

Administración en Salud

Autor: Carmen Alicia Bejarano Tofiño



Administración en Salud / Carmen Alicia Bejarano Tofiño / Bogotá D.C.,
Fundación Universitaria del Área Andina. 2017

978-958-8953-85-4

Catalogación en la fuente Fundación Universitaria del Área Andina (Bogotá).

© 2017. FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
© 2017, PROGRAMA TÉCNICO AUXILIAR EN ENFERMERÍA
© 2017, CARMEN ALICIA BEJARANO TOFIÑO

Edición:

Fondo editorial Areandino

Fundación Universitaria del Área Andina

Calle 71 11-14, Bogotá D.C., Colombia

Tel.: (57-1) 7 42 19 64 ext. 1228

E-mail: publicaciones@areandina.edu.co

<http://www.areandina.edu.co>

Primera edición: octubre de 2017

Corrección de estilo, diagramación y edición: Dirección Nacional de Operaciones virtuales

Diseño y compilación electrónica: Dirección Nacional de Investigación

Hecho en Colombia

Made in Colombia

Todos los derechos reservados. Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta obra y su tratamiento o transmisión por cualquier medio o método sin autorización escrita de la Fundación Universitaria del Área Andina y sus autores.

Administración en Salud

Autor: Carmen Alicia Bejarano Tofiño





Índice

UNIDAD 1 Derechos y deberes de los pacientes

Introducción	7
Metodología	8
Desarrollo temático	9

UNIDAD 1 Sistema de gestión de la calidad

Introducción	16
Metodología	17
Desarrollo temático	18

UNIDAD 2 Historia de la Seguridad Social Integral en Colombia

Introducción	24
Metodología	25
Desarrollo temático	26

UNIDAD 2 Sistema general de seguridad social en salud

Introducción	35
Metodología	36
Desarrollo temático	37



UNIDAD 3 Sistema de referencia y contrarreferencia

Introducción	46
Metodología	47
Desarrollo temático	48

UNIDAD 3 Manejo de la historia clínica

Introducción	58
Metodología	59
Desarrollo temático	60

UNIDAD 4 Gestión organizacional

Introducción	72
Metodología	73
Desarrollo temático	74

UNIDAD 4 Servicio al cliente

Introducción	84
Metodología	85
Desarrollo temático	86

Bibliografía	97
--------------	----



Derechos y deberes de los pacientes



**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
DEL ÁREA ANDINA**

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

Autor:
Carmen Alicia Bejarano Tofiño

Introducción

En esta primera semana se estará abordando la competencia 1 “Atender y orientar al usuario en relación con sus necesidades y expectativas de acuerdo con políticas institucionales y normas de salud”. Para poder atender y orientar a los usuarios es necesario enmarcarse en la base de todas las normas que es la Constitución Política de Colombia, se empezará contextualizando los principios, los derechos fundamentales, los derechos económicos, sociales y culturales así como los deberes y derechos de los ciudadanos.

Una vez comprendido esto se explicará cuáles son los deberes y derechos que tienen todos los usuarios de los servicios de salud, esto con el fin de poder ejercerlos y cumplirlos.

Recomendaciones metodológicas

Para desarrollar el contenido de estas dos semanas, es necesario retomar la Constitución Política de Colombia, revisar la Resolución 13437 de 1991 en el cual se establecen los derechos de los pacientes, y la Ley 100 de 1993 en la cual están los deberes de los pacientes.

Desarrollo temático

La Constitución Política de Colombia, hace referencia a los aspectos fundamentales de la Carta constitucional. Toda vez que el pueblo, poseedor del poder máximo, y como constituyente primario u originario, tiene poder para organizar sus normas buscando a través de la invocación a Dios la realización de los fines del Estado, los cuales deben ir encaminados a propiciar en cada individuo el desarrollo de su vida y demás derechos que le hacen vivir a plenitud, lográndose una convivencia participativa y democrática. La integración latinoamericana es un propósito ya planteado en los diferentes tratados y proyectos continentales que se tienen desde la época del Libertador.

En esta primera semana, específicamente, se han seleccionado materiales impresos y audiovisuales sobre la Constitución Política de Colombia, para su mejor comprensión; primero se revisará el origen de la Constitución Política de Colombia; en el siguiente video realizado por la Cámara de Representantes y el Centro de Estudios Constitucionales Plural explican que “Constitución Política de Co-

lombia 20 años” <http://www.youtube.com/watch?v=7EULO5K85dI>

Una vez revisado el video ya poseen ustedes una base sobre la necesidad de haber reformado la Constitución Política de Colombia de 1986.



ARTICULO 42. La familia es el núcleo fundamental de la sociedad. Se constituye por vínculos naturales o jurídicos, por la decisión libre de un hombre y una mujer de contraer matrimonio o por la voluntad responsable de conformarla.

ARTICULO 43. La mujer y el hombre tienen iguales derechos y oportunidades. La mujer no podrá ser sometida a ninguna clase de discriminación. Durante el embarazo y después del parto gozará de especial asistencia y protección del Estado, y recibirá de este subsidio alimentario si entonces estuviere desempleada o desamparada.

El Estado apoyará de manera especial a la mujer cabeza de familia.

ARTICULO 44. Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión.

ARTICULO 45. El adolescente tiene derecho a la protección y a la formación integral.

El Estado y la sociedad garantizan la participación activa de los jóvenes en los organismos públicos y privados que tengan a cargo la protección, educación y progreso de la juventud.

ARTICULO 46. El Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria. El Estado les garantizará los servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia.

ARTICULO 47. El Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran.

ARTICULO 48. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social. El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley.

ARTICULO 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Ver más.

ARTICULO 50. Todo niño menor de un año que no esté cubierto por algún tipo de protección o de seguridad social, tendrá derecho a recibir atención gratuita en todas las instituciones de salud que reciban aportes del Estado. La ley reglamentará la materia.

ARTICULO 51. Todos los colombianos tienen derecho a vivienda digna. El Estado fijará las condiciones necesarias para hacer efectivo este derecho y promoverá planes de vivienda de interés social, sistemas adecuados de financiación a largo plazo y formas asociativas de ejecución de estos programas de vivienda.

ARTICULO 52. El ejercicio del deporte, sus manifestaciones recreativas, competitivas y autóctonas tienen como función la formación integral de las personas, preservar y desarrollar una mejor salud en el ser humano. (Constitución Política de Colombia, 1991)

De acuerdo al contenido de estos 10 artículos, la primera parte de los derechos sociales, económicos y culturales, garantiza los derechos de la familia, la mujer, los niños (as), el adolescente, adulto mayor, personas con situación de discapacidad, de igual manera establece la obligación del estado para garantizar la seguridad social, salud, saneamiento ambiental, vivienda y buen uso del tiempo libre a través del deporte y la recreación a todos los habitantes del país.

Reflexione

- **¿Considera que hay alguna relación del ejercicio del auxiliar en enfermería y el conocimiento de dichos artículos?**
- **¿El Estado colombiano realmente garantiza la protección de dichos artículos?**

El artículo 95 hace referencia a los deberes y obligaciones de los ciudadanos.

“Artículo 95. La calidad de colombiano enaltece a todos los miembros de la comunidad nacional. Todos están en el deber de engrandecerla y dignificarla. El ejercicio de los derechos y libertades reconocidos en esta Constitución implica responsabilidades. Toda persona está obligada a cumplir la Constitución y las leyes. Son deberes de la persona y del ciudadano:

1. Respetar los derechos ajenos y no abusar de los propios.
2. Obrar conforme al principio de solidaridad social, respondiendo con acciones humanitarias ante situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas.
3. Respetar y apoyar a las autoridades democráticas legítimamente constituidas para mantener la independencia y la integridad nacional.
4. Defender y difundir los derechos humanos como fundamento de la convivencia pacífica.
5. Participar en la vida política, cívica y comunitaria del país.
6. Propender al logro y mantenimiento de la paz.
7. Colaborar para el buen funcionamiento de la administración de la justicia.
8. Proteger los recursos culturales y naturales del país y velar por la conservación de un ambiente sano.
9. Contribuir al financiamiento de los gastos e inversiones del Estado dentro de conceptos de justicia y equidad” (Constitución Política de Colombia, 1991).

Como ciudadano honesto y con sentido de pertenencia a este país, responda ¿Está cumpliendo a cabalidad con sus deberes y obligaciones como colombiano?

Estas reflexiones en torno a la Constitución Política de Colombia, buscan contextualizar dicho documento, puesto que, en las aulas se repite y se aprende mecánicamente los contenidos y muchas veces se olvida reflexionar y analizar si realmente el Estado cumple con su obligación de salvaguardar estos derechos a los habitantes del territorio nacional, y como los individuos reconocen la vulneración de dichos derechos e implementan acciones para su promoción y defensa.

Por otra parte existe la responsabilidad como ciudadanos, de cumplir unos deberes y obligaciones, y por ende, la reflexión gira entonces hacia las personas.

Reflexione

- **¿Conocen sus derechos y obligaciones como ciudadanos?**
- **¿Realmente cumplen con lo enmarcado en el artículo 95?**

Se espera que este acercamiento (de nuevo) a la Constitución Política de Colombia, el estudiante haya contextualizado, reflexionado, analizado, y generado un pensamiento crítico de dichos contenidos; de igual manera, este empezando a expresar su propio discurso a favor o en contra de lo que actualmente ocurre en el país en cuanto al ejercicio de los derechos y deberes.

Revisen estos videos para que empiecen a construir sus discursos:

- http://www.youtube.com/watch?v=2xZeS9pAt_c Documental sobre Los Derechos Humanos; Publicado el 19/03/2012
- <http://www.youtube.com/watch?v=iRNybj6cIuM> La Declaración de los Derechos Humanos; Subido el 10/12/2008; <http://www.humanrightscationcenter.org>
- <http://www.youtube.com/watch?v=dUhCQxCEa7U> Palabras de Jaime Garzón - Para no olvidar; Subido el 06/01/2011. Conferencia original: <http://youtu.be/zKBtNfnVRBQ>

Resolución 13437 de 1991

En el cual se adopta el decálogo de los Derechos de los Pacientes.

ARTICULO 1o. Adoptar como postulados básicos para propender por la humanización en la atención a los pacientes y garantizar el mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio público de salud en las Instituciones Hospitalarias Públicas y Privadas, los Derechos de los pacientes que se establecen a continuación:

Todo paciente debe ejercer sin restricciones por motivos de raza, sexo, edad, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen social, posición económica o condición social:

1. Su derecho a elegir libremente al médico y en general a los profesionales de la salud, como también a las instituciones de salud que le presten la atención requerida, dentro de los recursos disponibles del país.
2. Su derecho a disfrutar de una comu-

nicación plena y clara con el médico, apropiadas a sus condiciones psicológicas y culturales, que le permitan obtener toda la información necesaria respecto a la enfermedad que padece, así como a los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar y el pronóstico y riesgos que dicho tratamiento conlleve. También su derecho a que él, sus familiares o representantes, en caso de inconciencia o minoría de edad consientan o rechacen estos procedimientos, dejando expresa constancia ojalá escrita de su decisión.

3. Su derecho a recibir un trato digno respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tenga sobre la enfermedad que sufre.
4. Su derecho a que todos los informes de la historia clínica sean tratados de manera confidencial y secreta y que, sólo con su autorización, puedan ser conocidos.
5. Su derecho a que se le preste durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible, pero respetando los deseos del paciente en el caso de enfermedad irreversible.
6. Su derecho a revisar y recibir explicaciones acerca de los costos por los servicios obtenidos, tanto por parte de los profesionales de la salud como por las instituciones sanitarias. Al igual que el derecho a que en casos de emergencia, los servicios que reciba no estén condicionados al pago anticipado de honorarios.
7. Su derecho a recibir o rehusar apoyo espiritual o moral cualquiera que sea el culto religioso que profesa.
8. Su derecho a que se le respete la voluntad de participar o no en investigaciones realizadas por personal científicamente

calificado, siempre y cuando se haya enterado acerca de los objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos previsible e incomodidades que el proceso investigativo pueda implicar.

9. Su derecho a que se le respete la voluntad de aceptación a rehusar la donación de sus órganos para que estos sean trasplantados a otros enfermos.
10. Su derecho a morir con dignidad y a que se le respete su voluntad de permitir que el proceso de la muerte siga su curso natural en la fase terminal de su enfermedad. (Resolución 13437, 1991).

Este documento habla de dos cosas, la primera y es la que explicaremos a continuación, son los derechos de los pacientes, y la segunda parte, habla de la conformación de los Comités de Ética Hospitalaria, que son los encargados entre muchas funciones, de velar por el cumplimiento permanente de los derechos de los pacientes.

Decálogo de los Derechos de los Pacientes

La Resolución 13437 de 1991, menciona los derechos de los pacientes, por ende es importante conocerlos para ejercerlos o defenderlos independientemente del contexto en el que se encuentre.

El paciente tiene el derecho a la libre elección tanto de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, como el médico tratante y de tener con este, una comunicación plena y clara, en la cual se le aclare en términos accesibles el diagnóstico y el tratamiento a seguir, además de esto, se sabe que cada paciente tiene unas creencias y costumbres, de acuerdo a su cultura o contexto, en ese orden de ideas, el paciente tiene la potestad de rehusar o recibir apoyo espiritual y por ende el personal de salud debe garantizar que se respeten sus solicitudes.

En toda institución prestadora de servicios de salud, se tiene un historial clínico por paciente, este, deberá de mantenerse en absoluta reserva, asimismo se deberá respetar los deseos del paciente en los casos de enfermedades irreversibles como es el cáncer, el VIH o la insuficiencia renal, entre otras.

Las instituciones prestadoras de Servicios de Salud están en la obligación de explicar al usuario los costos que se generen con prestación de dichos servicios.

Por otro lado, en el área de la medicina se adelantan investigaciones científicas, que permiten establecer tratamientos o aclarar diagnósticos, el paciente está en todo su derecho de decidir si desea participar de esto.

A pesar de la importancia de educar a los pacientes sobre la donación de órganos, este, en el ejercicio de sus derechos, puede rehusarse a donarlos.

Cuando se menciona que el paciente tiene derecho a una muerte digna, hace referencia al hecho de respetar las ideas y convicciones que tenga frente a la forma de morir, es decir, el paciente puede rehusar, a que le realicen maniobras de resucitación en la fase terminal de la enfermedad.

Por lo general cuando se habla de derechos también se debe hablar de deberes, estos se encuentran en la Ley 100 de 1993 en el artículo 160:

Deberes de los Afiliados y Beneficiarios. Son deberes de los afiliados y beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud los siguientes:

1. Procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

2. Afiliarse con su familia al Sistema General de Seguridad Social en salud.
3. Facilitar el pago, y pagar cuando le corresponda, las cotizaciones y pagos obligatorios a que haya lugar.
4. Suministrar información veraz, clara y completa sobre su estado de salud y los ingresos base de cotización.
5. Vigilar el cumplimiento de las obligaciones contraídas por los empleadores a las que se refiere la presente Ley.
6. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones de las instituciones y profesionales que le prestan atención en salud.
7. Cuidar y hacer uso racional de los recursos, las instalaciones, la dotación, así como de los servicios y prestaciones sociales y laborales.
8. Tratar con dignidad al personal humano que lo atiende y respetar la intimidad de los demás pacientes (Ley 100, 1993).

Los seres humanos se caracterizan por la necesidad que tienen de estar en sociedad, de necesitar los unos de los otros, por las relaciones recíprocas; por ello, los derechos de cada quien conlleva deberes para con los demás, de igual manera es fundamental y absolutamente necesario la protección de los seres humanos más débiles por la vía del reconocimiento de sus derechos.

Esto no necesariamente implica que la persona que tiene unos derechos está exenta de responsabilidades y nada tenga que aportar a la relación; con las demás personas e instituciones.

Los pacientes deben cumplir unos deberes, como corresponsabilidad al reconocimiento de los derechos.

Con esto se da por concluido la semana N° 1 de la unidad N° 1.



Sistema de gestión de la calidad



**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
DEL ÁREA ANDINA**

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

Autor:
Carmen Alicia Bejarano Tofiño

Introducción

En esta segunda semana se seguirá abordando la competencia 1 “Atender y orientar al usuario en relación con sus necesidades y expectativas de acuerdo con políticas institucionales y normas de salud”. Se revisarán los elementos y principios que orientan el Sistema de Gestión de la Calidad, de igual manera los procesos legales que deben cumplir las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), para prestar sus servicios a la comunidad.

Recomendaciones metodológicas

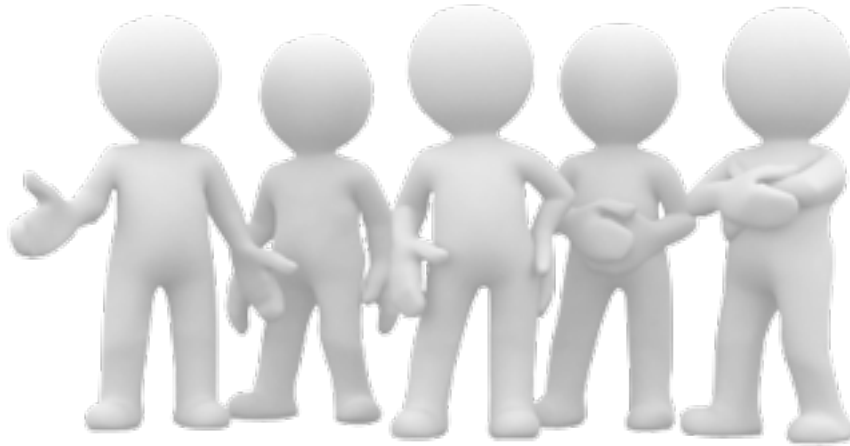
Para desarrollar el contenido de estas dos semanas, es necesario revisar la Norma ISO 9000:2000 y las resoluciones que se encuentran en las lecturas complementarias sobre **Habilitación y acreditación**. De igual forma revisar el videoresumen y los videos que esta guía cartilla sugiere para comprender mejor los temas.

Desarrollo temático

La calidad es una palabra que a diario se maneja con frecuencia en la actualidad y constantemente se escuchan frases como:



“Exigimos una educación pública, gratuita y de calidad”



Al hablar de productos y/o servicios de calidad, las personas piensan que la calidad va de la mano con el poder adquisitivo que los clientes tengan, es decir, entre más costoso sea, mejor calidad tendrá. La calidad no depende ni se define por el valor monetario que se le asigna.

Para aclarar que es **calidad**, algunos especialistas la definen de la siguiente manera:

W. Edwards Deming indica que: “El control de calidad no significa alcanzar la perfección. Significa conseguir una eficiente producción con la calidad que espera obtener en el mercado”.

Joseph M. Juran define la calidad como: “Adecuación al uso”.

Philip Crosby lo define como: “Conformidad con los requisitos”.

Armand V. Feigenbaum define la calidad como: “La composición total de las características de los productos y servicios de marketing, ingeniería, fabricación y mantenimiento, a través de los cuales los productos y los servicios cumplirán las expectativas de los clientes”.

Norma ISO 9000.2000: “Grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos”. Recuperado de http://www.degerencia.com/articulo/la_calidad,_el_concepto_actual

De acuerdo a lo anterior, en cada empresa debe existir un Sistema de Gestión de la Calidad que según la ISO 9000:2000 la define como:

“El Sistema de Gestión de la Calidad es aquella parte del sistema de gestión de la organización enfocada en el logro de resultados, en relación con los objetivos de la calidad, para satisfacer las necesidades, expectativas y requisitos de las partes interesadas, según corresponda. Los objetivos de la calidad complementan otros objetivos de la organización tales como aquellos relacionados con el crecimiento, recursos financieros, rentabilidad, el medio ambiente y la seguridad y salud ocupacional. Las diferentes partes del sistema de gestión de una organización pueden integrarse conjuntamente con el Sistema de Gestión de la Calidad, dentro de un Sistema de Gestión Único, utili-

zando elementos comunes. Esto puede facilitar la planificación, la asignación de recursos, el establecimiento de objetivos complementarios y la evaluación de la eficacia global de la organización” (ISO 9000, 2000, pp. 6-7).

Implantar este sistema significa trabajar en planes de mejoramiento dirigidos al cliente o usuario, a satisfacer sus necesidades inmediatas y futuras, en otras palabras el producto o servicio que se ofrece, debe tener un mejoramiento continuo, lo cual permite la incorporación de procesos que sean útiles y de fácil entendimiento.

Trabajar con sistemas de gestión de calidad en una empresa trae beneficios para la organización, teniendo en cuenta que la calidad de todas las actividades será evidente; la atención al usuario será adecuada y oportuna, el desarrollo de procesos será transparente, el cumplimiento de sus objetivos serán de acuerdo a normas y leyes vigentes.

Para cumplir con lo mencionado anteriormente la ISO 9000:2000 establece 8 principios que van dirigidos a la mejora del desempeño

- a.** Enfoque al cliente: las organizaciones dependen de sus clientes y por lo tanto deberían comprender las necesidades actuales y futuras de los clientes, satisfacer los requisitos de los clientes y esforzarse en exceder las expectativas de los clientes.
- b.** Liderazgo: los líderes establecen la unidad de propósito y la orientación de la organización. Ellos deberían crear y mantener un ambiente interno, en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la organización.
- c.** Participación del personal: el personal, a todos los niveles, es la esencia de una organización y su total compromiso posibilita que sus

habilidades sean usadas para el beneficio de la organización.

- d.** Enfoque basado en procesos: un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.
- e.** Enfoque de sistema para la gestión: Identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuye a la eficacia y eficiencia de una organización en el logro de sus objetivos.
- f.** Mejora continua: la mejora continua del desempeño global de la organización debería ser un objetivo permanente de esta.
- g.** Enfoque basado en hechos para la toma de decisión: las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información.
- h.** Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor: una organización y sus proveedores son interdependientes, y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor (ISO 9000, 2000).

La ISO (Organización Internacional de Normalización) es una federación mundial de organismos nacionales de normalización (organismos miembros de ISO). Su sede central está en Suiza Ginebra y tiene sede en 156 países.

El objetivo de esta organización como se había explicado es estandarizar procesos, servicios, todo con el fin de mejorar gradualmente la atención y los servicios prestados.

De manera muy resumida se mencionaran las diferentes normas, si desea profundizar sus contenidos podrá consultar cada una de las normas en lecturas complementarias.

- La Norma ISO 9000: explica los fundamentos y la terminología de los sistemas de gestión de la calidad.

- La Norma ISO 9001: enumera y define los requisitos para los sistemas de gestión de la calidad aplicables a toda organización, una vez que las empresas inician el proceso de certificación y lo obtienen, están comprometidos a trabajar permanentemente para aumentar la satisfacción del cliente y de otras partes interesadas a través de la mejora continua.
- La Norma ISO 9004 Proporciona directrices que enfocan la eficacia y la eficiencia del sistema de gestión de la calidad. Tiene por objetivo la mejora permanente del desempeño de las organizaciones.
- La Norma ISO 19011: esta norma orienta las auditorías relacionadas con el sistema de gestión de la calidad y de gestión ambiental (ISO 9000, 2000).

Todas estas normas, forman un conjunto coherente de normas de sistemas de gestión de la calidad que facilitan la mutua comprensión en el comercio nacional e internacional.

Para complementar la información lo revise los siguientes videos, (estos se encuentran en inglés, pero la plataforma YouTube permite activar los subtítulos en español)

- What ISO standards do for you? (¿Qué puede hacer las Normas ISO por usted?). http://www.youtube.com/watch?v=AYBV_TeqKahk&list=PLA688CDCE8CD0AD63
- The ISO 9001 family - Global management standards (International Org) (Normas de gestión globales, Familia ISO 9001). http://www.youtube.com/watch?v=oq1Zi_V4KyE&list=PLA688CDCE8CD0AD63

Una vez identificado esto y comprender el significado de la calidad con las lecturas complementarias, se explicará el proceso de Habilitación y acreditación de las Instituciones de salud.

Habilitación y acreditación

La resolución 1043 del 2006, habla del proceso de habilitación para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

¿Qué es habilitación?: es el procedimiento de evaluación externa que verifica el cumplimiento de los requisitos mínimos de garantía, incluidos los recursos humanos y materiales exigidos para autorizar la prestación de servicios de salud, es importante recalcar que este proceso es obligatorio para cualquier institución de salud que desee abrir sus puertas al público, este incluye dos procesos básicos: la autoevaluación e inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud (Anexo técnico I), y la verificación del cumplimiento de estándares por parte de las entidades de salud.

La habilitación tiene como base tres principios

- **Fiabilidad:** la aplicación y verificación es explícita y clara. Los criterios de la evaluación son objetivos.
- **Esencialidad:** Todas las condiciones de capacidad tecnológica y científica, deben reducir riesgos que amenazan la vida o salud de los usuarios.
- **Sencillez:** formulación de estándares fáciles de entender, que permitan la autoevaluación de los prestadores de salud y la verificación por las autoridades competentes.

Para que las instituciones de servicios de salud puedan ser habilitadas deben cumplir con unos estándares mínimos, indispensables para prestar los servicios, los cuales son:

1. Recursos humanos.
2. Infraestructura física.
3. Dotación.
4. Insumos y su gestión.

5. Procesos prioritarios asistenciales.
6. Historia clínica y registros clínicos
7. Interdependencia de servicios.
8. Referencia de pacientes.
9. Seguimiento a riesgos.

Estos estándares mínimos deben ser cumplidos para que les otorguen la habilitación. En el siguiente enlace podrán ampliar. Todo lo referente al proceso de habilitación y explican en detalle que solicitan en cada ítem de los estándares. <http://www.cgh.org.co/temas/descargas/habilitacion.pdf>.

¿Qué es acreditación? El marco normativo de la acreditación es el Decreto 1011 y Resolución 1445 de 2006; este es un proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna

y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del cliente en una organización de salud, a través de una serie de estándares superiores de calidad, óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por las entidades evaluadas. Es realizada por personal especializado y con conocimientos de causa para tal fin, y su resultado es avalado por la entidad de acreditación autorizada para dicha función. El requisito para el proceso de acreditación en salud, es haber sido habilitada previamente, la acreditación le permite a las instituciones mayor productividad, reconocimiento nacional e internacional.

En el siguiente cuadro comparativo podrán establecer las diferencias entre estos dos procesos.

Habilitación	Acreditación
Resolución 1043/06	Resolución 1445/06
Emanado por Ministerio de Protección Social.	Emanado por Ministerio de Protección Social.
Obligatorio cumplimiento.	Voluntaria después de la habilitación.
Se establecen condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios.	Direcciona la excelencia en el desempeño y auditoría competitiva.
Habilita delegado del Ministerio de Protección social.	Acredita la entidad acreditadora designada por el Ministerio de Protección Social.
Se establece, se registra, se verifica y se controla el cumplimiento de las condiciones básicas que deben demostrar: <ul style="list-style-type: none"> • Capacidad y tecnología científica. • Suficiencia patrimonial y financiera. • Capacidad técnico-administrativa. 	Estándares, actividades de apoyo y procedimientos, que a través de: autoevaluación, mejoramiento, evaluación externa, buscan demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles de calidad.

Espero que los temas abordados en esta semana, les permita aclarar los conceptos y las definiciones, para continuar con el proceso de

aprendizaje es necesario que revisen las lecturas complementarias y realicen los ejercicios de repaso que la unidad les ofrece.



Historia de la Seguridad Social Integral en Colombia



**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
DEL ÁREA ANDINA**

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

Autor:
Carmen Alicia Bejarano Tofiño

Introducción

En esta 2 unidad se explicará todo lo referente al Sistema General de Seguridad Social Integral, quienes lo componen y cuáles son sus características, de igual manera se especificará el Sistema General de Seguridad Social en Salud desde la Ley 100 de 1993 hasta la reforma del año 2011.

Recomendaciones metodológicas

Para desarrollar el contenido de esta unidad, deben revisar los conceptos, resoluciones y leyes, referentes al Sistema General de Seguridad Social Integral. El énfasis de esta semana está dirigido al sector salud y sus diferentes componentes, por lo cual, es necesario revisar todas las lecturas complementarias, las presentaciones que están en la plataforma y los enlaces a páginas o videos, que les permitirán comprender mejor los contenidos que están en esta cartilla.

Desarrollo temático

Historia de la Seguridad Social Integral en Colombia

En Colombia el tema de la Seguridad Social para los trabajadores establece sus inicios en la Ley 57 de 1915, la cual define accidente de trabajo y cuál es la responsabilidad del empleador frente a dicho suceso, tanto a nivel de la asistencia médica como las indemnizaciones por accidente o muerte. Para más información se sugiere revisar el siguiente enlace <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=12998>.

Posteriormente en el año 1921 surge la Ley 37, en la cual se crea la figura del seguro obligatorio de vida, donde los empleadores aseguraban a sus empleados.

Los cambios en los términos laborales se deben en gran medida a la reforma constitucional del año 1936 en donde el Estado colombiano planteó:

Que “la salud es un deber del Estado y la base del progreso nacional” y acude a dos fórmulas: la salud como política del Estado y el manejo técnico de la organización sanitaria. A partir de 1936 se da una evolución legislativa que comenzó con la expedición de varias leyes, como la Ley 53 de 1938 que reconoce la

protección a la maternidad, la Ley 96 de 1938 por la cual se crea el Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social (Zuluaga, 2009, p. 23).

Hacia el año 1945 la Ley 6ª dicta algunas disposiciones sobre el derecho a pensión, salud y riesgos profesionales del trabajador, y se crea Caja Nacional de Previsión Social CAJANAL para los trabajadores oficiales; con la Ley 90 de 1946 se crea el Instituto Colombiano de Seguros Sociales, el cual cubre los riesgos de enfermedades no profesionales y maternidad; accidente de trabajo y enfermedad profesional; invalidez y vejez y muerte de los empleados particulares con régimen económico tripartito, con aportes de los patronos, los trabajadores y el Estado.

Posteriormente se amplió la oferta de previsión social para garantizar los beneficios de cesantías. El decreto 3170 de 1964 se reglamenta los seguros de accidentes de trabajo y enfermedad profesional.

Para apoyar todos los cambios en el Sistema General de Seguridad Social Integral, el gobierno mediante la constitución de 1991, reconoce y consagra los derechos fundamentales, de igual manera establece los derechos económicos y sociales, propios del Estado So-

cial de Derecho, en ese orden de ideas el artículo 48 establece lo siguiente:

“La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley” (Constitución Política de Colombia, 1991).

Para profundizar lo anterior se sugiere revisar los siguientes videos sobre el Sistema de Seguridad Social.

- “Todos Somos Historia - Programa «Seguridad Social» Canalmedellin Subido el 28/01/2011 http://www.youtube.com/watch?v=0HpZb_w_2Iw

¿Qué es la Seguridad Social Integral?

La ley 100 de 1993, es el marco legal general de la seguridad social, la define de la siguiente manera:

Es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad (Ley 100, 1993).

Es decir las personas que residen en el territorio colombiano cuentan con el apoyo y la protección del estado y las diferentes instituciones,

para sustentar lo anterior existen unos principios enmarcados en dicha ley:

- a. Eficiencia:** se refiere al uso adecuado de recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles, desde el punto de vista social y económico; para brindar servicios en forma oportuna y suficiente.
- b. Universalidad:** se garantiza la protección de todas las personas; sin importar la raza, el género o la edad.
- c. Solidaridad:** se parte de la premisa de la ayuda mutua, teniendo en cuenta que los sectores más fuertes deberán apoyar a la población más vulnerable.
- d. Integralidad:** es la protección de las condiciones de vida de la población en relación con la salud y la situación económica.
- e. Unidad:** es la coyuntura de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos y prestaciones para brindar los servicios de la seguridad social.
- f. Participación:** la comunidad interviene en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones.

En el artículo 6 de la ley 100 están enmarcados los tres objetivos de la Seguridad Social Integral:

- 1.** Garantizar las prestaciones económicas y de salud a quienes tienen una relación laboral o capacidad económica suficiente para afiliarse al sistema.
- 2.** Garantizar la prestación de los servicios sociales complementarios en los términos de la presente Ley.

3. Garantizar la ampliación de cobertura hasta lograr que toda la población acceda al sistema, mediante mecanismos que en desarrollo del principio constitucional de solidaridad, permitan que sectores sin la capacidad económica suficiente como campesinos, indígenas y trabajadores independientes, artistas, deportistas, madres comunitarias, accedan al sistema y al otorgamiento de las prestaciones en forma integral (Ley 100, 1993).

¿Cómo se encuentra conformada la Seguridad Social Integral?

Está conformada por:

1. Sistema General de Pensiones -SGP-.
2. Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS-.
3. Sistema General de Riesgos Laborales -SGRL-.

Cada persona afiliada puede elegir de manera autónoma las entidades administradoras de los regímenes de salud, pensiones y la aseguradora de riesgos laborales.

Sistema general de pensiones

La reglamentación inicial está en la ley 100 de 1993, posteriormente, la ley 797 del 2003, en la cual se reforman algunas disposiciones del sistema general de pensiones previsto en la Ley 100 de 1993 y se adoptan disposiciones sobre los Regímenes Pensionales exceptuados y especiales.

Existen dos regímenes:

- **Régimen solidario de prima media con prestación definida (RPM):** actualmente es administrado por Colpensiones, el valor de la pensión de vejez no depende del

ahorro sino del tiempo acumulado, es decir las semanas cotizadas y el salario base de cotización, al igual que las edades de jubilación las cuales oscilan en 62 años para hombres y 57 años para mujeres. En este régimen no se hacen cotizaciones voluntarias, ni se puede optar por pensiones anticipadas.

- **Régimen de ahorro individual con solidaridad:** es administrado por los fondos de Pensiones Obligatorias privadas; los afiliados tienen una cuenta individualizada, la Pensión depende del capital acumulado determinado por la constancia de los aportes, el valor de los mismos y los rendimientos obtenidos. El valor de la pensión puede variar teniendo en cuenta el monto acumulado en la cuenta, la edad a la cual el afiliado decida retirarse.

La cotización de pensión en el trabajador dependiente es compartida; el trabajador debe aportar un 4% y la empresa aporta el 12%; este valor se le deduce del valor devengado en el respectivo periodo.

En caso de ser independiente el 16% lo asume en su totalidad el trabajador.

Modalidades de pensión:

Existen tres modalidades de pensión.

- a. Pensión por vejez.
- b. Pensión por invalidez.
- c. Pensión de sobrevivientes.

Cada una de estas modalidades se explican en la videodiapositiva correspondiente a la unidad 2.

En caso de no alcanzar a pensionarse existe la indemnización Sustitutiva o devolución de aportes dependiendo al régimen que pertenez-

ca, para aclarar la diferencia entre estas dos se sugiere revisar el siguiente enlace <http://actualicese.com/actualidad/2011/07/26/indemnizacion-sustitutiva-y-devolucion-de-aportes-si-se-lo-proponen-tenga-cuidado-puede-ser-un-pesimo-negocio/>

Sistema General de Riesgos Laborales

El Sistema General de Riesgos Laborales en Colombia está reglamentado por la Ley 100 de 1993 que lo denomina Sistema General de Riesgos Profesionales, posteriormente el decreto-ley 1295 de 1994 lo define y regula, algunos aspectos. Las últimas actualizaciones son la ley 776 de 2002 y la Ley 1562 del 11 de julio 2012, esta última le modifica el nombre, al considerar que el término “laborales” se relaciona más con el trabajo, en contraste con el término “profesionales”, que hace referencia a aquellos que tienen una profesión.

Este Sistema es el encargado de proteger a los trabajadores, de los accidentes o enfermedades ocasionadas en la ejecución de su trabajo.

Las prestaciones asistenciales que se le brinda al trabajador en caso de accidentes o enfermedades son:

- a. Asistencia médica, quirúrgica, terapéutica y farmacéutica.
- b. Servicios de hospitalización.
- c. Servicio odontológico.
- d. Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.
- e. Prótesis y órtesis.
- f. Rehabilitación física y laboral.

- g. Gastos de traslado, en condiciones normales, que sean necesarios para la prestación de estos lo anteriormente mencionado.

Las prestaciones económicas se otorgan al trabajador cuando sufre un accidente de trabajo o una enfermedad profesional; buscan dar al empleado todas las garantías a que tendría derecho si estuviese laborando normalmente.

Coberturas

- a. Subsidio por incapacidad temporal.
- b. Indemnización por incapacidad permanente parcial.
- c. Pensión de invalidez.
- d. Pensión de sobrevivientes.
- e. Auxilio funerario.

Cada una de estas se explican en la videodiapositiva perteneciente a la unidad 2.

El pago de las cotizaciones al Sistema General de Riesgos Laborales está a cargo 100% de los empleadores y no del trabajador; el gobierno nacional estableció una tabla de cotizaciones mínimas y máximas que cada empleador cancelará de acuerdo a la clasificación de la empresa y de cada puesto de trabajo.

Para ampliar esta información se sugiere revisar el decreto 1772 de 1994, Por el cual se reglamenta la afiliación y las cotizaciones al Sistema General de Riesgos Profesionales.

Sistema General de Seguridad Social en Salud

El Sistema General de Seguridad Social en Salud, está reglamentado por la ley 100 de 1993, desde su creación ha tenidos dos reformas que han modificado considerablemente los aspectos legales del sistema general de salud, la ley 1122 del 2007 y la 1438 del 2011, en la videoconferencia de la semana 3 se explicará los detalles de dichas reformas.

Los principios que estaban en el artículo 153 de la ley 100 de 1993, fueron modificados en la ley 1438 del 2011:

Universalidad: Sistema General de Seguridad Social en salud cubre a todos los residentes en el país, en todas las etapas de la vida.

Solidaridad: es la práctica del mutuo apoyo para garantizar el acceso y sostenibilidad a los servicios de Seguridad Social en salud, entre las personas.

Igualdad: acceso a la Seguridad Social en Salud se garantiza sin discriminación a las personas residentes en el territorio colombiano, por razones de cultura, sexo, raza, origen nacional, orientación sexual, religión, edad o capacidad económica, sin perjuicio de la prevalencia constitucional de los derechos de los niños.

Obligatoriedad: la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obligatoria para todos los residentes en Colombia.

Prevalencia de derechos: es obligación de la familia, el Estado y la sociedad en materia de salud, cuidar, proteger y asistir a las mujeres en estado de embarazo y en edad reproductiva, a los niños, las niñas y adolescentes, para garantizar su vida, su salud, su integridad física y moral y su desarrollo armónico e integral.

La prestación de estos servicios corresponderá con los ciclos vitales formulados en esta Ley, dentro del Plan de Beneficios.

Enfoque diferencial: Principio de enfoque diferencial reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia para las cuales el Sistema General de Seguridad Social en salud ofrecerá especiales garantías y esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación.

Equidad: el Sistema General de Seguridad Social en salud debe garantizar el acceso al Plan de Beneficios a los afiliados, independientemente de su capacidad de pago y condiciones particulares, evitando que prestaciones individuales no pertinentes de acuerdo con criterios técnicos y científicos pongan en riesgo los recursos necesarios para la atención del resto de la población.

Calidad: los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada.

Eficiencia: es la óptima relación entre los recursos disponibles para obtener los mejores resultados en salud y calidad de vida de la población.

Participación social: es la intervención de la comunidad en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en conjunto.

Progresividad: es la gradualidad en la actualización de las prestaciones incluidas en el Plan de Beneficios.

Libre escogencia: el Sistema General de Seguridad Social en salud asegurará a los usuarios, libertad en la escogencia entre las Entidades Promotoras de salud y los prestadores de servicios de salud dentro de su red en cualquier momento de tiempo.

Sostenibilidad: las prestaciones que reconoce el sistema se financiarán con los recursos destinados por la Ley para tal fin, los cuales deberán tener un flujo ágil y expedito. Las decisiones que se adopten en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud deben consultar criterios de sostenibilidad fiscal. La administración de los fondos del sistema no podrá afectar el flujo de recursos del mismo.

Transparencia: las condiciones de prestación de los servicios, la relación entre los distintos actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la definición de políticas en materia de salud, deberán ser públicas, claras y visibles.

Descentralización administrativa: en la organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud la gestión será descentralizada y de ella harán parte las direcciones territoriales de salud.

Complementariedad y concurrencia: se propiciará que los actores del sistema en los distintos niveles territoriales se complementen con acciones y recursos en el logro de los fines del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Corresponsabilidad: toda persona debe propender por su autocuidado, por el cuidado de la salud de su familia y de la comunidad, un ambiente sano, el uso racional y adecuado de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud y cumplir con los deberes de solidaridad, participación y colaboración. Las instituciones públicas y privadas promoverán

la apropiación y el cumplimiento de este principio.

Irrenunciabilidad: el derecho a la seguridad social en salud es irrenunciable, no puede renunciarse a él ni total ni parcialmente.

Intersectorialidad: es la acción conjunta y coordinada de los diferentes sectores y organizaciones que de manera directa o indirecta, en forma integrada y continua, afectan los determinantes y el estado de salud de la población.

Prevención: es el enfoque de precaución que se aplica a la gestión del riesgo, a la evaluación de los procedimientos y la prestación de los servicios de salud.

Continuidad: toda persona que habiendo ingresado al Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene vocación de permanencia y no debe, en principio, ser separado del mismo cuando esté en peligro su calidad de vida e integridad (Ley 1438, 2011).

Integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud

La orientación, regulación, supervisión, vigilancia y control del sistema de seguridad social en salud está a cargo del Gobierno Nacional y el Ministerio de Protección social. El artículo 155 de la ley 100, menciona lo siguiente:

1. Organismos de Dirección, Vigilancia y Control:
 - Los Ministerios de Salud y Trabajo.
 - La Comisión de Regulación en Salud (CRES, liquidada) que reemplazó al Concejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) por la ley 1122 de 2007; actualmente la Comisión fue liquidada mediante el Decreto 2560 del 2012, y todas sus funciones y competencias fueron trasladadas al Ministerio de Salud y Protección Social.

- La Superintendencia Nacional en Salud (SuperSalud).
2. Los Organismos de Administración y Financiación:
 - Las Entidades Promotoras de Salud.
 - Las Direcciones Seccionales, Distritales y Locales de Salud.
 - El Fondo de Solidaridad y Garantía.
 3. Las institucionales Prestadoras de Servicios de Salud, públicas, mixtas o privadas.
 4. Los empleadores, los trabajadores y sus organizaciones y los trabajadores independientes que cotizan al sistema contributivo y los pensionados.
 5. Los beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en todas sus modalidades.
 6. Los Comités de Participación Comunitaria «COPACOS» creados por la ley 10 de 1990 y las organizaciones comunales que participen en los subsidios de salud (Ley 100, 1993).

Las funciones de cada una de estas entidades, se encuentran explicadas en el video diapositiva de la unidad 2.

Posteriormente la ley estatutaria 1751 de Febrero de 2015 busca garantizar el derecho fundamental de la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección, partiendo de la primicia que es un derecho autónomo e irrenunciable.

En el artículo 6° incluye los elementos y principios del derecho fundamental de la salud:

Disponibilidad: Garantizar la existencia de servicios y tecnologías e instituciones de salud, así como programas y profesionales del área competentes.

Aceptabilidad: Se basa en el principio del respeto tanto para la ética médica como para las diversas culturas de las personas, minorías étnicas, pueblos y comunidades, respetando sus particularidades socioculturales y cosmovisión de la salud

Accesibilidad: Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos teniendo en cuenta el principio de igualdad.

Calidad e idoneidad profesional: Los establecimientos, servicios y tecnologías de salud deben estar centrados en el usuario y responderá estándares de calidad.

Universalidad: Los residentes del territorio colombiano gozaran del derecho de la salud en todas las etapas del ciclo vital.

Pro Homine: Adaptación e interpretación de normas vigentes que sean más favorables para la protección del derecho a la salud.

Equidad: Adopción de políticas para el mejoramiento de la salud a personas de escasos recursos, grupos vulnerables y personas de especial protección.

Continuidad: Recibir servicios de salud de manera continua.

Oportunidad: La prestación del servicio debe proveerse sin dilataciones.

Prevalencia de derechos: Garantizar atención integral a niños ya adolescentes.

Progresividad del derecho: El estado promoverá la ampliación gradual y continua del acceso a los servicios de salud disminuyendo gradualmente las barreras.

Libre elección: Las personas tienen derecho a elegir libremente la entidad de salud dentro de la oferta establecida.

Sostenibilidad: El estado dispondrá los recursos necesarios para garantizar el goce del derecho fundamental a la salud.

Solidaridad: El sistema está basado en el mutuo apoyo de la sociedad en general.

Eficiencia: Procurar por la mejor utilización de los recursos, servicios y tecnologías disponibles para garantizar el derecho a la salud.

Interculturalidad: Respeto por las diferencias culturales en el país y en el ámbito global.

Protección a los pueblos indígenas: Reconoce y garantiza el derecho fundamental de la salud integral para las comunidades indígenas.

En el capítulo III de la misma ley se hace referencia a los profesionales y trabajadores de la salud, donde se evidencia claramente el principio de autonomía profesional, entendido este

como la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes. Pero también se hace claridad en el respeto que requieren los profesionales y trabajadores de la salud incluyendo un trato digno y condiciones laborales justas.

Para ampliar esta información se sugiere revisar: la ley 1751 de Febrero de 2015.

Es de vital importancia hacer énfasis que el estado con los documentos antes mencionados, busca garantizar de manera efectiva y eficiente el derecho fundamental a la salud para todos los colombianos, pero no solo hace referencia a tener acceso a un servicio de salud, sino que este debe ser de calidad y acorde a las necesidades de los usuarios, desde una perspectiva de promoción de la salud hasta un proceso de rehabilitación de ser necesario, garantizando la satisfacción en el servicio al paciente.



Sistema general de seguridad social en salud



**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
DEL ÁREA ANDINA**

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

Autor:
Carmen Alicia Bejarano Tofiño

Introducción

En esta 2 unidad se explicará todo lo referente al Sistema General de Seguridad Social en salud, definición, proceso de afiliación, quienes lo componen y cuáles son sus características.

Recomendaciones metodológicas

Para desarrollar el contenido de esta unidad, deben revisar los conceptos, resoluciones y leyes, referentes al Sistema General de Seguridad Social Integral. El énfasis de esta semana está dirigido al sector salud y sus diferentes componentes, por lo cual, es necesario revisar todas las lecturas complementarias, las presentaciones que están en la plataforma y los enlaces a páginas o videos, que les permitirán comprender mejor los contenidos que están en esta cartilla.

Desarrollo temático

El Sistema General de Seguridad Social en Salud, tiene dos 2 regímenes:

■ **Régimen contributivo:** pertenecen los trabajadores con contrato laboral formal, los servidores públicos, los pensionados y los independientes con capacidad de pago. Todos estos son los cotizantes, y los afiliados beneficiarios (son aquellas personas que no tienen capacidad de pago, y dependen económicamente del afiliado cotizante).

■ **Beneficiarios:**

- El cónyuge.
- A falta de cónyuge, la compañera o compañero permanente, siempre y cuando la unión sea superior a dos años.
- Los hijos menores de dieciocho (18) años que dependen económicamente del afiliado.
- Los hijos de cualquier edad si tienen incapacidad permanente y dependen económicamente del afiliado.
- Los hijos entre los dieciocho (18) y los veinticinco (25) años, cuando sean estudiantes de tiempo completo, tal como

lo establece el decreto 1889 de 1994 y dependen económicamente del afiliado.

- Los hijos del cónyuge o compañera o compañero permanente del afiliado que se encuentren en las situaciones definidas en los numerales c. y d. del presente artículo.
- A falta de cónyuge o de compañera o compañero permanente y de hijos, los padres del afiliado que no estén pensionados y dependan económicamente de este.

Parágrafo: Se entiende que existe dependencia económica cuando una persona recibe de otra los medios necesarios para su congrua subsistencia. Artículo 34 (Decreto 806 de 1998).

La cotización al sistema de salud es de 12.5% del salario base de aportes para el Sistema de Seguridad Social. En caso de ser dependiente: el empleado aporta un 4% y la empresa aporta el 8.5%, en caso de ser trabajador independiente, este asume la totalidad del 12,5%.

Valor cotización 2015 sobre SMMLV \$644.350

Afiliación	Trabajador dependiente	Trabajador independiente	Total
Sector	Patrón	Empleado	
Salud	8.5% -----\$54.770	4% -----\$ 25.774	12.5%----- \$80.544
pensión	12% -----\$77.322	4% -----\$ 25.774	16 % ----- \$ 103.096
ARL	Depende del oficio o labor que desempeñe el empleado	-----	Cancela el 100%
TOTAL	\$132.092	\$51.548	\$183.640

En este régimen existen unos aportes que se realizan para acceder a los servicios de salud, Cuotas moderadoras y copagos;

a continuación se explicarán cada uno de ellos en la siguiente tabla:

Tipo	Servicio	Rango salarial		
		1	2	3
		Hasta \$1.178.999	De \$1.179.900 A \$2.947.500	De \$2.947.501 En adelante
Cuotas moderadoras	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta médica general. • Consulta odontológica. • Consulta paramédica. • Consulta medicina alternativa aceptada. • Consulta con médico especialista. • Exámenes de laboratorio. • Ayudas diagnósticas y terapias. • Fórmula de medicamentos. 	\$2.300	\$9.100	\$23.900
Tienen por objeto regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso, promoviendo en los afiliados la inscripción en los programas de atención integral desarrollados por las EPS (Acuerdo 260 de 2004).	Aplica para cotizantes y beneficiarios			
Copagos	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento odontológico. • Exámenes de laboratorio niveles 2 y 3. • Ayudas diagnósticas y terapias niveles 2 y 3. • Cirugía y procedimientos ambulatorios. • Hospitalización. 	11.5% (Hasta \$169.187)	17.3% (Hasta \$677.925)	23% (Hasta \$1.355.850)
Son los aportes en dinero que corresponden a una parte del valor del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema (Acuerdo 260 de 2004).	Aplica solo para beneficiarios.			
Tope máximo de copagos por año calendario:	57.5% de 1 SMLMV \$338.963	230% de 1 SMLMV \$1.355.850	460% de 1 SMLMV \$2.711.700	

Para ampliar la información sobre el régimen contributivo se sugiere revisar las siguientes lecturas que se encuentran en la carpeta de lecturas obligatorias:

“La salud no es un favor, es un derecho” (esta explica los regímenes en salud y el significado de copago.

Todo lo que usted debe saber sobre aportes, cuotas moderadoras, copago y cuotas de recuperación de la Defensoría del Pueblo.

Régimen subsidiado: a este régimen pertenecen las personas sin capacidad de pago que pertenezcan a nivel 1, 2, 3 del Sisben. La ley 100 en su artículo 211 lo define de la siguiente manera:

El Régimen subsidiado es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad de que trata la presente Ley (Ley 100, 1993).

Es necesario aclarar que El Sisbén no es lo mismo que Régimen subsidiado (salud)

El Sisbén (Sistema de identificación y clasificación de potenciales beneficiarios para programas sociales) es una herramienta de identificación, es un índice que ordena a los individuos de acuerdo con sus condiciones de vida. Es una herramienta estadística al servicio de la asignación de subsidios.

El Régimen subsidiado es un conjunto de normas que determina un tipo particular de afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud: la de aquellos individuos que reciben subsidio parcial o total de la póliza de aseguramiento:

Si una persona ha sido identificada como potencial beneficiario de los programas sociales, es decir, que el nivel está entre 1 y 3, podrá acceder a los subsidios que otorga el Estado a través de los diferentes programas como:

- Salud.
- Subsidios empleo.
- Adulto mayor.
- Vivienda.
- Subsidios condicionados.
- Créditos educativos.
- Desayunos infantiles.

En el régimen subsidiado existen unas contribuciones que realizan los afiliados que contribuyen a financiar el valor de los servicios de salud, esta figura se llama Copagos y están establecidos según los niveles o categorías fijadas por el Sisbén. En el siguiente cuadro se explican con más detalles en qué casos pagan copagos.

Servicios del plan obligatorio de salud subsidiado	Sisben NIVEL 1	Sisben NIVEL 2
<ul style="list-style-type: none"> • Acciones de promoción y educación en salud y prevención de la enfermedad. • Atención a mujeres gestantes y a menores de un año. • Atención de enfermedades de alto costo como cáncer, sida, enfermedades cardiovasculares, enfermedades del sistema nervioso central, insuficiencia renal, gran quemado, reemplazo articular de cadera y rodilla. • Atención inicial de urgencias. 	Sin copago.	Sin copago.
<ul style="list-style-type: none"> • Acciones de recuperación de salud de forma ambulatoria en el primer nivel y algunas de segundo y tercer nivel. • Atención hospitalaria de segundo y tercer nivel de atención que incluye atención especializada. • Todas las acciones de rehabilitación. • Y Todos los demás servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado POS-S definidos en Acuerdo 306/2005/CNSSS. 	Sin copago ley 1122/2007.	10% sin que el pago exceda a 1/2 salario mínimo mensual legal vigente. El valor máximo por año calendario será de un (1).

Sisben Nivel 3		
No tiene copago	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades de alto costo • Cirugía de corazón. • Cirugía del sistema nervioso central. • Reemplazo de cadera y rodilla. • Tratamiento para insuficiencia renal. • Tratamiento para grandes quemaduras en el cuerpo. • Manejo de pacientes con vih-sida. • Atención integral del paciente con cáncer. • Hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos. • • Atención al menor de un año • Atención integral al menor de un año. 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención integral a la mujer embarazada • Control prenatal por un médico general y enfermera. • Atención por especialista (gineco-obstetra). • Consulta y tratamiento por odontología. • Hospitalización por problemas de embarazo. • Atención del parto o cesárea. • Laboratorio clínico. • Ecografía para la embarazada. • Complicaciones después del parto hasta 30 días. • • Suministro de medicamentos • Suministro de medicamentos formulados por médicos generales de los centros y puestos de salud en los hospitales de la red pública de primer nivel de atención.
Copago del 10%	<ul style="list-style-type: none"> • Atención por fracturas • Ortopedia y traumatología. • Consulta de urgencias. • Valoración por especialista (traumatólogo). • Hospitalización. • Exámenes de laboratorio. • Radiografías. • Medicamentos. • Materiales para la cirugía. • Terapia física. 	

Para ampliar la información sobre el régimen subsidiado se sugiere revisar las siguientes lecturas que se encuentran en la carpeta de lecturas obligatorias:

Carta de derechos régimen subsidiado Salud Total (explica detalladamente el proceso de afiliación, los subsidios parciales, totales; deberes y derechos en el régimen subsidiado).

Para ambos regímenes hay unas exclusiones, en las cuales no se cancelan copagos ni cuotas moderadoras.

- Servicios de promoción y prevención:
 - Planificación familiar.
 - Prevención de ITS y VIH SIDA.
 - Salud oral.
 - Agudeza visual.
 - Detección temprana de cáncer de cérvix, seguimiento y tratamiento cuando se requiera.
 - Detección temprana de cáncer de mama (mamografías a mayores de 50 años).
 - Consulta por primera vez en adultos mayores de 45 años de edad.
 - Tamizaje de riesgo cardiovascular.
 - Inscripción y control a los programas de hipertensión, diabetes, enfermedad renal crónica, dislipidemias y obesidad.
- Programas de control en atención materno infantil:
 - Vigilancia del crecimiento y desarrollo de niños entre cero (0) y diez (10) años de edad.
 - Vacunación en niños de cero (0) a diez (10) años.
 - Proceso de prevención y atención a las enfermedades prevalentes de la infancia.
- Salud oral.
- Agudeza visual.
- Educación para promover la salud.
- Lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses y complementaria hasta los dos años.
- Atención del parto, posparto y recién nacido.
- Control prenatal.
- Vacunación (TD y MMR).
- Ayudas diagnósticas y laboratorio clínico.
- Consulta de psicología y nutrición, salud oral.
- Programas de control en atención de las enfermedades transmisibles.
- Enfermedades catastróficas o de alto costo (Revisar artículo 45 del acuerdo 029 del 2011).
- La atención inicial de urgencias.
- Consulta de urgencias.
- Prescripciones regulares dentro de un programa especial de atención integral para patologías específicas (Hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad renal crónica, dislipidemias y obesidad).

Existe otra modalidad de participantes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, llamados participantes vinculados; en la ley

100 en el capítulo de los afiliados al sistema, el artículo 157; menciona lo siguiente:

Los participantes vinculados son aquellas personas que por motivos de incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiarios del régimen subsidiado tendrán derecho a los servicios de atención de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado (Ley 100, 1993).

Quiénes son entonces los participantes vinculados:

1. Población identificada en nivel 1, 2 y 3 Sisben no afiliada a una EPS-S .
2. Afiliados a EPS-S para eventos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado.

3. Población especial no afiliada al Régimen subsidiado: indígenas, habitantes de calle, menores en protección, desmovilizados y/o reincorporados, ingresan al SGSSS por listado censal como población especial.
4. Personas afiliadas al régimen contributivo que no tienen capacidad de pago y acuden a instituciones públicas o privadas que tienen contratos con el Estado para la atención de procedimientos, actividades, tratamientos y medicamentos No POS. La atención que se les presta a dichas personas es en su calidad de vinculados.

Al igual que los afiliados a los otros regímenes los participantes vinculados tienen derecho a: acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad en sus diferentes niveles de complejidad, suministro de medicamentos, atención inicial en el servicio de urgencias, en cualquier lugar del país, atención por enfermedades de alto costo.

Para ampliar la información sobre los pagos de los participantes vinculados se sugiere revisar el documento de la “Todo lo que usted debe saber sobre aportes cuotas moderadoras, copagos y cuotas de recuperación”. Defensoría del Pueblo. 2008, que se encuentra en la carpeta de lecturas obligatorias.

Existe un régimen que no pertenece directamente al Sistema General de Seguridad Social en Salud, pero es necesario mencionarlo para que tengan conocimiento de otro tipo de acceso a servicios de salud mediante unas instituciones preestablecidas, este se llama el **Régimen de excepción o especial**; son aquellos trabajadores que no participan en el Sistema General de Seguridad Social, pues mientras

así lo defina la ley, cuentan con su propio servicio de salud , esta información se encuentra en la ley 100 de 1993 artículo 279. Excepciones.

- Miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.
- Personal civil del Ministerio de Defensa y de la Policía Nacional vinculado antes de la vigencia de la ley 100 (diciembre 23 de 1993).

- Miembros no remunerados de las corporaciones públicas.
- Personal docente oficial afiliado al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio.
- Régimen de Excepción.
- Servidores públicos de Ecopetrol y sus pensionados, excepto los que con posterioridad a la vigencia de la ley 100.
- Educadores pensionados por Cajanal y el fondo de pensiones públicas, cuando este sustituya a dicha caja en el pago de sus obligaciones pensionales.
- Pensionados de funcionarios de la rama judicial de que trata las leyes 126 de 1985 y 71 de 1988.

Para complementar lo visto hasta el momento se sugiere revisar el siguiente video, en el cual se explica el Sistema General de Seguridad Social en Salud http://www.youtube.com/watch?v=rQc3M8Fp_Q. Video informativo: ley 100 de 1993. Publicado el 25/05/2012.

Plan de beneficios

Está reglamentado a través del Decreto 806 de 1998 el cual establece la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y la prestación de los beneficios del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud.

1. Plan de Atención Básica en Salud, PAB. (Modificado en la ley 1122 de 2007: Reemplazo del -PAB- por un Plan de Salud Pública de intervenciones colectivas (PICS): se encarga de promover la salud y la calidad de vida, la prevención y el control de los riesgos y los daños en salud, las intervenciones que se realizan en el plan de salud pública son:
 - Salud infantil.
 - Salud sexual reproductiva.
 - Salud oral.

- Salud mental y lesiones violentas evitables.
- Enfermedades transmisibles y zoonosis.
- Enfermedades crónicas no transmisibles.
- Nutrición.
- Seguridad sanitaria y ambiental.
- Seguridad del trabajo y enfermedad de origen laboral.
- Gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan.

2. Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo, POS.

3. Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado, POSS.

El Plan Obligatorio de Salud es el conjunto de tecnologías, procedimientos, intervenciones en salud, a los que tienen derecho los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En la ley 1438 del 2011, estableció la unificación de los Planes Obligatorios de Salud del régimen contributivo y régimen subsidiado, igualmente menciona que los planes de beneficios deben actualizarse cada dos años.

4. Atención en accidentes de tránsito y eventos catastróficos. ECAT: esta atención es para Accidente de tránsito: ocasionados por carro fantasma, o vehículos con SOAT vencido; Eventos terroristas ocasionados por bombas o artefactos explosivos; catástrofes de origen natural: inundaciones, temblores, incendios, etc.

Todo lo anterior tiene cobertura en salud gracias al plan de beneficios, para mayor información puede revisar el Decreto 1283 de 1996.

5. Atención inicial de urgencias: es la intervención inmediata al paciente por parte del médico con el fin de conservar la vida y prevenir consecuencias futuras.

Adicionalmente, la resolución 1479 del 6 de Mayo del 2015 establece el procedimiento para el cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud (POS) suministrados a los afiliados del régimen subsidiado.

En este documento se hace referencia a la garantía de la prestación de servicios y tecnologías no cubiertas por el plan obligatorio de salud, donde se refiere como primer paso la evaluación de la situación de salud y la participación activa del comité técnico científico (CTC) quien autorizara la prestación del servicio.

En el capítulo I: Garantía del suministro de servicios y tecnologías no cubiertas en el POS, centralizadas en la entidad territorial, en este se evidencia la organización de la red para garantizar la prestación de los servicios no cubiertos en el POS y se designan las ESE para la prestación oportuna de los mismos.

En el capítulo II: Garantía de la prestación de servicios y tecnologías no cubiertas por el POS a través de las administradoras de planes de beneficios que tienen afiliados al régimen subsidiado de salud, cuando se cumpla con los requisitos necesarios las administradoras de planes de beneficio deben garantizar la prestación del servicio o tecnología que no se encuentra incluido el Plan Obligatorio de Salud, para realizar el cobro del mismo deben presentar ante la entidad territorial los documentos que soportan los requisitos exigidos para el cobro.

Para complementar la información mencionada revise la resolución 1479 de 2015.

3
UNIDAD

Sistema de referencia y contrarreferencia



**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
DEL ÁREA ANDINA**

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

Autor:
Carmen Alicia Bejarano Tofiño

Introducción

En esta unidad se estará revisando los marcos legales del proceso de referencia y contrareferencia, con sus correspondientes niveles de atención en salud, se abordará la normatividad de la población focalizada (Adulto mayor, reinsertados/desmovilizados, protección del ICBF, desplazados).

Metodología

Para desarrollar el contenido de esta unidad, deben revisar conceptos, resoluciones y leyes referentes al manejo de la población focalizada, el sistema de referencia y contrarreferencia, por ende es necesario revisar todas las lecturas complementarias, las presentaciones que están en la plataforma y los enlaces a páginas o videos, que les permitirán comprender mejor los contenidos que están en esta cartilla.

Desarrollo temático

Sistema de referencia y contrarreferencia

Antes de empezar con el tema se sugiere revisar la capeta de lecturas obligatorias y leer el Decreto 4747 del 2007, el cual le orientará con precisión el tema a continuación.

El sistema de referencia y contrarreferencia está fundamentado legalmente por:

Constitución Política de Colombia – artículo 49. Menciona la facultad del Estado para reglamentar y establecer los niveles de atención en la prestación de los servicios de salud, de acuerdo a los principios de universalidad, eficiencia y solidaridad. Igualmente los artículos 334 y 365, establecieron la potestad del Estado para vigilar, regular y controlar el servicio de salud.

La ley 10 de 1990, reorganizó el Sistema Nacional de Salud (SNS), redefinió el servicio público de salud, en su artículo 1.

La prestación de los servicios de salud, en todos los niveles, es un servicio público a cargo de la Nación, gratuito en los servicios básicos para todos los habitantes del territorio nacional y administrado en asocio de las entidades territoriales, de sus entes descentralizados y de las personas privadas autorizadas (Ley 10, 1990).

El Decreto 1760 de 1990. Por el cual se establecieron y definieron los niveles de atención, tipo de servicio y grado de complejidad, de igual manera definió como nivel de atención la responsabilidad del ente territorial en la organización de los servicios de salud, a través de una o varias entidades que prestan servicios; estableció que estos se organizarán de acuerdo con su complejidad en servicios, departamentos, unidades, secciones y grupos.

- Decreto No 1761 de 1990. Por el cual se reglamentan los servicios de urgencias.
- Decreto 2759 del 11 de diciembre de 1991. Por el cual se organiza y establece el régimen de **Referencia y Contrarreferencia**.

La ley 60 de 1993 señaló la competencia de los departamentos y los distritos para garantizar la operación de la red de servicios así como del sistema de Referencia y Contrarreferencia de pacientes entre todos los niveles de atención.

La ley 100 de 1993. Mediante el cual se establece el Sistema General de Seguridad Social.

Resolución 9279 de 1993. Por la cual se adopta el manual de normalización del competente traslado para la red nacional de urgencias.

Resolución 5261 de agosto de 1994. Por el cual se establece el manual de actividades, interven-

ciones y procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema de Seguridad Social en Salud.

Circular externa No. 014 de 1995. Orienta las directrices para garantizar el acceso a la atención inicial de urgencias.

Ley 715 de diciembre 21 de 2001. En su artículo 54. Organiza y consolida las redes de servicios de salud, estas organizarán por grados de complejidad relacionados entre sí mediante el sistema de referencias y contrarreferencia.

El decreto 4747 del 2007 “Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones” (Decreto 4747, 2007).

En el artículo 3 se definen varias palabras que aclaran los conceptos relacionados con el sistema de referencia y contrarreferencia.

Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago (Decreto 4747, 2007, p. 2).

Es decir todas las entidades que prestan servicios de salud deben de tener dicho sistema que permita brindar una atención integral y oportuna a los usuarios.

En este mismo artículo definen referencia como:

El **envío** de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo

con el nivel de resolución, de respuesta a las necesidades de salud. (Decreto 4747, 2007, p. 2).

Es decir si la IPS, no cuenta con el servicio que requiere el usuario, deberá de iniciar el proceso de referencia, estos servicios incluyen atención médica especializada, cupos hospitalarios en las diferentes áreas, o el envío del paciente para la realización de exámenes diagnósticos en caso de daño o mantenimiento. Lo que se busca con este proceso es que la atención del paciente no se detenga y que continúe en su proceso de recuperación.

La contrarreferencia de acuerdo al decreto 4747 del 2007; lo define como:

La **respuesta** que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contrarremisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica (Decreto 4747, 2007, p. 2).

Es decir, cuando se hace el proceso de enviar al paciente o la ayuda diagnóstica, se debe generar siempre una respuesta de la institución que recibe la solicitud, esta respuesta puede ser negativa o positiva, en caso de ser negativa la IPS encargada del paciente debe seguir realizando la búsqueda para asegurar la atención de salud, en caso de ser positiva se debe empezar a gestionar la ambulancia para el traslado del paciente; cualquiera de estas opciones, quedarán registradas en el formato correspondiente de referencia y contrarreferencia.

El Artículo 17 menciona lo siguiente:

El diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia y la operación del sistema de referencia y contrarreferencia es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud,

quienes deberán disponer de una red de prestadores de servicios de salud que garanticen la disponibilidad y suficiencia de los servicios en todos los niveles de complejidad a su cargo, así como la disponibilidad de la red de transporte y comunicaciones (Decreto 4747, 2007, p. 8).

La responsabilidad de la consecución de los convenios con las otras IPS y el traslado de los pacientes es directamente de la entidad que solicita el servicio y debe garantizar que dicho traslado o proceso se cumpla con los estándares de calidad, oportunidad, integridad y continuidad.

Para que este proceso de referencia y contrarreferencia se cumpla, las IPS públicas y privadas deben estar vinculadas a una red de prestación de servicios de salud, en el artículo 3 del decreto 4747 del 2007 lo define de la siguiente manera:

Red de prestación de servicios: es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un espacio geográfico, que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y contrarreferencia establecidos por la entidad responsable del pago, que busca garantizar la calidad de la atención en salud y ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos (Decreto 4747, 2007, p. 2).

Red de prestación de servicios por niveles de complejidad

El esquema de la Red de Servicios de Salud en Colombia debe buscar satisfacer las necesidades de atención en salud de la población teniendo en cuenta:

Cobertura: que todos los habitantes puedan acceder a los servicios de salud de promoción,

prevención, tratamiento y rehabilitación de acuerdo a necesidades.

Calidad: para la prestación de los servicios de salud se debe garantizar unas condiciones técnicas y humanas.

Eficiencia: a menor costo se deben obtener mayores beneficios; para lograr esto se organizan los servicios en niveles de atención o grados de complejidad.

Eficacia/Efectividad: se busca dar una solución oportuna a los problemas de salud de los individuos y la comunidad.

Esta red de prestación de servicios de salud está organizada por niveles de atención o complejidad, el artículo 20 de Resolución N° 5261 de 1994.

Responsabilidades por niveles de complejidad. Para efectos de definir la responsabilidad del personal de salud en los diferentes niveles de complejidad se establece:

Nivel I. Médico general y/o personal auxiliar, y otros profesionales de la salud.

Nivel II. Médico general con interconsulta, remisión, y/o asesoría de personal o recursos especializados.

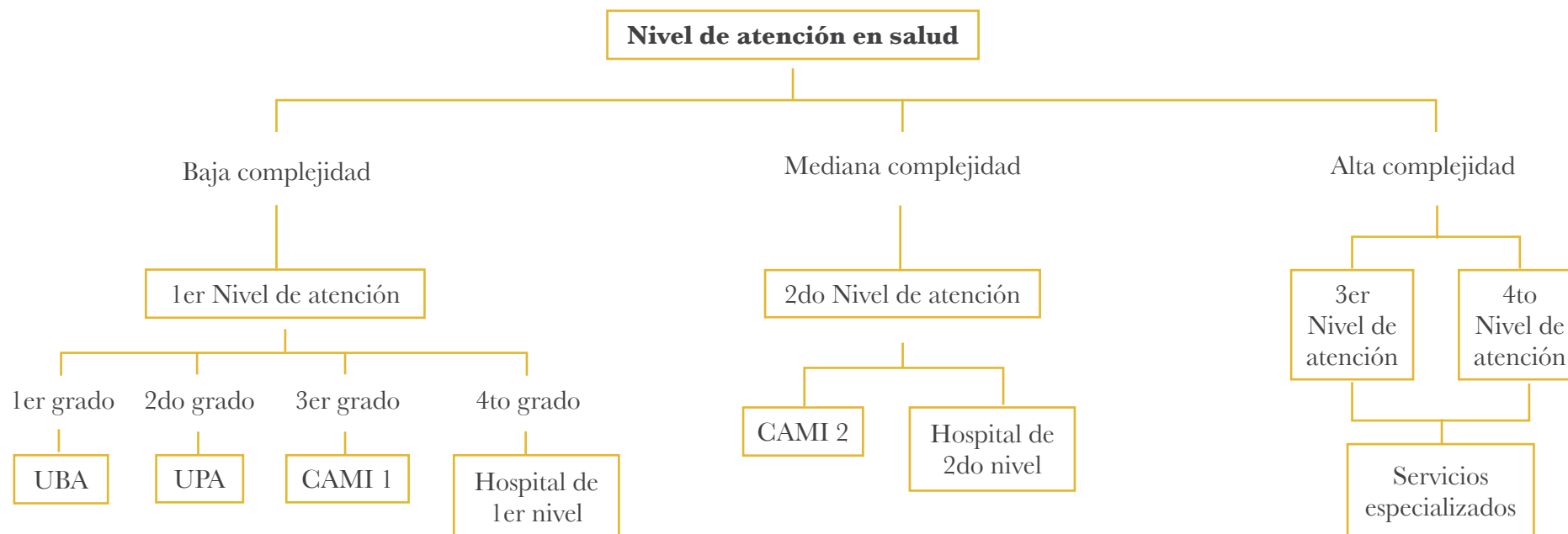
Nivel III y IV. Médico Especialista con la participación del médico general.

(Resolución N° 5261, 1994, p. 6).

Aclaración: la definición de niveles anteriores corresponde a las actividades, intervenciones y procedimientos y no a las instituciones.

Los hospitales, clínicas y centros de salud tienen distintas especialidades para la prestación de servicios, dependiendo de las necesidades de salud de los usuarios.

En el siguiente mapa conceptual se referencia el esquema de los niveles de atención en salud.



El primer nivel se caracteriza por la atención básica prestada por puestos y centros de salud; los hospitales locales, que cuentan con servicios de consulta externa y odontológica, urgencias y hospitalización, bajo la atención de médicos generales, en ese orden de ideas el nivel I de atención tienen los siguientes grados:

Primer grado: conformado por las Unidades Básicas de Atención (UBA), los servicios básicos de salud, serán prestados por el siguiente equipo de salud: médico general, odontólogo, trabajadora social, enfermera profesional, auxiliar de enfermería, auxiliar de salud pública.

Segundo grado: conformado por los Centros de Salud o Unidades Primarias de Atención (UPA) que, en conjunto con las Unidades Básicas de Atención del área de influencia, constituyen el centro de salud.

Tercer grado: compuesto por los Centros de Atención Médica Inmediata (CAMI); atienden partos de bajo riesgo, consulta externa médica odontológica y atención de urgencias las 24 horas del día.

Cuarto grado: compuesto por un hospital de nivel I, cuenta con servicios de consulta externa médica y odontológica, atención de urgencias y hospitalización, para patologías de baja complejidad y saneamiento ambiental.

El segundo nivel de atención se caracteriza por la inclusión de otras especialidades del área de la medicina, en la consulta externa, urgencias y hospitalización. Está conformado por:

CAMI 2: en el cual se atenderán partos de bajo riesgo, consulta externa médica, odontológica y atención de urgencias durante las 24 horas y hospitalización.

Hospital de segundo nivel de atención: el II nivel se caracteriza por la atención intermedia proporcionada por médicos generales y algunas básicas como: medicina interna, cirugía, gineco-obstetricia, pediatría, psiquiatría, anestesiología, trauma y fisiatría, así como la atención de partos de bajo y mediano riesgo, urgencias, consulta externa, odontología, cirugía ambulatoria y hospitalización.

El tercer nivel de atención presta los servicios de urgencias las 24 horas del día y cuenta con médicos y odontólogos generales. Además, cubre todas las especialidades y subespecialidades como cardiología, neurología, gastroenterología, genética, imágenes diagnósticas, laboratorio y otros. Atiende casos graves o de alta complejidad.

El cuarto nivel de atención se especializa por tener tecnología de punta o áreas de atención específicas de subespecialidades incluyen diagnóstico y tratamiento, un ejemplo es el Hospital Universitario Clínica San Rafael.

Normatividad población focalizada

El término de población focalizada hace referencia a un grupo de personas con características específicas que integran dicha población, el gobierno nacional ha implementado políticas públicas para que estos individuos vulnerados tengan acceso a diferentes servicios y programas para mejorar sus condiciones de vida.

Los grupos que hacen parte la población focalizada son: desplazados, adultos mayores, niños y adolescentes que pertenecen al ICBF, reinsertados y desmovilizados, para cada uno de ellos el Estado ha creado leyes o políticas específicas e instituciones públicas que se encargan de su atención.

a. Ley de desplazados

Los desplazados son personas que son forzadas a salir de sus casas, a dejar sus tierras; en Colombia la causa más frecuente de este desplazamiento es el conflicto armado.

La ley 387 de 1997, es la ley de desplazados; reglamentada parcialmente por los Decretos Nacionales 951, 2562 y 2569 de 2001. Esta ley busca mejorar las condiciones de vida de las personas desplazadas, y busca que participen en los programas y beneficios que ofrece el Estado a través de sus instituciones.

Le invitamos a revisar el documento que reposa en las lecturas complementarias sobre una demanda hacia el ministerio de la protección social, en la cual el abogado expone y sustenta el derecho de los desplazados.

b. Atención a la tercera edad

Con el fin de atender las necesidades sociales y económicas de la población vulnerable, el Estado está en la obligación de diseñar y formular políticas públicas para la tercera edad y las estrategias de atención para mejorar las condiciones y calidad de vida de los adultos mayores.

El marco normativo para los adultos mayores se fundamenta en la ley 100 de 1993 en el Libro IV Servicios Sociales Complementarios, en el Artículo 257 menciona lo siguiente:

Establece un programa de auxilios para los ancianos indigentes que cumplan los siguientes requisitos:

- a.** Ser colombiano.
- b.** Llegar a una edad de sesenta y cinco o más años.

- c.** Residir durante los últimos diez años en el territorio nacional.

- d.** Carecer de rentas o de ingresos suficientes para su subsistencia, o encontrarse en condiciones de extrema pobreza o indigencia, de acuerdo con la reglamentación que para tal fin expida el Consejo Nacional de Política Social.

- e.** Residir en una institución sin ánimo de lucro para la atención de ancianos indigentes, limitados físicos o mentales y que no dependan económicamente de persona alguna. En estos casos el monto se podrá aumentar de acuerdo con las disponibilidades presupuestales y el nivel de cobertura. En este evento parte de la pensión se podrá pagar a la respectiva institución (Ley 100, 1993, p. 82).

Dentro de los Servicios Sociales Complementarios para la Tercera Edad. El estado o garantizarán los siguientes servicios sociales:

- a.** En materia de educación, las autoridades del sector de la educación promoverán acciones sobre el reconocimiento positivo de la vejez y el envejecimiento.

- b.** En materia de cultura, recreación y turismo, las entidades de cultura, recreación, deporte y turismo que reciban recursos del Estado deberán definir e implantar planes de servicios y descuentos especiales para personas de la tercera edad.

- c.** El Ministerio de Trabajo y Seguridad Social promoverá la inclusión dentro de los programas regulares de bienestar social de las entidades públicas de carácter nacional y del sector privado el componente de preparación a la jubilación (Ley 100, 1993, p. 83).

En cuanto a la parte económica del adulto mayor hay varias leyes y decretos que formulan las políticas para resolver en parte la situación económica desfavorable de los adultos mayores que no lograron acceder a una pensión por no haber cotizado en su vida laboral o no cumplir con los requisitos para reclamar dicha pensión. La ley 797 de 2003 adoptó algunas disposiciones sobre los regímenes pensionales exceptuados y especiales.

El decreto reglamentario 3771 de 2007 reglamentó la administración y el funcionamiento del Fondo de Solidaridad Pensional; dicho fondo se encarga de subsidiar las cotizaciones para pensiones de los grupos de población que por sus características y condiciones socioeconómicas no tienen acceso a los Sistemas de Seguridad Social y otorga subsidios económicos para la protección de personas en estado de indigencia o de pobreza extrema. Este Fondo de Solidaridad Pensional es una cuenta especial de la Nación, sin personería jurídica, adscrita al Ministerio de Protección Social.

Para ampliar información sobre el Fondo de Solidaridad Pensional sugerimos visitar el siguiente enlace <http://www.prosperar.com.co/site/>

Con el Conpes 70 de 2003 y 78 y 82 de 2004, se mejoran y establecen los lineamientos del fondo de Solidaridad Pensional, de igual manera explican el alcance del Programa de Protección Social al Adulto Mayor- PPSAM.

En cuanto al apoyo nutricional se entregan mensualmente mercados a personas de la tercera edad, además de existir los comedores comunitarios que brindan un almuerzo diario a las personas de la tercera edad de escasos recursos, que no reciben subsidio económico.

En este link la Universidad Libre de Barranquilla hace un recuento sobre la protección al

adulto mayor, definiendo el concepto de envejecimiento y cuáles son las políticas públicas y los programas de la tercera edad <http://www.unilibrebaq.edu.co/unilibrebaq/pdhulbq/html/capitulo3.html>

En la ciudad de Bogotá existe:

- 4025 Programas especiales subsidios de ancianos indigentes.
- Proyecto 7217 “Atención para el bienestar del adulto mayor en pobreza en Bogotá D.C.
- Proyecto 7157 “Protección al anciano en abandono”.
- Programa años dorados.

En el siguiente enlace pueden ampliar la información de los servicios y programas que existen para el bienestar del adulto mayor <http://www.bogota.gov.co/tag/adulto-mayor>

c. Infancia

El Estado ha impulsado políticas públicas para garantizar la atención integral a los niños, niñas y adolescentes, unas de las primeras entidades en garantizar dicha atención es el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) es una entidad del Estado colombiano, que trabaja por la prevención y protección integral de la primera infancia, la niñez, la adolescencia y el bienestar de las familias en Colombia. Los servicios van dirigidos a los niños y niñas, adolescentes y familias, especialmente a aquellos en condiciones de amenaza, insolvencia o vulneración de sus derechos, la Entidad cuenta con 33 regionales y 206 centros zonales en todo el país, llegando a más de 8 millones de colombianos con sus servicios.

Dentro de los programas que ofrece el Estado con apoyo del ICBF están:

- Alimentación escolar: a los niños, niñas y

adolescentes matriculados las entidades educativas públicas les proporcionan un complemento nutricional durante la jornada académica.

- **Desayunos infantiles – DIA:** este programa busca garantizar un aporte nutricional a niños y niñas entre los 6 meses a 4 años 11 meses de edad, teniendo como prioridad la situación de desplazamiento forzado, y aquellos niños pertenecientes a familias del Sisben.

De Cero a Siempre: busca promover y garantizar el desarrollo infantil temprano de los niños y niñas en primera infancia; en este video se explica la estrategia de Cero a Siempre: <http://www.youtube.com/watch?v=xNUsqcBROM0>

En la página del Bienestar Familiar pueden ampliar la información de estos y otros programas que se ofrecen a los niños, niñas y adolescentes <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/Bienestar>

d. Desmovilizados y/o reinsertados

La desmovilización es el proceso en el cual una persona o varias, pertenecientes a un grupo al margen de la ley (guerrilla o paramilitar), deciden voluntariamente abandonar las filas e integrarse a la vida civil mediante los programas de beneficios que le ofrece el estado mediante la Agencia Colombiana de Reintegración (ACR). <http://www.reintegracion.gov.co>

La reintegración consta de dos etapas: la reinserción inicial y la reintegración a largo plazo. La reinserción es entendida como el periodo breve de la llegada del excombatiente a su lugar de origen o residencia, o a una nueva comunidad. La reintegración es un proceso prolongado que pretende asegurar el desarme permanente y una paz sostenible (Moreno, 2006).

Todo lo visto anteriormente son los beneficios

que tienen la población focalizada, en cuanto al acceso a los servicios de salud recuerden que estas poblaciones hacen parte de los vinculados, y son los llamados “Población especial No afiliada al Régimen Subsidiado”, estos ingresan al SGSSS por listado censal como población especial

IV. Encuesta prioritaria Sisben

Como se mencionó en la unidad 2, el Sisben es el “Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para Programas Sociales” al cual tienen acceso las personas de los niveles socioeconómicos I, II, III; esta herramienta de identificación, busca organizar a los individuos de acuerdo con sus condiciones de vida.

Para realizar dicha clasificación se aplica la encuesta Sisben o la ficha de clasificación socioeconómica, esta es aplicada por encuestadores contratados mediante el Estado a través de las entidades delegadas para tal fin. Los encuestadores realizan la visita y corroboran la información proporcionada por los integrantes realizando un chequeo visual de la vivienda.

La Ficha de clasificación socioeconómica consta de 7 ítems.

1. **Identificación:** en la cual preguntan el sector de residencia, barrio, dirección etc.
2. **Datos de la unidad de vivienda:** las preguntas van orientadas al material del cual está fabricada la vivienda y los servicios públicos a los que tienen acceso.
3. **Datos del hogar:** las preguntas van direccionadas a la existencia de los servicios públicos y como se utilizan estos en el hogar, igualmente la distribución de los espacios (como cocina y baños que existen en la vivienda) teniendo en cuenta la cantidad de personas que hace parte del hogar. Y por

último preguntan la cantidad de bienes o servicios que tiene la vivienda.

4. Antecedentes Sociodemográficos: todos los integrantes del hogar visitado se deben registrar en dicho apartado; se registran sus nombres documentos de identidad, fecha de nacimiento, estado civil y el parentesco con el jefe del hogar, etc.
5. Salud y fecundidad: preguntan por discapacidad, tipo de afiliación en salud, y embarazo actual.
6. Educación: las preguntas van dirigidas al nivel educativo alcanzado de cada uno de los integrantes del hogar.
7. Ocupación-ingreso: se pregunta por la

actividad laboral actual o en caso de no tenerla, el tiempo que lleva buscando trabajo y por último los ingresos económicos mensuales de cada integrante del hogar.

Para diligenciar dicha la ficha de clasificación socioeconómica, existen unos códigos de diligenciamientos específicos que permiten más adelante ingresar los datos al sistema y arrojar el puntaje de clasificación.

Los encuestadores son entrenados para aplicar la ficha técnica de clasificación socioeconómica, en el documento “Manual del Encuestador” que se encuentra en las lecturas complementarias; se explica en detalle el proceso de la aplicación de la encuesta.

3
UNIDAD

Manejo de la historia clínica



**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
DEL ÁREA ANDINA**

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

Autor:
Carmen Alicia Bejarano Tofiño

Introducción

En esta unidad se estará revisando los marcos legales del manejo de la historia clínica y como diligenciar las notas de enfermería.

Metodología

El objetivo de esta semana es aprender cuál es la reglamentación de la historia clínica y cuáles son las reglas para su diligenciamiento, por ende es necesario revisar todas las lecturas complementarias, las presentaciones que están en la plataforma y los enlaces a páginas o videos, que les permitirán comprender mejor los contenidos que están en la presente cartilla.

Desarrollo temático

Manejo de la historia clínica

Antes de empezar con el tema se sugiere revisar la carpeta de lecturas obligatorias y leer la Resolución de 1995 de 1999 la cual le orientará con precisión el tema a continuación.

Elemento 3: Custodiar historia clínica en el proceso de prestación de servicios según normas vigentes.

El ejercicio de la medicina y de las profesiones de la salud, está basada en la relación médico/enfermero(a)-paciente de la que se derivan derechos y deberes recíprocos. El profesional de la salud para brindar una adecuada asistencia debe respetar los derechos del paciente o hacer cumplir sus deberes, lo cual resulta a veces complicado dada nuestra realidad asistencial.

En el contexto médico-legal y la ética del ejercicio de las profesiones de salud, la historia clínica obtiene su máxima dimensión en el mundo jurídico, puesto que es el documento en el cual se refleja la práctica médica y al mismo tiempo el cumplimiento de algunos de los principales deberes del personal de salud en relación con el paciente: propiciar una comunicación plena y efectiva, mantener la privacidad del estado de salud del paciente, etc., por ende la historia clínica se convierte en la prueba legal que eva-

lúa el nivel de la calidad asistencial, en caso de reclamaciones sobre la responsabilidad de los profesionales de la salud y/o a las instituciones prestadores de servicios públicos o privados.

Lo anteriormente expuesto, evidencia la importancia del manejo responsable de la historia clínica, desde lo asistencial, la ética y la parte médico-legal.

La historia clínica en Colombia está reglamentada por la Resolución 1995 de 1999.

Concepto, finalidad e importancia médico-legal de la historia clínica - Concepto -

De acuerdo a la Resolución 1995 de 1999 se define la historia clínica como:

Un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros, previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley (Resolución 1995, 1999).

Es un documento **privado**, puesto que las anotaciones corresponden a la vida privada o íntima del paciente.

Es **obligatorio**, por cuanto, tiene consecuencias legales que implica el registro de todas las actividades, procedimientos e intervenciones en salud.

Se encuentra **sometido a reserva**, dando cumplimiento al artículo 15 de la Constitución Política, “Todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre” (Colombia, 1991).

Finalidad

La historia clínica tiene como finalidad primordial recoger datos e información sobre la condición somática, psíquica, social, cultural, económica y medioambiental que pueden repercutir en la salud del individuo.

Además debe incluir los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención del individuo relacionadas con la promoción de la salud y prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria. Todo esto con el objeto de facilitar la asistencia de los servicios de salud.

Puede considerarse que la historia clínica es la herramienta básica del ejercicio profesional, porque sin ella es imposible que el personal de salud pueda tener, con el paso del tiempo una visión completa y global del estado del paciente para prestarle un servicio integral.

Al mismo tiempo se convierte en un medio de comunicación entre los integrantes del equipo de salud que contribuyen a la atención del usuario.

No obstante, aunque el objetivo primordial de dicho documento es el asistencial, no pueden

ni deben excluirse otros aspectos extra-asistenciales de la historia clínica:

- a.** Docencia e investigación: esto se da siempre y cuando el paciente autorice al personal asistencial a utilizar su historia clínica para participar en estudios e investigaciones sobre determinadas patologías.
- b.** Evaluación de la calidad de la atención en salud: en la historia clínica se registra la actuación del personal de salud y la relación médico-paciente, por ende es posible evaluar mediante los registros el nivel de calidad asistencial prestado.
- c.** Administrativa: la historia clínica es el componente fundamental para el control y gestión de los servicios prestados en las instituciones.
- d.** Médico-legal:
 - Se trata de un documento privado, lo que significa su acceso limitado al personal de salud y otras entidades que más adelante se mencionarán.
 - Existe obligación legal de diligenciarla de acuerdo a las normativas vigentes: Resolución 1995 de 1999, Código Deontológico Médica y de Enfermería, Derechos de los pacientes, Código Deontológico del equipo interdisciplinario.
 - Elemento de prueba en los casos de responsabilidad profesional o técnica: tiene un valor jurídico, puesto que se convierte por orden judicial en la principal prueba material de todos los procesos de responsabilidad profesional médico-asistencial, constituyéndose como un documento legal fundamental y de primer orden. Como se había mencio-

nado la historia clínica, es el elemento que permite la evaluación de la calidad de la atención en salud, tanto para la valoración de la conducta del equipo interdisciplinario, como para verificar si se cumplió con el deber de informar oportunamente.

Diligenciamiento de la historia clínica

De acuerdo a la Resolución 1995 de 1999 el diligenciamiento de la historia clínica debe ser:

En forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con nombre completo del autor de la misma. Cada folio debe numerarse en forma consecutiva (Resolución 1995, 1999).

Si el personal de salud incurre en estos errores las instituciones prestadoras de servicios de salud, estarán en obligación de hacer el llamado de atención pertinente y tomar las medidas educativas y correctivas necesarias.

En cuanto a la apertura e identificación de la historia clínica se realizará de la siguiente manera:

Proceso de apertura: cuando un usuario llega por primera vez a una entidad de salud, se debe realizar el proceso de apertura de historia clínica.

La identificación de la historia clínica corresponde a:

- Mayores de edad: número de la cédula de ciudadanía.
- Menores de edad (mayores de siete años): número de la tarjeta de identidad.
- Menores de siete años: número del registro civil.
- Extranjeros: número de pasaporte o cédula de extranjería.
- Número de cédula de ciudadanía de la madre, o del padre en ausencia de esta, segui-

do de un número consecutivo de acuerdo al número de orden del menor en el grupo familiar, en el caso en que no exista documento de identidad de los menores de edad.

Requisitos de la historia clínica

Confidencialidad: el secreto profesional es uno de los deberes principales del ejercicio de los profesionales de la salud. La obligación del secreto es uno de los temas del derecho a la intimidad que más preocupa, puesto que pueden surgir situaciones de conflicto entre el deber del secreto y el principio de beneficencia del personal de salud.

El secreto profesional, la confidencialidad e intimidad y la historia clínica, son tres aspectos que se relacionan entre sí. La historia clínica es el soporte documental biográfico de la asistencia administrada a un paciente, por lo que es el documento más privado que existe de una persona.

Veracidad: la historia clínica, debe caracterizarse por ser claro, proporcionar información verdadera sobre el estado de salud del usuario. El incumplimiento de este requisito se puede catalogar como delito de falsedad en el documento y será sancionado por las entidades judiciales.

Exacta: los registros deben ser puntuales y rigurosos, se debe escribir de manera precisa las actividades, intervenciones y procedimientos que se realizan en el paciente.

Rigor técnico de los registros: las anotaciones deben ser realizadas con criterios objetivos y científicos, procurando ante todo el respeto y sin afirmaciones ofensivas para el propio usuario, otros profesionales o hacia la institución.

Completa: las anotaciones deben tener los datos suficientes y concisos sobre la patología del paciente, reflejando las fases médico-legales que comprenden todo acto clínico-asistencial. Asimismo, debe contener todos los documen-

tos que componen la historia clínica, desde la hoja de ingreso, consentimiento informado, evoluciones, notas de enfermería, etc.

Única: la historia clínica debe ser única para cada paciente, independiente del área asistencial en el que haya sido atendido, debe existir un solo documento donde se registren cronológicamente la atención prestada.

Legible: una historia clínica con una letra inentendible ocasiona confusiones en todos los aspectos; el personal de salud puede realizar actividades erróneas, obstaculizaría las investigaciones de las autoridades competentes, y el principal perjudicado el paciente que recibiría el tratamiento incorrecto.

Identificación del profesional: Todo personal de la salud que intervenga en la asistencia del paciente, debe registrar su identificación, con nombre y apellidos de forma legible.

¿Quiénes podrán acceder a la historia clínica?

Podrán acceder a la información contenida en la historia clínica, en los términos previstos en la Ley:

- El usuario.
- El equipo de salud.
- Las autoridades judiciales (Juzgado, Fiscalía).
- Tribunales de Ética Médica.
- Secretaría de Salud.
- Ministerio de Salud.
- Superintendencia Nacional de Salud con relación a investigaciones que tengan a su cargo.

Características de la historia clínica

El diligenciamiento de la historia clínica debe basarse en unas características básicas.

Integralidad: la historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos cientí-

ficos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.

Secuencialidad: los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.

Racionalidad científica: para los efectos de la presente resolución, es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.

Disponibilidad: es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley.

Oportunidad: es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio (Resolución 1995, 1999).

Historia clínica única electrónica

La ley 1438 de 2011, que reformó el Sistema de Seguridad Social en Salud colombiano, estableció que la Historia clínica única electrónica será de obligatoria aplicación antes del 31 de diciembre del año 2013.

También estableció (Artículos 62 y 64) el concepto de Redes Integradas de Servicios de Salud, en las cuales el intercambio electrónico de información demográfica, clínica y epidemiológica entre los diferentes actores y componen-

tes del Sistema de Salud es imprescindible. Asimismo, esta norma determinó que la identidad de los usuarios de los servicios será verificada mediante procesamiento y consulta en las bases de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil (Artículo 112).

La historia clínica electrónica pretende mejorar la atención en salud, introduciendo la tecnolo-

gía a la ciencia médica, permitiendo detectar posibles deficiencias y proponer estrategias que favorezcan la optimización del servicio.

Mandirola, W.F, Franco, F., Nuñez, U. & cols. Elaboraron este cuadro de **diferencias comparativas** entre la Historia Clínica Tradicional (HCT) y la Historia Clínica Computarizada (HCC).

Historia clínica electrónica	Historia clínica tradicional
Inviolabilidad	
No puede ser adulterada, por medio de firma digital, inserción de hora y fecha automática y técnicas de back up adecuadas.	Puede llegar a rehacerse total o parcialmente sin poder comprobarlo.
Secuencialidad de la información	
Garantizada por mecanismos de campos autonuméricos e inserción de hora y fecha automática	Es difícil si no está previamente foliada, las evoluciones son consecutivas sobre un mismo papel.
Reserva de la información privada del paciente	
Garantizada por mecanismos de seguridad informáticos.	Garantizada por mecanismos de control del archivo.
Accesibilidad	
Utilizable en todo momento o lugar vía internet, wireless y wap.	Utilizable en un solo lugar.
Disponibilidad	
Siempre disponible para cuando se necesite. Todos los que están justificadamente habilitados deben poder acceder a toda la información que se requiera para el acto médico, así como para la auditoría, estadísticas, epidemiología, planes de prevención y peritajes legales.	Dependiendo de la accesibilidad a los archivos físicos.
Riesgo de pérdida de información	

Seguridad garantizada con una correcta política de resguardo de la información (back-up)	Frecuentemente extraviada, posibilidad de microfilmarse
Integridad de la información clínica	
La informatización racional garantiza que la información de un paciente no esté atomizada.	Frecuentemente se encuentran dividida en servicios, se suelen abrir varios números de historia clínica para un mismo paciente.
Durabilidad	
Permanece inalterable en el tiempo para que su información pueda ser consultada.	Sufre deterioro con el tiempo, por su propio uso muchas veces.
Legibilidad	
Legibilidad.	Algunas veces ilegible.
Legalidad y valor probatorio	
Garantizado por la firma digital y la inserción de hora y fecha automática.	Garantizado: si está bien confeccionada, clara, foliada y completa.
Identificación del profesional	
Por la firma digital.	Por la firma holográfica y el sello con la matrícula.
Temporalidad precisa	
Garantizada con fecha y hora con inserción de hora y fecha automática de servidor local y de entidades de certificación de inserción de hora y fecha automática.	A veces con fecha y hora.
Garantía de la autoría	
Identifica en forma inequívoca a quien generó la información mediante la firma digital.	Por medio de la firma manual y sello que a veces suele faltar.
Redundancia	
Potenciales tratamientos redundantes o reducidos.	Incompleta con información duplicada e innecesaria.
Errores de consignación	
Menor número de errores.	A veces inexacta.
Estandarización de datos	
Ingreso estandarizado de datos.	Organizada según necesidad de cada servicio.

Costos de personal administrativo	
Puede ser operada y buscada por los mismos profesionales que requieren la información.	Requiere personal para el mantenimiento del archivo, (repartir, buscar y ordenar las HC).
Costos de imprenta	
No requiere.	Es necesario para los distintos formularios que la componen.
Costos de papel	
Bajo, solo cuando necesariamente se requiera imprimirla.	Alto.
Tiempo de consulta; búsqueda de evoluciones; estudios complementarios.	
Más corto	Más largo.
Orientaciones en la terapéutica	
Se pueden incorporar alertas y reglas informatizadas.	---
Recordatorios y alertas	
De fácil implementación.	---
Disponibilidad de los datos para estadísticas	
Inmediata.	Mediante tediosos procesos.
Búsqueda de información de pacientes y separación de datos por distintos ítem	
Fácil y accesible.	Difícil, poco confiable y costosa.
Robo de la historia clínica	
Imposible si hay una política de seguridad informática confiable de conservación de registros y <i>back up</i> . Si se llegara a perder se puede recuperar del <i>back up</i> .	Si se roba o se pierde es imposible de recuperarla.

Fuente: Diferencias comparativas entre la Historia Clínica Tradicional (HCT) y la Historia clínica Computarizada (HCC)[7]

Normas generales del manejo de la historia clínica

- Proteger la historia clínica de su pérdida y destrucción.
- Evitar extraviar las hojas.
- Identificar correctamente todas las hojas con los datos del paciente como: nombres y apellidos completos, número de historia clínica, servicio, número de cama o de habitación.
- Registrar oportunamente el cumplimiento de la prescripción médica y demás procedimientos que se realicen al paciente.
- Mantener en un lugar fijo las historias clínicas que proporcione seguridad y facilidad para su acceso al equipo de salud.
- Vigilar que toda prescripción médica quede registrada en la historia clínica.
- Evitar cumplir órdenes médicas verbales. En caso de urgencia, cumplirlas y tener la precaución de registrarlas posteriormente.
- Elaborar los registros de manera clara y con letra legible.
- No permitir la salida de la historia clínica de la institución sin previa autorización.
- Al egreso del paciente, foliar y devolver la historia clínica al archivo.
- Todo registro que se consigne en la historia clínica debe llevar fecha, hora y nombre completo de la persona responsable.
- Colocar las hojas de la historia clínica en el orden establecido por cada institución.

Formatos de la historia clínica

Hoja de admisiones o de ingreso: en ella se registran todos los datos del paciente como son: nombres, apellidos, identificación, dirección, número de teléfono, estado civil, sexo, fecha y lugar de nacimiento, edad, régimen de salud al cual pertenece, nombre del acompa-

ñante o acudiente y fecha y hora del ingreso a la institución.

Hoja de anamnesis: se describen todos los datos obtenidos a través del interrogatorio que se le realiza al paciente: motivo de consulta, enfermedad actual, antecedentes personales, familiares, traumáticos, farmacológicos, tóxico-alérgicos, venéreos, transfusionales, ginecológicos, quirúrgicos, entre otros, revisión por sistemas, examen físico, impresión diagnóstica, con el objetivo de obtener un panorama amplio del estado general del paciente.

Hoja de evolución: se registra el relato cronológico de la evolución del paciente, deber ser detallado y escribir los resultados del tratamiento y los cambios presentados por el paciente. Esta hoja la diligencia el médico y/o el equipo interdisciplinario.

Hoja de órdenes médicas: el médico registra las indicaciones con respecto al tratamiento de un paciente. Todas las órdenes deben ser escritas y firmadas por el médico, además deben llevar la fecha y la hora de la prescripción.

Consentimiento informado: documento en el cual, el paciente autoriza el procedimiento quirúrgico y/o procedimientos especiales; corroborar la firma del paciente.

Hoja pre-anestésica: el anestesiólogo registra el estado general del paciente y da aprobación para que este reciba la pre-medicación y la posterior anestesia durante una cirugía.

Record de anestesia: es el registro durante la cirugía de la monitorización del paciente, es realizado por el anestesiólogo.

Hoja quirúrgica: documento donde se registra el procedimiento quirúrgico que se realizó al paciente, esta hoja es diligenciada

únicamente por el cirujano.

Hojas exclusivas del personal de enfermería

Hoja de signos vitales: se registran los signos vitales del paciente: tensión arterial (TA), frecuencia cardíaca (FC), frecuencia respiratoria (FR) y temperatura (T°).

Hoja de notas de enfermería: se registran las valoraciones, actividades y procedimientos que se le realizan al paciente durante un turno, es considerada una de las hojas más importantes dentro de la historia clínica. Las notas de enfermería deben cumplir con los siguientes requisitos:

- Todo procedimiento debe ser registrado inmediatamente por la persona que lo realice, precisando fecha y hora.
- Al citar palabras textuales del paciente encerrarlas entre comillas.
- Utilizar letra legible para evitar interpretaciones erróneas.
- Utilizar esferos de color negro y no lápiz.
- No dejar espacios en blanco.
- Las notas erróneas se encierran entre paréntesis y se especifica que fue un error.
- No se deben hacer tachones, enmendaduras, no se permite el uso del corrector.
- Utilizar correctamente los términos científicos.
- Se debe colocar nombre y apellido completo de quien está realizando la nota.

Hoja de medicamentos: en ella se registran todos los medicamentos administrados al paciente.

Hoja de control de líquidos: registro mediante el cual se lleva el control de todos los líquidos administrados al paciente por vía oral o por vía endovenosa; de igual forma se cuan-

tifican los líquidos eliminados como la orina, el vómito, drenajes entre otros.

Hoja neurológica: hoja especial que se lleva en pacientes que presentan una patología o una cirugía neurológica; así como a pacientes que presentan un trastorno en el comportamiento y en las unidades de cuidados intensivos.

En las lecturas obligatorias se encuentran los formatos de los registros de enfermería.

Comité de historias clínicas

El comité de historias clínicas está integrado por algunos integrantes del equipo de salud que labora en la institución, la resolución 1995 de 1999 lo define de la siguiente manera:

Defínase el comité de historias clínicas como el conjunto de personas que al interior de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, se encarga de velar por el cumplimiento de las normas establecidas para el correcto diligenciamiento y adecuado manejo de la historia clínica (Resolución 1995, 1999).

Funciones del comité de historias clínicas

- a. Promover en la Institución la adopción de las normas nacionales sobre historia clínica y velar porque estas se cumplan.
- b. Elaborar, sugerir y vigilar el cumplimiento del manual de normas y procedimientos de los registros clínicos del prestador, incluida la historia clínica.
- c. Elevar a la Dirección y al Comité Técnico-Científico, recomendaciones sobre los formatos de los registros específicos y anexos que debe contener la historia clínica, así como los mecanismos para mejorar los registros en ella consignados.
- d. Vigilar que se provean los recursos necesarios

para la administración y funcionamiento del archivo de historias clínicas (Resolución 1995, 1999).

Es importante recalcar que el comité de historia clínica no realiza, ni corrige registros, sus funciones como se mencionaron anteriormente están dirigidas a revisar, fomentar y velar el cumplimiento de las normas y el adecuado diligenciamiento de la historia clínica.

Organización técnica

Para archivar las historias clínicas existen tres tipos de archivos, esta organización dependerá de los tiempos en los que el paciente hace uso de los servicios de salud.

Archivo de gestión: “Es aquel donde reposan las historias clínicas de los usuarios activos y de los que no han utilizado el servicio durante los cinco años siguientes a la última atención” (Resolución 1995, 1999), (Plazo de vigencia): cinco (5) años. Durante este tiempo se requiere que el expediente esté en la unidad prestadora de servicios de salud para la atención de los usuarios, de las solicitudes de resúmenes de la historia presentada por su titular o un tercero debidamente autorizado. También se atenderán en este periodo las reclamaciones por vía constitucional (tutela) gubernativa y jurisdiccional.

Archivo central: (Plazo precaucional): será de veinte (20) años (cinco más del mínimo exigido en la Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud) “Es aquel donde reposan las historias clínicas de los usuarios que no volvieron a usar los servicios de atención en salud del prestador, transcurridos 5 años desde la última atención” (Resolución 1995, 1999). Este lapso asegura la disponibilidad de la información para el paciente, sus familiares o responsables, para estudios e investigaciones epidemiológicas, como soporte de las investigaciones y procesos jurisdiccionales ya mencionados.

Archivo histórico: es aquel al cual se transfieren las historias clínicas que por su valor científico, histórico o cultural, deben ser conservadas permanentemente (Resolución 1995, 1999).

Ordenación: las historias clínicas se ordenarán cronológicamente, los primeros documentos se encontrarán en la parte superior y los últimos permanecerán en la parte final, preferiblemente cada integrante del equipo de salud que presta la atención debería de foliar los registros.

Depuración: se realizará una vez el expediente agote su tiempo de retención en el archivo de gestión, es decir pasados cinco años desde la fecha en que se registre la última atención. En este momento debe verificarse que no existan documentos repetidos (copias) junto a sus originales al interior de los expedientes, en caso de encontrarse se conservarán los originales.

Trámite y vigencia: entendemos por tiempo de trámite del expediente el que transcurre cuando el usuario se encuentra activo (es decir cuando se encuentra haciendo uso del servicio médico) este lapso puede extenderse de uno a muchos años. Anualmente el responsable del manejo y archivo de las historias clínicas deberá efectuar una revisión para determinar que historias clínicas han sobrepasado los cinco años sin registrar atención desde la última anotación o registro, estas historias deben ser separadas y organizadas para su transferencia al archivo central mediante el procedimiento de transferencia documental primaria.

Por presunción de la resolución del Ministerio de Salud, ninguna historia podrá ser transferida al archivo central antes de completar los cinco años contados desde su fecha de apertura aunque el usuario no haga uso de los servicios de salud en este lapso.

Para finalizar esta unidad la siguiente actividad es leer el instructivo de notas de enfermería que se encuentra en la carpeta de lecturas obligatorias, una vez revisado, deberán de realizar una nota de enfermería con la siguiente situación clínica.

Recomendaciones:

La situación clínica, los datos se encuentran desorganizados, cuando lean el instructivo se darán cuenta cómo organizar y redactar la nota de enfermería.

Hay datos que hacen falta dentro de las actividades normales del turno (ejemplo alimentación, baño, traslados) deberá leer muy bien los datos para establecer y organizar la redacción de la nota de enfermería.

Hay palabras desconocidas, las cuales deberán buscar para entender su significado y hacerse una idea global del paciente.

El ejercicio deberá ser enviado a través del enlace establecido para la entrega de la nota de enfermería.

Situación clínica No 1. Hospital Universitario Área Andina

Nombre: Mariano Pérez Lozado.

Edad: 26 años.

Profesión: Soldado profesional.

H.C: 80326954

Cama: 612.

Paciente con solución salina normal a 100 cc/h en miembro superior derecho, quinto día pos-operatorio amputación de miembros inferiores, palidez generalizada, paciente bastante deprimido, llanto fácil, vendajes elásticos en muñones de miembros inferiores, esquirlas de granada en tórax, en cama posición decúbito dorsal, tubo de tórax izquierdo, drenaje sanguinolento, yeso en miembro superior izquierdo, llenado capilar 2 seg. Movilidad en los dedos disminuida, color y temperatura normal.

Signos vitales

8:00 am FC 78 X FR 16 X TA 120/60 MMHG, T37.5 °C.

12: 00 m FC 82 X FR 18 TA 134/62 MMHG, T37.2 °C.

Preinscripción médica

- Control de líquidos administrados y eliminados cada 2 horas.
- Dieta normal.
- Realizar curación cada turno.
- Tomar exámenes de sangre para química sanguínea (creatinina, Bun, Electrolitos) y cuadro hemático a las 10:00.



Gestión organizacional



**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
DEL ÁREA ANDINA**

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

Autor:
Carmen Alicia Bejarano Tofiño

Introducción

En esta última unidad se estarán revisando los contenidos que hacen referencia a la competencia “Atender y orientar al usuario en relación con sus necesidades y expectativas de acuerdo con políticas institucionales y normas de salud”, lo cual direcciona los temas hacia la estructura organizacional y el liderazgo, para crear canales de comunicación e iniciar procesos que optimicen los recursos y los servicios.

Esta unidad requiere un trabajo colaborativo para la creación de contenidos audiovisuales que les facilitarán el aprendizaje de los contenidos.

Metodología

Para desarrollar el contenido de esta unidad, deben de revisar la cartilla correspondiente y las lecturas complementarias, de igual manera se requiere creatividad originalidad, claridad e imaginación para la creación de contenidos dinámicos a partir de las lecturas, las plataformas que usarán son: <http://www.powtoon.com/>, <http://goanimate.com/> y otra posibilidad es elaborar videos y subirlos a www.youtube.com. Es importante que observen la forma de los videos, (la forma se refiere a la técnica o la dinámica en que los realizadores elaboran el video) que en esta unidad se van a presentar puesto que les darán ideas para la creación de sus videos.

El objetivo de esta semana es comprender la importancia de la estructura organizacional y como el líder de asertivo se evidencia en la satisfacción de las necesidades de los usuarios.

Desarrollo temático

Gestión organizacional

Para empezar a definir conceptos, se retomará la Norma ISO 9000:2000, la cual se encarga de describir los fundamentos y especificar la terminología de los sistemas de gestión de la calidad, en la explicación de los términos relativos a la organización se encuentra la siguiente definición: “Organización: conjunto de personas e instalaciones con una disposición de responsabilidades, autoridades y relaciones. Ejemplo: compañía, corporación, firma, empresa, institución, institución de beneficencia, empresa unipersonal, asociación, o parte o una combinación de las anteriores.” (ISO 9000, 2000, pág. 18). Estas organizaciones se pueden clasificar de acuerdo a su tamaño y en Colombia está reglamentado por la ley 905 de 2004, la cual, las clasifica en tres tipos de empresa:

- Microempresa: el personal no debe superar los 10 trabajadores y los activos totales excluida la vivienda por valor inferior a 500 salarios mínimos mensuales legales vigentes.
- Pequeña empresa: el personal oscila entre 11 y 50 trabajadores y los activos totales por valor entre 501 y menos de 5.000 salarios mínimos mensuales legales vigentes.
- Mediana empresa: el personal varía entre 51 y 200 trabajadores; y los activos totales

por un valor entre 5.001 a 30.000 salarios mínimos mensuales legales vigentes.

A continuación revisaremos algunos conceptos claves que se deben tener en cuenta en la estructura organizacional.

Políticas internas o políticas empresariales: la palabra política viene del griego *polis*, que significa ciudad. Las definiciones clásicas apuntan a definir política como el “ejercicio del poder”. Sin embargo otras definiciones apuntan a diferenciar el poder como forma de acuerdo para promover el bien común, favoreciendo la participación colectiva.

Las políticas internas son la base sobre la cual se fundamenta la estrategia empresarial, y debe proporcionar las directrices y la orientación exacta para que los gerentes, administradores y directivos, diseñen planes de acción concretos hacia la consecución de los objetivos, logros o resultado, teniendo en cuenta las necesidades y expectativas de los clientes.

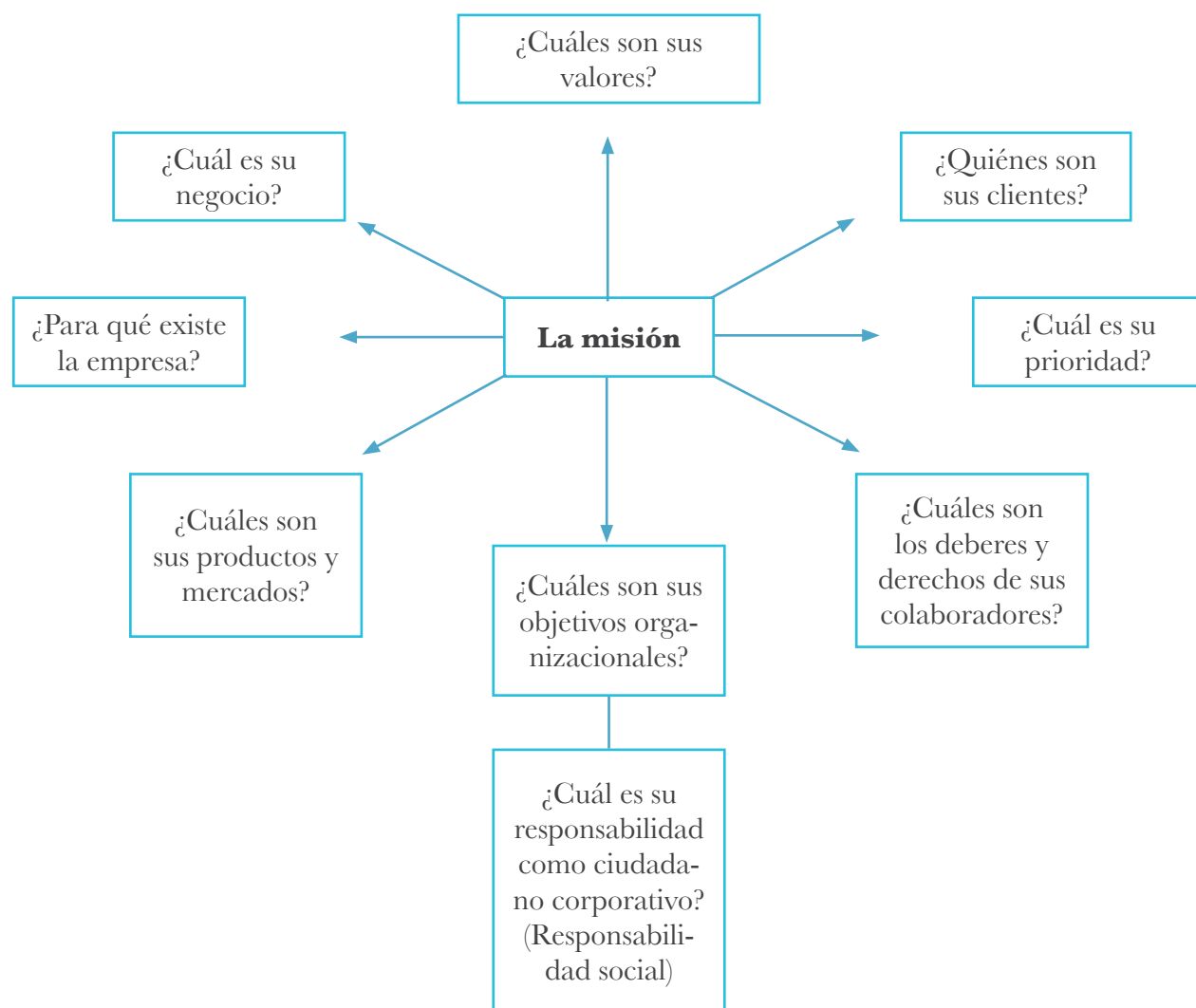
Por lo tanto la Política empresarial se define como el criterio o la directriz de acción seleccionada como guía en el proceso de toma de decisiones al colocar en práctica o ejecutar las estrategias, programas y proyectos específicos de cada empresa.

Para redactar las políticas empresariales se debe tener en cuenta los siguientes elementos: objetivos de la empresa, recursos de la empresa y los principios y valores organizacionales.

Para la creación de la empresa hay que establecer claramente cuál es la misión, la visión, los principios o valores corporativos, el organigrama o estructura organizacional, comprender la utilidad del manual de funciones, reglamentos internos. A continuación se explican cada uno de ellos:

Misión

La misión es la razón de ser de la empresa, el motivo por el cual existe. De igual manera debe mencionar las funciones básicas que la empresa va a desempeñar en un entorno determinado para conseguir tal misión. En ella se describe a qué se dedica la empresa, y en qué se quiere convertir teniendo en cuenta los clientes, productos, servicios, mercado, filosofía y tecnología.



Ejemplo de la Misión de la Fundación Universitaria del Área Andina

“Contribuir al desarrollo sostenible económico, social y ambiental con calidad, pertinencia e innovación, mediante la generación, transferencia y aplicación de conocimiento y la formación integral y permanente de personas, desde un enfoque humanista, emprendedor, responsable y de pensamiento crítico” (Recuperado de <http://www.areandina.edu.co/home/index.php/nuestra-institucion/nuestra-filosofia/mision>).

Cada empresa como se mencionó anteriormente redacta su misión de acuerdo a los servicios que ofertará, para la Universidad su punto de interés es la educación, por lo tanto la misión gira en torno de ofertar los mejores servicios para las personas que accedan a ella.

Veamos otro ejemplo de Coca-Cola

“Define el objetivo a largo plazo como empresa y el criterio de peso de las actuaciones y decisiones para lograr tres metas fundamentales:

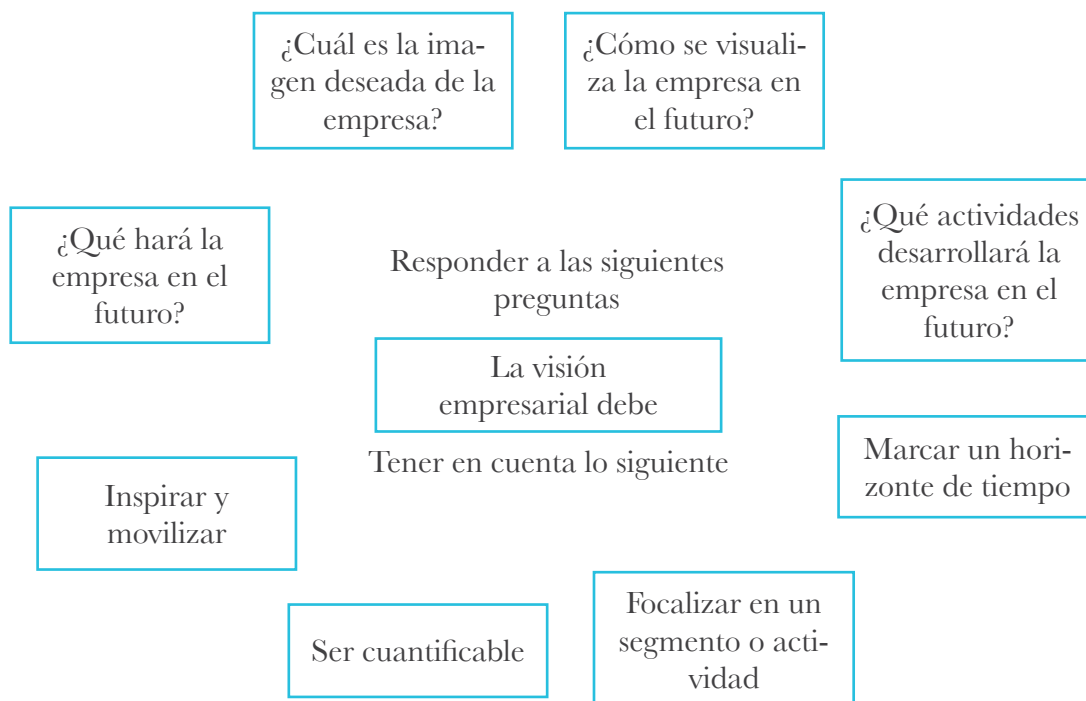
- Refrescar al mundo,
- Inspirar momentos de optimismo y felicidad.
- Crear valor y marcar la diferencia.” (Coca-Cola.com, n.f)

Si analizamos esta misión de Coca-Cola podemos corroborar que sus campañas publicitarias permanentemente nos recuerdan su misión y ha logrado desde hace 125 años posesionarse en el mercado, a pesar del daño que pueden ocasionar a la salud.

Visión

La visión es la aspiración de lo que la empresa quiere llegar a ser a mediano y largo plazo, es la imagen futura de la organización; esta tiene, una vital importancia puesto que se convierte en la fuente de inspiración para la organización, representa el norte a seguir, ayuda a todos a trabajar y comprometerse con la empresa.

Revise la siguiente imagen que le explicara cómo elaborar la visión empresarial.



A continuación veremos algunos ejemplos de visiones empresariales

Fundación Universitaria del Área Andina:

“Visión Institucional: Universidad de clase mundial, con impacto en todas las regiones de Colombia y de la comunidad Andina, reconocida nacional e internacionalmente por su capacidad de innovación y por su contribución a la transformación social”. Recuperado de <http://www.areandina.edu.co/home/index.php/nuestra-institucion/nuestra-filosofia/vision>)

Veamos este ejemplo de la visión de Coca-Cola

“Es el marco del plan de trabajo y describe lo que se necesita lograr en función de conseguir la máxima sostenibilidad, calidad y crecimiento. Con ella, se pretenden lograr unos objetivos adaptados a diferentes ámbitos:

Personas: ser un buen lugar donde trabajar, que las personas se sientan inspiradas para dar cada día lo mejor de sí mismas.

Bebidas: ofrecer una variada cartera de productos de calidad que se anticipen y satisfagan los deseos y necesidades de los consumidores.

Socios: desarrollar una red de trabajo para crear un valor común y duradero.

Planeta: ser un ciudadano responsable que marque la diferencia al ayudar a construir y apoyar comunidades sostenibles.

Beneficio: maximizar el rendimiento para los accionistas al tiempo que se tienen presentes las responsabilidades generales de la compañía.

Productividad: ser una organización eficaz y dinámica”. Recuperado de <http://conoce.cocacola.es/conocenos>)

Una vez redactada la misión y la visión de debe pensar en los principios o valores corporativos

que guiarán nuestros recursos para la prestación de los servicios.

Valores o principios corporativos

Define el conjunto de creencias, principios, reglas que normalizan la gestión de la organización. Constituyen la filosofía institucional y el soporte de la cultura organizacional, el objetivo básico de la definición de valores corporativos es el de tener un marco de referencia que ayude a guiar y regular la organización.

Algunos ejemplos de estos valores o principios son: puntualidad, calidad, comunicación, responsabilidad, compromiso, etc. Al momento de redactar estos valores, se debe especificar o explicar en qué consiste cada uno de ellos en relación con los servicios que presta la organización.

Veamos el ejemplo de Coca-Cola:

“Nuestros valores

Guían las acciones y el comportamiento de The Coca-Cola Company en el mundo, y son:

Liderazgo: esforzarse en dar forma a un futuro mejor.

Colaboración: potenciar el talento colectivo.

Integridad: ser transparentes.

Rendir cuentas: ser responsables.

Pasión: estar comprometidos con el corazón y con la mente.

Diversidad: contar con un amplio abanico de marcas.

Calidad: búsqueda de la excelencia. Recuperado de <http://conoce.cocacola.es/conocenos>

Organigrama o estructura organizacional

La estructura organizacional es la base de todas las empresas, en esta se ilustra la organización de la empresa, es decir cómo están distribuidas las relaciones jerárquicas y las funciones existentes entre ellos, con el fin de cumplir las metas propuestas y lograr el objetivo deseado.

El organigrama es un documento que representa gráficamente la estructura formal de la empresa y permite ver las relaciones, dependencias y conexiones que pueden existir. Lo realiza la dirección. Establece la cadena de mando y delegaciones de autoridad (Recuperado de http://e-educativa.catedu.es/44700165/aula/archivos/repositorio/2750/2794/html/14_los_organigramas.html).

Por ende, cada empresa debe establecer su organigrama, de acuerdo a las necesidades internas de la organización. Hay diferentes tipos de estructuras organizacionales, en las cuales la empresa de acuerdo a su filosofía escogerá cual se adapta mejor a sus lineamientos establecidos.

Hay diferentes tipos de organigramas y estos a su vez se subdividen de acuerdo a unas características específicas.

1. Por su naturaleza: microadministrativos, macroadministrativos, mesoadministrativos.
2. Por su finalidad: informativo, analítico, formal, informal.
3. Por su ámbito: generales, específicos.
4. Por su contenido: integrales, funcionales, de puestos, plazas y unidades.
5. Por su presentación o disposición gráfica: verticales, horizontales, mixtos, de bloque, circulares.

Para ampliar esta información diríjase a la siguiente página web en la cual explican cada uno de ellos <http://www.promonegocios.net/organigramas/tipos-de-organigramas.html>

Una vez revisada y comprendida la importancia de los organigramas pasaremos a revisar el manual de funciones y el reglamento interno.

Manual de funciones

Este documento se encarga de describir los cargos mencionados en el organigrama, delimita las funciones o responsabilidades correspondientes a cada cargo, define los perfiles por competencias e informa al personal cuál es su labor en la organización.

En el siguiente enlace podrán observar el manual de funciones del auxiliar en enfermería del municipio de Envigado, nivel: asistencial, tiempo completo:

<http://www.envigado.gov.co/Secretarias/SecretariaAdministrativa/Manuales%20de%20Funciones/Nivel%20Asistencial/FUNCIONES%20DE%20AUXILIAR%20AREA%20SALUD%20ENFERMERIA.pdf>

Reglamento institucional o reglamento interno de trabajo

El reglamento institucional sirve de guía a los empleados o colaboradores de la organización para conocer cuáles son las reglas o normas dentro de la empresa.

El Código Sustantivo del Trabajo en el Artículo 104 lo define de la siguiente manera: “Reglamento de trabajo es el conjunto de normas que determinan las condiciones a que deben sujetarse el {empleador} y sus trabajadores en la prestación del servicio”. (Código Sustantivo del Trabajo, Artículo 105).

El reglamento debe contener las siguientes disposiciones normativas:

1. Indicación del {empleador} y del establecimiento o lugares de trabajo comprendidos por el reglamento.
2. Condiciones de admisión, aprendizaje y período de prueba.
3. Trabajadores accidentales o transitorios.

4. Horas de entrada y salida de los trabajadores, horas en que principia y termina cada turno si el trabajo se efectúa por equipos, tiempo destinado para las comidas y periodos de descanso durante la jornada.
5. Horas extras y trabajo nocturno, su autorización, reconocimiento y pago.
6. Días de descanso legalmente obligatorio, horas o días de descanso convencional o adicional, vacaciones remuneradas, permisos, especialmente lo relativo a desempeño de comisiones sindicales, asistencia al entierro de compañeros de trabajo y grave calamidad doméstica.
7. Salario mínimo legal o convencional.
8. Lugar, día, hora de pagos y periodo que los regula.
9. Tiempo y forma en que los trabajadores deben sujetarse a los servicios médicos que el {empleador} suministre.
10. Prescripciones de orden y seguridad.
11. Indicaciones para evitar que se realicen los riesgos profesionales e instrucciones, para prestar los primeros auxilios en caso de accidente.
12. Orden jerárquico de los representantes del {empleador}, jefes de sección, capataces y vigilantes.
13. Especificaciones de las labores que no deben ejecutar las mujeres y los menores de dieciséis (16) años.
14. Normas especiales que se deben guardar en las diversas clases de labores, de acuerdo con la edad y el sexo de los trabajadores, con miras a conseguir la mayor higiene, regularidad y seguridad en el trabajo.
15. Obligaciones y prohibiciones especiales para el {empleador} y los trabajadores.
16. Escala de faltas y procedimientos para su com-

probación; escala de sanciones disciplinarias y forma de aplicación de ellas.

17. La persona o personas ante quienes se deben presentar los reclamos del personal y tramitación de estos, expresando que el trabajador o los trabajadores pueden asesorarse del sindicato respectivo.
18. Prestaciones adicionales a las legalmente obligatorias, si existieren.
19. Publicación y vigencia del reglamento. (Código Sustantivo del Trabajo, Artículo 108).

Liderazgo

Dentro del tema de estructura organizacional es necesario hablar del liderazgo y las características que deben tener los líderes, puesto que cada organización necesita personas proactivas, que lideren procesos o actividades que optimicen los recursos y los servicios.

¿Qué es un líder?

El líder es una persona que es capaz de influenciar en los demás, los líderes son capaces de fijar una meta, persuadir al resto de personas para que le ayuden a alcanzar los objetivos propuestos.

¿Qué es liderazgo?

El liderazgo es el conjunto de habilidades y destrezas que una persona tiene, para influir en la forma de ser de los individuos o en un grupo determinado, haciendo que este equipo trabaje motivado, en el logro de metas y objetivos.

El autor Richard L. Daft, en su libro *La experiencia del liderazgo* (2006), define el liderazgo como:

La relación de influencia que ocurre entre los líderes y sus seguidores, mediante la cual las

dos partes pretenden llegar a cambios y resultados reales que reflejen los propósitos que comparten. Los elementos básicos de esta definición son: líder, influencia, intención, responsabilidad, cambio, propósito compartido y seguidores.

Comprendiendo estos dos términos, también cabe aclarar que pueden existir los líderes negativos, tienen las mismas destrezas y habilidades

para convocar, pero sus intenciones tienden a provocar sentimientos que afectan de modo nocivo, la estabilidad emocional o persuadir a las personas que lo rodean para cometer actos de maldad o manipularlos a partir de sus miedos.

Tipos de líder

Los líderes se pueden clasificar de acuerdo a cómo ejercen autoridad y poder.

Autocrático	Es el líder que ejerce el poder de manera unilateral, solo él toma las decisiones y ordena a los subordinados lo que deben hacer. La interacción que se da entre ellos es yo mando o impongo y UD. obedece.
Democrático	Es el líder que comparte el poder con sus subordinados y les permite participar en la toma de decisiones, convirtiéndose en el coordinador de los esfuerzos del grupo. La interacción entre él y sus subordinados es yo sugiero y UD. acepta si se convence.
Laissez-Faire	Es el líder que deja hacer a los demás lo que ellos quieran, su posición en la toma de decisiones es pasiva, generalmente deja al grupo decidir y actuar como mejor les parezca. Aunque no parece un líder más que de nombre, algunas veces da buenos resultados, con grupos muy maduros o cuando no domina aspectos en los que sus subordinados son expertos, y reconoce en ellos mayor aptitud y conocimientos para la toma de decisiones acertadas.
Ad-Hocrático	Es el tipo de líder que puede tomar cualesquiera de las posturas anteriores, dependiendo de la situación, de la madurez del grupo y características de los subordinados, de su propia capacidad y aptitudes, de las características de la tarea y del tiempo disponible.

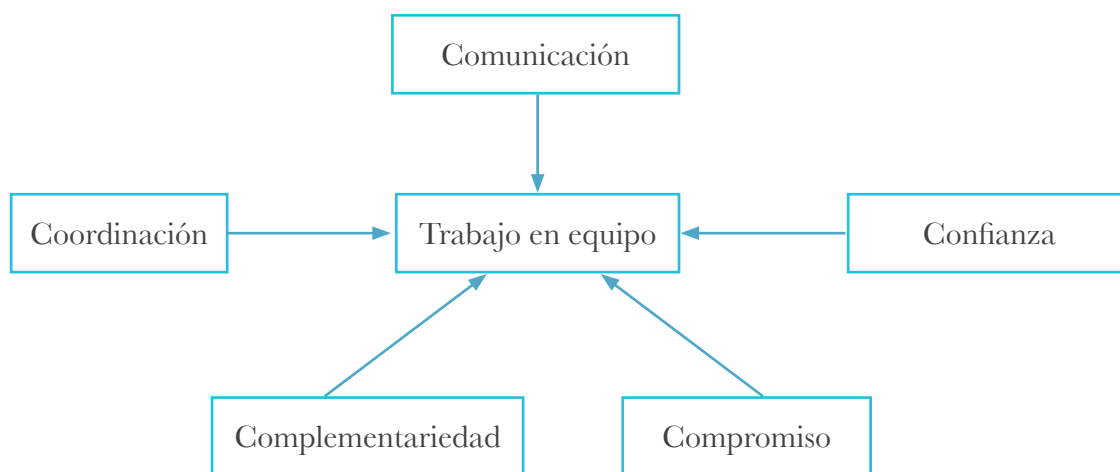
Recuperado de: Universidad Pontificia Bolivariana <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:PdEkWCiKs5cJ:www.upb.edu.co/pls/portal/url/ITEM/4B602D7648A22743E0440003BA8AE9C9+&cd=9&hl=es&ct=clnk&gl=co>

Para complementar la información de liderazgo, diríjase al documento “Liderazgo Documento” Universidad Pontificia Bolivariana; que se encuentra en la carpeta de lecturas obligatorias.

El líder también debe saber la diferencia entre trabajar en grupo y trabajar en equipo, a simple vista podría decirse que es lo mismo, puesto que al final es un grupo de personas que trabajarán en un objetivo común; la diferencia radica en el proceso que este colectivo realiza para llegar a dicho objetivo.

El trabajo en grupo lo conforman un conjunto de personas que realizan dentro de una organización una labor similar, no dependen del trabajo de sus compañeros y cada quien responde de manera individual.

El trabajo en equipo implica que todos los integrantes cumplan a cabalidad con las asignaciones, requiere de igual manera la participación activa y el compromiso de todos para entregar al final un producto o resultado. El trabajo en equipo no es solamente la suma de aportes individuales.



- **Complementariedad:** cada miembro maneja una sección determinada del proyecto. Cada sección es vital para lograr el objetivo principal. No todos los miembros del equipo tienen las mismas cualidades y por eso la suma de las mismas tendrá un resultado superior.
- **Coordinación:** es necesario que un integrante lidere a los miembros, todos deben actuar de forma organizada y disciplinada conociendo el objetivo a cumplir y sentirse parte del equipo.
- **Comunicación:** la comunicación entre todos los integrantes del equipo debe ser clara y concisa, y comprensible por todos y cada uno. Es esencial para la coordinación de actuaciones individuales.
- **Confianza:** es el pilar fundamental sobre el cual se fortalece el trabajo en equipo. Honestidad, franqueza, firmeza y sobre todo respeto son cualidades que deben existir y que pondrán el objetivo del equipo por sobre los intereses y el ego personal.
- **Compromiso:** cada miembro debe estar comprometido con el objetivo principal, asegurando aportar lo mejor de sí y poner todo su esfuerzo para lograrlo. El sacrificio personal es la base del compromiso común (Recuperado y editado de:
<http://boletin.vclconsultores.com/2010/09/30/tips-del-mes-%C2%A1trabajo-en-equipo-2-2-4/>).



Servicio al cliente



**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
DEL ÁREA ANDINA**

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

Autor:
Carmen Alicia Bejarano Tofiño

Introducción

En esta última unidad se estarán revisando los contenidos que hacen referencia a la competencia “Atender y orientar al usuario en relación con sus necesidades y expectativas de acuerdo con políticas institucionales y normas de salud”, específicamente la atención al cliente, y el proceso comunicativo, que les entregará las herramientas necesarias para generar la empatía necesaria al momento de tener contacto con los clientes. Esta unidad requiere un trabajo colaborativo para la creación de contenidos audiovisuales que les facilitarán el aprendizaje de los contenidos.

Metodología

Para desarrollar el contenido de esta unidad, deben de revisar la cartilla correspondiente y las lecturas complementarias, de igual manera se requiere creatividad originalidad, claridad e imaginación para la creación de contenidos dinámicos a partir de las lecturas, las plataformas que usarán son: <http://www.powtoon.com/>, <http://goanimate.com/> y otra posibilidad es elaborar videos y subirlos a www.youtube.com. Es importante que observen la forma de los videos, (la forma se refiere a la técnica o la dinámica en que los realizadores elaboran el video) que en esta unidad se van a presentar puesto que les darán ideas para la creación de sus videos.

El objetivo de esta semana va dirigido a la atención al cliente y como a través de la comunicación asertiva pueden generar canales que les permitan tomar decisiones, resolver problemas y solucionar conflictos.

Desarrollo temático

Servicio al cliente

Los clientes son personas u organizaciones que adquieren productos o servicios a través de una transacción económica, en economía utilizan algunos sinónimos para referirse al cliente: se dice que si compra productos se llama comprador o si consume servicios o productos se llama consumidor, y el usuario es aquella persona que usa el servicio; independiente de lo anterior nuestro cliente siempre es esa persona u organización que se acerca a solicitarnos un producto o servicio.

Complementando la explicación anterior, la norma ISO 9000:2000, define lo siguiente: “Cliente es la organización o persona que recibe un producto. Ejemplo: consumidor, usuario final, minorista, beneficiario y comprador.

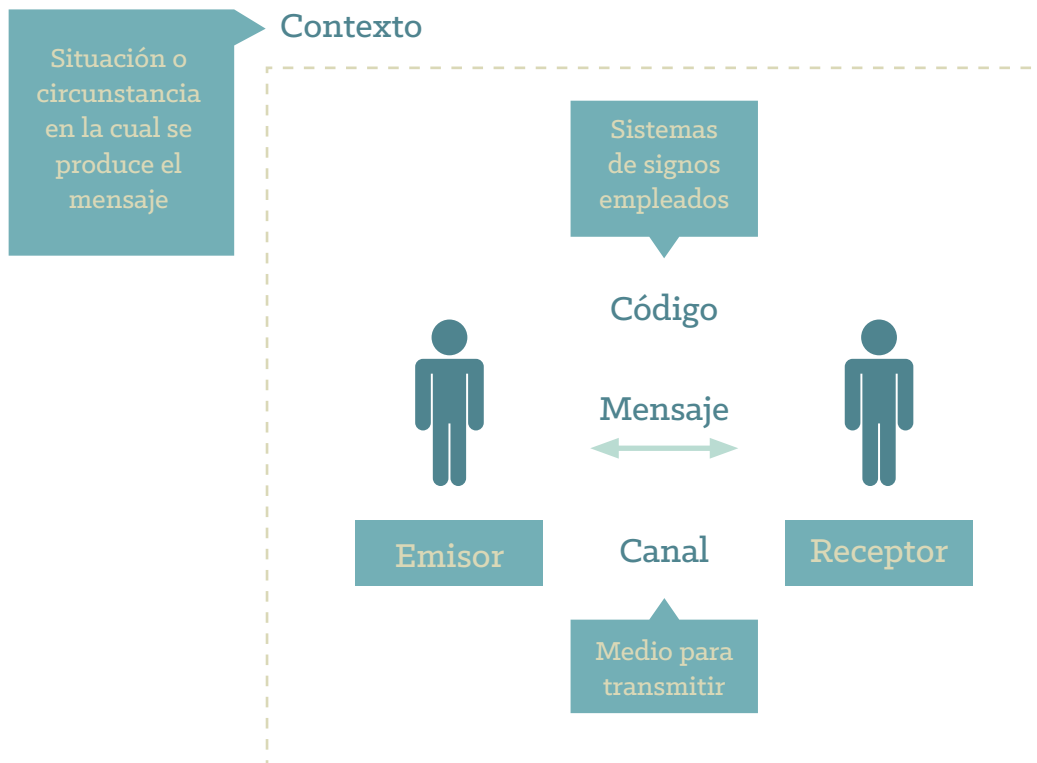
Nota: el cliente puede ser interno o externo a la organización” (ISO 9000, 2000).

Hay dos tipos de clientes el cliente externo y el interno, el externo es el que hasta el momento se ha definido, dicho en otros términos es aquel que no está vinculado a la organización y acude a ella para adquirir productos o servicios y el interno es el que pertenece a la organización mediante un contrato laboral, trabaja en la organización es decir los empleados, al igual que el externo los clientes internos son importantes pues de ellos depende que los servicios y productos se oferten con los estándares de calidad establecidos.

En la siguiente tabla se encuentra las diferencias entre los clientes internos y externos.

Diferencias	Clientes internos	Clientes externos
Las necesidades que satisfacen.	Buscan satisfacer necesidades de afiliación, seguridad, autoestima, autorrealización, poder, seguridad, seguridad monetaria.	Buscan satisfacer una necesidad mayoritaria y fácilmente identificada, alimentación, transportación, sed, recreación, etc.
Las formas en que retribuyen sus necesidades.	Retribuyen la satisfacción de una necesidad mediante el propio esfuerzo físico y mental. Recibe menos dinero que el equivalente al esfuerzo realizado.	Retribuyen la satisfacción de una necesidad mediante el dinero. Paga más que el costo del producto recibido.
El poder de elección del cliente.	Los proveedores de trabajo resultan escasos por lo que los clientes internos están dispuestos a cualquier cosa por conseguir un trabajo donde satisfacer sus necesidades.	Cuando se siente insatisfecho con su proveedor, lo puede abandonar y buscar otro (hoy en día no existe un único proveedor de un producto o un servicio, y las diferencias entre los proveedores son cada vez menores).
Duración del proceso de satisfacción de las necesidades. (Duración del ciclo de servicio).	Es un poco más larga, en este caso generalmente interactúa casi todos los días, como mínimo 8 horas de las 24 del día, rara vez son satisfechas sus necesidades de forma inmediata, sino durante el transcurso del tiempo.	La duración de ciclo de servicio resulta relativamente más corta, de forma esporádica. Esto hace que se vea obligado a realizar una valoración de la calidad del producto o servicio recibido en función de la relación entre lo que obtuvo y lo que esperaba ver.

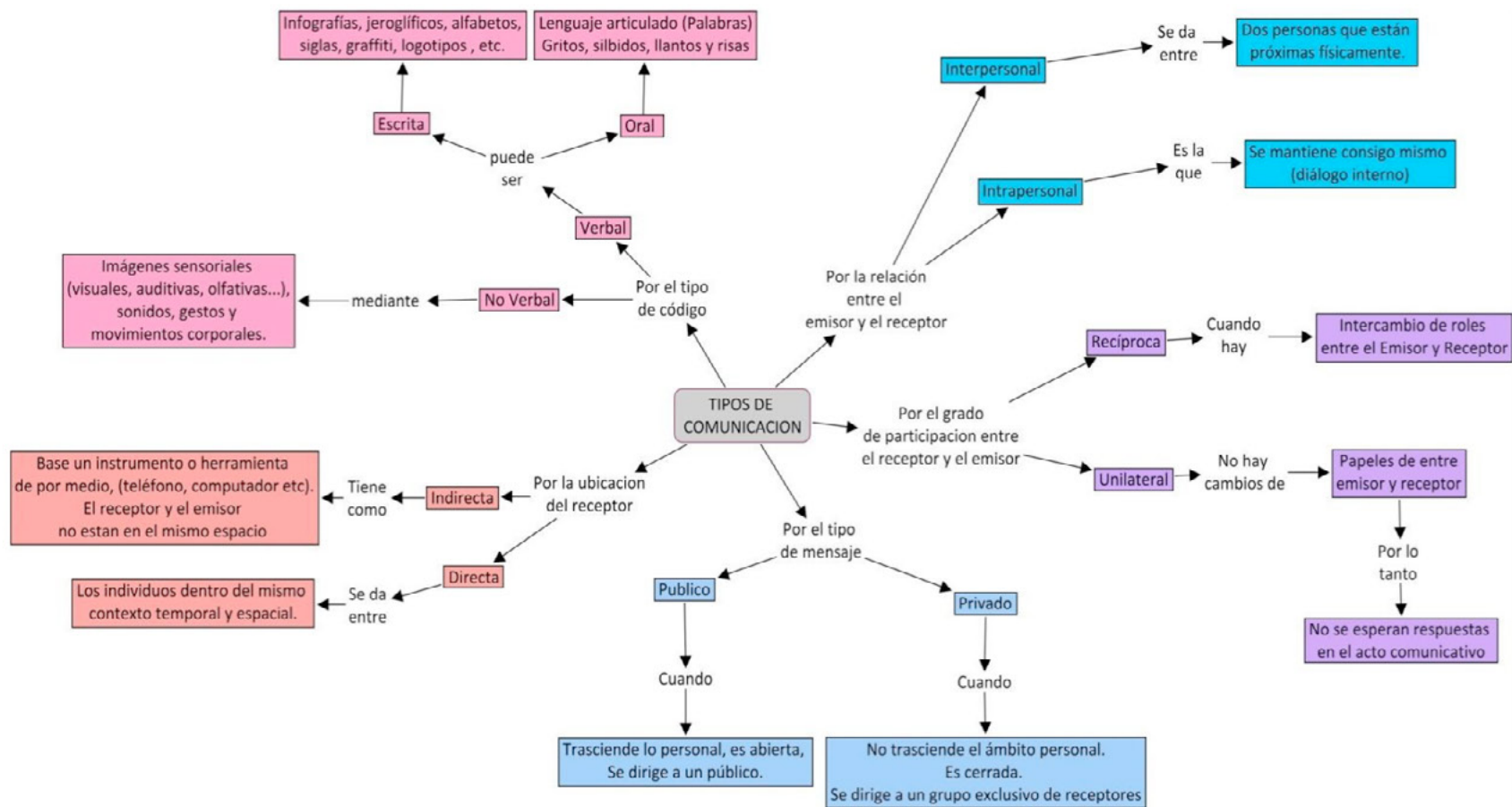
Antes de explicar los contenidos referentes a la atención al cliente, abordaremos el tema de la comunicación, como es de su conocimiento el proceso de comunicación es el intercambio de información o mensajes entre un emisor (persona que produce la información) y un receptor (persona que recibe e interpreta el mensaje), mediante un código (Sistema de signos y reglas) y un canal (medio de transmisión del mensaje) establecido entre los participantes, sumado a esto se debe tener en cuenta el entorno (situación o circunstancia en la cual se produce el mensaje).



Hay diferentes tipos de comunicación

- De acuerdo al código establecido: verbal y no verbal.
- De acuerdo a la relación entre el emisor y el receptor: interpersonal o intrapersonal.
- Por el grado de participación entre el emisor y el receptor: recíproca y unilateral.
- Por el tipo de mensaje: público y privado.
- Por la ubicación del receptor: directa e indirecta.

En el siguiente esquema gráfico se detalla y explica cada una de ellas:



Todo lo anterior es importante conocerlo puesto que la labor del auxiliar de enfermería requiere del contacto directo con el paciente, por lo tanto se debe saber de antemano cuál es la forma adecuada y asertiva para establecer el proceso de comunicación con ellos. Quizás hayan escuchado constantemente que el personal de salud maltrata los pacientes, en especial las enfermeras tienen la fama de maltratar verbalmente a los usuarios, la realidad es que no todas las enfermeras son maltratadoras y aquellas que tienen conflictos con los pacientes es por no aplicar las herramientas de la “comunicación asertiva”. Para aclarar este último término, se solicita revisar el siguiente enlace: La asertividad ¿Sabes lo que es? Trasciende-video, Publicado el 10/04/2012 <http://www.youtube.com/watch?v=kXUOVYiNG58>

Después de revisar el video, responda a sí mismo(a) las siguientes preguntas.

1. ¿Conocía usted de antemano el término de asertividad?
2. Si su respuesta fue positiva, ¿Coincide la explicación del video con lo que usted comprendía del término?
3. ¿Es usted asertivo cuando se comunica con sus seres queridos?
4. Si su respuesta es negativa. Realice una lista de los posibles errores que comete al momento de comunicarse.

Resumiendo el video, los realizadores explican otros tipos de comunicación que no habían sido mencionados anteriormente. Esta explicación que dan ellos, parte de la manera en la que reaccionan las personas frente a situa-

ciones particulares, encontrando dos tipos de respuesta la pasiva y la agresiva.

En la comunicación pasiva, la persona prefiere callar y tener una posición sumisa para no tener problemas.

En la comunicación agresiva, la persona quiere imponer su punto de vista, irrespetando y violentando los derechos de las personas que lo rodean.

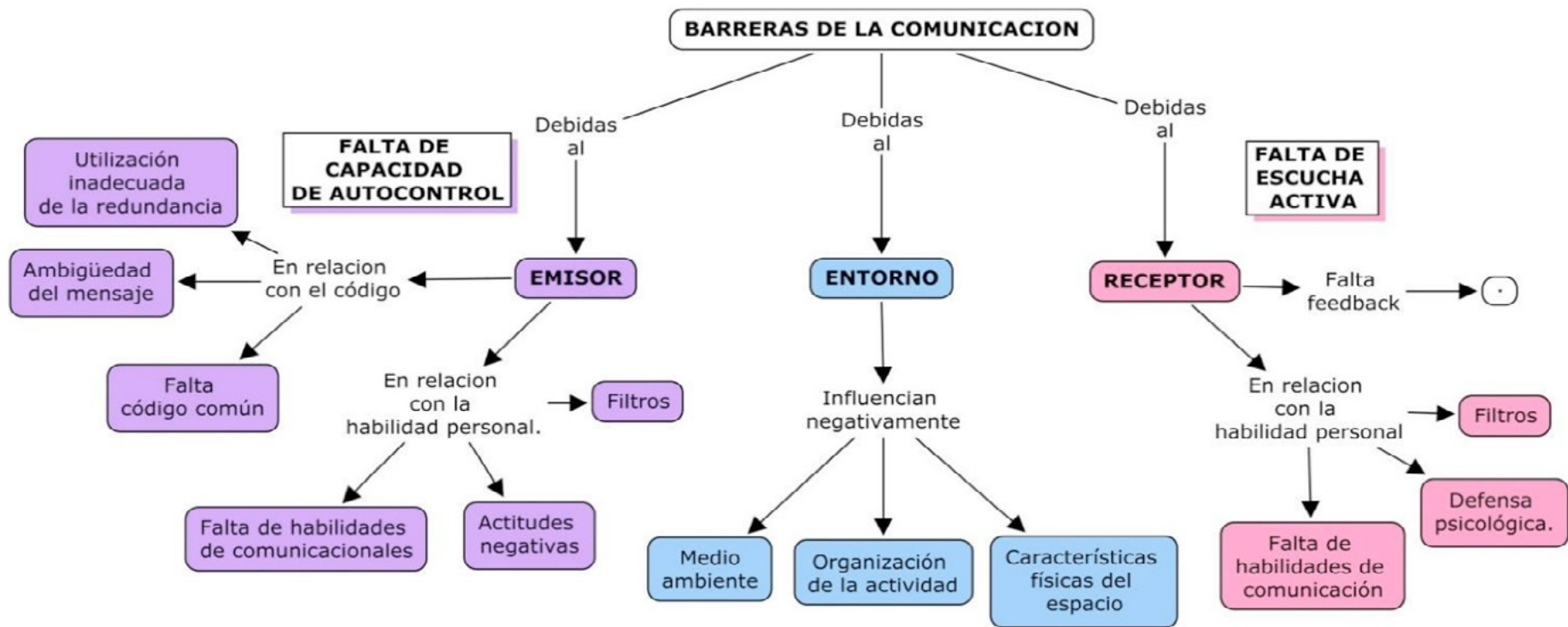
El punto intermedio entre estas dos posiciones es la “comunicación asertiva” que no es más que, transmitir adecuadamente, claramente y de manera directa los puntos de vista o las emociones frente a situaciones particulares.

Esta comunicación debe partir del respeto hacia el otro, del ejercicio de los derechos humanos, de la autoconfianza y la tranquilidad para expresar lo que siente en el momento oportuno.

Empezar a ser asertivo de la noche a la mañana no es fácil, un objetivo de este módulo es brindarles las herramientas, para que ustedes puedan empezar a cambiar o modificar patrones de comunicación en sus relaciones interpersonales, éstas deberían de ser, lo más honestas, respetuosas y auténticas posibles.

Nota: para complementar este tema diríjase al documento: Entrenamiento de la asertividad, que se encuentra en la carpeta de lecturas obligatorias.

Existen unas barreras en la comunicación que dificultan o tergiversan el contenido de los mensajes, estas barreras se encuentran en el entorno, el emisor y el receptor.



Debidas al entorno

- a. Medio ambiente. (Ruidos como máquinas, tráfico, personas, etc.).
- b. Características físicas del espacio. (Zonas muy pequeñas o muy grandes en las que es imposible la privacidad o la discreción).
- c. Organización de la actividad. (Interrupciones por factores externos).

Debidas al emisor (Recuerden es la persona que emite el mensaje)

- a. Relacionadas con el código:
 - Falta de un código común. (Por desconocimiento o mal uso).
 - Ambigüedad del mensaje. (Incoherencia o ausencia del hilo conductor).
 - Utilización inadecuada de la redundancia. (Exceso y repetición innecesaria de los códigos).
- b. Relacionadas con la habilidad personal:
 - Falta de habilidades comunicacionales. (No escuchar, no retroalimentar, no contextualizar).
 - Filtros. (Dejarse llevar por las creencias, prejuicios, paradigmas).
 - Actitudes negativas. (Propias del emisor que afectan la comunicación con el otro).

Falta de capacidad de autocontrol

Debidas al receptor (recuerden que es la persona que recibe el mensaje)

- a. Relacionadas con la habilidad personal:
 - Falta de habilidades de comunicación. (Interpretación inadecuada, prejuizar el mensaje, etc.).
 - Filtros. (Discriminar los mensajes).
 - Defensa psicológica. (Escuchar con defensiva o con sentimientos de persecución o juzgamiento).

- b. Por falta de feedback o retroalimentación. (Al no generarse preguntas se imposibilita el proceso de comprensión del mensaje)

Falta de escucha activa

Barreras en la comunicación

Para terminar el tema de la comunicación, es necesario comprender e identificar los errores más comunes en el proceso comunicativo:

1. Falta de conocimiento por parte del emisor al momento de difundir un mensaje. (Improvisar).
2. No prestar atención a la intervención del otro.
3. Evitar el contacto visual.
4. Creer que se tiene la verdad absoluta.
5. No permitir la retroalimentación o feedback.
6. Prejuizar el mensaje o al emisor.
7. Hablar permanentemente sin permitir la participación del otro.
8. Uso inapropiado de palabras.
9. Subestimar al otro.
10. Comentarios permanentemente negativos.

Quizás hacen falta más errores, por el momento el aporte que debe hacer usted, es realizar la lista de los errores más comunes de la comunicación no verbal y la comunicación escrita. **(Envíe el ejercicio al tutor encargado, a través del correo interno)**

A esta altura de la unidad ya cuentan con las herramientas necesarias para abordar a los clientes.

El servicio al cliente implica conocer de antemano, como se genera el proceso comunicativo, cuales son los errores más comunes y cuáles son las estrategias para ser asertivos al momento de comunicarse con ellos.

Recuerden que existen dos tipos de cliente el

interno y el externo, en este momento, el centro de atención será el cliente externo, puesto que cada persona como cliente se comporta de manera diferente de acuerdo al contexto o a la forma de ser.



Cliente amigable: es la típica persona amable, simpática, conversadora, cortés, hay que intentar mantener la distancia, pues podría abusar o confundir la atención brindada.



Cliente exigente: espera siempre lo mejor de la empresa, pregunta en detalle por el servicio, el producto o la garantía, si la organización cumple con lo pactado él se sentirá satisfecho, de lo contrario, buscará la forma para que la empresa enmiende el error, ya sea hablando con el administrador o los entes de regulación. La mejor manera de manejarlo es prestarle atención a sus requerimientos y hacerle saber que su opinión es importante para la empresa.



Cliente indeciso: es inseguro, por lo general se toma su tiempo para decidir qué producto llevar, quizás se pruebe todo el almacén y termine llevando lo primero que vio, o no llevando nada, dentro de las recomendaciones es aconsejable darle un tiempo prudencial para que elija el producto, intentar no interrumpirlo o presionarlo. O, mejor aún, ofrecerle productos concretos con pocas alternativas, de tal manera que se le facilite tomar la decisión.



Cliente agresivo: es el usuario que utiliza un tono de voz fuerte, tono golpeado, es impaciente, tiende a subestimar al otro, su forma de ser puede ser natural y ocasionado por problemas personales. A este tipo de cliente es necesario aislarlo del resto de los usuarios, preguntarle por la inconformidad y escuchar su queja.



Cliente autosuficiente: es la típica persona que no le gusta que lo asesoren, es más, le resulta molesto que los vendedores lo persigan por todo el almacén, tiene en mente que producto desea. Él mismo dará la solución y cerrará la compra.

información: <http://www.pymerang.com/gestion-y-administracion-de-negocios/servicio-al-cliente/240-5-tipos-de-clientes>

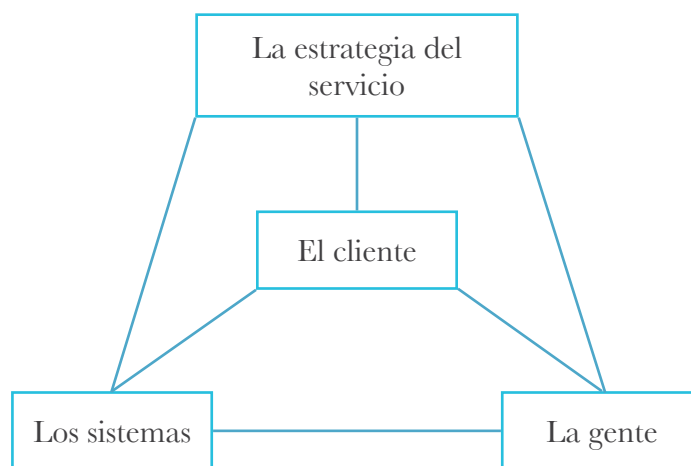
¿Cómo satisfacer a los clientes o brindar una excelente atención? Esta es la pregunta del millón, hasta el momento, usted tiene las herramientas necesarias para brindar una atención de calidad.

Es necesario definir qué es servicio al cliente. Desglosemos las palabras; servicio es un bien intangible que se entrega con el producto y cliente es aquella persona, que accede al producto o servicio, por ende el servicio al cliente es el conjunto de actividades que buscan entregar productos de calidad y que el cliente salga

satisfecho después de la transacción.

Todo lo anterior expuesto arroja una primera conclusión, y es, que cada cliente es diferente, influye el estado de ánimo, el contexto, el día de la semana, la hora etc... Es decir, no todos los días las personas amanecen o están del mismo humor, por ende este estado de ánimo, necesariamente va a influenciar en la actitud que el cliente tenga al momento de adquirir el servicio o el producto.

Karl Albrecht en su libro *Gerencia del servicio* menciona el triángulo del servicio y explica el porqué es necesario que estos tres elementos se trabajen de forma coordinada y correlacionada.



El triángulo del servicio lo componen los siguientes elementos: “La gente” hace referencia al cliente interno, “Los sistemas” hace referencia a la organización o la empresa y “El cliente” es el que accede al producto. “La estrategia del servicio” son las directrices que tiene la empresa para brindar servicios de calidad.

Como pueden observar el cliente se encuentra en la mitad del triángulo puesto que en torno a él, giran el resto de elementos con sus particularidades y funciones establecidas.

La prestación del servicio cuenta con tres fases:

- Fase de entrada.
- Fase de relación.
- Fase de salida.

Un ejemplo para explicar estas fases es la atención en el servicio de consulta externa, el usuario entra a la EPS, se dirige hacia el cubículo donde se reporta la cita médica, realiza la fila, entrega los documentos, la empleada le indica que debe cancelar la cuota moderadora, el usuario paga, la empleada le solicita que aguarde en la sala de espera mientras el médico lo llama, él se sienta, espera, lee el periódico, escucha su nombre en el altavoz, se dirige hacia el consultorio, relata al médico su motivo de consulta, el médico observa, escucha y valora a la paciente, prescribe tratamiento, el usuario reclama las ordenes en el cubículo asignado, se despide y agradece la atención.

Todas las prestaciones del servicio seguirán el mismo patrón antes descrito, puede variar dependiendo de los protocolos establecidos en cada organización, es decir en la fase de entrada, se le puede exigir al trabajador que se encargue inmediatamente del cliente por ejemplo en un restaurante.

La fase de entrada es importante, puesto que,

es la primera impresión que se hace el cliente del establecimiento, es decir sí a la entrada encuentra basura, desorden, etc., probablemente el usuario cambie de opinión y no entre al establecimiento.

Los momentos de verdad en la prestación del servicio, son aquellos en los que el cliente tiene contacto con la empresa y se forma una opinión acerca de la calidad del servicio. Estos momentos son los más críticos puesto que si el cliente no encuentra satisfacción en el servicio, es un cliente que se encargará de divulgar de manera negativa el tipo de atención.

Estos son algunos tips para descubrir los momentos de verdad:

- Colóquese en el lugar del cliente y mire a través de sus ojos.
- Identifique todos los puntos de encuentro posibles: personales, impersonales y de percepción.
- Realice lo necesario y evite racionalizar o buscar excusas.
- Realice esta labor entre todos los miembros de la compañía.

Recuperado y editado de <http://www.ferros.com.co/revista/ediciones-2012/edicion-23/opinion-23/momentos-de-verdad-de-atencion-al-cliente.htm>

Dentro de las estrategias de mercadeo hay una línea que se llama investigación de mercado, en esta línea existen diferentes herramientas que permiten tener una relación directa o indirecta con el cliente para medir la satisfacción de los servicios o para indagar las necesidades de los compradores.

Una de ellas es el buzón de mensajes el cual no es más que un canal formal de comunicación, que permite escuchar tanto al cliente interno

como al externo, el objetivo principal de este es recolectar las sugerencias, quejas y reclamos de los clientes, sobre la atención prestada.

Existe otra herramienta que permite medir la satisfacción del cliente en relación con el servicio o producto brindado y es la “encuesta de satisfacción”, en la cual a través de preguntas sencillas, se evalúa como fue el servicio prestado, esta encuesta debe ser corta para que facilite su diligenciamiento.

La entrevista es más personalizada, con preguntas abiertas que permite indagar sobre las expectativas o las necesidades que tiene el cliente, se debe contar con un tiempo prudencial para la aplicación de esta, por su formato de preguntas abiertas la persona tiende a ampliar sus respuestas.

El cuestionario son preguntas sistematizadas, que se aplican al cliente o un grupo de clientes, y permite obtener información, a través de las respuestas, sobre las necesidades o expectativas. El cuestionario es un método útil y eficaz para recoger información en un tiempo relativamente breve.

Por último la técnica de observación es un método indirecto que consiste en prestar atención al comportamiento de las personas, a diferencia de las anteriores mencionadas, esta no tiene contacto directo con el cliente, lo que se busca es observarlo a la distancia para conseguir datos sobre acontecimientos, acciones, hechos,

etc... Para esta técnica es necesario establecer un objetivo y unos parámetros de observación para obtener mejores resultados.

Manejo de conflictos, solución de problemas y toma de decisiones

Constantemente las personas deben manejar conflictos, solucionar problemas y tomar decisiones, tanto en la vida laboral como personal, por lo tanto se hace necesario tener las herramientas adecuadas para afrontar dichas situaciones; muchas veces el afrontamiento de los problemas se soluciona desde la subjetividad del individuo (no está mal) pero lo ideal es hacer desde la razón, con pensamiento crítico y objetivo buscando el bienestar de todos los individuos que intervienen en dichos conflictos.

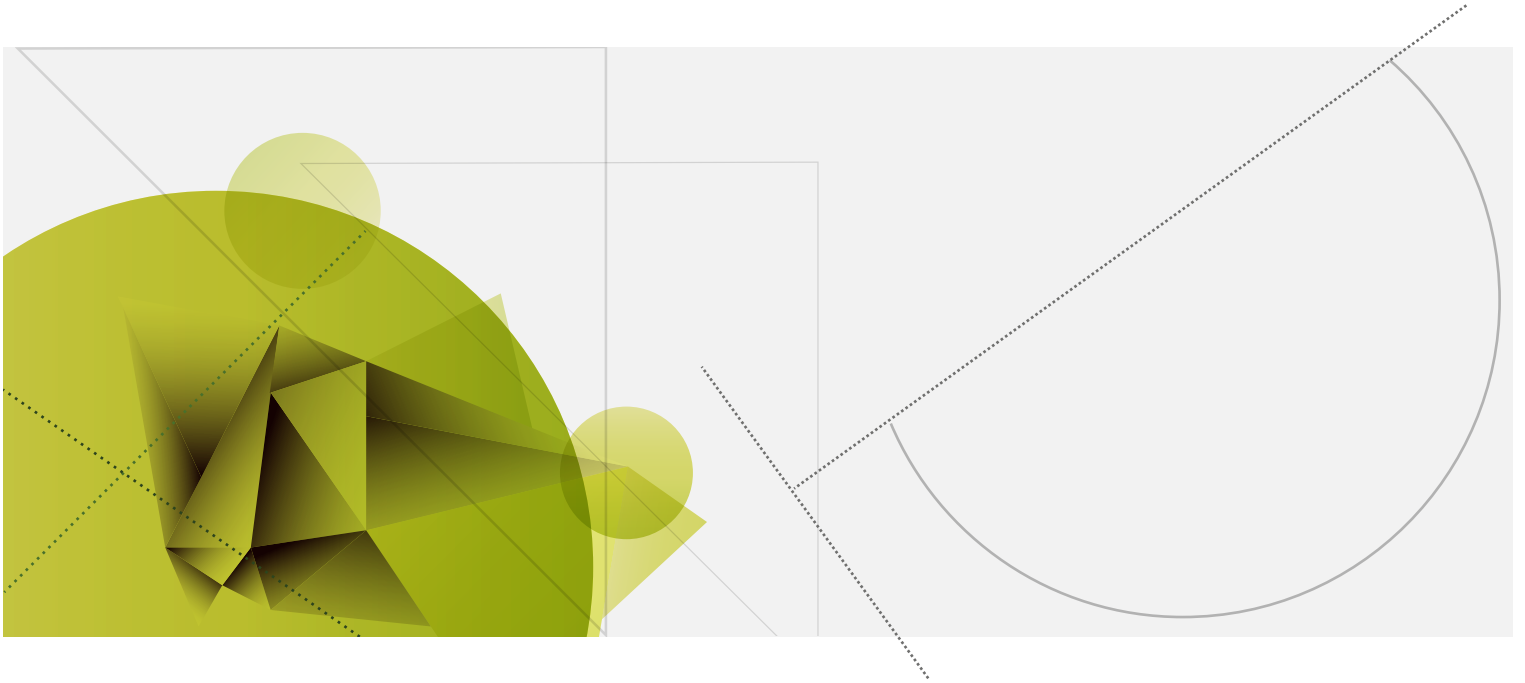
Existe un documento bastante práctico que les ayudará en este proceso, les brindará las herramientas necesarias y les aclarará las dudas frente al tema en mención. La lectura se llama “Manual resolución de conflictos y tomas de decisiones”, y se encuentra en la carpeta de lecturas obligatorias.

Con este tema se da por concluida la unidad 4, se espera que las herramienta brindadas durante este curso les permitan tener unos mejores canales de comunicación y asimismo que todo lo enseñado lo puedan llevar a la práctica en sus entornos personales, familiares y laborales.

Bibliografía

- *Adolescencia, posmodernidad y escuela secundaria* (s.f.). La crisis de la enseñanza media.
- **Arroyabe, S. (2010).** *Las políticas públicas en Colombia*. Insuficiencias y desafíos.
- **Bernal, A. (2005).** *La familia como ámbito educativo*. Ediciones Rialp, S.A. Alcalá. Madrid.
- **Bruner, J. (1997)** *La educación, puerta de la cultura*, Madrid, Aprendizaje visor.
- *Claves para la educación popular* (1995). Editorial popular. Bogotá.
- **Cubero, M. & Sánchez, J. (2002)** *Práctica social y modos de hablar y pensar*. Infancia y aprendizaje.
- **Cubides, H & otros. (1998).** *Jóvenes, territorios culturales y nuevas sensibilidades*. Universidad Central.
- **Chaux, E & otros. (2008).** *Revista colombiana de educación. Violencia escolar*. No 55.
- **Filardo, V & Aguilar, S. (2002).** *Tribus urbanas en Montevideo: nuevas formas de sociabilidad juvenil*.
- **Gamero, M. (2008).** *La metáfora de las tribus urbanas y tribus urbanas como metáforas*. Vol. 2. Chile.
- **García, N. (2001).** *La globalización imaginada*. Paidós.
- **Jaramillo, J. (2002).** *Familia y colegio*. Editorial Norma, Bogotá.
- *Revista del Departamento de Ciencia Política, Universidad Nacional*. Medellín: Colombia.
- **Mejía, R. (1999).** *Marco de calles, parches galladas y escuelas*. Cap. 4. Universidad Nacional. Bogotá. Colombia.
- **Nogueiras, L. (1997).** *La práctica y la teoría del desarrollo comunitario*. Nancea.
- **Olson, R. (1998).** *El mundo sobre el papel. El impacto de la escritura y la lectura en la estructura del conocimiento*. Barcelona. Gedisa,
- **Santamaría, A. (2000).** *La mediación semiótica de las acciones humanas: análisis socio-cultural de la situación experimental*. Infancia y aprendizaje.
- **Spengler, O. (1996).** *La decadencia de occidente*. Madrid. Espasa Calpe.
- **Roa, G. Paola, A. Sanabria, G. & Robinson, A. (2004).** *Trayectos y aconteceres un proyecto sobre violencia y escuela. Los gestos y las palabras que duelen más que los golpes*. Universidad Pedagógica Nacional. Edición Antropos.
- **Reguillo, R. (2000).** *Emergencia de las culturas juveniles*. Editorial Norma. Bogotá. Colombia.
- **Reyes, C. (1994).** *El concepto moderno de Democracia en educación y modernidad: una escuela para la democracia*. Bogotá. Instituto para el desarrollo de la democracia. Luis Carlos Galán.
- **Rodríguez, A & Otros. (2007).** *Autonomía educación moral y participación escolar*. Eunsa. España. Pág. 76.

Esta obra se terminó de editar en el mes de octubre
Tipografía Myriad Pro 12 puntos
Bogotá D.C.,-Colombia.



AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

MIEMBRO DE LA RED
ILUMNO