

# Tendencias de la investigación en gerencia de servicios de salud:

## Aportes y ajustes metodológicos



**Compiladores:**

Luis Felipe Granada Aguirre, Jhon Aymer Diaz España, Mauricio Tenorio Cabezas



# **Tendencias de la investigación en gerencia de servicios de salud:**

**Aportes y ajustes metodológicos**



# Tendencias de la investigación en gerencia de servicios de salud:

---

## Aportes y ajustes metodológicos

### **Compiladores:**

Luis Felipe Granada Aguirre  
Jhon Aymer Diaz España  
Mauricio Tenorio Cabezas



**Universidad libre**

**2020**



Tendencias de la investigación en gerencia de servicios de salud: Aportes y ajustes metodológicos

© Universidad Libre Seccional Cali

© Compiladores: Jhon Aymer Diaz España

Luis Felipe Granada Aguirre

Mauricio Tenorio Cabezas

1a. Edición - Digital

Cali, Colombia - 2020

ISBN:

**Directivas Nacionales**

Jorge Alarcón Niño

*Presidente Nacional*

Fernando Dejanon Rodriguez

*Rector Nacional*

Floro Hermes Gómez Pineda

*Secretario General*

Ricardo Zopó Méndez

*Censor Nacional*

**Directivas Seccionales**

Helio Fabio Ramirez Echeverry

*Delegado Personal del Presidente*

José Hoover Salazar Ríos

*Rector Seccional*

Ómar Bedoya Loaiza

*Secretario Seccional*

Gilberto Aranzazu Marulanda

*Censor Seccional*

**Director Programas Ingenierías**

Carlos Arturo Cano Hernández

**Directora de Investigaciones Ingenierías**

María Mercedes Sinisterra Díaz

**Director Seccional de Investigaciones**

Arnaldo Ríos Alvarado

**Comité Editorial**

José Hoover Salazar Ríos

Arnaldo Ríos Alvarado

María Mercedes Sinisterra Díaz

Viviana Ramón Castro

Armando Lucumi Moreno

Hugo Becquer Paz

María Fernanda Jaramillo G.

**Dirección Editorial**

María Fernanda Jaramillo G.

**Diagramación e impresión**

Wiluna

©Editorial

Sello Editorial Universidad Libre Seccional Cali

Universidad Libre de Cali

Cra. 109 #No. 22 -00 Sede Valle del Lili

Teléfono: 524 0007 Ext- 1200, 1201, 1208

Cali – Colombia

2020



La responsabilidad de los textos contenidos en esta publicación es exclusiva de(l) (os) autor(es).

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons - Atribución  
- No comercial - Sin Derivar 4.0 internacional. [https:// co.creativecommons.org/?page\\_id=13](https://co.creativecommons.org/?page_id=13).

# Contenido

<b>Introducción</b> .....	<b>11</b>
<b>Capítulo I</b> .....	<b>13</b>
<b>Contexto</b> .....	<b>13</b>
Antecedentes .....	14
<b>Capítulo 2</b> .....	<b>17</b>
<b>Cuarta Promoción</b> .....	<b>17</b>
1. Estrategias de marketing social aplicadas a las campañas de prevención del cáncer de piel .....	17
2. Estrategias de marketing social aplicadas a los spots de televisión de las campañas de prevención del consumo de sustancias psicoactivas (Cannabis sativa) .....	22
3. Estrategias de marketing social aplicadas a la educación y promoción de una vida saludable. ....	27
4. Procedimiento para la verificación de la adherencia a la guía de prevención de infección sitio operatorio en una institución de alta complejidad en la ciudad de Cali .....	33
<b>Capítulo 3</b> .....	<b>37</b>
<b>Quinta Promoción</b> .....	<b>37</b>
1. Tipología de la corrupción en el sector Salud .....	37
2. Seguridad del paciente en la prestación de servicios de Salud .....	40
3. Evento adverso y su repercusión en el sistema de salud colombiano .....	43
4. Calidad en la gestión gerencial de una Institución de Salud .....	46
5. Financiamiento y sostenibilidad del sistema general de seguridad social .....	

de salud en Colombia.....	50
6. Seguridad del paciente y la Gestión Gerencial.....	53
7. Gestión del riesgo asistencial en Salud.....	55
8. Impacto de la estructura financiera actual en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia.....	57
9. Análisis del tipo de contratación para la prestación de servicios de salud en Colombia.....	62
10. Estrategias de coaching Gerencial aplicadas a Organizaciones de Salud.....	63
<b>Capítulo 4.....</b>	<b>67</b>
<b>Sexta Promoción.....</b>	<b>67</b>
1. Protocolo administrativo de programación y logística para garantizar la prestación del servicio de atención domiciliaria en salud en una I.P.S.....	67
2. Estructura de un hogar de paso dirigido a la atención de pacientes excluidos del servicio de Salud en atención domiciliaria.....	69
3. Procedimiento de adherencia en menores entre 5 y 10 años al programa de promoción y prevención en el servicio de odontología en el Hospital la Buena Esperanza de Yumbo E.S.E.....	71
4. Protocolo para la clasificación de pacientes de urgencias de una red de servicios.....	73
5. Diseño de las bases para un Centro de Excelencia para pacientes con trastornos de la coagulación que garantice tratamiento médico en una I.P.S de Cali.....	77
6. Identificación de pacientes hiperfrecuentadores del servicio de salud de consulta externa de eventos discretos en un hospital público.....	78
7. Diseño de un programa de atención humanizada para la prestación del servicio de salud en urgencias pediátricas en una I.P.S de Cali Colombia.....	82
8. Procedimiento de prestación de servicios para un programa de atención domiciliaria en rehabilitación integral especializada para una I.P.S.....	84
9. Estancia prologada injustificada en pacientes hospitalizados en el servicio de quirúrgicas en una E.S.E durante el periodo de noviembre del 2013 a marzo del 2014.....	87



10. Diseño del procedimiento que permita mejorar la adherencia a la vacuna contra el toxoide tetánico en mujeres en edad fértil de una I.P.S de la ciudad de Cali .....	89
11. Protocolo para la prestación del servicio de Salud dirigido a pacientes con Alzheimer en fase inicial mediante la utilización de arte-terapia .....	92
<b>Bibliografía.....</b>	<b>95</b>



*Este libro es una compilación realizada a partir del trabajo de grado para optar al título de Gerencia de Servicios de Salud realizado por Yenny Vidal, Sandra Gasca y Alejandra Ospina estudiantes de la novena promoción y dirigido por el profesor Granada Aguirre.*



# Introducción

El presente libro es una compilación de los trabajos de grado realizadas por los estudiantes de Maestría en Gerencia de Servicios de Salud de la Universidad Libre Seccional Cali, desde la primera promoción en el año 2010 hasta la sexta promoción en el año 2014, abarcando un periodo de 4 años; éste contiene la descripción general de los siguientes aspectos: objetivo general, problema, marco teórico, resultados y conclusiones. El número de tesis compiladas fue de 67, realizadas en el marco del grupo de investigación Gestión Salud durante el periodo 2010 al 2014, el cual contaba con 6 líneas de investigación las cuales se mencionan a continuación.

En la primera línea de investigación de la Garantía de la calidad en servicios de salud, se realizaron 26 trabajos que equivalen al 38,8% del total de tesis realizadas durante el periodo. En la segunda línea de investigación de Mercadeo de servicios de salud se realizaron 12 trabajos de investigación para un 17,9% del total de tesis realizadas. En la tercera línea de investigación Servicios de salud se realizaron 10 trabajos de investigación para un 14,9% del total de tesis realizadas. En la cuarta línea de investigación de Derecho, sociedad y salud se realizaron 8 trabajos de investigación que constituyen un 11,9% del total de tesis. En la quinta línea de investigación de Talento humano en salud se realizaron 5 trabajos de investigación para un 7,4% del total de tesis. En la sexta línea de investigación de Emprendimiento en el sector salud se realizó 1 trabajo de investigación para un 1,4% del total de tesis.

En el año 2015 el grupo de investigación realiza actualización en sus líneas de trabajo incluyendo 6 áreas temáticas transversales (Evolución histórica de las Políticas públicas y modelos de salud, Sistemas de información en salud, Calidad y mejoramiento continuo, Evaluación financiera en los servicios de salud, Gerencia y liderazgo, Gestión tecnológica, del conocimiento e innovación) :

El consenso define que la investigación en la maestría de profundización, debe intervenir, aplicar y proponer alternativas de solución a partir de procesos de investigación aplicada, en dos líneas de investigación concretamente: La Ge-

rencia de las organizaciones de Salud y la Gerencia Social aplicada a la prestación de los Servicios de Salud

Este libro se constituye en un referente de consulta para los futuros estudiantes de la maestría, puesto que no existen muchos textos que reúnan los diferentes trabajos de grado realizados en materia de gerencias de servicios de salud. No obstante, se ha producido amplia literatura e información sobre el tema mencionado.

El libro se encuentra organizado por capítulos que reúnen las tesis de acuerdo a la promoción facilitando al lector una comprensión general de las temáticas tratadas en cada una de ellas.

# Contexto

La Universidad Libre es una corporación de educación superior en Colombia, sin ánimo de lucro, de naturaleza privada, de cobertura nacional, con domicilio principal en Bogotá D.C. y seccionales en las ciudades de Cartagena, Barranquilla, Pereira, Socorro, Cúcuta y Cali. Se inició tras la fundación de la Universidad Republicana en el año 1890 por intelectuales de pensamiento liberal, siendo su fundador el General Benjamín Herrera. Posteriormente, se denominó Universidad Libre, constituyéndose legalmente el 30 de Octubre de 1913. Diez años después, en 1923 comienza a funcionar inspirada en los principios de democracia, autonomía universitaria, libertad de pensamiento y culto, justicia, pluralismo, inclusión social, tolerancia, libertad de cátedra y dignidad humana.

La misión, se define textualmente como “consciencia crítica del país y de la época, recreadora de conocimientos científicos y tecnológicos proyectados hacia la formación integral de un egresado acorde con las necesidades fundamentales de la sociedad; hace suyo el compromiso de: formar dirigentes para la sociedad; propender por la identidad de la nacionalidad Colombiana, respetando la diversidad cultural, regional y étnica del país; procurando la preservación del medio ambiente y el equilibrio de los recursos naturales; ser espacio para la formación de personas democráticas, pluralistas, tolerantes y cultoras de la diferencia”.

En referencia a la visión, “la corporación propende por la construcción permanente de un mejor país y de una sociedad democrática, pluralista y tolerante; además de impulsar el desarrollo sostenible, iluminada por los principios filosóficos y éticos de su fundador, el general Benjamín Herrera, con liderazgo en los procesos de investigación, ciencia, tecnología y solución pacífica de los conflictos”.

La Universidad Libre Seccional Cali inicia actividades académicas el 15 de Diciembre de 1973; cuenta con programas de pregrado y postgrado en áreas de Ciencias de la Salud; Ciencias Administrativas, Económicas, Contables y Mercadeo; Derecho, Ciencias Políticas, Sociales e Ingenierías (Universidad Libre, 2015).

En ese marco, la Maestría en Gerencia de Servicios de Salud surge desde el año 2009, periodo de tiempo en el cual fue aprobada por el Ministerio de Educación a través de la Resolución No. 7523 del 16 de Octubre de ese mismo año.

Se concibió, así, un programa académico con una formación estructurada, sistémica, multi, inter y transdisciplinar para el desarrollo de procesos gerenciales, innovadores, investigativos y emprendedores, que podrían abarcar desde la puesta en marcha y consolidación de nuevos proyectos empresariales, hasta el desarrollo y mejoramiento significativo en las distintas organizaciones que integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud. (Universidad Libre, 2015)

El currículo de la Maestría en Gerencia de Servicios de Salud es definido como el proceso a través del cual se selecciona, organiza y distribuyen los conocimientos que se consideran válidos para alcanzar el propósito de formación. En concordancia con los lineamientos curriculares de la Universidad Libre, se han definido en la estructura curricular los módulos como estructuras que concentran saberes y prácticas afines, a partir de grandes temas y problemas del conocimiento y del contexto.

## **Antecedentes**

Para el análisis se tomaron varios referentes teóricos sobre investigaciones de maestría relacionadas con el tema de salud: Sanabria-Rojas, Tarqui-Mamani y Zárate-Cárdenas en el 2008 investigaron sobre la calidad de las tesis en temas de salud pública. Dicha investigación se realizó en una universidad pública de Lima Perú, en donde revisaron 47 tesis encontrando que 11 (23%) de estas fueron excelentes, mientras que 5 (11%) aceptables y las restantes, es decir 31 (66%), fueron no aceptables. Del total de 11 tesis excelentes, cuatro correspondieron a la maestría en epidemiología y cuatro a salud reproductiva. De las 31 tesis no aceptables el 23% correspondió a tesis de la maestría en gerencia de servicios de salud; lo que denota una alta deficiencia en la realización de tesis de maestría de gerencia de salud; en esa misma línea de investigación Carrillo realiza en el 2012 un análisis documental de los trabajos de grado desarrollados en el área de Gestión de Proyectos y Tecnología de la Construcción en la Facultad de Ingeniería Civil de la Universidad Pontificia Bolivariana en el periodo comprendido entre 1999 – 2012 encontrándose con proyectos que no evidenciaban objetivos de investigación, carecían de síntesis y no incluían la línea de investigación.



Ahora bien, identificado como un problema la falencia de las investigaciones en los postgrados de maestría, se hace de vital importancia que estos generen a través del análisis retrospectivo documentos que ofrezcan un punto de inflexión en el mejoramiento continuo de la investigación en las diferentes facultades, estudios como el de Múnera, Restrepo & Lotero realizado en el año 2006. El patrimonio documental del área administrativa de la universidad de Antioquia en sus 200 años de existencia, cuyo objetivo fue recuperar la memoria institucional de carácter documental, generada en las diferentes dependencias administrativas de la Universidad de Antioquia, representada en documentos de archivo, monografías, coediciones, catálogos de investigaciones, revistas institucionales, materiales audiovisuales, obras de carácter artístico y demás publicaciones en diferentes soportes, producidos desde 1803 hasta 2003, encontraron que de 13.941 registros de la producción del Área Administrativa de la Universidad de Antioquia en sus 200 años de existencia se pudo identificar cómo en los primeros años de funcionamiento, tal producción no fue tan numerosa como entre la tercera y la quinta décadas del siglo XX, así como en sus últimos años y los primeros del siglo XXI, demostrando que ha sido marcada con tendencias a lo largo de su historia.

Le ha ligado la producción académica a los recursos con una relación directamente proporcional, hasta el punto de tenerla como el causal de la baja producción académica investigativa, sin embargo un estudio de Yate del año 2009 titulado Sistematización de la memoria Institucional y patrimonio bibliográfico de la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos - UAESP Pontificia Universidad Javeriana Bogotá quien tuvo como objetivo Sistematizar desde el Centro de Documentación, los documentos generados entre el año 2004 y el 2008, elaborados a partir de contratos y asesorías, encontró que durante el periodo se elaboraron y ejecutaron 56 contratos de diferente naturaleza; dentro de sus productos a entregar se encontraba la generación de estudios e investigación de una temática determinada. Este resultado se obtuvo a partir del levantamiento documental; se localizaron alrededor de 50 estudios e investigaciones producidas entre los años 2004 a 2008 en la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos, lo que denota una mayor cantidad de contratos en relación a la producción, lo que debía ser una relación directa 1 a 1, tiene menos producción en relación con la cantidad de contratos.

Por su parte la Universidad Libre cuenta con un estudio de revisión documental de Castaño, Cuene, Leal & Nieto del 2010 titulado Revisión documental trabajos de grado Especialización en Salud Ocupacional Universidad Libre Seccional Cali periodo Diciembre de 1997 a Junio de 2009 en la ciudad de Santiago de Cali, utilizando un método descriptivo retrospectivo documental, logra caracterizar los trabajos de grado presentados en la Especialización en Salud Ocupacional de la Universidad Libre Seccional Cali, mostró que a partir del año 2007 se observa un cambio en la estructura de presentación del documento del trabajo de grado evidenciando la

exigencia de normas nacionales e internacionales que les otorga una forma estándar de presentación, además de ofrecer un documento con suficiente estética, ortografía y redacción; este tipo de caracterizaciones y tendencias propias de las universidades son las que previamente identificadas permiten orientar acciones de mejora en procura de una identidad investigativa.

# Cuarta Promoción

## I. Estrategias de marketing social aplicadas a las campañas de prevención del cáncer de piel

*Autor: Victoria Esperanza del Castillo Villanueva*

**Introducción:** Esta investigación tiene por objeto identificar cómo se utilizan las técnicas de marketing social para prevenir el cáncer de piel en la población general, por medio de las campañas generadas por entidades como sociedades científicas dermatológicas, Ministerios de Salud Pública y filantrópicas, dedicadas a la prevención del cáncer.

El cáncer de piel es uno de los tipos de cáncer que se consideran prevenibles, dada su relación entre la exposición solar en todas las etapas de la vida y el desarrollo posterior de la enfermedad, se logró identificar cómo las diferentes campañas preventivas utilizan estrategias de educación sobre el tema de cáncer de piel, sensibilización en cuanto al impacto a largo plazo de la exposición solar y también estrategias de modificación de hábitos nocivos para la salud.

**Problema:** Con el fin de generar un espacio de intercambio de ideas, proyectos y dar reconocimiento de experiencias que permitan multiplicar los esfuerzos en búsqueda del bienestar de la sociedad, los profesionales, estudiantes y profesores de diferentes disciplinas, de la Maestría de Gerencia de servicios de Salud de la Universidad Libre, Seccional Cali, realizaron el Primer Congreso Colombiano de Marketing Social en el Centro Cultural COMFANDI en Cali durante los días 6 y 7 de Junio de 2013. Como la aplicación de la estrategia de marketing social no es utilizada de manera extensa para todas las patologías, identificar nuevas opciones de uso del marketing, permite que emerjan las mejores opciones que favorezcan la difusión de las campañas de sensibilización, de visibilización, educativas y preventivas que estimulen los cambios favorables de hábitos o conductas y que desestimulen los comportamientos nocivos, para lograr una movilización social efectiva que produzca impactos positivos en la sobrevivencia de pacientes y la mejora en el estado de salud

de la comunidad, por medio de la articulación con políticas de salud pública. Surge entonces la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las estrategias de marketing social aplicadas a la prevención del cáncer de piel?

**Objetivo General:** Identificar las estrategias de marketing social usadas para promover la prevención del cáncer de piel ocasionado por exposición solar.

**Marco Teórico:** El cáncer es la enfermedad que al compararla con el resto de patologías, ocasiona el mayor impacto negativo emocional, familiar, social y económico, que, aunado al permanente crecimiento de la carga de la enfermedad en la población, hace necesario realizar los máximos esfuerzos por su prevención y control. De los aproximadamente once millones de casos nuevos de cáncer que se presentan anualmente en el mundo, se estima que el 30% de ellos son prevenibles, por lo que es un reto incidir en estas cifras. Para nuestro país, de acuerdo a la información presentada en el Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia, se estima una incidencia de 70.887 casos nuevos de cáncer por año, de los cuales 38.571 son padecidos por mujeres, (54.41%) y 32.316 por los hombres, (45.59%), siendo la tasa de incidencia ajustada por edad de 196.9 y de 186.6 por 100.000 habitantes respectivamente.

*Tabla 1*

Campañas de Marketing en el Mundo Sobre Cáncer de Piel				
Nombre	Organización/ año	Objetivo	Estrategia	Cobertura
Campahna national contra o cáncer da pele	Sociedad brasileña de dermatología, 2009-2013	Sensibilizar a todos los habitantes del Brasil sobre la importancia de tomar medidas preventivas contra el cáncer de piel.	Estrategia de mensaje racional	Campaña # 13, con un recorrido a través de 10.000 kilómetros, en el tour de la prevención, en 23 estados de Brasil y en el distrito federal, presentando videos en varios idiomas.
Día de detección y prevención de cáncer de piel.	Universidad autónoma de Nuevo León, México, 2013.	Fomentar la cultura de prevención de la enfermedad, mediante la convocatoria pública a presentarse a valoración especializada.	Estrategia de mensaje emocional.	La campaña va dirigida a la población de Nuevo león, que son más de cuatro millones de habitantes.
Verano Saludable	Ministerio de salud del Perú, 2013	Informar a las personas sobre los riesgos de la exposición solar y sus consecuencias, incluyendo la muerte.	Estrategia de mensaje emocional	Campaña dirigida a la población peruana de más de 30 millones de habitantes.

Cuarta Promoción

Demasiado sol arruina tus momentos	Liga contra el cáncer del Perú, 2013	Fomentar la cultura de la protección solar.	Estrategia de mensaje emocional	Campaña dirigida a la población de Lima, de más de siete millones de habitantes.
No te pases de moreno	Asociación Española contra el Cáncer (AECC), 2012	Informar a las personas sobre los riesgos de la exposición solar, las medidas de protección y el mito de verse dorado.	Estrategia de mensaje racional	Tiene 77 reproducciones en YouTube.
Photo-bus UV sunsense	Laboratorio farmacéutico EGO-Australia, 2012	Realizar atención clínica por consultores en cuidado de la piel, promoción de medidas de protección solar y sensibilización con el uso del protector solar.	Estrategia de mensaje racional	Campaña dirigida a la población australiana, de más de 22 millones de habitantes.
Campaña de fotoeducación	Sociedad peruana de dermatología, 2012	Informar a las personas sobre los riesgos de la exposición solar debida a los cambios climáticos y sus consecuencias.	Estrategia de mensaje racional.	Campaña dirigida a la población peruana, de más de 30 millones de habitantes.
Cuidá tu piel, es la única que tenés	Sociedad Argentina de Dermatología, 2011	Socializar la información sobre la necesidad de realizar la protección solar.	Estrategia de mensaje emocional.	Campaña dirigida a la población argentina, 40 millones de habitantes, extensiva a toda la comunidad de internet en facebook, twitter.
SP Super-protector	Asociación Española contra el cáncer (AECC), 2011	Mediante la utilización del juego los niños conocen y utilizan los elementos de fotoprotección.	Estrategia de mensaje emocional.	Campaña dirigida a la población infantil española de más de siete millones de habitantes.

Nota. Esta tabla contiene los nombres, organización, año, autores, objetivo, población, estrategia y cobertura de algunas campañas realizadas en el mundo sobre cáncer de piel. Del Castillo Villanueva, V. E. (2013). Estrategias de Marketing Social aplicadas a las campañas de prevención del cáncer de piel (tesis de maestría). Universidad Libre, Cali, Colombia.

**Tabla 2**

<b>Campañas de Marketing Social Realizadas en el Mundo Sobre Cáncer de Piel</b>					
<b>Nombre</b>	<b>Producto</b>	<b>Población</b>	<b>Precio social</b>	<b>Promoción</b>	<b>Resultados</b>
Campahna national contra o cáncer da pele	Atención por dermatólogos de manera gratuita, tours de prevención de cáncer de piel, videos en varios idiomas.	Está orientada al público en general. Tiene una sección para niños y se encuentra la versión en portugués, inglés y español.	Las personas que son cubiertas por este servicio acceden al beneficio de la información veraz para protegerse del cáncer de piel.	El objetivo de esta campaña es de percepción y de cognición de las bondades de la protección solar.	Ganadora de un récord Guinness como la campaña en la que se atendieron simultáneamente más pacientes.
Día de detección y prevención de cáncer de piel.	Jornadas de conferencias y atención gratuita por dermatólogos para prevenir el cáncer de piel.	Orientación hacia los habitantes del área de influencia del hospital José Eleuterio González de la Universidad de nuevo león, México	El beneficio de la protección social, produce un gran impacto en la salud de las personas.	Con esta campaña se cumple el objetivo de percepción, al informar a las personas sobre los daños que produce la exposición solar, como también el de asociación porque el lema y las asociaciones van direccionadas directamente a la prevención del cáncer de piel.	En el año 2012 se atendieron 1.800 personas.
Verano saludable	Promoción mediante afiches de la importancia de disfrutar de un verano saludable.	Está orientada al público en general, la imagen típicamente familiar, envía el mensaje de prevención para toda la familia.	El beneficio de la protección social, produce un gran impacto en la salud de las personas.	El objetivo de esta campaña es de percepción y de cognición de las bondades de la protección solar.	No se conocen resultados por encontrarse aún en desarrollo.
Demasiado sol arruina tus momentos.	Afiches promocionales y visitas a las playas de Lima informando sobre las precauciones contra el sol.	Está orientada al público en general, aunque las visitas en las playas se direccionan a las personas que las frecuentan.	El beneficio de la protección social, produce un impacto favorable.	El objetivo de esta campaña es de percepción y de cognición de las bondades de la protección solar.	No se conocen los resultados.

Nota. Esta tabla muestra el nombre, logotipo, eslogan, producto, precio social, promoción y resultados de algunas campañas de marketing social realizadas en el mundo. Del Castillo Villanueva, V. E. (2013). Estrategias de Marketing Social aplicadas a las campañas de prevención del cáncer de piel (tesis de maestría). Universidad Libre, Cali, Colombia.

**Materiales y Método:** La investigación es de tipo descriptivo porque relaciona los elementos comunes y características de las estrategias de marketing social revisadas en la literatura especializada. Para realizar la recolección de información se llevó a cabo una búsqueda en base de datos en páginas de Internet y en documentos físicos de bibliotecas e instituciones. Con esta información se creó una base de datos digital y física que hace parte del acervo documental del Primer Congreso de Marketing Social realizado por el Grupo de Investigación Gestión en Salud de la Universidad Libre Seccional Cali.

Posteriormente, se diseñaron dos instrumentos para recolectar, clasificar y analizar la información común existente en las campañas revisadas y realizadas en diferentes países del mundo, tomando como base las estrategias que mix marketing tradicional utiliza en la combinación de las 4 Ps: producto, precio, plaza y promoción. (Villada, 2011) y (Lauterborn, 2009).

El primer instrumento recolecta información sobre el nombre, organización, año, objetivo, estrategia y cobertura de las campañas sobre el tema de interés. El segundo instrumento recolecta información sobre nombre, logotipo, eslogan, producto, precio social, promoción y resultados de las campañas de marketing social revisadas. Una vez diligenciados los instrumentos se procedió a redactar la monografía con el análisis de las estrategias de marketing social consultadas.

### **Resultados:**

- El nombre de las campañas de fotoeducación, que es el término que se está utilizando actualmente, hace relación con mayor frecuencia a la palabra protección en el 50% de ellas, (10/20); el nombre de la campaña se relaciona con emociones en un 40% de casos (8/20), siendo mensajes negativos en cinco campañas y positivos en tres; el 10% restante (2/20) está constituido por campañas en las que se menciona la palabra cáncer, que alude directamente a la patología que se quiere prevenir.
- Las entidades que realizan las campañas tienen diferente constitución organizativa, encontrando entidades oficiales como Ministerios de Salud Pública de países como España, Perú, Canadá y Universidades.
- Los responsables de las campañas han preferido usar una estrategia de tipo emocional en el 60% de los casos (12/20) y de tipo racional en el 40% restante (8/20).
- El 100% de las campañas, en cuanto a su producto social, son una invitación a que se conozcan los riesgos de la exposición solar y la forma como se

previenen las quemaduras solares y enfermedades graves como el cáncer de piel.

### **Conclusiones:**

- Se generó una base de datos digital y física con literatura especializada sobre el tema de estrategias de marketing social aplicadas a las campañas de prevención de cáncer de piel. La revisión de la literatura y los instrumentos utilizados para la recolección, clasificación y análisis de la información, permitieron identificar las diferentes estrategias que promocionan el control eficaz de los factores de riesgo que pueden reducir de forma significativa la mortalidad por cáncer de piel.
- Igualmente, se identificaron y analizaron los elementos comunes en dichas estrategias de marketing, como nombre, logotipo, eslogan, producto, precio social, promoción y resultados de algunas campañas que trabajan para cambiar los estilos de vida no saludables.

## **2. Estrategias de marketing social aplicadas a los spots de televisión de las campañas de prevención del consumo de sustancias psicoactivas (Cannabis sativa)**

*Autores: Maryin Rocío Alape Gómez y Paola Andrea Gutiérrez Lenis*

**Introducción:** La presente investigación tiene como propósito documentar el procedimiento para identificar las estrategias de marketing social usadas para promover la prevención del consumo de la marihuana (*Cannabis sativa*) en los spots de televisión.

Este documento contiene el planteamiento y establece la necesidad de realizar estudios a las campañas en contra del consumo de sustancias psicoactivas evidenciando las estrategias utilizadas desde el marketing social para que sus mensajes sean más eficientes y logren llegar a los diferentes públicos consiguiendo el objetivo de hacer tomar conciencia sobre el daño que produce la ingestión de este tipo de sustancias. Se presenta un documento técnico con los resultados de la investigación, describiendo el procedimiento para identificar las estrategias de marketing social usadas para promover la prevención del consumo de la marihuana (*Cannabis sativa*) en los spots de televisión

**Problema:** Con el fin de generar un espacio de intercambio de ideas, proyectos



y dar reconocimiento de experiencias que permitan multiplicar los esfuerzos en búsqueda del bienestar de la sociedad, los profesionales, estudiantes y profesores de diferentes disciplinas, de la Maestría de Gerencia de Servicios de Salud de la Universidad Libre, Seccional Cali, realizaron el Primer Congreso Colombiano de Marketing Social en el Centro Cultural COMFANDI en Cali durante los días 6 y 7 de junio de 2013. En este sentido, el marketing social aplicado en los spots de televisión para promocionar campañas en contra del consumo de sustancias psicoactivas como el Cannabis sativa es un elemento a considerar en el congreso porque “el consumo de drogas es un problema que modifica las funciones físicas y psíquicas en el ser que las consume; además, con el uso reiterado origina adicciones o dependencia” (Aránzazu, 2012). De acuerdo con lo anterior, se planteó el siguiente interrogante: ¿Es factible identificar las estrategias de marketing social usadas para promover la prevención del consumo de la marihuana (Cannabis sativa) en los spots de televisión?

**Objetivo General:** Identificar las estrategias de marketing social usadas para promover la prevención del consumo de la marihuana (Cannabis sativa) en los spots de televisión.

**Marco Teórico:** Las siguientes tablas muestran los nombres, la organización, el año, el objetivo, la estrategia y la cobertura de algunas campañas realizadas en el mundo sobre el tema.

**Tabla 3**

<b>Campañas de Marketing Social Realizadas sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas</b>				
<b>Nombre</b>	<b>Organización/ año</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Estrategia</b>	<b>Cobertura</b>
Las drogas no son un juego	Fundación de ayuda contra la drogadicción (FAD) España 1999	Provocar la reflexión en los jóvenes sobre los problemas que puede ocasionar el consumo lúdico e irresponsable de drogas.	Video con estrategia de mensaje no verbal.	España, en televisión nacional. Comunidades autónomas de régimen especial (Andalucía, Aragón, Cataluña, Galicia, Navarra y país Vasco)
Todos somos responsables, la educación lo es todo	Fundación de ayuda contra la drogadicción (FAD) España 2003	Prevenir el consumo de drogas basado en el concepto de responsabilidad que tiene cada uno de los agentes sociales en el proceso educativo de los niños.	Video con estrategia de mensaje racional.	España, en televisión nacional. Comunidades autónomas de régimen especial (Andalucía, Aragón, Cataluña, Galicia, Navarra y país Vasco)
Cambia tu percepción, piensa	Fundación de ayuda contra la drogadicción (FAD) España 2007	Conseguir un aumento de la percepción del riesgo por el consumo de drogas.	Video con estrategia de mensaje no verbal.	España, en televisión nacional. Comunidades autónomas de régimen especial (Andalucía, Aragón, Cataluña, Galicia, Navarra y país Vasco)

Nota. Esta tabla muestra el nombre, objetivo, estrategia y cobertura de varias campañas de marketing social realizadas en el mundo orientadas a la prevención del consumo de sustancia psicoactivas. Álape Gómez, M. R., & Gutiérrez Lenis, P. A. (2013). Estrategias de Marketing Social aplicadas a los spots de televisión de las campañas de prevención del consumo de sustancias psicoactivas (cannabis sativa) (tesis de maestría). Universidad Libre, Cali, Colombia.

Tabla 4

Campañas de Marketing Social Realizadas sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas					
Nombre	Producto	Población	Precio social	Promoción	Resultados
Las drogas no son un juego	Se muestra un “comecocos”-juego recreativo- de larga existencia en el interior de un cerebro y que en su recorrido se come las neuronas que van muriendo por el consumo de sustancias tóxicas.	Jóvenes de 15 a 24 años. El sector intervenido es la sociedad en general, pero de forma específica a jóvenes.	Realiza un esfuerzo por aumentar la conciencia de todos en torno al poder destructivo de las drogas y la responsabilidad por parte de la sociedad de procurar el bienestar de los niños. Insta a los adultos a que protejan a los niños. Los padres, hermanos y otros miembros de la familia deben asegurarse de que el hogar sea un entorno seguro y que los chavales sean conscientes de los peligros asociados al consumo de drogas.	En radio, televisión y vallas publicitarias, spot televisión y cine, cuñas.	Impacto social-logros.  Costo/beneficio: cero pesos/5.513 impactos. Se mantuvo el porcentaje de consumidores en 4.6% en los últimos 30 días y del 7% de consumidores en los últimos 12 meses.
Todos somos responsables. La educación lo es todo	El recurso creativo es mostrar una escena cotidiana e introducir un elemento que sorprende. En este caso, se trata de un bautizo en el cual es sacerdote solicita que se vayan acercando todas las personas que estarán involucradas en su educación: padres, padrinos, profesores, publicistas, músicos.	La sociedad en su conjunto padres/ madres, educadores, medios de comunicación, la sociedad en general tiene una influencia clara en los valores que un niño interioriza en los primeros años de la socialización.	La campaña tiene como reto comunicar que cada uno de los agentes sociales tiene que ser consciente de su parte de responsabilidad en la educación de los más jóvenes desde edades muy tempranas.	Los medios utilizados fueron televisión, radio, prensa, marquesinas, videos y cines nacionales.	Impacto social-logros: costo/ beneficio cero pesos/5513 impactos. Se mantuvo el porcentaje de consumidores en 4.6% en los últimos 30 días y del 7% de consumidores en los últimos 12 meses.

Nota. La tabla muestra los 4 elementos del marketing, producto, población, precio social y promoción, utilizados en campañas para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas. Álape Gómez, M. R., & Gutiérrez Lenis, P. A. (2013). Estrategias de Marketing Social aplicadas a los spots de televisión de las campañas de prevención del consumo de sustancias psicoactivas (cannabis sativa) (tesis de maestría). Universidad Libre, Cali, Colombia.

**Materiales y Método:** Se trata de una investigación de tipo descriptivo porque se relacionan los elementos comunes y característicos de las estrategias de marketing social revisadas en la literatura especializada. Para realizar la recolección de la información se realizó una búsqueda en bases de datos, páginas de Internet y documentos físicos de bibliotecas e instituciones. Con esta información, se generó una base de datos digital y física que hace parte del acervo documental del Primer Congreso de Marketing Social realizado por el Grupo de Investigación Gestión en Salud de la Universidad Libre Seccional Cali. Posteriormente, se diseñaron dos instrumentos para recolectar, clasificar y analizar la información común existente en las campañas revisadas y realizadas en diferentes países del mundo, tomando como base las estrategias que mix marketing tradicional utiliza en la combinación de las 4 Ps: producto, precio, plaza y promoción. (Villada, 2011) y (Lauterborn, 2009).

El primer instrumento recolecta información sobre nombre de la campaña, organización, año, objetivo, estrategia y cobertura de las campañas sobre el tema de interés. El segundo instrumento recaba información sobre el nombre, logotipo, eslogan, producto, precio social, promoción y los resultados de las campañas de marketing social revisadas. Una vez diligenciados los instrumentos se procedió a redactar la monografía con el análisis de las estrategias de marketing social consultadas

### **Resultados:**

- Los nombres de las campañas guardan relación con los aspectos que quieren hacer resaltar de las estrategias que plantean en los spots con el fin de llamar la atención del público objetivo.
- Todas las organizaciones que promueven este tipo de campañas anti drogas realizan estrategias públicas (Ministerios de Sanidad), privadas (Caja Madrid, BBVA, Asociación Española de Agencias de Publicidad) o mixtas.
- Se identificó en las campañas revisadas el tipo y porcentaje de mensajes establecidos por Kotler en el años 2002 en los que se manejan temas de aspectos racionales (40%), emocionales (40%) y no verbales (20%).
- El 60% de las campañas analizadas fueron lanzadas en España; 20% promocionadas en Chile; 10% en Estados Unidos y el restante 10% en Colombia. De los spots de televisión contra el consumo de drogas analizadas, el 80% fueron lanzados a nivel nacional (España, Estados Unidos, Chile, Colombia), el 10% a nivel regional (La Rioja en España) y el restante 10% a nivel local en Cali, Colombia.
- En el 90% de las campañas de marketing social en contra del consumo de drogas, el nombre con que son lanzadas guarda relación con el eslogan.

### Conclusiones:

- Se generó una base de datos digital y física con literatura especializada sobre el tema de marketing social y de los spots de televisión que promocionan campañas contra el consumo de drogas (Cánnabis sativa).
- La revisión de la literatura y los instrumentos utilizados para la recolección, clasificación y análisis de la información de las estrategias del marketing social aplicado a las campañas contra el consumo de drogas, permitió encontrar en los spots de televisión las diferentes estrategias que promocionan el riesgo que trae la ingesta de estas sustancias en diferentes países para disminuir el flagelo de dicho consumo, de los cuales, se escogieron los más representativos para extraer de ellos los elementos comunes en dichas estrategias.
- El público objetivo a los que se dirigieron las campañas fue variado, niños y adolescentes, jóvenes, padres de familia y sociedad en general, spots que trataron de impresionar y convencer que el flagelo de las drogas es un riesgo para todos.

### 3. Estrategias de marketing social aplicadas a la educación y promoción de una vida saludable.

*Autores: Luis Fernando Giraldo Quintero y Carolina Ramos Rengifo*

**Introducción:** Esta investigación tuvo como propósito documentar las estrategias de marketing social aplicadas a las campañas educativas de promoción y prevención en el logro del paradigma social Vida Saludable. Este documento contiene el planteamiento enmarcado en la necesidad de realizar el Primer Congreso Colombiano de Marketing Social en la ciudad de Cali los días 6 y 7 de junio de 2013, donde se abordaron temas como el marketing social como estrategia para educar a nuestras sociedades en la vida saludable. Fue uno de los temas a considerar en el congreso, pues sabido es el impacto social que tiene la educación en la formación de hábitos y conductas adecuadas para un buen vivir. Se fundamenta la realización de investigaciones de este tipo teniendo en cuenta las diferentes variables requeridas y la conceptualización de la Norma Técnica Colombiana ISO 9000.

**Problema:** Con el fin de generar un espacio de intercambio de ideas, proyectos y dar reconocimiento de experiencias que permitan multiplicar los esfuerzos en búsqueda del bienestar de la sociedad, los profesionales, estudiantes y profesores de diferentes disciplinas, de la Maestría de Gerencia de Servicios de Salud de la

Universidad Libre, Seccional Cali, realizaron el Primer Congreso Colombiano de Marketing Social en el Centro Cultural COMFANDI en Cali durante los días 6 y 7 de junio de 2013.

Pero cualquier esfuerzo es poco; el marketing social proyectado hacia una vida saludable, propone usar “estrategias empleadas para vender productos tangibles para vender ideas, actitudes y conductas dirigidas a mejorar la calidad de vida de la sociedad en general” (Kotler y cols., 1971). Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud define marketing social en salud como: “la aplicación de estrategias de marketing a la modificación del comportamiento humano y de los factores ambientales relacionados con ese comportamiento que indirectamente promuevan la salud, previenen enfermedades o protegen a los individuos del daño” (OPS, 1986). De acuerdo con lo anterior se planteó el siguiente interrogante: ¿Qué estrategias de marketing social se han implementado en el diseño de campañas educativas que promuevan la vida saludable?

**Objetivo General:** Identificar las estrategias de marketing social empleadas para la educación y promoción de la vida saludable.

**Marco Teórico:** La tabla 5 muestra el nombre, la organización, el año, el objetivo, la estrategia y la cobertura de algunas campañas realizadas en el mundo sobre el tema vida saludable.

**Tabla 5**

Campañas Realizadas en el Mundo sobre el Tema Vida Saludable				
Nombre	Organización/ año	Objetivos	Estrategias	Coberturas
Estrategia global contra la obesidad EGO, Chile	Ministerio de salud de Chile, 2007	Impulsar todas las iniciativas que contribuyan a la promoción de un estilo de vida saludable. Tiene como meta fundamental disminuir la prevalencia de la obesidad en Chile, fomentando una alimentación saludable y promoviendo la actividad física a lo largo de toda la vida.	Campañas de radio difusión, televisivas y prensa mediante mensajes racionales intervención directa educativa en niveles de primaria, secundaria y universitario, manuales, cartillas que promueven la alimentación saludable mediante mensajes racionales.	Nacional, mediante radio, prensa, televisión y sectores educativos de todos los niveles.
Todos somos responsables; la educación lo es todo.	Fundación de ayuda contra la drogadicción (FAD) España, 2003	Prevenir el consumo de drogas basado en concepto de responsabilidad que tiene cada uno de los agentes sociales en el proceso educativo de los niños.	Estrategia de mensaje racional mediante mensajes televisivos.	Nacional mediante la televisión española.

Cuarta Promoción

Mi diario de vacunación, Bogotá Positiva	Alcaldía mayor de Bogotá D.C. Secretaría distrital de salud, 2009	Prevenir y erradicar enfermedades graves que pueden ocasionar incluso la muerte.	Difusión mediante mensajes Nacionales a través de medios de comunicación como radio, televisión y prensa escrita de la ciudad. Intervención directa educativa mediante medios escritos, cartillas en el sector educativo básico y primaria.	Regional, ciudad de Bogotá, mediante radio, prensa y televisión. Campañas educativas a padres de familia.
Estrategias de comunicación para la promoción de la salud	Dirección de promoción de salud y control. Subsecretaría de prevención y control de riesgos. Ministerio de la Salud de Argentina, 2009	Informar y sensibilizar acerca de los riesgos para la salud del tabaquismo pasivo, sedentarismo y alimentación inadecuada. Lograr consenso, participación y fundamentalmente cambios de conducta. Integrar las diversas acciones sobre estilos de vida, entornos y regulación.	Pauta en medios. Material de comunicación, página web, publicidad no tradicional (PNT), alianzas estratégicas, REDES, líderes de opinión, acciones en prensa: jornadas de capacitación a periodistas, notas, gacetillas.	Nacional, mediante medios masivos de comunicación.
Publicidad y marketing responsable	Grupo empresarial BIMBO, 2011	Esta iniciativa propone utilizar los más altos estándares de publicidad responsable a nivel global para ayudar a la promoción de estilos de vida saludables, así como la adopción de buenos hábitos alimentarios entre la población para la que Grupo Bimbo elabora y comercializa sus productos.	La publicidad de todos los productos de Grupo Bimbo promoverá la adopción de estilos de vida saludables y cuando se dirija a niños menores de 12 años, estará sujeta también al código de autorregulación publicitaria de alimentos y bebidas dirigidas al público infantil (PABI) Grupo Bimbo publicará sus productos en medios impresos y en programas de televisión, radio e internet dirigidos al público infantil, únicamente cuando cumplan con perfiles nutrimentales basados en evidencia científica y estándares mundiales.	Difusión en el etiquetado de productos alimenticios empaquetados en 17 países donde el grupo empresarial, tiene presencia.

Nota. Giraldo Quintero, L. F., & Ramos Rengifo, C. (2013). *Estrategias de Marketing Social aplicadas a la educación y promoción de una vida saludable (tesis de maestría)*. Universidad Libre, Cali, Colombia

**Tabla 6**

Estrategias de Marketing Social					
Nombre	Producto	Población	Precio social	Promoción	Resultados
Estrategia global contra la obesidad EGO Chile	Reducir la prevalencia de obesidad en la población infantil y juvenil (menores de 6 años), así como en los niños del ciclo educativo básico y secundaria temprana, salud para la vida.	Población infantil y joven en edad escolar y de los demás sectores educativos del país.	Mediante información sencilla, veraz y objetiva, incidir en la conducta cultural alimentaria de esta población. Esto es responsabilidad del estado, la sociedad y sus agentes económicos.	Etiquetado nutricional obligatorio de alimentos embazados. Serie televisiva infantil sobre obesidad. 370 eventos educativos realizados en escuelas del país. Regalos de cartas, afiches y vasos promocionales en todo el país. Empleo de página web, <a href="http://www.vi.virsanoesputento.cl">www.vi.virsanoesputento.cl</a> , capacitación en vida sana de más de 300 funcionarios.	La serie infantil tuvo alto rating de sintonía en niños entre cuatro y ocho años y hasta jóvenes de 14 años. La población mejoró su percepción de la alimentación sana el 80% de las personas lee las etiquetas en los envoltorios de los alimentos y bebidas. Si se desglosa por edad, se da que mayor cantidad de personas jóvenes leen las etiquetas, en comparación a los de mayor edad. Los chilenos son los más interesados en saber acerca de nutrición y dietas sanas comparados con otros países.
Todos somos responsables, la educación lo es todo	Modificar mediante la intervención de todos los componentes familiares y sociales, conductas lesivas para la salud del individuo.	Sociedad en general, haciendo énfasis en su sector joven en la educación del joven participa la familia, la iglesia y el estado, así como los medios económicos y de comunicación incluyendo el sector educativo.	La educación en el autocuidado empieza en la vida temprana y en ella participamos todos, sobre todo en la prevención.	Difusión en medios de comunicación nacional: televisión, radio, prensa, video y cines.	Bajo impacto social en la disminución de factores de riesgo en inversión social en el sector.



Mi diario de vacunación, Bogotá positiva	Importancia de iniciar y complementar oportunamente el esquema de vacunación en los menores de cinco años, con el propósito de promover estilos de vida saludable y evitar que se presenten enfermedades prevalentes de la infancia, las cuales pueden ocasionar la muerte o dejar secuelas para toda la vida.	Toda la población infantil menor de cinco años de edad que no ha completado su esquema de vacunación.	Como responsabilidad primaria del estado, disminuir al mayor grado posible la prevalencia de afectación de enfermedad infecto-contagiosa en la población infantil de Bogotá.	Difusión en radio, prensa y televisión. Elaboración y entrega gratuita de cartillas. Documento de seguimiento de los esquemas de vacunación. Campañas de difusión directa en las escuelas e instituciones de prejardín y jardín.	Aumento significativo de las coberturas de vacunación a la población vulnerable.
--	--	---	--	--	--

Nota. Giraldo Quintero, L. F., & Ramos Rengifo, C. (2013). *Estrategias de Marketing Social aplicadas a la educación y promoción de una vida saludable (tesis de maestría)*. Universidad Libre, Cali, Colombia

**Materiales y Método:** La investigación es de tipo descriptivo porque relaciona los elementos comunes y características de las estrategias de marketing social revisadas en la literatura especializada. Para realizar la recolección de la información se llevó a cabo una búsqueda en bases de datos, páginas de Internet y documentos físicos en bibliotecas e instituciones. Con esta información se creó una base de datos digital y física que hace parte del acervo documental del Primer Congreso de Marketing Social realizado por el grupo de investigación Gestión en Salud de la Universidad Libre Seccional Cali. Posteriormente, se diseñaron dos instrumentos para recolectar, clasificar y analizar la información común existente en las campañas revisadas y realizadas en diferentes países del mundo, tomando como base las estrategias que mix marketing tradicional utiliza en la combinación de las 4 Ps: producto, precio, plaza y promoción; (Villada, 2011) y (Lauterborn, 2009). El primer instrumento recolecta información sobre nombre, organización, año, objetivo, estrategia y cobertura de las campañas sobre el tema de interés. El segundo, recaba información sobre nombre, logotipo, eslogan, producto, precio social, promoción y resultados de las campañas de marketing social revisadas. Una vez diligenciados los instrumentos se procedió a redactar la monografía con los análisis de las estrategias de marketing social consultados.

### **Resultados:**

- Los nombres de las campañas especifican de modo puntual los aspectos relevantes de las mismas, plan o proyecto que se pretende implementar.
- Las organizaciones consultadas fueron del orden estatal principalmente. Cabe destacar dos entes privados, uno español (ONG) y otro de origen mexicano representado por una compañía comercializadora de productos alimenticios.
- Los objetivos planteados por las campañas, planes o proyectos de los entes estatales consultados, independientemente del país, coinciden en destacar el valor de la educación como estrategia fundamental en el desarrollo de campañas de marketing social responsable que promuevan la vida saludable.
- En general, con algunas excepciones, las campañas planes o programas analizados mostraron una cobertura de ámbito nacional y una de influencia internacional (compañía comercializadora de alimentos).

### **Conclusiones:**

- El público objetivo al que se dirigieron las campañas fue variado; niños y adolescentes, jóvenes, padres de familia y sociedad en general. El propósito fundamental de las campañas educativas diseñadas desde la perspectiva del marketing social fue buscar un impacto positivo en las poblaciones, en lo que atañe a la promoción de hábitos saludables de vida principalmente en las poblaciones jóvenes y propender en la población adulta, por la modificación de conductas o hábitos de vida que no conducen a la Vida Saludable. Este fue el denominador común de las campañas estudiadas independientemente del país, ente estatal o privado responsable del diseño y ejecución de las mismas. Los resultados o impacto no siempre fueron susceptibles de análisis en este trabajo, dado que algunas campañas estaban en proceso de difusión. No obstante, se esperan resultados positivos.
- Se generó una base de datos digital y física con literatura especializada sobre el tema de marketing social y su papel actual en el diseño de estrategias educativas para la vida saludable. La revisión de la literatura y los instrumentos utilizados para la recolección, clasificación y análisis de la información de las estrategias del marketing social aplicado a las campañas educativas para la Vida Saludable, permitió identificar las diferentes estrategias que promocionan la prevención y el arraigo de conductas o hábitos de vida. Se seleccionaron los más representativos para extraer de ellos los elementos

comunes en dichas estrategias, así como también analizar el nombre, logotipo y eslogan - producto - precio social, promoción y resultados que se obtuvieron de cada una de las estrategias empleadas por dichas campañas que recalcan la importancia de la educación como factor social de cambio cultural que promueve una mejor calidad de vida.

#### **4. Procedimiento para la verificación de la adherencia a la guía de prevención de infección sitio operatorio en una institución de alta complejidad en la ciudad de Cali**

*Autor: Vanessa Luna Murillo*

**Introducción:** Este proyecto surge a partir del trabajo realizado por el Comité de Infecciones y Gestión Clínica desde el año 2009 hasta 2012, mediante el cual se evidenció que el porcentaje de Infecciones del Sitio Operatorio (ISO) presentado durante este periodo superó la meta institucional. Por lo tanto, se definió la Guía de Prevención de ISO con el fin de estandarizar los métodos utilizados en ella; sin embargo, se requirió evaluar la aplicación de las recomendaciones establecidas en la guía de práctica clínica. En ese sentido, el siguiente trabajo de investigación tiene como propósito diseñar un procedimiento para la verificación de la adherencia a la Guía de Prevención de Infección Sitio Operatorio y desarrollado como aporte a la institución para identificar y priorizar las acciones y factores de riesgo predisponentes a la Infección del Sitio Operatorio durante los periodos pre quirúrgico, intraoperatorio y postoperatorio y que permita confrontar la Adherencia a la Guía ISO, determinar la necesidad de generar un plan de acción para disminuir la incidencia de ISO, mejorar la calidad del servicio de cirugía, dar una mayor orientación hacia los pilares y modelo de administración de la Institución de Salud y de esta manera contribuir al mejoramiento continuo y cumplimiento en la seguridad del paciente. Para lograr el cumplimiento de los objetivos, se crea un marco contextual donde se detalla la reseña histórica y ubicación geográfica de la institución objeto de estudio, se diseña un estado del conocimiento donde se evidencian los antecedentes históricos de la infección del sitio operatorio, su desarrollo y establecimiento de sistemas de control, en la actualidad basados en evidencias científicas que han resultado en un considerable ahorro de recursos para los servicios de Salud.

**Problema:** La Institución Prestadora de Servicios de Salud, es una entidad privada, sin ánimo de lucro constituida el 25 de noviembre de 1982 y cuyo principal objetivo es ofrecer servicios médicos de alta tecnología a la comunidad, apoyándose en cuatro pilares fundamentales: asistencia médica, educación y docencia, investigación clínica y servicio social a grupos menos favorecidos. Actualmente, es la

infraestructura hospitalaria privada más grande de la región y una de las más importantes del país. Posee más de 80.000 metros cuadrados destinados a la atención hospitalaria, a unidades de cuidado intensivo y desarrolla programas de asistencia médica, educación y docencia, investigación clínica y apoyo social, destacándose en su misión el compromiso de satisfacer las necesidades de salud, mediante un modelo de administración y atención al usuario con cultura de servicio, seguridad, innovación, eficiencia, rentabilidad y enfoque de responsabilidad social. Por todo lo anterior se hace necesario responder a la pregunta: ¿Qué procedimiento permitirá la verificación de la adherencia a la Guía de Prevención de Infección Sitio Operatorio en una Institución de Alta Complejidad en la Ciudad de Cali?

**Objetivo General:** Diseñar un procedimiento para la verificación de la adherencia a la Guía de Prevención de Infección Sitio Operatorio en una Institución de Alta Complejidad en la ciudad de Cali.

**Marco Teórico:** Para la generación del marco teórico se ha dividido el proceso quirúrgico en tres fases: periodo pre quirúrgico, intraquirúrgico y posquirúrgico, donde se detallan los factores que afectan la incidencia de Infección del Sitio Operatorio en el área quirúrgica. Periodo prequirúrgico: este periodo inicia en la consulta preoperatoria de cirugía y anestesia y termina antes del procedimiento quirúrgico. En términos de riesgo, los pacientes que han tenido infecciones intrahospitalarias o que tienen estancias prolongadas son más susceptibles a desarrollar una ISO. Periodo intraoperatorio: este periodo inicia cuando el paciente ingresa o es trasladado a quirófano y finaliza con el traslado a sala de recuperación o unidad de asistencia pos anestésico. Periodo postoperatorio: este periodo inicia cuando el paciente ingresa a la sala de recuperación o unidad de asistencia post-anestésica.

**Materiales y Método:** Enfoque de estudio, esta investigación tiene un enfoque de tipo cuantitativo, en la que se recolecta, analiza y relacionan datos cuantitativos. Tipo de estudio, el presente estudio es transeccional de tipo descriptivo retrospectivo. “se considera la mejor manera de observar situaciones ya existentes, en las que se tendrá como objetivo indagar las incidencias de una o más variables en la población objeto” (Sampieri, 2010). Diseño de estudio, se aborda bajo un diseño no experimental, en el que se tiene una perspectiva cuantitativa en la investigación, con la cual se diseña un procedimiento para la verificación de la adherencia a la guía de prevención de infección sitio operatorio. Población: la población del estudio está representada por los pacientes con intervención quirúrgica detallados a continuación, de una entidad de salud de III nivel de la ciudad de Santiago de Cali: Cirugía gastrointestinal, Cirugía cardiovascular, Cirugía colon y recto, Cirugía raquimedular, cirugía vascular. Muestra: el criterio de selección de la muestra es probabilístico, con doble chequeo por el Comité de Infecciones y Gestión Clínica, teniendo en cuenta la proporción de infección de la especialidad y el número de procedimientos realizados en el año 2011

### **Resultados:**

- Las listas de chequeo adaptadas para registrar la Adherencia a la Guía de ISO de la institución objeto estudio, permitieron identificar y priorizar las acciones y factores de riesgo predisponentes en los periodos prequirúrgico, intraoperatorio y post-operatorio para disminuir la incidencia de la Infección del Sitio Operatorio.
- El diseño y la estandarización del procedimiento para la verificación de la adherencia a la Guía de Prevención de ISO, permitió evaluar a través de la aplicación de las listas de chequeo de antibiótico profiláctico e ISO la aplicación de las recomendaciones establecidas en la Guía de Prevención de ISO en las especialidades: i) Cirugía Cardiovascular, ii) Cirugía Gastrointestinal, iii) Cirugía Raquimedular, iv) Cirugía de Colon y Recto y v) Cirugía Vascolar.
- La aplicación de las listas de chequeo a las cinco especialidades permitió determinar el porcentaje de adherencia, iniciando con los resultados de la muestra 377 historias clínicas de pacientes intervenidos en las especialidades de Gastroenterología, Cardiovascular, Cirugía de Colon y Recto, Raquimedular y Cirugía Vascolar, encontrando un nivel de cumplimiento MEDIO de la Adherencia a la Guía de Prevención de Infección del Sitio Operatorio de 78% en relación al antibiótico profiláctico y 79% respecto a la lista de ISO en el prequirúrgico, intraoperatorio y post-operatorio.

### **Conclusiones:**

- Los resultados y la verificación del porcentaje de cumplimiento de la Adherencia según los términos planteados en la Guía de Prevención de ISO, determinaron la necesidad de establecer e instaurar planes de acción con el objetivo de mejorar la calidad del servicio de cirugía, dar una mayor orientación hacia los pilares y modelo de administración de la institución de salud, validando el impacto a través de un seguimiento de resultados en el periodo Enero – Junio del año 2013 a las especialidades objeto de estudio, identificando una disminución importante y relevante en la incidencia de Infecciones del Sitio Operatorio de dichas especialidades quirúrgicas.
- Lo anterior resalta la necesidad de diseñar y estandarizar procedimientos que permitan disminuir las improvisaciones y errores en los procesos médico - asistenciales, contribuyendo a la precisión de las funciones, acciones y responsabilidades de los miembros de una organización, haciendo referencia al equipo de cirugía, logrando una visión global del paciente y de

los procesos, enlazada al desarrollo de planes de acción que permiten el mejoramiento continuo de la calidad del servicio, fortalecimiento y cumplimiento en las políticas de seguridad del paciente.

# Quinta Promoción

## I. Tipología de la corrupción en el sector Salud

*Autores: Evelyn Arcila Marquez y Clara Eugenia Quintero Quintero*

**Introducción:** Mundialmente se reconocen los efectos perversos que la corrupción tiene sobre las estructuras políticas, económicas y sociales de las naciones. Aunque este fenómeno no es nuevo, es a partir de la década de los noventa donde gana relevancia en el contexto internacional, tal vez, porque hay mayor disponibilidad de información al respecto por parte de organismos como el Banco Mundial y Transparencia Internacional y esto ha vuelto más atentos a los ciudadanos de las funestas consecuencias. Para la Organización Transparencia Internacional la corrupción se define como el mal uso del poder encomendado para obtener beneficios privados e incluye tres elementos: 1) El mal uso del poder. 2) Un poder encomendado, es decir, puede estar en el sector público o privado. 3) Un beneficio privado, que no necesariamente se limita a beneficios personales para quien hace mal uso del poder, sino que puede incluir a miembros de su familia o amigos. A pesar de múltiples esfuerzos, Colombia sigue siendo un país con altos índices de corrupción pública y privada. Por el lado público:

Colombia ocupa el puesto 129 entre 148 países en el indicador que mide la desviación de recursos públicos, el puesto 97 en el indicador que mide los pagos irregulares o sobornos, el puesto 109 en el que mide el favoritismo en las decisiones de los empleados públicos, el puesto 106 en el relacionado con el despilfarro del gasto gubernamental y el puesto 75 (una mejora de 6 de ocho puestos con respecto al año pasado) en transparencia en el diseño de políticas públicas por parte del Gobierno. (Forum, 2013)

**Problema:** La corrupción en Colombia crece y no disminuye, “es la conclusión que se destaca según el último informe de Percepción de Corrupción” (Transparen-

cia, 2013). El sector público de Colombia sigue siendo percibido como corrupto por empresarios y expertos internacionales. El país mantiene la calificación de 36 sobre 100 (siendo 0 mayor percepción de corrupción y 100 menor percepción de corrupción), lo que lo ubica en el puesto 94 entre 177 países evaluados. A pesar de las reformas institucionales y normativas para ponerle freno a la corrupción en los últimos años, la percepción sobre este problema en el país sigue siendo alarmante. “Para el año 2011 en Colombia registró un panorama de la situación de la salud con seis detenidos, 25 investigados, 34 gerentes de hospitales en la mira, 15 E.P.S en evaluación y no menos de \$4,5 billones en riesgo” (El País, 2011). Lo que hace real el fenómeno y con ello aún más complejo su abordaje, lo que implica la necesidad de fortalecer el conocimiento y el análisis sobre el mismo. De acuerdo con lo anterior se plantea el siguiente interrogante: ¿Qué tipos de corrupción afectan al sector salud?

**Objetivo General:** Identificar los tipos de corrupción que afectan el sector salud en Colombia.

**Marco Teórico:** La corrupción como fenómeno multifactorial ha evolucionado en su abordaje teórico y diversos autores y organizaciones han sido generadores de fundamentación y conceptualización teórica que se presenta a continuación. De acuerdo con su naturaleza y el ámbito donde se produzca existe la corrupción política, la corrupción administrativa pública, la corrupción corporativa, la corrupción privada. A continuación, se presentará un recorrido bibliográfico sobre los delitos de corrupción especialmente contra la Administración Pública. A lo largo de la vida constitucional en el país, no se han generado cambios importantes o en forma regular en temas penales; en Colombia no se han presentado cambios sustanciales en materia penal después de la Constitución de 1886, sin embargo, es del caso tener presente que diversas formas delictivas que asumieron las usurpaciones de funciones, de atribuciones y títulos estuvieron asociadas a expresiones de falsedad.

**Materiales y Método:** El presente trabajo está enmarcado en un enfoque cualitativo, utilizando la recolección de información sin medición numérica y fundamentada en una perspectiva interpretativa de la corrupción como fenómeno a estudio, que permite describir, comprender e interpretar este fenómeno buscando la expansión de la información sobre el mismo.

“Su alcance de tipo descriptivo pues busca especificar las características de la corrupción como fenómeno a analizar y con un diseño de investigación de tipo no experimental – transversal, porque busca identificar las características de un fenómeno de interés” (Hernandez et al., 2010). Para este caso la corrupción y los tipos de corrupción en el sector salud, desde una investigación bibliográfica la cual pretende recopilar información sobre la conceptualización de este fenómeno, cómo es y cómo se manifiesta y sus componentes.



**Resultados:**

- La corrupción, en su variada tipología, es inherente a la aparición del estado. En los albores de la humanidad cuando moraba una sociedad en germen y, por ende, no había aparecido ni autoridad ni norma, los viejos clanes dedicados a la subsistencia, a través de la recolección de hierbas y frutos, la pesca en los ríos y el trabajo mancomunado, no había la pretensión de conductas irregulares que beneficiaran individualmente pues el sentido colectivo estaba muy afirmado, dado que era la obligada posibilidad de protegerse de la intemperie, los animales salvajes y la hambruna prevista.
- Con el desarrollo de la institución estatal se fue produciendo una intervención del ente público en el desarrollo y prestación de unos servicios sociales básicos, entre ellos para destacar educación y salud. Este fue un momento paradójicamente propicio para el incremento de la corrupción; contradictorio pues el Estado regulaba estos servicios y evitaba el abuso que a partir de los mismos ejercían monopolios particulares, pero así mismo y casi que de modo simultaneo los agentes del Estado saqueaban los fondos públicos destinados a educación y salud.
- La administración pública en el sector salud se ha visto afectada por la conducta de algunos funcionarios públicos y contratistas, por la proliferación del clientelismo, que han ocasionado que el manejo de los recursos públicos y administrativos se desvíen hacia un beneficio particular, y con ello, se pierda la función del Estado, de garantizar a la sociedad el derecho a poder desarrollarse en igualdad de condiciones dignas y justas.
- Se resalta que el hecho de sobreponer el interés particular sobre el general incide en la sociedad, excluyendo a un porcentaje significativo de la población, que ve afectados sus derechos constitucionales, por lo tanto, la reforma al sistema de salud debería garantizar cero corrupción en el sector, acceso real a la provisión de servicios de buena calidad, con una mirada intersectorial que entienda el papel de los determinantes en salud en la perpetuación de la enfermedad y de la pobreza.

**Conclusiones:**

- La corrupción es un fenómeno histórico alimentado por la disolución de la vieja sociedad comunitaria y la aparición de una sociedad de vencedores y vencidos surgido de las primeras guerras, por ende, ha dejado de ser un problema focal, que tiene que ser analizado desde la perspectiva sistémica nacional que afecta a toda la economía. Y por ello se afirma que este fe-

nómeno es responsabilidad de todos: Estado, Instituciones, funcionarios, Servidores y personas en general, requiriéndose entonces, enfoques multidisciplinarios para prevenirla y combatirla.

- Debido a las muchas implicaciones descritas de la corrupción en el funcionamiento del sistema general de seguridad social en salud en Colombia, todos los actores del estado deben promover y buscar que se retome este fenómeno como una prioridad en la agenda pública y en los planes de gobierno nacional y local, con el objetivo de evaluar las estrategias actuales y rediseñarlas en miras de la sostenibilidad y del funcionamiento del sistema bajo condiciones de calidad.
- La corrupción en el sector salud, es un fenómeno complejo, creciente, que demuestra que los esfuerzos estatales siguen siendo insuficientes para controlar y prevenir este fenómeno, es por ello que con este ejercicio académico se hace un llamado a todos los actores del sistema de salud a vislumbrar las posibles acciones o roles individuales o colectivos que contrarresten esta práctica.

## **2. Seguridad del paciente en la prestación de servicios de Salud.**

*Autores: Yohanna Balanta Fory, Diana Paola Moreno Meneses y Luz Adriana Montoya Ossa*

**Introducción:** Teniendo en cuenta que la seguridad del paciente involucra tanto elementos estructurales como procesos, instrumentos y metodologías, es necesario tenerlos en cuenta para minimizar los riesgos adversos y en el caso de que éstos se presenten, atender adecuadamente sus consecuencias. A pesar de ser un proceso complejo, se hace fácil si se atiende mediante controles oportunos y adecuados tanto en la infraestructura y las tecnologías, como en los procedimientos; por tanto, lo mejor es contar con suficiente planeación y unas buenas estrategias que permitan agilizar la atención a los pacientes, para evitar los eventos adversos o en el peor de los casos la muerte.

En este sentido, el estudio tiene como objetivo general describir la importancia que tienen los programas de seguridad del paciente en las instituciones prestadoras de servicios de salud.

**Problema:** En Colombia, la seguridad del paciente es un problema de salud pública. Según estudio IBEAS, se evidencia que son muy pocas las I.P.S en Colombia que se encuentran acreditadas, hecho que demuestra, que, aunque el gobierno ha determinado los lineamientos generales, las I.P.S no han fortalecido suficientemente

los procesos para ofrecer servicios seguros, eficaces y de calidad. Es evidente que el Estado debe invertir en el desarrollo de la cultura de la seguridad del paciente en las instituciones oficiales, en busca del mejoramiento de la prestación del servicio. Debido a la falta de estructura organizacional y políticas de calidad, en las I.P.S se presentan muchos eventos, que no son registrados, documentados, reportados y menos, gestionados. La principal dificultad que enfrenta Colombia en cuanto a la seguridad del paciente, es la falta de “cultura del reporte”. Infortunadamente, el silencio y el encubrimiento de los sucesos siguen latentes. La seguridad del paciente, además de ser una obligación moral, debe contribuir con el ejercicio de la autonomía profesional y evitar condenas por responsabilidad civil. El desarrollo de estos programas contribuye en la eficacia de los procesos para la calidad en el servicio de salud; por ello, Colombia asume el reto de generar esta cultura. Por lo anterior, se formula el siguiente problema de investigación: ¿Cuál es la importancia de los programas de seguridad del paciente en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud?

**Objetivo General:** Describir la importancia de los programas de seguridad del paciente en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

**Marco Teórico:** “Errar es humano, ocultar los errores es imperdonable; no aprender de ellos no tiene perdón” (Donaldson, 2004). Estudios realizados por Harvard Medical Practice Study en 1991, indican que entre el 3,5% y 16,6% de los pacientes hospitalizados presentan efectos adversos. En promedio, uno de cada diez pacientes ingresados sufre alguna forma de daño evitable que provoca discapacidades graves e incluso la muerte. Dichos estudios concluyen que el 4% de los pacientes sufre algún tipo de daño en el hospital, el 70% de los eventos adversos provoca incapacidad temporal y el 14% de los incidentes son mortales. Teniendo en cuenta los anteriores datos estadísticos, se podría pensar que el porcentaje de casos adversos es alto, de lo cual se concluye que no se están teniendo en cuenta los lineamientos del Estado para prevenir esta clase de complicaciones en los pacientes.

Con el objeto de facilitar el desarrollo de políticas y prácticas de seguridad del paciente de los Estados Miembros, la Organización Mundial de la Salud (OMS), crea en 2004 la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, que parte de reconocer que la incidencia de eventos adversos pone en peligro la calidad de la atención, como se ha venido diciendo, como también que es urgente mejorar el desempeño de los sistemas de salud para evitar al máximo posible los eventos adversos; y éste es un compromiso tanto del mismo sistema de salud como de las instituciones prestadoras del servicio. Por tanto, el mejor camino es seguir al pie de la letra lo que ordena la ley, pues ella pretende prevenir y minimizar los daños que se les causa a los pacientes. Lineamientos de la seguridad del paciente en Colombia. El estudio realizado por el DANE en Colombia en el año 2000 sobre las causas de defunción presentadas en 1998, evidenció que el 24.1% eran por enfermedades no letales. En

consecuencia, los efectos indeseables de la atención en salud son un problema que afecta a todas y cada una de las personas involucradas en el proceso de atención; tanto el personal administrativo como el asistencial. Los porcentajes anteriores se convierten entonces en la razón de ser del presente trabajo, donde se aborda el tema de la seguridad del paciente, y cuyo propósito es ofrecer elementos tanto teóricos como prácticos que permitan a las instituciones avanzar hacia el mejoramiento de la calidad de los servicios para que los pacientes, de igual manera, sientan el apoyo en el mejoramiento de su calidad de vida.

### **Materiales y Método:**

**Enfoque:** Para alcanzar los objetivos de la monografía, se empleó el enfoque cualitativo, el cual utiliza la recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar procesos. Este enfoque describe y detalla situaciones, eventos, personas, interacciones, conductas observables y sus manifestaciones.

**Tipo de investigación:** Una vez hecha la revisión de la literatura, se plantea como alcance los estudios exploratorios y descriptivos. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Además, la exploración presenta una visión general y aproximada del objeto de estudio, ésta es flexible y empieza con descripciones generales.

**Diseño:** El diseño es de tipo no experimental con corte transversal, donde se realiza la recolección de datos en un mismo momento

### **Conclusiones:**

- En los hospitales públicos deben existir políticas institucionales que garanticen una cultura de seguridad del paciente, empezando por el cambio de paradigma de que las I.P.S públicas no podrán realizar el mejoramiento continuo de la calidad enmarcada en procesos seguros. Cabe resaltar que existen voluntades políticas y factores económicos y tecnológicos que limitan el crecimiento de las instituciones con referencia a la calidad en las mismas.
- Dado que las instituciones no tienen una cultura del reporte, éste se convirtió en el principal obstáculo para el avance en un programa de seguridad del paciente, pues al ser siempre punitivo, nunca se podrá lograr dicho reporte y por consiguiente los errores se seguirán cometiendo, al no tener un sistema que garantice el análisis de los procesos de una manera objetiva que permita dar un valor agregado en la gestión de los eventos.

- La ausencia de un sistema de información que contemple el reporte de eventos es una barrera transversal a cualquier servicio de la I.P.S, que no permite el avance en el programa.

### 3. Evento adverso y su repercusión en el sistema de salud colombiano

*Autor: Manuel Alejandro Ramírez Gómez*

**Introducción:** La preocupación de los eventos adversos surgió a partir de los datos arrojados sobre su incidencia que impactan negativamente en la calidad de la atención en salud, así fue manifestado en la 55ª Asamblea Mundial de la Salud en la que se expuso el alto costo de estos eventos en términos materiales y de oportunidad para los servicios de salud y más importante aún, como determinante en la vigilancia y mantenimiento del bienestar del paciente. Esta temática ha sido abordada desde finales del siglo pasado, pero sólo a partir del año 2000, con la publicación del libro "Error es Humano", del Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos de América, se dimensionó el impacto de los errores en los procesos de atención en salud. Este estudio tiene como objetivo general determinar el evento adverso y su repercusión en el sistema de salud colombiano, con objetivos específicos tales como identificar características del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad, caracterizar el evento adverso y los factores más comunes asociados a la ocurrencia del evento adverso, por último, describir los costos estimados que se han asociado a la producción de los eventos. En el estudio se podrá también encontrar la delimitación del problema, justificación del estudio, su metodología, marco referencial, los resultados y conclusiones propios de la investigación.

#### **Problema:**

La ocurrencia de un evento adverso es un tema que ha tomado gran relevancia no solo en el contexto nacional sino internacional, considerando que tiene repercusiones directas en la salud de los usuarios y en el sistema de salud de los países, ya que la alta incidencia de ellos, genera pérdidas económicas considerables al sistema. (González, 2008)

En algunos países, los eventos adversos son considerados una problemática de salud pública, dado que las muertes que se producen por este concepto, sobrepasan la mortalidad por causa de accidentes de tránsito y de cáncer de seno. En el contexto nacional, también se han realizado estudios que han reportado datos significativos en cuanto a la presentación de eventos adversos en la atención de salud. En ese

sentido, se consideró importante elaborar esta monografía que compilará los principales resultados de los estudios encontrados en el rastreo bibliográfico, con el fin de generar información basada en la evidencia sobre el tema, haciendo énfasis en las principales repercusiones del evento adverso en el sistema de salud Colombiano. Surge entonces la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la repercusión del evento adverso en el Sistema de Salud Colombiano?

**Objetivo General:** Determinar el fenómeno del evento adverso y su repercusión en el sistema de salud colombiano.

**Marco Teórico:** En Colombia, el Sistema de Garantía de la Calidad, establece la atención de salud como:

El conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población” (Decreto 1011, 2006)

Para que se dé estricto cumplimiento, el cuidado de la salud de los colombianos debe concebirse como un esfuerzo articulado en el cual concurre el sector salud, los usuarios de los servicios y los diversos sectores productivos del país. En ese sentido, la atención en salud, debe estar conformada por el conjunto de actividades que se realizan desde los estamentos de dirección, vigilancia, inspección y control, tanto en el ámbito nacional como en los territorios, las EAPB y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los profesionales independientes de salud y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura. En el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud se define 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. En ese sentido, la calidad se concibe como una relación entre los beneficios, los riesgos y los costos, por lo que se relaciona directamente con la eficiencia, efectividad y eficacia. La definición otorga gran relevancia a la necesidad de tomar en consideración los recursos disponibles, ya que no se justifica que el costo de mejorar la calidad resulte superior al costo de la mala calidad.

### **Materiales y Método:**

**Tipo de Estudio:** Para llevar a cabo la investigación y alcanzar los Objetivos propuestos el tipo de estudio que se utilizó fue la investigación Documental.

**Método:** Histórico Hermenéutico.

**Enfoque:** Para contextualizar el problema de investigación planteado, mediante el desarrollo de una perspectiva teórica, se utilizó el enfoque cualitativo, para la recolección de la información se efectuará el análisis de estudios realizados anteriormente donde la información recolectada proporcionará datos primarios que dan respuesta a la pregunta de investigación y al mismo tiempo apoyan el desarrollo del estudio.

**Diseño:** Para este estudio se utilizó como diseño una investigación de tipo No Experimental, es decir no se cambia la variable independiente para ver su efecto sobre las otras variables si no que se observa los fenómenos en su contexto natural para analizarlos, el tipo de diseño no experimental es el transversal o transeccional y su alcance exploratorio y descriptivo.

**Población y Muestra:** Artículos resultado de investigación consultados en las bases de datos. Trabajos de grado realizados.

**Resultados:**

- Se puede entender que los artículos revisados se encuentran publicados entre los años 2003 y 2013, la ciudad que más aportes ha realizado a esta temática es Bogotá.
- El abordaje de la mayoría de las investigaciones estuvo más orientado a determinar las causas y los tipos de eventos, pero no a medir su impacto económico.
- La mayoría de los documentos revisados corresponden a artículos resultado de investigación publicados y resultado de investigación no publicado.
- Los documentos resultados de investigaciones no publicadas, corresponden a trabajos de grado realizados en los posgrados de Administración en Salud y Gerencia de los Servicios de Salud, realizados en Cali y Antioquia respectivamente.
- La complejidad de las instituciones donde fueron desarrolladas las investigaciones, fue de predominio de II y III nivel de atención. Los factores asociados a la presentación de eventos adversos en las investigaciones realizadas, están relacionados en mayor proporción con la administración inadecuada de medicamentos, inatención y relacionadas con procedimientos médicos. Respecto a las áreas más afectadas, destacan el área de obstetricia, medicina interna, urgencias, cirugía y hospitalización.

- Las edades de los pacientes afectados con la presentación de eventos adversos, varían en función del tipo de servicio donde se presentaron los mismos, por tal razón el rango se ubica desde un año de edad (1), hasta 64 aproximadamente. Respecto a la mortalidad presentada por eventos adversos, para la mayoría de los casos no se registró este tipo de información. Para las tres investigaciones que lo reportan se ubica entre el 1,1% y el 38,5%,

#### **Conclusiones:**

- Las investigaciones realizadas en el contexto colombiano sobre el evento adverso son escasas. Las encontradas en el rastreo bibliográfico, han realizado abordajes desde la prevalencia, efectos asociados y tipos de eventos adversos. Las instituciones que participaron en las investigaciones referenciadas en este estudio, pertenecen de mayor porcentaje al II y III nivel de atención, lo que permite concluir que en el I nivel de atención la medición y reporte de los eventos es escasa.
- Los eventos adversos que más predominan en las instituciones están relacionados con infecciones nosocomiales, procedimientos médicos e inatención, así como con la administración de medicamentos. Los sobre costos de estos eventos generalmente se producen por la prolongación de la estancia en el hospital de los pacientes afectados.
- Las áreas de mayor incidencia de presentación de eventos adversos corresponden a Medicina Interna, Ginecobstetricia y Hospitalización.

## **4. Calidad en la gestión gerencial de una Institución de Salud**

*Autores: Yojana Patiño Mera y Hallen Marcela Vivas Mayor*

**Introducción:** La calidad en los servicios de salud como herramienta principal de la organización moderna enfoca su atención en la satisfacción del usuario como base fundamental del éxito. Esta herramienta ha sido incorporada por diversas empresas o instituciones de salud en su plan de desarrollo con el propósito de generar procesos de mejora continua que permitan asegurar su sostenibilidad en el tiempo y ser competitivas en el mercado, aunque la búsqueda de la calidad en el servicio representa un desafío importante para los profesionales de la salud, ofrecer un servicio profesional con calidad implica la elaboración progresiva de un conjunto de acuerdos imprescindibles para que la intervención profesional pueda llevarse a cabo de la forma esperada, representa una instancia realmente creativa ya que integra aspectos técnicos, conceptuales y de comportamiento, no es otra cosa que lograr en la



realidad que el paciente o usuario tome la decisión de elegir el servicio, por tal motivo el éxito de la gestión de la calidad consiste en captar la necesidad del usuario. Para alcanzar el objetivo propuesto, el estudio se estructura de la siguiente forma: el capítulo I contiene el planteamiento del problema y su formulación en forma de pregunta, los objetivos general y específico, la justificación y el diseño metodológico empleado. El capítulo II contiene el marco referencial incluyendo los antecedentes de la calidad en Salud, el mejoramiento continuo, los modelos de gestión basado en procesos, los conceptos que conllevan a desarrollo del estudio y el Marco Legal el cual soporta los temas tratados. El capítulo III Incluye el análisis de los resultados y en el capítulo IV se formula las conclusiones del estudio. Por último, contiene las referencias bibliográficas.

**Problema:** Hoy en día las instituciones del sector salud tienen una gran responsabilidad en el logro de resultados que contribuyan al desarrollo propio y al del país, para eso, es necesario que la organización produzca servicios que permitan satisfacer a una población en general. Al hablar de calidad en salud es necesario preguntarse si los conceptos, herramientas y métodos que se necesitan para desarrollarla son necesariamente una temática de una ley específica dentro de un modelo de salud, o si por el contrario son elementos constitutivos de cualquier sistema de salud independientemente del sistema adoptado por el país. A pesar de que los servicios asistenciales de salud están sujetos a muchas regulaciones por parte del estado, la calidad de los servicios no es garantizada. Se formula entonces la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo influye la calidad en la gestión gerencial en una institución de salud?

**Objetivo General:** Determinar la influencia de la calidad en la gestión gerencial de una institución de salud

**Marco Teórico:** “En un principio la calidad estaba regulada por la propia conciencia y por el código deontológico de la profesión, Florence Nightingale, posterior a la guerra de Crimea (1858)” (Chandia, 2006), en 1910 Flexner, evaluó a los colegios de enseñanza médica de Canadá y Estados Unidos, descubriendo la ausencia generalizada de normas relativas a la educación médica y recomendó el establecimiento de normas educativas en todo el continente americano. En 1912 Codman desarrolla un método que permite clasificar y medir “los resultados finales” de la asistencia hospitalaria y en 1913 a consecuencia de los informes de Flexner y Codman el Colegio Americano de Cirujanos emprende estudios sobre la normalización de los hospitales.

A principios de 1900, la realidad hospitalaria en EEUU indicaba que existían grandes déficits y que los establecimientos no eran más que pensiones para los pacientes carenciados, sin que existiera un responsable del cuidado suminis-

trado, no se examinaba adecuadamente a los pacientes, los registros clínicos eran deficientes; la observación desprejuiciada de la realidad y la conciencia creciente de que la calidad de atención debía ser mejorada fueron los estímulos iniciales que impulsaron la idea de desarrollar un programa de acreditación. (Chandia, 2006)

En 1950 en Canadá se crea el Consejo Canadiense de Acreditación de Hospitales y en 1951 en Estados Unidos la Joint Comisión on Accreditation of Hospitals (JCAH). Estos organismos permiten la generalización de las normas de acreditación en los hospitales y la aparición de las primeras definiciones de parámetros de calidad. El proceso de acreditación incluyó distintas etapas, entre ellas: el desarrollo de estándares razonables; la evaluación de los establecimientos realizado por profesionales concededores de los estándares; la realización de consultas y obtención de un consenso más amplio y por último las acciones correctoras realizadas por los establecimientos para mejorar la calidad de los servicios.

La Organización Mundial de la Salud ha manifestado mucho interés por potenciar y desarrollar la calidad en salud y ya en los años ochenta las organizaciones de la salud comenzaron a utilizar las filosofías industriales del proceso de mejoramiento continuo (PMC) y la administración total de la calidad (TQM), asimismo la acreditación en hospitales amplió su enfoque hasta promover el mejoramiento de la calidad. En el año 1991 el servicio nacional del reino unido adopta una política formal de calidad y reconoció al PMC como la manera más rentable de ponerla en práctica. El PMC y la TQM se basan en los trabajos de W. Edwards Deming, Joseph Juran, Armand Feigenbaum y Kaoru Ishikawa. Según el Sistema Único de Acreditación del año 1991, con la aprobación de la nueva Constitución Política, se estableció que 'la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado', que aplica los principios de descentralización, universalidad, solidaridad, equidad, eficiencia y calidad que debe tener el servicio de salud en Colombia. El nuevo modelo, a través de la Ley 60 de 1993, definió las competencias y los recursos para los diferentes entes territoriales y la Ley 100 de 1993, creó el nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud y dentro de éste se estableció la Acreditación en Salud como mecanismo voluntario para mejorar la Calidad de los Servicios de Salud.

**Materiales y Método:** Metodológicamente el estudio tiene un enfoque cualitativo con alcance exploratorio y descriptivo exponiendo el proceso de evolución de la calidad, los conceptos que soportan el sistema y los enfoques sobre la calidad de atención en salud enfatizando en las nociones de cambio, mejoramiento continuo, costos institucionales, propuestas del mercado y la atención centrada en el usuario.

**Resultados:**

- Los resultados muestran que independientemente de los problemas financieros en el sistema de salud colombiano, se debe velar por que la gestión gerencial con calidad se enfoque en procesos que conlleva a la satisfacción del usuario y se cumpla con el mejoramiento continuo mediante un sistema planificado y sistemático.
- Se concluye que, por medio de la ejecución de una serie de procesos estipulados de forma estratégica por la organización, basados en modelos de gestión de calidad en salud establecidos según la normatividad vigente, permitirán a la organización brindar servicios de salud con altos niveles de calidad, obtener mayor reconocimiento en el sector y asegurar su sostenibilidad en el tiempo.
- Se analizó que, durante la actualidad, los enormes problemas financieros e institucionales en el sistema de salud colombiano han evidenciado una situación crítica de dicho sistema que se ha ido fraguando desde hace décadas. Pero su principal problemática ha girado en crear la aparente imagen de que la calidad depende de la inspección del producto final y no del proceso de actuación en sí.

**Conclusiones:**

- Podemos concluir que en particular el sistema de garantía de calidad de nuestro país debe apuntar hacia la atención en salud basada en el proceso de mejoramiento de calidad, trascender en su alcance de los servicios asistenciales y debe concebirse como un esfuerzo articulado entre atención con calidad y procesos en continuo mejoramiento que facilite y lleve a unos resultados positivos a toda la organización teniendo presente que la calidad en los Servicios de Salud, constituyen simultáneamente derechos y deberes de los actores intervinientes. Magnificando la calidad como una relación riesgos, costos y beneficio lo cual conlleva que la definición de la calidad debe estar basada en el conocimiento de la evidencia científica y en establecimiento de una relación entre la eficacia, la efectividad y eficiencia.

## **5. Financiamiento y sostenibilidad del sistema general de seguridad social de salud en Colombia.**

*Autores: Julián Andres Ospina Marín y Oscar Mauricio Gil Concha*

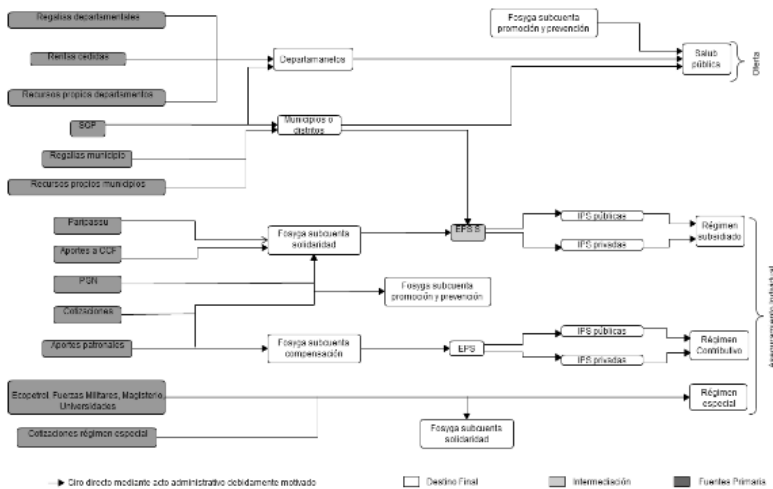
**Introducción:** Las reformas a los sistemas de salud en el mundo, están sujetos a cambios día tras día; los desafíos que enfrentan los formuladores de políticas en casi todos los países, son bastante similares y van entorno a la creación de un sistema de salud en el que tanto la financiación y la sostenibilidad, así como la prestación de servicios de salud sean equitativos, se intenta buscar un mejoramiento en la eficiencia tanto en la financiación como en el gasto sectorial; mejorar la calidad de los servicios de salud y lograr sistemas de salud que sean viables y sostenibles financiera y políticamente. El sistema de salud colombiano es uno de los que han iniciado el camino de la reforma, desde la aplicación de la Ley 100 de 1993, mediante la cual se creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**Problema:** En el modelo del sistema de seguridad social en salud que propuso la Ley 100 de 1993, la función de regulación es fundamental como elemento modulador de los mercados que se generarán a partir de su implementación. Esto involucra la definición, implementación y evaluación de las reglas de juego para una adecuada operación del sistema general de seguridad social en salud. Un sistema de mercado con tantas fallas, como es el caso de la salud, implica que el Estado asuma la regulación como una función pública indelegable, lo que le exige grandes capacidades de liderazgo, gestión y planeación. En lo relativo a la regulación del sistema, las críticas y los problemas son una situación de cada día. Por un lado, el alto número de decretos, resoluciones y circulares, en algunos casos contradictorias, generan confusión e incertidumbre en los actores y en alguna medida una posición pasiva de éstos, que solo se mueven a la luz de una norma. Una ilustración de esta situación es la presentada durante el periodo comprendido entre el año 1993 y el 2010, durante el cual se generaron más de 630 normas que pretendían regular la operación del sistema. Surge entonces el siguiente interrogante de investigación: ¿Cuál es la situación actual, financiera y de sostenibilidad del sistema general de seguridad social de la salud en Colombia?

**Objetivo General:** Analizar el financiamiento y la sostenibilidad del Sistema General de Seguridad Social de Salud en Colombia.

**Marco Teórico:** Es necesario hacer un resumen de la manera como el sector de la salud llegó a esta compleja red de actores, fuentes de recursos y procesos que la conforman. El actual modelo de salud colombiano es fruto de un proceso que se inició hacia la década de los años noventa, con la Constitución Política de 1991, cuando la descentralización se convirtió en una herramienta básica en el Estado y gran parte

de los recursos transferidos del Gobierno Nacional a los territorios, departamentos y municipios, se destinaron a financiar el sector de la salud. Teniendo en cuenta que en términos normativos ha habido un largo recorrido sobre este tema, en el Gráfico 1 se recoge de forma concisa el trayecto que se ha seguido hasta hoy para consolidar el financiamiento de la salud en Colombia. Este gráfico presenta el flujo de los recursos de la salud en Colombia. Como se puede observar, un alto número de entidades, empresas, fondos, cajas de compensación y cooperativas trabajan en la salud en el país. Este mapa es bastante complejo, razón por la cual en varias ocasiones se han referido a él como un laberinto institucional. El esquema muestra las fuentes de financiación en color gris oscuro, las entidades que los intermedian en color gris claro y el destino final de los recursos, por tipo de régimen o mercado, en color blanco. Las agencias, fondos, empresas y entidades territoriales son las encargadas de canalizar estos recursos (resaltadas en gris claro en la figura 1).



**Figura 1. Financiamiento de la salud en Colombia. Ospina Marín, J. A., & Gil Concha, O. M. (2014). Financiamiento y sostenibilidad del Sistema General de Seguridad Social de Salud en Colombia (tesis de maestría). Universidad Libre, Cali, Colombia.**

**Materiales y Método:** Para alcanzar los objetivos de la investigación se utilizará el método cualitativo, el cual utiliza principalmente las ciencias sociales, empleando métodos de recolección de datos que no son cuantitativos con el propósito de explorar las relaciones sociales y describir la realidad de un tema, investiga por qué y el cómo, usando las fuentes de los expertos en el tema, así como su integración y discusión conjunta para lograr un mayor entendimiento sobre el sistema general de seguridad social de salud en Colombia. El estudio exploratorio ayuda a preparar

el terreno, a familiarizarnos con el sistema de financiación de la salud, obtener información para realizar una investigación más completa, investigar nuevos problemas, identificar conceptos o variables sobre la economía y finanzas del sector salud.

El estudio descriptivo especifica las propiedades y características importantes de la economía, finanzas y sostenibilidad en el sector salud. Es decir, pretende mostrar con precisión las dimensiones de nuestro sistema de aseguramiento.

### **Conclusiones:**

- En casi dos décadas, el desarrollo del modelo de aseguramiento en Colombia muestra unas tendencias generales que ratifican la validez de éste y de la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Dos elementos estructurales son concluyentes: la expansión de la cobertura del sistema en muy pocos años y, relacionado con lo anterior, la gran capacidad que ha mostrado la sociedad colombiana para arbitrar recursos a favor del sector. Basta mencionar que en el 2012 se destinaron alrededor de \$45 billones para la salud, equivalentes a más de 9 puntos del PIB. Este monto de recursos representa cerca de \$1 millón per cápita (US\$ 550), es decir, alrededor del 10% del ingreso de cada colombiano. Como vimos, estos promedios esconden grandes diferencias según el modo en que participa cada ciudadano en el sistema de salud por su tipo de afiliación. Igualmente, las cifras nos permiten afirmar que la meta de universalización es prácticamente una realidad.
- El estudio mostró que los numerosos esfuerzos por arbitrar nuevos recursos para el sistema de salud serán siempre insuficientes si no se hacen ajustes básicos que garanticen su funcionamiento a largo plazo. El problema del sector no es de recursos, pues éstos han crecido en forma sostenida muy por encima de la inflación, sino que están relacionados con el diseño y la gestión de los mismos. Ahora bien, es necesario precisar que, a pesar de la difícil coyuntura, el debate no se debe centrar en cuestionar la validez del modelo de aseguramiento; sino por el contrario, en diseñar los ajustes para consolidarlo. El sistema actual debe continuar, ya que sus resultados han sido positivos y demuestran un avance para la salud de los colombianos, no tan sólo en cobertura si no en disponibilidad de recursos.

## 6. Seguridad del paciente y la Gestión Gerencial

*Autores: Leidy Mabel Burbano Ceron, Andrea Catalina Linares Lopez*

**Introducción:** La seguridad del paciente es un tema de discusión que se ha tratado desde el inicio de la medicina con el propósito de garantizar una atención segura a los pacientes, con la creación de los primeros centros de atención en salud, se presentaron algunas dificultades relacionadas con reacciones secundarias a la atención brindada, de allí parte la necesidad de implementar procesos en los cuales se busque garantizar una adecuada prestación de servicios de salud.

Sin embargo, la seguridad del paciente a medida que pasa el tiempo ha adquirido mayor importancia, actualmente no solo se centra en el paciente y las complicaciones que puedan derivarse del mismo, también involucra al profesional encargado de brindar la atención y a la institución que brinda los servicios de salud.

**Problema:** La seguridad del paciente sea convertido en un problema grave de salud pública en todo el mundo, según datos arrojados por la OMS; calcula que en los países desarrollados hasta uno de cada 10 pacientes sufren algún daño en los hospitales, en algunos países el riesgo de infección asociada con la atención médica llega a ser hasta 20 veces superior al registrado en los países desarrollados. En los países en desarrollo por lo menos el 50% de los equipos médicos no está en condiciones de ser utilizado, a menudo los equipos no se usan por falta de personal capacitado, en esta situación la calidad de los diagnósticos y tratamientos es inferior a la norma y los procedimientos pueden ser peligrosos y poner en riesgo la seguridad del paciente, los problemas asociados con la seguridad de las intervenciones quirúrgicas constituyen el 50% de los episodios adversos evitables cuyo resultado es la muerte o la incapacidad. Esta problemática ha puesto en alerta a las instituciones de salud, no solo porque compromete la calidad en la atención de los servicios y pone en riesgo la vida y el bienestar del usuario, sino también genera costos adicionales para la empresa, “ en algunos países se han perdido entre 6.000 millones y 29.000 millones al año a causa de la prolongación de la estancia hospitalaria” (Merino Plaza, 2012)

**Objetivo General:** determinar la importancia de la seguridad del paciente en la gestión gerencial de los procesos asistenciales que se llevan a cabo en las instituciones de salud.

**Marco Teórico:** Se realiza análisis sobre los Antecedentes de la Seguridad del Paciente basado en las Asambleas Mundiales de Salud realizadas por la Organización Mundial de Salud, celebradas en Ginebra en el 2002, 2004, 2005, donde se expusieron las directrices para poner en marcha la Seguridad del Paciente, llevando un cambio trascendental en la historia de la Salud, También se define la Seguridad del

Paciente como: “ La política de seguridad del paciente es un conjunto de acciones y estrategias que ofrece el sistema obligatorio de garantía de calidad para proteger al paciente de riesgos evitables que se derivan de la atención en salud, el cual establece los siguientes objetivos para dar cumplimiento a la política de la seguridad del paciente”

**Materiales y Método:** Para el desarrollo del presente estudio, se emplea el método de investigación cualitativa con el propósito de determinar la importancia de seguridad del paciente generando prácticas institucionales que permitan minimizar al máximo cualquier posibilidad de error y la reducción de costos incrementados por la No seguridad de ésta misma. Se fundamenta con una revisión bibliográfica en internet, concerniente al tema de seguridad del paciente en las instituciones prestadoras de servicios de salud. Una vez finalizada la búsqueda de información se procedió a desarrollar la temática de la monografía por medio del análisis de los modelos más utilizados en salud tomando como referencia organizaciones importantes como los son la OMS, La Joint Commission y el SOGCS, en la que se aborda la problemática de seguridad del paciente y la medición sistemática de costos generados por fallas en los procesos de la institución. El alcance del estudio es exploratorio y descriptivo y el diseño es de tipo no experimental con corte transversal.

### **Resultados:**

El resultado de esta investigación permitió crear un plan de mejoramiento continuo enfocado en varios aspectos que son la clave del éxito en la seguridad del paciente:

- **Apoyo institucional:** implicación de la alta dirección en la creación y desarrollo del programa de seguridad del paciente.
- **Disponibilidad de recursos:** estructuras funcionales por cada centro sanitario, vocación de integración de todos los grupos funcionales, herramientas informáticas adecuadas.
- **Comunicación activa:** comunicación dentro de la organización, sensibilización a todos los miembros de la misma.
- **Participación y flexibilidad:** inclusión del máximo número de colectivos y profesionales.
- **Evaluación del desempeño:** implantación de cuadros de mando, evaluación y mejora continua.
- **Incentivación:** estimulación a la notificación de incidentes, reconocimiento corporativo del esfuerzo.



**Conclusiones:**

- La seguridad del paciente debe ser una política impartida desde la dirección gerencial, como una de las metas institucionales e incluirlas en la planeación estratégica y difundirla y evaluarla con el personal que labora en la institución, ya que existe la posibilidad de cometer errores de manera no intencional, lo que hace necesario implementar políticas o prácticas de atención segura que minimicen el riesgo en salud.
- La atención en salud es una labor de alto riesgo, por ello es necesario la creación de una cultura organizacional en seguridad del paciente que permita la implementación de prácticas seguras y trabajo en equipo para así contribuir al mejoramiento continuo de la práctica clínica y disminuir los errores que se puedan presentar en las instituciones prestadoras de servicios de salud.
- La cuantificación de los costos dentro del presupuesto de la institución constituye un instrumento adicional importante, puesto que el impacto económico que podría generar el no brindar una atención segura es mayor que el capital requerido para implementar el programa de seguridad del paciente.

## 7. Gestión del riesgo asistencial en Salud

*Autores: Alba Lucia Burbano Ceron y Catalina Osorio Barrreto*

**Introducción:** La gestión del riesgo asistencial se deriva de la problemática que genera el concepto de una atención segura, en la cual cada uno de los procesos que se llevan a cabo al brindar un servicio de la salud a un determinado usuario están ligados a un sistema de gestión que permita minimizar al máximo los riesgos que se puedan derivar de la atención prestada.

**Problema:** La atención en salud por su complejidad y especiales características entraña un riesgo al existir elementos que facilitan la ocurrencia de sucesos no deseados con consecuencias adversas para los pacientes. La experiencia demuestra que los efectos adversos afectan y afectarán al sistema sanitario a pesar de la dedicación y el buen hacer de los profesionales. Algunos de estos sucesos están asociados a la incertidumbre de la decisión clínica, a la introducción creciente de nuevas tecnologías y a la mayor utilización de los servicios sanitarios por la población.

La gestión del riesgo asistencial no solo depende de los procesos de atención en salud que se hayan establecido al interior de cada servicio de la organización, de

pende también de una adecuada dirección administrativa que incluya dentro de su planeación estratégica un sistema de gestión del riesgo con una visión más amplia que garantice tanto la seguridad de la atención clínica como la sostenibilidad de la institución a lo largo del tiempo.

**Objetivo General:** Determinar la importancia de la gestión del riesgo asistencial y sus implicaciones económicas en las instituciones prestadoras de servicios de salud.

**Marco Teórico:** El interés por los riesgos para la salud ha existido a lo largo de toda la historia, pero durante los últimos decenios ese interés no solo se ha intensificado, sino que ha comenzado a incluir muchas perspectivas nuevas. El campo del análisis de riesgos ha crecido rápidamente, pasando a centrarse en la definición, cuantificación y caracterización de las amenazas para la salud humana y para el medio ambiente; este conjunto de actividades es lo que en términos general se conoce como evaluación de riesgos.

**Materiales y Método:** Para el desarrollo del trabajo se aplicó el enfoque de investigación cualitativa que permitió estudiar el tema gestión del riesgo asistencial en salud en su contexto natural, se utilizaron fuentes secundarias consultadas de páginas web de las cuales se extrajo información relacionada con la temática gestión del riesgo asistencial en salud, así como los instrumentos, herramientas y metodologías que han sido empleadas.

### **Resultados:**

- La gestión del riesgo es un proceso sistemático que permite la mejora continua en la toma de decisiones, la planificación y en consecuencia, el desempeño de las organizaciones, en pro de minimizar pérdidas y maximizar ganancias. Este proceso le permite a la organización que la implementa, la mejor identificación de oportunidades y amenazas, además de generar valor a partir de la incertidumbre y variabilidad, junto con la asignación y ejecución más eficientemente de los recursos, mejorando la gestión de incidentes y reducción en pérdidas y el costo de riesgo, adicionalmente mejorar la confianza con sus contrapartes y adelantar de mejor forma el proceso directivo de la Organización.

### **Conclusión:**

- La dirección administrativa de las instituciones de salud debe orientar la práctica asistencial hacia una cultura de gestión del riesgo por medio de políticas, protocolos o programas establecidos en el plan de acción que

permitan identificar, analizar y tomar medidas adecuadas frente al riesgo existente.

## 8. Impacto de la estructura financiera actual en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia

*Autores: Carmenza Amparo Aragón Rico, Claudia Patricia Vargas Vargas y  
Claudia Liliana Zapata Arias*

**Introducción:** La reforma al sistema de salud tuvo como fin evitar el monopolio del estado sobre la salud y permitir el derecho de la competencia de mercados con la incorporación de empresas prestadoras de salud, asimismo, expandir y mejorar el servicio hacia la gente pobre que no tenían derecho como tal que exigir, esto logró el desarrollo de muchos prestadores tanto privados como públicos y sobretodo la intromisión de una nueva figura que se llamaría entidad promotora de salud (E.P.S) que se encarga de organizar la red, recibe los recursos y paga los recursos dependiendo de los servicios que se prestan. El presente trabajo consiste en una investigación dirigida a mejorar el nivel de comprensión de los aspectos fundamentales que trata la estructura financiera del sistema general de seguridad social en salud en Colombia y su impacto, para lo cual se dividirá en tres bloques, en donde, en la primera parte abordará la problemática propuesta, los objetivos y la metodología a seguir en la investigación. En el segundo bloque, se examinará el marco referencial que consiste en analizar aspectos generales acerca de los sistemas de salud en el mundo y el sistema general de seguridad social en Colombia y el marco legal que afecta al sistema de salud en Colombia; en la tercera parte se plasmarán los resultados y el análisis de la situación actual del Funcionamiento de la estructura financiera del sistema general de seguridad social en salud en Colombia, a partir de la ley 100, las características de la estructura financiera del sistema general de seguridad social en salud, las dificultades en el flujo de los recursos entre los actores de la estructura financiera del sistema general de seguridad social en salud, el tema de los recobros por la atención en salud en el régimen contributivo, el nuevo esquema de operación del régimen subsidiado previsto por la Ley 1438 de 2011 y la propuesta de reforma del gobierno. Por último, se exponen las conclusiones y la bibliografía del estudio.

**Problema:** El sistema de salud en Colombia atraviesa en este momento por una de sus mayores crisis que obedece a circunstancias que tienen que ver con la complejidad del sistema mismo, es por esto y teniendo en cuenta la influencia de diversas variables, que se hace importante determinar cuál es el impacto de una de ellas que consiste en la estructura financiera del sistema de salud, pues en su com-

plejidad, aparentemente el flujo de los recursos no es eficiente, ante la lentitud entre el momento en que se origina el recurso hasta su destino final, que según estudios realizados por el centro de investigaciones de la universidad nacional, se ha determinado en un lapso aproximado de 500 días, desde la fuente de los recursos hasta su utilización final, lo que hace este flujo de recursos ineficiente. ¿Cuál es el impacto de la estructura financiera actual en el sistema general de seguridad social en salud en Colombia?

**Objetivo General:** Determinar el impacto de la estructura financiera actual en el sistema general de seguridad social en salud en Colombia.

**Marco Teórico:** La ley 100 de 1993 fue reglamentada por el decreto 692 de 1994 e implementada en el año 1995, por lo cual el presidente Samper fue quien hizo la ejecución de la primera política en salud, en dicho periodo se evidenciaba un entorno favorable en tanto que Samper y su gobierno se concentró en formar y fortalecer los programas sociales, en dicho contexto se formó el programa SISBEN el cual es el sistema de identificación y clasificación de los potenciales beneficiarios para programas sociales, este es esencialmente un sistema técnico de información que es diseñado por el gobierno nacional con el propósito de identificar y clasificar a los hogares familias y personas conforme a sus condiciones de vida, sin embargo en los gobiernos de Pastrana y Uribe, la ley no gozo de un entorno favorable, por lo que con la entrada del gobierno de Juan Manuel Santos se reconocieron grandes debilidades que se dieron en los contextos anteriores, evidenciando la necesidad de realizar cambios estructurales a la ley 100 del 93, la cual inicialmente se vislumbró como una posibilidad de cubrir y prestar un servicio de calidad a toda la población colombiana.

Se puede concluir que la política pública de salud se construyó en respuesta a las necesidades de la población más vulnerable que no tenía acceso a uno de los derechos que proclamó la constitución del 91 como fundamentales para el desarrollo de una vida digna, así mismo, el reconocimiento de necesidades de la población vislumbró la incapacidad del estado por controlar y manejar todos los servicios, incluyendo el servicio de la salud.

**Materiales y Método:** Para lograr los objetivos del estudio se realizará una investigación con enfoque cualitativo, basada en datos secundarios, en donde, se desarrollará una revisión sistemática de literatura publicada en revistas indexadas con valoración de la calidad de la evidencia y literatura publicada por autores académicos. Se tomarán datos estadísticos e información de entidades estatales y académicas que son fuentes confiables con relación al tema específico de la investigación, se realizará un análisis de la información recolectada, evaluándola con criterios de actualidad, objetividad, naturaleza y confiabilidad, lo que proporcionara los cono-

cimientos y comprensión del entorno del problema. La investigación tiene como alcance el estudio exploratorio y descriptivo, los métodos del conocimiento usados en la presente monografía se resumen en: el método lógico – histórico, donde a partir del problema planteado se realizará un estudio que permita analizar los momentos significativos que han llevado a la implementación del actual sistema general de seguridad social en salud en Colombia y así comprender y determinar los hechos relevantes que se han manifestado durante su evolución; también se utiliza el método sistémico, en donde se identifican, a partir de su estructura financiera, los factores que influyen en dicho sistema de salud en Colombia, teniendo en cuenta el entorno y los procesos que ocurren en su interior.

### **Resultados:**

- Los flujos de recursos del sistema de salud presentan una condición especial, debido a la diversidad de agentes que participan en todo su recorrido, por lo cual es necesario establecer escalas de uso en diferentes niveles, para tener una aproximación al flujo y destinación real de los recursos.
- Las fuentes de recursos son básicamente tres, recursos de origen fiscal, de origen parafiscal y de origen privado.
- Según el modelo que aparece en el libro de cuentas de la salud de Gilberto Barón Leguizamón del año 2003 los flujos se concentran básicamente en: FOSYGA: Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), que opera una redistribución de estos ingresos entre las E.P.S y otros tipos de usos, se compone de cuatro subcuentas, compensación, solidaridad, promoción y ECAT (Enfermedades Catastróficas y Accidentes de Tránsito), Fondo Territorial de Salud: se compone de cuatro subcuentas, régimen subsidiado, la de subsidio a la oferta, la subcuenta de salud pública y la cuenta de funcionamiento.
- Dentro de las características del sistema general de seguridad social definidas por la Ley 100 de 1993 que afectan el flujo de los recursos, se destacan las siguientes: a. La cobertura a todos los habitantes del país, los cuales deberán estar afiliados al sistema, previo el pago de la cotización reglamentaria o a través del subsidio que se financiará con recursos fiscales, de solidaridad y los ingresos propios de los entes territoriales. b. El recaudo de las cotizaciones como responsabilidad del Fosyga (Fondo de Solidaridad y Garantía), quien delegará esta función en las E.P.S. c. El reconocimiento a la E.P.S de una Unidad de Pago por Capitación (UPC), por cada persona afiliada, cotizante o beneficiaria. La UPC será establecida periódicamente por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (hoy función asumida

por la comisión reguladora CRES). d. La existencia del régimen subsidiado para los más pobres y vulnerables que se financiará con aportes fiscales de la Nación, de los departamentos, los distritos y los municipios, el FOSYGA y recursos de los afiliados en la medida de su capacidad, con el objeto de asegurar el ingreso de toda la población al sistema en condiciones equitativas. e. La creación del Fondo de Solidaridad y Garantía cuyo objeto es garantizar la compensación entre personas de distintos ingresos y riesgos y la solidaridad del sistema, cubrir los riesgos catastróficos y los accidentes de tránsito y demás funciones complementarias señaladas en la Ley. f. La financiación al subsidio a la demanda por parte de las entidades territoriales, con cargo a los fondos seccionales y locales de salud. g. La celebración de convenios por parte de las entidades territoriales con las E.P.S para la administración de la prestación de los servicios de salud propios del régimen subsidiado.

#### Conclusiones:

- Una de las características principales en el funcionamiento de la estructura financiera del sistema general de seguridad social en salud, radica en la composición compleja de la misma que a través de dos regímenes, el contributivo y el subsidiado, que si bien no reflejan la equidad y la universalidad que dictan las leyes y la constitución, hacen que la participación de varios actores tanto institucionales, como legales en el proceso hagan lenta la dinámica del mismo, así como también crean el espacio para que se presenten casos de desvío de fondos, ya sea por mala interpretación de las normas o por corrupción.
- El aspecto clave más importante consistió en la implementación de la ley 100 en 1993 y con ella, la implementación de la nueva estructura financiera del sistema general de seguridad social en salud, que garantizó una eficiente manera de obtener recursos económicos suficientes para la salud en Colombia.
- Los recursos financieros del sistema de salud, se han incrementado de manera sostenida, mientras el gasto en salud se ha situado alrededor del 8% del PIB. La cobertura, medida por la afiliación a los regímenes contributivo y subsidiado, se encuentra alrededor del 92% de la población total. El Plan Obligatorio de Salud, que define las prestaciones a las cuales se tiene acceso, se ha mantenido con un carácter amplio y ha sido rebasado por mecanismos de reclamo jurídico (tutelas), generándose déficits financieros. El sistema de salud ha contribuido al mejoramiento del ingreso de los más

pobres, pero persisten las inequidades que provienen de la ausencia de cobertura universal, de las diferencias en los planes de salud y en el gasto del sistema según ingresos de la población.

- Los recursos destinados a la salud de los colombianos más pobres no han tenido un crecimiento significativo producto del esfuerzo fiscal y al contrario como proporción del PIB han continuado decreciendo frente a la década pasada. Así mismo, continúa siendo inferior el per cápita del Régimen Subsidiado frente al del Régimen Contributivo, con lo cual estamos aún lejos de la equidad en el sistema de salud. Igualmente, es claro que, si bien se ha dispuesto progresivamente, desde 2011, de medidas normativas tendientes a mejorar el flujo de los recursos hasta los prestadores de los servicios, la dinámica del mismo aún no es la deseable. Llama la atención, que los recursos de las cuentas maestras no fluyen aún en el sentido de permitir la cancelación total de los compromisos pendientes por los contratos de aseguramiento suscritos hasta el 31 de marzo de 2011; así como tampoco en los demás casos señalados por la Ley 1608 de 2013.
- Aunque no se cumplió la meta de cobertura universal del seguro en el año 2000, es notorio el avance de la última década, la cobertura está por encima del 90% y se estableció la igualación de los planes de beneficios de ambos regímenes.
- El proyecto de ley que actualmente cursa en el congreso sería la respuesta a esta problemática y pretende detener este círculo, se intenta reformar una ley estatutaria para reglamentar el caso del aumento progresivo de las tutelas, pero resulta impensable que una herramienta constitucional como ella se fuera a quitar del arsenal de herramientas jurídicas que tienen los colombianos para defender sus derechos, más bien se debe procurar es que los colombianos tengan acceso a los servicios de manera expedita por estar afiliados al sistema y no recurriendo a las tutelas porque estaría evidenciando que los mecanismos para acceder a los servicios todavía no son los ideales para que los colombianos con una necesidad de salud, reciban el servicio correspondiente, por otro lado se piensa quitar el manejo financiero a las E.P.S, en ese sentido y teniendo en cuenta los casos de corrupción pues por ejemplo hay E.P.S que tienen sus propias I.P.S.

## **9. Análisis del tipo de contratación para la prestación de servicios de salud en Colombia.**

*Autores: Otoniel Alveiro Bautista Pérez y Martha Cecilia Rodríguez Quintero.*

**Introducción:** Esta investigación tiene como propósito analizar los tipos de contratación para la prestación de servicios de salud en Colombia. Hace parte de una de las líneas temáticas abordadas en el Primer Congreso Nacional en Gerencia de Salud - “Un cambio de paradigma en la gerencia del servicio de salud”, realizado en el auditorio principal de la Universidad Libre durante los días 26 y 27 de febrero de 2014, enfocado en temáticas relacionadas con calidad en la prestación de servicios de salud, habilitación y requisitos de calidad en la red pública, corrupción en salud, plan nacional, corrupción en el sistema de salud. Un tema importante fue el de metodología de diagnóstico de la situación de salud (ASIS) y de planeación territorial, donde se dio una mirada al estado actual de los estudios en salud y los diferentes observatorios en salud que se han creado con el fin de mantener una mirada amplia de los puntos de acción que deben ser tenidos en cuenta por el gobierno nacional.

**Problema:** La contratación para la prestación de servicios de salud es uno de los pilares fundamentales en el cumplimiento de metas para el sistema de seguridad social en salud; del tipo de negociación que se dé entre el asegurador y las I.P.S, las condiciones pactadas, e incluso la interpretación de la normatividad, dependerá en gran medida el resultado final, que no deberá alejarse del principio que la salud es un derecho inalienable y un servicio público a cargo del Estado y no un negocio con fines productivos. Es por ello que en muchas ocasiones se generan conflictos en la contratación; la desconfianza entre las partes, inadecuado incremento de tutelas de usuarios insatisfechos por la misma falta de acuerdos e interpretación a conveniencia de la normatividad; así mismo, un amplio número de normas que regulan la relación contractual. Entre los actores no hay acuerdo en su interpretación, con el agravante de los insuficientes mecanismos del gobierno para hacerlas cumplir y, existe un sistema que maneja tarifas que se definieron hace 12 años.

**Objetivo General:** Analizar los tipos de contratación para la prestación de servicios de salud en Colombia.

**Marco Teórico:** Los tres principios que rigen la contratación en Colombia son: el principio de transparencia, se refiere a la etapa de formulación del contrato, busca garantizar la imparcialidad, la igualdad de oportunidades y la escogencia objetiva de los contratistas; el principio de economía, que pretende reducir los costos de la contratación, con el fin de evitar trámites innecesarios que fuera de su costo también incentiven prácticas corruptas y, el principio de responsabilidad, que busca mecanismos para que los funcionarios encargados de la contratación respondan por sus



actos. Las Instituciones Prestadoras de Salud (I.P.S) son personas naturales o jurídicas, públicas, mixtas o privadas, hospitales, centros de salud, etc. De acuerdo con este régimen funcionan por demanda: no disponen de un presupuesto previo, sino que las E.P.S del contributivo o subsidiado les pagan cuando prestan los servicios y los facturan. El paciente se convierte en cliente.

**Materiales y Método:** El primer instrumento recolecta información sobre los antecedentes, evolución del concepto de contratación, autores y legislación sobre la misma en el sector público y de salud. El segundo, recoge datos sobre tipos de contratación en el sector público, sector salud, características, ventajas y desventajas de cada uno de ellos. Una vez diligenciados los instrumentos, se procedió a redactar la monografía con el análisis de los tipos de contratación para la prestación de servicios de salud en Colombia.

**Resultados:**

- Los tres tipos de contratación utilizados en salud, están enfocados en garantizar la calidad de la atención en salud y ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de la población en lo que respecta a condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos de la siguiente manera: utilización racional de los recursos, contratación transparente, cuya prioridad sea la atención del paciente, cobertura con oportunidad y calidad en la atención del paciente.

**Conclusión:**

- Se elaboró la presente monografía, en donde se encuentra en detalle la historia, antecedentes, evolución y tipos de contratación en el sistema de salud colombiano.

## **10. Estrategias de coaching Gerencial aplicadas a Organizaciones de Salud.**

*Autores: Claudia Liliana Castillo Dorado, Yuliana Guarín Gálvez, y Luis Jefferson Torres Arango.*

**Introducción:** Esta investigación tiene como propósito documentar las estrategias de coaching gerencial aplicadas en el área de la Salud. Hace parte de una de las líneas temáticas abordadas en el Primer Congreso Nacional en Gerencia de Salud “Un cambio de paradigma en la gerencia del servicio de salud” en el auditorio principal de la Universidad Libre durante los días 26 y 27 de Febrero de 2014, enfocado en temáticas relacionadas con calidad en la prestación de servicios de salud, habili-

tación y requisitos de calidad en la red pública, corrupción en salud, plan nacional, corrupción en el sistema de salud y un tema importante fue el de metodología de diagnóstico de la situación de salud (ASIS) y de planeación territorial donde se dio una mirada de la situación actual de los estudios en salud, los diferentes observatorios en salud que se han creado con el fin de mantener una mirada amplia de los puntos de acción que deben ser tenidos en cuenta por el gobierno nacional. La investigación encontró que el coaching genera resultados de cambio o mejora, como es el crecimiento de las personas dentro de la organización en cuanto a sus relaciones interpersonales, capacidad de mejora del trabajo en equipo y un clima laboral productivo. La introducción de los procesos de coaching en situaciones de cambio organizativo, generan mayor productividad y mejor eficacia en la ejecución de las tareas asignadas, construyendo una organización encaminada al éxito.

**Problema:** El coaching exige las más altas cualidades del gerente: empatía, integridad y desinterés, así como la disposición en la mayoría de los casos, a adoptar un enfoque completamente diferente con su personal, es el estilo gerencial de una cultura transformada y que como estilo está cambiando de la dirección al coaching, también empieza a cambiar la cultura de la organización.

**Objetivo General:** Identificar las diferentes técnicas de coaching gerencial aplicado en las organizaciones de salud.

**Marco Teórico:** La administración es un proceso de toma de decisiones regladas y discrecionales que se desarrollan en una organización para el logro eficiente de sus fines. A la administración también se le ha llamado “el arte de lograr que se hagan ciertas cosas a través de las personas”. Esta definición de Mary Parker, se centra en el hecho de que los gerentes cumplen las metas organizacionales haciendo que otros desempeñen las tareas que se requieren, no desempeñando ellos mismos esas tareas. La administración de servicios de salud es una de las disciplinas de la salud pública. Su función es la integración eficiente y efectiva de los recursos humanos, físicos y económicos para lograr una atención óptima de servicios de salud al paciente.

**Materiales y Método:** El documento monográfico es reconocido por su naturaleza argumentativa con función informativa a través de la exposición de los datos obtenidos sobre el coaching y su aplicación, tomados de varias fuentes, analizados y descritos de forma condensada, luego de reunir la máxima información disponible actualmente, sobre el tema específico, con una postura personal que se refleja de forma directa en las conclusiones y críticas realizadas.

**Resultados:**

- En la mayoría de los tipos de coaching se basaron en la identificación de la situación actual del cliente para definir las metas a alcanzar, mejorando la autoestima, confianza, sus aptitudes y conocimientos, mediante diversos modelos o técnicas (rueda de vida, rueda de organizaciones, rueda de valores, modelo grow, realidad conversacional) que permiten al individuo aumentar su desempeño a nivel personal y laboral que lo encamine al éxito.

**Conclusión:**

- Se realiza la construcción de la presente monografía con el fin de conocer las diferentes estrategias de coaching gerencial que pueden ser las más adecuadas para el manejo y funcionamiento de las organizaciones, de estos surge un tema controversial, puesto que cada una de las técnicas ofrece variedad de ventajas y son útiles en diversos campos de acción, pero se debe tener en cuenta que la efectividad de las técnicas de coaching depende de los objetivos que se quieran con la aplicación de dicha técnica, su población objetivo y el tipo de organización.



# Sexta Promoción

## I. Protocolo administrativo de programación y logística para garantizar la prestación del servicio de atención domiciliaria en salud en una I.P.S.

*Autores: Ramiro Vidales Ramos Y Samuel José Lobato Polo.*

**Introducción:** Este trabajo de investigación tiene como objetivo diseñar e implementar un Protocolo administrativo de programación y logística que sirva de soporte administrativo, para garantizar la prestación del servicio de atención domiciliaria en salud de una I.P.S en Cali. El cual se desarrolla como aporte a la institución para dar cumplimiento a los estándares de calidad del servicio. Para lograr este objetivo se realizó como primera medida un diagnóstico del procedimiento que actualmente se lleva a cabo en el servicio de atención administrativa; luego se diseñó un procedimiento para el mejoramiento de dicho servicio y finalmente se elaboró un plan de acción para la implementación del mismo.

**Problema:** La Entidad Prestadora de Servicios, está constituida en una entidad de carácter privado, que presta sus servicios de salud en la ciudad de Cali. Se ha generado un incremento en el servicio de atención domiciliaria, por tal razón se han venido realizando diferentes actividades encaminadas al mejoramiento continuo de la calidad en salud. Esta entidad cuenta con un área encargada para la atención al usuario y cuenta con una herramienta para la resolución de las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias por su nombre (PQRS) y tienen un aplicativo o software genérico en el cual se registran todos los requerimientos que hacen los usuarios, se recolectó información sobre las quejas y reclamos que se encuentran con respecto al servicio de atención domiciliaria. Aunque la I.P.S ha tratado de cumplir con dichos estándares y a la fecha estos no han sido suficientes, se encontró que el 54% de 750 manifestaciones de los usuarios al mes, fueron relacionados como reclamos por incumplimiento a la programación del servicio. En este sentido, se realizó un diagnóstico preliminar mediante la aplicación de una lista de chequeo, con la cual se

ha encontrado deficiencias en el cumplimiento de la programación de los servicios de atención domiciliaria. Esto ha llevado a que los usuarios de atención domiciliaria presenten ante la I.P.S las quejas, reclamos y solicitudes. Por otro lado, la I.P.S actualmente no cuenta con un procedimiento administrativo lo suficientemente estructurado que soporte la prestación del servicio de salud en atención domiciliaria, que detalle la prestación del mismo y esto ha derivado en deficiencias en la calidad y oportunidad en el servicio de salud.

**Objetivo General:** Diseñar un protocolo administrativo de programación y logística para garantizar la prestación del servicio de atención domiciliaria en salud en una I.P.S.

**Marco Teórico:** Para la elaboración teórica y la realización de este proyecto se partió de las variables del proyecto. Se postuló como variable dependiente: Protocolo administrativo de programación logística en atención domiciliaria para garantizar el servicio de atención domiciliaria. La cual se soporta de las siguientes variables independientes: Proceso de Admisiones, Programación de la solicitud de los servicios, Usabilidad de las TIC'S (programas o software) para procesos administrativos y de visitas, Gestión de la calidad de los procesos administrativos y de visitas.

**Materiales y Método:** Enfoque cuantitativo cualitativo ya que se busca determinar por qué se presentan los llamados de atención de los usuarios, contando los factores que influyen en la falta de programación y logística, así mismo se busca mejorar los niveles de atención domiciliaria en la logística y administración.

#### **Resultado:**

- La investigación se llevó a cabo en una I.P.S que presta servicios de atención domiciliaria en la ciudad de Cali- Colombia. El objetivo de este estudio fue documentar un procedimiento administrativo para el mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio de salud en atención domiciliaria, para lo cual se hizo un diagnóstico del procedimiento actual; para la recolección de la información, se diseñó y adaptó un instrumento el cual fue una lista de chequeo, que tenía como propósito cumplir con el primer objetivo del estudio.

#### **Conclusiones:**

- Se concluye que con el nuevo protocolo la empresa garantiza un mejor control del proceso desde el sistema de gestión de Calidad y por ende garantiza un mayor control en los costos y gastos del servicio representados en: insumos y dispositivos médicos, equipos y mano de obra.

- Se hace un aporte al sistema de gestión de calidad, una acción de mejora al proceso administrativo.
- El nuevo protocolo garantiza un sistema integrado con la logística, la parte asistencial y la parte administrativa generando un proceso más dinámico y acorde al servicio domiciliario.

## **2. Estructura de un hogar de paso dirigido a la atención de pacientes excluidos del servicio de Salud en atención domiciliaria.**

*Autores: Leidy Rodríguez Luna y Lina Fernanda Ortiz.*

**Introducción:** El objetivo de esta investigación es diseñar una estructura de un Hogar de Paso dirigido a la prestación del servicio de Atención Domiciliaria. Este trabajo se realiza para dar solución a la problemática que se presenta en la prestación del servicio haciéndolo más efectivo, eficiente y logrando una mayor satisfacción de los usuarios y pacientes; a fin de dar cumplimiento se hace una revisión de la literatura para analizar la estructuración de un Hogar de Paso que ofrezca el servicio de atención domiciliaria en Salud y de esta forma hacer la definición de dicha estructura y se socializará para que sea acogida por las instituciones que la crean apropiada en su aplicación. Se emplean metodologías documental y descriptiva para extraer la información teórica, clínica, metodológica y legal para la conformación de un Hogar de Paso que ofrece el servicio de Atención Domiciliaria. Como resultado de la investigación se hace la propuesta de la creación de un Hogar de Paso para la prestación del servicio de Atención domiciliaria en Salud, la cual es una propuesta innovadora y de proyección administrativa económica y social, dando solución a la problemática estudiada de manera eficaz, eficiente y efectiva, concluyendo que la estructura del Hogar de Paso es el siguiente paso que da un desarrollo concreto y aplicado a la investigación

### **Problema:**

El servicio de atención domiciliaria es un recurso por el cual se brinda asistencia en salud continuada, para la resolución en el domicilio de los problemas de las personas que por su situación de incapacidad física no pueden desplazarse a un centro hospitalario o que requieran continuar o completar un tratamiento instaurado previamente en el ambiente intrahospitalario (Ballesteros, 2006)

Generalmente, se presta a personas que padecen un proceso agudo o crónico de enfermedad y/o no tienen la capacidad o independencia suficiente para acudir a la I.P.S.

Dadas las condiciones sociodemográficas la tendencia al envejecimiento de la población cada vez es mayor, la aparición de enfermedades crónicas, los estilos de vida actuales poco saludables y el sistema de salud actual favorecen a que este servicio sea cada vez más solicitado (Ballesteros, 2006)

**Objetivo General:** Diseñar una propuesta para la implementación de un hogar de paso dirigido garantizar la prestación del servicio de primer nivel de salud a los pacientes excluidos por las I.P.S del servicio de atención domiciliaria.

**Marco Teórico:** El marco teórico se desarrolló con base en la variable dependiente denominada Estructura de un hogar de paso para la prestación del servicio de salud de primer nivel, para los pacientes excluidos por la I.P.S de atención domiciliaria. Para dar respuesta a la variable dependiente se proponen las siguientes variables independientes que son: i) Habilitación de Hogares de Paso. ii) Estándares de Habilitación según norma Colombiana. iii) Factores mínimos de un establecimiento que presta servicios de salud iv) Proceso de atención de cuidado paliativo. v) Rutas de ingreso al programa de hogar de paso.

**Materiales y Método:** Con la información recolectada se pasó a definir la estructura del hogar de paso desde lo normativo, funcional, pasando por lo estructural, logístico y de personal para el funcionamiento del hogar de paso bajo criterios de calidad que garanticen una apropiada prestación del servicio. Una vez estando lista la estructura se construyó un diagrama de flujo que muestra la propuesta de implementación de un hogar de paso dirigido a la prestación del servicio de atención domiciliaria. El proceso inicia en el momento en el que la entidad prestadora de salud remite a los pacientes al proceso de atención en un hogar de paso hasta la verificación de cumplimiento del servicio y satisfacción del paciente.

#### **Resultado:**

- Para el desarrollo del primer objetivo específico se utilizaron las siguientes bases de datos Scielo, Intramed, PubMed, entidades gubernamentales internacionales y nacionales, normas y leyes del Ministerio de la Protección Social. Con palabras claves como: hogares de paso, atención primaria, atención domiciliaria.

#### **Conclusiones:**

- Después de observar que la atención domiciliaria no era realizada por algunas entidades e instituciones promotoras de salud se decidió realizar una propuesta innovadora para implementación de un hogar de paso dirigido a la prestación de servicio de atención domiciliaria. El diseño de la propuesta



tiene como objetivo el mejoramiento de la calidad en el servicio de salud de la atención domiciliaria, lo cual permitió la caracterización de la misma, así como los costos de servicios públicos, talento humano, infraestructura, implementos, insumos, la ejecución, verificación y registros que los respaldan de manera que faciliten su planificación, verificación y mejoramiento continuo de la atención domiciliaria.

- Se definió la estructura de un hogar de paso como propuesta innovadora para garantizar la prestación del servicio de atención domiciliaria.
- Se socializará la propuesta de hogar de paso a cualquier E.P.S o I.P.S que esté interesada en implementar este servicio en salud.

### **3. Procedimiento de adherencia en menores entre 5 y 10 años al programa de promoción y prevención en el servicio de odontología en el Hospital la Buena Esperanza de Yumbo E.S.E.**

*Autores: Leidy Julieth Camacho Muñoz y Claudia Patricia Sánchez Arteaga.*

**Introducción:** Esta investigación tiene como propósito documentar el procedimiento para promover la adherencia en menores entre 5 y 10 años al programa de promoción y prevención en el servicio de odontología en el Hospital la Buena Esperanza de Yumbo E.S.E., así mismo contiene el planteamiento y la necesidad de fundamentar la atención en las cuatro dimensiones de adherencia (adaptadas de la Organización Mundial de la Salud -2004) y en la conceptualización de la Norma Técnica Colombiana ISO 9000; luego se presenta el marco contextual donde se lleva a cabo el estudio y el marco normativo. El tipo de estudio es descriptivo, con un enfoque mixto y el diseño seleccionado es dominante.

**Problema:** Según la Resolución 412 del 2000 un usuario con una adecuada salud bucal tiene una frecuencia de dos a cuatro veces por año; infiriendo que la consulta preventiva realizada en la institución a este rango de edad es de 6.460, lo que indica que es bajo, teniendo en cuenta que este informe incluye las dos visitas al año. De acuerdo con la encuesta de satisfacción en el Software Clínico DARUMA de la institución existen otros problemas registrados como; el miedo, la ansiedad, la falta de interés y motivación de los padres para que sus hijos reciban un tratamiento odontológico temprano, este temor conlleva a retrasar o eludir las citas con el odontólogo, también los instrumentos odontológicos los cuales alertan con producir dolor ya que en la actualidad no existe una infraestructura motivante para ser menos traumática la experiencia odontológica.

**Objetivo General:** Diseñar un procedimiento de adherencia en menores entre 5 a 10 años al programa de promoción y prevención en el Servicio de Odontología en el Hospital la Buena Esperanza de Yumbo E.S.E.

**Marco Teórico:** El desarrollo del marco teórico de esta investigación, da respuesta a la solución de la necesidad de la población objeto de estudio mediante las variables de investigación, variable dependiente. Procedimiento de adherencia al programa de promoción y prevención en los niños de 5 A 10 años del Hospital la Buena Esperanza de Yumbo E.S.E. y sus variables independientes: creencias del paciente e historia clínica, medicamentos y procedimientos con sus covariables: historia clínica, valoración integral, exploración o examen físico, factores de riesgo asociados, revisión por sistemas.

**Materiales y Método:** Esta investigación tiene un enfoque mixto que recolecta, analiza y relaciona datos cuantitativos y cualitativos para responder al planteamiento del problema de la adherencia en menores entre 5 y 10 años al programa de promoción y prevención en odontología. Se recolectó información cuantitativa que describe la problemática de la adherencia de los menores entre 5 y 10 años, pero además se obtendrá información cualitativa que permite detallar el comportamiento del actual procedimiento de adherencia, retomando las dimensiones de la adherencia en un programa de promoción y prevención en odontología en menores entre 5 y 10 años y estandarizando el procedimiento de adherencia.

**Resultado:**

- Se elabora plan de acción para implementación de actividades de promoción y prevención en el servicio de odontología, con pacientes entre 5 y 10 años de edad.

**Conclusiones:**

- Se concluye que el procedimiento diseñado permitirá promover la adherencia en menores entre 5 y 10 años al programa de promoción y prevención en el servicio de odontología en el Hospital la Buena Esperanza de Yumbo E.S.E., puesto que contempla las oportunidades de mejora identificadas en el diagnóstico, este procedimiento incluye aspectos relacionados con la institución (Personal para el programa, evaluación del personal del programa, historia clínica de inicio y control, auditoria de la historia clínica, articulación con redes de apoyo, adopción de tarjeta guía para el personal de programa) respecto al personal de salud (Capacitación sobre guías de manejo, en comunicación asertiva con el paciente y su familia, claridad de los conceptos básicos de adherencia en odontología, involucrar a la familia en el tratamiento), respecto a los pacientes (Estrategia de información,

comunicación y educación acerca de la adherencia, incentivar al usuario a expresar sus inquietudes acerca de su enfermedad y tratamiento) y respecto a la Historia clínica (llevar un seguimiento de la adherencia que está teniendo el paciente en las consultas odontológicas). Finalmente, el plan de acción permitirá al Hospital la Buena Esperanza de Yumbo E.S.E., la implementación del procedimiento que permitirá promover la adherencia al tratamiento en odontología.

#### **4. Protocolo para la clasificación de pacientes de urgencias de una red de servicios.**

*Autores: Fredy Mesa y Aracelly Sepúlveda C.*

**Introducción:** Este proyecto hace parte del grupo de investigación Gestión en Salud de la Maestría Gerencia en Salud de la Universidad Libre y de su línea de investigación Calidad en Salud. Tiene como propósito diseñar un protocolo de Triage para el mejoramiento de la Calidad en el servicio de urgencias en una Red prestadora de servicios de salud de Cali, el cual se desarrolla como aporte a la institución para dar cumplimiento a los estándares de calidad del Sistema Único de Habilitación. Para lograr este objetivo primero se realizó un diagnóstico del proceso de clasificación de pacientes de urgencias; se diseñó un protocolo para el mejoramiento de calidad desde la admisión y la clasificación hasta la distribución de los pacientes por tipo de Triage. Finalmente se elaboró un plan de socialización para la implementación del mismo.

**Problema:** La Institución Prestadora de Servicios de salud, es una empresa social del estado de baja complejidad, de carácter descentralizado, que presta sus servicios en el Distrito de Aguablanca en la ciudad de Cali, es la única I.P.S con servicio de urgencias con capacidad para atender 200 pacientes diarios; se presentan problemas de saturación por el aumento de la demanda con el traslado a las nuevas instalaciones; de un promedio constante de 5000 consultas mes, se pasó a 7000, esto significa unas 66 consultas diarias adicionales; se aprecian picos de atención de más de 300 pacientes por día. De las cuales el 74% se efectivizan en horas pico entre las 10 am y las 3 pm lo cual corresponde a 19 consultas hora. De estas el 85% son ambulatorias lo cual corresponde a 17 consultas que serían consulta externa y 1 a 2 consultas de urgencias reales. Surge entonces la siguiente pregunta de investigación: ¿Qué protocolo para la clasificación de pacientes permitirá brindar una atención en salud con calidad en el servicio de urgencias de una Red de servicios de salud?

**Objetivo General:** Diseñar un protocolo para la clasificación de pacientes en el servicio de urgencias de una Red de servicios de salud.

**Marco Teórico:** Para la elaboración de este punto en el presente trabajo de investigación, se partió de la revisión teórica de las variables del proyecto. Las variables que se tomaron son: Admisión, Clasificación, Distribución.

**Procedimiento de admisión, clasificación y distribución de pacientes:** Mediante la resolución 1441 de 2013 Sistema Único de Habilitación, las I.P.S públicas y privadas deben implementar una metodología de clasificación de pacientes.

**Escala de Triage australiana (ATS).** La Escala Nacional de Triage para los servicios de urgencias en Australia, nació de una escala previa de 5 niveles, la escala Ipswich utilizada inicialmente en el Hospital Box Hill y más tarde en el Hospital General de Ipswich. La escala NTS es una escala de 5 niveles (Nivel 1.- Reanimación, Nivel 2.- Emergencia, Nivel 3.- Urgente, Nivel 4.- Semi-urgente y Nivel 5.- No urgente) que fue introducida por Jelinek y Fitzgerald y planteada por el Colegio Australiano de Medicina de Emergencias en 1993. Era una escala planteada en un ámbito estatal con ambición de universalización. En el año 2000, la NTS fue revisada y recomendada como Escala Australiana de Triage (Australasian Triage Scale: ATS). La responsable de realizar el Triage es la enfermera que ha de estar preparada y entrenada. La característica clínica más urgente determina la categoría, normalmente es la combinación del problema actual junto con el aspecto del paciente. El examen del Triage ha de realizarse entre 2 – 5 minutos obteniendo la suficiente información a través de una entrevista entre enfermera – paciente (o acompañante si el paciente tiene algún impedimento para poder expresarse) para determinar la urgencia e identificar la necesidad inmediata. No es necesario realizar ningún diagnóstico.

**Triage de urgencias Canadiense:** La Escala Canadiense de Triage y urgencia para los servicios de urgencias, fue desarrollado por Robert Beveridge, introducida por la Asociación Canadiense de Médicos de Urgencias (CAEP) y la Asociación Nacional de Enfermeras de Urgencias (NENA) en 1995 tras una adaptación de la NTS. El Triage, según este modelo, lo realiza una enfermera muy entrenada y con experiencia, los pacientes deben ser valorados (al menos visualmente) en un plazo inferior a 10 minutos. Los gravámenes no se han de realizar al completo, a no ser que no haya paciente en espera. La información que se solicitará será para poder asignar al paciente un nivel de Triage que quedará registrado. El examen principal es determinar la principal queja del paciente de forma subjetiva (inicio, curso, duración) y objetiva (esta parte la puede realizar la enfermera del área de tratamiento); aspecto físico, color, respuesta emocional, gravamen físico, toma de constantes vitales, además se registrarán posibles alergias que tenga el paciente y el tratamiento médico que toma (si toma alguno) habitualmente. Toda esta información se obtiene a través de una entrevista entre la enfermera y el paciente (o acompañante si el paciente tiene algún impedimento para poder expresarse). En dicha entrevista es muy importante que la enfermera tenga buena actitud y muestre empatía, que observe los gestos, escuche lo que le explican, que palpe al paciente para observar el ritmo

cardíaco, temperatura o sudoración y sobre todo que no realice juicios basándose en el aspecto o actitud del paciente. Esta entrevista ayuda a disminuir el miedo y ansiedad del paciente y/o familia. La enfermera registrará toda la información obtenida durante la entrevista (fecha y hora del gravamen, nombre de la enfermera, historia subjetiva limitada, observación objetiva, nivel de Triage, localización del paciente en el servicio; comunicando todo a la enfermera del área de tratamiento, alergias, tratamiento habitual, el diagnóstico, los primeros auxilios, las intervenciones terapéuticas y las nuevas valoraciones). Los tiempos de atención se determinan según el nivel de urgencia.

**Síntesis de los sistemas de Triage:** Creada por J. Gómez Jiménez en el texto Clasificación de pacientes en los servicios de urgencia: hacia un modelo de Triage estructurado de urgencias y emergencias, se puede observar en qué se basa cada escala según las categorías sintomáticas, los discriminantes, los algoritmos y las escalas predefinidas, con cuántas categorías cuentan y si tienen un formato electrónico. Observamos que algunas coinciden en diversas características y discrepan en otras, pero el modelo de Triage andorrano y el SET presentan todas las categorías.

**Análisis de Modo de Fallas y Efectos AMFE** El Análisis de Modo de Fallas y Efectos AMFE, es un método proactivo y sistemático de evaluación de procesos que permite identificar dónde y cómo podrían fallar los procesos y valorar el impacto relativo de las diferentes fallas sobre el paciente, con el fin de identificar aquellas actividades del proceso que ameritan intervención para evitar que impacten en la calidad y en la seguridad de los pacientes. Permite identificar su frecuencia, severidad y detectabilidad del modo de falla. Los resultados de esta técnica constituyen documentos fácilmente modificables y pueden actualizarse de acuerdo a los cambios de la tasa de errores que se vayan produciendo en los procesos. Para valorar cada modo de fallo se realiza mediante el número de prioridad de riesgo (NPR), que es el resultado del producto de la frecuencia, severidad, y detección de la falla.

**Materiales y Método:** Este estudio tiene un enfoque cuantitativo, puesto que es secuencial y probatorio, cada etapa precede a la siguiente en orden riguroso desde la admisión, la clasificación y la distribución de los pacientes.

### **Resultados:**

- La investigación se llevó a cabo en el servicio de urgencias de una Red de Servicios de Salud en una de las 25 I.P.S que la conforman, cuenta con 9 médicos generales, dos pediatras, cinco auxiliares, un jefe de enfermería por turno, una trabajadora social y una psicóloga de 8 horas. El Triage funciona 24 horas.
- El objetivo de este estudio fue documentar el procedimiento de clasifica-

ción de pacientes, partiendo del diagnóstico de la situación actual; para la recolección de la información se adaptaron dos instrumentos: Una lista de chequeo y la metodología Análisis de Modo de Fallas y Efectos AMFE, para cuantificar el número de prioridad de riesgo NPR, que tenía como propósito cumplir con el primer objetivo del estudio.

- La escala establecida en la lista de chequeo se adaptó de los diferentes modelos de Triage revisados en el marco teórico, con 16 preguntas y tres criterios de evaluación: Siempre, A veces, Nunca, la información se recopiló mediante 10 visitas al servicio de urgencias de la institución de salud. El instrumento diagnóstico verifica el cumplimiento del conjunto de actividades que realiza el servicio de urgencias en el desarrollo de sus procesos de Admisión, clasificación y distribución de pacientes.
- Los instrumentos adaptados y utilizados para el diagnóstico permitieron identificar las oportunidades de mejora en el proceso de clasificación de pacientes en sus fases de admisión, clasificación y distribución de pacientes.
- Recomendación del diagnóstico: Se recomienda Implementar un protocolo de Triage estructurado de 5 niveles las 24 horas del día, con recurso humano capacitado que permita a los médicos del Triage identificar los pacientes en condiciones de urgencia para garantizar una atención oportuna y con calidad.

### **Conclusiones:**

- El servicio de urgencias de la Red de Salud objeto del presente trabajo de investigación cuenta con un proceso de clasificación de pacientes no estructurado ni validado con amplia variabilidad en conceptos por parte del personal médico.
- La identificación del número de prioridad de riesgo NPR, permitió priorizar los riesgos en el proceso de clasificación de pacientes para gestionarlos y minimizarlos. El protocolo estructurado de cinco niveles permitirá la priorización de la atención de acuerdo al grado de urgencia de los signos y síntomas de los pacientes, para controlar incidentes y eventos adversos. Al estandarizar el tiempo de espera para la atención por tipo de Triage para informar al paciente y la familia contribuirá a reducir los niveles de ansiedad.
- En este protocolo se involucra el trabajo interdisciplinario entre medicina y enfermería con el fin de dar una rápida resolución protocolizada de los pacientes y así potencializar los recursos institucionales. El personal médico no conoce los tiempos definidos para la atención de los pacientes por tipo de Triage. Los indicadores relacionan las categorías con tiempos de espera máximos para cada uno de los niveles de urgencia.

## 5. Diseño de las bases para un Centro de Excelencia para pacientes con trastornos de la coagulación que garantice tratamiento médico en una I.P.S de Cali

*Autores: Hernando Martínez Guerrero y Erick Robinson Lozano Rebolledo.*

**Introducción:** El objetivo de ésta investigación es diseñar el procedimiento del programa de atención y tratamiento ambulatorio en salud de pacientes con trastornos de la coagulación, con el fin de crear un centro de excelencia, el cual se realiza para brindar herramientas y prestar el servicio más oportuno y eficiente logrando una mayor satisfacción para los usuarios y pacientes. A fin de dar cumplimiento a este objetivo general se hace una revisión de la literatura en bases de datos académicas, revistas científicas indexadas.

**Problema:** A la fecha solo una institución de salud está en proceso de certificación como centro de excelencia para la atención de pacientes con trastornos de la coagulación. Además, se han presentado complicaciones de salud de los pacientes porque no existe en Cali un Centro de Excelencia donde se maneje ésta patología integralmente. Lo anterior se sustenta en el caso de una I.P.S que en el periodo de 2009 y 2013 pasó de tener 15 hospitalizaciones comprendidas en cada año. Se requiere acciones para disminuir las hospitalizaciones, por lo tanto, la implementación del programa de excelencia para atención de pacientes con Hemofilia y enfermedad de Von Willerbrand, mejorará la oportunidad, eficiente y eficazmente en el tratamiento de los pacientes Hemofílicos.

**Objetivo General:** Diseñar las bases para un centro de excelencia para pacientes con trastorno de la coagulación que garantice tratamiento médico en una I.P.S de Cali.

**Marco Teórico:** Para la elaboración teórica y la realización de este proyecto se partió de las variables del proyecto. Se postuló como variable dependiente: procedimiento del programa centros de excelencia en salud dirigido a pacientes con trastornos de la coagulación. La cual se soporta de las siguientes variables independientes: I) Talento humano y Atención clínica de los trastornos de coagulación. II) Calidad para el programa Centro de Excelencia en Salud. III) Gestión integral por calidad. IV) Garantía de calidad en salud. V) desarrollo tecnológico para Centro de Excelencia.

**Materiales y Método:** El enfoque de la investigación es cuantitativo. El enfoque de la investigación es cuantitativo en razón de que lo que se pretenderá es un incremento en los niveles de atención de los pacientes, un mejor uso de los recursos disponibles y la creación de indicadores que reflejen el funcionamiento; adicionalmente de la cantidad de aspectos tanto técnicos como administrativos y de recursos que se

tienen en cuenta para la creación del procedimiento para la atención y tratamiento ambulatorio en salud de pacientes con trastornos de la coagulación que garantice oportunidad y eficiencia en el servicio.

**Resultados:** El objetivo es definir los parámetros para el Procedimiento del programa Centros de Excelencia en Salud dirigida a pacientes con trastornos de la coagulación. Al hacer una revisión de las entradas que tiene la planeación del procedimiento se encontró la normatividad correspondiente a la prestación de un servicio de salud, en este caso el programa centro de excelencia en salud dirigido a pacientes con trastornos de la coagulación y las salidas que es lo que se pretende conseguir con la implementación del procedimiento.

#### **Conclusiones:**

Finalmente, las ventajas que trae la adaptación e implementación del procedimiento del programa de centros de excelencia en atención en salud, en lo relativo a la atención de los pacientes con trastornos de coagulación se reducen el riesgo de accidentes en la aplicación de tratamientos, se hace un manejo integral de los pacientes, repercutiendo en una mayor seguridad para el paciente y una mayor satisfacción para este, sus familiares y los usuarios del programa. En lo relativo a la institución se mejoran los niveles de atención, se crean indicadores de evaluación y control que inciden de manera directa en una mejora de la calidad continua.

## **6. Identificación de pacientes hiperfrecuentadores del servicio de salud de consulta externa de eventos discretos en un hospital público**

*Autor: Diana Patricia Calero Paredes*

**Introducción:** Este trabajo de investigación tiene como objetivo diseñar e implementar un procedimiento de identificación de pacientes hiperfrecuentes del servicio de consulta externa en una E.S.E en Ginebra Valle, para lograr la disminución de las visitas frecuentes a las consultas y el mejoramiento de la calidad en el servicio de salud, el cual se desarrolla como aporte a la institución para dar cumplimiento a los estándares de calidad del servicio. Para lograr este objetivo se realizó como primera medida un diagnóstico del procedimiento que actualmente se lleva a cabo en el servicio de consulta externa del hospital; luego se diseñó un procedimiento para el mejoramiento de calidad en la prestación de dicho servicio y finalmente se elaboró un plan de acción para la implementación del mismo. Se observa el diagnóstico del procedimiento actual que se realiza en el servicio de consulta externa. Dicho



diagnóstico recoge información acerca del funcionamiento del procedimiento, encontrándose que no está cumpliendo en su totalidad con los estándares evaluados, principalmente en infraestructura y dotación de equipos, pero por otro lado se incrementaron las consultas de los pacientes casuales a la E.S.E.

**Problema:** ¿Qué procedimiento para identificación de pacientes hiperfrecuentes del servicio de salud de consulta externa de eventos discretos en un hospital público?

**Objetivo General:** Diseñar un procedimiento para identificación de pacientes hiperfrecuentes del servicio de salud de consulta externa en un hospital público.

**Marco Teórico:** Esta investigación fue realizada bajo el parámetro de la variable dependiente denominada Procedimiento para identificación de pacientes hiperfrecuentes del servicio de salud de consulta externa y ésta a su vez se sustenta de las variables independientes denominadas I) factores sociodemográficos, II) factores psicológicos, III) factores médicos, IV) Factores de somatización.

**Factores sociodemográficos:** Para la autora Ballesta M (2010) en su trabajo de investigación denominado “Respuesta emocional de los médicos de familia en los encuentros médicos pacientes difíciles” afirma que “no existe un criterio acertado en un diagnóstico específico para la definición de identificación de los pacientes difíciles, sino que hay que basarse en una descripción general del tipo de pacientes y sus características” (Ballesta, 2010, p.36). En ese orden de ideas cita a otros autores quienes hablan que las variables demográficas se generalizan como: pacientes de clase social baja, adultos mayores, en mayor frecuencia mujeres, viudas-viudos y analfabetos e insatisfacción en la consulta. Crutcher 1980, Baker 1996, Prados 1990.

**Factores Psicológicos:** Para Freud (1914), el ser humano no solo libidiniza su propio cuerpo sino también los objetos significativos; de esta forma, el sujeto sufre tanto por el dolor que proviene de su cuerpo como por la pérdida o daño de sus objetos libidinizados (Citado por Echeverri C. 2011).

**Factores médicos:** Los autores Arillo A., Vilches C., Mayor M., Gurpegui J.R., Arroyo C. y Estrada V. (2009) en su estudio “Pacientes hiperfrecuentes y difíciles: ¿cómo se sienten tratados por sus médicos?” definen lo siguiente: La hiperfrecuentación es uno de los aspectos más complejos y preocupantes de la práctica diaria en la atención primaria. Se ha descrito que un 50% del personal médico de atención primaria considera que recibe más del 20% de visitas innecesarias, ocasionando dicho fenómeno emociones de difícil manejo entre los profesionales, que han sido objeto de diversos trabajos en los que se apuesta por una serie de estrategias para mejorar frente a este fenómeno. Dichas estrategias van desde medidas organizativas, hasta las que tienen que ver más con el desarrollo por parte de los profesionales de habilidades comunicacionales y de entrenamiento emocional.

**Tabla 7**

<b>Factores de somatización</b>	
<b>Factor</b>	<b>Generalidad</b>
Factores psicológicos y de personalidad	Tanto la depresión como la ansiedad pueden presentarse con síntomas somáticos. Los pacientes con depresión pueden presentar un cuadro en el cual predominan los síntomas somáticos y el efecto depresivo característico no es obvio. Los pacientes ansiosos pueden presentar síntomas somáticos sin causa patológica aparente y sin evidencia de la ansiedad psicomotriz característica.
Factores Etiológicos	La percepción subjetiva de la enfermedad es el resultado de factores psicológicos, psicosociales, sociológicos y culturales, independientemente de la base genética, fisiológica o biológica de la enfermedad.
Factores familiares	Cada unidad familiar tiene normas y reglas diferentes en cuanto al manejo de problemas, incluyendo problemas emocionales. Es dentro de esta unidad social que se aprenden las respuestas apropiadas a su ambiente, su mundo social y sus sentimientos internos.
Factores socioculturales	La estructura social y la cultura afectan profundamente la manera en la cual se experimentan los procesos biológicos y psicológicos. Los estudios transculturales sobre la depresión han demostrado que los síntomas vegetativos de la depresión son semejantes a través de las culturas, pero los componentes cognitivos y afectivos difieren de manera importante.
El sistema familiar	La reacción de la familia al paciente que somatiza es crítica. La familia puede reforzar la somatización del paciente, permitiéndole el rol de enfermo, con el cuidado, la atención y la exención de las responsabilidades sociales correspondientes. Si el rol de enfermo llega a ser crónico, un nuevo equilibrio que depende de la enfermedad continuada del paciente puede ser establecido en la familia.
El sistema de atención médica	Con su preocupación predominante por el diagnóstico y tratamiento de problemas somáticos los médicos están orientados a un idioma somático. Cuando un paciente presenta síntomas el énfasis está en descartar o comprobar una causa orgánica del síntoma. Mientras esto es un proceso necesario y esencial de la consulta clínica, demasiadas veces el descartar una causa orgánica completa el proceso, se le reasegura al paciente que no tiene nada serio y se lo despide.

Nota. Calero Paredes, D. P. (2014). Identificación de paciente hiperfrecuentadores del servicio de salud de consulta externa de eventos discretos de un Hospital Público (tesis de maestría). Universidad Libre, Cali, Colombia.

**Materiales y Método:** El enfoque de la investigación es cualitativo de tipo transversal descriptivo. Para recolectar la información se analizó una base de datos del hospital y posteriormente se buscó teorías que descubrieran los aspectos clave para el proceso de identificación de pacientes hiperfrecuentes de un hospital en Ginebra.

El presente estudio es de tipo transversal descriptivo porque tiene como propósito especificar las características, las propiedades y los perfiles de personas, grupos,

comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. “Es decir, miden, evalúan o recolectan datos sobre diversos conceptos (variables), aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar” (Sampieri, H. 2010).

**Resultado:**

- Flujo diseñado para el procedimiento de identificación de pacientes hiperfrecuentes. El proceso inicia en el momento en el que usuario llega a la recepción donde es atendido por el auxiliar de enfermería, encargado de recibir los documentos que exige la institución para la prestación del servicio, con el objetivo de verificar si el usuario se encuentra adscrito a alguna E.P.S y I.P.S si está vinculado laboralmente a alguna empresa con las que se tiene convenio. Una vez se hace la recepción del paciente, se pide que cancele el valor de la cuota moderadora de acuerdo al nivel de cotización en el que se encuentre en ese momento o el valor de la consulta estipulado por parte de la institución, en caso de ser un paciente particular. Posteriormente, el paciente es llamado a la consulta de externa, donde es atendido y valorado por un médico. Dependiendo del resultado de la valoración, se determina si el paciente requiere cita médica por enfermedad o por alteración psicológica o si por el contrario no necesita de ningún tipo de atención médica y sólo es necesario un control.

**Conclusiones:**

- El diseño del procedimiento para identificar los pacientes hiperfrecuentes en el servicio de salud en consulta externa, permitió la caracterización del mismo, así como los responsables de la ejecución, verificación y registros que los respaldan de manera que faciliten su planificación, verificación y mejoramiento continuo.
- El procedimiento sirve para futuras investigaciones relacionadas con el tema, debido a que se encontró poca información científica-académica de este tipo de casos en Colombia.
- En el caso de la atención a pacientes hiperfrecuentes, se adaptó de acuerdo a los objetivos, una lista de chequeo con la información del hospital asignando desde la responsabilidad del formato del hospital para lograr identificar las enfermedades más frecuentes de los pacientes que asisten al hospital.
- En lo relativo al procedimiento se concluye que si este se sigue de manera indicada se garantiza la identificación y diagnóstico de los pacientes hiperfrecuentes con los principios y parámetros que rigen los programas de

aplicación del hospital, lo cual garantiza eficacia y eficiencia en la prestación de los servicios. Igualmente, la aplicación del plan de acción es viable y recomendado en la atención especializada médica para que esa se haga de manera estandarizada y logrando altos niveles de calidad en la atención centrada en la satisfacción de las necesidades de los pacientes o usuarios.

## **7. Diseño de un programa de atención humanizada para la prestación del servicio de salud en urgencias pediátricas en una I.P.S de Cali Colombia**

*Autores: Mile Johana Rodríguez Ortiz y Freddy Hernán Chamorro Pinzón*

**Introducción:** Este proyecto hace parte del grupo de investigación Gestión en Salud de la maestría de Gerencia en Servicios de Salud de la Universidad Libre y su línea de investigación Calidad en Salud; tiene como propósito diseñar un programa de atención humanizada para un servicio de salud de urgencias en una I.P.S de la ciudad de Cali, el cual se desarrolla como aporte a la Institución para dar cumplimiento a los objetivos estratégicos de la organización referidos a la satisfacción de la atención de los usuarios. Para lograr este propósito se realizó como primera medida un diagnóstico de las situaciones por las cuales se presenta la atención deshumanizada en el servicio de salud de urgencias de la I.P.S; luego se diseñó un programa de atención humanizada para el mejoramiento de la calidad en la prestación de dicho servicio y finalmente se elaboró un plan de acción para la implementación del mismo.

**Problema:** Estructurar un programa de atención humanizada para el servicio de salud de urgencias que permita reducir las quejas y reclamos por la atención prestada.

**Objetivo General:** Diseñar un programa de atención humanizada que garantice el trato digno a los usuarios del servicio de salud de urgencias de la Fundación Clínica Infantil Club Noel.

**Marco Teórico:** El desarrollo del marco teórico de esta investigación da respuesta a la solución de la necesidad de la población objeto de estudio mediante las siguientes variables de investigación: La humanización en el servicio de salud, proceso de atención en el servicio de urgencias, atención humanizada en niños, programa de humanización y las siguientes covariables: plan de humanización de un servicio clínico, seguimiento y monitoreo del programa, desarrollo y fortalecimiento del talento humano; y caracterización de los líderes en humanización de la salud.

**Materiales y Método:** Esta es una investigación de tipo No experimental transversal descriptivo ya que se observarán los comportamientos del personal asistencial – administrativo del servicio de urgencias, de igual manera se examinará la percepción de la atención recibida por parte de los usuarios que utilizan el servicio, para así analizar las causas de deshumanización que se presentan y transformarlo en un programa de humanización.

**Resultados:**

- El Diagnóstico de las situaciones por las cuales se presenta la atención deshumanizada en el servicio de Salud de urgencias de la Fundación Clínica Infantil Club Noel (FCICN), se realizó con base en los resultados obtenidos de las listas de chequeo – tipo encuesta con las que se quiso precisar las actitudes y comportamientos de los funcionarios del servicio de salud de urgencias con los pacientes/usuarios.
- Los instrumentos adaptados y diligenciados permitieron diagnosticar las actitudes y comportamientos de deshumanización y humanización que se evidencian en el servicio de urgencias de la FCICN, permitiendo identificar las oportunidades de mejora para la documentación y elaboración de un programa de atención humanizada.

**Conclusiones:**

- El desarrollo del presente trabajo de investigación pone en evidencia la necesidad de implementar en la Fundación Clínica Infantil Club Noel, un programa de atención humanizada que abarque los componentes mencionados del programa de atención humanizada propuesto.
- El Diagnóstico contundente y claro que arrojaron las herramientas utilizadas entrega la razón y el sustento para la implementación del programa planteado.
- Los profesionales de la salud de la Fundación Clínica Infantil Club Noel, tanto asistenciales como administrativos deben comprender que la atención humanizada debe ser el eje transversal en la prestación de los servicios, con el fin de lograr el mejoramiento continuo en la atención de los pacientes y sus familias y la imagen de la institución.
- El programa obtendrá los resultados sí y solo sí hay voluntad y compromiso Gerencial con la conciencia y la acción para ejecutarlo. La organización no debe temer en hablar de estos temas, proyectar sus principios y sus valores y realizar todos los esfuerzos posibles para que el mensaje llegue

a todos y cada uno de los colaboradores, a los mismos usuarios y la comunidad en general.

- El estudio se realiza en el servicio de urgencias de la Fundación Clínica Infantil Club Noel y en primera instancia el programa de atención humanizada se desarrollará en este servicio, sin embargo, la Política de Humanización abarca a toda la organización y se puede replicar hacia otros servicios e incluso a otras instituciones de salud.
- Se recomienda documentar un programa de atención humanizada para el mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios de salud en urgencias pediátricas de la FCICN.

## **8. Procedimiento de prestación de servicios para un programa de atención domiciliaria en rehabilitación integral especializada para una I.P.S.**

*Autores: Julia Andrea Arias Díaz y Adriana Marcela Casas Palomino*

**Introducción:** La I.P.S objeto de estudio es una empresa de carácter privado, hoy en día cuenta con la Unidad de Habilitación/Rehabilitación con los programas de Consulta Externa, especializado en Neurodesarrollo pediátrico, especializado en Neuro-rehabilitación, Prótesis y Ortesis, Rehabilitación Profesional y Rehabilitación de Mano y Miembro superior; la Unidad Educativa con los programas de Centro Educativo, Educación para el trabajo y la productividad. La I.P.S desde el año 2013, cuenta con la certificación en calidad por la ICONTEC y la Certificación como Centro de Excelencia por la Asociación Americana de Neurodesarrollo.

Se muestra la estandarización del procedimiento de Prestación de Servicios para un Programa de Atención Domiciliaria en Rehabilitación Integral Especializada, además del Instructivo y el Plan de Acción para la implementación procedimiento; teniendo en cuenta para su desarrollo la Norma Técnica Colombiana ISO 9001 del 2008, Guía Técnica Colombiana ISO 10013 DEL 2002, la resolución 1441 de 2013 Manual de habilitación de prestadores de servicios de salud y los procesos de atención de la Fundación IDEAL. Unidad de habilitación/rehabilitación.

**Problema:** “Para el año 2013 en la ciudad de Cali, existían alrededor de 46 I.P.S de Atención domiciliaria en rehabilitación habilitadas, de los cuales una I.P.S, hace referencia a servicios especializados” (Gobernación del valle del Cauca, 2013). Para este proyecto de investigación se tiene como punto de partida una I.P.S con servicio

de rehabilitación integral, siendo ésta una entidad especializada que ofrece atención integral a las personas con discapacidad, mediante los procesos de habilitación/rehabilitación y educación en sus diferentes unidades, cuenta con la certificación en calidad por ICONTEC y Certificación como Centro de Excelencia por la Asociación Americana de Neurodesarrollo NDTA, evidenciando una problemática al no contar con el programa de atención domiciliaria, dificultando ofertar sus servicios y competir en el sector. “Para el departamento del Valle del Cauca tiene aproximadamente 12.627 personas en situación de discapacidad y en Cali 7.764” (DANE, 2010), quienes estarían incluidas en servicios de rehabilitación en consulta externa y otros incluidos en programas de atención domiciliaria.

**Objetivo General:** Diseñar un procedimiento de prestación del servicio para un programa de atención domiciliaria en rehabilitación integral especializada para una I.P.S.

**Marco Teórico:** La revisión teórica para la realización de este proyecto de investigación, se soporta en las variables independientes servicio domiciliario de Fisioterapia, servicio domiciliario de terapia ocupacional y servicio domiciliario de terapia de lenguaje, que dan respuesta a la pregunta de investigación y alcance al objetivo general.

**Materiales y Método:** No experimental: Podría definirse como la investigación que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir, se trata de estudios donde no se varía en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables. Lo que se hace en la investigación no experimental es observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para posteriormente analizarlos. Diseño transversal descriptivo: tienen como objetivo indagar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población. El procedimiento consiste en ubicar en una o diversas variables a un grupo de personas u otros seres vivos, objetos, situaciones, contextos, fenómenos, comunidades y así proporcionar su descripción.

#### **Resultados:**

- La investigación se llevó a cabo en la sede Especializada de Neurodesarrollo de la Institución Prestadora de Servicios ubicada en la ciudad de Cali. Esta institución cuenta en total con 27 terapeutas: 9 fisioterapeutas, 9 terapeutas ocupacionales y 9 fonoaudiólogos, en el área asistencial; en el área administrativa cuenta con una jefe de unidad y 2 auxiliares de citas, 2 auxiliares administrativos que son compartidos con la Unidad especializada de neurorehabilitación. En el diagnóstico de la situación actual de la I.P.S, se evidencia que prestan el servicio de atención domiciliaria a quienes soli-

citando personalmente dicho servicio y son concretados con los profesionales entrenados para iniciar el proceso de atención. También, se observa que el distintivo de habilitación de atención domiciliaria no se encuentra en un lugar visible, aunque cuentan con la habilitación de los servicios de fisioterapia, fonoaudiología y terapia ocupacional para la atención domiciliaria. Actualmente cuenta con un manual de procedimientos para la atención domiciliaria, dentro de los procesos de gestión de la institución, el cual cuenta con propósito, alcance, objetivos y el proceso que debe seguir al ingresar un usuario a dicho servicio, tratando de seguir lo que dicta la norma ISO de sistemas de gestión de calidad. El objetivo de este diagnóstico fue identificar las actividades de evaluación e intervención implementadas actualmente por la I.P.S en la prestación de servicios en Terapia Ocupacional, Terapia Física y Terapia de Lenguaje, para lo cual se hizo un diagnóstico del procedimiento actual; para la recolección de la información se diseñó una lista de chequeo basada en las actividades desarrolladas e implementadas por la Institución que tenían como propósito cumplir con el primer objetivo del proyecto.

Identificar las actividades de evaluación e intervención implementadas actualmente por la I.P.S en la prestación del servicio para la Atención Domiciliaria en Rehabilitación Integral Especializada en Terapia Ocupacional, Terapia Física y Terapia de Lenguaje. A continuación, se presentan los resultados de la lista de chequeo por procesos y sus actividades.

### **Conclusiones:**

- La lista de chequeo adaptada y utilizada para el diagnóstico, permitieron identificar las oportunidades de mejora para la Institución para el diseño del Procedimiento de Prestación de Servicios para un Programa de Atención Domiciliaria en Rehabilitación Integral Especializada; contando con un marco de procesos y actividades de evaluación e intervención implementadas actualmente por la I.P.S en los servicios de terapia Ocupacional, Fisioterapia y Fonoaudiología, que dan pautas para la implementación de un nuevo servicio, evidenciando la adherencia a los procesos con calificación por encima del 80%.
- El diseño del Procedimiento de Prestación de Servicios para un Programa de Atención Domiciliaria en Rehabilitación Integral Especializada para una I.P.S, permitió la caracterización del mismo, así como los responsables de la ejecución, verificación y registros que los respaldan de manera que faciliten su planificación, verificación y mejoramiento continuo.



- La elaboración del plan de acción permitirá la implementación del Procedimiento de Prestación de Servicios para un Programa de Atención Domiciliaria en Rehabilitación Integral Especializada para una I.P.S, permitiendo identificar las actividades que se deben desarrollar y priorizar los objetivos y metas a alcanzar.

## **9. Estancia prologada injustificada en pacientes hospitalizados en el servicio de quirúrgicas en una E.S.E durante el periodo de noviembre del 2013 a marzo del 2014.**

*Autores: Catherine Filigrana Mazuera y Leidy Johanna Ortega Rivera*

**Introducción:** Este estudio tiene como objetivo definir una metodología para identificar las causas que generan estancia prolongada injustificada en pacientes hospitalizados en el servicio de Quirúrgicas en una E.S.E durante el periodo de noviembre del 2013 a marzo del 2014, el cual se desarrolla como aporte a la E.S.E para dar cumplimiento a los estándares de calidad del servicio. Para lograr este objetivo se realizó como primera medida un censo el cual se iba alimentando diariamente, por medio de éste logramos identificar y clasificar las causas que generan estancia prolongada injustificada en pacientes hospitalizados en el servicio de Quirúrgicas.

**Problema:** Dentro de este marco, es interesante visualizar la problemática desde el interior de la E.S.E, lugar donde se llevará a cabo la presente investigación, Empresa Social del Estado que brinda servicios de salud en los niveles I y II de complejidad. Entre los servicios con los que cuenta están el de Hospitalización Quirúrgica. Un estudio realizado por Filigrana y Leal, 2001 evidenció la baja rotación de las camas, de acuerdo con los indicadores del mercado por especialidad y tipo de manejo. De lo anterior y considerando lo expuesto por la resolución 3047, 2008 se considera la rotación de cama un aspecto de garantía para mantener la auto sostenibilidad de la Institución.

El principal Diagnóstico causa de hospitalización fue el dolor Abdominal con un 13% seguido de Abdómen Agudo con un 11 % y la Colecistitis Aguda, Colelitiasis, Apendicitis aguda con el 9%. Como consecuencia de lo anterior el procedimiento quirúrgico más realizado según el diagnóstico es la Colectomía y las causas que generaron estancias hospitalarias prolongadas corresponden a la ausencia de material de Osteosíntesis con un 19%, seguida en la demora en asignar cita con especialista, programación de cirugía y remisión médica con el 14%.

**Objetivo General:** Identificar las causas que generan estancia prolongada injustificada en pacientes hospitalizados en el servicio de Quirúrgicas en una E.S.E

durante el periodo de noviembre del 2013 a marzo del 2014.

**Marco Teórico:** El marco teórico de este estudio responde a la variable dependiente que se refiere al diseño de una metodología que permita reducir la estancia prolongada injustificada en pacientes hospitalizados en el servicio de Quirúrgicas en una E.S.E de nivel II del Municipio de Palmira, a través de 2 variables independientes que son: i) Procesos administrativos y ii) Procesos asistenciales que a su vez se subdividen en covariables, facturación e infraestructura, historia clínica y medicamentos respectivamente.

**Materiales y Método:** Esta investigación tiene un enfoque cuantitativo que permitirá analizar y relacionar datos que ayudarán a identificar las causas que generan estancia hospitalaria prolongada injustificada en la sala de Quirúrgicas en pacientes de una E.S.E.

Se realizará un estudio de tipo descriptivo cuyo propósito será identificar las causas que generan estancia prolongada injustificada en pacientes hospitalizados en el Servicio de Quirúrgicas en una E.S.E, durante el periodo de noviembre del 2013 a marzo de 2014.

El diseño de la investigación será no experimental transversal descriptivo por que se recolectará la información durante el periodo de noviembre del 2013 a marzo de 2014.

### **Resultados:**

- El estudio se llevó a cabo en una E.S.E de II Nivel de atención, la cual presta servicios de baja y mediana complejidad, la institución cuenta con 63 empleados de planta de planta, 180 de planta temporal y 353 por contratación. La E.S.E cuenta con 63 camas de hospitalización distribuidas por los diferentes servicios: 21 camas en Quirúrgicas, 18 en maternidad, 12 en Medicina Interna y 12 en Pediatría. El objetivo del diagnóstico es identificar las oportunidades de mejora en el proceso de identificación que permita disminuir las causas que generan estancia prolongada injustificada en pacientes hospitalizados en el servicio de Quirúrgicas, para lo cual se hizo un diagnóstico del procedimiento actual; para la recolección de la información, se diseñó un instrumento, que tiene como propósito cumplir con el primer objetivo general del estudio. El instrumento se aplicó a los 160 pacientes hospitalizados con estancia prolongada en la sala de Quirúrgicas durante el periodo de noviembre de 2013 a marzo de 2014. La información recolectada se sistematizó en Excel se filtró y de 160 pacientes con estancia prolongada, 101 pacientes presentaron estancia prolongada injustificada, con dicha muestra se realizó un análisis cualitativo del procedimiento actual.

- Se diseñó un procedimiento que permitirá realizar seguimiento a los pacientes con estancia prolongada injustificada, determinar su causa e implementar acción de mejora.

#### **Conclusiones:**

- Como alternativa de solución se diseñó un censo el cual fue diligenciado por el auditor de la institución para realizar seguimiento a los pacientes hospitalizados e identificar y clasificar las causas de la estancia injustificadas.
- Se ha encontrado que la principal causa que genera la estancia prolongada injustificada es la antibioticoterapia.
- Se encontró que 101 pacientes presentaron estancia prolongada injustificada por causa de problemas administrativos. Una vez identificadas, clasificadas las causas y diseñado el procedimiento se socializará ante comité primario de la institución para su aprobación y divulgación ante toda la E.S.E.

## **10. Diseño del procedimiento que permita mejorar la adherencia a la vacuna contra el toxoide tetánico en mujeres en edad fértil de una I.P.S de la ciudad de Cali**

*Autores: Aliria Del Carmen González Valencia y Cecilia Del Pilar Játiva Mesa*

**Introducción:** El objetivo de este trabajo de investigación es diseñar un procedimiento para mejorar la adherencia en la aplicación de la vacuna contra el toxoide tetánico en esta población. Este trabajo se realiza como apoyo al programa institucional de promoción y prevención, siguiendo los lineamientos del Programa Ampliado de Inmunización (PAI). A fin de lograr este objetivo, en primer lugar, se identificaron las causas de los bajos niveles de adherencia a la vacuna contra el toxoide tetánico en la población objeto de estudio; para lo cual se crea una encuesta realizada vía telefónica a fin de detectar las razones para los bajos niveles de adherencia en la población objeto de estudio, posteriormente se crea y se estandariza un procedimiento para la adherencia a la vacuna contra el toxoide tetánico en esta población y finalmente se socializa la propuesta del procedimiento para mejorar la adherencia. Se emplea metodología documental con la cual se extraen las tendencias desde el punto de vista teórico, clínico y práctico de los distintos procesos de vacunación y terapéuticos en salud que requieren esquemas de adherencia como apoyo para la realización de los procedimientos, adicionalmente se realiza una encuesta para constatar las causas de los bajos niveles de adherencia en la población objeto de

estudio. El resultado que arroja la investigación es la creación y estandarización del procedimiento de adherencia a la vacuna contra el toxoide tetánico y así garantizar la cobertura exigida por las entidades de salud territoriales, que tienen como una de sus metas principales la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

**Problema:** En una revisión realizada a la matriz de programación del Ministerio de Salud en el año 2013, se encontró la meta mensual establecida para el esquema de vacunación de mujeres en edad fértil, la cual no se estaba cumpliendo, es decir, 10.128 mujeres vacunadas. Tan solo se vacunaron 563 mujeres en este año. Esto significa que solo el 6% de la meta se está cumpliendo. ¿Qué procedimiento permitirá mejorar la adherencia a la vacuna contra el toxoide tetánico en la población de mujeres en edad fértil de una I.P.S de la ciudad de Cali?

**Objetivo General:** Diseñar un procedimiento que permitirá mejorar la adherencia a la vacuna contra el toxoide tetánico en mujeres en edad fértil de una I.P.S de la ciudad de Cali.

**Marco Teórico:** Para la elaboración teórica y la realización de este proyecto se partió de las variables del proyecto. Se postuló como variable dependiente: Procedimiento para la adherencia en la aplicación de la vacuna contra el tétano en mujeres de edad fértil (10-49 años) en una I.P.S de la ciudad de Cali. La cual se soporta de las siguientes variables independientes: la adherencia, factores que influyen en la adherencia, adherencia al tratamiento y métodos de control de adherencia.

**Materiales y Método:** El enfoque del estudio es cuantitativo, porque se buscará indagar los niveles de adherencia que se presentan en la muestra y población utilizada, así mismo se buscará mejorar los niveles de adherencia a través de la aplicación del procedimiento.

La investigación es de tipo documental. Esto porque se intentará profundizar en la problemática desde la punta de vista conceptual, teórico y metodológico, de esta manera caracterizar a la población objeto de estudio, para dar pautas para una mejor adherencia en la vacunación contra el tétano en mujeres en edad fértil; adicionalmente se buscará información en bases de datos, con el objetivo de dar un sustento de evidencia teórica.

Investigación no experimental de corte transversal descriptivo ya que se indagará simultáneamente la presencia de la exposición y la ocurrencia del evento desde distintos puntos de vista, una vez conformada la población en estudio, todo lo anterior en un periodo determinado. La información suministrada por la muestra poblacional no se manipulará bajo ninguna circunstancia, esto para inferir las causas de la no adherencia suministrada por los componentes muestrales y aunque esta información en la mayoría de los casos es cualitativa, éstas se transformará en

razones que medirán los factores de la no adherencia a la vacuna contra el tétano y los niveles que se pretenden alcanzar.

**Resultados:**

- Se documentó el procedimiento para el mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio de salud en vacunación.
- Se diseñó e implementó instrumento para el cumplimiento del objetivo del estudio.
- Se aplicó uno de los instrumentos a 44 mujeres usuarias de la institución. La información recolectada se sistematizó en una lista de chequeo y se realizó un análisis cualitativo y cuantitativo del procedimiento actual.
- Los instrumentos que se aplicaron, como la encuesta permitió que se evaluaran las respuestas de las usuarias para descubrir cuáles son las causas por las cuales no se adhieren a la vacunación.
- Los resultados de la encuesta aplicadas arrojaron que los niveles de adherencia en vacunación contra el toxoide tetánico de mujeres en edad fértil están por debajo de las metas institucionales

**Conclusiones:**

- En la actualidad no existe un procedimiento que garantice óptimos niveles de adherencia en la vacunación contra el toxoide tetánico en la población de mujeres en edad fértil,
- Las razones para esto radican en el desconocimiento y la información deficiente que tienen las usuarias encuestadas, tanto de los esquemas propios de vacunación como de las consecuencias que tiene la enfermedad que se previene con la aplicación de la vacuna.
- En la creación del procedimiento se detectaron las oportunidades de mejora en los procesos de planeación, organización y ejecución tanto a nivel administrativo como médico asistencial, que trae como consecuencia el incremento de manera significativa en los niveles de adherencia en la vacunación contra el toxoide tetánico en la población de mujeres en edad fértil, aunque de manera definitiva los resultados se ven en la etapa de aplicación del procedimiento.
- Con la incorporación del procedimiento se dan garantías de un incremento de manera significativo en los niveles de adherencia que repercuten de

manera positiva en los programas instituciones de promoción y prevención en salud, que significan mejores condiciones de salud a la población y una mejor prestación de los servicios de salud

- Se recomienda que se implemente el programa de adherencia para la vacunación contra el tétano en mujeres edad fértil.

## **II. Protocolo para la prestación del servicio de Salud dirigido a pacientes con Alzheimer en fase inicial mediante la utilización de arte-terapia**

*Autores: Gloria Amanda Guevara Romero y Yadira Alexandra Guevara Romero*

**Introducción:** Tiene como objetivo general diseñar un protocolo para la prestación del servicio de salud dirigido a los pacientes con la enfermedad de Alzheimer en fase inicial mediante arte-terapia, como una herramienta terapéutica alternativa y de complemento a las terapias farmacológicas que tienen sus límites en el manejo de este tipo de padecimiento; además, se busca que el protocolo cumpla con los criterios de habilitación de los servicios de salud exigidos por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Para la realización de la investigación se utiliza metodología documental y descriptiva con un enfoque cuantitativo; al no presentarse manipulación de ninguna de las variables y tenerse en cuenta distintos factores que influyen a éstas, la investigación se considera no experimental, de corte transversal descriptivo. A través de una revisión bibliográfica realizada en bases de datos y revistas indexadas, se obtiene documentación e información la cual se categoriza de acuerdo con las distintas perspectivas que se tienen en cuenta en la investigación que son la prestación de los servicios de salud, la visión clínica y fisiológica y las intervenciones arteterapéuticas en el manejo de la enfermedad.

**Problema:** ¿Cuál sería el protocolo para la prestación del servicio de salud dirigido a los pacientes con Alzheimer en etapa inicial utilizando arte terapia?

**Objetivo General:** Diseñar un protocolo para la prestación del servicio de salud dirigido a pacientes con Alzheimer en fase inicial mediante la utilización de arte terapia.

**Marco Teórico:** Criterios de habilitación para la prestación de servicios de salud para el adulto mayor. Al crear o diseñar un modelo en el cual se preste un servicio de salud según la normatividad colombiana, se debe cumplir con unos criterios mínimos de habilitación, que ayuden a contribuir y a mejorar la calidad de la atención en salud y la calidad de vida del adulto mayor. Así lo afirman Ceballos y Trujillo.

**Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud.** Citando textualmente la Constitución Política de Colombia, Capítulo II, Artículo 49: “la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas y ejercer su vigilancia y control.

**Auditorías.** Las auditorías tienen sentido únicamente en función del mejoramiento de la calidad de las organizaciones. Los manuales de procesos críticos de auditoría son para el mejoramiento de la calidad y son una herramienta básica para facilitar la comprensión y la realización de los procesos de evaluación de la calidad para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud I.P.S, como paso fundamental para que, a partir de los resultados de tales procesos de evaluación, se tomen las decisiones que permitan aplicar los correctivos necesarios para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. Demencia y Enfermedad de Alzheimer. Según Arroyo en el estudio Memoria procedimental en pacientes con enfermedad de Alzheimer, la demencia tipo Alzheimer se caracteriza por deterioro mental progresivo que interfiere con las actividades cotidianas, se afectan al inicio aspectos cognitivos y la memoria.

**Materiales y Método:** Para recolectar la información se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos científicas, académicas y gubernamentales; esto tuvo como propósito la creación de una base de datos con la información relativa al manejo de pacientes con demencias tipo Alzheimer en fase inicial por medio de terapias no farmacológicas, así como la información normativa sobre los criterios de habilitación de la prestación de servicios de salud. Se realizó una búsqueda sobre los costos que se genera al tener una paciente con Alzheimer fase inicial con respecto a costos de tratamiento farmacológico y los costos de tratamiento no farmacológico. Se procedió a clasificar la información recolectada y a definir las tendencias observadas en el manejo y rehabilitación de pacientes con demencias tipo Alzheimer por medios alternativos, para así hacer que el paso siguiente se realizara de manera más concreta y definida. Este paso consistió en la estandarización del protocolo para la rehabilitación de pacientes con Alzheimer en fases iniciales por medio de arte-terapia. Se hizo siguiendo las directrices de los criterios de habitación para la prestación de servicios de salud emitidas por las entidades de salud del gobierno nacional de Colombia. La socialización del protocolo se hizo utilizando preguntas específicas como ¿qué?, ¿quién?, ¿cómo?, ¿cuándo?, ¿para qué?, con el propósito de que sea

implementado o adaptado por instituciones de salud que tengan en sus servicios la atención tanto preventiva como de rehabilitación de población adulta mayor que padezca demencias tipo Alzheimer.

**Resultados:**

- Para el desarrollo del primer objetivo específico se utilizaron las siguientes bases de datos: Scielo, Intramed, Pub Med, entidades gubernamentales internacionales y nacionales, normas y leyes del Ministerio de la Protección Social. Con palabras claves como Alzheimer, terapias, arte-terapia, terapias alternativas.
- Plan de acción del procedimiento para el protocolo para la prestación del servicio de salud dirigido a pacientes con enfermedad de Alzheimer en fase inicial mediante la utilización de arteterapia.

**Conclusiones:**

- La revisión de la literatura especializada permitió identificar que en el tratamiento de demencias tipo Alzheimer consideradas como patologías degenerativas, progresivas y de difícil manejo clínico y asistencial, existen terapias alternativas no farmacológicas que en muchos casos funcionan como apoyo a tratamientos tradicionales y en otros como herramienta terapéutica propiamente dicha.
- Se realizó el diseño del Protocolo para la prestación del servicio de salud dirigido a pacientes con Alzheimer en fase inicial mediante la utilización de arte-terapia, como una propuesta innovadora que permitirá, según la evaluación inicial, integrar al paciente en un programa de arte-terapia adecuado y oportuno para mejorar y/o mantener su calidad de vida; esto se hará según los criterios de habilitación para la prestación de servicios de salud que sean normatividad de las entidades de salud correspondientes. La socialización del protocolo se hará a las diferentes E.P.S o I.P.S que estén interesadas en implementar este tipo de tratamiento no farmacológico.



## Bibliografía

1. Álape Gómez, M. R., & Gutiérrez Lenis, P. A. (2013). *Estrategias de Marketing Social aplicadas a los spots de televisión de las campañas de prevención del consumo de sustancias psicoactivas (cannabis sativa) (tesis de maestría)*. Universidad Libre, Cali, Colombia.
2. Aragón Rico, C. A., Vargas, C. P., & Zapata Arias, C. L. (2014). *Impacto de la estructura financiera actual en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia (tesis de maestría)*. Universidad Libre, Cali, Colombia.
3. Arcila Marquez, E., & Quintero Quintero, C. E. (2014). *Tipología de la corrupción en el sector Salud (tesis de maestría)*. Universidad Libre, Cali, Colombia.
4. Arias Díaz, J. A., & Casas Palomino, A. M. (2014). *Procedimiento de prestación de servicios para un programa de atención domiciliaria en rehabilitación integral especializada para una I.P.S. (tesis de maestría)*. Universidad Libre, Cali, Colombia.
5. Balanta Fory, Y., Moreno, D. P., & Montoya Ossa, L. A. (2014). *Seguridad del paciente en la prestación de Servicios de Salud (tesis de maestría)*. Universidad Libre, Cali, Colombia.
6. Bautista Pérez, O. A., & Rodríguez Quintero, M. C. (2014). *Análisis de Tipo de contratación para la prestación de servicios de salud en Colombia (tesis de maestría)*. Universidad Libre, Cali, Colombia.
7. Burbano Ceron, L. M., & Linares López, A. C. (2014). *Seguridad del paciente y la gestión gerencial (tesis de maestría)*. Universidad Libre, Cali, Colombia.
8. Calero Paredes, D. P. (2014). *Identificación de paciente hiperfrecuentadores del servicio de salud de consulta externa de eventos discretos de un Hospital Público (tesis de maestría)*. Universidad Libre, Cali, Colombia.
9. Camacho Muñoz, L. J., & Sánchez Arteaga, C. P. (2014). *Procedimiento de adherencia en menores entre 5 y 10 años al programa de promoción y prevención en el servicio de odontología en el Hospital La Buena Esperanza de Yumbo E.S.E (tesis de maestría)*. Universidad Libre, Cali, Colombia.

10. Castillo Dorado, C. L., Guarín Galvez, Y., & Torres Arango, L. J. (2014). *Estrategias de coaching gerencial aplicadas a organizaciones de salud (tesis de maestría)*. Universidad Libre, Cali, Colombia.
11. Del Castillo Villanueva, V. E. (2013). *Estrategias de Marketing Social aplicadas a las campañas de prevención del cáncer de piel (tesis de maestría)*. Universidad Libre, Cali, Colombia.
12. Filigrana Mazuera, C., & Ortega Rivera, L. J. (2014). *Estancia prolongada injustificada en pacientes hospitalizados en el servicio de quirúrgicas en una E.S.E. durante el período de Noviembre del 2.013 a Marzo de 2.014 (tesis de maestría)*. Universidad Libre, Cali, Colombia.
13. Forum, W. E. (2013). *INFORME GLOBAL DE COMPETITIVIDAD*. Obtenido de [http://www3.weforum.org/docs/WEF\\_GlobalCompetitivenessReport\\_2013-14.pdf](http://www3.weforum.org/docs/WEF_GlobalCompetitivenessReport_2013-14.pdf)
14. Giraldo Quintero, L. F., & Ramos Rengifo, C. (2013). *Estrategias de Marketing Social aplicadas a la educación y promoción de una vida saludable (tesis de maestría)*. Universidad Libre, Cali, Colombia.
15. González, A. D., & Játiva Mesa, C. D. (2014). *Diseño del procedimiento que permita mejorar la adherencia a la vacuna contra el Toxide Tetánico en mujeres en edad fértil de una I.P.S. de la ciudad de Cali (tesis de maestría)*. Universidad Libre, Cali, Colombia.
16. Guevara Romero, G. A., & Guevara, Y. A. (2015). *Protocolo para la prestación del servicio de salud dirigido a pacientes con alzheimer en fase inicial mediante la utilización de arte - terapia (tesis de maestría)*. Universidad Libre, Cali, Colombia.
17. Luna Murillo, V. (2013). *Procedimiento para la verificación de la adherencia a la guía de prevención de infección sitio operatorio en una Institución de alta complejidad en la ciudad de Cali (tesis de maestría)*. Universidad Libre, Cali, Colombia.
18. Martínez Guerrero, H., & Lozano Rebolledo, E. R. (2014). *Diseño de las bases para un centro de excelencia para pacientes con trastornos de la coagulación que garantice tratamiento médico en una I.P.S. de Cali (tesis de maestría)*. Universidad Libre, Cali, Colombia.
19. Merino Plaza, M. J. (2012). *La seguridad del paciente un reto para la asistencia sanitaria*. San Fernando de Henares: RC Libros.
20. Mesa Valdes, J. F., & Sepulveda Caviedes, A. (2014). *Protocolo para la clasificación de pacientes de urgencias de una Red de Servicios (tesis de maestría)*. Universidad Libre, Cali, Colombia.
21. Osorio Barreto, C., & Burbano Cerón, L. (2014). *Gestión del riesgo asistencial en salud (tesis de maestría)*. Universidad Libre, Cali, Colombia.

## Bibliografía

22. Ospina Marín , J. A., & Gil Concha, O. M. (2014). *Financiamiento y sostenibilidad del Sistema General de Seguridad Social de Salud en Colombia (tesis de maestría)*. Universidad Libre, Cali, Colombia.
23. Patiño Mayor, Y. (2014). *Calidad en la gestión gerencial de una institución de salud (tesis de maestría)*. Universidad Libre, Cali, Colombia.
24. Ramírez Gómez, M. A. (2014). *Evento adverso y su repercusión en el sistema de salud colombiano (tesis de maestría)*. Universidad Libre, Cali, Colombia.
25. Rodríguez Luna, L., & Ortiz, L. F. (2014). *Estructura de un Hogar de paso dirigido a la atención de pacientes excluidos del servicio de salud en atención domiciliaria (tesis de maestría)*. Universidad Libre, Cali, Colombia.
26. Rodríguez Ortiz, M. J., & Chamorro Pinzón, F. H. (2014). *Diseño de un programa de atención humanizada para la prestación de servicio de salud en urgencias pediátricas en una I.P.S. de Cali Colombia (tesis de maestría)*. Universidad Libre, Cali, Colombia.
27. Vidales Ramos, R., & Lobato Polo, S. J. (2014). *Protocolo administrativo de programación y logística para garantizar la prestación del servicio de atención domiciliaria en salud en una I.P.S.(tesis de maestría)*. Universidad Libre, Cali, Colombia.



En la primera línea de investigación de la Garantía de la calidad en servicios de salud, se realizaron 26 trabajos que equivalen al 38,8% del total de tesis realizadas durante el periodo. En la segunda línea de investigación de Mercadeo de servicios de salud se realizaron 12 trabajos de investigación para un 17,9% del total de tesis realizadas. En la tercera línea de investigación Servicios de salud se realizaron 10 trabajos de investigación para un 14,9% del total de tesis realizadas. En la cuarta línea de investigación de Derecho, sociedad y salud se realizaron 8 trabajos de investigación que constituyen un 11,9% del total de tesis. En la quinta línea de investigación de Talento humano en salud se realizaron 5 trabajos de investigación para un 7,4% del total de tesis. En la sexta línea de investigación de Emprendimiento en el sector salud se realizó 1 trabajo de investigación para un 1,4% del total de tesis.

