

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO



DETERMINAR ESTRATEGIAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN INSTITUCIONES  
PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE BAJA COMPLEJIDAD DE ZONAS  
RURALES DISPERSAS DEL DEPARTAMENTO DEL CHOCÓ CON PREDOMINIO DE  
POBLACIÓN INDÍGENA Y AFRODESCENDIENTE.

ESTUDIO APLICADO

ALINA BRAVO CHAMORRO

QUIBDO- CHOCÓ

2017

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO



DETERMINAR ESTRATEGIAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN INSTITUCIONES  
PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE BAJA COMPLEJIDAD EN ZONAS  
RURALES DISPERSAS DEL DEPARTAMENTO DEL CHOCÓ CON PREDOMINIO DE  
POBLACIÓN INDÍGENA Y AFRODESCENDIENTE.

ESTUDIO APLICADO

AUTOR

ALINA BRAVO CHAMORRO

TUTOR

CLARA INES PARDO MARTINEZ

FACULTAD

ADMINISTRACIÓN

MAESTRIA EN DIRECCIÓN

QUIBDO- CHOCÓ

2017

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios quien, desde antes de nacer, ya sabía quién sería y designó a unos maravillosos padres para engendrarme, a mis hermanos por el estímulo permanente, a mis hijos por su quietud y paciencia en las separaciones, a la Universidad Del Rosario y la Universidad CES con cada uno de sus docentes, que desde la transmisión de su conocimiento aportaron para fortalecer el mío y agregaron más valor a mi vida.

## **DECLARACIÓN DE AUTONOMÍA**

Declaro bajo gravedad de juramento, que he escrito el presente tesis de maestría por mi propia cuenta, y que por lo tanto, su contenido es original. Declaro que he indicado clara y precisamente todas las fuentes directas e indirectas de información, y que esta tesis de maestría no ha sido entregada a ninguna otra institución con fines de calificación o publicación.



---

ALINA BRAVO CHAMORRO 21 de enero de 2019

## **DECLARACIÓN DE EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Declaro que la responsabilidad intelectual del presente trabajo es exclusivamente de su(s) autor(es). La Universidad del Rosario no se hace responsable de contenidos, opiniones o ideologías expresadas total o parcialmente en él.



---

ALINA BRAVO CHAMORRO 21 de enero de 2019

## CONTENIDO

GLOSARIO .....	x
RESUMEN .....	xiii
ABSTRACT.....	xiv
INTRODUCCIÓN .....	15
CAPITULO 1 .....	19
1. Marco teórico.....	19
1.1. Contexto Sociocultural.....	21
1.1.1. Accesibilidad Geográfica.....	21
1.1.2. Economía.....	22
1.1.3. Contexto Demográfico.....	23
1.1.3.1. Población.....	23
Población por pertenencia étnica .....	24
1.1.4. Aspectos Culturales .....	25
1.1.4.1. Creencias.....	25
1.1.5. Determinantes Sociales de la Salud –DSS.....	25
1.1.5.1. Determinantes intermedios de la salud en el Departamento.....	25
Condiciones de vida.....	25
Cobertura de servicios de electricidad .....	25
Cobertura de acueducto.....	25
Cobertura de alcantarillado .....	25
Cobertura de servicios de telefonía.....	26
Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA):.....	26
Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada.....	26
Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas .....	26
1.2. Conceptos de Calidad.....	27
1.2.1. Concepto de Calidad en Instituciones de Salud.....	27
1.2.2. Gestión para la calidad en salud Colombiana.....	28
1.2.3. Salud y grupos étnicos.....	30
1.2.4. Salud y complejidad en los prestadores de servicios públicos.....	30

1.2.4.1. Tipificación de las IPS de baja complejidad.....	30
CAPITULO 2.....	34
2. Diseño Metodológico .....	34
CAPITULO 3.....	37
3. Análisis de resultados .....	37
42	
CONCLUSIONES .....	43
RECOMENDACIONES.....	45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	46

## LISTA DE TABLAS

Tabla No. 1 Descripción de distancias en kilómetros desde Quibdó y tipo de transporte .....	22
Tabla No. 2 Índice poblacional por área de residencia en municipios estudiados año 2014.....	24
Tabla No. 3 Población por pertenencia étnica del departamento del Chocó, 2014 .....	24
Tabla No. 4 Determinantes intermedios de la salud - Condiciones de Vida, Chocó, censo DANE proyección 2005.....	26
Tabla No. 5 Estructura de los servicios de salud de los municipios estudiados .....	28
Tabla No. 6 Estructuración según modalidad de prestación en los servicios de salud de centros municipales. ....	29
Tabla No. 7 Municipios del Departamento del Chocó según volumen poblacional .....	32
Tabla No. 8 Análisis general del porcentaje de cumplimiento de criterios según estándares de normas para habilitación por servicios en los centros de salud estudiados .....	37
Tabla No. 9 Consolidado general de evaluación de calidad por centro asistencial según estándares y criterios totales establecidos.....	39

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura No. 1 Análisis general del porcentaje de cumplimiento de criterios según estándares de normas para habilitación por servicios en los centros de salud estudiados. ....	38
Figura No. 2 Consolidado general de evaluación de calidad por centro asistencial según estándares y criterios totales establecidos. ....	40
Figura No. 3 Percepción de los usuarios de la calidad de la atención recibida en la IPS UNISANAR en los municipios priorizados, por dimensión. ....	42

## GLOSARIO

**PIB:** representa el resultado final de la actividad productiva de las unidades de producción residentes. Se mide desde el punto de vista del valor agregado, de la demanda final o las utilizaciones finales de los bienes y servicios y de los ingresos primarios distribuidos por las unidades de producción residentes.

**DANE** (Departamento Administrativo Nacional de Estadística): Entidad responsable de la planeación, levantamiento, procesamiento, análisis y difusión de las estadísticas oficiales de Colombia.

**SISTEMA DE HABILITACIÓN EN SALUD (Resolución 2003 de 2014):** Son los procedimientos, requisitos y normas que permiten revisar, verificar y controlar el grado de cumplimiento con que cuenta una entidad con respecto a su suficiencia y respuesta patrimonial y financiera, las características básicas relacionadas con capacidad tecnológica y científica y técnico administrativa y de gestión, que son fundamentales en una institución prestadora de servicios de salud que haga parte del sistema, ya que permite garantizar seguridad en toda la cadena de valor y en los pacientes del servicio de acuerdo a los riesgos potenciales que se pueden generar en los procesos y servicios prestados.

**SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD:** Describe cada una de las actividades, procesos y operaciones que permiten controlar, vigilar e inspeccionar el reporte y/o informe de la información en torno a su contenido y calidad, está a cargo de la de la Supersalud, las respectivas direcciones o secretarías departamentales o distritales de salud donde a través de indicadores se analizan las tendencias del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud, permitiendo seguimiento a la prestación de los servicios, a su riesgo y a la seguridad de la atención; Estos indicadores son variables que intentan medir u objetivar en forma cuantitativa o cualitativa, sucesos colectivos para así poder respaldar acciones políticas, evaluar logros y metas. Los indicadores de salud son instrumentos de evaluación que pueden determinar directa o indirectamente modificaciones dando así una idea del estado de situación de una condición. La OMS los ha definido como "variables que sirven para medir los cambios". Reglamentado por resolución 1446 de 2006.

**PLAN DE AUDITORIA EN SALUD:** Es una estrategia y/o mecanismo que de forma organizada y continúa permite evaluar y/o auditar con el fin de generar acciones de mejora para la calidad de la atención prestada que debe estar acorde a las normas vigentes, lo que hace necesario que los prestadores realicen evaluaciones, hagan seguimiento y ajusten los procesos hacia un mejoramiento, cada vez comparando lo observado en la prestación de los servicios con lo esperado, todo lo cual está definido mediante normas y guías técnicas, científicas y administrativas que se deben adoptar y que ayudan a corregir y eliminar las desviaciones detectadas con respecto a estos parámetros ya establecidos e igualmente a mantener las condiciones de mejora realizadas. Reglamentado en el título IV del decreto 1011 del 2006.

**SISTEMA 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 quienes prestan servicios de salud (IPS), las empresas que administran planes de beneficios (EAPB), direcciones departamentales, distritales y municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

**SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL:** Incluye todos los procedimientos, instituciones y normas a las que tienen acceso las personas y la comunidad permitiendo gozar de una vida en condiciones de calidad, a través del cumplimiento de planes y programas que la sociedad bajo los lineamientos del Estado desarrollan para proporcionar cobertura integral en las contingencias como son las que menoscaban la salud y la capacidad económica de todos los habitantes de Colombia, con el propósito de lograr bienestar individual e integración de la comunidad.

**GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD.** Las leyes colombianas tienen inmersa la garantía de la gestión de calidad en salud desde la aplicación de la ley 10 de 1990 en su artículo 1° además de tener en cuenta el artículo 32 de la Constitución Política que también fija normas de calidad en los servicios de salud y mecanismos para vigilar y controlar que las mismas se cumplan. Posteriormente y a partir de la implementación de la Ley 100 de 1993 “Sistema General de Seguridad en Salud” Colombia estableció como principio básico gestionar la calidad

en los procesos para la atención de salud, artículo 227, “control y evaluación de la calidad del servicio de salud”, como el camino para la competitividad.

**ZONAS DISPERSAS.** Para efectos de este estudio en Colombia existen zonas reconocidas como dispersas las cuales cuentan con condiciones similares de rezago en sus indicadores de salud, dificultades en la operatividad del sistema de salud, problemas de accesibilidad geográfica que conllevan a especiales arreglos para la gestión del aseguramiento y de la red prestadora de servicios de salud, como son los Departamentos de Guanía, Guaviare, Choco, Amazonas, Putumayo, Vaupés y Caquetá; donde el Ministerio de Salud autoriza una negociación económica diferencial y compensatoria para los administradores de planes de beneficios que les permita realizar contrataciones mutuamente beneficiosas con los prestadores de servicios de salud conforme a la situación.

## RESUMEN

Gestionar calidad para los prestadores de servicios de salud en zonas rurales será una verdadera necesidad para el Departamento del Choco y para Colombia, lo que requiere de una estrategia o metodología que facilite la implementación, evaluación y desarrollo de un sistema de garantía y calidad en salud en estas zonas dada la exigencia legal y normativa; teniendo en cuenta que el resultado de este trabajo revela que el desconocimiento es la base fundamental de la no calidad. Será entonces la trasmisión e integración de conocimientos normativos y legislativos a la formación de profesionales de salud como ejecutores principales del sistema de salud, lo que puede agregar al mismo una medida estratégica que contribuya con la calidad haciendo eficiente y efectiva la prestación de servicios de salud, aportando al crecimiento y perdurabilidad de empresas o instituciones que desarrollan esta misión, a su vez con el bienestar de la comunidad; con esta estrategia se pretende contribuir con el mejoramiento en cada una de las características de calidad en salud como son: accesibilidad, pertinencia, oportunidad, seguridad y continuidad.

Palabras Claves: Departamento del Choco, salud, calidad, estándares, criterios, dispersión, ruralidad, seguridad, continuidad, oportunidad, accesibilidad.

## ABSTRACT

Managing quality for health service providers in rural areas will be a real need for the Department of Choco and for Colombia, which requires a strategy or methodology that facilitates the implementation, evaluation and development of a health guarantee and quality system in these areas given the legal and regulatory requirement; taking into account that the result of this work reveals that ignorance is the fundamental basis of non-quality. It will then be the transmission and integration of normative and legislative knowledge to the training of health professionals as the main executors of the health system, which can add to it a strategic measure that contributes to quality by making efficient and effective the provision of health services , contributing to the growth and durability of companies or institutions that develop this mission, in turn with the welfare of the community; This strategy is intended to contribute to the improvement of each of the quality characteristics in health such as: accessibility, relevance, timeliness, security and continuity

Key Words: Department of Choco, health, quality, standards, criteria, dispersion, rurality, security, continuity, opportunity, accessibility.

## INTRODUCCIÓN

A partir de la implementación de la Ley 100 de 1993 “Sistema General de Seguridad en Salud” Colombia estableció como principio básico la calidad de la atención en salud en su artículo 227, “control y evaluación de la calidad del servicio de salud”, como el camino para la competitividad, por lo cual el Gobierno nacional ha venido proyectando directrices que permitan establecer criterios homogéneos y generales de prestación del servicio, aplicables a todas las instituciones según su complejidad, independiente de la ubicación geográfica; es así que para su adecuado cumplimiento e igual entendimiento han establecido lineamientos conocidos como estándares de verificación del funcionamiento de un servicio de salud, dándole además un enfoque de mejoramiento continuo, centrado en el usuario y la gestión del riesgo para garantizar la satisfacción de todos los usuarios; para ello el Ministerio de la Protección Social, mediante el Decreto 1011 (2006), establece “Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad en Salud, definido como 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”. Cuyas acciones orientan a obtener mejores resultados de la atención de los usuarios, llegando más allá de una verificación, de la estructura o de la existencia de documentos que soporten los procesos que se constituyen en pre-requisitos en el logro del objetivo final que no es otro que la satisfacción del usuario.

Este marco legislativo ha generado en los prestadores cambios de filosofía y estrategias en busca de la excelencia institucional y satisfacción de los usuarios, a través de diferentes metodologías que orienten a que toda la organización se involucre en el proceso de mejoramiento continuo para así poder lograr los objetivos propuestos en torno a su direccionamiento estratégico.

En este contexto se evidencian algunas limitaciones propias de las regiones donde se es operador en relación con los requisitos normativos; el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo describe en el informe Colombia rural, Razones para la esperanza (2011) lo siguiente:

*Colombia es más rural de lo que pensamos. Según el Informe Nacional de Desarrollo Humano 2011- Colombia Rural; este país no el 25 sino el 32% de los colombianos son*

*pobladores rurales, y en las tres cuartas partes de los municipios, cuya área ocupa la mayoría del territorio nacional, predominan relaciones propias de sociedades rurales. (p.7)*

El informe, hace un balance completo y, sobre todo, oportuno de la situación de la Colombia rural; cuáles son las necesidades más apremiantes de los pobladores rurales en situación de vulnerabilidad y cuáles sus capacidades de recuperación; cuáles factores afectan el ejercicio de la democracia en los territorios; y cuál ha sido el impacto del largo proceso de deterioro de las instituciones públicas responsables de orientar la marcha del sector agropecuario. Encontrando como resultado que el departamento del Chocó tenía un Índice de desarrollo humano para el año 2010 de 0.731; entendiéndose este, como el proceso por el que una sociedad mejora las condiciones de vida de sus ciudadanos a través de un incremento de los bienes con los que puede cubrir sus necesidades básicas y complementarias, y de la creación de un entorno en el que se respeten los derechos humanos de todos ellos. Este índice se considera el más bajo a nivel país con un total nacional de 0.840. Éste es un indicador social compuesto por tres parámetros: vida larga y saludable, educación y nivel de vida digno.

Igualmente revelan que en el país hay 4,3 millones de personas que se autorreconocen como afrodescendientes lo que equivale 10.62% de la población total, quienes viven concentrados en los departamentos: Antioquia, Bolívar, Chocó, Nariño, Cauca, Atlántico, San Andrés y Providencia y el Valle del Cauca y 1,4 millones de indígenas, equivalentes al 3,36% de la población total, de esta población el 78,4% vive en zonas rurales.

Por eso, cuando se habla de las condiciones de vida de la población afro colombiana e indígena se hace referencia a la situación de más de cinco millones de colombianas y colombianos.

Los datos alertan sobre su situación: el 63% de los indígenas viven bajo la línea de pobreza, el 37% bajo la línea de miseria. Los municipios con mayor concentración de población afro colombiana, tienen mayor incidencia de necesidades básicas insatisfechas. Encontrándose el departamento del Chocó (sin Quibdó) con un rango de pobreza superior al 60%; conforme a la información revelada por el informe. (Rural, P.C, 2011)

Así mismo, el informe señala cuatro limitaciones estructurales para su desarrollo humano: (a) la poca comprensión que existe de sus visiones del territorio, diferentes a las que dominan en el mundo occidental y su relación poco fluida con el Estado (b) el aislamiento geográfico en el que viven la mayoría de las comunidades afrocolombianas, (c) la yuxtaposición entre los territorios reconocidos a pueblos y comunidades, (d) la baja calidad de las tierras otorgadas, y (e) el conflicto armado.

Por tal razón esta investigación busca incorporar el sector salud dentro de una problemática social, analizando y determinando factores limitantes, que permitan definir estrategias para contar con un plan de mejoramiento diferenciador para el logro de calidad en las instituciones de salud de baja complejidad operadas por Unisanar IPS, cuya sede principal se encuentra en la ciudad de Quibdó; la cual, además cuenta con ocho sedes de baja complejidad hospitalaria, distribuidas en diferentes municipios del Departamento como son: Atrato, Medio Atrato, Alto Baudó, Bagadó, Lloro, Rio Quito Paimadó, Rio Quito Villa Conto y San José del Palmar; estos municipios se caracterizan por su alto índice de ruralidad teniendo en cuenta los criterios tanto cuantitativo como cualitativos que así lo determinan: Atrato con un 65% de ruralidad, Medio Atrato 96%, Alto Baudó 74%, Bagadó 71%, Lloro 70%, Rio Quito 71%, San José del Palmar 77%, el municipio de Quibdó, capital del Departamento marca una diferencia respecto a los otros municipios con un índice de Ruralidad del 7%. (ASIS, 2014)

Gestionar la calidad para estos prestadores de salud de zonas rurales se hace más que necesaria en para el país, al igual que utilizar una metodología que permita la implantación, evaluación y desarrollo de un sistema de garantía y calidad, dada la exigencia legal y normativa. En este orden, dichas instituciones están obligadas por el estado y la sociedad, a incluir mecanismos legales y herramientas de gestión que faciliten la planeación, la organización, la ejecución y control de cada uno de sus procesos, estableciendo y desarrollando estándares que permitan prestar un servicio de calidad, medir el cumplimiento de unas metas y objetivos propuestos que hagan de la empresa, un ente competitivo que justifique su existencia, con rendimientos económicos y sociales. Garantizando su perdurabilidad como prestador de servicios de salud entregando mayor beneficio a sus usuarios, a un costo razonable y el mínimo riesgo posible.

En este contexto, los objetivos de esta investigación son los siguientes: i. Identificar estrategias diferenciadoras para gestionar la calidad en empresas prestadoras de salud con baja complejidad en zonas rurales dispersas del departamento del Chocó donde predominan poblaciones indígenas y afrodescendientes; ii. Establecer las necesidades que permitan cumplir las expectativas de los clientes internos y externos como prestador de salud de baja complejidad en zonas rurales dispersas del departamento del Chocó que contribuyan con el mejoramiento de la calidad de vida de la población asistida; iv. Evaluar el cumplimiento de los componentes obligatorios para gestionar la calidad en salud y las normas técnicas colombianas como prestador de servicios de salud y v. Formular una serie de recomendaciones y estrategia que permitan mejorar los estándares de la gestión de calidad en la operación de servicios de salud de baja complejidad en zonas rurales dispersas del departamento del Chocó.

Esta investigación está estructurada de la siguiente manera: en el primer capítulo se realiza una revisión teórica sobre el sistema de calidad en salud en Colombia, luego se realiza un diagnóstico sobre de la situación de calidad en salud del departamento del Chocó; el segundo capítulo cuenta con el diseño metodológico, en el cual se estructuró y aplicó autoevaluación a cada sede prestadora operada por Unisanar de diferentes municipios del departamento del Chocó, con el fin de establecer las condiciones de calidad en salud, a partir del cumplimiento de los estándares y criterios establecidos; el tercer capítulo, da cuenta del análisis e interpretación de resultados, en los cuales se identificaron los factores internos que afectan la calidad de la prestación de los servicios en estas instituciones y los factores externos que determinan la calidad de la prestación de servicios en las mismas. Luego se evalúan los posibles factores diferenciadores que afectan la calidad en estas instituciones y se identifican las estrategias diferenciadas para gestionar la calidad en estas instituciones prestadoras de servicios de salud. Y por último se presentan las conclusiones y recomendaciones que sugieren la investigación.

## CAPITULO 1

### 1. Marco teórico

En Colombia en los últimos años se han registrado avances significativos en los conceptos e instrumentos que buscan agregar calidad al sistema de salud. Y como consecuencia tanto instituciones de estado como las particulares deben crear mecanismos para suplir las necesidades de calidad en salud, de acuerdo con los lineamientos previamente establecidos por las instituciones rectoras, de vigilancia y control, así mismo agregar valor y generar mayor impacto ante las expectativas por la situación de salud según la idiosincrasia de la comunidad, permitiendo cumplir con las características de la calidad, dadas por el conjunto de elementos técnico-científicas, humanas, financieras y documentales que debe tener el sistema de salud, bajo la responsabilidad de seres humanos e instituciones, juntos integran un sistema que requiere una correcta utilización de los servicios por parte de los usuarios, lo cual implica el deber de hacer uso racional de los servicios de salud.

En el país existen 46.048 prestadores de salud habilitados, con solo 152 acreditados, lo que equivale a un 0.33% del total de las instituciones presentes en el país, repartidas en las siguientes ciudades o departamentos: Antioquia, diez (10) equivalente al (6.5%); Atlántico, siete (7) equivalente al (4.6%); Bogotá, Ciento tres (103) equivalente al (67.7%); Bolívar, cuatro (4) equivalente al (2.6%); Cundinamarca, seis (6) equivalente al (3.9%); Nariño, dos (2) equivalente al (1.3%); Santander ocho (8) equivalente al (5.2%); Valle del Cauca, doce (12) equivalente al (7.8%) (Ministerio de Protección Social, 2014).

El registro especial para prestadores de servicios de salud revela que en Colombia había 92 instituciones o IPS indígenas, ubicadas en 24 Departamentos, para atender 1.392.623 indígenas, según proyección DANE 2012, el 53% de las IPS están en los territorios que concentran el 60% de la población indígenas (25 en la Guajira, 13 en Nariño, 9 en Cauca), siete (7) IPS en Amazonia, Guainía, Vaupés y Vichada y dos (2) en Chocó. Con la anterior estadística se puede deducir que en Colombia un 99.67 % de los prestadores de salud solo están cumpliendo los estándares mínimos de calidad exigidos por el estado y algunas de estas instituciones solo están habilitadas para su funcionamiento pero con los servicios no certificados por las respectivas secretarías de salud Departamental, reflejando que cumplir con los estándares superiores de calidad ha sido una

condición poco atractiva o una tarea difícil de lograr aun en prestadores presentes en zonas urbanizadas y ciudades capitales, con realidades que difieren en todos los aspectos sociales, políticos, económicos, culturales y religiosos que hacen parte del acontecer de las poblaciones rurales dispersas del departamento del Chocó(Plan Decenal de Salud, 2012- 2021).

En el departamento del Chocó en la actualidad existen 205 instituciones prestadoras de servicios de salud habilitadas, distribuidas así: siete (7) son públicas de las cuales cinco (5) son de primer nivel baja complejidad presente en cinco municipios diferentes, una (1) de segundo nivel o mediana complejidad ubicada en el municipio de Quibdó y una (1) sin definir que corresponde a la empresa social del estado Salud Chocó, compuesta por todos los centros de salud de los veinticinco municipios del Departamento que no tienen hospitales; ciento ochenta y cinco (185) son privadas de las cuales treinta (30) son sin ánimo de lucro, noventa y siete (97) con ánimo de lucro, cincuenta y ocho (58) independientes, tres (3) IPS en zonas rurales dispersas, dos (2) en comunidades indígenas, y la otra en aguasal zona dispersa que pertenece al municipio de Bagadó, otra IPS en Catrù zona rural dispersa del Municipio del Alto Baudó, el resto de las comunidades dispersas del departamento del Chocó cuentan con servicios de salud soloprestado por promotores de salud o auxiliares de enfermería, en algunas comunidades la salud es liderada por personas naturales que habitan en la comunidades y contribuyen con el mejoramiento de las afecciones de salud de sus habitantes.

En el municipio de Quibdó la capital del Departamento, existen ciento setenta y dos (172) prestadores de salud correspondiente al 83% del total existente en el Departamento, de las cuales dos son públicas una (1) de segundo nivel de complejidad y la otra (1) de primer nivel de complejidad y compuesto por veintisiete (27) puestos de salud donde en muy pocos se cuenta con un equipo de profesionales completo solo con auxiliares de enfermería y seis (6) centros de salud ubicados en los barrios dentro del municipio Quibdó, las otras 170 prestadoras de salud presentes Quibdó son privadas ubicadas en la cabecera municipal. Demostrando así lo inequitativo de la distribución de los prestadores tanto en el Municipio como en el Departamento, lo que afecta las características de calidad (Accesibilidad, Oportunidad, Seguridad, Pertinencia y Continuidad) que deben garantizar los actores comprometidos en el sistema de salud. (Ministerio de Protección Social, 2014)

Aunque la acreditación es un componente voluntario, es una muestra de seguridad y confiabilidad para los prestadores de salud; sin embargo, en esta región pocas instituciones están certificadas por la secretaria de salud y la operación de estas instituciones a la fecha se realiza con lo mínimo exigido por la norma “la habilitación o inscripción ante la Secretaria Departamental de Salud”. Ministerio de Protección social, mayo de 2014.

Teniendo en cuenta lo anterior este estudio busca determinar unas condiciones o criterios por cumplir los prestadores de salud ubicadas en zonas rurales dispersa, que permita dar solución a los problemas inherentes a la falta de calidad en los prestadores de salud en estas zonas del departamento del Chocó.

Para mayor precisión de lo que se pretende vislumbrar con esta investigación, a continuación, se hará una descripción de las particulares con las que cuenta el Departamento.

## **1.1. Contexto Sociocultural.**

### ***1.1.1. Accesibilidad Geográfica.***

El sistema vial del Departamento: Quibdó-Medellín y Quibdó-Pereira son las principales vías carretables que unen a la capital del Departamento con el interior del país, en Quibdó se encuentra la principal pista para transporte aéreo que igualmente pone en conexión al Departamento con las principales ciudades del país; en la tabla N. 1 se puede apreciar la distancia de los diferentes municipios estudiados del Departamento desde Quibdó y la vía de transporte utilizada.

Tabla No.1 Descripción de distancias en kilómetros desde Quibdó y tipo de transporte

<b>Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia en kilómetros Departamento del Chocó- municipios donde Unisanar hace presencia</b>						
<b>Municipios</b>	Tipo de llegada desde el municipio más alejados a la ciudad capital del departamento en minutos, según transporte y combinación del mismo que ese utilice			Distancia en kilómetros desde el municipio más alejado a la ciudad capital del Departamento		Tipo de transporte desde el municipio más alejado a la ciudad capital del Departamento
	Aéreo	Terrestre	Fluvial	Distancia línea directa	Distancia en ruta	
<b>Quibdó (capital)</b>	NA	0	NA	0	0	0
<b>Alto Baudó</b>	NA	300	300	53,89	ND	Terrestre - Fluvial
<b>Atrato</b>	NA	40	NA	15,66	ND	Terrestre
<b>Bagadó</b>	NA	300	240	40,29	95,30	Terrestre - Fluvial
<b>Lloró</b>	NA	70	120	25,11	ND	Terrestre- Fluvial
<b>Medio Atrato</b>	NA	NA	360	34,41	ND	fluvial
<b>Río Quito</b>	NA	NA	60	1,74	1,60	Fluvial
<b>San José del Palmar</b>	NA	720	NA	93,13	ND	Terrestre
<b>Medellín</b>	30	720	NA	133,94	188,00	Terrestre- Aéreo
<b>Bogotá</b>	60	960	NA	310,63	633	Aéreo- Terrestre

Fuente: *www.las distancias.com; distancia entre ciudades de Colombia; referencias departamentales de distancias municipales.*

### **1.1.2. Economía.**

Según datos del DANE reflejados en su boletín técnico del 02 de julio de 2017 de cuentas departamentales con relación al producto interno bruto, la participación del departamento del Chocó en el PIB nacional, para el año inmediatamente anterior fue del 0.4%, que en comparación a años anteriores la tendencia es a la baja.

### ***1.1.3. Contexto Demográfico.***

#### ***1.1.3.1.Población.***

De acuerdo al censo DANE (2005), el departamento tiene una población total para el año 2014 de 490.151 habitantes. Este departamento tiene una de las menores densidades de población por kilómetro cuadrado del país con (7.27) con las mayores y grandes densidades de población en las zonas rurales donde existen unas limitantes para el desarrollo de proyectos de desarrollo económicos o de infraestructura, dado por su condición excepcional geográficamente identificada.

El 49% del total de los habitantes del departamento, residen en el área urbana, alcanzando igual porcentaje de grado de urbanización(DANE, 2005). El peso de la ruralidad ha implicado una menor cobertura en infraestructura física, tanto en lo que se refiere a servicios públicos domiciliarios como a vías de acceso.

Según datos registrados por el DANE, para el año 2012, el Chocó tenía 125.287 viviendas, de las cuales el 51% (63551) al igual que los habitantes, se encuentran ubicadas en la cabecera municipal y el 49% (61736) en área rural (ASIS Chocó, 2014). Estas 125.287 vivienda, están compuesta por hogares que lo conforman entre 4 y 7 personas, con espacios pequeños y no muy bien distribuidos, se caracterizan por no contar con divisiones para los dormitorios ò un máximo de dos dormitorios, haciéndose evidente elhacinamiento en especial en el área rural.

La división política administrativa del Departamento es de 30 municipios, 147 corregimientos, 135 inspecciones de policía, numerosos caseríos y sitios poblados, Unisanar hace presencia en ocho de estos municipios, en los cuales la población según la concentración se muestra en la tabla No.2.

Tabla No2. Índice poblacional por área de residencia en municipios estudiados año 2014

<b>Distribución De La Población En Municipios Donde Unisanar Hace Presencia, Cabecera Municipal Vs Ruralidad Y Urbanización 2014</b>						
<b>Municipios</b>	<b>Población cabecera municipal</b>		<b>Población resto</b>		<b>Población total</b>	<b>Grado de urbanización % Población</b>
	<b>Población</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Población</b>	<b>Porcentaje</b>		
<b>Quibdó</b>	107.136	92,7	8.381	7,3	115.517	93
<b>Alto Baudó</b>	9.243	25,8	26.603	74,2	35.846	26
<b>Atrato</b>	3.391	35,1	6.273	64,9	9.664	35
<b>Bagadó</b>	2.340	28,9	5.763	71,1	8.103	29
<b>Lloró</b>	3.353	30,2	7.756	69,8	11.109	30
<b>Medio Atrato</b>	1.053	3,7	27.478	96,3	28.531	4
<b>Río Quito</b>	2.541	28,7	6.308	71,3	8.849	29
<b>San José del Palmar</b>	1.137	23,4	3.718	76,6	4.855	23
<b>Población Total Unisanar</b>	243.375	49,2	251.776	50,8	495.151	49

Fuente: *Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas - DANE*

#### *Población por pertenencia étnica*

El departamento del Chocó, es un territorio pluri-étnico y multiculturalmente conocido; según el DANE el 73,6% de sus habitantes son de raza negra, el 11% pertenecen a la etnia indígena, 1% se declara como raizal y el 15% restante no declaró ninguna etnia (ver tabla No. 3); los habitantes de este espacio territorial cuentan con condiciones de vida, niveles sociales, comportamientos, costumbres y tradiciones muy heterogéneas ((ASIS Chocó, 2014).

Tabla No. 3 Población por pertenencia étnica del departamento del Chocó, 2014

<b>Pertenencia étnica</b>	<b>Total por pertenencia étnica</b>	<b>Porcentaje de la población pertenencia étnica</b>
<b>Indígena</b>	56244	11,4
<b>Rom (gitana)</b>	1	0,0
<b>Raizal del archipiélago de San Andrés y Providencia</b>	60	0,0
<b>Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o Afrodescendientes</b>	364489	73,6

<b>Ninguno de las anteriores</b>	74356	15,0
<b>TOTALCHOCÓ</b>	495151	100

Fuente: *Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas - DANE*

#### ***1.1.4. Aspectos Culturales***

El departamento del Chocó, habitado en un 85% por población afrodescendiente e indígenas quienes conservan de África, el folclore, la danza, el canto fúnebre, las comidas, la literatura oral con los cuentos, la personalidad tendiente al espiritualismo y sensacionalismo.

##### *1.1.4.1. Creencias*

En la vida popular Chocoana, se conservan las creencias en la medicina tradicional tanto afro como indígenas, se practica la asistencia a las maternas por las parteras, las comadronas, los ombligados y la cura de múltiples enfermedades con hierbas, sobijos y secretos.

#### ***1.1.5. Determinantes Sociales de la Salud –DSS.***

##### *1.1.5.1. Determinantes intermedios de la salud en el Departamento.*

##### *Condiciones de vida*

De acuerdo a la estimación de la razón de proporciones y sus intervalos de confianza al 95% (ver tabla No. 4), en el departamento del Chocó se presenta el siguiente comportamiento en cuanto a condiciones de vida (ASIS Chocó, 2014).

*Cobertura de servicios de electricidad:* en el departamento del Chocó, solo el 59% de su territorio cuenta con cobertura de servicios de electricidad; muy por debajo de la cobertura nacional en un 96.3%

*Cobertura de acueducto:* la cobertura de acueducto en el departamento del Chocó, según los datos del DANE es del 29.8%, se encuentra 54.3% por debajo de la referencia nacional de 83.4%

*Cobertura de alcantarillado:* la cobertura de alcantarillado es del 17.4% se encuentra 55.7% por debajo de la cobertura nacional.

*Cobertura de servicios de telefonía:* para el departamento del Chocó, es del 8.76% muy por debajo de la cobertura nacional.

*Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA):* no existe información, el departamento no ha enviado al instituto Nacional de Salud, las muestras de agua para análisis y determinar si es apta o no para el consumo humano.

*Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada:* según los datos para el departamento del Chocó, el 66.1% de los hogares no tienen acceso a fuentes de agua mejorado, cifra está que supera aproximadamente el 50% la nacional.

*Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas:* para el Chocó es de 67.8%, valor este que se encuentra 50% por encima de la Nación (17).

Tabla No. 4 Determinantes intermedios de la salud - Condiciones de Vida, Chocó, censo DANE proyección 2005

<b>Factores que determinantes de salud intermedios</b>	<b>País</b>	<b>Chocó</b>	
<b>Servicio de electricidad</b>	93,61	59,07	rojo
<b>Servicio de acueducto</b>	83,4	29,08	rojo
<b>Servicio de alcantarillado</b>	73,1	17,4	rojo
<b>Servicios de telefonía</b>	53,4	8,76	rojo
<b>Valor Porcentual riesgoso en calidad del agua para consumo humano (IRCA)</b>	23,8	0	0
<b>Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada (DNP-DANE 2005)</b>	17,2	66,1	rojo
<b>Índice de hogares que no cuentan con adecuada eliminación de excretas (DNP-DANE 2005)</b>	17	67,8	rojo

Fuente: DANE, DNP, SIVICAP y SIVIGILA

Los indicadores de este departamento son el reflejo de la inequidad en las políticas sociales existentes en el país y la realidad desconocida de una población afectada por las distancias, las fronteras y lo denso de un territorio; en este contexto, con esta investigación se

pretende determinar criterios de calidad diferencial para prestadores de salud de poblaciones afro e indígenas ubicadas en zonas rurales dispersas del departamento, que merecen incorporar en su diario vivir servicios de salud compatibles con sus actos sociales y con los principios de calidad.

Con la anterior idea no se pretende controvertir algo que es incontrovertible, como es el apoyo que han brindado las herramientas del SOGC a las organizaciones, entes departamentales y municipales, entidades de control del Estado y al propio Ministerio de la Protección Social en el control y seguimiento de los organismos del sector y la unificación metodológica de al menos una parte de la calidad. Pero si aplicar el pragmatismo partiendo de la concepción de que sólo es verdadero aquello que funciona, enfocándose así en el mundo real objetivo.

## **1.2. Conceptos de Calidad.**

Álvarez (2007), define la gestión de la calidad como “aquel aspecto de la función directiva que determina y aplica la política de calidad que comprende tres procesos: planificación, organización y control” (p.105-106). Y cita conceptos de autores expertos respecto a la calidad

La Sociedad Americana Para el Control de Calidad (ASQC) dice que es el “Conjunto de características de un producto, proceso o servicio que le confiere su aptitud para satisfacer las necesidades del usuario o cliente”. (Chandia, 2006, p.106).

### ***1.2.1. Concepto de Calidad en Instituciones de Salud.***

Álvarez (2007 p.99). Analizando la definición del autor “Avedis Donabedian” de la Escuela de Salud Pública de Michigan, quien ha sido pionero en este tema de “Calidad en los Servicios de Salud es un atributo de la atención médica que puede darse en grados diversos. Se define como el logro de los mayores beneficios posibles, con los menores riesgos para el paciente, estos mayores beneficios se definen, a su vez, en función de lo alcanzable de acuerdo a los recursos y los valores sociales imperantes con que se cuenta para proporcionar la atención...se entiende por calidad en la prestación de los servicios de salud, las características con que se prestan dichos servicios, la cual está determinada por la estructura y los procesos de atención que deben buscar optimizar los beneficios y minimizar los riesgos para la salud del usuario, sus conceptos han tenido gran influencia en América Latina. ...calidad técnica en los servicios de salud, consiste en

la aplicación de la ciencia y la tecnología médica, de forma que maximice sus beneficios para la salud, sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios.” Entendiéndose esto como que la calidad debe estar inmersa en la prestación de los servicios de tal manera que se minimicen los riesgos, pero siempre teniendo en cuenta las características de la región y el ambiente donde hayamos escogido prestar el servicio de salud.

### ***1.2.2. Gestión para la calidad en salud Colombiana.***

A través del Decreto 1011 el Ministerio de Protección Social 2006 establece, para prestar servicios de salud y perdurar en el tiempo se debe contar con tres condiciones que son: que cumpla con los requisitos legales y administrativos, con estabilidad económica para cumplir compromisos financieros a corto plazo y con los estándares de habilitación, que los mismos sean los suficiente y necesarios para minimizar los riesgos propios de la prestación de los servicios, involucrando todos los servicios que se deseen prestar, los que tienen unas estructuras según el grupo al que pertenezcan y según la modalidad de la prestación, que se enuncian en las tablas N.5 y 6.

Tabla No. 5 Estructura de los servicios de salud de los municipios estudiados

<b>POR GRUPO</b>	<b>POR SERVICIO</b>
<b>Promoción de la salud y prevención de enfermedades</b>	Promoción de la salud y prevención de enfermedades
<b>Consulta ambulatoria</b>	Consulta ambulatoria de Medicina General
	Consulta ambulatoria de Odontología General
<b>Urgencias</b>	Urgencias Baja Complejidad
<b>Complementación diagnóstica y terapéutica</b>	Farmacia para baja complejidad
	Toma de laboratorio.
	Laboratorio clínico baja complejidad
	Examen para búsqueda de cáncer de cuello uterino
	Procesamiento citologías cervico-uterinas
<b>Internación</b>	Hospitalización baja complejidad
	Hospitalización obstétrica baja complejidad
<b>Transporte Asistencial</b>	Transporte asistencial básico (solo en tres municipios San José del Palmar, Lloró y Atrato).

<b>Proceso</b>	<b>Esterilización</b>
----------------	-----------------------

Fuente: *Minproteccionsocial*

Tabla No. 6 Estructura según modalidad de prestación en los servicios de salud de centros municipales.

<b>MODALIDAD</b>	<b>TIPO</b>
	Sin internación
<b>Intramural</b>	Con internación
	Servicios con Jornadas de salud Intramural
<b>Extramural</b>	Servicios con jornadas de salud extramural

Fuente: *Minproteccionsocial*

De los servicios enunciados es la responsabilidad del prestador de salud cumplir con condiciones mínimas normativas establecidas e indispensables para habilitarse como prestador; los cuales se encuentran descritos en siete (7) estándares aplicables para cada servicio así: contar con los profesionales de salud que cumplan con los requisitos, con una infraestructura física adecuada a cada servicio, con los muebles y equipos necesarios, suficientes y confiables, con medicamentos dispositivos médicos e insumos autorizados por invima, la documentación de los procesos y procedimientos que realiza la institución, que todos los usuarios cuenten con historias clínica completas y legibles y además con servicios de apoyo para la complementariedad de otros. Igualmente, estos estándares están compuestos por criterios que deben ser interpretados y cumplidos como elemento concreto dentro de cada servicio, de tal forma que este inmersa la seguridad en el proceso de atención de los pacientes. (En las tablas que se relacionan para evaluar la situación de calidad en salud de cada centro municipal se describe el total de criterios a aplicar por estándar en cada servicio y su nivel de cumplimiento).

En el país existen 46.048 prestadores de salud habilitadas, con solo 152 acreditadas lo que equivale a un 0.33% del total de las instituciones presentes en el país, repartidas en las siguientes ciudades o Departamentos: Antioquia, diez (10) equivalente al (6.5%); Atlántico, siete (7) equivalente al (4.6%); Bogotá, Ciento tres (103) equivalente al ( 67.7%); Bolívar, cuatro (4) equivalente al (2.6%); Cundinamarca, seis (6) equivalente al (3.9%); Nariño, dos (2) equivalente al (1.3%); Santander ocho (8) equivalente al (5.2%); Valle del Cauca, doce (12) equivalente al (7.8%) (Ministerio de Protección Social, Mayo de 2014).

Con la anterior estadística se puede deducir que en Colombia un 99.67 % de los prestadores de salud están cumpliendo solo los estándares mínimos en calidad exigidos por el estado, significa que están inscritas ante las secretarías de salud departamentales lo que les da la facultad como prestador de servicios de salud hasta tanto las secretarías realicen visitas de verificación a los servicios declarados por el prestador donde se certifican o no el cumplimiento de los estándares mínimos para cada servicio habilitado.

### ***1.2.3. Salud y grupos étnicos.***

La ley 691 de 2001, que reglamenta la participación de la seguridad social en grupos étnicos, como la creación de EPS/IPS indígenas.

Ley 21 DE 1991 (Marzo 4) Diario Oficial No. 39.720, marzo 6 de 1991. Por medio de la cual se aprueba el Convenio número 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, adoptado por la 76a. reunión de la Conferencia General de la O.I.T., Ginebra 1989 Reconociendo las aspiraciones de esos pueblos a asumir el control de sus propias.

Decreto 1811 de 1990. Que habita en Colombia un crecido número de comunidades indígenas de distinto origen étnico y en muy variadas circunstancias de orden económico, social y cultural, pero que requieren de una constante y eficaz prestación de servicios de salud.

Que la Ley 10 de 1990. Establece como principio en torno de prestación de salud como servicio público, que la comunidad tiene derecho a participar de los procesos desde diagnóstico, formulación y elaboración de planes, programas y proyectos, toma de decisiones, administración y gestión, relacionados con los servicios de salud.

Que el decreto número (borrador para discusión) de 2012. Por medio del cual se reglamenta la operación del sistema de salud en las zonas alejadas, con poblaciones dispersas o de difícil acceso de que trata la ley 1438 de 2011.

### ***1.2.4. Salud y complejidad en los prestadores de servicios públicos.***

#### ***1.2.4.1. Tipificación de las IPS de baja complejidad.***

Baja Complejidad Tipo A. (portafolio mínimo básico) se caracterizan por:

Serán prestados por equipos de recurso humano liderados por médico general y que incluye odontología general, enfermería, promotores de salud, con soporte de laboratorio clínico básico. Para población menor a 5 mil habitantes.

Baja Complejidad Tipo B. Corresponde al “portafolio de servicios mínimos básicos” al que deberá acceder cualquier ciudadano en cualquier municipio. Se caracteriza por contener los servicios descritos en el de baja complejidad TIPO A, pero con la siguiente diferencia incremental de atenciones:

Los servicios asistenciales o de recuperación, incluirán además de la atención ambulatoria móvil extramural e Intramural en puestos, centros de salud y hospital local, la atención obstétrica de bajo riesgo –partos-, de urgencias 24 horas y habrá disponibilidad de un número mínimo de camas de apoyo a la atención de urgencias y partos y de estudios diagnósticos de laboratorio clínico básico, la población a atender corresponderá a grupos de población entre 5 y 20 mil personas.

Baja Complejidad Tipo C. Se caracteriza por contener los servicios descritos en los de baja complejidad tipos A y B, y además de servicios asistenciales de hospitalización de estancia general, con camas que generan egresos, diferenciadas entre hombres, mujeres y niños, servicios de ayuda diagnóstica completa de baja complejidad en laboratorio clínico y radiología, la población a atender corresponderá a grupos de población mayores a 20 mil habitantes y serán punto de referencia para portafolios de menor complejidad.

En la Tabla No. 7 se agrupan los municipios del departamento del Chocó por volumen poblacional.

Tabla No. 7 Municipios del Departamento del Chocó según volumen poblacional

<b>Número de Habitantes</b>	<b>Nombre Municipio</b>
<b>Municipios con población menor de 8.000 habitantes</b>	Sipí, Juradó, San José del Palmar, Carmen del Darién, El Cantón del San Pablo, Nóvita, Nuquí
<b>Municipios con población entre 8.001 y 13.000 habitantes</b>	Atrato, Río Quito, Unión Panamericana, Río Iró, Bagadó, Bahía Solano, Cértogui, Bojayá, Acandí, Lloró, Medio Baudó, El Carmen de Atrato, El Litoral del San Juan
<b>Municipios con población entre 13.001 y 25.000 habitantes</b>	Condoto, Medio San Juan, Belén de Bajirá, Rio sucio, Unguía, Bajo Baudó, Tadó
<b>Municipios con población mayor a 25.001 habitantes</b>	Medio Atrato, Istmina, Alto Baudó, Quibdó

Fuente: DANE. *Proyecciones Censo 2005, Proyecciones 2007*

Existe entonces en el país suficientes regulaciones y normas que orientan y establecen las directrices para gestionar la calidad en los prestadores de salud, dando también potestad tanto a la calidad como el servicio en sí, que sean adaptados al entorno y a la realidad de la población lo que necesariamente deberá determinarse teniendo en cuenta aspectos sociales, políticos, económicos y culturales de cada población son estos factores los que contribuirán con el éxito o fracaso de la organización.

Con estos elementos, este estudio busca determinar cuáles serán los criterios diferenciales a tener en cuenta para el logro de la calidad en comunidades afro e indígenas de zonas dispersas del Departamento del Chocó, teniendo en cuenta los criterios establecidos en los cuatro documentos que componen del sistema de calidad en salud, además de factores como situación socio económica, cultural y política de la población que permita dar soluciones a los problemas inherentes a la falta de calidad en los prestadores de salud en el Departamento del Chocó.

Este estudio es realizado en una IPS del Departamento del Chocó que está en el occidente del país, con una extensión de 46.530 km<sup>2</sup> de superficie, el 4,07% del total del país. La geografía boscosa de nuestra región, su clima tropical húmedo con una altísima pluviosidad y el regular estado de las vías hacen del acceso por tierra algo difícil, lo que nos obliga a utilizar la vía aérea cuando las condiciones climáticas lo permiten hasta y desde las principales ciudades del interior del país, donde se encuentran concentrada la mayoría de prestadores de salud de mayor complejidad.

Donde el servicio de energía eléctrica del Chocó, solo cubren un 80.9 % de la población, existiendo algunos municipios donde la cobertura total es menor al 50%.

Según datos del DPN (2013) La cobertura en salud es del 92%. Distribuidos así: régimen contributivo 10%, régimen subsidiado 89%, otros 1%. Incidencia de pobreza en el Departamento para el año 2012 era de 68.0%. Incidencia de pobreza en el municipio de Quibdó para el año 2012 era de 51.2%. Incidencia de pobreza a extrema era del 40.7%, en el municipio de Quibdó era del 14.9%.

Los datos anteriores son factores que influyen en la necesidad de contar en el Departamento con instituciones de salud que garanticen mejor desempeño administrativo que puedan cumplir con acciones que llevan al logro de la calidad en salud, considerando que de esta manera mejoraría igualmente la capacidad resolutoria de las instituciones evitando los desplazamiento de los usuarios a lugares fuera de su entorno familiar, social y cultural, trayendo consigo detrimentos económicos.

La determinación de criterios diferenciadores de calidad para instituciones prestadoras de servicios de salud en comunidades afro e indígenas del Departamento del Chocó, proveerá bases para muchos otros actores comprometidos con el sistema y las acciones dirigidas al desarrollo del sistema de calidad en salud incluyente y alcanzable, permitiendo el apoyo y compromiso del personal encargado de esta labor con acciones decisivas y de gran impacto en la comunidad (Ministerio de la Protección Social. Dirección General de Calidad de Servicios. 2007).

## CAPITULO 2

### 2. Diseño Metodológico

Este capítulo está orientado bajo la tesitura de una investigación de tipo cuantitativa, utilizando el estudio de caso, el cual se construyó a partir de una revisión exhaustiva del material bibliográfico sobre etnicidad, gestión de calidad en salud y sistemas de salud en el contexto colombiano, y los informes de los diferentes proyectos desarrollados por la Organización Panamericana de la Salud, entre otros.

Posterior a ello, se diseñó una agenda de entrevistas semiestructuradas y estructuradas a informantes claves de los diferentes sectores y entidades comprometidas con el sistema de salud en el Departamento, cuyo objetivo es identificar las acciones que se han llevado a cabo para mejorar el resultado de la atención en salud de los usuarios teniendo en cuenta la normatividad que aplica en torno a calidad en salud.

Para el caso de las entrevistas semiestructuradas, se diseñaron de esta forma, con el propósito de que los entrevistados proporcionen con flexibilidad la mayor información posible respecto al tema. Sin embargo, en el caso de la entrevista estructurada se utilizará un formato de preguntas con el propósito de que todos los entrevistados respondan la misma serie de preguntas cerradas, en el mismo orden y secuencia.

Los sujetos o actores para el análisis de la información obtenida en la investigación fueron: la jefe de la oficina de entidad de inspección y vigilancia en salud a nivel departamental, a la cual se le realizó una entrevista semiestructurada, donde se partió de una conversación a cerca de las acciones desarrolladas por la secretaria en torno al cumplimiento de los tres componentes obligatorios del sistema de calidad en salud, y a medida que avanzaba la conversación surgieron las demás preguntas encaminadas a los factores que afectaron el cumplimiento y a los determinantes de las zonas dispersas.

Así mismo, los directores médicos de cada sede de la IPS; cuyo objetivo era conocer cuál había sido el compromiso de la dirección local de cada IPS con la calidad, utilizando formato estructurado de preguntas.

Del mismo modo, se entrevistó a expertos, con el fin de conocer que opinión les merece una situación particular que afecta la calidad en salud del Departamento del Chocó, teniendo en cuenta los criterios establecidos. En este caso se utilizó un formato semiestructurado de preguntas con el propósito de llegar a una comunicación profunda con el entrevistado, se utilizó un guion que recogió el tema que se iba a tratar.

Por otro lado, a través de un formato estructurado de preguntas, se entrevistó al recurso humano de las instituciones y cada dueño de proceso, teniendo en cuenta que son instituciones pequeñas y que se facilita la comunicación personalizada. Su objetivo fue escuchar lo que cada uno de sus funcionarios pensaban o hacían en torno a la calidad en el desarrollo de sus funciones

El proceso de desarrollo de las diferentes entrevistas fue de la siguiente manera:

- ✓ Diseño de la guía de la entrevista, se trata de los conceptos o componentes generales que motivan la entrevista.
- ✓ Escogencia de las personas entrevistadas, lo cual se hizo por conveniencia.
- ✓ Citación a la entrevista, el medio de citación fue personal para los entrevistados residentes en el municipio de Quibdó y telefónica para los residentes fuera de este municipio, el lugar de la entrevista fue el escogido por el entrevistado por su comodidad.
- ✓ En el desarrollo de la entrevista, se hizo una introducción, donde se explicó al entrevistado el objetivo del estudio, finalidad del estudio y su confidencialidad.

Estructura general de la entrevista.

Las preguntas fueron de tipo primarias descriptivas para los actores comprometidos con el sistema de salud, estructurales y de contrastes para los entrevistados expertos. El lenguaje, fue adaptado al entrevistado y se estuvo atento a los giros del mismo. Las mismas se grabaron, por la ventaja de contar con un corpus para el análisis, permitió escuchar atentamente, reflexionar sobre las respuestas y formular preguntas para ampliar o contrastar la información. En ese proceso de

grabación se tuvo en cuenta que grabar tiene limitaciones como la cautela del entrevistado. Igualmente se realizó la transcripción de las mismas y se respetó la gramática del discurso oral y se restituyó la puntuación, todo dentro del principio de la fiabilidad.

El otro instrumento utilizado fueron las encuestas; los atributos evaluados son tomados de la herramienta “SERVQUAL” es uno de los Instrumentos más utilizados en el sector servicios para evaluar el nivel de calidad percibida por los clientes, y en consonancia con las características y dimensiones de la calidad en salud, además de tener en cuenta el nivel de escolaridad de los usuarios a quienes se les aplicó la encuesta (*Ver Anexo A*).

Esta se aplicó de forma aleatoria y significativa a los usuarios de las instituciones que permitieran analizar cómo perciben ellos los servicios recibidos en la institución en torno a la calidad de la atención. Se aplicó durante un periodo de tiempo de una semana, las preguntas fueron de opción única y preguntas de rangos, utilizando con cada uno de los encuestados el mismo procedimiento para la aplicación de la encuesta, de manera que se evitaran los sesgos en los resultados.

Observación directa de las IPS. Será de tipo participante completa, donde se tendrán en cuenta las actividades de autoevaluación de la calidad en cada uno de los servicios de salud que se prestan en los diferentes centros asistenciales, su objetivo es determinar el nivel de cumplimiento de los estándares y criterios para la calidad en salud, utilizando para esto el instrumento de autoevaluación anexo a resolución 2003 del 2014, que establece el sistema único de habilitación, y consiste en una lista de chequeo con estándares y criterios inicialmente generales a todos los servicios, donde se aprecia una visión macro de la institución, para continuar con estándares y criterios específico por cada servicio, con columnas adicionales que permite calificar si cumple o no cumple cada criterio que aplique a los servicios según su complejidad, los cuales se suman al final en sutotalidad para determinar el nivel de cumplimiento general y luego se extrae la información específica de cada servicios, determinando de esta forma el nivel de cumplimiento de los estándares y criterios específicos y el diagnóstico de calidad en salud de cada subse de la IPS y registros fotográficos.

## CAPITULO 3

### 3. Análisis de resultados

Los centros de salud estudiados en estos ocho municipios del Departamento del Choco, atienden a una población total de 136.239 habitantes que corresponde al 27,5% de la población total del departamento.

El resultado de la autoevaluación según resolución 2003 de 2014, se realizó para confrontar el nivel de cumplimiento de cada servicio de salud que presta cada uno de los centros de salud con los criterios de calidad establecidos por servicio (ver tabla 8).

Para interpretar los resultados de la autoevaluación y el nivel de cumplimiento de cada centro se utilizó una ponderación porcentual de calificación para agrupar según su nivel de cumplimiento, así:

- Calificación menor o igual al 30% de los criterios aplicados se interpreta como incumplimiento.
- Calificación entre el 31% y 60% de los criterios aplicados se interpreta como cumplimiento.
- Calificación entre el 61% y 95% de los criterios aplicados se interpreta como cumplimiento parcial.
- Calificación mayor al 95% de los criterios aplicados se interpreta como cumplimiento total.

Tabla No. 8 Análisis general cumplimiento de criterios según estándares de normas para habilitación por servicios en centros de salud estudiados

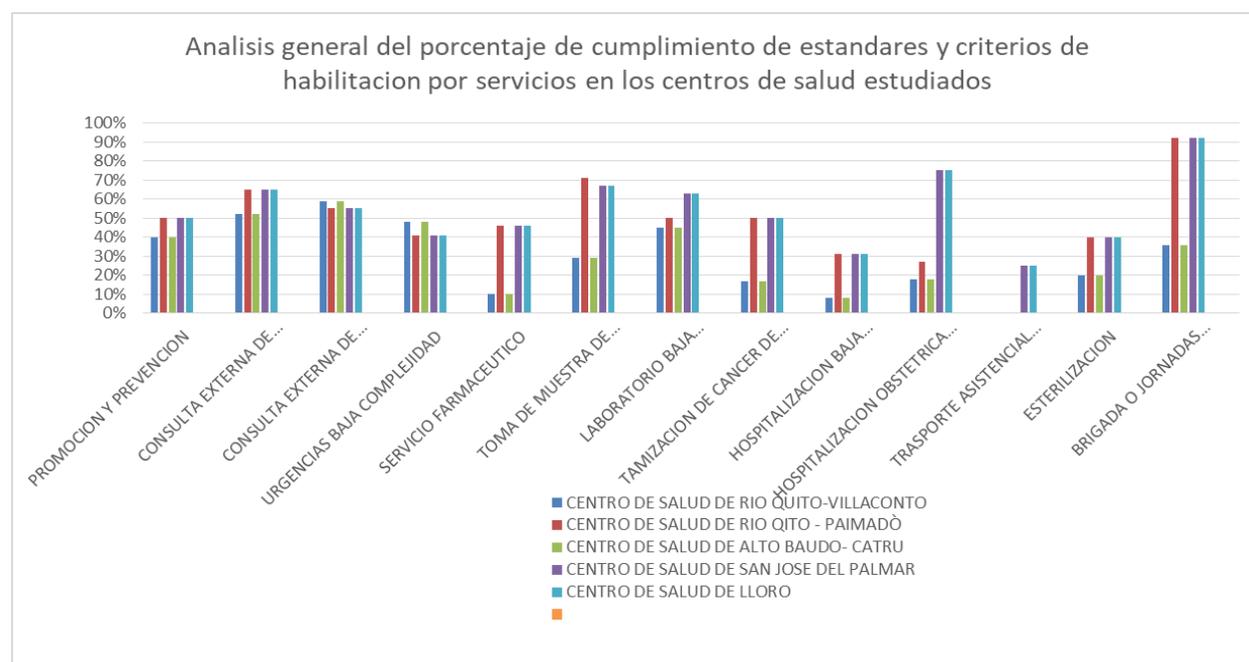
SERVICIOS	CENTRO DE SALUD DE ATRATO	CENTRO DE SALUD DE BAGADO	CENTRO DE SALUD DE MEDIO ATRATO	CENTRO DE SALUD DE RIO QUITO-VILLACONTO	CENTRO DE SALUD DE RIO QUITO - PAIMADÒ	CENTRO DE SALUD DE ALTO BAUDO-CATRU	CENTRO DE SALUD DE SAN JOSE DEL PALMAR	CENTRO DE SALUD DE LLORO	PROMEDIO TOTAL
TODOS LOS SERVICIOS	21%	14%	12%	12%	25%	12%	26%	20%	<b>17.7%</b>
PROMOCION Y PREVENCION	60%	40%	20%	40%	50%	40%	50%	50%	<b>43.7%</b>
CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA GENERAL	59%	52%	30%	52%	65%	52%	65%	65%	<b>55%</b>
CONSULTA EXTERNA DE ODONTOLOGIA GENERAL	76%	71%	76%	59%	55%	59%	55%	55%	<b>63.2%</b>

URGENCIAS BAJA COMPLEJIDAD	47%	48%	47%	48%	41%	48%	41%	41%	<b>45.1%</b>
SERVICIO FARMACEUTICO	18%	10%	18%	10%	46%	10%	46%	46%	<b>25.5%</b>
TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO	43%	29%	43%	29%	71%	29%	67%	67%	<b>47.2%</b>
LABORATORIO BAJA COMPLEJIDAD	55%	45%	55%	45%	50%	45%	63%	63%	<b>45.8%</b>
TAMIZACION DE CANCER DE CUELLO UTERINO	33%	17%	33%	17%	50%	17%	50%	50%	<b>33.3%</b>
HOSPITALIZACION BAJA COMPLEJIDAD	39%	23%	31%	8%	31%	8%	31%	31%	<b>25.2%</b>
HOSPITALIZACION OBSTETRICA BAJA COMPLEJIDAD	36%	27%	27%	18%	27%	18%	75%	75%	<b>37.8%</b>
TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO	42%	NA	NA	NA	NA	NA	25%	25%	<b>30.6%</b>
ESTERILIZACION	40%	20%	40%	20%	40%	20%	40%	40%	<b>32.5%</b>
BRIGADA O JORNADAS EXTRAMURALES	79%	43%	79%	36%	92%	36%	92%	92%	<b>68.6%</b>
PROMEDIO GENERAL									<b>40.8%</b>

Fuente: Resolución 2003 de 2014Minproteccionsocial.

Tabla 8 muestra nivel de cumplimiento en criterios de calidad de cada uno de los servicios que presta cada centro de salud, igualmente en la figura N. 1 se puede visualizar el nivel porcentual de cumplimiento, encontrando como servicios más débiles por su baja calificación, y que requieren mayor intervención de calidad a: hospitalización baja complejidad, transporte asistencial donde aplica y los de mayor cumplimiento a las brigadas y jornadas extramurales, consulta externa de medicina general y consulta externa de odontología general.

Figura No. 1 Análisis general cumplimiento de criterios según estándares de normas para habilitación por servicios en centros de salud estudiados.



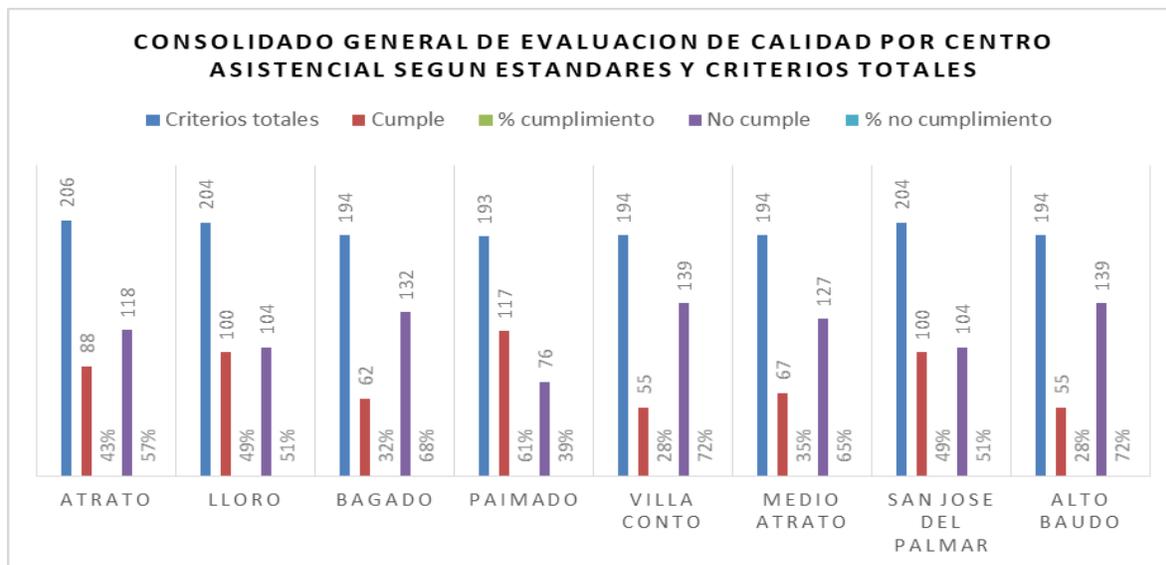
La tabla N.9 y la figura N.1 muestra que del total de los criterios evaluados a cada uno de los centros de salud en estudio, los centros de salud de menor cumplimiento fueron; Villa Conto del Municipio de Rio Quito y Catrù del Municipio del Alto Baudó ambos con 194 criterios de calidad evaluados , de los cuales cumplieron en 55 criterios que equivalen al 28% de cumplimiento y 139 criterios incumplidos que equivale al 72%, ambos calificados con nivel de incumplimiento por calificación menor del 30%; situación también reflejada al ser evaluados los criterios de calidad por servicios obteniendo los menores puntajes en nueve (9) de los doce (12) servicios prestados lo que equivale a un 75 % de los servicios de salud que estas instituciones prestan en la actualidad y que requerirían mayores acciones de mejoramiento; ambos centros asistenciales tienen como principales debilidades y oportunidades de mejoramiento los estándares de infraestructura física, el de dotación y mantenimiento de equipos biomédicos no cuentan los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento no son adecuados en la prestación de servicios ofertados, el estándar interdependencia reflejan que los servicios ofrecidos por el prestador carecen del soporte de otros servicios que apoyan la asistencia y son necesarios para oportunidad e integralidad de las actividades, procedimientos e intervenciones que realiza, para la atención de los pacientes en el ámbito de los servicios ofrecidos en especial los servicios de laboratorio clínico y transporte asistencial indispensables para la continuidad de los servicios hospitalarios y del servicio de urgencias

Tabla No. 9 Consolidado general de evaluación de calidad por centro asistencial según estándares y criterios totales establecidos

<b>Nombre/ Municipio de ubicación del centro</b>	<b>Criterios totales</b>	<b>Cumple</b>	<b>% cumplimiento</b>	<b>No cumple</b>	<b>% no cumplimiento</b>
<b>Atrato(yuto)</b>	206	88	43%	118	57%
<b>Lloro</b>	204	100	49%	104	51%
<b>Bagadó</b>	194	62	32%	132	68%
<b>Río Paimadó</b>	193	117	61%	76	39%
<b>Quito Villa conto</b>	194	55	28%	139	72%
<b>Medio Atrato (bete)</b>	194	67	35%	127	65%
<b>San José del palmar</b>	204	100	49%	104	51%
<b>Alto Baudó (Catru)</b>	194	55	28%	139	72%

Fuente: Resolución 2003 del 2014 del Minproteccionsocial.

Figura No2.Consolidado general evaluación de calidad por centro asistencial según estándares y criterios totales establecidos.



En general y como se puede observar en la figura N.2, en los centros de salud estudiados fue mayor el porcentaje de criterios incumplidos que los cumplidos, de los ocho centros evaluados solo uno el centro de salud de Paimadó tiene un 61% de cumplimiento frente a un 39% de incumplimiento lo que implica generar estrategias que permitan satisfacer los criterios de calidad en estos centros.

Por otra parte, al analizar la percepción de los usuarios de los diferentes centros de salud y en los distintos municipios frente a los servicios de salud utilizando encuesta aplicada, donde se evalúan la percepción del usuario según como él estima que la organización está cumpliendo con la entrega del servicio, de acuerdo a como él valora lo que recibe y como espera sea el servicio que entrega la institución. Con este instrumento se analizaron cinco dimensiones que permiten analizar la calidad frente a la prestación de unos servicios según la experiencia de los usuarios con los mismos y según lo percibido de forma tangible: Calidad, responsabilidad, seguridad, empatía, y bienes tangibles, con diez atributos repartidos en las cinco dimensiones.

El resultado muestra que las experiencias han sido buenas al encontrar un mayor porcentaje de acuerdo con las dimensiones evaluadas que de desacuerdos, tal como lo muestra la figura N.3

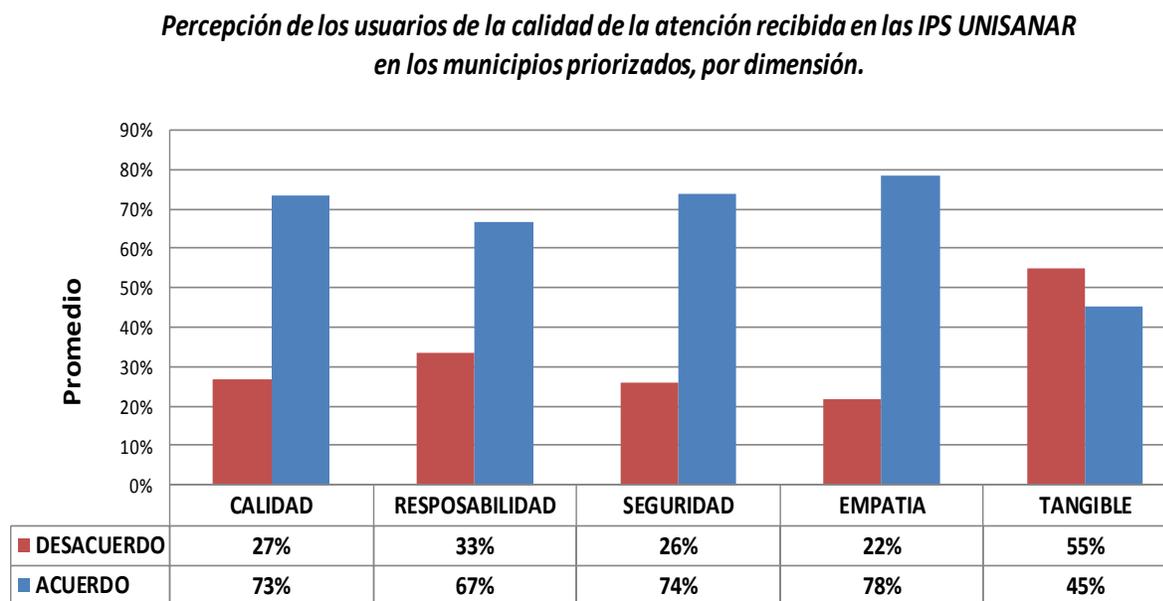
donde el 73% de los encuestados responden estar de acuerdo que se prestan servicios con calidad, un 67% encuestados responden estar de acuerdo con la responsabilidad en la prestación de los servicios, el 73% de los encuestados responden que hay seguridad en la prestación de los servicios, el 78% de los encuestados responden que hay empatía al recibir el servicio y al contrario de lo intangible, al evaluar la dimensión tangible donde lo que se evalúa son las condiciones de la infraestructura física, de la dotación biomédica solo un 45% responden estar de acuerdo, este resultado de la dimensión tangible es equiparable al resultado obtenido en la evaluación normativa de calidad.

Con estos elementos estudiados y analizados, no se conseguí determinar criterios de calidad diferenciales a tener en cuenta para el logro de la calidad en comunidades afro e indígenas de zonas dispersas del Departamento del Chocó, consciente de que la falta de cumplimiento de los mismos no se origina por la situación socio económica, ni cultural, sino más bien por la situación política administrativa del departamento unido al desconocimiento de las normas que regulan el sistema de salud de los profesionales que lideran la prestación de los servicios en estas regiones del país; esta situación que vive la región del Atrato Chocoano dependerá directamente de la voluntad político administrativa que permita dar soluciones a los problemas inherentes a la poca calidad en la prestación de salud en el Departamento del Chocó.

Una acción diferenciadora para regiones como las nuestras sería integrar a la de educación superior para profesionales de la salud en Colombia, catedra de legislación en salud de tal manera que todos los profesionales nos gradúemos con los conocimientos básicos de operatividad del sistema de salud, necesarios para contribuir desde nuestro actuar con la administración del sistema y más aún coadyuvar con servicios eficientes y seguros.

Como acción local diferenciadora, la Secretaría Departamental de Salud a través del área de prestación de servicios de salud crearía círculos de calidad involucrando a todos los prestadores habilitados para hacer seguimiento continuo a los componentes de calidad obligatorios para el sistema, e incentivar a los mejores.

Figura No. 3 Percepción de los usuarios de la calidad de la atención recibida en la IPS UNISANAR en los municipios priorizados, por dimensión.



Fuente: Encuesta

## CONCLUSIONES

Una vez analizada la situación en términos de calidad en servicios de salud de Unisanar IPS, y sus sedes en distintos municipios del departamento del Chocó, cada una de ellas con características diferenciales por la alta ruralidad y dispersión; con la pretensión de determinar cuáles factores afectan la calidad de los mismos, se pudo concluir que de acuerdo a los hallazgos develados por las diferentes herramientas sugeridas en el diseño metodológico, que la calidad en los servicios se ve afectada por múltiples factores endógenos y exógenos, dando con ello alcance a los tres objetivos específicos planteados en este estudio.

Así las cosas, se hará una descripción primeramente de los factores exógenos, para una mayor comprensión de los endógenos:

- ✓ **Factor Político:** este factor es de orden preponderante, en la medida a que exige una gran influencia en la toma de decisiones de tipo administrativo, debido a que la eficiencia en la los servicios , más allá del operador del servicio, depende directamente de la administración departamental, quien debe ejercer control y vigilancia a los mismos, además de proveer a las comunidades las condiciones adecuadas para que puedan tener goce y disfrute de un servicio de calidad; lo cual es notablemente afectado por los constantes cambios de gobierno, ya que no existe un plan estructurado de continuidad en los procesos.
- ✓ **Factor Socioeconómico:** no es un secreto a nivel nacional, que el departamento del Chocó cuenta con uno de los mayores índices de necesidades básicas insatisfechas, lo cual se agrava con las dificultades de orden público, la pobreza, el alto índice de desempleo, bajo nivel educativo, carencia de infraestructura vial, ausencia de agua potable, ausencia de acueducto, alcantarillado, energía eléctrica, lo que hace más costoso el servicio de salud, debido a una mayor carga en enfermedades provocadas por deficiencia en el autocuidado, generando así un costo elevado para el cumplimiento de estándares y criterios de calidad.

Factores endógenos:

- ✓ **Factor Educativo del Recurso Humano en Salud:** la formación profesional en salud no incluye el conocimiento de las normas que les aplica como profesionales que hacen y son el pilar del sistema de salud y este desconocimiento afecta directamente la efectividad del servicio.

Los resultados expresan calidad del servicio de dos formas distintas:

- ✓ Una mirada subjetiva plasmada en las encuestas basada en la experiencia vivida en los servicios de salud, en lo visual y lo palpable para este caso arrojó un puntaje promedio del 67.4% que queda dentro del rango de cumplimiento que va del 61 al 95% de calificación.
- ✓ Una mirada objetiva, plasmada en las entrevistas y evaluación normativa basada en el conocimiento que arrojó un puntaje promedio del 71% que queda dentro del rango de cumplimiento que va del 61 al 95%.

Así las cosas, se hace necesario precisar que la calidad en los servicios de salud de estas regiones del Departamento del Choco, no requiere criterios inferiores y mucho menos superiores a las normas establecidas; lo que se requiere realmente es de la voluntad político – administrativa de los gobernantes, requiere de profesionales humanos, formados y comprometidos con el cumplimiento de la normatividad y con el buen trato a los usuarios; al igual que se requiere no exista solo una hoja de ruta para la prestación del servicio, sino que haya un ajuste diferenciador de acuerdo a la zona en la cual se vayan a prestar los servicios.

## **RECOMENDACIONES**

La situación de no calidad, es el espejo en las que muchas regiones del país se pueden mirar y la causa del no crecimiento, la no rentabilidad y no perdurabilidad de las instituciones prestadoras; basada en desconocimiento normativo como principal causa en la problemática planteada, y que el sistema de salud frecuentemente es dirigido y administrado por profesionales de salud, integrar a la de educación superior para profesionales de la salud en Colombia una cátedra de legislación en salud de tal manera que todos los profesionales nos gradúemos con los conocimientos básicos normativos necesarios para la contribuir desde nuestro actuar con administración del sistema de salud y más aun con la administración de la prestación de servicios de salud desde una asistencia eficiente, segura y de calidad a los usuarios.

Realizar mesas Departamentales donde se gestionen los componentes obligatorios de calidad en salud, donde participen todas las instituciones habilitadas y se desarrollen agendas a la calidad, se haga seguimiento y se fortalezca el control.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almario, L. B., Aguilera, P. M., Otero, R. A., Galicia, A. C., de la Rosa García, M., Badillo, A. F., & Badillo, M. D. P. P. F. (2007). La calidad de la atención de Enfermería a los pacientes de un Hospital Regional del ISSSTE, en México DF: Un estudio basado en el grado de satisfacción de los usuarios. *Enfermería Universitaria*, 4(1), 9-13.
- Álvarez F., 2007. Calidad y auditoria en salud. Segunda Edición. Ecoe-Ediciones. Bogotá, Colombia.
- Análisis-de-situación-salud-chocoAnálisis de Situación de Salud (ASIS) de los municipios fronterizos de Chocó - 2010.[www.minsalud.gov.co/.../analisis-de-situacion-salud-choco-2010.pdf](http://www.minsalud.gov.co/.../analisis-de-situacion-salud-choco-2010.pdf)(Consultado marzo 2014).
- ASIS, Análisis *de* Situación de Salud de Chocó 2014
- Balladelli, P. P., Guzmán, J. M., Korc, M., Moreno, P., & Rivera, G. (2007). Equidad en salud para las minorías étnicas en Colombia. Desarrollo de sistemas y servicios.
- Cabrera-Arana, G. A., Bello-Parías, L. D., & Londoño-Pimienta, J. L. (2008). Calidad percibida por usuarios de hospitales del programa de Reestructuración de Redes de Servicios de Salud de Colombia. *Revista de Salud Pública*, 10(4).
- Calderón C., 2002. Criterios de Calidad en la Investigación Cualitativa en Salud (ICS): Apuntes para un Debate Necesario. *Revista española de Salud Publica* 76, 473-482. (Consultada en febrero 2014)
- Carreño J., 2013. Calidad de la Atención en Salud en Hospitales Universitarios. *Revista Internacional Administración y Finanzas*, Vol.6, N.7, P 81-89. <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/2748/7229665-2012.pdf?sequence=> (Consultada en mayo 2014)
- Castillo, E. (2005). Escala Multidimensional SERVQUAL. *Facultad de Ciencias Empresariales Universidad del Bío-Bío, Chile*.
- Chandia, Y. (2006). Introducción a la Calidad en Salud. *Clínica Sanatorio Alemán de Concepción. Recuperado de [www.enfermeraspabellonyesterilizacion.cl](http://www.enfermeraspabellonyesterilizacion.cl)*.
- Colombia, P. N. U. D. (2011). Colombia rural, razones para la esperanza. Informe Nacional de Desarrollo Humano 2011.

Congreso de la República (2011) ley 1438 “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”, Diario Oficial No. 47.957 de 19 de enero de 2011.

Congreso de la República. Ley 100 de 1993. Bogotá: Diario Oficial 41.148, diciembre 23 de 1993.

De la Protección Social, M. Decreto 1011 de 2006. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Diario Oficial 46230 de abril 03 de 2006. República de Colombia.

De Salud Pública, P. D. (2013). Pública 2012–2021: La salud en Colombia la construyes tú. *Ministerio de Salud y Protección Social*, 124.

De Salud y Protección Social, M. Resolución Número 2003 De 2014 (28 DE MAYO) Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2005). Censo general 2005 nivel nacional. Recuperado de [https://www.dane.gov.co/censo/files/libroCenso2005\\_nacional.pdf](https://www.dane.gov.co/censo/files/libroCenso2005_nacional.pdf)

Departamento Nacional de Planeación. (2013). Documento Compes Social 3772. Bogotá: Autor.

Dueñas, J. A. C. (2013). CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD EN HOSPITALES UNIVERSITARIOS/QUALITY IN HEALTH CARE IN TEACHING HOSPITALS. *Revista Internacional Administración & Finanzas*, 6(7), 81.

Estrada, R. E. L., & Deslauriers, J. P. (2011). La entrevista cualitativa como técnica para la investigación en Trabajo Social. *Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales*, 61, 2-19.

Evaristo, G. (2009). Calidad de la atención en salud y Percepción de los usuarios. Hospital Universitario del Valle.

Ficha Departamental del Choco realizada por Departamento Nacional de Planeación 27/12/2013. <https://www.dnp.gov.co/Portals/0/mapainversion/Choco.pdf>. (Consultado marzo 2014).

Garzón, F. R. Cómo elaborar una entrevista. Recuperado de [http://www.suagm.edu/umet/biblioteca/Reserva\\_Profesores/linna\\_irizarry\\_educ\\_173/como\\_elaborar\\_entrevistas.pdf](http://www.suagm.edu/umet/biblioteca/Reserva_Profesores/linna_irizarry_educ_173/como_elaborar_entrevistas.pdf)

- Guzmán-Finol, K. K. (2015). Radiografía de la oferta de servicios de salud en Colombia. *Banco de la República de Colombia Documentos de Trabajo*.
- Ibarra, L., & Espinoza, B. (2014). Servqual, una propuesta metodológica para evaluar la percepción de la calidad. *Rev Iberoamericana de Ciencias [Internet]*, 107-120.
- Informe Nacional de Desarrollo Humano 2011, **Colombia rural-Razones para la esperanza** Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo - iSBn: 978-958-8447-63-6. <http://www.pnud.org>. coseptiembre de 2011. Bogotá, Colombia
- Jiménez, L. R. (2005). Informe del Movimiento Nacional Afrocolombiano CIMARRON sobre la situación de derechos humanos de la población afrocolombiana (1994-2004). *Comunidades étnicas en Colombia: cultura y jurisprudencia*, 58.
- Kerguelén C., 2008. Calidad en salud en Colombia. Los principios. Ministerio de la Protección Social. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud (PARS). <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/CALIDAD%20EN%20SALUD%20EN%20COLOMBIA.pdf> (consultada Mayo/2014).
- Losada Otálora, M., & Rodríguez Orejuela, A. (2007). Calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing. *Cuadernos de Administración*, 20(34), 237-258.
- Maceira, D. (2012). Cuadrantes de análisis en los sistemas de salud de América Latina. *Draft manuscript, UNICEF, Buenos Aires*.
- Malagón, G., Galán, R., & Pontón, G. (2006). Garantía de calidad en salud. *Bogotá, DC Colombia. Editorial Médica Panamericana*.
- Medición de la calidad, la eficiencia y la productividad en hospitales públicos de tercer nivel de atención en Bogotá, 2008.
- Ministerio de Protección Social, registro especial de prestadores de servicios de salud, consultado el día 12 de mayo de 2014.
- Mira, J. J., Lorenzo, S., Rodríguez-Marín, J., Aranaz, J., & Sitges, E. (1998). La aplicación del modelo europeo de gestión de la calidad total al sector sanitario: ventajas y limitaciones. *Rev Calidad Asistencial*, 13, 92-97.
- Norma, I. S. O. (2015). 9001: 2015. *Quality management systems–Requirements*. Recuperado de [es.wikipedia.org/wiki/ISO\\_9001](http://es.wikipedia.org/wiki/ISO_9001)

- Observatorio-de-calidad. Registro especial de prestadores de servicios de salud, [www.minsalud.gov.co/salud/...](http://www.minsalud.gov.co/salud/...) (Consultado el día 12 de Mayo de 2014).
- Ortiz, B., & Miguel, Y. (2013). *Calidad Percibida de la Atención de Enfermería por pacientes hospitalizados en Institución Prestadora de Servicios de Salud de Barranquilla* (Doctoral dissertation, Universidad Nacional de Colombia).
- Pezoa, M. (2010). Propuesta metodológica que permite evaluar la percepción de la calidad percibida desde los usuarios de salud. *Departamento de Estudio y Desarrollo, Superintendencia de salud, Gobierno de Chile*.
- Rodríguez, A. (2000). Calidad en los servicios de salud en Colombia desde la perspectiva del consumidor: propuesta de construcción de una escala de medida. *Rev. Colomb. Market., 1 (1)*, 1-12.
- Rodríguez, J., Ruiz, F., Peñalosa, E., Eslava, J., Gómez, L. C., Sánchez, H. & Botiva, Y. (2009). Encuesta nacional de salud 2007. *Bogotá: Javegraf*.
- Rural, P. C. (2011). Razones para la Esperanza. Informe Nacional de Desarrollo Humano
- Serrano, A. T. I. (2012). *Control interno y sistema de gestión de calidad: guía para su implantación en empresas públicas y privadas*. Ediciones de la U.
- Tamayo, S. P., & García, M. (2006). Estrategia estatal para el fortalecimiento de entes prestadores de servicios públicos en el pequeño municipio y la zona rural. El programa cultura empresarial adelantado en Colombia. *QUIROZ, Franz; FAYSSE, Nicolás; AMPUERO, Raúl (Comps.). Apoyo a la gestión de comités de agua potable. Bolivia: Etreuss*, 133-156.
- Trincado Agudo, M. T., & Fernández Caballero, E. (1995). Calidad en enfermería. *Revista cubana de enfermería, 11(1)*, 1-2. Recuperado de [https://scholar.google.com/scholar?hl=es&as\\_sdt=0,5&q=Nefrolog%C3%ADa+Calidad+en+enfermer%C3%ADa](https://scholar.google.com/scholar?hl=es&as_sdt=0,5&q=Nefrolog%C3%ADa+Calidad+en+enfermer%C3%ADa).
- Vargas, J., & Molina, G. (2009). Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 27(2)*.