

**DISEÑO DE UNA PROPUESTA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA
EN SALUD COMO FACTOR DE COMPETITIVIDAD:
EL CASO DE AGUACHICA, CESAR**

**DAVIANYS LISBETH VARGAS SUÁREZ
ETHMAN ARIEL TORRES MURILLO**

**UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
DIVISIÓN DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
FACULTAD DE ECONOMÍA
MAESTRIA EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS
BUCARAMANGA
2012**

**DISEÑO DE UNA PROPUESTA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA
EN SALUD COMO FACTOR DE COMPETITIVIDAD:
EL CASO DE AGUACHICA, CESAR**

**DAVIANYS LISBETH VARGAS SUÁREZ
ETHMAN ARIEL TORRES MURILLO**

**Trabajo de Grado como requisito para optar al título de
Magister en Administración**

**Director
ORLANDO PLATA GÓMEZ**

**UNIVERSIDAD SANTO TOMAS
DIVISIÓN DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
FACULTAD DE ECONOMIA
MAESTRIA EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS
BUCARAMANGA
2012**

DEDICATORIA

A Dios y todos los que hicieron posible este proyecto tan importante en nuestras vidas.

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos:

A todas las personas que nos colaboraron de una u otra forma para la realización este proyecto, nuestro director del proyecto, nuestros profesores, nuestros asesores, nuestros compañeros y nuestras familias. a todos.

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	16
1. DISEÑO DE UNA PROPUESTA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD COMO FACTOR DE COMPETITIVIDAD: EL CASO DE AGUACHICA, CESAR	18
1.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	18
1.1.2 Formulación del problema	19
1.2 JUSTIFICACIÓN	19
1.3 HIPÓTESIS	20
1.3.1 General	20
1.3.2 Específicas	20
1.4 OBJETIVOS	20
1.4.1 Objetivo General	20
1.4.2 Objetivos Específicos	20
2. MARCO DE REFERENCIA	21
2.1 MARCO TEÓRICO	21
2.1.1 La salud desde la óptica de la competitividad	21
2.1.2 Calidad de vida en salud	26
2.1.3 Clasificación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Por Niveles de Atención y Tipo de Complejidad	28
2.1.3.1 Instituciones de primer nivel de atención	30
2.1.3.2 Instituciones de segundo nivel de complejidad	30
2.1.3.3 Instituciones de tercer y nivel de complejidad	30
2.1.4 Sistema obligatorio de garantía de la calidad en Colombia	31
2.1.5 Indicadores de Calidad del Servicio de Salud	32
2.1.6. Conceptos de Política Pública	35
2.1.6.1 Diseño y aplicación de instrumentos de política pública	36
2.1.6.2 Políticas Públicas en Salud	38
2.1.6.3 Etapas del proceso de la política pública en salud	40
2.1.6.4 Análisis principales políticas públicas en salud en Colombia	42
2.2 ANTECEDENTES Y MARCO HISTÓRICO	44
2.2.1 Análisis del Contexto del Sistema de Salud a Nivel Mundial y Nacional	44
2.2.2 Análisis del Contexto Nacional Sobre Calidad de Vida en Salud	46
2.2.3 Tendencias en Salud Hacia los Centros de Excelencia	48
2.3 MARCO CONCEPTUAL	51
2.4 MARCO LEGAL Y NORMATIVO	55
3. METODOLOGÍA	57
3.1 TIPIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	57
3.2 PRUEBA DE HIPÓTESIS	57
3.2.1 Primer paso: diagnóstico de la calidad de vida en salud en el municipio de Aguachica cesar	57
3.2.2 Segundo paso: percepción de calidad de vida en salud en los habitantes municipio Aguachica, Cesar	58

3.2.3 Tercer paso: diseño de propuesta para mejorar la calidad de vida en salud en municipio Aguachica, Cesar	59
3.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	60
3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA	60
3.4.1 Criterios de inclusión	61
3.4.2 Criterios de exclusión	61
3.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS	61
4. DIAGNÓSTICO DE LA CALIDAD DE SALUD EN EL MUNICIPIO DE AGUACHICA	62
4.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES Y COBERTURA DE SERVICIOS BASICOS AGUACHICA	62
4.2 ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN MUNICIPIO DE AGUACHICA	63
4.3 DINÁMICA DE LA POBLACIÓN MUNICIPIO DE AGUACHICA	65
4.3.1 Análisis de Nacimientos y Fecundidad en el Municipio se Aguachica	65
4.3.2 Análisis de Mortalidad y Morbilidad Municipio de Aguachica Cesar	66
4.3.3 Análisis Epidemiológico de Eventos en Salud Más Frecuentes en Aguachica Cesar	70
4.4 VINCULACIÓN AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL MUNICIPIO DE AGUACHICA	72
4.5 INDICADORES DE OPORTUNIDAD SISTEMA DE SALUD EN MUNICIPIO DE AGUACHICA	72
4.5.1 Oportunidad de citas consulta medica general (E.1.1.0)	73
4.5.2 Oportunidad de Citas Consulta Medica Especializada (E.1.2.0).	73
4.5.3 Oportunidad Asignacion de Citas Consulta Cirugia General (E.1.2.4)	74
4.5.4 Oportunidad Asignacion de Citas Consulta Pediatria (E.1.2.3)	74
4.5.5 oportunidad de citas consulta medica ginecoobstetricia (E.1.2.2)	75
4.5.6 Oportunidad en la Realizacion de Cirugia Programada (E.1.5.0)	75
4.5.7 Oportunidad en la Atencion de Odontologia General (E.1.5.0)	76
4.5.8 Oportunidad en la Atencion en Servicios Imagenologia (E.1.7.0)	76
4.5.9 Proporción en Esquemas de Vacunacion Adecuados en Niños Menores de un Año (E.2.1.0)	77
4.5.10 Oportunidad en la Deteccion de Cancer de Cuello Uterino (E.1.5.0)	77
4.5.12 Oportunidad en la Entrega de Medicamentos Pos (E.1.4.0)	78
4.5.13 Proporción de Quejas Resueltas Antes de 15 Días (E.4.2.0)	79
4.5.14 Indicadores del Hospital Local de Aguachica	79
4.5.15. Indicadores del Hospital Regional José de David Padilla Villafañe	80
4.5.16 Capacidad instalada en el Municipio de aguachica .	81
4.6 ANÁLISIS DEL RECURSO HUMANO EN SALUD MUNICIPIO DE AGUACHICA, CESAR	83
4.6.1 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de Aguachica	87
4.7 ANÁLISIS DEL PLAN DESARROLLO MUNICIPAL Y DEPARTAMENTAL 2012-2015	89
4.7.1 Análisis del Plan Desarrollo Municipio Aguachica Cesar “El Cambio es Ahora”, 2012-2015	89
4.7.2 Conclusiones del Análisis al Plan de Desarrollo de Aguachica	90

4.7.3 Análisis del Plan Desarrollo “Prosperidad a Salvo” del Departamento del Cesar 2012-2015	91
4.8 RESUMEN DE LA CALIDAD DE SALUD EN AGUACHICA MEDIANTE INDICADORES OBJETIVOS	96
5. PERCEPCION DE LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD DE LOS HABITANTES DE AGUACHICA CESAR	98
5.1 DESCRIPCION Y CARACTERISTICAS DE LA ENCUESTA APLICADA	98
4.9.1 Procesamiento de la información	98
4.9.2 Análisis de la información	98
5.2 RESULTADOS ENCUESTA DE PERCEPCIÓN SOBRE CALIDAD DE VIDA EN SALUD HABITANTES AGUACHICA CESAR	99
5.3 RESUMEN DE ENCUESTA SOBRE CALIDAD DE SALUD EN AGUACHICA CESAR	107
6. PROPUESTA DE POLITICA PUBLICA PARA MEJORAMIENTO DE CALIDAD DE VIDA EN SALUD, HABITANTES DE AGUACHICA CESAR	109
6.1 PILARES ESTRATÉGICOS DE LA PROPUESTA	109
6.1.1 El paciente debe ser siempre la prioridad	109
6.1.2 Mejorar la salud de la población por medio de la prevención	109
6.1.3 Optimizar los recursos en salud	109
6.2 MATRIZ DOFA SISTEMA DE SALUD AGUACHICA	110
6.3 POLÍTICA PUBLICA PARA MEJORAMIENTO CALIDAD DE VIDA EN SALUD MUNICIPIO DE AGUACHICA	111
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	118
7.1 CONCLUSIONES	118
7.2 RECOMENDACIONES	122
BIBLIOGRAFIA	124
ANEXO	126

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. El diamante de la ventaja regional	pág. 23
Figura 2. Recurso humano que interviene por Niveles de Atención	30
Figura 3. Calificación del sistema de salud de Aguachica, en general	104
Figura 4. Calificación de la atención en el servicio de salud de Aguachica, cuando fue usado por última vez	106

LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Variables	60
Tabla 2. Cobertura De Servicios Básico Aguachica 2011	62
Tabla 3. Otros Servicios Públicos Coberturas 2011	63
Tabla 4. Porcentaje de Población con Necesidades Básicas Insatisfechas Municipio de Aguachica	63
Tabla 5. Estructura población Aguachica y proyección a 2017	63
Tabla 6. Distribución por sexo municipio de Aguachica cesar 2011	64
Tabla 7. población según grupo de edad con proyecciones de población 2005- 2020	64
Tabla 8. Dinámica de la población en Aguachica 2011	65
Tabla 9. Reporte de Nacimientos en el Municipio de Aguachica Mes a Mes Año 2011	65
Tabla 10. Primeras causas de morbilidad por consulta externa, Aguachica 2010	66
Tabla 11. 10 Primeras Causas de Morbilidad por Consulta Externa en Grupo de Edad de 1 Año A 4 Años, Aguachica 2010	67
Tabla 12. 20 Primeras Causas de Morbilidad por Urgencias en Grupo de Edad de Menores de 1 Año, Aguachica 2010	67
Tabla 13. Mortalidad en El Municipio de Aguachica Mes a Mes Año 2010	68
Tabla 14. Tabla Sobre Numero de Muertes Violentas Año 2010	68
Tabla 15. Mortalidad por Accidentes de Tránsito en el Municipio de Aguachica en el Año 2010	69
Tabla 16. Reporte Epidemiológico Consolidado 2010 Aguachica	70
Tabla 17. Población Afiliada Sistema de Seguridad Aguachica por Niveles y por Zona	72
Tabla 18. Distribución por EPS Régimen Subsidiado en la Actualidad Aguachica	72
Tabla 19. Oportunidad citas consulta medica general	73
Tabla 20. Oportunidad Consulta Medica Especializada	73
Tabla 21. Oportunidad Citas Consulta Cirugia General	74
Tabla 22. Oportunidad asignacion citas pediatria	74
Tabla 23. Oportunidad consulta ginecoobstetricia	75
Tabla 25. Oportunidad Atencion Odontologia General	76
Tabla 26. Oportunidad Servicios Imagenologia	76
Tabla 27. Proporción de Vacunacion Adecuada	77
Tabla 28. Oportunidad Deteccion Cancer Cuello Uterino	77
Tabla 29. Tabla de Satisfaccion Global EPS Aguachica	78
Tabla 30. Oportunidad Entrega de Medicamentos	78
Tabla 31. Proporción de Quejas Resueltas Antes de 15 Días.	79
Tabla 32. Capacidad Instalada Hospital Local Aguachica	81
Tabla 33. Capacidad Instalada hospital regional Aguachica	82
Tabla 34. Recurso Humano en Salud Municipio de Aguachica 2012	84

Tabla 35. Listado de Instituciones Prestadoras de Salud Aguachica	87
Tabla 36. Participación en el Presupuesto de los Diferentes Programas de Salud	90
Tabla 37. Participación en el Presupuesto de Programas de Salud	91
Tabla 38. Metas de Resultado plan desarrollo Cesar 2012	95
Tabla 39 . Metas de Producto plan desarrollo cesar 2012	95
Tabla 40. Resumen calidad del servicio de salud en Aguachica, mediante indicadores objetivos	96
Tabla 41. Características sociodemográficas de la población de estudio	99
Tabla 42. Relación de la edad con las demás variables sociodemográficas	100
Tabla 43. Salud autopercebida por los habitantes de Aguachica Cesar	101
Tabla 44. Relación entre el estado de salud auto percibido, sus razones y el estado de salud actual comparado con un año atrás.	102
Tabla 45. Salud física y problemas emocionales de acuerdo con la capacidad para realizar las actividades cotidianas	103
Tabla 46. Calificación del sistema de salud de Aguachica y las razones que dieron los participantes para responderlo	105
Tabla 47. Satisfacción con el servicio e infraestructura	107
Tabla 48. Resumen encuesta de percepción sobre calidad de Salud en Aguachica Cesar	108
Tabla 49. Matriz DOFA sistema de salud en Aguachica	110
Tabla 50. Propuesta Política Publica Pilar Estratégico No 1.	111
Tabla 51. Políticas Públicas Pilar Estratégico No 2. Mejorar la salud de la población mediante programas de prevención.	112

LISTA DE ANEXOS

Anexo A. Modelo de la Encuesta

pág.
126

GLOSARIO

EMPRESAS ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS (EAPB): se consideran como tales, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado (Administradoras del Régimen Subsidiado), Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada.

EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO (ESE): como los hospitales públicos que prestan servicios de salud en los municipios.

FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA (FOSYGA): entidad encargada de manejar los recursos financieros en salud para el régimen subsidiado, la población pobre y vulnerable en seguridad social, los accidentes de tránsito y eventos catastróficos.

MORBILIDAD: causas de enfermedad de una población en un tiempo determinado y sitio determinado.

MORTALIDAD: defunciones de la población en un periodo determinado.

PLAN OBLIGATORIO DE SALUD (POS): son las actividades procedimientos e intervenciones autorizadas por el gobierno para prestarle a los afiliados al sistema general de seguridad social en salud, tanto del régimen contributivo como del régimen subsidiado.

PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD(IPS): se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes.

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

SISTEMA DE INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS (SISBEN): permite identificar y clasificar a las personas pobres y vulnerables en nivel I, nivel II y nivel III del dependiendo de sus condiciones económicas y educativas entre otros factores.

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SOGCS-): Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y

procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

UNIDADES DE PAGO DE CABEZA O PERSONA (UPC): dinero que gira el estado a las administradoras de planes de beneficios por los usuarios afiliados al sistema

RESUMEN

TITULO: DISEÑO DE UNA PROPUESTA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD COMO FACTOR DE COMPETITIVIDAD: EL CASO DE AGUACHICA, CESAR

AUTORES: DAVIANYS LISBETH VARGAS SUÁREZ.
ETHMAN ARIEL TORRES MURILLO.

PALABRAS CLAVE: Aguachica, calidad de vida, calidad de salud, percepción en salud, indicadores de calidad, políticas públicas en salud.

DESCRIPCION: *El* objetivo de la investigación fue el diseñar una propuesta para mejorar la calidad de vida en salud pública como factor de competitividad para el municipio de Aguachica, Cesar, el cual se abordó mediante los siguientes objetivos específicos: Diagnosticar el sector de salud pública de Aguachica, Interpretar el estado actual de la calidad de vida en salud en el municipio de Aguachica en el contexto de las condiciones y las posibilidades para mejorar, y finalmente el diseñar una propuesta de política pública como herramienta para mejorar la eficiencia y la competitividad del sistema de salud de Aguachica.

Para el diagnóstico objetivo del servicio de salud, se utilizaron los indicadores básicos recomendados por la OPS, donde se evidenció la falta de políticas en prevención de natalidad y embarazo en adolescentes, así como la alta prevalencia de problemas gastrointestinales asociados a deficiencia en servicios públicos; de igual modo la preocupación por eventos de violencia intrafamiliar, dengue y suicidios asociados a consumo de sustancias. Para el diagnóstico subjetivo, se realizó una encuesta utilizando el formulario SF36, donde se recalca la mala percepción que tienen los habitantes sobre su servicio de salud, el 70% lo considera malo o regular; a pesar de esto, su salud auto percibida la consideran como buena alrededor del 80% de los encuestados; esto obedece a que no se resuelve su problema cuando utilizan el servicio y mala infraestructura disponible.

Se plantea una propuesta de política pública con el objeto de mejorar estas condiciones de vida, basado en tres pilares estratégicos: i) considerar al paciente como una prioridad, implementando centros de excelencia en atención de salud, ii) la prevención como una política social en todos los aspectos del diario vivir y finalmente iii) la utilización óptima de los recursos con un monitoreo frecuente basado en información real.

ABSTRACT

TITLE: DESIGN OF A PROPOSAL TO IMPROVE THE QUALITY OF LIFE IN HEALTH AS A FACTOR OF COMPETITIVENESS: THE CASE OF AGUACHICA, CESAR

AUTHORS: DAVIANYS LISBETH SUÁREZ VARGAS.
ARIEL TORRES ETHMAN MURILLO.

KEYWORDS: Aguachica, quality of life, quality of health, health perception, quality indicators, public health policies.

DESCRIPTION: The objective of the research was to design a proposal to improve the quality of life in public health as a competitive factor for the municipality of Aguachica, Cesar, which addressed the following specific objectives mediantes: Diagnose the public health sector Aguachica, interpret the current state of the health quality of life in the town of Aguachica in the context of the conditions and possibilities for improvement, and finally design a policy proposal as a tool to improve the efficiency and competitiveness of the Aguachica health.

To diagnose health service target, we used the core indicators recommended by OPS, which evidenced the lack of policies in preventing teen pregnancy and birth, as well as the high prevalence of gastrointestinal problems associated with deficient public services, the same So concern about domestic violence events, dengue and suicides associated substance use. For subjective diagnosis, were surveyed using the SF36 form, which emphasizes the misperception that people have about their health care, 70% consider it bad or indifferent, self-perceived health despite consider it good about 805 of the respondents, this is because your problem is not resolved when using the service and poor infrastructure.

We present a proposal in order to improve these living conditions, based on three strategic pillars: consider the patient as a priority by implementing centers of excellence in health care, prevention and social policy in all aspects of daily living and finally the optimal use of resources with frequent monitoring based on real information.

INTRODUCCIÓN

La calidad de vida en salud de una población constituye un factor clave para aumentar la competitividad de un país o región y permite a su vez alcanzar niveles superiores de desarrollo humano, social y económico.

Teniendo en cuenta esta premisa este proyecto se realizó para ofrecer una propuesta que permita mejorar el nivel de calidad de vida en salud de los habitantes de Aguachica, municipio del sur del Cesar, con un gran desarrollo económico y poblacional, pero con grandes problemas en servicios públicos y prestación de servicios de salud. Como aspirantes a maestría en administración resulta enriquecedor aplicar los conceptos adquiridos y elaborar una propuesta que pueda ser aplicada para el bienestar de la comunidad.

El trabajo se desarrolló en tres etapas: se inició con un diagnóstico objetivo de las condiciones de calidad de salud en Aguachica; para ello se tomaron los indicadores sugeridos por la Organización Panamericana de la Salud, OPS, lo que permitió conocer el funcionamiento de los centros de salud del municipio y como estos responden o no a las necesidades de su población. Finalizando el capítulo se presenta un resumen de los principales hallazgos, que permitan elaborar la propuesta, objetivo final de este trabajo. Luego del análisis objetivo, se presenta un análisis de cómo los habitantes del municipio perciben el estado de salud, tanto individual como de calidad del servicio en general; para ello se utilizó el formulario SF36, un instrumento validado en Colombia y de reconocimiento internacional, muy utilizado para este fin. El conocer la percepción de los habitantes de Aguachica cesar, sobre su servicio de salud, fue un factor clave a la hora de elaborar la propuesta dado el conocimiento, mediante fuentes primarias, de las expectativas de la población en cuanto a esta variable.

La tercera etapa, consistió en la elaboración de la propuesta de política pública, para ser aplicada en los habitantes de Aguachica cesar. Esta propuesta se realizó con el diagnóstico previo de los puntos anteriores, y para ello se tomaron modelos de tendencia de salud, reconocidos por su eficiencia y aplicabilidad en diversos países del mundo, por lo que se espera que al ser aplicada pueda mejorar la calidad de vida en salud de los habitantes de Aguachica.

Como metodología de trabajo, cronológicamente se realizó una validación *ex ante* y *ex post*. La validación *ex ante* consistió en la participación de la construcción del plan de desarrollo mediante la asistencia a las mesas temáticas de trabajo, logrando dejar consignado en las actas varias de las necesidades que según los diagnósticos encontrados eran mas preponderantes y relevantes en la mejora de la calidad de vida de los aguachiquences; algunas de estas recomendaciones hoy se encuentran incluidos como acciones en los planes de desarrollo municipal y departamental respectivamente, análisis que se presenta en capítulos posteriores.

La validación expost se realizó con un grupo focal quienes validaron los hallazgos tanto en el diagnóstico como en la propuesta.

Finalmente, es importante anotar que el principal problema al realizar esta investigación fue la información no solamente por la inexistencia de esta, sino también por la desorganización de la poca existente y su falta de actualización. Esto refleja como una de las principales problemáticas es la falta de un sistema de información que permita hacer seguimiento a las variables relacionadas con el tema por lo que obviamente, la propuesta trata el tema en cuestión.

1. DISEÑO DE UNA PROPUESTA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD COMO FACTOR DE COMPETITIVIDAD: EL CASO DE AGUACHICA, CESAR

1.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Aguachica, municipio del sur del Cesar, tiene entre sus metas primordiales mejorar sus niveles de calidad de vida así como su competitividad y productividad. Dentro de dicho concepto general de calidad de vida se encuentra la **Calidad de Vida en Salud** como elemento básico de desarrollo y bienestar humano.¹

El tema de calidad de vida ha estado presente en la vida de las comunidades, desde la época de Aristóteles en los antiguos griegos hasta nuestros días.² Hoy es uno de los indicadores más usados por los organismos internacionales para evaluar el bienestar y prosperidad de las naciones. El concepto actual de calidad de vida en salud, ha tomado gran auge desde la época de los noventa; liderado por la Organización Mundial de la Salud, OMS, quien la define como: “La percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”.³

Para la competitividad adquiere gran importancia dicho concepto ya que se tiene claro que solo con personas motivadas y con buenas condiciones de vida se logra mejorar su productividad y alcanzar altos niveles de desarrollo económico y social, que permitan mejorar el ambiente de negocios de las regiones, en este caso el municipio de Aguachica.

De acuerdo a esto en el municipio de Aguachica se hace necesario diagnosticar el estado real de la calidad de vida de los habitantes en el sector salud debido a que no existe soporte e información precisa de dicha variable. A su vez, aunque periodo a periodo se implementan planes de desarrollo municipales, estos no están ajustados a la realidad lo que no permite una mayor eficiencia en la ejecución de los mencionados Planes. Por ello, es de interés conocer la calidad de vida de este municipio en lo que se refiere a indicadores de salud. Esto permitirá plantear políticas públicas de mejoramiento en dicha variable que incidirán en una mejor competitividad de la región.

¹ DELGADO, Pedro y SALCEDO, Tulia. Aspectos conceptuales sobre los indicadores de calidad de vida. Bucaramanga: UIS.

² SCHWARTZMANN, L. Calidad de vida relacionada con salud. En: Ciencia y enfermería, 9(2), 2003. p. 9-12.

³ Ibíd., p. 13-14 Ibíd., p. 13-14

1.1.2 Formulación del problema

General:

¿Qué factores se deben tener en cuenta para diseñar una política pública de mejoramiento de la calidad de vida en salud en el municipio de Aguachica, Cesar?

Específicas:

- ¿Cuáles son las actuales condiciones de calidad de vida de los habitantes de Aguachica Cesar, según los parámetros dados por la Organización Panamericana de la Salud, OPS?
- ¿Cuál es la auto percepción de la calidad de vida en salud de los habitantes de Aguachica, Cesar?
- ¿Cuáles deben ser las propuestas para el mejoramiento de la calidad de vida en salud de los habitantes de Aguachica, Cesar?

1.2 JUSTIFICACIÓN

Aguachica, Cesar, un municipio con 89.000 habitantes,⁴ aunque ha tenido en los últimos años un alto crecimiento económico y poblacional,⁵ está lejos de tener unos niveles de calidad de vida aceptables, por el contrario, casi el 50 % de su población vive en niveles de pobreza y aunque las metas municipales para el milenio incluyen disminuir en 50 % los indicadores y pobreza,⁶ no existen acciones que lleven a cumplir esa meta. Esta situación no permite que la región alcance un nivel de competitividad aceptable.

Por ello, establecer una medición en calidad de vida objetiva y guiada por los parámetros de la OPS, permitirá que se diseñen programas exitosos para mejorar el nivel de bienestar y calidad de vida de la población y de esta manera incrementar la competitividad del municipio.

En este orden de ideas y dado que la maestría en administración de la Universidad Santo Tomás de Bucaramanga posee una línea de investigación en productividad y competitividad que está enfocada a generar aportes aplicables a la comunidad y apoya el compromiso de la región para ponerse a tono con las exigencias de la globalización, este trabajo busca generar propuestas sustentadas en un diagnóstico correcto, para ser aplicadas en los futuros planes de gobierno del municipio.

⁴ ALCALDÍA DE AGUACHICA. Información General [en línea]. Junio de 2010. [Consultado el 9 de septiembre del 2011]. Disponible en Internet: <URL:<http://www.aguachica-cesar.gov.co>>

⁵ Ibíd.

⁶ Ibíd.

1.3 HIPÓTESIS

1.3.1 General. Una propuesta de política pública de mejoramiento de las condiciones de calidad de vida en los habitantes de Aguachica permitirá mejorar la competitividad del municipio.

1.3.2 Especificas

- A partir de un diagnóstico objetivo de las condiciones de calidad de vida según los parámetros de la OPS, se permitirá ofrecer unas propuestas acertadas para su mejoramiento
- Conocer cuál es la auto percepción en salud de los habitantes de Aguachica permitirá elaborar propuestas acertadas para su mejoramiento que tendrán participación de la población
- Propuestas para el mejoramiento de la calidad de vida en salud de los habitantes de Aguachica Cesar, basadas en análisis de información y mediciones técnicas, permitirán que esta zona aumente su competitividad y ofrezca un mejor ambiente de negocios.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo General. Diseñar una propuesta para mejorar la calidad de vida en salud pública como factor de competitividad para el municipio de Aguachica, Cesar

1.4.2 Objetivos Específicos

- Diagnosticar el sector de salud pública de Aguachica
- Interpretar el estado actual de la calidad de vida en salud en el municipio de Aguachica en el contexto de las condiciones y las posibilidades para mejorar.
- Diseñar una propuesta de política pública como herramienta para mejorar la eficiencia y la competitividad del sistema de salud de Aguachica.

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1 MARCO TEÓRICO

El marco teórico que sustenta la presente investigación, se enfoca básicamente a un análisis en calidad de vida en salud. Pues al tener una población con mejor calidad de vida, se tendrá un mejor desarrollo y una mejor competitividad. Michael Porter⁷ plantea como de la capacidad de una nación o región, en mejorar su productividad, y de la relación entre trabajo y capital, se lograra la prosperidad. Resaltamos como el informe nacional de competitividad 2009-2010, afirma que la calidad de vida es uno de los factores fundamentales de la competitividad.

2.1.1 La salud desde la óptica de la competitividad. El incremento de la Competitividad se ha convertido en uno de los objetivos más importantes de política económica en la mayoría de los países incluyendo el nuestro. A pesar de ello, la comunidad académica y las autoridades no se han puesto de acuerdo en una definición definitiva y concluyente sobre el particular y la forma de incrementarla.

A nivel internacional diversos autores como Porter, Sisman y Tyson, Cohen, definen la competitividad como la manera en que un país es capaz de producir bienes y servicios que cumplan altos estándares de calidad y de manera paralela logre un incremento en el ingreso real de sus habitantes.⁸ Dicha definición ha sido validada por instituciones tan importantes como la OCDE al definir la competitividad como la capacidad de los países, las regiones y las industrias para generar ingresos y niveles de empleo altos de una manera sostenible, a pesar de estar abierta al comercio internacional.⁹

A nivel nacional, Ramírez, Osorio y Parra-peña, concuerdan con dicho concepto al concebir la competitividad como la capacidad de un país de hacer crecer su producción a tasas altas de manera sostenida de tal manera que promueva el más alto grado posible de mejoramiento del bienestar de la población.

Estas diferentes concepciones podrían responder a los diferentes enfoques teóricos que la subyacen de esta manera, algunos académicos estudian la competitividad desde los diferentes factores que la explican.

Por ejemplo se encuentra el enfoque institucional el cual considera como fundamental el papel de las instituciones en el desarrollo económico dada la reducción en los costos de transacción con lo que se logra el establecimiento de

⁷ PORTER, M. La ventaja competitiva de las Naciones. Madrid: Deusto. 1990.

⁸ PORTER, M. From competitive advance to Corporate Strategy. Boston: Harvard Business Review. 1987.

⁹ OCDE. Industrial Competitiveness. Paris. 1997.

normas y patrones de comportamiento adecuados, así como de marcos legales regulatorios asumidos por todos los agentes económicos.¹⁰

Otro tipo de análisis estudia la competitividad por niveles diferenciando entre niveles macro y micro. La visión macroeconomista analiza la competitividad “en términos de comportamiento de las variables macroeconómicas y su influencia en los costos de producción y los precios de los bienes”,¹¹ o en otras palabras, en términos del entorno nacional.

Por otra parte, la visión microeconómica considera que el eje fundamental de la competitividad son las empresas, aclarando que no se debe descuidar el entorno, siendo Porter uno de los principales exponentes de dicho planteamiento. Dicho análisis fue esbozado en, tal vez, su libro más importante y el cual dio origen a las Teorías modernas sobre la competitividad: la Ventaja Competitiva de las Naciones, donde argumenta:

La prosperidad de una nación depende de su competitividad la cual se basa en la productividad con la cual produce bienes y servicios. Políticas macroeconómicas correctas e instituciones legales y solidas son condiciones necesarias pero no suficientes para asegurar una economía prospera. La competitividad está basada fundamentalmente en las bases microeconómicas de una nación: la sofisticación de las operaciones y estrategias de las compañías y la calidad del ambiente microeconómico de los negocios.¹²

Finalmente se encuentra un enfoque más integral aun, que ha sido denominado de Competitividad Sistémica,¹³ el cual recoge elementos de las anteriores concepciones y plantea cuatro niveles de análisis (macro, micro, meso y meta) donde integra las políticas públicas, la empresa y el entorno económico considerando la competitividad como el producto de la interacción entre estos elementos.

Así, el nivel macro busca la estabilidad macroeconómica por medio de la correcta aplicación de las políticas, monetaria, fiscal, comercial y cambiaria, entre otras, con el fin de lograr un comportamiento adecuado de los principales indicadores como son la tasa de cambio, la inflación, el crecimiento del PIB, la balanza de pagos, entre otros.

¹⁰NORTH.Institutions Institutional Change and Economic Performance. Cambridge University Press. 1990.

¹¹ GARAY, L. Estructura industrial e internacionalización 1967-1996. Bogotá: DNP, Colciencias, Consejería Económica y de Competitividad y Ministerio de Comercio Exterior. 1997.

¹² PORTER, M. La ventaja competitiva de las Naciones. Madrid: Deusto. 1990.

¹³ ESSER, Klaus. Competitividad Sistémica: Un nuevo desafío para las empresas y la política. En: Revista de la CEPAL (No. 59), 1996. p. 39-52.

En el nivel micro se estudia la empresa como una entidad que debe diseñar estrategias tendientes a mejorar su rentabilidad a través de herramientas tecnológicas, incrementos en el posicionamiento del mercado, mejoras en los procesos de calidad y aplicación de esquemas modernos de gerencia.

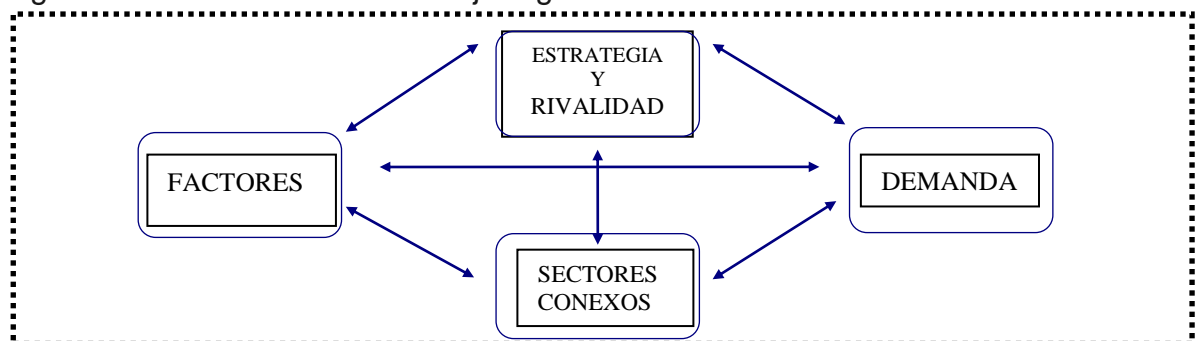
El nivel meso busca crear las estructuras que fomenten la competitividad a través de la interacción entre los distintos agentes que forman el sistema económico, por lo que plantea la aplicación de políticas públicas en temas como infraestructura física, desarrollo de programas de educación, innovación y tecnología, protección del medio ambiente, entre otros.

El nivel meta se fundamenta en las estrategias de concertación que lleve el sector gubernamental y que permita que todos los actores lleguen a acuerdos de cooperación y acción conjunta y desarrollen una visión y unos objetivos comunes para no dilapidar esfuerzos y lograr impactos profundos en áreas claves como la innovación, la infraestructura, la educación, la salud, entre otras variables, incidiendo a su vez sobre las costumbres y la cultura.

Dentro de todos estos enfoques, la Teoría de la Ventaja Competitiva, al considerar que la competitividad no se hereda, como es el pensamiento clásico, sino que se crea, motivó el inicio de investigaciones sobre los diferentes factores que hacen que una nación sea competitiva y fue Porter quien, a través de su Teoría del Diamante Nacional, presentó unas condiciones y subcondiciones necesarias para que las empresas innoven y sean capaces de competir.

El planteamiento de Porter, se centra en la construcción del diamante de competitividad el cual involucra al gobierno, el azar y cuatro atributos generales los cuales individualmente y como un sistema constituyen los ejes de la ventaja regional, estos son: las condiciones de los factores, las condiciones de la demanda, los sectores de apoyo y conexos, y la estrategia, estructura y rivalidad de las empresas; que forman un sistema interactivo en el que sus elementos se refuerzan unos a otros (ver figura 1).

Figura 1. El diamante de la ventaja regional



Fuente: Porter, M. (2000).

El determinante de **demanda** estudia las características del mercado interno: su tamaño y las características de los consumidores en términos de sus exigencias de calidad, innovación y precios.

Los **sectores** conexos o auxiliares facilitan la provisión de todos los insumos que necesita el sector principal y contribuyen con la creación de ventajas competitivas al permitir la reducción de costos y la incorporación de innovación en dichos procesos. Dicha complementariedad es una de las características de los clúster. Se habla de clúster industriales* cuando son fuertes abastecedores y distribuidores que refuerzan las habilidades en el mismo producto y tecnología de procesos.

La **estrategia**, estructura y rivalidad de las empresas representa el ámbito en el que se gerencia las firmas. Estrategia es adecuarse a la competencia, encontrar una posición en la industria donde las empresas puedan ejercer una mejor influencia sobre las fuerzas competitivas** para que les sean favorables.

Por otra parte, como dos factores externos pero fuertemente involucrados en el proceso se encuentra el azar y el gobierno: el primero hace mención a todas aquellas externalidades no controladas por los agentes económicos que generan distorsiones, afectando las ventajas competitivas; Por su parte, el gobierno influye en dichos determinantes a través de la formulación de políticas.

Finalmente, las condiciones de los **factores** hacen referencia a los recursos humanos, físicos, de conocimiento, de capital y de infraestructura con que cuenta cada economía y la capacidad de mejorarlos continuamente.

Al considerar los diferentes enfoques teóricos que se han mostrado, puede también plantearse que la oportunidad de ser o no competitivos se fundamenta en dos hechos: uno, los factores externos que influyen sobre la localidad, la región o el país; y dos, los factores internos con que cuentan las empresas.

Los factores externos están fuera del control de las empresas y hacen énfasis a todas las condiciones que de una u otra manera limitan las cualidades de la región como son el clima, su situación geográfica, su extensión, sus recursos naturales, la necesidad de materias primas externas y hasta las mismas condiciones económicas como la inflación, impuestos, legislación, etc. Todos estos factores externos son determinados por el gobierno y el medio en el cual se encuentra la

* La palabra inglesa clúster es uno de los cuatro componentes de la teoría del diamante de competitividad de Porter y se refiere a los sectores de apoyo que permiten que una empresa sea competitiva. Se incluye en el clúster a los proveedores, los distribuidores, las instituciones financieras y la infraestructura de medios de transporte entre otros.

** Porter propone un marco referencial de cinco fuerzas competitivas que definen la postura básica de la competencia en la industria, el poder de negociación de los proveedores y de los compradores existentes, la amenaza de las nuevas industrias y los sustitutos y, por supuesto, la intensidad de la rivalidad existente.

unidad de análisis. Estos factores se pueden agrupar en siete categorías: capital natural, capital financiero, capital de infraestructura, capital institucional, capital cultural, capital de conocimiento y capital humano. La suma de estos activos constituye la riqueza total de la región y es el resultado de acciones estratégicas explícitas o implícitas. A continuación se presenta una breve descripción de estos tipos de capital.¹⁴

*El capital natural incluye la disponibilidad de recursos naturales explotables (renovables y no renovables) y la existencia de un medio ambiente capaz de atraer empresas inmigrantes que utilicen tecnologías limpias.

*El capital financiero se establece teniendo en cuenta la cantidad de recurso monetario existente y su rentabilidad y la capacidad de aprovechar el capital global.

*El capital institucional de una ciudad incluye el diseño y la eficacia de los organismos que conforman su estructura política, social, jurídica y económica.

*El capital cultural de una región se manifiesta a través de la oferta cultural (atracciones físicas) y los valores ciudadanos (el orgullo regional, la confianza presente entre los ciudadanos y ciudadanas).

*El capital de conocimiento es la habilidad regional de crear y el hecho de estar conectado al conocimiento más avanzado en el ámbito mundial.

*El capital humano se determina mediante el desarrollo relativo de los recursos humanos de una región, teniendo en cuenta sus habilidades y talentos para manejar los sistemas complejos existentes en una economía globalizada.

*El capital de infraestructura está medido por la plataforma física disponible para satisfacer eficientemente las necesidades internas de operación (vías, telefonía, electricidad, etc.) y las de conexión con el exterior (aeropuertos, puertos, telefonía internacional).

Otro enfoque planteado es el enfoque neo laborista el cual asigna un papel predominante al capital humano y considera necesario su desarrollo para poder competir en sectores con alto valor agregado y complejidad tecnológica. **De esta manera, el factor capital humano es un elemento clave en el desarrollo de la competitividad.**¹⁵

¹⁴ CÁMARA DE COMERCIO DE BOGOTÁ. La Bogotá que soñamos todos, Resumen del Estudio Monitor de Competitividad para Bogotá. 1997.

¹⁵ GARAY, L. Estructura industrial e internacionalización 1967-1996. Bogotá: DNP, Colciencias, Consejería Económica y de Competitividad y Ministerio de Comercio Exterior. 1997.

Revisada la teoría que sustenta la salud como factor de competitividad, la siguiente sección analiza el concepto de calidad de vida en salud

2.1.2 Calidad de vida en salud. El término calidad de vida se utiliza para analizar el bienestar social general de la sociedad. Dicho concepto es utilizado por diversas ciencias como la sociología, las ciencias políticas y las ciencias relacionadas con la salud y como indicadores de esta variable se incluyen, además de los relacionados con el nivel de riqueza, aquellos relacionados con el medio ambiente, salud, educación y cohesión social.¹⁶

En este contexto, un indicador que ha adquirido cada vez más importancia es el Índice de Desarrollo Humano, desarrollado por el programa de las Naciones Unidas y cuyo cálculo se obtiene a partir de tres variables relacionadas con salud, educación e ingresos como son la esperanza de vida de salud, tasas de cobertura en educación y PIB per cápita.

Dicho concepto de calidad de vida ha tomado cada vez más relevancia pues problemáticas como la inseguridad, la pobreza, la inequidad, el desempleo, entre otros, ha deteriorado las condiciones de vida de la sociedad. Así, la OMS, en su informe anual sobre causas de mortalidad en el mundo, para el año 2011, destaca como las enfermedades cardiovasculares, son la principal causa de mortalidad. Y como etiología de esta, se cuenta el stress como factor desencadenante principal. Por lo que las proyecciones estiman que para el 2020 una de las primeras causas de muerte será el stress dada su relación con estas patologías cardiovasculares y problemas psicológicos como la depresión. Sin duda alguna, si no se toman medidas para mejorar dicha calidad de vida la competitividad de las organizaciones se verá afectada por lo que es necesario tomar medidas para mejorar en dicha variable.

- **Definición de calidad de vida en salud.** La OMS define la calidad de vida en salud como “la percepción de un individuo de su situación de vida, puesto en su contexto de cultura y sistema de valores, en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”.

Este concepto está construido en un marco socioeconómico, biopsicológico y cultural lo que manifiesta su integralidad. Es por ello que se relaciona con la satisfacción de las necesidades humanas, los modos de vida, la libertad y las condiciones ecológicas.

- **Mediciones para calidad de vida en salud.** Dada la importancia de la variable en estudio se han desarrollado diversas mediciones para determinar el estado de la calidad de vida en salud y aplicado a diferentes problemáticas como la mortalidad, la morbilidad, la hospitalización y el consumo de recursos

¹⁶ SCHWARTZMANN, Op. cit.

sanitarios.¹⁷

De acuerdo a esto, a partir de los años setenta se empezaron a desarrollar diversos índices para medir dicho concepto y ya en los años ochenta alcanzan un gran auge. Dichos índices analizan aspectos médicos y técnicos relacionados con la atención y el cuidado del paciente y permiten realizar análisis de la gestión hospitalaria y por ende procesos de planeación en salud.

Este tipo de índices se clasifican en específicos y genéricos. Los últimos no se relacionan con enfermedades y se aplican a la población en general y a un grupo de pacientes y entre los más utilizados se pueden encontrar: sickness impact profit, Nottingham Health Profile, y SF36.¹⁸

Este último se ha utilizado de manera amplia en países como Suecia, Dinamarca, España, Alemania y México con el fin de construir perfiles de salud para población en general y así como a grupo de pacientes.

- **Calidad de vida subjetiva.** El concepto de calidad de vida tiene dos componentes, uno subjetivo y otro objetivo, los cuales son generados por el bienestar de cada persona y las condiciones socioeconómicas. Esta subdivisión ha llevado a que los estudiosos del tema no coincidan en la forma de abordar el tema y en su medición pero si en el impacto que el tema ha tenido en la planeación y evaluación de los servicios de salud.¹⁹

En efecto, según Shylock, las investigaciones sobre calidad de vida generan mejoras en la sociedad al facilitar la planeación y evitar en cierto grado los cambios de tipo social, económico, cultural y político. Dicha planeación permite evaluar el impacto de los programas y la percepción y grado de satisfacción del individuo.

Por otra parte, Sofocada agrega como dicha planeación ha permitido grandes avances en la salud dado el control de agentes biológicos. Según dicho autor “hoy en día la mayoría de los problemas de salud se identifican con las condiciones de vida y trabajo, las tensiones de la vida, las relaciones en los grupos primarios y en la sociedad en general y al llamado estilo de vida individual. Por esto es necesario abordar el tema de la calidad de vida desde lo subjetivo y la auto percepción del individuo”. Dicha apreciación subordina lo biológico a lo social y empodera el papel de la personalidad del individuo. En otras palabras, el concepto de calidad de vida debe tener en cuenta la forma como un grupo de individuos percibe su salud y lo que es bueno para ella.

¹⁷ LUGO A., L. E.; GARCÍA G., H. I. y GÓMEZ, R. C. Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia. En: Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública (Julio-Diciembre). 24(2), 2006. p. 37-50.

¹⁸ MOLINA TUESCA, R. La calidad de vida, su importancia y cómo medirla. En: Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública. 2(24), 2005. p. 37-50.

¹⁹ GALLI. Autopercepción de calidad de vida: Un estudio comparativo. Psicodebate. p. 88-96.

2.1.3 Clasificación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Por Niveles de Atención y Tipo de Complejidad²⁰

- **Los agentes económicos de la actividad en salud.** La complejidad del sector de la salud, hace que intervengan muchos actores o agentes económicos entre los cuales se tienen:

*Pacientes: son las personas asistidas por el sector de la salud, ya sea que estén o no vinculadas al sistema o porque acuden a recibir un servicio de salud en una institución prestadora de servicios. Son los llamados clientes del sistema.

*Ciudadanos: conjunto de personas naturales o residentes de un país, no solo están incluidos los pacientes sino los posibles clientes potenciales del sistema y por eso las decisiones del sistema le pueden afectar en cualquier momento.

*Los profesionales de la salud: son el equipo humano que labora en el sector y asumen la responsabilidad en la prestación de los servicios a los clientes.

*Las instituciones prestadoras de servicios: son todos los centros médicos, hospitales, clínicas, puesto y centros de salud.

*Las empresas administradoras de planes de beneficios: son las que aseguran a los pacientes como las EPS o empresas de medicina prepagada, aseguradoras de accidentes de tránsito etc.

*Financiado; como en el caso de Colombia es el mismo asegurador o administrador y para la salud pública es el Estado, que ejerce a su vez una función reguladora y de control.

Con el fin de hacer el diagnóstico de estos agentes económicos es necesario hacer una revisión de la normatividad y clasificación de las IPS para identificar como están organizadas y cuáles son los servicios prestados en los municipios y como están enmarcadas dentro del sistema de seguridad social.

Desde al año 1990 con el decreto 1760 expedido por la Presidencia de la república, se reorganizó los servicios de salud por niveles de atención, con el fin de organizar la prestación del servicio y satisfacer las necesidades de atención de la población colombiana.²¹

²⁰ FRANCO, L. H. Propuesta de mejoramiento para la Red Prestadora de Servicios de Salud Privada, en la Zona de influencia al Clúster de Petróleo y Gas (Municipios de Barrancabermeja, Puerto Wilches, San Vicente y Sabana de Torres) en el Departamento de Santander. Tesis de Grado para Maestría . Universidad Santo Tomás. Bucaramanga. 2011.

²¹ COLOMBIA. PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA- DECRETO 1760. (3, agosto 1990). Por el cual se establecen y definen los niveles de atención y tipo de servicio de complejidad en salud Dario oficial. Bogotá. D.C. 1990.

Por otra parte las instituciones que prestan servicios de salud deben organizarse internamente según su complejidad en "servicios, Departamentos, Unidades, Secciones y Grupos" los cuales deben tener su propia infraestructura, recurso humano, tecnología y procesos que permitan solucionar los problemas de salud y ayudar o complementar toda la atención.

Los servicios que organicen las entidades se clasifican en grados de complejidad con el objeto de racionalizar los recursos disponibles, lograr una mejor distribución de los mismos en el país y mantener la calidad en la prestación de los servicios.

Los criterios básicos para la determinación del grado de complejidad de los servicios que puedan prestar las diferentes entidades de salud son:

*Características de la entidad como su misión institucional que fijan las políticas de las directivas en relación con el nivel que van asumir.

*Patologías que prevén atender con su grado de severidad y frecuencia.

*Número de habitantes del municipio o área de referencia.

*Tipo y nivel de formación del personal.

*Apropiación y uso de la tecnología disponible en la entidad.

*Características de la planta física.

*Ubicación geográfica, características sociales y culturales de la población.

*Recursos financieros, dedicados a funcionamiento e inversión.

Nota: Con la nueva reforma de La ley 1438 del 2011 la complejidad de niveles de la red se dividirá solo en tres niveles I, II, III.

Figura 2. Recurso humano que interviene por Niveles de Atención



Fuente: Autores.

Niveles de Complejidad de la Red:

2.1.3.1 Instituciones de primer nivel de atención. Baja Complejidad (nivel I): Son aquellas instituciones que se dedican a realizar intervenciones y actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, así como también consulta médica y odontológica, internación y atención de urgencias y partos de baja complejidad y servicios de ayuda diagnóstica básicos en lo que se denomina primer nivel de atención.

2.1.3.2 Instituciones de segundo nivel de complejidad. Mediana complejidad (nivel II): Son instituciones que cuentan con atención de las especialidades básicas como lo son pediatría, cirugía general, medicina interna, ortopedia y ginecología con disponibilidad las 24 horas en internación y valoración de urgencias, además ofrecen servicios de consulta externa por especialista y laboratorios de mayor complejidad, en lo que es el segundo nivel de atención.

2.1.3.3 Instituciones de tercer y nivel de complejidad. Alta complejidad (nivel III): Cuentan con servicios de alta complejidad que incluyen especialidades tales como neurocirugía, cirugía vascular, neumología, nefrología, dermatología, etc. con atención por especialista las 24 horas, consulta, servicio de urgencias,

radiología intervencionista, medicina nuclear, unidades especiales como cuidados intensivos y unidad renal. Estas instituciones con servicios de alta complejidad atienden el tercer nivel de atención, que incluye casos y eventos o tratamientos considerados como de alto costo en el POS.

2.1.4 Sistema obligatorio de garantía de la calidad en Colombia. En este numeral, se explican las características y propiedades del sistema de calidad que rigen el sistema de salud de nuestro país, y que son los parámetros sobre los cuales se construyen los indicadores, reportados en el análisis. En el año 2006 mediante el decreto 1011 del 3 de abril, se establece el sistema obligatorio de garantía de calidad donde todas las instituciones de salud están obligadas a cumplirlas: El decreto orienta a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario y busca mejorar la calidad de los servicios en salud del país.

El sistema tiene las siguientes características:²²

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

El sistema tiene los siguientes componentes:

²² COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto 1011 (3, abril,2006). Por el cual se establece el sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud del sistema general de seguridad social en salud.Bogota. D. C: El Ministerio, 2006.

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

- **La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.** Los programas de auditoría deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación.

Los procesos de auditoría son obligatorios todos los actores que conforman el sistema.

La auditoria implica la realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento continuo de los procesos que las IPS definan como prioritarios.

- **El Sistema Único de Acreditación.** Es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

Para poder acreditarse las IPS deben cumplir previamente con las condiciones de habilitación. La acreditación permite que las entidades pueda ser competitivas a nivel internacional y puedan venir al país pacientes internacional a recibir los servicios que las IPS ofrecen.

- **El Sistema de Información para la Calidad.** tiene por objeto estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud y de las EAPB, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

2.1.5 Indicadores de Calidad del Servicio de Salud

- **Oportunidad de la Atención en la Consulta Médica General.** La atención por el médico general es la más importante y principal puerta de entrada al sistema. La oportunidad en este nivel de atención es directamente proporcional al acceso a los

servicios y su resolutiveidad es vital para la eficiencia del sistema pues orienta y racionaliza la demanda a niveles superiores de complejidad y especialidad. Una respuesta rápida en este nivel contribuye a la detección y tratamiento en etapas iniciales del proceso patológico disminuyendo la incapacidad, secuelas y riesgos inherentes a él y disminuye la congestión e inadecuada utilización de servicios especializados y de urgencias.

El indicador se calcula así:

$$\frac{\sum \text{TOTAL DÍAS TRANSCURRIDOS ENTRE LA SOLICITUD DE LA CITA Y PARA CUANDO FUE ASIGNADA}}{\text{Nº TOTAL DE CONSULTAS ASIGNADAS}}$$

• **Oportunidad de la Atención en la Consulta Médica Especializada.** La oportunidad en la respuesta a la necesidad de la atención de casos de mayor complejidad que requieren de la intervención de especialistas tiene impacto sobre la capacidad resolutive de los casos por su detección y atención temprana disminuyendo los riesgos de incapacidad en tiempo, severidad, secuelas y en la congestión y mal uso de servicios de urgencias y de menor nivel de complejidad.

El tiempo de respuesta en los prestadores puede resultar útil para medir la suficiencia institucional para la demanda de servicios que recibe, orientando decisiones de mejoramiento y la evaluación de la relación contractual con las entidades promotoras de salud.

El indicador se calcula así:

$$\frac{\sum \text{TOTAL DÍAS TRANSCURRIDOS ENTRE LA SOLICITUD DE LA CITA Y PARA CUANDO FUE ASIGNADA}}{\text{Nº TOTAL DE CONSULTAS ASIGNADAS}}$$

• **Oportunidad en la atención en consulta de Urgencias.** La oportunidad de la atención en este nivel de atención es directamente proporcional al acceso a los servicios ambulatorios y su resolutiveidad es vital para la seguridad y efectividad de la atención en salud a los usuarios. Una respuesta rápida en este nivel contribuye a la disminución de la mortalidad, la incapacidad, secuelas y riesgos inherentes al proceso patológico que origina la demanda de atención y disminuye la congestión en los servicios de urgencias.

La monitorización por parte de las instituciones de este indicador debe incentivar las acciones de mejoramiento que incrementen la posibilidad del usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en

riesgo su vida o su salud, reducir las fallas relacionadas con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

El indicador se calcula así:

$$\frac{\sum \text{TOTAL DEL NÚMERO DE MINUTOS TRANSCURRIDOS ENTRE LA SOLICITUD Y EL MOMENTO DE LA ATENCIÓN}}{\text{Nº TOTAL DE USUARIOS ATENDIDOS EN CONSULTA DE URGENCIAS}}$$

- **Oportunidad en la atención en servicios de Imagenología.** La oportunidad de la atención en el servicio de Imagenología es vital para la seguridad y efectividad de la atención en salud a los usuarios. Una respuesta rápida en este servicio contribuye a la disminución de la mortalidad, la incapacidad, secuelas y riesgos inherentes al proceso patológico que origina la demanda de atención.

El indicador se calcula así:

$$\frac{\sum \text{TOTAL DÍAS TRANSCURRIDOS ENTRE LA SOLICITUD DEL SERVICIO DE IMAGENOLOGÍA Y LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO}}{\text{Nº TOTAL DE ATENCIONES EN SERVICIOS DE IMAGENOLOGÍA}}$$

- **Oportunidad en la atención en consulta de Odontología General.** La oportunidad en este nivel de atención es directamente proporcional al acceso a los servicios y su resolutivez es vital para la eficiencia del sistema pues orienta y racionaliza la demanda y contiene costos. Una respuesta rápida en este nivel contribuye a la detección y tratamiento en etapas iniciales del proceso patológico a nivel oral disminuyendo la incapacidad, secuelas y riesgos inherentes a él y disminuye la congestión e inadecuada utilización de servicios especializados y de urgencias.

El indicador se calcula así:

$$\frac{\sum \text{TOTAL DÍAS TRANSCURRIDOS ENTRE EL MOMENTO EN QUE SE SOLICITA LA CITA Y LA ASIGNACION DE ESTA}}{\text{Nº TOTAL DE CONSULTAS ODONTOLÓGICAS DE REALIZADAS}}$$

- **Oportunidad en la realización de cirugía programada.** La oportunidad en la respuesta a la necesidad de realización de procedimientos quirúrgicos tiene impacto sobre la capacidad resolutive de los casos por su detección y atención temprana disminuyendo los riesgos de incapacidad en tiempo y severidad y secuelas, así como impactan positivamente en la contención de costos de no calidad originados en la no atención oportuna.

El indicador se calcula así:

$$\frac{\sum \text{TOTAL DÍAS TRANSCURRIDOS ENTRE LA SOLICITUD DE LA CIRUGÍA Y CUANDO ES REALIZADA}}{\text{Nº TOTAL DE CIRUGÍAS PROGRAMADAS REALIZADAS EN EL PERÍODO}}$$

- **Tasa de Satisfacción Global.** La percepción de satisfacción de los usuarios es no de los factores con mayor incidencia sobre la toma de decisiones al momento de seleccionar instituciones prestadoras de servicios de salud.

La monitorización de este indicador permitirá identificar el nivel de satisfacción de los usuarios con los servicios y trato recibido por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios.

El indicador se calcula así:

$$\frac{\text{Nº TOTAL DE PACIENTES QUE SE CONSIDERAN SATISFECHOS CON LOS SERVICIOS RECIBIDOS POR LA IPS}}{\text{Nº TOTAL DE PACIENTES ENCUESTADOS POR LA IPS}} \times 100$$

2.1.6. Conceptos de Política Pública. Muchas son las definiciones que existen de políticas públicas; una de ellas es la que citan Yves Meny y J.C. Thoeneing: *“Las intervenciones de una autoridad investida de autoridad pública y de legitimidad gubernamental sobre un dominio específico de la sociedad o sobre un territorio”*²³

²³ IVES, Meny y THOENIG, Jean-Claude. Las políticas públicas, Barcelona, Editorial Ariel S.A., 1992

Este concepto precisa la intervención del estado como una muestra de autoridad y legitima el poder del gobierno, pero es necesario saber que la política pública necesita de muchos más actores participativos desde la elaboración del diagnóstico, hasta la última etapa que es la aplicación de la política pública; no se puede formular una política pública de manera aislada y sin participación, pues se quedará en los cajones legislativos; de esta manera así estuviese muy bien diseñada la política no tendrá el alcance esperado.

De igual manera se encuentra a Velásquez quien afirma que *“Los programas y los proyectos públicos pueden ser considerados como políticas públicas en la medida que reúnan los elementos de la definición propuesta”*²⁴

James Anderson,²⁵ por su parte, define la política como una *“secuencia intencionada de acción seguida por una acción o un conjunto de actores gubernamentales, a la hora de tratar con un asunto que los afecta”* este concepto tuvo dos propósitos el primero crear un modelo de política pública aplicable, y el otro una herramienta analítica, la cual permite aplicar la política en procesos y etapas secuenciales; pero es necesario poder lograr que estas trasciendan de periodo de gobierno a otro, sobre todo en Departamentos y municipios, pues si se toma la política pública como etapas secuenciales, podría tener un mayor impacto en los resultados que permitirían mitigar o eliminar las necesidades por las cuales fue formulada la política pública.

De acuerdo a lo expuesto anteriormente donde se encuentran algunas definiciones de política pública, se podría adicionar el gran requerimiento que existe de participación de actores, individuos y grupos de individuos que muestren su capacidad de generar intereses articulados que den como resultado discursos propositivos que inviten y motiven a la movilización a favor de este interés ; para esto es necesario revisar claramente los contextos desempeñados por cada uno de los actores que participan en este proceso y es necesario que cada uno asuma un rol muy claro y específico, en el que se inicie el proceso con la construcción de un diagnóstico real y preciso de la situación del sector al que está dirigida la política, se generen espacios de participación en el cual los grupos de interés y especialistas planteen su situación, iniciativas y conocimientos al respecto, se genere un documento que contenga la manera como se debe intervenir para intentar resolver las necesidades o problemáticas, luego debe garantizarse los recursos necesarios para la aplicación de la política y establecer unos responsables de su ejecución y evaluación.

2.1.6.1 Diseño y aplicación de instrumentos de política pública. Por otra parte, los gobiernos utilizan varios medios para lograr el alcance de la política por

²⁴ VELÁSQUEZ GAVILANES, Raúl. Desafíos, Bogotá (Colombia), (20): 149- 187, semestre I de 2009.

²⁵ ANDERSON, James. Public Policy Making: An Introduction, Segunda Edición. 2005.

ejemplo: normas, subsidios, contratos, campañas de propaganda, etc.; que son llamados instrumentos de acción pública que generan herramientas en la aplicabilidad de la misma.

De acuerdo a lo anterior se puede citar a los autores como Linder y Peter,²⁶ quienes afirman que el diseño de políticas plantea la realización de un análisis técnico riguroso y un proceso político orientado hacia el logro del consenso en torno de propósitos determinados. Entonces se llega al mismo punto donde se destaca la importancia de un diagnóstico técnico y real de la situación en la que se desea intervenir con el diseño de la política pública.

Así mismo, en el diseño de las políticas se debe realizar una selección de instrumentos. según las intenciones y propósitos de quienes las eligen, además de las influencias y restricciones de un contexto en particular; y la escogencia de estos instrumentos muchas veces se realiza con base en tradiciones, intuición, ideología, familiaridad; pero los instrumentos deben ser seleccionados de acuerdo a las razones pertinentes para la escogencia de uno u otro y los diferentes efectos que traerá su aplicación.

Por otra parte, se propone la factibilidad política pues existen excelentes diseños de políticas, sustentadas técnicamente muy bien, pero carecen del respaldo político determinante que influye en la consecución de los recursos para la aplicabilidad de dichas políticas.

Por su parte Linder y Peter²⁷ proponen cuatro criterios a tener en cuenta a la hora de elaborar los instrumentos:

*Intensividad de los recursos, incluyendo atributos como el costo administrativo y la simplicidad operacional.

*La determinación de los objetivos incluyendo precisión y selectividad.

*El riesgo político, compuesto de atributos relacionados con el apoyo y la oposición, tal como la visibilidad pública.

*La restricción que incluye coercitividad y principios ideológicos que pretenden la limitación de las actividades gubernamental.

Los autores, afirman que la primera y tercera categoría están directamente relacionadas con la factibilidad política, mientras la segunda categoría está relacionada con la factibilidad técnica y la evaluación de la calidad de los

²⁶ LINDER, Stephen H. and PETERS', B. Guy. Instrumentos de gobierno: percepciones y contextos. Gestión y política pública, vol. II, núm. I, enero-junio, 1993

²⁷ Ibíd.

instrumentos, por otra parte la última categoría de restricción que habla de la acertada o no intervención del estado, sin que haya mucha relevancia sobre las consideraciones de calidad y costos de instrumentos

Pero para algunos autores como Lascoumes y Le Galés,²⁸ los instrumentos de políticas no se deben establecer simplemente como herramientas técnicas, desprovistas de intervención o relaciones políticas; por lo contrario sostienen que expresan una elección consciente que resulta del medio de regulación adoptado.

2.1.6.2 Políticas Públicas en Salud. La necesidad del mejoramiento en los servicios de salud a nivel mundial, ha impulsado reformas que han generado cambios importantes en las políticas y los sistemas de salud, siempre buscando evolucionar y el que exista una formulación, implementación y evaluación de los resultados con un impacto positivo en las comunidades.²⁹ Para ello se requiere que las políticas estén adecuadamente planeadas y ejecutadas con el consenso de la comunidad. El tercer objetivo de este trabajo, se refiere a la formulación de una política pública para mejorar la eficiencia y competitividad del sector salud del municipio de Aguachica, por lo que es necesario para ello, el analizar algunos puntos teóricos importantes necesarios para poder formular esta política.

La palabra política en español, se puede abordar desde tres significados diferentes; la primera cuando se entiende como el ámbito de gobierno y de la sociedad humana, la segunda cuando se entiende como la actividad de organización que lleva en sí, la lucha por el control del poder, y finalmente, en la tercera, la política significaría, como el propósito y acción de un gobierno expresada en políticas y programas.³⁰ Es decir, la política y las políticas públicas, tienen que ver con el poder social de los pueblos, donde la política como tal es un concepto general, y las políticas públicas tienen que ver con soluciones específicas sobre cómo manejar problemas que afecten la sociedad. Por ello se recalca que una política pública, no es un fin en sí misma, más bien un medio para dar respuesta a una problemática específica, y propia de cada sociedad. Se desprende de este análisis, que el concepto más importante de una política pública, tiene que ver con el problema que se quiere resolver, es decir un problema público.³¹

Un problema público, se puede entender como una situación que afecta negativamente el bienestar y calidad de vida de una comunidad, donde lo público se ve reflejado en que afecta a los demás, por lo cual es de interés común o colectivo, a diferencia de lo privado, donde lo único que prima es el interés

²⁸ LASCOUMES, Pierre and LE GALES, Patrick. Public policy instrumentation and its choice of tools and modes of operation.

²⁹ ROTH, André y MARIN, Gloria. Introducción a políticas públicas en salud. facultad nacional de salud pública, " Héctor abad Gómez" 2008. 6-11.

³⁰ Ibíd.

³¹ Ibíd.

individual. De ahí que el concepto de lo público, ha sido ligado antagónicamente a lo privado. John Stuart Mills, desde el siglo XIX definía lo privado, como lo que no perjudica a los otros. Un problema público, no surge de la nada, necesita una construcción y un reconocimiento social, dado por el contexto en el que se forma, por ello siempre, se ve afectado por intereses, económicos, tecnológicos, políticos, administrativos, culturales, religiosos etc. y también estará afectado por la cantidad de personas afectadas, severidad, y magnitud del impacto generado.³²

Teniendo claro, el problema público, su resolución se convertirá en el objeto de las políticas públicas. Vargas define las políticas públicas, “ como el conjunto de iniciativas, decisiones y acciones del régimen político frente a situaciones socialmente problemáticas, que buscan la resolución de las mismas o llevarlas a niveles manejables”.³³ Las clasifican en cuatro categorías, dependiendo del tipo de coerción que ejercen:

*Distributivas: aquellas que conceden o otorgan un permiso.

*Redistributivas: aquellas que dan beneficios o ventajas a ciertos grupos.

*Constitutivas: se definen con base en las leyes, e implican poder.

*Reglamentarias: aquellas que restringen las libertades de los individuos, con beneficio de un interés común.³⁴

Las políticas públicas se constituyen en el proceso de relación y mediación social que existe entre el estado y los diferentes actores de una sociedad. Es por ello que el estado, se convierte en el responsable de la formulación y ejecución, como garante de poder político. es decir es el estado quien atreves de sus políticas públicas, debe buscar dar respuestas a los problemas de la sociedad. por ello un estado se legitima, atreves de sus políticas y se convierten en instrumentos del desarrollo y progreso de los pueblos, teniendo claro, que este papel protagónico y fundamental del estado, se debe combinar con otros actores de la sociedad, para así mejorar la efectividad de sus políticas. Se consideran cinco agentes críticos o grupos de actores relacionados con ellas a saber:³⁵

*Patrocinadores, quienes formulan las políticas, y son responsables políticos de su ejecución y control.

*Directores de programas, profesionales de distintas áreas, y gestores de proyectos.

³² THOENING. El análisis de políticas públicas. Universitos 1997; 93:61-69.

³³ VARGAS A. Notas sobre el estado y las políticas públicas. Bogotá; Almudena editores; 2000.

³⁴ Ibíd.

³⁵ ROTH, André y MARIN Gloria. Introducción a políticas públicas en salud. facultad nacional de salud pública,” Héctor abad Gómez” 2008. 6-11.

*Destinatarios directos o indirectos de las políticas públicas en la sociedad.

*Otros que muchas veces actúan como referentes, entre los que se encuentran profesionales, científicos sociales y expertos en el tema particular de cada política.

*Se tienen en cuenta las instituciones internacionales y transnacionales que ayudan en el diseño y aplicación de las políticas públicas nacionales.

2.1.6.3 Etapas del proceso de la política pública en salud. Según los autores que se estudien, se plantean diversas etapas para la elaboración de una política pública. La mayoría divide el proceso en tres grandes etapas: formulación, implementación y evaluación. Otros le agregan como factor la toma de decisiones y se presenta el proceso de las políticas públicas como un ciclo, donde intervienen cinco fases: primero se identifica el problema, para luego formular una serie de soluciones, estas soluciones deben abordar un tercer paso, que es tomar la decisión de que política adoptar, para luego si implementarla y finalmente evaluarla. Todos coinciden como punto de partida, el momento en que el problema es percibido por la sociedad como un problema público, para luego el estado generar la solución. Para un mejor entendimiento, se explica este proceso de políticas públicas en tres etapas: formulación, implementación y evaluación.³⁶

En la etapa de formulación de las políticas, se debe iniciar analizando el tipo de problema que dio origen a la política, este puede ser de tipo, social cultural, económico, salud, etc. y luego de identificar el problema, se continúa con el propósito de la política y el foco principal que recibirá los beneficios de la política con su ejecución, para ello se deben presentar varias alternativas con métodos de análisis diversos, de modo tal al final se pueda escoger la que traía mayor beneficio a la comunidad. Es importante que en esta etapa intervengan el mayor número de actores posibles, donde se tengan en cuenta los intereses de cada uno, los recursos con los que se disponen y las formas de participación de cada uno de los actores involucrados. En esta etapa de formulación, también hay que tener en cuenta las directrices nacionales e internacionales al respecto. Para aprovechar de la experiencias en otros lugares, esta formulación, no puede desconocer el desarrollo tecnológico, de modo tal que se emplee la mejor tecnología para resolver los problemas y ser utilizada para un correcto manejo de la información, fuentes de información y documentación. Finalmente en esta etapa de formulación, no se deben desconocer los estudios de viabilidad y factibilidad de la política.³⁷

Luego de la etapa de formulación, se procede con la etapa de implementación, autores como Hogos y Gunn, señalan que existen varias condiciones necesarias

³⁶ HOGWOOD, Gen. Análisis forthe real Word. Oxford. Oxford Universito Press;1984.

³⁷ RODRIGUEZ, Claudia. Derecho a la atención en salud. Capítulo II. Políticas públicas en salud. Facultad Nacional de salud Pública. universidad de Antioquia. 2008,22-25.

para poder implementar una política y así lograr su sostenibilidad, de modo que recomiendan las siguientes condiciones al momento de implementar una política pública:³⁸

*Tener claro y conocer muy bien los objetivos a cumplir.

*Evitar todas las restricciones que provienen del entorno.

*Tener suficiente disponibilidad de tiempo, recursos políticos, financieros y administrativos.

*Que exista una comprensión y consenso en torno a los objetivos, así lo mismo buscar una dependencia mínima entre las diferentes instituciones involucradas en la implementación de la política.

*Definir muy bien y claramente las tareas en la secuencia correcta. y hacer el seguimiento adecuado de su cumplimiento.

*Toda la fase de implementación debe ser basada en una comunicación clara que permita la coordinación de acciones.

La experiencia de diversos grupos sugieren que es mejor que los mismos encargados de la formulación, se ocupen de la implementación, así existe un mayor compromiso de todos los actores. En esta fase de implementación de una política pública, los problemas más frecuentes a resolver, tienen que ver con uno de los siguientes factores:³⁹

*Existencia de limitaciones tecnológicas.

*La presencia de diversidad y cantidad de problemas a resolver simultáneamente, sin que exista un líder se encargue de la situación.

*No existe el recurso humano adecuado para la tarea, o no está comprometido con la ejecución de la misma.

*No se cuenta con el soporte político, económico o social adecuado, para implementar la política. Es frecuente que se planteen las políticas y no se tenga en cuenta la población sobre la que será aplicada.

³⁸ MARIN, Gloria y ARANA Gustavo. Políticas públicas en salud: aproximación a un análisis. grupo de investigación en gestión y políticas en salud . Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. 2008.

³⁹ ROTH, André y MARIN Gloria. Introducción a políticas públicas en salud. facultad nacional de salud pública," Héctor abad Gómez" 2008. 6-11.

*Creación de conflictos interinstitucionales por mezcla de interés y búsqueda de poder.

Y finalmente en la etapa de evaluación de una política pública en salud, se debe tener en cuenta los medios con los que se elaboró dicha política, y en esta parte se evalúan el cumplimiento de los objetivos, los recursos que se utilizaron en la implementación de la política, la capacidad de respuesta de las instituciones de salud, ante la problemática, y el papel de cada uno de los actores y entes de salud. En este punto cuando se evalúan los resultados, es muy importante medir la cobertura de estas políticas, y si llegaron en realidad a la gente que necesitaba el servicio, y el nivel de ejecución de los programas y proyectos, los recursos utilizados adecuadamente, o los perdidos y desviados, y el desarrollo tecnológico que se alcanzó con la política. También en esta etapa de evaluación, se debe prestar atención en medir el impacto, la eficiencia, y la satisfacción de los usuarios del sistema de salud al ser implementada la política pública, ya que de esta satisfacción, se logra saber si la política fue capaz de resolver la problemática o no.⁴⁰

2.1.6.4 Análisis principales políticas públicas en salud en Colombia

- **Derecho a la atención en salud en Colombia.** Lastimosamente se puede decir, que en Colombia, a pesar de las reformas al sistema de salud y la normatividad existente, no se ha garantizado efectivamente el derecho ni la atención en salud. El gran número de demandas, y tutelas interpuestas por los usuarios reflejan las falencias en calidad, accesibilidad y oportunidad que tienen hoy en día algunos grupos poblacionales de nuestro país, ya que tradicionalmente la fragmentación de los servicios en salud ha estado presente históricamente de acuerdo a las condiciones socioeconómicas de la persona, lo que ha aumentado la inequidad entre grupos de pobres y ricos, ciudades y pueblos, zona urbana y zona rural.⁴¹

Una muestra que en Colombia no existe una política pública que garantice a todos sus ciudadanos a tener una atención en salud, se ve reflejado en las jurisprudencias que ha ido generando la Corte Suprema de Justicia, tratando de generar el derecho a la salud, y garantizándolo a las personas que les ha sido vulnerado. Debe recordarse que según la Constitución Política de 1991, Colombia se proclamó como “ estado social de derecho”, lo que conlleva a un estado benefactor, que debe buscar el garantizar a sus gentes un nivel mínimo de calidad de vida, independiente de factores sociales, económicos o geográficos. En la Constitución prima la protección en este servicio a algunos grupos específicos de la población como los niños, Embarazadas, tercera edad o personas con discapacidad. Expertos en el tema, marcan la diferencia que existe con la ley 100

⁴⁰ VARGAS A. Notas sobre el estado y las políticas públicas. Bogotá; Almudena Editores. 2000.

⁴¹ Ibíd.

de 1993 que presenta el estado como un regulador del mercado, y no como un estado social de derecho, como si lo plantea la Constitución Política de Colombia. Sigue siendo necesaria la implementación de políticas relacionadas con el derecho a la salud, gastos en salud y acceso a los servicios de todos los ciudadanos.⁴²

• **Políticas públicas de primera infancia en Colombia.** Tradicionalmente la sociedad no le dado el valor necesario a la primera infancia, lo que se ve reflejado en una postura que no ha permitido el respeto por la dignidad y el niño como una persona humana, con todos sus derechos, existiendo por ello una problemática especial en este grupo poblacional, que ha hecho se generen políticas publicas con énfasis en estas edades. Lo anterior ha hecho que, frente a los derechos de niñas y niños, todas las personas adultas e instituciones se convierten en portadoras de deberes con este grupo. Dentro de las políticas existentes en Colombia más representativas en este tema, se encuentra el plan decenal de la infancia, 2004-2015, la ley 1098 de 2006 de infancia y adolescencia, que está incluido dentro del plan nacional de salud. Un denominador de estas políticas es que reconocen la familia, como eje fundamental de la sociedad, y responsable directo de velar por los derechos de los niños.⁴³

• **Alcance políticas públicas área salud sexual y reproductiva en adolescentes en Colombia.** Una problemática, que está siendo enfrentada por toda Latinoamérica, es el gran número de adolescentes embarazadas, lo que constituye una problemática social, teniendo en cuenta, que la población adolescente en América Latina, constituye el 21% de la población general, y en Colombia es la quinta parte de los 46 millones de habitantes. En Colombia la encuesta nacional de demografía y salud en Pro familia resaltó que se viene aumentando la tasa de fecundidad en las dos últimas décadas en las mujeres menores de 20 años en Colombia, lo que ha hecho que se diseñen políticas públicas en salud , como la que formuló en 2003 el Ministerio de protección social como una política nacional de salud sexual y reproductiva, entendida como una política que busca un estado de bienestar físico, mental y social , y no solo la ausencia de enfermedades. Esta política también aborda la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos. Para implementar esta política, todas las entidades territoriales deben formular un plan de salud sexual y reproductiva que incorpore los principios orientadores y estrategias , que busquen articular las intervenciones de los diferentes planes, adaptándolos a las condiciones culturales y demográficas, propias de cada comunidad.⁴⁴

⁴² PEREZ , Francy. Política pública de primera infancia. Capítulo cuarto: Políticas públicas en salud. facultad nacional de salud pública. Universidad de Antioquia. 2008. 34-41.

⁴³ RÍOS, Ana. alcance de las políticas públicas en el área de salud sexual y reproductiva dirigidas a los adolescentes en Colombia. salud Uninorte. Barranquilla. 2008;24:351-358.

⁴⁴ MARIN, Gloria y ARANA Gustavo. Políticas públicas en salud: Aproximación a un análisis. grupo de investigación en gestión y políticas en salud . Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. 2008.

2.2 ANTECEDENTES Y MARCO HISTÓRICO

2.2.1 Análisis del Contexto del Sistema de Salud a Nivel Mundial y Nacional.

El sector salud se ha convertido en uno de los sectores más relevantes de las economías desarrolladas. Los recursos destinados a la salud se estima están en un 8% del PIB en los países desarrollados, además no ha parado de crecer en los últimos años. Según informe de la organización para la cooperación y el desarrollo económico (OCDE) el PIB para países más desarrollados como Alemania, Suiza y reino Unido ha pasado del 4% al 8% en 40 años. Estados unidos tiene el mayor porcentaje del gasto el cual está en un 15% del PIB, a pesar que los servicios de salud son en un gran porcentaje privados.⁴⁵

En el estudio realizado por el Ministerio de la protección social y el Banco Interamericano de desarrollo sobre cuentas en salud,⁴⁶ se observa que en Colombia el gasto en salud como proporción del Producto Interno Bruto del país, ascendió del 6.2 al 10.1 entre 1993 y 1997 es decir en pesos constantes se pasó de 9,5 billones hasta 17 billones, logrando estabilizarse desde al año 2000 donde oscila entre el 8,5 y 9%.

El gasto público (incluye todos los gastos de la Dirección del Sistema y entidades adscritas como también todos los gastos de las direcciones seccionales y locales de salud e incluso el Régimen Subsidiado) creció del 1,4% al 3.4% en el mismo periodo, desciende ligeramente en el año 2000 y vuelve a crecer los últimos años para alcanzar el 3.7%. El gasto privado, descendió desde un 4% sostenido entre los años 94 y 97 al 1,7 % en el año 2002.

El gasto per cápita en salud ha venido creciendo al traducir los pesos corrientes a dólares, se observa que el gasto en salud aumentó notoriamente, de 112 a 269 dólares en el periodo 1993-1997 y que desde ese año viene reduciéndose hasta alcanzar los 157 dólares per cápita en 2002. Desde luego la curva en dólares se ve afectada por los fenómenos de revaluación y devaluación del peso.

Las estadísticas demuestran que existe una relación directa entre desarrollo económico, gasto en salud y entre este y salud, aunque no hay indicadores absolutos que muestren el estado de salud de una sociedad si existen algunos que reflejan el estado de salud de la población como el índice de vida al nacer y la mortalidad.

⁴⁵ GONZÁLEZ A y MOGOLLÓN O. "La Reforma de Salud y su Componente Político: Un Análisis de Factibilidad Gaceta Sanitaria Número 16 Vol. 1 Barcelona Marzo 2002.

⁴⁶ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Página Principal Noticias [en línea]. 2012. [Consultado el 1 de octubre de 2012, 9:00 a.m.]. Disponible en Internet: <URL:<http://www.minproteccionsocial.gov.co/pars/newsdetail.asp?id=16237&idcompany=39>>

El incremento del gasto en salud, tiende a disminuir la mortalidad y aumentar el índice de vida al nacer, hasta un punto donde se estancan los indicadores sin embargo el gasto sigue subiendo. En los países desarrollados se ve el reflejo claramente, por ejemplo se disminuye la mortalidad porque tienen mejores condiciones de vida, la población se vuelve vieja y por lo tanto no produce, se enferma y aumentan los gastos en salud de esta población, además al aumentar el nivel de vida por el desarrollo de la economía, la población se vuelve más exigente, solicitan más tecnología en los hospitales y más comodidad así mismo la implementación de altos estándares de calidad exigen mayores gastos médicos.

Es un interés mundial el conocer las condiciones de calidad de vida de los habitantes, para de esa manera concretar políticas públicas que en verdad busquen el solucionar los problemas de las comunidades. A nivel mundial tomando el concepto de calidad de vida a nivel general se plantean los índices más conocidos como el NBI necesidades básicas insatisfechas. IDH índice desarrollo humano. Medido por organismos internacionales que se encargan de su monitoreo y dar recomendaciones a sus gobiernos.⁴⁷

En este orden de ideas cabe agregar de una manera más precisa algunos de los sucesos y situaciones que se viven en el sector salud del país; Sin ser uno de los objetivos específicos planteados para esta investigación, se considero pertinente analizar la actual problemática del sector salud con miras a entender aun más el desempeño del mismo en el municipio estudiado. Sin profundizar, por las razones anteriores, y dada la falta de bibliografía especializada (libros, revistas) sobre el tema se revisaron los últimos acontecimientos emitidos a través de la consulta de la página de la **Federación Medica Colombiana**.

De esta manera se encontró que el gobierno en cabeza de su ministra de Salud, Beatriz Londoño acepta la crisis que vive el sistema de salud en nuestro país; entre los acontecimientos más importantes recientemente mencionados fue la progresiva unificación de los planes de beneficios (POS) en el año 2012 y el giro de recursos al sistema para su parcial saneamiento.

Según las noticias revisadas, el origen de la problemática es un problema financiero originado en conductas de corrupción por varios agentes del sistema. Los últimos pronunciamientos dados en el primer semestre del 2012, han sido del anterior ministro de hacienda Juan Carlos Echeverry, quien sostuvo que el déficit existente se podría superar en el año 2030, es decir hasta dentro de 18 años, Sin embargo el Presidente de la Republica afirmó que la sostenibilidad del Sistema de Salud en el país esta asegurado hasta el 2020 a razón de 2 billones de pesos anuales de los cuales el 1,3 billones saldrán del Presupuesto General de la Nación por lo cual, si los cálculos del gobierno son correctos, el problema de financiación del sistema de salud está

⁴⁷ DELGADO, Pedro y SALCEDO, Tulia. Aspectos conceptuales sobre los indicadores de calidad de vida. Bucaramanga: UIS, s.f.

resuelto sin importar que el aporte de fondos por parte del régimen contributivo sea muy reducido.

Con referencia a lo anterior varios son los motivos de ese gran déficit: el primero en ser mencionado por los medios de comunicación es “el manejo de los recobros de servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud; dado esto el gobierno ha hecho muchos esfuerzos para mitigar o eliminar esta situación pero han resultado fallidos; en especial se encuentran medicamentos, que suman cuantiosas y escandalosas cifras, de los recursos de compensación y solidaridad del FOSYGA. “Según investigaciones de la Federación Médica Colombiana el monto por los recobros de medicamentos fue de aproximadamente 6 billones de pesos” De esta manera, la deuda por recobros de las EPS con la red hospitalaria ha sido estimada entre 7 y 10 billones de pesos.

Los entes de contraloría ratificaron esta situación al mencionar que tienen grandes hallazgos encontrados de inconsistencias en precios de medicamentos con incrementos inexplicables y recobros falsos; todos estos fueron transferido a la fiscalía para que emprenda investigaciones sobre las Eps por daño patrimonial;

De esta manera, según la Cámara Farmacéutica de la ANDI 2010, quien contrato un estudio avalado por el ministerio, los recobros que le han efectuado al FOSYGA resultaban cifras exorbitantes por el orden de los 2 billones; por todo esto los recursos manejados por las Eps y Eps Subsidiadas son recursos públicos de la Seguridad Social y estas son solo administradoras e intermediadoras en el proceso del sistema de salud en el país.

Por todo lo anterior, se puede afirmar que el sistema de salud colombiano esta en una situación crítica y el momento coyuntural que se vive exige extrema atención en los procesos del sistema. La primera impresión que se tiene, luego de revisar noticias recientes es que el problema no es por falta de recursos, sino por la corrupción que han tenido los diferentes agentes que integran el sistema.

2.2.2 Análisis del Contexto Nacional Sobre Calidad de Vida en Salud.⁴⁸ A nivel nacional, tomando el concepto de calidad de vida a nivel general, se observan mediciones como la realizada por Fedesarrollo, institución que realiza una encuesta social en las principales ciudades del país de modo semestral y con el objetivo de medir el bienestar económico y social de los hogares colombianos, cobertura de servicios básicos y percepciones sobre el bienestar, desempleo, la corrupción y el ahorro. Esta medición tiene claro la multidisciplinariedad del concepto de calidad vida y las muchas mediciones que para este fin existen. Se toma el tema en salud, para mirar cómo se mide la calidad de vida en salud, y como esta aporta a una calidad de vida en general, y desde la óptica de la

⁴⁸ Federación Medica Colombiana. Información General [en línea]. Agosto de 2012 [Consultado el 10 de septiembre de 2012, 8:00 a.m.]. Disponible en Internet: <URL:<http://www.federacionmedicacolombiana.com/>>

productividad. A nivel de mediciones en calidad de vida de salud, los primeros reportes empiezan aparecer en la literatura en la década de los setenta, se habla desde entonces de cuestionarios genéricos, que miden la salud desde una óptica muy general o cuestionarios específicos de una enfermedad con características especiales del paciente. Por ello tenemos formularios como SF36. Índice de Katz, Bartel, etc.⁴⁹

Dentro de estos estudios de calidad de vida en salud, se han reportado algunos interesados en medir la eficiencia del sector salud en Colombia. Todos los últimos estudios se basan para ello en el decreto 1011 de 2006 que define la atención en salud, como los servicios que se prestan a todos los usuarios en un marco propio del aseguramiento, así como actividades, procedimientos e intervenciones destinadas a ofrecer servicios a toda la comunidad. Estos estudios se han basado en observaciones dirigidas a evaluar la calidad objetiva y calidad subjetiva o percepción del servicio.

La calidad objetiva propuesta por LEVIT, desde 1972, propone aplicar a la producción de servicios los mismos estándares de control de calidad de una manufactura, este enfoque es el que se conoce como calidad objetiva y se refiere a la superioridad, que tiene que ser medible y verificable de un servicio, frente a un ideal que tomamos como estándar. Un cambio en esta visión objetiva a un modo subjetivo o de percepción se centró a partir de estudios de Gronroos. Este autor dice que dada su inmaterialidad, los servicios se dan por una interacción entre el comprador y el vendedor y esto origina el concepto de calidad de servicio percibido, que implica un juicio subjetivo del cliente sobre el servicio o su propio estado de bienestar. De modo que este enfoque nos determina que la percepción del paciente sobre la prestación del servicio, determina en forma definitiva su nivel de calidad.⁵⁰

Llevando este enfoque a la calidad de vida y por ende la calidad de servicios en salud en Colombia, a pesar que después la constitución de 1991, el gasto en salud ha aumentado, la calidad y efectividad de este sistema sigue siendo cuestionada por diversos estudios. El estudio de Velandia, sobre oportunidad y razones de no uso de servicios de salud, muestran que un 64.7% de las personas, consideradas como enfermos crónicos, no utilizaron sus servicios, por problemas de calidad.⁵¹ El boletín 18 de marzo 2007 de la Procuraduría general de la nación, presenta preocupantes conclusiones de su estudio, donde se cuestiona el servicio de las

⁴⁹ LUGO A., L. E.; GARCÍA G., H. I. y GÓMEZ, R. C., Op. Cit.

⁵⁰ LOZADA, Mauricio y RODRÍGUEZ, Augusto. Calidad del servicio de salud: Una revisión a la literatura. Cuad. Administración (Julio-Diciembre). Bogotá, 20(34). 2007. p. 237-258.

⁵¹ VELANDIA, Ardon y CARDONA, Sara. Oportunidad satisfacción y razones de no uso de los servicios de salud en Colombia, según la encuesta de calidad de vida del DANE. En: Revista Colombia Médica, 32(1), 2001. p. 4-9.

EPS en Colombia,⁵² destacando el trato inhumano, discriminación, y falta de información en sus servicios. Lozada y Rodríguez, quienes evaluaron y revisaron la calidad de estudios realizados en el país a este nivel, llegan a la conclusión, que aunque se han realizado varios intentos, es muy poco lo que se ha avanzado y esto se muestra en el gran descontento de la población por los servicios de salud, ellos sugieren crear mecanismos de evaluación de calidad, enfocados a procesos de mejora continua, que sin duda deben vincular, la perspectiva, de usuarios y su percepción por el servicio sin olvidar el monitoreo oportuno de los indicadores objetivos que para tal fin existen.

La maestría en administración de la Universidad Santo Tomas, dentro de sus líneas de investigación, ha desarrollado trabajos en este campo, con énfasis en productividad y desarrollo del clúster de petróleo y gas. Franco Chaparro, presentó una propuesta de mejoramiento para la red prestadora de salud privada, en la zona influencia a la zona de petróleo y gas. Se comprobó que la red prestadora no era suficiente en infraestructura, capacidad instalada y tecnología médica y que el recurso humano no estaba disponible en la región. Por lo cual se hacía necesario un plan de mejoramiento en mira de ser más competitivos como empresas del sector salud, y al mismo tiempo mejorar en servicio a la comunidad.⁵³ Durán Peña desarrolló un programa en salud ocupacional para la gestión de riesgos en los procesos del upstream del clúster de petróleo y gas de Barrancabermeja y su área de influencia con miras a mejorar la calidad de estos servicios en las redes prestadoras. Y actualmente el grupo de investigación de economía social y desarrollo empresarial, desarrolla un proyecto en estudiar la calidad de vida de los actores del clúster en petróleo y gas en Barrancabermeja como factor de competitividad sostenible. De tal modo que con estos antecedentes, experiencia investigativa en el área y marco histórico, se pretende desarrollar este trabajo en el municipio de Aguachica, Cesar, con el objeto de mejorar la calidad de vida de sus habitantes y por ello su competitividad.

2.2.3 Tendencias en Salud Hacia los Centros de Excelencia. De igual modo, como se han presentado avances importantes en los últimos 30 años, en innovación, tecnología y desarrollo organizacional en las áreas de las telecomunicaciones, infraestructura y competitividad, la salud a nivel de servicio también ha empezado a generar cambios, aunque con más lentitud y un poco atrasada comparada con estos sectores, pero se visualizan hoy una nuevas tendencias, que le permita al sector salud ser más competitivo y lograr generar más valor a los usuarios del sistema. La problemática de la salud ha sido un proceso global, que no solo ha afectado países pobres o países ricos, sino a todos los países del mundo. Estados Unidos el país más desarrollado, es un ejemplo de ello, no cuenta con un equilibrio en su sistema de salud, y es hoy en día uno de

⁵² COLOMBIA. PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN. Frenar trato indigno a usuarios EPS. Boletín No. 087. 2007.

⁵³VELANDIA, Ardan y CARDONA, Sara., Óp. Cit. p. 7

sus principales problemas, por el alto costo de la salud, y la poca satisfacción del usuario. Por ello también a nivel global, ha empezado a surgir una tendencia, que busca establecer programas en salud, cuya oferta de valor sea demostrada con resultados clínicos, altos niveles de seguridad para el paciente, comparado con altos estándares de calidad, y a unos costos competitivos, donde el paciente sea la prioridad, y el mejor indicador sea la satisfacción y la resolución del problema. Esta filosofía de servicio en salud es lo que a nivel global se ha llamado: **centros de excelencia.**⁽⁵⁴⁾

Estos centros de excelencia, son hoy en día considerados una tendencia mundial, ya que la situación de la atención en salud, en todos los países del mundo, es casi igual: cada día aumentan los costos, porque se invierte en tecnología, mientras los servicios que se prestan a los usuarios cada vez se restringen mas , y por ello los pacientes reciben una atención que está lejos de ser la ideal, donde los efectos negativos y adversos que se hubieran podido evitar con un buen sistema de salud, se siguen presentando. Estos problemas generalizados en los servicios de salud, de acuerdo con Porter⁽⁵⁵⁾ surgen por la competencia, de modo tal que la solución estaría también en la competencia, y la solución implicaría un cambio de naturaleza, porque es claro que mas allá de políticas públicas innecesarias, el objetivo primordial es el usuario que está siendo afectado por el mal servicio, y lo que el busca y necesita, es que le resuelvan su problema y el pueda tener una mejor calidad de vida. Y esto según investigadores a nivel mundial, solo se consigue con planes de salud y políticas públicas **cuya meta sea el generar valor para el paciente.**

Cuando la filosofía organizacional de las instituciones de salud y programas de salud de Colombia, tengan claro que la competencia se debe centrar en generar valor para el usuario, los esfuerzos se orientarán a proveer una mejor atención, de una manera más eficiente, que en resumen es lo que busca un usuario cuando necesita un servicio de salud, y esto tiene que ir dirigido a que el precio ajustado por valor se reduzca, porque implica que se manejan más casos y se tiene más experiencia, para ofrecer el servicio de una mejor calidad y a un menor precio. Porter explica este fenómeno, como competencia suma positiva, es el ideal de un servicio de salud y un centro con filosofía de centro de excelencia.⁽⁵⁶⁾

Es muy claro hoy en día en el consenso en salud, que el verdadero valor se genera o se destruye, paciente por paciente, o enfermedad por enfermedad, y por ello la diferencia competitiva y planes de salud, deben enfocarse en mejorar la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades individuales, no en

⁵⁴CASTAÑO, Ramón. Centros de excelencia: calidad, eficiencia y competitividad para la exportación de servicios. *Vía salud*.2005;33:8-17.

⁵⁵PORTER, OLMSTED. Redefinen competición in health care. *Harvard Business Review*.2004. junio.

⁵⁶CASTAÑO, Ramón. El camino hacia la excelencia: lecciones del foro de 8 septiembre. *Vía salud*.2006;38:4-9.

planes o políticas incoherentes, que buscan beneficios o altas inversiones en infraestructuras y tecnologías que muchas veces no son necesarias, y cuya relación costo beneficio, ha mostrado ya muchas veces ser incierta. Este es el motivo por el cual el sistema de salud Colombiano está empobrecido y en bancarrota, porque se han determinado por personal ajeno al sistema de salud que no valora las necesidades del usuario final y en donde la desproporción entre costo y calidad es enorme. Esto es lo que se denomina suma cero o lo que es peor, suma negativa. Desafortunadamente con esta metodología se siguen formulando planes de salud en éste medio nacional.

La experiencia y las metas de análisis más recientes, demuestran mas allá, de cualquier duda, que cuando los médicos y grupos de práctica tratan volúmenes grandes de pacientes con la misma patología, los resultados clínicos y en prevención de nuevas enfermedades son mejores y los costos de recurso humano, materiales e infraestructura, son menores, ya que se alcanza una gran curva de aprendizaje, que inevitablemente se va a traducir en mejor calidad y mayor eficiencia, lo que se denominó, suma positiva. Todo esto será beneficioso para el paciente, que se reitera es a quien se debe agregar valor, pero que también sirve indiscutiblemente a los prestadores del servicio, ya que mejoran su competencia y difícilmente serán igualados por otros.

Es decir, esto de lo que hoy se habla en salud, como centro de excelencia, no es nada diferente a un grupo de práctica, o grupo de personal de la salud que se dedica a tratar, prevenir y diagnosticar rango estrecho de enfermedades, procedimientos, o programas preventivos. Lo que le permite manejar un gran volumen de individuos con la misma problemática o diagnóstico , y con ello avanzar en una curva de aprendizaje que le permitirá mejores resultados, que incluye menor número de complicaciones y mejores tasas de eficiencia. En resumen, son grupos altamente competitivos, que tienen como estrategia mayor calidad y mayor eficiencia, siendo sostenible, lo que implicaría que es difícil de alcanzar por otros, y esto les permitirá finalmente competir exitosamente tanto en el mercado nacional, como la posibilidad de exportar servicios de salud.

En Colombia este programa de centros de excelencia en salud, se formalizó durante el XVIII Foro internacional, del Centro de gestión hospitalaria, realizado en Bogotá, el 10 de junio del 2009.^{57,58,59} Lleva tres años funcionando, con cerca de 9 instituciones de salud, ya certificadas. Para ellos se creó un sistema de certificación, que inicia con un programa de autoevaluación, seguida de un proceso de evaluación externa y que se soporta conceptualmente en las siguientes filosofías:

⁵⁷ CASTAÑO, Ramón. Centros de excelencia, Op. Cit.

⁵⁸ PORTER, OLMSTED. Op. cit.

⁵⁹ XVIII CONGRESO CENTRO DE GESTION HOSPITALARIA. 9-10 junio 2009. Bogotá. Colombia. Memorias. Bogotá. Universidad del Rosario, 35 p.

*Filosofía de Mejoramiento Continuo.

*Filosofía De Gestión Centrada En El Usuario.

*Concepto de Seguridad de Paciente.

*Concepto de Curva de Aprendizaje en la producción y venta de servicios de Salud.

*Conceptos de Competitividad En Sector Salud.

2.3 MARCO CONCEPTUAL⁶⁰

El sistema general de seguridad social integral creado con la ley 100 de 1993, está conformado por una serie de instituciones, de normas y procedimientos que dispone la comunidad y las personas para poder gozar de una buena calidad de vida, el bienestar individual y el de la comunidad.⁶¹

El Sistema también incluye las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico de salud y servicios complementarios.

La salud es un servicio público esencial de seguridad social y se deben prestar con base a los principios de:

ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD: es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. La atención primaria hace uso de métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas que contribuyen a la equidad, solidaridad y costo efectividad de los servicios de salud.

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.

⁶⁰ VELANDIA, Ardon y CARDONA, Sara

⁶¹FRANCO, L. H. Propuesta de mejoramiento para la Red Prestadora de Servicios de Salud Privada, en la Zona de influencia al Clúster de Petróleo y Gas (Municipios de Barrancabermeja, Puerto Wilches, San Vicente y Sabana de Torres) en el Departamento de Santander. Tesis de Grado para Maestría . Universidad Santo Tomás. Bucaramanga. 2011.

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.

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.

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 el 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.

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.

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

EMPRESAS ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS (EAPB): se consideran como tales, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado (Administradoras del Régimen Subsidiado), Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada.

EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO (ESE): son los hospitales públicos que con la ley 100, se sometieron a transformaciones creando entes con independencia administrativa y financiera para prestan servicios de salud en los municipios. Sin embargo siguen con la dirección y el control del estado.

ENFOQUE DIFERENCIAL: el 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.

FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA (FOSYGA): entidad encargada de manejar los recursos financieros en salud para el régimen subsidiado, la población pobre y vulnerable sin seguridad social, los accidentes de tránsito y eventos catastróficos.

IGUALDAD: el 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.

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.

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

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.

MORBILIDAD: causas de enfermedad de una población en un tiempo determinado y sitio determinado.

MORTALIDAD: es un indicador demográfico donde se reporta las defunciones de la población en un periodo determinado.

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

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

PLAN OBLIGATORIO DE SALUD: son los actividades procedimientos e intervenciones autorizadas por el gobierno para prestarle a los afiliados al sistema general de seguridad social en salud tanto del régimen contributivo como del régimen subsidiado, tanto para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los usuarios del sistema también es considerado el eje del sistema general de seguridad social en salud en Colombia pues incluye todo el paquete de servicios básicos

además incluye las prestaciones económicas a las cuales se tiene derecho por incapacidad y está contemplado en el acuerdo 008 de diciembre de 2009.

PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD: se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, (IPS) los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes.

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.

PREVENCION: 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.

Pero además de estos principios alrededor del cual gira la seguridad social en el país, existen otros conceptos técnicos que es necesario explicarlos para mayor entendimiento de la propuesta a desarrollar.

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

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SOGCS-): es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

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

SISTEMA DE INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS (SISBEN): permite identificar y clasificar a las personas pobres y vulnerables en nivel I, nivel II y nivel III del dependiendo de sus condiciones económicas y educativas entre otros factores.

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

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.

UNIDADES DE PAGO DE CABEZA O PERSONA (UPC): dinero que gira el estado a las administradoras de planes de beneficios por los usuarios afiliados al sistema.

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

2.4 MARCO LEGAL Y NORMATIVO

- **Constitución Política de Colombia, 1991:** carta magna del país diseñada para “fortalecer la unidad de la nación y asegurar a sus integrantes la vida, la convivencia, el trabajo, la justicia, la igualdad, el conocimiento, la libertad y la paz, dentro de un marco jurídico, democrático y participativo que garantice un orden político, económico y social justo y comprometido a impulsar la integración de la comunidad latinoamericana.”
- **Ley 100 de 1993:** por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. El congreso de la república de Colombia decreto que la Seguridad Social Integral 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 1122 de enero 7 de 2007:** Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones en materia de calidad en la atención de los afiliados al sistema, regulación, financiamiento y mejoramiento en la prestación de los servicios.
- **Decreto 1011 de abril 3 de 2006:** se establece el sistema obligatorio de garantía de calidad donde todas las instituciones de salud están obligadas a

cumplirlas: El decreto orienta a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario

- **Circular 30 de 19 mayo de 2006:** La Superintendencia Nacional de Salud, en esta circular da indicaciones a las instituciones prestadoras de servicios de salud a las empresas Promotoras de salud sobre los indicadores de calidad y los estándares que se deben mantener para mejorar la calidad en la prestación de los servicios.
- **Decreto 1446 de 8 mayo de 2006:** Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud
- **Decreto 1760 de 3 agosto 1990:** Por el cual la Presidencia de la República establece y define los niveles de atención, tipo de servicio y complejidad de las instituciones que prestan servicios de salud.
- **Resolución 1043 de agosto 3 de 2006:** Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.
- **Plan departamental de desarrollo Cesar año 2008- 20011:** En él se encuentra las políticas, objetivos, metas y estrategias departamentales respecto a salud en el departamento de Cesar.
- **Plan departamental de desarrollo “Prosperidad a Salvo” año 2012- 20016:** En él se encuentra las políticas, objetivos, metas y estrategias departamentales respecto a salud en el departamento de Cesar.
- **Plan de Municipal de desarrollo “El Cambio Es Ahora” año 2012- 20016:** En él se encuentra las políticas, objetivos, metas y estrategias departamentales respecto a salud en el Municipio de Aguachica.

3. METODOLOGÍA

3.1 TIPIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El trabajo de investigación se realizó básicamente con un enfoque cualitativo y cuantitativo de tipo aplicado por el alcance de los objetivos de la investigación. Tiene un carácter descriptivo ya que pueden establecer los comportamientos concretos del sector

El paradigma dominante que caracterizó el sentido de la investigación es de tipo descriptivo y cuantitativo, debido a que se fundamentó inicialmente en recopilar, analizar e interpretar datos e información suministrada por las empresas y Entidades de salud Pública del municipio. El objetivo principal de la propuesta de investigación es proponer el diseño de una propuesta de política pública para mejorar la calidad de vida en salud como factor de competitividad en el municipio de Aguachica, lo cual es evidentemente descriptivo.

El enfoque cuantitativo, se manifestó en los avances de consecución de los objetivos, así como en el cumplimiento de las actividades por realizar y en los tiempos presupuestados, lo cual es inherente a la solución de cualquier problemática.

3.2 PRUEBA DE HIPÓTESIS

La pregunta epistemológica que guía la investigación fue la siguiente:

¿Qué factores se deben tener en cuenta para diseñar una política pública de mejoramiento de la calidad de vida en salud en el municipio de Aguachica, Cesar?

La respuesta que se configuró a tal interrogante dará pautas para comprobar la siguiente hipótesis de investigación:

- Diseñar una política pública de mejoramiento de las condiciones de calidad de vida en los habitantes de Aguachica, Cesar, permitirá el mejorar su competitividad.

La validación de la anterior hipótesis siguió un proceso metodológico que constó de tres momentos:

3.2.1 Primer paso: diagnóstico de la calidad de vida en salud en el municipio de Aguachica cesar

- **Objetivo:** Realizar un diagnóstico de la calidad de vida en salud que poseen los habitantes de Aguachica Cesar, según los parámetros objetivos de la organización panamericana de la salud.

Las **variables** que se tuvieron en cuenta para realizar este diagnóstico, fueron las sugeridas por la organización panamericana de la salud. Dichas variables son las siguientes:

*ESTRUCTURA DE LA POBLACION: población total, población rural, población urbana, población femenina, población masculina, proporción población menor de 15 años, proporción población de 60 años y mas y tasa de crecimiento anual de la población.

*DINAMICA DE LA POBLACION: tasa anual de nacimientos, tasa anual de defunciones, tasa bruta de mortalidad, tasa de mortalidad infantil, esperanza de vida al nacer.

*RECURSO HUMANO EN SALUD: médicos por 1000 habitantes, enfermeros profesionales por 1000 habitantes, odontólogos por 1000 habitantes.

*VINCULACION AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL: número personas régimen subsidiado, número personas régimen contributivo, número de personas no afiliados, población total Aguachica.

*INDICADORES DE ACCESIBILIDAD OPORTUNIDAD: oportunidad de la atención consulta médica general y especializada, oportunidad atención consulta de urgencia, oportunidad atención consulta odontología general, oportunidad realización cirugía programada.

- **Instrumentos.** Para la elaboración del diagnóstico de calidad de vida en salud se realizó una búsqueda de información secundaria donde las fuentes fueron las siguientes:

*Documentos y publicaciones de las entidades prestadores de salud en Aguachica.

*Bases de datos referentes a los indicadores y cifras de calidad de vida en salud Aguachica Cesar.

*Planes de desarrollo gubernamentales ejecutados y en desarrollo y sus informes de ejecución (rendición de cuentas). Diagnóstico calidad de vida objetivo Aguachica. (ver anexo A.)

3.2.2 Segundo paso: percepción de calidad de vida en salud en los habitantes municipio Aguachica, Cesar

- **Objetivo.** Conocer cuál es la percepción de la calidad de vida en salud de los habitantes de Aguachica, Cesar.

- **Instrumentos.** Se utilizó el formulario SF36, un instrumento utilizado mundialmente y validado en Colombia para realizar estas investigaciones. Con este formulario se indagaron los siguientes 12 aspectos del Formulario autopercepción calidad de vida. (Ver anexo B).

1. Estado actual de salud general.
2. Nivel de educación al que pertenece el encuestado.
3. Periodo de tiempo con el que utiliza los servicios de salud en el municipio de Aguachica.
4. Estado actual de salud, comparado con el de hace un año.
5. Estado actual de salud, en relación al tiempo de trabajo o actividades cotidianas.
6. Estado actual de salud, en relación a dificultad para el trabajo o actividades cotidianas.
7. Relación desempeño laboral con salud emocional.
8. Relación actividades sociales con salud emocional.
9. Percepción general sobre calidad del sistema de salud en el municipio de Aguachica.
10. Percepción general sobre manera de atención cuando utilizo servicios de salud en municipio de Aguachica.
11. Percepción general sobre la oportunidad del servicio cuando fue requerido en el municipio de Aguachica.
12. Percepción general sobre la eficiencia del servicio en resultados de motivo consulta en el municipio de Aguachica.

3.2.3 Tercer paso: diseño de propuesta de política pública para mejorar la calidad de vida en salud en municipio Aguachica, Cesar

- **Objetivo.** Diseñar una propuesta de política pública que permita mejorar el nivel de calidad de vida en salud en los habitantes de Aguachica Cesar, con base en un diagnóstico objetivo y de percepción de sus habitantes.

- **Instrumentos.** A partir del plan desarrollo municipal de Aguachica 2012, y con la colaboración del Consejo municipal de Aguachica, se realizó una propuesta para mejoramiento de calidad de vida, mediante talleres, foros.

3.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Tabla 1. Variables

HIPÓTESIS	VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ÍNDICE
Diseñar una política de mejoramiento de las condiciones de calidad de vida en los habitantes e Aguachica, Cesar, permitirá el mejorar su competitividad.	1. Estructura de la población	Población total, habitantes Aguachica. Población rural. Población urbana. Población femenina. Población masculina. Proporción población menor de 15 años. Proporción población de 60 años y más. Tasa de crecimiento anual población.	No. de habitantes. No. de habitantes. No. de habitantes. No. de habitantes. No. de habitantes. No. de habitantes. No. de habitantes. Tasa de crecimiento	No. Año No. Año No. Año No. Año No. Año No. Año %
	2. Dinámica de la población.	Tasa anual de nacimientos. Tasa anual de defunciones. Tasa bruta de mortalidad. Tasa bruta de mortalidad. Esperanza vida al nacer. No. de personas afiliadas al SISBEN No. de personas inscritas R.S.S.	No. Nacimientos No. defunciones No. mortalidad. No. mortalidad infantil Años de vida No. de personas No. de personas	Número Número Número Número Número Número Número
	3.- Recurso humano en salud	Médicos por 1.000 habitantes. Enfermeros profesionales por 1.000 habitantes. Odontólogos por 1.000 habitantes	No. de médicos No. de enfermeros No. de odontólogos.	Número Número Número
	4.- Vinculación al sistema de seguridad social	Número de personas régimen subsidiado. Número de personas régimen contributivo. Número de personas no afiliadas. Población total Aguachica.	No. de personas No. de personas No. de personas No. de personas	Número Número Número Número
	5.- Indicadores de accesibilidad oportunidad	Oportunidad de la atención en la consulta médica general. Oportunidad consulta médica especializada. Oportunidad atención consulta urgencia. Oportunidad atención consulta odontología general. Oportunidad realización cirugía programada.	No. días. No. días. No. días. No. días. No. días.	Número Número Número Número Número

Fuente: Los autores del proyecto

3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

Para evaluar la percepción de calidad de vida en salud, se realizó una encuesta para describir las condiciones de calidad de vida en salud de los habitantes de

Aguachica y el universo está constituido por 600 habitantes del municipio de Aguachica. Para seleccionar la muestra a quienes se le realizaría la encuesta de percepción con formulario SF36, se utilizó un muestreo aleatorio simple para estimación de proporción con las siguientes características. luego de lo cual se realizo una prueba piloto con una muestra de 60 encuestas.

- Tamaño de población: Total de habitantes Aguachica: 89.935.
- Confiabilidad: 95 %
- Margen de Error: 4 %
- Tamaño de Muestra: 596 habitantes. Se realizaron 600 encuestas.
- Proporción a favor: 50 %
- Proporción en contra: 50 %.

Fecha: Las encuestas se realizaron durante el mes de junio y julio 2012.

3.4.1 Criterios de inclusión

*Habitantes del municipio de Aguachica, Cesar mayores de 18 años de edad.

*Habitantes del municipio de Aguachica, Cesar, que lleven al menos dos años viviendo de forma permanente en el municipio.

3.4.2 Criterios de exclusión. Personas con algún deterioro cognitivo o neurológico que le dificulte contestar de forma adecuada el cuestionario.

3.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS

La investigación está de acuerdo con la resolución N. 008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud según el Capítulo II Artículo 11 Literal A y se clasifica como un estudio sin riesgo.

Esta investigación se acogió a la reglamentación establecida en dicha resolución, por lo cual se respetó el principio de autonomía definido en el artículo 6 literal e, y así mismo el artículo 14 y 15 por lo tanto, la participación fue voluntaria,

Se respetó el principio de privacidad y confidencialidad resumido en el capítulo I, artículo 8 y artículo 15 literal h, ya que sólo los investigadores tuvieron acceso al archivo o base de datos, con el fin de evitar que personas ajenas al proceso investigativo tuvieran acceso a la información de los participantes.

4. DIAGNÓSTICO DE LA CALIDAD DE SALUD EN EL MUNICIPIO DE AGUACHICA

Para elaborar la propuesta de salud en el municipio de Aguachica, el primer paso consistió en realizar un diagnóstico objetivo de las condiciones actuales de los servicios de salud en este municipio. Se tomaron los indicadores básicos referenciados por la Organización Panamericana de la salud. Estos indicadores se calcularon a partir de datos oficiales registrados por el DANE y el Ministerio de Salud. Se describen a continuación en el siguiente orden:

1. Estructura de la población.
2. Dinámica de la población.
3. Afiliación sistema de seguridad social.
4. Indicadores de oportunidad.
5. Recurso humano en salud.

4.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES Y COBERTURA DE SERVICIOS BASICOS AGUACHICA

Aguachica tiene una extensión de 917 km², está ubicada al sur del departamento del Cesar, sobre la troncal del magdalena, y es la segunda ciudad en población e importancia del departamento del cesar, en la región Caribe colombiana. Fue fundada oficialmente el 16 de agosto de 1748 por José Lázaro de Rivera, y refundada en 1748 debido a una peste en otro sitio. El municipio esta subdividido en 22 corregimientos y está ubicado entre la cordillera oriental y el valle del magdalena a una distancia de 301 km de Valledupar, capital departamento del cesar. La población calculada para el año 2012 es de 89.935 habitantes, que representa el 13% de la población del Cesar y aproximadamente el 0.23% de la población nacional. Su actividad económica más importante es la agropecuaria y el comercio, lo que hacen al municipio de Aguachica, un centro económico y administrativo del sur del Cesar y los Santanderes.

El municipio cuenta con la siguiente cobertura de servicios básicos, según datos para el año 2010.

Tabla 2. Cobertura De Servicios Básico Aguachica 2011

INDICADOR	URBANO	RURAL
Alcantarillado	74.9%	2.76%
Acueducto	87.21%	39.60%
Aseo	90%	-

Fuente: Plan de desarrollo de la mano con el pueblo. 2011.

Tabla 3. Otros Servicios Públicos Coberturas 2011

INDICADOR	URBANO	RURAL
Energía Eléctrica	90.8%	33.20%
Teléfono	30.7%	-
Gas Natural	50.2	-

Fuente. plan de desarrollo de la mano del pueblo 2011.

Tabla 4. Porcentaje de Población con Necesidades Básicas Insatisfechas Municipio de Aguachica

AGUACHICA	ZONA URBANA	ZONA RURAL	TOTAL
	35.27%	72.85%	41.25%

Fuente DANE.

En las tablas 2, 3 y 4. se observa el regular estado de servicios básicos en el que se encuentra la población de aguachica, ya que solo un 75% de la población, cuenta con servicio de alcantarillado y energía eléctrica. Igualmente en estas tablas es notoria la diferencia entre el sector rural y el sector urbano en el municipio, pues mientras los datos muestran que entre el 80 y 90 % de las personas que habitan en el sector urbano tienen acceso a estos servicios, en el campo rural solo un 30 % población lo tiene y algunos servicios no existen. el porcentaje de necesidades básicas insatisfechas en el municipio es muy alto de igual manera para el sector rural ya que es del 75 %.

4.2 ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN MUNICIPIO DE AGUACHICA

Tabla 5. Estructura población Aguachica y proyección a 2017

Indicador	Censo 2005	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2017
Población total	80.789	85.641	86.738	87.821	88.883	89.935	90692	94.864
Población rural	12.853	12.729	12.575	12.358	12.120	12.410	12.050	11.975
Población urbana	67.936	72.912	74.163	75.463	76.763	77.534	78.642	82.889

Fuente: DANE. Colombia. Proyecciones de población. Censo 2005.

Aguachica es la segunda población del Departamento del Cesar, luego de su capital Valledupar. Al analizar la estructura de su población con respecto información y proyecciones del DANE, con base en censo año 2005. el 84% de su población vivía en la zona urbana, lo que aumento al año 2011 al 86.3 % de su población. Al compararlo con los datos para el departamento del Cesar

encontramos que el 63.9 % de su población vive en la cabecera y el 36. 9% en la zona rural. Para el total nacional de Colombia se tiene que el 72.1 % de la población vive zona de cabeceras municipales y 27.9 % en zona rural. Así entonces, Aguachica tiene mayor cantidad de su población viviendo en zona de cabecera municipal, comparado con el departamento del Cesar y total nacional, lo que se prevé irá aumentando en las proyecciones a 2017.

Tabla 6. Distribución por sexo municipio de Aguachica cesar 2011

Población	Municipio de Aguachica	Departamento del Cesar	Colombia
Femenina	51.47%	49%	50.5%
Masculina	48.53%	51%	49.5%

Fuente: DANE. proyecciones de población 2011. censo 2005.

Al analizar población masculina y femenina en Aguachica, se encuentra que el 51.47 % de su población corresponde a mujeres y un 48.53% a hombres. Para el Departamento del Cesar, un 51 % obedece a población masculina y un 49 % a población femenina. En el plano nacional, donde el 49.5 son hombres y 50.5 mujeres, proyecciones DANE. Censo 2005. Se prevé que la población femenina llegue al 2020 hacer el 50.62 % de la población total colombiana.

Tabla 7. población según grupo de edad con proyecciones de población 2005-2020

Edad de la población	Municipio de Aguachica	Colombia
Población 0- 15 años.	34%	31%
Población 15-29 años.	26%	26.3%
Población 30-64 años.	35%	36.4%
Mayores de 65 años.	5%	5%

Fuente: DANE: Conciliación censal 1985-2005.

Al analizar la pirámide poblacional según grupos de edad, se encuentra que la población total en edades de 0 a 15 años para Colombia pasó de representar un 38% a un 31% de la población total. En Aguachica este porcentaje se ubica en un 34% . La proporción de adultos jóvenes, entre 15 a 29 años paso de 29.8 % a 26.3%. Es decir se observa una disminución entre las personas jóvenes. Y al contrario un aumento de las personas entre 30 y 64 años que pasaron del 29.2% al 36.4% y los mayores de 65 años aumentaron del 4.5% al 6.3% . En el municipio de Aguachica este porcentaje se encuentra en el 5 % de su población. esta tendencia seguirá profundizándose en los próximos años y es un fenómeno mundial, con mayor asentamiento en países desarrollados. La tasa de crecimiento anual para el municipio de Aguachica se estima en 1.78 %.

4.3 DINÁMICA DE LA POBLACIÓN MUNICIPIO DE AGUACHICA

Tabla 8. Dinámica de la población en Aguachica 2011

	Aguachica	COLOMBIA
Tasa general de fecundidad. 2005-2010.	96.60	74.6
Tasa global de fecundidad. 2010.	3.07	2.45
Tasa bruta de natalidad 2010.	24.48	19.8
Tasa bruta de mortalidad.	5.19	5.81
Esperanza vida al nacer 2010.	72.55 años	74 años
Esperanza vida al nacer hombres 2010-2015	71.08 años	
Esperanza vida al nacer mujeres 2010-2015	76.98 años	

Fuente: Ministerio de salud Republica de Colombia.

4.3.1 Análisis de Nacimientos y Fecundidad en el Municipio se Aguachica. La tasa general de fecundidad para Colombia, se estima en 74.6 nacimientos por cada 1.000 mujeres en el periodo 2005-2010. Es más alta en el municipio de Aguachica donde está calculada en 96.60 por cada mil mujeres para periodo 2005-2010 y 89.80 periodo 2010-2015, aunque ha disminuido si se compara con las décadas precedentes. El promedio de hijos que tendría una mujer a lo largo de su vida reproductiva está calculada en 2.45 para la población colombiana. Y de 3.07 en el municipio de Aguachica, esto obedece a la denominada tasa global de fecundidad. En tanto la tasa bruta de natalidad paso de 28.8 a 19.8 nacidos vivos por cada mil habitantes en el periodo de 1985 a 2010 para la población colombiana. En Aguachica los datos obtenidos para el año 2011 en cuanto a natalidad son los siguientes Y se muestran en la tabla 9.

Tabla 9. Reporte de Nacimientos en el Municipio de Aguachica Mes a Mes Año 2011

MES	NUMERO
ENERO	242
FEBRERO	198
MARZO	201
ABRIL	230
MAYO	248
JUNIO	224
JULIO	233
AGOSTO	216
SEPTIEMBRE	266
OCTUBRE	270
NOVIEMBRE	214
DICIEMBRE	193
TOTAL	2535

Fuente: UPGDS.

TASA BRUTA DE NATALIDAD 32.86 X 1000 HABITANTES

TASA BRUTA DE FECUNDIDAD 155.89 X 1000 Mujeres en Edad Fertil

Este cuadro de nacimientos en el Municipio para el año 2011, nos muestra que se presentaron 2535 partos e igual número de nacidos vivos, estos partos se presentaron en los siguientes grupos Etareos, sin que se tengan los datos de los partos atendidos en las casas.

*26 _____ partos en mujeres de 14 años Y MENOS

*899 _____ partos en mujeres de 15-19 años

*1562 _____ partos en mujeres de 20-44 años

*48 _____ parto en mujeres de 45 años Y MAS

4.3.2 Análisis de Mortalidad y Morbilidad Municipio de Aguachica Cesar. Para analizar las causas y tasas de mortalidad y morbilidad en el municipio de Aguachica, se presentan los siguientes indicadores, reportados por los servicios de salud del municipio. las tablas 10, 11 y 12, muestran los datos más representativos de causas de morbilidad en consulta externa y urgencias. y las tablas 13, 14 y 15, ilustran los resultados más representativos de causas de mortalidad en Aguachica.

Tabla 10. Primeras causas de morbilidad por consulta externa, Aguachica 2010

ORDEN	CAUSAS	NÚMERO
1	DIARREA Y GASTROENTERITOS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	10518
2	RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMÚN)	9718
3	INFECCION AGUDA NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES NO ESPECIFICADA	5216
4	INFECCION AGUDA NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES NO ESPECIFICADA	4701
5	INFLUENZA CON OTRAS MANIFESTACIONES RESPIRATORIAS, VIRUS NO IDENTIFICADO	4113
6	INFECCION DE VIAS RESPIRATORIAS NO ESPECIFICADO	3200
7	PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION	2616
8	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	2014
9	OTALGIA	1416
10	FIEBRE PERSISTENTE	1323

Fuente: Secretaria de Salud Municipal

Tabla 11. 10 Primeras Causas de Morbilidad por Consulta Externa en Grupo de Edad de 1 Año A 4 Años, Aguachica 2010

ORDEN	CAUSAS	NUMERO
1	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	9416
2	NAUSEA Y VOMITO	8132
3	RINOFARINGITIS AGUDA(RESFRIADO COMUN)	8002
4	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	6543
5	PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION	5618
6	INFECCION AGUDA NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	3245
7	INFECCION AGUDA NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES NO ESPECIFICADA	3101
8	ASMA NO ESPECIFICADA	1318
9	AMIGDALITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	1289
10	INFECCIONES DE VIAS URINARIAS	1114

Fuente: Secretaria de Salud Municipal

Tabla 12. 20 Primeras Causas de Morbilidad por Urgencias en Grupo de Edad de Menores de 1 Año, Aguachica 2010

ORDEN	CAUSAS	NUMERO
1	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	12374
2	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	11098
3	INFECCION VIRAL, NO ESPECIFICADA	8314
4	NAUSEA Y VOMITO	5439
5	FIEBRE PERSISTENTE	5396
6	AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	3489
7	INFECCION AGUDA NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS	2005
8	TRAUMATISMO CEREBRAL DIFUSO	645
9	ASMA, NO ESPECIFICADA	524
10	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	456

Fuente: Secretaria de Salud Municipal

Las tablas 10, 11 y 12, en el que se analizan las principales causas de morbilidad, por la cual los habitantes de Aguachica, asisten a consulta externa o a consulta de urgencias en los centros hospitalarios y centros de salud, nos permiten concluir que los problemas gastrointestinales asociados a diarreas y vómitos, es el motivo de consulta más frecuente en todas las edades, en especial niños menores de 4 años, le sigue los problemas respiratorios y de resfriado común, con procesos infecciosos de tipo localizado en diferentes áreas anatómicas.

Tabla 13. Mortalidad en El Municipio de Aguachica Mes a Mes Año 2010

MES	NUMERO
ENERO	45
FEBRERO	44
MARZO	39
ABRIL	64
MAYO	41
JUNIO	38
JULIO	52
AGOSTO	44
SEPTIEMBRE	53
OCTUBRE	38
NOVIEMBRE	57
DICIEMBRE	43
TOTAL	558

Fuente: Secretaria de Salud Municipal

TASA BRUTA DE MORTALIDAD 6.51 x 1000 habitantes

Tabla 14. Tabla Sobre Numero de Muertes Violentas Año 2010

MES	PAF	ACP	CONTUNDENTE	TOTAL
ENERO	3	0	0	3
FEBRERO	3	1	0	4
MARZO	7	0	0	7
ABRIL	5	0	0	5
MAYO	1	0	0	1
JUNIO	0	1	0	1
JULIO	7	0	0	7
AGOSTO	4	0	0	4
SEPTIEMBRE	3	0	0	3
OCTUBRE	12	0	0	12
NOVIEMBRE	9	0	1	10
DICIEMBRE	7	0	0	7
TOTAL	61	2	1	64

Fuente: Secretaria de Salud Municipal

Tabla 15. Mortalidad por Accidentes de Tránsito en el Municipio de Aguachica en el Año 2010

MES	NUMERO
ENERO	2
FEBRERO	1
MARZO	4
ABRIL	9
MAYO	1
JUNIO	6
JULIO	3
AGOSTO	2
SEPTIEMBRE	0
OCTUBRE	1
NOVIEMBRE	1
DICIEMBRE	6
TOTAL	36

Fuente: Secretaria de Salud Municipal

La tasa bruta de mortalidad en Colombia se encuentra actualmente 5.81 y su promedio era de 6.57 en los años 1990. En Aguachica esta tasa de mortalidad para el periodo 2005-2010 se ubico en 5.19 y el reporte para el 2010 fue de 6.51 por mil habitantes, donde tiene un alto porcentaje las muertes violentas y por accidentes de tránsito, es decir, se presentó un aumento de esta tasa de mortalidad.

En Colombia de igual manera la esperanza de vida al nacer ha mostrado un aumento significativo en las últimas décadas, desde 1985, este indicador aumentó 6 años ubicándose en 74 años para el año 2010 en población total colombiana. Para el municipio de Aguachica está calculada para el periodo 2005-2010 en 72.55 años, 69.36 años para hombres y 75.90 años para mujeres. Y en el periodo 2010-2015 de 73.96 años, 71.08 años para hombres y 76.98 años para mujeres. Se espera alcance un nivel de 76.15 años para el año 2020 en la población colombiana. Seguirá siendo mayor la esperanza de vida para mujeres que para hombres.

4.3.3 Análisis Epidemiológico de Eventos en Salud Más Frecuentes en Aguachica Cesar

Tabla 16. Reporte Epidemiológico Consolidado 2010 Aguachica

<i>EVENTO</i>	<i>No CASOS</i>
ACCIDENTE OFIDICO	9
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	256
CONSUMO PSA	21
INTENTO DE SUICIDIO	25
ABUSO SEXUAL	8
SUICIDIO	6
CANCER	1
CHAGAS	22
DENGUE	186
DENGUE GRAVE	14
FIEBRE TIFOIDEA	1
HEPATITIS A	3
HEPATITIS B	3
ETA	2
INSUFICIENCIA RENAL CRON	2
INTOXICACION PALGUICIDAS	12
INTOXICACION FARMACOS	7
INTOXICACION SOLVENTES	4
INTOXICACION OTRAS SUST	19
LEISHMANIASIS	8
LEPRA	1
LEPTOSPIROSIS	6
MALARIA VIVAX	8
MALNUTRICION	4
MORTALIDAD MATERNA	1
MORTALIDAD PERINATAL	4
MORTALIDAD POR DENGUE	1
MORTALIDAD POR IRA	1
SIFILIS CONGENITA	4
SIFILIS GESTACIONAL	18
TETANOS ACCIDENTAL	2
TUBERCULOSIS EXTRAPULM	6
TUBERCULOSIS PULMONAR	16
VIH/SIDA	8
VIH/SEGUIMIENTO A GESTANTES	4

Fuente: Sivigila DASA

• **Análisis Total de Resultados.** La violencia familiar excede todos los ámbitos relacionales, y se han reflejado de manera histórica en la célula de la sociedad; pero su alcance va mas allá replicando afectaciones en factores de orden social, político, cultural y económico. Analizando los resultados mostrados en los capítulos anteriores, se puede concluir que existe una deficiencia en la aplicación de políticas públicas efectivas que le garanticen a los miembros de esta comunidad, la integridad de todos los miembros de la familia que suelen estar vulnerables y atropelladas por miembros de la misma. Es así como la violencia intrafamiliar representada en un 36.9% de familias que la padecen, es el problema mas grave de salud publica de Aguachica intrafamiliar. Por esto es necesario formular una politica publica clara y aplicable que permita la reduccion de estos casos. De la misma manera se encuentra al Dengue como la enfermedad de segunda representación de casos con un 26,8 %, de personas, lo que indica que se requiere mayor atencion y que sin duda alguna muestra que no se está llevando acabo los métodos y controles del vector y si se está realizando, no está generando el alcance esperado para su efectividad. Por esto se recomienda promover estrategias de vigilancia ambiental, etomológica, epidemiológica, clinica y de laboratorio y la garantia de los recursos para la realización de todas estas estrategias y no solo en momentos de emergencia.

En un tercer lugar se encuentra el intento de suicidio con un porcentaje de 3,6% de casos , lo cual indica que hay un problema presente en salud mental en el municipio; ver claramente políticas públicas ineficientes; la responsabilidad que tiene la administración pública municipal en la labor formativa y preventiva de este hecho. Estos resultados denotan claramente la necesidad de revisar minuciosamente las medidas que se han tomado al respecto, evaluando sus resultados, alcances y debilidades, generalidades que si se pueden llamar así, inciden de forma directa en estos indicadores.

Es relevante tambien los casos de chagas que representan un 3%, evento que es muy similar al Dengue, que si no se muestra tan alto, conserva la cuarta posición en los casos existentes; de igual manera el tratamiento es respecto al manejo del vector.

Por otra parte el indicador de mortalidad relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas, el cual se define el número anual de defunciones como reacción aguda al consumo accidental, auto infligido intencionalmente, heteroinferido o de intención no determinada, de una o varias sustancias como psicoactivas, considerada como causa básica de muerte ocurridas en un territorio determinado; de esta manera se maneja un porcentaje de 3% en la representación de las 5 enfermedades más persistentes en la comunidad; es así que desde el punto de vista de la prevención se hace relevante destruir la cadena de sucesos que conducen a la muerte, por eso se deben buscar mecanismos como programas de salud para prevenir la causa originaria. En síntesis, la violencia intrafamiliar, el dengue, los intentos de suicidio y la mortalidad relacionada con el consumo de

sustancias psicoactivas, son las enfermedades que tienen una mayor incidencia en el municipio y por lo que una política pública debe enfocarse primordialmente en estos problemas.

4.4 VINCULACIÓN AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL MUNICIPIO DE AGUACHICA

Tabla 17. Población Afiliada Sistema de Seguridad Aguachica por Niveles y por Zona

	Nivel 1.	Nivel 2.	Nivel 3.	Nivel 4.	Total.
Urbano.	41.840	19.724	4.122	186	65.872
Centro poblado.	6.339	404	7	0	6750
Rural disperso.	6585	462	72	7	7126
Total afiliados :	54.764	20.590	4.201	193	79.748

Fuente: Base certificada por el DNP corte 3 noviembre de 2011 por niveles y por zona

En Aguachica de un total de población proyectada a 2012 de 89.935 habitantes, 79.748 están afiliados a un régimen de seguridad, lo que representa un 88.6% de su población. Mientras un 11.4 no cuentan con un régimen de salud. De esta población afiliada, su gran mayoría se encuentra en el sisben, 75.716 personas, lo que representa un 84.18% de la población de Aguachica. El número de afiliados a cada una de estas entidades se muestra en la tabla 18, cabe anotar que según disposiciones gubernamentales en la actualidad se unificó el plan de salud para los colombianos. La distribución de los habitantes por distintas EPS Subsidiadas lo observamos en tabla 18.

Tabla 18. Distribución por EPS Régimen Subsidiado en la Actualidad Aguachica

EPS-S	Número de Usuarios a 31 de Diciembre 2011	Número de Usuarios a 30 Junio de 2012
COMPARTA	31.779	32.200
CAPRECOM	10.529	9.998
ASMETSALUD	17.889	23.432

Fuente: Secretaria de Salud municipal Julio de 2012

En la actualidad las bases estadísticas del régimen subsidiado es de 79.961 personas y a la fecha de 30 de Junio de 2012 65.630 personas se encuentran afiliadas a una EPS subsidiada.

4.5 INDICADORES DE OPORTUNIDAD SISTEMA DE SALUD EN MUNICIPIO DE AGUACHICA

Teniendo en cuenta las publicaciones del Ministerio de la protección social, sobre indicadores de calidad, y que son monitoria del sistema obligatorio de garantía de la calidad de atención en Régimen Subsidiado, establecidos en la Resolución

1446/06 del Ministerio de la Protección Social y en la Circular Única 049/08 de la Superintendencia Nacional de Salud, se tomaron los datos de cuatro EPS Subsidiadas que actualmente prestan los servicios en el municipio de Aguachica. Se muestran los resultados de cada EPS Subsidiadas y se saca un promedio de estas cuatro EPS Subsidiadas, se presentan en las siguientes tablas anexando además el ranking alcanzado en comparación a todas las EPS Subsidiadas que prestan estos servicios en Colombia. Los indicadores que se tomaron fueron los siguientes:

4.5.1 Oportunidad de citas consulta medica general (E.1.1.0)

Tabla 19. Oportunidad citas consulta medica general

ENTIDAD.	Posición nacional	CALCULO 2011.
Caprecom	42	3.3 días
Comparta.	26	2.0 días
Asmet – salud.	16	1.5 días
Salud vida.	36	2.5 días
		Promedio para las EPS Subsidiadas Aguachica: 2.46 días.

Fuente: Ministerio de la protección social. Observatorio de la calidad. Enero2011.

La tabla 19 muestra la oportunidad en la asignación de citas a una consulta con medicina general y se relaciona de forma directa con el nivel de acceso a los servicios de salud. Se observa que el rango de atención de un paciente es de 1.5 a 3.0 días. El mejor resultado nacional reportado es de 0.4 días por Emdisalud. En Aguachica se observa un promedio para estas cinco EPS Subsidiadas en 2.46 días.

4.5.2 Oportunidad de Citas Consulta Medica Especializada (E.1.2.0).

Tabla 20. Oportunidad Consulta Medica Especializada

ENTIDAD.	Posición nacional.	CALCULO 2011.
Caprecom	27	8.7 días
Comparta.	11	5.0 días
Asmet – salud.	18	6.8 días
Salud vida.	33	10.1 días
		Promedio EPS Subsidiadas Aguachica: 8.1 días

Fuente: Ministerio de la Protección Social. Observatorio de la Calidad. Enero 2011.

La oportunidad de la consulta médica especializada se observa en la tabla no 20. Esta oportunidad muestra la capacidad resolutoria de casos mayor complejidad y va en relación con la atención de urgencias y secuelas. El promedio para Aguachica está en 8.1 días con valores entre 5.0 y 10.1 días. El mejor indicador

nacional lo muestra Comfenalco, Santander con 0.8 días y oscila hasta 22 o 30 días por EPS Subsidiadas en Nariño y vichada.

4.5.3 Oportunidad Asignacion de Citas Consulta Cirugia General (E.1.2.4)

Tabla 21. Oportunidad Citas Consulta Cirugia General

ENTIDAD.	Posición nacional	CALCULO 2011.
Caprecom	27	8.4 días
Comparta.	15	5.8 días
Asmet – salud.	21	7.4 días
Salud vida.	38	12.8 días
		Promedio EPS Subsidiadas Aguachica: 8.76 días

Fuente: Ministerio de la Protección Social. Observatorio de la Calidad. Enero 2011.

Se muestra en esta tabla la oportunidad de la consulta por cirugía general, evidencia la capacidad resolutive para atender pacientes que necesitan intervenciones quirúrgicas y se relaciona con casos de urgencias. El promedio para Aguachica está en 8.76 días con valores que oscilan entre 5.8 y 12.8 días. El mejor indicador de oportunidad lo muestra Confachoco 2.8 días. y se presentan reporte con demoras hasta de 30 días para acceder a este servicio por algunas EPS Subsidiadas nacionales.

4.5.4 Oportunidad Asignacion de Citas Consulta Pediatria (E.1.2.3)

Tabla 22. Oportunidad asignacion citas pediatria

ENTIDAD.	Posición nacional	CALCULO 2011.
Caprecom.	25	5.3 días
Comparta.	14	3.9 días
Asmet – salud.	34	7.6 días
Salud vida.	7	3.1 días
		Promedio EPS Subsidiadas Aguachica: 4,94 días

Fuente: Ministerio de la Protección Social. Observatorio de la Calidad. Enero 2011.

Esta tabla muestra los resultados en la oportunidad a la asignación de una cita a la consulta médica con pediatría en Aguachica y muestra que hay un demora entre 4 y 8 días, para que el paciente acceda a que este servicio, con un promedio de 4.94 días. El mejor indicador para Colombia lo muestra Comfenalco Santander con 0.4 días, se reportan demoras en algunas EPS Subsidiadas de hasta 24 o 30 días para una consulta con un médico pediatra.

4.5.5 oportunidad de citas consulta medica ginecoobstetricia (E.1.2.2)

Tabla 23. Oportunidad consulta ginecoobstetricia

ENTIDAD.	Posición nacional	CALCULO 2011.
Caprecom.	33	8.3 días
Comparta.	16	5.0 días
Asmet – salud.	12	4.9 días
Salud vida.	39	11.7 días
		Promedio EPS Subsidiadas Aguachica: 7.04 días

Fuente: Ministerio de la Protección Social. Observatorio de la Calidad. Enero 2011.

La oportunidad en la asignación de una cita al servicio de ginecoobstetricia en Aguachica, está entre 5.0 días y 11.7 días, con un promedio de estas cinco EPS Subsidiadas de 7.04 días. El indicador refleja cómo está el nivel de atención a madres embarazadas y va en relación con posibilidad de urgencias y necesidad de remisión. El mejor indicador lo muestra Comfenalco con 0.1 días. Existen reportes de hasta 25 días de demora para acceder a este servicio en algunas zonas del país.

4.5.6 Oportunidad en la Realizacion de Cirugia Programada (E.1.5.0)

Tabla 24. Oportunidad para Cirugia Programada

ENTIDAD.	Posición nacional	CALCULO 2011.
Caprecom	23	9.6 días
Comparta.	11	7.1 días
Asmet – salud.	29	14.2 días
Salud vida.	25	12.2 días
		Promedio Aguachica:11.5 días.

Fuente: Ministerio de la Protección Social. Observatorio de la Calidad. Enero 2011.

En esta tabla, se observan los resultados de la oportunidad en la realización de cirugía programada, este indicador se toma desde el momento de solicitud hasta la asignación de cirugía programada. Hay que tener en cuenta, que para que se le programe la cita de cirugía, este ha debido ser atendido por medicina general, especializada y consulta de cirugía. Se ve que para las EPS Subsidiadas que prestan los servicios en Aguachica, se observan intervalos de tiempo que van desde 7.1 día, hasta 14.4 días. con un promedio de 11.5 días. A nivel nacional el mejor indicador lo muestra la ARS Comfamiliar Cartagena con 0.8 días, y el de más bajo desempeño, Comfaca. Caquetá, 75 días.

4.5.7 Oportunidad en la Atención de Odontología General (E.1.5.0)

Tabla 25. Oportunidad Atención Odontología General

ENTIDAD	Posición nacional	CALCULO 2011.
Caprecom.	25	2.8 días
Comparta.	24	2.5 días
Asmet – salud.	22	2.5 días
Salud vida.	21	2.4 días
		Promedio EPS Subsidiadas Aguachica: 2.34 días.

Fuente: Ministerio de la Protección Social. Observatorio de la Calidad. Enero 2011.

Se observa un promedio de 2.34 días para las EPS Subsidiadas que prestan los servicios en Aguachica en la oportunidad para la atención en consulta de odontología general, con promedios van desde 1.5 días, hasta 2.8 días. Comparando a nivel nacional este desempeño la EPS Subsidiadas con mejor indicador es Empresa promotora wayuu con 0.9 días, y la de mas bajo desempeño Comfenalco Antioquia con 9.3 días.

4.5.8 Oportunidad en la Atención en Servicios Imagenología (E.1.7.0)

Tabla 26. Oportunidad Servicios Imagenología

ENTIDAD	Posición nacional	CALCULO 2011.
Caprecom.	29	2.5 días
Comparta.	41	5.9 días
Asmet – salud.	23	2.1 días
Salud vida.	28	2.4 días
		Promedio EPS Subsidiadas Aguachica:2.98 días.

Fuente: Ministerio de la Protección Social. Observatorio de la Calidad. Enero 2011.

Al analizar la oportunidad en la atención en servicios de imagenología, para las EPS Subsidiadas que prestan los servicios en Aguachica, se observa que los pacientes requieren en promedio 2.98 días, mientras se le asigna el examen diagnóstico, hasta que se le otorga la cita para que este sea tomado, con intervalos entre 2.0 días, hasta 5.9 días. A nivel nacional el mejor indicador en esta oportunidad lo presenta Coosalud 0.3 días, y la de mas bajo desempeño son los resguardos indígenas con 8.0 días.

4.5.9 Proporción en Esquemas de Vacunación Adecuados en Niños Menores de un Año (E.2.1.0)

Tabla 27. Proporción de Vacunación Adecuada

ENTIDAD	Posición nacional	CALCULO 2011.
Caprecom.	28	38 %
Comparta.	33	17.7%
Asmet – salud.	12	88.1 %
Salud vida.	39	1.1 %
		Promedio EPS Subsidiadas Aguachica: 38.18 %

Fuente: Ministerio de la Protección Social. Observatorio de la Calidad. Enero 2011.

En esta tabla se muestra el desempeño reportado por las EPS Subsidiadas que prestan servicios en Aguachica en cuanto la proporción en esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año. Los resultados muestran que en promedio solo se está llevando a cabo de manera adecuada y siguiendo los parámetros del ministerio de salud, en el 38.18 % de los niños. Se nota grandes diferencias en cómo este esquema de vacunación es tenido en cuenta por las EPS Subsidiada, lo mismo sucede a nivel nacional, Solsalud reporta un esquema completo en el 97.6 % de sus pacientes, en tanto otras como Coosalud y Confachoco no lo realizan. Este es un indicador muy importante al evaluar como se está realizando la parte preventiva en las distintas EPS Subsidiadas.

4.5.10 Oportunidad en la Detección de Cáncer de Cuello Uterino (E.1.5.0)

Tabla 28. Oportunidad Detección Cáncer Cuello Uterino

ENTIDAD	Posición nacional	CALCULO 2011.
Caprecom.	3	91.7 %
Comparta.	15	72.9 %
Asmet – salud.	8	83.3 %
Salud vida.	36	0.0 %
		Promedio EPS Subsidiadas Aguachica: 55.04 %

Fuente: Ministerio de la Protección Social. Observatorio de la Calidad. Enero 2011.

Al analizar este esquema de prevención en referencia a detección de cáncer de cuello uterino, observamos nuevamente gran disparidad en cómo es manejado este aspecto por las distintas ARS, sin que existan unas políticas nacionales congruentes. Indicadores de oportunidad desde el 91.7 % hasta el 0%. con un promedio para Aguachica de 55.04 %.

4.5.11 Tasa de satisfacción global (E.4.1.0)

Tabla 29. Tabla de Satisfacción Global EPS Aguachica

ENTIDAD	Posición nacional	CALCULO 2011.
Caprecom.	25	91.4 %
Comparta.	26	91.0 %
Asmet – salud.	27	90.8 %
Salud vida.	36	83.8 %
		Promedio EPS Subsidiadas Aguachica: 88.58 %

Fuente: Ministerio de la Protección Social. Observatorio de la Calidad. Enero 2011.

Este indicador hace referencia a la percepción de la satisfacción de los usuarios reportados por las distintas EPS Subsidiadas. Se observa que al promediar 5 de las EPS Subsidiadas que prestan los servicios en Aguachica resulta un promedio de 88.58 % de satisfacción.

4.5.12 Oportunidad en la Entrega de Medicamentos Pos (E.1.4.0)

Tabla 30. Oportunidad Entrega de Medicamentos

ENTIDAD	Posición nacional	CALCULO 2011
Caprecom.	20	97.6 %
Comparta.	16	96.0 %
Asmet – salud.	39	99.9 %
Salud vida.	11	88.6 %
		Promedio EPS Subsidiada Aguachica: 96.4 %

Fuente: Ministerio de la Protección Social. Observatorio de la Calidad. Enero 2011.

La entrega de medicamentos, como parte integral de la atención al usuario, se mide desde el momento de la presentación de la fórmula ante la farmacia. Este indicador se discute, ya que los prestadores del servicio médico reciben indicaciones sobre cuáles son los medicamentos que se deben prescribir. Por ello se observa este valor de 96.4 % de entrega efectiva de medicamentos. se ha reportado que los medicamentos que no se encuentran en farmacia, así sea necesarios no son prescritos.

4.5.13 Proporción de Quejas Resueltas Antes de 15 Días (E.4.2.0)

Tabla 31. Proporción de Quejas Resueltas Antes de 15 Días.

ENTIDAD	Posición nacional	CALCULO 2011.
Caprecom	39	43.6 %
Comparta.	14	97.3 %
Asmet – salud.	25	86.6 %
Salud vida.	27	86.0 %
		Promedio EPS Subsidiadas Aguachica: 76.82 %

Fuente: Ministerio de la Protección Social. Observatorio de la Calidad. Enero 2011.

Este indicador nos muestra la capacidad resolutoria de las EPSSubsidiadas ante las quejas de usuarios. Para estas cinco EPS Subsidiadas que prestan los servicios en Aguachica, se observa un promedio de 76.8 % en capacidad de resolución de problemas de usuarios antes de los quince días.

4.5.14 Indicadores del Hospital Local de Aguachica

A continuación se presentan los indicadores mas importantes del Hospital local de Aguachica. La información suministrada es recogida directamente por los investigadores.

- **Accesibilidad y oportunidad.** Por ser una institución prestadora de servicios de salud de primer nivel, no se ofrecen servicio de atención por especialista, por lo tanto el análisis de estos ítems se omite. Los Ítems del año 2009 tienen un valor aplicado a la realidad evidenciando el tiempo de asignación, espera y el número de usuarios atendidos; Además la información con la que nutren la base de datos del ministerio de salud y protección social es inconsistente en relación a los años 2010 y 2011. El promedio en días para una consulta con medicina general es de 2.46 días y para odontología de 2.3 días. cuando lo ideal es que fuese de un día.
- **Calidad Técnica y Gerencia del Riesgo.** Ninguno de los usuarios en el servicio de hospitalización reingreso antes de 20 días y el número total de pacientes que ingresaron al servicio de hospitalización en el año 2009 fueron los mismos que egresaron, no se cumple con las normas técnicas en esquema de vacunación y control a madres embarazadas.
- **Lealtad.** Existe una satisfacción del 90% de los servicios prestados por el Hospital Local de Aguachica, según los resultados arrojados por los pacientes encuestados.

La información registrada en estos indicadores durante los años 2009, 2010 no es completa, lo que no permite hacer un análisis comparativo adecuado entre ellos. sin embargo la proporción de quejas no resueltas es del 75 %.

De acuerdo a lo analizado respecto a los indicadores de calidad correspondiente a la Ips Hospital Local de Aguachica muestra la deficiencia en el manejo de la información, pues varios años no poseen información lo que impide realizar un análisis dinámico que pueda mostrar fortalezas y debilidades en el servicio.

Los datos en el hospital regional José David Padilla Villafañe mostrarían las siguientes conclusiones:

4.5.15. Indicadores del Hospital Regional José de David Padilla Villafañe

- **Accesibilidad y Oportunidad.** Los tiempos entre la solicitud y asignación de citas por consulta externa con medicina especializada han disminuido sustancialmente.

En relación al número de cirugías programadas durante los periodos ente los años 2009 al 2011 se han cancelado un promedio entre 7,7% al 3,6%, observando que se ha reducido a más de la mitad.

Los tiempos para la atención en el servicio de urgencia prácticamente se han triplicado en el año 2011 en comparación a años anteriores.

La mejoría de los días de espera entre la solicitud y la atención en Imagenología es evidente pues pasaron de 22,52 días en el año 2009 a 7 días en el año 2011. Los tiempos de espera para una cita con medicina especializada están alrededor de 7 días y con cirujano un promedio de 10 días, lo que es muy alto teniendo en cuenta la gravedad de los pacientes que pueden recurrir a estos servicios, de igual modo es muy alto que para acceder a una cita con pediatría se demore en promedio 5 días una cita.

- **Calidad Técnica.** Del total de pacientes que egresaron en los años 2009, 2010 y 2011 reingresaron al servicio de hospitalización antes de los 20 días el 1,4%, el 0,26% y el 0,32% respectivamente.

- **Gerencia del Riesgo.** Del total de pacientes que ingresaron a hospitalización en los años 2009, 2010 y 2011 fallecieron después de 48 horas el 0,14%, el 0,47% y el 0,38% respectivamente.

Del total de hospitalizados en los años 2009, 2010 y 2011 presentaron una infección nosocomial el 0,35%, el 0,41% y el 0,12% respectivamente
La gestión de los eventos adversos detectados es muy notoria y alta.

- **Lealtad.** La satisfacción de los servicios prestados por el Hospital Regional José David Padilla Villafañe ha mejorado pasando de un 84% a un 93% según los resultados arrojados por los pacientes encuestados.
- **Otros.** La mortalidad antes de 48 horas de hospitalización ha sido sostenida.

Las remisiones a niveles superiores desde servicios ambulatorios y hospitalarios incrementaron en más de un 90% para el año 2011.

No se cuenta con una información de los pacientes remitidos desde el servicio de urgencia a niveles superiores para el año 2011 al igual que las pacientes remitidas para la atención del parto a niveles superiores.

Es necesario resaltar el buen manejo de la información por parte de la Ips y el gran trabajo realizado en el mejoramiento de los indicadores de calidad, se puede observar una mejoría año a año; pero se notan unas deficiencias que se podrían mejorar en la oportunidad y accesibilidad a las citas de Pediatría y ginecología.

De acuerdo a lo analizado respecto a los indicadores de calidad correspondiente a la IPS Hospital Local de Aguachica, muestra la deficiencia en el manejo de la información, pues para varios años no poseen información, lo que impide realizar un análisis dinámico que pueda mostrar fortalezas y debilidades en el servicio. toda la información es tomada directamente por los investigadores.

4.5.16 Capacidad instalada en el Municipio de Aguachica .

Tabla 32. Capacidad Instalada Hospital Local Aguachica

HOSPITAL LOCAL DE AGUACHICA ESE	
Recurso	Cantidad
Camas de hospitalización	28
Camas de observación	13
Consultorios de consulta externa	24
Consultorios en el servicio de urgencias	2
Salas de quirófanos	0
Mesas de partos	2
Número de unidades de odontología	7

Fuente: Autores proyecto con información del hospital.

Tabla 33. Capacidad Instalada hospital regional Aguachica

HOSPITAL REGIONA JOSE DAVID PADILLA VILLAFÑE ESE	
Recurso	Cantidad
Camas de hospitalización	82
Camas de observación	19
Consultorios de consulta externa	8
Consultorios en el servicio de urgencias	1
Salas de quirófanos	4
Mesas de partos	2
Número de unidades de odontología	0
Camas de hospitalización	82

Fuente: Autores del proyecto con información del hospital.

El municipio de Aguachica tiene dos instituciones prestadoras de servicios de salud de carácter público.

El 50% está constituida por la IPS Hospital Local de Aguachica y está catalogada como IPS de primer nivel de complejidad, según los servicios que brinda; El 50% restante lo constituye la IPS Regional José David Padilla Villafañe está catalogado como IPS de segundo nivel de complejidad por la clasificación de los servicios que prestan.

Se puede observar que el Hospital Local De Aguachica es el único que brinda el servicio de Odontología el cual posee siete consultorios activos actualmente.

Por otra parte, en total el municipio de Aguachica con su red hospitalaria pública dispone de 110 camas para hospitalización, 32 camas de observación, lo cual da un total de 142 camas disponibles.

Este número de camas sumada con las de la red privada no son suficientes para atender la población del municipio y su área de influencia ya que según la Organización Panamericana de la Salud OPS, en municipios donde la población sea mayor a 100.000 habitantes se debe disponer de 4,7 cama por 1.000 habitantes. Esto indicaría que aumentar el número de camas hospitalarias debe formar parte del diseño de la política pública a diseñar.

Para el manejo de pacientes que requieren de un cuidado especial para su tratamiento y no pueden permanecer en un piso hospitalario, la red pública del municipio tiene una habitación de unidad de cuidados intermedios para pacientes medianamente críticos que funciona en urgencia pero que no cumple con los requisitos de habilitación establecidos en la resolución 1043.

Para el manejo de pacientes altamente críticos que requieren de un cuidado intensivo por parte del personal médico y de enfermera las 24 horas del día, el

sector público o Privado de Aguachica no ofrece este servicio. Así mismo, la OPS recomienda que del total de las camas disponibles se deba disponer mínimo de un 4% y máximo de un 10% de camas de cuidado intensivo para la población.

En general el municipio de Aguachica del sector público en salud tiene 110 camas hospitalarias, las cuales están distribuidas el 74.54% en el hospital Regional José David Padilla Villafañe y el Hospital Local de Aguachica un porcentaje del 25.46%; referente a las camas de observación el municipio cuenta con 32 camas distribuidas 59% en el hospital Regional José David Padilla Villafañe y un 41% en el Hospital Local de Aguachica.

En el servicio de Consulta Externa se cuenta con un total de 32 consultorios de los cuales el 75% lo posee el Hospital Local de Aguachica y el 25% restante lo suministra el hospital Regional José David Padilla Villafañe y del servicio de urgencia se cuenta con 3 consultorios de los cuales el Hospital Local de Aguachica posee el 66% y el hospital Regional José David Padilla Villafañe el 34 % restante.

Respecto a las salas de Quirófano, el sector público aporta al sistema de salud en Aguachica específicamente en el Hospital Regional José David Padilla Villafañe 4 salas de cirugía y cuatro mesas de parto repartidas en un 50% en cada una de las instituciones.

De igual manera el sector Público tiene a disposición de los habitantes de la región 6 unidades de transporte básico de las que posee el Hospital Regional José David Padilla Villafañe el 67% y el 33% restante lo suministra el Hospital Local de Aguachica; en las cuales permiten el transporte de pacientes complicados a otras ciudades del Cesar o fuera del departamento; existe una unidad de transporte especializado en la IPS de segundo nivel.

4.6 ANÁLISIS DEL RECURSO HUMANO EN SALUD MUNICIPIO DE AGUACHICA, CESAR

De acuerdo a la ley 1164 de 2007, se tiene una política que busca el desarrollo de los recursos humanos en salud, para que se generen las estrategias de atención primaria en salud y se cumplan los objetivos establecidos por el gobierno en lineamiento de cobertura de aseguramiento, que son los siguientes: equidad en el acceso a la salud, mejoramiento en la calidad de los servicios y sostenibilidad del sistema; todos estos parámetros avalados por la OPS. De esta manera vale la pena citar los siguientes párrafos del Observatorio del Recurso humano de salud donde muestra claramente la conceptualización y los alcances del mismo.⁶²

⁶² COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 1164, por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud. En: Diario Oficial No. 46.771 de 4 de octubre de 2007. Bogotá, D.C.

“Los recursos humanos son la base del sistema de salud: El desarrollo de los recursos humanos en salud conforma la base social y técnica de los sistemas de salud y de su mejoramiento. La contribución de los trabajadores de la salud es un factor esencial de la capacidad del sistema de salud de asegurar el acceso equitativo a servicios de calidad a toda la población.

Trabajar en salud es un servicio público y una responsabilidad social: El trabajo en salud es un servicio público y un bien social de gran importancia para el desarrollo humano. Es necesario un equilibrio entre los derechos y responsabilidades sociales de los trabajadores de salud y los derechos sociales y responsabilidades de los ciudadanos que merecen la atención y el derecho a la salud.

Los trabajadores de salud son protagonistas de su desarrollo: El desarrollo de los recursos humanos en salud es un proceso social (no exclusivamente técnico), orientado a mejorar la situación de salud de la población y la equidad social, a través de una fuerza de trabajo bien distribuida, saludable, capacitada y motivada. Este proceso social tiene como uno de sus protagonistas a los trabajadores de la salud”

Recursos Humanos en Salud ideales para una población serian.

Razón de 1 médicos por cada 3.000 habitantes: **5**

Razón de 1 enfermera por cada 5.000 habitantes: **2**

Razón de 1 odontólogos por 10.000 habitantes: **2**

Tabla 34. Recurso Humano en Salud Municipio de Aguachica 2012

RELACION PERSONAL PLANTA Y CONTRATO	
MEDICOS GENERALES	
CONTRATO	20
PLANTA	5
MEDICOS S.S.O.	1
TOTAL	26
ENFERMERAS JEFES	
CONTRATO	4
PLANTA	2
S.S.O.	1
TOTAL	7
BACTERIOLOGAS	
CONTRATO	8
PLANTA	1
BACTERIOLOGAS S.S.O.	1
TOTAL	10

Continuación Tabla 34

AUXILIARES DE ENFERMERIA	
CONTRATO	34
PLANTA	18
TOTAL	52
ODONTOLOGOS	
CONTRATO	4
PLANTA	2
S.S.O.	1
TOTAL	7
VACUNADORES	
CONTRATO	16
PROMOTORES	
CONTRATO	14
AUXILIARES DE LABORATORIO	
CONTRATO	3
AUXILIARES DE ODONTOLOGICO	
CONTRATO	3
TECNICO RAYOS X	
CONTRATO	1
TRABAJADORA SOCIAL	
PLANTA	1
HIGIENISTAS	
CONTRATO	2
HOSPITAL REGIONAL JOSE DAVID PADILLA VILLAFÑE	
RELACION PERSONAL PLANTA Y CONTRATO	
MEDICOS GENERALES	
CONTRATO	12
PLANTA	2
MEDICOS S.S.O.	4
TOTAL	18
ENFERMERAS JEFES	
CONTRATO	13
PLANTA	3
S.S.O.	4
TOTAL	20
INSTRUMENTACION QUIRURGICA	
CONTRATO	8
TOTAL	8
NUTRICIONISTA	
CONTRATO	1
TOTAL	1
QUIMICA FARMACEUTICA	
CONTRATO	1
TOTAL	1
BACTERIOLOGAS	

Continuación Tabla 34

CONTRATO	5
PLANTA	3
BACTERIOLOGAS S.S.O.	2
TOTAL	10
AUXILIARES DE ENFERMERIA	
CONTRATO	85
PLANTA	12
TOTAL	97
AUXILIARES DE LABORATORIO CLINICO	
CONTRATO	6
TOTAL	6
AUXILIARES DE FARMACIA	
CONTRATO	3
TOTAL	3
AUXILIARES DE RAYOS X	
CONTRATO	3
TOTAL	3
TERAPISTA FISICA	
PLANTA	1
TOTAL	1
	168

Fuente: Autores proyecto con información secretaria salud Aguachica.

Revisadas las anteriores cifras, se encuentra que existen 168 profesionales de la salud prestando su servicio en el sector público en la ciudad de Aguachica, la mayor población está en el personal auxiliar de enfermería con un 55%, médicos generales un 44% y enfermeras jefes un 27 % entre otros. La gran mayoría del talento humano trabaja en otras clínicas. Teniendo en cuenta que los profesionales que laboran en el Hospital José David Padilla Villafañe Nivel II brinda servicio a toda la población de la región Sur del Cesar, adicional a esto los habitantes del sur del Cesar prefieren dirigirse a esta institución pues en su departamento deben dirigirse hasta la capital Cartagena y la distancia no es conveniente para estos Usuarios.

Es de resaltar la deficiencia en recurso humano especializado para atender población más vulnerable como madres embarazadas y niños, por ello se observan indicadores de oportunidad muy alto para acceder a estos servicios, lo mismo que servicios de cirugía general. Por lo que se concluye en este punto, que no se cuenta con la proporcionalidad adecuada para atender la demanda de pacientes, y a esto se suma que el nivel de complejidad III no se presta en Aguachica y debe ser remitido a Bucaramanga o Valledupar.

4.6.1 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de Aguachica

Tabla 35. Listado de Instituciones Prestadoras de Salud Aguachica

NOMBRE	DIRECCION	SECTOR DE UBICACIÓN	NUMERO DE MEDICOS	NUMERO DE ENFERMERAS	POBLACION RADIO DE INFLUENCIA	TIPO DE INSTITUCION
HOSPITAL LOCAL DE AGUACHICA SEDE SAN EDUARDO	Cra. 32 No 10n-97	Urbano	6	1 jefe de enfermería 4 auxiliares	Todas las personas del régimen subsidiado y población vinculada	IPS publica i nivel de atención
HOSPITAL LOCAL DE AGUACHICA SEDE BARAHOJA	Cra. 7 No 2 – 160	Urbano	22	4 jefes de enfermería 14 auxiliares	Todas las personas del régimen subsidiado y población vinculad	IPS publica i nivel de atención
HOSPITAL LOCAL DE AGUACHICA SEDE IDEMA	Cll 15ª No 14 – 30	Urbano	4	2 auxiliares	Todas las personas del régimen subsidiado y población vinculad	IPS publica i nivel de atención
HOSPITAL LOCAL DE AGUACHICA BARRANCALEBRI.	Corregimiento barranca Lebrija	Corregimiento barranca Lebrija	0	1 auxiliar	Todas las personas del régimen subsidiado.	IPS publica i nivel de atención
HOSPITAL LOCAL DE AGUACHICA PUERTO PATIÑO	Corregimiento puerto Patiño	Corregimiento puerto Patiño	0	1 auxiliar	Todas las personas del régimen subsidiado y población vinculad	IPS publica i NIVEL de atención
HOSPITAL LOCAL DE AGUACHICA LOMA DE CORREDOR	corregimiento loma de corredor	corregimiento loma de corredor	0	1 auxiliar	todas las personas del régimen subsidiado y población vinculad	IPS publica i nivel de atención
HOSPITAL LOCAL DE AGUACHICA CAMPO AMALIA	corregimiento campo Amalia	corregimiento campo Amalia	0	1 auxiliar	todas las personas del régimen subsidiado y población vinculad	IPS publica i nivel de atención
HOSPITAL LOCAL DE AGUACHICA NOREAN	corregimiento norean	corregimiento norean	0	1 auxiliar	todas las personas del régimen subsidiado y población vinculad	ips publica i nivel de atención

Continuación Tabla 35

NOMBRE	DIRECCION	SECTOR DE UBICACIÓN	NUMERO DE MEDICOS	NUMERO DE ENFERMERAS	POBLACION RADIO DE INFLUENCIA	TIPO DE INSTITUCION
HOSPITAL LOCAL DE AGUACHICA VILLA DE SAN ANDRES	corregimiento villa de san Andrés	corregimiento villa de san Andrés	0	1 auxiliar	todas las personas del régimen subsidiado y población vinculad	ips publica i nivel de atención
HOSPITAL LOCAL DE AGUACHICA BUTURAMA	corregimiento de buturama	corregimiento de buturama	0	1 auxiliar	todas las personas del régimen subsidiado y población vinculad	ips publica i nivel de atención

Fuente: Autores del proyecto .

De acuerdo a lo observado en la tabla anterior el corregimiento de Barranca Lebrija de mayor asentamiento con 1234 habitantes, no tiene presencia medica permanente, al igual solo cuenta con una promotora y Auxiliar de enfermería, esto refleja que el indicador en este puesto de salud es muy alto y no se encuentra visible en los datos analizados por parte de la secretaria municipal. Así se puede afirmar que los habitantes de este corregimiento deben esperar 30 días para poder acceder a una cita médica general y, lo que es más grave aun, solo una auxiliar de enfermería debe atender las urgencias y cuando esta sale del corregimiento no hay quien intervenga ante una urgencia.

4.7 ANÁLISIS DEL PLAN DESARROLLO MUNICIPAL Y DEPARTAMENTAL 2012-2015

En la búsqueda de mejorar la calidad de vida de los habitantes de los municipios y Departamentos, sin importar su categorización, cada uno de los sectores cuenta con planes sectoriales relacionados con la dinámica y desarrollo de los mismos, con objetivos y metas a cumplir durante el periodo de gobierno Municipal y Departamental; estos enmarcados dentro de las políticas y lineamientos nacionales.

No obstante en salud, se encuentran en formulación Los Planes de Salud Territoriales, normados por el decreto 3039 de 2007 y la resolución 425 de 2008 del Ministerio de la Protección Social; los cuales contarán con la información, los diagnósticos del sector y la propuesta programática para el periodo de gobierno.

4.7.1 Análisis del Plan Desarrollo Municipio Aguachica Cesar “El Cambio es Ahora”, 2012-2015. El Plan de Desarrollo, “**EL CAMBIO ES AHORA**”, tiene como objetivo generar una nueva cultura ciudadana que haga posible la convivencia con base en el respeto de las diferencias, formando ciudadanos y ciudadanas comprometidos con el desarrollo del municipio y de su comunidad, promoviendo un equilibrio ecológico y ambiental, a través del uso racional de los recursos naturales dentro de un marco de desarrollo sostenible, jalonado por una gerencia pública municipal eficaz y eficiente.⁶³

Con una estrategia bien definida, concentrar los esfuerzos y los recursos en promover procesos de concertación y establecer condiciones con incentivos adecuados y oportunos para el desarrollo de los sectores sociales, productivo e institucional, privilegiando el goce efectivo de los derechos de la educación, la salud, la vivienda, la infraestructura vial, energética y la diversificación de la base económica y productiva del municipio, con el fin de ir preparando las condiciones adecuadas para los tiempos que se acercan; y como meta mejorar la calidad de

⁶³ ALCALDÍA DE AGUACHICA. Plan de Acción de la Vigencia. Disponible en Internet: <URL: <http://www.aguachica-cesar.gov.co/planeacion.shtml?apc=plPlan%20de%20Acci%F3n%20de%20la%20vigencia-1-&x=2914531>>

vida de los hombres y mujeres de los Aguachiquences, a partir del desarrollo integral que modifique las practicas del ejercicio de la ciudadanía.⁶⁴

*LINEA DE ACCION 1 : Un Cambio Con Igualdad

*LINEA DE ACCION 2: Un Cambio en La Productividad y Competitividad

*LINEA DE ACCION 3: Un Cambio en la Colectividad Fundamento del Gobierno

*LINEA DE ACCION 4: Un Cambio Integrador, Incluyente y Participativo

4.7.2 Conclusiones del Análisis al Plan de Desarrollo de Aguachica. Luego de revisar los programas y las metas y contrastar dichos ítems con el presupuesto destinado a cada programa, se encuentra que el principal objetivo de esta nueva administración es **mantener el aseguramiento en salud, en concordancia con las políticas del gobierno nacional y de acuerdo a los giros que hace el nivel central. De esta manera, del total del presupuesto, 84,4% se destina a este programa, como lo muestra la tabla 36.**

Tabla 36. Participación en el Presupuesto de los Diferentes Programas de Salud

Programa	Monto destinado al programa	Participación
Aseguramiento en salud	78.058.300.846	84,4%
Salud pública	2.408.658.630	2,6%
Ampliación de cobertura en aseguramiento	3.875.619.000	4,2%
Complemento en la prestación de servicio	1.235.140.566	1,3%
Aportes patronales sin situación de fondos	1.739.960.140	1,9%
Atención especializada para madres gestantes	2.500.000.000	2,7%
Tecnología avanzada para la prestación de servicios	618.180.000	0,7%
Programa de vigilancia epidemiológica en el municipio	500.000.000	0,5%
Vigilancia al control al régimen subsidiado	163.998.178	0,2%
Mejoramiento de la red pública hospitalaria	1.377.270.000	1,5%
TOTAL	92.477.127.360	100,0%

Fuente: Los Autores del Proyecto, tomado del Plan de desarrollo de Aguachica

Dado que estos son rubros con una destinación específica, al ser dinero del nivel central, cabria preguntarse cuanto de los ingresos del municipio se destina a los otros programas

De esta manera, la siguiente tabla elimina los recursos girados de la nación y analiza porcentualmente cuanto se destina a los otros programas, de acuerdo al proceso de planeación que se realizó al llevar a cabo el plan de desarrollo. En otras palabras, a que se destinó ese 15, 6% faltante del presupuesto, lo que se muestra en la tabla 37.

⁶⁴ Ibíd.

Tabla 37. Participación en el Presupuesto de Programas de Salud

Programa	Monto Destinado al Programa	Participación
Salud pública	2.408.658.630,00	17%
Ampliación de cobertura en aseguramiento	3.875.619.000,00	27%
Complemento en la prestación de servicio	1.235.140.566,00	9%
Aportes patronales sin situación de fondos	1.739.960.140,00	12%
Atención especializada para madres gestantes	2.500.000.000,00	17%
Tecnología avanzada para la prestación de servicios	618.180.000,00	4%
Programa de vigilancia epidemiológica en el municipio	500.000.000,00	3%
Vigilancia al control al régimen subsidiado	163.998.178,00	1%
Mejoramiento de la red pública hospitalaria	1.377.270.000,00	10%
TOTAL	14.418.826.514,00	100%

Fuente: Los Autores del Proyecto.

Este segundo análisis muestra que el 27 % del presupuesto se dedicará a ampliar cobertura en concordancia con la política nacional .

Continuando con el análisis, un 17% se dedicará a salud pública, enfocándose en tres aspectos: vacunación, atención a problemas de suicidio y VIH. De estas tres problemáticas, vacunación y atención a problemas de suicidio, fueron identificadas como una de las mayores problemáticas del municipio pero VIH no se muestra como un problema preponderante.

Por otra parte, dado el análisis que se realizó en el capítulo cuarto sobre los principales problemas de salud del municipio, no existe ningún programa que trabaje la mayor problemática del municipio como es la violencia intrafamiliar. Es necesario entonces que la propuesta de política pública que aquí se va a plantear incluya un programa en este sentido.

4.7.3 Análisis del Plan Desarrollo “Prosperidad a Salvo” del Departamento del Cesar 2012-2015

Se presenta a continuación un análisis del plan de desarrollo del Departamento de Cesar, toda el análisis e información al respecto de este punto, es tomado del plan de desarrollo del departamento del César 2012-2015.⁶⁵

- **Salud sin fronteras.** Las políticas, estrategias y acciones de este sector, tienen como propósito contribuir con el de condiciones de vida saludable y la prevención de las enfermedades.

- **Objetivo específico.** Aumentar la esperanza de vida de la población cesarense.

⁶⁵ Ibíd.

- **Diagnóstico.** La salud está concebida como un derecho fundamental de la población, que obliga entre otras cosas, a cumplir un compromiso de control y vigilancia sobre el sistema.

En el departamento se encuentran afiliadas 1.067.211 personas al SGSSS, que representan una cobertura del 109%. Según población DANE, en el régimen subsidiado hay 769.882 afiliados y una cobertura, según estratos 0, 1, 2 y 3, del 102%; y en el Régimen Contributivo 283,906 con una cobertura del 29%. Diecisiete municipios presentan coberturas de afiliación, según población DANE, mayor del 100%. Los municipios de Gamarra, González, Manaure y Rio de Oro presentan coberturas inferiores al 75%. Todo ello, sin contar con los no afiliados a ninguno de los dos regímenes.

La red hospitalaria pública está conformada por 115 ESE; cuatro de Mediana Complejidad ubicadas una en Valledupar, dos en Aguachica y una en Chiriguaná, dotadas con 240 camas; 24 ESE de baja complejidad con 449 camas, y 88 puestos de salud. En la red privada funcionan 15 IPS con 515 camas; existen IPS que cuentan con dos camas. El total de camas hospitalarias disponibles es de 1.206, lo cual representa una relación de 1,25 camas x 1.000 habitantes.

Existen 1.963 médicos registrados, es decir, 2,06 por 1.000 habitantes. Las enfermeras son 1.194 y la relación es 1,25 x 1.000, mientras que los 927 odontólogos inscritos Dan una relación de 0,97 x 1.000 habitantes.

En 2010 se notificaron 153 casos de VIH/SIDA, sífilis y Hepatitis B, para una proporción de prevalencia de 15,62 casos x 100.000 habitantes; 151 del Departamento y dos notificados por municipios del Cesar, de otras procedencias. En relación a 2009, disminuyeron los casos en un 20,3%. El 72% (18/25) de los municipios reportaron casos; el 13,7% de los casos diagnosticados correspondieron a gestantes (21/153). En el 90%, de los casos, el mecanismo de transmisión fue heterosexual y el 2% homosexual.

En 2010 fueron diagnosticados 417 casos de cáncer incidentes, para una tasa bruta de incidencia departamental, de 43,14 x 100.000 habitantes, donde los más frecuentes fueron, en su orden: próstata, cérvix, mama, colon-rectal y estómago. En las siguientes cifras se observan las diferentes tasas de incidencia de cáncer entre 2003 y 2010. Los tipos de cáncer más frecuentes fueron: adenocarcinoma de próstata, con el 20,14% (84/417), carcinoma de cérvix 15,58% (65/417), carcinoma de la glándula mamaria 14,62% (61/417), adenocarcinoma del colon y recto 12,94% (54/417), estómago 8,15% (34/417), y pulmón 3,35% (14/417).

La infraestructura tecnológica, la apropiación y uso eficaz de las TIC y los Sistemas de Información del sector salud son precarios, lo cual muestra la debilidad de las Instituciones del sector.

• **Acciones estratégicas**

*Articular la Política de Salud Pública Departamental con la Política de Salud Pública Nacional, haciendo énfasis con enfoque etno cultural.

*Gestionar y apoyar el proceso de conformación de un Hospital Universitario, en Valledupar.

*Apoyar el fortalecimiento del sistema de vigilancia y control en la prestación de servicios de las diferentes Instituciones del sistema (EPS, IPS públicas y privadas, Entidades Territoriales), enfocado a mejorar las oportunidades, accesibilidad y la calidad en la atención.

*Mejorar las unidades de prestación del servicio de urgencias en la Red Pública Departamental.

*Gestionar la consecución de una ambulancia aérea y/o fluvial, para transporte asistencial y atención a incendios forestales.

*Fortalecer las cuatro ESE de mediana complejidad de atención, a través de un Sistema de información que les permita operar en Red.

*Fortalecer al personal de la salud, mediante la formación médica continuada, haciendo énfasis en el área de urgencias

*Dotación del CRUE y la especialización de los servicios de urgencias de los Hospitales del Corredor Minero y ruta del sol para el manejo del paciente poli traumatizado.

*Mejorar la infraestructura hospitalaria y/o dotación en las Empresas Sociales del Estado (ESE) de baja y mediana complejidad de atención en la Red Pública del departamento, en los municipios de El Copey, Astrea, Chimichagua y otros.

*** Construir y dotar la ESE de mediana Complejidad de atención Hospital José David Padilla Villafañe del municipio de Aguachica-Cesar .**

*Rediseñar, modernización, adecuar y dotar la ESE Instituto Departamental de Rehabilitación y Educación Especial (IDREEC) en el municipio de Valledupar y crear subsedes en los municipios de Aguachica y Curumaní.

*Fortalecer la Atención Primaria en salud con énfasis en la demanda inducida a la población pobre no cubierta con subsidio de salud a través de unidades móviles, con recurso humano multidisciplinario.

*Mejorar la infraestructura y dotación de la Red Pública en las Etnias indígenas.

- *Gestionar alianzas estratégicas con el sector productivo, para el fortalecimiento de la Red Hospitalaria del departamento.
- *Apoyar a la población en situación de discapacidad para su inclusión y rehabilitación en la vida social con equidad en las oportunidades.
- *Fortalecer las redes sociales de apoyo en salud.
- *Incrementar las acciones de seguimiento a la calidad de la prestación de servicios en salud para gestantes, infancia, adolescencia, juventud y personas mayores.
- *Hacer seguimiento a los modelos de gestión programática de VIH y la guía para el manejo sin barreras, Hepatitis B, sífilis congénita y VIH/SIDA.
- *Fortalecer la red de referencia y contra referencia en Salud, mejorando oportunidad y calidad en la atención de urgencias y emergencias del departamento.
- *Fortalecer y apoyar la Red de Centros Nutricionales.
- *Implementar la Estrategia “Menos Cáncer de Mama, menos cáncer de cuello Uterino” en 24 municipios del territorio.
- *Implementar estrategias de atención integral en salud con enfoque psicosocial a víctimas.
- *Gestionar la acreditación de la Secretaría de Salud Departamental.
- *Implementar la Oficina de Calidad en Salud para fortalecer el Sistema Obligatorio de la garantía de la calidad.
- *Fortalecer el funcionamiento de los Centros Integrales de atención a la familia “CIAF” como estrategia para la disminución de riesgos asociados a suicidios.
- *Impulsar los estudios, diseño, construcción y dotación del hospital mental del departamento. Garantizar la atención en salud a la población vulnerable y en situación de desplazamiento.
- *Caracterizar la población de trabajadores informales para conocer su nivel de riesgo profesional y capacitarlo prevenir los accidentes de trabajo y enfermedad profesional.
- *Articular, con el gobierno nacional, la búsqueda de altos niveles de calidad y cubrimiento de los servicios de salud, brindando información relevante, en línea, a

los usuarios, y fortaleciendo el sector a nivel institucional, a partir de la instalación de infraestructura tecnológica y la apropiación y uso eficaz de TIC, mejorando, de esa manera, los Sistemas de Información del sector salud. Igualmente, facilitando la atención de los ciudadanos, brindando transparencia en el manejo de recursos del sector, y buscando mejorar el monitoreo y control de amenazas de salud.

*Promover el uso, apropiación y generación de contenidos de TIC, en los currículos del sector salud y en la investigación aplicada a desarrollo de contenidos.

Tabla 38. Metas de Resultado plan desarrollo Cesar 2012

Indicador	Línea base	Fuente	Meta 2015
Tasa de Mortalidad por cáncer de mama	7,9 muertes por 100.000 mujeres	DANE-2009	5
Tasa de Mortalidad por cáncer de cuello uterino	13,43 muertes por 100.000 mujeres	DANE-2009	12
Aumentar el tiempo de dedicación de lactancia materna exclusiva	0.7 mes	ENSIN 2010	1 mes

Fuente: Los Autores del Proyecto, con base en el Plan de desarrollo del dpto. del Cesar.

Tabla 39 . Metas de Producto plan desarrollo cesar 2012

Construir y dotar la ESE de mediana Complejidad de atención Hospital José David Padilla Villafañe del municipio de Aguachica-Cesar
Realizar tres campañas de sensibilización de prevención y uso de métodos anticonceptivos modernos en adolescentes en riesgo de embarazo.
Realizar tres campañas de sensibilización de promoción y prevención de cáncer cérvico -uterino, de mama y próstata.
Realizar seguimiento y monitoreo domiciliario del riesgo obstétrico a 10.000 madres gestantes.
Realizar cuatro jornadas de intervención colectiva para la promoción de derechos en salud y reconocimiento de signos de alarma durante el embarazo.
Capacitar anualmente a 14.000 familias en mensajes claves para la prevención del suicidio
Capacitar anualmente a 14.000 familias en prevención de la violencia intrafamiliar
Realizar seguimiento al proceso de inclusión social y eliminación de barreras a 21000 personas en situación de discapacidad
Realizar un programa de promoción social en salud para la atención a la población con enfoque diferencial por ciclo de vida, género, étnico y otras poblaciones prioritarias.
Realizar cuatro estrategias de Información, Educación y Comunicación para promover los estilos de vida saludable, factores protectores y autocuidado en salud
Darle continuidad a 794.307 afiliados al Régimen Subsidiado de Salud
Dotar e implementar en infraestructura tecnológica las 28 ESE del Departamento para mejorar los Sistemas de Información en Salud.
Implementar la plataforma de Telemedicina y la Red Digital de Telecomunicaciones
Dotación del Laboratorio Departamental de Salud Pública

Fuente: Los Autores del Proyecto

4.8 RESUMEN DE LA CALIDAD DE SALUD EN AGUACHICA MEDIANTE INDICADORES OBJETIVOS

Para finalizar este capítulo y a modo de resumen, se presenta la tabla no 40 donde se evidencian los aspectos más sobresalientes de cada uno de los indicadores y temas evaluados, que permitirán elaborar la propuesta con el fin de poder mejorar la calidad de este servicio.

Tabla 40. Resumen calidad del servicio de salud en Aguachica, mediante indicadores objetivos

INDICADOR	RESUMEN Y ASPECTO FUNDAMENTAL POR MEJORAR
Servicios públicos.	Cuenta con cobertura urbana en promedio del 80% y rural del 30%
Necesidades básicas Insatisfechas.	Es del 35 % en zona urbana y 73% en zona rural.
Estructura Poblacional.	Aguachica cuenta con 89.935 habitantes, 51.47% son mujeres y 48.53% hombres, el 60 % de su población es menor de 29 años.
Índices de natalidad	Presenta tasa bruta de natalidad de 32.86 por 1000 habitantes, lo que es alto comparado promedio nacional, preocupa 30% embarazos es en menores de 18 años.
Causas más frecuentes Morbilidad.	Los problemas gástricos en especial diarreas, es el principal motivo de consulta externa en menores y adolescentes, seguido por resfriado común y procesos infecciosos.
Tasa de mortalidad y causas.	Reporta tasa de mortalidad de 6.51 por 1000 habitantes, reporta un alto porcentaje de muertes violentas y accidentes de tránsito.
Eventos más frecuentes.	La violencia intrafamiliar es el evento más frecuente, seguido por el dengue y los intentos de suicidio asociados a consumo de sustancias tóxicas.
Indicadores de oportunidad generales.	La demora para acceder a cita con medicina general es de 2.46 días y para odontología de 2.3 días, en zona urbana. la zona rural no tiene acceso a este servicio y debe desplazarse al centro urbano.
Indicadores de oportunidad medicina especializada.	Los pacientes demoran entre 7 y 10 días para acceder servicios especializados, es palpable esta necesidad sobretudo en servicios de pediatría y ginecoobstetricia.
Vacunación.	No se están cumpliendo totalidad esquemas de vacunación, solo el 38 % de la población tiene acceso a esquema completo total de vacunación.
Satisfacción global y quejas resueltas.	El promedio de satisfacción reportados por las EPS es del 88% y de quejas resueltas del 76 %.
Recurso humano en salud.	Cuenta con deficiencia de médicos en especial zona rural, y en la zona urbana es notoria falta de medicina especializada y atención de nivel III.
Capacidad instalada.	Cuenta con un hospital local y uno regional nivel II. con deficiencias en infraestructura, sistemas de información y recurso humano.
Planes desarrollo.	Aguachica y el Cesar, cuentan con planes desarrollo donde se hace énfasis en atención sector salud, en especial para subsidiar acceso básico a este servicio, no están contemplados los planes en mejora de calidad.

Fuente: Los autores del Proyecto

Se puede apreciar claramente que el municipio de Aguachica tiene una calidad en servicio de salud calificada como buena en algunos aspectos o regular en otros, según los indicadores antes observados, pues siempre se encuentra en un

promedio beneficioso pero no excelente; Las áreas mas deficientes están en la oportunidad de la consulta por cirugía general, en la oportunidad de realización de cirugía programada, en la oportunidad a la consulta del servicio de pediatría y ginecoobstetricia.

Hecha la observación anterior, se puede citar que la oportunidad de la consulta de cirugía en el cual se mantiene un promedio de 8.76 días, es aun deficiente pues ha llegado a un máximo de 12.8 días comparado con el mejor indicador que es 2.8 días; por esto se hace necesario plantear estrategias que se puedan reflejar en el mejoramiento de este indicador y este indicador está directamente relacionado con la oportunidad en la realización de cirugías programadas con un promedio de 11.5 días. Es evidente entonces que se deben evaluar estos resultados, los cuales se dan por la ausencia o deficiencia de infraestructura y talento humano.

Por otra parte se encuentra una tasa de natalidad alta (32.86 X 1000 Habitantes) en el municipio de Aguachica la cual supera la tasa nacional (17,23 nacimientos/1.000 habitantes), lo cual refleja que habrá una demanda alta en la solicitud del servicio de Pediatría y ginecoobstetricia, los cuales no son eficientes Plantea como reto que las políticas públicas deben incorporar y/o reforzar políticas de natalidad, previniendo especialmente los embarazos en adolescentes.

5. PERCEPCION DE LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD DE LOS HABITANTES DE AGUACHICA CESAR

5.1 DESCRIPCION Y CARACTERISTICAS DE LA ENCUESTA APLICADA

El siguiente paso para formular la propuesta de mejora de la calidad de vida en salud, del municipio de Aguachica, referido al segundo objetivo específico, fue considerar la percepción de los habitantes de Aguachica sobre el sistema de salud de su municipio. Para ello se utilizó el formulario SF36. El formulario SF-36 es un cuestionario de salud utilizado en investigaciones medicas de todo el mundo, con el objeto de identificar la percepción sobre la calidad de vida en salud de los pacientes con alguna patología específica, o una población en general. El formulario contiene 36 preguntas, de las cuales para esta investigación se tomaron 18 de acuerdo a los objetivos que se querían medir en el trabajo con algunos anexos en puntos de infraestructura y calidad del servicio. para el procesamiento de la información determinación del tamaño de la población se llevo a cabo la siguiente metodología:

Para seleccionar la muestra a quienes se le realizaría la encuesta de percepción con formulario SF36, se utilizó un muestreo aleatorio simple para estimación de proporción con las siguientes características.

- Tamaño de población: Total de habitantes Aguachica: 89.935.
- Confiabilidad: 95 %
- Margen de Error: 4 %
- Tamaño de Muestra: 596 habitantes. Se realizaron 600 encuestas.
- Proporción a favor: 50 %
- Proporción en contra: 50 %.
- Fecha: Las encuestas se realizaron mes de junio y julio 2012. en el mes de mayo 2012 se realizaron 30 encuestas que sirvieron como prueba piloto.

Procesamiento de la información. La información se digitó por duplicado en una base de datos creada en Excel. Las dos bases de datos se validaron mediante el software Epidata 3.1 para detectar errores de digitación que fueron corregidos hasta obtener una base de datos completamente depurada. Ésta se exportó al programa estadístico Stata I/C versión 12.0 para su análisis correspondiente.

Análisis de la información. Se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas de la población de estudio, de acuerdo con su naturaleza y distribución. Se obtuvieron proporciones para las cualitativas. En el análisis bivariado se uso el test exacto de Fisher debido a los pocos eventos presentados por ser una muestra con poca cantidad de individuos. Se considero un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

5.2 RESULTADOS ENCUESTA DE PERCEPCIÓN SOBRE CALIDAD DE VIDA EN SALUD HABITANTES AGUACHICA CESAR

Se encuestaron 600 personas, de las cuales el 56,83% (341) era de sexo femenino. Una tercera parte de las personas encuestadas tenían 36 a 45 años y sólo el 11,67% (70) tenía entre 15 a 25 años. El 61,17% (367) estaba casado mientras que el 6,50% (39) era viudo. El 18,17% (119) era analfabeta y el 8,83% (53) tenía una formación universitaria. Más de la mitad de los participantes (357) tenían un servicio de salud subsidiado (Tabla 41).

Tabla 41. Características sociodemográficas de la población de estudio

Variable	N (%)
<i>Género</i>	
Femenino	341 (56,83)
Masculino	259 (43,17)
<i>Edad</i>	
15 a 25	70 (11,67)
26 a 35	162 (27,00)
36 a 45	200 (33,33)
Mayor de 45	168 (28,00)
<i>Estado civil</i>	
Soltero	119 (19,83)
Casado	367 (61,17)
Separado	75 (12,50)
Viudo	39 (6,50)
<i>Nivel de escolaridad</i>	
Analfabeta	109 (18,17)
Primaria	212 (35,33)
Secundaria	226 (37,67)
Universitario	53 (8,83)
<i>Nivel de salud</i>	
Subsidiado	357 (59,50)
Contributivo	199 (33,17)
Ninguno	44 (7,33)

Fuente: Los Autores del Proyecto

Al relacionar el sexo con las demás variables sociodemográficas se observó que se encuestaron el doble de mujeres mayores de 45 años con respecto a los hombres. El 57,77% (212) de las mujeres estaban casadas. Así mismo, el 58,49% (31) de mujeres tenía como nivel de escolaridad la universitaria en relación con el 41,51% (22) de los hombres. Se observaron diferencias estadísticamente significativas al relacionar la variable edad ($p=0,023$), estado civil ($p=0,011$) y nivel de escolaridad ($p=0,000$) en los dos sexos (Tabla 42).

Tabla 42. Relación de la edad con las demás variables sociodemográficas

Variable	Femenino N (%)	Masculino N (%)	P *
<i>Edad</i>			
15 a 25	35 (50,00)	35 (50,00)	0,023
26 a 35	88 (54,32)	74 (45,68)	
36 a 45	106 (53,00)	94 (47,00)	
Mayor de 45	112 (66,67)	56 (33,33)	
<i>Estado civil</i>			
Soltero	54 (45,38)	65 (54,62)	0,011
Casado	212 (57,77)	155 (42,23)	
Separado	47 (62,67)	28 (37,33)	
Viudo	28 (71,79)	11 (28,21)	
<i>Nivel de escolaridad</i>			
Analfabeta	45 (41,28)	64 (58,72)	0,000
Primaria	149 (70,28)	63 (29,72)	
Secundaria	116 (51,33)	110 (48,67)	
Universitario	31 (58,49)	22 (41,51)	
<i>Nivel de salud</i>			
Subsidiado	202 (56,58)	155 (43,42)	0,144
Contributivo	108 (54,27)	91 (45,73)	
Ninguno	31 (70,45)	13 (29,55)	

* Chi².

Fuente: Los Autores del Proyecto

En la tabla 43 se muestran los datos relacionados con la salud autopercebida que fue reportada como buena por 38,17% (229) de las 600 personas encuestadas. Sólo un 5,50% (33) contestó que era excelente y el 8,33% (50) respondió que era mala. Con respecto a las razones para establecer este nivel de salud, se encontró que el 33,17% (199) no sufrieron molestia alguna en el último año y 55,67% (334) creían que su salud era más o menos igual ahora que hace un año.

Tabla 43. Salud autopercebida por los habitantes de Aguachica Cesar

Variable	N (%)
<i>Considera que su salud es:</i>	
Excelente	33 (5,50)
Muy buena	172 (28,67)
Buena	229 (38,17)
Regular	116 (19,33)
Mala	50 (8,33)
<i>Su estado de salud fue calificado de acuerdo con:</i>	
Haber sufrido alguna enfermedad en el último año	250 (41,67)
Haber sido internado por quebrantos de salud	89 (14,83)
Haber sido sometido a procedimientos quirúrgicos	37 (6,17)
Haber tenido enfermedad crónica	25 (4,17)
No ha sufrido ninguna molestia en su salud	199 (33,17)
<i>Como es su salud actual en comparación con la de hace un año:</i>	
Mucho mejor ahora	39 (6,50)
Algo mejor ahora	105 (17,50)
Más o menos igual ahora	334 (55,67)
Algo peor ahora	112 (18,67)
Mucho peor ahora	10 (1,67)

Fuente: Los Autores del Proyecto

Al relacionar la autopercepción sobre la salud de cada uno de los encuestados con lo que éstos expresaron para justificar su respuesta, se observó que aunque el 3,20% (8) habían sufrido alguna enfermedad en el último año, su percepción de salud fue excelente. El 54% (135) mencionaron que su salud era buena y lo justificaron porque sufrieron alguna enfermedad en el último año. Si bien el 53,27% (106) de las personas no sufrieron ninguna enfermedad en el último año reportaron que su salud era buena (Tabla 44).

En la tabla 43, también se muestra cómo fue la percepción de salud en relación con el último año. Se encontró que el 62,86% (66) de las personas que dijeron que su salud era buena también mencionaron que ésta era mejor ahora. Las diferencias también fueron estadísticamente significativas ($p=0,00$).

El porcentaje de personas que no ha reducido su tiempo de trabajo o ha tenido dificultad para hacerlo por cuenta de su salud física fue bastante similar puesto que se encontró un 70,50% (423) y un 72,50% (435), respectivamente. Los problemas emocionales tampoco han causado que los participantes hayan hecho menos cosas de las que habrían querido como se observó en el 85,33% (512). El 51,33% (308) respondieron que sus actividades sociales se vieron afectadas por la salud física o por problemas emocionales. Adicionalmente, el 34,17% (205) se sintió lleno de vitalidad casi siempre (Tabla 44).

Tabla 44. Relación entre el estado de salud auto percibido, sus razones y el estado de salud actual comparado con un año atrás.

Variable	Considera que su salud es:					P *
	E N (%)	MB N (%)	B N (%)	R N (%)	M N (%)	
Su estado de salud fue calificado de acuerdo con:						0,000
Haber sufrido alguna enfermedad en el último año	8 (3,20)	37 (14,80)	135 (54,00)	44 (17,60)	26 (10,40)	
Haber sido internado por quebrantos de salud	7 (7,87)	20 (22,47)	25 (28,09)	33 (37,08)	4 (4,49)	
Haber sido sometido a procedimientos quirúrgicos	0 (0,00)	6 (16,22)	15 (40,54)	8 (21,62)	8 (21,62)	
Haber tenido enfermedad crónica	0 (0,00)	3 (12,00)	2 (8,00)	16 (64,00)	4 (16,00)	
No ha sufrido ninguna molestia en su salud	18 (9,05)	106 (53,27)	52 (26,13)	15 (7,54)	8 (4,02)	
Como es su salud actual en comparación con la de hace un año						0,000
Mucho mejor ahora	4 (10,81)	3 (8,11)	13 (35,14)	15 (40,54)	2 (5,41)	
Algo mejor ahora	2 (1,90)	20 (19,05)	66 (62,86)	12 (11,43)	5 (4,76)	
Más o menos igual ahora	26 (7,78)	140 (41,92)	127 (38,02)	26 (7,78)	15 (4,49)	
Algo peor ahora	0 (0,00)	9 (8,04)	23 (20,54)	62 (55,36)	18 (16,07)	
Mucho peor ahora	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (10,00)	9 (90,00)	

E: excelente; MB: muy buena; B: buena; R: regular; M: mala. * Chi².

Fuente: Los Autores del Proyecto

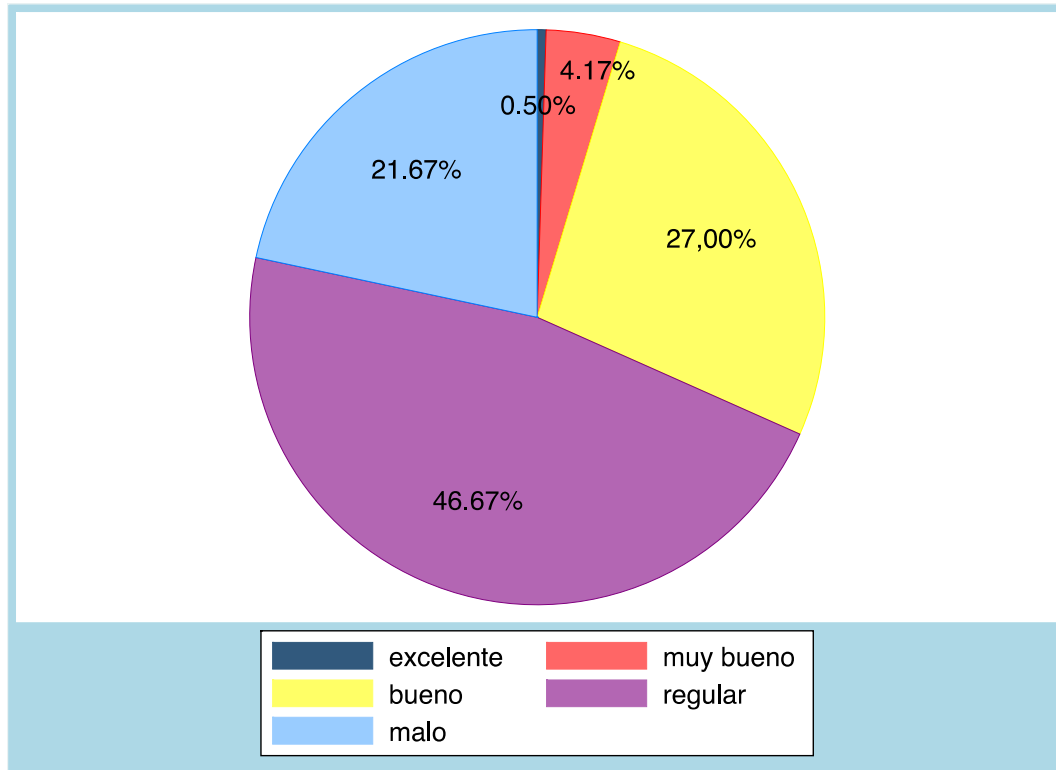
Tabla 45. Salud física y problemas emocionales de acuerdo con la capacidad para realizar las actividades cotidianas

Variable	N (%)
<i>Redujo el tiempo de trabajo y actividades por su salud física</i>	
Si	177 (29,50)
No	423 (70,50)
<i>Dificultad para hacer su trabajo o sus actividades por su salud física</i>	
Si	165 (27,50)
No	435 (72,50)
<i>Hizo menos de lo que habría querido debido a un problema emocional</i>	
Si	85 (14,17)
No	512 (85,33)
<i>Dificultad en las actividades sociales por la salud física o problemas emocionales</i>	
Nada	142 (23,67)
Un poco	308 (51,33)
Regular	129 (21,50)
Bastante	13 (2,17)
Mucho	4 (0,67)
<i>Cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad</i>	
Siempre	35 (5,83)
Casi siempre	205 (34,17)
Muchas veces	191 (31,83)
Algunas veces	149 (24,83)
Solo alguna vez	20 (3,33)
Nunca	0 (0,00)

Fuente: Los Autores del Proyecto

En relación cómo las personas califican el sistema de salud del municipio de Aguachica se encontró que el 0,50% (3) se refirió al sistema como excelente. El 27,00% (162) lo calificó como bueno y el 46,67% (280) le dio una calificación de regular (Figura 3).

Figura 3. Calificación del sistema de salud de Aguachica, en general



Fuente: Los Autores del Proyecto

La calificación dada al sistema de salud en Aguachica del total de 600 encuestados, muestra que el 46.67% considera es un servicio regular. y un 21% lo considera malo. Lo que nos indica tres terceras partes de la población no tiene una buena percepción, sobre su sistema de salud. cuando se analiza a nivel de percepción, el porque de esta, se encuentra la infraestructura y el que no resuelven sus problemas, como la principal queja.

El 56,03% (65) de las personas que calificaron el servicio como “regular” lo usaron “en este mes”. Así mismo, el 48,69% (93) lo uso “hace más de un mes” y lo calificó como “regular” (Tabla 46).

Tabla 46. Calificación del sistema de salud de Aguachica y las razones que dieron los participantes para responderlo

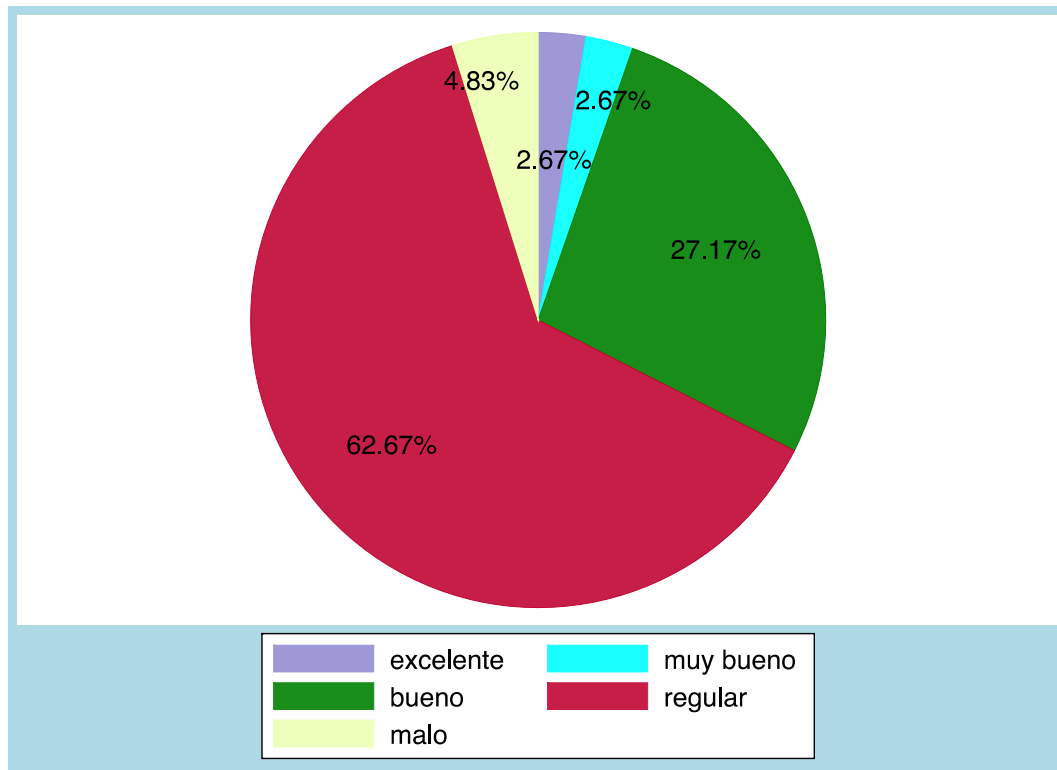
Variable	Considera que su salud es:					P *
	E N (%)	MB N (%)	B N (%)	R N (%)	M N (%)	
<i>Su calificación del sistema de salud dada de acuerdo con:</i>						0,00
Eficiencia en salud						0
Infraestructura						
Oportunidad del servicio						
Calidad del profesional de la salud						
Última vez que uso este servicio:						0,00
						0
En este mes	0 (0,00)	0 (0,00)	21 (18,10)	65 (56,03)	30 (25,86)	
Hace más de un mes	0 (0,00)	6 (3,14)	47 (24,61)	93 (48,69)	45 (23,56)	
Hace más de seis meses	1 (0,79)	7 (5,51)	36 (28,35)	69 (54,33)	14 (11,02)	
Hace más de un año	2 (1,39)	12 (8,33)	53 (36,81)	42 (29,17)	35 (24,31)	
Hace más de tres años	0 (0,00)	0 (0,00)	5 (22,73)	11 (50,00)	6 (27,27)	
Nunca lo he usado	-	-	-	-	-	

E: excelente; B: buena; R: regular; M: mala. * Chi².

Fuente: Los Autores del Proyecto

La calificación de la atención prestada en el servicio cuando los participantes lo usaron por última vez refleja que el 2,67% (16) lo calificó como “excelente”, el 27,17% (163) le pareció “buena” y el 62,67% (376) consideró que fue “regular” (Figura 4).

Figura 4. Calificación de la atención en el servicio de salud de Aguachica, cuando fue usado por última vez



Fuente: Los Autores del Proyecto

De acuerdo con la agilidad para otorgar las citas, se observó que el 39,17% (235) respondieron que demoraban un día mientras que el 15,50% (93) contestó que la otorgaban hasta en una semana. En cuanto a la eficiencia del servicio, el 36,00% (216) reportó que esta “*regularmente satisfecho*” y el 26,50% (159) mostró poca satisfacción. La infraestructura fue calificada como regular por el 65,33% (392) de los individuos aunque 25,17% (151) contestaron que era “*buen*”. Esta respuesta la basaron principalmente en la dotación en el 40,00% (12) seguido de la apariencia física en un 20,00% (6) (Tabla 47).

Tabla 47. Satisfacción con el servicio e infraestructura

Variable	N (%)
<i>Agilidad en el otorgamiento de la cita:</i>	
Un día	235 (39,17)
De dos a tres días	206 (34,33)
Una semana	93 (15,50)
Dos semanas	56 (9,33)
Un mes	10 (1,67)
<i>Eficiencia del servicio:</i>	
Plenamente satisfecho, resolvieron el problema	52 (8,67)
Bastante satisfecho, resolvieron el problema	146 (24,33)
Regularmente satisfecho y no lo resolvieron muy bien	216 (36,00)
Poco satisfecho y no resolvieron el problema	159 (26,50)
Nada satisfecho y nada resolvieron el problema	27 (4,50)
<i>Calificación de la infraestructura</i>	
Excelente	1 (0,17)
Muy bueno	14 (2,33)
Bueno	151 (25,17)
Regular	392 (65,33)
Malo	42 (7,0)
<i>La calificación de la infraestructura se ha basado en:</i>	
Apariencia física	
Dotación	
Higiene	
Accesibilidad	
Comodidad	

Fuente: Los Autores del Proyecto

5.3 RESUMEN DE ENCUESTA SOBRE CALIDAD DE SALUD EN AGUACHICA CESAR

Para finalizar este capítulo, donde se mostraron los resultados obtenidos al aplicar el formulario SF36, en 600 habitantes del municipio de Aguachica , se presenta la tabla 48, donde se evidencia los resultados más importantes de esta encuesta para ser aplicados en la propuesta a presentar en el próximo capítulo.

Tabla 48. Resumen encuesta de percepción sobre calidad de Salud en Aguachica Cesar

INDICADOR	ASPECTO A TENER EN CUENTA PARA LA PROPUESTA.
Salud auto percibida.	El 66% de la población estudiada considera su salud es buena o muy buena. el 19% considera es regular.
Enfermedad ultimo año.	El 41% población estudiada tuvo alguna enfermedad ultimo año.
Salud actual comparada con la de hace un año .	El 72% población estudiada considera su salud es igual o algo mejor que hace un año, el 18% considera es algo peor.
Salud física con problemas emocionales.	El 70 % población estudiada considera su salud no afecta su estado emocional.
Salud física con trabajo.	El 28 % de los encuestados consideró su salud física no le permitió desarrollarse plenamente en su trabajo.
Dificultad actividades sociales por salud.	El 51% de la población estudiada consideró su salud no le permitió desarrollar las actividades sociales que el le hubiera gustado.
Calificación servicio salud Aguachica.	El 67% población analizada percibe el servicio de salud de Aguachica como regular o malo.
Calificación última vez que utilizó servicio de salud.	El 66% de la población percibió como regular o malo el servicio de salud, la ultima vez que lo utilizo ya que no resolvieron su problema.
Percepción de la infraestructura.	El 72% de los encuestados percibe que la infraestructura de las instalaciones de salud en Aguachica es regular o mala y no cumple con sus expectativas.

Fuente: Los Autores del Proyecto.

6. PROPUESTA DE POLITICA PUBLICA PARA MEJORAMIENTO DE CALIDAD DE VIDA EN SALUD, HABITANTES DE AGUACHICA CESAR

Luego de realizar el diagnóstico de la calidad del servicio de salud en Aguachica Cesar y presentar los datos del estudio sobre la percepción que tienen sus habitantes, se procede a presentar la propuesta para el mejoramiento de la calidad de vida en este municipio del sur del cesar. En la primera parte, se presentan los pilares estratégicos o filosofía sobre los cuales se construye. En la segunda, se presenta una matriz DOFA que, para su elaboración, tuvo en cuenta toda la información presentada en cuanto a diagnóstico. En la tercera sección, se presenta la selección de diez metas de producto y de resultado seleccionadas de acuerdo al diagnóstico y a su impacto en el mejoramiento de las debilidades y fortalezas encontradas mediante el ejercicio DOFA y finalmente las acciones estratégicas necesarias que surgen de todo el ejercicio de levantamiento de información. No se plantea ni presupuesto ni plan de acción por exceder los alcances de este trabajo.

6.1 PILARES ESTRATÉGICOS DE LA PROPUESTA

Estos tres pilares estratégicos para la realización de la presente propuesta, coinciden con los lineamientos del Instituto para el mejoramiento de la calidad de la salud en EEUU y son promulgados por el Dr. Donald Werwich.⁶⁶

6.1.1 El paciente debe ser siempre la prioridad. Va enfocada en brindarle la seguridad y comodidad necesaria a los pacientes, todos los pacientes deben ser tratados dignamente sin demoras y en forma eficiente, como un ideal de tratamiento. Esto se conseguirá con la adopción e institucionalización de entidades de servicios de salud trabajando con la filosofía de “centros de excelencia “

6.1.2 Mejorar la salud de la población por medio de la prevención. Todas las revisiones sistémicas actuales en los servicios de salud y estudio de políticas públicas en salud, coinciden sin discusión en resultados, que la mejor manera de tener una población sana y a más bajos costos es por medio de una políticas preventivas, donde se utilicen recursos humanos capacitados motivados, con ayudas diagnosticas basadas en tecnología de punta y donde se puedan medir y cuantificar los resultados; para ello es necesario contar con sistemas de información actualizados y correctamente monitoreados.

6.1.3 Optimizar los recursos en salud. Para lograr los dos pilares anteriores se necesita del correcto manejo de los recursos humanos, económicos y tecnológicos disponibles; ello se debe realizar con la adopción de políticas y reglamentación

⁶⁶ XVIII CONGRESO CENTRO DE GESTION HOSPITALARIA. 9-10 junio 2009. Bogotá. Colombia. Memorias. Bogotá. Universidad del Rosario,3 5 p.

adecuada, donde se les dé a los recursos el correcto manejo y fin último, que es el de mejorar la calidad de vida en salud de sus habitantes, por ello esta propuesta da algunas indicaciones de cómo se podría lograr este pilar.

6.2 MATRIZ DOFA SISTEMA DE SALUD AGUACHICA

Para elaborar la propuesta se consolidaron los resultados del estudio de percepción y análisis objetivo de la calidad de vida en salud, construyendo la matriz DOFA del sistema de salud de Aguachica Cesar y que se muestra a continuación:

Tabla 49. Matriz DOFA sistema de salud en Aguachica

<p>FORTALEZAS.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los Planes de desarrollo están de acuerdo a políticas públicas innovadoras en salud. 2. El poder incrementar la tasa de satisfacción global en servicio de salud que está en el 88%. 3. Existe disponibilidad de recurso humano en salud para tareas de prevención 	<p>OPORTUNIDADES.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Crecimiento económico y social próximos años en el municipio de Aguachica. 2. Buen estado de salud individual percibido en los habitantes de Aguachica. 3. Posibilidad de mejorar indicadores de oportunidad en servicios de nivel básico. 4. Disposición presupuestal para implementar certificaciones de calidad y sistemas de información.
<p>DEBILIDADES.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El 11% de la población no cuenta con servicio de salud. 2. Falta de recurso humano especializado para atención básica en salud. 3. Ausencia de recurso humano Subespecializado en salud. 4. Malos indicadores de oportunidad en servicios especializados de salud en Aguachica. 5. Ausencia niveles de certificación de Calidad 6. Ausencia de un sistema que permita el monitoreo de los indicadores de Salud. 	<p>AMENAZAS.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Alta tasa general de fecundidad en el municipio de Aguachica. 2. 70 % de la población calificó como mala la última atención en salud en Aguachica. 3. 80% de la población calificó como mala la infraestructura en salud en Aguachica. 4. El 67 % de la población de Aguachica tiene una mala percepción de su servicio de salud. 5. Porcentaje 36,9 % de presencia de casos de violencia Intrafamiliar. 6. Porcentaje de 26,8 % de Casos de Dengue 7. Porcentaje de 3,6 % de Casos de Intento de Suicidios. 8. Porcentaje de 3 % de Casos de Chagas. 9. Porcentaje de 3 % de Casos de consumo de sustancias psicoactivas. 10. Una de tasa de mortalidad de 6.51 por 1000 habitantes. 11. Altos porcentajes de casos de enfermedades recurrentes.

Fuente: Los Autores del Proyecto

Teniendo en cuenta los resultados de la matriz DOFA se procedió a realizar el análisis DOFA, el cual consistió en cruzar fortalezas y debilidades con oportunidades y amenazas; de igual modo se tuvo en cuenta la información disponible sobre últimas tendencias en salud y políticas gubernamentales del Ministerio de Salud de Colombia, las cuales fueron introducidas en la política

pública que se presenta a continuación, según los pilares estratégicos establecidos anteriormente.

6.3 POLÍTICA PÚBLICA PARA MEJORAMIENTO CALIDAD DE VIDA EN SALUD MUNICIPIO DE AGUACHICA

Se presenta esta política pública, en tres tablas, de acuerdo a los pilares estratégicos establecidos.

La tabla 50 muestra las acciones, metas e indicadores, que obedecen al pilar estratégico No 1. que considera el paciente debe ser considerado como la prioridad.

Tabla 50. Propuesta Política Publica Pilar Estratégico No 1.

PILAR ESTRATÉGICO	EL PACIENTE DEBE SER CONSIDERADO COMO LA PRIORIDAD
DIAGNOSTICO RESUMEN	PERCEPCION: Según la encuesta realizada a 596 habitantes en el municipio de Aguachica de acuerdo al instrumento SF36 validado en nuestro país, se encontró que el 67% de la población analizada percibe el servicio de salud como regular o malo y el 66% de la población lo percibe como regular o malo dado que no resolvieron su problema.
ACCIONES.	1. Fortalecer el sistema de vigilancia y control de las entidades prestadoras de salud, encaminadas hacia formación de “centros de excelencia”
ACCIONES QUE RESPONDEN A LA DOFA	Esta Acción permite potencializar la Oportunidad 2, Mantener la Fortaleza 2 y superar la Amenaza 2y la Debilidad 3
METAS	1. Un sistema de vigilancia y control implementado y en óptimas condiciones de funcionamiento de las entidades prestadoras de salud, encaminadas hacia formación de “centros de excelencia”
INDICADOR	1. Porcentajes de avance implementado/ Porcentajes de avance proyectado
POBLACIÓN OBJETIVO	Habitantes de Aguachica
OPCIONES DE FINANCIACIÓN	Gobierno Nacional (Transferencias del Sistema General de Participación) Gobernación del Cesar. SGP Salud. Plan territorial Salud Pública
RESPONSABLES.	SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL. HOSPITAL LOCAL DE AGUACHICA. HOSPITAL REGIONAL JOSE DAVID PADILLA VILLAFÁÑE.

Fuente: Los Autores del Proyecto

En la tabla 51, se muestra la política pública para el pilar estratégico no 2. que considera la salud debe basarse en la prevención. Se presentan nueve campañas de prevención que atacan los problemas más sobresalientes en este momento en el municipio de Aguachica.

Tabla 51. Políticas Públicas Pilar Estratégico No 2. Mejorar la salud de la población mediante programas de prevención.

DIAGNOSTICO RESUMEN	1. PROGRAMA DE PREVENCIÓN CONTRA LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR. La violencia intrafamiliar, representada en un 36.9% de familias que la padecen, es el problema más grave de salud pública de Aguachica; por esto es necesario formular una política pública clara y aplicable que permita la reducción de estos casos.
ACCIONES.	1. Implementar la política pública proyecto de acuerdo no. 06372010: "por medio del cual se institucionaliza la semana del buen trato desde el 19 de noviembre hasta el 25 de noviembre de cada año en Aguachica." 2. realizar tres campañas de sensibilización en prevención Violencia Intrafamiliar en el municipio de Aguachica.
ACCIONES QUE RESPONDEN A LA DOFA	Estas Acciones permiten superar la Amenaza 5
METAS	1. reducir los casos de violencia intrafamiliar mediante programas de prevención como las Cuatro semanas de buen trato 2. tres campañas de sensibilización de prevención en Violencia intrafamiliar.
INDICADOR	1. Número de semanas del buen trato implementadas./Numero de semanas del buen trato proyectadas. 2. Numero de campañas implementadas/Numero de campañas proyectadas.
POBLACIÓN OBJETIVO	FAMILIAS DE AGUACHICA
OPCIONES DE FINANCIACIÓN	Gobierno Nacional (Transferencias del Sistema General de Participación) Gobernación del Cesar. Alcaldía Municipal. SGP Salud. Plan territorial Salud Pública Organizaciones no Gubernamentales.
RESPONSABLES.	SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL. SECRETARIA DE GOBIERNO MUNICIPAL. INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR. COMISARIA DE FAMILIA. SECRETARIA DE EDUCACION MUNICIPAL.
DIAGNOSTICO RESUMEN	2. PROGRAMA DE PREVENCIÓN CONTRA EL DENGUE .El Dengue como la enfermedad con mayor presencia de casos con un 26,8 %, de personas
ACCIONES.	1. realizar tres campañas de prevención y promoción para la eliminación de casos de dengue en el municipio de Aguachica.
ACCIONES QUE RESPONDEN A LA DOFA.	Estas Acciones permiten superar la Amenaza 6
METAS	1. tres campañas de prevención y promoción para la eliminación de casos de dengue o disminución hasta en un 50% de los casos.
INDICADOR	1. Numero de campañas implementadas/Numero de campañas proyectadas

POBLACIÓN OBJETIVO	POBLACION VULNERABLE
OPCIONES DE FINANCIACIÓN	Gobierno Nacional (Transferencias del Sistema General de Participación) Gobernación del Cesar. Alcaldía Municipal
RESPONSABLES.	SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL. HOSPITAL LOCAL DE AGUACHICA. DEPENDENCIA DE SALUD PUBLICA MUNICIPAL.
DIAGNOSTICO RESUMEN	3. PROGRAMA DE PREVENCIÓN CONTRA EL INTENTO DE SUICIDIO En un tercer lugar se encuentra el intento de suicidio con un porcentaje del 3,6% en el municipio.
ACCIONES.	1. realizar tres campañas de sensibilización en prevención en intento de suicidio en las familias y estudiantes de los colegios del municipio de Aguachica.
ACCIONES QUE RESPONDEN A LA DOFA.	Estas Acciones permiten superar la Amenaza 7
METAS	1. tres campañas de sensibilización en prevención en intento de suicidio
INDICADOR	1. Numero de campañas implementadas/Numero de campañas proyectadas
POBLACIÓN OBJETIVO	FAMILIAS DE AGUACHICA
OPCIONES DE FINANCIACIÓN	Gobierno Nacional (Transferencias del Sistema General de Participación) Gobernación del Cesar. Alcaldía Municipal. . SGP Salud. Plan territorial Salud Pública Organizaciones no Gubernamentales.
RESPONSABLES.	SECRETARIA DE GOBIERNO MUNICIPAL. INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR. COMISARIA DE DE FAMILIA. SECRETARIA DE EDUCACION MUNICIPAL.
DIAGNOSTICO RESUMEN	4. PROGRAMA DE PREVENCIÓN CONTRA EL CHAGAS es relevante dado que los casos de Chagas representan un 3%, evento que es muy similar al Dengue y que conserva la cuarta posición en los casos existentes.
ACCIONES.	1. realizar tres campañas de prevención y promoción para la eliminación de casos de Chagas el municipio de Aguachica.
ACCIONES QUE RESPONDEN A LA DOFA.	Estas Acciones permiten superar la Amenaza 8
METAS	1. Tres campañas de prevención y promoción para la eliminación de casos de Chagas. o de reducción en un mínimo del 50%.
INDICADOR	1. Numero de campañas implementadas/Numero de campañas proyectadas
POBLACIÓN OBJETIVO	HABITANTES DE AGUACHICA

OPCIONES DE FINANCIACIÓN	Gobierno Nacional (Transferencias del Sistema General de Participación) Gobernación del Cesar. Alcaldía Municipal SGP Salud. Plan territorial Salud Pública
RESPONSABLES.	SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL. HOSPITAL LOCAL DE AGUACHICA. DEPENDENCIA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL.
DIAGNOSTICO RESUMEN	5. PROGRAMA DE PREVENCIÓN CONTRA EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Por otra parte el indicador de mortalidad relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas, registra un porcentaje de 3%
ACCIONES.	1. realizar tres campañas de sensibilización en prevención en consumos de sustancias psicoactivas en adolescentes y estudiantes municipio de Aguachica.
ACCIONES QUE RESPONDEN A LA DOFA.	Estas Acciones permiten superar la Amenaza 9
METAS	1. Tres campañas de sensibilización en prevención en consumos de sustancias psicoactivas
INDICADOR	1. Número de campañas implementadas/Numero de campañas proyectadas
POBLACIÓN OBJETIVO	JOVENES ENTRE 12 Y 25 AÑOS. COLEGIOS DEL MUNICIPIO DE AGUACHICA
OPCIONES DE FINANCIACIÓN	Gobierno Nacional (Transferencias del Sistema General de Participación) Gobernación del Cesar. Alcaldía Municipal. SGP Salud. Plan territorial Salud Pública Organizaciones no Gubernamentales.
RESPONSABLES.	SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL. SECRETARIA DE GOBIERNO MUNICIPAL. INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR. COMISARIA DE FAMILIA SECRETARIA DE EDUCACION MUNICIPAL.
DIAGNOSTICO RESUMEN	6. PROGRAMA DE PREVENCIÓN PARA CONTROL DE LA NATALIDAD. Existe una tasa de natalidad alta (32.86 X 1000 Habitantes) en el municipio de Aguachica la cual supera la tasa nacional (17,23 nacimientos/1.000 habitantes), .preocupa 30% embarazos es en menores de 18 años.
ACCIONES.	1. realizar tres campañas de sensibilización en prevención y uso de anticonceptivos en adolescentes y estudiantes municipio de Aguachica.
ACCIONES QUE RESPONDEN A LA DOFA.	Esta Acción permite potencializar la Oportunidad 1 y superar la Amenaza 2
METAS	1. Tres campañas de sensibilización en prevención y uso de anticonceptivos
INDICADOR	1. Numero de campañas implementadas/Numero de campañas proyectadas
POBLACIÓN OBJETIVO	JOVENES ENTRE 12 Y 25 AÑOS. MUJERES EN EDAD FERTIL
OPCIONES DE FINANCIACIÓN	Gobierno Nacional (Transferencias del Sistema General de Participación) Gobernación del Cesar. Alcaldía Municipal. SGP Salud. Plan territorial Salud Pública Organizaciones no Gubernamentales.

RESPONSABLES.	SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL. HOSPITAL LOCAL DE AGUACHICA.
DIAGNOSTICO RESUMEN	8. PROGRAMA DE PREVENCION CONTRA ENFERMEDADES RECURRENTE. Los problemas gástricos en especial diarreas, es el principal motivo de consulta externa en menores y adolescentes, seguido por resfriado común y procesos infecciosos. Estos resultados tienen una relación directa con la cobertura de servicios públicos en el área urbana en promedio del 80% y rural del 30%
ACCIONES.	1. Lograr la cobertura en un 100% de servicios públicos en el municipio de Aguachica
ACCIONES QUE RESPONDEN A LA DOFA.	Esta Acción permite potencializar la Oportunidad y Superar la Amenaza 11
METAS	1. Cobertura en un 100% de servicios públicos.
INDICADOR	1. Porcentajes de avance de cobertura/Porcentajes de avances proyectados
POBLACIÓN OBJETIVO	HABITANTES DE AGUACHICA
OPCIONES DE FINANCIACIÓN	Gobierno Nacional (Transferencias del Sistema General de Participación) Gobernación del Cesar. Alcaldía Municipal. 11252125 Sistema General de Participaciones - Agua Potable y Saneamiento Básico
RESPONSABLES.	SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL HOSPITAL LOCAL DE AGUACHICA. EMPRESAS DE SERVICIOS PUBLICOS PLANEACION MUNICIPAL
DIAGNOSTICO RESUMEN	9. PROGRAMA DE PREVENCION CONTRA MORTALIDAD El municipio de Aguachica reporta una de tasa de mortalidad de 6.51 por 1000 habitantes y también un alto de accidentes de tránsito.
ACCIONES.	1. realizar tres campañas de prevención y promoción para la eliminación de casos de muertes en accidentes de tránsito el municipio de Aguachica.
ACCIONES QUE RESPONDEN A LA DOFA.	Estas Acciones permiten superar la Amenaza 10
METAS	1. Tres campañas de prevención y promoción para la eliminación de casos de muertes en accidentes de tránsito. y una reducción del 50% en accidentes de tránsito.
INDICADOR	1. Numero de campañas implementadas/Numero de campañas proyectadas
POBLACIÓN OBJETIVO	HABITANTES DE AGUACHICA
OPCIONES DE FINANCIACIÓN	Gobierno Nacional (Transferencias del Sistema General de Participación) Gobernación del Cesar. Alcaldía Municipal. SGP Salud. Plan territorial Salud Pública Organizaciones no Gubernamentales.
RESPONSABLES.	SECRETARIA DE GOBIERNO HOSPITAL LOCAL DE AGUACHICA. SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL. INSTITUTO DE TRANSITO Y TRANSPORTE MUNICIPAL

Fuente: Los Autores del Proyecto

Y como tercera parte de esta propuesta se presenta la tabla no 52. donde se muestran las cuatro acciones a realizar para el pilar estratégico no 3. basado en la **Optimización de los recursos de la salud.**

Tabla 52. Propuesta Política Pública Pilar No 3.

DIAGNOSTICO RESUMEN	RECURSO HUMANO. En el municipio existen 168 profesionales de la salud prestando su servicio en el sector público, los profesionales que laboran en el Hospital José David Padilla Villafañe Nivel II brinda servicio a toda la población de la región Sur del Cesar, Es de resaltar la deficiencia en recurso humano especializado para atender población más vulnerable como madres embarazadas y niños, y se nota una ausencia de atención eficiente y continua a la población de la zona rural; por ello se observan indicadores de oportunidad muy alto para acceder a estos servicios. lo mismo que servicios de cirugía general. El nivel de complejidad III no se presta en Aguachica y debe ser remitido a Bucaramanga o Valledupar
ACCIONES.	1. Aumentar la frecuencia a bimensual de la presencia del recurso humano de salud en médicos generales para la zona rural. 2. Implementar médico permanente para el corregimiento de Barranca Lebrija. 3. Aumentar el recurso humano en un 10% en las especialidades de pediatría y ginecología
ACCIONES QUE RESPONDEN A LA DOFA.	Esta Acción permite potencializar la Fortaleza 3 y superar las Debilidad 2, 3, 4
METAS	1. Dos visitas mensuales médicos general. 2. Aumentar en un 30 % los médicos especialistas en ginecología y pediatría. 3. Un médico permanente en el corregimiento de Barranca Lebrija.
INDICADOR	1. Número de visitas realizadas/Numero de visitas proyectadas. 2. Número de médicos implementados/ Numero de médicos proyectados. 3. Porcentajes de avance implementado/porcentaje de avances proyectados.
POBLACIÓN OBJETIVO	PROFESIONALES DE LA SALUD DEL MUNICIPIO
OPCIONES DE FINANCIACIÓN	Gobierno Nacional (Transferencias del Sistema General de Participación) Gobernación del Cesar. Alcaldía Municipal
RESPONSABLES.	SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL. HOSPITAL LOCAL DE AGUACHICA HOSPITAL REGIONAL JOSE DAVID PADILLA VILLAFañE.
DIAGNOSTICO RESUMEN	INFRAESTRUCTURA. El municipio de Aguachica presenta deficiencia en infraestructura en el sector salud entre ellas: Terminar el puesto de salud de Barranca Lebrija, Mejorar la infraestructura y dotación de los hospitales existentes
ACCIONES.	1. Construir y dotar la ESE de mediana complejidad de atención hospital José David Padilla Villafañe en el municipio de Aguachica cesar, bajo el modelo actual de Centro de Excelencia. 2. Mejorar la infraestructura y dotación de la ESE Municipal Hospital Local de Aguachica bajo el modelo actual de centros de excelencia. 3. Terminación y dotación del puesto de Salud del corregimiento de Barranca Lebrija bajo el modelo actual de centros de excelencia.
ACCIONES QUE RESPONDEN A LA DOFA.	Esta Acciones permiten potencializar la Oportunidad 3 y la Amenaza 2
METAS	1. ESE de mediana complejidad de atención hospital José David Padilla Villafañe ,dotada bajo el modelo actual de Centro de Excelencia. 2. ESE de atención hospital Local de Aguachica ,adecuado y dotada bajo el modelo actual de Centro de Excelencia. 3. Puesto de Salud terminado y dotada bajo el modelo actual de Centro de Excelencia.

INDICADOR	1. Porcentajes de avance ejecutadas de las nuevas construcciones y dotaciones/Porcentajes de avance proyectadas de las nuevas construcciones y dotaciones
POBLACIÓN OBJETIVO	INSTITTUCIONES PUBLICAS DE SALUD
OPCIONES DE FINANCIACIÓN	Gobierno Nacional (Transferencias del Sistema General de Participación) Gobernación del Cesar. Alcaldía Municipal SGP Salud. Plan territorial Salud Pública
RESPONSABLES.	HOSPITAL LOCAL DE AGUACHICA. SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL PLANEACION MUNICIPAL GOBERNACION
DIAGNOSTICO RESUMEN	CALIDAD: Ninguna de las instituciones en salud del municipio de Aguachica, cuenta con certificación de calidad.
ACCIONES.	Crear la oficina de calidad, en el municipio y dotarla de las herramientas necesarias para recolección de información y manejo de ella.
ACCIONES QUE RESPONDEN A LA DOFA.	Permite potencializar la oportunidad 4 y superar debilidad 5.
METAS	Oficina
INDICADOR	Porcentaje de avance ejecutado y proyectado.
POBLACIÓN OBJETIVO	Instituciones públicas en salud.
OPCIONES DE FINANCIACIÓN	Gobierno nacional y departamental.
RESPONSABLES.	Secretaria municipal de aguachica.
DIAGNOSTICO RESUMEN	SISTEMAS DE INFORMACION: El municipio no cuenta con un sistema de información que permita realizar un seguimiento a los indicadores de salud.
ACCIONES.	Sistematizar y recolectar la información en salud de acuerdo a estándares sistema nacional de calidad, que permita hacer un seguimiento y elaborar propuestas sobre la realidad.
ACCIONES QUE RESPONDEN A LA DOFA.	Potencializar la oportunidad 4 y superar debilidad 6.
METAS	Sistema de información implementado.
INDICADOR	Porcentaje de avance ejecutado y proyectado.
POBLACIÓN OBJETIVO	Instituciones públicas de salud.
OPCIONES DE FINANCIACIÓN	Gobierno nacional. gobernación del cesar, alcaldía municipal.
RESPONSABLES.	Secretaria municipio de Aguachica.

Fuente: Los Autores del Proyecto

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En este capítulo se presentan las conclusiones y recomendaciones del trabajo de investigación; las conclusiones se presentan según los objetivos propuestos para la investigación.

7.1 CONCLUSIONES

- **Conclusiones primer objetivo.**

En cuanto al primer objetivo que fue el realizar un diagnóstico objetivo de las condiciones de la calidad de salud en el municipio de Aguachica, que sirviera como base para establecer una propuesta, se concluye:

Aguachica, un municipio de 89.935 habitantes, según proyecciones del DANE 2011, cuenta con una cobertura de servicios públicos del 80 % en la zona urbana y del 30% en la zona rural, con un porcentaje de necesidades básicas insatisfechas del 35% en zona urbana y 65% en zona rural. En cuanto la dinámica de su población, el 60 % de su población es menor de 29 años donde un 51.47 % son mujeres y 48.53% hombres. Muestra una tasa de natalidad promedio, superior al promedio del país y donde un 30 % de esos embarazos se da en menores de 18 años .

Las conclusiones en cuanto al Diagnóstico del Sector de Salud Pública de Aguachica, permiten resaltar que los Casos de mayor afectación son La violencia intrafamiliar, representada en un 36.9% de familias que la padecen, es el problema mas grave de salud publica de Aguachica. Por esto es necesario formular una política pública clara y aplicable que permita la reducción de estos casos. De la misma manera se encontró al Dengue como la enfermedad con mayor presencia con un 26,8 %, de personas, lo que indica que se requiere mayor atención; debe considerarse que no se están llevando a cabo los métodos y controles del vector y si se están realizando, no están generando el alcance esperado para su efectividad. Por esto se recomienda promover estrategias de vigilancia ambiental, etomológica, epidemiológica, clínica y de laboratorio y la garantía de los recursos para la realización de todas estas estrategias y no solo en momentos de emergencia. En un tercer lugar se encuentra el intento de suicidio con un porcentaje de 3,6% en el municipio, lo cual indica que hay un problema presente en salud mental en el municipio. Estos resultados denotan claramente la necesidad de revisar minuciosamente las medidas que se han tomado al respecto, evaluando sus resultados, alcances y debilidades. Es relevante también los casos de chagas que representan un 3%, evento que es muy similar al Dengue y que conserva la cuarta posición en los casos existentes; de igual manera el tratamiento es respecto al manejo del vector.

En síntesis, la violencia intrafamiliar, el dengue y el Chagas, los intentos de suicidio y la mortalidad relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas, son las enfermedades que tienen una mayor incidencia en el municipio, además que las diarreas y fiebres son las principales causas asociadas a la morbilidad, en especial en la población menor de 3 años, por lo que una política pública debe tener en cuenta estas problemáticas.

La conclusión en cuanto a Indicadores de Calidad Reportadas Por las EPS Subsidiadas: Se puede apreciar claramente que el municipio de Aguachica tiene una calidad en servicio de salud buena, según los indicadores encontrados, pues siempre se encuentra en un promedio bueno pero no excelente. Las áreas mas deficientes están en la oportunidad de la consulta por cirugía general, en la oportunidad de realización de cirugía programada, en la oportunidad a la consulta del servicio de pediatría y ginecobstetricia.

Hecha la observación anterior se puede citar que la oportunidad de la consulta de cirugía, en el cual se mantiene un promedio de 8.76 días es aun deficiente, pues ha llegado a un máximo de 12.8 días comparado con el mejor indicador que es 2.8 días; por esto se hace necesario plantear estrategias que se puedan reflejar en el mejoramiento de este indicador, que está directamente relacionado con la oportunidad en la realización de cirugías programadas con un promedio de 11.5 días. Es evidente entonces que se debe evaluar estos resultados, los cuales se dan por la ausencia o deficiencia de infraestructura y talento humano.

Por otra parte se encuentra una tasa de natalidad alta (32.86 X 1000 Habitantes) en el municipio de Aguachica en comparación con la media nacional, la cual es de (17,23 nacimientos/1.000 habitantes), lo cual refleja que habrá una demanda alta en la solicitud del servicio de Pediatría y ginecobstetricia los cuales no son eficientes;

De esta manera, el diseño de la política pública debe también tener en cuenta aumentos en infraestructura y recurso humano y el diseño de políticas demográficas.

- Análisis de los indicadores de calidad reportados por IPS. De acuerdo a lo analizado respecto a los indicadores de calidad correspondiente a la IPS Hospital Local de Aguachica, estos muestran la deficiencia en el manejo de la información, pues para varios años no se encuentran datos que impiden realizar un análisis dinámico que pueda mostrar fortalezas y debilidades en el servicio.

Es necesario resaltar el buen manejo de la información por parte de la IPS y el gran trabajo realizado en el mejoramiento de los indicadores de calidad, en los cuales se puede observar una mejoría año a año. Pero a pesar de esto se nota una deficiencia que se podría mejorar en la oportunidad y accesibilidad a las citas de Pediatría y ginecobstetricia.

- Análisis de la Infraestructura. El municipio no cuenta con la infraestructura hospitalaria adecuada para atender la demanda, esto se vio reflejado en la percepción de los habitantes y en las propuestas para una mejora planteados en los planes de desarrollo departamental y municipal. Es de resaltar el caso del corregimiento de Barranca Lebrija que cuenta con una población de 1234 habitantes, y no tiene presencia medica permanente; al igual solo cuenta con una promotora y Auxiliar de enfermería.

En cuanto a Capacidad instalada. El municipio de Aguachica con su red hospitalaria pública dispone de 110 camas para hospitalización, 32 camas de observación, lo cual da un total de 142 camas disponibles. Este número de camas sumada con las de la red privada no son suficientes para atender la población del municipio y su área de influencia, ya que según la Organización Panamericana de la Salud OPS, en municipios donde la población sea mayor a 100.000 habitantes se debe disponer de 4,7 cama por 1.000 habitantes. Esto indicaría que aumentar el número de camas hospitalarias debe formar parte del diseño de la política pública a diseñar.

Las Conclusiones del Análisis al Plan de Desarrollo de Aguachica. Luego de revisar los programas y las metas y contrastar dichos ítems con el presupuesto destinado a cada programa, se encuentra que el principal objetivo de esta nueva administración es mantener el aseguramiento en salud en concordancia con las políticas del gobierno nacional y de acuerdo a los giros que hace el nivel central. De esta manera, del total del presupuesto, 84,4% se destina a este programa. Como complemento, se hizo un análisis eliminando los recursos girados de la nación y analizando porcentualmente cuanto se destina por el municipio a los otros programas, de acuerdo al proceso de planeación que se realizó al llevar a cabo el plan de desarrollo. En otras palabras, a qué se destinó ese 15,6% faltante del presupuesto, que no son recursos girados de la nación sino propios del municipio.

De esta manera, este segundo análisis mostró que el 27 % del presupuesto se dedicará a ampliar cobertura en concordancia con la política nacional. Continuando con el análisis, un 17% se dedicará a salud pública enfocándose en tres aspectos: vacunación, atención a problemas de suicidio y VIH. De estas tres problemáticas, vacunación y atención a problemas de suicidio fueron identificadas como una de las mayores problemáticas del municipio pero VIH no se muestra como un problema preponderante. Igualmente, no existe ningún programa que trabaje la mayor problemática del municipio como es la violencia intrafamiliar.

- Conclusiones segundo objetivo

En cuanto al segundo objetivo del trabajo, que buscaba la Interpretación el estado actual de la calidad de vida en salud en el municipio de Aguachica en el contexto

de las condiciones y las posibilidades para mejorar, se concluye: La encuesta de percepción realizada mostró que la mayoría de personas respondieron que su salud era buena y manifestaron no sufrir molestias en el último año. Así también los que no sufrieron ninguna molestia afirmaron que su salud era buena.

También se encontró que la mayoría afirmó que su salud era mejor ahora que hace un año; también afirman que sus enfermedades o problemas emocionales no han interferido en su desarrollo laboral pero si han afectado sus actividades sociales.

Adicional a esto los encuestados afirmaron en mayor proporción que el servicio de salud es regular y que cada vez que visitan a un profesional de la salud no satisfacen sus expectativas; por lo que es parte de la propuesta y se resalta en nuestro marco referencial, la necesidad de un sistema de salud que funcione como centros de excelencia, capaces de resolver el problema del paciente. Por otra parte llama la atención como los habitantes del municipio relacionan la calificación dada al sistema de salud en Aguachica en gran parte a su infraestructura..

Las personas que utilizaron el servicio de salud en el último mes, todos afirmaron que el servicio era regular y se quejaron de que la asignación de las citas demoraba de un día hasta una semana. Esto indica que, una de las vías de mejorar la percepción en salud, es realizar inversiones en infraestructura.

- Conclusiones tercer objetivo

En cuanto al último objetivo específico propuesto que fue diseñar una propuesta de política pública como herramienta para mejorar la eficiencia y la competitividad del sistema de salud de Aguachica, se concluye que: Este objetivo permitía, con base en el desarrollo de los dos objetivos específicos anteriores, cumplir con nuestro objetivo general que era: Diseñar una propuesta de política pública para mejorar la calidad de vida en salud pública como factor de competitividad para el municipio de Aguachica, Cesar. Para tal efecto se definieron tres pilares estratégicos coincidentes con los lineamientos del Instituto para el mejoramiento de la calidad de la salud en EEUU y promulgados por el Dr. Donald Werwich: i) El paciente debe ser siempre la prioridad. ii) Mejorar la salud de la población por medio de la prevención. Y iii) Optimizar los recursos en salud.

Con los datos obtenidos en el objetivo primero y segundo, se procedió a realizar una matriz DOFA del sector de salud Aguachica, y de ahí salieron las acciones a realizar como propuesta en lineamiento a los tres pilares estratégicos.

- **Conclusiones marco de referencia e hipótesis**

Con respecto al marco de referencia, puede concluirse que se dieron los soportes y tendencias actuales en salud, con miras a establecer una propuesta en política pública, acertada y que cumpliera con las necesidades de la población; por ello se recolectó información objetiva en los centros de salud, hospital local y entidades de salud, pero también se realizó la encuesta a los 600 habitantes del municipio, para conocer la percepción sobre el servicio de salud en su municipio.

Igualmente, respecto a la hipótesis planteada, se concluye que mediante la aplicación y ejecución adecuada de esta propuesta de política pública se mejorará las condiciones de calidad de vida en los habitantes de Aguachica, mejorando de esta manera la competitividad de este municipio, toda vez que se aumentan los niveles de satisfacción del recurso humano y la imagen del entorno como ambiente de negocios. De igual manera con la realización del presente trabajo se evidenció que, a partir de un diagnóstico minucioso y detallado como el realizado, y siguiendo los parámetros de indicadores sugeridos por la OPS, se pueden ofrecer unas propuestas acertadas para su mejoramiento.

Finalmente se destaca que, conociendo cual es la autopercepción de las condiciones de salud, en los habitantes de Aguachica Cesar, se pueden elaborar propuestas de acuerdo a las necesidades reales de la población, lo que finalmente logrará que esta zona aumente su competitividad y ofrezca un mejor ambiente de negocios. El presente trabajo evidencia así el cumplimiento de las tres hipótesis planteadas.

7.2 RECOMENDACIONES

Este es el trabajo inicial de la formulación de una propuesta de política pública para Aguachica, por lo que se recomienda que el trabajo sea presentado a las entidades municipales y departamentales encargadas de su verificación y proceso de seguimiento. Se recomienda que la propuesta sea implementada para que pueda llevar a una mejora real de las condiciones reales de la calidad de vida en salud de los habitantes de Aguachica Cesar. Es evidente que este es el factor más importante a resaltar del trabajo, el que tiene aplicabilidad y que se elaboró con miras a satisfacer una problemática real de un municipio colombiano, siguiendo indicaciones y utilizando estándares internacionales de diagnóstico y del como elaborar propuestas de políticas públicas.

Como estudiantes, el realizar un trabajo con estas características, permitió el aplicar los conceptos adquiridos a lo largo de la maestría, ya que se pudo pasar de la teoría a la práctica, y sobre todo a la práctica con un fin social. Por lo que se recomienda a la Universidad, continuar con trabajos de investigación que busquen resolver los problemas que se presentan en las áreas que se desenvuelven los estudiantes, se recomienda hacer énfasis en trabajos con aplicabilidad, ya que

tienen mayor razón de ser y se realizan con pasión y entrega, pues se sabe servirá para algo mas, que un requisito de grado.

Se recomienda al Comité de investigaciones de la Maestría, continuar con esta línea de investigación. Este trabajo deja planteado la utilización de instrumentos validados nacional e internacionalmente, que permitirá ser aplicados en otras poblaciones, con el propósito de ayudar a que las políticas públicas que se planteen ayuden en verdad a suplir los problemas de la comunidad, ya que se observa, muchas veces estas se plantean, sin hacer el proceso diagnóstico necesario para tal fin. La Maestría en administración de la Universidad, está llamada hacer la entidad académica que brinde asesoría a los diferentes entes gubernamentales en la implementación y formulación adecuada de políticas públicas en Colombia.

Finalmente se recomienda, la realización de trabajos que permitan evaluar, si las políticas públicas implementadas en los diferentes municipios, son formuladas realmente con los estándares mínimos exigidos, o si por el contrario, no tienen un soporte adecuado en diagnóstico y por ello no suplirán los problemas reales de la población. de igual modo se recomiendan trabajos en el tema de políticas públicas, pero en la fase implementación y evaluación de estas políticas.

BIBLIOGRAFIA

ALCALDÍA DE AGUACHICA. Información General [en línea]. Junio de 2010. [Consultado el 9 de septiembre del 2011]. Disponible en Internet: <URL:<http://www.aguachica-cesar.gov.co>>

CÁMARA DE COMERCIO DE BOGOTÁ. La Bogotá que soñamos todos, Resumen del Estudio Monitor de Competitividad para Bogotá. 1997.

COLOMBIA. PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN. Frenar trato indigno a usuarios EPS. Boletín No. 087. 2007.

CONSEJO PRIVADO DE COMPETITIVIDAD. Informe Nacional de Competitividad. 2010.

DELGADO, Pedro y SALCEDO, Tulia. Aspectos conceptuales sobre los indicadores de calidad de vida.

ESSER, Klaus. Competitividad Sistémica: Un nuevo desafío para las empresas y la política. En: Revista de la CEPAL (No. 59), 1996. p. 39-52.

FEDERACIÓN MEDICA COLOMBIANA. Información General [en línea]. Agosto de 2012 <http://www.federacionmedicacolombiana.com/>

FRANCO, L. H. Propuesta de mejoramiento para la Red Prestadora de Servicios de Salud Privada, en la Zona de influencia al Clúster de Petróleo y Gas (Municipios de Barrancabermeja, Puerto Wilches, San Vicente y Sabana de Torres) en el Departamento de Santander. Tesis de Grado para Maestría . Universidad Santo Tomás. Bucaramanga. 2011.

GALLI. Autopercepción de calidad de vida: Un estudio comparativo. *Psicodebate*. p. 88-96.

GARAY, L. Estructura industrial e internacionalización 1967-1996. Bogotá: DNP, Colciencias, Consejería Económica y de Competitividad y Ministerio de Comercio Exterior. 1997.

LOZADA, Mauricio y RODRÍGUEZ, Augusto. Calidad del servicio de salud: Una revisión a la literatura. *Cuad. Administración* (Julio-Diciembre). Bogotá, 20(34). 2007. p. 237-258.

LUGO A., L. E.; GARCÍA G., H. I. y GÓMEZ, R. C. Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia. En: *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública* (Julio-Diciembre). 24(2), 2006. p. 37-50.

MOLINA TUESCA, R. La calidad de vida, su importancia y cómo medirla. En: Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública. 2(24), 2005. p. 37-50.

NORTH. Institutions Institutional Change and Economic Performance. Cambridge University Press. 1990.

OCDE. Industrial Competitiveness. París. 1997.

PORTER, M. From competitive advantage to Corporate Strategy. Boston: Harvard Business Review. 1987.

PORTER, M. La ventaja competitiva de las Naciones. Madrid: Deusto. 1990.

SCHWARTZMANN, L. calidad de vida relacionada con salud. En: Ciencia y enfermería, 9(2), 2003. p. 9-21.

VARGAS, V., & DAVIANYS, J. Estudio de Factibilidad Técnico Financiero Para el Montaje de una Despulpadora de Mango en el municipio Aguachica. Tesis, Universidad Popular del Cesar, Cesar, Aguachica. 2010.

VELANDIA, Ardan y CARDONA, Sara. Oportunidad satisfacción y razones de no uso de los servicios de salud en Colombia, según la encuesta de calidad de vida del DANE. En: Revisit Colombia Medical, 32(1), and 2001. p. 4-9.

ZYSMAN, Tyson. American Industry in international Competition, Government Policies and Corporate Strategies. Cornell University Press. 1983

ANEXO

Anexo A. Modelo de la Encuesta

Registro_____

UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS MAESTRIA EN ADMINISTRACION. ENCUESTA SOBRE PERCEPCIÓN DE CALIDAD EN SALUD. MUNICIPIO DE AGUACHICA.

Marque con una X sobre la línea izquierda de la respuesta que Usted crea correcta, favor marcar solo una respuesta por cada pregunta. NO utilizar la casilla que está al lado derecho, ya que es de uso exclusivo de los encuestadores.

1. DATOS GENERALES.

1.1 SEXO:

___ Femenino (1)

___ Masculino (2)

1.2. EDAD:

___ 15 a 25 años (1)

___ 26 a 35 años (2)

___ 36 a 45 años (3)

___ Más de 45 años (4)

1.2 ESTADO CIVIL:

___ soltero.(1)

___ casado (2)

___ separado (3)

___ viudo (4)

1.3 NIVEL DE ESCOLARIDAD:

___ Analfabeta (1)

___ Primaria (2)

___ Secundaria (3)

___ Universitario (4)

1.4 NIVEL DE SALUD:

___ Régimen subsidiado.(1)

___ Régimen contributivo. (2)

___ No tiene ningún régimen.(3.)

2. AUTOPERCEPCION EN SALUD.

2.1 En general usted diría que su salud es:

- Excelente _____(1)
- Muy buena _____ (2)
- Buena _____ (3)
- Regular _____ (4)
- Mala _____ (5)

2.2 Para calificar su estado de salud se baso principalmente en:

- Haber sufrido alguna enfermedad ultimo año. (1)
- Haber sido internado por quebrantos de salud. (2)
- Haber sido sometido algún pcdto quirúrgico. (3)
- Haber tenido enfermedad crónica. (4)
- No ha sufrido ninguna molestia en su salud. (5)

2.2 Como diría que es su salud actual comparada con la de hace un año.

- Mucho mejor ahora que hace un año. (1)
- Algo mejor ahora que hace un año (2)
- Mas o menos igual que hace un año (3)
- Algo peor ahora que hace un año (4)
- Mucho peor ahora que hace un año (5)

2.3 Durante las últimas cuatro semanas. Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de SU SALUD FISICA.

Si _____ (1) No _____ (0)

2.4 Durante las últimas cuatro semanas tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas a causa de SU SALUD FISICA. (le costó más dificultad de lo normal)

Si _____ (1) No _____ (0)

2.5 Durante las últimas cuatro semanas, hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún PROBLEMA EMOCIONAL. Como estar triste, deprimido, o nervioso

Si _____ (1) No _____ (0)

2.6 Durante las últimas cuatro semanas, hasta que punto su salud física o problemas emocionales, han dificultado sus actividades sociales habituales con sus amigos, la familia, los vecinos u otra persona.

- Nada (1)
- Un poco (2)
- Regular (3)
- Bastante (4)

- Mucho (5)

2.7 Durante las últimas cuatro semanas cuanto tiempo se sintió lleno de vitalidad.

- Siempre (1)
- Casi siempre (2)
- Muchas veces (3)
- Algunas veces (4)
- Solo alguna vez (5)
- Nunca (6)

3. PERCEPCION DE LA CALIDAD DEL SISTEMA DE SALUD AGUACHICA.

3.1 Como o calificaría usted en términos generales el sistema de salud del municipio de Aguachica.

- excelente (1)
- Muy bueno (2)
- Bueno (3)
- Regular (4)
- Malo (5)

3.2 La calificación del servicio del sistema de salud de Aguachica lo dio principalmente en base a :

- Eficiencia en salud. (1)
- Infraestructura. (2)
- Oportunidad al servicio. (3)
- Calidad del profesional en salud. (4)

3.3 Cuándo fue la última vez que utilizo este servicio en el municipio de Aguachica.

- En este mes. (1)
- Hace más de un mes (2)
- Hace más de 6 meses. (3)
- Hace más de un año (4)
- Hace más de 3 años (5)
- Nunca lo he usado. (6)

3.4 Cuando utilizó por última vez este servicio, cómo calificaría su atención.

- Excelente (1)
- Muy bueno (2)
- Bueno. (3)
- Regular (4)
- Malo. (5)

3.5 En cuanto la oportunidad, el tiempo en el cual usted tiene acceso al servicio de salud. Se le da la cita y se le atiende usted diría que:

- Me atienden cuando yo necesito el servicio. Ese día o al otro día. (1)
- Me demoran de 2 a tres días en ofrecerme el servicio. (2)
- Me demoran una semana en ofrecer el servicio. (3)
- Me demoran hasta 2 semanas en ofrecerme el servicio. (4)
- Me han demorado hasta un mes en ofrecerme el servicio. (5)
- No me ofrecieron el servicio. (6)

3.6 En cuanto la eficiencia del servicio. Usted quedo satisfecho con el servicio prestado y este le resolvió su motivo de consulta.

- Quede plenamente satisfecho y resolvieron mi problema. (1)
- Quede bastante satisfecho y resolvieron mi problema (2)
- Quede regularmente satisfecho y no resolvieron muy bien mi problema (3)
- Quede un poco satisfecho y no resolvieron mi problema (4)
- No quede nada satisfecho y nada resolvieron mi problema. (5)

3.7 Cómo calificaría usted el estado de la infraestructura :

- Excelente (1)
- Muy bueno (2)
- Bueno. (3)
- Regular (4)
- Malo. (5)

3.8 la respuesta de la infraestructura la dio basado principalmente en :

- Apariencia física infraestructura. (1)
- Estado de dotación. (2)
- Higiene del centro. (3)
- Accesibilidad. (4)
- Comodidad. (5)

Anexo b. Cuestionario de salud sf-36 versión española (junio de 1999)

INSTRUCCIONES: Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales

Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general, usted diría que su salud es:

- 1 Excelente. 2 Muy buena . 3 Buena . 4 Regular . 5 Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- 1 Mucho mejor ahora que hace un año . 2 Algo mejor ahora que hace un año . 3 Más o menos igual que hace un año. 4 Algo peor ahora que hace un año . 5 Mucho peor ahora que hace un año

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos intensos**, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- 1 Sí, me limita mucho . 2 Sí, me limita un poco . 3 No, no me limita nada.

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos moderados**, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora? 1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para **coger o llevar la bolsa de la compra**? 1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para **subir varios pisos** por la escalera? 1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para **subir un solo piso** por la escalera? 1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para **agacharse o arrodillarse**? 1 Sí, me limita

mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar **un kilómetro o más**? 1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar **varias manzanas** (varios centenares de metros)? 1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar **una sola manzana** (unos 100 metros)? 1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para **bañarse o vestirse por sí mismo**? 1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada.

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física? 1 Sí 2 No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo **menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física? 1 Sí 2 No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **dejar de hacer algunas tareas** en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física? 1 Sí 2 No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo **dificultad** para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física? 1 Sí 2 No.

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)? 1 Sí 2 No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo **menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)? 1 Sí 2 No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan **cuidadosamente** como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)? 1 Sí 2 No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas? 1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho.

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?
1 No, ninguno 2 Sí, muy poco 3 Sí, un poco 4 Sí, moderado 5 Sí, mucho 6 Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?
1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad? 1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca.

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso? 1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle? 1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo? 1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía? 1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste? 1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado? 1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz? 1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado? 1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)? 1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez 5 Nunca.

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo mas que otras personas. 1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera. 1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar. 1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente. 1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa