



Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

INFORME FINAL FASE DIAGNÓSTICA



**pars**
Programa de Apoyo a la Reforma de Salud



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD
PROGRAMA DE APOYO A LA REFORMA DE SALUD
CRÉDITO BID 910/OC-CO

SARA ORDOÑEZ NORIEGA
MINISTRA DE SALUD

MAURICIO ALBERTO BUSTAMANTE GARCÍA
VICEMINISTRO DE SALUD

JOSÉ ANCÍZAR JIMÉNEZ GUTIÉRREZ
DIRECTOR EJECUTIVO PROGRAMA DE APOYO A LA REFORMA
DE SALUD

BOGOTÁ
SEPTIEMBRE DE 2000

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD
PROGRAMA DE APOYO A LA REFORMA DE SALUD

***Proyecto: Evaluación y Ajuste de los Procesos, Estrategias y
Organismos Encargados de la Operación del Sistema de
Garantía de Calidad para las Instituciones de Prestación de
Servicios***

Componente Requisitos Esenciales
INFORME FINAL FASE DIAGNÓSTICA

***CONSORCIO ASOCIACIÓN CENTRO DE GESTIÓN HOSPITALARIA –
CANADIAN COUNCIL ON HEALTH SERVICES ACCREDITATION -***

QUALIMED



EQUIPO DE TRABAJO

PATRICIA GÓMEZ DE LEÓN

DIRECTORA DEL PROYECTO

DIRECTORA EJECUTIVA

CENTRO DE GESTION HOSPITALARIA

ENRIQUE RUELAS BARAJAS

DIRECTOR

QUALIMED

ELMA HEIDEMANN

DIRECTORA EJECUTIVA

CANADIAN COUNCIL ON HEALTH SERVICES ACCREDITATION

NORMA ORJUELA DE DEEB

COORDINADORA ACREDITACIÓN IPS

MANUEL IGNACIO CAMACHO MONTOYA

COORDINADOR ACREDITACIÓN EPS

CARMEN ELISA NUÑEZ SAAVEDRA

COORDINADORA AUDITORIA

MARÍA VICTORIA ROMERO ACEVEDO

COORDINADORA INCENTIVOS

TERESA MARGARITA TONO RAMÍREZ

COORDINADORA INFORMACIÓN A USUARIOS

SERGIO HORACIO LUENGAS AMAYA

COORDINADOR REQUISITOS ESENCIALES

JULIO QUEROL

COORDINADOR SISTEMA DE INFORMACIÓN

CHANTAL MARIN-COMEAU

INVESTIGADORA ACREDITACIÓN IPS

CARLOS ALFONSO KERGUELEN BOTERO

INVESTIGADOR ACREDITACIÓN EPS – IPS

CLAUDIA POSSE VELAZQUEZ

INVESTIGADORA ACREDITACIÓN EPS

SANDRA LILIANA RUBIANO SALAMEA

INVESTIGADORA AUDITORIA

DIANA MARGARITA PINTO MASIS

INVESTIGADORA INCENTIVOS

JAIME SILVA BAUTISTA

ASESOR INCENTIVOS

HENRY MAURICIO GALLARDO LOZANO

INVESTIGADOR INCENTIVOS

OFELIA POBLANO VERASTEGUI

INVESTIGADORA INFORMACIÓN A USUARIOS

LIGIA VELÁSQUEZ DE CHARRY

INVESTIGADORA INFORMACIÓN A USUARIOS

CONTENIDO

VOLUMEN I

<u>INTRODUCCIÓN</u>	16
<u>1. JUSTIFICACIÓN</u>	19
<u>2. MODELO CONCEPTUAL</u>	21
2.1 CRITERIOS ISQUA PARA LA DEFINICION DE PROGRAMAS Y ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN.	21
<u>3. OBJETIVOS</u>	28
3.1 OBJETIVOS GENERALES.	28
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	28
<u>4. METODOLOGÍA</u>	30
4.1 METODOLOGÍA DESARROLLADA EN LAS ACTIVIDADES ESPECÍFICAS	32
4.2 METODOLOGÍA PARA LA CONSOLIDACIÓN DE LAS ACTIVIDADES INDIVIDUALES	57

5. RESULTADOS	66
5.1 RESULTADOS INDIVIDUALES POR ACTIVIDAD DIAGNÓSTICA	66
5.2 RESULTADOS CONSOLIDADOS DE LAS ACTIVIDADES.	182
6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	237
6.1 IMPLEMENTACIÓN DE LOS REQUISITOS ESENCIALES.	237
6.2 DISEÑO DE REQUISITOS Y PROCESOS.	239
6.3 CLARIDAD DE PRINCIPIOS Y CREDIBILIDAD EN EL INSTRUMENTO	244
6.4 CONCLUSIÓN FINAL.	245
7. PROYECTOS FUTUROS	247
7.1 FILOSOFÍA.	247
7.2 DISEÑO DE ESTÁNDARES.	247
7.3 ORGANIZACIÓN Y PROCESOS DE VERIFICACIÓN.	248
VOLUMEN II Y III	
ANEXO A. INSTRUMENTOS PARA PILOTOS EN HOSPITALES	
VOLUMEN IV	
ANEXO A. INSTRUMENTOS PARA PILOTOS EN HOSPITALES	
VOLUMEN V	
ANEXO B. ENCUESTAS A SECRETARÍA DE SALUD	
ANEXO C. BASES DE DATOS DEL REGISTRO ESPECIAL NACIONAL DE INSTITUCIONES DE SALUD.	
ANEXO D. ENTREVISTAS A SECRETARÍAS DE SALUD	
ANEXO E. TALLERES	

LISTA DE TABLAS

TABLA 1. ESE SELECCIONADAS PARA PILOTOS	33
TABLA 2. PERFIL DE LOS EVALUADORES	36
TABLA 3. AGENDA DE TALLER PARA CAPACITACIÓN DE EVALUADORES	37
TABLA 4. TALLERES DE REQUISITOS ESENCIALES, MAYO – JULIO 2000	43
TABLA 5. ENTIDADES TERRITORIALES POR CORPES	47
TABLA 6. PERFIL DE LOS EVALUADORES	54
TABLA 7. AGENDA DE TALLER PARA CAPACITACIÓN DE EVALUADORES.....	54
TABLA 8. MATRIZ DE ANÁLISIS DE LAS ACTIVIDADES DE LA FASE DIAGNÓSTICA.....	59
TABLA 9. NÚMERO DE REQUISITOS APLICABLE POR NIVEL.....	67
TABLA 10. NÚMERO DE REQUISITOS Y DE SERVICIOS VERIFICADOS POR ENTIDAD	68
TABLA 11. DETALLE DE LOS RESULTADOS DE LA VERIFICACIÓN POR ENTIDAD	71
TABLA 12. RESUMEN DE LOS RESULTADOS DE PILOTOS POR INDICADOR.....	73
TABLA 13. SERVICIOS QUE NO SE CERRARÍA SEGÚN EL TIPO DE VERIFICADOR.....	76
TABLA 14. NÚMERO DE REQUISITOS INCLUIDOS EN PLAN Y EN PRESUPUESTO	78
TABLA 15. COINCIDENCIA EN LOS CONCEPTOS DE VERIFICACIÓN. DISTRIBUCIÓN POR ASPECTO.....	79
TABLA 16. ENTIDADES CON VERIFICACIÓN DE SECRETARÍA DE SALUD, CON PLAN DE CUMPLIMIENTO Y CON VERIFICACIÓN	80
TABLA 17. DISTRIBUCIÓN PERSONAS QUE RESPONDEN LA ENCUESTA. SECRETARÍAS DE SALUD DEPARTAMENTALES Y DISTRITALES	104
TABLA 18. DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS QUE RESPONDEN LA ENCUESTA. SECRETARÍAS DE SALUD DE CAPITAL DE DEPARTAMENTO	105

TABLA 19. DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS QUE RESPONDEN LA ENCUESTA. SECRETARÍAS DE SALUD MUNICIPALES	106
TABLA 20. DISTRIBUCIÓN DE SECRETARÍAS DE SALUD SEGÚN HAYAN O NO INICIADO EL REGISTRO DE LA DECLARACIÓN DE REQUISITOS ESENCIALES	107
TABLA 21. DISTRIBUCIÓN DE LOS AÑOS EN LOS CUÁLES LAS SECRETARÍAS DE SALUD A NIVEL NACIONAL INICIARON EL REGISTRO DE LA DECLARACIÓN DE REQUISITOS ESENCIALES.....	107
TABLA 22. DISTRIBUCIÓN DE LOS AÑOS EN LOS CUÁLES LAS SECRETARÍAS DE SALUD A NIVEL DEPARTAMENTAL/DISTRITAL INICIARON EL REGISTRO DE LA DECLARACIÓN DE REQUISITOS ESENCIALES	108
TABLA 23. DISTRIBUCIÓN DE LOS AÑOS EN LOS CUÁLES LAS SECRETARÍAS DE SALUD DE CAPITALES DE DEPARTAMENTO INICIARON EL REGISTRO DE LA DECLARACIÓN DE REQUISITOS ESENCIALES	108
TABLA 24. DISTRIBUCIÓN DE LOS AÑOS EN LOS CUÁLES LAS SECRETARÍAS DE SALUD MUNICIPALES INICIARON EL REGISTRO DE LA DECLARACIÓN DE REQUISITOS ESENCIALES.....	109
TABLA 25. DISTRIBUCIÓN DE LAS RESPUESTAS DE QUIÉN REALIZA LA FUNCIÓN DE LA DECLARACIÓN. REQUISITOS ESENCIALES CUANDO LAS SECRETARÍAS NO LO HACEN	109
TABLA 26. DISTRIBUCIÓN DE SECRETARÍAS DE SALUD SEGÚN HAYAN O NO INICIADO LA VERIFICACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE REQUISITOS ESENCIALES	110
TABLA 27. DISTRIBUCIÓN DE LOS AÑOS EN LOS CUÁLES LAS SECRETARÍAS DE SALUD A NIVEL NACIONAL INICIARON LA VERIFICACIÓN DE LOS REQUISITOS ESENCIALES	111
TABLA 28. DISTRIBUCIÓN DE LOS AÑOS EN LOS CUÁLES LAS SECRETARÍAS DE SALUD A NIVEL DEPARTAMENTAL/ DISTRITAL INICIARON LA VERIFICACIÓN DE LOS REQUISITOS ESENCIALES	111
TABLA 29. DISTRIBUCIÓN DE LOS AÑOS EN LOS CUÁLES LAS SECRETARÍAS DE SALUD DE CAPITALES DE DEPARTAMENTO INICIARON LA VERIFICACIÓN DE LOS REQUISITOS ESENCIALES	112

TABLA 30. DISTRIBUCIÓN DE LOS AÑOS EN LOS CUÁLES LAS SECRETARÍAS DE SALUD MUNICIPALES INICIARON LA VERIFICACIÓN DE LOS REQUISITOS ESENCIALES	112
TABLA 31. DISTRIBUCIÓN DE LAS RESPUESTAS SOBRE QUIÉN REALIZA LA VERIFICACIÓN DE LOS REQUISITOS ESENCIALES CUANDO LAS SECRETARÍAS NO LO HACEN....	113
TABLA 32. DISTRIBUCIÓN DE SECRETARÍAS DE SALUD SEGÚN TENGAN O NO UNA DEPENDENCIA ESPECÍFICA PARA LA VIGILANCIA Y EL CONTROL DE LOS REQUISITOS ESENCIALES	114
TABLA 33. CARGOS O DEPENDENCIAS QUE REALIZAN LAS FUNCIONES DE VIGILANCIA Y CONTROL DE REQUISITOS ESENCIALES EN EL TOTAL DE LAS SECRETARÍAS DE SALUD ENCUESTADAS	115
TABLA 34. CARGOS O DEPENDENCIAS QUE REALIZAN LAS FUNCIONES DE VIGILANCIA Y CONTROL DE REQUISITOS ESENCIALES EN LAS SECRETARÍAS DE SALUD DEPARTAMENTALES Y DISTRITALES.....	115
TABLA 35. CARGOS O DEPENDENCIAS QUE REALIZAN LAS FUNCIONES DE VIGILANCIA Y CONTROL DE REQUISITOS ESENCIALES EN LAS SECRETARÍAS DE SALUD MUNICIPALES DE CAPITALES DE DEPARTAMENTO.....	115
TABLA 36. CARGOS O DEPENDENCIAS QUE REALIZAN LAS FUNCIONES DE VIGILANCIA Y CONTROL DE REQUISITOS ESENCIALES EN SECRETARÍAS DE SALUD DE MUNICIPIOS CERTIFICADOS	116
TABLA 37. DISTRIBUCIÓN DE SECRETARÍAS DE SALUD SEGÚN TENGAN O NO FUNCIONARIOS ENCARGADOS DE REALIZAR LA VIGILANCIA Y EL CONTROL DE LOS REQUISITOS ESENCIALES.....	117
TABLA 38. FORMA DE VINCULACIÓN LABORAL DE LAS PERSONAS QUE REALIZAN LA FUNCIÓN DE VERIFICACIÓN DE LOS REQUISITOS ESENCIALES	118
TABLA 39. DISTRIBUCIÓN DE LOS PROMEDIOS DE LA FORMA DE CONTRATACIÓN DEL PERSONAL ENCARGADO DE REALIZAR LA VIGILANCIA Y EL CONTROL DE LOS REQUISITOS ESENCIALES POR TIPOS DE SECRETARÍAS DE SALUD.....	119
TABLA 40. RECURSO HUMANO QUE CUMPLE LA FUNCIÓN DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LOS REQUISITOS ESENCIALES POR TIPOS DE SECRETARÍAS DE SALUD.....	121
TABLA 41. DISTRIBUCIÓN DEL HUMANO QUE RESPONDIERON COMO "OTROS" Y QUE CUMPLEN LA FUNCIÓN DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LOS REQUISITOS	

ESENCIALES EN LAS SECRETARÍAS DE SALUD DEPARTAMENTALES Y DISTRITALES	121
TABLA 42. DISTRIBUCIÓN DE RECURSO HUMANO QUE RESPONDIERON COMO "OTROS" Y QUE CUMPLEN LA FUNCIÓN DE VIGILANCIA Y EL CONTROL DE LOS REQUISITOS ESENCIALES EN LAS SECRETARÍAS DE SALUD CAPITAL DE DEPARTAMENTO .	122
TABLA 43. DISTRIBUCIÓN DEL RECURSO HUMANO QUE RESPONDIERON COMO "OTROS" Y QUE HACEN PARTE EQUIPO VIGILANCIA Y CONTROL DE LOS REQUISITOS ESENCIALES EN LAS SECRETARÍAS DE SALUD MUNICIPALES.....	122
TABLA 44. UTILIZACIÓN DE DIFERENTES TIPOS DE PROFESIONALES SEGÚN LA INSTITUCIÓN A VERIFICAR	124
TABLA 45. UTILIZACIÓN DE CRITERIOS PARA SELECCIONAR A LOS PROFESIONALES QUE VAN A REALIZAR LAS VISITAS DE VERIFICACIÓN	125
TABLA 46. RESPUESTAS SOBRE LA EXISTENCIA DE POLÍTICAS DE INHABILIDADES EN LAS SECRETARÍAS DE SALUD PARA LA CONFORMACIÓN DE LOS EQUIPOS DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LOS REQUISITOS ESENCIALES DE ACUERDO A LAS ENTIDADES A VERIFICAR	126
TABLA 47. RESPUESTAS SOBRE EL ENTRENAMIENTO A LOS VERIFICADORES DE LOS REQUISITOS ESENCIALES.....	127
TABLA 48. DISTRIBUCIÓN DE SECRETARÍAS DE SALUD SEGÚN ASIGNAN O NO PRESUPUESTO PARA EL TRANSPORTE DE LOS VERIFICADORES DE LOS REQUISITOS ESENCIALES.....	128
TABLA 49. SECRETARÍAS DE SALUD SEGÚN QUE EL PRESUPUESTO DE TRANSPORTE SEA O NO SUFICIENTE PARA EL TRANSPORTE DE LOS VERIFICADORES DE LOS REQUISITOS ESENCIALES.....	128
TABLA 50. DISTRIBUCIÓN DE SECRETARÍAS DE SALUD SEGÚN ASIGNAN O NO PRESUPUESTO PARA VIÁTICOS DE LOS VERIFICADORES DE LOS REQUISITOS ESENCIALES.....	129
TABLA 51. SECRETARÍAS DE SALUD SEGÚN EL PRESUPUESTO PARA VIÁTICOS SEA O NO SUFICIENTE PARA LA VERIFICACIÓN DE LOS REQUISITOS ESENCIALES.....	130
TABLA 52. DISTRIBUCIÓN DE SECRETARÍAS DE SALUD QUE HAN INICIADO LA VERIFICACIÓN DE LOS REQUISITOS ESENCIALES Y UTILIZAN O NO ALGÚN INSTRUMENTO PARA LA VERIFICACIÓN	131

TABLA 53. TIPOS DE INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA LA VERIFICACIÓN DE LOS REQUISITOS ESENCIALES POR PARTE DE LAS SECRETARÍAS DE SALUD	132
TABLA 54. UTILIZACIÓN DE CRITERIOS PARA PRIORIZAR LAS VISITAS A LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD	133
TABLA 55. PROMEDIO DE HORAS QUE TOMA UNA VISITA Y PROMEDIO DE HORAS POR VERIFICADOR PARA UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN.....	135
TABLA 56. PROMEDIO DE HORAS QUE TOMA UNA VISITA Y PROMEDIO DE HORAS VERIFICADOR PARA UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN.....	136
TABLA 57. PROMEDIO DE HORAS QUE TOMA UNA VISITA Y PROMEDIO DE HORAS VERIFICADOR PARA UN CENTRO MÉDICO	136
TABLA 58. PROMEDIO DE HORAS QUE TOMA UNA VISITA Y PROMEDIO DE HORAS VERIFICADOR PARA UN CONSULTORIO MÉDICO	137
TABLA 59. UTILIZACIÓN DE CRITERIOS PARA DECIDIR SÍ EL INCUMPLIMIENTO DE ALGUNOS REQUISITOS ESENCIALES IMPLICA EL ESTABLECIMIENTO DE UN PLAN DE CUMPLIMIENTO	138
TABLA 60. QUÉ CRITERIOS UTILIZAN PARA DEFINIR PLAZOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS ESENCIALES.....	139
TABLA 61. UTILIZACIÓN DE CRITERIOS PARA DECIDIR SÍ EL INCUMPLIMIENTO DE ALGUNOS DE LOS REQUISITOS ESENCIALES IMPLICA EL CIERRE DE UN SERVICIO	139
TABLA 62. DISTRIBUCIÓN DE SECRETARÍAS DE SALUD SEGÚN TENGAN O NO PROGRAMACIÓN DE VISITAS PARA VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS PLANES	140
TABLA 63. DISTRIBUCIÓN DE SECRETARÍAS DE SALUD SEGÚN TENGAN O NO UN REGISTRO DE INFORMACIÓN PARA LA VIGILANCIA Y EL CONTROL DE LOS REQUISITOS ESENCIALES.....	141
TABLA 64. DISTRIBUCIÓN DE SECRETARÍAS DE SALUD SEGÚN TENGAN O NO ANÁLISIS DE LOS DATOS DEL REGISTRO DE INFORMACIÓN DE LOS REQUISITOS ESENCIALES	142
TABLA 65. DISTRIBUCIÓN DE SECRETARÍAS DE SALUD SEGÚN TENGAN O NO LISTADOS (CENSOS) DE TODAS LAS ENTIDADES PÚBLICAS Y PRIVADAS QUE PRESTAN SERVICIOS DE SALUD	143

TABLA 66. NÚMERO DE ENTIDADES QUE PRESTAN SERVICIOS DE SALUD SEGÚN LOS CENSOS DE LAS SECRETARÍAS	143
TABLA 67. INSTITUCIONES QUE HAN PRESENTADO DECLARACIÓN Y HAN SIDO VERIFICADAS EN RELACIÓN CON EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS ESENCIALES	144
TABLA 68. TALLERES DE REQUISITOS ESENCIALES. NÚMERO DE PERSONAS E INSTITUCIONES INVITADAS Y PARTICIPANTES MAYO – JULIO 2000	149
TABLA 69. NÚMERO DE ENTIDADES POR TIPO DE SECRETARÍA.....	183
TABLA 70. ENTIDADES CON VISITA DE VERIFICACIÓN	185
TABLA 71. NÚMERO DE ENTIDADES CON PLAN DE CUMPLIMIENTO.....	186
TABLA 72. NÚMERO DE ENTIDADES CON DECLARACIÓN	187
TABLA 73. ENTIDADES QUE NO SE CERRARÍAN	193
TABLA 74. DISTRIBUCIÓN DE SECRETARÍAS DE SALUD SEGÚN HAYAN O NO INICIADO EL REGISTRO DE LA DECLARACIÓN DE REQUISITOS ESENCIALES	194
TABLA 75. DISTRIBUCIÓN DE LOS AÑOS EN LOS CUÁLES LAS SECRETARÍAS DE SALUD A NIVEL NACIONAL INICIARON EL REGISTRO DE LA DECLARACIÓN DE REQUISITOS ESENCIALES	195
TABLA 76. DISTRIBUCIÓN DE SECRETARÍAS DE SALUD SEGÚN HAYAN O NO INICIADO LA VERIFICACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE REQUISITOS ESENCIALES.....	196
TABLA 77. DISTRIBUCIÓN DE LOS AÑOS EN LOS CUÁLES LAS SECRETARÍAS DE SALUD A NIVEL NACIONAL INICIARON LA VERIFICACIÓN DE LOS REQUISITOS ESENCIALES	196
TABLA 78. DISTRIBUCIÓN DE SECRETARÍAS DE SALUD SEGÚN TENGAN O NO UNA DEPENDENCIA ESPECÍFICA PARA LA VIGILANCIA Y EL CONTROL DE LOS REQUISITOS ESENCIALES.....	197
TABLA 79. CARGOS O DEPENDENCIAS QUE REALIZAN LAS FUNCIONES DE VIGILANCIA Y CONTROL DE REQUISITOS ESENCIALES EN EL TOTAL DE LAS SECRETARÍAS DE SALUD ENCUESTADAS.....	198
TABLA 80. DISTRIBUCIÓN DE LAS RESPUESTAS SOBRE QUIÉN REALIZA LA VERIFICACIÓN DE LOS REQUISITOS ESENCIALES CUANDO LAS SECRETARÍAS NO LO HACEN	199
TABLA 81. RECURSO HUMANO QUE CUMPLE LA FUNCIÓN DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LOS REQUISITOS ESENCIALES POR TIPOS DE SECRETARÍAS DE SALUD	200

TABLA 82. DISTRIBUCIÓN DEL RECURSO HUMANO QUE RESPONDIERON COMO "OTROS" Y QUE CUMPLEN LA FUNCIÓN DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LOS REQUISITOS ESENCIALES EN LAS SECRETARÍAS DE SALUD	201
TABLA 83. UTILIZACIÓN DE CRITERIOS PARA SELECCIONAR A LOS PROFESIONALES QUE VAN A REALIZAR LAS VISITAS DE VERIFICACIÓN	203
TABLA 84. RESPUESTAS SOBRE LA EXISTENCIA DE POLÍTICAS DE INHABILIDADES EN LAS SECRETARÍAS DE SALUD PARA LA CONFORMACIÓN DE LOS EQUIPOS DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LOS REQUISITOS ESENCIALES DE ACUERDO A LAS ENTIDADES A VERIFICAR	204
TABLA 85. DISTRIBUCIÓN DE SECRETARÍAS DE SALUD SEGÚN ASIGNAN O NO PRESUPUESTO PARA EL TRANSPORTE DE LOS VERIFICADORES DE LOS REQUISITOS ESENCIALES	205

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1. ARBOL DE DIFICULTADES CON LOS REQUISITOS ESENCIALES	26
GRÁFICO 2. MODELO CONCEPTUAL DEL COMPONENTE	27
GRÁFICO 3. DIAGRAMA DE FLUJO DE VERIFICACIÓN DE REQUISITOS POR SECRETARÍAS DE SALUD.....	51
GRÁFICO 4. AJUSTES QUE REQUIEREN LOS REQUISITOS ESENCIALES	58
GRÁFICO 5. NÚMERO DE REQUISITOS INCUMPLIDOS POR ASPECTO POR 100 / NÚMERO DE REQUISITOS EXISTENTES EN CADA ASPECTO.....	77
GRÁFICO 6. NÚMERO DE REQUISITOS INCUMPLIDOS POR ASPECTOS POR 100/NÚMERO TOTAL DE REQUISITOS INCUMPLIDOS	77
GRÁFICO 7. PORCENTAJE DE REQUISITOS INCUMPLIDOS POR ASPECTO DE LOS 6421 REQUISITOS INCUMPLIDOS	187

LISTA DE ANEXOS

VOLUMEN II Y III

ANEXO A. INSTRUMENTOS PARA PILOTOS EN HOSPITALES

VOLUMEN IVO

ANEXO B. ENCUESTAS A SECRETARÍA DE SALUD.

ANEXO C. BASES DE DATOS DEL REGISTRO ESPECIAL NACIONAL DE
INSTITUCIONES DE SALUD.

ANEXO D. ENTREVISTAS A SECRETARIAS DE SALUD

ANEXO E. TALLERES

INTRODUCCIÓN

Con la promulgación de la Ley 100 de 1993 y del decreto 2174 de 1996 se propuso un sistema de garantía de calidad en salud para Colombia y se definieron los instrumentos de mejoramiento y control que el país consideraba prioritarios y fundamentales.

En ese marco, los requisitos esenciales constituyen una herramienta fundamental para garantizar el cumplimiento de unos estándares mínimos en el funcionamiento de los prestadores, con el objeto de proteger la salud de los usuarios. El alcance y el papel de este instrumento se determina en su articulación con los otros componentes del sistema de garantía de calidad.

Que sean estándares mínimos implica asegurar unas condiciones obligatorias de prestación de servicios, y que deba complementarse con la definición de estándares óptimos o superiores factibles, haciendo de los requisitos esenciales un instrumento que se complete con la Acreditación y con otros instrumentos de evaluación y de gestión por calidad.

Su carácter de instrumento estatal de evaluación involucra al Estado como garante de su cumplimiento, y sugiere la evaluación por parte de éste (sin que eso sea camisa de fuerza del proceso); evaluación que ha sido delegada a las secretarías municipales de salud descentralizadas y a las secretarías departamentales de salud.

Este instrumento, novedoso y útil, cambia el paradigma de la verificación y el control en la medida en que transfiere la responsabilidad de la evaluación de un observador externo, como clásicamente se han hecho las verificaciones oficiales, a la misma organización que mediante una declaración de cumplimiento asume dicha responsabilidad de la evaluación. El Estado se reserva las facultades de verificación y de ejercer la actuaciones que puedan derivarse de su incumplimiento. Esta verificación implica la cobertura del universo de instituciones y organizaciones de salud; independientemente de sus características geográficas o jurídicas.

Este instrumento se constituye en un método para cumplir la responsabilidad y los fines mismos del Estado de brindar seguridad a las personas en el servicio público esencial de salud; de allí la obligatoriedad en el cumplimiento.

“Los requisitos esenciales tienen el objetivo de controlar el riesgo en la prestación de servicios a las personas, reemplazan la licencia de funcionamiento y encuentran su justificación en la proliferación indiscriminada de servicios sin condiciones mínimas, la ausencia de un plan de mejoramiento de la calidad en los prestadores, la imposibilidad de comparar estructura, proceso o resultado en que se prestan los servicios, las dificultades conceptuales en torno a la complejidad de los servicios.”¹

El hecho de ser estatal, obligatorio, y de tener entre otras la finalidad de otorgar el permiso de funcionamiento de las instituciones, hace de los requisitos esenciales un instrumento equivalente al licenciamiento. En Colombia, este licenciamiento aprovecha una característica típicamente usada en la Acreditación como lo es la autoevaluación.

¹ Definiciones del documento inédito “políticas de calidad” facilitado por la anterior Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud del Ministerio de Salud, utilizado como instrumento de capacitación.

El instrumento fue creado con la expedición del Decreto 2174 de 1996, que define el sistema obligatorio de garantía de calidad en Colombia. La operación y los estándares se definieron a través de las resoluciones 4252 de 1997 y 238 de 1999, estableciendo requisitos generales para la institución, particulares para los diferentes tipos de servicios (que pueden llegar a ser más de 40 en una institución de alta complejidad), y por niveles de complejidad.

Todos los estándares están organizados en siete aspectos constantes:

- Infraestructura física.
- Recurso humano.
- Dotación.
- Procedimientos técnico administrativos.
- Registros para el sistema de información.
- Transporte y comunicaciones.
- Auditoría de servicios.

La resolución 4252 de 1997 fija un formato para la declaración del cumplimiento de requisitos por parte de los prestadores de servicios de salud. Establecen responsabilidades para la verificación del cumplimiento de requisitos en organismos del Estado, concretamente en cabeza de las entidades de vigilancia y control del orden territorial, es decir, las secretarías de salud de los departamentos, de los distritos y de los municipios certificados.

La norma otorgó un plazo inicial para su cumplimiento al cual le sucedieron dos aplazamientos y sólo hasta enero de 1999 entró en plena vigencia la obligatoriedad del cumplimiento de los estándares.

Se definió la posibilidad, en caso de incumplimiento, de que las instituciones establecieran planes con fijación de fechas y plazos específicos para cada requisito incumplido (hasta un término de dos años para los requisitos generales, y de hasta 5 años para los de infraestructura física).

1. JUSTIFICACIÓN

En la actualidad el instrumento de requisitos esenciales ha sido cuestionado por múltiples actores del sector salud en razón de su extensión y complejidad, y por el real impacto que tiene en la protección de la salud de los individuos. Si bien puede haber una prestación de servicios con riesgo causado por el no cumplimiento de requisitos o por fallas en la verificación, también es cierto que un exceso de requisitos puede aumentar los costos de funcionamiento hospitalario y generar ineficiencias.

Adicionalmente, pa evitar el desprestigio en el proceso de verificación de los requisitos y el cumplimiento de los planes llevaron al Ministerio de Salud a proponer un diagnóstico de la situación actual de cumplimiento, verificación y desarrollo del instrumento, con el fin de lanzar una medida de ajuste de los requisitos y optimización de los métodos de verificación y control. Algunos de los datos encontrados antes de la iniciación del proyecto dieron pie a este cuestionamiento:

- En la Secretaría de Salud de Bogotá han presentado la declaración 9.508 IPS, que representan el 70% del total de 13.651 IPS registradas. De éstas han sido visitadas el 50% y sólo cumple con los requisitos el 9.4%. El presupuesto para desarrollar los planes de cumplimiento en las clínicas del ISS es de \$46.000 millones de pesos, lo que corresponde al 3.71% del presupuesto anual de su grupo de IPS. Las mayores dificultades están en recurso humano e infraestructura física.

- De las 35.607 IPS registradas en el Ministerio de Salud, 60% han presentado declaratoria de requisitos esenciales. Adicionalmente, hoy el 63% de las instituciones está sin clasificar, hecho que prácticamente imposibilita su revisión.
- La Superintendencia y el Ministerio de Salud carecen del recurso humano y económico para verificar la aplicación de requisitos esenciales y hacerle seguimiento a los planes de cumplimiento. Se necesita ayuda de gobernaciones y alcaldías, pero no parece haber compromiso en los entes territoriales; tampoco está claro el sistema para obligarlos a cumplir con su responsabilidad. La Superintendencia de Salud logró recoger información acerca de la verificación de los Requisitos Esenciales en el 90% de las Direcciones Territoriales de Salud. Sólo el 39% enviaron información sobre los planes de verificación para 1999 (por lo cual se deduce que sólo ellos tienen estos planes). Cerca de la mitad de los que tienen planes enviaron un porcentaje de cumplimiento sobre los mismos (por lo cual se supone que el resto no los siguen).
- No hay claridad en los entes territoriales sobre qué es y cómo hacer la verificación o el seguimiento al cumplimiento de planes; se preguntan cómo hacer seguimiento sistemático, qué pasa si no cumplen lo que está estipulado en los planes, y si deben definir nuevos plazos. Tampoco existe evaluación ni control de calidad del proceso de verificación; cómo es el perfil de los verificadores, cuál el proceso de capacitación que reciben y si existen y se respetan incompatibilidades de los verificadores para con ciertas IPS.

2. MODELO CONCEPTUAL

2.1 CRITERIOS ISQUA PARA LA DEFINICIÓN DE PROGRAMAS Y ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN.

En diciembre de 1997, la Sociedad Internacional para la Calidad del Cuidado de la Salud (International Society for Quality Assurance in Health Care – ISQUA) publicó el documento final para establecer un consejo internacional de acreditación. Durante la discusión del documento, en la que participaron más de 130 personas representantes de 42 países, se sugirió que podría no ser posible tener estándares internacionales comunes para acreditación, pero sí podría ser muy posible encontrar un conjunto de principios que debían cumplir los estándares usados por los programas de acreditación y unos criterios que permitieran analizar si los programas de acreditación estaban bien definidos.

Como resultado de este trabajo ISQUA determinó 6 puntos que deben existir en todo sistema de acreditación bien definido, son a saber:

Punto 1: Existe una filosofía clara, misión, visión, principios y valores que guían el desarrollo de todo el componente.

Esta filosofía debería incluir la declaración explícita y accesible del propósito, intereses gubernamentales, políticos, comerciales, rango

funcional o geográfico y una forma clara como debe determinarse y difundirse dichas filosofía.

Punto 2: Existe un cuerpo de dirección y una infraestructura apropiada para el cumplimiento de la misión que facilita las relaciones con grupos externos importantes .

Debe haber en la estructura niveles de dirección y gerencia que definan vínculos con organizaciones nacionales relevantes y formas de comunicación, relaciones y participación con usuarios y clientes.

Punto 3: La organización para el cumplimiento de la misión, tiene sistemas internos efectivos de dirección, políticas y procedimientos.

Esto se refiere a procesos para garantizar la información (la integridad de los procesos y datos de la organización), la capacidad de los verificadores para la tarea que se les encomienda (planeación de mano de obra, selección, entrenamiento, competencias principales, inducción, monitorización, evaluación, actualización, comunicaciones, retiro), el control financiero, comunicaciones internas y externas, publicaciones, reuniones, etc.

Punto 4: El proceso de evaluación es explícito, documentado y basado en un modelo de calidad enfatizando resultados e impacto en la atención.

Esto implicaría claridad en los procesos para autoevaluación, verificación, calificación del cumplimiento, control de la variabilidad del observador, observación, reportes verbales y escritos, criterios, validación, escala de tiempo, mecanismos de apelación, indicadores, etc.

Punto 5: La organización provee un medio ambiente protegido y seguro.

Punto 6: La organización puede demostrar sistemas efectivos de calidad a clientes internos y externos.

Mecanismos de evaluación, manejo de quejas, indicadores de desempeño ej. Tasas de falla, de implementación, etc.

ISQUA también determina 6 puntos que deben tenerse en cuenta antes de establecer estándares y que deben dar congruencia al conjunto de estándares:

Punto 1: Debe haber unos principios definidos previamente que den soporte al desarrollo de estándares independientemente de la manera en que su contenido sea presentado.

Ejemplos de esto serían la posición del país sobre requerimientos de la incorporación del paciente en su propio cuidado, derechos del paciente, conocimiento sobre las opciones de atención, capacidad de elección, incorporación en la toma de decisiones, enfoque en el cliente, etc.

Punto 2: El tipo de estándares es claramente definido.

Los estándares son clasificados inicialmente a partir de: estructura, proceso y/o resultado. Es de anotar que ninguno es superior a otro y que uno u otro tipo podría ser apropiado según el momento y el país, pero sí debería indicarse el tipo general de estándares que pueden usarse, para ello deben establecerse definiciones.

Punto 3: Está claramente definido el rango que abarcan los estándares.

Los estándares pueden cubrir la operación entera o un rango de actividades de una organización de atención en salud, pueden estar enfocados a los departamentos o hacia grupos de pacientes. Debe haber una definición clara del alcance de los mismos.

Punto 4: El contenido de los estándares es completo y claramente estructurado.

Pueden ser estándares diseñados sobre la estructura básica, sobre departamentos o funciones, sobre proceso de atención al cliente, pero su desarrollo debe ser congruente y acorde con la definición.

Punto 5: Los estándares son formulados a través de un proceso bien definido.

Cuando se preparan los estándares se necesita seguir y documentar varios pasos: la incorporación de un grupo de pares bien definida (aquellos que usarán los estándares) cuando los estándares se están preparando; la consulta para asegurar que quien definió las políticas y criterios claves tiene la oportunidad de asesorar o revisar la definición los estándares; la evidencia de que se ha realizado una adecuada investigación que asegure que los estándares están actualizados y basados en información válida y en la práctica; un proceso para asegurar que los estándares son probados mediante programas piloto antes de su total implementación; un proceso definido para hacer regularmente una evaluación y revisión.

Punto 6: Los estándares son aplicables para la medición del desempeño.

La medición del cumplimiento de los estándares puede incluir una variedad de formas, desde el uso de sofisticadas escalas numéricas (matemáticas) hasta descripciones verbales acerca del cumplimiento. El cumplimiento puede ser evaluado por los verificadores (expertos externos que visitan la organización) o a través de un proceso de autoevaluación combinado con evaluación. Lo que es más importante es que exista una clara descripción de cómo los verificadores han medido el cumplimiento.

Hay claridad en el Consorcio de que la verificación de Requisitos Esenciales no es un proceso de acreditación, pero sí un proceso de evaluación de instituciones, es por esto que los criterios de ISQUA servirán de guía para analizar las fortalezas y debilidades del diseño y definición que soportan los requisitos esenciales en el país.

En reuniones técnicas, los miembros del Ministerio de Salud integrantes del Grupo Líder de Apoyo Técnico del proyecto y los miembros del Consorcio, directos responsables del componente de requisitos esenciales, se diseñó un árbol de las múltiples y posibles causas de dificultades en la implementación de requisitos esenciales.

Con base en el árbol multicausal de dificultades se definió el modelo conceptual que se describe en el gráfico 1 y 2.

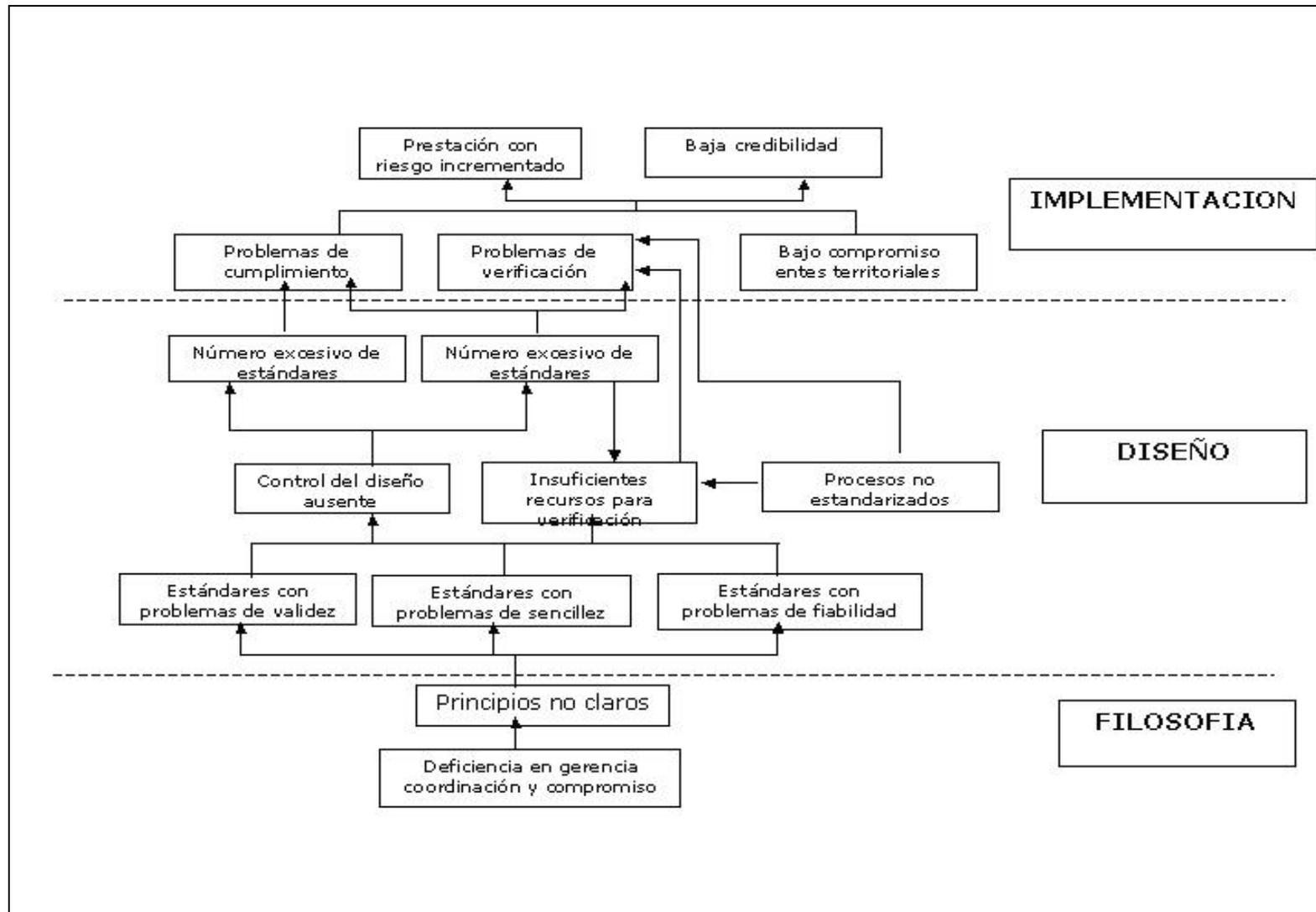


Gráfico 1. Arbol de dificultades con los requisitos esenciales

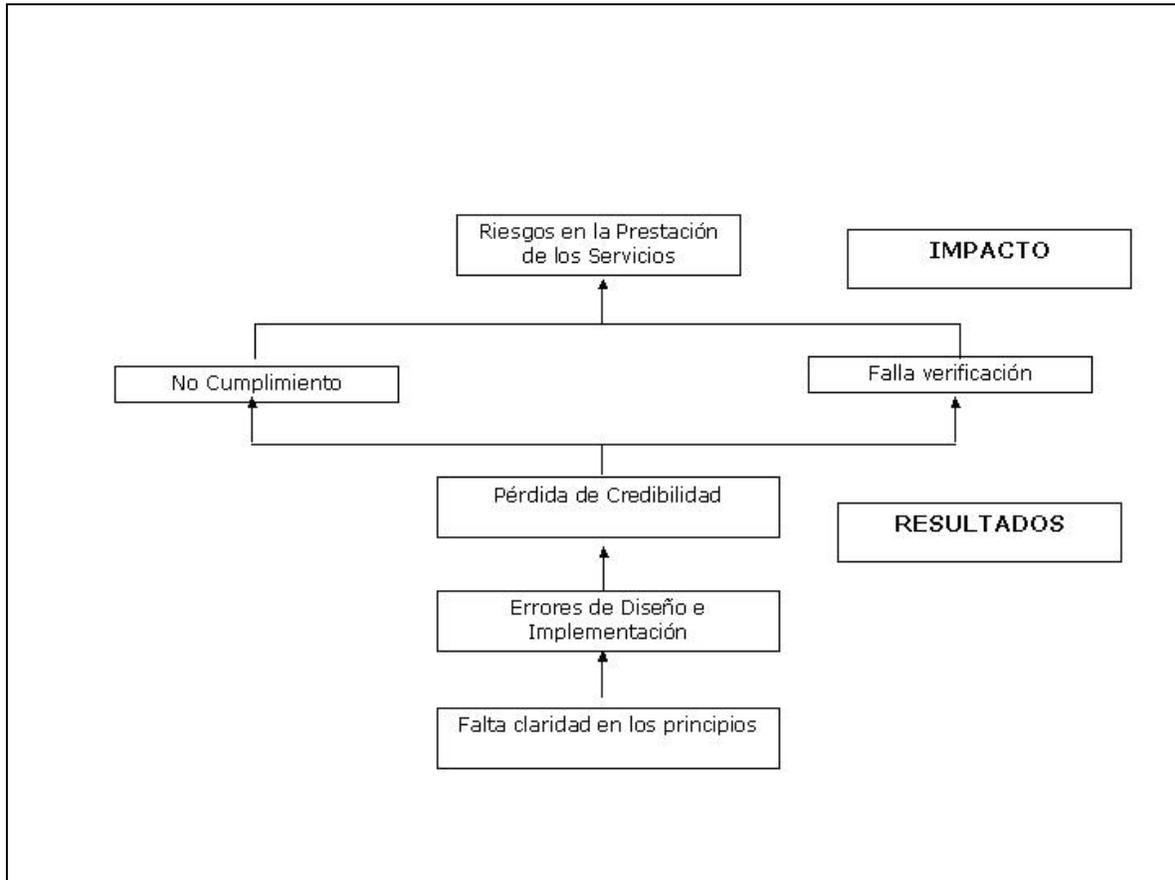


Gráfico 2. Modelo conceptual del componente

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVOS GENERALES.

1. Describir la capacidad de cumplimiento de los requisitos por parte de los prestadores de servicios de salud y la capacidad de verificación por parte de las entidades de vigilancia y control.
2. Describir los problemas que impiden la verificación y el cumplimiento de requisitos.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Describir los niveles de declaración, registro y cumplimiento de requisitos esenciales.
2. Describir los procedimientos de verificación operando en la actualidad en las secretarías y prestadores.

3. Describir el nivel de conocimiento existente de los objetivos y procesos de requisitos esenciales.
4. Describir la disponibilidad de recursos de prestadores y secretarías.
5. Describir el nivel de simplicidad, validez, y fiabilidad de los estándares.
6. Describir el nivel de claridad conceptual de los principios que direccionan los requisitos esenciales.
7. Describir el nivel de credibilidad de los actores (secretarías, prestadores) en los requisitos esenciales.

4. METODOLOGÍA

El presente estudio parte de la formulación de la hipótesis de trabajo, descrita en el modelo conceptual, por parte de los miembros integrantes del Grupo Líder de Apoyo Técnico del Ministerio de Salud y de los miembros del Consorcio, responsables directos del componente de requisitos esenciales.

Con base en la hipótesis y los objetivos generales se formuló el modelo metodológico, en el cual se sustentó el desarrollo de las diferentes actividades de la fase diagnóstica. Para el logro del primer objetivo general del estudio (la descripción de las fallas y de la capacidad de cumplimiento y verificación de los requisitos esenciales) se utilizaron los métodos cuantitativos de pilotos, análisis de bases de datos y encuestas; para el logro del segundo objetivo (en la descripción de los problemas que enfrentan los prestadores y las secretarías de salud en el cumplimiento y en la verificación) se utilizaron los métodos cuantitativos de entrevistas a secretarías y de talleres con hospitales públicos, el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud.

El marco de estudio para el caso de las encuestas a secretarías de salud fue el universo de secretarías de salud descentralizadas (476 de las 479) para las visitas se seleccionaron 18 entidades con amplia diversidad regional representada en los ámbitos geográficos de los antiguos CORPES, buscando una variación en entidades de carácter departamental, distrital y municipal con diferentes grados de desarrollo.

Para las instituciones prestadoras de servicios se hizo una selección por conveniencia con un criterio regional (por CORPES); participaron en una evaluación cualitativa mediante talleres de discusión más de 150 representantes de hospitales públicos.

En 30 hospitales públicos (también seleccionados por conveniencia en las diferentes regiones y CORPES), se aplicó un instrumento semiestructurado y mediante un método de análisis de caso en trabajo de campo se planeó una visita de verificación de requisitos acompañando a la entidad responsable de la vigilancia en cada jurisdicción.

Los sujetos para los pilotos y talleres fueron seleccionados teniendo en cuenta las referencias existentes con relación a su liderazgo o a su representatividad regional y según diferentes niveles de complejidad.

El análisis de la información recolectada se realizó por separado y luego de manera cruzada, en una triangulación que pretendía identificar con la mayor precisión posible, las razones por las cuales no funcionan adecuadamente los requisitos esenciales e identificar los elementos que permitieran proponer unos ajustes al proceso, y que optimizaran su desarrollo e impacto frente a su objeto. A continuación se describen las actividades realizadas en la fase diagnóstica.

4.1 METODOLOGÍA DESARROLLADA EN LAS ACTIVIDADES ESPECÍFICAS

4.1.1 Pilotos en hospitales públicos.

Mediante un método de análisis de caso en trabajo de campo, se aplicó un instrumento para la verificación de requisitos esenciales.

Las entidades se seleccionaron con el criterio de que su oferta en conjunto contara con la variabilidad de servicios que permitiera evaluar todos los tipos y categorías de requisitos y los tres niveles de complejidad. Debería incluirse al menos una entidad de rehabilitación, una de salud mental, un centro de atención primaria con servicios de promoción y prevención, un laboratorio de salud pública y un servicio de ambulancia. Adicionalmente, se definió una dispersión geográfica distribuyendo las entidades según la distribución de los denominados CORPES, definiendo ESE o entidades de la red pública de mayor representatividad y o con experiencias relevantes en requisitos esenciales o en el sistema de garantía de calidad, lo cual se identificó a partir de las experiencias del Centro de Gestión Hospitalaria o por referencia de las secretarías de salud. Así mismo se definieron instituciones que se encontrarán en la jurisdicción de las secretarías seleccionadas para las entrevistas. La tabla 1 detalla las entidades hospitalarias seleccionadas en las cuales se realizaron los pilotos.

Tabla 1. ESE seleccionadas para pilotos

No.	ENTIDAD	MUNICIPIO
1	Hospital de Girardot	Girardot (C/marca)
2	CAMI Suba	Bogotá
3	Servicio de ambulancias CRU	Bogotá
4	Hospital La Victoria	Bogotá
5	Hospital Tunjuelito	Bogotá
6	UBA San Blas	Bogotá
7	Hospital Gral. de Barranquilla	Barranquilla
8	Centro Materno Infantil (Ceminsa)	Sabanalarga -Atlántico
9	Hospital Gral. de Sabanalarga	Sabanalarga (Atlántico)
10	ESE CARI	Barranquilla
11	ESE Hospital La Manga	Barranquilla
12	Hospital Ramón Gonzales Valencia	Bucaramanga
13	Hospital San Juan de Dios de Floridablanca	Floridablanca (Santander)
14	Hospital mental de Antioquia	Medellín
15	Hospital Municipal Rosalpi	Bello (Antioquia)
16	ESE Hospital San Rafael	Leticia (Amazonas)
17	Hospital Municipal Santa María	Itagúí (Antioquia)
18	Hospital General de Medellín	Medellín
19	Hospital San Rafael	Girardota (Antioquia)
20	Hospital Universitario del Valle	Cali
21	Hospital Dptal San Antonio	Palmira (Valle)
22	Hospital Carlos Carmona	Cali
23	Hospital SanJuan de Dios de Cali	Cali
24	ESE Hospital San Antonio	Gigante (Huila)
25	Assbasalud ESE la Asunción	Manizales
26	Hospital de Kennedy	Bogotá
27	Hospital de Caldas	Manizales
28	ESE Hospital de Yopal	Yopal (Casanare)
29	Hospital Dptal. Santa Sofía	Manizales
30	Laboratorio de Salud Pública Secretaría de Bogotá	Bogotá

Si bien se tenía previsto realizar los pilotos mediante la aplicación del instrumento utilizado regularmente por las entidades de vigilancia y control, durante el diseño de la actividad se hizo evidente que la estructura de los instrumentos existentes no permitía construir los indicadores propuestos, dado que la nomenclatura carecía de un sistema de codificación mediante el cual se pudiera cuantificar los resultados. Además no incluía todos los requisitos esenciales vigentes². Por esta razón, fue necesario el diseño de instrumentos específicos para la realización de los pilotos. En ellos se estructuró una codificación que permitió identificar individualmente cada requisito incorporando las normas concordantes que definen estándares de obligatorio cumplimiento (Ver anexo A). De otra parte, dado que los requisitos están definidos por servicios, se diseñaron los instrumentos específicos para cada institución de acuerdo con los portafolios reportados en la base de datos del Ministerio de Salud o reportados por las mismas instituciones. Los instrumentos fueron diseñados por tres profesionales integrantes de la firma asesora de diseño de procesos. Para cada uno de los requisitos aplicables a cada institución de acuerdo con el portafolio de servicios, se identificaron las siguientes variables:

- Cumplimiento o no del requisito según la Secretaría de Salud: Tomando como base los resultados de la verificación de requisitos que hubiera hecho la respectiva secretaría de salud a la entidad visitada. (Ver anexo A9).
- Cumplimiento o no del requisito según la autoevaluación de la entidad: Tomando como base los resultados de la verificación de requisitos, que la misma institución hubiese realizado para efectos de la presentación de la declaración. (Ver anexo A8)

² Las fichas técnicas de verificación de requisitos expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud, carecen de los requisitos definidos en la Resolución 4445 de 1997, en el Decreto 77 de 19997, en el Decreto 1571 de 1994, en las Resoluciones 9031 de 1990, 9279 de 1993 y 238 de 1999 del Ministerio de Salud.

- Cumplimiento o no del requisito según el acompañamiento de los evaluadores del Consorcio a la verificación de requisitos por la secretaría de salud: Tomando como base los resultados de una verificación de requisitos llevada a cabo por la secretaría de salud correspondiente y acompañados por los evaluadores del Consorcio. (Ver anexo A10).
- Cumplimiento o no del requisito según evaluadores del Consorcio: Tomando como base los resultados de la verificación de requisitos realizada directamente por los evaluadores del Consorcio.
- Inclusión o no en un plan de cumplimiento: Para identificar en caso de incumplimiento del requisito, si éste se incluyó o no en un plan de cumplimiento elaborado por la institución, ya fuera como resultado de la verificación de la secretaría o como resultado de la autoevaluación.
- Plazos de cumplimiento: Para identificar, de los requisitos incluidos en un plan, el plazo definido para su cumplimiento.
- Costeo: Para identificar si la institución realizó un costeo para cumplir con el requisito y cuál fue el valor calculado.
- Inclusión del costeo en el presupuesto: Para identificar si la institución incluyó en el presupuesto el costo implicado en el cumplimiento.
- El perfil de los evaluadores de la Secretaría de Salud que realizaron la visita acompañada por los evaluadores del Consorcio y el tiempo dedicado a la verificación.
- Preguntas destinadas a la identificación de las acciones realizadas por la entidad en relación con cada uno de los demás componentes del sistema de garantía de calidad, definidos en el artículo 9 del Decreto 2174 de 1996.

Dado el volumen de la información que estos instrumentos han arrojado (4.57 MB/4.795.392 bytes), se anexa en un disco compacto la base de datos que contiene la codificación, con la cual se corrieron las macros para imprimir los instrumentos aplicados a cada institución según los servicios declarados; además se anexa copia impresa de los mismos (ver anexo A4). Dado que muchos de los estándares contienen textos para la capacidad de una celda de Excel se sacaron tres listados con los códigos y textos completos; uno por

orden alfabético, el segundo por consecutivo del código y el tercero como resumen (ver anexo A3 y A4). Para efectos del trabajo de campo se identificaron dos perfiles de evaluadores: Profesionales médicos con experiencia en verificación de requisitos esenciales en secretarías de salud, entidades de aseguramiento o empresas de auditoría. Profesionales del área financiera, con experiencia en el sector salud, para la evaluación de los aspectos financieros (identificación de costos e inclusión en presupuesto del costeo). Se contó también con especialistas para la evaluación de entidades con carácter especial: Un médico especialista en psiquiatría con postgrado y experiencia administrativa, para la evaluación de la entidad de salud mental, y una bacterióloga con posgrado y experiencia administrativa en calidad y requisitos esenciales para la evaluación del laboratorio de salud pública. La tabla 2, relaciona los profesionales incluidos como evaluadores especificando la profesión y experiencia.

Tabla 2. Perfil de los evaluadores

NOMBRE	PROFESION	EXPERIENCIA
Carlota Basto	Economista – Especialista En Gerencia Social	Asesora en implementación de sistema obligatorio de garantía de calidad
Angela Romero	Médico – Especialización En Administración En Salud	Desarrollo de proyectos de sistema obligatorio de garantía de calidad – verificación de requisitos esenciales con Secretaria de Salud
Pilar Parra	Médico	Verificación de requisitos esenciales con comisión de vigilancia y control de la oferta de Secretaria de Salud
Lourdes Vivas	Administradora Pública – Especialista En Auditoría En Salud	Asesora en implementación de sistemas de control interno
Jorge Márquez	Médico Especialización En Gerencia En Salud Y Auditoría De La Calidad	Evaluación y dirección de programas de calidad – consultorías en implementación de programas de garantía de calidad

NOMBRE	PROFESION	EXPERIENCIA
Janeth Ariza	Médico – Especialización En Gerencia De Instituciones En Seguridad Social En Salud	Depto de calidad ISS C/marca verificación de requisitos, auditorías y acreditación
Germán Cantor	Médico- Especialización En Administración En Salud	
Ivis Rivera	Médico	Verificación de requisitos esenciales con comisión de vigilancia y control de la oferta de Secretaria de Salud
Jorge Mc Douall	Médico –Psiquiatra –Gerencia En Salud Con Énfasis En Salud Mental	Asesor de Secretaria de Salud en el área de análisis y políticas en salud
Martha Alvarado	Bacterióloga – Especialización En Administración Hospitalaria	Asesora en organización y funcionamiento de laboratorios- docente en gerencia y planeación de laboratorios- jefe de planeación

Los días 12 y 25 de mayo se realizó el entrenamiento de los evaluadores en el uso de cada uno de los instrumentos a aplicar, ver tabla 3 la cual detalla la agenda de los talleres:

Tabla 3. Agenda de taller para capacitación de evaluadores

HORA	TEMA	CAPACITADOR
8:00 – 8:15	Presentación de las instituciones y de los participantes	Patricia Gómez
8:15 – 10:15	<ul style="list-style-type: none"> • -Marco general de garantía de calidad • -Requisitos esenciales desarrollo técnico y normativo • El estudio y sus objetivos 	Sergio Luengas
10:15 –10:30	Descanso	
10::30 – 11:30	Programación General	Luz Elvira Rivera P.

HORA	TEMA	CAPACITADOR
11:30 – 12:30	Instrumentos para pilotos	Sergio Luengas
12:30 – 1:30	Almuerzo	
1:30 – 2:30	Técnica de entrevistas	<ul style="list-style-type: none"> • Teresa Tono • Ligia de Charry
2:30 – 4:00	Guías para entrevistas a secretarías de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Ligia de Charry • Sergio Luengas
4:00 – 5:00	Componente administrativo y financiero	Gloria Lucía Santa

Mediante contacto telefónico previo se concertó la fecha y hora del trabajo de campo con las instituciones y secretarías de salud correspondientes, para la aplicación de los instrumentos durante uno, dos ó tres días dependiendo de la complejidad de la institución (Primer día para las de baja complejidad; segundo día, para las de mediana; y tercer día, para las de alta complejidad), con la asignación de dos ó tres evaluadores médicos (según la complejidad de la entidad) y uno del área financiera. La información fue registrada manualmente por los evaluadores en los instrumentos, y transcrita por tres digitadores en “macros” de Excel diseñados para el efecto. Uno de los profesionales que colaboró con el diseño del instrumento realizó el entrenamiento de los digitadores. Además de la coordinación general del componente, para esta actividad en particular se estableció la coordinación operativa y el control en la ejecución de actividades por parte de una enfermera profesional con posgrados en auditoría en salud y especialización en gerencia en salud. La información digitada se incorporó en una base de datos que incluye una tabla por entidad y mediante el diseño de “macros” de Excel se procesó la información para generar los indicadores utilizados para el análisis de información, el resultado final de dicha macro se anexa en medio magnético en la carpeta **“pilotos archivo indicadores análisis” inf.** Anexo A2.

Los indicadores para cada institución fueron:

- Porcentaje de requisitos verificados (por secretarías de salud, acompañamiento a la verificación, verificación por autoevaluación y verificación por evaluadores del Consorcio).
- Porcentaje de requisitos cumplidos en relación con los verificados (por secretarías de salud, acompañamiento a la verificación, verificación por autoevaluación y verificación por evaluadores del Consorcio).
- Porcentaje de requisitos incluidos en plan de cumplimiento. Porcentaje de requisitos costeados.
- Porcentaje de requisitos incluidos en el presupuesto.
- Porcentaje de coincidencia en el concepto de cumplimiento en la verificación de la Secretaría de Salud en relación con la evaluación por los evaluadores del Consorcio y en relación con la autoevaluación.
- Acciones realizadas por la institución en relación con los otros componentes del sistema de garantía de calidad.
- Recurso humano, cargos, perfiles y tiempos de verificación de la visita de la Secretaría de Salud con acompañamiento del Consorcio.

Así mismo se desarrollaron indicadores para el conjunto de instituciones:

- Relación de requisitos incumplidos en más de una entidad y número de entidades que lo incumplieran.
- Porcentaje global de cumplimiento de requisitos.
- Porcentaje global de verificación de requisitos.
- Porcentaje global de requisitos incluidos en los planes de cumplimiento
- Porcentaje de requisitos costeados.
- Porcentaje de requisitos costeados incluidos en el presupuesto.

4.1.2 Encuestas a secretarías de salud y análisis de la base de datos de registro de la declaración del Ministerio de Salud. Población Encuestada.

Se partió de un listado de Secretarías Departamentales, Distritales y Municipales certificadas proporcionado por el Ministerio de Salud, con vigencia marzo de 2000. El universo está conformado por 479 Secretarías de salud a las cuales se les aplicó la encuesta obteniéndose respuesta en 476 de ellas - 99.4%. En los municipios de Alpujarra (Tolima), Dolores (Tolima) y Colombia (Huila) no se pudo realizar la encuesta porque las torres de comunicación de Telecom habían sido voladas. Recolección de Información: El formulario utilizado recoge la información en cada una de las secretarías mediante entrevista telefónica sobre identificación y datos básicos de la persona encuestada, tipo de secretaría, estructura institucional para el registro y verificación de los requisitos, perfil de los verificadores, aspectos logísticos, instrumentos utilizados para la verificación, proceso de verificación, planes de cumplimiento, sistema de información y estado de la verificación de los requisitos esenciales a la fecha de la encuesta. Se seleccionaron dos encuestadoras con formación en áreas de la salud y posgrado en administración en salud y seguridad social y que tuvieran experiencia en los procesos de verificación de requisitos esenciales en IPS. Su dedicación a las encuestas fue de tiempo completo, contaban con la supervisión de dos profesionales médicos con posgrado en administración de servicios de salud y con experiencia en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, quienes evaluaban diariamente el proceso con el fin de verificar la calidad de la entrevista telefónica que se realizaba.

Se llevó a cabo un taller de capacitación en el cual participaron las encuestadoras, los supervisores y el equipo técnico de los requisitos esenciales. El Coordinador del componente de requisitos esenciales dio la capacitación y con el equipo de procesamiento y análisis se definieron los procedimientos de aplicación y los roles de los encuestadores y supervisores.

Los supervisores verificaban que el cuestionario estuviera bien diligenciado, con información completa y consistente, cabe anotar que se devolvían las encuestas que presentaban información inconsistente o incompleta. Posteriormente los formularios pasaban a codificación, digitación y se hacía una segunda revisión de la información para depuración de las bases de datos asegurando así la calidad de la información.

A los encuestadores se les proporcionó exclusivamente una oficina dotada de dos línea telefónicas para la realización de las llamadas, listados de las secretarías y municipios a encuestar, lápices, directorios telefónicos y formatos de registro de las encuestas realizadas para el control del proceso. Se pagó por encuesta realizada. Se contó con la asesoría de la Jefe de Comunicaciones de la Fundación Santa Fe de Bogotá.

La encuesta se realizó entre el 3 de mayo y el 14 de junio de 2000. Con base en los listados y directorios suministrados por el Ministerio y el Centro de Gestión Hospitalaria se hicieron las llamadas. Sin embargo, se encontró que la mayoría de números telefónicos suministrados estaban erróneos razón por la cual los encuestadores tuvieron que conseguir estos datos para poder realizar la encuesta a través de las empresas telefónicas, de las alcaldías o algunas de sus dependencias, la Registraduría, la Defensoría, etc. y en algunos casos se ubicaron a través de telefonía celular adicionalmente se trabajó con las compañías de teléfonos quienes suministraban algunos de los números telefónicos y en aquellos casos en donde era difícil ubicar a la persona se procedió a realizar citas telefónicas para el diligenciamiento de la encuesta. Este proceso necesitó un tiempo adicional que no estaba programado en el cronograma de realización de la encuesta. De las 479 secretarías de salud a encuestar se logró respuesta en 476 de ellas -99.4%. Las tres secretarías que faltaron no pudieron ser ubicadas por dificultades en la comunicación telefónica.

El análisis de la información estuvo a cargo de un equipo técnico de profesionales en salud, que estuvo en la discusión de los conceptos desarrollo del modelo conceptual, definición de las variables a evaluar, diseño del formulario y del plan de análisis.

Se utilizó el programa EPIINFO para crear la base de datos y verificar la digitación. El procesamiento de la información se realizó en el programa de SPSS. Con base en el plan de análisis se generaron distribuciones de frecuencias y se hicieron cruces de variables, de acuerdo con tres categorías: secretarías departamentales y distritales, secretarías municipales de capitales de departamento y otras secretarías de municipios certificados. En el anexo B2 el listado de frecuencias y en el anexo B3 se encuentra la base de datos de EPIINFO, por la utilidad que tiene para el Ministerio de Salud.

Para efectos de los análisis correspondientes en el procesamiento estadístico solamente se tuvieron en cuenta las respuestas efectivas y aquellas preguntas que los encuestados no respondían se clasificaron como perdidas o sin información y no se tabularon.

Igualmente afectaron la realización de las encuestas situaciones tan inusuales como los paros del sector salud o de otros sectores, las tomas guerrilleras, el robo de elementos de telefonía municipal y la asistencia de funcionarios del sector salud a capacitación en talleres y seminarios.

4.1.3 Talleres con prestadores y entidades de dirección. Se realizaron con el objeto de entender los problemas que enfrentan los prestadores de servicios de salud en el cumplimiento de los requisitos esenciales.

Se organizaron 16 talleres de discusión en ocho regiones geográficas que fueran representativas de los CORPES, para tal fin de seleccionaron, mediante una muestra por conveniencia, las Empresas Sociales del Estado que fueran representativas por su importancia, liderazgo, nivel de complejidad y que preferiblemente hubieran realizado la declaración de requisitos esenciales o que hubieran participado en procesos de garantía de la calidad. Así mismo, con el apoyo de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas se seleccionaron instituciones del sector privado para identificar cómo percibían el proceso de cumplimiento de los requisitos esenciales. Por solicitud de los interventores del proyecto se realizó un taller con representantes del Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud. Los talleres se llevaron a cabo entre el 24 de mayo y el 28 de julio de 2000 en ocho ciudades del país, en algunas se realizó mas de un taller (ver tabla 4.). El compromiso del Consorcio era realizar 15 talleres con ESE con una asistencia de 150 funcionarios. Previendo la inasistencia se invitó a 486 personas (casi el triple) en representación de 162 ESE, es decir, tres funcionarios por institución.

Tabla 4. Talleres de Requisitos Esenciales, Mayo – Julio 2000

NO. ORDEN	NIVELES DE COMPLEJIDAD Y REGIONES	FECHAS
1	Baja complejidad, Santafé de Bogotá	24 de mayo
2	Alta complejidad, Santafé de Bogotá	25 de mayo
3	Media y Alta complejidad, Cundinamarca	26 de mayo
4	Alta complejidad, Atlántico	30 de mayo
5	Baja complejidad, Atlántico	31 de mayo
6	Baja y Alta complejidad, Bolívar	2 de junio
7	Baja y Alta complejidad, Santander	7 de junio
8	Baja complejidad, Antioquia	14 de junio
9	Media y Alta complejidad, Antioquia y Chocó	15 de junio
10	Alta complejidad, Valle del Cauca	21 de junio
11	Baja complejidad, Valle del Cauca	22 de junio
12	Baja y Alta complejidad, Caldas	30 de junio
13	Baja y Alta complejidad, Huila y Tolima	5 de julio

NO. ORDEN	NIVELES DE COMPLEJIDAD Y REGIONES	FECHAS
14	Baja y Alta complejidad nuevos Departamentos	7 de julio
15	MinSalud y SuperSalud	25 de julio
16	IPS Privadas	28 de julio

Con base en los listados y directorios definidos por el Consorcio se enviaron las cartas de invitación y el material de apoyo y se confirmó por teléfono la asistencia antes de cada taller. A cada persona se le envió, junto con la invitación, un material de apoyo consistente en un ejemplar del número 12 del segundo semestre de 2000 de la revista “Vía Salud” en donde se publicó el artículo “Consideraciones y definiciones para un sistema de calidad en Colombia” y un documento sobre el “Recuento del desarrollo de los requisitos esenciales para la prestación de servicios de salud” (Ver anexo E2). Esto con la finalidad de que los participantes pudieran prepararse y unificar algunos conceptos en relación con el tema, con el propósito de hacer más productivos los talleres. Igualmente recibían un documento de aceptación de la invitación.

FACILITADORES. Los talleres fueron orientados por dos facilitadores, uno técnico en requisitos esenciales y otro metodológico. El facilitador técnico fue un médico con posgrado en administración de servicios de salud y seguridad social y con amplia experiencia en el **SISTEMA DE GARANTÍA DE LA CALIDAD** y específicamente en requisitos esenciales. Se seleccionaron como facilitadores metodológicos dos médicos, con posgrados en salud pública y administración de servicios de salud, con una amplia experiencia en sistemas de garantía de la calidad, metodologías cualitativas y manejo de grupos.

DESARROLLO DE LOS TALLERES. El facilitador metodológico iniciaba el taller saludando a los asistentes, agradeciéndoles su presencia y presentando de cada uno de los asistentes y facilitadores, previa confirmación de la asistencia en un formato que se encuentra en el anexo E7.

Luego el facilitador técnico continuaba con la explicación de los objetivos del proyecto y complementaba su presentación con una conferencia sobre los conceptos básicos de garantía de la calidad, las normas vigentes sobre requisitos esenciales y el marco conceptual establecido por el Consorcio para el estudio de los requisitos esenciales. Inmediatamente se pasaba a una sesión de preguntas y respuestas sobre la conferencia anterior. (Ver anexo E3).

Posteriormente el facilitador metodológico explicaba la metodología del taller y se conformaban los grupos de trabajo para el desarrollo de los temas de discusión, teniendo como criterios para su conformación la profesión del participante, el cargo en la entidad que representaba, el nivel de complejidad de la institución, la región o departamento, cuidando que si había más de un representante de la misma institución no quedaran en el mismo grupo.

Estaban definidos tres temas de discusión: el primero sobre la factibilidad que tienen las ESE o IPS privadas de cumplir con todos los requisitos esenciales; el segundo, tema sobre la percepción de los procesos de verificación y el tercer tema sobre las propuestas de mejoramiento del instrumento de requisitos esenciales, los cuales se encontraban en una guía de discusión que los participantes recibían en una carpeta, en la cual se encontraban además el objetivo general, los objetivos específicos y la metodología de trabajo del taller. Ver anexo E4.

A los participantes a los talleres se les reunió usualmente en hoteles, en salones adecuados para el trabajo en grupos y se les proporcionó asesoría metodológica durante las sesiones de trabajo.

En cada taller la metodología previó la discusión y análisis del primer tema por grupos, luego la presentación de la relatoría respectiva en sesión plenaria, la adición o corrección a la relatoría por los otros miembros del respectivo grupo y luego la presentación de los otros grupos siguiendo la misma metodología.

Terminada la presentación de las relatorías del primer tema por parte de todos los grupos de trabajo se abrió una discusión general.

Cada grupo de trabajo consignaba sus discusiones y conclusiones en relatorías, por escrito, en borrador, y eran leídas, sustentadas y discutidas en sesiones plenarias ante el grupo general y los facilitadores. El facilitador metodológico recogía las relatorías, orientaba la discusión y precisaba puntos específicos. El facilitador técnico retomaba algunos puntos de las conclusiones y de las discusiones para precisar conceptos emitidos por los participantes o para abrir la discusión de puntos relevantes que no fueron previamente tratados o que lo fueron superficialmente.

Para garantizar una buena base para el análisis cualitativo que se haría después, tanto la presentación de las relatorías en las plenarias, como las discusiones en ellas, se grabaron en cintas de audio para su posterior transcripción en un procesador de palabra (MS Word 6.0). A los grupos se les garantizó la confidencialidad de estas grabaciones, con la promesa formal de que serían usadas solo por el Consorcio para efecto del análisis cualitativo. Ver anexo E5.

A los participantes a los talleres se les ofrecieron refrigerios, almuerzo y hubo disponibilidad permanente de tinto y agua. Igualmente a los participantes de áreas geográficas distantes a los sitios de reunión se les cancelaron algunos gastos de desplazamiento consistentes en un auxilio de transporte terrestre y en el caso de los nuevos departamentos del tiquete aéreo.

Análisis de la información. El análisis cualitativo de la información recogida en los talleres estuvo a cargo de los dos facilitadores metodológicos de la División de Salud Comunitaria de la Fundación Santa Fe de Bogotá, quienes desde el inicio del proyecto estuvieron en la discusión sobre el desarrollo del modelo conceptual del componente de requisitos esenciales, en la conceptualización de los talleres y de la metodología a utilizar en ellos, en la

definición de las variables a evaluar y siguieron de cerca el diseño de la guía de trabajo para cada taller y del plan de análisis.

Se elaboraron informes de cada uno de los 16 talleres en MS Word 6.0, de acuerdo con las variables definidas y al plan de análisis (ver anexo E6) y con esa información se elaboraron las conclusiones generales.

4.1.4 Visitas a Secretarías de Salud (análisis de caso).

4.1.4.1 **Selección de Entidades.** El estudio se realizó en siete (7) Secretarías Departamentales, siete (7) secretarías de municipios capitales y dos (2) en otros municipios, las que se seleccionaron teniendo en cuenta los siguientes criterios:

Representación por CORPES: Los departamentos y municipios del país están distribuidos en regiones de planificación cuyos miembros comparten entre sí similitudes culturales. De cada uno de éstas seleccionaron las Secretarías Departamentales y Municipales según se indica en la tabla 5.

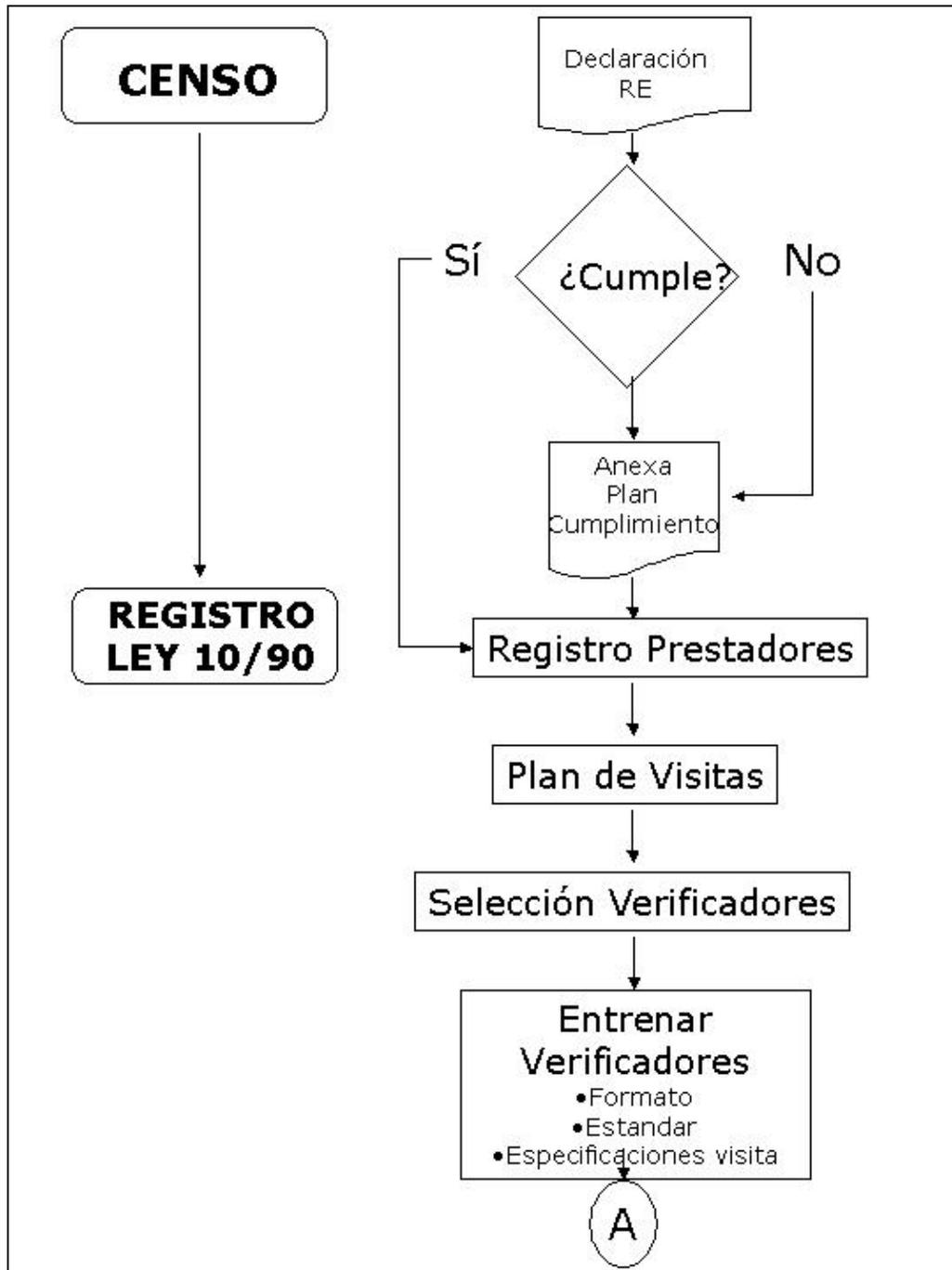
Tabla 5. Entidades Territoriales por CORPES

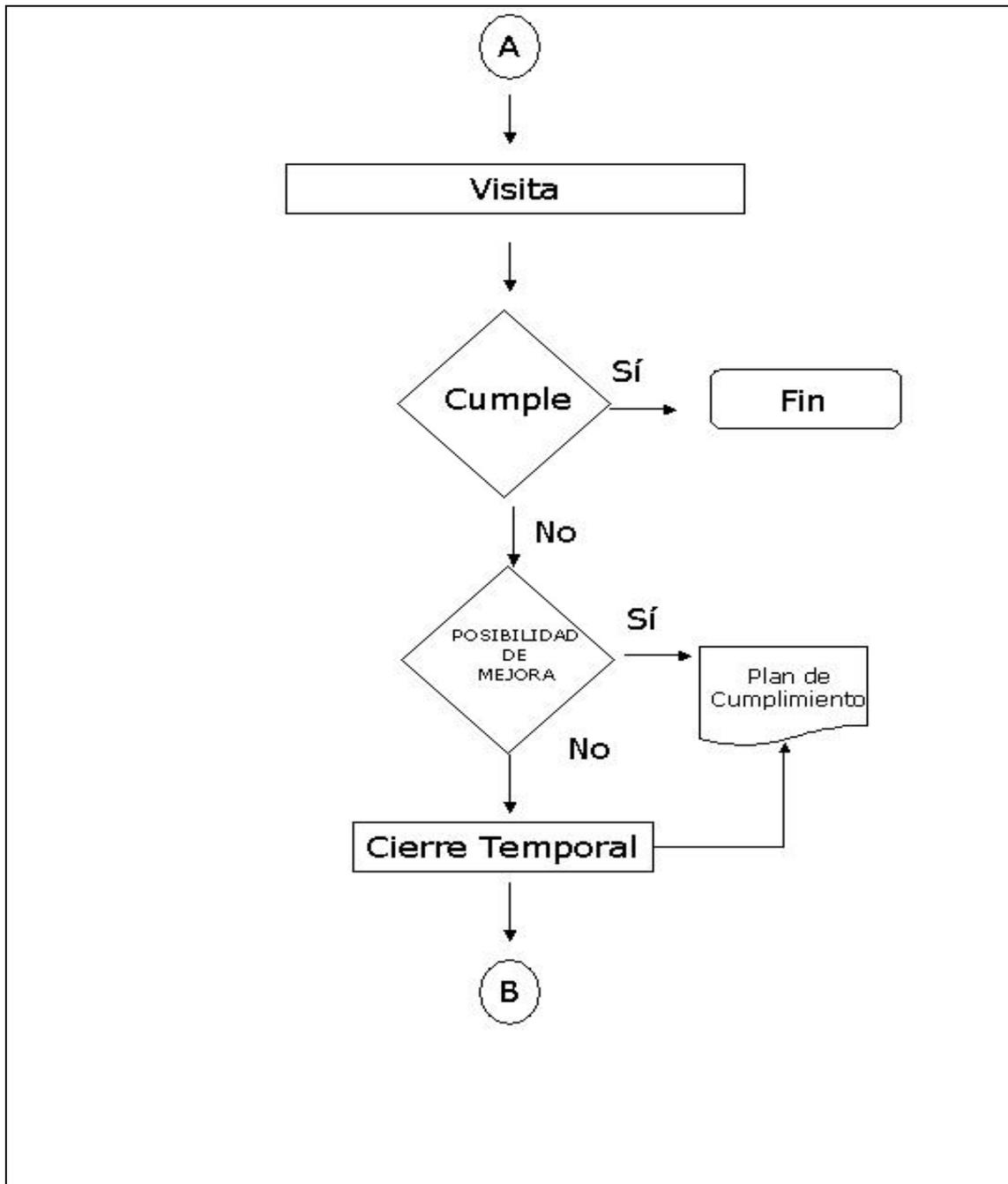
Región CORPES	Departamentos	Secretarías Departamentales	Secretarías Municipio Capital	Secretarías otros Municipios
Costa Atlántica	Atlántico, San Andrés,	1	1	1

Región CORPES	Departamentos	Secretarías Departamentales	Secretarías Municipio Capital	Secretarías otros Municipios
	Guajira, Magdalena, Cesar, Bolivar, Córdoba, Sucre.			
Oriente	C/marca, Boyacá, Santanderes, Meta	2	1	
Centro	Antioquia, Caldas, Caquetá, Huila, Quindío, Risaralda, Tolima	2	3	
Amazonía	Caquetá, Putumayo, Amazonas	1	1	
Orinoquía	Arauca, Casanare, Guainía, Guaviare, Vaupes, Vichada	1	1	
Bogotá				1
TOTALES		7	7	2

Avances en la implementación de requisitos esenciales: Este avance se estableció en términos de la experiencia que tuviera la entidad territorial en la verificación de requisitos esenciales de acuerdo con el informe de la Superintendencia Nacional de Salud. Sin embargo, para efectos comparativos también se incluyeron entidades que no cumplieran con esta condición.

4.1.4.2 **Categorías de análisis.** Con base en el diagrama de flujo que grafica el proceso de verificación de requisitos esenciales a cargo de las Secretarías Departamentales y Municipales se identificaron tres (3) componentes básicos para operar adecuadamente el proceso: organización, recursos y políticas. Cada uno de estos componentes tiene a su vez unas condiciones que permiten determinar la presencia o ausencia de dicho requisito en la Secretaría estudiada.





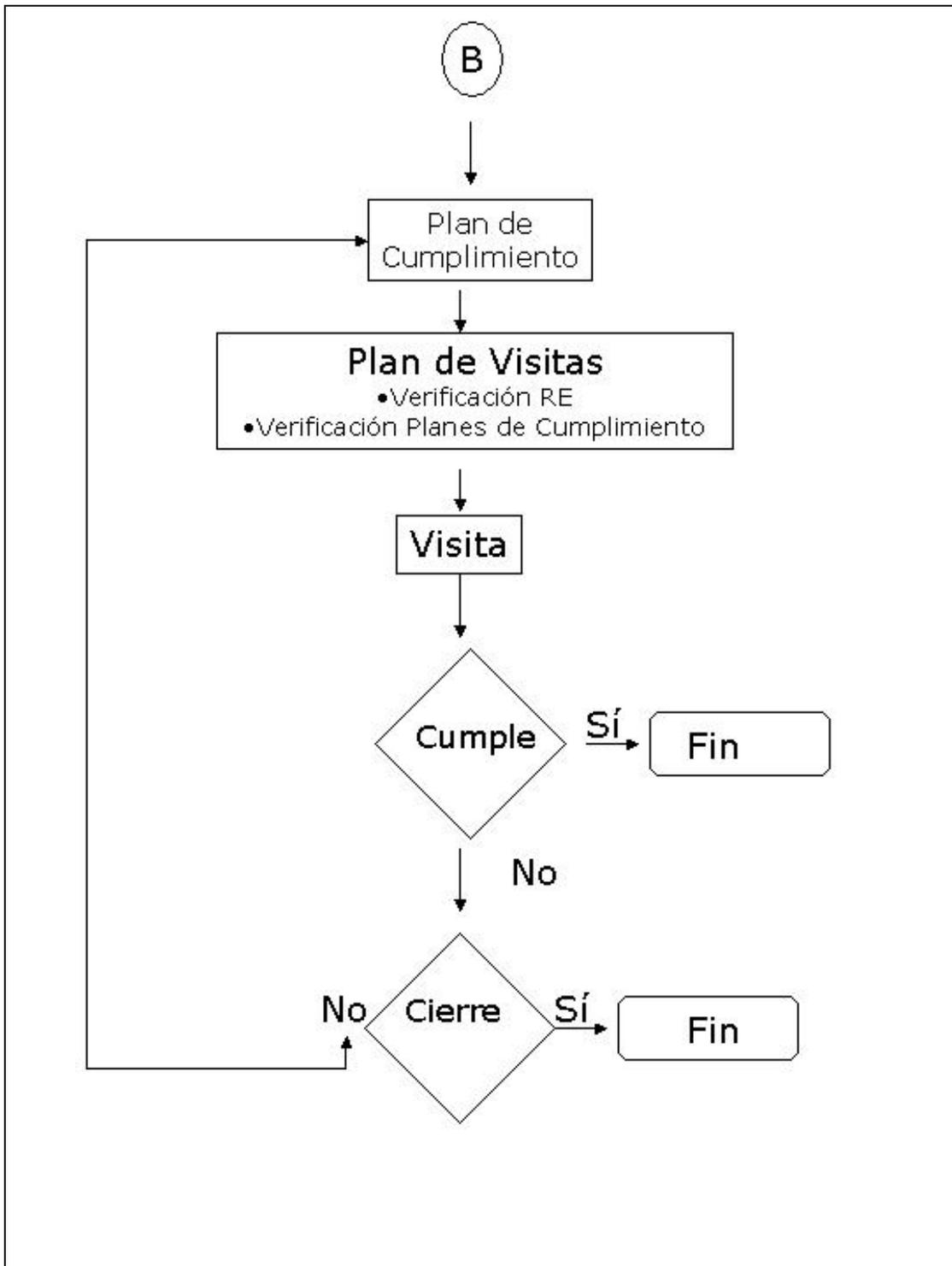


Gráfico 3. Diagrama de flujo de verificación de requisitos por secretarías de salud

Organización: Se refiere a los elementos de la estructura y la misión de la entidad, necesarios para adelantar la verificación de los requisitos esenciales. Como componentes de la estructura se identificarán la asunción de funciones por parte de la Secretaría y la capacidad organizacional con la que cuenta para cumplir con esta responsabilidad. Como componentes de la misión se identificarán el compromiso, entendido como el interés manifiesto, y la prioridad asignada por la Secretaría de Salud al desarrollo de las actividades inherentes a la verificación de requisitos.

Recursos: Se refiere a la disponibilidad de medios suficientes y adecuados para desarrollar las actividades inherentes a la verificación de los requisitos. Incluye recursos de orden financiero y humano, así como la disponibilidad, adopción y/o adecuación de los instrumentos diseñados para la verificación de los requisitos esenciales y la existencia de un sistema de información que permita el registro tanto de las instituciones como de las visitas de verificación y de las acciones recomendadas.

Políticas: Agrupa las directrices establecidas por la Secretaría de Salud para focalizar la verificación de requisitos esenciales y garantizar la objetividad del proceso. Incluye los criterios para dar prioridad a las visitas a las instituciones, la definición de inhabilidades en las que puedan incurrir los evaluadores y las estrategias tendientes a homologar los estándares de evaluación con los cuales los verificadores establecen el cumplimiento de los requisitos y aplican las acciones correctivas.

Finalmente, para establecer los avances de las Secretarías de Salud en la implementación de la verificación de requisitos se describieron las coberturas alcanzadas en la declaración y la verificación de los requisitos declarados y de los planes de cumplimiento.

4.1.4.3 **Recolección de información.** El estudio se realizó a partir de entrevistas formales semiestructuradas a funcionarios de las Secretarías departamentales y municipales seleccionadas.

Instrumentos: Se diseñaron dos (2) guías para entrevistas formales: una, dirigida al Secretario de Salud que incluyó preguntas acerca de la organización de la secretaría para asumir la verificación de requisitos esenciales y acerca de la disponibilidad de recursos financieros (anexo D2) y otra, dirigida al encargado de la vigilancia y control de la Secretaría con preguntas relativas a los recursos, las políticas que apoyan el proceso y los avances alcanzados en la declaración y verificación de requisitos y planes de cumplimiento. (anexo D2). En los casos en que nadie ocupaba el cargo de responsable del área de vigilancia y control, el Secretario de Salud asumiría en la entrevista las dos guías mencionadas.

4.1.4.4 **Selección y entrenamiento de entrevistadores.** El trabajo de campo fue desarrollado por profesionales médicos, con experiencia en verificación de requisitos esenciales en secretarías de salud, entidades de aseguramiento o empresas de auditoría, quienes además participaron en los pilotos con las Empresas Sociales del Estado. La tabla 6 relaciona los profesionales incluidos como evaluadores declarándose la profesión y experiencia respectiva.

Tabla 6. Perfil de los Evaluadores

NOMBRE	PROFESIÓN	EXPERIENCIA
Angela Romero	Médico – Especialización en administración en salud	Desarrollo de Proyectos de Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad – Verificación de Requisitos Esenciales con Secretaría de Salud
Pilar Parra	Médico	Verificación de requisitos esenciales con comisión de vigilancia y control de la oferta de Secretaría de Salud
Jorge Márquez	Médico especialización en gerencia en salud y auditoría de la calidad	Evaluación y Dirección de programas de Calidad – Consultorías en implementación de programas de Garantía de Calidad
Janeth Ariza	Medico – Especialización en gerencia de instituciones en seguridad social en salud	Depto de Calidad ISS C/marca Verificación de Requisitos, Auditorías y Acreditación
Germán Cantor	Médico- Especialización en administración en salud	
Ivis Rivera	Médico	Verificación de Requisitos Esenciales con comisión de Vigilancia y Control de la oferta de Secretaría de Salud

Los días 12 y 25 de mayo se realizó el entrenamiento de los evaluadores en el uso de cada uno de los instrumentos a aplicar de acuerdo con la siguiente agenda:

Tabla 7. Agenda de taller para capacitación de evaluadores

HORA	TEMA	CAPACITADOR
8:00 – 8:15	Presentación de las Instituciones y de los participantes	Patricia Gómez
8:15 – 10:15	-Marco general de Garantía de Calidad Requisitos Esenciales – Desarrollo técnico	Sergio Luengas

HORA	TEMA	CAPACITADOR
	y normativo El estudio y sus objetivos	
10:15 – 10:30	Descanso	
10:30 – 11:30	Programación general	Luz Elvira Rivera P.
11:30 – 12:30	Instrumentos para Pilotos	Sergio Luengas
12:30 – 1:30	Almuerzo	
1:30 – 2:30	Técnica de Entrevistas	Teresa Tono / Ligia de Charry
2:30 – 4:00	Guías para Entrevistas a Secretarías de Salud	Ligia de Charry / Sergio Luengas
4:00 – 5:00	Componente Administrativo y Financiero	Gloria Lucia Santa

Además de la coordinación general del componente; para ésta actividad en particular se asignó la coordinación operativa y el control de la ejecución de actividades a una enfermera profesional con postgrados en Auditora en Salud y Gerencia en Salud.

4.1.4.5 **Desarrollo de las entrevistas.** Se entrevistaron doce (12) secretarios de salud, un (1) delegado por el secretario de salud, quince (15) jefes o coordinadores del área de vigilancia y control, un (1) encargado de vigilancia y control de IPS y dos (2) coordinadores de salud de la Oficina de Desarrollo Comunitario. Cada entrevista se coordinó a partir de contacto telefónico previo, se realizó personalmente y su contenido fue grabado en cassettes.

4.1.4.6 **Procesamiento de los datos.** Las grabaciones fueron transcritas por un digitador y sus resultados fueron procesados utilizando el programa Ethnograph versión 4.0, diseñado para facilitar el análisis de los datos cualitativos. Mediante este programa se descompuso el contenido de cada entrevista codificándolo en las categorías de análisis que orientaron el estudio .y con las que se construyó el libro de códigos (ver anexo D3). Una vez de codificadas las entrevistas, se emitieron reportes con el contenido de las categorías de análisis por Secretaría de Salud (ver anexo D4 disponible en medio magnético); por unidad territorial, que agrupa los resultados por departamento (anexo D5 disponible en medio magnético); y consolidados por tipo de secretarías departamentales y municipales (ver anexo D6).

4.1.4.7 **Análisis.** Para cada unidad territorial estudiada se describió la organización institucional para realizar la verificación de los requisitos según la perspectiva de la organización, la disponibilidad de recursos, las políticas y los avances logrados. Además se diseñaron matrices en las que se consolidaron las respuestas del total de secretarías departamentales y municipales, con el fin de identificar el porcentaje de cumplimiento y los principales obstáculos que enfrentan estas entidades para operar la verificación de requisitos esenciales en términos de organización, recursos y políticas así como en las coberturas alcanzadas en cada una de las etapas del proceso. Los obstáculos de clasificaron teniendo en cuenta si eran ocasionados por problemas en los principios, el diseño o la implementación del modelo.

4.1.4.8 **Conclusiones.** Para cada tipo de secretaría estudiada se describirán los principales obstáculos para la verificación de los requisitos esenciales causados por la organización, los recursos, las políticas. Así mismo se describirá el avance del proceso en términos de las coberturas alcanzadas.

4.2 METODOLOGÍA PARA LA CONSOLIDACIÓN DE LAS ACTIVIDADES INDIVIDUALES

De cada una de las actividades realizadas se elaboró el informe individual que soporta y hace parte del presente informe consolidado.

El gráfico 4 representa el modelo diagnóstico con las actividades realizadas.

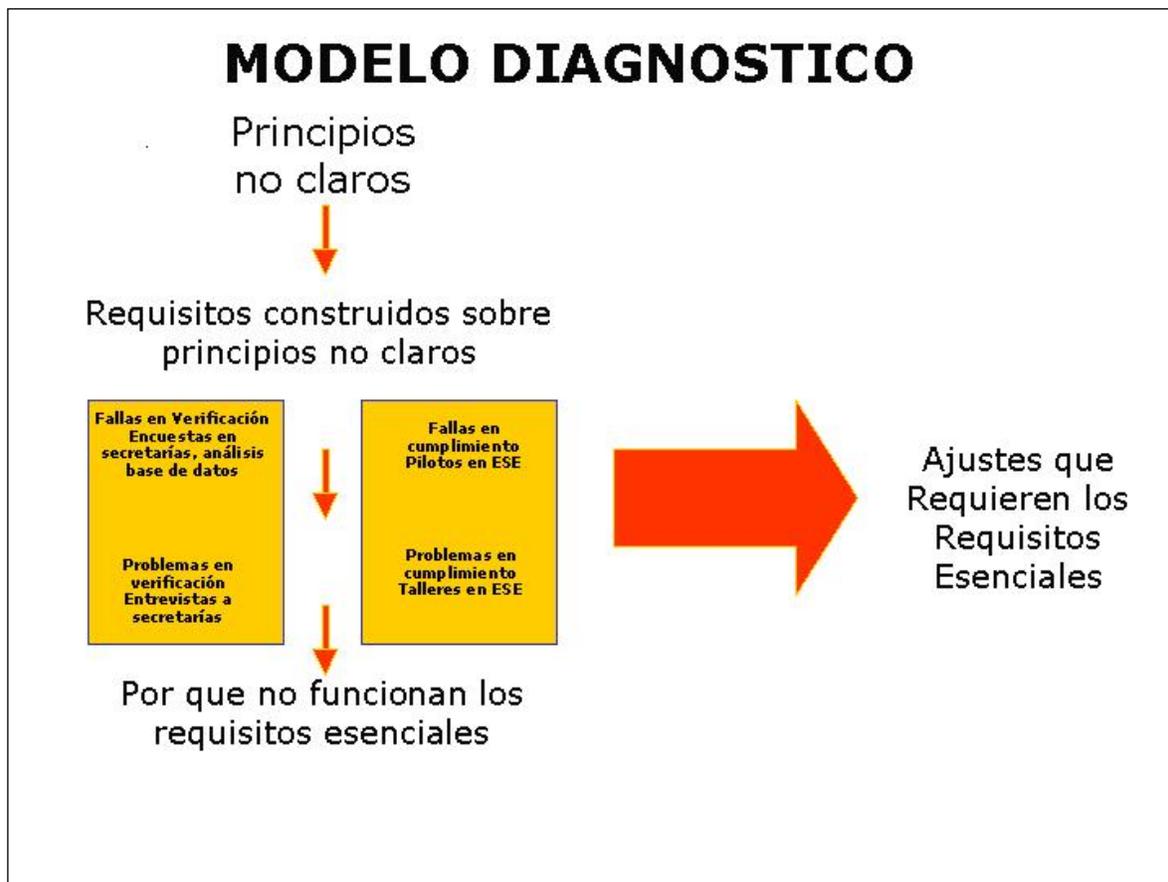


Gráfico 4. Ajustes que requieren los requisitos esenciales

Basados en la formulación de la hipótesis y en los objetivos específicos, se plantearon las preguntas que deben ser respondidas con el presente estudio. Las fuentes para dar respuesta a las preguntas, son los resultados de los diferentes métodos utilizados.

La tabla 8 identifica las correspondencias entre las fases, las hipótesis, los objetivos específicos, las preguntas planteadas y las fuentes utilizadas para responderlas.

Tabla 8. Matriz de Análisis de las actividades de la fase diagnóstica

FASE	HIPOTESIS	OBJETIVOS	PREGUNTAS	FUENTES
IMPLEMENTACIÓN	Fallas en la verificación.	Describir los niveles de declaración, de registro y de cumplimiento.	¿Cuál es la cobertura de la declaración?	<ul style="list-style-type: none"> Encuestas Análisis de bases de datos
			¿Cuál es la cobertura de la verificación?	<ul style="list-style-type: none"> Encuestas
			¿Cuál es la cobertura de la verificación de los planes?	<ul style="list-style-type: none"> Encuestas
			¿Cuál es el nivel de cumplimiento?	<ul style="list-style-type: none"> Encuestas Pilotos
	Fallas en el cumplimiento.		¿Qué resultados se han obtenido en la verificación?	<ul style="list-style-type: none"> Encuestas
			¿Cuál es la capacidad y expectativa de cumplimiento?	<ul style="list-style-type: none"> Pilotos
			¿Cuántas se cerrarían?	<ul style="list-style-type: none"> Pilotos
DISEÑO	Procesos claves no estandarizados.	Describir los procedimientos de verificación operando en la actualidad en las secretarías de salud y prestadores.	¿Se asumió la función?	<ul style="list-style-type: none"> Encuestas Entrevistas
			¿Cuál es la organización para verificación?	<ul style="list-style-type: none"> Encuestas
			¿Cuáles son los procedimientos para verificación?	<ul style="list-style-type: none"> Encuestas
			¿Son homogéneos los procesos de coordinación territorial?	<ul style="list-style-type: none"> Encuestas Entrevistas

FASE	HIPOTESIS	OBJETIVOS	PREGUNTAS	FUENTES
	No hay difusión de principios ni de procesos.	Describir el nivel de conocimiento existente de los objetivos y procesos de requisitos esenciales.	¿Sabén los actores qué hay que hacer?	<ul style="list-style-type: none"> Encuestas Entrevistas Talleres
	No hay recursos para la verificación y el cumplimiento de requisitos.	Describir la disponibilidad de recursos y la capacidad técnica de prestadores y secretarías.	¿Son suficientes los recursos financieros existentes para la verificación y el cumplimiento?	<ul style="list-style-type: none"> Entrevistas Talleres
	Hay deficiencias en la capacidad técnica y de gestión de los prestadores y de las secretarías.		¿Tienen las secretarías y los prestadores capacidad técnica?	<ul style="list-style-type: none"> Entrevistas Talleres
¿Tienen las secretarías y prestadores acceso a asesoría técnica?			<ul style="list-style-type: none"> Entrevistas Talleres 	
¿Qué otras carencias de recursos se identifican?			<ul style="list-style-type: none"> Entrevistas Talleres 	
Hay fallas en el control del diseño de estándares.		Describir el nivel de simplicidad, validez, y fiabilidad de los requisitos.	¿Son simples los estándares?	<ul style="list-style-type: none"> Entrevistas Talleres
			¿Tiene relación directa con la protección a los usuarios?	<ul style="list-style-type: none"> Entrevistas Talleres
			¿Son homogéneos los procesos de verificación?	<ul style="list-style-type: none"> Pilotos Entrevistas Talleres
			¿Son homogéneos los conceptos de cumplimiento?	<ul style="list-style-type: none"> Pilotos Entrevistas Talleres

FASE	HIPOTESIS	OBJETIVOS	PREGUNTAS	FUENTES
			¿Son homogéneas las conductas?	<ul style="list-style-type: none"> • Pilotos • Entrevistas • Talleres
PRINCIPIOS	No hay claridad en la definición de los principios.		¿Son claros los principios que rigen los requisitos esenciales?	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevistas • Talleres
			¿Es claro el papel de los requisitos en el sistema de garantía de calidad?	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevistas • Talleres
			¿Creen las secretarías y los prestadores en la necesidad de verificación y en la obligatoriedad del cumplimiento?	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevistas • Talleres
	No hay credibilidad	Describir el nivel de credibilidad en los actores.		

Criterios para evaluar resultados

Con el fin de evaluar los resultados obtenidos en la fase diagnóstica de los requisitos esenciales se definieron los siguientes criterios:

1. En relación con los niveles de declaración, registro, verificación y cumplimiento de requisitos esenciales:
 - 1.1 *Cobertura de la declaración:* 100%, considerando que no pueden prestarse servicios de salud sin la declaración de requisitos esenciales.
 - 1.2 *Cobertura de la verificación:* En número de entidades, al menos un 50% considerando que han transcurrido un año de haber entrado en plena vigencia los requisitos. El número de requisitos debe ser el 100% de los requisitos aplicables a la entidad.

- 1.3 *Cobertura de la verificación de los planes:* El 100%, so pena de ser inoperantes los planes y los requisitos
 - 1.4 *Nivel de cumplimiento de los requisitos:* El 100% de las entidades y el 100% de los requisitos partiendo de la base de obligatoriedad.
 - 1.5 *Resultados obtenidos en la verificación:* Debe contarse con un 100% de cobertura de la declaración, de verificación de los planes de cumplimiento, y con un 50% de la verificación de las entidades en la jurisdicción de la Secretaría.
 - 1.6 *Capacidad y expectativa de cumplimiento:* Debe tenerse la capacidad de cumplimiento del 100% de los requisitos. Si se incumple con algún requisito debe costearse e incluirse en presupuesto.
 - 1.7 *Cuántas se cerrarían:* Si se trata de esenciales no deberían cerrarse entidades, máxime existiendo planes de cumplimiento. Pero no debe afectarse el acceso a los servicios de salud de la comunidad.
2. Describir los procedimientos de verificación operando en la actualidad en las secretarías y prestadores:
- 2.1 *Se asumió la función.* Todas las secretarías de salud departamentales y distritales y todas las entidades de municipios certificados debían haber asumido las funciones de registro y de verificación a más tardar en enero de 1999.
 - 2.2 *Organización para la verificación:* Las secretarías de salud, en especial las departamentales, las distritales y las de capitales de departamento, dada la dimensión de la responsabilidad, deben contar con una dependencia específica para asumirla. Todas deben tener claro un perfil y un proceso de entrenamiento de los profesionales encargados de verificación y deben contar con disponibilidad de recursos para el transporte de los verificadores (en especial las departamentales).

- 2.3 *Procedimientos para verificación:* Las secretarías de salud deben tener claramente definidos los instrumentos de verificación, y en especial considerar que el instrumento de la Superintendencia Nacional de Salud se expidió con anterioridad a la resolución que modifica los requisitos esenciales. Deben definir criterios de prioridad de visitas según circular del Ministerio de Salud; deben cumplir con la programación de verificación de planes de cumplimiento (por definición); deben tener claro cuanto puede ser el costo de visitas para evaluar la capacidad de recursos disponibles frente a la demanda y deben tener claros los criterios para aplicar conductas de acuerdo con el tipo de requisitos incumplido.
- 2.4 *Homogeneidad de los procesos de coordinación territorial:* Las secretarías de salud deben tener claro que las secretarías de salud de los municipios certificados asumen las responsabilidades de requisitos en su jurisdicción y que en los municipios no certificados las asume la secretaría departamental.
3. Describir el nivel de conocimiento existente de los objetivos y procesos de requisitos esenciales:
- 3.1 *Saben qué hay que hacer?*
- 3.1.1 Las secretarías de salud deben tener clara la asignación de recursos humanos y financieros para esta responsabilidad, la identificación de perfiles y entrenamiento de verificadores, la conformación de equipos multidisciplinarios para las visitas de verificación, la definición de criterios para priorización de visitas, y para determinación de conductas en caso de incumplimiento.
- 3.1.2 *Prestadores:* Los prestadores de servicios de salud deben tener claras sus obligaciones de auto evaluación, presentación de la declaración y cumplimiento de todos los requisitos vigentes y de los planes de cumplimiento.

4. Describir la disponibilidad de recursos de prestadores y secretarías:
 - 4.1 *Suficiencia de los recursos financieros y humanos existentes para la verificación y el cumplimiento.* Dado el concepto de obligatorio, las secretarías deben contar con los recursos necesarios para verificación. Dado que son esenciales, los prestadores deben tener la disponibilidad de recursos para alcanzar el cumplimiento.
 - 4.2 *Capacidad técnica:* Las secretarías de salud, deben contar con la capacidad técnica para asumir ésta función legalmente fijada.
 - 4.3 *Acceso a asesoría técnica:* La normatividad sobre requisitos esenciales fija responsabilidades de asesoría técnica al Ministerio, a las secretarías de salud y de las secretarías de salud a los prestadores.
 - 4.4 *Otras carencias de recursos:* El sistema de información debe permitir la monitorización del proceso tanto en el nivel nacional como la parte operativa de requisitos esenciales.

5. Describir el nivel de simplicidad, validez, y fiabilidad de los requisitos:
 - 5.1 *Simplicidad de los estándares:* Un criterio que deben cumplir los estándares es la simplicidad, tanto en número de estándares como en su contenido, permitiendo fácilmente su cumplimiento y verificación.
 - 5.2 *Validez de los estándares:* Tiene relación directa con la protección a los usuarios.
 - 5.3 *Homogeneidad de los procesos de verificación:* No debe existir una variabilidad en el concepto sobre cumplimiento, mayor del 1% entre dos verificadores diferentes, dadas las implicaciones jurídicas de los requisitos.
 - 5.4 *Homogeneidad de los conceptos de cumplimiento y de las conductas:* No debe existir una variabilidad en la aplicación de conductas ni en

los conceptos de cumplimiento entre dos verificadores diferentes, dadas las implicaciones jurídicas de los requisitos.

6. Describir el nivel de claridad conceptual de los principios que direccionan los requisitos esenciales:

6.1 *Claridad de los principios que rigen los requisitos esenciales:* La protección a los usuarios debe ser un concepto claro para todos los actores del sistema.

6.2 *Claridad del papel de los requisitos en el sistema de garantía de calidad:* El concepto de licenciamiento debe ser claro para todos los actores del sistema.

7. Describir el nivel de credibilidad en los actores (secretarías, prestadores):

7.1 *¿Creen las secretarías y los prestadores en la necesidad de verificación y en la obligatoriedad del cumplimiento?* La obligatoriedad de los requisitos esenciales y fundamentalmente el rol que juegan en la protección a los usuarios, implica necesariamente que los actores del sistema deban considerarlo como una prioridad. El compromiso de los prestadores en el cumplimiento y de las secretarías en la verificación es un factor fundamental para el logro de la protección a los usuarios.

5. RESULTADOS

5.1 RESULTADOS INDIVIDUALES POR ACTIVIDAD DIAGNÓSTICA

5.1.1 **Pilotos en hospitales.** Dentro del análisis realizado para el conjunto de entidades se encontraron los siguientes resultados:

5.1.1.1 **Requisitos aplicables por entidad.** En una cuantificación inicial de estándares realizada para la codificación y diseño de los instrumentos a aplicar en los pilotos, se identificaron alrededor de 16.000 estándares de obligatorio cumplimiento; la codificación de estándares del anexo A7 permitió racionalizar los instrumentos, de manera que el total de estándares aplicables (evaluables) suma 8587 y el total de codificados suma 10315.

La tabla 9 presenta el número de requisitos aplicables para cada entidad de acuerdo con los servicios declarados por cada una en el portafolio de servicios, además muestra la mediana por cada nivel de atención.

Tabla 9. Número de requisitos aplicable por nivel

CÓDIGO DE ENTIDAD	NIVEL	No. REQUISITOS APLICABLES
2	1	1061
3	1	696
7	1	1027
12	1	636
14	1	1306
15	1	1,323
18	1	1800
24	1	1496
5	2	957
6	2	2096
11	2	1853
17	2	3229
20	2	2884
21	2	1418
23	2	2256
25	2	2581
27	2	2087
28	2	2934
1	3	1480
4	3	3,454
9	3	2183
10	3	3080
16	3	4105
19	3	4637
22	3	3981
26	3	3875
30	Ambulancias	0
29	Lab. Salud P.	71
13	H. Mental	1324
8	C.Rehab.	731

CÓDIGO DE ENTIDAD	NIVEL	No. REQUISITOS APLICABLES
MEDIANA NIVEL 1		1184
MEDIANA NIVEL 2		2176
MEDIANA NIVEL 3		3665

5.1.1.2 **Porcentaje de requisitos verificados.** La tabla 10 muestra el número de requisitos verificados y el porcentaje de los mismos por parte de las secretarías de salud en las diferentes entidades a las que se les aplicó la prueba piloto; además presenta la mediana del porcentaje de verificación.

Tabla 10. Número de requisitos y de servicios verificados por entidad

CÓDIGO DE ENTIDAD	TOTAL DE REQUISITOS A VERIFICAR	REQUISITOS VERIFICADOS POR SECRETARÍA	% SERVICIOS VERIFICADOS
27	2934	0	0.00
10	1496	0	0.00
7	957	550	57.47
9	2096	1034	49.33
11	1027	25	2.43
13	2183	124	5.68
15	1853	852	45.98
20	1,323	840	63.49
25	1800	217	12.06
5	1418	0	0.00
6	3981	0	0.00
8	2256	0	0.00
17	2581	0	0.00
22	3875	0	0.00
24	2087	0	0.00

CÓDIGO DE ENTIDAD	TOTAL DE REQUISITOS A VERIFICAR	REQUISITOS VERIFICADOS POR SECRETARÍA	% SERVICIOS VERIFICADOS
29	71	0	0.00
30	0	0	0.00
19	1306	1614	123.58
28	2884	1703	59.05
18	1324	506	38.22
3	696	163	23.42
16	636	761	119.65
26	4637	578	12.46
23	3229	1274	39.45
21	4105	839	20.44
1	1480	440	29.73
4	3,454	1,733	50.17
2	1061	207	19.51
12	731	141	19.29
14	3080	442	14.35
MEDIANA		74.39947	2466.7
PROMEDIO		518.4397	833.33
		696.8326	33.784
Mediana Verificados/aplicables		33.97	
Mediana No cumplidos/verificados		41.22	
Mediana/Incluidos en plan/No cumplidos		17.50	

5.1.1.3 **Porcentaje de incumplimiento y cumplimiento de requisitos.** La tabla 11 muestra el porcentaje de incumplimiento y cumplimiento de los requisitos comparando la evaluación realizada por parte del Consorcio, la evaluación realizada por parte de las secretarías de salud y según la autoevaluación realizada por cada institución; se anexa en medio magnético (ver anexo A6) el detalle de cada uno de los estándares, de cuantas veces fue verificado y de cuantas veces fue incumplido.

Tabla 11. Detalle de los resultados de la verificación por entidad

Codigo Entidad	Total Requisitos	Verificados x Consorcio	No Cumple s /Consorcio	% No cumplimiento /verificado por Consorcio	Cumple s /Consorcio	% cumplimiento /verificado por Consorcio	Verificados x Secretaria	No Cumple s/Sec. Salud	% No cumple /verificado	Cumple s/Sec. Salud	% cumple /verificado	Verificado Autoeval.	Cumple s/autoeval	% Cumplimiento/ autoevalua.
1	1480	512	144	28.13	368	71.88	440	182	41.36	258	58.64	303	207	68.32
2	1061	300	119	39.67	181	60.33	207	60	28.99	147	71.01	0	0	0.00
3	696	311	112	36.01	199	63.99	163	71	43.56	92	56.44	0	0	0.00
4	3,454	306	94	30.72	212	69.28	1,733	712	41.08	1,021	58.92	1,820	1,198	65.82
5	1418	601	437	72.71	164	27.29	0	0	0	0	0.00	0	0	0.00
6	3981	1464	567	38.73	897	61.27	0	0	0	0	0.00	0	0	0.00
7	957	769	330	42.91	439	57.09	550	334	60.73	216	39.27	0	0	0.00
8	2256	609	104	17.08	505	82.92	0	0	0	0	0.00	0	0	0.00
9	2096	1743	944	54.16	799	45.84	1034	616	59.57	418	40.43	0	0	0.00
10	1496	2765	413	14.94	2352	85.06	0	0	0	0	0.00	0	0	0.00
11	1027	1792	757	42.24	1035	57.76	25	22	88.00	3	12.00	0	0	0.00
12	731	530	160	30.19	370	69.81	141	129	91.49	12	8.51	0	0	0.00
13	2183	1004	189	18.82	815	81.18	124	123	99.19	1	0.81	726	455	62.67
14	3080	829	305	36.79	524	63.21	442	146	33.03	296	66.97	0	0	0.00
15	1853	924	199	21.54	725	78.46	852	124	14.55	728	85.45	654	481	73.55
16	636	908	155	17.07	753	82.93	761	24	3.15	737	96.85	2541	2084	82.01
17	2581	1353	433	32.00	920	68.00	0	0	0	0	0.00	0	0	0.00
18	1324	367	135	36.78	232	63.22		4				0	0	0.00
19	1306	762	168	22.05	594	77.95	506	502	99.21	4	0.79	0	0	0.00

Codigo Entidad	Total Requisitos	Verificados x Consorcio	No Cumple s /Consorcio	% No cumplimiento /verificado por Consorcio	Cumple s /Consorcio	% cumplimiento /verificado por Consorcio	Verificados x Secretaria	No Cumple s/Sec. Salud	% No cumple /verificado	Cumple s/Sec. Salud	% cumple /verificado	Verificado Autoeval.	Cumple s/autoeval	% Cumplimiento/ autoevalua.
20	1,323	1221	430	35.22	791	64.78	1614	461	28.56	1153	71.44	0	0	0.00
21	4105	498	100	20.08	398	79.92	840	295	35.12	545	64.88	0	0	0.00
22	3875	1553	490	31.55	1063	68.45	839	324	38.62	515	61.38	2654	0	0.00
23	3229	1376	453	32.92	923	67.08	0	377	29.59	0	0.00	0	0	0.00
24	2087	872	132	15.14	740	84.86	1274	0	0	897	70.41	168	128	76.19
25	1800	1877	528	28.13	1349	71.87	0	59	27.19	0	0.00	0	0	0.00
26	4637	472	98	20.76	374	79.24	217	350	60.55	158	72.81	3312	2681	80.95
27	2934	80	20	25.00	60	75.00	578	0	0	228	39.45	0	0	0.00
28	2884	1083	415	38.32	668	61.68	0	742	43.57	0	0.00	112	44	39.29
29	71	53	5	9.43	48	90.57	1703	0	0	961	56.43	0	0	0
30	0	0	0	0.00	0	0.00	0	0	0	0	0.00	0	0	0

La tabla 12 resume los resultados en torno a diferentes aspectos tomando en cuenta el total de los requisitos esenciales cumplidos.

Tabla 12. Resumen de los resultados de pilotos por indicador

RESUMEN GENERAL	CGH	SECRETARIA DE SALUD	AUTO EVALUACIÓN	ACOMPaña-MIENTO
% DE CUMPLIMIENTO GLOBAL Cumplen Requisito / Requisitos con Respuesta Válida Requistos con Respuesta válida = Cumple y No cumple	69.536%	56.271%	98.137%	
% GLOBAL DE VERIFICACION DE REQUISITOS Requisitos Evaluados / Total Requisitos Aplicables Requisitos Evaluados = respuestas 1 y 2 Total Requisitos = total requisitos Modelo	43.482%	24.293%	22.643%	
% GLOBAL DE REQUISITOS INCLUIDOS EN LOS PLANES Requisitos Incluidos en los Planes /Requisitos Incluidos y No incluidos Requisitos Incluidos = No Cumplen e Incluido en los	4.833%	16.788%	33.844%	

RESUMEN GENERAL	CGH	SECRETARIA DE SALUD	AUTO EVALUACIÓN	ACOMPAÑA- MIENTO
Planes de Cumplimiento Requisitos No Incluidos = No Cumplen y NO Incluido en los Planes de Cumplimiento				
% REQUISITOS COSTEADOS Requisitos Costeados /Requisitos No Cumple	2.963%	3.695%	7.491%	
% REQUISITOS COSTEADOS PRESUPUESTO 2000 Requisitos Ppto 2000 /Requisitos No Cumple	0.049%	0.061%	0.124%	
% REQUISITOS ACOMPAÑAMIENTO Requisitos Acompañados / Total Requisitos a Acompañar				22.221%

5.1.1.4 **Servicios que se cerrarían.** En la muestra de las treinta Empresas Sociales del Estado incluidas en los pilotos, aplicando el criterio de cerrar un servicio en caso de incumplimiento de al menos uno de los requisitos aplicables y verificados en dicho servicio, se encontraron los siguientes resultados: en la verificación realizada por las secretarías de salud, de 346 servicios evaluados solamente se podrían dejar abiertos 8: Trabajo social de mediana complejidad de la entidad 028, Cuidado Básico Neonatal de la entidad 020, Radiología de mediana complejidad de la entidad 021, Psicología de mediana complejidad, esterilización de baja complejidad, sala de parto de baja complejidad, transporte y comunicaciones de la entidad 014, y el servicio de alimentación de la entidad 016.

El comportamiento varía según el tipo de evaluación. En la verificación realizada por los evaluadores del Consorcio, de 405 servicios evaluados solamente cumplen 3 servicios la totalidad de los requisitos aplicables al mismo: el de laboratorio clínico de alta complejidad de la entidad 010, la generalidades de consulta externa de la entidad 021, y el servicio de alimentación de la entidad 016. En la verificación realizada mediante autoevaluación, de 227 servicios evaluados, 4 cumplen la totalidad de los requisitos aplicables a éste servicio: Toma de muestras de laboratorio clínico, servicio transfusional y banco de sangre categoría B de la entidad 023 y la sala de alto riesgo obstétrico de la entidad 016. (ver tabla 13)

Para realizar el análisis de esta información se corrió una macro que se anexa sólo en medio magnético en razón del tamaño de la misma (Ver anexo A5).

Tabla 13. Servicios que no se cerrarían según el tipo de verificador

SEVICIOS QUE NO SE CERRARÍAN SEGÚN VERIFICACIÓN SECRETARÍAS DE SALUD	SERVICIOS QUE NO SE CERRARÍAN SEGÚN VERIFICACIÓN CONSORCIO	SERVICIOS QUE NO SE CERRARÍAN SEGÚN VERIFICACIÓN POR AUTO EVALUACION
Trabajo social mediana complejidad entidad 028	Laboratorio clínico de alta complejidad de la entidad 010	Toma de muestras de laboratorio clínico de la entidad 023
Cuidado básico neonatal entidad 021	Generalidades de consulta externa de la entidad 021	Servicio transfusional de la entidad 023
Radiología de mediana complejidad de la entidad 021	Servicio de alimentación de la entidad 016	Banco de sangre categoría B de la entidad 023
Sicología de mediana complejidad		Sala de alto riesgo obstétrico de la entidad 016
Esterilización de baja complejidad de la entidad 014		
Sala de parto de baja complejidad de la entidad 014		
Transporte y comunicaciones de la entidad 014		
Servicio de alimentación de la entidad 016		

5.1.1.5 **Requisitos por aspecto.** El gráfico 5 muestra el porcentaje de requisitos incumplidos por aspecto del total de requisitos existentes en cada aspecto en todas las entidades evaluadas.

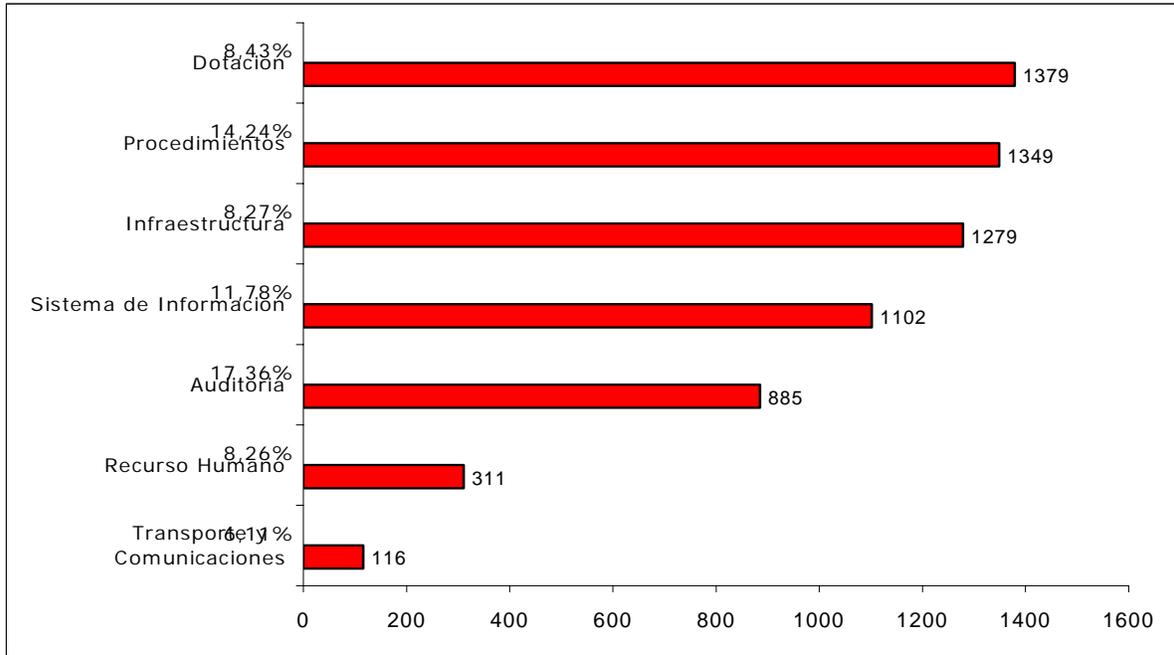


Gráfico 5. Número de requisitos incumplidos por aspecto por 100 / Número de requisitos existentes en cada aspecto

El Gráfico 6 muestra el porcentaje de requisitos incumplidos por aspecto de los 6421 requisitos incumplidos, en todas las entidades evaluadas.

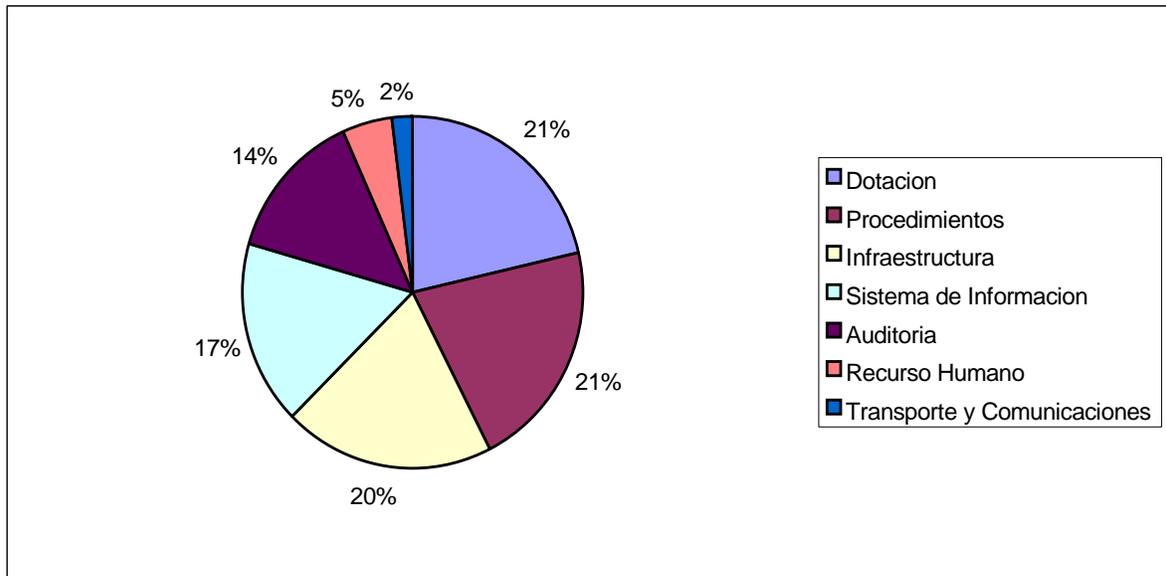


Gráfico 6. Número de requisitos incumplidos por aspectos por 100/Número total de requisitos incumplidos

5.1.1.6 **Requisitos incluidos en planes de cumplimiento.** La tabla 14 muestra el número de requisitos incluidos dentro de los planes de cumplimiento y dentro del presupuesto en cada entidad evaluada. Tomando como base los requisitos incumplidos en relación con los requisitos verificados en cada entidad sujeto del estudio, se aprecia una tendencia medida con la mediana del 31% en la verificación realizada por el Consorcio, y del 41% de la verificación realizada por las secretarías en las cuales se encontró esta verificación (20 de las 30 entidades).

Tabla 14. Número de requisitos incluidos en plan y en presupuesto

CÓDIGO ENTIDAD	TOTAL DE REQUISITOS	REQUISITOS INCLUIDOS EN PLAN	% REQUISITOS INCLUIDOS EN PLAN	INCLUIDOS EN PPTO
1	1480	49	3.31%	0
2	1061	22	2.07%	0
3	696	14	2.01%	0
4	3,454	216	6.25%	0
5	957	0	0.00%	0
6	2096	0	0.00%	0
7	1027	0	0.00%	0
8	731	0	0.00%	0
9	2183	0	0.00%	0
10	3080	8	0.26%	0
11	1853	0	0.00%	0
12	636	48	7.55%	0
13	1324	0	0.00%	0
14	1306	79	6.05%	0
15	1,323	0	0.00%	1
16	4105	5	0.12%	0
17	3229	0	0.00%	0
18	1800	66	3.67%	0
19	4637	14	0.30%	0
20	2884	0	0.00%	1
21	1418	82	5.78%	1
22	3981	0	0.00%	0

CÓDIGO ENTIDAD	TOTAL DE REQUISITOS	REQUISITOS INCLUIDOS EN PLAN	% REQUISITOS INCLUIDOS EN PLAN	INCLUIDOS EN PPTTO
23	2256	87	3.86%	0
24	1496	0	0.00%	0
25	2581	0	0.00%	1
26	3875	75	1.94%	0
27	2087	203	9.73%	0
28	2934	51	1.74%	0
29	71	0	0.00%	0
30	0	0	0.00%	0

5.1.1.7 **Coincidencias.** La tabla 15 muestra la coincidencia que hay entre el Consorcio, las secretarías de salud y la autoevaluación realizada por cada entidad en torno a los requisitos no cumplidos por aspecto.

Tabla 15. Coincidencia en los conceptos de verificación. Distribución por aspecto.

Coincidencia de No Cumplimiento de Requisitos por Aspectos					
	Salud	Con CGH		Con AutoEvaluación	
	No Cumplidos	No Cumplidos	% coinc Ssalud	No Cumplidos	% coinc Ssalud
Infraestructura	1279	332	25.958%	83	6.489%
Recurso Humano	311	41	13.183%	48	15.434%
Dotación	1379	269	19.507%	179	12.980%
Procedimientos	1349	305	22.609%	157	11.638%
Sistema de Información	1102	175	15.880%	72	6.534%
Transporte y Comunicaciones	116	27	23.276%	2	1.724%
Auditoría	885	221	24.972%	56	6.328%
Totales	6421	1370	21.336%	597	9.298%

5.1.1.8 **Porcentaje de entidades con visita por parte de Secretaría, con autoevaluación.** La tabla 16 muestra qué porcentaje del total de las entidades de la muestra tienen visita por parte de las secretarías de salud, cuántas de ellas han realizado autoevaluación de los requisitos esenciales y cuántas han elaborado un plan de cumplimiento de los mismos.

Tabla 16. Entidades con verificación de secretaría de salud, con plan de cumplimiento y con verificación

CODIGO DE ENTIDAD	ENTIDADES CON VERIFICACION POR SECRETARIA DE SALUD	ENTIDADES CON AUTOEVALUACIÓN	ENTIDADES CON PLAN DE CUMPLIMIENTO
1	1	1	1
4	1	1	1
13	1	1	1
16	1	1	1
26	1	1	1
28	1	1	1
30	1	1	1
2	1	2	1
3	1	2	1
12	1	2	1
14	1	2	1
18	1	2	1
19	1	2	1
21	1	2	1
23	1	2	1
8	2	2	1
10	2	2	1
22	2	2	1
15	1	1	2
24	2	1	2
27	2	1	2
7	1	2	2
9	1	2	2

CODIGO DE ENTIDAD	ENTIDADES CON VERIFICACION POR SECRETARIA DE SALUD	ENTIDADES CON AUTOEVALUACIÓN	ENTIDADES CON PLAN DE CUMPLIMIENTO
11	1	2	2
20	1	2	2
25	1	2	2
5	2	2	2
6	2	2	2
17	2	2	2
29	2	2	2
TOTAL SI (1)	21	10	18
Porcentaje 1	70,00	33,33	60,00
TOTAL NO(2)	9	20	12
Porcentaje 2	30,00	66,67	40,00

5.1.1.9 **Desarrollos reportados por los hospitales públicos sobre los demás componentes del Sistema de Garantía de Calidad en la actividad de pilotos.** Con base en las respuestas de los hospitales sobre los desarrollos de los demás componentes del sistema de garantía de calidad, se resumen los principales hallazgos por componente:

- **Desarrollo de un sistema de información con componentes de oferta de servicios, uso por parte de los usuarios, perfil epidemiológico y situación de los usuarios atendidos.** Las instituciones reportan desarrollos en encuestas de satisfacción de usuarios, reportes periódicos de morbimortalidad y perfil epidemiológico, manejo de software como SIGMA, Hipócrates, SIAGHO, ZENCO, R Fast 5, manejo de RIAS, en general portafolios no sistematizados.

- **Diseño y ejecución de un plan de mejoramiento de la calidad.** Se encuentran en proceso de diseño en la mayor parte de las instituciones; se dirigen principalmente hacia el mejoramiento de procesos de gestión financiera, recuperación de cartera, facturación, productividad, construcción de indicadores de calidad y eficiencia, levantamiento de procesos, historias clínicas, estancias hospitalarias, diseño de guías clínicas, oportunidad quirúrgica y de citas, infraestructura física e informática. Incluyen en este punto desarrollos de comités de calidad, control interno.
- **Procesos de auditoría médica.** Reportan principalmente actividades como revisión de historias y casos clínicos, implementación de guías clínicas, auditoría de RIAS, nombramiento de auditores, evaluación de la satisfacción de clientes, trámite de quejas, productividad de profesionales asistenciales, auditoría de cuentas, evaluación de la oportunidad, requisitos esenciales, contención de costos, conformación de comités (historias clínicas, de calidad, de infecciones, control interno), eficiencia técnica financiera.
- **Desarrollo de procesos que permitan conocer el nivel de satisfacción de los usuarios y atender reclamaciones y sugerencias.** Reportan en casi todas las entidades encuesta de satisfacción de clientes y usuarios, trámite de quejas, conformación de asociación de usuarios, verificación de derechos, servicios de orientación a usuarios, SIAU.

El detalle de las respuestas por entidad es el siguiente:

5.1.1.9.1 Desarrollo de un sistema de información con componentes de oferta de servicios, uso por parte de los usuarios, perfil epidemiológico y situación de los usuarios atendidos.

Entidad 001. Atención usuario: tienen demanda de los diferentes servicios, encuesta satisfacción usuarios evaluada trimestralmente. Perfil epidemiológico. Se define sobre la base de RIAS. Tienen portafolio con servicios ofertados actualizado.

Entidad 002. A través de reportes mensuales de morbilidad y perfil epidemiológico. Encuestas de momentos de verdad cada 6 meses. Encuestas de satisfacción a usuarios cada 8 días. Tienen portafolio de servicios

Entidad 003. El sistema de información con componentes de oferta de servicios, uso por parte de los usuarios, perfil epidemiológico y situación de los usuarios atendidos no se encuentra realmente institucionalizado, pues dichos componentes se manejan y su información se obtiene a través de los módulos de consulta externa y urgencias. El software se denomina SIGMA y los relacionados directamente con la parte asistencial son los módulos de Consulta Externa, Hospitalización, Urgencias y Facturación. Los módulos actualmente no están funcionando en red, sino independientemente. El software en el ámbito de informes estadísticos no arroja información, únicamente los RIAS; sin embargo, ha habido problemas en el diligenciamiento de los formatos por parte de los médicos ya que algunos datos son ilegibles o no se registran. El software presenta dificultades en el momento de la impresión de los RIAS, perdiendo tiempo y datos digitados. La oferta de servicios de la institución no está sistematizada, se maneja manualmente mediante el portafolio.

Entidad 004. El Hospital está implementando el software Sigma. Actualmente están funcionando los módulos de facturación, inventarios, compras y asistenciales. La información de los servicios asistenciales se captura al ingreso del paciente o al solicitar la cita. Se está iniciando la recolección de los RIAS; sin embargo, han tenido dificultades en la codificación de la información.

Se cuenta con información sobre uso de los servicios, producción y eficiencia, sin embargo existen dificultades con la información dependiente del diagnóstico de los pacientes y el sexo.

Entidad 005. Capacitaron dos funcionarios en RIAS, conocen las primeras causas de consulta, tienen documentos de oferta de servicios pero no se han difundido.

Entidad 006. La Oficina de Mercadeo está iniciando el proceso en lo relacionado con oferta de servicios (portafolio), uso por usuarios, análisis del mercado y satisfacción del cliente externo. Cuentan con información epidemiológica, comité de vigilancia epidemiológico y análisis mensual de estadísticas.

Entidad 007.

- Se realizan perfiles epidemiológicos y usos de los servicios de manera manual. Algunos indicadores de uso de servicios se encuentran sistematizados y se derivan de los RIAS.
- Facturación se encuentra en red con los servicios. Otros servicios automatizados son: contabilidad, presupuesto, tesorería, almacén y cartera.

Entidad 008.

- Se utiliza la base Salud 100.
- Los servicios de consulta externa, hospitalización, farmacia, sala de partos, urgencias y laboratorio se encuentran en red con facturación.
- Se realizan perfiles de morbilidad por grupo etéreo, usos por servicio y por usuario.

Entidad 009. Se encuentra automatizada el área de facturación; la información se alimenta digitando los RIAS, que son diligenciados por los médicos y codificados por facturación. Se realizan manualmente las asistencias de perfil epidemiológico y usos de los servicios.

Entidad 010.

- Tienen incipiente sistema de atención al usuario y quejas. Oferta servicios: Portafolio de servicios - video institucional.
- Tienen unidad epidemiológica encargada de definir perfil.

- Se aplica encuesta de satisfacción usuarios en todos los servicios en forma permanente y se informa trimestralmente.

Entidad 011.

- Se utiliza SIAGHO. Se encuentra en la red de facturación con los servicios.
- Se realizan perfiles de morbilidad y usos de los servicios de manera manual.

Entidad 012. Las áreas que se encuentran automatizadas son las siguientes: estadística, caja, farmacia, odontología, urgencias, facturación, nómina y contabilidad. Se utiliza ZENCO, en el cual la información se alimenta en cada servicio, realiza la factura y se encuentra en red con contabilidad, caja y estadística. Con relación al manejo de los RIAs son diligenciados y codificados por los médicos; la información es digitada en estadística. Se está facturando con los RIAs.

Entidad 013. Están instalando RIAs; tienen información para EPS y tienen portafolio Técnico de Servicio para usuarios y EPS; tienen definido Perfil Moderno Lógico con comité vigilancia epidemiológica.

Entidad 014. Se encuentran sistematizadas las áreas de facturación, contabilidad y los servicios de admisiones y urgencias, los Cuáles funcionan en red. Con relación a los RIAs se están diligenciando; sin embargo se han presentado problemas al diligenciar y codificar diagnósticos. Se realizan perfiles epidemiológicos y usos de los servicios de manera manual.

Entidad 015. La información de los RIAs se ingresa en los servicios de urgencias, hospitalización y admisiones directamente. Se encuentran en red con facturación. Se encuentran automatizadas: nómina, contabilidad, almacén y farmacia. Se realizan estadísticas como en usos de los servicios y perfiles de morbilidad por servicio.

Entidad 016. Portafolio servicios actualizado, revisiones permanentes con direccionamiento y estrategias a través de comités de vigilancia epidemiológica; tienen perfil morbi-mortalidad; cuentan con indicadores de gestión que evalúan el plan de acción trimestralmente.

Entidad 017. Carece de un sistema de información organizado y articulado. El aplicativo para contabilidad está con Elissa. El aplicativo para estadística con

Siago. Tesorería funciona normalmente. En la actualidad prepara un plan de desarrollo que entrará en vigencia próximamente para articular los aplicativos de información. Manejan indicadores desde el mes de Abril.

Entidad 018. Se han implementado software R Fast 5 que funciona en red en todos los servicios además cuenta con un Portafolio de servicios para mercadeo con los diferentes ARS, EPS, empresas, etc., para los usuarios, cuenta con buzón de sugerencias, además hay una base de datos de la población objetivo, con análisis epidemiológico.

Entidad 019. Se hizo diagnóstico de la demanda y se elaboraron portafolios de servicios, se creó este año el área de calidad que esta aplicando encuestas de satisfacción a usuarios y al cliente interno. Otra encuesta hecha a jefes de la sección para evaluar motivación y compromiso con el cambio. Se hizo diagnóstico de la población que atiende y un análisis del Comité Epidemiológico.

Entidad 020. Hipócrates en facturación Admisiones, suministro, contabilidad, estadística como aplicativo para los procesos son manuales.

Entidad 021. Se está implementando un sistema de información que tiene que ver más con el perfil epidemiológico en oferta de servicios y uso de los usuarios; sólo se han implementado encuestas.

Entidad 022. Por la aplicación de la ley 500 se requiere el manejo de indicadores de orden financiero, pero el manejo epidemiológico es insuficiente.

Entidad 023. Tienen oficina de atención al usuario donde se informa acerca de oferta y requisitos. No han definido perfil epidemiológico; tienen portafolio de servicio.

Entidad 024. El 80% se realiza manualmente, pero está sistematizado aunque no automatizado. Existe un plan de sistematización. La contabilidad la manejan con el programa Sapiens, facturación desarrolló su propio programa. Portafolio de servicios para primer nivel de atención. Externa, salud, hospitalización, laboratorio clínico, como toma de muestras, urgencias. Se implementaron los RIAS.

Entidad 025. Se ha hecho mercadeo en ARS, portafolio de servicio actualizado. Se abrió oficina de información al cliente; se tiene designada una persona en el área de hospitalización para hacer atención personalizada a usuarios; se ha analizado la mortalidad de urgencias para programas de promoción y prevención en accidentes con la policía de tránsito.

Entidad 026. Tienen portafolio de servicios actualizado: resumido por específico. Perfil epidemiológico: tienen las 10 primeras causas.

Entidad 027. Se utiliza un software llamado Dinámica Gerencial el Cuál cuenta con los siguientes módulos que funcionan en línea:

- Contabilidad
- Facturación
- Cartera
- Suministros
- Manejo de Historias Clínicas (no se utiliza por el costo)

Desde Diciembre de 1999 el sistema elabora los RIAs para cada aseguradora y se entrega la facturación. Los formatos de los RIAs son diligenciados por los médicos quienes también codifican. La información ingresa en cada servicio con los datos iniciales del usuario y su afiliación. Posteriormente se ingresa la información de los RIAs, la Cuál está al día. Se tiene información de usos por paciente, por servicio, perfiles de morbilidad, mortalidad, costos de los servicios y los procedimientos.

Entidad 028. Tienen en funcionamiento RIAs. Portafolio de Servicios actualizado. Cuenta con un profesional de enfermería encargado de la información epidemiológica y tienen definido su perfil.

Entidad 029. Cuenta con una base de datos incluyendo número de ambulancias, su ubicación, número de camas en cada centro hospitalario y perfil epidemiológico según informes de la Oficina de Salud Pública.

5.1.1.9.2 Diseño y ejecución de un plan de mejoramiento de la calidad.

Entidad 001. Se implementó en 1997 y actualmente se están rediseñando procesos como facturación, errores de facturación, glosas. Se llevó a cabo una evaluación historias clínicas, están implementando las guías médicas. Están trabajando con la asociación de usuarios de los servicios en mejoramiento de puntos críticos de atención.

Entidad 002. Tiene comité de calidad, comité de control interno (reunión mensual) en el cual evalúan procedimientos en las diferentes áreas, manejo de citas, oportunidad de las mismas y satisfacción del usuario.

Entidad 003. Se realiza cada tres años, el último para 2000-2002.

Cuenta con los siguientes programas:

- Ampliación, mejoramiento y dotación de la infraestructura de los centros de atención.
- Ampliación de coberturas de servicios con equipos extramurales dirigidos a las poblaciones pobres y vulnerables.
- Mejoramiento y garantía de calidad por unidad básica de negocio.
- Fortalecimiento de la red Centro Oriente y del sistema de referencia y contrarreferencia.
- Prestación de servicios de salud de acuerdo con los planes de beneficios.
- Mejoramiento del desarrollo institucional mediante el fortalecimiento de las áreas de planeación, mercadeo, proyectos, informática, epidemiología y estadística.
- Mejoramiento de gestión financiera mediante recuperación de cartera, implementación del sistema de costos y un sistema contable ágil y oportuno.
- Reestructuración de la ESE.

Entidad 004. En la actualidad se está realizando levantamiento de procesos en los servicios.

Se están llevando a cabo las siguientes actividades:

- Seguimiento de casos especiales
- Evaluación de estancias hospitalarias injustificadas

- Procedimientos de salas de cirugía (oportunidad)
- Revista médica (cumplimiento de convenios docente asistenciales)
- Productividad por áreas
- Revisión de las historias clínicas hospitalarias y urgencias (forma y pertinencia)
- Guías de atención en desarrollo

Entidad 005. No lo han diseñado.

Entidad 006. No lo tienen, están planeándolo.

Entidad 007. Se está realizando un manual de programa de mejoramiento, no se ha iniciado el proceso. Se cuenta con un plan de acción sin plazos.

Entidad 008.

- Establecimiento de procedimientos y funciones.
- Reestructuración orgánica.
- Construcción de indicadores de calidad y eficiencia.
- Automatización de servicios.

Entidad 009. No se ha realizado.

Entidad 010.

- Se empezó una capacitación y sensibilización del plan de mejoramiento de la calidad en cada servicio.
- Se implementó evaluación de historias clínicas, evaluación de costos, causas de glosas, pertenencia de apoyos terapéuticos y de diagnóstico.

Entidad 011. No se ha realizado

Entidad 012. No se ha realizado como tal, se cuenta con Plan de Desarrollo.

Entidad 013. Llevaron a cabo un plan de mejoramiento de calidad posterior a la visita realizada por la dirección local de salida en noviembre/99.

Entidad 014. Se involucran los siguientes ítems:

- Área jurídica
- Planeación
- Atención al usuario
- Área logística
- Talento humano
- Comunicaciones

- Suministros
- Ropa y lavandería
- Alimentación

Entidad 015. Se cuenta con un plan de desarrollo, no se trató específicamente de un plan de mejoramiento.

Entidad 016. Tienen plan de mejoramiento de calidad y están implementando norma ISO 9000; están en fase de capacitación. Trabajan desde hace 4 años la estrategia de calidad total.

Entidad 017. El Hospital permaneció cerrado a causa de un paro por cinco meses y está trabajando a media marcha desde hace dos años, por lo que el proceso ha sido muy complejo entró hace dos meses a funcionar el comité de calidad, con el apoyo de la asociación de usuarios.

Entidad 018. Se está implementando un plan de mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios, facturación, temas y procesos administrativos.

Entidad 019. Este año se inició un programa de mejoramiento de calidad, una vez termine en el mes de Julio la fase de diagnóstico (encuestas) entrará a la fase de capacitación. Están creando el consejo de calidad con participación de la Secretaría Departamental y la Universidad del Valle que está apoyando la capacitación en Gerencia.

Entidad 020. Se inició un proceso nuevo, no existe un plan formalmente establecido.

Entidad 021. Se ha estado trabajando con la Secretaría de Salud. Ha desarrollado plan de mejoramiento institucional, manual de funciones en adecuación ya que hubo reestructuración hace 4 meses . Se han conformado todos los comités.

Entidad 022. Existe un plan de mejoramiento de calidad y se describe en la plataforma estratégica, con algunos objetivos y existen unas metas fijadas.

Entidad 023. Se está haciendo levantamiento de procesos (servicios y facturación compras y recursos humanos), otra actividad es una plataforma de estrategias en lo que se define misión de la Institución. La primera fase de levantamiento de procesos ha sido denominada Gerencia de Procesos.

Entidad 024. Existe un comité y se está desarrollando un plan, no se están manejando indicadores al respecto, pero se espera realizarlo en un futuro inmediato.

Entidad 025. Dentro del plan de desarrollo hay plan de mejoramiento por cada área funcional. Dentro de este plan de mejoramiento hay un plan de acción obtenido después de un diagnóstico global de la Institución en el cuál participó todo el personal reportando debilidades, fortalezas y forma de mejorarlas. Esto se he cruzado con el plan de incentivos de la oficina de personal. Se incentiva con capacitación o con mejoramiento de la infraestructura.

Entidad 026. El plan tiene: 1) Compromiso de alta Dirección, 2) Generación de una cultura de calidad, 3) Capacitación: actualmente se capacita al equipo de gerencia en calidad. Comité Cívico : para mejoramiento del trabajo en equipo.

Entidad 027. Tienen un plan de mejoramiento continuo enfocado a implementar y desarrollar dicha cultura, definir, implementar y desarrollar la auditoría de los estándares y requerimientos de calidad en el componente técnico científico, fomentar la participación de los usuarios y desarrollar el sistema de garantía de calidad.

Entidad 028. Se hizo diagnóstico basado en el de hace dos años, se han tomado puntos críticos. Tienen un plan de mejoramiento de servicios se salud y para procesos de facturación, tratando de fortalecer el segundo nivel de acuerdo con el perfil epidemiológico.

Entidad 029. Está con el plan de acción donde figuran indicadores de cobertura, pero no tienen plan de mejoramiento de calidad independiente.

5.1.1.9.3 Procesos de auditoría médica.

Entidad 001. Con las historias clínicas y estudios de casos clínicos. Se están implementando las guías médicas de atención en todos los servicios.

Entidad 002. Auditoría de historias clínicas, auditoría de RIAS, se están implementando las guías de manejo, ya tiene las de atención materno infantil.

Entidad 003. Se cuenta con un médico auditor responsable de la auditoría de servicios. Se realizan las siguientes actividades:

- Evaluación de HC en odontología, urgencias, consulta externa y hospitalización.
- Talleres de sensibilización para la atención a los usuarios.
- Encuestas de satisfacción al cliente interno y externo.
- Evaluación de la oportunidad de la atención en todos los servicios.
- Auditoría de cuentas.
- Autoevaluación de requisitos esenciales (a partir del año 2000).
- Adaptación y socialización de las guías de atención.
- Contención de costos.
- Se realizan los siguientes comités:
 - Garantía de calidad: mensual.
 - Farmacia: mensual.
 - Historias clínicas: mensual.
 - Infecciones: mensual
 - Gerencia: semanal.
 - Científico: cada 15 días
- Se está realizando el manual de calidad.

Se manejan los siguientes indicadores:

- Eficiencia técnica y calidad por servicio de hospitalización.
- Eficiencia técnica financiera.

Entidad 004. La auditoría la lleva a cabo la Oficina de Gestión Pública, se cuenta con una jefe (bacterióloga) y una profesional en odontología. No se cuenta con auditor médico. La evaluación se realiza de forma sistemática. Se

envían informes mensuales al gerente y se realizan planes de cumplimiento para los jefes de las áreas. Se reunieron los siguientes comités:

- Historias clínicas (mensual)
- Infecciones (mensual)
- Compras y suministros (mensual)
- Control interno (semanal)
- Gerencia (mensual)
- Transfusiones (mensual)
- Inventarios (bimensual)
- Farmacia (mensual)

Entidad 005. No tienen manuales de atención, protocolos de manejo. No tienen comité de historias clínicas, ni comité de infecciones.

Entidad 006. Han conformado comité de mortalidad, historias clínicas, comité de ética (inactivo) y comité de infecciones. Tienen guías de manejo en gineco-obstetricia, medicina interna, pediatría y cirugía.

Entidad 007.

- Análisis de casos específicos.
- Cuentan con los siguientes comités:

Técnico científico

Historias clínicas

Ética hospitalaria

Auditoría

Entidad 008.

- Evaluación de historias clínicas: se utiliza una plantilla para evaluar forma.
- Evaluación de encuestas a satisfacción para urgencias y consulta externa.
- Evaluación de las actividades programadas para rendimiento y cumplimiento.
- Cuenta con los siguientes comités:

Historias clínicas

Ética hospitalaria

Técnico administrativo

Control interno

Entidad 009.

- Revisión de historias clínicas
- Trámite de quejas asistenciales
- Cuenta con los siguientes comités:
 - Historias clínicas
 - Farmacia
 - Ética médica
 - Infecciones

Entidad 010.

- Realizan evaluación de accidentes intrahospitalarios (caídas desde las camas)
- Evaluación historias clínicas
- Algunos servicios tienen protocolos y guías de atención, otros no.

Entidad 011.

- Fortalecimiento de la facturación
- Revisión de historias clínicas
- Auditoría de contratos
- Participación en el comité de cartera
- Cuentan con los siguientes comités:
 - Promoción y prevención
 - Auditoría
 - Técnico científico
 - Epidemiología
 - Cartera y facturación

Entidad 012. Se cuenta con un médico auditor cinco horas a la semana. Se realizan las siguientes actividades:

- Revisión e historia clínica: se utiliza una planilla para la evaluación de la forma; con relación a la pertinencia se realiza una reunión con los médicos con el fin de retroalimentar lo encontrado.
- Revisión de la formulación: Se hace utilizando la historia clínica en una reunión con los funcionarios de la farmacia.
- Vigilancia Epidemiológica.

- Revisión de los RIAS.
- Se cuenta con los siguientes Comités:

Salud ocupacional

Compras

Historias clínicas

Gerencia

Bienestar social

Entidad 013. Cuenta con manuales de procesos y procedimiento para cada servicio, al igual que de atención evaluándolos cada 9 meses . Tienen comité científico, de historias clínicas, de salud ocupacional y de vigilancia epidemiológica.

Entidad 014. Se realizan las siguientes actividades:

- Revisión de facturación
- Revisión de urgencias hospitalarias
- Revisión de mortalidad y complicaciones
- Revisión de RIAS
- Revisión de nacidos vivos y defunciones
- Revisión de historias clínicas: se aplica para todos los servicios , se tabula y se realiza un informe en relación con la forma y pertinencia.
- Tramite de quejas: se brinda concepto de las quejas asistenciales y se remite a atención al usuario.
- Cuenta con los siguientes comités:
 - Historias clínicas
 - Vigilancia epidemiológica
 - Salud ocupacional
 - Emergencias

Entidad 015.

- Revisión de historias clínicas: realizadas por un grupo multidisciplinario y por los coordinadores de los programas. Se cuenta con una planilla para evaluar forma y pertinencia. Se presenta un informe escrito.
- Revisión de casos clínicos
- Auditoria de el diligenciamiento de los RIAS

- Tramite de quejas asistenciales : se realiza reunión con el funcionario involucrado y se entrega un concepto. Se da respuesta verbal.
- Se realizan los siguientes comités
 - Vigilancia epidemiológica
 - Emergencias
 - Historias clínica
 - Salud ocupacional
 - Ética hospitalaria
 - Compras
 - Técnico científico

Entidad 016. Tienen evaluación historia clínica, pertenencia médica, comités ad-hoc de auditoría para definir glosas, quejas, demandas. Cuenta además con un comité técnico-científico y de medicamentos.

Entidad 017. En la actualidad existe un auditor médico, se institucionalizó un programa y desde abril se manejan indicadores de gestión. Se están implementando los mecanismos de control.

Entidad 018. Se realizan reuniones de comités técnico-científico con 8 días que brindan asesorías en planes, proyectos y desarrollo institucional. Existe también comité de historias clínicas.

Entidad 019. Tienen un grupo revisando lo correspondiente a requisitos esenciales con el fin de fortalecer en procesos de auditoria medica. Tienen comité de Historias Clínicas y Comité de Etica, Auditoria Medica esta capacitando al personal asistencial enfermería, POS, manejo historia clínica y eficacia.

Entidad 020. El proceso es nuevo, se creo el cargo no hay programa como tal.

Entidad 021. Se ha implementado el profesional auditor médico, guías de atención y protocolos, se auditan encuestas.

Entidad 022. Hay una óptica preventiva, existen tres auditores médicos, dos con dedicación a facturación.

Entidad 023. Con el nuevo comité de pacientes se verifican y auditan los pacientes que tiene más de 5 días de hospitalización estadía prolongadas.

Hace auditoría día a día de historias clínicas (no actas). Se auditan los especiales fuera del POS. Revisión diaria de facturación. Comité de infecciones.

Entidad 024. En proceso, se está desarrollando un programa, y ya tiene cronogramas establecidos. Aún no se ha medido el impacto pero se realizará en un futuro.

Entidad 025. Se hace evaluación de historia clínica, orientación y asesoría en cada unidad funcional, evaluación de la eficiencia técnica del hospital, productividad de los médicos, efectividad de cada uno de los servicios. Evaluación de quejas de usuarios la cual será centralizada en atención al usuario para poder hacer un mejor seguimiento.

Entidad 026. No han implementado nada.

Entidad 027. Se cuenta con un jefe (odontólogo) y dos médicos auditores
Se realizan las siguientes actividades:

- Auditoría de historias clínicas: se utilizan formatos y se hace mensualmente. El comité de Historias Clínicas está planeado pero no ha iniciado labores. Se aplica en consulta externa, urgencias y hospitalización.
- Auditoría de casos especiales.
- Auditoría de mortalidad: se reúne comité de mortalidad mensualmente.
- Auditoría de nacimientos con problemas (trimestral)
- Comité de infecciones (semanalmente)

Se llevan los siguientes indicadores:

Historias clínicas que cumplen con los requisitos
Infección intrahospitalaria por servicio (mensual)
Mortalidad por servicio (mensual)
Exámenes urgentes entregados en 1 hora
Exámenes entregados en 12 horas
Mortalidad materna
Nacidos vivos

Se está realizando una revisión del diligenciamiento de los formatos de los RIAs por parte de los médicos. Se cuenta con un plan de auditoría de odontología que evalúa lo siguiente:

- Historias clínicas

- Interconsultas – remisiones
- Esterilización
- Archivo
- Asignación de citas
- RH: ausentismo, funciones, reglamentos, desempeño.
- Cumplimiento POA-99
- Información sobre producción

Este plan se desarrollará e implementará en el 2000 en los servicios de urgencias, laboratorio clínico, farmacia y enfermería.

En facturación se realiza una revisión previa y posterior en lo siguiente:

- Sala de partos
- UCI (diariamente)
- Egresos de más de cinco millones

Entidad 028. Cuenta con auditor médico, comité de historias clínicas; además hace inducción y control de médicos rurales. Reunen comités científicos para casos difíciles. Existe implementación de mejora en área quirúrgica.

Entidad 029. No tienen procesos como tal, se analizan y evalúan casos clínicos periódicamente.

5.1.1.9.4 Desarrollo de procesos que permiten conocer el nivel de satisfacción de los usuarios y atender reclamaciones y sugerencias.

Entidad 001. Recepción quejas en el CAMI por escrito. Se envía a jefe unidad funcional quien responde al usuario en los siguientes 5 días dando solución (a la cuál se le hace suplemento).

Entidad 002. Tienen asociación de usuarios activa, buzón de sugerencias evaluado cada 8 días, las quejas se tramitan dejando copia del acta y de la respuesta dada en los siguientes 10 días.

Entidad 003. La oficina cuenta con una jefe profesional en Trabajo Social y en cada IPS del Hospital tiene un punto de atención. Realiza las siguientes actividades:

- Asistencia: Consulta y consejería social.
- Participación social: Asociación de usuarios y comité de ética hospitalaria.
- Atención a los usuarios: Encuestas de clasificación para SISBEN, verificación de derechos de pacientes, vigencia de certificaciones de población especial, referencia y contrarreferencia, información de servicios, derechos y deberes.
- Promoción de los servicios y educación en promoción y mantenimiento de la salud.
- Quejas y reclamos: se recibe la queja y se tramita con cada jefe de servicio, quien da la respuesta a los usuarios. Se realiza seguimiento y control de calidad de la respuesta. Si la queja es de orden asistencial es remitida a la auditoría médica y a la subdirección científica.

Entidad 004. En el área se realizan las siguientes actividades:

- Aseguramiento: revisión de los contratos con las aseguradoras, verificación de derechos de los pacientes, atención personalizada para orientación y resolución de dificultades.
- Recepción de pacientes y direccionamiento: Hoja de ruta para procedimientos de cirugía, autorizaciones, referencias y contrarreferencia, hoja de seguridad.
- Capacitación e información a los usuarios con relación a servicios, tarifas, afiliaciones al Sisben, derechos y deberes.
- Encuestas de satisfacción a clientes internos y externos.
- Trámite de quejas: recepción personal y por medio de buzones. Se recibe y se entrega al jefe del área quien da respuesta, que es remitida al usuario por atención al usuario. Cuenta con línea telefónica.

Las quejas asistenciales son resueltas por la subgerencia médica con apoyo de la Jefe de Gestión Pública.

Entidad 005. Tienen una encuesta de satisfacción de usuarios que evalúan periódicamente (T. Social). No tienen buzón de sugerencias.

Entidad 006. La Oficina de Trabajo Social realiza encuestas y recibe quejas y sugerencias (buzones) y mensualmente las analiza con el Jefe de Servicios Ambulatorios. Las quejas pasan al Jefe de servicios quien con el Jefe médico y administrativo las evalúan y junto con el director toman las medidas pertinentes.

Entidad 007.

- Información y orientación a los usuarios.
- Recepción de quejas: se cuenta con buzón, se tramitan a través de la subdirección científica realizando análisis con el jefe del servicio y se da respuesta verbal.
- Se cuenta con liga de usuarios que participa en el comité de ética.

Entidad 008.

Se cuenta con una oficina y con una persona responsable ubicada en la entrada de la IPS. Sus actividades son:

- Información y orientación a los usuarios.
- Recepción de quejas.

Entidad 009.

- Información y orientación a los usuarios
- Recepción de quejas y reclamos: son recibidas por control interno y auditoría médica, se realiza análisis con el jefe del servicio respectivo y se da respuesta verbal.

Entidad 010.

- Satisfacción usuarios: encuestas con evaluación trimestral.
- Reclamos: las quejas se instauran en la oficina de auditoría en formato diseñado para ello. Se tramita ante el servicio afectado y se cita al usuario para resolver la queja verbalmente o por escrito si éste lo solicita. Si no hay satisfacción se continúa la investigación.

Entidad 011.

- Mercadeo de los servicios
- Atención y orientación a usuarios
- Información de servicios

- Recepción de quejas: con analizadas con el funcionario implicado y se da respuesta verbal. No se hace codificación ni informes consolidados.
- Encuesta: para consulta externa diariamente, pero no se tabulan.

Entidad 012. Se realizan las siguientes actividades:

- Recepción de quejas: se utilizan los formatos de quejas y sugerencias, los cuáles son remitidos a cada una de las áreas con el fin de dar respuesta verbal al usuario. Se registran en un cuaderno los datos del usuario; no se tabula la información.
- Encuestas de satisfacción: se están implementando los formatos. No se han aplicado.
- Información y orientación.

Este servicio se brinda por parte de la gerencia, no se cuenta con una dependencia específica.

Entidad 013. Tienen oficina de atención al usuario donde tramitan y atienden quejas, además manejan encuesta de satisfacción de usuario analizadas emocionalmente. Tienen Asociación de usuarios activa y participativa.

Entidad 014. Se realiza recepción de las quejas, se cita al funcionario involucrado y se analiza la necesidad de abrir procesos disciplinarios. Se da respuesta verbal al usuario. Se realizan encuestas de satisfacción en todos los servicios, se tabulan y se elabora un informe.

Entidad 015.

- Son realizados por la subdirección científica
- Se cuenta con buzones para sugerencias y reclamos, las respuestas de las quejas se dan de manera verbal.
- La información al usuario se brinda en cada uno de los servicios.

Entidad 016. Tienen oficina de quejas y sugerencias y manual de procedimientos. Existe asociación de usuarios.

Entidad 017. No está funcionando y aún no se han aplicado encuestas, se va a iniciar un programa muy pronto; en la actualidad está capacitando al personal y redefiniendo el portafolio de servicios.

Entidad 018. Se tiene oficina de atención al cliente, mercado de servicios. Se hacen encuestas periódicas de índice de satisfacción.

Entidad 019. Tienen oficina de atención al usuario, unidad básica en la Cuál una abogada atiende el proceso de quejas. El porcentaje de quejas respecto de atención al volumen es bajo. (El mayor número de quejas se refiere al trato en el momento del ingreso al Hospital y no a la atención asistencial).

Entidad 020. No. El proceso es muy nuevo y hasta ahora se están implementando los sistemas, lo único que se maneja son quejas.

Entidad 021. No se ha implementado un sistema para este proceso, sólo encuestas de satisfacción de los mismos.

Entidad 022. Funciona el SIAU hace dos años. Se han implementado encuestas, pero en el último año dejó de funcionar; quejas y reclamos funciona.

Entidad 023. Diseñaron ya las encuestas y tiene programado aplicables la próxima semana. El trámite se hace a través de auditoría médica, oficina que se encarga de revisar la historia clínica y responde las quejas.

Entidad 024. Tiene funcionando SIAU, se ha medido la satisfacción a los usuarios y se maneja lo relativo a quejas y reclamos.

Entidad 025. Se están haciendo encuestas de satisfacción de usuarios en el área de consulta externa. Estas encuestas se hacían internamente por cada unidad, pero ahora la quieren centralizar en la oficina de control interno. Hace un mes los médicos de urgencias hacen triage debido al alto número de quejas provenientes de dicho servicio y esto ha servido para mejorar los servicios. Se emite un programa radial de información al usuario para buen uso de los servicios y requisitos necesarios para una buena consulta. Se tiene informativo mensual institucional orientado al cliente interno llamado "Informémonos", a través del cual se destacan los procesos nuevos y las experiencias exitosas obtenidas durante el mes.

Entidad 026. Tienen implementado instrumento, lo hacen trimestralmente (cuando hay usuarios) por cada servicio. Tienen implementado sistema de atención de quejas y reclamos a cargo de la Oficina de Atención al Cliente.

Entidad 027. Se cuenta con una oficina y tres puntos de atención localizados en urgencias, consulta externa y hospitalización.

La oficina realiza las siguientes actividades:

- Trámite de quejas: se reciben y se orientan al servicio respectivo, se hace seguimiento para que la respuesta sea dada en máximo 15 días hábiles. Las quejas asistenciales son remitidas a los auditores médicos quienes elaboran el informe y dan respuesta. Se realiza un reporte trimestral. La información está sistematizada.
- Información a los usuarios
- Garantía de línea de pago: autorizaciones, reporte de pacientes que ingresan a urgencias a las administradoras.
- Intermediación: es coordinada con trabajo social. Se brinda apoyo a los usuarios hospitalizados y de urgencias con relación a dificultades en la atención.
- Encuestas de satisfacción: mensualmente a los servicios de consulta externa, odontología, laboratorio clínico, RH, urgencias, sala de partos, cirugía, UCIs, quemados y hospitalización.
- Mercadeo interno
- Mercadeo externo
- Trámite de cirugía programada: se orienta a los usuarios sobre prequirúrgicos, citas con cirugía y anestesia.

Entidad 028. Cada servicio tienen buzón de sugerencias, cada 30 días los abren y someten a un comité las quejas que pasan a control interno, si se trata de sugerencia entra a los servicio. Se hace una encuesta que se aplica cuando el paciente sale. Tienen asociación de usuarios con los Ccáles se reúnen semanalmente.

Entidad 029. Hace un año aplicaron una encuesta de satisfacción al usuario y no la han vuelto a aplicar.

5.1.2 Encuestas a secretarías de salud.

5.1.2.1 Organización Institucional.

5.1.2.1.1 Distribución de las Personas que Respondieron la Encuesta.

Se encuestaron 476 Secretarías de Salud en todo el país conformadas por 25 de naturaleza Departamental (5.2%), 17 Secretarías Municipales ubicadas en las capitales de Departamento (3.6%) y 434 Secretarías Municipales de municipios certificados (91.2%).

Con relación al cargo de la persona que respondió la encuesta a nivel de Secretarías Departamentales y Distritales un 60% correspondió a funcionarios de Vigilancia y Control, un 12% a funcionarios de las Secretarías de Desarrollo, un 12% a funcionarios de la Red de Servicios, un 12% a Seguridad Social, otro 4% a Secretarios de Salud (ver tabla 17.)

Tabla 17. Distribución Personas que Responden la Encuesta. Secretarías de Salud Departamentales y Distritales

CARGO (ÁREA)	N	%
Vigilancia y Control	15	60
Desarrollo de Servicios	3	12
Red de Servicios	3	12
Seguridad Social	3	12
Secretarios de Salud	1	4
Total	25	100

En lo que respecta a las secretarías municipales de capitales de departamento la encuesta fue respondida principalmente por funcionarios de vigilancia y control (35.2%), por los secretarios de salud (17.6%), funcionarios de las oficinas de desarrollo de servicios (11.8%), profesionales (11.8%), funcionarios de garantía de la calidad (11.8%) (ver tabla 18.).

Tabla 18. Distribución de Personas que Responden la Encuesta. Secretarías de Salud de Capitales de Departamento

CARGO (AREA)	N	%
Vigilancia y Control	6	35.2
Secretarios de Salud	3	17.6
Secretaría de Dilo.	2	11.8
Profesionales	2	11.8
Garantía de Calidad	2	11.8
Seguridad Social	1	5.9
Saneamiento Básico	1	5.9
Total	17	100

En las otras secretarías municipales la encuesta fue diligenciada principalmente por los secretarios de salud en un 53%, por directores locales de salud en un 15.2%, por directores de hospitales en 12.7%, funcionarios de las áreas administrativas 3.5% y el resto correspondió a alcaldes, funcionarios de vigilancia y control, planeación, seguridad social, coordinación del PAB entre otros (ver tabla 19.).

Tabla 19. Distribución de Personas que Responden la Encuesta. Secretarías de Salud Municipales

CARGO (ÁREA)	N	%
Secretarios de Salud	230	53.0
Directores Locales de Salud	66	15.2
Directores Hospitales	55	12.7
Administrativos	15	3.5
Vigilancia y Control	8	1.8
Alcaldes	8	1.8
Secretaría Desarrollo Social	7	1.6
Oficinas de Planeación	6	1.4
Seguridad Social	6	1.4
Coordinación PAB	6	1.4
Otros	27	6.2
Total	434	100

5.1.2.1.2 **Funciones de registro de la declaración de los requisitos esenciales.** Con relación al inicio de las funciones de registro de la declaración de requisitos esenciales en el ámbito nacional un 50.6% respondió que no había iniciado estas funciones y un 49.4% contestó que ya había iniciado el registro de la declaración de los requisitos esenciales. Así mismo un 96% de las secretarías departamentales y distritales ya la había iniciado y solamente una secretaría respondió negativamente (un 4%). (Ver tabla 20.).

Tabla 20. Distribución de secretarías de salud según hayan o no iniciado el registro de la declaración de requisitos esenciales

Inició Registro de la Declaración	Departamentos Y Distritos		Secretarías de Capitales de Departamento		Secretarías Municipales		Total
	N	%	N	%	N	%	N / %
SI	24	96.0	11	64.7	200	46.1	235 / 49.4%
NO	1	4.0	6	35.3	234	53.9	241/ 50.6%
TOTAL	25	100	17	100	434	100	476/ 100%

De las Secretarías de Salud certificadas que en el país han iniciado el registro de la declaración de requisitos esenciales la mayoría, es decir el 48%, inició esta función en 1999, un 24.3% en 1998, el 21.3% en el 2000 y el 5.1% en 1997 (ver tabla 21)

Tabla 21. Distribución de los Años en los Cuáles las Secretarías de Salud a Nivel Nacional Iniciaron el Registro de la Declaración de Requisitos Esenciales

AÑO DE INICIÓ DE FUNCIÓN	N	%
1996	3	1.3
1997	12	5.1
1998	57	24.3
1999	113	48.0
2000	50	21.3
TOTAL	235	100

De las secretarías de salud departamentales y distritales que han iniciado el registro de la declaración de requisitos esenciales la mayoría, es decir un 50%, lo hizo en 1998, un 25% en 1997, el 12.5% en el 1999, el 8.3% en 2000 y solamente un 4.2% en 1996 (Ver tabla 22).

Tabla 22. Distribución de los Años en los Cuáles las Secretarías de Salud a Nivel Departamental/Distrital Iniciaron el Registro de la Declaración de Requisitos Esenciales

AÑO DE INICIÓ DE FUNCIÓN	N	%
1996	1	4.2
1997	6	25.0
1998	12	50.0
1999	3	12.5
2000	2	8.3
TOTAL	24	100

Las secretarías de salud municipales capitales de departamento iniciaron el registro de la declaración de requisitos esenciales en 1999 el 36%, en 1998 el 27%, 2000 el 27% y solamente un 9% inició esta función en 1996.

(Ver tabla 23.)

Tabla 23. Distribución de los Años en los Cuáles las Secretarías de Salud de Capitales de Departamento Iniciaron el Registro de la Declaración de Requisitos Esenciales

AÑO DE INICIÓ DE FUNCIÓN	N	%
1996	1	9.0
1997	0	0
1998	3	27.3
1999	4	36.4
2000	3	27.3
TOTAL	11	100

Las otras secretarías de salud municipales certificadas iniciaron el registro de la declaración de requisitos esenciales en 1999, el 53%; en el año 2000 el 22.5%, en 1998 el 21% y solamente un 2.5 % inició esta función en 1997 (Ver tabla 24.)

Tabla 24. Distribución de los Años en los Cuáles las Secretarías de Salud Municipales Iniciaron el Registro de la Declaración de Requisitos Esenciales

AÑO DE INICIO DE FUNCIÓN	N	%
1987	1	0.5
1996	1	0.5
1997	5	2.5
1998	42	21.0
1999	106	53.0
2000	45	22.5
TOTAL	200	100

En el caso de aquellas secretarías que en la encuesta respondieron que no habían iniciado esta función, el 78.8% informó que la realizaba el departamento un 15% no sabe quien lo hace, un 4.1% afirma que nadie lo realiza y responde que lo hace otro, un 2.1% (ver tabla 25.)

Tabla 25. Distribución de las Respuestas de quién realiza la función de la declaración. requisitos esenciales cuando las secretarías no lo hacen

QUIÉN REALIZA LA FUNCIÓN	N	%
Departamento	190	78.8
No sabe	36	15.0
Nadie	10	4.1
Otro	5	2.1
TOTAL	241	100

5.1.2.1.3 Visitas de Verificación de los Requisitos Esenciales. Del total de Secretarías de Salud encuestadas el 66.7% no ha iniciado el proceso de verificación de los requisitos esenciales y solamente un 33.3% ya inició esta

función. Del total de Secretarías Departamentales y Distritales solamente una, correspondiente al 4% no ha iniciado el proceso de verificación. Con relación a las Secretarías Municipales de capitales de Departamento un 17.6% no ha iniciado este proceso, aún cuando la mayoría (82.4%) ya lo hizo. Así mismo para el caso de las Secretarías de Municipios certificados la gran mayoría (72.9%) no ha iniciado el proceso de verificación de los requisitos esenciales, solamente el 27.1% de las Secretarías encuestadas respondieron que ya lo habían hecho (ver tabla 26.)

Tabla 26. Distribución de Secretarías de Salud Según Hayan o no Iniciado la Verificación de la Declaración de Requisitos Esenciales

INICIÓ VERIFICACIÓN	DEPARTAMENTOS Y DISTRITOS		SECRETARÍAS DE CAPITALES DE DEPARTAMENTO		SECRETARÍA MUNICIPIO		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N/%
SI	24	96.0	14	82.4	105	27.1	143 / 33.3%
NO	1	4.0	3	17.6	283	72.9	287 / 66.7%
TOTAL	25	100	17	100	388	100	430 / 100%

Con relación al período o año en el Cuál comenzaron a ejercer la función de verificación de los requisitos esenciales la mayoría, 51% inició en 1999, el 27.3% en 2000, el 17.5% en el 1998 y el 3.5% en 1997 (ver tabla 27.)

De las Secretarías de Salud departamentales y distritales que han iniciado la verificación de los requisitos esenciales, el 45.8% inició esta función en 1998, el 33.3% en 1999, el 12.5% en 1997 y el 8.3% en el año 2000 (ver tabla 28.)

Las Secretarías de Salud Municipales de Capitales de Departamento iniciaron la verificación de los requisitos esenciales en 1999 el 35.7%, en 1998 el 28.6%, en el año 2000 el 21.4% y el 14.3% inició esta función en 1997 (ver tabla 29.)

Las otras Secretarías de Salud Municipales certificadas la mayoría (57.1%) respondió que iniciaron el proceso de verificación de los requisitos esenciales en 1999, un 32.4% inició en el año 2000, 9.5% inició en 1998 y solamente un 1% inició esta función en 1996. (ver tabla 30.)

Tabla 27. Distribución de los Años en los cuáles las Secretarías de Salud a Nivel Nacional Iniciaron la Verificación de los Requisitos Esenciales

AÑO DE INICIÓ VERIFICACIÓN	N	%
1996	1	0.7
1997	5	3.5
1998	25	17.5
1999	73	51.0
2000	39	27.3
TOTAL	143	100

Tabla 28. Distribución de los Años en los Cuáles las Secretarías de Salud a Nivel Departamental/ Distrital Iniciaron la Verificación de los Requisitos Esenciales

AÑO DE INICIÓ VERIFICACIÓN	N	%
1997	3	12.5
1998	11	45.8
1999	8	33.3
2000	2	8.3
TOTAL	24	100

Tabla 29. Distribución de los Años en los cuáles las Secretarías de Salud de Capitales de Departamento Iniciaron la Verificación de los Requisitos Esenciales

AÑO DE INICIO VERIFICACIÓN	N	%
1997	2	14.3
1998	4	28.6
1999	5	35.7
2000	3	21.4
TOTAL	14	100

Tabla 30. Distribución de los Años en los cuáles las Secretarías de Salud Municipales Iniciaron la Verificación de los Requisitos Esenciales

AÑO DE INICIO VERIFICACIÓN	N	%
1996	1	1.0
1997	0	0
1998	10	9.5
1999	60	57.1
2000	34	32.4
TOTAL	105	100

En el caso de aquellas secretarías que en la encuesta respondieron que no habían iniciado la función de verificación de los requisitos esenciales, al preguntarles quién la realiza la mayoría respondió que el Departamento (92.4%), no saben quién la realiza 2.4%, nadie 1% y otro 4.2% (ver tabla 31.)

Tabla 31. Distribución de las Respuestas Sobre quién Realiza la Verificación de los Requisitos Esenciales Cuando las Secretarías no lo Hacen

QUIÉN REALIZA LA FUNCIÓN	N	%
Departamento	265	92.4
No sabe	7	2.4
Nadie	3	1.0
Otro	12	4.2
TOTAL	287	100

5.1.2.1.4 **Estructura institucional para el registro y la verificación de requisitos esenciales.** Con el fin de evaluar si existía una dependencia dedicada específicamente a la vigilancia y control de los requisitos esenciales, a nivel nacional, se encontró que la mayoría (79.5%) no la tienen y que solamente el 20.5% respondió afirmativamente. En lo que respecta a las Secretarías de Salud Departamentales y Distritales se encontró que el 84% tiene una dependencia específica para la vigilancia y el control de los requisitos esenciales el 84% y solamente el 16% no cuenta con una dependencia específica. En el caso de las Secretarías Municipales de Salud de capitales de Departamento el 64.7% sí cuentan con una dependencia para la vigilancia y el control de los requisitos esenciales y el 35.3% no la tiene. En relación a las Secretarías de Salud de Municipios certificados la gran mayoría (85.7%) no tienen en su estructura organizacional una dependencia que realice esta función y solamente el 14.3% de las Secretarías encuestadas manifestaron contar con ella (ver tabla 32.)

Tabla 32. Distribución de Secretarías de Salud Según Tengan o no una Dependencia Específica para la Vigilancia y el Control de los Requisitos Esenciales

DEPENDENCIA ESPECÍFICA	DEPARTAMENTOS Y DISTRITOS		SECRETARÍAS DE CAPITAL Y DEPARTAMENTO		SECRETARÍAS MUNICIPALES		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N/%
SI	21	84.0	11	64.7	54	14.3	86 / 20.5%
NO	4	16.0	6	35.3	324	85.7	334/ 79.5%
TOTAL	25	100	17	100	378	100	420/ 100%

En el total de las Secretarías que respondieron que sí tenían alguna dependencia que realizara las funciones de vigilancia y control de los requisitos esenciales, al preguntárseles quién, cargo o dependencia, realizaba estas funciones, respondió que las realizan las áreas de Vigilancia y Control de las mismas - 37.6%-, las Direcciones Locales de Salud 20%, las Direcciones de Servicios 13%, Seguridad Social 8.2%, Saneamiento 7.1% y otros el 14.1% (Ver tabla 33)

Las Secretarías Departamentales y Distritales la función la función suele realizarse principalmente en las áreas de Vigilancia y Control (71.4%), Desarrollo de Servicios (14.3%) Seguridad Social (9.5%) y las Direcciones de Salud (4.8%) (Ver tabla 34.)

En las Secretarías de Salud Municipales de capitales de Departamento esta función la realizan principalmente Vigilancia y Control (36.4%), Desarrollo de Servicios (27.3%), Seguridad Social (9.1%) y otros (27.3%) (Ver tabla 35.)

Tabla 33. Cargos o Dependencias que realizan las Funciones de Vigilancia y Control de Requisitos Esenciales en el Total de las Secretarías de Salud Encuestadas

CARGO (AREA)	N	%
Vigilancia y Control	32	37.6
Directores Locales de Salud	17	20.0
Desarrollo de Servicios	11	13.0
Seguridad Social	7	8.2
Saneamiento ambiental	6	7.1
Otros	12	14.1
TOTAL	85	100

*Una Secretaría no suministró información

Tabla 34. Cargos o Dependencias que Realizan las Funciones de Vigilancia y Control de Requisitos Esenciales en las Secretarías de Salud Departamentales y Distritales

CARGO (AREA)	N	%
Vigilancia y Control	15	71.4
Desarrollo de Servicios	3	14.3
Seguridad Social	2	9.5
Directores Locales de Salud	1	4.8
TOTAL	21	100

En las Secretarías de Salud Municipales de capitales de Departamento ésta función la realizan principalmente Vigilancia y Control (36.4%), Desarrollo de Servicios (27.3%), Seguridad Social (9.1%) y otros (27.3%). (Ver tabla 35)

Tabla 35. Cargos o Dependencias que Realizan las Funciones De Vigilancia y Control de Requisitos Esenciales en las Secretarías de Salud Municipales de Capitales de Departamento

CARGO (AREA)	N	%
Vigilancia y Control	4	36.4
Desarrollo de Servicios	3	27.3

CARGO (AREA)	N	%
Seguridad Social	1	9.1
Otros	3	27.3
TOTAL	11	100

En las Secretarías de Salud de Municipios certificados esta función la realizan principalmente las Direcciones Locales de Salud (30.2%), Vigilancia y control (24.5%), Saneamiento (11.3%), Desarrollo de Servicios (9.5%), Seguridad Social (7.5%) y otros (17%). (Ver tabla 36)

Tabla 36. Cargos o Dependencias que Realizan las Funciones de Vigilancia y Control de Requisitos Esenciales en Secretarías de Salud de Municipios Certificados

CARGO (AREA)	N	%
Direcciones Locales de Salud	16	30.2
Vigilancia y Control	13	24.5
Saneamiento	6	11.3
Desarrollo de Servicios	5	9.5
Seguridad Social	4	7.5
Otros	9	17.0
TOTAL	53	100

*Una Secretaría no suministró información

5.1.2.1.5 Perfil de los verificadores de requisitos esenciales.

5.1.2.1.5.1.1 **Existencia de Personal para Verificación de los Requisitos Esenciales.** El 51.9% de las Secretarías de Salud encuestadas no cuentan con personas encargadas de la verificación de requisitos esenciales, solamente el 48.1% tienen algún funcionario que realice esta labor. En el caso

de las Secretarías de Salud Departamental y Distrital todas -100%- tienen personal asignado para ejercer las funciones de vigilancia y control de los requisitos esenciales. Las Secretarías de Salud Municipales capital de Departamento, el 88.2%, cuentan con recurso humano asignado y en las otras Secretarías municipales solamente el 42.9% de las encuestadas respondieron que sí contaban con personal asignado. Del total de Secretarías, la mayor parte de aquellas que no cuentan con personas asignadas corresponden a las de índole municipal, el 57.1% del total de estas Secretarías no cuenta con personas asignadas para llevar a cabo esta función (Ver tabla 37).

Tabla 37. Distribución de Secretarías de Salud Según Tengan o no Funcionarios Encargados de Realizar la Vigilancia y el Control de los Requisitos Esenciales

TIENEN PERSONAL	DEPARTAMENTOS Y DISTRITOS		SECRETARÍAS DE CAPITALES DE DEPARTAMENTO		SECRETARÍAS MUNICIPALES		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N / %
SI	25	100	15	88.2	162	42.9	202 / 48.1%
NO	0	0	2	11.8	216	57.1	218 / 51.9%
TOTAL	25	100	17	100	378	100	420/ 100%

5.1.2.1.5.2 **Tipo de Vinculación Laboral.** Con relación al tipo de vinculación laboral del equipo humano para la verificación de los requisitos esenciales el 63% del personal es de planta, un 32.3% trabaja por contrato y un 4.7% con otra forma diferente de vinculación. Cuando se observan los datos por tipos de Secretaría se encuentra que en las Secretarías Departamentales y Distritales el 77.5% es de planta, 20.4% de contrato y solamente el 2.1% de otra forma. En el caso de las Municipales capitales de Departamento la gran mayoría del personal es de planta -62.1%- , por contrato labora un 37.1% y de otra forma el 0.8%. En las otras Secretarías de

municipios certificados la mayoría - 56.4%- es de planta, el 36.5% de contrato y solamente el 7.1% tiene otra forma de vinculación (Ver tabla 38.)

Cuando se observan los promedios de personas por tipo de vinculación se encuentra que en el caso de las Departamentales y Distritales es de 6.1 personas de planta en comparación con las municipales capital de Departamento (5.9) y las de los municipios (2.2). Para el personal de contrato las Departamentales y Distritales tienen el mayor promedio de personal mediante contrato (5.5) en comparación con las municipales capital de Departamento (4.1) y las de los otros municipios certificados (2.0). Con relación a las otras formas de contratación las Departamentales y Distritales tiene el mayor promedio (2.0), las municipales capital de Departamento (1.1) y las de los otros municipios 1.1 (Ver tabla 39).

Tabla 38. Forma de Vinculación Laboral de las Personas que Realizan la Función de Verificación de los Requisitos Esenciales

TIPO DE VINCULACIÓN	DEPARTAMENTOS Y DISTRITOS		SECRETARÍAS DE CAPITALES DE DEPARTAMENTO		SECRETARÍAS MUNICIPALES		TOTAL N/%
	N	%	N	%	N	%	
PLANTA	148	77.5	77	62.1	230	56.4	455 / 63.0%
CONTRATO	39	20.4	46	37.1	149	36.5	234 / 32.3%
OTRO	4	2.1	1	0.8	29	7.1	34 / 4.7%
TOTAL	191	100	124	100	408	100	723/ 100%

Tabla 39. Distribución de los Promedios de la Forma de Contratación del Personal Encargado de Realizar la Vigilancia y el Control de los Requisitos Esenciales por Tipos de Secretarías de Salud

TIPO DE VINCULACIÓN	SECRETARÍAS, DEPARTAMENTOS Y DISTRITOS	SECRETARÍAS DE CAPITALES DE DEPARTAMENTO	SECRETARÍAS MUNICIPALES
	PROMEDIO	PROMEDIO	PROMEDIO
PLANTA	6.1	5.9	2.2
CONTRATO	5.5	4.1	2.0
OTRO	2.0	1.0	1.1

5.1.2.1.5.2.1 **Conformación de los Equipos para la Verificación de los Requisitos Esenciales.** A la pregunta de cómo estaban conformados los equipos de verificación en las Secretarías de los Departamento y Distritos la mayoría de los profesionales que realizan la función de vigilancia y control de los requisitos esenciales son odontólogos (15.8%) y médicos con especialidad administrativa (15.3%), bacteriólogas (11.4%). enfermeras (9.4%) y un (28.7%) corresponde a otros. Así mismo en las Secretarías de salud de municipios capitales de Departamento la mayoría son médicos generales - 19.9%-, odontólogos (10.3%), enfermeras (8.8%) y otros corresponde al 39%. Esta situación es similar a la proporción del recurso humano que realiza esta función en las Secretarías de Salud de otros municipios certificados, el 13.1% son médicos generales, el 12% odontólogos y el 52.8% corresponde a otros. Otras profesiones tienen una proporción menor en las Secretarías como es el caso de los médicos con especialización clínica, los arquitectos e

ingenieros, es evidente que el número menor corresponde a otras profesiones (Ver tabla 40).

La heterogeneidad de los evaluadores que respondieron como "otros" es mayor en Secretarías de Departamento y Distritos y se demuestra porque se encuentran desde funcionarios de saneamiento (19%) hasta otro tipo de profesiones como auxiliares técnico administrativos (10.3%), delineantes de arquitectura (3.4%) trabajadores sociales (3.4%) hasta topógrafos (1.7%), Secretarías (1.7) y hasta un constructor civil (1.7%). (Ver tabla 41).

En el caso de las Secretarías de Salud de municipios capitales de Departamento la mayoría de los que respondieron "Otros" que cumplen la función de vigilancia y el control de los requisitos esenciales corresponden a funcionarios de saneamiento (67.9%), abogados (9.4%), salud ocupacional (9.4%) hasta trabajadoras sociales (3.8%) funcionarios de la farmacia (1.9%) Secretarías (1.9%) y funcionarios del área financiera (1.9%). (Ver tabla 42).

En relación a las Secretarías de Salud de los municipios certificados la proporción es mayor, comparativamente con las Departamentales, Distritales y aún con las municipales capitales de Departamento. La mayoría de los que respondieron "otros" están conformados por personas de saneamiento - 31.3%-, auxiliares técnicos (15.6%), administradores (9.6%) Directores Locales de Salud (6.7%). Así mismo se identifican otro tipo de personas: estudiante (1.0%), pedagogo (1.0%), no profesional (1.0%), Secretaría (1.0%) y optómetra (1.0%). (Ver tabla 43).

Tabla 40. Recurso humano que cumple la función de vigilancia y control de los requisitos esenciales por tipos de Secretarías de Salud

TIPO DE PERSONAL	SECRETARÍA, DEPTO Y DISTRITO		SECRETARÍA DE CAPITALES DE DEPARTAMENTOS		SECRETARÍA MUNICIPALES		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N / %
MD General	9	4.5	27	19.9	49	13.1	85 /11.9%
MD con especialidad clínica	3	1.5	4	2.9	3	0.8	10/ 1.4%
MD con especialidad administrativa	31	15.3	11	8.1	18	4.8	60/ 8.4%
Odontólogo	32	15.8	14	10.3	45	12.0	91/ 12.8%
Enfermera	19	9.4	12	8.8	33	8.8	64/ 9.0%
Bacteriólogo	23	11.4	10	7.4	22	5.9	55/ 7.7%
Arquitecto	13	6.4	3	2.2	3	0.8	19 / 2.7%
Ingeniero	14	6.9	2	1.5	4	1.1	20 /2.8%
Otros	58	28.7	53	39.0	198	52.8	309 /43.3%
TOTAL	202	100	136	100	375	100	713

Tabla 41. Distribución del Humano que Respondieron como "Otros" y que Cumplen la Función de Vigilancia y Control de los Requisitos Esenciales en las Secretarías de Salud Departamentales y Distritales

OTROS	N	%
Saneamiento	11	19.0
Abogado	10	17.2
Financiera	7	12.1
Farmacia	7	12.1

OTROS	N	%
Auxiliar/técnico	6	10.3
Administrador	4	7.0
Salud ocupacional	4	7.0
Delineante arquitectura	2	3.4
Tecnólogo alimentos	2	3.4
Trabajadora social	2	3.4
Topógrafo	1	1.7
Constructor civil	1	1.7
Secretaria	1	1.7
TOTAL	58	100

Tabla 42. Distribución de Recurso Humano que Respondieron como "Otros" y que Cumplen la Función de Vigilancia y el Control de los Requisitos Esenciales en las Secretarías de Salud Capital de Departamento

OTROS	N	%
Saneamiento	36	67.9
Abogado	5	9.4
Salud ocupacional	5	9.4
Trabajadora social	2	3.8
Auxiliar/técnico	2	3.8
Farmacia	1	1.9
Financiera	1	1.9
Secretaria	1	1.9
TOTAL	53	100

Tabla 43. Distribución del Recurso Humano que Respondieron como "Otros" y que Hacen Parte Equipo Vigilancia y Control de los Requisitos Esenciales en las Secretarías de Salud Municipales

OTROS	N	%
Saneamiento	62	31.3
Auxiliar / Técnico	31	15.6
Administrador	19	9.6

OTROS	N	%
Director de salud	13	6.7
Abogado	10	5.1
Tecnólogo de alimentos	8	4.1
Fisioterapeuta	6	3.1
Financiera	6	3.1
Sicólogo	5	2.5
Trabajo social	5	2.5
Prof. Sistemas de información	5	2.5
Salud ocupacional	5	2.5
Farmacia	4	2.0
Estudiante	2	1.0
Pedagoga	2	1.0
No profesional	2	1.0
Secretaría	2	1.0
Optómetra	2	1.0
Delineante arquitectura	1	0.5
Comunicación social	1	0.5
Auditor médico	1	0.5
Secretaría de Planeación	1	0.5
Biólogo	1	0.5
Topógrafo	1	0.5
Veterinario	1	0.5
Instrumentadora	1	0.5
Citóloga	1	0.5
TOTAL	198	100

Cuando se les preguntó si utilizaban diferentes tipos de profesionales de acuerdo con el tipo de institución a verificar, la mayoría (59.9%) respondió que sí. En el caso de las Secretarías de Salud de los municipios, el 46.3% no utiliza diferentes tipos de profesionales (Ver tabla 44).

Tabla 44. Utilización de Diferentes Tipos de Profesionales según la Institución a Verificar

UTILIZAN DIFERENTE TIPO DE PROFESIO- NALES	DEPARTAME N-TOS Y DISTRITOS		SECRETARÍAS DE CAPITALES DE DEPARTAMENTOS		SECRETARÍAS MUNICIPA- LES	TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N / %
SI	21	84.0	13	86.7	87	53.7	121 / 59.9%
NO	4	16.0	2	13.3	75	46.3	81 / 40.1%
TOTAL	25	100	15 *	100	162	100	202/ 100%

* Una Secretaría no suministró información

5.1.2.1.6 Criterios para Seleccionar Profesionales que Van a Realizar las Visitas. A la pregunta si utiliza criterios para seleccionar a los profesionales que van a realizar las visitas de verificación la gran mayoría de las respuestas (67.6%) estaban relacionadas con algún criterio; el 32.4% de las respuestas confirmaban que no tenían ningún criterio para la selección de los verificadores. Cuando se analiza por tipo de Secretaría, las municipales presentan la mayor proporción (40.3%) de tener criterios para la selección de los profesionales (Ver tabla 45).

Tabla 45. Utilización de Criterios para Seleccionar a los Profesionales que Van a realizar las Visitas de Verificación

UTILIZAN CRITERIOS	DEPARTAMENTOS Y DISTRITOS		SECRETARÍAS DE CAPITALES DE DEPARTAMENTOS		SECRETARÍAS MUNICIPALES		TOTAL RESPUESTAS
	N	%	N	%	N	%	N / %
Utilizan algún criterio	35	92.1	22	88.0	108	59.7	165 / 67.6%
Ningún criterio	3	7.6	3	12.0	73	40.3	79 / 32.4%
TOTAL RESPUESTA	38	100	25	100	181	100	244 / 100%

* Ver anexo sobre los criterios

A la pregunta sobre la existencia de políticas de inhabilidades en las Secretarías de Salud para la conformación de los equipos de vigilancia y control de los requisitos esenciales de acuerdo con las entidades a verificar, la mayoría (77.2%) manifestó no tener ninguna política sobre las inhabilidades de los verificadores; solamente el 22.8% de los encuestados respondió que sí tenían alguna política. La proporción de los que contestaron que no tenían políticas definidas es mayor en el caso de las Secretarías municipales en donde el 83.3% respondió que no las tenían (Ver tabla 46.)

Tabla 46. Respuestas sobre la existencia de políticas de inhabilidades en las Secretarías de Salud para la conformación de los equipos de vigilancia y control de los requisitos esenciales de acuerdo a las entidades a verificar

TIENEN DEFINIDAS POLÍTICAS DE INHABILIDADES	DEPARTAMENTOS Y DISTRITOS		SECRETARÍAS DE CAPITALES DE DEPARTAMENTOS		SECRETARÍAS MUNICIPALES		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N / %
SI	12	48.0	7	46.7	27	16.7	46/ 22.8%
NO	13	52.0	8	53.3	135	83.3	156/77. 2%
TOTAL	25	100	15	100	162	100	202/ 100%

5.1.2.1.7 **Entrenamiento de los Verificadores.** La mayoría de las Secretarías encuestadas respondieron que entrenaban a los verificadores de los requisitos esenciales (58.4%); sin embargo, el 41.6% respondió lo contrario. Discriminando esta proporción por tipo de Secretaría, en las Secretarías Departamentales y Distritales el 28.0%, en las municipales capitales de Departamento el 6.7% y de las otras municipales el 46.9% manifestaron no entrenar a los equipos de verificación (Ver tabla 47.)

Tabla 47. Respuestas Sobre el Entrenamiento a los Verificadores de los Requisitos Esenciales

ENTRENAN	DEPARTAMEN- TOS Y DISTRITOS		SECRETARÍAS DE CAPITALES DE DEPARTAMENTOS		SECRETARÍAS MUNICIPALES		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N / %
SI	18	72.0	14	93.3	86	53.1	118 / 58.4%
NO	7	28.0	1	6.7	76	46.9	84 / 41.6%
TOTAL	25	100	15	100	162	100	202/ 100%

5.1.2.2 Aspectos logísticos para verificación de requisitos esenciales

5.1.2.2.1 **Transporte de los Verificadores.** Con el fin de evaluar la capacidad logística de las Secretarías de Salud para la verificación, de los requisitos esenciales se les preguntó si tenían presupuesto para el transporte de los equipos de verificación encontrándose que solamente el 24.3% de las Secretarías respondieron que sí contaban con un presupuesto y la mayoría (75.7%) afirmó que no contaban con ese presupuesto. Esta situación es similar a nivel de Secretaría Departamental y Distrital (60%), Secretaría Municipal capital de Departamento (80%) o Secretaría de municipios certificados (77.8%) en las Cuáles no se cuenta con esta asignación presupuestal (Ver tabla 48).

De las Secretarías que manifestaron en la entrevista tener un presupuesto asignado para el transporte de los verificadores la gran mayoría (57.1%)

respondió que éste no era suficiente y un 42.9% respondió lo contrario. Las Secretarías de Salud de municipios certificados respondieron en su mayoría (52.8%) que el presupuesto era suficiente, mientras que las Secretarías de Salud Departamentales y Distritales (80%) y las Secretarías Municipales de capitales de Departamento (100%) respondieron que el presupuesto no era suficiente (Ver tabla 49).

Tabla 48. Distribución de Secretarías de Salud Según Asignan o no Presupuesto para el transporte de los Verificadores de los Requisitos Esenciales

TIENEN PRESUPUESTO PARA TRANSPORTE	DEPARTAMENTOS Y DISTRITOS		SECRETARÍAS DE CAPITALS DE DEPARTAMENTO		SECRETARÍAS MUNICIPALES		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N / %
SI	10	40.0	3	20.0	36	22.2	49 / 24.3%
NO	15	60.0	12	80.0	126	77.8	153 / 75.7%
TOTAL	25	100	15	100	162	100	202 / 100%

Tabla 49. Secretarías de Salud Según que el Presupuesto de Transporte sea o no suficiente para el Transporte de los Verificadores de los Requisitos Esenciales

PRESUPUESTO SUFICIENTE PARA TRANSPORTE	DEPARTAMENTOS Y DISTRITOS		SECRETARÍAS DE CAPITALS DE DEPARTAMENTOS		SECRETARÍAS MUNICIPALES		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N / %
SI	2	20.0	0	00.0	19	52.8	21 / 42.9%
NO	8	80.0	3	100.0	17	47.2	28 / 57.1%
TOTAL	10	100	3	100	36	100	49 / 100%

5.1.2.2.2 **Viáticos para los Verificadores.** Con relación a la pregunta acerca de si tenían presupuesto para viáticos de los verificadores de requisitos esenciales, la mayoría de las Secretarías encuestadas respondieron que no tenían (81.2%) y solamente el 18.8% manifestó que sí. En el caso de las Secretarías Departamentales y Distritales solamente el 40%, al igual que el 17.3% de las Secretarías de municipios certificados manifestaron que tenían este rubro, por el contrario el 100% de las Secretarías de Salud de capitales de Departamento respondió que no tenían un presupuesto asignado para cubrir viáticos de los verificadores (Ver tabla 50).

A la pregunta si el presupuesto asignado para viáticos de los verificadores era suficiente la gran mayoría (51.3%) respondió que éste no era suficiente y el 48.7% respondió que sí. Las Secretarías de Salud de municipios certificados respondieron en su mayoría (55.2%) que el presupuesto era suficiente; por el contrario, las Secretarías de Salud Departamentales y Distritales respondieron en su mayoría (70%) que no era suficiente. En el caso de las Secretarías Municipales de capitales de Departamento afirmaron que no contaban con presupuesto para viáticos. (Ver tabla 51)

Tabla 50. Distribución de Secretarías de Salud Según Asignan o no Presupuesto para Viáticos de los Verificadores de los Requisitos Esenciales

TIENEN PRESUPUESTO PARA VIÁTICOS	DEPARTAMENTOS Y DISTRITOS		SECRETARÍAS DE CAPITALES Y DEPARTAMENTOS		SECRETARÍAS MUNICIPALES		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N / %
SI	10	40.0	0	00.0	28	17.3	38 / 18.8%
NO	15	60.0	15	100.0	134	82.7	164 / 81.2%
TOTAL	25	100	15	100	162	100	202 / 100%

Tabla 51. Secretarías de Salud Según el Presupuesto para Viáticos Sea o no Suficiente para la Verificación de los Requisitos Esenciales

PRESUPUESTO SUFICIENTES PARA VIÁTICOS	DEPARTAMENTOS Y DISTRITOS		SECRETARÍAS MUNICIPALES		TOTAL
	N	%	N	%	N/%
SI	3	30.0	16	55.2	19/48.7%
NO	7	70.0	13	44.8	20/51.3
TOTAL	10	100	29	100	39/100%

5.1.2.3 **Instrumentos utilizados para la verificación de requisitos esenciales.** Con el fin de evaluar cuáles instrumentos se estaban utilizando para la verificación de los requisitos esenciales se les preguntó a las Secretarías de Salud que respondieron inicialmente que ya habían iniciado la verificación de los requisitos (143 Secretarías - 33.3%), si utilizaban algún instrumento. A esto la gran gran mayoría (92.3%) respondió afirmativamente y solamente el 7.7% respondió que no, en este caso correspondió a Secretarías de Salud de los municipios certificados en los cuales el 10.5% no aplicaban ningún instrumento.

Tabla 52. Distribución de Secretarías de Salud que Han Iniciado la Verificación de los Requisitos Esenciales y Utilizan o no Algún Instrumento para la Verificación

UTILIZAN ALGÚN INSTRUMENTO	DEPARTAMENTOS Y DISTRITOS		SECRETARÍAS DE CAPITALES Y DEPARTAMENTOS		SECRETARÍAS MUNICIPALES		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N / %
SI	24	100.0	14	100.0	94	89.5	132 / 92.3%
NO	0	0	0	0	11	10.5	11 / 7.7%
TOTAL	24	100	14	100	105	100	143 /100%

De las Secretarías que respondieron que sí utilizaban algún instrumento para la verificación de los requisitos, la mayoría (32.8%) utiliza los formatos de la Superintendencia Nacional de Salud, un 25.6% refiere que utiliza formatos propios, un 24.9% utiliza el anexo de normas al instrumento de la Superintendencia, el 7.5% respondió que utilizaba tanto el formato de la Superintendencia como el anexo de normas, el 5.5% respondió que utilizaba formatos propios y el de la Superintendencia y el 3.8% utiliza los formatos propios y los anexos de normas de la Superintendencia para verificar los requisitos adicionales a los definidos por la Resolución 4252 de 1997 (Ver tabla 53).

Tabla 53. Tipos de Instrumentos Utilizados para la Verificación de los Requisitos Esenciales por Parte de las Secretarías de Salud

TIPO DE INSTRUMENTOS	DEPARTAMENTOS Y DISTRITOS		SECRETARÍAS DE CAPITALES Y DEPARTAMENTOS		SECRETARÍAS MUNICIPALES		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N / %
Formatos Superintendencia Nacional de Salud (SNS)	5	20.0	7	41.2	84	33.5	96 / 32.8%
Formatos propios	3	12.0	1	5.9	71	28.2	75 / 25.6%
Anexo de normas al instrumento de la SNS	4	16.0	3	17.6	66	26.3	73 / 24.9%
Formatos SNS y anexo de normas	6	27.3	1	4.5	15	68.2	22 / 7.5%
Formatos SNS y propios	6	24.0	2	11.8	8	3.2	16 / 5.5%
Formatos propios y anexo de normas	1	4.0	3	170.6	7	2.8	11 / 3.8%
TOTAL	25	100	17	100	251	100	293 / 100%

5.1.2.4 Proceso de verificación de requisitos esenciales.

5.1.2.4.1 **Criterios Utilizados para Priorizar las Visitas a los Prestadores de Servicios de Salud.** A la pregunta qué criterios utilizaban para establecer prioridades las visitas a los prestadores de servicios de salud, la mayoría de las respuestas dadas por las Secretarías fue „ningún criterio“ (55.1%). Las respuestas que correspondían a algún criterio constituyeron el 44.9% del total de las respuestas de los entrevistados (Ver tabla 54).

Tabla 54. Utilización de Criterios para Priorizar las Visitas a los prestadores de Servicios de Salud

UTILIZAN CRITERIOS PARA PRIORIZAR LAS VISITAS	DEPARTAMEN- TOS Y DISTRITOS		SECRETARÍAS DE CAPITALES Y DEPARTAMEN- TOS		SECRETARÍAS MUNICIPALES		TOTAL RESPUESTAS
	N	%	N	%	N	%	N / %
Utilizan algún criterio	54	98.1	28	93.3	135	33.9	217 / 44.9%
Ningún criterio	1	1.9	2	6.7	263	66.1	266 / 55.1%
TOTAL RESPUESTAS	55	100	30	100	398	100	483/ 100%

* Ver anexo sobre los criterios

5.1.2.4.2 Número de Horas y Número de Verificadores Utilizados para Hacer una Visita de Verificación de Requisitos Esenciales. A la pregunta acerca de cuántas horas y cuántos verificadores utilizan las Secretarías para realizar una visita de verificación de requisitos esenciales en un hospital de tercer nivel el promedio de horas/ institución va desde 59 horas por institución, en el caso de las Secretarías de Salud Departamentales y Distritales, hasta 32 horas / institución en el caso de las Secretarías de Salud de los municipios certificados. Las Secretarías de Salud de municipios capitales de Departamento gastan en promedio 53.6 horas por institución. El promedio de horas por verificador para esta visita es mayor para el caso de las Secretarías Departamentales y Distritales (8.5 horas/verificador- municipales capital de Departamento) (8.9 horas/verificador), que en el caso de las Secretarías de municipios certificados 2.3 horas / verificador (Ver tabla 55).

Para el caso de un hospital de segundo nivel el promedio de horas/ institución varía desde 47 horas, en el caso de las Secretarías de Salud de municipios capitales de Departamento, hasta 33 horas por institución en el caso de las Secretarías de Salud de los Departamentos y Distritos. El promedio de horas por verificador para esta visita es mayor en el caso de las Secretarías municipales capitales de Departamento (9.4 horas/verificador). Las Secretarías de municipios certificados utilizan en promedio (7.2 horas/ verificador) y las Secretarías Departamentales y Distritales 5.6 horas / verificador para este mismo tipo de prestador (Ver tabla 56).

Para el caso de un centro médico el promedio de horas/ institución oscila entre 8.6 horas por institución, en el caso de las Secretarías de Salud de municipios certificados, y entre 4.9 horas / institución en el caso de las Secretarías de Salud de los municipios capitales de Departamento. El promedio de horas por verificador para esta visita es mayor en el caso de las Secretarías municipales (2.7 horas/verificador). Las Secretarías Departamentales y Distritales, así como las de municipios capitales de Departamento utilizan cada una en promedio 1.3 horas/ verificador (Ver tabla 57).

El tiempo que se utiliza para la verificación de un consultorio oscila entre 3.1 horas por institución en el caso de las Secretarías de Salud de municipios certificados hasta 2.2 horas / institución en el caso de las Secretarías de Salud Departamentales y Distritales. El promedio de horas por verificador para esta visita es mayor para el caso de las Secretarías municipales capitales de Departamento 1.5 horas/verificador. Las Secretarías de municipios certificados utilizan cada una en promedio 1.4 horas/ verificador y las Departamentales y Distritales 0.7 horas por verificador (Ver tabla 58).

Para las entidades de primer nivel no fue suministrada información que permitiera hacer este análisis.

Tabla 55. Promedio de horas que toma una visita y promedio de horas por verificador para un hospital de tercer nivel de atención

HOSPITAL DE TERCER NIVEL	SECRETARÍAS DE CAPITALES DE DEPARTAMENTO	SECRETARÍAS MUNICIPALES Y CAPITALES DE DEPARTAMENTO	SECRETARÍAS DE MUNICIPIOS CERTIFICADOS
Promedio de horas por institución	59	53.6	32
Promedio costo por institución	\$ 700.625	\$ 636.500	\$ 380.000
Promedio de horas por verificador por institución	8.5	8.9	2.3
Promedio valor verificador por institución	\$ 100.937,50	\$ 105.687,50	\$ 273.125

Tabla 56. Promedio de horas que toma una visita y promedio de horas verificador para un Hospital de segundo nivel de atención

HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL	SECRETARÍA DPTAL/DISTRITAL	SECRETARÍA MUNICIPAL CAPITAL DE DEPARTAMENTO	SECRETARÍA DE MUNICIPIO CERTIFICADO
Promedió de horas por institución	33	47	44.6
Promedio costo por institución	\$ 391.875	\$ 558.125	\$ 529.625
Promedió de horas por verificador por institución	5.6	9.4	7.2
Promedio valor verificador por institución	\$ 66.500	\$ 111.625	\$ 85.500

Tabla 57. Promedio de horas que toma una visita y promedio de horas verificador para un Centro médico

CENTRO MÉDICO	SECRETARÍA DPTAL/DISTRITAL	SECRETARÍA MUNICIPAL CAPITAL DE DEPARTAMENTO	SECRETARÍA DE MUNICIPIO CERTIFICADO
Promedió de horas visita de verificación	5.8	4.9	8.6
Promedió de horas por verificador	1.3	1.3	2.7
Promedio valor verificador por institución	\$ 15.437,50	\$15.437,50	\$320.625

Tabla 58. Promedio de horas que toma una visita y promedio de horas verificador para un consultorio médico

CONSULTORIO	SECRETARÍA DPTAL/DISTRITAL	SECRETARÍA MUNICIPAL CAPITAL DE DEPARTAMENTO	SECRETARÍA DE MUNICIPIO CERTIFICADO
Promedio de horas visita	2.2	2.8	3.1
Promedio costo por institución	\$ 26.125	\$ 33.250	\$ 36.812,50
Promedio de horas por verificador	0.7	1.5	1.4
Promedio valor verificador por institución	\$ 8.312,50	17.812,50	\$ 16.625

5.1.2.5 Planes de cumplimiento de requisitos esenciales.

5.1.2.5.1 **Utilización de Criterios.** A la pregunta sobre qué criterios utilizan para decidir si el incumplimiento de algunos requisitos esenciales implica el establecimiento de un plan de cumplimiento, la mayoría de las respuestas de los entrevistados está relacionada con algún criterio (53.1%). El 46.9% de las respuestas fue ningún criterio, esto principalmente en el caso de las Secretarías de Salud de los municipios certificados, en donde el 53.1% de las respuestas fue ningún criterio (Ver tabla 59).

A la pregunta acerca de qué criterios utilizan para definir plazos para el cumplimiento de los requisitos esenciales la mayoría de las respuestas de los entrevistados está relacionada con algún criterio - 57.8%. El 42.2% de las respuestas correspondían a "ningún criterio", esto en las Secretarías Municipales certificadas en donde el 48% fue "ningún criterio" (Ver tabla 60).

A la pregunta acerca de qué criterios utilizan para decidir si el incumplimiento de algunos de los requisitos esenciales implica el cierre de un servicio, la mayoría de las respuestas de los entrevistados el 54.7% dicen no tener ningún criterio, esto principalmente dado por las Secretarías Municipales certificadas en donde el 62.4% de las respuestas fue ningún criterio. El 45.3% de todas las respuestas correspondían a aquellos que respondieron que utilizaban algún criterio (Ver tabla 61).

Tabla 59. Utilización de Criterios para Decidir si el Incumplimiento de Algunos Requisitos Esenciales Implica el Establecimiento de un Plan de Cumplimiento

UTILIZAN CRITERIOS	DEPARTAMEN- TOS Y DISTRITOS		SECRETARÍAS DE CAPITALES DE DEPARTAMENTO		SECRETARÍA S MUNICIPALE S		TOTAL RESPUESTAS
	N	%	N	%	N	%	N / %
Algún criterio	28	93.3	25	96.1	177	46.9	230 / 53.1%
Ningún criterio	2	6.7	1	3.9	200	53.1	203 / 46.9%
TOTAL RESPUESTAS	30	100	26	100	377	100	433/ 100%

* Ver anexo sobre los criterios

Tabla 60. Qué Criterios Utilizan para Definir Plazos para el Cumplimiento de los Requisitos Esenciales

UTILIZAN CRITERIOS PARA DEFINIR PLAZOS	DEPARTAMENTOS Y DISTRITOS		SECRETARÍAS DE CAPITALES DE DEPARTAMENTO		SECRETARÍAS MUNICIPALES		TOTAL RESPUESTAS
	N	%	N	%	N	%	N / %
Utilizan algún criterio	37	97.4	20	95.2	207	52.0	264 / 57.8%
Ningún criterio	1	2.6	1	4.8	191	48.0	193 / 42.2%
TOTAL RESPUESTAS	38	100	21	100	398	100	457/ 100%

* Ver anexo sobre los criterios

Tabla 61. Utilización de Criterios para Decidir si el Incumplimiento de Algunos de los Requisitos Esenciales Implica el Cierre de un Servicio

UTILIZAN CRITERIOS PARA DECIDIR EL CIERRE DE UN SERVICIO	DEPARTAMENTOS Y DISTRITOS		SECRETARÍAS DE CAPITALES DE DEPARTAMENTO		SECRETARÍAS MUNICIPALES	TOTAL RESPUESTAS	
	N	%	N	%	N	%	N / %
Utilizan algún criterio	35	92.1	28	87.5	151	37.6	214 / 45.3%
Ningún criterio	3	7.9	4	12.5	251	62.4	258 / 54.7%
TOTAL	38	100	32	100	402	100	472/ 100%

* Ver anexo sobre los criterios

5.1.2.5.2 **Programación de Visitas para Verificación de los Planes de Cumplimiento.** Cuando se les preguntó si tienen programación de visitas para verificar el cumplimiento de los planes, la mayoría (62.2%) de los encuestados respondió que sí hacían programación, el 37.8% respondió negativamente. Así mismo cuando se observan estos datos por tipo de Secretaría de salud el 25% de las Departamentales y Distritales, el 28.6% de las municipales capitales de Departamento y el 41.9% de las Secretarías de municipios certificados no tienen una programación de las visitas de verificación de los planes (Ver tabla 62).

Tabla 62. Distribución de Secretarías de Salud Según Tengan o no Programación de visitas para Verificar el Cumplimiento de los Planes

TIENEN UNA PROGRAMACIÓN DE VISITAS	DEPARTAMENTOS Y DISTRITOS		SECRETARÍAS DE CAPITALES DE DEPARTAMENTO		SECRETARÍAS MUNICIPALES		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N / %
SI	18	75.0	10	71.4	61	58.1	89 / 62.2%
NO	6	25.0	4	28.6	44	41.9	54 / 37.8
TOTAL	24	100	14	100	105	100	143 / 100%

5.1.2.6 **Sistema de información para requisitos esenciales.** A la pregunta acerca de si se tiene establecido un registro de información para la vigilancia y el control de los requisitos esenciales la mayoría (56.3%) de las entidades encuestadas manifestaron que no lo tenían y un 43.7% respondió afirmativamente. Cuando se discrimina por tipo de Secretaría, las de municipios certificados (60.4%) no cuentan con un sistema de información que permita el control del proceso, en el caso de las otras Secretarías, las Departamentales y Distritales en su mayoría (88%) y las de Municipios

capitales de Departamento (82.4%) respondieron que si tenían este sistema de registro (Ver tabla 63).

Tabla 63. Distribución de Secretarías de Salud Según Tengan o no un Registro de Información para la Vigilancia y el Control de los Requisitos Esenciales

TIENEN ESTABLECIDO UN REGISTRO DE INFORMACIÓN	DEPARTAMENTOS Y DISTRITOS		SECRETARÍAS DE CAPITALS DE DEPARTAMENTO		SECRETARÍAS MUNICIPALES		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N / %
SI	22	88.0	14	82.4	172	39.6	208 / 43.7%
NO	3	12.0	3	17.6	262	60.4	268 / 56.3%
TOTAL	25	100	17	100	434	100	476 / 100%

De las Secretarías que respondieron afirmativamente tener un sistema de registro de información que permitiera realizar la vigilancia y el control de los requisitos esenciales la mayoría (73.1%) dijo tener informes escritos producto del análisis de los datos del sistema; solamente el 26.9% respondió lo contrario. Cuando se observan estos resultados por tipo de Secretarías, en las de tipo Departamental y Distrital- 86.4%-, Municipal capital de Departamento (100%) y las de Municipios certificados (69.2%) respondieron que sí realizaban análisis de los datos y que estos se reflejaban en informes escritos (Ver tabla 61).

Tabla 64. Distribución de Secretarías de Salud Según Tengan o no Análisis de los Datos del Registro de Información de los Requisitos Esenciales

TIENE INFORMES ESCRITOS CON RESULTADOS DE ANÁLISIS	DEPARTAMENTOS Y DISTRITOS		SECRETARÍAS DE CAPITALES DE DEPARTAMENTO		SECRETARÍAS MUNICIPALES		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N / %
	SI	19	86.4	14	100.0	119	69.2
NO	3	13.6	0	0	53	30.8	56 / 26.9%
TOTAL	22	100	14	100	172	100	208 / 100%

5.1.2.7 Estado de la verificación de requisitos esenciales a la fecha.

La mayoría -95.8%- de las Secretarías manifestaron que poseen listados de todas las entidades prestadoras de servicios de sus jurisdicciones, solamente un 4.2% no los tiene (Ver tabla 65.)

Tabla 65. Distribución de Secretarías de Salud Según Tengan o no Listados (censos) de Todas las Entidades Públicas y Privadas que Prestan Servicios de Salud

TIENEN LISTADOS O CENSOS	DEPARTAMENTOS Y DISTRITOS		SECRETARÍAS DE CAPITALES DE DEPARTAMENTO		SECRETARÍAS MUNICIPALES		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N / %
SI	24	96.0	16	94.1	416	95.9	456 / 95.8%
NO	1	4.0	1	5.9	18	4.1	20 / 4.2%
TOTAL	25	100	17	100	434	100	476 / 100%

Tabla 66. Número de Entidades que Prestan Servicios de Salud según los Censos de las Secretarías

DESCRIPCIÓN	DEPARTAMENTOS Y DISTRITOS	SECRETARÍAS DE CAPITALES DE DEPARTAMENTO	SECRETARÍAS MUNICIPALES
	N	N	N
Número entidades	31802	14285	4305
Número de entidades que han presentado la declaración	25699	9868	3117
Porcentaje de IPS que han presentado declaración	80.0%	69.1%	72.4%

Tabla 67. Instituciones que han Presentado Declaración y han sido Verificadas en Relación con el Cumplimiento de los Requisitos Esenciales

DESCRIPCIÓN	DEPARTAMEN- TOS Y DISTRITOS	SECRETARÍAS DE CAPITALES DE DEPARTAMENTO	SECRETARÍAS MUNICIPALES	TOTAL
	N	N	N	N
Presentaron declaración	25699	9868	3117	38684
Con visita de verificación	8914 (34.7%)	2593 (26.3%)	1397 (44.8%)	12904 (33.3%)
Con plan de cumplimiento	5223 (58.6%)	1214 (46.8%)	862 (61.7%)	7299 (56.6%)
Con visita de verificación del plan	3322 63.6	426 (35.1%)	346 (40.1%)	4094 (56.1%)
Instituciones con investigación	105 (1.2%)	47 (1.8%)	44 (3.1%)	196 (1.5%)
Instituciones con clausura temporal	451 (5.1%)	37 (1.4%)	249 (17.8%)	737 (5.7%)
Instituciones con decomiso de productos	375 (4.2%)	299 (11.5%)	64 (4.6%)	738 (5.7%)
Instituciones con suspensión definitiva	334 (3.7%)	5 (0.2%)	16 (1.1%)	355 (2.7%)

5.1.3 Analisis de Base de Datos.

5.1.3.1 **Departamentos Geográficos.** Se cuenta con información de servicios declarados en 32 de los 33 Departamentos del país; Vichada no tiene información en el Registro Nacional.

5.1.3.2 **Municipios.** La información con el número de servicios declarados fue enviada de 965 municipios y puede consultarse en el Anexo C.

5.1.3.3 **Naturaleza Jurídica.** Cuarenta y una instituciones (0.1%) no informaron su naturaleza jurídica. De las restantes 28.387, el 88.0% son privadas, el 9.9% públicas, el 1.8% empresas sociales del Estado y el 0.3% corresponden a mixta o comunidad religiosa. .

Los Departamentos con mayoría de instituciones públicas son: Vaupés (100%), Guainía (82%), Chocó (81%) y Guaviare (69%).

La mayoría de Empresas Sociales del Estado se ubica en: Antioquia, Distrito Capital, Caldas, Valle y Santander (Anexo C).

5.1.3.4 **Nivel de Complejidad.** El 68.3% de las instituciones (N=19.408) no llenaron información sobre el nivel de complejidad al Cuál pertenecen. De las 9.020 que sí lo hicieron, el 77.4% (N=6977) son de Nivel I, el 21.6% (N=1.949) de Nivel II y el 1.0% (N=94) de nivel III. Ante la carencia de suficiente información, no se realizó análisis desagregado con esta variable.

5.1.3.5 **Tipo de Institución.** La mayoría de prestadoras de servicios de salud son del tipo consultorios, seguido por centros de salud, 4% son hospitales.

Los 1149 hospitales se encuentran principalmente en: Antioquia, Valle, Cundinamarca, Distrito Capital, Santander y Tolima (Anexo C).

5.1.3.6 **Servicios Declarados.**

5.1.3.6.1 **Nacional.** Por agrupación del tipo de servicio que se declaró, en primer lugar están las consultas (47.2%), seguido por auxiliares de diagnóstico (9.9%), promoción y prevención (9.4%), hospitalización (7.0%), cirugías (5.7%), terapias (5.5%) y urgencias (4.0%) .

Los 11 servicios que declararon con mayor frecuencia son: consulta de odontología general, consulta médica general, promoción de la salud, laboratorio clínico general, prevención primaria, vacunación, consulta de

enfermería, prevención específica, urgencias odontológicas, consulta de optometría y consulta gineco obstétrica. (Ver tabla 68)

5.1.3.6.2 Por Departamento Geográfico. El 50% de las instituciones están ubicados en: Santafé de Bogotá, Valle, Antioquia y Santander (Ver tabla 69). En el Anexo C se puede consultar los tipos de servicios declarados en cada Departamento.

5.1.4 Talleres con Hospitales.

5.1.4.1 Distribución de personas e instituciones que participaron en los talleres. En el desarrollo de los 16 talleres para discutir los requisitos esenciales a nivel nacional participaron 172 personas: 146 (85%) de ESE, 13 (7.5%) de IPS's privadas y 13 (7.5%) del Ministerio de Salud y de la Superintendencia Nacional de Salud. Igualmente estuvieron representadas 102 Instituciones: 91 (89.2) Empresas Sociales del Estado, 9 (8.8%) Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) privadas y 2 (2%) del Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud. En la tabla 2 se presenta el número de personas e instituciones invitadas a participar en los talleres, el número de asistentes y los porcentajes de cumplimiento.

El 32.3% de las personas invitadas asistieron a los talleres y el 54.2% de las instituciones convocadas también lo hicieron.

Gracias a la estrategia de invitar a los talleres un número mayor de personas se logró contar con 146 de las 150 personas planeadas en la propuesta del Consorcio, de ESE's, es decir se obtuvo un cumplimiento del 97.3%.

Tabla 68. Talleres de Requisitos Esenciales. Número de Personas e Instituciones Invitadas y participantes Mayo – Julio 2000

NO. ORDEN	NIVELES DE COMPLEJIDAD Y REGIONES	NÚMERO DE PERSONAS			NÚMERO DE INSTITUCIONES		
		INVITADAS	PARTICIPANTES	% CUMPLIMIENTO	INVITADAS	PARTICIPANTES	% CUMPLIMIENTO
1	Baja complejidad, Santafé de Bogotá	39	17	43.6	13	9	69.2
2	Alta complejidad, Santafé de Bogotá	27	8	29.6	9	7	77.8
3	Media y Alta complejidad, Cundinamarca	30	12	40.0	10	7	70.0
4	Alta complejidad, Atlántico	36	8	22.2	12	5	41.7
5	Alta complejidad, Atlántico	27	6	22.2	9	3	33.3
6	Baja y Alta complejidad, Bolívar	30	10	33.3	10	7	70.0
7	Baja y Alta complejidad, Santander	42	13	30.9	14	7	50.0
8	Baja complejidad, Antioquia	48	15	31.2	16	10	62.5
9	Media y Alta complejidad, Antioquia y Chocó	36	10	27.8	12	6	50.0
10	Alta complejidad, Valle del Cauca	36	11	30.5	12	7	58.3
11	Baja complejidad, Valle del Cauca	30	15	50.0	10	8	80.0

NO. ORDEN	NIVELES DE COMPLEJIDAD Y REGIONES	NÚMERO DE PERSONAS			NÚMERO DE INSTITUCIONES		
		INVITADAS	PARTICIPANTES	% CUMPLIMIENTO	INVITADAS	PARTICIPANTES	% CUMPLIMIENTO
12	Baja y Alta complejidad, Caldas	39	8	20.5	13	5	38.5
13	Baja y Alta complejidad, Huila y Tolima	36	5	13.9	12	4	33.3
14	Baja y Alta complejidad nuevos Depart.	30	8	26.7	10	6	60.0
15	MinSalud y SuperSalud	23	13	56.5	2	2	100
16	IPS Privadas	24	13	54.2	24	9	37.5
Total		533	172	32.3	188	102	54.2

Fuente de Información: Formularios Control de Asistencia. Anexo E.

Las principales conclusiones generales obtenidas de los 14 talleres realizados con las Empresas Sociales del Estado, de acuerdo con cada uno de los tres temas planteados en ellos fueron las siguientes:

5.1.4.2 Consolidados de las respuestas obtenidas.

Tema 1: Evaluar la factibilidad de cumplir con los estándares definidos en los requisitos esenciales por parte de las Empresas Sociales del Estado.

Cumplimiento de los requisitos esenciales. Con relación a la pregunta acerca de si estaban en capacidad de cumplir con todos los requisitos esenciales de acuerdo con la normatividad vigente, la totalidad de las Empresas Sociales del Estado que participaron en los talleres manifestaron que no están en capacidad de cumplir con todos ellos. Pueden cumplir con algunos y en algunas áreas como dotación, recursos humanos, transporte y comunicaciones, atención al usuario y procedimientos técnico administrativos. En cambio, no se podrían cumplir en lo relativo a la infraestructura física, auditoría de servicios y sistemas de información.

Factores que influyen en el cumplimiento. A la pregunta sobre cuáles son los factores que influyen en el no cumplimiento de los requisitos mínimos, las ESE respondieron:

Infraestructura. La mayoría de las ESE consideran que un buen número de hospitales son muy antiguos, que su ubicación y construcción no obedeció a procesos planificados, no se tuvieron en cuenta los requerimientos arquitectónicos como prestadores de servicios de salud y que muchos de ellos fueron construidos por presiones políticas. Por lo anterior no cumplen con los requisitos esenciales y las adecuaciones físicas necesarias para cumplirlos pues son costosas y no cuentan con los recursos necesarios para la adecuación. Consideran que es más barato demolerlos y volver a construirlos.

Además y casi por unanimidad, sugieren la revisión de los requisitos y de la normatividad relacionada con la infraestructura porque consideran que existen algunos requisitos que definitivamente no deberían exigirse como es el caso de los zócalos media caña.

Plantean la necesidad de evaluar el costo de las adecuaciones necesarias para poder cumplir con los requisitos esenciales y consideran necesario ampliar el tiempo de cumplimiento para este requisito.

Recursos Humanos. En el contexto general es el ítem que tiene menor dificultad para su cumplimiento. Sin embargo, la mayoría de las ESE, cuentan con organizaciones administrativas rígidas, determinadas por normas de personal definidas por la carrera administrativa que no les permite hacer procesos de transformación de personal, la falta de una cultura de la calidad y la falta de motivación de los funcionarios son las principales limitantes para su cumplimiento.

La mayoría de los participantes en los talleres consideró que las presiones políticas, sindicales y estructurales son factores que no permiten que se desarrollen procesos de gestión humana acordes con los requisitos esenciales.

La falta de recursos impiden la contratación de personal idóneo o el mejoramiento profesional del mismo, en otros casos son las políticas del Estado al congelar o reducir las plantas de personal. De otra parte, la mayoría considera que en algunos casos los estándares definidos son excesivos frente a la realidad de las instituciones.

Dotación. La mayoría de las ESE consideran que su cumplimiento está relacionado directamente con la cantidad de recursos económicos y la definición de políticas institucionales y presupuestales para la inversión, mantenimiento y reposición de los equipos y demás materiales de dotación.

La mayoría de los participantes coinciden en que no hay políticas de largo plazo con relación a dotación, sino que depende de los secretarios de salud, alcaldes o gerentes del momento. Algunas de las ESE consideran que hay

algunos requisitos que están en exceso y otros en defecto por lo que sugieren revisarlos.

Procedimientos técnico administrativos. Opinan que están relacionados con otros requisitos y no demandan parte económica, por lo tanto son susceptibles de cumplirse.

En algunos hospitales hay avances significativos en estos procedimientos y están en capacidad de cumplirlos. Sin embargo, la mayoría reconoció que la falta de procesos de gestión y mejoramiento institucional son el principal factor del no cumplimiento.

Frente a estos requisitos hubo tendencia a considerar que hay atomización en su implementación, que no hay estandarización en ellos, no existe un marco de referencia y en algunos casos el número de requisitos es alto.

Sistemas de Información. En los grupos participantes no hubo acuerdo; algunos manifestaron que hay dificultades para cumplir, mientras que otros opinaron que el sistema de información constituye una de las grandes se puede disponer de material indispensable.

Opinaron que se producen los datos pero que no hay quién los analice, que no se cumple con la información al usuario y que no hay continuidad en las políticas. La mayoría considera que hay deficiencias técnicas (no cuentan con equipos, software, etc.) y administrativas (falta de gestión, poco apoyo nacional o departamental, baja asistencia técnica) que no permiten cumplir con los requisitos de información.

Así mismo, la no unidad de criterios en las normas y directrices entre los diferentes actores del sistema (Ministerio de Salud, Superintendencia Nacional de salud, EPS, ARS, entes territoriales) genera confusión y limita el desarrollo en los hospitales.

Transporte y Comunicaciones. Aquellos hospitales que están trabajando en red o cuentan con sistemas de regulación de servicios de urgencias consideraron que tienen esta fortaleza. Sin embargo, en otros hospitales (especialmente hospitales de baja complejidad y aquellos ubicados en zonas geográficas distantes o lejanos a los centros urbanos) opinaron que es la mayor debilidad.

No cumplen con los requisitos esenciales en parte debido a la obsolescencia de los equipos, a problemas de mantenimiento, baja cobertura en áreas rurales y a la escasez de recursos económicos. Consideran que para cumplir con estos requisitos esenciales se debe contar con recursos económicos.

Auditoría de servicios. La mayoría de las ESE no cuentan con el personal suficiente, calificado y con experticia para el cumplimiento de los requisitos de auditoría.

Consideran que no hay un concepto claro del rol de la auditoría, faltan lineamientos nacionales que estandaricen la auditoría de los servicios, no hay indicadores establecidos que puedan proveer información a las instituciones para que ellos puedan tomar decisiones. En síntesis, la mayoría de los grupos consideraron que no se tiene un sistema de auditoría que responda a lo estipulado en los requisitos esenciales.

De acuerdo con lo planteado por los participantes, los factores que influyen en el no cumplimiento de los requisitos esenciales pueden analizarse a partir de los siguientes puntos: Definición de los principios, diseño, implementación y cumplimiento, y proceso de verificación.

Con relación a la definición de los principios, y de acuerdo a las discusiones con las ESE, se identificó que los principios no son claros, no se conoce el objetivo de los requisitos esenciales ni su finalidad en relación con el sistema de

garantía de la calidad. Igualmente, no son claros para las ESE los criterios sobre los Cuáles fueron construidos ni el soporte técnico de los mismos.

En cuanto al diseño del instrumento mediante el Cuál se miden los requisitos, manifestaron dificultades dado que su interpretación no está estandarizada, por lo Cuál queda a la libre interpretación de los evaluadores. Muchos de los estándares definidos no los consideran esenciales y esto hace que no se pueda cumplir con todos ellos.

El cumplimiento de los requisitos esenciales en el momento de la evaluación coincide con factores estructurales de los hospitales que limitan o no permiten que se den las condiciones necesarias para su cumplimiento: déficit presupuestal, procesos de reestructuración, esquemas burocráticos y rígidos y la heterogeneidad en los procesos de gestión en cada uno de ellos.

La mayoría de las ESE que participaron en los talleres manifestaron la falta de recursos económicos y financieros como el principal factor que impide la adecuación de los hospitales públicos para poder cumplir con todos los requisitos esenciales.

El desconocimiento de la normatividad vigente, la poca difusión de la información relacionada con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y la percepción de los grupos de que los requisitos esenciales no corresponden a la realidad colombiana, *“no son mínimos son máximos”*, son algunos factores que identificaron como relacionados con el poco cumplimiento. Sugieren definir unos requisitos esenciales que realmente lo sean y con base en esta definición exigir su cumplimiento.

¿Qué factores pesan más para el incumplimiento de los requisitos esenciales?

La mayoría de los participantes consideran que la falta de recursos económicos es la principal barrera para no poder cumplir los requisitos esenciales. Sin

embargo, también hubo acuerdo en que no todos los requisitos son esenciales y en que hay exceso en el número de estándares, por lo que cumplirlos exige un esfuerzo económico importante que las instituciones no pueden financiar en estos momentos.

Además, consideran excesiva la normatividad, poco clara, a veces contradictoria, no coherente con las políticas de los entes territoriales de inversión en salud, por lo que afirman que le resta credibilidad a los requisitos mínimos, "*genera inestabilidad jurídica*" y afecta el cumplimiento de los mismos.

Un punto importante que manifestaron la mayoría de las ESE es la falta de incentivos a los hospitales que realizan una gestión eficiente y hacen esfuerzos para el cumplimiento, lo cual genera que no haya la motivación suficiente para continuar los procesos de cumplimiento de los requisitos esenciales y de mejoramiento dentro de las instituciones mismas.

Creer que factores que pesan bastante para no poder cumplir los requisitos esenciales, son producto de la combinación entre su número exagerado y problemas propios de los estándares del instrumento.

Hay sobredimensionamiento en algunos, como es el caso de dotación, infraestructura y recurso humano. Consideran que los requisitos relacionados con sistemas de información, auditoría y procedimientos técnicos administrativos podrían estar más relacionados con otros componentes del Sistema de Garantía de la Calidad.

¿Si estuvieran sólo los requisitos verdaderamente esenciales las ESE los podrían cumplir?

La mayoría de los grupos manifestaron que aún cuando el ajuste de los requisitos esenciales ayudaría a las instituciones a financiar el cumplimiento de los mismos, si no se hacen cambios estructurales en los hospitales.

Tema 2: Evaluar cómo las Empresas Sociales del Estado perciben los procesos de verificación por parte de los Entes Territoriales encargados de la vigilancia y control de los requisitos esenciales.

Percepción del proceso de verificación. A la pregunta ¿cómo perciben ustedes los procesos de verificación de los requisitos esenciales por parte de las Secretarías Departamentales o Municipales en términos de rigor en el proceso de verificación de acuerdo con los estándares y capacidad técnica de los evaluadores? la mayoría de las ESE estuvo de acuerdo en calificar el proceso de verificación como *“policivo o coercitivo”*.

Consideran que la verificación es subjetiva por no estar bien establecidos los criterios a evaluar. Se orientan mucho en la infraestructura y se hace una verificación superficial de la institución con base en una lista de chequeo.

Manifiestan que las políticas de las Secretarías de Salud respecto a la constitución de los equipos verificadores (capacidad técnica y logística) dependen del presupuesto que tengan, por lo que en la práctica éstas no cuentan con la capacidad de verificación, especialmente en el ámbito municipal.

No hay equipos multidisciplinarios capacitados y con experticia en la verificación, no hay continuidad de las personas en los equipos, especialmente en aquellas que laboran por contrato. Adicionalmente esta heterogeneidad en los evaluadores se ve afectada por intereses políticos y particulares que

utilizan la verificación con fines diferentes a los establecidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad.

La falta de políticas y lineamientos claros entre los diferentes entes de vigilancia y control de los requisitos esenciales, tanto al nivel nacional como territorial, así como su desarticulación y poca coordinación hacen que este proceso no tenga credibilidad, genere confusión y que los procesos de cumplimiento no sean oportunos y efectivos.

Hubo acuerdo en que un factor fundamental que afecta el proceso de verificación es la falta de capacidad de control del sistema, para poder revisar que efectivamente se están cumpliendo los requisitos esenciales. Esta falta de control se evidenció en la no oportunidad en la verificación frente a la declaración de los requisitos esenciales. La mayoría de los hospitales que participaron no habían sido verificados y en aquellos que sí se llevó a cabo el proceso de verificación éste no fue homogéneo en cuanto a las metodologías utilizadas y a los criterios de los evaluadores.

La mayoría de ESE manifestaron que el proceso carece de asesoría y apoyo por parte de las Secretarías; sin embargo hubo algunos grupos que estuvieron de acuerdo con que la asesoría y la verificación son procesos que deben ser realizados por grupos o personas diferentes a las áreas de vigilancia y control y que la asesoría la deben prestar otras áreas de desarrollo institucional de los entes territoriales.

Sugerencias para el mejoramiento de la verificación. La baja capacidad técnica y logística de las Secretarías de Salud, tanto a nivel Departamental como Municipal, debe corregirse con planes de desarrollo y fortalecimiento institucional para que se genere credibilidad en la verificación.

Conformar equipos multidisciplinarios con conocimientos en la normatividad y con experiencia en la verificación, además se insiste en la necesidad de hacer

evaluación por pares en algunas áreas críticas. Deben asegurarse los recursos logísticos necesarios para que el proceso sea efectivo.

La heterogeneidad en las formas de vinculación de los evaluadores y la falta de incentivos en los equipos de verificación no permiten que haya procesos de comunicación y empoderamiento entre los evaluadores y las instituciones verificadas, así mismo la ausencia de políticas de inhabilidades impide que haya objetividad en los procesos de verificación.

Sugieren que se mejore el proceso de evaluación, especialmente en lo relacionado con la retroalimentación y la actitud de los evaluadores, que la información sea clara, y que esté basada en argumentos técnicos que respondan a la definición de los requisitos esenciales y permita la toma de decisiones.

Consideran que mientras los municipios no tengan el desarrollo necesario no deben asumir esta función. La descentralización debe ser selectiva, para los entes territoriales agregarle esto *“es una competencia demasiado traumática y comprometedora”*. Algunas de las ESE sugirieron que el proceso de verificación de los requisitos esenciales sea contratado con empresas externas, no gubernamentales, con la finalidad de quitarle la injerencia política que manejan las Secretarías y hacer objetivo el proceso.

Con relación a los plazos de cumplimiento sugieren que se deben establecer prioridades teniendo en cuenta las definidas en los mismos requisitos esenciales, determinar cuáles son de inmediato cumplimiento por su riesgo con el paciente y dar plazos para los otros. Buscar que todo esto se cumpla a través de un seguimiento estricto.

Hubo acuerdo en la necesidad de que el instrumento sea más claro, que haya difusión de las normas y acerca de su aplicación tanto a nivel nacional tanto a territorial y acerca de que haya unidad de criterio jurídico y técnico para evitar

las múltiples interpretaciones y por ende la variabilidad en la aplicación por parte de los evaluadores.

Sugieren que es necesario que se articulen y coordinen las políticas que se emiten desde los entes de control.

Tema 3: Propuestas para el mejoramiento del instrumento de requisitos esenciales.

Papel de los requisitos esenciales. A la pregunta sobre cuál es el papel que deben cumplir los requisitos esenciales teniendo en cuenta que existen otros componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad la mayoría de los grupos concluyeron que es definir unas condiciones mínimas indispensables para prestar la atención con la mayor posibilidad de éxito y el mínimo riesgo para el usuario. Consideran que es el punto de partida del aseguramiento de la calidad, siendo un instrumento de licenciamiento que haga posible asegurar unas condiciones mínimas obligatorias de funcionamiento a todos los prestadores de servicios de salud.

Después de cumplir con los requisitos esenciales, los hospitales pueden realizar procesos de mejoramiento de la calidad. Consideran que el rol del Estado y sus entes de control es asegurar el cumplimiento de los requisitos esenciales.

Crean que los requisitos esenciales actualmente están opacando los otros componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y se está haciendo énfasis en el cumplimiento de los requisitos esenciales de infraestructura, dotación y personal.

El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad debe tener los componentes de estructura, proceso y resultado y los requisitos esenciales deberán estar enmarcados en la estructura. Adicionalmente, consideran que los requisitos esenciales deben servir como parámetros para el programa de mejoramiento

de las instituciones de salud. Deben ser un instrumento del proceso de mejoramiento para que las Empresas se vayan autoevaluando, a medida que vayan dando cumplimiento a un requisito vayan verificando el siguiente y así sucesivamente hasta perfeccionar todo el proceso.

Los grupos discutieron sobre los incentivos para cumplir con los requisitos esenciales partiendo de una definición clara de los mismos, que permite cumplirlos y que aquellas entidades que se esfuercen en desarrollar procesos de gestión orientados a su cumplimiento se les dé algún tipo de reconocimiento.

El Estado debe considerar la necesidad de definir políticas y asignar recursos para lograr el desarrollo de la garantía de la calidad en los hospitales públicos. Los requisitos esenciales deben estar acompañados de decisiones políticas que permitan su financiación y su implementación y deben estar ajustados al contexto social, cultural y económico.

Suprimen o modifican requisitos esenciales y criterios para ello. Con relación a la pregunta si suprimirían o modificarían algunos de los actuales requisitos esenciales y cuáles serían los criterios para ello, la mayoría de los participantes en los talleres afirmó que suprimirían algunos de los estándares de auditoría de servicios, sistema de información y procedimientos técnico administrativos por ser elementos del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

La mayoría considera que se deben revisar los de infraestructura, dotación y recursos humanos ya que la cantidad de estándares exigidos por la normatividad es muy alta y no responde a la capacidad institucional de la mayoría de los hospitales públicos por la falta de recursos económicos para su cumplimiento.

Consideran que el criterio para suprimir o modificar debe darse con base en la definición de lo que es requisito esencial: Lo mínimo que se necesita para prestar un servicio de salud sin poner en riesgo la vida del paciente. El criterio de “esencialidad” debe hacerse con base en conceptos científicos y tecnológicos que permitan evaluar el grado de riesgo que el incumplimiento de un estándar considerado esencial compromete la salud y la vida del paciente. Así mismo, sugieren que los requisitos esenciales deben ser revisados y ajustados periódicamente.

Manifiestan que los requisitos esenciales vigentes actualmente, *“caen en el error de establecer unas generalidades para unos servicios “gruesos” que no aplican cuando se mira con detalle esos servicios”*.

En el ejercicio de definir unos requisitos como “verdaderamente esenciales” para diferenciarlos de aquellos que no serían esenciales, pero que se encuentran definidos en las actuales normas, sugieren que los no esenciales sean parte del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y que sean manejados a través de incentivos para el mejoramiento o la contratación. Deben ser parte del proceso de mejoramiento y es importante que los usuarios conozcan sus resultados para buscar la competitividad.

Sugieren que la aprobación de la licencia de los proyectos de construcción de entidades de salud esté condicionada al cumplimiento de los requisitos esenciales, por ejemplo los proyectos de los Fondos de Inversión Social.

Los grupos sugieren fortalecer los procesos de capacitación hacia el interior de las instituciones públicas con el fin de generar procesos de calidad, así como de ajustar y actualizar el instrumento con relación a la definición de criterios técnicos que permitan disminuir el número de estándares para que el proceso sea más sencillo.

Perciben que los estándares no están bien definidos, especialmente para el primer nivel de atención. Afirman que no hay estándares definidos para fomento y prevención, así como para actividades extramurales. Opinan que faltan requisitos esenciales para laboratorios de prótesis dental, para consultorios especializados de salud oral, maxilofacial, etc.

En la mayoría de los grupos hubo discusión sobre la necesidad de flexibilizar el cumplimiento de los requisitos esenciales por zonas geográficas, condiciones socio culturales y económicas, perfiles epidemiológicos, niveles de atención, demanda, etc. Luego de la discusión y de precisar el concepto de esencialidad, afirman que los mínimos esenciales deben ser iguales y rigurosos para todos y en todo el país, que hay que cumplir en todas partes no importa que se atienda un paciente o mil, los requisitos esenciales deben ser universales. Lo que debe ser flexible es el plan de cumplimiento en términos del tiempo para los hospitales de población dispersa. Por ejemplo, en esas áreas no se consiguen oportunamente los recursos humanos, hay que buscar recursos económicos para poder cumplir requisitos como infraestructura y además hay problemas de violencia que hacen aún más difícil la consecución de personal.

Criterios para definir un requisito como esencial. La mayoría de los grupos plantearon que el criterio para definir un requisito como esencial debe ser lo mínimo que se debe tener para prestar el servicio con idoneidad técnico-científica y que produzca mínimos riesgos para el usuario y que se traduzca en la accesibilidad, confiabilidad y oportunidad en la atención.

Definen esencial como sinónimo de imprescindible. Su no presencia implicaría algún riesgo de inseguridad, incomodidad o molestia al paciente o al trabajador de salud. Es esencial cuando no se puede prestar un servicio sin él, que sea lo mínimo "indispensable" para la prestación de un servicio de salud sin poner en riesgo la vida del paciente. Es por esto que se debe tener claridad absoluta

sobre cuáles serían los requisitos indispensables para la prestación de los servicios y cuáles no lo serían.

Como propuestas para el mejoramiento de los requisitos esenciales se contempla la necesidad de definir unos estándares que se puedan cumplir. Se propone revisar el instrumento y dejar solamente aquellos que se consideran esenciales para la prestación de los servicios en términos de asegurar una calidad en la atención que no ponga en riesgo la vida del paciente.

Consideran que deben crearse unos incentivos a las Empresas que en un momento dado, empiecen a tener requisitos por encima de los mínimos definidos en el Sistema de Garantía de la Calidad. Incentivos que pueden ir desde el fortalecimiento tecnológico, la asignación de más recursos financieros, capacitación a los funcionarios, hasta el desarrollo de sistemas de información que les permita a las instituciones que llevan a cabo procesos para el cumplimiento mejorar sus procesos de calidad.

La mayoría de las ESE consideraron que aquellos requisitos que no sean "esenciales" no deben ser obligatorios y ser parte de procesos de mejoramiento o acreditación. Si se definen unos mínimos obligatorios y no se cumplen se deben tomar medidas sancionadoras, es decir, que los requisitos esenciales son de obligatorio cumplimiento y la acreditación es una cuestión voluntaria, pero cuyos parámetros permitan buscar la calidad. *"Como Estado garantizar el cumplimiento de los requisitos esenciales, si no cumple se cierra"*.

Consideran que se deben fortalecer los procesos de garantía de la calidad y gestión al interior de las instituciones y que las entidades de vigilancia y control realmente ejerzan sus funciones para que el proceso tenga credibilidad.

Dada las características particulares del taller con el Ministerio de Salud y con la Superintendencia Nacional de Salud por tratarse de entidades de dirección del sistema, se incluyen los resultados de este taller en forma separada:

Informe
Taller Quince de Requisitos Esenciales

**MINISTERIO DE SALUD Y SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE
SALUD**

25 de julio de 2000 - Santafé de Bogotá

Facilitador técnico: Sergio Horacio Luengas Amaya, M.D.

**Facilitadores metodológicos: Luis Eduardo Rincón Cañón, M.D. y
José Hernando Baquero Villamil, M.D.**

Participantes. El taller contó con la participación de trece (13) funcionarios del Ministerio de Salud y de la Superintendencia Nacional de Salud y con dos observadores del Ministerio de Salud.

Los participantes fueron divididos en tres grupos de trabajo para la pregunta uno y en dos grupos para las preguntas dos y tres por ausencia de algunos de los participantes.

Conclusiones. El resumen de las conclusiones presentadas a través de las relatorías en las reuniones plenarias, y el de las discusiones generales en las plenarias para cada uno de los tres temas abordados, es el siguiente:

Tema 1: Evaluar con el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud la factibilidad de cumplir con todos los estándares definidos en los requisitos esenciales por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

¿Según su criterio las Empresas Sociales del Estado están en capacidad de cumplir con todos los requisitos mínimos actualmente vigentes en el país?

¿Cómo perciben esta capacidad de cumplimiento en las IPS privadas?

En las Empresas Sociales del Estado

Cumplimiento o no de todos los requisitos esenciales

Dos grupos opinaron que en el contexto de los requisitos esenciales sí existe un vínculo entre principios y objetivos.

Piensan que no se pueden cumplir todos los requisitos esenciales. Otro grupo dijo que su respuesta es subjetiva por no tener datos que la sustenten, sólo hay una percepción y es necesario definir criterios para saber si las Empresas Sociales del Estado cumplen o no cumplen con los requisitos esenciales.

Algunos de los miembros de ese grupo creen que sí estarían en capacidad de cumplirlos pero condicionándolos a ajustes en los requisitos esenciales, a modificaciones estableciendo prioridad a corto y mediano plazo y haciendo revisiones de aspectos prioritarios tales como infraestructura física. Se dijo: *“Si el Estado establece la necesidad de cumplir obligatoriamente con todos los requisitos tiene que entrar a ayudar a las instituciones, a soportar las instituciones públicas, el Estado estaría suministrándoles todos los recursos y toda la capacidad para cumplir con esos requisitos”. “Estando vigente una norma las instituciones pueden hacer y podrán hacer pero con la ayuda del*

Estado, pero no modificar la normatividad porque quedaríamos como el soplo del viento”.

En ese mismo grupo otras personas opinaron que las Empresas Sociales del Estado no están en capacidad de cumplir por la crisis financiera y la situación de orden público y porque el grado de desconocimiento de la normatividad es impresionante.

Factores que influyen en el cumplimiento. En general el grupo está de acuerdo en que los factores para no cumplir se dan porque no existe una cultura de la calidad en salud, apenas hay un desarrollo incipiente de ella, aunque las Empresas Sociales del Estado sí están haciendo algún esfuerzo para cumplir. La creación de la cultura de la calidad requiere de tiempo, persistencia y continuidad del nivel central a las entidades territoriales y de estas a las IPS lo que implica una retroalimentación sobre la evolución de los requisitos esenciales y hacia dónde se quiere llegar.

No hay continuidad en la implementación de los requisitos esenciales; no hay seguimiento; no hay ajuste de los estándares; no hay retroalimentación de esos mismos estándares; existe una alta rotación del personal responsable del cumplimiento de los requisitos esenciales, por lo Cuál si bien se les hizo una difusión de las normas, ella se ha perdido por esa misma rotación del personal, además no hay interpretaciones estandarizadas de esa normatividad.

No hay fortalecimiento de las entidades de vigilancia y control por falta de la infraestructura en lo que hace relación a recursos económicos, humanos, dotación y transporte.

Consideran que hay que tener en cuenta una serie de externalidades que afectan a las IPS, tales como la ubicación y las condiciones geográficas, etc.

Lo anterior no implica flexibilizar los requisitos esenciales sino que se requiere un mínimo que debe ser cumplido por todos.

Algunos consideran que cerca de un 80% de los problemas de cumplimiento de los requisitos esenciales radican en la resolución 4445/96, especialmente en lo relacionado con la infraestructura. Una gran mayoría de las Empresas Sociales del Estado están contruídas hace mucho rato, son edificaciones muy antiguas y modificar este tipo de hospitales lleva bastante tiempo. Esa resolución se debe adecuar y ajustar, haciendo los requisitos más equilibrados con la actualidad nacional.

Sería necesario modificar los requisitos para definir cuáles son los básicos. Sin embargo, hay que tener en cuenta que ya hay respuesta de algunas entidades a estos requisitos y si se modifican se debe saber cuáles son los que están produciendo el mayor problema; posiblemente pueden ser los relacionados con la estructura.

Para el cumplimiento de los requisitos esenciales planteados en la resolución 4252/97 consideran que los factores son multicausales y no están seguros que los problemas sean solo de principios. Falta información, hay problemas con la rotación de personal y faltan recursos.

Recursos Humanos. Consideran que aquí sí están en capacidad de cumplir con todos los requisitos.

Dotación. Ya tienen catastro y puede ser acorde a los requisitos esenciales.

Transporte y comunicaciones. Estiman que está bien.

Sistema de información. No está bien. Pero no depende de las Empresas Sociales del Estado sino de la política.

En resumen consideran que las Empresas Sociales del Estado no están en capacidad de cumplir con todos los requisitos.

Creen que están por fuera de los requisitos esenciales los Centros y Puestos de Salud como parte del primer nivel de atención, que no se han transformado y que allí se pone en riesgo al usuario porque es un problema en su primer contacto con el sistema de salud.

En entidades privadas.

Cumplimiento o no de todos los requisitos esenciales:

Igualmente aquí hubo posiciones diversas frente al hecho de si las entidades privadas pueden o no cumplir con todos los requisitos esenciales.

Un grupo dijo que hay que reconocerles a las IPS privadas *“mayor posibilidad de reacción, Cuálquiera que sea el estándar que se fije van a tener la capacidad de adaptarse de una forma más ágil en los requisitos esenciales que se impongan”*.

Consideran que ellos tienen más factibilidad de cumplirlos. Quizás su mayor dificultad está en el recurso humano por la contención de costos que ellos hacen.

El grupo se pregunta si el problema para el cumplimiento de los requisitos esenciales está en el requisito o en unos coadyuvantes para que ése requisito se cumpla.

Otro grupo opinó que como capacidad de cumplimiento sí estarían las IPS's privadas en capacidad de cumplirlos, pero que una cosa es la licencia para construcción y otra cuando ya están construidas las entidades, porque así se

les dió la licencia y fué falta de lineamientos, de coordinación entre salud y planeación para autorizar éste funcionamiento.

Factores que influyen en el cumplimiento.

El grupo hace una revisión por estándares y dictamina lo siguiente para entidades privadas:

- Infraestructura: Les queda fácil su cumplimiento.
- Dotación: La mayoría de tecnología de punta está en el sector privado por lo tanto consideran que pueden cumplir.
- Sistemas de información: Resulta fácil, podrían cumplirlos.
- Recurso humano: Por contención de costos no los cumplen.
- Transporte y comunicaciones: No suelen cumplirlo, también por contención de costos.

Otro grupo considera que las entidades privadas cumplen más o menos en un 50%, pero que estos datos están tomados de acuerdo con la experiencia de los participantes en el grupo, en algunas hay mayor inversión, mayor autonomía para hacer los ajustes. Las de mayor complejidad cumplen más, las pequeñas cumplen menos.

Hay muchas como las IPS pequeñas, *“piratas que no cumplen absolutamente nada”*. Otras personas opinan que por el contrario estas *“IPS de garaje”* están interesadas en cumplir para tener todo bien. Su problema no es de infraestructura, etc., sino del procedimiento que realizan, por lo que les interesa estar avalados para continuar haciendo sus actividades *“algunas veces ilícitas”*.

Qué factores pesan más para el cumplimiento de los requisitos esenciales

Aquí se consideró que hay que mirar el tipo de negocio que se está manejando. El sector privado maneja un negocio con ánimo de lucro, lo que le implica adaptarse para poder sobre vivir. El sector público maneja un servicio público, que implica que la cultura del negocio entre a la red pública y estén dentro de las reglas del juego cumpliendo con las normas. En recurso humano por ejemplo, el sector privado no cumple porque significa costos altos de producción, en cambio el sector público, más burocratizado, tiene cuenta con más gente, pero tiene incapacidad para cumplir con otros requisitos.

Esto implica que debe revisarse si el problema es de los estándares, si el problema es de la cultura o si el problema es de manejo gerencial, consideran que en este punto debe profundizarse.

Plantean que preocupa mucho el concepto de cumplimiento, *“es que no cumplen”*. Consideran que se debe clarificar qué es lo que pasa, cuál es el problema. Por ejemplo, en infraestructura física es muy difícil de cumplir, también los sistemas de información preocupan mucho, *“el Ministerio de Salud ha sacado varias normas luego de que salieron los requisitos esenciales. Estábamos primero con los SIS, luego pasamos a los RIA, han sacado varias normas que se aplazan y eso ha ido creando en las instituciones una incertidumbre”*.

En general, la percepción de no cumplimiento podría estar relacionada con las normas. Hay que hacer una revisión de la resolución 4445 y de la 2240, así como de la ley novena, también de la 14707 que hace relación a los niveles de atención y grados de complejidad porque es muy dispendiosa *“se utiliza según el libre albedrío para clasificar y pagar como quieren”*. Es necesario establecer criterios para revisar la normatividad. La mayoría de los participantes consideran que hay muchas normas.

Algunos otros miembros del grupo consideran que no debe hacerse en primer lugar la revisión normativa, sino revisar los insumos técnicos para tener una visión del proyecto.

Creer que en dotación los requisitos esenciales no soportan muy bien el estado del equipo porque no hay mantenimiento hospitalario. Solicitan tener en cuenta esto en el proceso que acompaña a dotación.

En recursos humanos deben tomarse en cuenta en el proceso que acompaña los requisitos esenciales, que hay perfiles y número, pero no competencia.

Los aspectos de filosofía y la parte conceptual deben tenerse en cuenta porque se considera muy importantes. Anotan que hay un documento sobre la parte filosófica y conceptual de los requisitos esenciales actuales que nunca se publicó.

También sugieren no perder de vista la capacitación a todo el mundo, la orientación y las explicaciones porque no se hizo en la dimensión requerida. La primera parte de los requisitos esenciales fué muy bien hecha *“concertada, conocida por todo el mundo”* pero en la implementación faltó capacitación y esto es necesario subsanarlo. Debe poderse contar con suficiente capacitación y asistencia técnica en los entes territoriales, las IPS, y para el público en general.

Consideran que hay problemas de liderazgo al nivel de los entes municipales; falta de seguimiento y control; que hay un énfasis económico en la Ley 100 y descuido en la satisfacción del usuario, *“por lo cuál las EPS se dedican a afiliar para aumentar cobertura y se tiene en cuenta solamente el margen de solvencia”*.

Hay deficiencia en la cultura de la calidad, lo cuál implica gestión de calidad y satisfacción del usuario. Faltan estímulos a las Empresas que hagan gestión de calidad, por el contrario *“el Ministerio de Salud como tal, estructuralmente no tiene una dependencia que hable de la calidad, hay alguien en seguridad social mirando, hay otras personas en oferta, hay apoyo a la reforma, pero realmente está como atomizado, el actor externo no siente la priorización hacia un tema como la calidad”*.

Planteado el debate acerca de dónde está el problema de los requisitos esenciales, si son los requisitos esenciales en sí mismo o son problemas externos a ellos y qué pesa más, se discutió lo siguiente:

Hay desarticulación de las diferentes instancias de difusión, de financiación y de vigilancia y control. *“La Ley 100 tiene una base muy sólida en la teoría, pero al ver cómo se implementó esa Ley 100 empezamos a ver las deficiencias a todos los niveles. Requisitos esenciales es un hijo, que de pronto se ha ido malogrando en su crecimiento, en su desarrollo, precisamente por esa falta de articulación”*.

Si se hubieran dado adecuadamente todas las interfases se hubieran evitado los problemas. Es complejo definir cuál ha sido el problema de los requisitos esenciales, más en la implementación y en la respuesta de cada uno de los actores de los requisitos esenciales para su implementación. Faltó apoyo para implementarlos. Los requisitos esenciales en sí mismo sí tienen problema, por ejemplo *“los colores de la señalización, también que sí se cumple con los equipos pero los equipos no sirven”*.

En este punto se informó que existe un trabajo del Ministerio de Salud, de la Dirección de Análisis y Política Sectorial, consistente en un estudio de oferta y que una de las variables fué los requisitos esenciales. El estudio fue realizado en tres municipios y está a la orden del Consorcio.

Tema 2: Evaluar cómo el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud perciben los procesos de verificación por parte de los Entes Territoriales encargados de la vigilancia y el control de los requisitos esenciales.

¿Cómo perciben ustedes los procesos de verificación de los requisitos esenciales por parte de los entes territoriales de control, Secretarías Departamentales o Municipales de Salud, en términos de rigor en el proceso de verificación de acuerdo con los estándares y con la capacidad técnica de los evaluadores?

¿Qué sugerencias harían para mejorar estos procesos de verificación?

Percepción del proceso de verificación

Los participantes consideran que, en general, no es fácil evaluar qué ha sucedido con el proceso de verificación por no contar con un diagnóstico completo.

Sin embargo, pareciera que hay problemas de financiación para el proceso de verificación; que no hay voluntad política del Ministerio de Salud para apoyar el desarrollo de los requisitos esenciales y a los otros entes territoriales; que no existe capacitación a entidades territoriales y que la rotación del personal hizo que se perdiera la poca capacitación que se dió.

Hay procesos de verificación buenos, regulares y malos debido a los perfiles de los evaluadores, a su capacitación y a la ausencia o carancia de una guía del evaluador para la interpretación de diferentes cosas, de acuerdo con diferentes culturas. No hay seguimiento del proceso por parte del Ministerio y no se estableció una política de largo plazo.

No hay una metodología estándar para llevar a cabo el proceso de verificación.

Sugerencias

Plantean como sugerencias la definición de perfiles para los evaluadores, deben tener un mínimo, una base, *“no es posible que lo haga una secretaria, un bachiller, un veterinario”*; se solicita que en lo posible, que el proceso sea hecho por pares; capacitar y estandarizar a los evaluadores y hacer una replicación de esta capacitación en los niveles regionales y además que el proceso sea continuo; se requiere la guía del evaluador; es necesario programar acompañamiento por parte del nivel central.

Se dice que la Superintendencia Nacional de Salud sacó un manual de verificación de requisitos esenciales que era un instructivo de apoyo a todas las Direcciones de Salud, pero que no era de tipo obligatorio, unos lo adaptaron y otros no.

Las Direcciones de Salud emiten una certificación que dice *“concepto favorable o concepto desfavorable”* y eso no refleja la situación de las IPS. Debería decir cumple con estos estándares o con estos requisitos y no cumple con aquellos otros.

Las Direcciones Seccionales pueden hacer el proceso como ellos estimen conveniente, pero se necesita una metodología estándar para poder evaluar. *“La Superintendencia no verifica requisitos esenciales sino cuando asume competencia prevalente”*.

Es necesario estandarizar metodologías de verificación; reglamentar estímulos para las entidades que sí cumplen; determinar una política para aplicar sanciones.

Es necesario asignar los recursos económicos y humanos para fortalecer el proceso. Igualmente consideran que se requiere voluntad política.

Se debe hacer una divulgación nacional de la política de calidad. Se debe trabajar muy fuerte dentro del proyecto el componente de crear una cultura de cumplimiento de un sistema obligatorio de garantía de calidad. El grupo cree que es más importante cambiar las actitudes que los estándares y ligarlas a todo el componente técnico.

Definir quiénes deben hacer las verificaciones, especialmente los roles de las instituciones y hasta dónde va su gestión. Las EPS vuelven posteriormente a verificar y todo esto produce desgaste. Sugieren que la entidad que verifica sea una entidad con credibilidad para que dé la certificación y no que todos estén certificando. Es importante definir quién lo hace y cómo lo debe hacer y no la entidad que lo haga. Se sugiere programar fechas de verificación para que concurren los interesados en contratar, pero esto implica un gran esfuerzo de coordinación.

Hacen un *“llamado al contratista a que nos dé la ñapita”*. Es necesario plantear estrategias para el desarrollo del proceso en forma macro, de representante del Estado *“porque el primer proceso que se propuso no se pudo desarrollar porque desde el Estado y desde donde se generó toda esta idea, una política que no se difundió, unos objetivos, unos principios, unos valores, unas estrategias que no se difundieron, por eso es que se dice que no existen”*.

Para evitar que en dos años no se esté nuevamente discutiendo *“si los requisitos esenciales planteados eran esenciales, si los principios por los Cuáles se basaron eran los principios que había que tener en cuenta, si el sistema de formación que se necesitaba era ése, si los indicadores que constituyen ese sistema entonces debían ser esos indicadores”*. Lo Cuál no tendría sentido.

Algunos plantean que *“no se entiende cómo se está evaluando algo que no se logró desarrollar”*. Se sugiere hacer una revisión de los diferentes estándares, uno por uno, para saber *“dónde se está aplicando, cómo se está cumpliendo, si se está cumpliendo, cuál es el alcance de todo”*.

Se preguntan si los entes responsables del cumplimiento de los requisitos esenciales lo han hecho a conciencia, *“yo hasta ahora no he visto nada de eso. De pronto he visto informes de que sí se cumplen, pero por allá, pero que a mí me digan que en el punto cinco, donde dice transporte y comunicaciones, no se está cumpliendo y que se debe modificar en esta y en esta forma, yo hasta ahora no he visto nada de eso”*, entonces preocupa modificar los requisitos esenciales si no se han estudiado a fondo. Que va a pasar con lo que se modifique, se considera que tiene importancia para los que ya han cumplido con ellos.

Como en algunos talleres anteriores se ha sugerido la posibilidad de una verificación por una entidad externa se discute el punto. El grupo considera que es importante la evaluación por pares porque dá credibilidad, pero se debe tener en cuenta las inhabilidades, puede ser esto un ideal. El problema no es quién evalúa, sino la cultura de cumplimiento de normas y su relación con la honestidad frente a la realización de un proceso, *“a mi lo mismo me da que mi compadre esté en Price Wether House o en Arthur Andersen, o que trabaje en la Secretaría de Salud Departamental, si el compadre trabaja allí yo ya voy a llevar un elemento de ganancia porque este país es así”*.

“No importa quién lo haga si se hace bien, es algo secundario si los requisitos esenciales son realmente operables”. Un ente privado va a costar dinero y se debe estudiar a quién le creen *“pienso que preferirían una entidad del Estado que está haciendo las cosas bien ha irse a un privado”*.

Los requisitos esenciales siempre son de control del Estado y los otros que pasarían a acreditación sí dejárselos a un ente privado. *“Los esenciales no*

implicarían ninguna erogación por parte de las IPS's para cumplirlos y que sea de obligatorio cumplimiento y de control por parte del Estado".

Existen normas de auditoria, perfiles para las personas y formas de cómo hacer el proceso. Que quién haga la verificación sea de alta credibilidad y que metodología sea clara, definida y estandarizadas, no importa quién lo haga.

Un representante del grupo plantea una gran preocupación: Imitar a otros países, *"de pronto no es lo más preciso para nosotros, para éste país, que el Estado entregue todo al sector privado, nosotros sí tenemos una preocupación muy grande".*

Tema 3. Propuestas para el mejoramiento del instrumento de requisitos esenciales

¿Según su criterio cuál es el papel que deben cumplir los requisitos esenciales teniendo en cuenta que existen otros componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad?

¿Suprimirían o modificarían algunos de los actuales requisitos esenciales y cuáles serían los criterios para ello?

¿Cuáles serían los criterios para definir un requisito como esencial? Mencione algunos ejemplos de requisitos esenciales que se ajusten a esos criterios, estén o no en las normas vigentes.

Papel de los requisitos esenciales

Con relación a este punto el grupo estuvo de acuerdo que el papel de los requisitos esenciales debe ser permanente, deben cumplirse para garantizar al usuario las condiciones mínimas de seguridad, oportunidad y accesibilidad a la atención en salud, las Cuáles son de obligatorio cumplimiento por parte de los diferentes prestadores.

Supresión o modificación y criterios para ello

El grupo considera que en el momento no es posible responder integralmente a esta pregunta porque no existe un diagnóstico concreto de los inconvenientes para su aplicación. Qué falló? el diseño?, la difusión?, la financiación?, el seguimiento? o Cuálquiera de las otras fases.

Sí se debe evaluar la pertinencia de algunos requisitos esenciales en cuanto a su esencialidad y a lo mínimo que deben cumplir las Entidades. Es probable que se excluyan unos requisitos y eventualmente se incluyan otros.

Sugieren ajustar o simplificar los de infraestructura física de las instituciones y además averiguar los fundamentos para estos criterios de infraestructura física. Sin embargo, un participante defiende los criterios de infraestructura física y dá algunas explicaciones.

Con relación a las modificaciones sugieren tener en cuenta a los que ya los cumplieron.

Tener en cuenta un sistema de incentivos y *“no premiar a las Empresas Sociales del Estado que no han cumplido y malversan los fondos y son ineficientes”*.

El criterio para modificar debe surgir de una verificación en terreno, aplicando los principios de seguridad, accesibilidad y oportunidad, *“el contratista debe clasificar los requisitos esenciales ya existentes bajo estos criterios para efectos de evaluar cuáles están cumpliendo o no su cometido de esencialidad”*.

Consideran que los requisitos esenciales son elementos muy dinámicos que se tienen que actualizar, pero que cada dos años es muy prematuro para el Estado por el desarrollo del Sistema de Seguridad Social, se propondría períodos mucho más largos, dependiendo de cómo evolucione el tema de los requisitos esenciales.

Criterio para definir un requisito como esencial

“Siempre debe primar el criterio técnico de las personas que en la práctica utilizan y aplican permanentemente esos requisitos esenciales”.

Criterios de seguridad, accesibilidad y oportunidad. Por ejemplo, laringoscopios, carro de paro, número de enfermeras según el número de pacientes en hospitalización, etc.

Consideran que los requisitos de la Resolución 4445/96, relacionados con infraestructura, no debían de estar o ser reevaluados, por ejemplo toma corrientes a 75 cms de altura, media caña en los corredores, etc.

Seguridad para los usuarios con el cumplimiento de los requisitos esenciales en todas las instituciones del país, teniendo en cuenta la heterogeneidad geográfica y culturas. Por ejemplo, para prestar un servicio se debe tener un espacio. Una consulta de médico general, que se debe cumplir en todas partes, tiene que tener el recurso humano, el médico general, una dotación mínima y un registro de la atención que se está prestando.

Concluye el grupo que los requisitos esenciales se deben revisar y ajustar con criterios técnicos de seguridad, accesibilidad y oportunidad.

El grupo es absolutamente enfático en que no se deben plantear requisitos esenciales por regiones. Pero consideran que dadas las diferencias de cumplimiento se debe tener en cuenta la heterogeneidad geográfica, la multiculturalidad y la complejidad de las entidades prestadoras como criterios para definir finalmente qué es esencial, garantizando la seguridad de la vida. *“Que sean cumplibles en todo el país y si no se cumplen que se cierren las Entidades”.*

En este taller se contó con la presencia de dos observadores del Ministerio de Salud, los doctores Javier López y Jairo Vieda –Consultores del Programa de Apoyo a la Reforma-. Ellos estuvieron presentes durante las relatorías y las discusiones y no en los trabajos de grupo.

5.2 RESULTADOS CONSOLIDADOS DE LAS ACTIVIDADES.

Considerando la estructura de la hipótesis planteada los resultados de las actividades de la fase diagnóstica mirados integralmente son:

5.2.1 Describir los niveles de declaración, registro, verificación y cumplimiento de requisitos esenciales:

5.2.1.1 **Cobertura de la declaración.** Para conocer el número de entidades con declaración de requisitos esenciales en relación con el universo de prestadores de servicios de salud, la fuente originalmente propuesta fue la base de datos del Registro Especial Nacional de la División de Registro y Acreditación de Instituciones de Salud del Ministerio de Salud. No obstante, esta base de datos carece de la identificación del universo de prestadores en el país, que es el denominador del indicador de cobertura. Como fuente alternativa, se tomó la información suministrada por las secretarías de salud en las encuestas, que arroja la siguiente información:

- De las 476 entidades encuestadas, 456 (95.8%), informan tener censo. Con base en el reporte de las entidades que presentan declaración, la cobertura de la declaración según el tipo de entidades es la siguiente:

Tabla 69. Número de entidades por tipo de secretaría

DESCRIPCIÓN	DEPARTAMENTOS Y DISTRITOS	SECRETARÍAS DE CAPITALES DE DEPARTAMENTO	SECRETARÍAS MUNICIPALES
Número entidades por censo	31802	14285	4305
Presentaron declaración	25699	9868	3117
Porcentaje de IPS que han presentado declaración	80.0%	69.1%	72.4%

Si bien la base de datos del Ministerio, no cuenta con un universo de prestadores, sí reporta el número de entidades que han presentado declaración, en un total de 36.199 prestadores, cercano al número de prestadores con declaración reportados por las secretarías en las encuestas.

La clasificación por tipos de las entidades que han presentado declaración, no es posible hacerla con las encuestas, ya que se reportan datos globales, pero si es posible mediante el análisis de la base de datos del Ministerio de Salud. Para éste análisis cabe anotar, que de las 36.199 entidades que reportaron información, 7.771 (21%), no listaron los servicios y en consecuencia no es posible incluirlas en ésta tipificación, de manera que el análisis se hace sobre 28.428 entidades. Los reportes corresponden a 32 de 33 departamentos (Vichada no tiene reportada información) y de 965 municipios.

- **Naturaleza jurídica:**

ENTIDADES PRIVADAS	ENTIDADES PÚBLICAS	EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO	MIXTA O DE COMUNIDAD RELIGIOSA
88%	9.9%	1.8%	0.3 %

- **Nivel de complejidad:** Un 68.3% carecen de registro del nivel de complejidad. De las 9.020 que sí lo reportan:

NIVEL I	NIVEL II	NIVEL III
77%	21%	1%

- **Tipo de entidad:** 1.149 (4%), son entidades hospitalarias. El mayor volumen de entidades se encuentra en la categoría de consultorios.

5.2.1.2 **Cobertura de la verificación.** La cobertura de la verificación de requisitos esenciales se disgrega en varios tipos, para lo cuál es útil la combinación de dos de los métodos utilizados. Las encuestas a secretarías de salud identifican el número de entidades que recibieron visita por parte de las secretarías de salud en relación con las entidades que presentaron declaración de requisitos. Según la respuesta de las secretarías encuestadas, de las entidades que presentaron declaración, el porcentaje que recibió visita de verificación, diferencial de acuerdo con el tipo de secretaría, son las entidades departamentales de 35%, en las entidades capitales de departamento de 26% y en las entidades de municipios no capitales de departamento de 45%.

Tabla 70. Entidades con visita de verificación

DESCRIPCIÓN	DEPARTAMENTOS Y DISTRITOS	SECRETARÍAS DE CAPITALS DE DEPARTAMENTO	SECRETARÍAS MUNICIPALES
Con visita de verificación	8914 (34.7%)	2593 (26.3%)	1397 (44.8%)

Si en las visitas se verifican todos los estándares definidos, este es uno de los hallazgos de los pilotos en las ESE, en el cuál se encontró que de todos los requisitos aplicables a las instituciones incluidas en los pilotos, fueron verificados por las secretarías de salud (24%). Este valor varía cuando el análisis se hace con la mediana de los porcentajes de verificación en las entidades que en los pilotos tenían verificación por la secretaría de salud, que muestra una tendencia a una verificación del 34% de los requisitos aplicables.

5.2.1.3 Cobertura de la verificación de los planes. Tomando como base, la encuesta realizada en las 476 secretarías de salud, se encontró que de las entidades a las que se realizó visita de verificación, el porcentaje que tiene un plan de cumplimiento y de éstas las entidades que tuvieron una visita para verificar el cumplimiento del plan, se comporta según el tipo de secretaría en 58% en las entidades departamentales, 35% en las entidades de municipios capitales de departamento y 40% en las entidades de municipios no capitales de departamento.

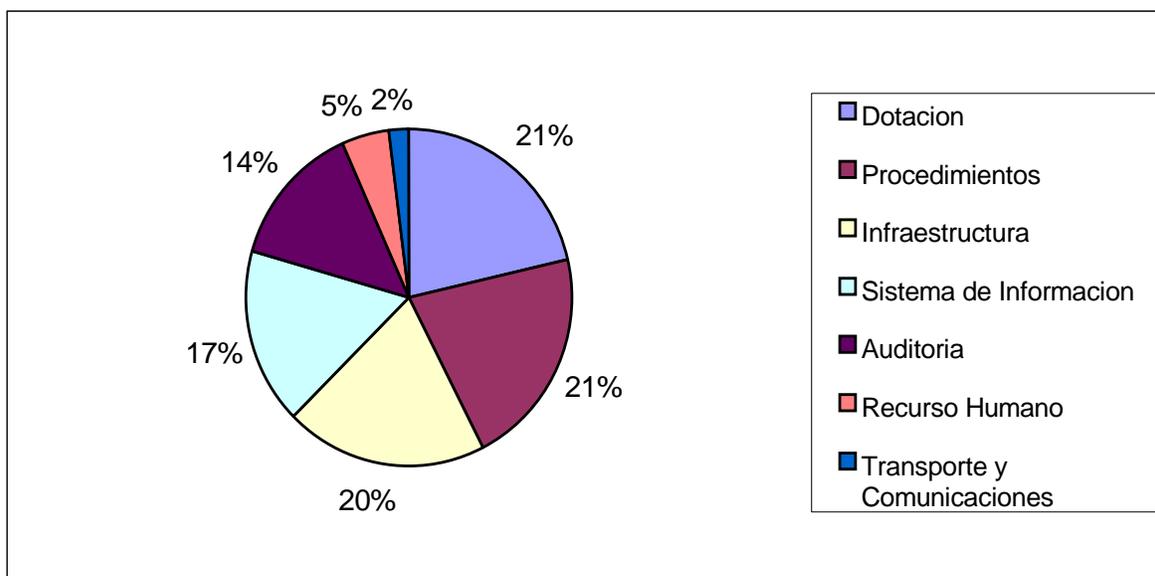
Tabla 71. Número de entidades con plan de cumplimiento

DESCRIPCIÓN	DEPARTAMENTOS Y DISTRITOS	SECRETARÍAS DE CAPITALES DE DEPARTAMENTO	SECRETARÍAS MUNICIPALES
Con plan de cumplimiento	5223 (58.6%)	1214 (46.8%)	862 (61.7%)
Con visita de verificación del plan	3322 63.6	426 (35.1%)	346 (40.1%)

5.2.1.4 **Nivel de cumplimiento.** De acuerdo con los resultados obtenidos en los 30 pilotos en ESE, es posible identificar el nivel de incumplimiento desde varios puntos de vista:

1. *Porcentaje de incumplimiento por entidad:* Teniendo como base los requisitos incumplidos en relación con los requisitos verificados en cada entidad sujeto del estudio, se encuentra una tendencia medida con la mediana del 31% en la verificación realizada por el Consorcio, y del 41% de la verificación realizada por las secretarías, en las entidades donde se encontró esta verificación (20 de las 30 entidades).
2. *Porcentaje de incumplimiento por aspecto:* El gráfico 7 ilustra el comportamiento de los requisitos no cumplidos según los aspectos generales definidos para requisitos esenciales en relación con el total de requisitos incumplidos en la cuál se encuentra que el mayor volumen de requisitos incumplidos son aportados por los aspectos de dotación, procedimientos, infraestructura y sistemas de información.

Gráfico 7. Porcentaje de requisitos incumplidos por aspecto de los 6421 requisitos incumplidos



5.2.1.5 **Resultados obtenidos en la verificación.** La siguiente tabla muestra los resultados de las principales actividades realizadas por las secretarías de salud, de acuerdo con la información reportada en las encuestas:

Tabla 72. Número de entidades con declaración

DESCRIPCIÓN	DEPARTAMENTOS Y DISTRITOS	SECRETARÍAS DE CAPITALS DE DEPARTAMENTO	SECRETARÍAS MUNICIPALES
Número entidades por censo	31802	14285	4305
Presentaron declaración	25699	9868	3117

DESCRIPCIÓN	DEPARTAMENTOS Y DISTRITOS	SECRETARÍAS DE CAPITALES DE DEPARTAMENTO	SECRETARÍAS MUNICIPALES
Porcentaje de IPS que han presentado declaración	80.0%	69.1%	72.4%
Con visita de verificación	8914 (34.7%)	2593 (26.3%)	1397 (44.8%)
Con plan de cumplimiento	5223 (58.6%)	1214 (46.8%)	862 (61.7%)
Con visita de verificación del plan	3322 63.6	426 (35.1%)	346 (40.1%)
Instituciones con investigación	105 (1.2%)	47 (1.8%)	44 (3.1%)
Instituciones con clausura temporal	451 (5.1%)	37 (1.4%)	249 (17.8%)
Instituciones con decomiso de productos	375 (4.2%)	299 (11.5%)	64 (4.6%)
Instituciones con suspensión definitiva	334 (3.7%)	5 (0.2%)	16 (1.1%)

Un comportamiento similar, aunque con porcentajes un poco más altos de coberturas, dada la tendencia a seleccionar entidades con desarrollos concretos en el tema de requisitos esenciales, se observa en la muestra de entidades que se incluyeron para realización de visitas para entrevistas. En las secretarías departamentales estudiadas, las coberturas alcanzadas en las diferentes etapas del proceso de verificación de requisitos (registro de la declaración, verificación de requisitos, verificación de planes de cumplimiento) indican un descenso entre una etapa y otra. Es así como en la declaración de requisitos por parte de los organismos de salud, a pesar de que sólo el 8% de las

secretarías departamentales estudiadas han alcanzado un 100% de cobertura, el 50% han cubierto entre el 70% y el 90% de sus organismos y el 42% menos del 70%. Como estrategias para motivar la declaración se han utilizado la promoción del proceso en los organismos de salud y la prohibición de prestar servicios. Los principales obstáculos han sido la negligencia de los organismos prestadores, el desinterés de los organismos ambulatorios y la escasez de personal para adelantar esta tarea.

El porcentaje de visitas de verificación descende al 50% ó 60% de los organismos de salud y sólo en el 22% de las secretarías entrevistadas pues el 33% han cubierto menos de este porcentaje. Finalmente, en la verificación de los planes de cumplimiento, el 50% de las secretarías departamentales estudiadas han cubierto el 10% de los organismos de salud de su jurisdicción y el 38% restante no ha iniciado esta fase. Estos bajos porcentajes de cobertura se deben principalmente a problemas de carácter logístico, al alto volumen de organismos a visitar y a las tareas coyunturales que consumen el tiempo de los evaluadores.

En las secretarías municipales de salud estudiadas el proceso muestra un menor desarrollo. Es así como la declaración de requisitos ninguna ha cubierto el 100% de los organismos de salud a su cargo, el 33% han cubierto entre el 70 y el 90%, el 22% han cubierto menos del 70% pero el 33% no han iniciado el proceso.

En la verificación de requisitos, a pesar de que dos (2) de las secretarías estudiadas han cubierto el 100% de los organismos esto se debe principalmente a que una de ellas no ha asumido sino una parte de la verificación de requisitos lo que hace más operativo el proceso. La otra secretaría utilizó como estrategia distribuir los equipos de evaluadores por áreas geográficas. El resto de secretarías sólo han alcanzado una cobertura de hasta el 60% de los organismos de salud y tres de ellas no reportaron información.

Finalmente, en la verificación de planes de cumplimiento una (1) secretaría ha cubierto el 100% de los organismos de salud, lo que se explica en cuanto la secretaría departamental sólo ha delegado una parte del proceso. Tres (3) secretarías han cubierto entre el 50% y el 90% de las instituciones programadas y las cuatro (4) restantes han cubierto menos del 50% de la meta, no lo han iniciado o no reportaron información.

Estas bajas coberturas se explican por problemas en la inestabilidad de los organismos ambulatorios que inciden en la actualización del censo, y por falta de recurso humano para adelantar estas tareas. Además algunas argumentan que éste no es el mejor momento para iniciar el proceso debido a la situación económica por la que atraviesan los organismos de salud, esta condición genera resistencia frente al proceso.

El proceso de verificación de requisitos esenciales se encuentra en la etapa de declaración principalmente por los problemas de recursos financieros y humanos que enfrentan estas entidades y por el elevado número de organismos de salud a su cargo.

El proceso de verificación de requisitos esenciales no presenta mayores avances fundamentalmente por los problemas logísticos que enfrentan estas entidades. Sin embargo es importante resaltar las opiniones relativas al impacto de la actual coyuntura por la que atraviesan los organismos de salud en la implementación de este proceso.

5.2.1.6 Capacidad y expectativa de cumplimiento

De acuerdo con los resultados de la aplicación de los indicadores definidos para el análisis de pilotos, la tendencia de las verificaciones realizadas en las Empresas Sociales del Estado seleccionadas muestran que 10 de las 30 entidades realizaron un plan de cumplimiento. En las entidades con plan de cumplimiento de los requisitos en donde se había realizado verificación por la Secretaría de Salud, el 24% se incluyó en un plan de cumplimiento o cuando se trató de los requisitos no cumplidos según los verificadores del Consorcio la tendencia mostró que el 26% se encontraban incluidos en un plan.

De los requisitos que la secretarías definieron como incumplidos, el 4.2% fueron costeados (porcentaje que disminuye al 3% en la verificación por el Consorcio dado que el número de requisitos incumplidos o sea el denominador del indicador es mayor en la verificación hecha por el Consorcio).

La actividad de pilotos comprendió la inclusión de requisitos en el presupuesto de la entidad. Los resultados mostraron que los proyectos formulados específicamente para el cumplimiento de requisitos, de todo el volumen de requisitos no cumplidos en las entidades incluidas en los pilotos, es decir, 5653 según las secretarías de salud y 8436 según el Consorcio, solo 4 requisitos fueron incluidos en el presupuesto del año 2000, en proyectos formulados específicamente para el cumplimiento de requisitos.

La mayoría de los participantes en los talleres con ESE, ante la pregunta sobre factibilidad de cumplimiento de los requisitos, expresaron que *“...no cumplen los requisitos esenciales y las adecuaciones físicas necesarias para cumplirlos son costosas y no cuentan con los recursos necesarios para lograrlo. Consideran que es más barato demolerlos y volverlos a construir...”*, y ante la pregunta: *¿si estuvieran solo los requisitos verdaderamente esenciales las ESE los podrían cumplir?*, expresaron *“...que aún cuando el ajuste de los requisitos esenciales ayudaría a las instituciones a financiar el cumplimiento de los*

mismos, si no se hacen cambios estructurales en los hospitales, tal como están funcionando en la actualidad, aunque es difícil cumplir, disminuyan en número".

5.2.1.7 Número de entidades que se cerrarían

Partiendo del concepto de obligatoriedad de los requisitos esenciales, se realizó un ejercicio sobre los servicios que se cerrarían si hoy se exigiera el cumplimiento incondicional de todos los requisitos vigentes, en la muestra de las treinta Empresas Sociales del Estado incluidas en los pilotos, aplicando el criterio de cerrar un servicio en caso de incumplimiento de al menos uno de los requisitos aplicables y verificados en ese servicio. Los resultados del ejercicio en la verificación realizada por las secretarías de salud muestran que de 346 servicios evaluados, solamente se podrían dejar abiertos 8: Trabajo social de mediana complejidad de la entidad 028, cuidado básico neonatal de la entidad 020, Radiología de mediana complejidad de la entidad 021, Psicología de mediana complejidad, esterilización de baja complejidad, sala de parto de baja complejidad y transporte y comunicaciones de la entidad 014, y el servicio de alimentación de la entidad 016.

El comportamiento varía según el tipo de evaluación. En la verificación realizada por los evaluadores del Consorcio, de 405 servicios evaluados solamente 3 cumplen la totalidad de los requisitos aplicables al mismo: el de laboratorio clínico de alta complejidad de la entidad 010, la generalidades de consulta externa de la entidad 021, y el servicio de alimentación de la entidad 016. En la verificación realizada mediante autoevaluación, de 227 servicios evaluados 4 cumplen la totalidad de los requisitos aplicables: Toma de muestras de laboratorio clínico, servicio transfusional y banco de sangre

categoría B de la entidad 023 y la sala de alto riesgo obstétrico de la entidad 016.

Tabla 73. Entidades que no se cerrarían

SERVICIOS QUE NO SE CERRARÍAN SEGÚN VERIFICACIÓN SECRETARÍAS DE SALUD	SERVICIOS QUE NO SE CERRARÍAN SEGÚN VERIFICACIÓN CONSORCIO	SERVICIOS QUE NO SE CERRARÍAN SEGÚN VERIFICACIÓN POR AUTOEVALUACION
Trabajo social mediana complejidad entidad 028	Laboratorio clínico de alta complejidad de la entidad 010	Toma de muestras de laboratorio clínico de la entidad 023
Cuidado básico neonatal entidad 021	Generalidades de consulta externa de la entidad 021	Servicio transfusional de la entidad 023
Radiología de mediana complejidad de la entidad 021	Servicio de alimentación de la entidad 016	Banco de sangre categoría B de la entidad 023
Sicología de mediana complejidad		Sala de alto riesgo obstétrico de la entidad 016
Esterilización de baja complejidad de la entidad 014		
Sala de parto de baja complejidad de la entidad 014		
Transporte y comunicaciones de la entidad 014		
Servicio de alimentación de la entidad 016		

De otra parte fue categórica la conclusión de las 109 ESE participantes en los talleres, acerca de que no están en capacidad de cumplir con todos los estándares.

5.2.2 Describir los procedimientos de verificación operando en la actualidad en las secretarías y prestadores

5.2.2.1 Funciones asumidas. Tomando como base las encuestas en secretarías de salud, se reportan los resultados en relación con las funciones de registro de la declaración y de visitas de verificación.

Las secretarías en su conjunto han iniciado el registro de la declaración en un 49.4%, dato que varía sensiblemente según el tipo de secretaría, ya que las entidades departamentales la han asumido en un 96%, en tanto que las entidades capitales de departamento lo han hecho en un 65% y las entidades de municipios no capitales tan solo en un 48%. La mayoría iniciaron este proceso en 1999 (25%), un porcentaje similar en 1998 (21%) y en el 2000 (21%), y el menor porcentaje (5%), inició el registro de declaración en 1997.

Tabla 74. Distribución de secretarías de salud según hayan o no iniciado el registro de la declaración de requisitos esenciales

INICIÓ REGISTRO DE LA DECLARACIÓN	DEPARTAMENTOS Y DISTRITOS		SECRETARÍAS DE CAPITALES DE DEPARTAMENTO		SECRETARÍAS MUNICIPALES		TOTAL N / %
	N	%	N	%	N	%	
SI	24	96.0	11	64.7	200	46.1	235 / 49.4%
NO	1	4.0	6	35.3	234	53.9	241 / 50.6%
TOTAL	25	100	17	100	434	100	476 / 100%

Tabla 75. Distribución de los años en los Cuáles las secretarías de salud a nivel nacional iniciaron el registro de la declaración de requisitos esenciales

AÑO DE INICIÓ DE FUNCIÓN	N	%
1996	3	1.3
1997	12	5.1
1998	57	24.3
1999	113	48.0
2000	50	21.3
TOTAL	235	100

En cuanto al proceso de verificación, en general sólo lo ha iniciado una tercera parte de las entidades de vigilancia y control. Nuevamente se observan variaciones según el tipo de entidades ya que las departamentales lo han hecho 96%, las capitales de departamento en un 82% y sólo en un 27% las secretarías de municipios certificados no capitales de departamento. Este proceso fue iniciado en la mayoría (51%), durante el año de 1998, el 27% en el año 2000 el 17% en 1998 y el menor porcentaje, 35%, lo inició en 1997.

Tabla 76. Distribución de secretarías de salud según hayan o no iniciado la verificación de la declaración de requisitos esenciales

INICIÓ VERIFICACIÓN	DEPARTAMENTOS Y DISTRITOS		SECRETARÍAS DE CAPITALES DE DEPARTAMENTO		SECRETARÍAS MUNICIPALES		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N/%
SI	24	96.0	14	82.4	105	27.1	143 / 33.3%
NO	1	4.0	3	17.6	283	72.9	287 / 66.7%
TOTAL	25	100	17	100	388	100	430 / 100%

Tabla 77. Distribución de los años en los Cuáles las secretarías de salud a nivel nacional iniciaron la verificación de los requisitos esenciales

AÑO DE INICIÓ DE VERIFICACIÓN	N	%
1996	1	0.7
1997	5	3.5
1998	25	17.5
1999	73	51.0
2000	39	27.3
Total	143	100

5.2.2.2 Organización para verificación.

- **Dependencias definidas para verificación de requisitos:** La mayoría - 79.5%- de las secretarías de salud carecen de una dependencia específica para este proceso. En cuanto a las Secretarías de Salud Departamentales y Distritales se encontró que solamente el 16% no tienen una dependencia específica; en las Secretarías Municipales de Salud de capitales de Departamento el 35.3% no cuentan con alguna dependencia que realice esta función y en las Secretarías de Salud de Municipios no capitales la gran mayoría - 85.7%- no ha incluido en su estructura organizacional una dependencia que realice esta función.

Tabla 78. Distribución de secretarías de salud según tengan o no una dependencia específica para la vigilancia y el control de los requisitos esenciales

DEPENDENCIA ESPECÍFICA	DEPARTAMENTOS Y DISTRITOS		SECRETARÍAS DE CAPITAL Y DEPARTAMENTO		SECRETARÍAS MUNICIPALES		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N/%
SI	21	84.0	11	64.7	54	14.3	86 / 20.5%
NO	4	16.0	6	35.3	324	85.7	334/ 79.5%
TOTAL	25	100	17	100	378	100	420/ 100%

En el total de las secretarías que respondieron que sí tenían alguna dependencia que realizara las funciones de vigilancia y control de los requisitos esenciales, al preguntarles quién, qué cargo o qué dependencia las llevaba a cabo, la mayoría, respondió que las realizaban las áreas de vigilancia y control de las mismas - 37.6%-, las Direcciones Locales de Salud 20%, las Direcciones

de Servicios 13%, Seguridad Social 8.2%, Saneamiento 7.1% y otros el 14.1%.

Tabla 79. Cargos o dependencias que realizan las funciones de vigilancia y control de requisitos esenciales en el total de las secretarías de salud encuestadas

CARGO (ÁREA)	N	%
Vigilancia y Control	32	37.6
Directores Locales de Salud	17	20.0
Desarrollo de Servicios	11	13.0
Seguridad Social	7	8.2
Saneamiento ambiental	6	7.1
Otros	12	14.1
TOTAL	85	100

* Una Secretaría no suministró información

En el caso de aquellas secretarías que en la encuesta respondieron que no habían iniciado la función de verificación de los requisitos esenciales, al preguntarles quién realizaba dicha función la mayoría respondió que el departamento -92.4%- , no saben quien la realiza 2.4%, nadie 1% y otro 4.2%.

Tabla 80. Distribución de las respuestas sobre quién realiza la verificación de los requisitos esenciales cuando las secretarías no lo hacen

QUIÉN REALIZA LA FUNCIÓN	N	%
Departamento	265	92.4
No sabe	7	2.4
Nadie	3	1.0
Otro	12	4.2
TOTAL	287	100

- **Perfiles de verificadores:** Con relación al tipo de vinculación laboral del equipo humano para la verificación de los requisitos esenciales el 63% del personal es de planta, el 32.3% por contrato y el 4.7% por otra forma diferente de vinculación.

A la pregunta de cómo estaban conformados los equipos de verificación a nivel de las secretarías de los departamentos y distritos, la mayoría de los profesionales que realizan la función de vigilancia y control de los requisitos esenciales son odontólogos - 15.8%-, médicos con especialidad administrativa - 15.3%-, bacteriólogas - 11.4%- enfermeras -9.4%- y un 28.7% corresponde a otros. El -59.9%- utilizan diferentes tipos de profesionales según la institución a verificar. En el caso de las secretarías de salud de los municipios el 46.3% no utiliza diferentes tipos de profesionales.

Tabla 81. Recurso humano que cumple la función de vigilancia y control de los requisitos esenciales por tipos de secretarías de salud

TIPO DE PERSONAL	SECRETARÍA, DEPARTAMENTO Y DISTRITO		SECRETARÍA DE CAPITALES DE DEPARTAMENTOS		SECRETARÍA MUNICIPALES		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N / %
MD General	9	4.5	27	19.9	49	13.1	85 /11.9%
MD con especialidad clínica	3	1.5	4	2.9	3	0.8	10/ 1.4%
MD con especialidad administrativa	31	15.3	11	8.1	18	4.8	60/ 8.4%
Odontólogo	32	15.8	14	10.3	45	12.0	91/ 12.8%
Enfermera	19	9.4	12	8.8	33	8.8	64/ 9.0%
Bacteriólogo	23	11.4	10	7.4	22	5.9	55/ 7.7%
Arquitecto	13	6.4	3	2.2	3	0.8	19 / 2.7%
Ingeniero	14	6.9	2	1.5	4	1.1	20 /2.8%
Otros	58	2.7	53	39.0	198	52.8	309 /43.3%
TOTAL	202	100	136	100	375	100	713

Resulta llamativa la variedad de profesiones encontradas en la variable “otros”, mostrados en las siguientes tablas:

Tabla 82. Distribución del recurso humano que respondieron como "otros" y que cumplen la función de vigilancia y control de los requisitos esenciales en las

SECRETARÍAS DE SALUD DEPARTAMENTALES Y DISTRITALES		
OTROS	N	%
Saneamiento	11	19.0
Abogado	10	17.2
Financiera	7	12.1
Farmacia	7	12.1
Auxiliar/técnico	6	10.3
Administrador	4	7.0
Salud ocupacional	4	7.0
Delineante arquitectura	2	3.4
Tecnólogo alimentos	2	3.4
Trabajadora social	2	3.4
Topógrafo	1	1.7
Constructor civil	1	1.7
Secretaria	1	1.7
Total	58	100

SECRETARÍAS DE SALUD CAPITAL DE DEPARTAMENTO		
OTROS	N	%
Saneamiento	36	67.9
Abogado	5	9.4
Salud ocupacional	5	9.4
Trabajadora social	2	3.8
Auxiliar/técnico	2	3.8
Farmacia	1	1.9
Financiera	1	1.9
Secretaria	1	1.9
Total	53	100

SECRETARÍAS DE SALUD MUNICIPALES		
OTROS	N	%
Saneamiento	62	31.3
Auxiliar / Técnico	31	15.6
Administrador	19	9.6
Director de salud	13	6.7
Abogado	10	5.1
Técnicos alimentos	8	4.1
Fisioterapeuta	6	3.1
Financiera	6	3.1
Sicólogo	5	2.5
Trabajo social	5	2.5
Prof. Sistemas de información	5	2.5
Salud ocupacional	5	2.5
Farmacia	4	2.0
Estudiante	2	1.0
Pedagoga	2	1.0
No profesional	2	1.0
Secretaría	2	1.0
Optómetra	2	1.0
Delineante arquitectura	1	0.5
Comunicación social	1	0.5
Auditor médico	1	0.5
Secretaría de Planeación	1	0.5
Biólogo	1	0.5
Topógrafo	1	0.5
Veterinario	1	0.5
Instrumentadora	1	0.5
Citóloga	1	0.5
Total	198	100

- **Criterios de selección de verificadores:** Sobre el tema de criterios para seleccionar a los profesionales que van a realizar las visitas de verificación, la gran mayoría de las respuestas -67.6%- estaban relacionadas con algún

criterio, el 32.4% de las respuestas confirmaba no tenían ningún criterio para la selección de los verificadores. Cuando se analiza por tipo de Secretaría, las municipales presentan la mayor proporción -40.3%- de tener criterios para la selección de los profesionales.

Tabla 83. Utilización de criterios para seleccionar a los profesionales que van a realizar las visitas de verificación

UTILIZAN CRITERIOS	DEPARTAMENTOS Y DISTRITOS		SECRETARÍAS DE CAPITALS DE DEPARTAMENTOS		SECRETARÍAS MUNICIPALES		TOTAL RESPUESTAS
	N	%	N	%	N	%	N / %
Utilizan algún criterio	35	92.1	22	88.0	108	59.7	165 / 67.6%
Ningún criterio	3	7.6	3	12.0	73	40.3	79 / 32.4%
TOTAL RESPUESTAS	38	100	25	100	181	100	244/ 100%

- **Inhabilidades:** A la pregunta sobre la existencia de políticas de inhabilidades en las secretarías de salud para la conformación de los equipos de vigilancia y control de los requisitos esenciales de acuerdo con las entidades a verificar la mayoría -77.2%- manifestó no tener ninguna política sobre las inhabilidades de los verificadores. La proporción de los que contestaron que no tenían políticas definidas es mayor en el caso de las secretarías municipales en donde fue del 83.3%.

Tabla 84. Respuestas sobre la existencia de políticas de inhabilidades en las secretarías de salud para la conformación de los equipos de vigilancia y control de los requisitos esenciales de acuerdo a las entidades a verificar

TIENEN DEFINIDAS POLÍTICAS DE INHABILIDADES	DEPARTAMENTOS Y DISTRITOS		SECRETARÍAS DE CAPITALES DE DEPARTAMENTOS		SECRETARÍAS MUNICIPALES		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N / %
SI	12	48.0	7	46.7	27	16.7	46/ 22.8%
NO	13	52.0	8	53.3	135	83.3	156/77. 2%
TOTAL	25	100	15	100	162	100	202/ 100%

- **Entrenamiento de verificadores:** El 41.6% reporta no brindar entrenamiento a los verificadores. Discriminando esta proporción por tipo de Secretaría se encontró que: en las secretarías departamentales y distritales el 28.0%, en las municipales capitales de Departamento el 6.7% y de las otras municipales - 46.9%- manifestaron no entrenar a los equipos de verificación.
- **Transportes:** El 75.7% de las secretarías no cuentan con un presupuesto definido para transporte de verificadores. Esta situación es similar en lo relativo a las secretarías departamentales y distritales - 60% -, secretarías municipales capital de departamento - 80%- o secretaría de municipios certificados - 77.8%- en las Cuáles no cuentan con esta asignación presupuestal. De las secretarías que manifestaron tener un presupuesto asignado para el transporte de los verificadores, la mayoría - 57.1%- respondió que éste no era suficiente.

Tabla 85. Distribución de secretarías de salud según asignan o no presupuesto para el transporte de los verificadores de los requisitos esenciales

TIENEN PRESUPUESTO PARA TRANSPORTE	DEPARTAMENTOS Y DISTRITOS		SECRETARÍAS DE CAPITALES DE DEPARTAMENTO		SECRETARÍAS MUNICIPALES		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N / %
SI	10	40.0	3	20.0	36	22.2	49 / 24.3%
NO	15	60.0	12	80.0	126	77.8	153 / 75.7%
TOTAL	25	100	15	100	162	100	202 / 100%

En relación con la disponibilidad de presupuesto para viáticos de los verificadores la mayoría de las secretarías encuestadas respondieron que no tenían - 81.2%- y la mayoría de las entidades con disponibilidad en este rubro, - 51.3%- expresó que éste no era suficiente.

5.2.2.3 Procedimientos para verificación

- **Instrumentos utilizados para verificación:** De las secretarías de salud que respondieron inicialmente que ya habían iniciado la verificación de los requisitos la gran mayoría - 92.3%- utilizan un instrumento para verificación de requisitos. Las que no utilizan instrumento son todas secretarías municipales. Los instrumentos utilizados por las entidades son en su orden de frecuencia:

- 32.8% Formatos de la Superintendencia Nacional de Salud

- 25.6% Formatos propios
 - 24.9% Anexo de normas al instrumento de la Superintendencia
 - 7.5% Formato de la Superintendencia y anexo de normas
 - 5.5% Formatos propios y el de la Superintendencia
 - 3.8% Formatos propios y los anexos de normas de la Superintendencia
-
- **Criterios de priorización de visitas:** La mayoría de las secretarías - 55%- carecen de la definición de criterios para establecer prioridades en las visitas.

 - **Visitas de verificación de planes de cumplimiento:** El - 62.2%- de las secretarías reportan la existencia de una programación para verificar planes de cumplimiento. Cuando se observan estos datos por tipo de secretaría de salud el 25% de las departamentales y distritales, el 28.6% de las municipales capitales de departamento y el 41.9% de las secretarías de municipios certificados no tienen una programación de las visitas de verificación de los planes.

 - **Recurso humano y costeo de visitas:** Para realizar una visita de verificación de requisitos esenciales en un hospital de tercer nivel el promedio de horas por institución es de 59 horas, en el caso de las secretarías de salud departamentales y distritales. Las Secretarías de Salud de municipios capitales de departamento en promedio gastan 53.6 horas por institución.

Para el caso de un hospital de segundo nivel el promedio de horas/institución varía de 47 horas, en el caso de las secretarías de salud de municipios capitales de departamento, a 33 horas por institución en el caso de las secretarías de salud de los departamentos y distritos.

Para el caso de un centro médico, el promedio de horas/ institución varía de 8.6 horas, en el caso de las secretarías de salud de municipios certificados, a 4.9 horas / institución en el caso de las secretarías de salud de los municipios capitales de departamento.

El tiempo que se utiliza para la verificación de un consultorio varía de 3.1 horas por institución en el caso de las secretarías de salud de municipios certificados a 2.2 horas / institución en el caso de las secretarías de salud departamentales y distritales.

- **Criterios Para Definir Conductas:** El 46.9% de las secretarías informan que no tienen definido ningún criterio para decidir si el incumplimiento de algunos requisitos esenciales implica el establecimiento de un plan de cumplimiento. Este porcentaje es un poco más alto, 54.7%, cuando se refiere a la carencia de un criterio para decidir si el incumplimiento de algunos de los requisitos esenciales implica el cierre de un servicio.
- **Homogeneidad de los procesos de coordinación territorial:** Uno de los aspectos que fueron tocados por las secretarías de salud en las entrevistas, fue la dificultad existente en la coordinación de competencias y jurisdicciones entre las entidades de carácter departamental y las de carácter municipal. Al respecto, las conclusiones del análisis de las entrevistas a las entidades municipales visitadas nos muestra que a pesar de que el 44% de las secretarías municipales estudiadas han asumido la verificación de requisitos esenciales, igual porcentaje no lo han hecho, lo que se explica porque la transferencia de esta responsabilidad no se ha realizado con base en la norma que establece que los municipios descentralizados asumirán esta función, sino de acuerdo con el criterio de la secretaria departamental que en ocasiones estima que los municipios, a pesar de estar certificados, no cuentan con el suficiente desarrollo institucional que les permita adelantar adecuadamente las acciones inherentes a la verificación de requisitos. Esta incoherencia se refleja en la

capacidad organizacional con que cuentan las secretarías municipales estudiadas, frente a la prioridad asignada a esta función y al compromiso en su desarrollo. Finalmente los principales obstáculos se refieren a cuestiones relativas a la implementación del modelo. De manera que consideran que uno de los obstáculos para obtener coberturas adecuadas en el proceso es la definición de competencias y la falta de continuidad de los departamentos en los procesos de requisitos esenciales

Los resultados de las entrevistas a las entidades departamentales muestran que el proceso de transferencia de la responsabilidad a los municipios no indica mayores avances y podría afirmarse que en el 44.4% de los casos estudiados ésta sigue siendo una responsabilidad del departamento. En tal virtud los municipios no tienen mayor compromiso ni consideran prioritaria esta función. Los análisis de la disponibilidad de recursos nos dan luces sobre las causales de esta situación, pues las entidades departamentales consideran que las direcciones locales de salud tampoco cuentan con los recursos financieros para asumir estas actividades, pues las transferencias por participaciones en los ingresos corrientes de la nación se disminuyeron. Por su parte, los municipios sugieren que para mejorar esta situación deberían delimitarse claramente las responsabilidades de las secretarías departamentales y municipales de tal manera que se pudiese revisar la distribución de los recursos.

5.2.3 Describir el nivel de conocimiento existente de los objetivos y procesos de Requisitos Esenciales.

5.2.3.1 Conocimiento de responsabilidades.

5.2.3.1.1 **Secretarías de Salud.** En general, las secretarías de salud tienen conocimiento de las actividades generales sobre requisitos esenciales según los resultados reportados en los numerales anteriores. Es así como la mayoría realiza un censo o identificación de los prestadores de servicios de salud de su jurisdicción, y si no han alcanzado coberturas óptimas sí sabe que hay que realizar actividades de verificación, aunque resulta llamativo que exista un 20% de entidades que no saben o en las que simplemente nadie ha iniciado las actividades de registro y verificación de requisitos. No obstante en las actividades más operativas, no se realizan porque no saben que hay que hacerlas o porque no las consideran necesarias. Esto se soporta en los resultados de las encuestas en relación con algunas de estas actividades como:

- Más del 50% de las entidades no han asignado recurso humano específico para la verificación de requisitos.
- No han identificado claros perfiles de los verificadores.
- El 46% de las entidades no conforman equipos multidisciplinarios para la verificación.
- El 40% de las entidades carece de criterios para selección de verificadores.
- El 77% de las entidades carece de políticas sobre inhabilidades de los verificadores.
- Más del 40% carece de procesos de entrenamiento de los verificadores.
- El 55% de las entidades carecen de la definición de criterios para establecer prioridades en las visitas.
- 47% carece de la fijación de criterios para determinar cuándo el incumplimiento de un requisito implica plan de cumplimiento y el 55% carecen de fijación de criterios de cuando el incumplimiento de un requisito implica el cierre del servicio.

Sobre el tema de inhabilidades llama la atención que las entrevistas con secretarías de salud mencionan el código único disciplinario como parámetro para fijar inhabilidades, dado que esta norma establece inhabilidades para los funcionarios públicos que no son las mismas cuando se trata de inhabilidades para la verificación de requisitos.

También es llamativo que los prestadores perciben el proceso de verificación como policivo o coercitivo. Si bien se trata de una actividad de inspección y vigilancia es claro que el objetivo de la verificación no es cerrar instituciones, sino proteger al usuario.

5.2.3.1.2 **Prestadores.** En relación con el conocimiento de los prestadores sobre sus obligaciones, el aspecto más destacado es la cobertura de la declaración, en el cuál el 23% de las entidades no ha presentado declaración. En este punto, cabe cuestionarse si existen aseguradoras (EPS y las que se asimilen) que le compran servicios a los más de 7.000 entidades sin declaración de requisitos y si estas entidades saben las condiciones que las normas establecen para la compra de servicios. También cabe preguntarse si los usuarios que acuden a estas entidades conocen el significado del cumplimiento de requisitos esenciales.

Los hospitales públicos participantes en los talleres mencionaron el desconocimiento de la normatividad vigente, la poca difusión de la información relacionada con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, como algunos de los factores relacionados con el poco cumplimiento.

5.2.4 Describir la disponibilidad de recursos de prestadores y secretarías. Uno de los aspectos reiterativamente mencionados como causales para el incumplimiento de los requisitos por las ESE en los talleres, y como dificultades para la verificación en las entrevistas a secretarías de salud, es la insuficiencia de recursos financieros. Las secretarías de salud en las entrevistas consideraron que la coyuntura económica por la que atraviesa el sector y los organismos prestadores de servicios no es el entorno más apropiado para su implementación. Veamos las conclusiones al respecto.

5.2.4.1 Suficiencia de los recursos financieros y humanos existentes para la verificación y el cumplimiento. En los talleres, los hospitales públicos se refirieron acerca de la factibilidad del cumplimiento de los requisitos sobre infraestructura física. La mayoría de las ESE consideran que un buen número de hospitales son muy antiguos, que su ubicación y construcción no obedeció a procesos planificados, no se tuvieron en cuenta los requerimientos arquitectónicos como prestadores de servicios de salud y que muchos de ellos fueron construidos por presiones políticas. Por lo anterior no cumplen con los requisitos esenciales y las adecuaciones físicas necesarias para cumplirlos son costosas y afirman no contar con los recursos necesarios para la adecuación. Consideran que es más barato demolerlos y volver a construirlos.

Adicional a esto casi por unanimidad, sugieren la revisión de los requisitos y de la normatividad relacionada con la infraestructura, porque consideran que existen algunos requisitos que definitivamente no deberían figurar como es el caso de los zócalos media caña.

Plantean la necesidad de evaluar el costo de las adecuaciones necesarias para poder cumplir con los requisitos esenciales y consideran imprescindible ampliar el tiempo de cumplimiento para este requisito.

En este mismo sentido, hablando sobre los requisitos de recursos humanos mencionaron que la falta de recursos impidió la contratación de personal idóneo o el mejoramiento profesional del mismo; en otros casos son las políticas del Estado al congelar o reducir las plantas de personal. De otra parte, la mayoría considera que en algunos casos los estándares definidos son excesivos frente a la realidad de las instituciones.

En el tema de dotación la mayoría de las ESE consideran que su cumplimiento está relacionado directamente con la cantidad de recursos económicos y la definición de políticas institucionales y presupuestales para la inversión, mantenimiento y reposición de los equipos y demás materiales de dotación.

En el aspecto de transporte y comunicaciones, no cumplen con los requisitos esenciales en parte debido a la obsolescencia de los equipos , problemas de mantenimiento, baja cobertura en áreas rurales y la escasez de recursos económicos. Consideran que para cumplir con estos requisitos esenciales se debe contar con recursos económicos.

La mayoría de las ESE que participaron en los talleres manifestaron la falta de recursos económicos y financieros como el principal factor que impide la adecuación de los hospitales públicos para poder cumplir con todos los requisitos esenciales. Sin embargo, también hubo acuerdo en que no todos los requisitos son esenciales y en que hay exceso en el número de estándares, por lo que cumplirlos exige un esfuerzo económico importante que las instituciones no pueden en estos momentos financiar.

Incluso las entidades participantes en los talleres llegaron a manifestar que aún cuando el ajuste de los requisitos esenciales ayudaría a las instituciones a

financiar el cumplimiento de los mismos, si no se hacen cambios estructurales en los hospitales, tal como están funcionando en la actualidad es difícil cumplir *"así se disminuyan en número"*.

También en los talleres, pero refiriéndose a su percepción de los procesos de verificación, manifiestan que las políticas de las secretarías de salud respecto a la constitución de los equipos verificadores (capacidad técnica y logística) dependen del presupuesto que tengan, por lo que en la práctica éstas no cuentan con la capacidad de verificación, especialmente en el ámbito municipal.

En las entrevistas con secretarías de salud también se encuentran éste tipo de argumentos. Definen la "situación actual del sector como una de las causales de incumplimiento de requisitos".

Dentro de los factores que implican la insuficiencia de recursos financieros se mencionan:

- El presupuesto no cubre la totalidad de las funciones de la secretaría.
- Prioridad en prestación de servicios.
- No existen partidas específicas.
- No se puede financiar el desplazamiento de funcionarios

Dentro de las causales de insuficiencia de recursos humanos se aducen los siguientes argumentos:

- Dedicación parcial.
- Ausencia de profesionales con perfiles para verificación de requisitos.
- Excesiva cantidad de visitas.
- Muchos municipios para cubrir.
- Falta de entrenamiento.
- Falta de estabilidad laboral.
- Desinterés de las directivas.
- Falta de profesionales para entrenar en los municipios

Si bien el 37.5 % de las secretarías departamentales estudiadas consideran que cuentan con recursos financieros suficientes para adelantar las actividades propias de la verificación, el 62.5% no comparte esta opinión pues no se cuenta con presupuesto para financiar el desplazamiento de los evaluadores a los organismos de salud y la prioridad es garantizar la financiación de la prestación de los servicios. Además, estiman que las direcciones locales de salud tampoco cuentan con los recursos financieros para asumir estas actividades, pues las transferencias por participaciones en los ingresos corrientes de la nación disminuyeron.

El 81.8% de las secretarías departamentales entrevistadas consideran que los recursos humanos son insuficientes para adelantar la verificación de requisitos esenciales tanto en cantidad como en calidad y entrenamiento. Es así como no existe personal suficiente para cubrir las visitas a los organismos prestadores de servicios y a los municipios; lo que se agrava en cuanto los profesionales encargados de estas tareas no tienen dedicación exclusiva a ellas y/o tampoco tienen estabilidad laboral pues muchos están vinculados por contrato. De otra parte en algunas regiones es difícil encontrar profesionales con los perfiles exigidos para llevar a cabo la verificación de requisitos y las direcciones locales tampoco tienen personal apto para ser entrenado. Además las directivas departamentales y/o municipales no tienen mayor interés en la verificación de requisitos y por lo tanto no estiman prioritario asignar personal para ello.

Las secretarías municipales también aducen insuficiencia de recursos financieros para la verificación de requisitos por las siguientes causas:

- Los recursos de Ley 60 están comprometidos.
- Las PICN se redujeron.
- Sólo alcanzan para cubrir la parte asistencial.
- No se relaciona política nacional con asignación de recursos

Sobre los recursos humanos se hacen los siguientes planteamientos:

- Reducción de personal en reestructuración.
- No hay dedicación exclusiva.
- La mayoría de la gente está en prestación de servicios.
- Falta en el área de sistemas de información.
- Faltan profesionales para verificar ciertos requisitos.
- Falta de presupuesto impide contratar.
- No existen profesionales requeridos en la región.

Para el 77.7% de las secretarías municipales estudiadas los recursos financieros con los que cuentan son insuficientes para realizar la verificación de requisitos esenciales, pues su principal fuente de recursos son las Participaciones en los Ingresos Corrientes de la Nación (PICN) transferidas por la nación y su destinación está reglamentada por la Ley 60/93. La redistribución de estas partidas requiere que previamente los alcaldes perciban como prioritaria esta responsabilidad. Así mismo, el 88.8% de éstas estima que los recursos humanos también son insuficientes y en general que las políticas nacionales de reducción de plantas de personal van en contravía con la operación de estas nuevas responsabilidades. Para mejorar esta situación deberían delimitarse claramente las responsabilidades entre las secretarías departamentales y municipales de tal manera que se pudiese revisar la distribución de los recursos. Por otra parte también es importante tener en cuenta que la verificación de los requisitos esenciales de infraestructura exigen la contratación de ingenieros y arquitectos, personal con el que generalmente no cuentan las direcciones locales de salud.

Algunos de los obstáculos planteados para lograr las coberturas de verificación de requisitos y planes de cumplimiento son:

- Falta de recurso humano.
- Falta de capacitación del equipo.

- Recursos humanos insuficientes.
- Incertidumbre nacional y local.
- Situación económica.
- Apoyo logístico.
- Quejas interrumpen cronogramas
- Situación económica de las IPS.
- Recurso humano.
- Logística.

En resumen en las entrevistas con las secretarías de salud se mencionan obstáculos en torno a causales de orden financiero y de recursos humanos:

- La coyuntura económica del país y del sector, unida a unos estándares de evaluación muy altos incide en la falta de interés de los organismos de salud.
- No cuentan con presupuesto para financiar el desplazamiento de los evaluadores y no es posible asignar más recursos ya que la prioridad es garantizar la prestación de servicios.
- No disponen con suficiente recurso humano para verificar los requisitos en los organismos de salud ni acompañar a los municipios en el proceso dado el alto número de entidades.
- Los perfiles de profesionales exigidos no son fáciles de encontrar en algunas regiones y las plantas de personal de las direcciones locales de salud no cuentan con profesionales que puedan ser entrenados como evaluadores.
- Los recursos financieros son insuficientes pues las participaciones en los ingresos corrientes de la nación tienen destinación específica.
- No tienen recursos humanos para adelantar estas actividades pues las políticas de reestructuración exigen la disminución del tamaño de las plantas de personal y las direcciones locales no cuentan con ingenieros y arquitectos para verificar los requisitos de infraestructura.

5.2.4.2 **Capacidad técnica de las secretarías y los prestadores.** Los participantes en los talleres también mencionan que no sólo se trata de carencia de recursos financieros, sino que también existen dificultades relacionadas con la capacidad técnica de las entidades.

En relación con el aspecto de procedimientos técnico-administrativos opinan que están relacionados con otros requisitos y que no demandan parte económica, por lo tanto son susceptibles de cumplirse. En algunos hospitales hay avances significativos en estos procedimientos y están en capacidad de cumplir. Sin embargo, la mayoría reconoció que la falta de procesos de gestión y mejoramiento institucional constituye el principal factor del no cumplimiento.

Sobre el aspecto de sistemas de información, la mayoría considera que hay deficiencias técnicas (no cuentan con equipos, software, etc.) y administrativas (falta de gestión, poco apoyo a nivel nacional o departamental, baja asistencia técnica) que no permiten cumplir con los requisitos de información. No hay equipos multidisciplinarios capacitados y con experticia en la verificación, no hay continuidad de las personas en los equipos, especialmente aquellas de contrato. Especialmente los municipios carecen de capacidad técnica para la verificación.

5.2.4.3 **Acceso a asesoría técnica de las secretarías y prestadores.** Los talleres con hospitales públicos, hacen los siguientes planteamientos en torno a este tema:

- **Sobre la factibilidad de cumplimiento de requisitos en el aspecto de sistemas de información:** La mayoría considera que hay deficiencias técnicas (no cuentan con equipos, software, etc.) y administrativas (falta de gestión, poco apoyo a nivel nacional o departamental, baja asistencia técnica) que no permiten cumplir con los requisitos de información.

- **En relación con su percepción de los procesos de verificación:** Los participantes en los talleres manifiestan que no hay equipos multidisciplinarios capacitados y con experticia en la verificación, no hay continuidad de las personas en los equipos, especialmente aquellas de contrato.

La mayoría de ESE manifestaron que el proceso carece de una asesoría y apoyo por parte de las secretarías; sin embargo hubo algunos grupos que estuvieron de acuerdo con que la asesoría y la verificación son procesos que deben ser realizados por grupos o personas diferentes de las áreas de vigilancia y control y que la asesoría la deben hacer otras áreas de desarrollo institucional de los entes territoriales.

Los grupos sugieren fortalecer los procesos de capacitación al interior de las instituciones públicas con el fin de generar procesos de calidad, así como de ajustar y actualizar el instrumento con relación a la definición de criterios técnicos que permitan disminuir el número de estándares para que el proceso sea más fácil.

En torno a este tema también se manifiestan las secretarías de salud en las entrevistas:

A pesar de que el 44% de las secretarías municipales estudiadas ha asumido la verificación de requisitos esenciales, igual porcentaje no lo ha hecho; lo que se explica porque la transferencia de esta responsabilidad no se ha realizado con base en la norma que establece que los municipios descentralizados asumirán esta función, sino de acuerdo con el criterio de la secretaría departamental que en ocasiones estima que los municipios, a pesar de estar certificados, no cuentan con el suficiente desarrollo institucional que les permita adelantar adecuadamente las acciones inherentes a la verificación de requisitos. Esta incoherencia se refleja en la

capacidad organizacional de las secretarías municipales estudiadas, de frente a la prioridad asignada a esta función y el compromiso en su desarrollo. Finalmente, los principales obstáculos se refieren a cuestiones relativas a la implementación del modelo. Las secretarías mencionan que no existen parámetros que orienten la operación de la verificación.

5.2.4.4 Otras carencias de recursos identificadas.

- **Sistema de Información:** Una de las deficiencias resultantes del diagnóstico, es relativa al sistema de información. Al respecto, los resultados de las encuestas a las secretarías de salud nos muestran que la mayoría - 56.3%- no cuentan con un sistema de información que permita el control del proceso. De las secretarías que respondieron tener un sistema de registro de información que permitiera realizar la vigilancia y el control de los requisitos esenciales la mayoría - 73.1%- respondió que tenía informes producto del análisis de los datos del sistema, que sí realizaban análisis de los datos y que éstos se reflejaban en informes escritos.

Sin embargo, cuando se profundiza este aspecto en las entrevistas a las secretarías de salud se mencionan algunas divergencias en torno al tema:

Las entidades de carácter departamental mencionan que todas las secretarías utilizan como sistema de información la base de datos que les suministró el estado pero ésta no permite incluir la información recopilada en las etapas de verificación, lo que ha hecho que algunas secretarías hayan desarrollado otras aplicaciones o mecanismos para tener disponible esta información.

Las entidades de carácter municipal mencionan que el 55.5% de las secretarías utiliza como sistema de información la base de datos suministrada por el Ministerio de Salud, pero opinan que esta desarticulada

con el sistema de información que manejan algunas secretarías y no permite procesar la información relativa a las demás acciones en la verificación de los requisitos.

En resumen:

- La base de datos suministrada por el Ministerio ha sido un excelente soporte como un sistema de información inicial pero ésta requiere optimización, pues no permite incluir las acciones que adelantan las secretarías en verificación de requisitos.
- La base de datos que elaboró el Ministerio está desarticulada del sistema de información de las secretarías y no permite actualización y ni incluir la información sobre verificación.

Otras causales que adujeron las secretarías de salud en las entrevistas y los hospitales públicos en los talleres fueron:

Factores políticos:

- La mayoría de los participantes en los talleres consideró que las presiones políticas, sindicales y estructurales son factores que no permiten que se desarrollen procesos de gestión humana, acordes con los requisitos esenciales.
- Dotación: La mayoría de los participantes en los talleres, coinciden en que no hay políticas de largo plazo en relación con dotación, sino que depende de los secretarios de salud, alcaldes o gerentes del momento.
- Además, consideran excesiva la normatividad, poco clara, e incluso a veces contradictoria, no coherente con las políticas de los entes territoriales de inversión en salud, por lo que consideran le resta credibilidad a los requisitos mínimos, "*genera inestabilidad jurídica*" y afecta el cumplimiento de los mismos.

- No hay equipos multidisciplinarios capacitados y con experticia en la verificación, no hay continuidad de las personas en los equipos, especialmente aquellas de contrato. Adicionalmente esta heterogeneidad en los evaluadores se ve afectada por intereses políticos y particulares que utilizan la verificación con fines diferentes a los establecidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad. Sugieren que es necesario que se articulen y coordinen las políticas que se emiten desde los entes de control.
- Las secretarías de salud mencionan en las entrevistas como uno de los obstáculos para realizar las actividades sobre requisitos esenciales la falta de equilibrio entre la norma y los procesos económicos y una desarticulación del sistema general de la secretaría.

Incentivos para cumplir los requisitos y para trabajar en el tema de calidad de servicios:

- Un punto importante que manifestaron la mayoría de las ESE es la falta de incentivos a los hospitales que realizan una gestión eficiente y hacen esfuerzos para el cumplimiento, lo cual genera que no haya la motivación suficiente para continuar los procesos de cumplimiento de los requisitos esenciales y de mejoramiento al interior de las instituciones.

Factores propios de las entidades públicas:

- Recursos Humanos: En el contexto general es el ítem que presenta menor dificultad para su cumplimiento. Sin embargo, la mayoría de las ESE, cuentan con organizaciones administrativas rígidas, regidas por normas de personal definidas por la carrera administrativa que no les permiten hacer procesos de transformación de personal, la falta de una cultura de la calidad y la falta de motivación de los funcionarios son las principales limitantes para su cumplimiento.

Factores geográficos:

- Transporte y Comunicaciones: Aquellos hospitales que están trabajando en red o cuentan con sistemas de regulación de servicios de urgencias consideraron que tienen esta fortaleza. Sin embargo, en otros hospitales (especialmente hospitales de baja complejidad y aquellos ubicados en zonas geográficas distantes o lejanos a los centros urbanos) opinaron que constituye la mayor debilidad.

Cargas de trabajo que superan la capacidad operativa:

- Las secretarías de salud en las entrevistas mencionan como uno de los obstáculos para realizar las actividades sobre requisitos esenciales son la Multiplicidad de funciones, la explosión de prestadores la excesiva carga administrativa de las secretarías, las quejas que impiden el cumplimiento de la programación y la información desactualizada.

5.2.5 Describir el nivel de simplicidad, validez, y fiabilidad de los requisitos.

5.2.5.1 **Simplicidad de estándares.** Algunas de las conclusiones de los talleres con empresas Sociales del Estado nos ayudan a entender algunas de las particularidades de los requisitos hoy definidos, que dificultan su cumplimiento y que se relacionan con la falta de simplicidad del instrumento:

- Frente a estos requisitos hubo tendencia a considerar que hay atomización en su implementación, que no hay estandarización en ellos, no existe un marco de referencia y que en algunos casos el número de requisitos es alto.
- Consideran excesiva la normatividad, poco clara, a veces contradictoria, no coherente con las políticas de los entes territoriales de inversión en salud, por lo que consideran le resta credibilidad a los requisitos mínimos, "*genera inestabilidad jurídica*" y afecta el cumplimiento de los mismos.
- Creen que los factores que pesan bastante para no poder cumplir con los requisitos esenciales es una combinación entre su número muy alto y problemas propios de los estándares del instrumento como tal.
- Hay sobredimensionamiento en algunos, como es el caso de dotación, infraestructura y recurso humano. Consideran que los requisitos relacionados con sistemas de información, auditoría y procedimientos técnicos administrativos podrían estar más relacionados con otros componentes del Sistema de Garantía de la Calidad.
- La mayoría considera que se deben revisar los de infraestructura, dotación y recursos humanos ya que la cantidad de estándares exigidos por la normatividad es muy alta y no responden a la capacidad institucional de la mayoría de los hospitales públicos por la falta de recursos económicos para su cumplimiento.

Igualmente, las entrevistas con las secretarías de salud nos ayudan a entender algunas de las particularidades de los requisitos hoy definidos que dificultan su verificación y que se relacionan con la falta de simplicidad del instrumento:

En las entrevistas con las secretarías departamentales se mencionan las siguientes como algunas de las causales para no alcanzar una adecuadas coberturas en la declaración y verificación de requisitos:

- Estándares muy altos.
- Contienen aspectos no esenciales.
- Demasiadas exigencias en recurso humano para IPS municipales.

- Muy extensos.
- Están diseñados para IPS grandes
- Exigencias de dotación de equipos no adaptadas a la región.
- Falta de claridad en el lenguaje.

El 100% de las secretarías departamentales entrevistadas consideran que los instrumentos elaborados y difundidos han sido de gran utilidad pues les han servido nacionalmente como guía para adelantar la verificación de requisitos. Sin embargo contienen aspectos que no son esenciales para la adecuada prestación de servicios, están más orientados a la evaluación de organismos de salud de mayor nivel de complejidad y por tanto, sobre todo en lo relativo a equipos no tienen en cuenta la realidad de los territorios. De otra parte, son muy extensos, el lenguaje que utilizan se presta a confusiones y no recogen la totalidad de las normas existentes en torno al tema.

Las entrevistas con secretarías municipales describen también algunas de las dificultades para la verificación, las más significativas son:

- Obsoletos en relación con la tecnología.
- Dificultades en requisitos de infraestructura.
- Muy generales.
- Inadecuados para el tipo de institución.
- Excesiva legislación.
- Estándares muy altos.
- Dificultad para conseguir formularios.
- Más orientados a los servicios hospitalarios.
- Demasiada información

Las opiniones relacionadas con los instrumentos que apoyan la verificación de los requisitos están divididas ya que el 33.3% los consideran adecuados pues han sido una guía que les ha permitido conocer el estado real de las instituciones. El 33.3% estiman que no son adecuados en cuanto que resultan obsoletos en relación con la tecnología, son muy generales, contienen

estándares muy altos (especialmente en infraestructura) y están más orientados hacia los servicios hospitalarios. El 33.3% restante no los conocen.

La coyuntura económica del país y del sector, unida a unos estándares de evaluación muy altos incide en la falta de interés de los organismos de salud.

Los instrumentos sirven como guía para la verificación de los requisitos, pero son muy extensos, están desactualizados con respecto a la normatividad vigente y contienen aspectos que no son esenciales para la buena prestación de los servicios. Además las exigencias, principalmente en dotación de equipos, suele no corresponder con el entorno regional donde están ubicados algunos organismos de salud.

Los instrumentos diseñados por el Ministerio sirven como guía para la verificación de los requisitos pero contienen estándares muy altos y están más dirigidos a evaluar los servicios hospitalarios.

5.2.5.2 Relación directa con la protección a los usuarios. Sobre este tema son útiles las conclusiones de los talleres con Empresas Sociales del Estado, en las que existe la tendencia a declarar que no todos los requisitos hoy vigentes son realmente esenciales:

- Consideran que no hay un concepto claro del rol de la auditoría, faltan lineamientos nacionales que estandaricen la auditoría de los servicios, no hay indicadores establecidos que puedan proveer información a las instituciones para que puedan tomar decisiones. En síntesis, la mayoría de los grupos consideraron que no se tiene un sistema de auditoría que responda a lo establecido en los requisitos esenciales.

- El desconocimiento de la normatividad vigente, la poca difusión de la información relacionada con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y la percepción de los grupos de que los requisitos esenciales no corresponden a la realidad colombiana, *“no son mínimos son máximos”*, son algunos factores que identificaron como causantes del poco cumplimiento. Sugieren definir unos requisitos esenciales que realmente sean lo esencial y con base en esta definición exigir su cumplimiento.
- La mayoría de los participantes consideran que la falta de recursos económicos es la principal barrera para no poder cumplir los requisitos esenciales. Sin embargo, también hubo acuerdo en que no todos los requisitos son esenciales y en que hay exceso en el número de estándares, por lo que el cumplirlos exige un esfuerzo económico importante, que las instituciones no pueden en estos momentos financiar.

5.2.5.3 Homogeneidad de los procesos de verificación. Existen algunos datos de las encuestas a las secretarías de salud que dan indicios sobre la homogeneidad en el proceso de verificación de requisitos:

- La mayoría de las instituciones encuestadas reportan haber iniciado los procesos de declaración en la año de 1.999 (48%) así como la iniciación en este mismo año de los proceso de verificación (51%).
- No son homogéneos los perfiles de los verificadores y existe una variedad importante de profesionales encargados de esta tarea, según lo muestran las tablas del numeral 2.2, y un porcentaje importante (42%) de las entidades carecen de procesos de entrenamiento de los verificadores.
- Sólo el 55% de las entidades reportaron tener algún criterio para priorizar las visitas pero estos criterios nos son claros, unificados y ni objetivos. Cada ente territorial define a su "voluntad" cual criterio aplicar.

Por otra parte, los talleres, nos permiten entender esta situación cuando las entidades participantes expresan su percepción sobre los procesos de verificación:

- Consideran que la verificación es subjetiva por no estar bien establecidos los criterios a evaluar. Se orientan mucho hacia la infraestructura y se hace una verificación superficial de la institución con base en una lista de chequeo.
- Hubo acuerdo en que un factor fundamental que afecta el proceso de verificación es la falta de capacidad de control del sistema, de poder revisar que efectivamente se estén cumpliendo los requisitos esenciales. Esta falta de control se evidenció en la no oportunidad en la verificación frente a la declaración de los requisitos esenciales. La mayoría de los hospitales que participaron no habían sido verificados y en aquellos que sí se llevó a cabo el proceso de verificación éste no fue homogéneo en cuanto a las metodologías utilizadas y a los criterios de los evaluadores.

Así mismo las entrevistas con secretarías de salud nos brindan algunas explicaciones alrededor de este tema:

- El sistema de información:
 - No permite incluir información sobre verificación de requisitos.
 - Falta de equipos.
 - No integra toda la información
- Las secretarías departamentales identificaron como obstáculos para priorización y homologación de estándares de evaluación:
 - Ubicación geográfica de los municipios.
 - Rotación de personal.

Si bien el 100% de las secretarías departamentales entrevistadas han determinado criterios para priorizar la verificación de los requisitos esenciales

de los organismos bajo su jurisdicción, llama la atención la diferencia entre las secretarías. Es así como se prioriza por municipio, por reportes de quejas, muestreo, nivel de complejidad, cobertura, contratación para atención de vinculados, organismos públicos, alto y mediano riesgo para la salud del usuario.

Las secretarías municipales también se pronuncian sobre este tema, mencionando que el obstáculo para priorizar se encuentra en las dificultades logísticas que hacen inoperante la priorización. En las secretarías municipales de salud estudiadas el 66.6% establece prioridades para las visitas de verificación a los organismos de salud pero al igual que en las secretarías municipales los criterios difieren de una secretaría a otra. Es así como se aplican muestreo aleatorio, tamaño y complejidad de la institución, coberturas, riesgo, porcentaje de quejas, y contratación con administradoras del régimen subsidiado.

Algunas de las conclusiones de las entrevistas con las secretarías refuerzan estos conceptos:

- No existe uniformidad en los criterios que aplican las secretarías para priorizar la verificación de los requisitos esenciales.
- No existe uniformidad en los criterios para priorizar la verificación de requisitos esenciales.

5.2.5.4 **Homogeneidad de los procesos de cumplimiento.** Los pilotos realizados en Empresas Sociales del Estado pueden dar un indicio importante sobre este tema, dado que se capturó la información sobre la verificación por parte de las secretarías y la evaluación por parte de las mismas instituciones (auto evaluación) y se realizó una verificación directa por parte de evaluadores

del Consorcio. Con los datos obtenidos, se identificó la coincidencia sobre el concepto de cumplimiento en cada uno de los requisitos verificados entre autoevaluación y la secretaría de salud y de ésta con la verificación del Consorcio, encontrando los siguientes resultados:

Las entrevistas con secretarías de salud nos muestran que el 50% de las secretarías que afirman haber definido criterios para homologar los estándares de evaluación consideran que estrategias como la aplicación de las normas y la evaluación en equipo garantizan esta homogeneidad. El 50% restante no han visto la necesidad de establecer criterios al respecto. Sólo el 33.3% de las secretarías municipales manifiestan haber establecido criterios tendientes a homologar las evaluaciones, pero más que esto, existen estrategias tales como reuniones, capacitación trabajo interdisciplinario y análisis de los informes escritos presentados por los evaluadores. Las conclusiones sobre este aspecto en las entrevistas a las secretarías de salud son:

- En general, no se han definido criterios tendientes a homologar los estándares de evaluación y la aplicación de acciones correctivas bien sea porque perciben que este papel lo cumple la aplicación de la norma o no han visto la necesidad de hacerlo.
- Para homologar la evaluación y la aplicación de acciones más que criterios se han implantado estrategias como la capacitación el trabajo interdisciplinario, el acompañamiento a las instituciones y la aplicación de las normas.

5.2.5.5 **Homogeneidad de las conductas.** Las encuestas a secretarías de salud nos dan indicios sobre la homogeneidad de conductas.

A la pregunta acerca de qué criterios utilizan para decidir si el incumplimiento de algunos requisitos esenciales implica el establecimiento de un plan de cumplimiento, el 46.9% de las entidades informan que no cuentan con ningún criterio. A la pregunta en lo que respecta a qué criterios utilizan para decidir si el incumplimiento de algunos de los requisitos esenciales implica el cierre de un servicio la mayoría de las respuestas de los entrevistados dicen no tener ningún criterio (54.7%).

Similares resultados se obtuvieron en las entrevistas a las secretarías de salud: Como criterios para aplicar acciones correctivas el 75% de las secretarías departamentales entrevistadas utilizan las normas emanadas del nivel nacional, pero no han establecido directrices tendientes a garantizar que la perspectiva de los evaluadores sea homogénea. Esta misma situación se repite en los criterios que homologan la aplicación de acciones ya que a pesar de que el 44.4% de las secretarías municipales de salud estudiadas consideran que han establecido políticas al respecto, más bien la realidad es que éstos son estrategias como acompañamiento y asesoría a las instituciones, la aplicación de las normas y el concepto técnico de los evaluadores. Algunas parten del principio de que el proceso pretende mejorar la prestación de los servicios y que hay que tener cierta flexibilidad en las evaluaciones, dado que la situación económica por la que atraviesan las instituciones no les permiten un cumplimiento estricto de los requisitos exigidos. De allí que una de las conclusiones de las entrevistas a secretarías de salud sea la siguiente:

En general, no se han definido criterios tendientes a homologar los estándares de evaluación y la aplicación de acciones correctivas bien sea porque perciben que este papel lo cumple la aplicación de la norma o no han visto la necesidad de hacerlo.

5.2.6 Describir el nivel de claridad conceptual de los principios que direccionan los requisitos esenciales

5.2.6.1 Claridad de los principios que rigen los requisitos esenciales. De acuerdo con lo planteado por los participantes en los talleres, los factores que influyen en el no cumplimiento de los requisitos esenciales pueden analizarse según los siguientes puntos: Definición de los principios, diseño, implementación y cumplimiento, y proceso de verificación.

Con relación a la definición de los principios, y de acuerdo con las discusiones con las ESE, se identificó que los principios no son claros, no se conoce el objetivo de los requisitos esenciales y su finalidad en relación con el sistema de garantía de la calidad. Igualmente, no es claro para las ESE los criterios sobre los cuáles fueron construidos y el soporte técnico de los mismos.

En cuanto al diseño del instrumento mediante el Cuál se miden los requisitos manifestaron dificultades, dado que su interpretación no está estandarizada, por lo Cuál queda a la libre interpretación de los evaluadores. Muchos de los estándares definidos no los consideran esenciales y esto hace que no se pueda cumplir con todos ellos.

Manifiestan que los requisitos esenciales vigentes actualmente *“caen en el error de establecer unas generalidades para unos servicios “gruesos” que no aplican cuando se los mira con detalle”*.

En relación con los criterios que deberían tenerse en cuenta para definir un requisito como esencial, la mayoría de los grupos de los talleres plantearon que el criterio para definir un requisito como esencial debe ser lo mínimo que se debe tener para prestar el servicio con idoneidad técnico- científica y que

produzca mínimos riesgos para el usuario y que se traduzca en la accesibilidad, confiabilidad y oportunidad en la atención.

Definen esencial como sinónimo de imprescindible. Su no presencia implicaría algún riesgo de inseguridad, incomodidad o molestia al paciente o al trabajador de salud. Es esencial cuando no se puede prestar un servicio en ausencia de él, que sea lo mínimo "indispensable" para la prestación de un servicio de salud sin poner en riesgo la vida del paciente. Es por esto que se debe tener claridad absoluta sobre cuáles son los requisitos indispensables para la prestación de los servicios y cuáles no lo serían.

Como propuestas para el mejoramiento de los requisitos esenciales se contempla la necesidad de definir unos estándares que puedan cumplirse. Se propone revisar el instrumento y dejar solamente los que se consideran esenciales para la prestación de los servicios en términos de asegurar una calidad en la atención que no ponga en riesgo la vida del paciente.

Consideran que se deben fortalecer los procesos de garantía de la calidad y gestión al interior de las instituciones y que las entidades de vigilancia y control realmente ejerzan sus funciones para que el proceso tenga credibilidad.

Consideran que el criterio para suprimir o modificar debe determinarse con base en la definición de lo que es requisito esencial: Lo mínimo que se necesita para prestar un servicio de salud sin poner en riesgo la vida del paciente. El criterio de "esencialidad" debe hacerse con base en conceptos científicos y tecnológicos que permitan evaluar el grado de riesgo que el incumplimiento de un estándar considerado esencial compromete la salud y la vida del paciente. Así mismo, sugieren que los requisitos esenciales deben ser revisados y ajustados periódicamente.

5.2.6.2 **Claridad del papel de los requisitos en el sistema de garantía de calidad.** A la pregunta sobre ¿cuál es el papel que deben cumplir los requisitos esenciales teniendo en cuenta que existen otros componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad? la mayoría de los grupos en los talleres con hospitales públicos concluyeron que es definir unas condiciones mínimas indispensables para prestar la atención con la mayor posibilidad de éxito y el mínimo riesgo para el usuario. Consideran que es el punto de partida del aseguramiento de la calidad, siendo un instrumento de licenciamiento que permita garantizar unas condiciones mínimas obligatorias de funcionamiento a todos los prestadores de servicios de salud.

Consideran que se deben crear unos incentivos a las Empresas que en un momento dado empiecen a tener requisitos por encima de los mínimos definidos en el Sistema de Garantía de la Calidad. Incentivos que pueden ir desde el fortalecimiento tecnológico, asignación de más recursos financieros, la capacitación a los funcionarios, hasta el desarrollo de sistemas de información que les permita a aquellas instituciones que desarrollan procesos para el cumplimiento, mejorar sus procesos de calidad.

La mayoría de las ESE consideraron que aquellos requisitos que no sean "esenciales" no deben ser obligatorios y ser parte de procesos de mejoramiento o acreditación. Si se definen unos mínimos obligatorios y no se cumplen se debe tomar medidas de sanción, es decir, que los requisitos esenciales son de obligatorio cumplimiento y la acreditación es una cosa voluntaria, pero dando unos parámetros que permitan buscar la calidad. *"Como Estado garantizar el cumplimiento de los requisitos esenciales, si no cumple se cierra"*.

Después de cumplir con los requisitos esenciales los hospitales pueden realizar procesos de mejoramiento de la calidad. Consideran que el rol del Estado y sus entes de control es asegurar el cumplimiento de los requisitos esenciales.

Creen que los requisitos esenciales actualmente están opacando los otros componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y se está haciendo énfasis en el cumplimiento de los requisitos esenciales de infraestructura, dotación y personal.

El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad debe tener los componentes de estructura, proceso y resultado y los requisitos esenciales están enmarcados en la estructura. Adicionalmente, consideran que los requisitos esenciales deben servir como parámetros para el programa de mejoramiento de las instituciones de salud. Deben ser como un instrumento del proceso de mejoramiento para que las Empresas se vayan auto evaluando, a medida que van dando cumplimiento a un requisito van verificando el siguiente y así sucesivamente hasta que logren perfeccionar todo el proceso.

Los grupos discutieron sobre los incentivos para cumplir con los requisitos esenciales partiendo de una definición clara de los mismos, que permite que estos sean posibles y que a las entidades que se esfuercen en desarrollar procesos de gestión orientados a su cumplimiento tengan algún tipo de reconocimiento.

Con relación a la pregunta si ¿suprimirían o modificarían algunos de los actuales requisitos esenciales y cuáles serían los criterios para ello? la mayoría de los participantes en los talleres afirmó que suprimirían algunos de los estándares de auditoría de servicios, sistema de información y procedimientos técnico administrativos por ser elementos del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

5.2.7 Describir el nivel de credibilidad en los actores (secretarías, prestadores)

5.2.7.1 Credibilidad de las secretarías y los prestadores en la necesidad de verificación y en la obligatoriedad del cumplimiento. Los participantes de los hospitales públicos en los talleres, mencionan que consideran la normatividad excesiva, poco clara, a veces contradictoria, no coherente con las políticas de los entes territoriales de inversión en salud, por lo que consideran le resta credibilidad a los requisitos mínimos, "*genera inestabilidad jurídica*" y afecta el cumplimiento de los mismos. Además afirman que la baja capacidad técnica y logística de las Secretarías de Salud tanto a nivel Departamental como Municipal, se debe corregir con planes de desarrollo y fortalecimiento institucional para que se genere credibilidad en la verificación.

La falta de políticas y lineamientos claros entre los diferentes entes de vigilancia y control de los requisitos esenciales, tanto en el nivel nacional como en el territorial, así como su desarticulación y poca coordinación, hacen que este proceso no tenga credibilidad, genere confusión y que los procesos de cumplimiento no sean oportunos ni efectivos.

Por otra parte las secretarías de salud entrevistadas mencionan que han asumido formalmente la verificación de requisitos y cuentan con capacidad organizacional para desarrollarla, pero no existe en todas un convencimiento acerca de la importancia del proceso además de que existe incertidumbre del proceso en el nivel nacional. Así mismo, refiriéndose a los obstáculos para el cumplimiento de los requisitos, insisten en que hay un desinterés de la red hospitalaria.

También en las entrevistas a secretarías de salud se aduce que el proceso de transferencia de esta responsabilidad a los municipios no muestra mayores avances y podría afirmarse que en el 44.4% de los casos estudiados ésta sigue siendo una responsabilidad del departamento. En tal virtud los municipios no tienen mayor compromiso ni consideran prioritaria esta función.

6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

6.1 IMPLEMENTACIÓN DE LOS REQUISITOS ESENCIALES.

La fase diagnóstica confirma la primera parte de la hipótesis propuesta sobre la existencia de problemas en la implementación de los requisitos esenciales. Evidentemente, si bien es importante el avance de una cobertura del 78% de la declaración, es necesario contemplar el hecho de que según la teoría que sustenta este instrumento, ninguna entidad puede prestar servicios de salud en el país si no ha presentado la declaración de requisitos esenciales, de manera que según el estudio, hoy existirían 12.708 entidades operando ilegalmente en el país.

Por otra parte, luego de más de un año de estar en plena vigencia los requisitos y de más de dos años de haber sido expedidos, en términos generales sólo un tercio de las entidades han recibido visita de verificación de las secretarías; situación especialmente difícil cuando se trata de los procesos de verificación en las entidades capitales de departamento, en donde normalmente se concentran los servicios de mayor complejidad y donde sólo se han verificado una cuarta parte de las entidades. Los pilotos en las 30 Empresas Sociales del Estado nos dan un indicio sobre el impacto de estas

visitas de verificación pues nos muestra que las secretarías en las entidades visitadas sólo verifican un tercio de los requisitos aplicables a la entidad, e igualmente dan indicio de las exigencias, de la existencia de planes de cumplimiento en sólo algo más de la mitad.

En cuanto al cumplimiento de los requisitos, resulta evidente, la tendencia del incumplimiento del 41% de los requisitos verificados por las secretarías de salud, y si se exigieran a hoy incondicionalmente todos los requisitos vigentes, implicaría el cierre de todas las entidades incluidas en los pilotos. Pero llama mayormente la atención que los requisitos incumplidos no siempre son incluidos en planes de cumplimiento (sólo las dos terceras partes de las entidades visitadas contaban con planes de cumplimiento), y cuando se elaboran estos planes, sólo se incluye el 24% de los requisitos incumplidos y la expectativa de cumplirlos medida en términos de costeo de los mismos y de inclusión en el presupuesto para el año 2.000, es realmente baja ya que sólo se encontraron costeados 241 requisitos en las entidades visitadas y sólo 8 requisitos se encontraron incorporados en el presupuesto para el año 2.000, datos no significativos en relación con el número de requisitos incumplidos.

Con base en lo anterior, podemos decir que existen importantes indicios de que los requisitos esenciales no se están implementando adecuadamente, dados los vacíos en las coberturas de declaración, los bajos niveles en la verificación y cumplimiento y la baja posibilidad de que todos los requisitos hoy vigentes sean cumplidos por todos los prestadores de servicios de salud antes de noviembre del 2.001, fecha fijada por la norma como tope plazo máximo de los planes de cumplimiento.

6.2 DISEÑO DE REQUISITOS Y PROCESOS.

La segunda parte de la hipótesis planteada para el desarrollo del diagnóstico de este instrumento, se refiere a deficiencias en el diseño de los estándares hoy vigentes y carencia de diseño de procesos claves o de difusión de los mismos, como causales de las fallas en el cumplimiento y la verificación de los requisitos esenciales. Esta parte de la hipótesis también se confirmó durante la fase diagnóstica pero adicionalmente se identificó la situación actual del sector y la insuficiencia de recursos como causales de las fallas detectadas en el componente. Analicemos en detalle estos resultados.

Si bien las secretarías de salud conocen sus obligaciones generales sobre el registro y la verificación de requisitos esenciales, no son claros ni homogéneos los procesos operativos que desarrollan estas obligaciones. Las secretarías no han identificado perfiles claros de los verificadores, criterios de selección ni políticas sobre inhabilidades. Tampoco han definido con claridad criterios que les permitan identificar prioridades de verificación ni criterios que permitan determinar conductas frente a los requisitos incumplidos. Por su parte, los datos sobre cobertura de la declaración y niveles de cumplimiento de los requisitos, pueden ser causados por falta de conocimiento y alcance de sus obligaciones. Los mismos prestadores en los talleres nos confirman las deficiencias en el conocimiento y difusión de la normatividad vigente del sistema de garantía de calidad.

Uno de los temas que fue tímidamente formulado en la hipótesis inicial, fue la insuficiencia de recursos para los procesos de verificación de requisitos. No obstante, fue especialmente llamativo en el proceso diagnóstico, encontrar que los problemas de recursos que aducen los actores como causas de las fallas en el cumplimiento de requisitos, no sólo provienen de las secretarías de salud

sino de los prestadores de servicios. Efectivamente los prestadores aducen varios factores relacionados con los recursos disponibles como causal del incumplimiento de requisitos. Entre ellos tenemos, la obsolescencia de la infraestructura física hospitalaria que caracteriza las entidades públicas y que contrasta con las altas exigencias de los requisitos, la precaria situación financiera que limita la vinculación del recurso humano exigido por los estándares que también son demasiado exigentes en este aspecto. También la situación económica limita directamente la definición de políticas institucionales para inversión, mantenimiento y reposición de equipos, incluyendo los requisitos en materia de transporte y comunicaciones. De manera que el esfuerzo que implica el cumplimiento de unos estándares que no son todos esenciales es demasiado alto para la capacidad de respuesta financiera actual de las entidades.

Las secretarías de salud, también aducen factores financieros y de recursos humanos como causales de las dificultades en la verificación de requisitos. Concretamente, las entidades mencionan que el presupuesto no cubre la totalidad de las funciones de la secretaría, que no hay partidas específicas para esta actividad, que los recursos de Ley 60 están comprometidos, que se redujeron los ingresos por aportes corrientes de la nación, que no existe una política nacional de asignación de recursos para esta actividad, y los recursos con que cuentan las secretarías se están asignando prioritariamente a las actividades de prestación de servicios. En cuanto al recurso humano se mencionan factores como dedicaciones parciales y falta de estabilidad de los funcionarios, carencia de perfiles profesionales en las regiones, reducciones de recurso humano por reestructuración y el hecho de que recurso humano existente deba ocuparse de múltiples tareas (quejas entre ellas) e insuficiencia de los recursos para financiar el desplazamiento de los funcionarios que contrasta con una “explosión” en el número de prestadores superando la capacidad operativa de la secretaría. Igualmente tanto las secretarías de salud como los prestadores plantean que el excesivo número de estándares se suma

a las causales financieras para dificultar enormemente el cumplimiento de sus obligaciones de verificación.

Pero no sólo se trata de carencia de recursos financieros. Los prestadores reconocieron deficiencias en la capacidad técnica en sus instituciones y muy poca asistencia por parte de las secretarías para el cumplimiento de los estándares. Aducen que los funcionarios encargados de la verificación carecen de la capacidad técnica que permita brindar la asistencia requerida, y se limitan en sus actividades a verificar listas de chequeo en una actitud policiva, que poco o nada soluciona las deficiencias institucionales.

Las secretarías de salud también mencionan la falta de capacidad técnica, principalmente en el contexto de la transferencia de dicha responsabilidad a las entidades de orden municipal. En efecto, las secretarías departamentales reconocen no haber entregado esta función, aduciendo la baja capacidad técnica de las secretarías municipales de salud.

Adicionalmente, tanto los prestadores como las secretarías de salud identifican otros recursos y factores como causales de las fallas en la verificación y el cumplimiento de requisitos. Entre ellos mencionan el sistema de información definido por el Ministerio de Salud, que si bien tiene las variables básicas de identificación para el registro de prestadores no se adecua ni es útil para los procesos de verificación y seguimiento del cumplimiento de requisitos. También se formulan factores de orden político, como las presiones políticas y sindicales que no permiten procesos de gestión humana acordes con los requisitos, ni la elaboración de planes a largo plazo, dependiendo de las administraciones del momento. Así mismo se refieren al exceso y la inestabilidad de la normatividad como un factor que limita el cumplimiento y la verificación a los requisitos y le resta credibilidad al instrumento. Otro factor adicional mencionado principalmente por los prestadores es la falta de un incentivo claro para trabajar por calidad y para cumplir con los requisitos. La falta de homogeneidad en la verificación y de obligatoriedad real en el

cumplimiento, elimina el incentivo legal de cumplimiento, y consideran que el sistema como está operando actualmente no premia la gestión eficiente y el trabajo por brindar servicios de calidad. Así mismo, siendo entidades públicas consideran que su carácter presenta particularidades administrativas (como la carrera administrativa) cuya rigidez los pone en desventaja frente a entidades privadas en lo relativo al cumplimiento de requisitos.

Las características de la fase diagnóstica no permiten identificar claramente si la falta de simplicidad, validez y fiabilidad de los requisitos, obedece a su formulación o a la fase de diseño por falta de control en él mismo con base en unos principios formulados. No obstante si son claras las conclusiones entorno a las deficiencias sobre estos aspectos que presentan los estándares hoy vigentes.

En efecto, en relación con el concepto de simplicidad los prestadores son claros en calificar los requisitos como atomizados en su implementación, carentes de estandarización, sin un marco claro de referencia, en número muy alto en algunos casos, con excesiva normatividad y poco clara, contradictoria con las políticas territoriales de inversión en salud, sobredimensionados especialmente en lo tocante a infraestructura y recurso humano. Las secretarías también son taxativas en este aspecto con calificaciones de ser muy altos, con contenidos no esenciales, con falta de claridad en el lenguaje, muy extensos, con exigencias en recurso muy altos para prestadores municipales, diseñados para IPS grandes, con exigencias de dotación que no se compadecen con las condiciones regionales, muy generales, con excesiva legislación, muy orientados a servicios hospitalarios, y con demasiada información.

Sobre la validez de los requisitos, es decir, sobre la verdadera necesidad de los requisitos y sobre su carácter de “esenciales”, las entidades mencionaron en consenso que los requisitos no son esenciales puesto que no se compadecen con la realidad colombiana. Los requisitos no son mínimos sino máximos.

En relación con el concepto de confiabilidad de los requisitos, asimilado a la homogeneidad en la aplicación, son claros los resultados de las actividades diagnósticas en relación con que no existe homogeneidad ni en la planificación de las visitas, ni en los procesos relacionados con la vinculación de los verificadores y no es homogénea la verificación ni a conductas adoptadas en caso de incumplimiento.

Con base en lo anterior es posible formular las siguientes conclusiones en torno al diseño de requisitos y procesos:

- Los requisitos esenciales hoy vigentes son excesivamente complejos, muchos de ellos no son realmente esenciales y carecen de homogeneidad en su interpretación y aplicación
- No existe una disponibilidad suficiente de recursos financieros, humanos y técnicos dada la situación económica actual del sector que contrasta con unos requisitos excesivos en número, en exigencia y no realmente esenciales.
- Además de las deficiencias financieras existen otros factores extrínsecos a los propios requisitos, como elementos políticos, elementos propios de la administración de las entidades y carencia de incentivos que afectan el cumplimiento y la verificación de requisitos
- Los procesos y los estándares relacionados con el componente de requisitos esenciales no han sido suficientemente difundidos, lo que se ve reflejado en una falta de conocimiento de los principales actores acerca de sus obligaciones y las actividades para hacerlas efectivas.
- Los procesos claves para el cumplimiento y la verificación de requisitos no han sido diseñados aún.
- Los anteriores factores, pero en especial el amplio margen existente entre el exceso de requisitos y la baja disponibilidad de recursos financieros, explican en su conjunto las causas de las fallas en la verificación y el cumplimiento de los requisitos esenciales.

6.3 CLARIDAD DE PRINCIPIOS Y CREDIBILIDAD EN EL INSTRUMENTO

Finalmente, la tercera parte de la hipótesis planteada, es decir la falta de claridad de los principios que direccionen los requisitos esenciales, se confirmó con el proceso diagnóstico realizado. Los participantes en los talleres expresaron taxativamente que no son claros los principios, que no se conoce el objetivo de los requisitos esenciales ni son claros los criterios y el soporte técnico sobre los cuáles fueron construidos. Así mismo expresan que no se encuentra estandarizada la medición de los mismos, quedando a libre interpretación de los evaluadores. En consecuencia, se sugiere que los requisitos se construyan sobre un concepto de “esencial” entendiéndose como tal, lo indispensable para prestar un servicio sin poner en riesgo la vida del paciente. Igualmente se plantea que tal como están construidos los requisitos, no es claro el papel que tiene los requisitos en el sistema obligatorio de garantía de calidad, y están opacando los otros componentes haciéndose demasiado énfasis en los aspectos de infraestructura, dotación y personal. En consecuencia la sugerencia se dirige a diseñar unos requisitos esenciales ceñidos a sus justas dimensiones, como instrumento de licenciamiento que permita asegurar unas condiciones mínimas obligatorias de funcionamiento a todos los prestadores de servicios de salud.

Los participantes en los talleres también plantearon que los requisitos esenciales, debido al exceso de normatividad, a su poca claridad y en ocasiones a cierta contradicción le restan credibilidad al instrumento, así como la baja capacidad técnica y logística de las secretarías de salud. Las secretarías reconocen por su parte que no existe un convencimiento acerca de la importancia del proceso, además de existir una incertidumbre sobre el proceso en el nivel nacional. También se afirma que, en virtud de la falta de desarrollo

en la transferencia de la responsabilidad a los municipios, éstos no tienen mayor compromiso ni consideran prioritaria esta función.

Con base en los resultados obtenidos es posible confirmar la hipótesis formulada como multicausalidad de los problemas en la implementación de requisitos esenciales partiendo de la falta de claridad de principios que direccionen los requisitos esenciales, la falta de claridad de su papel en el sistema de garantía de calidad opacando a los demás componentes, y la falta de credibilidad y compromiso de los actores (prestadores y secretarías) con el proceso son factores que están relacionados con los problemas en el diseño ya descritos y directamente vinculados con las fallas existentes en la verificación y cumplimiento de los requisitos.

6.4 CONCLUSIÓN FINAL.

Los requisitos esenciales son un instrumento necesario como componente de licenciamiento del sistema de garantía de calidad para garantizar unas condiciones mínimas y obligatorias para prestar servicios de salud sin poner en riesgo la vida del paciente. Además, los requisitos expedidos han sido útiles como instrumento de evaluación unificado a nivel nacional y también como parámetro para el diseño de planes de mejoramiento de la calidad.

Sin embargo, no todos los requisitos hoy vigentes son realmente esenciales, lo que sumado a las dificultades financieras del sector han complicado enormemente su verificación y cumplimiento hasta el punto de no existir perspectivas de que vayan a ser cumplidos en un mediano plazo. En razón de

su exceso y falta de concordancia con los objetivos se ha generado una pérdida de la credibilidad en el instrumento.

Si bien no es objeto de proyecto solucionar la problemática financiera del sector, el ajuste de los requisitos hacia unos estándares realmente esenciales parece una condición indispensable para optimizar el instrumento en su objeto fundamental de proteger a los usuarios. Simultáneamente podría ayudar a aliviar la dura carga financiera de los prestadores de servicios de salud.

Como proceso adicional, se realizó un análisis de los requisitos definidos por el Instituto de Seguros Sociales con la misma metodología descrita para los pilotos en el presente informe. Sin embargo, como se trata de procesos y estándares diferentes, el análisis se reporta en un informe separado del presente. No obstante, sus resultados se tendrán en cuenta para la fase de ajuste de los requisitos esenciales.

7. PROYECTOS FUTUROS

Luego de realizado el proceso diagnóstico, las dificultades y deficiencias encontradas, así como las sugerencias planteadas por los actores, permiten formular las preguntas que busquen orientar el desarrollo de este instrumento y cerrar la brecha entre los objetivos y la implementación.

7.1 FILOSOFÍA.

- ¿Cuál debe ser la filosofía, misión, visión, principios y valores que guíen el desarrollo de todo el componente?

7.2 DISEÑO DE ESTÁNDARES.

- ¿Cuál es la metodología más apropiada para la revisión de los requisitos hoy vigentes?

- ¿Cuáles son los principios que direccionan el diseño de los estándares?
- ¿Cuál debe ser el tipo de estándares (estructura, Proceso)?
- ¿Cuál debe ser el rango que abarquen los estándares (instituciones, servicios)?
- ¿Cuál debe ser la tipología de las instituciones que abarque los requisitos (niveles de complejidad, servicios)?
- ¿Es la estructura actual la más adecuada (aspectos aplicables a servicios y niveles de complejidad)?
- ¿Cuál debe ser el contenido de los estándares?
- ¿Cuál debe ser la información que los soporte?
- ¿Cómo y quién debe evaluarlos y revisarlos?

7.3 ORGANIZACIÓN Y PROCESOS DE VERIFICACIÓN.

- ¿Cuál debe ser la estructura organizacional para el componente?
- ¿Qué instituciones deben verificarlos?
- ¿Cuál debe ser el perfil de los verificadores (selección, entrenamiento, inhabilidades)?
- ¿Cuáles son y quién puede aplicar las conductas en caso de incumplimiento?
- ¿Cuáles son los procedimientos y las instancias de revisión y apelación de conductas?
- ¿Cómo y qué institución evalúa el componente en su conjunto?
- ¿Es viable y pertinente el proceso de autoevaluación y declaración?
- ¿Cómo deben difundirse?
- ¿Cuál es el papel de las aseguradoras y los usuarios?
- ¿Cómo debe brindarse asesoría técnica a los prestadores y secretarías?