	Intervención en caso de alteración de la salud mental (No negociable)	En caso de identificar riesgos, cumple si se hizo remisión indicada (salud mental, notificación o reporte de oficio a sectores como justicia o protección).	Sí No No aplica
49	Remisión a grupos de apoyo o actividades de educación y promoción	Cumple si se registra remisión a grupos de apoyo o actividades de educación y promoción.	Sí No No aplica
50	Observaciones	Registre las observaciones que considere pertinentes.	Texto

**Tabla 140.** Criterios técnicos de apoyo para la auditoría a la adherencia de la norma técnica de detección temprana de las alteraciones del joven

Pregunta	Criterio de auditoría	
26	<b>Alimentos clave en adolescentes</b>	
	Leche, yogurt, kumis o queso	4 a 6 porciones (según edad y sexo)
	Carnes o leguminosas	2 porciones (según edad y sexo)
	Frutas	3 a 4 porciones (según edad y sexo)
	Hortalizas y verduras	2 a 3 porciones (según edad y sexo)
43	<b>Esquema de tamización con citologías:</b>	
	<b>Grupo poblacional</b>	<b>Frecuencia de tamizaje</b>
	Población general / 21 a 69 años con inicio de vida sexual.	1-1-3
	Adolescentes / < 21 años con inicio de vida sexual.	No se recomienda
	Inmunocomprometidas / 21 a 69 años / VIH positivo, inmunosuprimidas.	6 meses en el primer año y continúa cada año
	Embarazadas / 21 a 69 años	1-1-3 (en cualquier trimestre)
	Historial sexual exclusivo con mujeres / 21 a 69 años.	1-1-3
	Histerectomía - Patológica / 21 a 69 años.	Esquema: 1-1-3 (por 10 años post Cx)
	Histerectomía causa desconocida / 21 a 69 años.	Esquema: 1-1-3 (por 10 años post Cx)
	Histerectomía - Benigna / 21 a 69 años.	No requieren
Vacunadas contra el VPH / 21 a 69 años.	1-1-3	

**Norma técnica: Detección temprana de las alteraciones del embarazo**

**Muestra seleccionada:** Historias clínicas de mujeres que han sido atendidas en el servicio de control prenatal —CPN— y que terminaron su gestación durante los 3 meses previos a la evaluación.

**Tabla 141.** Criterios de calidad para la evaluación de la adherencia a la norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo

#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
5	Edad	Registre la edad actual de la gestante (en años).	Número
6	Datos del contacto que faciliten la localización de la gestante	Cumple si se evidencia el registro, con información actualizada en cada control de números telefónicos, dirección, datos de acompañante y contactos en caso de urgencias.	Sí No
7	Embarazo planeado	De acuerdo con la información consignada en la historia clínica, registre si el embarazo fue planeado. No aplica si no se indagó en ninguno de los controles.	Sí No Sin dato
8	Número de controles prenatales registrados en la historia clínica	Registre el número de controles realizados por la gestante durante toda la gestación.	Número
9	Edad gestacional al ingreso al control prenatal	Registre el número de semanas de gestación al momento del ingreso al CPN (Consulta por médico).	Número
10	Registro de las causas del ingreso tardío al CPN	Si el ingreso al CPN ocurrió después de la semana 14 de gestación, cumple si se registra la causa del ingreso tardío.	Sí No No aplica
11	Valoración por ginecoobstetra (Según la nueva GAI)	Cumple si se evidencia en la HC al menos una consulta por GO a partir de la semana 34 (idealmente entre la semana 34 a 36), para una nueva valoración del riesgo.	Sí No No aplica
12	Suplementación con micronutrientes (No negociable: 13)	Cumple si se formuló la suplementación a dosis adecuadas: Ácido fólico 400 mcg día al menos hasta la semana 12, Calcio 1200 mg por día y Hierro 60 mg de hierro elemental por día. Nota: No aplica el hierro en hemoglobina mayor de 14 mg/dl.	Sí No No aplica
13	Seguimiento a la adherencia de la gestante a la suplementación con micronutrientes	Cumple si en cada control prenatal se registra el consumo y la tolerancia de los micronutrientes.	Sí No No aplica

#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
15	Búsqueda de las causas de anemia en la gestante (No negociable)	En caso de presentar Hemoglobina menor de 11 g/dL, cumple si se buscaron causas de esta anemia. (Coprocópico, Extendido de sangre periférica, Ferritina).	Sí No No aplica
16	Tratamiento y seguimiento de la gestante con anemia (No negociable: 16)	En caso de presentar Hemoglobina menor de 11 g/dL, cumple si se evidencia prescripción de tratamiento con hierro a dosis adecuada. (Mínimo 120 mg de hierro elemental por día).	Sí No No aplica
17		Si a la gestante se le prescribió tratamiento con hierro, cumple si se le ordenó hemoglobina Hb de control postratamiento (Hb cuatro a ocho semanas después de iniciado el tratamiento).	Sí No No aplica
18	Realización de citología para detección de cáncer cérvico-uterino (No negociable)	Cumple si se evidencia resultado de citología de acuerdo con los parámetros de la norma de detección del cáncer de cuello uterino, o justificación en caso de no realizarla.	Sí No No aplica
19	Búsqueda de diabetes gestacional	Cumple si se evidencia realización de prueba de tolerancia a la glucosa (75gm), entre las 24 y 28 semanas de gestación. No aplica cuando la gestante ingresó después de las 28 semanas.	Sí No No aplica
20	Detección de Síndrome de Hipertensión Inducida por el Embarazo — SHAE—*	Verifique si se registró alguna cifra de presión arterial mayor o igual a 140/90, después de las 20 semanas de gestación en paciente que no era hipertensa crónica (puede observarse en CPN o en alguna consulta a urgencias durante la gestación). * No afecta el porcentaje de cumplimiento de la institución.	Sí No No aplica
21	Abordaje de complicaciones hipertensivas durante el embarazo (No negociable)	Si la respuesta anterior es "Sí", cumple si se tomó la conducta tendiente a confirmar o descartar THAE. (Dejar en observación mínimo 6 horas, tomar PA a las 6 horas, medir y evaluar la proteinuria).	Sí No No aplica
22	Complicación de la hipertensión arterial durante el embarazo*	Verifique si se presentaron síntomas premonitorios y/o cifras $\geq 160/100$ . (Puede observarse en CPN o en alguna consulta a urgencias). * No afecta el porcentaje de cumplimiento de la institución.	Sí No No aplica



#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
23	Abordaje de complicaciones hipertensivas durante el embarazo (No negociables)	Si la respuesta anterior es "Sí", cumple si se estabilizó la paciente antes de iniciar el proceso de remisión. (Uso de sulfato de magnesio y antihipertensivos).	Sí No No aplica
24		Si la respuesta anterior es "Sí", cumple si se remitió inmediatamente como urgente a la gestante y se ubicó en un nivel de mayor complejidad de atención. No aplica en caso de verificarse que no se pudo ubicar a la gestante por falta de camas en un nivel superior de atención.	Sí No No aplica
25	Prevención de la incidencia de preeclampsia	Cumple si se evidencia la administración oral de 75 a 100 mg de Aspirina todos los días a partir de la semana 12 de gestación y hasta el día del parto, a mujeres con alto riesgo o con dos o más factores de riesgo moderado de preeclampsia. Riesgo alto (un criterio): antecedente de SHAE, ERC, enfermedad autoinmune, diabetes, HTA crónica. Riesgo moderado (dos criterios): primer embarazo, mayor de 40 años, periodo intergenésico mayor de 10 años, IMC mayor o igual a 35, antecedente de preeclampsia y embarazo múltiple.	Sí No No aplica
26	Detección de infecciones (No negociable)	Cumple si se evidencia realización de urocultivo al ingresar al programa de control prenatal.	Sí No No aplica
27	Atención a la gestante que presenta infecciones (No negociable: 27)	Si el urocultivo fue anormal, cumple si se ordenó tratamiento.	Sí No No aplica
28		Si la respuesta anterior es "Sí", cumple si se ordenó urocultivo de seguimiento.	Sí No No aplica
29		En caso de recidiva o resistencia de la infección por bacteriuria (asintomática), cumple si se remitió a la gestante a continuar su control por obstetricia.	Sí No No aplica
30	Detección de toxoplasmosis	Cumple si se evidencia realización de pruebas de IgG e IgM a la mujer embarazada en su primer control prenatal, para determinar la presencia de la infección por toxoplasma.	Sí No No aplica
31	Detección de sífilis gestacional (No negociables)	Cumple si se realizó serología para detección de sífilis al ingresar al control prenatal.	Sí No No aplica
32		Cumple si se realizó serología para detección de sífilis entre las semanas 28 a 34. No aplica si el ingreso fue posterior a la semana 34 de gestación.	Sí No No aplica
33	Detección de VIH (No negociable)	Cumple si se evidencia el resultado de la prueba de VIH. No aplica si la mujer rechaza la prueba.	Sí No No aplica



#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
34	Detección de Hepatitis B (No negociable)	Cumple si se evidencia el resultado de la prueba AgsHB.	Sí No No aplica
35	Atención a la gestante que presenta ITS	Verifique si el resultado de alguna de las ayudas diagnósticas para la detección de ITS es positivo.	Sí No No aplica
36		Si la respuesta anterior es "Sí", cumple si se evidencia la atención específica según la infección.	Sí No No aplica
37		Si la paciente tuvo una ITS, cumple si se evidencia notificación al sistema de vigilancia epidemiológica.	Sí No No aplica
38	Ecografía durante el embarazo para el diagnóstico de las alteraciones feto-placentarias	Cumple si se evidencia resultado de ecografía obstétrica, mínimo 2 (entre la semana 10+6 y la semana 13+6 y entre las semanas 18 a 23+6). No aplica en ingresos superiores a las 24 semanas.	Sí No No aplica
39	Vacunación (No negociable)	Cumple si se evidencia registro de vacunación: con Td y contra la influenza estacional. Después de la semana 20, sustituir la dosis de Td por una dosis de TdaP (Tétanos - Difteria - Tos ferina acelular).	Sí No No aplica
40	Control odontológico durante el embarazo	Cumple si se evidencia valoración por odontólogo durante la gestación, según el caso. Si el servicio odontológico es ofertado en otra IPS y no se puede consultar la historia clínica en red, cumple con la remisión.	Sí No No aplica
41	Valoración nutricional	Cumple si se registra el cálculo del IMC en cada control prenatal.	Sí No No aplica
42		Si la gestante ingresa después de la semana 16-18, cumple si se cuenta con el cálculo del IMC pregestacional.	Sí No No aplica
43		Cumple si con base en el cálculo del IMC se establecen las metas de ganancia de peso (ver metas en la nueva GAI). Nota: Si la gestante ingresa después de la semana 16-18, el cálculo de ganancia de peso se debe realizar con el IMC pregestacional. Si ingresó antes de la semana 11 al CPN, el cálculo de ganancia de peso se realiza con el IMC del primer control.	Sí No No aplica



#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
44	Valoración nutricional	Cumple si se evidencia evaluación de ganancia de peso y valoración en cada control prenatal realizado. Nota: se debe promover en este estándar la implementación de las curvas de Athala para la clasificación del estado nutricional.	Sí No No aplica
45		Cumple si se evidencia evaluación del consumo de alimentos claves para la mujer gestante.	Sí No No aplica
46	Intervención en nutrición (No negociable)	Cumple si la gestante fue remitida a nutricionista en caso de alteración por déficit o exceso de peso o dificultades en la ganancia de peso.	Sí No No aplica
47	Valoración psicosocial	Si la gestante es menor de 20 años, cumple si se evidencia valoración psicosocial durante la gestación. Si el servicio de psicología es ofertado en otra IPS y no se puede consultar la historia clínica en red, cumple con la remisión.	Sí No No aplica
48	Contenidos educativos	Cumple si está registrada la educación en cada control, específica según riesgo y edad gestacional (al menos signos de alarma de cada etapa, alimentación y nutrición, consumo de suplementos, lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, plan de parto, planificación familiar).	Sí No No aplica
49	Observaciones	Registre las observaciones que considere pertinentes.	Texto

**Tabla 142.** Criterios técnicos de apoyo para la auditoría a la adherencia de la norma técnica de detección temprana de las alteraciones del embarazo

Pregunta	Criterio de auditoría	
	Esquema de tamización con citologías:	
18	Grupo poblacional	Frecuencia de tamizaje
	Población general / 21 a 69 años con inicio de vida sexual.	1-1-3
	Adolescentes / < 21 años con inicio de vida sexual.	No se recomienda
	Inmunocomprometidas / 21 a 69 años / VIH positivo, inmunosuprimidas.	6 meses en el primer año y continúa cada año
	Embarazadas / 21 a 69 años	1-1-3 (en cualquier trimestre)
	Historial sexual exclusivo con mujeres / 21 a 69 años.	1-1-3
	Histerectomía - Patológica / 21 a 69 años.	Esquema: 1-1-3 (por 10 años post Cx)

Pregunta	Criterio de auditoría	
18	Histerectomía causa desconocida / 21 a 69 años.	Esquema: 1-1-3 (por 10 años post Cx)
	Histerectomía - Benigna / 21 a 69 años.	No requieren
	Vacunadas contra el VPH / 21 a 69 años.	1-1-3
43	Proyección de ganancia de peso durante la gestación de acuerdo al IMC calculado	
	IMC < 20 kg/m <sup>2</sup>	12 a 18 kg
	IMC entre 20 y 24,9 kg/m <sup>2</sup>	10 a 13 kg
	IMC entre 25 y 29,9 kg/m <sup>2</sup>	7 a 10 kg
	IMC > 30 kg/m <sup>2</sup>	6 a 7 kg
45	Alimentos claves en gestantes	
	Leche, yogurt, kumis o queso	2 a 4 porciones (según trimestre)
	Carnes o leguminosas	1 porción
	Frutas	3 porciones
	Hortalizas y verduras	2 porciones

**Norma técnica: Detección temprana de las alteraciones del adulto (mayor de 45 años)**

**Muestra seleccionada:** Historias clínicas de mujeres y hombres de 45, 50, 55, 60, 65, 70, 75, 80, 85 y 90 años (o más) que han sido atendidos en el servicio de detección temprana de las alteraciones del adulto durante los 3 meses previos a la evaluación.

**Tabla 143.** Criterios de calidad para la evaluación de la adherencia a la norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del adulto

#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
5	Edad	Registre la edad actual del usuario.	Número
6	Género	Registre femenino o masculino.	Femenino Masculino
7	Cumplimiento de las consultas de acuerdo con la norma técnica	Cumple cuando se registran consultas por rango de edad cada quinquenio (45 años, 50 años, 55 años, 60 años, etc.).	Sí No No aplica
8	Antecedente de tabaquismo	Cumple si se registra en HC la indagación por tabaquismo, incluyendo el número de cigarrillos día, años.	Sí No No aplica



#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
9	Intervención en tabaquismo (No negociable)	Cumple si interviene el tabaquismo (felicitaciones si deja de fumar, consejo para la cesación, remisión a programas de cesación o interconsulta a especialista).	Sí No No aplica
10	Evaluación alimentaria	Cumple si se registra el consumo diario de grupos de alimentos clave como: lácteos, carnes o leguminosas, frutas, verduras.	Sí No No aplica
11		Cumple si se indaga por hábitos de alimentación que generen factores de riesgo, como el consumo de grasas, azúcares y sodio.	Sí No No aplica
12	Educación y recomendaciones alimentarias (No negociable)	Cumple si se registra educación y recomendaciones para el consumo de grupos de alimentos clave como: 5 porciones al día entre frutas y verduras, y cumple si recomienda alimentos bajos en grasa, azúcares y sodio.	Sí No No aplica
13	Evaluación de actividad física	Cumple si se registra en HC la indagación por ejercicio, mínimo registrar frecuencia (cuántas veces) y duración (cuánto tiempo). Recomendación: 3 veces a la semana y suma mínimo 150 minutos.	Sí No No aplica
14	Intervención en ejercicio (No negociable)	Cumple si interviene sedentarismo o ejercicio menor de 150 minutos a la semana: aconsejaría considerando tipo, frecuencia, duración e intensidad.	Sí No No aplica
15	Prevención del tabaquismo y consumo de alcohol	Cumple si se registra educación relacionada con el consumo de tabaco y alcohol.	Sí No No aplica
16	Antecedente de consumo de alcohol	Cumple cuando se indaga por el consumo de alcohol (registro de frecuencia, cantidad).	Sí No No aplica
17	Intervención del alcoholismo	Cumple si interviene alcoholismo (consejería, remisión a programa para la cesación, red de apoyo).	Sí No No aplica
18	Antecedente de consumo de sustancias psicoactivas o psicotrópicas	Cumple cuando se indaga y se registra si existe o no consumo de sustancias psicoactivas o psicotrópicas en la historia clínica.	Sí No No aplica
19	Alteraciones en la dinámica familiar como maltrato o violencia sexual	Cumple cuando se indaga y se registra si existen o no alteraciones en la dinámica familiar.	Sí No No aplica

#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
20	Alteraciones de la salud mental	Cumple cuando se indaga en la salud mental incluyendo alteraciones en la dinámica familiar, depresión, ideas suicidas y si se interviene si encuentra algún hallazgo.	Sí No No aplica
21	Indagación por planificación familiar	Cumple cuando se indaga si la mujer utiliza algún método anticonceptivo (aplica en mujeres menores de 50 años y con vida sexual activa).	Sí No No aplica
22	Intervención por planificación familiar	Cumple si da consejería en planificación familiar o se remite para programa de planificación familiar (aplica cuando la mujer no utiliza ningún método de anticoncepción a pesar de necesitarlo, preguntar FUM).	Sí No No aplica
23	Citología	En mujeres entre los 21 y 69 años, con inicio de vida sexual. Cumple si se evidencian citologías realizadas de acuerdo con el esquema.	Sí No No aplica
24	Autoexamen de seno	Cumple si se realizó educación en autoexamen de seno o se indagó sobre su realización rutinaria.	Sí No No aplica
25	IMC y perímetro abdominal	Cumple si se registra el IMC y el perímetro abdominal.	Sí No No aplica
26	Intervención en caso de alteración del estado nutricional (No negociable)	Cumple si se registra intervención en caso de identificar el estado nutricional alterado (cuando el IMC o el perímetro abdominal no esté en rangos adecuados según la edad, la persona debe ser remitida a nutrición, equipo interdisciplinario o consejería).	Sí No No aplica
27	Registro de presión arterial	Cumple si se registra valores de presión arterial.	Sí No No aplica
28	Diagnóstico de la presión arterial (No negociable)	En caso de que la presión arterial sea mayor o igual a 140/90 mm/Hg. Cumple si se confirmó el diagnóstico de HTA con toma seriada de la presión, Automonitoreo Ambulatorio de Presión Arterial —AMPA— o MAPA.	Sí No No aplica
29	Signos vitales, examen físico de órganos y sistemas	Cumple si se registran signos vitales, valoración de órganos de los sentidos, sistema cardiopulmonar con auscultación.	Sí No No aplica
30	Evaluación de agudeza visual	Cumple si se registra evaluación de agudeza visual o remisión a optometría u oftalmología.	Sí No No aplica



#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
31	Evaluación neurológica y de la esfera mental	Cumple si se reporta valoración neurológica y de la esfera mental.	Sí No No aplica
32	Sintomático respiratorio	Cumple si se registran en la HC los resultados de las baciloscopias en caso de identificar que la persona es Sintomática Respiratoria –SR–.	Sí No No aplica
33	Factores de riesgo para Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica –EPOC–	Cumple si se indagan por factores de riesgo de EPOC (exposición a humo de leña, tabaquismo, químicos, contaminantes, biomasa, etc., y presencia de tos, esputo, disnea).	Sí No No aplica
34	Intervención del EPOC (No negociable)	Si se encuentran factores de riesgo y síntomas compatibles con EPOC. Cumple si se ordena espirometría confirmatoria.	Sí No No aplica
35	Enfermedad ácido-péptica	Cumple si se registran síntomas relacionados con enfermedad ácido-péptica, acompañados de signos de alerta (pérdida de peso, signos de hemorragia –HTDS–, disfagia, disfonía, etc.).	Sí No No aplica
36	Enfermedad del colon	Cumple si se registran síntomas relacionados con enfermedad del colon (heces acintadas, hematoquecacia, pérdida de peso, anemia, dolor abdominal) y búsqueda de factores de riesgo como antecedente familiar de cáncer de colon.	Sí No No aplica
37	Exámenes según la norma 412 para adulto sano (No negociable)	Cumple si se ordenan y/o registran exámenes del adulto mayor de 45 años (glicemia, perfil lipídico, creatinina, uroanálisis). Referencia según laboratorio de realización de exámenes.	Sí No No aplica
38	Intervención de exámenes de laboratorio alterados (No negociable)	Cumple si se registra intervención de los exámenes alterados: glicemia mayor de 100mg/dl, colesterol LDL según clasificación del riesgo global, colesterol HDL menor de 40, TG mayor de 150, PO con proteinuria, cilindruria y hematuria y TFG según edad.	Sí No No aplica
39	Intervención de la TFG	Cumple si hay intervención cuando la TFG es menor de 60.	Sí No No aplica

#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
40	Antígeno de próstata	Cumple si se ordena y/o registra resultado del Antígeno Prostático Específico — PSA—. Si se encuentra alterado, cumple si se registra intervención (remisión a especialista). Aplica para hombres mayores de 50 años o menores con factores de riesgo (antecedentes familiares). Un nivel de PSA normal se considera que es de 4 ng/ml (nanogramos por mililitro de sangre). Para los hombres de 50 años o menos, un nivel de PSA generalmente debe estar por debajo de 2,5. Los hombres mayores a menudo tienen niveles de PSA ligeramente superiores a los de los hombres jóvenes.	Sí No No aplica
41	Remisión a otros servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad	Cumple si se promovió o se remitió a otros programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (salud oral, CPN, riesgo vascular, cáncer de seno, ITS, detección temprana de alteraciones de agudeza visual, etc.).	Sí No No aplica
42	Observaciones	Registre las observaciones que considere pertinentes.	Texto

**Tabla 144.** Criterios técnicos de apoyo para la auditoría a la adherencia de la norma técnica de detección temprana de las alteraciones del adulto

Pregunta	Criterio de auditoría	
12	<b>Alimentos clave en adultos</b>	
	Leche, yogurt, kumis o queso	3 a 4 porciones
	Carnes o leguminosas	2 porciones
	Frutas	3 porciones
	Hortalizas y verduras	2 porciones
23	<b>Esquema de tamización con citologías:</b>	
	Grupo poblacional	Frecuencia de tamizaje
	Población general / 21 a 69 años con inicio de vida sexual.	1-1-3
	Adolescentes / < 21 años con inicio de vida sexual.	No se recomienda
	Inmunocomprometidas / 21 a 69 años / VIH positivo, inmunosuprimidas.	6 meses en el primer año y continúa cada año



Pregunta	Criterio de auditoría		
23	Embarazadas / 21 a 69 años	1-1-3 (en cualquier trimestre)	
	Historial sexual exclusivo con mujeres / 21 a 69 años.	1-1-3	
	Histerectomía - Patológica / 21 a 69 años.	Esquema: 1-1-3 (por 10 años post Cx)	
	Histerectomía causa desconocida / 21 a 69 años.	Esquema: 1-1-3 (por 10 años post Cx)	
	Histerectomía - Benigna / 21 a 69 años.	No requieren	
	Vacunadas contra el VPH / 21 a 69 años.	1-1-3	
26	<b>Clasificación del estado nutricional del adulto de acuerdo con el índice de masa corporal</b>		
	<b>Clasificación</b>	<b>&lt; 60 años de edad</b>	<b>&gt;= 60 años de edad</b>
	Bajo peso	<18,5	<23
	Peso normal	18,5- 24,9	23 - 27,9
	Sobrepeso	25 - 29,9	28 - 31,9
	Obesidad	>= 30	>= 32
	Obesidad grado I	30 - 34,9	
	Obesidad grado II	35 - 39,9	
	Obesidad grado III	>= 40	
	<b>Clasificación del estado nutricional del adulto de acuerdo con la circunferencia de cintura</b>		
<b>Clasificación</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	
Obesidad central	>89 cm	> 79 cm	
38	<b>Valores de referencia de la glucemia en ayunas</b>		
	< 100 mg/dl	Normal	
	Entre 100 y 125 mg/dl	Alterada (GAA) (confirmar diagnóstico con prueba de carga oral de glucosa)	
	> 126 mg/dl	Anormal (confirmar diagnóstico con prueba de carga oral de glucosa)	
38	<b>Valores de referencia para la prueba de carga oral de glucosa</b>		
	<140 mg/dl	Normal	
	Entre 140 y 199 mg/dl	Intolerancia a la glucosa (ITG)	
	200 mg/dl	Diabetes Mellitus (DM)	



Pregunta	Criterio de auditoría		
38	Clasificación de los niveles de LDL según ATP III		
	Valor	Nivel	Meta de riesgo
	<100 mg/dl	Óptimo	Alto
	Entre 100 y 129 mg/dl	Casi óptimo	Medio
	Entre 130 y 159 mg/dl	En el límite superior	-
	Entre 160 y 189 mg/dl	Elevado	Bajo
> 190 mg/dl	Muy elevado	Siempre iniciar tratamiento	

**Norma técnica: Detección temprana del cáncer de cuello uterino**

**Muestra seleccionada:** Historias clínicas de mujeres en edad fértil que han sido atendidas en el servicio de detección temprana del cáncer de cuello uterino durante los 3 meses previos a la evaluación.

**Tabla 145.** Criterios de calidad para la evaluación de la adherencia a la norma técnica para la detección temprana del cáncer de cuello uterino

#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
5	Edad	Registre la edad actual de la persona (en años).	Número
6	Edad en la que inició vida sexual	Cumple si se registra en la historia clínica la edad de inicio de vida sexual.	Sí No No aplica
7	Esquema de tamización con citologías (No negociable)	En mujeres entre los 21 y 69 años, con inicio de vida sexual. Cumple si se evidencian citologías realizadas de acuerdo con el esquema.	Sí No No aplica
8	Registro de resultados de citologías alteradas	Se registra en la historia clínica algún resultado (en los últimos 3 años) con alteración pre-neoplásicas del cérvix: ASC-US, AGC-NOS, ASC-H, LIE BG, LIE AG, AGC-Neoplasia, carcinomas.	Sí No No aplica
9	Búsqueda de usuarias con citología alterada (No negociable)	Si la respuesta a la pregunta anterior es "Sí". Cumple si se registran en la historia clínica acciones de búsqueda de la usuaria con citología alterada y asesoría frente al resultado.	Sí No No aplica



#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
10	Adherencia a guía de manejo para lesiones pre-neoplásicas del cuello uterino (No negociable)	Cumple si la conducta registrada en la historia clínica se ajusta a lo definido en la guía para el manejo de las lesiones pre-neoplásicas del cuello uterino y/o protocolos de la institución.	Sí No No aplica
11	Proceso de contrarreferencia	Cumple si se registra en la historia clínica el resultado final del manejo brindado a la usuaria con citología anormal: resultado de colposcopias, conizaciones, cirugías y biopsias.	Sí No No aplica
12	Uso de método de planificación familiar	Cumple si en la historia clínica se registra la indagación por el uso de algún método de planificación familiar.	Sí No No aplica
13	Asesoría en planificación familiar	Si la mujer no usa un método de planificación familiar. Cumple si se registra en la historia clínica la asesoría en anticoncepción o remisión al servicio de planificación familiar. No aplica: en mujeres sin vida sexual activa, en gestantes o si usan un método de planificación familiar.	Sí No No aplica
14	Remisión a otros servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad	Cumple si se promovió o se remitió a otros servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (salud oral, CPN, riesgo vascular, ITS, detección temprana de alteraciones de agudeza visual, etc.).	Sí No No aplica
15	Observaciones	Registre las observaciones que considere pertinentes.	Texto

**Tabla 146.** Criterios técnicos de apoyo para la auditoría a la adherencia de la norma técnica de detección temprana del cáncer de cuello uterino

Pregunta	Criterio de auditoría	
7	<b>Esquema de tamización con citologías:</b>	
	<b>Grupo poblacional</b>	<b>Frecuencia de tamizaje</b>
	Población general / 21 a 69 años con inicio de vida sexual.	1-1-3
	Adolescentes / < 21 años con inicio de vida sexual.	No se recomienda
	Inmunocomprometidas / 21 a 69 años / VIH positivo, inmunosuprimidas.	6 meses en el primer año y continúa cada año
Embarazadas / 21 a 69 años	1-1-3 (En cualquier trimestre)	

Pregunta	Criterio de auditoría	
7	Historial sexual exclusivo con mujeres / 21 a 69 años.	1-1-3
	Histerectomía - Patológica / 21 a 69 años.	Esquema: 1-1-3 (por 10 años post Cx)
	Histerectomía causa desconocida / 21 a 69 años.	Esquema: 1-1-3 (por 10 años post Cx)
	Histerectomía - Benigna / 21 a 69 años.	No requieren
	Vacunadas contra el VPH / 21 a 69 años.	1-1-3

**Norma técnica: Detección temprana del cáncer de seno**

**Muestra seleccionada:** Historias clínicas de mujeres mayores de 50 años que han sido atendidas en el servicio de detección temprana del cáncer de seno durante los 3 meses previos a la evaluación.

**Tabla 147.** Criterios de calidad para la evaluación de la adherencia a la norma técnica para la detección temprana del cáncer de seno

#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
5	Edad	Registre la edad actual de la persona (en años).	Número
6	Diligenciamiento de la historia clínica	Cumple si en la historia clínica se registra por lo menos el MC, EA, RS, AP, AF (antecedente de cáncer de mama 1-2 grado de consanguinidad con cáncer de mama antes de los 40 años).	Sí No No aplica
7	Examen físico	Cumple si en la historia clínica se registra el examen físico con énfasis en mama: inspección, simetría, palpación, cambios en la piel, masas, secreción por pezón.	Sí No No aplica
8	Realización de mamografía (No negociable)	Cumple si se evidencia el resultado de al menos una mamografía realizada durante los últimos dos años.	Sí No No aplica
9	Cumplimiento del esquema de tamización	Cumple si se evidencia solicitud de mamografía cada dos años a partir de los 50 años (si el resultado de la anterior fue normal).	Sí No No aplica
10	Intervención tendiente a confirmar o descartar el diagnóstico (No negociable)	Si el resultado de la mamografía fue alterado, cumple si se evidencia alguna intervención tendiente a confirmar o descartar el diagnóstico de cáncer de seno (biopsia o remisión al especialista).	Sí No No aplica

#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
11	Contrarreferencia	En caso de remisión a otro nivel de atención para esclarecer el diagnóstico de cáncer, cumple si se evidencia en la historia clínica la contrarreferencia u otro documento que demuestre continuidad de la atención.	Sí No No aplica
12	Educación a la usuaria con resultado normal	En caso que la mamografía fuera normal, cumple si se registró la educación a la paciente sobre autoexamen de mama.	Sí No No aplica
13	Registró el resultado de la biopsia	Cumple si se registró el resultado de la biopsia de mama.	Sí No No aplica
14	Remisión de la usuaria con biopsia anormal	En caso que el resultado de la biopsia de mama confirmara el cáncer, cumple si se remitió a la mujer según protocolo.	Sí No No aplica
15	Observaciones	Registre las observaciones que considere pertinentes.	Texto

**Norma técnica: Detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual**

**Muestra seleccionada:** Historias clínicas de personas de 4, 11, 16, 45, 55, 65 y más años que han sido atendidas en el servicio de detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual durante los 3 meses previos a la evaluación.

**Tabla 148.** Criterios de calidad para la evaluación de la adherencia a la norma técnica para la detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual

#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
5	Edad	Registre la edad actual de la persona (en años).	Número
6	Género	Registre femenino o masculino.	Femenino Masculino
7	Toma de agudeza visual (No negociable)	Cumple si se registra la valoración de agudeza visual según la edad del paciente. A los 4, 11, 16, 45, 55,65 y luego cada 5 años, con evaluación de visión cercana en mayores de 45 años.	Sí No No aplica
8	Intervención según hallazgos (No negociable)	En caso de alteración de la agudeza visual, cumple si se registra la intervención según diagnóstico presuntivo de la tamización de la salud visual: remisión a optometría u oftalmología según el caso.	Sí No No aplica

#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
9	Remisión a examen oftalmológico	Cumple si se registra la remisión al oftalmólogo para valoración de la salud visual según la edad del paciente (a los 55, 65 y cada 5 años después de los 65 años).	Sí No No aplica
10	Remisión a otros servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad	Cumple si se promovió o se remitió a otros programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad según grupo de riesgo (salud oral, CPN, riesgo vascular, ITS, detección de cáncer de cuello uterino, planificación familiar, detección de alteraciones del joven y del adulto, crecimiento y desarrollo y detección temprana de cáncer de mama).	Sí No No aplica
11	Observaciones	Registre las observaciones que considere pertinentes.	Texto

**Guía de atención: Estrategia para la Atención de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia —AIEPI—**

**Muestra seleccionada:** Historias clínicas de niños y niñas de 0 a 5 años que han sido atendidos de acuerdo con la estrategia para la Atención de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia —AIEPI— durante los 3 meses previos a la evaluación.

**Tabla 149.** Criterios de calidad para la evaluación de la adherencia a la estrategia para la Atención de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia —AIEPI— durante los 3 meses previos a la evaluación

#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
5	Edad del niño	Edad en meses	Número
6	Género	Registre femenino o masculino.	Femenino Masculino Sin dato
7	Datos del contacto que faciliten la localización del acompañante o cuidador del niño	Cumple si se registra el nombre, teléfono y parentesco del acompañante o cuidador.	Sí No No aplica
<b>Estándares evaluados en niños y niñas de 2 meses a 5 años</b>			
8	Signos de peligro inminente de muerte (No negociable)	Si el niño tenía alguno de los siguientes signos de peligro: no puede beber o tomar el pecho, vomita todo, está letárgico o inconsciente, ha tenido convulsiones, cumple si se remitió u hospitalizó de inmediato.	Sí No No aplica



#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
9	Atención al niño con tos o dificultad para respirar (No negociable: 10)	Verifique si el niño <b>tenía tos o dificultad para respirar</b> . Si la respuesta es negativa, pase a la pregunta 19 (aplica para todos los casos con síntomas respiratorios). * No afecta el porcentaje de cumplimiento de la institución.	Sí No No aplica
10		Si el niño tenía primer episodio de sibilancia, cuadro gripal en los 2 a 3 días anteriores, edad menor a 2 años y uno de los siguientes signos, cumple si se remitió u hospitalizó y se administró oxígeno. Signos: - Tiraje subcostal - Respiración rápida - Saturación de oxígeno < 92% - Edad menor de 3 meses - Edad menor de 6 meses y fue prematuro - Apneas	Sí No No aplica
11		Si el niño tenía tiraje subcostal o saturación de oxígeno < 92%, cumple si se remitió u hospitalizó y se administró oxígeno y la primera dosis de un antibiótico apropiado.	Sí No No aplica
12		Si el niño tenía respiración rápida, cumple si se realizó manejo adecuado (se prescribió antibiótico, se enseñó a la madre cuándo volver de inmediato y se citó a revisión dos días después).	Sí No No aplica
13		Si el niño tenía sibilancias, cumple si se registró si éstas eran de primera vez o recurrentes.	Sí No No aplica
14		Si las sibilancias eran recurrentes, cumple si se hizo la clasificación de la severidad (severa, moderada o leve).	Sí No No aplica
15		Si era el primer episodio de sibilancias, cumple si se hizo manejo adecuado (broncodilatador de acción rápida, se reclasificó y se citó a control en dos días).	Sí No No aplica
16		Si el niño tenía tos o resfriado de más de 15 días de evolución, cumple si se descartó tuberculosis.	Sí No No aplica

#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
17	Atención del niño con rinoфарингитис aguda o resfriado común	Si el niño tenía diagnóstico de rinoфарингитис aguda o resfriado común, cumple si se tuvo en cuenta no prescribirle antihistamínicos como parte del tratamiento.	Sí No No aplica
18		Si el niño tenía tos o resfriado, cumple si se indicó a la madre manejo de la fiebre, aliviar síntomas con lavados nasales y bebidas endulzadas, educación en signos de alarma y volver de inmediato si empeora, o si no mejora volver a los 5 días.	Sí No No aplica
19	Atención del niño con diarrea (No negociables: 20, 21, 23 y 24)	Verifique si se registra que el niño tenía <b>diarrea</b> . Si la respuesta es negativa pase a la pregunta 29. * No afecta el porcentaje de cumplimiento de la institución.	Sí No No aplica
20		Si el niño tenía deshidratación grave, cumple si se remitió o se hospitalizó y se inició reposición de líquidos según plan C de rehidratación.	Sí No No aplica
21		Si tenía algún grado de deshidratación (sin otra clasificación grave), cumple si se inició Plan B y se ordenó control en 2 días, o si se remitió si no hay posibilidad de atención.	Sí No No aplica
22		Si tenía alto riesgo de deshidratación, cumple si se inició Plan A supervisado y se ordenó control en 2 días (si la diarrea continúa), o si se remitió si no hay posibilidad de atención.	Sí No No aplica
23		Si el niño tenía sangre en las heces, cumple si se realizó manejo adecuado: antibiótico apropiado (ácido nalidíxico), se inició Plan según grado de deshidratación y control en dos días. Revisar en historia clínica plan de manejo (si aplica) y nota de revisión a las 48 horas de la primera atención.	Sí No No aplica
24		Si la diarrea tenía 14 días o más de evolución y el niño es menor de 6 meses o estaba deshidratado, cumple si se remitió u hospitalizó.	Sí No No aplica



#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
25	Atención del niño con diarrea	Si la diarrea es de 14 días o más de evolución y el niño no estaba deshidratado y es mayor de 6 meses, cumple si se dieron las instrucciones para: alimentación del niño con diarrea persistente, se prescribió vitamina A, cuándo volver si empeoraba y revisión en dos días.	Sí No No aplica
26		Cumple cuando NO se le prescribieron antidiarreicos como parte del tratamiento.	Sí No No aplica
27		Si el niño tenía diarrea independiente de tener o no deshidratación, cumple si se prescribió zinc.	Sí No No aplica
28		Si la diarrea tenía menos de 14 días y el niño no estaba deshidratado, cumple si se dieron las instrucciones pertinentes: más líquidos de lo normal, continuar la alimentación, cuándo regresar y medidas preventivas de la enfermedad.	Sí No No aplica
29	Atención del niño con fiebre (No negociables: 31 y 32)	Verifique si el niño tenía fiebre. Si el niño no tenía <b>fiebre</b> pase a la pregunta 37. * No afecta el porcentaje de cumplimiento de la institución.	Sí No No aplica
30		Si el niño tenía fiebre, cumple si se hizo la clasificación del riesgo (alto, intermedio, bajo).	Sí No No aplica
31		Si el niño tenía fiebre, cumple si se descartó enfermedad febril muy grave y se remitió u hospitalizó en caso de presentarlos (cualquier signo de peligro general, rigidez de nuca, aspecto tóxico, rash o eritema que no cede a la presión o manifestaciones focales de otras infecciones graves, menor de 3 meses y fiebre $\geq 38^\circ$ , 3 a 6 meses de edad y fiebre $\geq 39^\circ$ ).	Sí No No aplica
32		Si la fiebre llevaba más de cinco días de duración, cumple si se realizó cuadro hemático, PCR y parcial de orina; si no es posible tomarlos lo refirió a un nivel superior o remitió para estudio.	Sí No No aplica
33		Verifique si está registrado que el menor procede o visitó en los últimos 15 días un área de riesgo de malaria.	Sí No No aplica



#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
34	Atención del niño con fiebre	Si procede o visitó en los últimos 15 días un área de riesgo de malaria y tiene cualquier signo de enfermedad febril de alto riesgo, cumple si se remitió u hospitalizó.	Sí No No aplica
35		Si procede o visitó en los últimos 15 días un área de riesgo de malaria y no tiene ningún signo de malaria complicada, y tiene uno de los siguientes: fiebre y procede de un área rural o fiebre sin causa aparente y procede de un área urbana; cumple si se realiza u ordena gota gruesa.	Sí No No aplica
36		Si el niño no fue remitido u hospitalizado por fiebre, cumple si se dieron instrucciones sobre el tratamiento y cuidados del niño con fiebre en el hogar y cuándo debe volver de inmediato (signos de peligro general, empeoramiento del cuadro clínico, exantemas, sangrados, rigidez de nuca).	Sí No No aplica
37	Atención del niño con problema de oído o garganta	Verifique si el niño tenía <b>problemas de oídos y/o garganta</b> . Si el niño no tenía problemas de oídos pase a la pregunta 42. * No afecta el porcentaje de cumplimiento de la institución.	Sí No No aplica
38		Si el niño tenía tumefacción dolorosa al tacto detrás de la oreja, cumple si se remitió u hospitalizó (mastoiditis).	Sí No No aplica
39		Si el niño tenía problemas de oído, cumple si se clasificó el problema y se prescribió el tratamiento correcto según cuadro de procedimientos AIEPI (otitis media aguda, otitis media crónica o recurrente).	Sí No No aplica
40		Si el niño tenía otitis media, cumple si se prescribió el antibiótico adecuado según cuadro de procedimientos.	Sí No No aplica
41		Si el niño tenía problemas de garganta, cumple si se clasificó el problema y se prescribió el tratamiento según cuadro de procedimientos.	Sí No No aplica



#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
42	Atención del niño en salud bucal	Cumple si se clasificó la salud bucal del niño.	Sí No No aplica
43		Cumple si se inició el manejo de acuerdo con el cuadro de procedimientos.	Sí No No aplica
44	Búsqueda de signos de maltrato y abuso sexual (No negociable)	Cumple si se registra la búsqueda de signos de maltrato y abuso sexual y se clasifica.	Sí No No aplica
45	Atención al niño con maltrato	Si el niño tenía signos de maltrato o abuso sexual, cumple si se activa protocolo de atención. Si la respuesta es positiva, diligencie el instrumento de "Violencia sexual".	Sí No No aplica
46	Clasificación y atención al crecimiento del niño (No negociable: 47)	Cumple si se clasificó el estado nutricional según la referencia de la OMS (Resolución 2121 de 2010) (P/E, T/E y P/T).	Sí No No aplica
47		En caso de presentar alteraciones del estado nutricional, cumple si se intervinieron las alteraciones en el estado nutricional según cuadro de procedimiento.	Sí No No aplica
48		Cumple si se clasificó la anemia. Por medio de signos clínicos: palidez palmar o conjuntival intensa, palidez palmar o conjuntival leve, no tiene palidez palmar ni conjuntival.	Sí No No aplica
49		Si se identificó anemia, cumple si se realizó intervención según cuadro de procedimientos.	Sí No No aplica
50		Si el niño no había recibido sulfato ferroso en los últimos seis meses, cumple si se le prescribió (aplica para mayores de 6 meses).	Sí No No aplica
51		Si el niño no había recibido albendazol en los últimos seis meses, cumple si se le prescribió (aplica para mayores de un año).	Sí No No aplica

#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
52	Verificación y atención al estado de vacunación del niño (No negociable: 52)	Cumple si se verificó el estado de vacunación del niño. Si no trae el carné registrar "No aplica".	Sí No No aplica
53		Si al niño le faltaba alguna vacuna, cumple si se canalizó para su aplicación.	Sí No No aplica
54	Verificación de diagnósticos asociados	Cumple si se registraron diagnósticos asociados, diferentes del motivo de consulta.	Sí No No aplica
55	Orientación a la madre (No negociable)	Cumple si se registraron las instrucciones a la madre o al acompañante sobre cuándo volver de inmediato y cuidados en el hogar.	Sí No No aplica
56	Asignación de cita	Cumple si se dio una cita de revisión si estaba indicada.	Sí No No aplica
57	Alteraciones en su desarrollo	Cumple si se registra si el niño tenía alteraciones en su desarrollo y se realizó clasificación y tratamiento.	Sí No No aplica
58	Remisión a crecimiento y desarrollo (No negociable)	Si el niño(a) no estaba inscrito en el programa de detección temprana de alteraciones del crecimiento y desarrollo del menor de 10 años, cumple si fue remitido a dicho programa.	Sí No No aplica
<b>Estándares evaluados en niños y niñas menores de 2 meses</b>			
59	Verificación de antecedentes del embarazo	Cumple si se registraron antecedentes del embarazo que pueden afectar el bienestar del niño.	Sí No No aplica
60	Verificación de antecedentes del parto	Cumple si se registraron antecedentes del parto que pueden afectar el bienestar del niño.	Sí No No aplica
61	Verificación de enfermedad muy grave (No negociables)	Cumple si se evidencia verificación de signos de enfermedad muy grave o infección local. Si responde no, pase a la pregunta 62 (no puede beber o tomar el pecho, vomita todo, está letárgico o inconsciente, ha tenido convulsiones).	Sí No No aplica
62		Si presentaba alguno de los signos de enfermedad grave o infección local, cumple si se remitió u hospitalizó de inmediato.	Sí No No aplica



#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
63	Verificación y atención en infección local	Se registra si el paciente presenta signos de infección local.	Sí No No aplica
64		Si la respuesta a la anterior pregunta es Sí, cumple si se realizó la clasificación, el manejo y el tratamiento adecuados según cuadro de procedimientos AIEPI.	Sí No No aplica
65	Verificación y atención al niño con diarrea (No negociables: 66 y 68)	Verifique si el niño tenía <b>diarrea</b> . Si la respuesta es negativa pase a la pregunta 70. * No afecta el porcentaje de cumplimiento de la institución.	Sí No No aplica
66		Si el niño estaba deshidratado o tenía diarrea por siete días o más, cumple si se remitió u hospitalizó de inmediato.	Sí No No aplica
67		Si el niño no estaba deshidratado, cumple si se dieron las instrucciones pertinentes: más líquidos de lo normal, continuar la alimentación (especialmente lactancia), cita de control a los dos días y medidas preventivas de la enfermedad.	Sí No No aplica
68		Si el niño tenía diarrea con sangre, cumple si se administró dosis de vitamina k, primera dosis de los antibióticos recomendados y se remitió u hospitalizó de inmediato.	Sí No No aplica
69		Si el niño tenía diarrea, independiente de tener o no deshidratación, cumple si se prescribió zinc.	Sí No No aplica
70	Clasificación y atención al crecimiento del niño (No negociable: 72)	Cumple si se realizó la clasificación nutricional del niño según la referencia de la OMS (Resolución 2121 de 2010) (P/E, T/E y P/T).	Sí No No aplica
71		Cumple si se determinó si el niño tenía problema de alimentación (AIEPI propone evaluar: problema severo de alimentación o muy bajo peso; un problema de alimentación o bajo peso, o no tenía problemas con la alimentación).	Sí No No aplica
72		Si el niño tenía un problema severo de alimentación, cumple si se remitió u hospitalizó de inmediato.	Sí No No aplica

#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
73	Verificación tipo de alimentación	Cumple si se indaga por el tipo de alimentación que recibía el niño.	Sí No No aplica
74	Verificación de lactancia materna exclusiva*	Si la respuesta anterior es sí, verificar si el niño recibía lactancia materna exclusiva. * No afecta el porcentaje de cumplimiento de la institución.	Sí No No aplica
75	Verificación y atención al estado de vacunación del niño	Cumple si se verificó el estado de vacunación del niño. Si no trae el carné, registrar "No aplica".	Sí No No aplica
76	(No negociable: 75)	Si al niño le faltaban vacunas, cumple si se canalizó para su aplicación. En menores prematuros tener en cuenta recomendación del pediatra.	Sí No No aplica
77	Orientación a la madre (No negociable)	Cumple si se registraron las instrucciones a la madre o al acompañante sobre cuándo volver de inmediato y cuidados en el hogar.	Sí No No aplica
78	Asignación de cita	Cumple si se dio una cita de revisión si estaba indicada.	Sí No No aplica
79	Verificación de diagnósticos asociados	Cumple si se registraron diagnósticos asociados, diferentes del motivo de consulta.	Sí No No aplica
80	Observaciones	Registre las observaciones que considere pertinentes.	Texto

**Tabla 150.** Criterios técnicos de apoyo para la auditoría a la adherencia a la estrategia para la Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia —AIEPI—

Pregunta	Criterio de auditoría	
12	Respiración rápida es:	Si el niño tiene:
	60 o más respiraciones por minuto.	De 0 a 59 días
	50 o más respiraciones por minuto.	De 2 a 11 meses
	40 o más respiraciones por minuto.	De 1 a 5 años
20	<b>Deshidratación grave. Dos de los signos siguientes:</b>	
	Letárgico o inconsciente.	
	Bebe mal o no puede beber.	
	Ojos hundidos.	



Pregunta	Criterio de auditoría
20	Signo del pliegue cutáneo: la piel vuelve muy lentamente al estado anterior (más de dos segundos).
21	<b>Algún grado de deshidratación. Dos de los signos siguientes:</b>
	Intranquilo o irritable.
	Bebe ávidamente, con sed.
	Ojos hundidos.
	Signo del pliegue cutáneo: la piel vuelve lentamente al estado anterior.

### Guía de atención: Atención del dengue

**Muestra seleccionada:** Historias clínicas de personas que han sido atendidas de acuerdo con la guía de atención del dengue durante los 3 meses previos a la evaluación.

**Tabla 151.** Criterios de calidad para la evaluación de la adherencia a la guía de atención del dengue durante los 3 meses previos a la evaluación

#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
5	Edad	Registre la edad de la persona (si es un paciente menor de un año indicar el número de meses utilizando la coma, por ejemplo: 0,1 (paciente de 1 mes)	Número
6	Género	Registre femenino o masculino.	Femenino Masculino Sin dato
7	Búsqueda de signos críticos para diagnóstico	Si la persona tenía fiebre de etiología por esclarecer, cumple si se evidencia en la historia clínica la búsqueda de los criterios que permiten pensar en diagnóstico presuntivo de dengue.	Sí No No aplica
8	Confirmación diagnóstico (No negociable: 8 y 11)	Si la persona tenía diagnóstico probable de dengue, cumple si se realizó cuadro hemático.	Sí No No aplica
9		Si la persona presentó signos y síntomas compatibles con dengue, cumple si se le realizó la prueba del torniquete.	Sí No No aplica

#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
10	Confirmación diagnóstico (No negociable: 8 y 11)	Si la persona presentó signos y síntomas compatibles con dengue (aplica para dengue no grave) y lleva más de 4 días de evolución de los síntomas, cumple si se ordenó IgM para dengue o se le realizó prueba rápida para dengue. <b>Nota:</b> solamente a los casos graves de dengue y con signos de alarma se les hace la IGM al 100%. A los casos sin signos de alarma, la norma dice que se les hace la IGM al 20%. * No afecta el porcentaje de cumplimiento de la institución.	Sí No No aplica
11		Si la persona presentó un diagnóstico de dengue grave o con signos de alarma, cumple si se ordenó IgM para dengue o se le realizó prueba rápida para dengue.	Sí No No aplica
12	Plan de manejo y recomendaciones (No negociable: 13, 15, 17 y 18)	Si se decidió manejar a la persona ambulatoriamente, cumple si se registra en la historia clínica que se dieron instrucciones para aumentar el consumo de líquidos, estar en reposo en cama y que se ordenó acetaminofén.	Sí No No aplica
13		Cumple si durante los episodios en que la persona consultó por cuadro febril, se evidencia en la historia clínica que NO se formularon AINES para su tratamiento.	Sí No No aplica
14		Si se decidió manejar a la persona ambulatoriamente, cumple si se evidencia que se explicaron los signos de alarma por los cuales debe consultar de inmediato: Dolor abdominal intenso y continuo, vómitos persistentes, diarrea, somnolencia y/o irritabilidad, desmayos, disminución de la orina, disminución repentina de la temperatura y hemorragias.	Sí No No aplica
15		Si se decidió manejar a la persona ambulatoriamente, cumple si se evidencian en la historia clínica los controles ambulatorios cada 48 horas, o antes en caso de signos de alarma, hasta que termine la fase crítica (fase crítica: entre el tercero y el sexto día, y es cuando hay más probabilidad de shock o hemorragias).	Sí No No aplica
16		Si la persona presentó un diagnóstico probable de dengue, cumple si se recomendó el uso de toldillo en manejo ambulatorio o si se utilizó durante la hospitalización.	Sí No No aplica



#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
17	Plan de manejo y recomendaciones (No negociable: 13, 1517 y 18)	Si la persona presentó un diagnóstico de dengue con signos de alarma o con alguna condición asociada, o es un caso de dengue grave, cumple si se hospitalizó o remitió a un nivel de mayor complejidad para su atención.	Sí No No aplica
18		En caso de que la persona se haya hospitalizado, cumple si se registró el monitoreo constante (1-4 horas) de signos vitales (FC, FR, PA, PAM).	Sí No No aplica
19		En caso de que la persona se haya hospitalizado, cumple si se le realizaron al menos los siguientes exámenes: cuadro hemático, transaminasas (ALT, AST) y tiempos de coagulación (PT y PTT).	Sí No No aplica
20		En caso de dengue grave (dengue hemorrágico, compromiso de órganos, choque por dengue), cumple si se ordenó hematocrito al menos cada 6 horas y se administraron LEV.	Sí No No aplica
21		Si la persona presentó un diagnóstico de dengue grave (shock por dengue, hemorragia severa o daño grave de órgano) y lleva menos de 5 días de evolución de los síntomas, cumple si se ordenó aislamiento viral.	Sí No No aplica
22	Observaciones	Registre las observaciones que considere pertinentes	Texto

**Tabla 152.** Criterios técnicos de apoyo para la auditoría a la adherencia de la guía de atención del dengue

Pregunta	Criterio de auditoría
8	<b>Definición caso probable de dengue</b>
	<p>Todo paciente que presente una enfermedad febril aguda de hasta siete días, de origen no aparente, acompañada de 2 o más de los siguientes síntomas: cefalea, dolor retrocular, mialgias, artralgias, postración, exantema, puede estar acompañado o no de hemorragias y que tenga un hemograma sugestivo de enfermedad viral (menos de 4.000 leucocitos/mm<sup>3</sup>, Plaquetas menos de 180.000 mm<sup>3</sup>), y que además tenga antecedente de desplazamiento (hasta 15 días antes del inicio de síntomas) o que resida en un área endémica de dengue.</p> <p>La <b>OMS</b>, en su actualización de la guía 2012, define caso probable de dengue como: que vive o viajó a un área endémica de dengue, fiebre y dos de los siguientes signos: (náusea y vómito), rash (dolores como mialgias, retrocular, artralgias), torniquete positivo, leucopenia y alguno de los signos de alarma.</p>



Pregunta	Criterio de auditoría
9	<b>Prueba de torniquete</b>
	Permite evaluar la fragilidad capilar y orienta el diagnóstico del paciente con dengue, pero no define su severidad. Esta prueba se deberá realizar obligatoriamente en todos los casos probables de dengue durante el examen físico. Guía para la atención clínica integral del paciente con dengue.
13	Relación de algunos de los antiinflamatorios no esteroideos —AINES— disponibles en el país:
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ácido Acetil Salicílico (ASA)</li> <li>2. Ácido mefenámico</li> <li>3. Celecoxib</li> <li>4. Diclofenaco</li> <li>5. Etodolac</li> <li>6. Fenilbutazona</li> <li>7. Ibuprofeno</li> <li>8. Indometacina</li> <li>9. Ketoprofeno</li> <li>10. Ketorolac</li> <li>11. Meloxicam</li> <li>12. Nabumetona</li> <li>13. Naproxeno</li> <li>14. Nimesulida</li> <li>15. Piroxicam</li> <li>16. Robecoxib</li> <li>17. Sulindac</li> </ol>
17	<b>Señales de alarma (factores de riesgo)</b>
	<p>Un caso de dengue con señales de alarma es aquel paciente con diagnóstico de dengue que presenta una o más de las siguientes señales de alarma:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dolor abdominal intenso y continuo.</li> <li>2. Dolor torácico o disnea.</li> <li>3. Derrame seroso al examen clínico.</li> <li>4. Vómitos persistentes.</li> <li>5. Disminución brusca de temperatura o hipotermia.</li> <li>6. Disminución de la diuresis.</li> <li>7. Decaimiento excesivo o lipotimia.</li> <li>8. Estado mental alterado (somnolencia o inquietud o irritabilidad o convulsión).</li> <li>9. Hepatomegalia o ictericia.</li> <li>10. Disminución de plaquetas o incremento de hematocritos.</li> <li>11. Sangrado de mucosas.</li> </ol>

**Guía de atención: Atención de Enfermedades de Transmisión Sexual**

**Muestra seleccionada:** Historias clínicas de personas que han sido atendidas de acuerdo con la guía de atención de las enfermedades de transmisión sexual (excepto VIH-Sida) en los últimos tres meses.



**Tabla 153.** Criterios de calidad para la evaluación de la adherencia a la guía de atención de las enfermedades de transmisión sexual (excepto VIH-Sida) en los 3 meses previos a la evaluación

#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
5	Edad	Registre la edad actual de la persona (en años).	Número
6	Género	Registre femenino o masculino.	Femenino Masculino Sin dato
7	Preferencia sexual	Según información de la historia clínica, registre la preferencia sexual de la persona.	Bisexual Homosexual Heterosexual Otra No aplica Sin dato
8	Datos de contacto que faciliten la localización del paciente	Cumple si se registran en la historia clínica los datos para la búsqueda activa o ubicación en caso de emergencia. Mínimo: teléfono, dirección, nombre del contacto, correo electrónico.	Sí No No aplica
9	Anamnesis	Cumple si se registra en la historia clínica el síntoma o signo principal.	Sí No No aplica
10		Cumple si se registra en la historia clínica la indagación por signos o síntomas de otras áreas corporales relacionadas con la ITS (boca, ano, piel, etc.) y asociados (exantemas, gomas, artralgias, entre otros).	Sí No No aplica
11		Cumple si se registra en la historia clínica la indagación de los antecedentes de ITS.	Sí No No aplica
12		Cumple si se registra en la historia clínica la indagación por comportamiento sexual de riesgo (sexo no protegido o no seguro).	Sí No No aplica
13		Cumple si se registra en la historia clínica la indagación por posible violencia sexual o violencia intrafamiliar.	Sí No No aplica
14	Examen físico (No negociables: 14 y 15)	Cumple si se registra en la historia clínica inspección del área genital. Hombres: inspección externa. Mujeres: Inspección externa e interna con especuloscopia.	Sí No No aplica
15		Cumple si se registra en la historia clínica inspección de otras áreas corporales relativas a la enfermedad como la piel, la boca, área perianal, ano y área abdominal.	Sí No No aplica

#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
16	Examen físico	Cumple si se registra en la historia clínica inspección de otros sistemas como: neurológico, cardiovascular, linfático, visual, entre otras.	Sí No No aplica
17	Ayudas diagnósticas complementarias (No negociable: 18)	Cumple si se registra en la historia clínica resultado de ayudas diagnósticas complementarias para otras ITS: VIH/sida previa consejería y consentimiento informado, antígeno de superficie para hepatitis B, serología para sífilis y citología vaginal.	Sí No No aplica
18		Cumple si se registra en la historia clínica el resultado de ayuda(s) diagnóstica(s) confirmatoria(s) de acuerdo con la ITS, cuando se requiere. Treponémica para sífilis, WB para VIH, Thayer Martin para gonorrea, secreción vaginal o uretral, entre otras.	Sí No No aplica
19		Si el resultado inicial de la prueba de VIH fue negativo, cumple si se registra en la historia clínica seguimiento posexposición durante un periodo mínimo de seis meses.	Sí No No aplica
20		Si la persona tuvo prueba de tamización con Elisa para VIH positiva, cumple si se registra en la historia clínica que se repitió la prueba en una muestra de sangre diferente.	Sí No No aplica
21		Si la segunda prueba de tamización con Elisa para VIH realizada fue positiva, cumple si se registra en la historia clínica la realización de la prueba confirmatoria WB o IFI.	Sí No No aplica
22		Si la segunda prueba de tamización con Elisa para VIH fue negativa, cumple si se registra en la historia clínica que se realizó una tercera prueba de tamización.	Sí No No aplica
23		Si la tercera prueba de tamización con Elisa para VIH fue positiva, cumple si se registra en la historia clínica que se realizó prueba confirmatoria (WB).	Sí No No aplica
24		Registro de diagnóstico	Cumple si se registra en la historia clínica el diagnóstico (etiológico o sintomático).
25		Cumple si se registra en la historia clínica el diagnóstico(s) asociado(s).	Sí No No aplica



#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
26	Plan de atención (No negociables: 26, 27 y 29)	Cumple si se registra en la historia clínica el tratamiento ordenado según el diagnóstico (con tipo de medicamento, dosis, frecuencia de uso, aplicación o remisión).	Sí No No aplica
27		Cumple si se registra en la historia clínica el seguimiento a la evolución de la enfermedad.	Sí No No aplica
28		Cumple si se registra en la historia clínica información brindada al personal sobre la enfermedad encontrada (riesgos, secuelas, cronicidad, importancia de tratamiento de contacto(s)).	Sí No No aplica
29		Cumple si se registra en la historia clínica información y educación sobre sexo protegido o seguro.	Sí No No aplica
30		Cumple si se registra en la historia clínica solicitud de información de posible(s) contacto(s) para búsqueda activa, o se recomendó al personal para que sus contactos acudan a evaluación médica.	Sí No No aplica
31	Remisión a servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad	Cumple si se promovió o se remitió a otros programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (detección de cáncer de cuello uterino, salud oral, CPN, riesgo vascular, detección temprana de alteraciones de agudeza visual, etc.).	Sí No No aplica
32	Observaciones	Registre las observaciones que considere pertinentes.	Texto

### Guía de atención: Atención del VIH- - Sida

**Muestra seleccionada:** Historias clínicas de personas que han sido atendidas de acuerdo con la guía de atención del VIH-sida en los últimos tres meses.

**Tabla 154.** Criterios de calidad para la evaluación de la adherencia a la guía de atención del VIH-sida en los 3 meses previos a la evaluación

#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
5	Edad	Registre la edad actual de la persona (en años).	Número
6	Género	Registre femenino o masculino.	Femenino Masculino Sin dato

#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
7	Preferencia sexual	Cumple si se indagó por la preferencia sexual.	Bisexual Homosexual Heterosexual Otra No aplica Sin dato
8	Asesoría postest	Cumple si se evidencia la asesoría postest al momento de la entrega del resultado de la prueba confirmatoria. Sólo aplica en consulta de ingreso del último año.	Sí No No aplica
9	Ingreso de la persona con VIH/sida	Cumple si están registrados los siguientes componentes de la evaluación médica inicial: anamnesis, revisión por sistemas, examen físico, intervenciones iniciales, resultados de WB. Sólo aplica en consulta de ingreso del último año.	Sí No No aplica
10	Intervención equipo multidisciplinario (No negociable)	Cumple si se evidencia la intervención por el equipo multidisciplinario que debe hacer el seguimiento: medicina, trabajo social, psicología, nutrición, enfermería o químico farmacéutico y odontología. En consulta de ingreso debe ser evaluado por todo el equipo, y en los controles, según criterio médico.	Sí No No aplica
11	Seguimiento del personal con VIH/sida	Cumple si el seguimiento es realizado por el médico del programa con experiencia y entrenamiento, preferiblemente por un experto.	Sí No No aplica
12	Clasificación clínica al ingreso al programa (No negociable)	Si la persona ingresó en el último año, cumple si se evidencia el registro de la clasificación clínica (A, B o C, y 1, 2 o 3).	Sí No No aplica
13	Reclasificación clínica según evolución (No negociable)	Según evolución clínica (enfermedades oportunistas, CD4), cumple si se evidencia el registro de la reclasificación clínica (A, B o C, y 1, 2 o 3).	Sí No No aplica
14	Asesoría previa para inicio de TAR (No negociable)	Cumple cuando se registra la asesoría sobre el tratamiento antirretroviral, incluyendo los eventos adversos de los medicamentos (cuando la persona va a iniciar TAR debe recibir una asesoría por un profesional en química farmacéutica, enfermería o medicina).	Sí No No aplica



#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
15	Búsqueda de ITS	Cumple si se evidencia el registro de la búsqueda de otras infecciones de transmisión sexual (se debe revisar área ano genital por lo menos al ingreso).	Sí No No aplica
16	Contactos	Cumple si se evidencia que se indague (por la búsqueda) por los posibles contactos.	Sí No No aplica
17	Tabaquismo y/o farmacodependencia-alcoholismo	Cumple si en los últimos 6 meses se evaluó el tabaquismo y/o farmacodependencia-alcoholismo.	Sí No No aplica
18	Búsqueda de infecciones oportunistas	Cumple si se evidencia la búsqueda de infecciones oportunistas según la clasificación clínica de los CDC/1993.	Sí No No aplica
19	Tratamiento con TAR	Cumple cuando se evidencia el registro del esquema antirretroviral que recibe la persona.	Sí No No aplica
20	Pruebas de laboratorio (No negociable)	Cumple si se evidencia la realización en el último año de cuadro hemático (AZT), proteínas totales y albúmina (Síndrome de desgaste), creatinina (Indinavir), pruebas hepáticas con transaminasas (Nevirapina, Efavirenz, Indinavir, Saquinavir, Amprenavir, Lopinavir o Fosaprenavir), perfil lipídico (D4T, Indinavir, Saquinavir, Amprenavir, Lopinavir o Fosaprenavir) y glucemia (Indinavir, Saquinavir, Amprenavir, Lopinavir o Fosaprenavir).	Sí No No aplica
21	Resultado de carga viral (No negociable)	Cumple si se realiza carga viral al ingreso, a los dos meses de iniciado el tratamiento (TAR) y cada seis meses si la respuesta al tratamiento es óptima.	Sí No No aplica
22	Resultado del recuento de los CD4 (No negociable)	Cumple si se evidencia el resultado del recuento de los CD4 realizado al menos 2 veces al año (con periodicidad semestral).	Sí No No aplica
23	Aplicación de vacuna anual para influenza	En personas con recuento de CD4 >200, cumple cuando se evidencia registro de la aplicación de la vacuna para influenza anualmente.	Sí No No aplica
24	Aplicación de vacuna para neumococo	En personas con recuento de CD4 >200, cumple cuando se evidencia registro de la aplicación de la vacuna para neumococo (se debe suministrar cada 5 años).	Sí No No aplica

#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
25	VDRL	Cumple cuando se evidencia resultado de VDRL, realizado al ingreso y anualmente.	Sí No No aplica
26	Prueba treponémica	En personas con VDRL positiva, que no tienen antecedentes de sífilis, cumple cuando se evidencia la realización de la prueba treponémica. La recomendación es confirmar diagnóstico en todos los casos. Pero es mandatorio confirmar títulos bajos (VDRL < 4 Dils), en titulaciones superiores se puede iniciar tratamiento sin prueba confirmatoria. En este último caso se responde "No aplica".	Sí No No aplica
27	Aplicación de la vacuna contra hepatitis B	En personas con serología para hepatitis B negativa, cumple cuando se evidencia el registro de vacunación contra hepatitis B (HB).	Sí No No aplica
28	Sintomático respiratorio.	Cumple cuando se registra la indagación por sintomatología respiratoria (tos productiva por 15 o más días consecutivos).	Sí No No aplica
29	Diagnóstico de TB	En sintomáticos respiratorios, cumple cuando se evidencia el registro de los resultados de las baciloscopias (BK) respectivas (3).	Sí No No aplica
30		En sintomáticos respiratorios, cumple si se evidencia al menos una radiografía de tórax para descartar TB activa.	Sí No No aplica
31	Resultado de IgG para toxoplasma	En las personas con recuento de CD4 < 100 o en caso de no tolerancia a profilaxis con TMS, cumple cuando se evidencia el resultado de IgG para toxoplasma.	Sí No No aplica
32	Medicamentos profilácticos	Cumple cuando se evidencia el registro de medicamentos profilácticos y su justificación.	Sí No No aplica
33	Adherencia a los medicamentos ordenados (No negociable)	Cumple si se evidencia el registro de la evaluación de la adherencia a los medicamentos ordenados.	Sí No No aplica



#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
34	Formulación de preservativos (No negociable)	A las personas con vida sexual activa, cumple cuando se les formularon los preservativos a los que tienen derecho. El Acuerdo 380 de 2007 dice que se debe incluir en el POS el suministro del condón masculino de látex, y el Anexo técnico Res 769 de 2008 dice que son 10 unidades por mes, por periodos mínimos de 3 meses.	Sí No No aplica
35	Falla virológica o sospecha de resistencia	En caso de falla virológica o sospecha de resistencia, cumple cuando se evidencia el resultado de la genotipificación.	Sí No No aplica
36	Plan de seguimiento	Cumple cuando se evidencia el registro de la descripción del plan de seguimiento después de cada evaluación médica.	Sí No No aplica
37	Educación a la persona	Cumple si está registrada la educación en cada control. Sobre comportamientos de riesgo para la persona y otras personas, ITS, comportamiento sexual, tabaquismo (puede ser dada por el equipo interdisciplinario después del control médico).	Sí No No aplica
38	Observaciones	Registre las observaciones que considere pertinentes.	Texto

### **Guía de atención: Atención de la gestante con VIH- - Sida**

**Muestra seleccionada:** Historias clínicas de gestantes con VIH-Sida que han sido atendidas de acuerdo con la guía de atención en los últimos tres meses.

**Tabla 155.** Criterios de calidad para la evaluación de la adherencia a la guía de atención de las gestantes con VIH-Sida en los 3 meses previos a la evaluación

#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
6	Preferencia sexual	Cumple si está registrada la indagación por la preferencia sexual.	Bisexual Homosexual Heterosexual Otra No aplica Sin dato
7	Asesoría posttest	Cumple si se evidencia la asesoría posttest al momento de la entrega del resultado de la prueba confirmatoria. Sólo aplica en consulta de ingreso del último año.	Sí No No aplica



#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
8	Ingreso de la persona con VIH/sida	Cumple si están registrados los siguientes componentes de la evaluación médica inicial: Anamnesis, revisión por sistemas, examen físico, intervenciones iniciales, resultados de WB. Solo aplica en consulta de ingreso del último año.	Sí No No aplica
9	Intervención equipo multidisciplinario (No negociable)	Cumple si se evidencia la intervención por el equipo multidisciplinario que debe hacer el seguimiento: medicina, trabajo social, psicología, nutrición, enfermería o químico farmacéutico y odontología. En consulta de ingreso debe ser evaluado por todo el equipo, y en los controles según criterio médico.	Sí No No aplica
10	Clasificación clínica al ingreso al programa (No negociable)	Si la persona ingresó en el último año, cumple si se evidencia el registro de la clasificación clínica (A, B o C, y 1, 2 o 3).	Sí No No aplica
11	Reclasificación clínica según evolución (No negociable)	Según evolución clínica (enfermedades oportunistas, CD4), cumple si se evidencia el registro de la reclasificación clínica (A, B o C, y 1, 2 o 3).	Sí No No aplica
12	Semanas de gestación al diagnóstico	Si el diagnóstico se realizó durante esta gestación, registre el número de semanas de gestación al momento del diagnóstico.	Número
13	Semanas gestación al ingreso	Registre el número de semanas de gestación al momento del ingreso al programa de VIH.	Número
14	Resultado de carga viral (No negociable)	Cumple si se realiza carga viral al ingreso, a los dos meses de iniciado el tratamiento (TAR) y cada seis meses si la respuesta al tratamiento es óptima.	Sí No No aplica
15	Recuento de CD4 (No negociable)	Cumple si al momento del diagnóstico se ordenó CD4.	Sí No No aplica
16	Carga viral de control (No negociable)	Cumple si se solicitó recuento de carga viral entre la semana 32 y 34 de gestación.	Sí No No aplica
17	Programación del parto*	Cumple si se programó el parto por cesárea máximo a la semana 38 de gestación. * No afecta el promedio.	Sí No No aplica



#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
18	Formulación de preservativos (No negociable)	A las personas con vida sexual activa. Cumple cuando se les formuló los preservativos a los que tienen derecho. El acuerdo 380 de 2007 dice que se debe incluir en el POS el suministro del condón masculino de látex y el Anexo técnico Res. 769 de 2008 dice que son 10 unidades por mes, por periodos mínimos de 3 meses.	Sí No No aplica
19	Manejo por ginecólogo-obstetra	Cumple si la gestante está siendo manejada simultáneamente por el médico del programa de VIH y un gineco-obstetra.	Sí No No aplica
20	Inicio de terapia antirretroviral –TAR– (No negociable)	Cumple si se inició TAR a partir de la semana 12 de gestación (se inicia en la semana 12 como profilaxis para bloquear la transmisión al RN, así la mujer no los requiera).	Sí No No aplica
21	Inicio de TAR en fase sida	Si la gestante ingresa en fase de Sida, estadios 3 o 4 de la infección o con recuento de CD4 < 350 Cel./mm <sup>3</sup> , cumple si desde el primer trimestre de gestación se le inicia la TAR.	Sí No No aplica
22	Semanas de gestación al inicio de la TAR	Registre el número de semanas de gestación al momento del inicio de la TAR.	Número
23	Asesoría previa para inicio de TAR (No negociable)	Cumple cuando se registra la asesoría sobre el tratamiento antirretroviral, incluyendo los eventos adversos de los medicamentos (cuando la persona va a iniciar TAR debe recibir una asesoría por un profesional en química farmacéutica, enfermería o medicina).	Sí No No aplica
24	Tratamiento con TAR	Cumple cuando se evidencia el registro del esquema antirretroviral que recibe la gestante.	Sí No No aplica
25	Adherencia a los medicamentos ordenados	Cumple si se evidencia el registro de la evaluación de la adherencia a los medicamentos ordenados.	Sí No No aplica
26	Oferta método de planificación familiar	Cumple si durante la gestación se le ofreció a la mujer un método seguro de planificación familiar.	Sí No No aplica
27	Plan de seguimiento	Cumple cuando se evidencia el registro de la descripción del plan de seguimiento después de cada evaluación médica.	Sí No No aplica
28	Ficha de monitoreo (No negociable)	Cumple si se evidencia la ficha de monitoreo de gestante infectada con VIH del Ministerio de Salud (solicitar la ficha).	Sí No No aplica

#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
29	Atención conjunta del recién nacido	Cumple si el menor es valorado en el programa de HIV conjuntamente con la madre (si es así solicite HC del menor, si no, indague dónde se realiza este seguimiento).	Sí No No aplica
30	Educación a la gestante	Cumple si está registrada la educación en cada control. Sobre comportamientos de riesgo para la persona y otras personas, ITS, comportamiento sexual, tabaquismo (puede ser dada por el equipo interdisciplinario después del control médico).	Sí No No aplica
31	Observaciones	Registre las observaciones que considere pertinentes.	Texto

**Guía de atención: Atención del recién nacido expuesto al VIH- - Sida**

**Muestra seleccionada:** Historias clínicas de recién nacidos expuestos al VIH-Sida que han sido atendidos de acuerdo con la guía de atención en los últimos tres meses.

**Tabla 156.** Criterios de calidad para la evaluación de la adherencia a la guía de atención del recién nacido expuesto al VIH-sida en los 3 meses previos a la evaluación

#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
5	Edad	Registre la edad actual del menor (en meses).	Número
6	Fecha de nacimiento	Registre la fecha de nacimiento del menor.	Fecha
7	Género	Registre femenino o masculino.	Femenino Masculino Sin dato
8	Oportunidad de la primera consulta	Registre la edad en días de la primera consulta del menor expuesto al virus del VIH, con pediatra o médico experto.	Número
9	Atención conjunta del recién nacido	Cumple si el menor es valorado en el programa de HIV conjuntamente con la madre.	Sí No No aplica
10	Carga viral del primer mes (No negociable)	Cumple si al menor expuesto al VIH se le ordenó carga viral al primer mes de vida.	Sí No No aplica



#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
11	Carga viral entre los 4 y 6 meses (No negociable)	Cumple si al menor expuesto al VIH se le ordenó una carga viral entre los 4 y 6 meses de vida.	Sí No No aplica
12	Carga viral confirmatoria	En caso de carga viral detectable, cumple si se le ordenó al menor (inmediatamente se conozca el resultado de la primera) otra carga viral confirmatoria.	Sí No No aplica
13	Tamizaje a los 18 meses (No negociable)	Cumple si al menor expuesto se le ordenó una prueba Elisa para VIH a los 18 meses de vida.	Sí No No aplica
14	Confirmación del diagnóstico	Si el tamizaje con Elisa para VIH es positivo, cumple si se repite la prueba y de ser necesario se realiza WB confirmatorio.	Sí No No aplica
15	Prescripción de fórmula láctea (No negociable)	Cumple si al menor expuesto se le prescribe fórmula láctea los primeros 6 meses de vida.	Sí No No aplica
16	Profilaxis con ARV (No negociable)	Cumple si al menor expuesto se le prescribe profilaxis con ARV los primeros 42 días de vida.	Sí No No aplica
17	Descripción de la profilaxis	Cumple si se describe la profilaxis con ARV prescrita al menor.	Sí No No aplica
18	Vacunación	Cumple si se le prescribe al menor un esquema de vacunación para niños expuestos al VIH. (Según concepto de pediatra o médico experto).	Sí No No aplica
19	Ficha de monitoreo (No negociable)	Cumple si se evidencia la ficha de monitoreo, del Ministerio de Salud, del recién nacido expuesto (solicitar la ficha).	Sí No No aplica
20	Observaciones	Registre las observaciones que considere pertinentes.	Texto

**Guía de atención: enfermedades vasculares. Programa de prevención y atención de riesgos o enfermedades vasculares: hipertensión arterial —HTA—, diabetes mellitus —DM—, dislipidemia, obesidad, enfermedad cardíaca, enfermedad renal crónica —ERC—, enfermedad arterial oclusiva crónica —EAOC— y enfermedad cerebrovascular —ECV—**

**Muestra seleccionada:** Historias clínicas de personas con enfermedades vasculares atendidas en los últimos 3 meses.

**Tabla 157.** Criterios de calidad para la evaluación de la adherencia a las guías de atención de las enfermedades vasculares en los 3 meses previos a la evaluación

#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
5	Edad en años	Registro de la edad de la persona	Número
6	Género	Registre femenino o masculino	Femenino Masculino Sin dato
7	Acompañante o cuidador primario	Cumple si en la historia clínica está registrado el nombre del acompañante o del cuidador primario.	Sí No No aplica
8	Antecedentes familiares de enfermedad coronaria	Cumple si se registran en historia clínica los antecedentes familiares de enfermedad coronaria en primer grado de consanguinidad (hombre menor de 55 años o mujer menor de 65 años).	Sí No No aplica
9	Antecedente de tabaquismo	Cumple si se registra en la historia clínica la indagación por el consumo de tabaquismo: cigarrillos día, años.	Sí No No aplica
10	Intervención en tabaquismo (No negociable)	En caso de consumo de tabaco. Cumple si se registra la intervención (felicitaciones si deja de fumar, consejo para la cesación, remisión a programas de cesación o interconsulta a especialista).	Sí No No aplica
11	Evaluación alimentaria	Cumple si se indaga por hábitos de alimentación que generen factores de riesgo, como el consumo de fritos, azúcares y sodio.	Sí No No aplica
12	Intervención de riesgos por hábitos alimentarios (No negociable)	En caso de riesgo por hábitos alimentarios inadecuados, cumple si se registra la intervención: remisión a nutrición, red de apoyo o consejería (recomendar dieta baja en azúcares, grasa y sodio y consumir 5 porciones entre frutas y verduras/día).	Sí No No aplica
13	Valoración de la actividad física	Cumple si se registra en HC la indagación por ejercicio, mínimo registrar frecuencia y duración.	Sí No No aplica



#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
14	Promoción de la actividad física (No negociable)	En caso de sedentarismo o ejercicio menor de 150 minutos a la semana, cumple si se registra intervención: consejería considerando tipo, frecuencia, duración e intensidad.	Sí No No aplica
15	Registro de presión arterial	Cumple si se registran en la historia clínica los valores de presión arterial.	Sí No No aplica
16	Intervención de la presión arterial (No negociable)	En caso de presión arterial alterada >140/90, cumple si se registra intervención: Modificación del medicamento o explicar en plan de manejo por qué no se interviene. En paciente no hipertenso, cumple si se confirmó el diagnóstico de HTA con toma seriada de la presión, automonitoreo ambulatorio de presión arterial —AMPA— o MAPA.	Sí No No aplica
17	IMC y perímetro abdominal	Cumple si se registra el IMC y el perímetro abdominal.	Sí No No aplica
18	Intervención del estado nutricional alterado (No negociable)	Cumple si se registra la intervención en caso de identificar el estado nutricional alterado (cuando el IMC o el perímetro abdominal no estén en rangos adecuados según la edad, la persona debe ser remitida a nutrición, equipo interdisciplinario o consejería)	Sí No No aplica
19	Examen físico (DM)	Cumple si se registra en HC el examen físico completo incluido: fondo de ojo una vez al año y revisión de los pies en cada consulta (reflejos osteotendinosos, cambios tróficos distales, edemas, sensibilidad, úlceras, pulsos periféricos).	Sí No No aplica
20	Examen físico completo (HTA)	Cumple si se registra en HC resultado de examen físico completo (se incluye: fondo de ojo una vez al año y revisión de cuello, cardiopulmonar, abdomen, pulsos periféricos en cada consulta).	Sí No No aplica
21	Clasificación del riesgo vascular (No negociable)	Cumple si se registra clasificación del riesgo según protocolo (se acepta reclasificación anual)	Sí No No aplica
22	Tamizaje para diabetes (HTA)	Aplica para HTA sin DM. Cumple si se registra en HC el resultado anual de la glucemia.	Sí No No aplica
23	Intervención glicemia (No negociable)	En caso de niveles de glicemia mayores de 100 mg/dl y menores de 200 mg/dl, cumple si registra glicemia post carga —PTGO—.	Sí No No aplica

#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
24	Perfil lipídico	Cumple si se registran en la historia clínica los resultados anuales del perfil lipídico (TG-HDL-CT y LDL en el último año).	Sí No No aplica
25	Intervención del HDL y TG	Si el HDL < 40 o Tg > 150, cumple si se realiza intervención: dieta, nutrición, ejercicio.	Sí No No aplica
26	Intervención en caso de LDL alterado (No negociable)	Si el LDL no se encuentra en las metas, cumple si se registra intervención (la meta de LDL debe ser menor de 160 para riesgo bajo, menor de 130 para riesgo medio y menor de 100 para riesgo alto. En todo diabético el LDL debe estar menor de 100).	Sí No No aplica
27	HBA1C en diagnóstico de diabetes. (No negociable)	Cumple si se registra en la historia clínica el resultado de la hemoglobina glicosilada por lo menos una vez al año, y cada 3 meses si no está en metas: menor de 7 mg/dL. No aplica para HTA.	Sí No No aplica
28	Intervención de la HBA1C (No negociable)	Si la HBA1C no está en metas (menor de 7 mg/dL), cumple si hay control cada 3 meses y si hay intervención (modificación en el medicamento, remisión). No aplica para HTA.	Sí No No aplica
29	Microalbuminuria (No negociable)	Cumple si se registra en la historia clínica el análisis de microalbuminuria por lo menos una vez al año.	Sí No No aplica
30	Tasa de filtración glomerular (No negociable)	Cumple si se registra en la historia clínica la tasa de filtración glomerular ajustada a la edad (fórmula de Cockcroft-Gault).	Sí No No aplica
31	Intervención de la TFG	Si la TFG es anormal en los últimos 6 meses, se define plan a seguir (TFG menor de 60 para paciente de 60 años, menor de 50 para 70 años y menor de 40 para 80 años).	Sí No No aplica
32	Parcial de orina	Cumple si hay registro de intervención cuando el parcial de orina es anormal (hematuria, proteinuria o cilindruria).	Sí No No aplica
33	EKG	Cumple si se registra en la historia clínica EKG anual con lectura.	Sí No No aplica
34	Plan de atención (No negociable)	Cumple si se registran todas las intervenciones derivadas de los hallazgos en la anamnesis, examen físico y laboratorio.	Sí No No aplica
35	Adherencia al programa de riesgos o enfermedades vasculares	Cumple si se registra en HC la asistencia a los controles. En caso de inasistencia, reporte de justificación.	Sí No No aplica



#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
36	Periodicidad en controles según riesgo cardiovascular	Cumple si se registra en la historia clínica la programación de los controles de riesgo cardiovascular según protocolo.	Sí No No aplica
37	Remisión a oftalmología (DM)	Cumple si se registra en la historia clínica remisión a oftalmología, debe ser cada dos años.	Sí No No aplica
38	Inducción a odontología (HTA-DM)	Cumple si se registra en HC la remisión a odontología anual.	Sí No No aplica
39	Remisión a programa de agudeza visual (HTA)	Cumple si se registra en HC la remisión a optómetra. Aplica para HTA.	Sí No No aplica
40	Citología	En mujeres entre los 21 y 69 años, con inicio de vida sexual, cumple si se evidencian citologías realizadas de acuerdo con el esquema. Ver tabla 3.	Sí No No aplica
41	Mamografía	Cumple si se registra en HC la mamografía en mujer > de 50 años cada dos años.	Sí No No aplica
42	Remisión a planificación familiar	Cumple cuando se indaga si la mujer utiliza algún método anticonceptivo (aplica en mujeres menores de 50 años y con vida sexual activa).	Sí No No aplica
43	Observaciones	Registre las observaciones que considere pertinentes.	Texto

**Tabla 158.** Criterios técnicos de apoyo para la auditoría a la adherencia de la guía de atención de la enfermedad vascular

Pregunta	Criterio de auditoría	
12	<b>Alimentos clave en adultos</b>	
	Leche, yogurt, kumis o queso	3 a 4 porciones
	Carnes o leguminosas	2 porciones
	Frutas	3 porciones
	Hortalizas y verduras	2 porciones
16	<b>Metas de presión arterial</b>	
	Grupo poblacional	Meta
	En persona sin compromiso de órgano blanco o enfermedad cardiovascular-vascular o equivalente	< 140/90 mmHg



Pregunta	Criterio de auditoría		
	En persona con enfermedad cardiovascular-vascular o equivalente (diabetes mellitus)	< 130/70 mmHg	
	En personas con ERC estadios 3-4	< 125/75 mmHg	
18	<b>Clasificación del Estado Nutricional del Adulto de acuerdo con el Índice de Masa Corporal</b>		
	<b>Clasificación</b>	<b>&lt; 60 años de edad</b>	<b>&gt;= 60 años de edad</b>
	Bajo peso	<18,5	<23
	Peso normal	18,5 - 24,9	23 - 27,9
	Sobrepeso	25 - 29,9	28 - 31,9
	Obesidad	>= 30	>= 32
	Obesidad grado I	30 - 34,9	
	Obesidad grado II	35 - 39,9	
	Obesidad grado III	>= 40	
	<b>Clasificación del estado nutricional del adulto de acuerdo con circunferencia de cintura</b>		
<b>Clasificación</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	
Obesidad central	> 89 cm	> 79 cm	
21	<b>Factores de riesgo mayores, para la clasificación del riesgo vascular</b>		
	<b>Factores de riesgo:</b>		
	<ol style="list-style-type: none"> <li>Hipertensión arterial (HTA)</li> <li>Tabaquismo</li> <li>HDL &gt;40 mg/dl</li> <li>Antecedente familiar (en primer grado de consanguinidad) de evento coronario (IAM, ECV). Mujeres &lt; 65 años / Hombres &lt; 55 años</li> <li>Edad: mujeres &gt; 65 años y hombres &lt; 55 años</li> </ol>		
	<b>Clasificación del riesgo:</b>		
	Bajo	Presencia de un factor de riesgo	
	Medio	Presencia de 2 factores de riesgo	
Alto	Presencia de 3 o más factores de riesgo		
Nota: Las personas diabéticas siempre son de riesgo alto			



Pregunta	Criterio de auditoría	
40	<b>Esquema de tamización con citologías:</b>	
	<b>Grupo poblacional</b>	<b>Frecuencia de tamizaje</b>
	Población general / 21 a 69 años con inicio de vida sexual.	1-1-3
	Adolescentes / < 21 años con inicio de vida sexual.	No se recomienda
	Inmunocomprometidas / 21 a 69 años / VIH positivo, inmunosuprimidas.	6 meses en el primer año y continúa cada año
	Embarazadas / 21 a 69 años	1-1-3 (en cualquier trimestre)
	Historial sexual exclusivo con mujeres / 21 a 69 años.	1-1-3
	Histerectomía - Patológica / 21 a 69 años.	Esquema: 1-1-3 (por 10 años post Cx)
	Histerectomía causa desconocida / 21 a 69 años.	Esquema: 1-1-3 (por 10 años post Cx)
Histerectomía - Benigna / 21 a 69 años.	No requieren	
Vacunadas contra el VPH / 21 a 69 años.	1-1-3	
23	<b>Valores de referencia de la glucemia en ayunas</b>	
	< 100 mg/dl	Normal
	Entre 100 y 125 mg/dl	Alterada (GAA) (confirmar diagnóstico con prueba de carga oral de glucosa)
	> 126 mg/dl	Anormal (confirmar diagnóstico con prueba de carga oral de glucosa)
23	<b>Valores de referencia para la prueba de carga oral de glucosa</b>	
	<140 mg/dl	Normal
	Entre 140 y 199 mg/dl	Intolerancia a la glucosa —ITG—
	200 mg/dl	Diabetes Mellitus —DM—
23	Plan de atención según resultados de glucemia (personas sin diabetes)	
	Nivel de glucemia	Plan de atención
	< 100 mg/dl	Control según factores de riesgo
	Entre 100 a 125 mg/dl	solicitar glucemia pre y pos-carga de 75 gr.
	> 125 mg/dl	Sin síntomas: repetir sin modificar estilo de vida
	> 125 mg/dl	Con síntomas: Dx de DM, iniciar manejo de acuerdo con la condición clínica o remitir para ingreso a programa.

Pregunta	Criterio de auditoría		
23	<b>Plan de atención según resultados de glucemia (personas sin diabetes):</b>		
	<b>Nivel de glucemia</b>	<b>Plan de atención</b>	
	< 100 mg/dl	Control según factores de riesgo	
	Entre 100 a 125 mg/dl	Solicitar glucemia pre y pos-carga de 75 g.	
	> 125 mg/dl	Sin síntomas: repetir sin modificar estilo de vida	
	> 125 mg/dl	Con síntomas: Dx de DM, iniciar manejo de acuerdo con la condición clínica o remitir para ingreso a programa	
26	<b>Clasificación de los niveles de LDL según ATP III</b>		
	<b>Valor</b>	<b>Nivel</b>	<b>Meta de riesgo</b>
	<100 mg/dl	Óptimo	Alto
	Entre 100 y 129 mg/dl	Casi óptimo	Medio
	Entre 130 y 159 mg/dl	En el límite superior	-
	Entre 160 y 189 mg/dl	Elevado	Bajo
	> 190 mg/dl	Muy elevado	Siempre iniciar tratamiento
30	<b>Fórmula de Cockcroft-Gault</b>		
	Hombres: $(140 - \text{edad}) \times \text{peso} / 72 \times \text{creatinina}$		
	Mujeres: $(140 - \text{edad}) \times \text{peso} \times 0.75 / 72 \times \text{creatinina}$		
	Tanto en hombres como en mujeres, si el resultado es menor de 60 implica factible compromiso renal.		

**Guía de atención: Prevención del aborto inseguro en Colombia**

**Muestra seleccionada:** Historias clínicas de gestantes objeto de IVE: consultas por abuso o violencia sexual, malformación grave que haga inviable la vida del feto y cuando el embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer y los códigos de procedimientos CUPS de los subgrupos 69 y 75.0.

**Tabla 159.** Criterios de calidad para la evaluación de la adherencia a la guía de la interrupción voluntaria del embarazo en los últimos meses previos a la evaluación

#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
5	Edad	Registre la edad actual de la persona (en años).	Número
6	Embarazo planeado	Verifique y registre si el embarazo fue o no fue planeado. No aplica si es un caso de violencia sexual.	Sí No No aplica
7	Causal para la solicitud de la IVE	Verifique y registre cuál fue la causal para la solicitud de la IVE (de acuerdo con las causales establecidas en la Sentencia C-355 de 2006).	Violencia sexual Malformación fetal grave Riesgo materno Sin dato
8	Semanas de gestación al momento de la solicitud de la IVE	Registre el número de semanas de gestación al momento de la primera consulta, en la que solicita la IVE.	Número
9	Semanas de gestación al momento de la realización del procedimiento	Registre el número de semanas de gestación al momento de la realización de la IVE.	Número
10	Tiempo transcurrido en días (No negociable)	Registre el número de días transcurridos desde la primera consulta, en la que solicita la IVE, hasta el momento de la realización del procedimiento.	Número
11	Registro de las barreras de acceso	Si el número de días transcurridos entre la solicitud y la realización de la IVE es mayor a 5 días calendario, verifique y establezca la causa del retraso o barrera de acceso (sólo con información consignada en la historia clínica).	No aplica Objeción de conciencia Realización de juntas médicas Trámites administrativos Acceso geográfico Denuncia tardía en caso de violación Otras Sin dato

#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
12	Asesoría antes de la realización de la IVE (No negociable)	Cumple si la mujer recibió asesoría antes de realizar el procedimiento en los siguientes temas: derechos, riesgos, beneficios, consecuencias, opciones de tratamiento y adopción.	Sí No No aplica
13	Consentimiento informado	Cumple si en la historia clínica se evidencia el consentimiento informado de la mujer para realizar la IVE.	Sí No No aplica
14	Método utilizado	Verifique y registre cuál fue el método utilizado para realizar la IVE.	Aspiración (AMEU) Dilatación y curetaje Medicamento Cesárea Parto Sin dato
15	Complicaciones del procedimiento	Verifique y registre si se presentó alguna complicación durante el procedimiento, o derivada del mismo.	No aplica Hemorragia Perforación uterina Infección Otras Sin dato
16	Seguimiento y control post IVE	Cumple cuando la mujer le fue asignada por lo menos una consulta de seguimiento posterior a la IVE (aplica en todos los casos).	Sí No No aplica
17	Información y asesoría en anticoncepción (No negociable)	Cumple cuando la mujer recibió, después de realizar el procedimiento, información y asesoría en anticoncepción. No cumple cuando la mujer sólo es remitida a planificación familiar. <b>Nota:</b> La asesoría de anticoncepción se debe dar antes del procedimiento y debe salir del procedimiento con el método de alta adherencia.	Sí No No aplica
18	Educación	Cumple cuando la mujer recibió educación, después de realizar el procedimiento, en temas como: complicaciones, prevención de ITS y cuidados en casa.	Sí No No aplica



#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
19	Muestra para Medicina Legal	Si la causal de la IVE fue violencia sexual, verifique si se tomó muestra para Medicina Legal. <b>Nota:</b> Muestra de ADN para los casos de VSx que tengan denuncia o número de SPOA.	Sí No No aplica
20	Observaciones	Registre las observaciones que considere pertinentes.	Texto

### Guía de atención: Víctimas de violencia sexual

**Muestra seleccionada:** Historias clínicas de personas que han sido atendidas de acuerdo con la guía de atención de las víctimas de violencia sexual.

**Tabla 160.** Criterios de calidad para la evaluación de la adherencia a la guía de atención de las víctimas de violencia sexual en los últimos meses previos a la evaluación

#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
5	Edad	Registre la edad actual de la persona (en años).	Número
6	Género	Registre femenino o masculino.	Femenino Masculino Sin dato
7	Momento de la primera consulta*	Registre el tiempo transcurrido desde la exposición a la violencia sexual hasta la primera consulta en la EPS. * No afecta el porcentaje de cumplimiento de la institución.	Antes de 72 horas Después de 72 horas
8	Valoración general de la víctima	Cumple si se hizo la valoración de la apariencia general, examen clínico mental y examen físico completo incluyendo región genital y anal (la valoración del área genital depende del tipo de abuso).	Sí No No aplica
9	Asesoría y consentimiento pre-prueba	Cumple si se registró consejería y consentimiento informado para la prueba VIH.	Sí No No aplica
10	Resultado de VIH	Cumple si se evidencia resultado de Elisa para VIH en las primeras 72 horas, o prueba rápida si es mayor de 72 horas.	Sí No No aplica

#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
11	Ayudas diagnósticas (No negociable: 15)	Cumple si se evidencia resultado de VDRL.	Sí No No aplica
12		Cumple si se evidencia realización de cultivo en Agar Chocolate o de Thayer Martin.	Sí No No aplica
13		Si la víctima consultó dentro de las 72 horas postexposición al evento, cumple si se evidencia resultado de frotis de pared vaginal. No aplica para hombres.	Sí No No aplica
14		Cumple si se evidencia resultado de serología para Hepatitis B.	Sí No No aplica
15		Si la víctima es una mujer en edad fértil, cumple si se realizó prueba de embarazo. No aplica para hombres.	Sí No No aplica
16	Cadena de custodia	Cumple si se aseguró la cadena de custodia y la remisión de las pruebas a la policía judicial.	Sí No No aplica
17	Profilaxis para VIH (No negociable)	Si la víctima consultó dentro de las 72 horas post exposición al evento. Cumple si se inició la profilaxis de VIH.	Sí No No aplica
18	Entrega del tratamiento profiláctico (No negociable)	Si la víctima consultó dentro de las 72 horas postexposición al evento, cumple si se le entregó a la víctima el tratamiento para continuar con la profilaxis durante 28 días. No cumple si se le entrega una fórmula médica para reclamar en la EPS.	Sí No No aplica
19	Profilaxis para ITS (No negociable)	Si la víctima consultó dentro de las 72 horas postexposición al evento, cumple si se realizó profilaxis para ITS.	Sí No No aplica
20	Anticoncepción (No negociable)	Si la víctima consultó dentro de las 72 horas postexposición al evento, cumple si se le garantizó a la víctima el suministro de anticoncepción de emergencia.	Sí No No aplica
21	Prevención hepatitis B (No negociable)	Si la víctima consultó dentro de las 72 horas postexposición al evento, cumple si se aplicó la vacuna contra hepatitis B y una dosis de gammaglobulina.	Sí No No aplica
22	Remisión a área psicosocial	Cumple si se remitió a la víctima a consulta por psicología o psiquiatría.	Sí No No aplica



#	Criterio objeto de evaluación	Método de verificación	HC1
23	Tratamiento de ITS (No negociable)	Si la víctima presenta alguna ITS, cumple si se prescribió y suministró el tratamiento.	Sí No No aplica
24	Aviso judicial	En menores de 18 años, cumple si se dio aviso inmediato a la Fiscalía. (Centro de Atención a Víctimas de Abuso Sexual —CAIVAS—, autoridad judicial más cercana, Policía Judicial, SIJIN, DIJIN, CTI o, en su defecto, informar a la Policía Nacional).	Sí No No aplica
25	Medidas de protección a menores (No negociable)	En los menores de 18 años, cumple si se garantizó el proceso de protección por parte del ICBF antes del alta.	Sí No No aplica
26	Notificación	Cumple si se realizó la notificación del evento a las direcciones territoriales y a la EPS.	Sí No No aplica
27		Cumple si se notificó al sistema de vigilancia epidemiológica (incluye caso sospechoso; se debe diligenciar ficha 875).	Sí No No aplica
28	Orientación a la víctima (No negociable: 30)	Cumple si se evidencia orientación a la víctima acerca de la ruta de atención.	Sí No No aplica
29		Si la víctima es mayor de 18 años, cumple si se le dio la orientación para la instauración de la denuncia en una Comisaría de Familia y/o Fiscalía.	Sí No No aplica
30		Cumple si se registró la información a la víctima sobre sus derechos para Interrupción Voluntaria del Embarazo —IVE—.	Sí No No aplica
31	Seguimiento	Cumple si se le asignan las citas para el seguimiento clínico a la víctima a las dos semanas, cuatro semanas, tres meses, seis meses y doce meses. Si el seguimiento se lleva a cabo en una IPS diferente a la que realiza la atención de la urgencia, cumple si la víctima fue remitida.	Sí No No aplica
32	Observaciones	Registre las observaciones que considere pertinentes.	Texto



**Tabla 161.** Criterios técnicos de apoyo para la auditoría a la adherencia de la guía de atención de las víctimas de violencia sexual

Pregunta	Criterio de auditoría
17	<b>Profilaxis de VIH: (sólo antes de las primeras 72 horas)</b>
	<p><b>Dosis adultos:</b> Lamivudina 150 mg + Zidovudina 300 mg: 1 tableta cada 12 horas por 27 días. Lopinavir 200 mg + Ritonavir 50 mg: 2 tabletas cada 12 horas por 27 días.</p> <p><b>Dosis pediatría</b> (menores de 30 kg): Lamivudina: 4 mg/kg vía oral cada 12 horas por 27 días. Zidovudina por 27 días. Lopinavir más Ritonavir por 27 días. Vigilar efectos adversos de antirretrovirales.</p>
20	<b>Anticoncepción de emergencia:</b>
	Levonorgestrel 1,5 mg: dosis única en las primeras 72 horas, o Levonorgestrel 0,75 mg: dos dosis en las primeras 72 horas con intervalo entre ambas de 12 horas, para las primeras 72 horas. Entre las 72 horas y 5 días el DIU. Después de 5 días, asesoría para IVE.
21	<b>Inmunización para hepatitis B:</b>
	La vacunación contra hepatitis B es obligatoria, realizar vacunación postexposición con tres dosis (1. Al momento de la evaluación, 2. Al mes, 3. A los seis meses). Aplicar una dosis única de Gamaglobulina Antihepatitis-B. Su aplicación no debe exceder los 14 días del último contacto sexual para considerarla útil.
19	<b>Profilaxis en menores de 30 kg:</b>
	Cefuroxima 10 mg/kg suspensión 250 mg + Azitromicina 10 mg/kg + Metronidazol 20 mg/kg dosis única.
	<b>Profilaxis de ITS en adultos:</b>
	Ceftriaxona 1 g ampolla dosis única + Azitromicina 1 g vía oral dosis única + Metronidazol 2 g vía oral dosis única.
31	<b>Frecuencia de los controles:</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Prueba de VIH control a los 3 meses (personalizar según cada situación).</li> <li>✓ HB: Segunda y tercera dosis de la vacuna a los 30 días y a los 6 meses respectivamente.</li> </ul>



## Instrumentos para la evaluación de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios —EAPB—

Evaluación de los procesos para la gestión de la atención en los servicios de protección específica y detección temprana.

### Capítulo 1: Matriz de información general

Tabla 162. Matriz de información general EPS – Parte 1

Información general de la implementación de las normas técnicas y guías de atención		Normas técnicas de protección específica				
		Vacunación según esquema del PAI	Atención preventiva en salud bucal	Atención del postparto (consulta de revisión a los 7 días)	Atención al recién nacido (consulta de revisión a las 72 horas)	Atención en planificación familiar a hombres y mujeres
1	Población asignada según norma o guía y grupo etáreo (año 2014)	Número	Número	Número	Número	Número
2	Total de la población registrada en las bases de datos del servicio o programa ofertado en toda la red de prestadores. Mínimo con datos de ubicación	Número	Número	NA	NA	Número
3	Total de la población activa en el servicio o programa. El concepto activo debe ser definido por la IPS o por la norma o guía que lo tenga establecido.	Número	Número	NA	NA	Número
4	Porcentaje de personas captadas mediante estrategias de demanda inducida.	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
5	Número de las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana y para la atención de las enfermedades de interés en salud pública ejecutados en la red de prestadores en el periodo enero a junio de 2014.	Número	Número	Número	Número	Número

**Tabla 163.** Matriz de información general EPS – Parte 2

Información general de la implementación de las normas técnicas y guías de atención		Normas técnicas de detección temprana						
		Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo	Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven	Detección temprana de las alteraciones del embarazo	Detección temprana de las alteraciones del adulto	Detección temprana del cáncer de cuello uterino	Detección temprana del cáncer de seno	Detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual
1	Población asignada según norma o guía y grupo etáreo (año 2014)	Número	Número	Número	Número	Número	Número	Número
2	Total de la población registrada en las bases de datos del servicio o programa ofertado en toda la red de prestadores. Mínimo con datos de ubicación	Número	Número	Número	Número	Número	Número	Número
3	Total de la población activa en el servicio o programa. El concepto activo debe ser definido por la IPS o por la norma o guía que lo tenga establecido.	Número	Número	Número	Número	Número	Número	Número
4	Porcentaje de personas captadas mediante estrategias de demanda inducida.	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
5	Número de las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana y para la atención de las enfermedades de interés en salud pública ejecutadas en la red de prestadores en el periodo enero a junio de 2014.	Número	Número	Número	Número	Número	Número	Número



Tabla 164. Matriz de información general EPS – Parte 3

Información general de la implementación de las normas técnicas y guías de atención		Enfermedades de transmisión sexual		Riesgo vascular		Menor y mujer maltratados
		Población con VIH/sida	Otras ITS	Total afiliados x 7% (Prevalencia esperada DM)	Total afiliados x 18% (Prevalencia esperada HTA)	
1	Población asignada según norma o guía y grupo etáreo (año 2014)	Número	Número	Número	Número	Número
2	Total de la población registrada en las bases de datos del servicio o programa ofertado en toda la red de prestadores. Mínimo con datos de ubicación	Número	Número	Número	Número	Número
3	Total de la población activa en el servicio o programa. El concepto activo debe ser definido por la IPS o por la norma o guía que lo tenga establecido.	Número	Número	Número	Número	Número
4	Porcentaje de personas captadas mediante estrategias de demanda inducida.	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
5	Número de las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana y para la atención de las enfermedades de interés en salud pública ejecutadas en la red de prestadores en el periodo enero a junio de 2014.	Número	Número	Número	Número	Número

## Capítulo 2: Procesos transversales

a. Los procesos evaluados en este capítulo son:

**Tabla 165.** Procesos transversales para la gestión de la atención EPS

Orden	Proceso
1	<p><b>Caracterización de la población:</b></p> <p>En la EAPB se tiene implementado un proceso por medio del cual se realice la caracterización de la población sujeto de atención en los servicios de detección temprana y protección específica.</p>
2	<p><b>Actividades de obligatorio cumplimiento:</b></p> <p>En la EAPB se tiene documentado un proceso por medio del cual se realice la programación, ejecución y seguimiento de las actividades de detección temprana y protección específica de obligatorio cumplimiento.</p>
3	<p><b>Estrategias de demanda inducida:</b></p> <p>En la EAPB se tiene establecido un proceso para determinar, programar, ejecutar y hacer seguimiento a las estrategias de demanda inducida, 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.</p>
4	<p><b>Estrategias IEC dirigidas a los usuarios:</b></p> <p>La EAPB tiene documentadas las estrategias de Información, Comunicación y Educación –IEC– dirigidas a los usuarios y familias.</p>
5	<p><b>Capacitación dirigida al personal de la EAPB:</b></p> <p>La institución tiene documentado el plan de capacitación y el programa de capacitación dirigido al personal de salud que labora en la EAPB.</p>
6	<p><b>Continuidad de las acciones:</b></p> <p>La EAPB cuenta con un proceso para asegurar la continuidad de las acciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento, cuando por cualquier motivo un afiliado cambie de un régimen a otro o cuando se produzca el traslado de Entidad Promotora de Salud, Entidad Adaptada o Administradora del Régimen Subsidiado (Resolución 0412 de 2000, artículo 11).</p>
7	<p><b>Auditoría para el mejoramiento de la calidad:</b></p> <p>La EAPB cuenta con un programa de auditoría externa e integral de la calidad de la atención en las IPS contratadas para la prestación de los servicios de detección temprana y protección específica y de atención de las enfermedades de interés en salud pública.</p>

b. Los criterios evaluados en el capítulo “**Procesos transversales**” son:

**Tabla 166.** Criterios relacionados con el proceso “Caracterización de la población” EPS

Criterios		Evaluación
Caracterización de la población		¿Soporte?
1	¿La EAPB tiene actualizado (del último año) la caracterización o estudio de la población afiliada, sujeto de atención en los servicios de detección temprana y protección específica? La caracterización tiene como mínimo las siguientes variables:	Sí/No
1.1	<b>Variables demográficas:</b> grupo poblacional, procedencia, edad, sexo, etnia, escolaridad, profesión u oficio.	Sí/No
1.2	<b>Variables sociales:</b> régimen de seguridad social, nivel del SISBEN, estrato socioeconómico, dirección, teléfono, orientación sexual, consumo de sustancias psicoactivas y licor.	Sí/No
1.3	<b>Variables de salud:</b> fecha de ingreso al programa, clasificación de la enfermedad, adherencia al tratamiento, fallas de tratamiento, requirió tutela para el acceso, entre otras.	Sí/No
1.4	¿El estudio contiene variables que den cuenta de <b>los factores de riesgo</b> de la población, a partir de las cuales sea posible determinar las estrategias de inducción a la demanda específicas?	Sí/No
1.5	¿La entidad soporta la <b>difusión del estudio o caracterización</b> de la población afiliada con todas las IPS contratadas para la ejecución de las actividades de detección temprana y protección específica?	Sí/No

**Tabla 167.** Criterios relacionados con el proceso “Estrategias de inducción a la demanda” EPS – Parte 1

Criterios		Evaluación
Estrategias de inducción a la demanda		
2	El plan de inducción a la demanda contiene actividades para orientar a las personas hacia los siguientes servicios o programas: (Evaluar el número de actividades programadas y los soportes de ejecución)	¿Está contenido?
2.1	Atención preventiva en salud bucal	Sí/No
2.2	Atención del parto	Sí/No
2.3	Atención al recién nacido	Sí/No
2.4	Atención en planificación familiar a hombres y mujeres	Sí/No
2.5	Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo (menores de 10 años)	Sí/No
2.6	Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (10-29 años)	Sí/No

Criterios		Evaluación
Estrategias de inducción a la demanda		
2.7	Detección temprana de las alteraciones del embarazo	Sí/No
2.8	Detección temprana de las alteraciones del adulto (mayor de 45 años)	Sí/No
2.9	Detección temprana del cáncer de cuello uterino	Sí/No
2.10	Detección temprana del cáncer de seno	Sí/No
2.11	Detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual	Sí/No
2.12	Bajo peso al nacer - programa canguro	Sí/No
2.13	Ruta de atención de maltrato y abuso sexual	Sí/No
2.14	Infecciones de Transmisión Sexual —ITS—	Sí/No
2.15	Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia —AIEPI—	Sí/No
2.16	¿El plan o programa de inducción a la demanda contiene actividades específicas para inducir a la población con factores de riesgo?	Sí/No

**Tabla 168.** Criterios relacionados con el proceso “Estrategias de inducción a la demanda” EPS – Parte 2

Indicadores		Evaluación
Estrategias de inducción a la demanda		
3	¿En el seguimiento a la ejecución del plan de inducción a la demanda se contempla la medición periódica de indicadores que den cuenta de?	¿Soportan medición?
3.1	Demanda no atendida.	Sí/No
3.2	Efectividad de las estrategias.	Sí/No
3.4	Oportunidad en la asignación de citas de ingreso.	Sí/No

**Tabla 169.** Criterios relacionados con el proceso “Estrategias IEC dirigidas a los usuarios” EPS

Criterios		Evaluación
Estrategias IEC dirigidas a los usuarios		
4	El plan de información, educación y comunicación —IEC—, dirigido a los usuarios, familias y comunidad contiene por lo menos algunos de los temas relacionados con (La ejecución de las actividades puede estar contratada con la red de prestadores):	¿Está contenido?
4.1	Atención preventiva en salud bucal	Sí/No
4.2	Atención del parto	Sí/No
4.3	Atención al recién nacido	Sí/No



Criterios		Evaluación
Estrategias IEC dirigidas a los usuarios		
4.4	Atención en planificación familiar a hombres y mujeres	Sí/No
4.5	Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo (menores de 10 años)	Sí/No
4.6	Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (10-29 años)	Sí/No
4.7	Detección temprana de las alteraciones del embarazo	Sí/No
4.8	Detección temprana de las alteraciones del adulto (mayor de 45 años)	Sí/No
4.9	Detección temprana del cáncer de cuello uterino	Sí/No
4.10	Detección temprana del cáncer de seno	Sí/No
4.11	Detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual	Sí/No
4.12	Bajo peso al nacer - programa canguro	Sí/No
4.13	Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia —AIEPI—	Sí/No
4.14	Infecciones de Transmisión Sexual —ITS—	Sí/No
4.15	Riesgo vascular	Sí/No
4.16	Lactancia materna	Sí/No
4.17	Hipotiroidismo congénito	Sí/No
4.18	Ruta de atención para la IVE	Sí/No
4.19	Ruta de atención de maltrato y abuso sexual	Sí/No
4.20	Mecanismos de participación social	Sí/No
4.21	Derechos y deberes	Sí/No
4.22	Resultados de las encuestas de satisfacción	Sí/No

**Tabla 170.** Criterios relacionados con el proceso "Capacitación del personal de la EAPB" EPS

Criterios		Evaluación
Capacitación del personal de la EAPB		
5	¿El plan o programa de capacitación tiene por lo menos algunos de los siguientes temas?	¿Está contenido?
5.1	Características de la atención (atributos de la calidad)	Sí/No
5.2	Ruta de atención para violencias sexuales	Sí/No
5.3	Decreto 3518 de 2006	Sí/No
5.4	Decreto 1757 de 1994	Sí/No
5.5	Estrategia Servicios Amigables para Adolescentes y Jóvenes —SAAJ—	Sí/No



Criterios		Evaluación
Capacitación del personal de la EAPB		
5.6	Plan local de salud	Sí/No
5.7	Perfil epidemiológico de la población de la EAPB	Sí/No
5.8	Guías de Atención Integral (GAI 2013)	Sí/No
5.9	Hipotiroidismo congénito	Sí/No
5.10	Interrupción Voluntaria del Embarazo —IVE—	Sí/No

**Tabla 171.** Criterios relacionados con el proceso “Auditoría para el mejoramiento de la calidad” EPS

Criterios		Evaluación
Programa de auditoría a la calidad		
6	Servicios de atención en promoción de la salud y prevención de la enfermedad	¿Está contenido?
6.1	Bajo peso al nacer - programa canguro	Sí/No
6.2	Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia —AIEPI—	Sí/No
6.3	Infecciones de Transmisión Sexual —ITS—	Sí/No
6.4	Riesgo vascular	Sí/No
6.5	Proceso de vigilancia epidemiológica	Sí/No
6.6	Vigilancia epidemiológica de la morbilidad materna extrema	Sí/No
6.7	Protocolo de transporte del recién nacido (intra e interinstitucional)	Sí/No
6.8	Estrategias de demanda inducida	Sí/No
6.9	Estrategias IEC dirigidas a los usuarios	Sí/No
6.10	Suficiencia de talento humano en los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad	Sí/No
6.11	Suficiencia de recursos físicos y tecnológicos en los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad	Sí/No
6.12	Referencia y contrarreferencia de usuarios	Sí/No
6.13	Planes de mejoramiento implementados por las IPS	Sí/No
6.14	Medición y registro de los índices COP-D – ceo-d	Sí/No
6.15	Servicios de atención en promoción de la salud y prevención de la enfermedad	Sí/No

## Capítulo 3: Vigilancia epidemiológica

a. Los procesos evaluados en este capítulo son:

**Tabla 172.** Procesos de vigilancia epidemiológica EPS

Orden	Procesos
1	<p><b>COVE activo:</b> La institución tiene un Comité de Vigilancia Epidemiológica —COVE—, activo y proactivo. Soporta la documentación de funciones del comité. En las actas del comité se soporta el seguimiento y análisis de los indicadores y de los eventos epidemiológicos, según los lineamientos emitidos por el INS. (Evaluar que las actas se encuentren al día, cumplimiento y seguimiento de las tareas determinadas en el comité.)</p>
2	<p><b>Análisis de los eventos objeto de vigilancia en salud pública:</b> Se tiene documentado el procedimiento para el análisis de los eventos sujetos de vigilancia en salud pública.</p>

b. Los criterios evaluados en el capítulo “Vigilancia epidemiológica” son:

**Tabla 173.** Criterios relacionados con el proceso “Análisis de los eventos objeto de vigilancia en salud pública” EPS - Parte 1

	Criterios	Evaluación
1	En las actas del COVE se evidencia el seguimiento y análisis periódico de los siguientes eventos:	¿Soporte?
1.1	Bajo peso al nacer a término	Sí/No
1.2	Muerte materna	Sí/No
1.3	Muerte por malaria	Sí/No
1.5	Muerte por dengue	Sí/No
1.6	Hipotiroidismo congénito	Sí/No
1.7	Interrupción Voluntaria del Embarazo —IVE—	Sí/No
1.8	Maltrato y abuso sexual (mujer y niños maltratados)	Sí/No
1.9	Morbilidad materna extrema	Sí/No
1.10	Mortalidad en menores de cinco años asociada a desnutrición primaria como causa básica o asociada	Sí/No
1.11	Mortalidad perinatal y neonatal tardía	Sí/No
1.12	Sífilis congénita y gestacional	Sí/No
1.13	Transmisión perinatal de la hepatitis B	Sí/No
1.14	Transmisión vertical de VIH	Sí/No
1.15	Tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años	Sí/No
1.16	Tasa de mortalidad por ERA en menores de 5 años	Sí/No
1.17	Proporción de embarazo en adolescentes	Sí/No

**Tabla 174.** Criterios relacionados con el proceso "Análisis de los eventos objeto de vigilancia en salud pública" EPS - Parte 2

2	Análisis de los eventos objeto de vigilancia en salud pública (definir periodo)	Número de eventos reportados en el año	Número de eventos analizados en el año	Número de eventos confirmados en el año
2.1	Casos de sífilis gestacional	Número	Número	Número
2.2	Casos de sífilis congénita	Número	Número	Número
2.3	Dengue clásico	Número	Número	Número
2.4	Muertes por dengue	Número	Número	Número
2.5	Muertes en menores de cinco años por ERA	Número	Número	Número
2.6	Muertes en menores de cinco años por EDA	Número	Número	Número
2.7	Muertes en menores de cinco años por accidentes	Número	Número	Número
2.8	Mortalidad en menores de cinco años asociadas a desnutrición primaria como causa básica o asociada	Número	Número	Número
2.9	Muertes maternas	Número	Número	Número
2.10	Muertes perinatales y neonatales tardías	Número	Número	Número
2.11	Hipotiroidismo congénito	Número	Número	Número

**Tabla 175.** Criterios relacionados con el proceso "Análisis de los eventos objeto de vigilancia en salud pública" EPS - Parte 3

Intervención de eventos epidemiológicos		Criterios evaluados			
3	En la EAPB se tiene definido e implementado un procedimiento o monitoreo específico para los siguientes eventos epidemiológicos:	¿Está definido e implementado?	¿El monitoreo cumple con los lineamientos del INS?	Número de eventos identificados 2014	Fecha del último informe o seguimiento
3.1	Atención de los menores con bajo peso al nacer a término	Sí/No	Sí/No	Número	Fecha
3.2	Atención de los menores con diagnóstico de hipotiroidismo	Sí/No	Sí/No	Número	Fecha



Intervención de eventos epidemiológicos		Criterios evaluados			
3.3	Atención de gestantes con VIH-sida	Sí/No	Sí/No	Número	Fecha
3.4	Atención de gestantes con HB	Sí/No	Sí/No	Número	Fecha
3.5	Morbilidad materna extrema	Sí/No	Sí/No	Número	Fecha

## Capítulo 4: Participación social y sistema de información y atención al usuario

a. Los procesos evaluados en este capítulo son:

**Tabla 176.** Procesos Participación social y sistema de información y atención al usuario EPS

Orden	Proceso
1	<p><b>Asociación o liga de usuarios:</b> La EAPB tiene establecidos los procedimientos para la conformación y funcionamiento de asociación o liga de usuarios; hay evidencia de la interacción de este grupo con el equipo de salud y de su intervención en los procesos de mejoramiento institucional.</p>
2	<p><b>Atención y análisis de SPQR:</b> La IPS evidencia un proceso por medio del cual se garantice la recepción y respuesta de las manifestaciones presentadas por los usuarios (sugerencias, peticiones, quejas y reclamos SPQR). Se debe considerar que toda manifestación presentada por un usuario interno o externo u otra entidad, debe ser atendida con los mismos criterios de un derecho de petición.</p>

b. Los criterios evaluados en el capítulo “Participación social” son:

**Tabla 177.** Criterios relacionados con el proceso “Participación social” EPS - Parte 1

Redes de apoyo		Evaluación
1	La IPS ha interactuado con las siguientes redes de apoyo:	¿Soportan la interacción?
1.1	Comité técnico municipal de prevención y atención a las víctimas de violencias sexuales (Acuerdo Municipal 020 de 2011).	Sí/No
1.2	Comité de infancia y maternidad segura.	Sí/No
1.3	Prevención de enfermedades crónicas no transmisibles: HTA, DM.	Sí/No
1.4	Otra, ¿cuál?	Texto

## Capítulo 5: Interrupción Voluntaria del Embarazo — IVE—

a. Los procesos evaluados en este capítulo son:

**Tabla 178.** Procesos para la atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo — IVE— EPS

Orden	Proceso
1	<p><b>Ruta de atención de la IVE:</b></p> <p>La EAPB tiene establecida una ruta o proceso de atención mediante la cual garantice la información, acceso y seguimiento de las mujeres que soliciten o tengan derecho a la interrupción voluntaria del embarazo conforme a lo establecido en la Sentencia C-355 de 2006.</p> <p>En la ruta se deben considerar criterios como: asesoría, consentimiento informado, causales y requisitos para la IVE, atención psicológica, procedimientos médicos y el seguimiento y control médicos.</p>

b. Los criterios evaluados en el capítulo “Interrupción Voluntaria del Embarazo” son:

**Tabla 179.** Criterios relacionados con el proceso “Ruta de atención de la IVE” - EPS

Ruta de atención de la IVE		Evaluación
1	La ruta de atención o proceso de atención incluye la ejecución de por lo menos las siguientes acciones:	¿Se evidencia?
1.1	Garantizar el derecho de las mujeres a ser informadas de la posibilidad de acceder a una IVE (en las tres causales).	Sí/No
1.2	Conformación de una red prestadora de servicios de salud en la que se garantice el acceso con calidad a las mujeres que soliciten una IVE.	Sí/No



Ruta de atención de la IVE		Evaluación
1.3	Difusión de la ruta de atención con el personal de salud, IPS prestadoras de servicios y los usuarios.	Sí/No
1.4	Seguimiento al acceso efectivo y oportuno al servicio de acuerdo con lo establecido en la Sentencia C-355 de 2006.	Sí/No

## Capítulo 6: Maltrato

a. Los procesos evaluados en este capítulo son:

**Tabla 180.** Procesos para la gestión de la atención de las víctimas de maltrato y/o violencia sexual - EPS

Orden	Proceso
1	<p><b>Proceso de atención del maltrato:</b> La EPS tiene documentado un proceso de atención integral de la mujer y el menor maltratados y víctimas de violencias sexuales. El proceso debe incluir los procedimientos para apoyo a la justicia en los casos que sea pertinente (notificación de eventos, inicio de cadena de custodia, persona responsable, equipo institucional básico, rutas o flujogramas de atención, insumos y dotación, referencia y contrarreferencia, seguimiento rutinario, notificación epidemiológica y judicial). <b>Nota:</b> Si la entidad no tiene un proceso institucional debe soportar que ha adoptado y adaptado el protocolo de atención de violencia sexual y las guías de atención de la mujer y el menor maltratado (se evalúa todo el PHVA).</p>
2	<p><b>Proceso de atención de víctimas de violencia sexual:</b> La IPS tiene documentado un proceso de atención integral de las víctimas de violencias sexuales. El proceso debe incluir los procedimientos para: Notificación de eventos, inicio de cadena de custodia, persona responsable, equipo institucional básico, rutas o flujogramas de atención, insumos y dotación, referencia y contrarreferencia, seguimiento rutinario, notificación epidemiológica y judicial). <b>Nota:</b> Si la entidad no tiene un proceso institucional debe soportar que ha adoptado el protocolo de atención de violencia sexual (se evalúa todo el PHVA).</p>

b. Los criterios evaluados en el capítulo “Maltrato” son:

**Tabla 181.** Criterios relacionados con el “Proceso de gestión de la atención del maltrato” - EPS

Proceso de gestión de la atención del maltrato		Evaluación
1	La entidad soporta la ejecución de las siguientes acciones e intervenciones inherentes a la atención de las mujeres y menores maltratados o víctimas de violencias sexuales.	¿Se soporta?
1.1	Registro de las notificaciones recibidas (puede ser por el SIVIGILA).	Sí/No
1.2	Registro de seguimiento de los casos.	Sí/No
1.3	Verifica en su red de prestadores la disponibilidad de medicamentos y suministros.	Sí/No

**Tabla 182.** Criterios relacionados con las “Estrategias IEC dirigidas a los usuarios” - EPS

Estrategias IEC dirigidas a los usuarios		Evaluación
2	¿El plan o programa con las estrategias de información, educación y comunicación —IEC—, dirigido a los usuarios, familias y comunidad en general contiene por lo menos algunos de los temas relacionado con:?	¿Está contenido?
2.1	Ruta de atención de violencia sexual.	Sí/No
2.2	Derecho de acceder a la Interrupción Voluntaria del Embarazo —IVE—.	Sí/No

**Tabla 183.** Criterios relacionados con “Capacitación al personal de la IPS” - EPS

Capacitación al personal de la IPS		Autoevaluación
3	¿El plan de información, educación y comunicación IEC, dirigido al personal de la IPS (asistencial y administrativo), contiene por los menos los siguientes temas:?	¿Está contenido?
3.1	Protocolo de violencias sexuales (Resolución 459 de 2012)	Sí/No
3.2	Flujograma de atención de la violencia intrafamiliar	Sí/No
3.3	Guía de atención de la mujer maltratada	Sí/No
3.4	Guía de atención del menor maltratado	Sí/No
3.5	Ruta de atención de violencia sexual	Sí/No
3.6	Interrupción Voluntaria del Embarazo —IVE—	Sí/No



## Anexo 41. Informe de auditoría de los procesos de gestión de la atención y de la adherencia a las normas técnicas y guías de atención

El siguiente es el modelo sugerido para la elaboración del informe de resultados de la evaluación de los procesos de gestión y de la adherencia a las normas técnicas y guías de atención. Es discrecional del grupo de auditores modificar su contenido de acuerdo con el énfasis u objetivo particular. Se recomienda ajustar los procesos de acuerdo con los lineamientos y la estructura definidos en el sistema de gestión de calidad de la entidad.

### Informe de la Evaluación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud —IPS—

IPS:

Fecha:

**a. Resultados de la evaluación de los procesos para la gestión de la atención de los servicios de detección temprana y protección específica y el cumplimiento de las guías para enfermedades de interés en salud pública**

Los resultados parciales y totales de los procesos evaluados han sido agrupados en una de las siguientes categorías de acuerdo con el porcentaje de cumplimiento:

Mínimo	0 % a 10 %	El proceso o la actividad no están implementados o la mayoría de la información es anecdótica.
Incipiente	11 % a 49 %	En la institución se evidencia documentación ( <b>planeación</b> ) de los procesos que dan respuesta a los estándares evaluados.
Medio	50 % a 69 %	Se evidencian registros de ejecución de acciones ( <b>hacer</b> ) relacionados con los estándares evaluados o es necesario implementar medidas correctivas para dar cumplimiento a algunos de los estándares.
Adecuado	70 % a 89 %	Soportan evaluación ( <b>verificar</b> ) del cumplimiento de los objetivos y metas planteados en la fase de documentación de los procesos, o es necesario implementar acciones de mejora para dar cumplimiento a algunos de los estándares.
Avanzado	90 % a 100 %	El análisis de los indicadores ha permitido la implementación ( <b>actuar</b> ) de acciones de mejora o mantenimiento de los logros alcanzados.

Consolidado de los niveles de desarrollo evidenciados en la evaluación de los procesos de gestión de la IPS



Capítulo	Porcentaje	Nivel
Transversales	Número	Texto
Atención del parto y del recién nacido	Número	Texto
Maltrato	Número	Texto
Vigilancia epidemiológica	Número	Texto
Participación Social —PASO— y Sistema de Información y Atención al Usuario —SIAU—	Número	Texto
Promedio IPS	Número	Texto

Resultados de los niveles de desarrollo de los procesos de gestión evidenciados en cada uno de los capítulos

## Capítulo 1: Datos generales por programas

**Nota:** Realizar una descripción de la información recolectada en la matriz de información general sobre el conocimiento de la información y los resultados reportados en cobertura y efectividad de las estrategias de inducción a la demanda.

## Capítulo 2: Transversales

Capítulo	Porcentaje	Nivel
Caracterización de la población	Número	Texto
Estrategias de inducción a la demanda	Número	Texto
Estrategias IEC dirigidas a los usuarios	Número	Texto
Capacitación del personal de salud	Número	Texto
Búsqueda de inasistentes	Número	Texto
Suficiencia del talento humano	Número	Texto
Suficiencia de recursos físicos y tecnológicos	Número	Texto
Auditoría para el mejoramiento de la calidad	Número	Texto
Promedio IPS	Número	Texto

### Análisis del nivel de desarrollo de los procesos transversales:

**Nota:** En el análisis describir el nivel de implementación del ciclo de mejoramiento continuo (PHVA) y el nivel de cumplimiento de los criterios relacionados evaluados en el proceso (esta observación aplica para todos los análisis de los procesos de gestión).



### Capítulo 3: Atención del parto y del recién nacido

Capítulo	Porcentaje
Prevención del hipotiroidismo	Número
Transporte de neonatos	Número
Referencia y contrarreferencia de gestantes	Número
Atención a gestantes con diagnóstico de VIH	Número
Atención a gestantes con diagnóstico de HB	Número
Madre canguro	Número
Estrategias IEC dirigidas a los usuarios	Número
Capacitación dirigida al personal de salud	Número
Suficiencia de talento humano	Número
Suficiencia de recursos físicos y tecnológicos	Número
Proceso de auditorías internas a la calidad	Número
Lactancia materna	Número

**Análisis del nivel de desarrollo de los criterios relacionados con los procesos de atención del parto y del recién nacido:**

### Capítulo 4: Maltrato

Capítulo	Porcentaje	Nivel
Proceso atención del maltrato	Número	Texto
Proceso atención de víctimas de violencia sexual	Número	Texto
Promedio IPS	Número	Texto

**Análisis del nivel de desarrollo de los procesos de maltrato:**

### Capítulo 5: Vigilancia epidemiológica

Capítulo	Porcentaje	Nivel
COVE activo	Número	Texto
Proceso de vigilancia epidemiológica	Número	Texto
Promedio IPS	Número	Texto

**Análisis del nivel de desarrollo de los procesos de Vigilancia epidemiológica:**

## **Capítulo 6: Sistema de información y atención al usuario**

Capítulo	Porcentaje	Nivel
Asociación o liga de usuarios	Número	Texto
Atención y análisis de SPQR	Número	Texto
Medición de la satisfacción de los usuarios	Número	Texto
Promedio IPS	Número	Texto

**Análisis del nivel de desarrollo de los procesos de participación social y atención al usuario:**

Análisis general del nivel de desarrollo de los procesos de gestión de la atención en la IPS:

Conclusiones:

- b. Resultados de la evaluación de la adherencia a las normas técnicas de detección temprana y protección específica y a las guías de atención de las enfermedades de interés en salud pública**

Los porcentajes de adherencia a los criterios evaluados han sido agrupados en una de las dos siguientes categorías de acuerdo con el porcentaje de cumplimiento:

Rangos de cumplimiento esperado	Cumple con	
Criterios de adherencia no negociables	>=95 %	Cumple
	<95 %	Requiere plan de mejora
Criterios de adherencia generales (excepto los no negociables)	>=80 %	Cumple
	<80 %	Requiere plan de mejora

Porcentaje de adherencia alcanzado a las normas técnicas evaluadas

Norma técnica	Porcentaje
Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo	Número
Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven	Número
Detección temprana de las alteraciones del adulto	Número
Detección temprana del cáncer de cuello uterino	Número
Detección temprana del cáncer de seno	Número
Detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual	Número



Norma técnica	Porcentaje
Atención preventiva en salud bucal	Número
Atención del parto	Número
Atención al recién nacido	Número
Atención en planificación familiar a hombres y mujeres	Número
Promedio IPS	Número

Nivel y porcentaje de adherencia alcanzado a las guías de atención evaluadas

Guía de atención	Porcentaje
Estrategia AIEPI	Número
Enfermedades de Transmisión Sexual (excepto VIH/sida)	Número
Manejo del VIH/sida basado en la evidencia	Número
Manejo del VIH/sida en recién nacidos expuestos	Número
Enfermedades vasculares	Número
Violencia sexual	Número
Dengue	Número
Aborto seguro - Atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo –IVE–	Número
Promedio IPS	Número

Análisis del porcentaje de adherencia a las normas técnicas y guías de atención:

Conclusiones:

## Informe de la Evaluación de Entidades Administradoras de Planes de Beneficios —EAPB—

*Resultados de la evaluación de los procesos para la gestión de la atención de los servicios de detección temprana y protección específica y el cumplimiento de las guías para enfermedades de interés en salud pública*

**EAPB:**

**Fecha:**

Los resultados parciales y totales de los estándares evaluados han sido agrupados en una de las siguientes categorías de acuerdo con el porcentaje de cumplimiento:

Mínimo	0 % a 10 %	El proceso o la actividad no están implementados o la mayoría de la información es anecdótica.
Incipiente	11 % a 49 %	En la institución se evidencia documentación ( <b>planeación</b> ) de los procesos que dan respuesta a los estándares evaluados.
Medio	50 % a 69 %	Se evidencian registros de ejecución de acciones ( <b>hacer</b> ) relacionados con los estándares evaluados o es necesario implementar medidas correctivas para dar cumplimiento a algunos de los estándares.
Adecuado	70 % a 89 %	Soportan evaluación ( <b>verificar</b> ) del cumplimiento de los objetivos y metas planteados en la fase de documentación de los procesos, o es necesario implementar acciones de mejora para dar cumplimiento a algunos de los estándares.
Avanzado	90 % a 100 %	El análisis de los indicadores ha permitido la implementación ( <b>actuar</b> ) de acciones de mejora o mantenimiento de los logros alcanzados.

444

Consolidado de los niveles de desarrollo evidenciados en la evaluación de los procesos de gestión de la EPS

Capítulo	Porcentaje	Nivel
Transversales	Número	Texto
Vigilancia epidemiológica	Número	Texto
PASO y SIAU	Número	Texto
AIEPI	Número	Texto
Promedio EAPB	Número	Texto

## Capítulo 1: Datos generales por programas

**Nota:** Realizar una descripción de la información recolectada en la matriz de información general sobre el conocimiento de la información y los resultados reportados en cobertura y efectividad de las estrategias de inducción a la demanda.

## Capítulo 2: Transversales

Procesos	Porcentaje	Nivel
Caracterización de la población	Número	Texto
Actividades de obligatorio cumplimiento	Número	Texto
Estrategias de demanda inducida	Número	Texto
Estrategias IEC dirigidas a los usuarios	Número	Texto
Capacitación dirigida al personal de la EAPB	Número	Texto
Continuidad de las acciones	Número	Texto
Auditoría para el mejoramiento de la calidad	Número	Texto
Promedio del capítulo en la EAPB	Número	Texto

### Análisis del nivel de desarrollo de los procesos transversales:

**Nota:** Realizar una descripción de la información recolectada en la matriz de información general sobre el conocimiento de la información y los resultados reportados en cobertura y efectividad de las estrategias de inducción a la demanda.

## Capítulo 3: Vigilancia epidemiológica

Procesos	Porcentaje	Nivel
COVE activo	Número	Texto
Análisis de los eventos objeto de vigilancia en salud pública	Número	Texto
Promedio del capítulo en la EAPB	Número	Texto

### Análisis del nivel de desarrollo de los procesos de vigilancia epidemiológica:

## Capítulo 4: Participación Social y Sistema de Información y Atención al Usuario

Procesos	Porcentaje	Nivel
Asociación o liga de usuarios	Número	Texto
Atención y análisis de SPQR	Número	Texto
Promedio del capítulo en la EAPB	Número	Texto

**Análisis del nivel de desarrollo de los procesos de participación social y sistema de información y atención al usuario:**

## **Capítulo 5: Interrupción Voluntaria del Embarazo — IVE—**

Procesos	Porcentaje	Nivel
Ruta de atención de la IVE	Número	Texto

**Análisis del nivel de desarrollo de los procesos de atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo —IVE—:**

## **Capítulo 6: Maltrato**

Capítulo	Porcentaje	Nivel
Proceso atención del maltrato	Número	Texto
Proceso atención de víctimas de violencia sexual	Número	Texto
Promedio IPS	Número	Texto

**Análisis del nivel de desarrollo de los procesos de maltrato:**

Análisis del nivel de desarrollo de los procesos de gestión para la atención en la EAPB:

Conclusiones:

## **Anexo 42. Formatos plan de mejoramiento**

Para una mayor explicación sobre los métodos de identificación y priorización de oportunidades se deben remitir al proceso de mejoramiento continuo.

### **PLAN DE MEJORAMIENTO**

I. Formulación del plan de mejoramiento

**Institución:**

**Gerente:**

**Líder plan de mejora:**

Fecha de formulación:



Estándar de calidad o mejoramiento esperado	Etapa del ciclo	¿Qué se va a realizar?	¿Cómo se va a realizar?	¿Quién lo va a realizar?	¿Cuándo se va a realizar?		¿Dónde se va a realizar?	¿Cómo se va a verificar la acción realizada?
					Fecha inicio	Fecha terminación		
	P							
	H							
	V							
	A							
	P							
	H							
	V							
	A							

II. Evaluación y monitoreo del plan de mejoramiento

**Institución:**

**Gerente:**

**Líder plan de mejora:**

Parte 1.

Planes de mejoramiento				
	¿En el plan de mejoramiento documentado por la IPS se evidencia la implementación de acciones de mejora relacionadas con los diferentes servicios ofertados por la institución?	Número de acciones programadas	Número de acciones ejecutadas a la fecha	Porcentaje de ejecución
9				
9.1	Atención preventiva en salud bucal	Número	Número	Porcentaje
9.2	Atención en planificación familiar a hombres y mujeres	Número	Número	Porcentaje
9.3	Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo (Menores de 10 años)	Número	Número	Porcentaje
9.4	Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (10-29 años)	Número	Número	Porcentaje
9.5	Detección temprana de las alteraciones del embarazo	Número	Número	Porcentaje
9.6	Detección temprana de las alteraciones del adulto (mayor de 45 años)	Número	Número	Porcentaje
9.7	Detección temprana del cáncer de cuello uterino	Número	Número	Porcentaje



Planes de mejoramiento				
	¿En el plan de mejoramiento documentado por la IPS se evidencia la implementación de acciones de mejora relacionadas con los diferentes servicios ofertados por la institución?	Número de acciones programadas	Número de acciones ejecutadas a la fecha	Porcentaje de ejecución
9				
9.8	Detección temprana del cáncer de seno	Número	Número	Porcentaje
9.9	Detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual	Número	Número	Porcentaje
9.10	Infecciones de Transmisión Sexual –ITS–	Número	Número	Porcentaje
9.11	Riesgo vascular	Número	Número	Porcentaje

Parte 2.

Fecha primer monitoreo:

Fecha segundo monitoreo:

Fecha tercer monitoreo:

Fecha cuarto monitoreo:

Evaluación y monitoreo del plan de mejora propuesto por la institución				
Primer monitoreo		Segundo monitoreo	Tercer monitoreo	Cuarto monitoreo
¿La acción favorece el logro del estándar?	¿La acción requiere ajustes?	¿La entidad hizo el ajuste sugerido?	Cumplimiento fecha primer seguimiento:	Cumplimiento fecha segundo seguimiento:
Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No
Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No
Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No
Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No
Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No
Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No
Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No



III. Informe de seguimiento y cierre del plan de mejoramiento

**Institución:**  
**Gerente:**  
**Líder plan de mejora:**  
**Fecha informe:**

**Proceso intervenido:**

**Descripción línea de base:**

1. *Seguimiento:*

**Indicador 45.** Porcentaje de ejecución de las acciones de mejora formuladas en el plan de mejoramiento.

<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de ejecución de acciones de mejora
<b>Numerador</b>	Número de actividades ejecutadas
<b>Denominador</b>	Número de actividades planeadas hasta la fecha de seguimiento x 100
<b>Desagregación</b>	Responsable Proceso
<b>Factores de exclusión</b>	Acciones de mejora programadas para fechas posteriores al seguimiento
<b>Medida</b>	Porcentaje
<b>Frecuencia medición</b>	Trimestral
<b>Meta</b>	90 % de ejecución de las acciones planeadas
<b>Análisis</b>	Si no se cumple con la meta se deben discutir las posibles causas que impidieron la ejecución de la acciones de mejora, aplicando los ajustes que sean necesarios para alcanzar el logro de la meta propuesta.

**Tabla 184.** Seguimiento a la ejecución de las acciones de mejora formuladas en el plan de mejora

<b>Seguimiento a la ejecución de las acciones de mejora formuladas en el plan de mejora</b>				
<i>(Acciones ejecutadas / Acciones formuladas hasta la fecha de corte) x 100%</i>				
Monitoreo 1	Monitoreo 2	Monitoreo 3	Monitoreo 4	Evaluación Final
Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:
Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje

**Indicador 46.** Porcentaje de las acciones de mejora ejecutadas oportunamente.

<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de acciones de mejora ejecutadas oportunamente
<b>Numerador</b>	Número de actividades ejecutadas oportunamente
<b>Denominador</b>	Número de actividades planeadas hasta la fecha de seguimiento x 100
<b>Desagregación</b>	Responsable Proceso
<b>Factores de exclusión</b>	Acciones de mejora programadas para fechas posteriores al seguimiento o ejecutadas después de la fecha inicialmente programada en el plan de mejora
<b>Medida</b>	Porcentaje
<b>Frecuencia medición</b>	Trimestral
<b>Meta</b>	90 % de ejecución de las acciones planeadas
<b>Análisis</b>	Si no se cumple con la meta se deben discutir las posibles causas que impidieron la ejecución de la acciones de mejora, aplicando los ajustes que sean necesarios para alcanzar el logro de la meta propuesta.

**Tabla 185.** Porcentaje de acciones de mejora ejecutadas oportunamente. (Institución, año).

Porcentaje de acciones de mejora ejecutadas oportunamente				
(Acciones ejecutadas oportunamente / Acciones formuladas hasta la fecha de corte) x 100%				
Monitoreo 1	Monitoreo 2	Monitoreo 3	Monitoreo 4	Evaluación Final
Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:

2. *Cierre:*

El cierre del plan de mejoramiento se debe hacer una vez que se hayan cumplido los plazos determinados para su ejecución. El principal indicador que se debe medir en el cierre es el "porcentaje de acciones de mejoramiento que modifican favorablemente el factor determinante". Es decir, cuáles problemas u oportunidades de mejora desaparecen o son mitigados gracias a la ejecución de acciones de mejora; esta valoración requiere la aplicación de una segunda evaluación al criterio de calidad o proceso objeto de mejora.



**Indicador 47.** Porcentaje de acciones ejecutas que modifican favorablemente el factor determinante.

<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de acciones de mejora que afectan favorablemente el factor determinante
<b>Numerador</b>	Número de actividades ejecutadas que afectan favorablemente el factor determinante.
<b>Denominador</b>	Número de actividades planeadas hasta la fecha de seguimiento x 100.
<b>Desagregación</b>	Responsable Proceso
<b>Factores de exclusión</b>	Acciones de mejora programadas para fechas posteriores al seguimiento, o que a pesar de ser ejecutadas no afectan el factor determinante.
<b>Medida</b>	Porcentaje
<b>Frecuencia medición</b>	Trimestral
<b>Meta</b>	90 % de efectividad
<b>Análisis</b>	Si no se cumple con la meta se deben discutir las posibles causas que impidieron la efectividad de la acciones de mejora, aplicando los ajustes que sean necesarios para alcanzar el logro de la meta propuesta.

**Tabla 186.** Consolidado de acciones ejecutadas que modifican favorablemente el factor determinante

Consolidado de acciones ejecutadas que modifican favorablemente el factor determinante				
Estándar de calidad o mejoramiento esperado	Número de acciones ejecutadas	Número de acciones que modifican el factor determinante	Porcentaje	Observaciones
Texto	Número	Número	Porcentaje	

**Observaciones:**

**Conclusiones:**

**Recomendaciones:**

## Anexo 43. Informe de gestión del proceso de auditoría de la calidad

El presente modelo de informe es el sugerido para presentar los resultados del seguimiento a la gestión del proceso de auditoría, el mismo debe ser adaptado al sistema de gestión de la calidad de la entidad y debe considerar por lo menos los resultados de la medición de los indicadores definidos para el proceso de auditoría de la calidad (Anexo 44).

### INFORME DE INDICADORES DEL PROCESO DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD

**IPS:**

**Fecha de corte:**

**Consecutivo:**

**Objetivo:**

**Indicadores de la gestión:**

1. Porcentaje de cumplimiento del programa de auditoría

**Tabla 187.** Porcentaje de cumplimiento del programa de auditoría. (Institución, año).

Porcentaje de cumplimiento programa de auditoría	Meta	Junio	Diciembre	Acumulado
	95 %	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje

2. Oportunidad de entrega de los informes

**Tabla 188.** Oportunidad de entrega de los informes por auditor. (Institución, año).

Auditor	Meta	Ene./Mar.	Abr./Jun.	Jul./Sep.	Oct./Dic.	Acumulado
Texto	95%	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
Texto		Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
Texto		Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
Texto		Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje



## 3. Calidad del diligenciamiento de los instrumentos

**Tabla 189.** Calidad del diligenciamiento de los instrumentos por auditor. (Institución, año).

Auditor	Meta	Ene./Mar.	Abr./Jun.	Jul./Sep.	Oct./Dic.	Acumulado
Texto	95 %	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
Texto		Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
Texto		Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
Texto		Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje

**Observaciones:****Análisis:****Conclusiones:****Recomendaciones:**

## Anexo 44. Indicadores del proceso - Auditoría a la calidad en los servicios de protección específica y detección temprana

**Indicador 48.** Porcentaje de cumplimiento del programa de auditoría

<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de cumplimiento del programa de auditoría
<b>Tipo de indicador</b>	Resultado
<b>Atributo de calidad</b>	Eficacia
<b>Numerador</b>	Número de auditorías ejecutadas en el periodo.
<b>Denominador</b>	Número de auditorías programadas para el periodo.
<b>Desagregación</b>	Servicio, proceso, normas y guías, profesiones u oficios.
<b>Factores de exclusión</b>	Auditorías programadas para ejecutar en el futuro.
<b>Medida</b>	Porcentaje
<b>Frecuencia medición</b>	Semestral
<b>Meta</b>	95 % del programa anual
<b>Análisis</b>	Determinar las causas de incumplimiento e implementar acciones preventivas y correctivas, por medio de las cuales se garanticen la disponibilidad de los recursos y los elementos de entrada con criterios de oportunidad y suficiencia.

**Indicador 49.** Oportunidad de entrega de los informes

<b>Nombre del indicador</b>	Oportunidad de entrega de los informes
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso
<b>Atributo de calidad</b>	Eficacia
<b>Numerador</b>	Número de informes entregados dentro de los 7 días posteriores a la ejecución de la auditoría (en un periodo determinado).
<b>Denominador</b>	Número de auditorías ejecutadas en el periodo.
<b>Desagregación</b>	Auditor
<b>Factores de exclusión</b>	NA
<b>Medida</b>	Porcentaje
<b>Frecuencia medición</b>	Trimestral
<b>Meta</b>	Como mínimo el 90 % de los informes de auditoría en el tiempo establecido por el procedimiento (7 días).
<b>Análisis</b>	Realizar las acciones preventivas pertinentes para garantizar la elaboración y entrega de los informes dentro de los tiempos establecidos, si es el caso, se debe evaluar la disponibilidad y programación de los recursos necesarios para cumplir con este objetivo.

**Indicador 50.** Porcentaje de cumplimiento de los criterios de auditoría

<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de cumplimiento de los criterios de auditoría
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso
<b>Atributo de calidad</b>	Eficacia
<b>Numerador</b>	Número de criterios evaluados adecuadamente,
<b>Denominador</b>	Total de criterios evaluados,
<b>Desagregación</b>	Norma técnica Guía de atención Persona responsable de la atención
<b>Factores de exclusión</b>	NA
<b>Medida</b>	Porcentaje
<b>Frecuencia medición</b>	Semestral



<b>Meta</b>	Como mínimo el 90 % de los criterios de calidad evaluados,
<b>Análisis</b>	Determinar las causas de las desviaciones en el cumplimiento de los criterios de adherencia e implementar acciones preventivas y correctivas, por medio de las cuales se garantice el adecuado diligenciamiento de los instrumentos y registros de auditoría y alcanzar el cumplimiento de la meta definida.

**Indicador 51.** Cobertura en auditoría de los servicios de detección temprana y protección específica

<b>Nombre del indicador</b>	Cobertura en auditoría de los servicios de detección temprana y protección específica
<b>Tipo de indicador</b>	Resultado
<b>Atributo de calidad</b>	Efectividad
<b>Numerador</b>	Normas y guías de atención auditadas.
<b>Denominador</b>	Total de normas y guías de atención de los servicios ofertados.
<b>Desagregación</b>	Por norma y guía de atención
<b>Factores de exclusión</b>	No aplica
<b>Medida</b>	Porcentaje
<b>Frecuencia medición</b>	Semestral
<b>Meta</b>	Mayor al 90 %
<b>Análisis</b>	Determinar las causas de la falta de auditoría a las normas y guías de atención de los servicios de detección temprana y protección específica ofertados por la institución, e implementar acciones correctivas tendientes a incluirlas en el programa de auditoría y su posterior ejecución.







# Proceso 11.

## Mejoramiento continuo de los servicios de protección específica y detección temprana

### Marco conceptual

El mejoramiento continuo fue aplicado inicialmente en la industria y se basa en el concepto de *kaizen* (que significa cambio para mejorar, en japonés) (79) y en las ideas de Phillip Crosby, uno de los pensadores de la calidad más destacados de los Estados Unidos, cuyo lema más conocido es el llamado a lograr “cero defectos” y “la calidad empieza en la gente, no en las cosas”. Uno de sus objetivos era promover una cultura preventiva basada en que “prevenir el problema es más provechoso que ser bueno en solucionarlo”, y desarrolló entonces la mejora continua en la práctica de la calidad (80). Por tanto, en los conceptos que se han desarrollado de “garantía de la calidad” y de “calidad total” se incluye el mejoramiento continuo como un objetivo para ser alcanzado.

Edward Deming (estadístico, físico y matemático norteamericano, 1900-1993), padre y difusor del concepto de calidad total, demostró que cuando la calidad se persigue sin descanso se optimizan los recursos, se bajan los costos y se conquista el mercado; los estándares son progresivamente llevados a niveles más exigentes en la medida en que el proceso es continuamente mejorado (81). Es decir, si se establecen metas que se cumplan, y posteriormente no se definen nuevas metas que superen las anteriores, muy probablemente se dejará de lado el interés de mejorar ese proceso tan pronto se alcance aquel nivel. En cambio, en la mejora continua de la calidad se pretende avanzar en la mejora de los procesos, aun cuando los estándares de la institución sean buenos y hayan logrado las metas establecidas.

En los años noventa del siglo pasado, Donald Berwick introdujo el concepto de mejora continua en la salud, que se integró y potenció con los conceptos y métodos provenientes del modelo asistencial, incluidos los planteamientos pioneros de E. A. Codman (78).

El Mejoramiento Continuo de la Calidad —MCC— en salud debe ser visto como un proceso de autocontrol, centrado en el usuario, en sus necesidades en salud y la satisfacción de éstas, y debe involucrar a todas las personas en la organización. El autocontrol consiste en la identificación permanente de aspectos del proceso que resulten susceptibles de mejorar, con el fin de establecer los ajustes necesarios y superar las expectativas de los usuarios (78).

El MCC involucra una filosofía de vida laboral, personal y social centrada en el esfuerzo de ser y realizar las cosas cada vez mejor, lo que genera importantes resultados en la calidad de la atención a lo largo del tiempo y en la satisfacción de los usuarios; adicionalmente, la mejora continua procura convertir en cultura organizacional el mejoramiento de los procesos, ya que éstos se deben perfeccionar para que mejoren los resultados, identificando e interviniendo los errores debidos al proceso. Por ello se deben realizar esfuerzos para trabajar en las personas, en su estado de ánimo, en la comunicación, en el entrenamiento, en el trabajo en equipo, en el compromiso y en la disciplina (78).

De la manera como se enfoque la participación del personal dentro de la toma de decisiones, su implementación y retroalimentación (oír la voz del cliente interno), así será el grado de cambio dentro de las instituciones de salud. Una organización podrá lograr el mejoramiento continuo de sus procesos sólo en la medida en que reconozca y acepte la promoción de una cultura participativa dentro de sus trabajadores (82).

Una buena forma de representar el enfoque del MCC es el ciclo PHVA (planear, hacer, verificar y actuar)<sup>13</sup>; su aplicación es un continuo en el tiempo, si se tiene en cuenta que el desarrollo de cada una de las fases que componen el ciclo dependerá del tiempo necesario para la implementación de las actividades programadas y de su periodicidad, definidas en el plan de mejoramiento. Las fases del ciclo de mejoramiento continuo son las siguientes:

- **Planear (P):** Esta fase está compuesta de dos etapas. La primera tiene por objeto identificar metas (qué). La segunda tiene que ver con la definición de los medios (cómo), es decir, las maneras de alcanzar las metas.
- **Hacer (H):** Esta es la fase de ejecución de los medios establecidos en la fase inicial; a su vez, tiene dos etapas: la primera se orienta a la formación de las personas en las maneras o “cómos” establecidos para cumplir la meta; la segunda se presenta formalmente como la ejecución de lo planeado, y la recolección de los datos.
- **Verificar (V):** Esta es la fase de evaluación del comportamiento de los indicadores que se han construido y de la ejecución del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad; es decir, en esta fase se valida la ejecución con relación a lo planeado.

---

<sup>13</sup> También denominado ciclo de Shewhart (físico, ingeniero y estadístico norteamericano, 1891-1967, quien ideó este concepto), o Círculo de Deming (estadístico norteamericano, 1900-1993, quien lo desarrolló), o espiral de mejora continua, o Ciclo PDCA (Plan, Do, Check, Act: Planificar, Hacer, Verificar, Actuar —PHVA—).

- Actuar (A): En esta cuarta fase es preciso actuar con relación a todo el proceso; es donde se toman las decisiones de mejoramiento. Existen básicamente dos posibilidades: en el caso de que la meta haya sido conseguida, es necesario estandarizar la ejecución con el ánimo de mantener los resultados del proceso. La otra opción es que no se haya cumplido con la meta, en cuyo caso resulta necesario corregir y ajustar el proceso para volver a girar el ciclo hasta que la meta sea alcanzada (82).

Eduardo Deming (1996) dice que la administración de la calidad total requiere un proceso constante, que será llamado Mejoramiento Continuo, donde la perfección nunca se logra pero siempre se busca (83). Es un proceso que describe muy bien lo que es la esencia de la calidad y refleja lo que las empresas necesitan hacer; él busca:

- Mejoramiento continuo de sus productos, procesos y operaciones.
- Generar confianza en los clientes internos, usuarios de los servicios y otras partes interesadas.
- Mantener la empresa en punto de equilibrio.
- Alcanzar eficiencia, eficacia y efectividad.
- Satisfacción del usuario.
- Control empresarial (83).

En la gestión empresarial moderna, el análisis y la solución de problemas forman parte de la filosofía de mejoramiento continuo y los problemas que son reiterativos merecen especial atención, pues son los que más impactan los resultados de las instituciones.

El mejoramiento continuo parte de identificar un **problema**, entendido éste como el resultado indeseable de un proceso, un indicador que no cumple sus metas, un cliente no satisfecho, un estándar que no se alcanza, normas que no se cumplen.

"Muchas veces la dificultad inicia cuando se intenta definir el problema, es por esto que existen diferentes metodologías que ayudan a diferenciar un **síntoma** de un **problema** o una **causa**, ya que en muchas ocasiones determinar la mejor solución es lo complicado.

**Síntoma:** es la manifestación o reacción visible de un sistema ante un estímulo específico, es decir, es la manifestación a través de la cuál muchas veces se puede apreciar que algo está sucediendo, aun cuando no se sepa qué es.

**Causa:** es la variable o conjunto de ellas que está provocando u obstaculizando que se obtenga el resultado esperado" (84).

La solución, es decir, la decisión que debe tomarse, es el restablecimiento del camino esperado para llegar a ese fin predeterminado. Si bien la intuición humana nos permite identificar rápidamente las soluciones a los problemas sencillos, no ocurre así con situaciones complicadas o de mayor impacto, las cuales requieren un análisis profundo, no sólo del problema, sino también de decidir cuál es la mejor solución.

W.H. Weiss también afirma que la solución de un problema no es más que tomar una decisión respecto a cuál es la mejor alternativa a seguir para solucionarlo. Esto implica la existencia de varias posibilidades o alternativas de acción entre las que ha de seleccionarse la más conveniente (84), lo más importante es investigar las causas del problema y su correcto análisis, lo cual permitirá erradicarlo definitivamente, y para esto existen distintas herramientas que pueden ayudar en la búsqueda de la causa real. Los métodos de análisis y solución de problemas que se propone utilizar, entre muchos otros, son los siguientes:

- Tormenta de ideas
- Técnica del grupo nominal
- Diagrama causa-efecto
- El por qué – por qué

**Tormenta de ideas:** Técnica que consiste en dar oportunidad a todos los miembros de un grupo reunido de opinar o sugerir sobre un determinado asunto que se estudia, ya sea un problema o una acción de mejoramiento; pero para comenzar la tormenta de ideas se debe definir e identificar claramente el tema, y así se aprovecha la capacidad creativa de los participantes (85).

Una vez establecido el tema, cada persona debe aportar una idea por turno. Si a un miembro del equipo en su turno no se le ocurre ninguna idea, debe decir “paso”. Se continúa el proceso en esta forma, con las vueltas necesarias hasta agotar todas las ideas. Ninguna idea, por descabellada que parezca, debe considerarse absurda. El líder y los demás integrantes del equipo deben abstenerse de comentar, evaluar, criticar o ponderar ideas, puesto que esto desanima al proponente o a las demás personas. Como los juicios son suspendidos, la creatividad se ve estimulada y la gente se relaja, ya que no tiene nada que temer de las reacciones de los demás. Por lo general, el líder resume en pocas palabras cada idea, siempre y cuando no cambie su sentido, y con el consentimiento de quien la planteó.

Se puede utilizar de forma *estructurada*, es decir, todas las personas del grupo deben dar una idea en cada vuelta o “pasar” hasta que llegue su próximo turno, y de forma *no estructurada* cuando los miembros del grupo sencillamente dan las ideas a medida que éstas surgen en sus mentes. Cuando concluya la “tormenta de ideas”, el grupo debe examinar el total de propuestas para reducir la cantidad, fusionando las que significan lo mismo, si sus respectivos ponentes están de acuerdo.

La tormenta de ideas se utiliza en la elección del problema, análisis de sus causas y en las alternativas de solución.

**Técnica del grupo nominal:** Permite a un grupo de trabajo llegar a un consenso sobre la importancia que tiene algún tema, problema o solución que se esté revisando de acuerdo con su nivel de importancia y de acuerdo con las prioridades establecidas por el grupo. Es una técnica que brinda libertad para priorizar temas, sin que exista dominación de los miembros del equipo de trabajo considerados fuertes, sobre los menos fuertes (86). Consiste en que todos los integrantes del equipo califican de manera independiente las causas identificadas, teniendo todos la misma opción de participar, para lo cual se define una escala de valoración y se asigna el puntaje de

mayor a menor importancia, por ejemplo de 1 a 10, de 10 a 100 u otra, la decisión del grupo se obtiene matemáticamente mediante la sumatoria de la puntuación individual.

**Diagrama causa-efecto:** es una técnica de análisis desarrollada por Kaoru Ishikawa en la Universidad de Tokio, que aplicó para explicar cómo diversos factores que afectan un proceso se pueden clasificar y relacionar de cierta manera (87). Se trata de averiguar el porqué de cada problema. En este caso se buscan causas que originan un problema y se anotarán en el "Diagrama Causa-Efecto". El propósito de este diagrama es representar de forma ordenada y clara todos los aspectos agrupados en categorías, conocidas como las 6 M: Máquina, Método, Mano de Obra, Materiales, Medio Ambiente y Medición. Permite visualizar de manera rápida y clara la relación entre las causas con las demás razones que inciden en el origen del problema.

El diagrama causa-efecto es útil para:

- Determinar las posibles causas de un problema.
- Agrupar estas causas en diferentes categorías o factores.
- Orientar las posteriores acciones correctoras hacia las causas identificadas (especialmente si se identifican las causas principales).
- Proporcionar un nivel común de comprensión. Al final de la reunión, el diagrama causa-efecto es el mismo para todos, con independencia de las causas que cada uno, individualmente, fuese capaz de identificar.
- Reflejar la dispersión del conocimiento del equipo. Cuanto más ramificado esté un diagrama causa-efecto, será señal de una mayor diversidad de causas identificadas (88).

**Tabla 190.** Descripción de las posibles causas por categorías.

Categorías	Posibles causas
<b>Mano de obra - Factores humanos</b>	Personal insuficiente Incumplimiento de procedimientos Carencia de entrenamiento del personal Insuficiente conocimiento en el manejo de equipos Limitaciones ocupacionales para el desempeño de su labor
<b>Maquinaria-equipos</b>	No disponibilidad de equipos Deficiencia en el funcionamiento de equipos Insuficiente mantenimiento de los equipos Factores relacionados con el equipamiento y recursos
<b>Materiales e insumos</b>	No disponibilidad de insumos Insumos o productos defectuosos Reúso de materiales Insumos vencidos Almacenamiento inadecuado

Categorías	Posibles causas
<b>Métodos y procesos</b>	Inexistencia de procesos y procedimientos Procesos y procedimientos complejos Procesos y procedimientos no disponibles Guías de atención desactualizadas Guías de atención no disponibles
<b>Medio ambiente</b>	Temperatura, humedad, luz y ruido Insuficiente suministro de energía, agua, aire Carencia de señalización de espacio físico Insuficiente espacio físico y con congestión
<b>Mediciones</b>	Ausencia de indicadores (fichas técnicas) Ausencia de soportes de ejecución Indicador implementado no es sensible No se cumple con la medición establecida

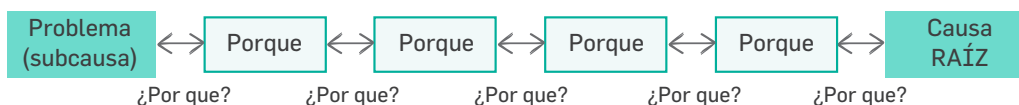
**Nota:** Las posibles causas definidas son a modo de ejemplo, las mismas se pueden modificar de acuerdo con la experiencia del grupo de trabajo.

**El por qué – porque:** Se utiliza cuando se quiere conocer la causa de origen de un problema o si necesita comprender mejor una situación: 1. Defina claramente el problema u oportunidad que se está considerando. 2. Pregunte por qué, y capture las respuestas. 3. Continúe preguntando por qué hasta que ya no surjan más respuestas. 4. Utilice las respuestas para identificar las acciones que se deben seguir.

Esta herramienta es útil cuando el grupo necesita encontrar la causa raíz, cuando se requiere un análisis más profundo y cuando existen muchas causas, lo que provoca que el problema se torne confuso. Ante la presencia de un problema, nos hacemos cinco veces seguidas la pregunta ¿por qué? (89)

Este método permite encontrar la causa raíz, y evita intentar la solución de un problema sin un correcto análisis; el **porcentaje de adherencia** del equipo de salud a las normas técnicas y guías de atención presenta soluciones a cada causa raíz del problema analizado, y toma en consideración que sean viables y factibles de implementar. Quizá no sea posible encontrar soluciones para cada causa listada.

Para estas causas pregunte **¿por qué? cinco veces:**



Las decisiones de mejoramiento se traducen en la formulación del plan de mejora, el cual debe dirigirse a intervenir de manera oportuna y efectiva la causa raíz de los problemas detectados, y a utilizar la información obtenida en el análisis derivada de la evaluación, "con el propósito de evitar errores en el futuro, fortalecer el proceso



de planeación de la calidad y actualizar los niveles de calidad deseada, con lo cual se avanza dentro del proceso de mejoramiento continuo, en la medida en que se está llevando a cabo un aprendizaje organizacional" (82).

El aprendizaje organizacional comprende el entrenamiento y capacitaciones las personas de la organización en la obtención de estándares sobre los cuales se realice seguimiento permanente y de esta manera prevenir que se produzca una nueva brecha entre la calidad esperada y la observada (90). Con el mejoramiento continuo se pretende garantizar una atención en salud de calidad, aumentar la satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos y contribuir al fortalecimiento institucional.



## Estructura del proceso: Mejoramiento continuo de los servicios de protección específica y detección temprana

### Nombre del proceso:

Mejoramiento continuo de los servicios de protección específica y detección temprana

### Versión:

#### *Descripción:*

Es la secuencia de las actividades que debe seguir una organización para lograr el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de protección específica y detección temprana, a partir del análisis de diferentes fuentes de información y de una adecuada toma de decisiones, con el objeto de afectar de manera positiva el desempeño de la institución, con la formulación, seguimiento y cierre de planes de mejoramiento.

#### *Marco normativo:*

Declaración de la Asociación Médica Mundial —AMM—, adoptada por la 49ª Asamblea Médica Mundial, Hamburgo, Alemania, noviembre de 1997, y enmendada por la Asamblea General de la AMM, Nueva Delhi, India, octubre de 2009.

El numeral 3 del artículo 42 del Decreto 1011 de 2006.

Anexo técnico de la Resolución 1445 de 2006.

Resolución 2003 de 2014.

#### *Objetivo:*

Estandarizar las actividades por medio de las cuales se analiza la información de la gestión de los servicios de protección específica y detección temprana y para la atención a las enfermedades de interés en salud pública, para la toma de decisiones orientadas al mejoramiento continuo de la calidad.

#### *Objetivos específicos:*

- Identificar las causas de incumplimiento y establecer acciones de mejora preventivas o correctivas según el problema o la necesidad detectados.
- Impactar favorablemente la causa raíz de las oportunidades de mejora mediante la ejecución de acciones de mejora oportunas y pertinentes, formuladas en el plan de mejoramiento.

#### *Logros esperados:*

- Soportar la formulación de acciones de mejoras claras, oportunas y pertinentes mediante las cuales se pretenda impactar el 70% de las oportunidades de mejoramiento identificadas.
- Soportar la ejecución de por lo menos el 70% de las acciones de mejora formuladas en el plan de mejoramiento.
- Soportar la modificación de por lo menos el 50% de los factores determinantes de las oportunidades de mejora identificadas.



<b>Nombre del proceso:</b> <b>Mejoramiento continuo de los servicios de protección específica y detección temprana</b>	<b>Versión:</b>
<p><i>Elementos de entrada:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Resultados de la medición de la satisfacción del usuario externo.</li> <li>2. Informe de la gestión de las Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias.</li> <li>3. Informe de análisis de eventos de interés en salud pública.</li> <li>4. Informe de seguimiento a planes de mejora.</li> <li>5. Anexo 41: Informe de auditoría de los procesos de gestión de la atención y de la adherencia a las normas técnicas y guías de atención</li> <li>6. Medición de indicadores de los procesos de gestión de los servicios de protección específica y detección temprana (Anexos: 4, 8, 12, 17, 22, 25, 29, 34, 37, 44 y 49).</li> </ol>	
<p><i>Elementos de transformación:</i></p> <p>A partir del análisis de los elementos de entrada, se identifican las oportunidades de mejora y su causa raíz, se procede a la formulación, seguimiento y cierre de los planes de mejoramiento de la calidad.</p>	
<p><i>Elementos de salida:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anexo 42: Formatos plan de mejoramiento</li> <li>2. Anexo 45: Cronograma de reuniones de mejoramiento continuo</li> <li>3. Anexo 46: Modelo de análisis de la causa raíz de los problemas</li> <li>4. Anexo 47: Acta de reunión de mejoramiento continuo</li> <li>5. Anexo 48: Informe del seguimiento al plan de mejora</li> </ol>	
<p><i>Responsable</i> (puede ser uno de los siguientes):</p> <p>Gerente          Coordinador</p>	
<p><i>Recursos humanos</i> (según la entidad pueden participar los siguientes):</p> <p>Gerente          Coordinador          Gerente de sistemas de información (GESIS) - Estadístico          Coordinador de calidad          Auditor en salud          Epidemiólogo          Coordinador de atención al usuario</p> <p><i>Recursos tecnológicos:</i></p> <p>Computador</p> <p><i>Recursos físicos:</i></p> <p>Útiles de oficina</p>	
<p><i>Requisitos:</i></p> <p>Elementos de entrada actualizados          Disponibilidad de recursos          Difusión de los informes y planes de mejoramiento</p>	

**Nombre del proceso:**

**Mejoramiento continuo de los servicios de protección específica y detección temprana**

**Versión:**

*Indicadores del proceso (Anexo 49):*

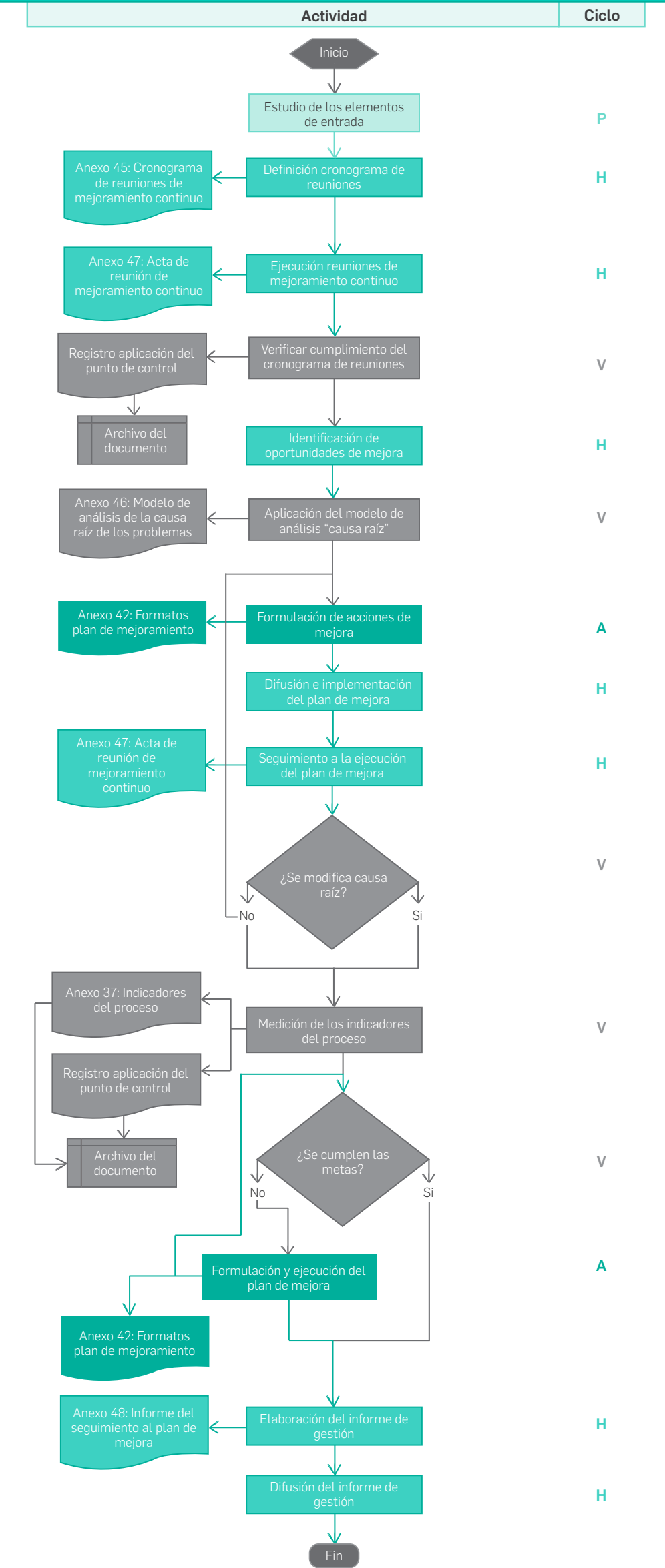
- a) Porcentaje de oportunidades de mejora con acciones de mejora formuladas.
- b) Porcentaje de actividades con evidencia de ejecución.
- c) Porcentaje de acciones de mejora que afectan favorablemente la causa raíz (cierre de ciclo de mejora).

*Puntos de control:*

Medición de los indicadores del proceso.

Cumplimiento del cronograma de reuniones del grupo de mejoramiento.

**Flujograma: Mejoramiento continuo de los servicios de protección específica y detección temprana**



Nota: La Entidad debe de definir los responsables para la ejecución de las actividades del proceso de acuerdo a los perfiles de talento humano y recursos disponibles.

<b>Firma:</b>			
<b>Nombre:</b>			
<b>Cargo:</b>	Líder del proceso	Coordinador promoción y prevención	Gerente
<b>Fecha:</b>			





## Anexo 45. Cronograma de reuniones de mejoramiento continuo

En la siguiente matriz se plantea el cronograma de reuniones del grupo de mejoramiento, el cual se propone realizar anualmente, se registra el listado de las posibles personas que pueden integrar el grupo, sin embargo, cada institución es quien define sus integrantes, igualmente la forma de ordenar por mes, fecha, horarios y lugar para su realización.

Por lo tanto, el cronograma y su ejecución son una herramienta importante en la gestión del mejoramiento, porque el conocimiento oportuno del calendario de las reuniones por parte de cada una de las personas que integran el grupo, les permitirá organizarse y además cumplir con los compromisos adquiridos.

**Tabla 191.** Cronograma de reuniones del grupo de mejoramiento continuo de procesos de protección específica y detección temprana. (Institución, año).

Cronograma de Reuniones. Año ____			
Mejoramiento continuo de procesos de protección específica y detección temprana			
Citados:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerente</li> <li>• Coordinador</li> <li>• Gerente de sistemas de información (GESIS) – Estadístico</li> <li>• Enfermera</li> <li>• Coordinador de calidad</li> <li>• Auditor en salud</li> <li>• Epidemiólogo</li> <li>• Coordinador de atención al usuario</li> </ul>		
Mes	Fecha	Horario	Lugar
Enero	Fecha	Número	Texto
Febrero			
Marzo			
Abril			
Mayo			
Junio			
Julio			
Agosto			
Septiembre			
Octubre			
Noviembre			
Diciembre			
Firma del gerente - Fecha			

## Anexo 46. Modelo de análisis y solución de problemas

A continuación se presenta como propuesta la estructura y el modelo de análisis y solución de problemas sugerido. Aunque se reconoce que existen muchos otros, lo que se pretende es que las entidades se acojan a un modelo estandarizado que les permita una adecuada toma de decisiones, al comprender muy bien cuáles son los problemas que afectan la calidad de sus servicios, para analizarlos e identificar la causa raíz de los mismos, así como para plantear diferentes alternativas de solución que, al ser puestas en marcha, permitan modificar favorablemente el factor determinante y así efectuar el cierre de ciclo de mejoramiento.

### MODELO DE ANÁLISIS Y SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Servicio / Proceso / Guía de atención:

**Problema o necesidad:**

**Resultado esperado:**

Aplicar el método de análisis y solución de problemas con el propósito de establecer el plan de mejoramiento.

**Metodología:**

- Conformación de equipos de trabajo
- Nombrar en el equipo un líder y un relator.
- El líder tiene el rol de facilitar y coordinar el trabajo y el relator documenta las observaciones del equipo

#### PASO 1: LLUVIA DE IDEAS

El equipo de trabajo analizará los hallazgos descritos en las diferentes fuentes de entrada al proceso, y los informes de evaluación remitidos por la SSM, e identificará las oportunidades de mejora utilizando la "lluvia de ideas".

1. Registre los problemas identificados para cada uno de los procesos y normas y guías evaluados. (Oportunidades de mejora).

---

---

---

---

---

---

2. Examine todas las ideas con el fin de reducir la cantidad fusionando las que significan lo mismo.

---

---

---

---



### PASO 2: TÉCNICA DE GRUPO NOMINAL

Metodología:

1. El coordinador del equipo dirige la actividad de tal forma que todos sus integrantes, mediante una escala de valoración, califiquen de manera independiente cada uno de los problemas ya identificados, teniendo todos la misma opción de participar, asignando el puntaje de mayor a menor importancia (1 menor relevancia y 10 mayor importancia).
2. Para obtener el total sume por cada problema los valores resultantes de cada fila.

#	Problema	Participantes*					Total
		1	2	3	4	5	
1	Texto	Número	Número	Número	Número	Número	Número
2							
3							
4							
5							

\* Participantes: La numeración corresponde al número de personas del equipo de trabajo que están participando en el ejercicio, el número de participantes puede variar. En cada una de las columnas se registra la calificación "Número" que cada uno de los participantes le otorga al problema determinado.

3. Emita sus conclusiones

---



---



---



---



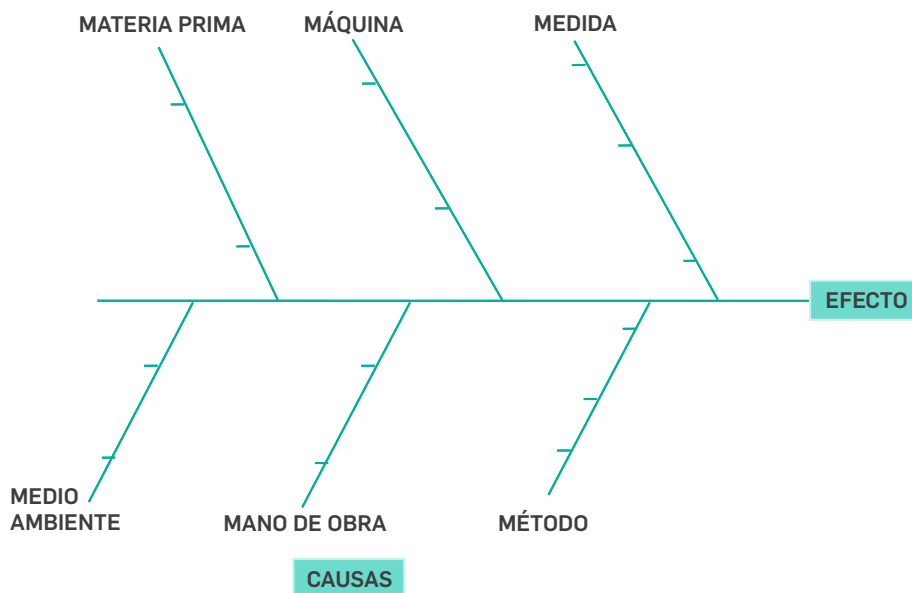
---

### PASO 3: DIAGRAMA CAUSA Y EFECTO - ESPINA DE PESCADO

Metodología

El equipo, mediante el diagrama causa-efecto, deberá buscar las causas principales que afectan los procesos; para ello, mediante lluvia de ideas, se buscarán las causas de acuerdo con las diferentes categorías conocidas como 6 M: Maquinaria, Mano de Obra, Método, Materiales, Mediciones y Medio ambiente.





#### PASO 4. EL MÉTODO DE LOS 5 ¿POR QUÉ?

1. El equipo de trabajo, con base en el diagrama causa-efecto, deberá investigar la causa raíz para las causas principales determinadas en cada una de las categorías; para lo cual, nos hacemos cinco veces seguidas la pregunta ¿por qué? (o al menos tres veces, o hasta que ya no se tenga más respuestas al ¿por qué?).
2. La causa raíz le permitirá al equipo plantear las acciones de mejoramiento para bloquear dichas causas.

Análisis de causa raíz						Acciones de mejoramiento
Categorías	Causa Principal	¿Por qué?	¿Por qué?	¿Por qué?	¿Por qué? Causa raíz	
Mano de obra	Texto	Texto	Texto	Texto	Texto	Texto
Método						
Máquina						
Materiales						
Medición						
Medio ambiente						



## Anexo 47. Acta de reunión de mejoramiento continuo

El presente anexo “Acta de reunión” es una propuesta para la planeación y ejecución de las reuniones del grupo de mejoramiento continuo, con unos temas a tratar que se consideran flexibles en la medida de las necesidades y requerimientos institucionales. Lo importante es dejar el documento escrito donde se registren los temas tratados y los acuerdos y compromisos adoptados en una determinada reunión, con el propósito de certificar lo ocurrido y dar validez e importancia a lo acordado.

### ACTA DE REUNIÓN # MEJORAMIENTO CONTINUO DE PROCESOS DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA

**IPS:**

**Fecha:**

**Lugar**

**Hora de inicio:**

**Hora de finalización:**

Objetivo de la reunión:

Asistentes

Nombre	Cargo
Texto	Texto

Temas a tratar (en cada reunión se puede tratar uno o más temas):

1. Seguimiento al cumplimiento de compromisos
2. Presentación de informes de gestión de procesos
3. Descripción de los problemas o necesidades identificados en el periodo
4. Aplicación del método de análisis y solución de problemas
5. Registrar acciones de mejora en el plan de mejoramiento
6. Seguimiento a la ejecución del plan de mejora
7. Definición de compromisos

#### **Desarrollo de la reunión**

1. Revisión de compromisos

Compromiso	Responsable	Fecha	Estado de la tarea o compromiso
Texto	Texto	Fecha	Texto

2. Presentación de informes de gestión de procesos

(El líder designado presenta los informes)

- A. Informes de auditoría a procesos de gestión y de medición de adherencia a las normas, técnicas y guías de atención (internos y externos).
- B. Resultados de la medición de la satisfacción del usuario externo.
- C. Informe de la gestión de las Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias.
- D. Seguimiento de indicadores de los procesos de gestión de los servicios de protección específica y detección temprana.

Seguimiento a indicadores de los procesos institucionales relacionados con protección específica y detección temprana:

Proceso	Indicador	Promedio indicadores proceso			
		Ene./Mar.	Abr./Jun.	Jul./Sep.	Oct./Dic.
Caracterización de la población	a) Oportunidad en la elaboración y difusión de la caracterización	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
	b) Porcentaje de afiliados incluidos en la base de datos				
	c) Porcentaje de afiliados con las variables actualizadas				

- E. Informes de ejecución de acciones de mejora

3. Descripción de los problemas o necesidades identificados en el periodo, por proceso:

Proceso	Problemas o necesidades
Texto	Texto



4. Priorizar los problemas o necesidades.

**Nota:** Se sugiere en este punto utilizar el formato "Modelo de análisis y solución de problemas" (Anexo 46).

5. Aplicación del método de análisis y solución de problemas.

6. Registrar acciones de mejora en el plan de mejoramiento.

Plan de mejoramiento								
Estándar de calidad o mejoramiento esperado		¿Qué se va a realizar?	¿Cómo se va a realizar?	¿Quién lo va a realizar?	¿Cuándo se va a realizar?		¿Dónde se va a realizar?	¿Cómo se va a verificar la acción realizada?
					Fecha inicio	Fecha terminación		
Texto	P	Texto	Texto	Texto	Fecha	Fecha	Texto	Texto
	H							
	V							
	A							
	P							
	H							
	V							
	A							
	P							
	H							
	V							
	A							

7. Seguimiento del plan de mejoramiento

Proceso y/o guía de atención	Número de oportunidades de mejora identificadas (determinantes)	Porcentaje de oportunidades de mejora intervenidas	Porcentaje de acciones de mejora ejecutadas	Porcentaje de acciones que modifican factor determinante	Promedio de indicadores de proceso
Texto	Número	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje

**Observaciones:**

**Conclusiones:**

**Temas propuestos para la próxima reunión:**

**Compromisos:**

Actividad	Responsable	Fecha
Texto	Texto	Fecha

Firma de los asistentes:

## Anexo 48. Informe del seguimiento al plan de mejora

El informe de seguimiento y cierre del plan de mejoramiento, le permitirá a la institución conocer, de acuerdo con la periodicidad establecida, la consecución de las acciones de mejora formuladas en el plan de mejoramiento, así como la oportunidad en la ejecución de las acciones de mejora y su efectividad al encontrar que éstas modifican favorablemente el factor determinante, para proceder a cerrar el ciclo de mejoramiento. De lo contrario, se debe proceder a analizar las dificultades presentadas durante su ejecución, para realizar los ajustes pertinentes hasta lograr su cumplimiento e impacto.

A continuación se presenta un modelo de informe de seguimiento y cierre del plan de mejoramiento, que podrá ser ajustado de acuerdo con las necesidades de la institución.

### INFORME DE SEGUIMIENTO Y CIERRE DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

**Institución:**

**Gerente:**

**Líder plan de mejora:**

**Fecha informe:**

**Proceso intervenido:**

**Descripción línea de base:**



1. Seguimiento:

**Tabla 192.** Porcentaje de ejecución de las acciones de mejora formuladas en el plan de mejoramiento. (Institución, año).

<b>Nombre del indicador</b>	Texto			
<b>Numerador</b>	Texto			
<b>Denominador</b>	Texto			
<b>Desagregación</b>	Texto			
<b>Factores de exclusión</b>	Texto			
<b>Medida</b>	Texto			
<b>Frecuencia medición</b>	Texto			
<b>Meta</b>	Texto			
<b>Análisis</b>	Texto			
<b>Porcentaje de ejecución de las acciones de mejora formuladas en el plan de mejora</b>				
<b>(Acciones ejecutadas / Acciones formuladas hasta la fecha de corte) x 100%</b>				
<b>Monitoreo 1</b>	<b>Monitoreo 2</b>	<b>Monitoreo 3</b>	<b>Monitoreo 4</b>	<b>Evaluación Final</b>
Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:

**Tabla 193.** Porcentaje de acciones de mejora ejecutadas oportunamente. (Institución, año).

<b>Porcentaje de acciones de mejora ejecutadas oportunamente</b>				
<b>(Acciones ejecutadas oportunamente / Acciones formuladas hasta la fecha de corte) x 100%</b>				
<b>Monitoreo 1</b>	<b>Monitoreo 2</b>	<b>Monitoreo 3</b>	<b>Monitoreo 4</b>	<b>Evaluación Final</b>
Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:

2. Cierre:

**Tabla 194.** Porcentaje de acciones ejecutadas que modifican favorablemente el factor determinante. (Institución, año).

Porcentaje de acciones ejecutadas que modifican favorablemente el factor determinante				
$(\text{Acciones que modifican factor determinante} / \text{Acciones ejecutadas}) \times 100\%$				
Estándar de calidad o mejoramiento esperado	Número de acciones ejecutadas	Número de acciones que modifican factor determinante	Porcentaje	Observaciones

**Observaciones:**

**Conclusiones:**

**Recomendaciones:**

## Anexo 49. Indicadores del proceso – Mejoramiento continuo de los servicios de protección específica y detección temprana

**Indicador 52.** Porcentaje de oportunidades de mejora con acciones de mejora formuladas

<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de oportunidades de mejora con acciones de mejora formuladas
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso
<b>Atributo de calidad</b>	Eficacia
<b>Numerador</b>	Oportunidades de mejora con acciones de mejoramiento propuestas.
<b>Denominador</b>	Oportunidades de mejora identificadas.
<b>Desagregación</b>	Proceso, Norma Técnica, Guía de Atención, Responsable.
<b>Factores de exclusión</b>	Problema o necesidad no priorizados.
<b>Medida</b>	Porcentaje
<b>Frecuencia medición</b>	Trimestral
<b>Meta</b>	70 % el primer año y aumenta en un 10 % cada año hasta alcanzar el 100 %.
<b>Análisis</b>	Determinar las causas de incumplimiento e implementar acciones preventivas y correctivas, por medio de las cuales se garantice la disponibilidad de los recursos y los elementos de entrada con criterios de oportunidad y suficiencia.

**Indicador 53.** Porcentaje de actividades con evidencia de ejecución

<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de actividades con evidencia de ejecución
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso
<b>Atributo de calidad</b>	Eficacia
<b>Numerador</b>	Número de actividades formuladas en el plan, con evidencia de ejecución.
<b>Denominador</b>	Total de actividades formuladas en el plan de mejora.
<b>Desagregación</b>	Proceso, Norma Técnica, Guía de atención.
<b>Factores de exclusión</b>	Actividades no programadas para su ejecución en el periodo de análisis.
<b>Medida</b>	Porcentaje
<b>Frecuencia medición</b>	Trimestral
<b>Meta</b>	90 %
<b>Análisis</b>	Determinar las causas de incumplimiento e implementar acciones preventivas y correctivas, por medio de las cuales se garantice la disponibilidad de los recursos para garantizar el seguimiento periódico a las actividades formuladas en el plan con criterios de oportunidad.

**Indicador 54.** Porcentaje de acciones de mejora que afectan favorablemente la causa raíz

<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de acciones de mejora que afectan favorablemente la causa raíz
<b>Tipo de indicador</b>	Resultado
<b>Atributo de calidad</b>	Efectividad
<b>Numerador</b>	Número de actividades formuladas en el plan, con evidencia de ejecución que afectan favorablemente la causa raíz.
<b>Denominador</b>	Total de actividades formuladas en el plan de mejora.
<b>Desagregación</b>	Proceso, Norma Técnica, Guía de atención.
<b>Factores de exclusión</b>	Acción que no modifica positivamente la causa raíz (la oportunidad de mejora determinante).
<b>Medida</b>	Porcentaje
<b>Frecuencia medición</b>	Trimestral
<b>Meta</b>	50 % en el primer año 70 % a partir del primer año
<b>Análisis</b>	Determinar las causas de incumplimiento e implementar acciones preventivas y correctivas, por medio de las cuales se garantice la disponibilidad de los recursos y los elementos de entrada con criterios de oportunidad y suficiencia para el cierre de ciclos de mejoramiento.



**Indicador 55.** Porcentaje de cumplimiento de las acciones de mejora programadas

<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de cumplimiento de las acciones de mejora programadas
<b>Tipo de indicador</b>	De resultado
<b>Atributo de calidad</b>	Efectividad
<b>Numerador</b>	Acciones de mejora cumplidas de las programadas para un periodo determinado.
<b>Denominador</b>	Acciones de mejora programadas para un periodo determinado.
<b>Desagregación</b>	Por proceso, o por norma y guía de atención.
<b>Factores de exclusión</b>	Acciones no programadas para el periodo evaluado.
<b>Medida</b>	Porcentaje
<b>Frecuencia medición</b>	Trimestralmente
<b>Meta</b>	> al 95 %
<b>Análisis</b>	Determinar las causas de incumplimiento e implementar acciones preventivas y correctivas, por medio de las cuales se garantice la disponibilidad de los recursos y los elementos de entrada con criterios de oportunidad y suficiencia para el cierre de ciclos de mejoramiento.



# Bibliografía

1. Resolución número 00412 de 2000: por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Diario Oficial. 2000;CXXXV(43956):145–52.
2. Colombia Ministro de la Protección Social. Decreto 1011 de 2006: por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Diario Oficial. 2006;CXXLI(46230):35–40.
3. Atehortúa Hurtado FA. Gestión y auditoria de la calidad para organizaciones públicas: norma NTCGP 1000: 2004 conforme a la Ley 872 de 2003. Medellín: Universidad de Antioquia; 2005. 245 p.
4. Maturana Palma J. La estructura de un proceso. Santiago de Chile; 2009.
5. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual del modelo de atención integral del sistema nacional de salud familiar comunitario e intercultural (MAIS-FCI). Quito: Ministerio; 2012. 219 p.
6. Román A. Basic concepts and definitions of clinical management. Medwave. 2012 Jun 1;12(05):e5418–e5418.
7. Céspedes Jiménez MG, Loaiza Madriz CM, Montoya Vargas LM, Ramírez Hernández R, Rodríguez Picado C. Nuevo modelo de atención integral en salud: la problemática de falta de cupo por morbilidad. Rev cienc adm Financ segur soc. 2003;11(1):51–70.
8. Colombia Presidencia de la República. Ley 1616 de 2013: por medio de la cual se expide la ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. 2013;CXLVIII(48680):1–8.
9. Yañez CM. Sistemas de gestión de calidad en base a la norma ISO 9001. 2008. 8 p.
10. Mateo C. R.J. Sistemas de gestión de la calidad: un camino hacia la satisfacción del cliente. Parte 1 [Internet]. qualitytrends.squalitas.com. 2009. p. 3. Disponible en: <http://qualitytrends.squalitas.com/item/108-sistemas-de-gesti%C3%B3n-de-la-calidad-%E2%80%93-un-camino-hacia-la-satisfacci%C3%B3n-del-cliente-%E2%80%93-parte-i.html>

11. Arias Coell A. Los procesos como actividad de valor en la organización. Madrid: Universidad Complutense; 78 p.
12. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Sistema de garantía de calidad [Internet]. [www.calidad.ulpgc.es](http://www.calidad.ulpgc.es). 2006. p. 3. Disponible en: [http://www.calidad.ulpgc.es/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4&Itemid=93&lang=es](http://www.calidad.ulpgc.es/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=93&lang=es)
13. Colombia Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución número 00002003 de 2014: por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. Diario Oficial. 2014;CL(49167):10-66.
14. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. La gestión por procesos. Toledo: SESCAM; 2002. 21 p.
15. Colombia Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones. Guía para la caracterización de usuarios de las entidades públicas. Bogotá D.C.: Ministerio; 2011. 44 p.
16. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 117 de 1998: 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. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud; 1998. 4 p.
17. Zea Bustamante LE, Gómez Granada JA. Información, educación y comunicación, una apuesta teórica y metodológica para la implementación de proyectos de promoción de salud en Antioquia. En: Lineamientos para la promoción de la salud con-sentido humano en el departamento de Antioquia. Medellín: Dirección Seccional de Salud de Antioquia; 2010. p. 497-558.
18. Chile Ministerio de Hacienda. Capacitación en el sector público. Santiago de Chile: Ministerio de Hacienda; 1996. 16 p.
19. Maté M d. CO, González SL, Trigueros MLÁ. Concepto de adherencia al tratamiento [Internet]. Universidad de Cantabria. 2010. p. 4. Disponible en: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/materiales/bloque-tematico-iv/tema-14.-la-adherencia-al-tratamiento-1/14.2-concepto-de-adherencia-al-tratamiento>
20. Liu Q, Abba K, Alejandria MM, Balanag VM, Berba RP, Lansang MAD. Reminder systems and late patient tracers in the diagnosis and management of tuberculosis. In: Liu Q, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2008.
21. Mora Vanegas C. Auditoría en la calidad [Internet]. [www.estrucplan.com.ar](http://www.estrucplan.com.ar). 2005. p. 3. Disponible en: <http://www.estrucplan.com.ar/Producciones/entregacs.asp?IdEntrega=895>
22. Romero Pastor J. Auditoria del sistema de gestión de calidad [Internet]. <http://www.gestiopolis.com/>. 2004. p. 3. Disponible en: <http://www.gestiopolis.com/auditoria-del-sistema-de-gestion-de-calidad/Asdf>
23. López C. Kaizen o mejoramiento continuo [Internet]. [www.gestiopolis.com](http://www.gestiopolis.com). 2001. p. 3. Disponible en: <http://www.gestiopolis.com/kaizen-o-mejoramiento-continuo/>
24. El ciclo PHVA planear-hacer-verificar-actuar [Internet]. [www.blog-top.com](http://www.blog-top.com). 2007. p. 3. Disponible en: <http://www.blog-top.com/el-ciclo-phva-planear-hacer-verificar-actuar/>



25. Alcaldía de Medellín Secretaría de Salud. Plan de Salud Municipal 2012-2015 "Medellín, ciudad saludable." Rev Salud Pública Medellín. 2012;5(1).
26. Colombia Ministerio de la Protección Social. Resolución 00001841 de 2013: por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Diario Oficial. 2013;CXLIX(48811):9-10.
27. World Medical Association. Declaración de la AMM sobre Normas para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención Médica. India: WMA; 2009. 6 p.
28. Domínguez G. Memorias curso-taller: evaluación de la gestión y diseño de indicadores de gestión. Medellín: En prensa;
29. Chevallier M. El carisma de Eva Perón. Monografías; 2014.
30. Pino Chávez W. Recursos tecnológicos en salud [Internet]. <http://es.slideshare.net/?ss>. 2011. Disponible en: <http://es.slideshare.net/hansrutten/09-tecnologia-en-salud>
31. Blanco R. JH, Maya M. JM, editores. Administración de servicios de salud. En: Fundamentos de salud pública. 3rd ed. Medellín: CIB Fondo Editorial; 2014. p. 252.
32. Paramo Alturo JE. Auditoria en salud, curso teórico y práctico en diez módulos. Bogotá: Biblioteca Jurídica Dike; 2002. 166 p.
33. Gobernación de Antioquia Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Instrumentos para el cambio : hacia un sinergismo en la planificación del sector salud. Medellín: Dirección Seccional de Salud de Antioquia; 1994. 430 p.
34. Colombia Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia Colciencias. Guía de Práctica Clínica para el abordaje sindrómico del diagnóstico y tratamiento de los pacientes con infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto genital. Bogotá D.C.: Colciencias; 2013. 79 p.
35. Temporelli K. Oferta y demanda en el sector sanitario: un análisis desde la economía de la salud. Estud Econ. 2009;26(53):73-93.
36. Consejo Nacional de Política Social, Departamento Nacional de Planeación. Conpes Social 91: metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio - 2015. Bogotá D.C.: Departamento Nacional de Planeación; 2005. 1-70 p.
37. Choque Larrauri R. Comunicación y educación para la promoción de la salud. Lima: Razón y Palabra; 2005. 17 p.
38. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud: glosario. Ginebra: OMS; 1998. 35 p.
39. Organización Mundial de la Salud. Empoderamiento del usuario de salud mental – declaración de la Oficina Regional para Europa de la OMS. Ginebra: OMS; 2010. 17 p.
40. Grupo de Trabajo para la Salud y Desarrollo Comunitario. Otros modelos para promover la salud y el desarrollo comunitario. En: Caja de herramientas comunitarias. Kansas: Universidad de Kansas; 2015.
41. Colombia Departamento Administrativo de la Función Pública. Decreto 1567 de 1998: por el cual se crean (SIC) el sistema nacional de capacitación y el sistema de estímulos para los empleados del Estado. Diario Oficial. 1998;CXXXIV(43358):35.

42. Frigo E. ¿Qué es la Capacitación?: ¿qué es la capacitación, y qué gana una organización al capacitar a su personal? [Internet]. <http://www.forodeseguridad.com/>. p. 4. Disponible en: <http://www.forodeseguridad.com/artic/rrhh/7011.htm>
43. Estado de Guanajuato Secretaría de Trabajo y Previsión Social. Implementación del proceso capacitador. Guanajuato: STPS; 8 p.
44. De Sousa De R. MC. Análisis de necesidades de entrenamiento basado en el modelo de competencias. [Caracas]: Universidad Nacional Experimental Simón Rodríguez; 2001.
45. Chiavenato I. Administración de recursos humanos. 5th ed. Bogotá D.C.: McGraw-Hill; 2001. 699 p.
46. Arias Galicia LF, Heredia Espinosa V. Administración de recursos humanos para el alto desempeño. México D.F.: Trillas; 2006. 768 p.
47. Training Club. Necesidades de formación en la empresa. Madrid: Ediciones Gestión 2000; 2001. 155 p.
48. Méndez Morales E. Importancia de la detección de necesidades de capacitación y formación de la CCSS. *Rev cienc adm Financ segur soc.* 2002;10(2):65-72.
49. Colombia Departamento Administrativo de la Función Pública. Plan Nacional de Formación y Capacitación de Empleados Públicos para el Desarrollo de Competencias. Bogotá D.C.: Departamento Administrativo de la Función Pública; 2010. 52 p.
50. Reza JC. Cómo diagnosticar necesidades de capacitación en las organizaciones. México D.F.: Panorama; 2000.
51. Segovia Castellón MM. Detección de necesidades de capacitación en el sector comercio, de la ciudad de San Miguel. San Miguel - El Salvador: Universidad de Oriente; 2008.
52. Perú Ministerio de Salud. Gestión de la capacitación en las organizaciones. Conceptos básicos. Lima: Ministerio de Salud; 1998. 71 p.
53. Siliceo Aguilar A. Capacitación y desarrollo de personal. Bogotá D.C.; 2004. 251 p.
54. Congreso de Colombia. Ley 1164 de 2007: por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en salud. D Of. 2007;CXLIII(46771):3-10.
55. Suárez Jiménez JM. Desafíos para alcanzar universalidad con equidad en salud en América Latina en el siglo XXI. *Rev Cub Sal Púb.* 2010;36(3):248-54.
56. Observatorio Regional de Recursos Humanos de Salud. Mapa de densidad de recursos humanos en salud por cada 10 mil habitantes [Internet]. <http://www.observatoriorh.org/>. 2012. p. 4. Disponible en: <http://www.observatoriorh.org/centro/?q=node/117>
57. Colombia Ministerio de la Protección Social. Recursos humanos de la salud en Colombia: balance, competencias y prospectiva. Bogotá D.C.: Ministerio de la Protección Social; 2009. 359 p.
58. Universidad de Antioquia, Nacer Salud Sexual y Reproductiva. Vigilancia epidemiológica para la salud, prevención de la enfermedad y asistencia social en salud: informe consolidado año 2011. Medellín; 2012.



59. Nacer Salud Sexual y Reproductiva. Percepción de los usuarios y los agentes de salud de la calidad de los servicios de protección específica y detección temprana, en la ciudad de Medellín 2010 – 2011. Medellín: Alcaldía de Medellín; 2012.
60. Artavia Loria R, Solorzano C. Producción para competir: el análisis del proceso. INCAE; 1986. 10 p.
61. Sapag Chain N, Sapag Chain R. Preparación y evaluación de proyectos. México D.F.: McGraw-Hill Interamericana; 2003. 439 p.
62. Colombia Superintendencia Nacional de Salud. Circular Externa 056 de 2009: Sistema de indicadores de alerta temprana. Bogotá D.C.: Supersalud; 2009. p. 12.
63. Suarez Suarez AS. Diccionario terminológico de economía, administración y finanzas. Madrid: Piramide; 2000.
64. Organización Mundial de la Salud. Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud Con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medianos. Dal Poz MR, Gupta N, Quain E, Soucat ALB, editores. París; 2009. 194 p.
65. Espinoza Corrales L, Van De Velde H. Monitoreo, seguimiento y evaluación de proyectos sociales. Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2007. 136 p.
66. Cano López MA, Martínez Ruiz AO, Aguirre Ospina GA, María de Contreras RE, Torres Tamayo C, Cárdenas Velásquez N. Aproximaciones a un modelo de atención primaria en salud para el departamento de Antioquia. En: Lineamientos para la promoción de la salud con-sentido humano en Antioquia. Medellín: Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia; 2010. p. 45–292.
67. Venegas Cortes S, Ravanales Alvarado C. Análisis de los factores que influyen en la adherencia del paciente crónico. Valdivia: Universidad Austral de Chile; 2004. 22 p.
68. Martos Ménde MJ. Enfermedades crónicas y adherencia terapéutica. Enfermedades crónicas y adherencia terapéutica. Almería: Universidad de Almería; 2010. 99 p.
69. Ortiz Parada M. Estabilidad de la adherencia al tratamiento en una muestra de adolescentes diabéticos Tipo 1. *Ter psicológica*. 2008 Jul;26(1):71–80.
70. Organización Panamericana de la Salud. Experiencias exitosas en el manejo de la adherencia al tratamiento antirretroviral en Latinoamérica. Washington D.C.: OPS; 2011. 66 p.
71. Matagira Rondón GM, Meza Figueredo JJ, Hernández Y, Córdoba N. Factores psicosociales que inciden en la adherencia de los usuarios jóvenes al programa de planificación familiar en la institución Salud Darién IPS en el municipio de Apartadó. Medellín: Universidad CES; 2008. 71 p.
72. Silva GE, Galeano E, Correa JO. Adherencia al tratamiento: implicaciones de la no-adherencia. *Acta Médica Colomb*. 2005;30(4):268–73.
73. Cuando el paciente no acude a la cita. *Medical Economics*. 2006;32–5.
74. Estrada Vélez VE, Sanmartín Laverde V, Barragán Díaz AM. Motivos de inasistencia al programa de Crecimiento y Desarrollo de la ESE Hospital San Vicente de Paúl, años 2009-2010. [Medellín]: Universidad CES; 2010.

75. Gérvas J. Longitudinalidad y continuidad de la atención al paciente y a la familia: ayuda tecnológica a un problema complejo sin soluciones sencillas. En: El mejor uso del conocimiento en clínica, gestión e investigación Ciencia y tecnología de la información en medicina. Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud; 2008. p. 4.
76. López López JJ. Diccionario contable, administrativo y fiscal. México D.F.: ECAFSA; 2005. 286 p.
77. ISO. ISO 9001:2008: Sistemas de gestión de la calidad. Ginebra: ISO; 2008. 42 p.
78. Colombia Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud, Asociación Centro de Gestión Hospitalaria. Sistema obligatorio de garantía de calidad: pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. Bogotá D.C.: Ministerio; 2007. 71 p.
79. González González C. ISO 9000, QS 9000, ISO 14000: normas internacionales de administración de calidad, sistemas de calidad y sistemas ambientales. México D.F.: McGraw-Hill Interamericana; 1998. 574 p.
80. Lloréns Montes FJ, Fuentes Fuentes M del M. Gestión de la calidad empresarial : fundamentos e implantación. Madrid: Ediciones Pirámide; 2006. 286 p.
81. Aguayo R. Biografía de W. Edwards Deming [Internet]. <http://demingcollaboration.com/>. 2010. p. 4. Disponible en: <http://demingcollaboration.com/language/spanish/biografia-completa-de-deming/>
82. Colombia Ministro de la Protección Social. Resolución 1445 de 2006: por la cual se definen las funciones de la Entidad acreditadora y se adoptan otras disposiciones. Diario Oficial. 2006;CXLII(46271):4.
83. Salazar Pérez T. Gestión de mejoramiento continuo. [Medellín]: Universidad de Antioquia; 2013.
84. Rey Sacristán F. Técnicas de resolución de problemas: criterios a seguir en la producción y el mantenimiento. Madrid: Confemetal; 2003. 263 p.
85. Pérez Carballo Veiga JF. Control de la gestión empresarial. Bogotá D.C.: Alfaomega; 2013. 383 p.
86. Martínez Guillén M del C. Análisis y resolución de problemas: la gestión empresarial. Madrid: Diaz de Santos; 2012. 155 p.
87. Ehuletche A. La técnica del grupo nominal analizada desde los aspectos de la interacción social en grupos colaborativos. *Perspect en Psicol Rev Psicol y Ciencias Afines*. 2004;1(1):47-55.
88. Romero Bermúdez E, Díaz Camacho J. El uso del diagrama causa -efecto en el análisis de casos. *Rev Latinoam Estud Educ*. 2010;40(03-04):127-42.
89. Senge P. La quinta disciplina en la práctica: cómo construir una organización inteligente. Buenos Aires: Granica; 2006. 599 p.
90. Colombia Ministro de la Protección Social. Sistema obligatorio de garantía de la calidad guías básicas para la implementación de las pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. Bogotá D.C.: Ministerio; 2007. 144 p.

Este libro es el resultado de un proceso liderado por la Secretaría de Salud de Medellín. El análisis de los resultados de la vigilancia en salud pública ha permitido identificar que muchos eventos de enfermedad y muerte se podrían haber evitado; de ahí surge la iniciativa de trabajar por el mejoramiento continuo y la construcción de los primeros instrumentos para la evaluación de la calidad, y gracias al trabajo incansable de los equipos técnicos y administrativos de la ciudad se ha venido consolidando un modelo de gestión para los servicios de salud.

Es la primera vez que en Colombia se publican herramientas prácticas para gestionar la calidad en un área tan compleja como es la prestación de los servicios de detección temprana y protección específica. La Secretaría de Salud de Medellín pone este manual al servicio de las instituciones que deseen adoptarlo o adaptarlo, para contribuir a mejorar los servicios de salud y, como consecuencia, los indicadores de salud para nuestra población.



Alcaldía de Medellín

Medellín  
todos por la vida

