

**ANALISIS DE LAS INCONSISTENCIAS EN LAS ADMISIONES DE PACIENTES
DE LA CLINICA CRECER SEDE CARTAGENA, DURANTE EL PRIMER
SEMESTRE DE 2014**

**LOURDES HERNANDEZ CORONADO
PAOLA FRANCIS TORRES TORRES**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
ESP. GERENCIA EN SALUD COHORTE XXII
CARTAGENA DE INDIAS D. T. Y C., COLOMBIA
2014**

**ANALISIS DE LAS INCONSISTENCIAS EN LAS ADMISIONES DE PACIENTES
DE LA CLINICA CRECER SEDE CARTAGENA, DURANTE EL PRIMER
SEMESTRE DE 2014**

**LOURDES HERNANDEZ CORONADO
PAOLA FRANCIS TORRES TORRES**

Proyecto de grado para cumplir los requisitos y optar al título de
Especialista en Gerencia en Salud

Asesor
WILLIAM PEÑA DAZA
MEDICO

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
ESP. GERENCIA EN SALUD COHORTE XXII
CARTAGENA DE INDIAS D. T. Y C., COLOMBIA
2014**

Cartagena de Indias D.T. y C.

Señores

Comité de Graduación

PROGRAMA DE ADMINISTRACION EN SALUD

FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS

Universidad de Cartagena

Ciudad

Cordial saludo.

Por medio de la presenta hacemos entrega del Informe Final del trabajo de grado titulado “**ANALISIS DE LAS INCONSISTENCIAS EN LAS ADMISIONES DE PACIENES DE LA CLINICA CRECER SEDE CARTAGENA, DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DE 2014**” como requisito para optar al título de Especialista en Gerencia de Salud.

Atentamente,

Paola Francis Torres Torres

C.C. 45.593.597 de Cartagena

Lourdes Hernandez Coronado

C.C. 45761587 de Cartagena

Cartagena de Indias D.T. y C.

Señores

Comité de Graduación

PROGRAMA DE ADMINISTRACION EN SALUD

FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS

Universidad de Cartagena

Ciudad

Cordial saludo.

Me permito someter a su consideración el Informe Final del trabajo de grado titulado “**ANALISIS DE LAS INCONSISTENCIAS EN LAS ADMISIONES DE PACIENTES DE LA CLINICA CRECER SEDE CARTAGENA, DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DE 2014**” realizada por las estudiantes , en la cual me desempeñé cumpliendo la función de Asesor.

Atentamente.

WILLIAM PEÑA

Asesor

Artículo 5: Buena Fe

La Universidad presume que cualquier producción intelectual de los estudiantes es de su autoría y que no han quebrantado derechos de propiedad intelectual de otras personas. En caso de que se presente prueba en contrario, el infractor asumirá la responsabilidad por daños y perjuicios y afrontará las acciones legales procedentes.¹

¹ CONSEJO SUPERIOR DE LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA. *Estatuto de Propiedad Intelectual de la Universidad de Cartagena*. Acuerdo No. 03 - 29 de junio 2012

Nota de aceptación

Firma de presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Dedico este trabajo:

A Dios

*Por ser mi luz y mi guía en cada instante de mi vida.
Por darme la salud y la sabiduría necesaria para llegar a este momento
tan especial.
Por los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorarte
cada día más.*

A mi madre

*Por educarme, por soportar mis errores, por sus consejos, por el inmenso
amor que siempre me brindó, por las oraciones incansables, por cultivar e
inculcar en mí todos esos valores que me hicieron crecer como mejor ser
humano.*

¡Gracias por darme la vida!

¡Te amo con todo mi corazón madre!

Q.D.E.P

A mi padre

*Por su amor y por inculcar en mí ese sabio don de la responsabilidad, la
constancia y dedicación.*

¡Gracias!

A mi hijo

Por qué es mi motor, inspiración, y razón de vida.

A mis Docentes

Gracias por su tiempo, por su apoyo así como por la sabiduría que me transmitieron en el desarrollo de mi formación como especialista.

A mis amigos

Que gracias al equipo que formamos, logramos llegar hasta el final del camino y qué bonito, que al final de todo seguimos siendo amigos.

A la Universidad de Cartagena, a la Facultad de Ciencias Económicas y en especial al programa de Gerencia en Salud por darme la oportunidad de formar parte de ellas.

¡Gracias!

LOURDES HERNANDEZ CORONADO

Dedico este trabajo de grado:

A Dios

Por su misericordia infinita, por todo lo que ha permitido en mi vida, las alegrías, las bendiciones, porque a pesar de las dificultades siempre me da fortaleza y sabiduría para no desvanecer en mis metas y sueños.

A mi madre , esposo e hijo

Por su apoyo siempre, por el amor que me han brindado, Por ser ese pilar en todo lo que soy, por el apoyo incondicional en todo momento de mi vida, a mi madre por sus oraciones, por su modelo de vida que ha sembrado en mí; valores y orgullo que me inspiran cada día, a mi esposo por su apoyo incondicional y a mi hijo porque es el motor de mi vida Ellos han sido parte de todo este proceso dándome su amor, consejos y apoyo.

A mis amigos

Por que siempre me han dado esa voz de aliento, motivaciones y aportado muchas alegrías.

A todos gracias

Por ser parte de este sueño alcanzado.

PAOLA FRANCIS TORRES TORRES

AGRADECIMIENTOS

A Dios quien a través de su espíritu santo nos iluminó y guió por el camino correcto, para que hoy pudiéramos ser motivo de orgullo para nuestros padres al mostrarles que todos sus esfuerzos y sacrificios dieron sus frutos.

A nuestras familias que siempre nos acompañaron y ayudaron a superar los momentos difíciles, para que hoy pudiéramos ver cumplido el objetivo que nos trazamos al comenzar esta etapa de nuestras vidas.

A nuestro tutor Dr.: William Peña, quien siempre estuvo acompañándonos, en la consecución de tan importante logro.

A todos nuestros amigos, compañeros y profesores por brindarnos su apoyo durante todo el proceso académico, para que no perdiéramos el rumbo ni el enfoque de lograr ser unas especialistas integrales de la Gerencia en Salud.

CONTENIDO

INTRODUCCION	18
RESUMEN	17
1. MARCO GENERAL DEL PROYECTO.....	21
1.1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	21
1.2 OBJETIVOS DEL ESTUDIO	23
1.2.1 Objetivo General	23
1.2.2 Objetivos Específicos.....	23
1.3 JUSTIFICACIÓN	24
1.4 DISEÑO METODOLÓGICO	24
1.4.1 Tipo de Investigación:	25
1.4.2 Método de Investigación:	25
1.4.3 Alcance:	25
1.4.4 Población y Muestra:.....	25
1.4.5 Procedimiento de Captura de Datos:	25
1.4.6 Técnicas o Instrumentos y Fuentes de Recolección de Datos:.....	25
1.4.7 Fuentes de Información:	25
1.4.8 Análisis de la Información:	26
1.4.9 Resultados Esperados:	27
1.4.10 Aspectos Éticos:.....	27
1.4.11 Tratamiento de la Información:	27
2. MARCO TEORICO	28
2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO.....	28
2.1 MARCOHISTORICO.....	29
2.2 MARCO LEGAL	35
2.3 MARCO CONCEPTUAL.....	39
2.3.1 Base de Datos.	39
2.3.2 Acceso al Servicio de Salud.....	48
2.3.3 La Verificación de Derechos de los Usuarios.....	50
2.3.4 Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGS-SS).	53
2.3.4.1 Régimen Contributivo.....	53

2.3.5 Sistemas de Información.....	56
2.3.6 Proceso de Afiliación del Régimen Subsidiado.....	63
2.3.7 Estudios de Cobertura Nacional.	68
2.4 MARCO INSTITUCIONAL.....	71
2.4.1 Misión.....	71
2.4.2 Visión	71
2.4.3 Valores.....	71
2.4.4. Políticas para Gestión del Centro Médico Crecer.	72
2.4.5 Organigrama	73
2.4.6 Portafolio de Servicio	73
2.6 GLOSARIO DE TERMINOS	77
3. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	91
4. PLAN DE AUDITORIA	92
5. IDENTIFICAR LAS INCONSISTENCIAS POR DATOS DE IDENTIFICACIÓN (NOMBRES Y APELLIDOS, NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN) DE USUARIOS DE LA CLINICA CRECER SEDE CARTAGENA	94
5.1 DOCUMENTOS QUE PRESENTARON MAYORES INCONSISTENCIAS EN EL REGISTRO DE LA BASE DE DATOS DE LA CLÍNICA CRECER SEDE CARTAGENA.....	96
5.2 INCOSISTENCIAS PRESENTES EN LOS DATOS DE IDENTIFICACIÓN SUMINISTRADOS POR LOS USUARIOS DE LA CLINICA CRECER SEDE CARTAGENA.....	97
5.3 INCONSISTENCIAS POR RANGO DE EDAD, EN LOS REGISTROS DE USUARIOS DE LA CLINICA CERECER SEDE CARTAGENA.....	98
5.4 PRESENTACION DE INCONSISTENCIAS EN REGISTROS REPETIDOS EN LA BASE DE DATOS DE USUARIOS DE LA CLINICA CRECER SEDE CARTAGENA.....	99
5.5 INCONSISTENCIAS PRESENTES CON MAYOR PERSISTENCIA EN LOS REGISTROS DE BASE DE DATOS DE LA CLINICA CRECER SEDE CARTAGENA.....	100

6.EVALUAR EL PROCEDIMIENTO DE ADMISIONES DE LA CLINICA OBJETO DE ESTUDIO	102
6.1 TIEMPO EMPLEADO EN EL PROCESO DE ADMISION DE LA CLINICA CRECER SEDE CARTAGENA	102
7.EVALUAR LA RESPUESTA DE LA EPS RESPONSABLE DEL PAGO DEL SERVICIO DE SALUD.....	104
7.1 TIEMPO DE RESPUESTA DE LA EPS RESPONSABLE DEL PAGO SEGÚN LA INCONSISTENCIA REPORTADA POR LA CLINICA CRECER SEDE CARTAGENA	104
7.2 CONSIDERACION DE LA GESTIÓN DEL TIEMPO DE RESPUESTA, POR PARTE DE LA EPS RESPONSABLE DEL PAGO	105
8. CONCLUSIONES	106
9. RECOMENDACIONES.....	109
BIBLIOGRAFÍA	110
ANEXOS.....	

LISTADO DE FIGURAS

	Págs.
FIGURA 1. LOS DOMINIOS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD	1
FIGURA 2. ORGANIGRAMA CENTRO MEDICO CRECER.....	2

LISTA DE GRÁFICOS

Págs.

GRÁFICO 1. MAPA DE CARTAGENA CON UBICACIÓN DE BARRIO PRADO	1
GRÁFICO 2. DOCUMENTOS CON INCONSISTENCIAS EN REGISTROS DE BASE DE GRÁFICO 3. DATOS DE IDENTIFICACIÓN CON INCONSISTENCIAS DATOS ESCRIBIR EL GRÁFICO 4. INCONSISTENCIAS EN LOS REGISTROS DE USUARIOS ENTRE 1 Y 100 AÑOS DE EDAD	2
GRÁFICO 5. INCONSISTENCIAS EN REGISTROS REPETIDOS	3
GRAFICO 6. INCONSISTENCIAS CON MAYOR PERSISTENCIAS	4
GRÁFICO 7. RANGO DE TIEMPO EMPLEADO EN PROCESO DE ADMISIÓN .	5
GRÁFICO 8. RANGO DE TIEMPO DE RESPUESTA DE EPS	6
GRÁFICO 9. GESTIÓN DEL TIEMPO DE RESPUESTA	2

LISTA DE ANEXOS

	Págs.
ANEXO A. RECURSOS ADMINISTRATIVOS DEL ESTUDIO	1
ANEXO B. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	2
ANEXO C. ENCUESTA	3
ANEXO TECNICO N° 1. INFORME DE POSIBLES INCONSISTENCIAS EN LA BASES DE DATOS DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO - INSTRUCTIVO PARA SU ADECUADO DILIGENCIAMIENTO	4

RESUMEN

El proyecto de investigación se enmarcó en la línea de investigación “Calidad en la Prestación de los Servicios en Salud”. El eje temático se enfocó en el área administrativa. El objetivo apuntó a hacer un análisis de la calidad de la información proporcionada por las EPSs referente a la admisión de los pacientes a la clínica crecer sede Cartagena, en el primer semestre del año 2014. Para alcanzarlo se dieron los siguientes pasos: se identificó la fuente de obtención de información de la entidad responsable del pago con la finalidad de establecer el régimen perteneciente del usuario que consulta para acceder a los servicios de salud, se hizo una verificación a la autenticidad o veracidad de la información brindada por las EPS, se evaluó la calidad del procedimiento mediante el cual se verifican los derechos de los usuarios admitidos a la clínica crecer, así mismo, también se evaluó el tiempo de respuesta de las entidades responsables del pago en el momento de la verificación de los datos y por último se verificaron las causas de las inconsistencias presentadas en el departamento de admisiones al momento de ingresar a los pacientes para la verificación de derechos.

Métodos:

El tipo de investigación que se utilizó fue cuantitativa-descriptiva retrospectiva. Como fuente de información primaria se manejó la encuesta estructurada con preguntas de tipo cerrado, acompañada de fuentes secundarias como entidades relacionadas a la clínica, además de libros, trabajos de grados relacionados, revistas, artículos, periódicos, estudios publicados por entidades, internet, etc. La población correspondió a 10 admisioncitas de la Clínica Creceer sede Cartagena, de los cuales 8 fueron seleccionados al azar para conformar la muestra, de donde se estableció la muestra objeto del estudio correspondiente a 8 personas. El análisis e interpretación de la información se hizo a través de tablas de frecuencia para elaborar los gráficos y desarrollar el análisis de resultados.

Palabras claves:

Análisis de la calidad de información, Cartagena, Centro médico Clínica Creceer, paciente, régimen contributivo, autenticidad de información, calidad de procedimiento, verificación de datos.

INTRODUCCIÓN

Los Sistemas de Información en Salud son a no dudar mecanismos eficientes para la recolección, procesamiento, análisis y transmisión de la información que se requiere para la organización y el funcionamiento de los servicios sanitarios. Estos, deben proveer la información necesaria y suficiente para la focalización y medición de las intervenciones que se vayan a llevar a cabo en los diferentes centros médicos.

Colombia cuenta con varios sistemas de información que evidencian la cobertura de la población, por alimentarse de las Bases Datos de las diferentes Entidades Promotoras de Salud, las cuales a su vez deben garantizar la administración en línea de las bases de datos de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud asegurando la depuración y el correcto y oportuno registro de las novedades de los usuarios.

Ahora bien, los sistemas de información que se manejan en nuestro país, frecuentemente no se encuentran integrados, lo cual ha conllevado a una duplicación de esfuerzos en la generación de los reportes y a una baja calidad de la información recopilada.

Es claro, que lo anteriormente mencionado afecta en gran proporción a los distintos Centros Médicos del país y en especial a los ubicados en la ciudad de Cartagena, puesto que al momento de estos prestar el servicio médico correspondiente, se podrían generar dificultades de acceso a los servicios de salud ofrecidos por las IPS como consecuencia de las inconsistencias en la información contenida en la Bases de Datos; tales como: Afiliados al Régimen Subsidiado que no se encuentran en las Bases de datos, debido a procesos de aseguramiento que generan suspensión o retiros. Errores de datos en EPS-S, o en encuesta SISBEN. Habitantes de la calle y población especial que no se

encuentran en las Bases de Datos. Suspensión o retiro por duplicidad EPS-C ó EPS-S. Suspensión por inconsistencia en datos del documento vs. Datos, entre otros.

Para el caso de este trabajo, el estudio se llevó a cabo en el Centro Medico Crecer sede Cartagena, el cual dió respuesta al siguiente interrogante: ¿Cuál ha sido el análisis de las inconsistencias en las admisiones de pacientes de la Clínica Crecer sede Cartagena, durante el primer semestre de 2014?

El presente trabajo de grado consta de nueve capítulos, cada uno hace alusión a su propio contenido, pero todos guardan estrecha relación, en el primer capítulo se establece el Marco General del Proyecto, el cual comprende el problema de investigación con su respectiva pregunta, los objetivos del estudio, la justificación y el diseño metodológico planteados en el Anteproyecto.

En el segundo capítulo se organiza el Marco Teórico, el cual establece los antecedentes del estudio, el Marco Histórico con varios ítems que soportan el contenido del mismo, el Marco Legal que establece las leyes, normas y decretos que soportan a nivel normativo el contenido del trabajo, el Marco Conceptual que soporta el contenido teórico del trabajo, el Marco Institucional en el cual se establece todo el contenido referente a la clínica y para finalizar el Glosario de Términos en el que se puntualizan los diferentes conceptos que se trabajan a lo largo del proyecto.

El tercer capítulo se desarrolla la Operacionalización de Variables estableciendo la dimensión, definición e indicador de las mismas.

En el cuarto capítulo se hizo el Plan de Auditoria, en el cual se establecieron las acciones llevadas a cabo durante el todo el desarrollo del presente trabajo.

En el quinto capítulo se identificaron las inconsistencias generadas por la incoherencia de datos (nombres, apellidos, número de identificación) suministrados por los usuarios e ingresados por el servicio de admisión, en la base de datos durante el proceso de admisión de usuarios de la clínica Crecer sede Cartagena. Para desarrollar este capítulo se hizo uso de la resolución 2199 de 2013. También en este capítulo se hace un análisis de los resultados arrojados por las preguntas 1-5, las cuales dan respuesta al mismo.

En el sexto capítulo se evaluó el procedimiento de admisiones de la Clínica objeto de estudio. También se hace el análisis de los resultados de las preguntas 6 – 7 que dieron respuesta a este objetivo.

En el séptimo capítulo se evaluó la respuesta de la EPS responsable del pago del servicio de salud, en términos de tiempo oportuno según inconsistencia reportada por la Clínica objeto de estudio. También se hace el análisis de los resultados de las preguntas 8– 9 que dieron respuesta a este objetivo.

Las conclusiones como resultantes del proceso investigativo se señalan en el capítulo ocho, en el cual se establecieron las conclusiones generales del proyecto.

En el noveno capítulo se establecieron las recomendaciones que el grupo investigador optó por realizar según los resultados obtenidos en el proceso investigativo.

Para finalizar con la Bibliografía consultada y los anexos que complementaron el mismo.

1. MARCO GENERAL DEL PROYECTO

1.1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El centro médico Crecer, como Institución Prestadora de Servicios de salud que pertenece al Sistema Colombiano de Seguridad Social en salud, contrata con diferentes Administradoras de Planes de Beneficios, en su mayoría subsidiados. Es obligación de las EPSs proporcionar la información veraz y actualizada de los usuarios y/o clientes, puesto que a partir de estos datos se alimenta el sistema de información de la institución y se garantiza la oportunidad, calidad y eficiencia en la prestación de los servicios contratados.

En el primer semestre del año en curso se presentaron inconsistencias entre la información brindada de los usuarios por las EPS-S que requirieron de atención y la suministrada por las bases de datos de la entidades subsidiadas, dificultando la atención oportuna a los usuarios, La investigación propuesta busca analizar, la información y su veracidad, comparar las fuentes de obtención de la misma , verificar las causas de las inconsistencias presentadas en el departamento de admisiones al momento de ingresar a los pacientes para la verificación de derechos administrativos.

El departamento de admisiones es el encargado de la verificación de datos y procesamiento de los mismos, para la admisión y atención de usuarios, desde este departamento se recopilara la información necesaria para la realización de esta investigación, valiéndonos de los casos presentados en el primer semestre de este año, con el fin de mejorar la oportunidad en la atención.

El centro médico crecer es una entidad prestadora de servicios de salud el origen del centro médico crecer se remonta a mes de enero de 1997, los doctores José Felipe Ballestas y Dra. Paola Bermúdez de Ballestas decidieron conformar una sociedad para poner en marcha un centro médico que tuviese proyección a futuro.

En el año 2002 decidió ampliar la edificación a 3 pisos , para mejorar la atención del parto a la usuaria embarazada, desde el 2002 se cuenta con el apoyo de la unidad e cuidado intensivo neonatal , hasta el momento se había caracterizado por la prestación de los servicios de ginecología y obstetricia , este proyecto duro aproximadamente 5 años .

Con el anhelo de minimizar el déficit de servicios de salud se construye en el año 2006, un edificio de 7 pisos, donde se pudiese brindar servicios de salud de mayor complejidad cumpliendo con los estándares definidos por las entidades de inspección y vigilancia, y control del estado. En cuyos procesos es necesario realizar auditoria del acompañamiento y verificación de los siguientes procesos:

Procesos asistenciales

- a. Consulta Externa.
- b. Urgencia.
- c. Cirugía.
- d. Hospitalización.
- e. Unidad de cuidados intensivos.
- f. Referencia y contra referencia.
- g. Apoyo diagnóstico y terapéutico.

La clínica crecer debe garantizar la atención oportuna a los pacientes que consultan y desean acceder a los servicios hospitalarios ya sea por servicio de urgencia, y/o procedimientos programado, al igual que la recuperación de los dineros por los servicios prestados a los usuarios, dentro de este marco se hace necesario realizar trámites administrativos correspondientes desde el ingreso de los pacientes a la institución, realizar el reporte ante las entidades responsable del pago y efectuar los tramites de autorización de los servicios ante las mismas.

El proceso inicia mediante la verificación de derechos que corresponde al procedimiento de admisión por medio del cual se identifica la entidad responsable del pago de los servicios de salud que demanda el usuario y el derecho del mismo cubierto por esta entidad.

Las inconsistencias presentadas en el departamento de admisiones al momento de ingresar a los pacientes para realizar la verificación de derechos, en la mayoría de los casos dificulta el ingreso para acceder a los servicios de salud, el principal tema corresponde a los usuarios que dicen pertenecer a una EPS-s, y al realizar el proceso administrativo de la admisión con la entidad responsable del pago correspondiente el usuario no aparece en la base de datos de dicha entidad, a pesar de presentar un carnet, que lo acredita como afiliado lo anterior dificulta el tiempo de respuesta (oportunidad en la atención) en el servicio al igual que representa un impedimento en la solicitud y trámite de órdenes de atención, realización de estudios especializados y administración de tratamiento médico prescrito.

1.2 OBJETIVOS DEL ESTUDIO

1.2.1 Objetivo General

Analizar la inconsistencia en las admisiones de pacientes de la Clínica Crecer sede Cartagena, durante el primer semestre de 2014.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Identificar las inconsistencias por datos de identificación (Nombres y apellidos, número de identificación)
- Evaluar el procedimiento de admisiones.
- Evaluar la respuesta de la EPS responsable del pago.

1.3 JUSTIFICACIÓN

Debido a lo anterior nuestro grupo de trabajo ha tomado como foco de estudio el análisis de las inconsistencias presentadas en el proceso de admisiones en CENTRO MEDICO CRECER LTDA, lo anterior manifiesta que la información suministrada y entregada por las diferentes Eps con las que se tiene contrato no es fidedigna, ocurre que al momento del diligenciamiento de la hoja de ingresos al sistema de la clínica, los datos obtenidos deben ser previamente confirmados y verificados por las diferentes páginas de base de datos que ofrece el gobierno y reportado a la entidad a la que pertenece. Estos pueden aparecer erróneos.

Lo anterior hace importante que exista un adecuado flujo de información y actualización constante de las bases de datos, lo que beneficia a los usuarios que consultan a la institución, ya que esto afecta directamente los procesos y procedimientos que van directamente a la prestación de los servicios de salud y a los afiliados.

Es importante para el grupo de trabajo ya que permite por medio de la investigación, diagnosticar problemas y posibles soluciones acerca de esta temática, y proponer herramientas solidas que contribuyan a la operación eficiente y sostenible del Centro Médico Crecer a partir del segundo semestre de 2014.

1.4 DISEÑO METODOLÓGICO

En esta parte se analizará los ítems: Tipo y métodos de investigación, alcance, población y muestra, procedimiento de captura de datos, análisis de la información, aspectos éticos, resultados esperados, fuentes de información, presentación de la información, tratamiento de la información, actividades y cronograma de actividades, así como el presupuesto de la tesis.

1.4.1 Tipo de Investigación: El presente proceso investigativo se caracteriza por ser una investigación descriptiva retrospectiva, porque permite analizar la calidad de la información proporcionada por la entidad objeto de estudio y a su vez esta puede ser sometida a un análisis estadístico de datos.

1.4.2 Método de Investigación: El método implementado durante el desarrollo de este proyecto de investigación es de carácter descriptivo ya que permite explicar los fenómenos presentes en la calidad de información proporcionada por las Eps-s con el fin de lograr la aplicación de un indicador que permita identificar cual es la Eps-s que tiene mayor falencia en la calidad de la información brindada.

1.4.3 Alcance: La presente investigación está diseñada para ser consultada por cualquier persona y/o empresa que esté relacionada con el área de la salud. Esta tiene como finalidad, el establecer un indicador de calidad que le permita a las empresas del sector, medir su desempeño en cuanto a calidad de información.

1.4.4 Población y Muestra: Para la realización del presente estudio, se tomara como muestra el total de admisiones realizadas en el primer semestre del año 2014, de pacientes de la EPSs Mual Ser.

1.4.5 Procedimiento de Captura de Datos: Los datos se capturaran directamente de la página web de Mutual Ser en el ítem “inconsistencias”.

1.4.6 Técnicas o Instrumentos y Fuentes de Recolección de Datos: Revisión de base de datos

1.4.7 Fuentes de Información:

1.4.7.1 Fuentes Primarias: La fuente primaria está conformada por una encuesta que se realizara al personal de admisiones de la clínica, con la finalidad de establecer estadísticas que permitan identificar el indicador que determinara las EPSs con mayor falencia.

- ◆ Técnicas de recolección de información primaria: Debido al tipo de investigación, la técnica empleada para fortalecer el proyecto fue la encuesta.
- ◆ Encuesta: Una encuesta es un estudio observacional en el que el investigador busca recopilar datos por medio de un cuestionario previamente diseñado, sin modificar el entorno ni controlar el proceso que está en observación (como sí lo hace en un experimento). Los datos se obtienen realizando un conjunto de preguntas normalizadas dirigidas a una muestra representativa o al conjunto total de la población estadística en estudio, integrada a menudo por personas, empresas o entes institucionales, con el fin de conocer estados de opinión, características o hechos específicos. El investigador debe seleccionar las preguntas más convenientes, de acuerdo con la naturaleza de la investigación.

1.4.7.2 Fuentes secundaria: Las fuentes secundarias empleadas para el desarrollo de la investigación, consta de: Estudios previos, documentos, artículos de revistas, libros, páginas de internet; entre otras.

- ◆ Técnicas de recolección de información secundaria: Esta técnica se basara en la información suministrada por libros, periódicos, revistas, internet y personas especializadas en el área.
- ◆ Textos: Son fundamentos técnicos que van a fortalecer el trabajo de la investigación.
- ◆ Revistas: Son pequeños artículos que van a beneficiar el trabajo de investigación.
- ◆ Prensa: Son textos que ayudan al investigador de lo que está pasando o ya paso.

1.4.8 Análisis de la Información: Los datos recopilados serán procesados utilizando una base de datos en Excel.

1.4.9 Resultados Esperados: Con base en el análisis de los datos, se espera desarrollar un indicador que permita identificar cual es la Eps-s que tiene mayor falencia en la calidad de la información brindada.

1.4.10 Aspectos Éticos: Por la naturaleza del estudio, este se puede clasificar como un estudio de bajo riesgo.

1.4.11 Tratamiento de la Información: Toda la información que se obtenga de las fuentes primarias y secundarias, se tratara de manera objetiva y organizada a través de la aplicación de tabulaciones, con la finalidad de tener un mayor control, fácil manejo y mayor claridad a la hora de hacer el análisis de los datos.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Como resultado de la revisión de los antecedentes bibliográficos sobre el tema estudiado en la ciudad de Cartagena, se presentan algunos proyectos que antecedieron al actual.

- ◆ ***Estudio del Análisis de la Situación de Salud (ASIS)***: implementado por el Ministerio de la Protección Social como prioridad en el área de la salud pública en los Planes Estratégicos de Salud, formulados desde el año 2002. El objetivo de este estudio fue el de establecer y mantener un conocimiento actualizado e integral de la situación de salud de los colombianos.

ASIS, es un enfoque metodológico propuesto por la OPS/OMS en 1999, como el mejor abordaje para comprender la situación de salud de una población. Además, desde el año 2002 ha sido incorporado en Colombia con iniciativas que van desde la actualización y publicación periódica, de la serie de datos Básicos de Salud, hasta el planteamiento de un sistema de encuestas periódicas dentro del nuevo sistema integral de Información de la Protección Social SISPRO, lo cual permite desarrollar un modelo de análisis basado en el conocimiento, caracterización y evaluación de la salud de la población colombiana y de los subgrupos de población que la constituyen, en función de tres dimensiones fundamentales.

La adopción de la propuesta de ASIS, como metodología de actualización permanente, sistemática y completa de la información en salud a nivel nacional ha contado con estudios integrales sobre las condiciones de salud de la población colombiana. Entre estos estudios se encuentran el estudio de recursos humanos para la Salud y educación Médica en Colombia e Investigación Nacional de Morbilidad, realizados por el Ministerio de Salud y ASCOFAME en 1965-1966.

- ♦ ***Barreras y Determinante del Acceso a los Servicios de salud en Colombia:*** El objetivo de este trabajo, se basó en establecer los determinantes del acceso a los servicios de salud para la población Colombiana, a través de la utilización de una encuesta de calidad de vida del año 2008.

El estudio sigue la metodología de Frenk, J. (1958) y Andersen, R. (1995), en este se caracterizan las barreras de acceso, según sean de oferta o demanda. Se aproxima el dominio ampliado de acceso, mediante la estimación: (i) un logit binomial para los determinantes de problema de salud. (ii) un logit binomial para los determinantes de la utilización del servicio formal. (iii) un logit multinomial para ordenado para los determinantes de la calidad del servicio.

2.1 MARCO HISTÓRICO

En la década de los noventa comienza a consolidarse en la región latinoamericana, y por supuesto en el país, una estrategia de protección social como componente importante de la política social, caracterizada porque se focaliza en la población más pobre, desprotegida, vulnerable, o críticamente pobre.

Las intervenciones se desarrollan para lograr un mejor manejo del riesgo social, en este sentido, para lograr focalizar intervenciones sociales hacia los más pobres. En primer lugar, se debe saber quiénes son pobres, dónde están, cuáles son sus características y qué necesidades insatisfechas tienen; por lo que se da la necesidad de contar con un sistema único de información de beneficiarios; esta información debe estar disponible para todos los programas orientados a la población vulnerable y asegurar el cumplimiento.

De esta manera, en Colombia se diseñó y estableció el Sistema de Selección de Beneficiarios de Programas Sociales, SISBEN como el mecanismo para la identificación de beneficiarios de programas especiales de auxilios a ancianos, indigentes, selección de beneficiarios del régimen subsidiado de seguridad social en salud y en general para todos los programas de gasto social que impliquen subsidio a la demanda.² Entonces se encuentra en el SISBEN un primer referente asociado a sistemas de información para la implementación de políticas de corte social.

Sin embargo, en el caso particular del servicio de salud, desde 1993, con la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS, se ha expedido un importante número de reglamentaciones normativas para poner en funcionamiento los sistemas de información requeridos, las que se han sucedido de manera paralela con los desarrollos tecnológicos y la formulación de políticas en la materia.

Entonces se encuentra un primer referente en el artículo 173 de ley 100/93 donde se responsabiliza al Ministerio de la Protección Social para reglamentar "...la recolección, transferencia y difusión de la información en el subsistema al que concurren obligatoriamente todos los integrantes del Sistema de Seguridad Social de Salud".

Con base en estas facultades, el Ministerio en 1998 reglamentó el sistema integral de información para el sistema general de seguridad social en salud –SIIS³– definido como el conjunto interrelacionado de usuarios, normas, procedimientos y recursos del sistema que generan y disponen información sobre los procesos esenciales de afiliación, financiamiento, prestación de servicios, vigilancia de la

² El CONPES 22, de enero de 1994, ° llamado Focalización del Gasto Social en las Entidades Territoriales, en su art. 4°

³ Resolución 2542 de 1998.

salud pública, participación social y los procesos de gerencia y administración institucional en cada uno de los integrantes del sistema.

En el año 2001, se establece como competencia de la nación, la definición, diseño, reglamentación, implantación y administración del sistema integral de información en salud, con la participación de las entidades territoriales⁴

Posteriormente, en 2002⁵, se establece que harán parte del sistema integral de información del sector salud, para el control de la afiliación, del estado de salud de la población y de los recursos, los actores que administren recursos del sector salud y quienes manejen información sobre la población, incluyendo los regímenes especiales o de excepción del SGSSS, quienes responderán por su reporte oportuno, confiable y efectivo⁶.

El mismo decreto ley 1281/2002 plantea la necesidad de realizar cruces de información entre las bases de datos de diferentes entidades con el fin de evitar pagos indebidos con recursos del sector salud⁷, En 2003 se establece la creación y reglamentación del registro único de afiliados al sistema de seguridad social integral y a la protección social RUAF⁸, y la competencia del Gobierno Nacional, para definir su diseño, organización y reglamentación, en un proyecto conjunto con la Agenda de Conectividad⁹.

⁴ Artículo 42 de la Ley 715 de 2001

⁵ Artículo 5º Decreto Ley 1281 de 2002

⁶ La norma señala que la integración se hará conforme a las disposiciones legales y los requerimientos del Min Protección, que debe definir las características del sistema de información para el adecuado control y gestión de los recursos del sector.

⁷ El Artículo 6º del Decreto Ley 1281 de 2002 establece que la Registraduría Nacional del Estado Civil, las Cámaras de Comercio, las entidades que administran regímenes de excepción de la Ley 100 de 1993 y todas aquellas que manejen información que resulte útil para evitar pagos indebidos con recursos del sector salud, deberán suministrar la información y las bases de datos que administren con la oportunidad que la requieran el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud para su procesamiento directo o a través del Administrador Fiduciario del FOSYGA.

⁸ Artículo 15 de la Ley 797 de enero de 2003

⁹ En febrero de 2004 se constituyó formalmente una mesa de trabajo compuesta por: los ministerios de la Protección Social y de Hacienda, las agremiaciones del sector – ACEMI, ASOFOONDOS, FASECOLDA, ASOCAJAS,

En virtud de la creación y reglamentación del RUAF, se conforma la base de datos a partir de la información existente en salud, pensiones, riesgos profesionales, con el objeto de contar con información consolidada de la población cubierta por los diferentes regímenes para soportar la definición de políticas de ampliación de cobertura, control de la multifiliación, seguimiento a los traslados entre administradoras y regímenes, estandarización de la información de afiliados en las diferentes entidades que lo conforman incluyendo los regímenes exceptuados del sistema.

Con la ley 812 de 2003¹⁰ se determina que las entidades territoriales, instituciones prestadoras de servicios de salud y demás agentes del SGSSS están obligadas a reportar, en la forma que el Ministerio de la Protección Social establezca, la información necesaria y pertinente, además de la que establezca el sistema integral de información en salud.

En cumplimiento de la anterior norma citada y de la ley 715 de 2001, se expide el decreto 2193 de 2004 con el objeto de establecer las condiciones y procedimientos para disponer de información periódica y sistemática para realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de las instituciones prestadoras de servicios de salud y evaluación del estado de implementación y desarrollo de la política de prestación de servicios de salud y su impacto en el territorio nacional¹¹.

En 2006, se estableció que el administrador fiduciario del FOSYGA recibirá la información, consolidará y administrará una base de datos única de afiliados -

FEDECAJAS -, el ISS, el SENA y el ICBF, para la conceptualización y diseño del Sistema de Registro Único, y para la definición del soporte normativo requerido

¹⁰ Artículo 52

¹¹ En desarrollo del decreto, el Ministerio de la Protección Social expidió la Circular externa No. 064 de 11 de agosto de 2004.

BDUA al SGSSS y al sector salud e incluirá la información de los regímenes exceptuados de éste¹².

Con la expedición del decreto 1011 de 2006, que establece el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del SGSSS, se plantea el diseño e implementación del sistema de información para la calidad¹³, con el objeto de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los prestadores de servicios de salud y de las Empresas Administradoras de Planes de beneficios, EAPB, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el SGSSS.

Así se vincula el tema de la transparencia con los sistemas de información; en este sentido se obliga al Ministerio de la Protección Social a incluir en su página web los datos del sistema de información para la calidad con el propósito de facilitar al público el acceso en línea sobre esta materia.

La reforma reciente al SGSSS contenida en la ley 1122 de 2007, atribuye como competencia del Ministerio de la Protección Social¹⁴, definir el plan de implementación del sistema integrado de información de la protección social SISPRO, para lo cual cuenta con seis meses contados a partir de la vigencia de esta norma, en julio de 2007.

Entre 2006 y 2007, el Ministerio estableció los requerimientos mínimos de información sobre la afiliación al sistema general de seguridad social en salud, a

¹² Artículo 4° de la resolución 1149/06 del Ministerio de la Protección Social

¹³ Título VI. Artículos 45 a 48. Esta competencia está a cargo del Ministerio de la Protección Social

¹⁴ Artículo 44

los regímenes exceptuados del mismo y a planes adicionales de salud que los obligados a aplicarla deben generar, mantener, actualizar y reportar para efectos de la dirección, operación, seguimiento, vigilancia y control del SGSSS y de sus recursos y determinar la responsabilidad, flujo y periodicidad en la actualización y reporte de la información¹⁵.

Se destaca la necesidad de que el Ministerio de la Protección Social defina y disponga a través del sitio WEB del FOSYGA la información básica de afiliados para consulta de las entidades y de usuarios en general, así como la definición clara de responsabilidades en los cruces de bases de datos y la actualización de las mismas, como aporte importante para el cumplimiento del principio de transparencia y la validación de información.

Sobre este último aspecto, se establece que el administrador fiduciario del FOSYGA verificará la estructura y consistencia de los archivos entregados por los obligados, actualizará la base de datos e afiliados con los registros sin errores y generará los archivos de registros inconsistentes incluyendo los multipresentados a BDUA, los cuales enviará a los involucrados para que procedan a solucionarlos¹⁶.

En el caso de la clínica crecer en su compromiso con el usuario por prestar servicios con calidad y eficiencia, se evidencio la presencia de barreras de acceso al sistema de salud de dicha institucion. Es por lo anterior, que se priorizo en determinar los factores que afectan la continuidad en la atencion del servicio solicitado por los pacientes al ingresar a la institucion hospitalaria.

¹⁵ Resoluciones 1149 de 2006 y 0812 de marzo 21 de 2007

¹⁶ Artículo 6°. Resolución 812 de 2007.

Basados en lo expuesto en el parrafo anterior, se encontro que en la Clinica no existen estudios que demuestren la recoleccion de datos, pero si la presencia de situaciones que afectan directamente la atencion del usuario que consulta para la prestacion del servicio de salud, generando por parte de la empresa prestadora de servicios la no autorizacion ya sea para la atencion posterior a la urgencia o el servicio ambulatorio.

Por todo lo anterior, es de gran importancia una base de datos única de afiliados al sistema, confiable y actualizada, para poder validar en forma real el derecho que tiene el usuario, segun la constitucion Colombiana en el articulo 49(1) „„las administradoras del aseguramiento de los dos grandes regímenes, el contributivo y el subsidiado, deben realizar un proceso que se debe ejecutar mediante cruce de datos con una base de datos única en red que sea administrada desde el Ministerio de la Protección Social.

Se ha procurado controlar el proceso con un sistema de información aún en etapa de depuración de su base de datos, lo que le ha permitido a las intituciones prestadoras de los servicios de salud el desarrollar estrategias de manejo para la atencion en solicitada.

2.2 MARCO LEGAL

CONSTITUCION POLITICA

Artículo 13: Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozaran de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de: sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión polfítica o filosofía.¹⁷

¹⁷ Constitución Política de Colombia. De los Derechos Garantías y Deberes, Capitulo I de los Derechos Fundamentales. [On line]. Consultado en la pp: [\[http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Documents/Constitucion-Politica-Colombia.pdf\]](http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Documents/Constitucion-Politica-Colombia.pdf). Tomado el: [19/07/14].

Artículo 48: La seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestar bajo la dirección, coordinación y control del estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social.¹⁸

La seguridad social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas de conformidad con la ley.

Artículo 49: La atención en salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo de Estado, se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.¹⁹

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud a los habitantes del territorio Colombiano.

DECRETO 4747 DE 2007

Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicio de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo.²⁰

Artículo 11: “La verificación de derechos de los usuarios es el procedimiento por medio del cual se identifica la entidad responsable del pago de los servicios de salud que demanda el usuario y el derecho del mismo a ser cubierto por dicha entidad.

¹⁸ Constitución Política de Colombia. De los Derechos Garantías y Deberes, Capítulo II de los Derechos Sociales, Económicos y Culturales. [On line]. Consultado en la pp: [\[http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Documents/Constitucion-Politica-Colombia.pdf\]](http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Documents/Constitucion-Politica-Colombia.pdf). Tomado el: [19/07/14].

¹⁹ *Ibíd.*

²⁰ Alcaldía de Bogotá. Diario Oficial 46835 de diciembre 7 de 2007. [On line]. Consultado en la pp: [\[http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=27905\]](http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=27905). Tomado el: [19/07/14].

Para el efecto, el prestador de servicios de salud deberá verificar la identificación del usuario en la base de datos provista por los responsables del pago.

Parágrafo 1 del artículo 10: El procedimiento de verificación de derechos será posterior a la selección y clasificación del paciente, "triage" y no podrá ser causa bajo ninguna circunstancia para posponer la atención inicial de urgencias".²¹

DECRETO 1122 DE 2007

Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.²²

Artículo 32º: De la salud Pública. La salud pública está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad.²³

Artículo 33º: Plan Nacional de Salud Pública. El Gobierno Nacional definirá el Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio, el cual quedará expresado en el respectivo Plan Nacional de Desarrollo. Su objetivo será la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales.²⁴

²¹ *Ibíd.*

²² Ley 1122 de 2007. [On line]. Consultado en la pp: [\[http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/LEY%201122%20DE%202007.pdf\]](http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/LEY%201122%20DE%202007.pdf). Tomado el: [19/07/14].

²³ Ley 1122 de 2007. Capítulo VI Salud Pública.. [On line]. Consultado en la pp: [\[http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/LEY%201122%20DE%202007.pdf\]](http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/LEY%201122%20DE%202007.pdf). Tomado el: [19/07/14].

²⁴ *Ibíd.*

ARTÍCULO 37º: “Ejes del Sistema de Inspección, Vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud. Para cumplir con las funciones de inspección, vigilancia y control la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá sus funciones teniendo como base los siguientes:

1. Financiamiento. Su objetivo es vigilar por la eficiencia, eficacia y efectividad en la generación, flujo, administración y aplicación de los recursos del sector salud.
2. Aseguramiento. Su objetivo es vigilar el cumplimiento de los derechos derivados de la afiliación o vinculación de la población a un plan de beneficios de salud.
3. Prestación de servicios de atención en salud pública. Su objetivo es vigilar que la prestación de los servicios de atención en salud individual y colectiva se haga en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
4. Atención al usuario y participación social. Su objetivo es garantizar el cumplimiento de los derechos de los usuarios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como los deberes por parte de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud; de igual forma promocionar y desarrollar los mecanismos de participación ciudadana y de protección al usuario del servicio de salud.
5. Información. Vigilar que los actores del Sistema garanticen la producción de los datos con calidad, cobertura, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia”.²⁵

²⁵Ley 1122 de 2007. Capítulo VII Inspección, vigilancia y Control. [On line]. Consultado en la pp: [\[http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/LEY%201122%20DE%202007.pdf\]](http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/LEY%201122%20DE%202007.pdf). Tomado el: [19/07/14].

Artículo 44º: De la información en el Sistema General de Seguridad Social

Parágrafo 1º. Las Entidades Promotoras de Salud – EPS - garantizarán la administración en línea de las bases de datos de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asegurando su depuración, y el correcto y oportuno registro de las novedades.²⁶

2.3 MARCO CONCEPTUAL

Para abordar el tema del análisis de la calidad de la información proporcionada por las EPSs, referente a la admisión de los pacientes a la clínica crecer sede Cartagena, durante el periodo objeto de estudio, es necesario tener claridad en conceptos básicos del tema, del área de la salud, así como también de las variables que intervienen en el estudio.

2.3.1 Base de Datos. Se entiende por base de datos a un conjunto de información estructurada en registros y almacenada en un soporte electrónico legible desde un ordenador. Cada registro constituye una unidad autónoma de información que puede estar a su vez estructurada en diferentes campos o tipos de datos que se recogen en dicha base de datos.²⁷

Esta, es una colección de datos referentes a una organización estructurada según un modelo de datos de forma que refleja las relaciones y restricciones existentes entre los objetos del mundo real, y consigue independencia, integridad y seguridad de los datos.²⁸

²⁶Ley 1122 de 2007. Capítulo VIII Disposiciones Finales.. [On line]. Consultado en la pp: [\[http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/LEY%201122%20DE%202007.pdf\]](http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/LEY%201122%20DE%202007.pdf). Tomado el: [19/07/14].

²⁷ VIDAL, Verónica. Trabajo Practico: Base de Datos. [On line], Consultado en la pág.: [\[https://docs.google.com/document/d/18FuvyPKZ4V0wJdm6u3deQog5ikz0dONWypafmBssXq4/edit?hl=es\]](https://docs.google.com/document/d/18FuvyPKZ4V0wJdm6u3deQog5ikz0dONWypafmBssXq4/edit?hl=es). Tomado el: [20/07/14].

²⁸ Universidad de Alicante. Documento: Teoría de Base de Datos. [On line], Consultado en la pág.: [\[http://si.ua.es/es/documentos/documentacion/office/access/teoria-de-bases-de-datos.pdf\]](http://si.ua.es/es/documentos/documentacion/office/access/teoria-de-bases-de-datos.pdf). Tomado el: [01/09/14].

Las bases de datos son recursos que recopilan todo tipo de información, para atender las necesidades de un amplio grupo de usuarios. Su tipología es variada y se caracterizan por una alta estructuración y estandarización de la información.²⁹

El objetivo principal de las bases de datos es el de unificar los datos que se manejan y los programas o aplicaciones que los manejan. Anteriormente los programas se codificaban junto con los datos, es decir, se diseñaban para la aplicación concreta que los iba a manejar, lo que desembocaba en una dependencia de los programas respecto a los datos, ya que la estructura de los ficheros va incluida dentro del programa, y cualquier cambio en la estructura del fichero provocaba modificar y recompilar programas.³⁰

Además, cada aplicación utiliza ficheros que pueden ser comunes a otras de la misma organización, por lo que se produce una REDUNDANCIA de la información, que provoca mayor ocupación de memoria, laboriosos programas de actualización (unificar datos recogidos por las aplicaciones de los diferentes departamentos), e inconsistencia de datos (no son correctos) si los datos no fueron bien actualizados en todos los programas. Con las bases de datos, se busca independizar los datos y las aplicaciones, es decir, mantenerlos en espacios diferentes.³¹

Los datos residen en memoria y los programas mediante un sistema gestor de bases de datos, manipulan la información. El sistema gestor de bases de datos recibe la petición por parte del programa para manipular los datos y es el encargado de recuperar la información de la base de datos y devolvérsela al programa que la solicitó. Cada programa requerirá de una cierta información de la

²⁹ *Ibíd.*

³⁰ *Ibíd.* Pág. 1

³¹ *Ibíd.*

base de datos, y podrá haber otros que utilicen los mismos datos, pero realmente residirán en el mismo espacio de almacenamiento y los programas no duplicarán esos datos, si no que trabajarán directamente sobre ellos concurrentemente.³²

Aunque la estructura de la base de datos cambiara, si los datos modificados no afectan a un programa específico, éste no tendrá por qué ser alterado. Mediante estas técnicas de base de datos se pretende conseguir a través del Sistema Gestor de Bases de Datos (SGBD)³³:

- ◆ INDEPENDENCIA de los Datos: Cambios en la estructura de la Base de Datos no modifican las aplicaciones.
- ◆ INTEGRIDAD de los Datos: Los datos han de ser siempre correctos. Se establecen una serie de restricciones (reglas de validación) sobre los datos.
- ◆ SEGURIDAD de los Datos: Control de acceso a los datos para evitar manipulaciones de estos no deseadas.

La diferencia entre Base de Datos y SGBD, radica en lo siguiente³⁴:

- ◆ La base de datos es el almacenamiento donde residen los datos. El SGBD es el encargado de manipular la información contenida en ese almacenamiento mediante operaciones de lectura/escritura sobre la misma. Estas.
- ◆ Las bases de datos no sólo contendrán las tablas (ficheros) de datos, sino que también almacenarán formularios (interfaces para edición de datos), consultas sobre los datos, e informes. El SGBD se encargará de manipular esos datos, controlar la integridad y seguridad de los datos, reconstruir y reestructurar la base de datos cuando sea necesario.

³² *Ibíd.*

³³ *Ibíd.*

³⁴ *Ibíd.*

2.3.1.2 Modelo de Datos. Un modelo de datos es un conjunto de CONCEPTOS y REGLAS que llevan a reflejar la estructura de datos y operaciones aplicables sobre ellos de un sistema informático.³⁵

- ◆ **Modelo Relacional.** Existen multitud de modelos de datos aplicables para el diseño de bases de datos, pero el modelo relacional es el más usado y extendido; actualmente los SGBD más implantados utilizan este modelo de datos³⁶.

Tablas: El núcleo de cualquier base de datos son sus tablas. Todos los datos que se vayan introduciendo en la base de datos, se irán almacenando en la tabla o tablas correspondientes. Normalmente, se crea una tabla para cada tipo de datos de los que se compone la base de datos, así por ejemplo si se tienen tablas para personal, centros, registros, en la que interesa tener almacenada información diversa relacionada con estos conceptos como puede ser nombre, extensión telefónica, años de antigüedad, email para personal; dirección postal, nombre del director, teléfono para centro; fecha de entrada/salida, cargo para los registros; etc.³⁷

La apariencia física de una tabla es cómo una hoja de cálculo, donde la información se puede ver distribuida en filas, columnas y celdas. Las filas o Registros almacenan toda la información perteneciente a un elemento de la tabla (por ejemplo, un centro) y las columnas o Campos contienen la información relativa a un determinado tipo de información dentro de la tabla, por tanto, toda la información almacenada en un campo va a ser del mismo tipo (por ejemplo un campo puede ser el precio de un recibo, donde almacenará datos de tipo monetario). En la intersección de los campos y las filas se encuentran las celdas.

³⁵ *Ibíd.*

³⁶ *Ibíd.*

³⁷ *Ibíd.* Pág. 3

Por otra parte, los archivos de bases de datos pueden tener muchas tablas y aunque se crean como elementos independientes, pueden crearse relaciones entre distintas tablas para recuperar datos de ellas mediante una consulta, formulario o informe.³⁸

Formularios: Para facilitar su almacenamiento, todos los datos que se introducen en una base de datos acaban estando en una tabla. Es posible introducir información directamente en una tabla, aunque ello resulte un poco incómodo. Lo normal es crear un formulario especial en pantalla mediante el que se introducen los datos de una manera sencilla y cómoda. La apariencia física de un formulario es parecido a una hoja en la que se rellenan a mano los espacios en blanco, como por ejemplo una solicitud de empleo.

Mientras que los formularios están pensados para su utilización en pantalla, los informes se han diseñado para imprimirse. Son colecciones de datos con un formato específico organizadas siguiendo sus especificaciones. Los informes se utilizan primordialmente para presentar, resumir e imprimir los datos en la forma que resulte más apropiada para cada proyecto. Se pueden crear informes que incorporen cálculos basados en los datos de las tablas para mostrar resultados totales o promedios, o bien para generar e imprimir catálogos, listas de nombres y direcciones o etiquetas postales.³⁹

Los informes: pueden crearse en cualquier momento, no es necesario planificarlos antes de crear la base de datos.⁴⁰

³⁸ *Ibíd.* Pág. 4

³⁹ *Ibíd.*

⁴⁰ *Ibíd.*

Las consultas: se utilizan para localizar y recuperar los datos específicos que cumple unas determinadas condiciones especificadas por el usuario. Las consultas permiten, además actualizar varios registros al mismo tiempo, así como realizar operaciones de muy diversa índole con los datos almacenados en las tablas.⁴¹

Las macros: Son la forma que brinda las bases de datos para la automatización de la programación. Con ella el usuario puede utilizar funciones predefinidas sin tener que hacerlas él mismo. Existe una gran variedad de estas funciones y la combinación de las mismas aumenta el poder de las macros.

Las macros y módulos se utilizan para la creación de funciones específicas y la personalización de un sistema.⁴²

Módulos: Cuando un usuario ha alcanzado cierto dominio sobre el manejo de una base de datos, probablemente desea crear funciones de mayor complejidad. Para ello las bases de datos proporcionan opciones de programación, los módulos, que son rutinas de programación creadas por el usuario y que pueden ser llamados para efectuar una acción específica.⁴³

Controles: Los elementos en un formulario o informe que presentan e imprimen los datos se llaman controles.

Con un control se pueden presentar datos en un campo, resultados de un cálculo, palabras para el título, o bien, gráficas, dibujos u otros objetos, e incluso otro formulario e informe. Un control se puede colocar dentro de un formulario o informe.⁴⁴

⁴¹ *Ibíd.*

⁴² *Ibíd.*

⁴³ *Ibíd.*

⁴⁴ *Ibíd.*

2.3.1.3 Base de datos jerárquica. Primera en ser utilizada. Se basa en el establecimiento de jerarquías o niveles entre los distintos campos de los registros, basándose en el criterio de que los campos de mayor jerarquía sean los más genéricos, y tiene una estructura arborescente, donde los nodos del mismo nivel corresponden a los campos y cada rama a un registro.⁴⁵

Para acceder a un campo que se encuentra en un determinado nivel, es preciso localizarlo partiendo del nivel superior y descendiendo por las ramas hasta llegar al mismo. Es evidente el problema de lentitud.⁴⁶

2.3.1.4 Base de datos en red. Es una variación del modelo de datos jerárquico. Se utiliza una estructura de grafo, donde existe más de una conexión entre los nodos de diversos niveles, de forma que pueden recorrerse por distintos caminos sin necesidad de acudir cada vez a la primera raíz. Desaparece así el concepto de jerarquía entre campos.⁴⁷ La principal desventaja es su rigidez. Modificar la estructura de la base de datos requería generalmente la reconstrucción de la base de datos completa.

2.3.1.5 Bases de Datos Documentales. Los registros que componen la base de datos se relaciona con los documentos almacenados. Su organización se estructura de la siguiente manera: un registro se relaciona con un número de identificación del documento original, y se puede acceder a éste mediante los distintos campos.⁴⁸

⁴⁵Documento: Teoría sobre Base de Datos. [On line], Consultado en la pág.:

[<http://bibing.us.es/proyectos/abreproy/11908/fichero/Memoria%252F5TeoriadeBasedeDatos.pdf>]. Tomado el: [01/09/14].

⁴⁶ Ibíd. Pág. 3

⁴⁷ Ibíd.

⁴⁸ Ibíd.

2.3.1.6 Cómo planificar la base de datos. Antes de crear una base de datos, se deberían tener en cuenta las siguientes preguntas:

- ◆ ¿Qué datos deseo almacenar y cuál es la mejor forma de hacerlo?
- ◆ ¿Cómo introduzco los datos relativos a mi empresa o mi afición? Esto indica los formularios que se van a necesitar.
- ◆ De qué entidades interesa tener almacenada la información. Esto indica las tablas que se va a necesitar.
- ◆ ¿Qué entidades están relacionadas con otras dentro de nuestra base de datos? Lo cual indica las relaciones entre tablas a la hora de realizar las consultas a la base de datos para obtener sólo la información que interese.
- ◆ ¿Qué información de mi empresa o afición deseo mostrar? Esto indica los tipos de informes que se van a necesitar.⁴⁹

2.3.1.7 Normalizar la base de datos. Son el conjunto de normas que nos ayudan a diseñar una estructura de base de datos óptima para su implementación, gestión y explotación.⁵⁰

Las bases de datos relacionales se normalizan para⁵¹:

- ◆ Evitar la redundancia de los datos.
- ◆ Evitar problemas de actualización de los datos en las tablas.
- ◆ Proteger la integridad de los datos.

En el modelo relacional es frecuente llamar tabla a una relación, aunque para que una tabla sea considerada como una relación tiene que cumplir con algunas restricciones.⁵²

⁴⁹ Ibid.

⁵⁰ Documento: Teoría sobre Base de Datos. [On line], Consultado en la pág.: [\[http://bibing.us.es/proyectos/abreproy/11908/fichero/Memoria%252F5TeoriadeBasedeDatos.pdf\]](http://bibing.us.es/proyectos/abreproy/11908/fichero/Memoria%252F5TeoriadeBasedeDatos.pdf). Tomado el: [01/09/14].

⁵¹ Ibid. Pág. 5

- ◆ Cada columna debe tener su nombre único.
- ◆ No puede haber dos filas iguales. No se permiten los duplicados.
- ◆ Todos los datos en una columna deben ser del mismo tipo.

Las formas normales son aplicadas a las tablas de una base de datos. Decir que una base de datos está en la forma normal N es decir que todas sus tablas están en la forma normal N.⁵³

Las formas normales, definidas en la teoría relacional, permiten normalizar una base de datos en un esquema mal diseñado. El creador de las 3 primeras formas normales fue Edgar F. Codd. Cuánto más alta sea la forma normal en la que se encuentran los esquemas de relación, menores serán los problemas que aparecerán en el mantenimiento de la base de datos. Cuando un esquema de relación está en una forma normal, implícitamente también lo está en las formas normales inferiores a ésta.⁵⁴

- ◆ **Primera forma normal (1FN):** Se dice que una relación está en 1FN cuando cada atributo sólo toma un valor del dominio subyacente. La primera forma normal es inherente al modelo relacional, por lo que su cumplimiento es obligatorio y afecta al número de valores que pueden tomar los atributos de una relación.⁵⁵
- ◆ **Segunda forma normal (2FN):** Se dice que una relación está en 2FN si está en 1FN y todos los atributos no clave dependen por completo de la clave primaria. La segunda forma normal se quebranta cuando la clave de

⁵² Ibid.

⁵³ Ibid.

⁵⁴ Ibid. Pág. 6

⁵⁵ Ibid.

una tabla es compuesta y uno de los campos restantes depende exclusivamente de uno de los campos claves pero no de los otros.⁵⁶

- ◆ **.Tercera forma normal (3FN):** Se dice que una relación está en 3FN si está en 2FN y no existe ningún atributo no principal que dependa transitivamente de alguna clave primaria. La tercera forma normal no se cumple cuando existen atributos no principales que dependen funcionalmente de otros atributos no principales.⁵⁷

Éstas son las tres formas normales básicas, aunque existen la forma normal de Boyce-Codd, la cuarta forma normal y la quinta forma normal.⁵⁸

2.3.2 Acceso al Servicio de Salud. Algunos investigadores enfatizan que el concepto de acceso es mejor considerado en el contexto de si las personas que actualmente tienen necesidad de atención médica la reciben o no.⁵⁹

Donabedian (1972) argumenta que “la prueba de acceso es el uso de servicios, no simplemente la presencia de una instalación”, y que el acceso puede en consecuencia ser medido por el nivel de uso en relación con la necesidad.⁶⁰

Freeborn y Greelick (1973) también sugieren que la accesibilidad; Implica que personas en poblaciones de bajo riesgo usen servicios a tasas proporcionales y apropiadas para la necesidad existente por atención.⁶¹

⁵⁶ Ibid.

⁵⁷ Ibid.

⁵⁸ Ibid.

⁵⁹ RODRIGUEZ, ACOSTA Sandra. Barreras y Determinantes de Acceso a los Servicios de Salud en Colombia. [Online]. Consultado en la pág.: <http://dep-economia-aplicada.uab.cat/secretaria/trebreerca/Srodriguez.pdf>. Tomado el: [20/07/14].

⁶⁰ Ibid. P. 9

⁶¹ Ibid.

Por su parte, el Bureau of Health Services Research and Evaluation –Bhsre- ha desarrollado un indicador empírico del concepto de acceso basado en necesidad – la razón uso - discapacidad (el número de visitas médicas por 100 días de discapacidad experimentado); esto operacionaliza explícitamente esta consideración de acceso, como el uso de servicios por la población bajo riesgo relativo a su necesidad expresada por atención (Health Services Research and Training Program, 1972).⁶²

De forma más precisa al hablar de acceso a los servicios de salud se hace referencia al proceso mediante el cual las personas buscan atención y ésta se logra. En esa perspectiva Frenk (1985), propone que “se reserve el término de acceso para denotar la capacidad de un cliente o grupo de clientes para buscar y obtener atención acceso se refiere a una característica de la población de usuarios potenciales o reales de los servicios”.⁶³

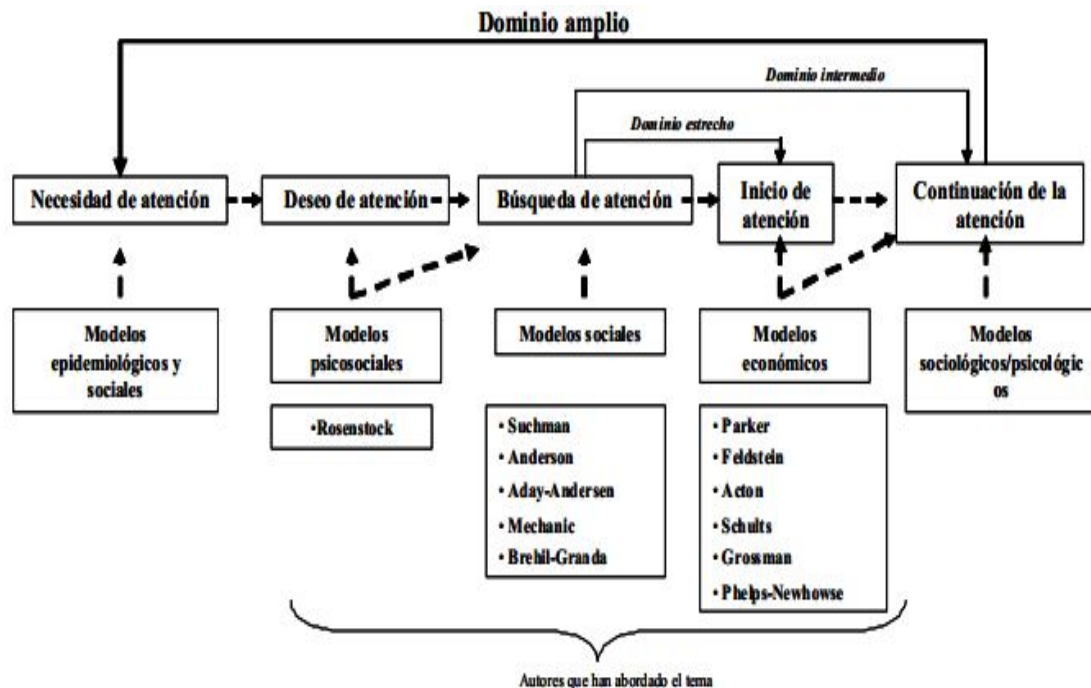
Entre los aportes más reconocidos y en torno a los cuales existe un mayor consenso están los de Donabedian (1973) y Frenk (1985). En particular, se adopta la accesibilidad como un concepto más general que incluye el acceso y se refiere al “grado de ajuste” entre las características de la población y las de los recursos de atención de la salud (Donabedian, 1973); además se plantean diferentes dominios para el estudio de la accesibilidad, desde un dominio estrecho que solamente involucra la búsqueda de la atención y el inicio de ella (el acceso o la demanda efectiva), a uno intermedio que además de la anterior también considera la continuación en la atención, y, finalmente, un dominio amplio que incorpora el deseo de la atención (Véase figura 1).⁶⁴

⁶² *Ibíd.* P. 10

⁶³ *Ibíd.*

⁶⁴ *Ibíd.* P. 10

Figura 1. Los Dominios del Acceso a los Servicios de Salud



Fuente: Frenk 1985

2.3.3 La Verificación de Derechos de los Usuarios. Es el procedimiento por medio del cual se identifica la entidad responsable del pago de los servicios de salud que demanda el usuario y el derecho del mismo a ser cubierto por dicha entidad.⁶⁵

Para el efecto, el prestador de servicios de salud deberá verificar la identificación del usuario en la base de datos provista por los responsables del pago, la cual deberá cumplir con lo previsto en el párrafo 1° del artículo 44 de la Ley 1122 de 2007, que reza: “En todo caso las Entidades Prestadoras de Servicios de Salud garantizaran la administración en línea de la base de datos de los afiliados al Sistema General De Seguridad Social en Salud, asegurando su depuración y el

⁶⁵ LONDOÑO, SOTO Beatriz. Ministerio De La Protección Social., 2009. Lineamientos Técnicos para el Registro de los Datos del Registro Individual de la Prestación de Servicios de Salud – Rips. p. 11

correcto y oportuno registro de las novedades; estas se administran de acuerdo a los lineamientos técnicos del Ministerio De La Protección Social y estarán al servicio de los diversos autores que deberán tomar decisiones; especialmente el Ministerio De la Protección Social, el Consejo Nacional De seguridad Social En Salud, el Fosyga, la Superintendencia Nacional de Salud, los Municipios, Distritos y Departamentos, las administradores de régimen subsidiado y los prestadores de Servicios”.⁶⁶

La verificación de los datos, podrá hacerse a través del documento de identidad o cualquier otro mecanismo tecnológico que permita demostrarla y sólo podrá exigirse adicionalmente el carnet que demuestre la afiliación, cuando la entidad responsable del pago esté obligada a entregarlo y el usuario lo porte. No podrán exigirse al usuario copias, fotocopias o autenticaciones de ningún documento.⁶⁷

Por su parte, el Ministerio de la Protección Social establecerá el procedimiento y formato, para que los prestadores de servicios de salud informen las posibles inconsistencias que detecten en las bases de datos, al momento de verificar los derechos de los usuarios que demandan sus servicios, sin que su diligenciamiento y trámite afecte la prestación y el pago de los servicios.⁶⁸

Cuando la afiliación no cumpla los requisitos mínimos establecidos, la Entidad Promotora de Salud deberá comunicarlo al solicitante y al respectivo empleador, cuando fuere el caso, dentro de los treinta días siguientes a la fecha de presentación del formulario en la cual se solicitó la vinculación, para efectos de subsanar los errores o las inconsistencias.⁶⁹

⁶⁶ *Ibíd.* p. 11

⁶⁷ *Ibíd.* p. 11

⁶⁸ MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto número 4747 de 2007 (diciembre 7). Artículo 11, párrafo No. 2. p. 6

⁶⁹ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Circular número 000055 24 oct. 2003. Artículo 46 del Decreto 806 de 1998. p. 1

Cabe resaltar, que dentro de las contemplaciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ninguna persona podrá estar afiliada simultáneamente en el régimen contributivo y subsidiado, ni estar afiliada en más de una Entidad Promotora de Salud, ostentando simultáneamente alguna de las siguientes calidades: Cotizante, beneficiario y/o cotizante y beneficiario.⁷⁰

Es por lo anterior, que cuando las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las adaptadas, mediante cruces de información o por cualquier otro medio, establezcan que una persona se encuentra afiliada en más de una entidad, deberán cancelar una o varias afiliaciones, dando aplicación a las reglas establecidas para tal efecto en el artículo 50 del decreto 806 de 1998, el cual establece:⁷¹

1. “Cuando el afiliado cambie de Entidad Promotora de Salud antes de los términos previstos en el presente decreto, será válida la última afiliación efectuada dentro de los términos legales. Las demás afiliaciones no serán válidas.
2. Cuando la doble afiliación obedezca a un error no imputable al afiliado, quien solicitó su traslado dentro de los términos legales, se tendrá como válida la afiliación a la Entidad Promotora de Salud a la cual se trasladó.
3. Cuando una persona se encuentre inscrita simultáneamente en el régimen contributivo y en el régimen subsidiado, se cancelará la inscripción al régimen subsidiado”.⁷²

Para tales fines, se utiliza el: Anexo técnico No. 1 informe de posibles inconsistencias en la bases de datos de la entidad responsable del pago (véase anexo N° 1).⁷³

⁷⁰ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Circular número 000055 24 oct. 2003. Artículo 48 del Decreto 806 de 1998. p. 1-2

⁷¹ *Ibíd.* p. 2

⁷² *Ibíd.* p. 2

2.3.4 Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGS-SS). Servicio público esencial de carácter obligatorio, que se presta bajo la dirección, coordinación y control del Estado, bajo principios de universalidad, solidaridad, equidad y eficiencia.

La forma como se brindan los servicios de salud se da por medio de afiliación a una EPS (Entidad Promotora de Salud), que cubre los gastos en salud de los habitantes del territorio nacional, colombianos y extranjeros. El usuario se afilia a la entidad promotora de salud (EPS) que prefiera y entra a formar parte del Sistema de Seguridad Social en Salud. Los servicios son recibidos, a través de una Institución Prestadora de Servicios (IPS).⁷⁴

El Sistema de Seguridad Social en Salud funciona en dos regímenes de afiliación el contributivo y el subsidiado.⁷⁵

2.3.4.1 Régimen Contributivo. Es el régimen al cual se deben afiliar la población que tienen una vinculación laboral, es decir, con capacidad de pago como trabajadores formales e independientes los pensionados y sus familias.⁷⁶

2.3.4.2 Régimen Subsidiado. Es el mecanismo mediante el cual la población más pobre del país, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado.⁷⁷

⁷³ MINISTERIO DE SALUD. anexo técnico no. 1. informe de posibles inconsistencias en la bases de datos. de la entidad responsable del pago. . [On line]. Consultado en la pág.:

[\[www.minsalud.gov.co/.../Anexo%20Técnico%20No%201_3047_08.pdf\]](http://www.minsalud.gov.co/.../Anexo%20Técnico%20No%201_3047_08.pdf). Tomado el: [22/07/14].

⁷⁴ MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Sistema General de Seguridad Social en Salud. [On line]. Consultado en la pág.:

[\[http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIA%20INFORMATIVA%20DEL%20REGIMEN%20CONTRIBUTIVO.pdf\]](http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIA%20INFORMATIVA%20DEL%20REGIMEN%20CONTRIBUTIVO.pdf). Tomado el: [20/07/14].

⁷⁵ *Ibíd.*

⁷⁶ *Ibíd.*

⁷⁷ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Prosperidad Para Todos. [On line]. Consultado en la pág.:

[\[http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/R%C3%A9gimenSubsidiado.aspx\]](http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/R%C3%A9gimenSubsidiado.aspx). Tomado el: [20/07/14].

Para lograr la afiliación de la población sin capacidad de pago y vulnerable del país al SGSSS, el Estado colombiano ha definido al Régimen Subsidiado en Salud como su vía de acceso efectiva al ejercicio del Derecho fundamental de la Salud. Es responsabilidad de los Entes Territoriales la operación adecuada de sus procesos, en virtud de su competencia descentralizada frente al bienestar de la población de su jurisdicción. De esa forma, los Municipios, Distritos y Departamentos tienen funciones específicas frente a la identificación y afiliación de la población objeto, así como sobre la inversión, contratación y seguimiento de la ejecución de los recursos que financian el Régimen (recursos de Esfuerzo Propio, de la Nación (SGP) y del FOSYGA). Así mismo, es deber de los Entes Territoriales el seguimiento y vigilancia al acceso efectivo a los servicios contratados por las EPS-S, por parte de la población beneficiaria, es decir, sobre la ejecución misma de los contratos suscritos con las EPS-S.⁷⁸

En el distrito de Cartagena, la cobertura general de la población asegurada al Sistema General de Seguridad social en Salud – SGSS; para el año 2011 fue de 96,02%, donde el 42,9% corresponden al régimen subsidiado, el 53,12% al régimen contributivo y una población no afiliada del 3,98%. En 2013 la cobertura en salud fue de 97%. Estando la composición de la cobertura en salud en un 31% para afiliados al régimen contributivo, un 69% para afiliados al régimen subsidiado y el 1% para otros regímenes.⁷⁹

En el año 2012 la población del departamento de Bolívar perteneciente al Sistema General De Seguridad Social en Salud cargados en BDUA del régimen subsidiado fue de: 1.367.571, y al sistema contributivo fue de: 615.587, según el Informe de

⁷⁸ *Ibíd.*

⁷⁹ TEHERAN, Dix Campo Elías. Perfil Epidemiológico de Cartagena de Indias, año 2011. Departamento Administrativo Distrital de Salud – Dadis. p. 12

actividades del sector administrativo de salud y de Seguridad Social, (2012 – 2013).⁸⁰

Por otra parte, poblaciones especiales como indígenas y desplazados, contaron también con afiliación al SGSSS, representando el 3,34% de la población en régimen subsidiado.⁸¹

La cobertura del SGSSS esta soportada en el decreto 4747 de 2007 donde se analizan algunos aspectos de la relación contractual entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, estos incluyen por parte de las entidades responsables del pago:⁸²

- ◆ “Información general de la población objeto del acuerdo de voluntades con los datos sobre su ubicación geográfica y perfil demográfico.
- ◆ Modelo de atención definido por la entidad responsable del pago.
- ◆ Diseño y organización de la red de servicios, indicando el nombre, ubicación de los prestadores de servicios de salud con el tipo y complejidad de los servicios contratados, que garanticen la oportunidad, integralidad, continuidad y accesibilidad a la prestación de servicios de la población a cargo de la entidad responsable del pago.
- ◆ Mecanismos y medios de difusión y comunicación de la red de prestación de servicios a los usuarios.
- ◆ Indicadores de calidad en los servicios de aseguramiento definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

⁸⁰ *Ibíd.*

⁸¹ *Ibíd.*

⁸² MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto 4747 de 2007 (Diciembre 7). Capítulo II, Artículo 5. Contratación entre prestadora de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicio de salud. P 3.

- ◆ Diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contra referencia que involucre las normas operacionales, sistemas de información y recursos logísticos, requeridos para la operación de la red”.⁸³

Con el fin de brindar servicios de salud con calidad y basado en la ley y en el convenio de voluntades las instituciones prestadoras de servicios de salud se comprometen a cumplir con:⁸⁴

- ◆ “Habilitación de los servicios por prestar.
- ◆ Soporte de la suficiencia para prestar los servicios por contratar estimada a partir de la capacidad instalada, frente a las condiciones demográficas y epidemiológicas de la población del contratante que va a ser atendida.
- ◆ Modelo de prestación de servicios definido por el prestador.
- ◆ Indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud”.⁸⁵

2.3.5 Sistemas de Información. Se definirse como un conjunto de componentes interrelacionados que permiten capturar, procesar, almacenar y distribuir la información para apoyar la toma de decisiones y el control en una institución.⁸⁶

Los sistemas de información sirven para⁸⁷:

- ◆ “Un acceso rápido a determinada información y por ende mejora tanto en tiempos como en resultados el servicio a los usuarios.

⁸³ Ibíd. p 3.

⁸⁴ Ibíd.

⁸⁵ Ibíd.

⁸⁶SISTEMAS DE INFORMACION. [On line]. Consultado en la pág.: [\[http://www.gerencie.com/sistemas-de-informacion.html\]](http://www.gerencie.com/sistemas-de-informacion.html). Tomado el: [21/07/14].

⁸⁷ Ibíd.

- ◆ Motivar a todo tipo de funcionario de las compañías para requerimientos de cualquier índole con excelentes resultados.
- ◆ Generar información e indicadores los cuales permiten analizar, comparar estudiar para detectar fallas y así mismo tener el control del sistema.
- ◆ Da la posibilidad de planear, idear proyectos los cuales van a estar generados de un sistema de información que tiene unos elementos claros y en dado caso sustentados para prever cualquier tipo de requerimientos.
- ◆ Evita la pérdida de tiempo en la organización de la información ya que realizándola de forma manual se corre el riesgo de no dar la investigación correcta.
- ◆ Hay mayor interés en la creación de nuevos procesos de trabajo debido a la facilidad que brinda para la obtención y el procesamiento de información.
- ◆ Se hace más efectiva la comunicación entre procesos y por lo tanto entre grupos de trabajo, una comunicación de diferentes instancias con los mismos resultados ágiles y confiables.
- ◆ Organización de archivo automatizado, clasificado de interés general y particular, entre otras”.

Un sistema de información es tan importante que además de llevar un control adecuado de todas las operaciones que allí se registren, conlleva a buen funcionamiento de cualquier proceso y por ende de una entidad por lo que genera buenos beneficios tanto para la empresa como para sus usuarios, sean estos internos o externos.⁸⁸

2.3.5.1 Los sistemas de información en salud (SIS). Los sistemas de información en salud (sis) se definen, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), como “un mecanismo para la recolección, procesamiento, análisis

⁸⁸ Ibid.

y transmisión de la información que se requiere para la organización y el funcionamiento de los servicios sanitarios y también para la investigación y la docencia”.⁸⁹

El objetivo central de los sis no debe restringirse a la obtención de datos de problemas específicos de la salud, sino que debe ser una herramienta sistemática y organizada con la que sea posible generar información para el mejoramiento de la gestión y la toma de decisiones en los distintos niveles organizativos de los sistemas de salud.^{2–5}. En este sentido, los SIS deben proveer información para la focalización y medición de intervenciones, como las de la Iniciativa Mesoamericana de la Salud (IMS).⁹⁰

La IMS tiene como objetivo mejorar las condiciones de salud de la población de los países que integran la región mesoamericana en cuatro temas prioritarios: nutrición, vacunación, enfermedades transmitidas por vectores y salud materna y reproductiva.⁹¹

Esta iniciativa pretende cumplir con su objetivo por medio de la coordinación y desarrollo de actividades de cooperación multilateral que, a su vez, permitan el fortalecimiento de las capacidades regionales de los gobiernos, la coordinación técnica y la implementación de los sistemas de información en salud.⁹²

Los sis son un importante elemento de entrada para la identificación de necesidades, grupos vulnerables, políticas y recursos humanos y financieros, para que, de este modo, se acreciente la capacidad de respuesta a las expectativas de

⁸⁹ Palacio-Mejía, Lina Sofía. Hernández-Ávila, Juan Eugenio. Artículo: Sistemas de información en salud en la región mesoamericana. salud pública de México / vol. 53, suplemento 3 de 2011. Pág. 2

⁹⁰ *Ibíd.* Pág. 2

⁹¹ *Ibíd.*

⁹² *Ibíd.*

la población y asegure la equidad de la inversión financiera. Sin embargo, lograr estos propósitos plantea enormes retos organizativos y el compromiso articulado y multidisciplinario de las partes implicadas en el sistema de salud, en los ámbitos local, regional y central.⁹³

Un sis debe ofrecer información para las distintas necesidades en la toma de decisiones, tanto en el ámbito individual, como en la elaboración de estadísticas que soporten el desarrollo y evaluación de programas y la formulación de políticas de salud. Los indicadores de salud deben permitir la medición de cambios en tres dominios principales: los determinantes de la salud, el sistema de salud y el estado de salud de la población.⁹⁴

La información que alimentan los sis proviene de varios subsistemas que pueden operar de forma independiente entre sí, incluso fuera del sector salud; entre ellos, se encuentran los sistemas de vigilancia y notificación de brotes, los datos generados a través de encuestas de hogares, los registros vitales (nacimientos, defunciones y causas de muerte), la recopilación de datos sobre la base de los pacientes y registros de servicios e información de los trabajadores de salud (comunitarios, trabajadores sanitarios y los centros de salud), programas específicos de seguimiento y evaluación (tuberculosis, vih/sida, entre otros), administración y manejo de los recursos (presupuesto, personal y suministros).⁹⁵

El desempeño de los sis es heterogéneo entre los países de la región, lo cual implica que las necesidades de información sean abordadas y cubiertas con estrategias diferenciales. Algunos SIS se han visto orillados a desarrollar

⁹³ *Ibíd.*

⁹⁴ *Ibíd.*

⁹⁵ *Ibíd.*

subsistemas independientes –por presiones económicas–, con objetivos específicos, de acuerdo con las prioridades de las agencias financiadoras; esto ha ocasionado un desarrollo fragmentado del sistema nacional de información en salud.⁹⁶

2.3.5.2 Sistemas de Información del Sector Salud en Colombia. El sector de la salud en Colombia cuenta con varios sistemas de información, que evidencian la cobertura de la población debido a que estos se alimentan de las Bases Datos de las diferentes Entidades Promotoras De Salud, estos sistemas de información frecuentemente no se encuentran integrados; por tanto, esta situación ha llevado a una duplicación de esfuerzos para la generación de los reportes y la baja calidad de la información recopilada.⁹⁷

La mayoría de los sistemas de salud se centran dos grandes grupos de actores:

- ◆ *Los sistemas de información de los organismos públicos*
- ◆ *Sistemas de Información pertenecientes a instituciones privadas (prestadores de servicios de salud y agremiaciones entre otras),⁹⁸*

Aunque las instituciones privadas también deben reportar a los sistemas de información gubernamentales, sus sistemas son independientes, estos no se encuentran integrados y no necesariamente son compatibles con los estatales. Incluso los prestadores de servicios públicos tienen en algunas ocasiones sus propios sistemas de información, que tampoco están integrados a los del Gobierno Nacional.⁹⁹ En todo caso, las Entidades Promotoras de Salud (Eps) garantizaran la administración en línea de las bases de datos de los afiliados al Sistema General De Seguridad Social En Salud asegurando la depuración y el correcto y oportuno

⁹⁶ *Ibíd.*

⁹⁷ ERNAL, Acevedo Oscar. *Sistemas de Información en el Sector Salud en Colombia* (2011). Estudios es investigaciones. p 7.

⁹⁸ *Ibíd.* p 7-8

⁹⁹ *Ibíd.* P. 8

registro de las novedades. Adicionalmente, el administrador fiduciario de los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, entregará mensualmente al Ministerio de la protección social estadísticas con los resultados finales de la actualización de la Base de Datos Única de Datos, BDUA.¹⁰⁰

Las entidades que administran las afiliaciones en los distintos regímenes entregarán al administrador fiduciario de los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, las novedades de ingresos, y/o un archivo de novedades de actualización y/o corrección de información y/o los archivos relacionados con el proceso de actualización de novedades de traslados o movilidad por cada entidad obligada a reportar. Así mismo, estas entregarán las novedades de sus afiliados en los horarios que para el efecto determinará el administrador fiduciario de los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, y de acuerdo con el siguiente calendario:¹⁰¹

a. Los procesos de actualización de la BDUA, se realizarán únicamente en las semanas del mes que tengan mínimo 4 días hábiles, y se denominarán “Semana de Proceso BDUA”.¹⁰²

b. El segundo día hábil de la “Semana de Proceso BDUA”, exceptuando la última semana del mes, las EPS, EOC, las EPSS y las Entidades de Regímenes Especiales y de Excepción, entregarán los archivos S1, R1, E1 y NR con respuesta por parte del administrador fiduciario de los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, el siguiente día hábil en los archivos S2, R2 y E2.¹⁰³

¹⁰⁰ *Ibíd.*

¹⁰¹ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Resolución 1344 de 2012. Diario Oficial No. 48.452 de 5 de junio de 2012. [On line]. Consultado en la pág.: [\[http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion_minsaludps_1344_2012.htm\]](http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion_minsaludps_1344_2012.htm). Tomado el: [22/07/14].

¹⁰² *Ibíd.*

¹⁰³ *Ibíd.*

c. El último día hábil de cada una de las denominadas “Semana Proceso BDUA”, exceptuando la última semana del mes, las EPS, EOC, las EPSS, los Regímenes Especiales y de Excepción y las Entidades de Medicina Prepagada y Administradoras de Planes Adicionales de Salud, entregarán los archivos S4, R4, E4, MC, MA, NC, MS, NS, ME, NE, MP y NP con respuesta por parte del administrador fiduciario de los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, el siguiente día hábil, en los archivos correspondientes a los resultados del proceso de actualización de la BDUA.¹⁰⁴

d. El último día hábil de la última “Semana de Proceso BDUA” de cada mes, se realizará el proceso de actualización del Régimen Subsidiado de la BDUA para las Entidades Territoriales, Departamentos que tengan a su cargo corregimientos departamentales y el INPEC, con respuesta el siguiente día hábil.¹⁰⁵

El calendario de presentación de novedades para la actualización de la BDUA, se resume a partir de los tiempos, entidades y archivos a reportar:¹⁰⁶

Por otra parte, la rendición de información y la elaboración de los Registros Individuales De Prestación De Servicios RIPS, serán obligatorias para todas las entidades y organizaciones del sector que tengan parte en su elaboración y consolidación.¹⁰⁷

¹⁰⁴ *Ibíd.*

¹⁰⁵ *Ibíd.*

¹⁰⁶ *Ibíd.*

¹⁰⁷ ALCALDIA DE MONTERIA PROGRESO PARA TODOS. Lineamientos Municipales para el Reporte de los RIPS (2014). Capítulo III, disposiciones finales. Art. 44, párrafo N° 2. [On line]. Consultado en la pág.: [\[http://salud.monteria-cordoba.gov.co/zupload/docs/SSM20140221171533.pdf\]](http://salud.monteria-cordoba.gov.co/zupload/docs/SSM20140221171533.pdf). Tomado el: [22/07/14].

El Ministerio de la Protección Social, a través del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO) articulará el manejo y será el responsable de la administración de la información.¹⁰⁸

Las base de datos de afiliados en salud se articularán con las bases de datos de la Registraduría Nacional del Estado civil, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, la Dirección de Aduanas e Impuestos Nacionales, el SISBEN y de las Entidades Promotoras de Salud para identificar a los beneficiarios y su lugar de residencia.¹⁰⁹

Así mismo, la identidad de los usuarios y beneficiarios se verificará mediante procesamiento y consulta de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.¹¹⁰

2.3.6 Proceso de Afiliación del Régimen Subsidiado. La afiliación al régimen subsidiado es el proceso mediante el cual la población elegible se incorpora al Sistema General De Seguridad Social En Salud en este proceso la población selecciona una Eps-s y suscribe el formulario único de afiliación y traslado. La afiliación al SGSSS se hace por una única vez. A partir de esa afiliación, se generan novedades en la Base De Datos única De Afiliados – BDUa (Resolución 1982 de 2010). Las novedades se dan cuando hay traslados entre EPS del mismo régimen o entre regímenes entre municipios o distritos de residencia (Acuerdo 415 de 2009).¹¹¹

¹⁰⁸ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Resolución 1531 de 2014. [On line]. Consultado en la pág.: [\[http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%201531%20de%202014.pdf\]](http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%201531%20de%202014.pdf). Tomado el: [22/07/14].

¹⁰⁹ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. CUELLAR, Milena Guía Metodológica para la Caracterización de Fuentes de Información para la Salud en Colombia. Documento político. Bogotá, 2014. Pág. 11.

¹¹⁰ *Ibíd.*

¹¹¹ MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Instructivo DGGDSRS006-2010. Procesos de Operación del Régimen Subsidiado, identificación, selección, afiliación y traslado. Documento político. Bogotá 2010. P. 3

La afiliación al régimen subsidiado se da desde el momento en que el afiliado suscribe el formulario de afiliación y traslado ante la EPS.¹¹²

1. Primera Etapa: Asignación directa de usuarios a las EPS del régimen subsidiado.

2. Segunda Etapa: La afiliación transitoria.

3. Tercera Etapa: Afiliación ordinaria. La población afiliada transitoriamente se afilia al SGSSS de forma definitiva a través de la libre elección de las Eps-s.

La tercera etapa debe culminarse en un plazo de 3 meses, contando a partir de la segunda y para su desarrollo se aplican las siguientes etapas.¹¹³

a. Libre elección: Todos los afiliados asignados directamente, tanto los localizados por búsqueda activa o identificación pasiva, así como los no localizados pueden trasladarse a la Eps-s de su preferencia ubicada en el municipio dentro de los tres meses siguientes a la culminación de la segunda etapa.

b. Suscripción del formulario: El afiliado suscribirá el formulario de afiliación y traslados ante la Eps-s, incluyendo al núcleo familiar, la Eps-s está encargada de incluir los datos en la BDUA, la población que estando afiliada no ha ingresado en la base de datos única de afiliados (BDUA), la entidad territorial debe verificar que la Eps-s ingrese la información.

En todo caso, la Eps-s deberá contar con alianzas o convenios con otras Eps-s de las regiones donde se encuentran autorizadas, que le permitan garantizar la atención de la población en tanto se formalice el traslado del afiliado. El incumplimiento a la suscripción de este tipo de alianzas o convenios, que no ofrezcan garantías para la continuidad de la atención, estará sujeta a las

¹¹² *Ibíd.*

¹¹³ *Ibíd.* p. 4

instrucciones y sanciones a las que haya lugar por parte de la Superintendencia Nacional De Salud.¹¹⁴

2.3.6.1 Registro Único de Afiliados (Ruaf). Maneja información de afiliación de todos los componentes de la Protección Social (salud, pensión, riesgos profesionales etc.) la información es reportada directamente por las administradoras al Ruaf, excepto salud que tiene un mecanismo de reporte diferente a través del Fondo De Solidaridad y Garantía Fosyga.¹¹⁵

2.3.6.2 Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA). La PILA es la base de datos que maneja información de empleo, cotizantes y aportantes a los diferentes módulos de la protección social.¹¹⁶

2.3.6.3 Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS). Recopilan la información de los servicios de salud prestados en el país estos registros son generados por las IPS, las cuales los envían a la administradora correspondiente, la que a su vez los envía al Ministerio de Protección Social.¹¹⁷

En años anteriores los RIPS han tenido algunos problemas de calidad y cobertura, sin embargo desde el 2009 se ha venido realizando un trabajo con las Administradoras de Planes de beneficio para mejorar la calidad y la cantidad de los reportes.¹¹⁸

Durante los últimos veinticinco años, las reformas de los sistemas de salud latino americanos, orientadas por las ideas neoliberales del Banco Mundial, han determinado cambios sustanciales en la forma como se administran los recursos y

¹¹⁴ *Ibíd.* p 4

¹¹⁵ BERNAL. *Óp. cit.*, p. 28

¹¹⁶ *Ibíd.*

¹¹⁷ *Ibíd.*

¹¹⁸ *Ibíd.*

se atiende a la población. De una parte, se ha propendido por la defensa de los principios de equidad, eficacia, eficiencia, calidad y satisfacción del usuario, y por otra, se busca la descentralización de los servicios, la privatización y la delimitación de los planes de beneficios; creando barreras de acceso administrativas para los usuarios.¹¹⁹

Las principales barreas en el acceso a los servicios de salud son¹²⁰:

a. Dificultades para prestación servicios POS, POS-S, NO POS-S:

- ◆ Negligencia en el proceso de autorización de servicios incluidos en el POS
- ◆ Cambios de contratación de IPS por parte de la EPS-S y no reportan a algunos usuarios en la Base de datos de capitados, lo que incide en dificultades para el acceso a los servicios POS-S.
- ◆ Dificultades de acceso a servicios en la red privada de EPS-S.
- ◆ Dificultades administrativas para la autorización de tratamientos argumentando inexistencia o no claridad en la definición de diagnósticos.

b. Dificultad acceso a servicios por inconsistencias en Bases de Datos:No acceso a servicios por inconsistencias en las Bases de Datos, entre otras, tales como¹²¹:

- ◆ Afiliados al Régimen Subsidiado que no aparecen en las Bases de datos, debido a procesos de aseguramiento que generan suspensión o retiros.
- ◆ Errores de datos en EPS-S, o en encuesta SISBEN.

¹¹⁹ *Ibíd.*

¹²⁰ ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA. Unidad de Análisis Territorial, Territorial Social, Santafé-Candelaria. Barreras de Acceso al Sistema de servicios en salud (2012). p.2

¹²¹ *Ibíd.* p. 3

- ◆ Habitantes de la calle y población especial que no aparece en las Bases de Datos.
- ◆ Suspensión o retiro por duplicidad EPS-C ó EPS-S.
- ◆ Suspensión por inconsistencia en datos del documento vs. Datos Base de Datos de la EPS-S
- ◆ Usuarios con mayor o menor puntaje de SISBEN y no corregido éste en las Bases de Datos y en carnet de EPS-S.
- ◆ Suspendido o retirado por aparecer supuestamente como fallecidos en cruce con base de datos de inhumados.
- ◆ En la base de datos de SDS (Secretaria Distrital de Salud) aparece como no carnetizado aún, aunque presenta carnetización por EPS-S.
- ◆ Errores de Número de Registros Civiles antiguos asimilados a números de Cédulas.
- ◆ Inadecuada o no clara orientación sobre derechos, deberes y trámites inadecuados por falta de recursos administrativos y logísticos
- ◆ Funcionarios que orientan inadecuadamente a los usuarios sobre sus derechos en salud o sobre los trámites que deben realizar para la resolución de sus casos
- ◆ Alta rotación de funcionarios en ESEs, que incide en orientaciones desacertadas sobre cómo debe el usuario acceder a servicios de salud.
- ◆ No competencias de funcionarios para facilitar al usuario la garantía del derecho a la salud, a partir de la actual política distrital de salud.

c. Prestación de servicios en lugares retirados de donde reside usuario.¹²²

¹²² *Ibíd.* p. 5

- ◆ Manifestaciones del usuario en cuanto a que las aseguradoras tienen contratada una red privada de prestadores dispersos y alejados de la residencia de los afiliados.
- ◆ Igualmente que para prestación de servicios especializados en las ESE, deben acudir a los niveles superiores de complejidad, muy lejanos de su residencia.
- ◆ Algunos Centros de las ESE de primer nivel, quedan retirados de donde vive el usuario, especialmente en situaciones en que son adultos mayores o personas con problemas severos de salud, o con discapacidad y carentes de cuidadores.
- ◆ EPS-S en mora con ESE o que no han renovado el contrato y deben remitir a sitios lejanos a los usuarios, para utilizar servicios de salud.
- ◆ Problemas en el desplazamiento por las condiciones del terreno hacia los puntos de atención de referencia.

Todos estos factores constituyen las barreras de acceso administrativos más comunes en el momento del acceder a los servicios de salud y son utilizados como fuente de análisis del estado actual del sistema de salud en Colombia.¹²³

2.3.7 Estudios de Cobertura Nacional. En el World Development Report del Banco Mundial de 1993,¹²⁴ se reconoce la necesidad de que los países en vías de desarrollo inviertan en la salud de sus habitantes para impulsar el crecimiento económico.¹²⁵

Es por lo anterior, y con el propósito de satisfacer los requerimientos de información sobre la situación de salud de los colombianos, que el Ministerio de la

¹²³ *Ibíd.*

¹²⁴ LONDOÑO, Beatriz. Ministerio de la protección social. Análisis de la Situación de Salud en Colombia. Universidad de Antioquia. Bogotá 2011. P.9

¹²⁵ *Ibíd.* p. 9

Protección Social en asociación con Colciencias, se dieron a la tarea de diseñar y ejecutar un estudio de cobertura nacional, cuya información y bases de datos estarán a disposición de la comunidad científica para la realización de análisis adicionales. El estudio permitirá conocer el perfil de salud-enfermedad de la población colombiana, así como también, identificar los problemas de salud más relevantes del país, así como los factores asociados.¹²⁶

Este análisis también facilitará el reconocimiento de las desigualdades que se presentan por razones de sexo, edad, raza, distribución geográfica, acceso, uso y calidad de los servicios de salud, lo cual permitirá orientar más efectivamente la política de salud en los diferentes niveles de gobierno, así como las acciones de las entidades públicas y privadas del sector, con el fin de reducir las inequidades existentes y garantizar los derechos en salud de los colombianos.¹²⁷

De igual manera, existe también el **Análisis de la Situación de Salud (ASIS)**¹²⁸, el cual fue implementado por el Ministerio de la Protección Social como prioridad en el área de la salud pública en los Planes Estratégicos de Salud, formulados desde el año 2002, con el propósito de establecer y mantener un conocimiento actualizado e integral de la situación de salud de los colombianos.¹²⁹

Este enfoque metodológico propuesto por la OPS/OMS en 1999, como el mejor abordaje para comprender la situación de salud de una población, ha sido incorporado en Colombia con iniciativas que van desde la actualización y publicación periódica, desde el año 2000, de la serie de datos Básicos de Salud,

¹²⁶ *Ibíd.* p. 9

¹²⁷ *Ibíd.* p. 9

¹²⁸El Análisis de Situación de Salud –ASIS– es un proceso analítico-sintético que abarca diversos tipos de fuentes de información y estrategias de análisis, que permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños y problemas de salud, así como sus determinantes sean estos competencia del sector salud o de otros sectores.

¹²⁹ LONDOÑO, *Ibíd.* p. 11

hasta el planteamiento de un sistema de encuestas periódicas dentro del nuevo sistema integral de Información de la Protección Social SISPRO, lo cual permite desarrollar un modelo de análisis basado en el conocimiento, caracterización y evaluación de la salud de la población colombiana y de los subgrupos de población que la constituyen, en función de tres dimensiones fundamentales.¹³⁰

Los daños a la salud, la funcionalidad y la discapacidad de la población, y el comportamiento y la distribución de los factores determinantes del perfil de salud en el país.¹³¹

La adopción de la propuesta de ASIS, como metodología de actualización permanente, sistemática y completa de la información en salud a nivel nacional ha contado con estudios integrales sobre las condiciones de salud de la población colombiana. Entre estos estudios se encuentran el estudio de recursos humanos para la Salud y educación Médica en Colombia e Investigación Nacional de Morbilidad, realizados por el Ministerio de Salud y ASCOFAME en 1965-1966.¹³²

Actualmente en el distrito, el Plan de Desarrollo “Bogotá sin Indiferencia” reconoce como política que “la información disponible, suficiente y veraz será un soporte fundamental para la toma de decisiones, la rendición de cuentas y el control social”, que se materializa en el programa “Desarrollo del Sistema Distrital de Información Integral”.¹³³

Por su parte, la Contraloría de Bogotá ha realizado auditorías y estudios que han puesto de presente las dificultades y complejidad para los procesamientos de la información del sector salud y de integración social en el Distrito, situación que origina la necesidad de analizar la política pública para la administración de los

¹³⁰ *Ibíd.* p. 11

¹³¹ *Ibíd.* p. 11

¹³² *Ibíd.* p. 11

¹³³ BERNAL. *Óp. cit.*, p. 28

sistemas de información en estos sectores, como una forma de comprender si el diseño de programas y políticas públicas en la materia han facilitado la toma de decisiones.¹³⁴

2.4 MARCO INSTITUCIONAL

El centro médico crecer Ltda. Es una organización que fue constituida el 22 de enero de 1998 como sociedad de responsabilidad limitada, bajo escritura pública n° 126 de la notaria 5 de Cartagena, matricula n° 09-129887-03 de la cámara de comercio de Cartagena, NIT 806004548-6, clasificada como establecimiento restador de servicios de salud para nivel de atención con servicios complementarios de alta complejidad.¹³⁵

2.4.1 Misión.¹³⁶ Somos un excelente equipo humano comprometido con la vida y nuestro entorno, que brinda servicios de salud integrales, con calidad, responsabilidad y calidez; optimizando la gestión de los recurso para asegurar su sostenibilidad financiera.

2.4.2 Visión.¹³⁷ SER una clínica reconocida en la Región Caribe por brindar atención integral, cálida con altos estándares de calidad y desarrollando acciones de responsabilidad social. Su competente equipo humano está orientado a la satisfacción y bienestar del cliente y su familia.

2.4.3 Valores.¹³⁸

Vocación de Servicio: Se refiere a garantizar la equidad y la justicia en la prestación de los servicios.

¹³⁴ *Ibíd.*

¹³⁵ HOYOS, Gómez Johana Lucia. Reglamento Interno y Revisión del Código Sustantivo del Trabajo de Clínica Crecer. Bogotá 2009.

¹³⁶ *Ibíd.*

¹³⁷ *Ibíd.*

¹³⁸ *Ibíd.*

Sentido de pertenencia: hace alusión a participar activamente en los procesos de su institución o grupo.

Cumplimiento: Actuación que se lleva a cabo como consecuencia de una obligación, una promesa o una orden.

2.4.4. Políticas para Gestión del Centro Médico Crecer.¹³⁹ Política corporativa: El centro médico crecer limitada, presta servicios de salud con base en un sistema de gestión de calidad basados en procesos, que determina a través de la participación conjunta , acciones sistemáticas, continuas, deliberadas, dirigidas a evitar prevenir o resolver oportunamente situaciones que puedan afectar de manera negativa la atención adecuada del paciente.

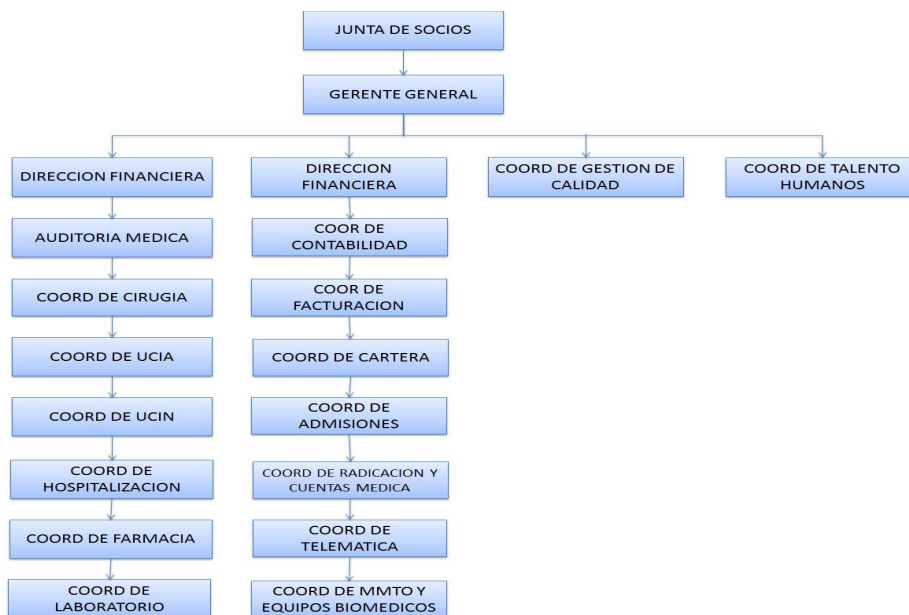
- ◆ Políticas frente al desarrollo administrativo
- ◆ Políticas para gestión ética
- ◆ Políticas compromiso de la gestión.
- ◆ Políticas de relación con los órganos de control externo.
- ◆ Políticas de responsabilidad con el acto de delegación.
- ◆ Políticas de compromiso con el código de ética y buena gerencia corporativa.
- ◆ Políticas de comunicación e información.
- ◆ Políticas para la gestión ética de La comunicación.
- ◆ Políticas de compromiso con la comunicación externa
- ◆ Políticas de gestión del recurso humano.
- ◆ Políticas de responsabilidad social.

¹³⁹ *Ibíd.*

- ◆ Políticas de responsabilidad social con la comunidad.
- ◆ Políticas frente al sistema de control interno.
- ◆ Políticas de responsabilidad frente al medio ambiente.
- ◆ Políticas frente a los grupos de interacción y participación.

2.4.5 Organigrama.¹⁴⁰ El organigrama del Centro Médico Crecer se evidencia en la figura 2.

Figura 2. Organigrama Centro Medico Crecer



Fuente: Tomado de Reglamento Interno y Revisión del Código Sustantivo del Trabajo de Clínica Crecer

2.4.6 Portafolio de Servicio.¹⁴¹ El servicio de urgencias cuenta con todas las capacidades para la atención de adultos y niños. Contamos con la tecnología médica para la atención de eventos urgentes, apoyados por un amplio grupo de

¹⁴⁰ Ibid.

¹⁴¹ Ibid.

especialidades, que soportan nuestro personal de médicos generales. A su vez, todos los otros servicios hospitalarios apoyan la atención inmediata de urgencias, como por ejemplo cirugía.

2.4.6.1 Hospitalización General.¹⁴² El servicio de hospitalización, cuenta solo con habitaciones individuales y generales. Las habitaciones tienen especificaciones para la atención de los pacientes, en un ambiente de seguridad clínica que permite mantener controlados los riesgos en la atención en salud.

2.4.6.2 Unidad de Cuidados intensivo Neonatales.¹⁴³ Tradicionalmente la Clínica Crecer es altamente reconocida por su servicio de maternidad. Para aquellos casos en los que los recién nacidos tienen dificultades, la unidad neonatal cuenta con toda la tecnología y el personal idóneo, para atender las enfermedades complejas que sufren los recién nacidos.

2.4.6.3 Unidad de Cuidados Intensivo Adultos.¹⁴⁴ Esta unidad se especializa en todas las patologías complejas de los adultos. La tecnología que las rodea, al igual que las otras unidades de cuidado intensivo, son avanzadas y se cuenta con una planta de personal altamente especializada. El complemento de cirugía, ayudas diagnósticas especializadas, hacen que la atención sea segura e integral.

2.4.6.4 Cirugía de Alta complejidad y Cirugía Ambulatoria.¹⁴⁵ Contamos con quirófanos completamente dotados con tecnología de punta para cirugías de alta complejidad médica y cirugías ambulatorias de todas las especialidades (excepto oftalmología). Para el manejo de todas nuestras cirugías, contamos con una

¹⁴² *Ibíd.*

¹⁴³ *Ibíd.*

¹⁴⁴ *Ibíd.*

¹⁴⁵ *Ibíd.*

política y procedimientos para “cirugía segura”, con el fin de minimizar todos los riesgos posibles.

2.4.6.5 Unidad de Gastroenterología.¹⁴⁶ Este servicio brinda apoyo diagnóstico y terapéutico en todas las áreas de endoscopia, colonoscopia, colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (C-Pre), duodenoscopia con equipo de alta tecnología, personal médico y de enfermería muy calificado.

2.4.6.7 Consulta Externa de Médicos Especialistas.¹⁴⁷ La Clínica Crecer cuenta con una amplia variedad de especialidades médicas, que complementan toda la atención hospitalaria brindada en nuestro portafolio de servicios. Actualmente contamos con médicos de todas las especialidades. Son las siguientes: cirugía general, ginecología, obstetricia, neurocirugía, neurología, ortopedia, medicina interna, urología, anestesiología, cirugía plástica, otorrinolaringología, entre otras.

2.4.6.8 Imagenología (Rayos X, Ecografía, Tomografía).¹⁴⁸ Soporte diagnóstico y tratamientos oportunos y confiables. Respondemos a un manejo integral del paciente, con alta tecnología y un equipo humano calificado y comprometido. Brindamos procedimientos radiológicos convencionales, contrastados, especiales e intervencionistas, tomografía multicorte en ambas sedes. Angiotomografías de corazón en la sede del tesoro, brindando apoyo al área de cardiología.

2.4.6.9 El Laboratorio Clínico.¹⁴⁹ Tiene la finalidad de prestar un servicio integral en las áreas que comprenden la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes

¹⁴⁶ *Ibíd.*

¹⁴⁷ *Ibíd.*

¹⁴⁸ *Ibíd.*

¹⁴⁹ *Ibíd.*

2.4.6.10 Unidad Transfusional.¹⁵⁰ La Unidad de Medicina Transfusional y Banco de Sangre, provee de productos sanguíneos (hemocomponentes) Glóbulos Rojos, Plasma Fresco Congelado, Plaquetas, Crio precipitados, en cantidad, calidad y oportunidad para satisfacer las necesidades de la los pacientes en la Unidad de Medicina Transfusional.

Por otro lado, efectúa exámenes inmunohematológicos y microbiológicos a usuarios internos y externos (Hospitales y Atención Primaria).

2.4.6.11 Marco Geográfico. El área geográfica en el que se realizará la investigación está localizada en el departamento de Bolívar, municipio de Cartagena, Avenida Pedro de Heredia Sector el prado número 34-32.

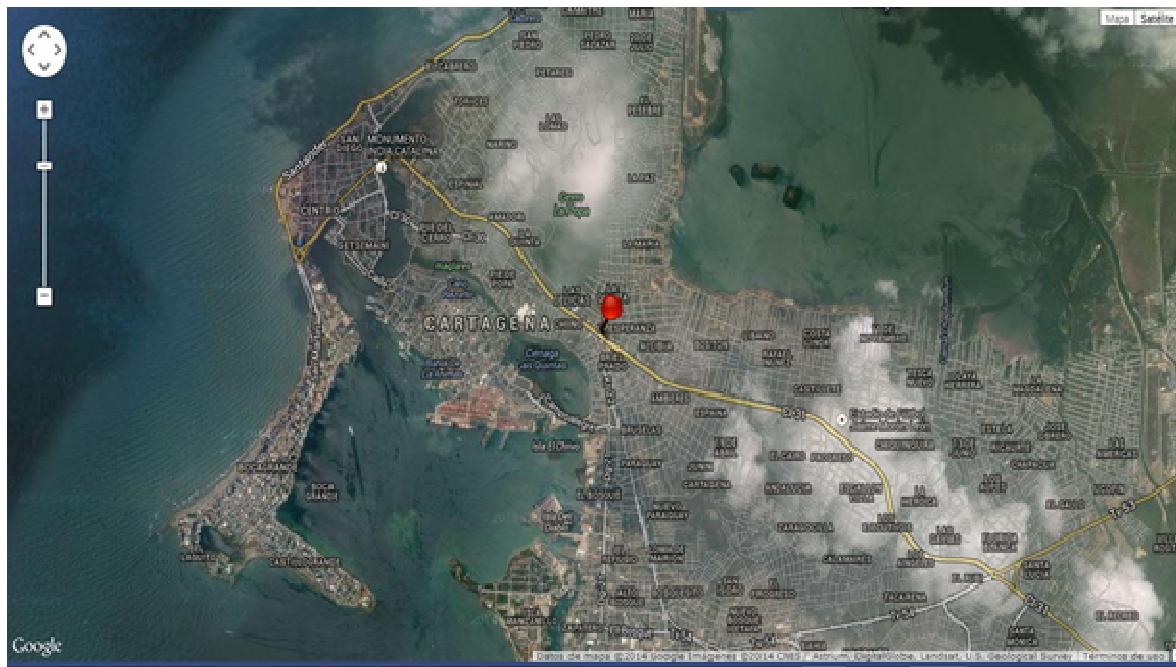
Cartagena de Indias es una ciudad Colombiana capital del departamento de Bolívar. Está situada a orillas del mar Caribe y cuenta actualmente con una población urbana de 218.528 habitantes.

Limita al norte con el departamento del Atlántico, al Sur con los departamentos de Sucre y Antioquia, al oriente con el departamento del Magdalena y al Occidente con el mar Caribe.

El barrio el prado se encuentra ubicado en la localidad histórica y del Caribe norte (1), en la unidad comunera urbana numero 9°. (Ver gráfico N°1).

¹⁵⁰ Ibid.

Grafico 1. Mapa de Cartagena con ubicación del Barrio Prado



Fuente: Elaborado por grupo investigador

2.6 GLOSARIO DE TERMINOS

Teniendo como finalidad una mejor comprensión del tema planteado en el presente proyecto investigativo, el grupo investigador ofrece a continuación una serie de términos claves para lograr dicho fin.

ACCESO A LOS SERVICIO DE SALUD: Proceso mediante el cual las personas buscan atención y ésta se logra. En esa perspectiva Frenk (1985), propone que “se reserve el término de acceso para denotar la capacidad de un cliente o grupo de clientes para buscar y obtener atención. Acceso se refiere a una característica de la población de usuarios potenciales o reales de los servicios”.

ACCESIBILIDAD: Es el grado en el que todas las personas pueden utilizar un objeto, visitar un lugar o acceder a un servicio, independientemente de sus

capacidades técnicas, cognitivas o físicas. Es indispensable e imprescindible, ya que se trata de una condición necesaria para la participación de todas las personas independientemente de las posibles limitaciones funcionales que puedan tener.

AFILIACIÓN: Acción y efecto de ingresar miembros a una asociación.

AFILIADOS: Es aquella persona u organización social, que decide inscribirse en una obra social, en un partido político, en una Administradora de Fondos de Jubilaciones y Pensiones, en una empresa prestataria de salud y o en cualquier organización civil o empresarial, que requiera la afiliación a la institución, para ejercer derechos y obtener beneficios sobre la misma.

ANÁLISIS: Especifica que es lo que el sistema debe hacer.

AUDITORÍA EN CALIDAD: Es la verificación de que lo propuesto en un sistema de calidad de una institución, efectivamente si se da y cumple objetivamente con la calidad. Esta busca asegurar que se cumplan los objetivos propuestos. Lo anterior tiene un significado especial en la auditoria de salud; no basta con identificar un listado de cumplimiento, sino valorar los faltantes con respecto a la calidad y aceptar compromisos de mejoramiento.¹⁵¹

La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la obtención en salud es un componente de mejoramiento continuo en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud; esto tiene implicaciones conceptuales y metodológicas.¹⁵²

¹⁵¹ ALVAREZ. Heredia Francisco. Calidad y Auditoria en Salud. Ecoe Ediciones. p. 223

¹⁵² MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Sistema Obligatorio de Garantía de Protección Social. Pautas de Auditoria Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (2007). P. 19

- ◆ El mejoramiento continuo de la calidad (MCC) comprende un conjunto de principios que debe llevar a las organizaciones a pensar más allá de la evaluación de la calidad o de establecer guías o protocolos de seguimiento que sirven únicamente para la inspección.¹⁵³
- ◆ El MCC debe ser visto como un proceso de autocontrol, centrado en el cliente y sus necesidades, que lo involucra en sus actividades, y que consiste en la identificación permanente de aspecto del proceso que resulten susceptibles de mejoramiento, con el fin de establecer los ajustes necesarios y superar las expectativas de dichos clientes.¹⁵⁴
- ◆ El MCC procura convertir en cultura organizacional el mejoramiento de los procesos: hace esfuerzos para trabajar en las personas, en su estado de ánimo, en la comunicación, en el entrenamiento, en el trabajo en equipo, el compromiso y las disciplina. Es un enfoque de sentido común que fomenta el pensamiento orientado a procesos, ya que los procesos deben perfeccionarse para que mejoren los resultados. El hecho de no lograr los resultados indica que hay una falla en el proceso. Es responsabilidad de la gerencia identificar y corregir los errores.¹⁵⁵

Una buena forma de representar el enfoque de mejoramiento continuo es el ciclo de mejoramiento o PHVA¹⁵⁶ En este método gerencial básico se fundamenta el modelo de auditoría para el mejoramiento de la calidad de atención en salud.¹⁵⁷

¹⁵³ *Ibid.*

¹⁵⁴ *Ibid.* p. 20

¹⁵⁵ *Ibid.*

¹⁵⁶ También denominado ciclo de Shewart, o Ciclo de Deming, o Ciclo PDCA.

¹⁵⁷ MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, *Ibid.* p. 21

La aplicación del ciclo es continuó en el tiempo, a continuación se explica cada cuadrante del ciclo.¹⁵⁸

- ◆ **PLANEAR:** Está compuesta de dos etapas. La primera tiene por objeto identificar metas (que). La segunda tiene que ver con la definición de los medios (como), es decir, la manera de alcanzar las metas.
- ◆ **HACER:** Esta es la fase de ejecución de los medios establecidos en la fase inicial; a su vez, tiene dos etapas: la primera se orienta a la formación de las persona en las formas o “cómos” establecidos para cumplir la meta; la segunda se presenta formalmente como la ejecución de lo planeado, pero tiene que ver adicionalmente con la recolección de datos.
- ◆ **VERIFICAR:** Esta es la fase de verificación de resultados. Aquí, sobre la base de la evaluación del comportamiento de los indicadores que se han construido o de la aplicación de los métodos de evaluación de la calidad, incluidos aquellos que forman parte de la auditoria para el mejoramiento de la calidad, se valida la ejecución de la etapa anterior gracias a los hechos y datos recogidos.
- ◆ **ACTUAR:** En esta cuarta fase es preciso actuar en relación con todo el proceso. Existen básicamente dos posibilidades; en caso de que la meta haya sido conseguida, es necesario estandarizar la ejecución con el ánimo de mantener los resultados del proceso. La otra opción es que no se haya cumplido con la meta, en cuyo caso resulta necesario corregir y ajustar el proceso para girar el ciclo hasta que la meta sea alcanzada.¹⁵⁹

Atención centrada en el cliente: Este constituye un pilar del sistema de garantía de calidad, la norma entiende como cliente al usuario, es decir, al cliente externo. No significa que a la luz del SOGCS de la atención en salud no sea importante la

¹⁵⁸ *Ibíd.* p. 21

¹⁵⁹ *Ibíd.* p. 22

satisfacción del cliente interno, lo es y mucho, sobre todo en la medida en que su satisfacción es un prerrequisito para obtener los resultados centrados en el usuario.¹⁶⁰

En la actualidad la integridad y la continuidad son aspectos necesarios para el buen resultado de la atención y el bienestar de la población.

Para lograr este objetivo se requiere que las organizaciones cambien la forma de planear, realizar y evaluar los procesos, el esfuerzo debe estar dirigido a la atención y entrega del servicio en forma planeada e integral, acompañada de una gestión transparente para el usuario y su familia, en el diseño, ejecución, evaluación y mejoramiento de los procesos de atención. Esta forma de evaluación implica que la organización debe coordinar y articular todas las actividades desde que el usuario llega a la institución hasta que sale.¹⁶¹

Los principios en que se fundamenta la atención centrada en los clientes son:¹⁶²

- ◆ Las instituciones, sus programas y sus servicios, deben identificar con precisión quiénes son sus clientes y cuáles son sus necesidades y expectativas de cuidado y servicio.
- ◆ La evaluación de los procesos no se realiza por dependencias, sino de manera transversal, con los equipos de trabajo que participen en el resultado de los procesos, de tal forma que se reflejen todos los niveles y las áreas de la organización involucradas en los procesos.
- ◆ El respaldo y el compromiso gerencial son los factores claves para el éxito de los procesos de mejoramiento de la calidad. Así los directivos de las

¹⁶⁰ *Ibíd.* p. 22

¹⁶¹ *Ibíd.*

¹⁶² *Ibíd.*

instituciones juegan un papel preponderante en el desarrollo de esta cultura.

BASE DE DATOS: Conjunto de información estructurada en registros y almacenada en soporte electrónico legible desde un ordenador.

BASES DE DATOS REFERENCIALES: Base de datos que contiene información estructurada principalmente a través de tablas. Con éstas se pueden establecer relaciones que pueden dar lugar a nuevas tablas o bases de datos.

BASES DE DATOS DOCUMENTALES: Base de datos conformada por registros relacionados con documentos almacenados.. Su organización se estructura de la siguiente manera: un registro se relaciona con un número de identificación del documento original, y se puede acceder a éste mediante los distintos campos.

CALIDAD: Herramienta básica para una propiedad inherente de cualquier cosa que permite que la misma sea comparada con cualquier otra de su misma especie. La palabra calidad tiene múltiples significados. De forma básica, se refiere al conjunto de propiedades inherentes a un objeto que le confieren capacidad para satisfacer necesidades implícitas o explícitas.

CALIDAD EN SALUD: Provisión de los servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos, de manera asequible 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 dicho usuario.¹⁶³

¹⁶³ PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA. Decreto 1011 de 2006. [On line]. Tomado de [\[http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=19975\]](http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=19975). Consultado el: [03/08/14].

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD (SOGCS): Este sistema se caracteriza por desarrollar acciones orientadas a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de la estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerequisite para alcanzar los resultados mencionados.¹⁶⁴

Para efectos de mejorar y evaluar la calidad de la atención en salud el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características **(denominadas también atributos de calidad)**¹⁶⁵:

- ◆ **Accesibilidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- ◆ **Oportunidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.
- ◆ **Seguridad.** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
- ◆ **Pertinencia.** Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

¹⁶⁴ Ibid. Art. 3.

¹⁶⁵ Ibid.

- ◆ **Continuidad.** Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.
- ◆ **Componentes del SOGCS.** Tendrá como componentes los siguientes:¹⁶⁶
- ◆ El sistema único de habilitación.
- ◆ La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud.
- ◆ El sistema único de acreditación.
- ◆ El sistema de información para la calidad.

Entidades responsables del funcionamiento del SOGCS. Las siguientes, son las entidades responsables del funcionamiento del SOGCS:¹⁶⁷

- ◆ **Ministerio de la Protección Social.** Desarrollará las normas de calidad, expedirá la reglamentación necesaria para la aplicación del presente decreto, velará por su permanente actualización y por su aplicación para el beneficio de los usuarios, prestará asistencia técnica a los integrantes del Sistema con el propósito de orientarlos en el cumplimiento de sus responsabilidades y emitirá concepto en aspectos técnicos cuando lo soliciten las Entidades Territoriales y los prestadores de servicios de salud siempre que el Ministerio lo considere pertinente.

También corresponde al Ministerio de la Protección Social velar por el establecimiento y mantenimiento de la compatibilidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud con otros Sistemas de Gestión de Calidad.

¹⁶⁶ Ibid. Art. 4.

¹⁶⁷ Ibid. Art. 5.

- ◆ **Superintendencia Nacional de Salud.** Ejercerá las funciones de vigilancia, inspección y control dentro del SOGCS y aplicará las sanciones en el ámbito de su competencia.
- ◆ **Entidades Departamentales y Distritales de Salud.** En desarrollo de sus propias competencias, les corresponde cumplir y hacer cumplir en sus respectivas jurisdicciones, las disposiciones establecidas en el presente decreto y en la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de la Protección Social, divulgar las disposiciones contenidas en esta norma y brindar asistencia a los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales para el cabal cumplimiento de las normas relativas a la habilitación de las mismas.
- ◆ **Entidades Municipales de Salud.** En desarrollo de sus propias competencias, les corresponde brindar asistencia técnica para implementar la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud en los Prestadores de Servicios de Salud de su jurisdicción y también realizar la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud a los Prestadores de Servicios de Salud, que prestan servicios de salud a la población no afiliada.

CONTRATOS: Acuerdo generalmente escrito, por el que dos o más partes se comprometen a respetar y cumplir una serie de condiciones.

ENTIDADES ADMINISTRADORAS EN SALUD: Es la entidad encargada de afiliar a los usuarios, recaudar y administrar las cotizaciones, y garantizar la prestación de los planes de beneficio.

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD (EPS): es la encargada de promover la afiliación al sistema de seguridad social. Aquí no hay servicio médico, solo administrativo y comercial.

ENTIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD (EPSS): Se consideran como tales las instituciones prestadoras de servicios de salud y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud y que se encuentran habilitados. Para efectos del presente decreto, se incluyen los profesionales independientes de salud y los servicios de transporte especial de pacientes que se encuentren habilitados.

ENTIDADES RESPONSABLES DEL PAGO DE SERVICIOS DE SALUD: Se consideran como tales las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las administradoras de riesgos profesionales.

EXCLUSIÓN: Corresponde al resultado del proceso de la determinación de prescindir de tecnologías en salud o prestaciones, sobre las cuales se ha propuesto además que no deberían ser cubiertas con cargo a los recursos del Plan Obligatorio de Salud.

HOSPITALIZACION: Ingreso de una persona enferma o herida en un hospital para su examen, diagnóstico, tratamiento y curación por parte del personal médico.

FOSYGA: Fondo de Solidaridad y Garantía, es una cuenta especial de la Nación sin personería jurídica, creada por la Ley 100 por medio de la cual se administran los recursos de la Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

INCONSISTENCIA: Falta de estabilidad y coherencia en una cosa.

INFORMACIÓN: Conjunto organizado de datos procesados, que constituyen un mensaje que cambia el estado de conocimiento del sujeto o sistema que recibe dicho mensaje.

MEDICINA PREPAGADA: De conformidad con el artículo 1° del decreto 1486 de 1994 es el “sistema organizado y establecido por entidades autorizadas conforme al presente decreto, para la gestión de la atención médica y la prestación de los servicios de salud y/o atender directa o indirectamente estos servicios, incluidos en el plan de salud preestablecido, mediante el cobro de un precio regular previamente acordado.

MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL: El Ministerio de Salud y Protección Social es uno de los dieciséis ministerios del poder ejecutivo de Colombia en 2013. Es un ente regulador que determina normas y directrices en materia de temas de salud pública, asistencia social, población en riesgo y pobreza.

NO-POS: El Plan Obligatorio de Salud, en sus siglas, es el conjunto de servicios de atención en salud a que tiene derecho un usuario en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia, SGSSS, cuya finalidad es la protección de la salud, la prevención y curación de enfermedades.

Entendiéndose como NO- POS a la lista taxativa de exclusiones de dicho conjunto de derechos.

PLANILLA INTEGRADA DE LIQUIDACIÓN DE APORTES (PILA): Base de datos que maneja información de empleo, cotizantes y aportantes a los diferentes módulos de la protección social.

PLAN OBLIGATORIO DE SALUD (POS): El Plan Obligatorio de Salud, en sus siglas, es el conjunto de servicios de atención en salud a que tiene derecho un

usuario en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia, SGSSS, cuya finalidad es la protección de la salud, la prevención y curación de enfermedades, el suministro.

RED DE SERVICIOS: Red de prestación de servicios. Es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un espacio geográfico, que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y contra referencia establecidos por la entidad responsable del pago, que busca garantizar la calidad de la atención en salud y ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos.

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO: Régimen al que pertenecen las personas que reciben servicios de salud de parte de una Empresa Promotora de Salud (EPS), en razón a que está afiliada por tener patrón o cotizar como trabajador independiente o ser beneficiario de un afiliado del régimen contributivo.

REGIMEN SUBSIDIADO: Régimen al que pertenecen las personas que reciben servicios de salud de parte de una Empresa Promotora de Salud del Régimen Subsidiado (EPS-S), anteriormente llamadas Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), en razón de pertenecer a los estratos 1 y 2 según el SISBEN, y haber sido carnetizados y afiliados al régimen subsidiado por cuenta del estado.

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS (RUAF): Base de datos que maneja información de afiliación de todos los componentes de la Protección Social (salud, pensión, riesgos profesionales etc.) la información es reportada directamente por

las administradoras al Ruaf, excepto salud que tiene un mecanismo de reporte diferente a través del Fondo De Solidaridad y Garantía Fosyga.

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (RIPS): Recopilan la información de los servicios de salud prestados en el país estos registros son generados por las IPS, las cuales los envían a la administradora correspondiente, la que a su vez los envía al Ministerio de Protección Social.

SALUD: Estado en que un ser u organismo vivo no tiene ninguna lesión ni padece ninguna enfermedad y ejerce con normalidad todas sus funciones.

SISTEMAS DE INFORMACIÓN: Un sistema de información es un conjunto de elementos orientados al tratamiento y administración de datos e información, organizados y listos para su uso posterior, generados para cubrir una necesidad u objetivo.

SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD: Es un servicio público esencial de carácter obligatorio, que se presta bajo la dirección, coordinación y control del Estado, bajo principios de universalidad, solidaridad, equidad y eficiencia.

SISTEMA UNICO DE AFILIACIÓN (RUAF): Maneja información de afiliación de todos los componentes de la Protección Social (salud, pensión, riesgos profesionales etc.).

VERIFICACIÓN DE DERECHOS: La verificación de derechos de los usuarios es el procedimiento por medio del cual se identifica la entidad responsable del pago de los servicios de salud que requiere el usuario y el derecho del mismo a ser cubierto por dicha entidad.

3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR
Fuente de obtención de datos	Recursos que contienen datos útiles para satisfacer una demanda de información	Primaria	Datos provenientes directamente de la población o de la muestra tomada de la población / Datos obtenidos de una base o de fuentes estadísticas
		Secundaria	
Veracidad de la información	Garantía de autenticidad de la información recolectada	Bases de datos	Conjunto de datos estructurados y almacenados en registros / Datos provenientes directamente de la población
		Fuente de información	Recursos que contiene datos formales
Tiempo de respuesta	Periodo que transcurre entre la aplicación de un estímulo y la reacción a este	Oportunidad	periodo de tiempo transcurrido entre la solicitud y la respuesta / Periodo de tiempo estandarizado para la respuesta
Inconsistencia en la información	Datos que difieren con los almacenados en la fuente de información	Calidad	Numero de datos Inconsistentes en la información suministrada / datos totales consignados en bases de datos
		Precisión	Confiabilidad y certeza de la información

Fuente: Elaborado por el grupo investigador

4. PLAN DE AUDITORÍA

Para desarrollar el presente trabajo se llevaron a cabo las siguientes acciones:

1. Elaboración de la Propuesta: Para la elaboración de la propuesta se llevaron a cabo los siguientes pasos:

- Escogencia del tema de estudio
- Selección de la línea de Investigación
- Planteamiento del problema
- Desarrollo de la justificación
- Planteamiento de objetivos

Todo lo anterior con la finalidad de hacer la preparación y entrega de la propuesta.

2. Elaboración del Anteproyecto de investigación: Para la elaboración del anteproyecto de investigación se realizaron las siguientes acciones:

- Desarrollo del diseño metodológico
- Elaboración del marco teórico
- Operacionalización de las variables

3. Preparación y elaboración del Informe Final: En el cual se plasmó a través de capítulos en forma gráfica y textual el desarrollo de los objetivos, representados por la encuesta.

Para el desarrollo de los capítulos se llevaron a cabo los siguientes pasos:

- Aplicación de la encuesta
- Establecimiento de preguntas relacionadas con cada uno de los objetivos, con la finalidad de generar la información estadística que requiere la investigación para su desarrollo.

a. Para el primer objetivo se establecieron los siguientes puntos:

- Determinación de las inconsistencias por datos de identificación (nombres y apellidos, número de identificación) de usuarios de la clínica crecer sede Cartagena, a través de documentos como: Cedula de ciudadanía, Pasaporte, Cedula de Extranjería, Tarjeta de Identidad, Registro civil.
- Indagación sobre la documentación con Inconsistencia en Registros de Base de Datos.
- Determinación de los datos de identificación con inconsistencias (primer y segundo apellido o primer y segundo nombre).
- Determinación de las inconsistencias de usuarios entre 1 y 100 años de edad.
- Identificación de inconsistencias en registros repetidos.
- Determinación de inconsistencias con mayor persistencia en registros de base de datos.

- b. Para el segundo objetivo se estableció una pregunta tendiente a evaluar en rango de tiempo el procedimiento de admisiones de la clínica objeto de estudio.
- c. Para el tercer objetivo se establecieron preguntas tendientes a evaluar el tiempo de respuesta de la Eps responsable del pago del servicio de salud.
- d. Además de lo anterior, se busca información adicional en fuentes Bibliográficas como revistas, Noticias, y documentos relacionados con el objetivo. Se recopila y tabula la información de la encuesta. Se consolida la información de la encuesta con la bibliografía encontrada.

4. Interpretación y elaboración de conclusiones de los resultados encontrados.
5. Asesoría final
6. Ajustes en caso de ser pertinentes.
7. Entrega de informe a la universidad.

5. IDENTIFICAR LAS INCONSISTENCIAS POR DATOS DE IDENTIFICACIÓN (NOMBRES Y APELLIDOS, NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN) DE USUARIOS DE LA CLINICA CRECER SEDE CARTAGENA

En este capítulo se identifican las inconsistencias generadas por la incoherencia de datos (nombres, apellidos, número de identificación) suministrados por los usuarios e ingresados por los admisioncitas en la base de datos durante el proceso de admisión de usuarios de la clínica Crecer sede Cartagena.

Ahora bien, para efectos de una buena gestión en la identificación de las inconsistencias, es muy importante que la clínica haga el proceso de verificación de derechos de usuario, ya que este permitirá el estado del usuario con respecto a la prestación del servicio y la identificación de la entidad responsable del pago de los servicios de salud que demanda el usuario. La verificación podrá hacerse solo a través del documento de identidad u otro mecanismo tecnológico que permita demostrarla. Así mismo, es el ministerio de protección social, quien establecerá el procedimiento y formato para que los prestadores de servicios de salud informen las posibles inconsistencias que detecten en las bases de datos al momento de verifica los derechos de usuarios que demandan sus servicios, sin que el diligenciamiento y tramite afecte la prestación.¹⁶⁸

El ministerio de protección social, establece que al momento de hacer la verificación en el registro de base de datos, **los documentos requeridos** son:

- a. Cedula de ciudadanía: Para los adultos mayores de 18 años de nacionalidad colombiana.
- b. Pasaporte: Para los extranjeros que se encuentran de paso en el país.

¹⁶⁸ LONDOÑO, SOTO Beatriz. Ministerio De La Protección Social., 2009. Lineamientos Técnicos para el Registro de los Datos del Registro Individual de la Prestación de Servicios de Salud – Rips. p. 11

- c. Cedula de Extranjería: Para los extranjeros residentes o con permiso de permanencia.
- d. Tarjeta de Identidad: Para niños entre 7 y 17 años de edad.
- e. Registro civil: Para niños menores de siete años.
- f. Menor sin identificación (MS): solo debe ser utilizado para el recién nacido vivo sin identificar (hasta los 30 días de nacido).

Los documentos anteriormente mencionados, son contrastados con el número de identificación asignado por la registraduría, o en su defecto con la edad correspondiente a fin de determinar si la información suministrada está correctamente registrada o si presenta alguna anomalía.¹⁶⁹

Por otra parte, Según resolución 2199 de 2013, el ministerio de Protección Social dispone que ante el efecto e impacto que para el Sistema General de Seguridad Social en Salud conlleva la inconsistencia de registros de usuarios repetidos generado como consecuencia de la Auditoria a la BDUA (Base de Datos Única de Afiliados), se deben aplicar los criterios de hacer la depuración correspondiente como lo establece Administrador Fiduciario de los Recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA a las entidades promotoras de salud en los Regímenes Contributivo y Subsidiado. Con respecto a lo anterior el ministerio establece en su artículo 1: “Proceso de depuración de los Registros Repetidos en la Base de Datos Única de Afiliados-BDUA, las entidades promotoras de salud y los regímenes contributivo y subsidiado y las Entidades Obligadas a Compensar EOC, deben realizar la depuración de los registros repetidos en la base de datos. Única de afiliados BDUA y reportarla al Administrador Fiduciario de los Recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía –FOSYGA, para que una vez cumplido el proceso de depuración de los registros repetidos, el Administrador Fiduciario de

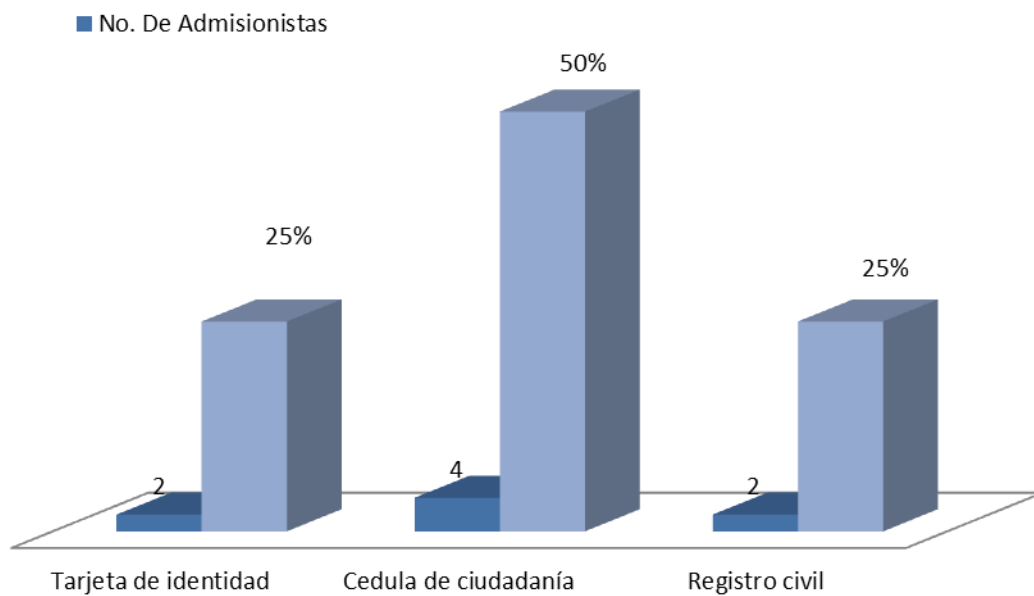
¹⁶⁹ Ibid.

los recursos FOSYGA, procederá a efectuar la actualización del registro valido en el BDUA.

5.1 DOCUMENTOS QUE PRESENTARON MAYORES INCONSISTENCIAS EN EL REGISTRO DE LA BASE DE DATOS DE LA CLÍNICA CRECER SEDE CARTAGENA

Para identificar los documentos que presentaron mayores inconsistencias en el registro de la base de datos de la clínica, se decidió establecer diferentes tipos de documentos de identificación, para que los admisionistas seleccionaran el documento que presentara mayor inconsistencia al momento de hacer registro mencionado, como se evidencia en el gráfico 2.

Gráfico 2. Documentos con Inconsistencias en Registros de Base de Datos



Fuente: Datos suministrados por empleados de la Clínica

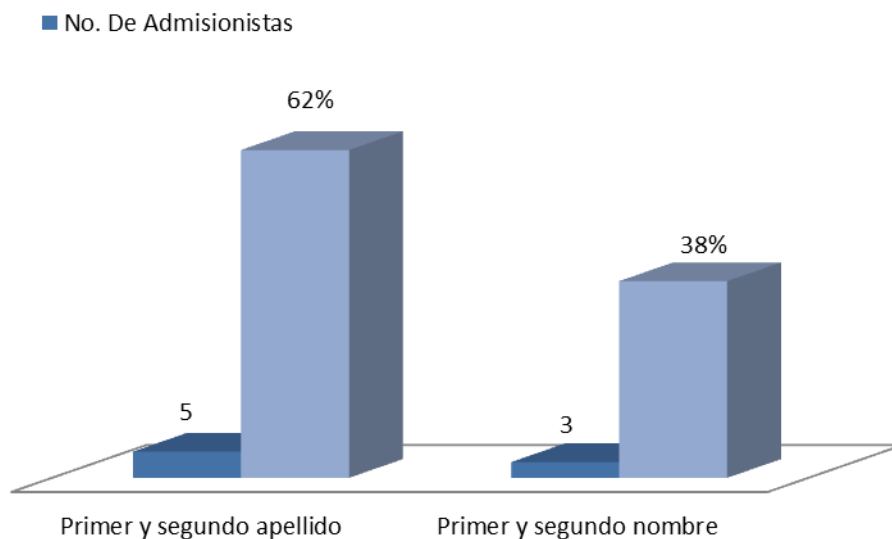
El gráfico 2 muestra el porcentaje de usuarios que presentan inconsistencias en los registros por identificación, donde se encontró que para el 50% de la muestra

las mayores inconsistencias se presentan en la documentación de cedula de ciudadanía, seguido de un 25% referente a tarjeta de identidad y registro civil.

5.2 INCOSISTENCIAS PRESENTES EN LOS DATOS DE IDENTIFICACIÓN SUMINISTRADOS POR LOS USUARIOS DE LA CLINICA CRECER SEDE CARTAGENA

Para conocer las inconsistencias presentes en los datos de identificación suministrados por los usuarios, se le consultó a los admisionistas por dichos datos, como lo refleja el grafico 3.

Grafico 3. Datos de Identificación con Inconsistencias



Fuente: Datos suministrados por empleados de la Clínica

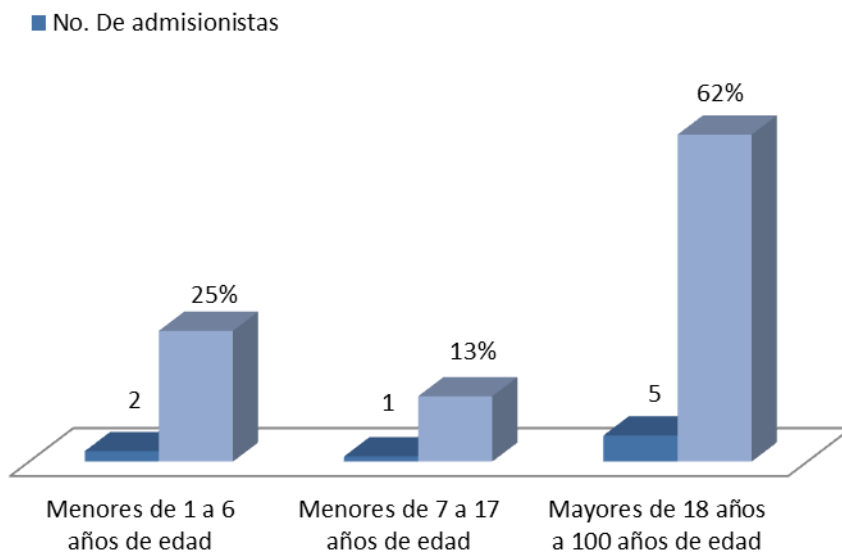
El grafico 3 muestra en un 62% que los datos de identificación con mayor inconsistencia se presentan en primer y segundo apellido, seguido de un 38% que corresponde a primer y segundo nombre. En este sentido, existe mucha claridad

en que las mayores inconsistencias son generadas por los apellidos de los usuarios, lo cual viene generado desde el momento que se hace la afiliación del usuario en el respectivo prestador de servicio.

5.3 INCONSISTENCIAS POR RANGO DE EDAD, EN LOS REGISTROS DE USUARIOS DE LA CLINICA CERECER SEDE CARTAGENA

En las clínicas colombianas, como se ha mencionado anteriormente es de vital importancia que la documentación solicitada al momento de hacer la verificación del registro en la base de datos por parte de los admisionistas, vaya acorde con la edad que se encuentra reglamentada por el Ministerio de Salud y Protección Social y la Registraduría nacional de Estado Civil, a fin de evitar cualquier anomalía en el sistema (véase documentos requeridos en la verificación de base de datos). Ahora bien, en el caso de la Crecer sede Cartagena, se puede evidenciar en el grafico 4, que las mayores inconsistencias en los registros de usuarios se presentan en los mayores de 18 a 100 años de edad con un porcentaje de 62%, seguido de los menores de 1 a 6 años de edad con un porcentaje de 25%, y por ultimo siguen los menores de 7 a 17 años de edad con un 13%.

Grafico 4. Inconsistencias en los Registros de usuarios entre 1 y 100 años de edad



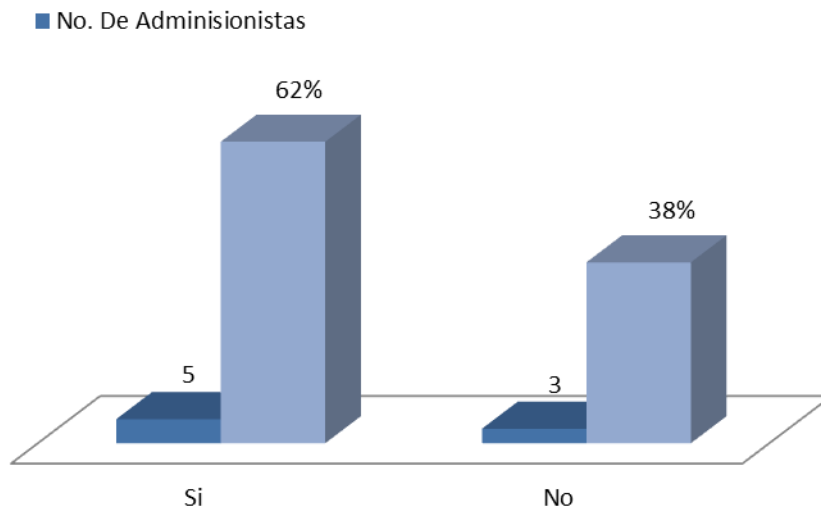
Fuente: Datos suministrados por empleados de la Clínica

5.4 PRESENTACION DE INCONSISTENCIAS EN REGISTROS REPETIDOS EN LA BASE DE DATOS DE USUARIOS DE LA CLINICA CRECER SEDE CARTAGENA

A continuación se le preguntó a los admisionistas de la clínica, acerca de la existencia de registros repetidos en la base de datos de la misma.

En el grafico 5 se muestra con un 62%, que la clínica presenta un gran porcentaje de inconsistencias en registros de datos de usuarios repetidos, para los cuales dicha entidad debe tomar las acciones necesarias y correctivas establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, a fin de que el FOSYGA pueda hacer la actualización de la información correspondiente y la clínica pueda prestar un servicio apropiado y oportuno a los usuarios.

Grafico 5. Inconsistencias en Registros Repetidos

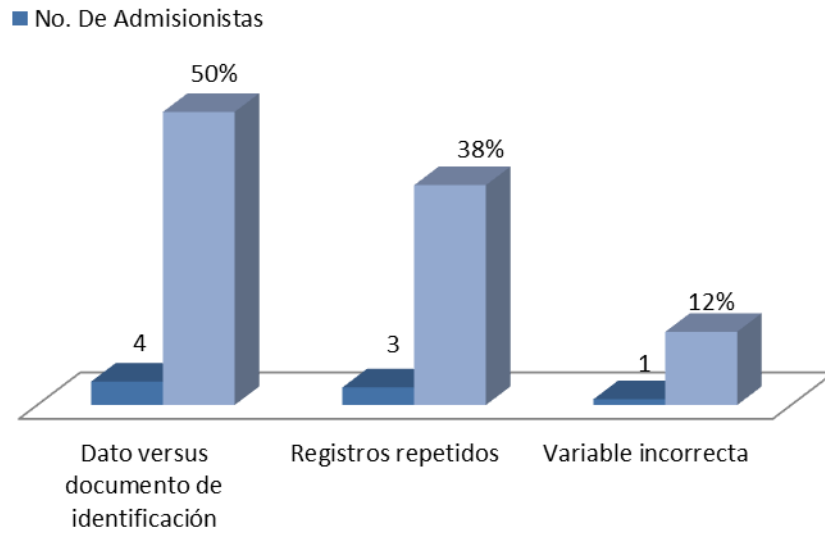


Fuente: Datos suministrados por empleados de la Clínica

5.5 INCONSISTENCIAS PRESENTES CON MAYOR PERSISTENCIA EN LOS REGISTROS DE BASE DE DATOS DE LA CLINICA CRECER SEDE CARTAGENA

El grafico 6 refleja de una manera muy clara que la inconsistencia con mayor persistencia en los registros de la base de datos de los usuarios de la clínica es la inconsistencia “Dato versus Documento de Identificación” representada con un 50%, seguido por la inconsistencia de “Registros Repetidos” representada con un 38% y por último se encuentran las “variables incorrectas” con un 12%.

Grafico 6. Inconsistencias con Mayor Persistencias



Fuente: Datos suministrados por empleados de la Clínica

6. EVALUAR EL PROCEDIMIENTO DE ADMISIONES DE LA CLINICA OBJETO DE ESTUDIO

En este capítulo se busca evaluar en términos de tiempo, el proceso de admisiones de la Clínica Crecer sede Cartagena.

Ahora bien, la Clínica objeto de estudio en el proceso de admisión de sus usuarios, contempla los siguientes pasos:

- ◆ Identificación del Servicio Solicitado
- ◆ Orientación al Usuario
- ◆ Registro de Usuario en la Bitácora
- ◆ Triage
- ◆ Orientación al Paciente sobre el Tiempo de Espera
- ◆ Verificación de Derechos
- ◆ Tipo de Inconsistencia
- ◆ Tiempo de Respuesta de la Eps Responsable del Pago según la Inconsistencia Reportada
- ◆ Solicitud de Código de Autorización de Servicio Y Admisión del Paciente

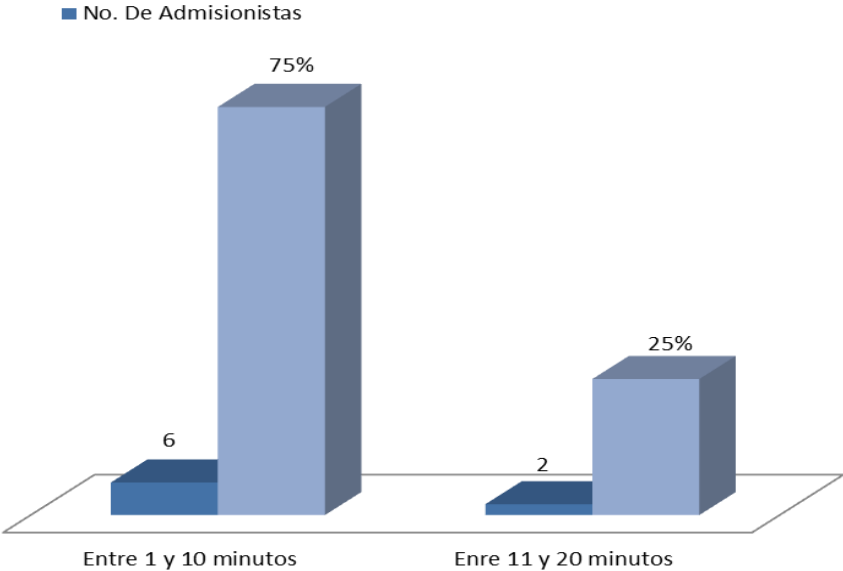
Los cuales hacen del proceso de admisión un proceso eficiente y oportuno en la prestación del servicio.

6.1 TIEMPO EMPLEADO EN EL PROCESO DE ADMISION DE LA CLINICA CRECER SEDE CARTAGENA

El gráfico 7 refleja el rango de tiempo empleado en el proceso de admisión por los admisionistas de la clínica objeto de estudio. Con un porcentaje de 75% los admisionistas consideran que el rango de tiempo que ellos emplean con mayor frecuencia en el proceso de admisión oscila entre 1 y 10 minutos, lo cual es considerado como un tiempo de respuesta favorable y oportuno, seguido por un

25% el cual considera que el tiempo correcto empleado en el proceso de admisión debe estar entre 11 y 20 minutos, argumentados en una gestión correcta en la prestación del servicio.

Gráfico 7. Rango de Tiempo Empleado en Proceso de Admisión



Fuente: Datos suministrados por empleados de la Clínica

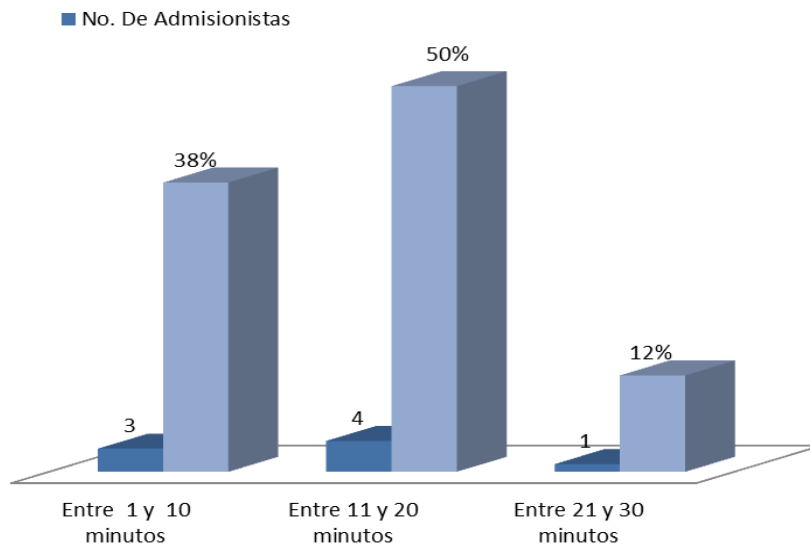
7. EVALUAR LA RESPUESTA DE LA EPS RESPONSABLE DEL PAGO DEL SERVICIO DE SALUD

En el presente capítulo se pretende evaluar la respuesta de la EPS responsable del pago del servicio de salud, en términos de tiempo oportuno según inconsistencia reportada por la Clínica objeto de estudio.

7.1 TIEMPO DE RESPUESTA DE LA EPS RESPONSABLE DEL PAGO SEGÚN LA INCONSISTENCIA REPORTADA POR LA CLINICA CRECER SEDE CARTAGENA

El gráfico 8 permite observar que el mayor tiempo de respuesta empleado por las EPS responsables del pago constituye un 50% y oscila entre 11 y 20 minutos, seguido de un 38%, el cual oscila entre 1 y 10 minutos, para luego finalizar con un 12% que constituye un rango entre 21 y 30 minutos.

Gráfico 8. Rango de Tiempo de Respuesta de EPS

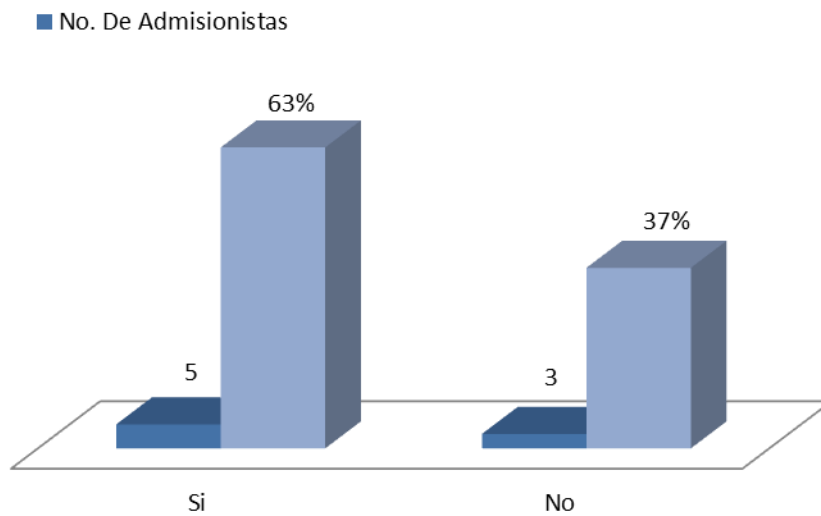


Fuente: Datos suministrados por empleados de la Clínica

7.2 CONSIDERACION DE LA GESTIÓN DEL TIEMPO DE RESPUESTA, POR PARTE DE LA EPS RESPONSABLE DEL PAGO

El grafico 9, muestra que el 63% de los admisionistas de la Clínica objeto de estudio consideran que el tiempo de respuesta generado por parte de las EPS responsable del pago es apropiado, estando el resto en desacuerdo con un 37%.

Grafico 9. Gestión del Tiempo de Respuesta



Fuente: Datos suministrados por empleados de la Clínica

8. CONCLUSIONES

Una vez completado y finalizado el proceso investigativo, y examinando los diferentes documentos relacionados con los sistemas de bases de datos del sector salud, y la actividad de campo realizada en el mismo sector, se logró concluir que:

- La base de datos es el almacenamiento donde residen los datos. El SGBD es el encargado de manipular la información contenida en ese almacenamiento mediante operaciones de lectura/escritura sobre la misma. Estas.
- El SGBD se encargará de manipular esos datos, controlar la integridad y seguridad de los datos, reconstruir y reestructurar la base de datos cuando sea necesario.
- Al hablar de acceso a los servicios de salud se hace referencia al proceso mediante el cual las personas buscan atención y ésta se logra.
- La Verificación de Derechos de los Usuarios es el procedimiento por medio del cual se identifica la entidad responsable del pago de los servicios de salud que demanda el usuario y el derecho del mismo a ser cubierto por dicha entidad
- El Régimen Contributivo es el régimen al cual se deben afiliar la población que tienen una vinculación laboral, es decir, con capacidad de pago como trabajadores formales e independientes los pensionados y sus familias.
- El Régimen Subsidiado es el mecanismo mediante el cual la población más pobre del país, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado.
- La cobertura del SGSSS esta soportada en el decreto 4747 de 2007 donde se analizan algunos aspectos de la relación contractual entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, estos incluyen por parte de las entidades responsables del pago:

- Los sistemas de información sirven para un acceso rápido a determinada información y por ende mejora tanto en tiempos como en resultados el servicio a los usuarios.
- Los sistemas de información en salud (sis) se definen, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), como “un mecanismo para la recolección, procesamiento, análisis y transmisión de la información que se requiere para la organización y el funcionamiento de los servicios sanitarios y también para la investigación y la docencia”.
- El sector de la salud en Colombia cuenta con varios sistemas de información, que evidencian la cobertura de la población debido a que estos se alimentan de las Bases Datos de las diferentes Entidades Promotoras De Salud, estos sistemas de información frecuentemente no se encuentran integrados; por tanto, esta situación ha llevado a una duplicación de esfuerzos para la generación de los reportes y la baja calidad de la información recopilada.
- Un sistema de información es un conjunto de elementos orientados al tratamiento y administración de datos e información, organizados y listos para su uso posterior, generados para cubrir una necesidad u objetivo.
- El Sistema General de Seguridad Social en Salud es un servicio público esencial de carácter obligatorio, que se presta bajo la dirección, coordinación y control del Estado, bajo principios de universalidad, solidaridad, equidad y eficiencia.
- Para efectos de una buena gestión en la identificación de las inconsistencias, es muy importante que la clínica haga el proceso de verificación de derechos de usuario, ya que este permitirá el estado del usuario con respecto a la prestación del servicio y la identificación de la entidad responsable del pago de los servicios de salud que demanda el usuario.

- La mayor inconsistencia en los registros de usuarios en la base de datos de la clínica Crecer se presenta en el documento de cedula de ciudadanía.
- Los datos de identificación que presentan mayores inconsistencias en las bases de datos, corresponden al primer y segundo nombre.
- La clínica Crecer presenta un gran porcentaje de inconsistencias en registros de datos de usuarios repetidos, para los cuales dicha entidad debe tomar las acciones necesarias y correctivas establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, a fin de que el FOSYGA pueda hacer la actualización de la información correspondiente y la clínica pueda prestar un servicio apropiado y oportuno a los usuarios.

9. RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta los logros alcanzados y las conclusiones del trabajo investigativo, se recomienda que:

- Para los documentos con mayores inconsistencias como lo es el caso de la cedula de ciudadanía, establecer un estricto control previo con la finalidad de que se subsane la inconsistencia.
- Para los registros repetidos, tomar las acciones necesarias y correctivas establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, a fin de que el FOSYGA pueda hacer la actualización de la información correspondiente y la clínica pueda prestar un servicio apropiado y oportuno a los usuarios.

BIBLIOGRAFÍA

LIBROS

ALVAREZ. Heredia Francisco. Calidad y Auditoria en Salud. Eco Ediciones. p. 223

DOCUMENTOS WEB

Documento: Teoría sobre Base de Datos. [On line], Consultado en la pág.: [\[http://bibing.us.es/proyectos/abreproy/11908/fichero/Memoria%252F5TeoriadeBasesedeDatos.pdf\]](http://bibing.us.es/proyectos/abreproy/11908/fichero/Memoria%252F5TeoriadeBasesedeDatos.pdf). Tomado el: [01/09/14].

RODRIGUEZ, ACOSTA Sandra. Barreras y Determinantes de Acceso a los Servicios de Salud en Colombia. [On line]. Consultado en la pág.: [\[http://dep-economia-aplicada.uab.cat/secretaria/trebreerca/Srodriguez.pdf\]](http://dep-economia-aplicada.uab.cat/secretaria/trebreerca/Srodriguez.pdf). Tomado el: [20/07/14].

SISTEMAS DE INFORMACIÓN. [On line]. Consultado en la pág.: [\[http://www.gerencie.com/sistemas-de-informacion.html\]](http://www.gerencie.com/sistemas-de-informacion.html). Tomado el: [21/07/14].

Ley 715 de 2012. Revisado el 01 de marzo de 2014. [On line]. Consultado en la pág.: [\[http://www.supersalud.gov.co/supersalud\]](http://www.supersalud.gov.co/supersalud).

Ley 1122 cap. VIII, artículo 44, párrafo 1. [On line]. Consultado en la pág.: [\[salud.univalle.edu / pdf / ley_1122_200pdf\]](http://salud.univalle.edu/pdf/ley_1122_200pdf) [\[https://www.1salud.univalle.edu\]](https://www.1salud.univalle.edu)
Revisado el 6 de febrero de 2014.

DEVELOPMENT REPORT DEL BANCO MUNDIAL. [On line]. Consultado en la pág.: [\[www.bancomundial.org/es/country/Colombia\]](http://www.bancomundial.org/es/country/Colombia). Revisado el 06 de Marzo de 2014.

NORMAS JURÍDICAS

LEY 100 DEL 23 DE DICIEMBRE DE 1993. Artículo 2, 3,4, 181, 180, 185.
Revisado el 16 de Noviembre de 2013.

RESOLUCIÓN 003047 DE 2008. Artículo 2. [On line]. Disponible en:
[\[https://www.epssura.com\]](https://www.epssura.com). Revisado el 16 de Noviembre de 2013.

RESOLUCIÓN 416 DE 2009. Revisado el 16 de Noviembre de 2013. Disponible
en: [\[https://www.epssura.com\]](https://www.epssura.com)

RESOLUCIÓN 4331 DE 2012. Revisado el 14 de Noviembre de 2013.
Disponible en: [\[http://www.supersalud.gov.co/supersalud\]](http://www.supersalud.gov.co/supersalud)

CONPES, 22 de enero de 1994, ° llamado Focalización del Gasto Social en las
Entidades Territoriales, en su art. 4°.

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA. De los Derechos Garantías y
Deberes, Capítulo I de los Derechos Fundamentales. [On line]. Consultado en la
pp: [\[http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Documents/Constitucion-Politica-Colombia.pdf\]](http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Documents/Constitucion-Politica-Colombia.pdf). Tomado el: [19/07/14].

PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA. Decreto 1011 de 2006. [On line]. Tomado de
[\[http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=19975\]](http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=19975). Consultado
el: [03/08/14].

Constitución Política de Colombia. De los Derechos Garantías y Deberes, Capitulo
II de los Derechos Sociales, Económicos y Culturales. [On line]. Consultado en la
pp: [\[http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Documents/Constitucion-Politica-Colombia.pdf\]](http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Documents/Constitucion-Politica-Colombia.pdf). Tomado el: [19/07/14].

Alcaldía de Bogotá. Diario Oficial 46835 de diciembre 7 de 2007. [On line].

Consultado en la pp:

[\[http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=27905\]](http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=27905). Tomado el: [19/07/14].

Ley 1122 de 2007. [On line]. Consultado en la pp:

[\[http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/LEY%201122%20DE%202007.pdf\]](http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/LEY%201122%20DE%202007.pdf).

Tomado el: [19/07/14].

Ley 1122 de 2007. Capítulo VI Salud Publica.. [On line]. Consultado en la pp:

[\[http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/LEY%201122%20DE%202007.pdf\]](http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/LEY%201122%20DE%202007.pdf).

Tomado el: [19/07/14].

Ley 1122 de 2007. Capítulo VII Inspección, vigilancia y Control. [On line].

Consultado en la pp:

[\[http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/LEY%201122%20DE%202007.pdf\]](http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/LEY%201122%20DE%202007.pdf).

Tomado el: [19/07/14].

Ley 1122 de 2007. Capítulo VIII Disposiciones Finales. [On line]. Consultado en la

pp: [\[http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/LEY%201122%20DE%202007.pdf\]](http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/LEY%201122%20DE%202007.pdf).

Tomado el: [19/07/14].

VIDAL, Verónica. Trabajo Practico: Base de Datos. [On line], Consultado en la pág.:

[\[https://docs.google.com/document/d/18FuvyPKZ4V0wJdm6u3deQog5ikz0dONWy_pafmBssXq4/edit?hl=es\]](https://docs.google.com/document/d/18FuvyPKZ4V0wJdm6u3deQog5ikz0dONWy_pafmBssXq4/edit?hl=es). Tomado el: [20/07/14].

Universidad de Alicante. Documento: Teoría de Base de Datos. [On line].

Consultado en la pág.:

[\[http://si.ua.es/es/documentos/documentacion/office/access/teoria-de-bases-de-datos.pdf\]](http://si.ua.es/es/documentos/documentacion/office/access/teoria-de-bases-de-datos.pdf). Tomado el: [01/09/14].

PUBLICACIONES Y REVISTAS

LONDOÑO, SOTO Beatriz. Ministerio De La Protección Social., 2009. Lineamientos Técnicos para el Registro de los Datos del Registro Individual de la Prestación de Servicios de Salud – Rips. p. 11

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto número 4747 de 2007 (diciembre 7). Artículo 11, parágrafo No. 2. p. 6

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Circular número 000055 24 oct. 2003. Artículo 46 del Decreto 806 de 1998. p. 1

MINISTERIO DE SALUD. Anexo técnico no. 1. Informe de posibles inconsistencias en la bases de datos. de la entidad responsable del pago. [\[Online\]](#). Consultado en la [pág.:](#) [\[www.minsalud.gov.co/.../Anexo%20Técnico%20No%201_3047_08.pdf\]](http://www.minsalud.gov.co/.../Anexo%20Técnico%20No%201_3047_08.pdf). Tomado el: [22/07/14].

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Sistema General de Seguridad Social en Salud. [\[Online\]](#). Consultado en la [pág.:](#) [\[http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIA%20INFORMATIVA%20DEL%20REGIMEN%20CONTRIBUTIVO.pdf\]](http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIA%20INFORMATIVA%20DEL%20REGIMEN%20CONTRIBUTIVO.pdf). Tomado el: [20/07/14].

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Prosperidad Para Todos. [\[Online\]](#). Consultado en la [pág.:](#)

[\[http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/R%C3%A9gimenSubsidiado.aspx\]](http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/R%C3%A9gimenSubsidiado.aspx).

Tomado el: [20/07/14].

TEHERAN DIX, Campo Elías. Perfil Epidemiológico de Cartagena de Indias, año 2011. Departamento Administrativo Distrital de Salud – Dadis. p. 12

PALACIO MEJÍA, Lina Sofía. Hernández-Ávila, Juan Eugenio. Artículo: Sistemas de información en salud en la región mesoamericana. Salud pública de México / vol. 53, suplemento 3 de 2011. Pág. 2

BERNAL ACEVEDO, Oscar. Sistemas de Información en el Sector Salud en Colombia (2011). Estudios es investigaciones. p 7.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Resolución 1344 de 2012. Diario Oficial No. 48.452 de 5 de junio de 2012. [On line]. Consultado en la pág.: [\[http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion_minsaludps_1344_2012.htm\]](http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion_minsaludps_1344_2012.htm). Tomado el: [22/07/14].

ALCALDIA DE MONTERIA PROGRESO PARA TODOS. Lineamientos Municipales para el Reporte de los RIPS (2014). Capitulo III, disposiciones finales. Art. 44, párrafo N° 2. [On line]. Consultado en la pág.: [\[http://salud.monteriacordoba.gov.co/zupload/docs/SSM20140221171533.pdf\]](http://salud.monteriacordoba.gov.co/zupload/docs/SSM20140221171533.pdf). Tomado el: [22/07/14].

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Resolución 1531 de 2014. [On line]. Consultado en la pág.: [\[http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%201531%20de%202014.pdf\]](http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%201531%20de%202014.pdf). Tomado el: [22/07/14].

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. CUELLAR, Milena Guía Metodológica para la Caracterización de Fuentes de Información para la Salud en Colombia. Documento político. Bogotá, 20014. Pág. 11.

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Instructivo DGGDSRS006-2010. Procesos de Operación del Régimen Subsidiado, identificación, selección, afiliación y traslado. Documento político. Bogotá 2010. P. 3

LONDOÑO, Beatriz. Ministerio de la protección. social. Análisis de la Situación de Salud en Colombia. Universidad de Antioquia. Bogotá 2011. P.9

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Sistema Obligatorio de Garantía de Protección Social. Pautas de Auditoria Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (2007). P. 19

HOYOS, Gómez Johana Lucia. Reglamento Interno y Revisión del Código Sustantivo del Trabajo de Clínica Crecer. Bogotá 2009.

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA. Unidad de Análisis Territorial, Territorial Social, Santafé-Candelaria. Barreras de Acceso al Sistema de Servicios en salud (2012). p.2

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto 4747 de 2007 (Diciembre 7). Capítulo II, Artículo 5. Contratación entre prestadora de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicio de salud. P 3.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ. *Políticas generales de tecnologías de información y comunicaciones aplicables a las entidades del Distrito Capital.* Directiva 005 de 2005. Bogotá, agosto 12 de 2005.

CONTRALORÍA DE BOGOTÁ. *“El sistema distrital de información integral como herramienta fundamental en programas de salud”*. PAE 2006. Estudio Sectorial. Subdirección de Análisis Sector Salud y Bienestar Social. Bogotá, octubre de 2006.

CONTRALORÍA DE BOGOTÁ. *Informe de auditoría gubernamental con enfoque integral- evaluación a la base de datos del régimen subsidiado – modalidad especial*. PAD vigencia 2002-2003. Fase I. Bogotá, mayo de 2003.

CONTRALORÍA DE BOGOTÁ. *Informe final de auditoría gubernamental con enfoque integral, modalidad especial “evaluación a la base de datos del régimen subsidiado periodo contractual 2000-2001”*. PAD vigencia 2002-2003. Fase II. Bogotá, diciembre de 2003.

CONTRALORÍA DE BOGOTÁ. *Estado actual del régimen subsidiado en salud y evaluación de la estrategia salud a su hogar en el distrito*. PAE 2006. Estudio Sectorial. Subdirección de Análisis Sector Salud y Bienestar Social. Bogotá, julio de 2006

CONTRALORÍA DE BOGOTÁ. *Informe de auditoría gubernamental con enfoque integral modalidad especial “evaluación a salud a su hogar”*. PAD 2006. Fase I. Bogotá, octubre de 2006.

CONTRALORÍA DE BOGOTÁ. *Informe final de auditoría gubernamental con enfoque integral modalidad especial “evaluación de la base de datos del sistema de información de beneficiarios de subsidios del Departamento de Bienestar Social – SIRBE”*. PAD 2006. Fase II. Bogotá, noviembre de 2006.

DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN. Documento Conpes 3072
“Agenda de Conectividad” Bogotá, 9 de Febrero de 2000.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. *Programa de apoyo a la Reforma de Salud*. Sistema Integral de Información de la Protección Social SIIS. Modelo Conceptual. Bogotá, Versión Julio de 2004

SENADO DE LA REPUBLICA. *Texto para ponencia 2º debate. Proyecto de ley 052 de Reforma a la ley 100 de 1993*.

DELGADO, M. Vázquez, M., De Morales, L. Rev. Salud pública. 12 (4): 533-545, 2010. Calidad en los servicios de salud desde los marcos de sentido de diferentes actores sociales en Colombia y Brasil REVISTA DE SALUD PÚBLICA · Volumen 12 (4), Agosto 2010 Revisado el 06 de Noviembre de 2013.

TESIS, TRABAJOS Y CASOS

COLCIENCIAS. Encuesta Nacional de Salud Colombia. Bogotá, 2007. Revisado el 16 de Enero de 2014

ANEXOS

Anexo A.

Recursos Administrativos del Estudio

PRESUPUESTO

El estudio fue financiado en su totalidad por el grupo investigador

PRESUPUESTO				
DESCRIPCION	TIEMPO	VALOR	VALOR TOTAL	
Transporte Total	7 meses	\$ 40,000	\$ 280,000	
ASESORIA				
Tutor	5 meses	\$ 100,000	\$ 500,000	
Total			\$ 780,000	

Fuente: Elaborado por el grupo investigador

RECURSOS ADMINISTRATIVOS DEL PROYECTO

1. Recursos Materiales

- a. Apoyo de documentos
- b. Estudios y trabajos sobre el tema objeto del estudio
- c. Consultas en la WEB

2. Recursos Humanos

- a. Asesor: **WILLIAM PEÑA**. Medico
- b. Grupo investigador: **LOURDES HERNANDEZ CORONADO**
PAOLA FRANCIS TORRES TORRES
- c. Personal Admisiones Centro Médico Crecer Ltda.

ANEXO B.
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	2014												2015														
	Mar.		Abr.		May.		Jun.		Jul.		Ago.		Sep.		Oct.		Nov.		Dic.		Ene.		Feb.		Mar.		
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	
Diseño de Propuesta	■	■																									
Aprobación de Propuesta		■																									
Revisión Bibliográfica			■																								
Asesoría de Trabajo			■																								
Diseño de Anteproyecto			■	■	■	■	■	■	■	■	■																
Asesoría de Trabajo											■																
Evaluación de Anteproyecto											■																
Entrega de Anteproyecto												■															
Aprobación de Anteproyecto													■														
Realización de Proyecto														■	■	■	■	■	■	■	■	■	■				
Diseño de Encuestas																■											
Aplicación de Encuestas																	■										
Tabulación de Encuestas																		■									
Procesamiento de Datos																			■								
Análisi de la Información																				■	■						
Conclusiones del Trabajo																						■					
Recomendaciones del Trabajo																							■				
Entrega del Trabajo Final																									■		
Evaluación del Trabajo Final																										■	
Aprobación del Trabajo Final																											■

Observaciones: El cronograma se elaboró y se ajustó de acuerdo al tiempo como se fue realizando el estudio.

1. Para la ejecución de las actividades se estableció un tiempo de 15 días para contabilizar el desarrollo de cada actividad, lo que quiere decir que el mes se dividió en dos semanas para los primeros 15 días y se fijó el # 1, y para los dos semanas finales correspondientes a los otros 15 días se fijó el #2 .
2. La fecha de revisión es tentativa por estar sujeta a lo estipulado por la Facultad de ciencias económicas

Anexo C.

ENCUESTA

Encuesta Física Dirigida a: Admisioncitas de Clínica Crecer Sede Cartagena

Objetivo: Analizar las inconsistencias en las admisiones de pacientes de la Clínica Crecer sede Cartagena, durante el primer semestre de 2014.

Las preguntas que se presentan a continuación, son preguntas de selección múltiple con única respuesta.

1. ¿En cuál de los siguientes documentos se presentaron inconsistencias al momento de hacer la verificación de los datos en el registro de la base de datos de la clínica Crecer sede Cartagena?
 - a. Tarjeta de Identidad
 - b. Cedula de Ciudadanía
 - c. Registro Civil
 - d. Cedula de extranjería
 - e. Pasaporte

2. Según la información de identificación suministrada por los usuarios al momento de iniciar el proceso de admisión, ¿en cuál de los siguientes datos se presentaron mayores inconsistencias?
 - a. Primer y segundo apellido
 - b. Primer y segundo nombre
 - c. Ninguna de las anteriores

3. Al momento de consultar registro en la base de datos, se presentaron inconsistencias en los registros de usuarios :
 - a. Menores de 1 a 7 años de edad, sin identificación
 - b. Menores de 8 a 18 años de edad, sin identificación
 - c. Ninguna de las anteriores

4. Al momento de consultar en la base de datos, las mayores inconsistencias se presentaron en los registros de usuarios:
 - a. Menores de 1 a 6 años de edad
 - b. Menores de 7 a 17 años de edad

- c. Mayores de 18 años a 100 años de edad
5. Se presentaron inconsistencias en registros repetidos
- a. Si
 - b. No
6. ¿Cuál considera usted que fue la inconsistencia más persistente?
- a. Dato versus documento de identificación
 - b. Variable incorrecta
 - c. Registros repetidos
7. Seleccione el tiempo que emplea usted en el proceso de admisión (Identificación del servicio solicitado, Orientación al usuario, Registro de Usuario en la bitácora)
- a. Entre 1 y 10 minutos
 - b. Entre 11 y 20 minutos
 - c. Entre 21 y 30 minutos
8. ¿Cuál es el rango de tiempo de respuesta de la EPS responsable del pago según la inconsistencia reportada?
- a. Entre 1 y 10 minutos
 - b. Entre 11 y 20 minutos
 - c. Entre 21 y 30 minutos
 - d. Entre 31 y 40 minutos.
9. ¿Considera usted que el tiempo de repuesta es apropiado?
- a. Si
 - b. No

Anexo Técnico No. 1
INFORME DE POSIBLES INCONSISTENCIAS EN LA BASES DE DATOS DE
LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO - INSTRUCTIVO PARA SU
ADECUADO DILIGENCIAMIENTO

INSTRUCCIONES GENERALES

Este formato tiene por objeto colaborar en la detección de posibles errores en las bases de datos de participantes en el Sistema General de Seguridad Social. Debe ser diligenciado por la persona responsable de consultar la base de datos durante la verificación de derechos de los usuarios en las instituciones prestadoras de servicios de salud, cuando detecte que los datos que se encuentran en la base de datos provista por la entidad responsable del pago o en la base de datos del Ministerio de la Protección Social difieren de los datos que presenta físicamente o informe el usuario, o cuando el usuario no aparece en la base de datos y presenta una documentación que lo acredita como afiliado.

Las posibles inconsistencias pueden ser: errores en la escritura de los nombres o apellidos, errores en el tipo y número del documento de identidad, errores en la fecha de nacimiento o inexistencia del usuario en la base de datos. Es importante aclarar que si las diferencias permiten considerar que se trata de dos personas distintas no opera este reporte.

La información general del prestador puede estar pre-impresa en los formatos.

El envío del informe se realizará de acuerdo con las características definidas en el artículo 10 de la presente resolución.

DILIGENCIAMIENTO

Número informe	Corresponde a un número consecutivo que asigna el prestador y que se reinicia cada 24 horas.
Fecha y hora	Corresponde a la fecha (aaaa-mm-dd) y hora en formato 24 horas en la cual se diligencia el formato.

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre prestador	Registre el nombre completo del prestador de servicios de salud, tal como figura en el formulario de habilitación de servicios radicado ante la dirección departamental o distrital de salud.
NIT/CC	Marque con una "X" la opción pertinente. NIT si la identificación se refiere a número de identificación tributaria asignado por la DIAN al prestador de servicios de salud, o CC, si se trata de la cédula de un profesional independiente.
Número de identificación	Registre el número de identificación tributaria asignado por la DIAN al prestador de servicios de salud, o el número de cédula si se trata de un profesional independiente. En caso de NIT adicione el dígito de verificación.
Código	Registre el código de habilitación asignado por la dirección departamental o distrital de salud en virtud del proceso de habilitación del prestador.
Dirección prestador	Registre la dirección del prestador de servicios de salud conforme figura en la declaración de habilitación.
Teléfono	Registre el indicativo y el número telefónico del prestador de servicios de salud.
Departamento	Registre el nombre del departamento en el cual se encuentra ubicado el prestador de servicios de salud. En las dos casillas registre el código asignado al departamento a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.

Municipio	Registre el nombre del municipio en el cual se encuentra ubicado el prestador de servicios de salud. En las tres casillas registre el código asignado al municipio a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.
Entidad a la que se le informa	Registre el nombre de la entidad responsable del pago y el código asignado, tal como aparece en la base de datos en la cual se realizó la verificación de derechos.
Tipo de inconsistencia	Marque con una "X" la opción pertinente.

DATOS DEL USUARIO (COMO APARECEN EN LA BASE DE DATOS)

Apellidos y nombres	Registre los nombres y apellidos del usuario, tal como figuran en la base de datos. Si el usuario sólo tiene un nombre o un apellido, en el espacio del segundo nombre o segundo apellido registre la expresión "no tiene". No deje espacios sin diligenciar.
Tipo documento de identificación	Marque con una "X" la opción pertinente, según sea el documento con el que aparece en la base de datos en la que se realizó la verificación de derechos.
Número de documento de identificación	Registre el número del documento tal como aparece en la base de datos en la que se realizó la verificación de derechos.
Fecha de nacimiento	Registre la fecha de nacimiento en números arábigos (año-mes-día) conforme los datos que aparecen en la base de datos en la que realizó la verificación de derechos.
Dirección de residencia habitual	Registre la dirección que indique el usuario o acudiente como residencia habitual.
Teléfono	Registre el número de teléfono que le indique el usuario o acudiente.
Departamento	Registre el nombre y código del departamento en el cual reside habitualmente el usuario, según la información que suministre el usuario o acudiente. En las dos casillas registre el código asignado al departamento a través de la codificación

	del DIVIPOLA del DANE
Municipio	Registre el nombre y código del municipio en el cual reside habitualmente el usuario, según la información que suministre el usuario o acudiente. En las tres casillas registre el código asignado al municipio a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.
Cobertura en salud.	Marque con una "X" la opción correspondiente, al tipo de cobertura en salud sobre la cual el usuario o acudiente está solicitando servicios

INFORMACIÓN DE LA POSIBLE INCONSISTENCIA

Variable Posiblemente incorrecta	Marque con una "X" la opción correspondiente al dato o datos que se considera(n) posiblemente incorrecto(s).
Datos según documento de identificación (físico)	SOLAMENTE en los casos en los que exista diferencia, registre la información, EXACTAMENTE como figura en el documento físico presentado por el usuario.
Observaciones	Registre la información adicional que considere puede ser importante para mejorar la calidad de las bases de datos en relación con la identificación del usuario

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE REPORTA

Persona que reporta	Registre el nombre completo y el cargo o actividad desempeñada por la persona que reporta la posible inconsistencia
Teléfono	Registre el número telefónico del prestador de servicios de salud, al cual se le puede llamar en caso de requerir información adicional respetando los campos definidos para indicativo, número y extensión. Si se trata de un número de celular institucional, regístrelo en las casillas correspondientes

