

INVESTIGACION

GESTION EN LA CALIDAD PARA EL MEJORAMIENTO DE LA ATENCION EN SALUD EN COLOMBIA

Artículo de revisión

María Isabel Castaño Pinzón y Sandra Milena Zapata Tobón

2014

GESTION EN LA CALIDAD PARA EL MEJORAMIENTO DE LA ATENCION EN SALUD EN COLOMBIA

QUALITY MANAGEMENT IN TO IMPROVE HEALTH CARE IN COLOMBIA

Sandra Milena Zapata Tobón 1, María Isabel Castaño Pinzón 2

1. Estudiante Especialización Administración En Salud, Universidad Católica de Manizales. Terapeuta Respiratoria.
2. Estudiante Especialización Administración En Salud, Universidad Católica de Manizales. Terapeuta Respiratoria.

Resumen

Introducción:

Para la realización de esta investigación se ha tomado como referencia experiencias de proyectos, basados en la revisión bibliográfica de artículos de diferentes temas con respecto a la salud y que han permitido un mejoramiento en la atención de la salud pública, y optimizando el recurso humano y dar un seguimiento al tratamiento del presente fundamento que enriquecerá el trabajo investigativo .De qué manera una red de salud comunitaria ayuda a los pacientes a enfrentar los problemas de salud que desgastan su calidad de vida y en qué forma se logra modificar la existencia de enfermedades que llegan a provocar severas complicaciones en el ser humano. Mantenerse saludable es primordial en la vida de cada ser humano, por ello es necesario estar informados de cómo prevenirse de las enfermedades que día a día se propagan en el mundo y que de una u otra forma afectan la integridad de cada ser humano.

Objetivo: Conocer los sistemas de calidad que las instituciones de salud tienen frente a los programas de promoción y atención primaria de las diferentes redes prestadoras de servicios de salud en Colombia en salud mediante la búsqueda bibliográfica en el transcurso del año 2013 al año 2014. **Materiales y Métodos:** Se realiza El ejercicio es un búsqueda documental, artículos científicos, protocolos, capítulos de libros. Etc. Un estudio comparativo de las diferentes guías de manejo de la calidad en varias instituciones de salud del país y se observa evidencia de que cada empresa prestadora de salud cuenta con características muy similares como accesibilidad, oportunidad, seguridad, continuidad y pertinencia, que son elementos fundamentales en el cumplimiento de la calidad y el mejoramiento de las funciones dentro de una institución de salud. **Resultado:** Los resultados combinan tres aspectos: La caracterización general de la población infantil, la existencia de programas de atención a NNA en el con texto de los entes territoriales y la vigilancia de los atributos de calidad, tanto en programas generales como específicos durante los años 2007 -2009. Estas competencias se dividen en diferentes fases análisis y situación de salud, vigilancia y control de riesgos y daños, promoción de la salud y participación social, política, planificación, regulación y control, y la equidad en el acceso y calidad en los servicios de salud y en la salud global. (42). **Discusión:** La conceptualización actual de la calidad de vida y su aplicación empírica en la actualidad, evalúan los niveles de pobreza y obliga a revisar la discusión sobre las necesidades básicas humanas y sus satisfactores (que surge a partir de los años setentas) ante el fracaso del desarrollo económico para resolver los problemas de pobreza y mejorar la condición de las mayorías sociales en el mundo. Frente a la imposibilidad de generalizar en los países subdesarrollados los modos de vida de los desarrollados, se propone el enfoque de las necesidades básicas que se centra en conseguir, al menos, la satisfacción de éstas en toda la población. **Conclusiones:** Una organización de salud tiene la capacidad de crear, mantener e incrementar el valor de sus servicio y la permanencia de sus usuarios cuando cumple con la disminución de costos, aumenta la efectividad de su servicio y actúa con la participación del personal que complementa esta sociedad mejorando su liderazgo en el sistema de salud y gestionando su mejor participación en la sociedad. **Palabras Claves:** Calidad, Colombia, Accesibilidad, mejoramiento, cumplimiento, salud, gestión de la calidad. Fuente Decs: Quality in health

CONTENIDO

INTRODUCCION	1
1.PRELIMINARES	6
1.1 RESUMEN	6
1.2 PALABRAS CLAVES	6
1.3 JUSTIFICACION	7
1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
1.5 PREGUNTA DE INVESTIGACION	8
1.6 OBJETIVO GENERAL	8
1.7 MÉTODO DE LOCALIZACIÓN, SELECCIÓN Y EVALUACIÓN DE ESTUDIOS PRIMARIOS	9
1.8 ANTECEDENTES TEÓRICOS, CONCEPTUALES E INVESTIGATIVOS	10
2.MATRICES	36
2.1 El potencial de los servicios multidisciplinarios de atención primaria para tomar acción sobre los determinantes sociales de la salud: acciones y limitaciones	37
2.2 Barreras, facilitadores y actitudes que influyen en las actividades de promoción de la salud en la práctica general: un estudio piloto exploratorio	40
2.3 Métodos para la medición de los resultados clínicos y la calidad de la atención en consultorios de atención primaria evaluación.	43
2.4 El desafío de la atribución	47
2.5 La herramienta de evaluación, desarrollo, garantía del farmacéutico (adapt) para asegurar la aplicación de calidad de los programas de promoción de la salud	49
2.6 Diseñar un registro personal centrado en el paciente para promover la atención preventiva	52
2.7 ¿Cómo pueden las intervenciones de promoción de la salud pueden adaptar para las comunidades étnicas minoritarias? Cinco principios para guiar el desarrollo de las intervenciones conductuales	55
2.8 Centralización en el paciente y los esfuerzos de mejora de calidad en los hospitales: fundamentos, la medición, la aplicación.	59
2.9 Calidad de la certificación de la enfermedad en la atención primaria de salud: un estudio retrospectivo de la base de datos	62

2.10 Aseguramiento de la calidad de la investigación cualitativa: una revisión del discurso	65
2.11 Identificación y diseño de las competencias laborales en el sistema nacional de salud	68
2.12 Determinantes sociopolíticos de las políticas internacionales de salud	71
2.13 La atención primaria de salud: desafíos para su implementación en américa latina	73
2.14. La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables	75
2.15 Gestión de gobiernos locales en la calidad de la atención de la salud para niños	78
2.16 salud y proyección internacional	81
2.17 las crisis del sector salud	85
2.18 . Información relevante para la gestión por calidad en las organizaciones de salud	87
2.19. Derecho a la salud en colombia. la utopía anunciada	90
2.20. Normalización de las competencias laborales de las especialidades médicas en el sistema nacional de salud	93
2.21 Calidad en los servicios de salud desde los marcos de sentido de diferentes actores sociales en colombia y brasil	96
2.22 Validación de un instrumento para medir calidad percibida por usuarios de hospitales de colombia	100
2.23 La calidad de la atención en salud, más allá de la mirada técnica y normativa	104
2.24 La ética del desarrollo profesional continuado en la promoción de la calidad asistencial	108
2.25 Calidad percibida por usuarios de hospitales del programa de reestructuración de redes de servicios de salud de colombia	111
2.26 Factores asociados a eventos adversos en pacientes hospitalizados en una entidad de salud en colombia	115
2.27 De la idea al concepto en la calidad en los servicios de salud	119

2.28 La legislación que reglamenta el sistema de salud colombiano: formulación, aplicación e implicaciones sobre sus actores	122
2.29 Atención primaria marco regulador de los sistemas de salud	125
2.30 Entendiendo la economía de la salud: una revisión de los estudios sobre eficiencia, equidad y desigualdades	128
2.31 Referentes teóricos para el análisis de la reforma del sistema de salud colombiano	131
2.32 Entre los negocios y los derechos	133
2.33. Determinantes individuales y sociales de salud en la medicina familiar	137
2.34 derecho a la salud: un modelo para la determinación de los contenidos mínimos y periféricos	141
2.35. La educación para la salud, un reto actual	143
2.36 Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer paso para la reforma del sistema	145
2.37 Promoción de la salud y sistema de salud colombiano: reflexiones sobre la formación de profesionales	148
2.38 Ética y calidad .filotécnica versus filantropía	152
2.39 Modelo de gestión en el sector salud basado en la calidad de servicios	154
2.40 importancia de los costos de la calidad y la no calidad en las empresas de salud como herramienta de gestión para la competitividad	157
2.41 Sistema de salud de Colombia	160
2.42 Competencias esenciales en salud pública: un marco regional para las Américas	163
2.43 Pago por desempeño en el sistema colombiano de salud	166
2.44 Enfoque actual de la salud ambiental	170
2.45 Acceso a la atención en salud en Colombia	172
2.46 Actitudes y opiniones de actores implicados en la política participativa del control de la calidad de los servicios de salud en Colombia	175
2.47 Bases legales de la calidad en los servicios de salud	179
2.48 Algunos problemas de la salud en Colombia	182
2.49 Ubicación de Colombia en el espectro de salud de América Latina	185
2.50 La calidad en salud, un compromiso de todos	188
3. CONCLUSIONES	190
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	191

1. PRELIMINARES

1.1 RESUMEN

Para la gestión de la calidad en los servicios de salud de Colombia es necesario que intervenga el SUH (sistema único de habilitación), que el conjunto de normas y requisitos y por los cuales se establece y verifica el cumplimiento de las condiciones básicas en ciencia y tecnología de las entidades de salud que pertenecen al sistema colombiano para dar permanencia de la prestación de servicios a la población.

La habilitación, es un medio que da seguridad a los usuarios y es de carácter obligatorio para:

1. Prestadores de Servicios de Salud
2. Empresas Administradoras de Planes de Beneficios y
3. Las redes integradas de Servicios de Salud

Para el proceso de habilitación se debe tener en cuenta la inscripción en el REPS (registro especial de prestadores de salud), de su entidad territorial sea pública o privada, verificar si la entidad cuenta con el PAMEC ((Programa de Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud), cada uno de estos procesos dados por el nivel de prestación de servicios.

El sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) lo conforman cinco grupos de agentes: a. Los organismos estatales de regulación y administración así como los de inspección, vigilancia y control . Se evaluaron las ventajas competitivas del sector frente a los demás países pertenecientes a la comunidad andina, teniendo en cuenta las capacidades competitivas como calidad, tecnología y conocimiento del mercado .En Colombia no superan la línea media básica de satisfacción de usuarios .

En general cada institución cuenta con sus sistemas, objetivos, estrategias, planes de acción y procesos de mejora que aumenten la calidad y disminuyan los riesgos de la atención a la población.

La calidad se alcanza cuando los procesos priorizados en el PAMEC y en las guías y protocolos dados por cada institución son cumplidos con la norma establecida por el SOG y el SUH.

Y cuando los usuarios satisfechos son en más alto por contaje que los insatisfechos, cuando la probabilidad de riesgos es mínima y la oportunidad al usuario se logra con la atención basada en el cumplimiento de sus derechos y haciendo exigible el cumplimiento de sus deberes.

- Incremento en la efectividad clínica de los servicios que se presten.
- Disminución en el riesgo al paciente.
- Incremento de la eficiencia en la utilización de los recursos institucionales y en el SGSSS.

- Incremento en la satisfacción de los usuarios en términos de sus percepciones y sus expectativas.

- Incremento en la satisfacción de los equipos de salud.

El estudio de la calidad de la atención en salud es una preocupación vigente a nivel mundial por la atención asistencial, los eventos adversos presentados y la calidad de vida de los pacientes.

1.2 PALABRAS CLAVES (Según el Decs)

- Calidad
- Colombia
- Accesibilidad
- Mejoramiento
- Cumplimiento
- Salud
- gestión de la calidad.

1.3 JUSTIFICACION

Cuando hablamos de calidad no significa lujo, ni la mejor apariencia externa, ni la máxima comodidad, hoy se considera que es “el nivel de excelencia que la organización ha escogido y se ha impuesto para satisfacer las necesidades del usuario”. También se introduce aquí el concepto de usuario clave, que es aquél que tiene ciertas expectativas y necesidades que pueden ser satisfechas por el servicio. En el caso específico de la salud el usuario clave es toda la comunidad que desea mantener su bienestar psicofísico.

Este trabajo de investigación se realiza con el fin de evaluar los diferentes criterios establecidos por cada institución en cuanto al sistema implementado dentro de ellas para el mejoramiento de la garantía de la calidad, seguridad del paciente y satisfacción de los usuarios.

Provisionando los servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

Para cumplir con este propósito es necesario contar con unas condiciones de capacidad tecnológica y científica que no son otra cosa que las condiciones básicas de estructura y de procesos que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarias para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud.

1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

DESCRIPCION:

Para la realización de esta investigación se ha tomado como referencia, la revisión constante y simultánea con estudios ya puestos en marcha en el mundo, que han evidenciado la necesidad de actualizar el concepto, volverlo más operativo y adoptar un mejoramiento en la atención de la salud pública, y optimizando el recurso humano y tecnológico para alcanzar el mejor resultado en la calidad y la promoción de salud.

EL PROBLEMA

Conocer los sistemas de calidad que las instituciones de salud tienen frente a los programas de promoción y atención primaria de las diferentes redes prestadoras de servicios de salud en Colombia en salud mediante la búsqueda bibliográfica en el transcurso del año 2013 al año 2014. Plantear directrices del mejoramiento de la calidad en salud mediante la revisión de artículos con vigencia desde el año 2008 hasta la fecha y que tengan evidencia en la gestión de la calidad y la atención en la salud.

1.5 PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuáles son los procesos que se rigen en la gestión en la calidad para el mejoramiento de la atención en salud en Colombia?

1.6 OBJETIVO GENERAL

- Conocer los sistemas de calidad que las instituciones de salud tienen frente a los programas de promoción y atención primaria en salud mediante la búsqueda bibliográfica en el transcurso del año 2013 al año 2014.

1.7. MÉTODO DE LOCALIZACIÓN, SELECCIÓN Y EVALUACIÓN DE ESTUDIOS PRIMARIOS

Metodología

Los métodos de localización de esta investigación son artículos de revisión bibliográfica basados en la evidencia de otras instituciones de salud y otros países, a parte del nuestro que incluyen, procesos de medición y resultados que se combinan con las estadísticas en nuestro país y con la metodología del sistema de salud de este país, sacando un análisis planificado de las ineficiencias y falencias.

Se han seleccionado 50 artículos, de los cuales 10 son inglés, y 40 en español, ambos con evidencia, y con bibliografías reconocidas de estudios a nivel mundial, de las páginas, Hinary, Pubmed, Google académico, Scielo, Elsevier, e- libro.

Artículos buscados con las siguientes condiciones:

Desde el año 2008, en humanos y con búsqueda en el Decs sobre la calidad en la atención en salud.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

-Años inferiores del año 2008

-Estudios no realizados en humanos

-Estudios sin evidencia o publicados en páginas no confiables

Luego de analizar el material encontrado, se eligieron 40 artículos en español y 10 en inglés, extrayendo su síntesis por medio de matrices de análisis que nos permitieron ubicarnos en los objetivos de la publicación y sus principales resultados.

Como estrategia final, aplicamos un método para ubicar al lector en tiempo y espacio, creamos un mapa mental con toda la información recopilada y sus principales características.

1.8. ANTECEDENTES TEORICOS, CONCEPTUALES E INVESTIGATIVOS

NOMBRE DEL ARTICULO	AÑO	AUTORES	UBICACION	OBJETIVO
El potencial de los servicios multidisciplinares de atención primaria para tomar acción sobre los determinantes sociales de la salud: acciones y limitaciones	2013	Baum FE, Legge DG, Freeman T, Lawless A, Labonté R, Jolley GM.	Pubmed	Este artículo tiene como objetivo la aclaración de que es la atención primaria en salud mediante, los métodos que proporcionan evidencia de la posibilidad de que los servicios de atención primaria de salud sean más sensibles a los determinantes sociales dado más apoyo y mediante la construcción de alianzas con las comunidades y los movimientos sociales. La OMS Declaración de Alma Ata vio la APS como un foco para la acción de la comunidad para hacer frente a los factores determinantes básicos de la salud situando así la APS dentro de un movimiento social más amplio diseñado para reducir las desigualdades y mejorar las condiciones de vida de toda la población. Favoreciendo siempre a las comunidades más

				pobres.
Barreras, facilitadores y actitudes que influyen en las actividades de promoción de la salud en la práctica general: un estudio piloto exploratorio	2013	Wytske W Geense, Irene M van de Glind, [...], y Theo van Achterberg.	Pubmed	El objetivo de este artículo es diferenciar en nuestro país, las diferentes enfermedades que aquejan a nuestra población y que a su vez afectan los estilos de vida de cada persona. Como ejemplo tenemos un estudio piloto que tuvo como objetivo explorar las actividades de promoción de la salud que los médicos holandeses y SNP llevan a cabo en la atención primaria, que las barreras y los facilitadores pueden ser identificados y qué temas principales son con respecto a las actitudes hacia las actividades de promoción de la salud. De esta forma se logra agregar en entidades de salud para el cumplimiento de programas de atención primaria.
Métodos para la medición de los resultados clínicos y la calidad de la atención en consultorios de atención primaria evaluación.	2012	Michael E Green, William Hogg, Colleen Savage, Sharon Johnston, Grant Russell, R Lisa Jaakkimainen, Richard H Glazier, Janet Barnsley and Richard Birtwhistle	Pubmed	Este artículo tiene como objetivo Para evaluar la idoneidad de las fuentes de datos posibles para la población de los indicadores de desempeño para la atención primaria (AP) prácticas.
El desafío de la atribución	2012	Marc N. Gourevitch,	Pubmed	En este artículo el objetivo es conocer e implementar

		MD, MPH, Thomas Cannell, MA, [...], and Cynthia Summers, DrPH		argumentos que condiciones mejoras en la atención en salud y en su calidad, disminuyendo los costos, mejorando la salud de la población y aumentando las condiciones favorables, para el cumplimiento de las metas en la salud,
La Herramienta de Evaluación, desarrollo, garantía del farmacéutico (ADAPT) para asegurar la aplicación de calidad de los programas de promoción de la salud	2012	Hoai-An Truong, PharmD, MPH, un Catal ina R. Taylor, PharmD, Candidato MPH, b y Natalie A. DiPietro, PharmD, MPH b.	Pubmed	En el área de farmacia en la salud se establecen los parámetros de peligro, riesgos y beneficios para los pacientes teniendo en cuenta la demografía y los determinantes de la salud de la población objetiva, la contratación de un programa de intervención o equipo de implementación, y la selección de la población objetivo y el riesgo para la salud o un problema que es relevante y para los cuales se necesita la intervención.
Identificación y diseño de las competencias laborales en el sistema nacional de salud	2013	Ramón Syr Salas Perea, MSc. Lázaro Díaz Hernández, MSc. Grisell Pérez Hoz.	SciELO	Este trabajo tiene como objetivo plantear la necesidad de identificar y diseñar las competencias laborales que garanticen su implementación en el sistema nacional de salud (SNS), en Función de lograr un desempeño laboral superior de los trabajadores y la organización, así como un impacto positivo en la calidad, eficiencia, eficacia y productividad de los procesos, desempeñados en el

				sistema de salud.
Determinantes sociopolíticos de las políticas internacionales de salud.	2013	Pol De Vos (1), Patrick Van der Stuyft	Scielosp.org	Contextualizar la situación actual de las políticas en salud, mediante la presentación de una mirada retrospectiva.
La Atención Primaria de Salud: desafíos para su implementación en América Latina	2013	Alexandra Giraldo Osorio y Consuelo Vélez Álvarez.	Elsevier	<p>El objetivo de este estudio es alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema.</p> <p>Con base en lo anterior resulta imprescindible revisar y analizar los ámbitos conceptuales, organizativos, de acción y de resultados que se han derivado de la inclusión de la APS (atención primaria en salud) en los sistemas de salud de los países latinoamericanos y, posteriormente, exponer los logros y desafíos.</p> <p>El objetivo del presente artículo es realizar una revisión temática sobre la inclusión de la APS en los sistemas de salud de los países de América Latina con el fin de brindar una visión integral sobre los avances y las necesidades de los países latinoamericanos.</p>
La promoción de la salud como estrategia para el fomento de	2010	Alexandra Giraldo Osorio**María	Scielo	Profundizar en el tema de la promoción de salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables, con el fin de

estilos de vida saludables		Yadira Toro Rosero***Adri ana María Macías Ladino****Carl os Andrés Valencia Garcés*****Se bastián Palacio Rodríguez***** *		mejorar a día la calidad de la atención en la salud de los pacientes.
Gestión de gobiernos locales en la calidad de la atención de la salud para niños	2012	Ademar Bautista- Otero1 y Juan C. Garcia- Ubaque2 Año 2012	scielo	Evaluar el componente de calidad de los programas de atención en salud dirigidos a niños, niñas y adolescentes establecidos por los gobiernos locales de Colombia en cumplimiento de las normas legales.
Salud y Proyección internacional	2013	MORENO, Claudia Mabel. SALUD Y PROYECCIÓ N INTERNACIO NAL	Google scholar	El objetivo de este artículo es proponer estrategias de internacionalización De las empresas de salud que permitan el fortalecimiento de la competitividad en el exterior; a su vez, presentando desarrollo tecnológico e innovación de especialidades médicas. - La calidad del servicio y los costos bajos respecto a los internacionales. - Ubicación geográfica estratégica, adecuada infraestructura urbana.

Las crisis del sector salud	2012	Carlo Vinicio Caballero-Uribe	Scielo	El objetivo de este artículo es actualizar y mejorar la calidad en la atención en los servicios de salud en Colombia, vemos que se habla de la tutela y el derecho de petición es lo más utilizado para que el sistema le haga el favor a un paciente de prestarle un servicio que siendo del régimen contributivo o subsidiado ya tiene los medios. Recordemos que la salud en Colombia sede logros y retos los cuales debemos tener en cuenta para mejorar la calidad y no caer en los mismo, bajo una amenaza institucional, de ahí la importancia de programar y saber utilizar los recursos para no genera inconformidades y después de la mala atención disminuyendo así la calidad.
Información relevante para la gestión por calidad en las organizaciones de salud	2012	Luis Fernando Toro, José Bareño , Pablo A. Guzmán, Juan Carlos Correa.	Google academico	Someter al escrutinio de la comunidad científica una matriz construida con la información de interés en la gestión por calidad de las organizaciones de salud, como recurso de homologación y estandarización de unos índices cuya definición, bondad de ajuste e interrelación carecen de antecedentes en la literatura especializada.

Derecho a la salud en Colombia. la utopía anunciada	2012	Anderson Rocha-Buelvas	Google academico	Este artículo es con el objetivo de reflexionar acerca de la integración vertical como uno de los mayores obstáculos a la garantía del derecho a la salud, especialmente, por parte de los profesionales de la salud, por las dificultades para la prestación de servicios de salud de calidad y finalmente por un sector salud enfrentado a la coyuntura estatal atestada de cambios estructurales económicos y políticos.
Normalización de las competencias laborales de las especialidades médicas en el sistema nacional de salud	2013	Dr. C. Ramón Syr Salas Perea, MSc. Luis Díaz Hernández, Lic. Grisel Pérez Hoz	SciELO	El objetivo de este estudio fue establecer las bases teórico-metodológicas que sustentarán la normalización o estandarización de las competencias laborales de los médicos en las especialidades priorizadas por el MINSAP, para el periodo 2011-2014 en el sistema nacional de salud (SNS).
Cobertura efectiva de las intervenciones en salud de América Latina y el Caribe: métrica para evaluar los sistemas de salud	2011	Sandra Martínez, M en C, (Gabriel Carrasquilla, MD, DrPH, Ramiro Guerrero, M en C, Héctor Gómez-Dantés, MD, M en C, Victoria	redalyc	Medir la cobertura efectiva para once intervenciones de salud en nueve países de América Latina utilizando las encuestas de demografía y salud o registros administrativos

		Castro, Lic en Soc,Héctor Arreola-Ornelas, M en C,Paula Bedregal, PhD,		que abarcan la salud infantil, de la mujer y el adulto. Se seleccionaron las intervenciones y se armonizaron definiciones y métodos de cálculo de acuerdo con la información disponible para lograr la comparabilidad entre países
Las crisis del sector salud	2012	Carlo Vinicio Caballero-Uribe	Scielo	Actualizar y mejorar la calidad en la atención en los servicios de salud en Colombia, vemos que se habla de la tutela y el derecho de petición es lo más utilizado para que el sistema le haga el favor a un paciente de prestarle un servicio que siendo del régimen contributivo o subsidiado ya tiene los medios. Recordemos que la salud en Colombia sede logros y retos los cuales debemos tener en cuenta para mejorar la calidad y no caer en los mismo, bajo una amenaza institucional, de ahí la importancia de programar y saber utilizar los recursos para no genera inconformidades y después de la mala atención disminuyendo así la calidad.
Información relevante para la gestión por calidad en las organizaciones de salud	2012	Luis Fernando Toro, José Bareño , Pablo A. Guzmán, Juan Carlos Correa.	Google academico	Someter al escrutinio de la comunidad científica una matriz construida con la información de interés en la gestión por calidad de las organizaciones de salud, como recurso de

				homologación y estandarización de unos índices cuya definición, bondad de ajuste e interrelación carecen de antecedentes en la literatura especializada.
Derecho a la salud en Colombia. la utopía anunciada	2012	Anderson Rocha-Vuelvas	Google academico	Este artículo es con el objetivo de reflexionar acerca de la integración vertical como uno de los mayores obstáculos a la garantía del derecho a la salud, especialmente, por parte de los profesionales de la salud, por las dificultades para la prestación de servicios de salud de calidad y finalmente por un sector salud enfrentado a la coyuntura estatal atestada de cambios estructurales económicos y políticos.
Normalización de las competencias laborales de las especialidades médicas en el sistema nacional de salud	2013	Dr. C. Ramón Syr Salas Perea, MSc. Luis Díaz Hernández, Lic. Grisel Pérez Hoz	Scielo	El objetivo de este estudio fue establecer las bases teórico-metodológicas que sustentarán la normalización o estandarización de las competencias laborales de los médicos en las especialidades priorizadas por el MINSAP, para el periodo 2011-2014 en el sistema nacional de salud (SNS).
Calidad en los servicios de salud desde los marcos de sentido de diferentes actores sociales en Colombia y Brasil	2010	María E. Delgado-Gallego ¹ , María L.	Redalyc.org	Analizar los marcos de sentido en la definición de la calidad de un servicio de salud de los diversos actores sociales en

		Vázquez-Navarrete ² y Lygia de Moraes-Vanderlei ³ .		Colombia y Brasil. Método Estudio cualitativo, descriptivo-interpretativo, mediante grupos focales y entrevistas individuales en dos municipios de Colombia y Brasil. Muestra teórica de agentes sociales, buscando variedad del discurso: a. Usuarios y líderes; b. Personal de salud y; c. Formuladores de políticas. Análisis de contenido, con generación mixta de categorías y segmentación de los datos por país, informantes y temas.
Validación de un Instrumento para Medir Calidad Percibida por Usuarios de Hospitales de Colombia	2008	Gustavo A. Cabrera-Arana, Jaime L. Londoño-Pimienta y León D. Bello-Parías.	Redalyc.org	Validar un instrumento para medir calidad percibida por usuarios de hospitales del Programa de reestructuración, rediseño y modernización de redes prestadoras de servicios de salud del Ministerio de la Protección Social de Colombia
La calidad de la atención en salud, más allá de la mirada técnica y normativa	2011	Hugo Alberto Múnera Gaviria	Redalyc.org	Comprender las percepciones que tienen los usuarios sobre la calidad de la atención en salud recibida en tres instituciones de salud en

				la ciudad de Medellín, Colombia
La ética del desarrollo profesional continuado en la promoción de la calidad asistencial	2010	Rogelio Altisent.	Redalyc.org	<p>La ética siempre ha estado presente de forma más o menos explícita en la calidad asistencial; sin embargo, no se ha prestado la necesaria atención al motor de la calidad que se encuentra en las actitudes y en el impulso ético de los profesionales que han de liderar los procesos de mejora. El Desarrollo Profesional Continuado es un proceso que debe acompañar las sucesivas etapas de la vida del profesional, con sus distintos momentos de motivación y crisis, y conviene entender su fundamentación ética, reflexionando sobre la calidad asistencial. Los profesionales que cuidan pacientes también necesitan recibir atención para diagnosticar y superar las situaciones de inercia, ausencia de iniciativa, escepticismo y falta de autocrítica. Sólo se puede garantizar la calidad asistencial si los profesionales desarrollan un satisfactorio progreso de su carrera, para lo cual es necesario que los servicios de personal y de recursos humanos de las instituciones sanitarias dediquen</p>

				sus mejores energías a cuidar la promoción de sus profesionales.
Calidad Percibida por Usuarios de Hospitales del Programa de Reestructuración de Redes de Servicios de Salud de Colombia	2008	Gustavo A. Cabrera-Arana, León D. Bello-Parías y Jaime L. Londoño-Pimienta	Redalyc.org	Establecer una línea base de la calidad percibida por usuarios de hospitales objeto de intervención del Programa de reestructuración, rediseño y modernización de redes prestadoras de servicios de salud de Colombia.
Factores asociados a eventos adversos en pacientes hospitalizados en una entidad de salud en Colombia	2012	ARLEX URIEL PALACIOS-BARAHONA ¹ , JOSÉ BAREÑO SILVA.	http://revistas.ces.edu.co/	determinar si algunos factores de riesgo, tales como el tipo de tratamiento, sexo, edad y la estancia, se relacionan con la presencia de eventos adversos hospitalarios en instituciones de salud adscritas a una aseguradora en Antioquia y el Eje Cafetero (Manizales, Risaralda y Quindío) durante el segundo semestre de 2008.
De la idea al concepto en la calidad en los servicios de salud	2012	Héctor Robledo-Galván, 1 José Meljem-Moctezuma,2 Germán Fajardo-Dolci,3 David	Dialnet	La definición de calidad en la atención a la salud no es Un concepto estático ni universal, existen conceptualizaciones que enriquecen el término en función de elementos que

		Olvera-López		se han agregado en el tiempo. Se presentan algunos conceptos de calidad que se han utilizado en la industria y cómo varios de ellos han dado origen a los que se emplean en los servicios de salud. Finalmente se presentan conceptos explícitos de la calidad en la atención a la salud, desde diferentes perspectivas y considerando distintos componentes.
La legislación que reglamenta el sistema de salud colombiano: formulación, aplicación e implicaciones sobre sus actores	2009	Iván F. Muñoz E1; Beatriz E. Londoño2; Yomaira Higueta H3; Diego A. Sarasti4; Gloria Molina M	Dialnet	presentar las problemática en la formulación e implementación de la legislación del Actual sistema, así como las implicaciones sobre sus diferentes actores.
Atención primaria marco regulador de los sistemas de salud	2013	Gloria Esther Villarreal Amaris.	Google académico	la Atención Primaria se plantea como —parte integral del desarrollo de los sistemas de salud y la mejor estrategia para promover mejoras equitativas y sostenibles en la salud de los pueblos de las Américas. Il Coherente con este pensamiento se observa que en el artículo 12 de la Ley 1438, promulgada el 19 de enero del 2011, propone la Atención Primaria como la estrategia para 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.
Entendiendo la Economía de la Salud: Una revisión de los estudios sobre eficiencia, equidad y desigualdades	2013	Marta Pascual Sáez a, David Cantarero Prieto	Dialnet	Este trabajo estudia el desarrollo e influencia actual de la economía de la salud en lo referente a los aspectos de eficiencia, equidad y desigualdades. Además, se muestra el estado actual del papel del sector público y privado así como su colaboración en la provisión y producción de servicios sanitarios. Los resultados obtenidos implican que la prospectiva de evolución de esta disciplina seguirá creando herramientas útiles en cuanto a ser aplicadas para conseguir mejorar la calidad de la atención sanitaria y la equidad en el acceso de sus ciudadanos. No obstante, para obtener una visión global en estudios de economía de la salud, es aconsejable utilizar varias medidas que se complementen entre sí.

Referentes teóricos para el análisis de la reforma del sistema de salud colombiano	2012	Álvaro Franco-Giraldo.	Scielo	Definir unos ejes temáticos que permitan analizar e interpretar la reforma, que sirvan de este modo para orientar la formulación de la política y el diseño de un nuevo modelo de sistema de salud. Además, se pretende dar luces teóricas para lo que sería una reforma estructural para la salud; una reforma estructural dilatada por décadas, de la que solo anuncia que debe ser total e integral, pero aún no se define cómo jerarquizar esos cambios, y cuál es la orientación más adecuada.
Entre los negocios y los derechos	2013	Saúl Franco.	scielo	El artículo propone hacer una reflexión sobre los postulados y los valores que sustentan el actual Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia, a partir de cinco hechos significativos. El primero es el enriquecimiento de las Entidades Promotoras de Salud, que no priorizan el bienestar humano y se dedican a asuntos del ámbito financiero y administrativo; otro de los hechos, descubierto en el 2011, es la alianza entre las empresas encargadas de ordenar la atención médica de la población y administrar los recursos para financiarla, aumentar

				<p>los cobros y aumentar así sus ganancias. Por otro lado, está el cierre de las camas de pediatría por ser mal negocio; datos recientes informan de la existencia de solo seis camas de alta complejidad por cada 10 000 niños. La falta de regulación en los precios de los medicamentos, permitido por el modelo de salud vigente, es otro asunto importante que afecta las posibilidades de adquisición de la población más desfavorecida. Y finalmente, el hecho más impactante: la muerte evitable y culpable de miles de personas, producida, entre otros, por la falta de atención oportuna, el llamado paseo de la muerte. Los cinco hechos enunciados develan algunas de los intereses y prácticas que se han desarrollado en los 20 años de existencia del modelo de salud colombiano.</p>
Determinantes individuales y sociales de salud en la medicina familiar	2012	Dra. Regla María Fernández Dr. Cs. Klaus Thielmann, II Dra. Martha Beatriz Bormey Quiñones	SciELO	El objetivo propuesto es introducir en la práctica social un instrumento metodológico mediante un proyecto de investigación, que permita inducir la necesidad de cambios en el estilo de vida de cada individuo en la comunidad para mantener e incrementar

				<p>su salud y que además, permita evaluar de forma confiable, precisa y periódicamente, el nivel de conciencia</p> <p>alcanzado y los resultados derivados de los cambios en el estilo de vida. La viabilidad de tal instrumento metodológico pasa por un período de constatación en la práctica.</p>
Derecho a la salud: un modelo para la determinación de los contenidos mínimos y periféricos	2012	Ronconi, Liliana M.	scielo	<p>La propuesta de este trabajo es contribuir en alguna medida a ese propósito, evaluando</p> <p>el carácter de reglas o principios de las obligaciones estatales de prestación que surgen de los derechos sociales.</p>
La educación para la salud, un reto actual	2010	Luz M. Alonso ¹ Carlo V. Caballero Uribe ²	scielo	<p>En este número se muestra cómo la educación para la salud es un problema actual no sólo de nuestro país sino de otros países. La misma tiene como finalidad responsabilizar a los ciudadanos(as) en la defensa de la salud propia y colectiva; es un instrumento de la promoción de salud, y por tanto, una función importante de los profesionales sanitarios, sociales y de la educación. En algunos artículos publicados en este volumen se muestra lo contrario: cuando se</p>

				trata de la realidad del paciente, hay un vacío que no obedece a modelos efectivos que beneficien el proceso salud - enfermedad
Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer paso para la Reforma del Sistema	2010	Adalberto E. Llinás Delgado,	Redalyc.org	<p>Se realiza una revisión del concepto de “calidad” por varios autores y se resalta la definición de Calidad en salud de Avedis Donavedian. Se presenta la normativa del sistema de garantía de calidad en Colombia y se examina la percepción de los actores diferentes actores del sistema.</p> <p>Luego, en una revisión de las diferentes reformas al sector salud en Latinoamérica, se destaca que han tenido como eje central la mejoría del sistema a partir del aumento de la cobertura o fortalecimiento del financiamiento. La reflexión plantea la necesidad de realizar reformas de fondo, centradas en procesos orientados a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sector con el propósito de aumentar la equidad en sus prestaciones, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones y, con ello, lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población, con el indispensable</p>

				acompañamiento de la academia, como un articulador del conocimiento en la sociedad.
Promoción de la salud y Sistema de salud Colombiano: Reflexiones sobre la formación de profesionales	2013	Natalia Rodríguez Villamil, Alejandra Valencia González Paulina Díaz Mosquera.	Redalyc.org	<p>Reflexionar sobre los retos para la formación de profesionales de la salud, en un contexto</p> <p>de tensiones entre los postulados de la promoción de la salud y su concreción en el sistema de salud Colombiano. Metodología: Investigación documental; se revisaron artículos sobre promoción de la salud realizados en Colombia entre 2000 y 2010 publicados en revistas indexadas, seleccionados con base en el muestreo intencional. Se realizó análisis de contenido a un total de 37 artículos. Se identificaron</p> <p>unidades de análisis, registro y contexto, estableciendo categorías emergentes, con apoyo del software 5.2. Se avanzó en la escritura descriptiva y analítica. Resultados: Los artículos hacen una lectura.</p> <p>De la promoción de la salud en el marco normativo colombiano. El actual sistema de salud en su lógica</p> <p>de mercado constituye un</p>

				<p>contexto adverso para la promoción de la salud. Se ha priorizado el enfoque orientado a la modificación de los estilos de vida, mientras se dejan de lado acciones estructurales, se prioriza lo que resulte más rentable y se limita la garantía del derecho a la salud.</p>
Etica y Calidad .Filotecnica versus Filantropia	2010	José Geraldo de Freitas Drumond.	Redalyc.org	<p>La profesión médica tiene el carácter ético de la práctica de la virtud de la excelencia. Desde Hipócrates hay dos tipos de éticas: la filotecnia y la filantropía. La primera se refiere a la ética de la técnica y la última a la humanista. Hoy, la excelencia resulta del entrenamiento y la formación intelectual realizados en el proceso educativo formal. La excelencia, otro nombre para calidad en salud, tiene la finalidad de atender a una demanda social trayendo satisfacción para quienes se sirven de ella. Las tecnologías modernas sólo se justifican cuando proporcionan una efectiva mejoría de la calidad de vida y salud para el ser humano; de lo contrario, son una forma de dominación y usurpación de la cultura médica por la máquina o, incluso, la sumisión del paciente a la</p>

				ideología del cientificismo o la lógica de mercado, contribuyendo a la obtención de lucros injustificables por la industria de la salud, al no evaluar la prudente relación entre el coste, los riesgos y los posibles beneficios obtenidos por el paciente
Modelo de gestión en el sector salud basado en la calidad de servicios	2011	Marianna Barrios León.	Redalyc.org	<p>En el sector salud, así como en otros sectores, es necesario emplear un modelo de gestión que garantice el beneficio para los usuarios haciendo uso adecuado de los recursos y otorgando sostenibilidad a la institución, de allí la necesidad del diseño de un modelo adecuado para la Unidad de Atención Médica Integral de la Universidad de Carabobo (UAMI). Para ello, se partió de las dimensiones de calidad de atención definidas por los usuarios, se realizaron observaciones directas, entrevistas semiestructuradas en su modalidad focalizada, se aplicó un Benchmarking con cuatro de los mejores centros de salud de la región y se desarrolló el cuadro de</p>

				<p>mando integral</p> <p>de la organización, todo lo cual permitió plantear estrategias de mejora, definir indicadores de gestión y plantear</p> <p>la propuesta del modelo de gestión. Dicha propuesta favorece la mejora de los procesos, la reducción del gasto</p> <p>Administrado en salud y la satisfacción del paciente.</p>
<p>Importancia de los costos de la calidad y la no calidad en las empresas de salud como herramienta de gestión para la competitividad</p>	2009	Luis Javier Arango Cardona	Redalyc.org	<p>El objetivo de este artículo es analizar la importancia que tiene la medición sistemática de los costos de inversión en calidad y aquellos injustificados por fallas en los procesos de la empresa, con el fin de estimular en los directivos el interés por conocer su monto para que la gerencia tenga bases cuantitativas para la</p> <p>toma de decisiones, en lo que respecta a la contención de los costos de operación y evalúe mes a mes su impacto.</p> <p>Una decisión eficaz, debe reducir directamente los costos de no calidad en el proceso. Se realiza una revisión bibliográfica de los temas seleccionados y se exponen los más representativos</p>

				<p>factores que influyen en los mayores costos injustificados considerados de no calidad. Como conclusión relevante,</p> <p>la multiplicidad de procesos, procedimientos y normas de las empresas de salud, hacen muy importante que la organización tenga establecidos métodos para la cuantificación de las fallas,</p> <p>errores y repeticiones, y así contar con bases objetivas para la toma de decisiones sobre la contención de dichos costos</p>
Sistema de salud de Colombia	2014	Ramiro Guerrero, M en C,(1) Ana Isabel Gallego, BS,(2) Victor Becerril-Montekio,(3)	scielo	<p>Conocer las innovaciones más recientes del sistema se incluyen las modificaciones al Plan Obligatorio de Salud y a los montos</p> <p>de la unidad de pago por capitación, la integración vertical</p> <p>entre empresas promotoras de salud y las instituciones prestadoras de servicios, así como el establecimiento de nuevas</p> <p>fuentes de recursos para lograr la universalidad e igualar los</p> <p>planes de beneficios entre los distintos regímenes de salud en Colombia.</p>

Competencias esenciales en salud pública: un marco regional para las américas	2013	Juana Suárez Conejero,1 Charles Godue,2 José Francisco García Gutiérrez,2 Laura Magaña Valladares,1 Silvia Rabionet,3 José Concha,4 Manuel Vázquez Valdés,5 Rubén Darío Gómez,6 Oscar J. Mujica,7 César Cabezas,8 Lindaura Liendo Lucano8 y Jorge Castellanos9	Google academico	Es conocer las estrategias y competencias de la salud y el desarrollo de los recursos humanos en el ámbito y elaborar planes de capacitación.
Pago por desempeño en el sistema colombiano de salud	2011	Iouri Gorbanev1, Ariel Cortes2, Sergio Torres1 y Francisco Yepes2.	scielo	Describir el alcance y las formas de uso de Pago por desempeño en la cadena de salud Colombiana
Enfoque actual de la salud ambiental	2011	Pérez Jiménez Dianelys,I Diago Garrido Yosian,II Corona Miranda Beatriz,III Espinosa Díaz René,IV González Pérez Jorge EnriqueV	scielo	Conocer los recursos para la necesidad de atención primaria de la salud de la población, y que promuevan y se integren con el logro de los objetivos de desarrollo sostenible, teniendo en cuenta las cuestiones del ambiente. La vinculación de las mejoras de carácter sanitario, ambiental y

				socioeconómico se hace a través de la salud ambiental, que exige la ejecución de actividades intersectoriales.
Acceso a la atención en salud en Colombia	2010	Ingrid Vargas-Lorenzo ¹ , M. Luisa Vázquez-Navarrete ¹ Y Amparo S. Mogollón-Pérez ²	scielo	Contribuir al conocimiento sobre el acceso a los servicios en Colombia tras la reforma del sistema de salud, exponiendo los principales resultados vacíos en las investigaciones
Actitudes y opiniones de actores implicados en la política participativa del control de localidad de los servicios de salud en Colombia	2014	Delgado Gallego, María Eugenia	Lilacs	<p>El objetivo de este trabajo es analizar las actitudes y opiniones sobre la participación en salud de usuarios, personal de salud y formuladores de políticas en Colombia. Se realizó una investigación exploratoria y descriptiva, combinando métodos cualitativos a través de 25 grupos focales, con 210 usuarios y 40 líderes, y 36 entrevistas individuales semi-estructuradas a personal de salud, con una encuesta a 1.497 usuarios. Se</p> <p>Encontró que casi todos los actores tienen una actitud positiva frente a la participación, la cual era más favorable entre usuarios mujeres, personas con estudios básicos, de niveles socioeconómicos bajos, jubilados y desempleados. Se observaron en el personal</p>

				de salud actitudes ambivalentes determinadas por factores culturales, de favorabilidad hacia la participación, pero desfavorables hacia elementos situacionales que la determinan.
Bases legales de la calidad en los servicios de salud	2013	Dra. Yoerquis Mejías Sánchez, ^I Dra. Niviola Cabrera Cruz, ^I Lic. María Mercedes Rodríguez Acosta, ^{II} Dra. Ana Margarita Toledo Fernández, ^I Dra. María Victoria Norabuena Canal ^I	scielo	La calidad de los servicios de salud se fundamenta en la satisfacción de la población, la excelencia profesional, la eficiencia en el uso de los recursos, en ofrecer una atención con un riesgo mínimo para los pacientes y en la evaluación del impacto final de las acciones en términos de ganancia en salud para los ciudadanos. Para el logro de este fin los servicios deben organizarse de forma adecuada y establecer o aplicar las normas, guías de práctica clínica, procedimientos y protocolos diagnóstico terapéuticos necesarios, además de realizar los procesos relacionados con la verificación de los instrumentos de medición y de la tecnología biomédica basados en el cumplimiento de las legislaciones vigentes.
Algunos problemas de la salud en Colombia	2010	Herazo B.	Redalyc	Se analiza los principales problemas que enfrenta el sector de la salud en Colombia. Destaca la corrupción

				<p>como el peor mal y hace un llamado a mirar más allá de lo curativo.</p> <p>A partir de una visión de la salud como aquellas condiciones que garantizan la calidad de vida, concluye indicando las bondades de la promoción de la salud y las medidas de</p> <p>Prevención específica para tener una población más sana.</p>
Ubicación de Colombia en el espectro de salud de América latina	2014	Molina V., Catherine, Martínez L., Elkin.	Redalyc	<p>Los indicadores de salud orientan la toma de decisiones, facilitan el monitoreo de objetivos y evalúan el desempeño de los sistemas sanitarios de un país; sin embargo, solo cobran verdadero sentido cuando se comparan con los referentes reales del entorno social en el cual están inmersos.</p> <p>Establecer la ubicación de Colombia en el escenario de salud de las Américas.</p>
La calidad en salud, un compromiso de todos	2010	Amaya Perozzo, C	Lilacs	<p>La atención en salud y la calidad en los servicios de salud se han convertido en parte de un proceso de mejoramiento dentro del Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia. Es por eso que la normatividad vigente se hace cada día más puntual a ese respecto por considerarse de suma importancia el proceso de</p>

				la consecución y la permanencia de la salud con calidad en el contexto de nuestro país, en el cual debe tomar parte cada uno de los entes prestadores de salud, sus profesionales y la población, para que se de como consecuencia, un resultado satisfactorio en la solución verdadera de problemas de salud en el país
--	--	--	--	--

2. MATRICES DE ANALISIS

Art 2.1. EL POTENCIAL DE LOS SERVICIOS MULTIDISCIPLINARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA TOMAR ACCIÓN SOBRE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD: ACCIONES Y LIMITACIONES

Título	El potencial de los servicios multidisciplinarios de atención primaria para tomar acción sobre los determinantes sociales de la salud: acciones y limitaciones
Autor y Año	Baum FE, Legge DG, Freeman T, Lawless A, Labonté R, Jolley GM. Mayo de 2013
Ubicación del artículo (base datos)	Pubmed
Citación Bibliográfica del artículo en	Baum FE, Legge DG, Freeman T, Lawless A, Labonté R, Jolley GM. BMC. El potencial de los servicios multidisciplinarios de atención primaria para tomar acción sobre los determinantes sociales de la salud: acciones y

Vancouver)	limitaciones. Public Health . 2013 10 de mayo; 13:460. doi: 10.1186/1471-2458-13-460.PMID:23663304 PubMed – Medline.
Objetivo del artículo	Aclaración de que es la atención primaria en salud mediante, los métodos que proporcionan evidencia de la posibilidad de que los servicios de atención primaria de salud sean más sensibles a los determinantes sociales dado más apoyo y mediante la construcción de alianzas con las comunidades y los movimientos sociales.
Palabras Clave	Atención primaria de la salud, promoción de la salud, los determinantes sociales de la salud, la equidad de la Salud, la salud comunitaria, salud de los aborígenes.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	Se habla en este artículo de la importancia de los procesos de atención primaria en salud, recibiendo el entorno político se centró en lo que decimos va a funcionar para las comunidades. El gobierno decide la política en torno a la salud o la educación, cualquiera de los sistemas de salud, y nada que ver con los determinantes sociales más amplios. Por lo tanto los sistemas de gobierno deben implementar adecuadamente procesos que garanticen a las comunidades la buena gestión de todos las necesidades de la comunidad basadas en las condiciones que apremian las necesidades de la atención primaria en salud, teniendo en cuenta que estas pueden estar relacionadas con otras necesidades básicas como alimentación, vivienda, economía, empleo, muchas de ellas desencadenantes de patologías que afectan al ser humano.
Muestra	No aplica

Intervención y proceso medición	<p>Sesenta y ocho entrevistas se llevaron a cabo con el personal y los directivos de seis estudios de caso de servicios de atención primaria, los ejecutivos regionales de salud y los proveedores de fondos departamentales para explorar cómo su trabajo respondía a los determinantes sociales de la salud y los dilemas para hacerlo. Los seis sitios de estudio de caso incluyeron una comunidad aborigen Controlado Organización, a la salud sexual organización no gubernamental, y cuatro servicios financiados y gestionados por el gobierno de Australia del Sur.</p>
Resultados	<p>Conceptualización, la comprensión y el desarrollo de las prácticas en relación con los determinantes sociales. El personal describe la forma en que fueron capaces de actuar como defensores de las personas y ayudarles a tener acceso a la vivienda, las prestaciones de seguridad social, asesoramiento jurídico, o las mujeres que ayudan a salir de la situación violenta. Para el servicio de D el papel de apoyo refleja la historia de situaciones violentas desconfianza entre los pueblos aborígenes y las organizaciones estatales y se expresó por un trabajador que vio a su papel de "defender y apoyar a los clientes y construir relaciones para romper barreras como la desconfianza de los servicios públicos.</p>
Discusión	<p>Nuestro estudio ha documentado que los trabajadores de atención primaria de salud en los seis servicios de estudios de caso fueron capaces de responder a la SDH mediante el desarrollo de una práctica que significa que su prestación de servicios a las personas se hace de una manera que reconoce y tiene en cuenta las limitaciones impuestas a la acción de las personas por las condiciones económicas y sociales en las que viven. Los servicios de atención primaria de salud también ofrecen servicios a nivel comunitario que reconoce tanto la importancia de la conectividad comunitaria para la salud y también responde a las amenazas a la salud de la comunidad.</p>

Matriz 2 . BARRERAS, FACILITADORES Y ACTITUDES QUE INFLUYEN EN LAS ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA PRÁCTICA GENERAL: UN ESTUDIO PILOTO EXPLORATORIO

Título	Barreras, facilitadores y actitudes que influyen en las actividades de promoción de la salud en la práctica general: un estudio piloto exploratorio
Autor y Año	Wytske W Geense, Irene M van de Glind, [...], y Theo van Achterberg. Año 2013.
Ubicación del artículo (base datos)	Pubmed
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Wytske W Geense, Irene M van de Glind, [...], y Theo van Achterberg. Barreras, facilitadores y actitudes que influyen en las actividades de promoción de la salud en la práctica general: un estudio piloto exploratorio. Publicado en línea 09 de febrero 2013. doi: 10.1186/1471-2296-14-20 PMCID: PMC3575260
Objetivo del artículo	El objetivo de este artículo es diferenciar en nuestro país, las diferentes enfermedades que aquejan a nuestra población y que a su vez afectan los estilos de vida de cada persona. Como ejemplo tenemos un estudio piloto que tuvo como objetivo explorar las actividades de promoción de la salud que los médicos holandeses y SNP llevan a cabo en la atención primaria, que las barreras y los facilitadores pueden ser identificados y qué temas principales son con respecto a las actitudes hacia las actividades de promoción de la salud. De esta forma se logra agregar en entidades de salud para el cumplimiento de programas de atención primaria.
Palabras Clave	Estilos de vida, medicina familiar, enfermería familiar, Ejecución, Estudio cualitativo, Actitud

Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	Las barreras están relacionadas con el paciente, el médico de cabecera y la práctica, las actitudes, los programas de promoción de la salud y el sistema de salud .Dentro de todas estas barreras se encuentran la falta de asesoramiento médico, la falta de motivación de los pacientes, el mal estilo de vida, la falta de reembolsos por parte de las instituciones de salud. . El número y el origen de las actividades de promoción de la salud que se organizan y se ofrecen dentro de la práctica general en sí varía. Se identificaron varias barreras y facilitadores con respecto a la promoción de la salud. Las actitudes de los médicos con respecto a la promoción de la salud se clasificaron como ignorar, asesoramiento, confirmando, evangelizar, interfiriendo y enriquecedor.
Muestra	No aplica
Intervención y proceso medición	No aplica
Resultados	Los principales temas como las barreras son: la falta de motivación de los pacientes para hacer cambios de estilo de vida, el reembolso insuficiente, la falta de eficacia probada de las intervenciones y la falta de visión general de la promoción de programas de salud en su vecindario. Los facilitadores más citados son la disponibilidad de un PN, la colaboración con otras disciplinas y la disponibilidad de intervenciones en su propia práctica.
Discusión	La selección de estas regiones se basa en la distribución regional de los institutos de investigación y promoción de la salud en contacto a través de la investigación anterior relacionada realizado por Van de Glind y Heinen et al

	<p>(2012) . Las actitudes de los médicos con respecto a la promoción de la salud fueron categorizados como ignorar, asesoramiento, confirmando, interfiriendo y enriquecedor. Este estudio piloto señala que, en general, los médicos y los PN hacen llevar a cabo actividades de promoción de la salud, sino que experimentan barreras para cumplir con esta tarea.</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>Por lo tanto es de gran importancia , que todos los métodos de atención en salud primaria, se deben hacer con un constante seguimiento de los pacientes en todos sus hábitos tanto de sus estilos de vida, como la historia de enfermedades de base. En este caso para que sea funcional estos temas de atención primaria debemos centrarnos en mejorar los estilos de vida de los pacientes, con dietas saludables, fisioterapia, y propuestas de asesoramientos que logren mejorar la calidad de atención en la salud, esto se puede aplicar en nuestro país, lo sabemos cómo administradores de salud, por lo que se debe estar pendiente de las instituciones de salud para promover este proyecto.</p>

Art 3. MÉTODOS PARA LA MEDICIÓN DE LOS RESULTADOS CLÍNICOS Y LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN CONSULTORIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EVALUACIÓN.

Titulo	Métodos para la medición de los resultados clínicos y la calidad de la atención en consultorios de atención primaria evaluación.
Autor y Año	Michael E Green, William Hogg, Colleen Savage, Sharon Johnston, Grant Russell, R Lisa Jaakkimainen, Richard H Glazier, Janet Barnsley and Richard Birtwhistle' AÑO 2012
Ubicación del artículo (base datos)	Pubmed
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Green ME, Hogg W, Savage C, Johnston S, Russell G, Jaakkimainen RL, Glazier RH, Barnsley J, Birtwhistle R. BMC Health Serv Res. 2012 Jul 23; 12:214. doi: 10.1186/1472-6963-12-214. PMID:22824551[PubMed - indexed for MEDLINE]
Objetivo del artículo	Este artículo tiene como objetivo evaluar la idoneidad de las fuentes de datos posibles para la población de los indicadores de desempeño para la atención primaria (AP) prácticas. El objetivo específico de este estudio fue el de intentar una medida integral de la calidad de la atención primaria proporcionada por las prácticas basadas en la comunidad, multidisciplinarias, de atención primaria y evaluar los métodos de medición son los mejores para que los elementos de la atención.
Palabras Clave	La medición del rendimiento, la atención primaria, la calidad de la atención; Evaluación

<p>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</p>	<p>Este estudio fue intentar una medida integral de la calidad de la atención primaria proporcionada por las prácticas basadas en la comunidad, multidisciplinarias, de atención primaria y evaluar los métodos de medición son los mejores para que los elementos de la atención. El método de medición ayuda en la selección adecuada de los métodos para el nivel de la práctica de actividades para mejorar la calidad de informes de rendimiento.</p> <p>Una buena entrevista a los pacientes y una utilización adecuada de los recursos disponibles, ayuda en la obtención de una mejor calidad para la atención primaria.</p> <p>Estos métodos deben ser aplicados en todas las instituciones de salud empezando por las de primer nivel.</p> <p>Por lo tanto todos nosotros como administradores de salud debemos encargarnos de que así se haga con responsabilidad en las instituciones de salud.</p>
<p>Muestra</p>	<p>Este estudio transversal se fijó en siete equipos de Salud de la Familia (ESF) en el este de Ontario. ESF son las prácticas de grupo multidisciplinarias que comparten una de las tres no- fue para los mecanismos de financiación del servicio y recibir el apoyo de la tecnología de la información y la integración de los proveedores de salud relacionados a la práctica. Una muestra de conveniencia de 7 equipos se acercaron y todos estuvieron de acuerdo en participar. Dentro de cada ESF se seleccionaron 5-7 médicos de participación según lo determinado por factores locales como la ubicación de las oficinas y la división de los sitios más grandes en unidades funcionales. En la oficina, el reclutamiento secuencial de 20 a 30 pacientes por médico se realizó durante un período de 9 meses en 2008.</p>
<p>Intervención y proceso medición</p>	<p>Este proyecto fue un estudio transversal de 7 equipos de atención primaria multidisciplinarios en Ontario, Canadá. Prácticas fueron reclutados y 5-7 médicos por la práctica de acuerdo en participar en el estudio. Los pacientes de los médicos participantes (20-30) fueron reclutados de forma secuencial, ya que presentan para asistir a una visita. La recolección de datos incluyó</p>

	<p>paciente, proveedor y encuestas prácticas, abstracción gráfica y de enlace con conjuntos de datos administrativos. Análisis de pares se utilizó para examinar las diferencias en los resultados observados para cada indicador obtenido utilizando múltiples fuentes de datos.</p>
Resultados	<p>Siete equipos, 41 médicos, 94 personal asociado y 998 pacientes fueron reclutados. La tasa de respuesta fue del 81% para los pacientes, el 93% de los médicos y el 83% para el personal asociado. Gráfico auditorías se realizaron con éxito en todos menos 1 paciente y la vinculación con los datos administrativos fue un éxito para todas las materias. No hubo diferencias significativas observadas entre los métodos de recolección de datos para muchas medidas. Ningún método de recolección de datos era lo mejor para todos los resultados</p>
Discusión	<p>Este estudio examinó la validez de los datos sobre los indicadores de rendimiento de atención primaria obtenidos por diversos métodos, así como la aceptabilidad, viabilidad y potenciales sesgos de la utilización de un enfoque de reclutamiento basada en la práctica para la recogida de los datos vinculados a partir de una gama de diferentes métodos. Nuestra capacidad de recopilar datos sobre múltiples medidas de auditoría, encuesta, y el uso de datos administrativos con buenas tasas de participación, las altas tasas de acuerdo entre los evaluadores de la gráfica, las altas tasas de finalización de los estudios y pocas objeciones a la vinculación de datos, muestra que la colección de ligado datos de múltiples fuentes es aceptable y factible.</p>
Análisis Personal	<p>En este estudio sabemos que es de gran importancia, para las auditorías, recolección de datos e indicadores según sabemos las encuestas o entrevistas a los pacientes, las tasas de contratación de los médicos y los pacientes se mantuvieron altos. La elección de qué métodos son los mejores para cualquier iniciativa de mejora de un estudio o</p>

	<p>calidad particular requiere una cuidadosa consideración de cada método para introducir cambios en los resultados, desde el medico hasta en el sitio de facturación con lo cual podemos medir la atención y su calidad.</p>
--	---

Art 4 EL DESAFÍO DE LA ATRIBUCIÓN:

Título	El desafío de la atribución:
Autor y Año	Marc N. Gourevitch, MD, MPH, Thomas Cannell, MA, [...], and Cynthia Summers, DrPH. Año 2012
Ubicación del artículo (base datos)	Pubmed
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Marc N. Gourevitch, Thomas Cannell, Jo Ivey Boufford, and Cynthia Summers. The Challenge of Attribution: Responsibility for Population Health in the Context of Accountable Care. American Journal of Public Health: June 2012, Vol. 102, No. S3, pp. S322-S324. doi: 10.2105/AJPH.2011.300642
Objetivo del artículo	En este artículo el objetivo es conocer e implementar argumentos que condiciones mejoras en la atención en salud y en su calidad, disminuyendo los costos, mejorando la salud de la población y aumentando las condiciones favorables, para el cumplimiento de las metas en la salud,
Palabras Clave	Población, salud, calidad, atención , costos.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	La calidad de la atención en salud es centrada y basada en el manejo de la costoefectividad a través de programas que reunan en uno solo la ubicación geográfica, con la cultura y los bajos recurso económicos.
Muestra	No aplica a este artículo
Intervención y de proceso medición	No aplica a este artículo
Resultados	No aplica a este artículo

Discusión	No aplica a este artículo
Análisis Personal	Para nuestro país sería de gran importancia que nosotros como administradores de la salud nos ubiquemos en las necesidades de la población y tomemos como ejemplo este estudio realizado en New York, y que la necesidad no solo es en otro país sino a nivel mundial. Por lo tanto creamos la necesidad de estar manejando las necesidades de las comunidades mejorando una gama integrada de servicios de salud, incluyendo la prevención, la atención, coordinación y gestión de la enfermedad.

Art 5. LA HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN, DESARROLLO, GARANTÍA DEL FARMACÉUTICO (ADAPT) PARA ASEGURAR LA APLICACIÓN DE CALIDAD DE LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

Título	La Herramienta de Evaluación, desarrollo, garantía del farmacéutico (ADAPT) para asegurar la aplicación de calidad de los programas de promoción de la salud
Autor y Año	Hoai-An Truong, PharmD, MPH, un Catalina R. Taylor, PharmD, Candidato MPH, b y Natalie A. DiPietro, PharmD, MPH b. Año 2012
Ubicación del artículo (base datos)	Pubmed
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	<u>Hoai-An Truong</u> , PharmD, MPH, ^{un} <u>Catalina R. Taylor</u> , PharmD, Candidato MPH, ^b y <u>Natalie A. DiPietro</u> , PharmD, MPH. La Herramienta de Evaluación, desarrollo, garantía del farmacéutico (ADAPT) para asegurar la aplicación de calidad de los programas de promoción de la salud. Am J Pharm Educ 2012 10 de febrero; 76 (1): 12. doi: 10.5688/ajpe76112 PMID: PMC3298394
Objetivo del artículo	En el área de farmacia en la salud se establecen los parámetros de peligro, riesgos y beneficios para los pacientes teniendo en cuenta la demografía y los determinantes de la salud de la población , la contratación de un programa de intervención o equipo de implementación, y la selección de la población objetivo y el riesgo para la salud o un problema que es relevante y para los cuales se necesita la intervención.
Palabras Clave	Promoción de la salud, el aprendizaje-servicio, la experiencia introductoria farmacia práctica, avanzada experiencia práctica de la farmacia, la evaluación, la garantía de calidad, la salud pública
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento)	El ADAPT es una herramienta de planificación y estandarización que mide en una población objetiva los riesgos, causas y beneficios para los pacientes en el área de farmacia y medicamentos. Este programa mejora la calidad de vida del paciente y atención del mismo, ya que disminuye los riesgos de complicaciones, cuando hacemos

problema)	de cerca un seguimiento de los medicamentos, vacunas y demás implementos farmacéuticos que afectan la salud de los pacientes. La idea de este plan es tener un grupo objetivo de pacientes y que el farmaceuta tenga claridad de los riesgos y beneficios de los medicamentos instaurados y así basados en la evidencia se logre mejorar la calidad de vida del paciente. Junto con la ayuda del seguimiento médico en consulta.
Muestra	El instrumento ADAPT 36 ítems fue desarrollado utilizando el marco de 3 funciones básicas de salud pública (evaluación, desarrollo de políticas, y la garantía) y 10 servicios esenciales. Se evaluó el contenido y el uso de la herramienta y realizan a través de los procesos iniciales de pruebas de validez de revisión por pares
Intervención y proceso medición	No aplica a este artículo
Resultados	Más de 20 profesores, preceptores y estudiantes de farmacia en 5 instituciones involucradas en la planificación e implementación de iniciativas de promoción de la salud revisaron el instrumento y realizaron pruebas de validez. El instrumento tomó aproximadamente 15 minutos para completar y los resultados se tradujo en cambios y mejoras en los elementos de los programas evaluados.
Discusión	El instrumento ADAPT es una evaluación integral y una herramienta de planificación diseñada para ayudar a los farmacéuticos, sistemáticamente planifica e implementa intervenciones o programas de salud pública y la necesidad de mejorar la evaluación de las intervenciones en salud. Este artículo se centra en la aplicabilidad y la transferibilidad de las actividades de promoción de la salud, como estilos de vida saludables, programas de p y p, que eviten enfermedades desencadenantes, de un lugar a otro y proporciona una guía para la adopción de los programas.
Análisis Personal	En mi análisis como administradora de la salud, me parece de gran importancia que se implementen estas herramientas en las instituciones de salud para que se disminuyen y minimicen riesgos de sobredosificación y de alergias a medicamentos y muchas veces vacunas que en

	<p>ciertas ocasiones el personal médico no tiene en cuenta con sus pacientes debido al tiempo corto de consulta. Esto mejoraría la calidad de vida y sería de gran ayuda implementarlo como plan de contingencia en los planes de atención primaria de salud.</p>
--	---

Art 6 Diseñar un registro personal centrado en el paciente para promover la atención preventiva

Titulo	Diseñar un registro personal centrado en el paciente para promover la atención preventiva
Autor y Año	Alex H Krist ^{1,3*} , Eric Peele ² , Steven H Woolf ¹ , Stephen F Rothemich ¹ , John F Loomis ³ , Daniel R Longo ¹ and Anton J Kuzel ¹ . Krist et al. BMC Medical Informatics and Decision Making 2011, 11:73
Ubicación del artículo (base datos)	Pubmed
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Alex H Krist ^{1,3*} , Eric Peele ² , Steven H Woolf ¹ , Stephen F Rothemich ¹ , John F Loomis ³ , Daniel R Longo ¹ and Anton J Kuzel ¹ . Designing a patient-centered personal health record to promote preventive care, Krist et al. BMC Medical Informatics and Decision Making 2011, 11:73 http://www.biomedcentral.com/1472-6947/11/73
Objetivo del artículo	Analizar los servicios de prevención basadas en la evidencia y que ofrezcan beneficios para la salud profunda, sin embargo los estadounidenses recibe sólo la mitad de atención indicada.
Palabras Clave	Atención preventiva-promoción de la salud-atención primaria
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	La atención preventiva clínica puede ser muy eficaz en la ampliación y mejora de la calidad de vida [1-5], pero los pacientes reciben servicios preventivos indicados sólo la mitad de [6]. Una gran cantidad de pacientes, médico, y el sistema de atención de la salud existen barreras [7-9]. Los pacientes pueden carecer de conocimientos sobre servicios necesarios, tienen la motivación limitada para recibir servicios, o hacer frente a los desafíos logísticos. Los médicos pueden no dirección de servicios necesarios debido a la supervisión, la falta de tiempo, y demandas. El sistema de salud está

	<p>fragmentado y hay pocas herramientas y poca infraestructura para apoyar a los médicos y pacientes. Para una gran medida, el típico sistema de prestación de atención preventiva es reactivo , basándose en los pacientes para programar las visitas de bienestar y los médicos reconocen que la atención preventiva es debido Como resultado , los pacientes más necesitados de atención preventiva se ven a menudo sólo para consultas por enfermedad.</p>
Muestra	No aplica
Intervención y proceso medición	No aplica
Resultado	<p>El diseño IPHR se basa en un modelo conceptual para hacer la informática más centrada en el paciente.</p> <p>El modelo especifica cinco componentes necesarios que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) recoger la información del paciente, (2)La integración de los datos clínicos existentes, (3) la interpretación de los pacientes información, (4) la prestación de recomendaciones personalizadas, Y (5) facilitar la acción paciente y el clínico.
Discusión	<p>El avance técnico del IPHR muestra cómo hacer que la tecnología de información de salud más centrado en el paciente [27]. Al abordar paciente, médico, y el sistema barreras, la IPHR tiene un gran potencial de manera eficaz aumentar la prestación de servicios preventivos recomendados.</p> <p>El IPHR ayuda a los pacientes a acceder, comprender, y actuar sobre su información clínica preventiva siempre que les gusta. Puede servir como un suplemento a la clínica encuentros o ayudar a automatizar y personalizar población de atención de nivel. Específicamente , la IPHR está diseñado</p>

	<p>para aumentar el conocimiento del paciente de pautas preventivas y lo que las organizaciones nacionales recomiendan específicamente para ellos, catalizan y le indica los pacientes y los médicos a discutir la atención necesaria ; preparar a los pacientes para la clínica encuentros y decisiones de servicios preventivos , y automatizar la provisión de materiales educativos , calculadoras de riesgo, y ayuda en la decisión con una profundidad de contenido que clínicos son poco probable que sea capaz de proporcionar.</p>
<p>Análisis personal</p>	<p>Dentro de la atención primaria en salud, se rigen una serie de medidas especiales para la adecuada prestación de servicios de salud para los usuarios dentro de las cuales cabe destacar la equidad en salud la cual juega un papel primordial para los usuarios y la población en general, en el adecuado diagnóstico de la enfermedad y por ende un adecuado y optimo tratamiento partiendo desde el punto de vista de una promoción de la salud y prevención de la enfermedad, de manera continua para que los servicios prestados tengan la calidad esperada según sean las necesidades de los usuarios, ya que en la actualidad las instituciones prestadoras de salud no cuentan con recursos ya sean humanos y/o tecnológicos suficientes para proporcionar la integralidad de la atención en salud.</p>

Art 7 ¿Cómo pueden las intervenciones de promoción de la salud pueden adaptar para las comunidades étnicas minoritarias? Cinco principios para guiar el desarrollo de las intervenciones conductuales

Titulo	¿Cómo pueden las intervenciones de promoción de la salud pueden adaptar para las comunidades étnicas minoritarias? Cinco principios para guiar el desarrollo de las intervenciones conductuales
Autor y Año	GINA NETTO1*, RAJ BHOPAL2, NICOLE LEDERLE1, JAMILA KHATOON3 and ANGELA JACKSON4. Health Promotion International, Vol. 25 No. 2
Ubicación del artículo (base datos)	Pubmed
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Netto G, Bhopal R, Lederle N, Khatoon J, Jackson A. Howcan health promotion interventions be adapted for minority ethnic communities? Five principles for guidingthe development of behavioural interventions. Health Promot Int. 2010 Jun;25(2):248-57. doi: 10.1093/heapro/daq012. Epub 2010 Mar 18.
Objetivo del artículo	Investigar las intervenciones para la prevención de enfermedades del corazón, incluyendo la promoción de la actividad física, dejar de fumar y las dietas saludables en Pakistán, China y las comunidades indígenas en los países donde estos grupos son las minorías.
Palabras Clave	Comunidades étnicas minoritarias, la actividad física, dejar de fumar, adelgazar.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-	Carrera de la legislación y las políticas de igualdad y el aumento de globalización se combinan para destacar la importancia de la inclusión de las comunidades étnicas minoritarias en los esfuerzos para promover estilos de vida

<p>planteamiento problema)</p>	<p>saludables y prevenir la enfermedad (Scottish Executive, 2003, 2005). El término "sensibilidad cultural" ha sido ampliamente empleado para describir las iniciativas que han sido adaptados para aumentar su pertinencia para la minoría comunidades étnicas. Sin embargo, la comprensión de los factores que deben tenerse en cuenta en el desarrollo de intervenciones adaptadas todavía se está desarrollando, dentro de un contexto más amplio de la competencia.</p> <p>Estrategias basadas en la teoría para el cambio de comportamiento de la salud</p> <p>(Abad, 2009). Bhopal (2006) sostiene que, en espera del desarrollo de una base de pruebas para la minoría étnica iniciativas de salud, es importante adaptar existentes intervenciones. Hay cierto consenso en que es importante para hacer frente a las influencias de raíces profundas en el comportamiento de la salud en los grupos de alto riesgo “, como influencias culturales y los factores estructurales, tales como la situación socioeconómica desfavorecida (Clister y Barquear, 1992; Pasick et al, 1996; Greenhalgh et al, 1998; Resnicow et al, 1999). Resnicow et al. (1999) han distinguido entre las intervenciones adaptadas a 'superficie estructura " y las adaptadas a la" estructura profunda “.</p>
<p>Muestra</p>	<p>No aplica</p>
<p>Intervención y proceso medición</p>	<p>No aplica</p>
<p>Resultado</p>	<p>Principio 1: utilizar los recursos de la comunidad para aumentar la accesibilidad de intervención En varios estudios se basaron en los recursos de la comunidad para dar a conocer la intervención y aumentar su accesibilidad, utilizando los medios de comunicación y las redes étnicas específicas, líderes de la comunidad local y la comunidad</p>

	<p>eventos.</p> <p>Principio 2: identificar y abordar los obstáculos al acceso y la participación en intervenciones. Varios estudios informaron las medidas para aumentar el acceso de los participantes a las actividades de intervención, por ejemplo, proporcionando el transporte.</p> <p>Principio 3: desarrollar estrategias de comunicación que el uso del lenguaje y la dirección de diferencial requisitos de información. Muchos estudios utilizó métodos convencionales de la superación de las barreras del idioma, por ejemplo, a través de los facilitadores bilingües. Con menor frecuencia.</p>
Discusión	<p>Esta revisión sistemática ha contribuido a la materia de intervenciones dirigidas a las minorías comunidades étnicas de cinco maneras. En primer lugar, han encontrado que adaptar las intervenciones conductuales Para la prevención de las enfermedades del corazón entre las comunidades interesados es poco frecuente en Europa y Norte Latina. Esto indica que muchos individuos en estas comunidades no pueden tomar preventiva es necesario actuar, y que la acción urgente.</p> <p>En segundo lugar, encontramos que las comunidades del sur de Asia eran el foco principal de la investigación en el Reino Unido y en las comunidades chinas en el EE.UU.</p>
Análisis personal	<p>Nuestro país cuenta con recursos financieros y tecnológicos necesarios para una cobertura integral y calidad en el servicio prestadores para la sociedad, estos dependen de las políticas adoptadas por el gobierno y la asignación de recursos financieros de manera objetiva, teniendo en cuenta que la población más vulnerable y con poca capacidad de pago a un régimen de seguridad social es la más afectada por dicho fenómeno, ya que el desvió</p>

	<p>para otras actividades de dichos recursos repercute en una baja calidad en la atención, pocos recursos en instituciones de salud (físicos, tecnológicos, humanos, programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad) obteniendo como resultado final un número elevado en estancia hospitalaria, pobre adherencia a los tratamientos, y aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas.</p>
--	--

Art 8. Centralización en el paciente y los esfuerzos de mejora de calidad en los hospitales: fundamentos, la medición, la aplicación.

Título	Centralización en el paciente y los esfuerzos de mejora de calidad en los hospitales: fundamentos, la medición, la aplicación
Autor y Año	GroeneO. Int J Qual Health Care. 2011 Oct;23(5):531-7. doi: 10.1093/intqhc/mzr058. Epub 2011 Aug 22.
Ubicación del artículo (base datos)	Pubmed
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	GroeneO. Centralización en el paciente y los esfuerzos de mejora de calidad en los hospitales: fundamentos, la medición, la aplicación. Int J Qual Health Care. 2011 Oct;23(5):531-7. doi: 10.1093/intqhc/mzr058. Epub 2011 Aug 22.
Objetivo del artículo	El objetivo de este trabajo es revisar por qué los esfuerzos de mejora de la calidad deben abarcar el paciente según sus necesidades, a examinar algunos de los problemas de medición y evaluar las bases conceptuales que deben informar tanto a la medición y acciones para mejorar la atención centrada en el paciente.
Palabras Clave	Atención centrada en el paciente, la mejora de la calidad, los hospitales.

Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>Atención centrada en el paciente se define como " la salud que establece una alianza entre los profesionales, los pacientes y sus familias (en su caso) para asegurar que las decisiones respeten los pacientes ' deseos, las necesidades y las preferencias y que los pacientes tienen la educación y el apoyo que necesitan para tomar decisiones y participar en su propio cuidado " [1] . Esto es cada vez más reconocido como una parte integral de la evaluación de cuidado de la salud; en hecho, la mejora de atención centrada en el paciente es uno de los seis objetivos de la Calidad de la Atención de la Salud del Instituto de Medicamentos (OIM)</p>
Muestra	<p>No aplica</p>
Intervención y proceso medición	<p>No aplica</p>
Resultado	<p>La secuencia de eventos a través del cual la mejora de calidad afecta y / o está asociada con las necesidades del paciente es compleja. Desde una perspectiva de mejora de la calidad, centrada en el paciente el enfoque puede justificarse por los pacientes mejor reunión ' derechos, la mejora de los resultados de salud o el uso de la información proporcionada por los pacientes para contribuir al aprendizaje organizacional.</p> <p>Con respecto a la estrategia de medición incorporado en un enfoque centrado en el paciente, hay una medida estándar de oro está disponible y medidas a nivel del paciente deben ir acompañadas de evaluaciones de las políticas y procesos de la organización. Allí es un riesgo que las estrategias destinadas a mejorar las necesidades del paciente pueden beneficiarse menos los que tienen mayor información necesidades. Las intervenciones para mejorar la atención centrada en el paciente deben revisar su base conceptual y teórica con el fin de mejorar su eficacia.</p>

Discusión	No aplica
Análisis personal	Dentro de la calidad en la prestación de servicios de salud, intervienen diferentes criterios dentro de los cuales se encuentran la información clara y concisa, efectividad, oportunidad , seguridad, eficiencia, equidad, atención centrada en el paciente, lo cual se ha visto afectado de manera permanente en los usuarios ya que por diferentes motivos y circunstancias la calidad técnico-científico ha ido en descenso, con lo cual se han presentado consecuencias negativas para los afiliados a cualquier régimen de salud, él se ve reflejado en la igualdad y la universalización en salud.

Art 9 Calidad de la certificación de la enfermedad en la atención primaria de salud: un estudio retrospectivo de la base de datos

Título	Calidad de la certificación de la enfermedad en la atención primaria de salud: un estudio retrospectivo de la base de datos
Autor y Año	Skånér Y, Arrelöv B, Backlund LG, Fresk M, Aström AW, Nilsson. GH, BMC Fam Pract. 2013 Apr 12; 14:48. doi: 10.1186/1471-2296-14-48.
Ubicación del artículo (base datos)	Pubmed
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Skånér Y, Arrelöv B, Backlund LG, Fresk M, Aström AW, Nilsson. GH. Quality of sickness certification in primary health care: a retrospective database study , BMC Fam Pract. 2013 Apr 12;14:48. doi: 10.1186/1471-2296-14-48.
Objetivo del artículo	El objetivo de este estudio fue medir la calidad de la certificación de la enfermedad en la atención primaria de salud la atención a través de la evaluación de los certificados emitidos por enfermedad entre 2004 y 2009 en Estocolmo.
Palabras Clave	Médicos generales, licencia por enfermedad, certificados por enfermedad, los indicadores de calidad de la atención de salud.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	El gobierno sueco ha llevado a cabo un conjunto de medidas legislativas cambios en el sistema de seguridad social, tales como la introducción de certificados de tiempo limitado, en julio de 2008. Nacional guías clínicas con tiempos recomendados para se introdujo la certificación de enfermedad de los diferentes diagnósticos en el año 2007 para facilitar y estandarizar los médicos Evaluaciones [2]. Junto con las iniciativas educativas adaptado para los médicos, se espera que las medidas

	<p>para reducir el número de personas con licencia por enfermedad.</p> <p>Un informe de la Administración Sueca de Seguro Social encontró que había una necesidad urgente de centrarse en el contenido de los certificados de enfermedad, ya que a menudo contienen suficiente información [3-6]. Iniciativas nacionales tienen ha dirigido hacia la práctica general en la mayoría se emiten los certificados de enfermedad</p>
Muestra	No aplica
Intervención y proceso medición	No aplica
Resultado	<p>Los cambios en la calidad a través del tiempo</p> <p>El número medio de días de baja por enfermedad en el primer certificado emitido por una enfermedad PHCC (parámetro 1) fue reducido 19-14 durante el periodo de estudio (Tabla 3 y la Figura 1). La proporción de los certificados expedidos después contacto del interrogatorio (parámetro 2) aumentó de 79% al 90% (Tabla 2). La proporción de certificados con diagnósticos no específicos (parámetro 3), que deberían tener ha sido baja, osciló entre el 8% y el 10% y no varió significativamente durante el período de estudio (Tabla 3). La proporción de los certificados con evaluación documentada de necesidad de rehabilitación vocacional (parámetro 4) aumentó del 44% al 59%, y la proporción con la documentada pronóstico de la vuelta al trabajo (parámetro 5) aumentó de 70% a 85% durante el mismo período (Tabla 3).</p>
Discusión	<p>En el presente estudio se observó un aumento en la calidad de la certificación de la enfermedad entre 2004 y 2009 en la atención primaria de salud en el condado de Estocolmo, mediante de examinar todos los certificados emitidos por enfermedad durante ese período. El tiempo era el factor decisivo, y representó</p> <p>la variabilidad observada en tres de los siete parámetros</p>

	<p>evaluado, es decir, el número de días en el primer certificado, completamente diligenciar los certificados y los certificados aceptables, y en cierta medida para uno de los parámetros, a saber, es en las consultas .</p>
<p>Análisis personal</p>	<p>Cada país cuenta con un sistema de seguridad social en salud, que brinda cobertura a la población en general independientemente de su capacidad de pago, nivel socioeconómico, con lo cual la población tendrá por ley el derecho a pertenecer a uno de estos para gozar de una integralidad de los servicios de salud de manera oportuna, y de la mejor calidad posible, dentro de los parámetros establecidos para una calidad en salud, se debe tener en cuenta un adecuado interrogatorio en la historia clínica, y diagnóstico claro de la enfermedad puesto que ello direccionara el mejor tratamiento y adecuada respuesta a este por parte del usuario, con lo cual disminuirá de forma notable las consultas médicas en el servicio de urgencias, disminución en el día de estancia hospitalaria y disminución de enfermedades nosocomiales.</p>

Art 10 Aseguramiento de la calidad de la investigación cualitativa: una revisión del discurso

Título	Aseguramiento de la calidad de la investigación cualitativa: una revisión del discurso
Autor y Año	Reynolds J, Kizito J, Ezumah N, Mangesho P, Allen E, Chandler C. Health Res Policy Syst. 2011 Dec 19; 9:43. doi: 10.1186/1478-4505-9-43.
Ubicación del artículo (base datos)	Pubmed
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Reynolds J, Kizito J, Ezumah N, Mangesho P, Allen E, Chandler C. Quality assurance of qualitative research: a review of the discourse, Health Res Policy Syst. 2011 Dec 19; 9:43. doi: 10.1186/1478-4505-9-43.
Objetivo del artículo	Revisar los discursos alrededor de aseguramiento de la calidad de la investigación cualitativa, como un primer paso hacia el desarrollo de la orientación.
Palabras Clave	Cualitativa, la salud global, la calidad, la garantía de la calidad, la orientación, la meta-narrativa, revisión de la literatura.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	El movimiento mundial de la salud está llamando cada vez más para investigación cualitativa para acompañar sus proyectos y programas [1]. Esta demanda, y los fondos que con ello, ha dado lugar a debates entre críticos cualitativa investigadores, en particular sobre su papel en su aplicación o investigadores teóricos [2]. Otro desafío que emana de esta demanda es para justificar los resultados de investigación y el rigor metodológico en términos que tengan sentido útil para los profesionales de la salud pública mundial. Una de las claves área que ha

	<p>crecido en la investigación cuantitativa de la salud tiene estado en las actividades de control de calidad, después de lo social movimiento hacia la medicina basada en la evidencia y mundial la salud pública</p>
Muestra	No aplica
Intervención y proceso medición	No aplica
Resultado	<p>En el contexto de la investigación en salud global, existe un aumento de la demanda para el campo de la investigación cualitativa para avanzar en el desarrollo y establecimiento de coherencia mecanismos de aseguramiento de la calidad de la investigación cualitativa.</p> <p>Los resultados de esta revisión han ayudado a aclarar maneras en la que la garantía de calidad se ha conceptualizado e indica una dirección prometedora en la que tomar el próximos pasos en este proceso. Sin embargo, también plantea más amplio preguntas en torno a cómo se conceptualiza la calidad en relación a la investigación cualitativa, y cómo las diferentes disciplinas y paradigmas están representados en los debates en torno al uso de los métodos cualitativos en salud y la investigación médica. Se recomienda el desarrollo de un marco flexible para ayudar a los investigadores cualitativos para definir, aplicar y demostrar los principios de calidad en su investigación.</p> <p>Resultados de la búsqueda la estrategia de búsqueda produjo 93 documentos, de los cuales 37 cumplieron los criterios de inclusión y exclusión en la lectura</p> <p>Los resúmenes o pasajes introductorios. De los 56 papeles rechazados, 26 fueron trabajos se centraron específicamente en la evaluación crítica o valoración de la investigación cualitativa para la toma de decisiones, opiniones o publicación. La mayoría de los otros fueron rechazados por centrarse únicamente en la orientación</p>

	<p>para un método cualitativo específico o una sola etapa de</p> <p>El proceso de investigación, como el análisis de datos. Fechas de publicación varió desde 1994 hasta 2010. Este relativamente plazo corto y reciente quizás puede atribuirse en parte de la historia reciente de la publicación cualitativa</p> <p>La investigación dentro de las ciencias de la salud</p>
Discusión	<p>La literatura revisada mostró una falta de consenso entre los enfoques de investigación cualitativa acerca de cómo asegurar la calidad de la investigación. Esto refleja el pasado y en curso debates entre los investigadores cualitativos sobre cómo para definir la calidad, e incluso la naturaleza cualitativa de</p> <p>La propia investigación. Las dos narrativas principales que surgieron de la literatura revisada se refleja diferentes enfoques para la garantía de calidad y, que se basan estas diferentes conceptualizaciones de calidad en la cualitativa</p> <p>Investigación.</p>
Análisis personal	<p>La calidad en la atención en salud, tiene como objetivo el bienestar de los usuarios ya sean servicios individuales o colectivos de manera accesible y equitativo, con profesionales, óptimos, recursos físicos, tecnológicos, y financieros para lograr la satisfacción de los usuarios. Cumpliendo con los requisitos mínimos de habilitación para llevar a cabo dichos objetivos en la prestación del servicio.</p>

Art 11. IDENTIFICACIÓN Y DISEÑO DE LAS COMPETENCIAS LABORALES EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Título	IDENTIFICACIÓN Y DISEÑO DE LAS COMPETENCIAS LABORALES EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
Autor y Año	Ramón Syr Salas Perea, MSc. Lázaro Díaz Hernández, MSc. Grisell Pérez Hoz. Año 2013
Ubicación del artículo (base datos)	Scielo
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Salas Perea, R. S., Díaz Hernández, L., & Pérez Hoz, G. (2013). Identificación y diseño de las competencias laborales en el Sistema Nacional de Salud. Educación Médica Superior, 27(1), 92-102. scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421412013000100012&script
Objetivo del artículo	Este trabajo tiene como objetivo plantear la necesidad de identificar y diseñar las competencias laborales que garanticen su implementación en el sistema nacional de salud (SNS), en Función de lograr un desempeño laboral superior de los trabajadores y la organización, así como un impacto positivo en la calidad, eficiencia, eficacia y productividad de los procesos, desempeñados en el sistema de salud.
Palabras Clave	identificación de competencias laborales, desempeño laboral, competencia y desempeño profesional
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	En este artículo conocemos los conceptos que identifican las competencias que se realizan fundamentalmente sobre la base de la realidad del trabajo, esto implica que facilite la participación de los trabajadores de la salud. El desempeño del trabajador es clave para definir su competencia, puesto que ella incluye los conocimientos, habilidades, actitudes y valores que una persona debe combinar y poner en acción para solucionar los problemas en diferentes contextos laborales. Por lo cual lo anterior precede a establecer

	<p>como primera medida una evaluación del personal de salud y de todas las especialidades de salud, y con este proyecto mejorar las deficiencias de cada persona y de cada estructura que haga parte del sistema de salud para establecer medidas que nos ayuden a mejorar la calidad en la salud.</p>
Muestra	No aplica a este articulo
Intervención y proceso medición	<p>Se realizó un estudio cuantitativo de carácter descriptivo que se ha venido desarrollando desde el 2011 y culminará en el 2014, con el propósito de establecer una estrategia de evaluación del desempeño laboral de los médicos en el SNS (sistema nacional de salud), para lo cual se hace necesario previamente la identificación y el diseño de las competencias laborales.</p>
Resultados	<p>Elaboraron diferentes propuestas sobre las bases teóricas y metodológicas para el proceso de identificación y diseño de las competencias laborales en las especialidades médicas priorizadas en Cuba, las que fueron analizadas en dos sesiones del grupo focal constituido al efecto. Los resultados obtenidos fueron analizados posteriormente en un plenario con todos estos tips que son necesarios para el funcionamiento de este proyecto.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Identificar las unidades de competencia y definir los elementos de competencia. - Seleccionar el sistema de conocimientos y habilidades clave, así como los valores y actitudes requeridos. - Identificar los criterios de desempeño. - Establecer el campo de aplicación. - Identificar las evidencias de desempeño. - Establecer la guía de evaluación.
Discusión	No aplica a este articulo
Análisis	Como administradora de la salud, opino, que es de mucha trascendencia e importancia el concepto de efectividad y

Personal	equidad en el sistema de salud, no solo de otros países como cuba sino también con nuestro país y alrededor del mundo. Lo que nos da entender este artículo es la magnitud de la responsabilidad, actitud y conocimiento de cada profesional de la salud en una institución. Es de vital importancia para la salud evaluar constantemente a los profesionales, para mejorar su conocimiento y calidad, y poder brindar de la mejor manera y con calidad el servicio de salud, evitando inequidades en el sistema de salud.
-----------------	--

Art 12. DETERMINANTES SOCIOPOLÍTICOS DE LAS POLÍTICAS INTERNACIONALES DE SALUD

Título	DETERMINANTES SOCIOPOLÍTICOS DE LAS POLÍTICAS INTERNACIONALES DE SALUD
Autor y Año	Pol De Vos ¹ ,a, Patrick Van der Stuyft. Año 2013
Ubicación del artículo (base datos)	Google academico
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	De vos, p., & van der stuyft, p. (2013). Determinantes sociopolíticos de las políticas internacionales de salud. Rev peru med exp salud publica, 30(2), 288-96. www.ins.gob.pe/rpmesp/revista_visita.asp?pubcod=104...22...
Objetivo del artículo	Conceptualizar y analizar la situación actual de los sectores sociales y económicos, en adición al sector salud. Complementando la implementación de servicios de salud accesibles, equitativos y de calidad, con políticas económicas y sociales correspondientes, y considerando un amplio espectro de determinantes de la salud.
Palabras Clave	Palabras clave: Políticas públicas de salud; Reforma de la atención de salud; Atención primaria de salud
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	En este articulo encontramos que en los países latinos , es una falencia muy grande la atención de salud ya que posee la falta de programas de atención primaria en salud, que evita la complicación de enfermedades y a la vez mejoran los ptes .banco mundial y al fondo monetario internacional, se planteaba la necesidad de implementar la atención primaria en salud para disminuir la relación costo efectiva en el manejo de la enfermedad, pero por el contario, lo consideraban como algo

	<p>mas costoso y de difícil acceso para ellos implementarlo. El reporte de Salud Mundial de la OMS 2008 evaluó críticamente la manera en la que el cuidado de la salud era organizado, financiado y brindado en países ricos y pobres. Dicho reporte enfatiza que: Las inequidades en el acceso a la salud y la carga de enfermedad son usualmente mayores en aquellos casos en los que la salud es tratada como una mercancía y el cuidado de la salud es conducido por la rentabilidad financiera, llevando a exámenes y procedimientos innecesarios, estancias hospitalarias más frecuentes y prolongadas, mayores costos generales y exclusión de la población incapaz de pagar (86). El reporte concluye en que es el momento de regresar a una aproximación holística al cuidado primario de la salud.</p>
Muestra	No aplica a este articulo
Intervención y proceso medición	No aplica a este articulo
Resultados	No aplica a este articulo
Discusión	No aplica a este articulo
Análisis Personal	<p>Mi opinión es que en cada aspecto relevante de la salud hoy en día hay una forma muy importante de disminuir el costo efectividad y es definitivamente mejorando la calidad y la atención en salud, con un buen proyecto de estrategias dadas por el mejoramiento de la calidad e la atención y por la implementación de un buen plan de atención en la promoción y la prevención, ya que así evitaremos complicaciones de todas las patologías que pueden llegar a ser más costosas que el propio placebo o prevención .</p> <p>Todo esto se logra con un buen manejo administrativo y distribución de los recursos disponibles.</p>

Art 13 LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: DESAFÍOS PARA SU IMPLEMENTACIÓN EN AMÉRICA LATINA

Título	La Atención Primaria de Salud: desafíos para su implementación en América Latina
Autor y Año	Alexandra Giraldo Osorio y Consuelo Vélez Álvarez. Año 2013
Ubicación del artículo (base datos)	Elsevier
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Giraldo Osorio, Alexandra, and Consuelo Vélez Álvarez. "La Atención Primaria de Salud: desafíos para su implementación en América Latina." <i>Atención Primaria</i> (2013). www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656713000413
Objetivo del artículo	El objetivo del presente artículo es realizar una revisión temática sobre la inclusión de la APS en los sistemas de salud de los países de América Latina con el fin de brindar una visión integral sobre los avances y las necesidades de los países latinoamericanos.
Palabras Clave	Atención primaria de salud; Sistemas de salud; Reforma de la atención de salud; Política de salud; América Latina
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>En este artículo sabemos que la atención primaria es un recurso de alta gama para alcanzar el mejoramiento de la calidad , con la renovación de la APS tiene como propósito fundamental revitalizar la capacidad de los países para articular una estrategia efectiva y</p> <p>sostenible que pueda dar respuesta a los problemas de salud existentes y enfrentar los nuevos retos de salud. La meta de este propósito es alcanzar una mejora de la salud sostenible para todos. Por su parte, las reformas basadas en la APS (atención primaria en salud) tienen por objeto canalizar los recursos de la sociedad hacia una situación de mayor calidad y</p>

	no exclusión, servicios de salud que giren en torno a las necesidades y expectativas de la población y políticas públicas que garanticen la salud de las comunidades.
Muestra	No aplica a este articulo
Intervención y proceso medición	<p>Los artículos y documentos fueron revisados a partir del resumen y los libros desde la tabla de contenido para determinar su pertinencia. Se establecieron como criterios de exclusión idiomas diferentes al inglés, portugués y español, así como artículos no arbitrados y literatura gris. También se descartaron los estudios que en el título o resumen no incluyeran los temas de la revisión y</p> <p>Aquellos que hacían referencia a temas relacionados pero no directamente vinculados.</p>
Resultados	No aplica a este articulo
Discusión	No aplica a este articulo
Análisis Personal	<p>La población, cambió radicalmente en el manejo de la salud, retomando cada día necesita un cambio que mejore habitualmente la vida y la calidad de la atención. Los <i>principios</i> permiten la construcción de los cimientos para las políticas de salud, la legislación, los criterios evaluativos, la generación y la asignación de los recursos y para la operación del sistema de salud, y los <i>elementos</i> son componentes estructurales y funcionales que se interrelacionan y Están presentes en todos los niveles del sistema de salud.</p>

Art 14. LA PROMOCIÓN DE LA SALUD COMO ESTRATEGIA PARA EL FOMENTO DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

Titulo	La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables
Autor y Año	<i>Alexandra Giraldo Osorio**María Yadira Toro Rosero*** Adriana María Macías Ladino****Carlos Andrés Valencia Garcés*****Sebastián Palacio Rodríguez*****Año 2010</i>
Ubicación del articulo (base datos)	Scielo
Citación Bibliográfica del articulo en Vancouver)	Giraldo Osorio Alexandra, Toro Rosero María Yadira, Macías Ladino Adriana María, Valencia Garcés Carlos Andrés, Palacio Rodríguez Sebastián. LA PROMOCION DE LA SALUD COMO ESTRATEGIA PARÁME EL FOMENTO DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES. Hacia promoci. Salud [revista en la Internet]. Julio 2010 [citado el 03 de octubre 2013]; 15 (1): 128-143.Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772010000100010&lng=en..
Objetivo del artículo	Profundizar en el tema de la promoción de salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables, con el fin de mejorar a día la calidad de la atención en la salud de los pacientes.
Palabras Clave	Promoción de la salud, estilo de vida, salud, calidad de vida, conducta de salud, políticas públicas
Conceptos manejados en el artículo (Introducción - planteamient	En el desarrollo de aptitudes o habilidades personales que conlleva a cambios de comportamiento relacionados con la salud y al fomento de estilos de vida saludables, se contribuye al mejoramiento de la calidad de vida de las personas que conforman una sociedad y como consecuencia se logra la disminución en el costo económico del proceso salud-enfermedad dentro de las empresas prestadoras de servicios de salud para el

o problema)	<p>caso colombiano. Por otra parte la promoción de la salud también</p> <p>Ha sido definida como el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud y para que la mejoren. Para alcanzar un nivel adecuado de bienestar físico, mental y social, cada persona o grupo requiere identificar y llevar a cabo unas aspiraciones, satisfacer unas necesidades y cambiar el entorno o adaptarse a él.</p>
Muestra	No aplica a este artículo
Intervención y proceso medición	No aplica a este artículo
Resultados	<p>Se obtuvo una descripción detallada de la promoción de la salud como estrategia, sus componentes y la forma de aplicación. Respecto a los estilos de vida saludables, además de las definiciones se tuvieron en cuenta los factores tanto internos como externos a las personas que intervienen para su fomento. Adicional a lo anterior, se encontró una autora que halló en la promoción de la salud la base para proponer el “Modelo de Promoción de la Salud”,</p>
Discusión	No aplica a este artículo
Análisis Personal	<p>En este artículo nuestra opinión es dada para el mejoramiento continuo de nuestra profesión y en la calidad de atención. Ya que también en algún momento nosotros somos clientes en el sistema de salud, y nos damos cuenta más de cerca de las falencias y beneficios que rigen nuestro sistema de salud en el país. Pues todo radica en el planteamiento relacionado con la formulación de políticas públicas saludables, intervenciones</p> <p>dirigidas a personas y comunidades, y para la propuesta y realización de investigaciones en salud, como un recurso para</p> <p>La vida cotidiana, no como el objetivo de la vida. Aquí se enfatizan recursos sociales y personales, junto</p>

	Con capacidades físicas y el desarrollo de nuevas estrategias basadas en el autocuidado y programas de salud dirigidos a la prevención de las complicaciones y de la prevalencia de enfermedades crónicas y enfermedades de interés público.
--	--

**Art 15. GESTIÓN DE GOBIERNOS LOCALES EN LA CALIDAD
DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD PARA NIÑOS**

Titulo	Gestión de gobiernos locales en la calidad de la atención de la salud para niños
Autor y Año	Ademar Bautista-Otero ¹ y Juan C. Garcia-Ubaque ² Año 2012
Ubicación del articulo (base datos)	Scielo
Citación Bibliográfica del articulo en Vancouver)	Bautista-Otero, A., & García-Ubaque, J. C. (2012). Gestión de gobiernos locales en la calidad de la atención de la salud para niños. <i>Revista de Salud Pública</i> , 14(2), 3-14. A Bautista-Otero... - Revista de Salud ..., 2012 - Scielo Publica Health
Objetivo del articulo	Evaluar el componente de calidad de los programas de atención en salud dirigidos a niños, niñas y adolescentes establecidos por los gobiernos locales de Colombia en cumplimiento de las normas legales.
Palabras Clave	Calidad de la atención de la salud, regulación y fiscalización en salud, servicios de salud del niño, planes y programas de salud, gobierno local.
Conceptos manejados en el articulo (Introducción-planteamiento problema)	En Colombia no solo la salud se ve afectada por patologías si no tambien por personas entregadas a la drogadiccion y a la violencia, a todo campos que se afectado el dia a dia a los servicios de atención en salud disminuyendo la accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad, tanto en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, y tratamiento, ya que en muchas instituciones los recursos que son para los niños son utilizados en otras necesidades. Pero en parte estas instituciones encargadas de los niños, publicas y privadas que favorecen los

	<p>derechos y deberes de los niños se han homogenizado con el fin de reactivar metodologías de mejoramiento continuo que permitan elevar los niveles de calidad de la atención y con ellos los niveles de salud de la población, en este sentido el ajuste a la reforma, aprobado recientemente, propone entre otros un modelo de competencias de los diferentes niveles de la administración pública, un plan decenal de salud pública, programas de coordinación intersectorial, la creación del observatorio nacional de salud, la obligación de atención y la desconcentración y descentralización de algunas de las funciones de la superintendencia nacional de salud, aspectos acerca de los cuales hay que esperar su impacto.</p>
Muestra	<p>Estudio descriptivo en el que se evaluó la evidencia de rectoría de los sistemas de calidad y del cumplimiento de los atributos de accesibilidad, oportunidad, seguridad, continuidad y pertinencia como indicadores de la calidad en la prestación de servicios.</p>
Intervención y proceso medición	<p>No aplica a este artículo</p>
Resultados	<p>La población colombiana de niños, niñas y adolescentes, es decir la población menor de 18 años, alcanza el 36,8 %, lo que significa que se está realizando un estudio que incluye más de un tercio de la población colombiana. La distribución por género muestra un perfecto equilibrio entre niños y niñas. Dando una cobertura similar a la que se venía realizando antes de la promulgación de la ley, esencialmente por medio de los mismos programas que dan cumplimiento al plan nacional de salud.</p>
Discusión	<p>Se debe considerar la calidad como un conjunto de condiciones que están presentes en un nivel deseado, evaluando los procesos, los resultados y el impacto de todas las acciones realizadas en el sistema de salud.</p>

Análisis Personal	<p>En esta situación nos vemos mas comprometidos aun como administradores de la salud a cumplir con las condiciones y metas y a colaborar en el mejoramiento de la atención y de la calidad , de los niños, ya que se convierten en población afectada muchas veces por la violencia intrafamiliar , por el desplazamiento, el hambre, el aumento de las necesidades insatisfechas, niños no deseados, adolescentes padres de niños no deseados, y todo esto tanto social, como económico afecta directa o indirectamente la salud de los niños, afectando desde su nutrición hasta su desarrollo y demás . Por lo que se convierte en un reto para nosotros el mejoramiento continuo de las necesidades insatisfechas por los niños, ya que son personas indefensas a la deriva y a expensas de que los adultos velen por su vida, en este instante es cuando debemos de planear y ejecutar las distintas formas de tomar conciencia de un plan de atención prioritaria primaria evitando el desarrollo de enfermedades que se dan desde la niñez.</p>
--------------------------	---

Art16. Cobertura efectiva de las intervenciones en salud de américa latina y el Caribe: métrica para evaluar los sistemas de salud

Título	Cobertura efectiva de las intervenciones en salud de américa latina y el Caribe: métrica para evaluar los sistemas de salud
Autor y Año	Sandra Martínez, M en C,(Gabriel Carrasquilla, MD, DrPH, Ramiro Guerrero, M en C,Héctor Gómez-Dantés, MD, M en C,Victoria Castro, Lic en Soc,Héctor Arreola-Ornelas, M en C,Paula Bedregal, PhD, Cobertura efectiva de las intervenciones en salud de américa latina y el Caribe: métrica para evaluar los sistemas de salud, Salud Pública de México, ISSN (Versión impresa): 0036-3634
Ubicación del artículo (base datos)	Redalyc
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Martínez S, Carrasquilla G, Guerrero R, Gómez-Dantés H, Castro V, Arreola-Ornelas H, Bedregal P, Red de Investigación sobre Cobertura Efectiva de las Intervenciones de Salud del Observatorio de la Salud para América Latina y el Caribe . Cobertura efectiva de las intervenciones en salud de América Latina y el Caribe: métrica para evaluar los sistemas de salud. Salud Pública de México 201153S78-S84. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10619779004 .
Objetivo del artículo	Medir la cobertura efectiva para once intervenciones de salud en nueve países de América Latina utilizando las encuestas de demografía y salud o registros administrativos que abarcan la salud infantil, de la mujer y el adulto. Se seleccionaron las intervenciones y se armonizaron definiciones y métodos de cálculo de acuerdo con la información disponible para lograr la comparabilidad entre países
Palabras Clave	cobertura efectiva; sistemas de salud; América Latina
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	La Organización Mundial de la Salud publicó en el año 2000 el informe sobre la salud en el mundo donde introdujo el marco conceptual para evaluar el desempeño de los sistemas de salud. Posteriormente, en 2003 se introduce el concepto de cobertura efectiva como un objetivo intermedio del sistema de salud. La cobertura efectiva sintetiza e integra la información sobre el acceso de la población a los servicios de salud requeridos, con la medición de la calidad de los mismos. Tradicionalmente la cobertura de las intervenciones de los sistemas de salud mide la proporción de la población con una necesidad en salud y que recibe determinada

	<p>Intervención (cobertura cruda). La cobertura efectiva es una métrica que permite conocer “la fracción de ganancia potencial en salud que un sistema de salud puede aportar a través de una intervención disponible”. En otras palabras, la cobertura efectiva se refiere a la cobertura Cruda ajustada por calidad. Es un indicador que se relaciona con tres conceptos discutidos en la literatura: 1) la cobertura de las acciones en salud, 2) la utilización de atención y 3) el acceso a los servicios.</p>
Muestra	<p>Para cumplir el objetivo fue necesario identificar fuentes de información comparables entre los países (por esta razón se utilizaron las encuestas de demografía y salud 7-11 –con excepción de Chile 12-14 y Costa Rica 15-17 en donde se utilizaron los sistemas de información administrativa. Dado que este trabajo se realizó durante el año 2009, se analizaron los datos de las fuentes más recientes disponibles en cada país.</p>
Intervención y proceso medición	<p>La cobertura efectiva puede definirse con respecto a un individuo, a una población y al sistema de salud. Una vez identificadas las fuentes, se seleccionaron 11 intervenciones en tres áreas: salud infantil (vacunación, lactancia y control del niño sano), salud de la mujer (control prenatal, atención del parto y detección del cáncer cervicouterino y de mama) y salud del adulto, con la Exploración de enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes e hipercolesterolemia).</p> <p>Las estrategias de medición para cada intervención contemplaron: a) la medición de la necesidad de salud (dada por norma, por síntoma único o síntomas múltiples, o establecida con biomarcadores o pruebas de desempeño; b) la medición de utilización (autorreporte sobre atención en encuestas de hogares, inventario de medicamentos, registros de realización de intervenciones, biomarcadores); c) medición de la calidad (bio marcadores, autorreporte, medidas de proceso, tasas de mortalidad).</p>
Resultados	<p>Salud infantil</p> <p>Chile fue el país que reportó los niveles más altos de cobertura, mientras que Haití se ubicó en los niveles más bajos. La oportunidad de la vacunación fluctuó entre 61 y 100% (cuadro II). La información de México no incluyó la medición de la oportunidad, por lo cual no se presentan los resultados, sin embargo, sus valores fluctuaron entre 78 y 82%; los indicadores de control del niño sano no se reportaron para todos los países y sus</p>

	<p>niveles para quienes dispusieron de datos fueron de 28a 95% (cobertura cruda).</p> <p>Salud de la mujer Los resultados sobre cobertura cruda en las intervenciones de salud en la mujer muestran niveles muy altos en República Dominicana y los más bajos para Haití. Se puede observar que los indicadores de control de embarazo, parto y puerperio fluctúan entre 50 y 95%, con excepción de Haití. En las mediciones de control prenatal se realizaron exploraciones del componente de calidad a través de la medición del peso al nacer en Honduras, Perú y República Dominicana con valores entre 89 y 92%; para los demás países se calculó la cobertura cruda del control prenatal (al menos cuatro controles con mediciones de tensión arterial, altura uterina, Exámenes de sangre y orina) (cuadro IV). También, se hicieron exploraciones de la calidad en la atención del parto por personal calificado para Honduras, México y Perú, y se tomaron a las mujeres que no presentaron complicaciones durante el parto como numerador que oscila entre 57 y 61%</p> <p>Salud del adulto (enfermedades crónicas) En relación con las intervenciones en el adulto, como se anota en el cuadro V, gran parte de los países no contaron con datos de registros administrativos o de encuestas sobre enfermedades crónicas (hipertensión arterial, diabetes e hipercolesterolemia); sólo en algunos de los casos Chile, Colombia, Costa Rica y México reportaron información. Sin embargo, dado que la información de Costa Rica no es comparable con los demás, no se presentan sus resultados. En los tres países restantes se observó que las coberturas son bajas, 24 a 68%. Se exploró el componente de calidad al tener en cuenta a la población diagnosticada que recibía tratamiento y que se encontraba controlada.</p>
Discusión	<p>El indicador tradicional de cobertura cruda tiene en cuenta la población con una necesidad y la utilización de la intervención, sin el componente de calidad (ganancia en salud). Si bien el objetivo propuesto era la estimación de la cobertura efectiva, sólo se pudo obtener en algunos</p>

	<p>casos por las dificultades para adquirir la información necesaria. Aún así, los resultados de las coberturas crudas no son muy alentadores para países como Bolivia, Honduras y Haití; por su parte, Chile obtuvo las coberturas crudas más altas en comparación con los demás. En cuanto a cobertura efectiva, en el caso de los indicadores de salud infantil se presentaron limitaciones para estimar la calidad de las intervenciones. Vale la pena señalar que para poder obtener el indicador de cobertura efectiva en vacunación hubiera sido necesario realizar la medición de anticuerpos protectores en la población con necesidad; por ello se estableció, de manera complementaria, la oportunidad de la vacunación. Esta última sólo se midió para los niños con fecha de vacunación marcada en tarjeta (un subconjunto de los niños con necesidad de vacunarse) y por lo tanto no corresponde al indicador de cobertura efectiva. En el caso específico de lactancia materna se exploró la calidad a través de proxys como enfermedad diarreica aguda e Infección respiratoria aguda. Si bien el componente de calidad puede contener ciertas limitaciones, ésta era la única variable disponible en las encuestas que de alguna forma podría indicar si la lactancia puede ejercer un efecto protector contra estas patologías.</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>Para el desarrollo e implementación de programas en salud en pro de la sociedad y de su bienestar es de vital importancia identificar la población objeto y sus características tanto demográficas y perfil epidemiológico de esta, de tal manera que con estas herramientas se establezcan programas y se generen directrices en pro de mantener el nivel de vida más adecuado para este grupo de población objeto, identificando el sistema de salud existente en cada país en especial Colombia para el cual se cuenta con diferentes regímenes de afiliación ofertando de manera continua y permanente los servicios de salud a los usuarios cubriendo de manera oportuna y eficaz las necesidades que allí se presentan día tras día, con lo cual se gozara de un portafolio de servicios dentro de los cuales se dé mayor cobertura a la población infantil, adulto mayor y a la mujer.</p>

Art 17.LAS CRISIS DEL SECTOR SALUD

Título	LAS CRISIS DEL SECTOR SALUD
Autor y Año	Carlo Vinicio Caballero-Uribe Año 2012
Ubicación del artículo (base datos)	Scielo
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Las crisis del Sector Salud. Salud, Barranquilla [revista en la Internet]. Diciembre 2012 [citado el 04 de octubre 2013]; 28 (2): 1-4. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522012000200001&lng=en .
Objetivo del artículo	Actualizar y mejorar la calidad en la atención en los servicios de salud en Colombia, vemos que se habla de la tutela y el derecho de petición es lo más utilizado para que el sistema le haga el favor a un paciente de prestarle un servicio que siendo del régimen contributivo o subsidiado ya tiene los medios. Recordemos que la salud en Colombia sede logros y retos los cuales debemos tener en cuenta para mejorar la calidad y no caer en los mismo, bajo una amenaza institucional, de ahí la importancia de programar y saber utilizar los recursos para no genera inconformidades y después de la mala atención disminuyendo así la calidad.

Palabras Clave	Sistema de salud, crisis, la salud en Colombia.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción - planteamiento o problema)	En este artículo tenemos deficiencias en la calidad de la atención y no todos los hospitales públicos se han modernizado. Es preciso fortalecer la función de supervisión; la sostenibilidad financiera del sistema está constantemente en riesgo. Sin embargo, el sistema de salud colombiano experimentó cambios radicales que han redundado en beneficio de la salud de la población de nuestro país.
Muestra	No aplica
Intervención y proceso medición	No aplica a este artículo
Resultados	No aplica a este artículo
Discusión	No aplica
Análisis Personal	Como administradores de la salud, estamos seguros de que un buen servicio se logra con rectitud y con buenos planes antes de promoción y prevención, evitando así quejas y reclamos de los pacientes, y con conflictos a nivel de la prestación del servicio de salud, por eso un buen plan y bien ejecutado evita el aumento de inconformidades y glosas en nuestro medio, también disminuyen las demandas, tutelas y derechos de petición. Además en este estudio se encontró fraccionamiento en el sistema de atención, variaciones exageradas entre los precios de marca y genéricos, normas contradictorias, falta de definición del POS y amenaza financiera por exceso de tutelas y cobros. Todo esto dado por una mala administración en el sistema de salud.

Art 18. INFORMACIÓN RELEVANTE PARA LA GESTIÓN POR CALIDAD EN LAS ORGANIZACIONES DE SALUD

Título	Información relevante para la gestión por calidad en las organizaciones de salud
Autor y Año	Luis Fernando Toro, José Bareño , Pablo A. Guzmán, Juan Carlos Correa. Año 2012
Ubicación del artículo (base datos)	Google academico
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Toro, L. F., Bareño, J., Guzmán, P. A., & Correa, J. C. (2012). Información relevante para la gestión por calidad en las organizaciones de salud. Revista CES Salud Pública Volumen, 3(1). <i>dialnet.unirioja.es/download/articulo/3977558.pdf</i>
Objetivo del artículo	Someter al escrutinio de la comunidad científica una matriz construida con la información de interés en la gestión por calidad de las organizaciones de salud, como recurso de homologación y estandarización de unos índices cuya definición, bondad de ajuste e interrelación carecen de antecedentes en la literatura especializada.
Palabras Clave	Gerencia, gestión de calidad, gestión en salud, gestión de la información, indicadores de gestión
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	Los indicadores de los sistemas de índices para el seguimiento y evaluación de los servicios, el mejoramiento continuo y la gestión de las organizaciones de salud, pasaron de ser un requisito para el logro de los certificados de calidad y se ha convertido en un factor de diferenciación competitiva e incluso de supervivencia empresarial. Mediante estos los métodos estadísticos miden la diferenciación de los proyectos establecidos y de los objetivos

	que no se han implementado dentro de la institución en las EPS o IPS. Dando así no solo un mejoramiento en la competitividad sino también en la calidad de la atención como consecuencia de esto es la oportunidad en la atención, gestión en la auditoria, ahorro del consumo, y mejoramiento continuo en la investigación.
Muestra	No aplica
Intervención y proceso medición	<p>1. Revisión y sustentación de la información considerada relevante para el efecto. 2. Diseño y presentación de la matriz con los seis (6) índices seleccionados: Oportunidad, Riesgo, Gestión, Satisfacción, Innovación y Ambiental, para un total de 14 indicadores, relativos a estructura, procesos y resultados dentro de las tres áreas clave de una organización de salud tipo: Asistencial, Estratégico/Administrativa y Laboral.</p>
Resultados	<p>Matriz base del Sistema de Índices de Gestión por Calidad para las Organizaciones de Salud (SIGNOS), actualmente a prueba y próximo a ser publicado.</p> <p>Por su probada funcionalidad dentro del Sistema antedicho, se constituyen en una valiosa herramienta para la gestión por calidad, lo mismo que para la clasificación de las empresas de salud.</p>
Discusión	No aplica
Análisis Personal	Debemos entender que la función principal de nosotros como administradores de la salud es la de administrar, ósea protocolizar las funciones dentro de la institución de salud para la que se trabaje y esto incluya un buen desempeño laboral, y una mejoría en la eficiencia y eficacia de la atención en salud, con el conocimiento de mejorar la costo efectividad en salud, que como lo hemos visto en artículos anteriores es de antemano mejor desarrollar un buen plan de atención

	<p>primaria en la promoción que cubrir gastos de curación de la enfermedad.</p> <p>Por lo tanto es base para el desempeño de nuestras labores, el conocimiento de los estándares de calidad, y estar visualizando las deficiencias de nuestra institución para radicar lo deficiente, y convertir nuestra institución en pieza clave del desempeño y mejoramiento en la calidad de atención en salud.</p>
--	---

Art 19. DERECHO A LA SALUD EN COLOMBIA. LA UTOPIA ANUNCIADA

Título	Derecho a la salud en colombia. la utopía anunciada
Autor y Año	Anderson Rocha- Vuelvas .Año 2012
Ubicación del artículo (base datos)	Google academico
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Rocha-Vuelvas, A. (2012). Derecho a la salud en Colombia. La utopía anunciada. espacio abierto, 21(1), 59-80. dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3977558.pdf
Objetivo del artículo	Este artículo es con el objetivo de reflexionar acerca de la integración vertical como uno de los mayores obstáculos a la garantía del derecho a la salud, especialmente, por parte de los profesionales de la salud, por las dificultades para la prestación de servicios de salud de calidad y finalmente por un sector salud enfrentado a la coyuntura estatal atestada de cambios estructurales económicos y políticos.
Palabras Clave	Derecho a la salud, modelo neoliberal, Colombia, globalización, ley 100.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción- planteamiento problema)	La constitución política colombiana en el artículo 49 producto de la reforma a la ley 10/90 consagra que el derecho a la salud es un derecho por jurisprudencia establecido con el elemento de conexidad, para hacer respetar la salud como derecho fundamental de todos los habitantes; por lo tanto no es el que protege la propiedad privada y sus derechos adquiridos, creando el marco legal para concentrar aún más la riqueza, como ha sucedido desde la creación de la ley 100 y ahora con su reforma en el congreso. La ley 100, se supone ha sido en pro de la universalidad, equidad y calidad en la

	prestación del servicio de salud, lo cual se pone en tela de juicio, ya que en nuestro país es de saber por todos los medios que la salud, se mantiene en un plano de inequidades, y de aumento de tutelas y derechos de petición por parte de los usuarios del sistema de salud, dando a entender un sistema de poco desarrollo y de poca efectividad en todas las IPS, sobre todo con la población vulnerable, y con los hospitales del gobierno.
Muestra	No aplica
Intervención y proceso medición	No aplica a este articulo
Resultados	.No aplica a este articulo
Discusión	No aplica
Análisis Personal	Entonces indiferente de que el bien salud se comporte en términos económicos mas como un producto inelástico, es decir, que regularmente los cambios de precios no afectan la demanda, no se reconoce que la salud depende de determinantes políticos, sociales y económicos siempre presentes, y que siempre generarán una demanda insondable. Por lo que cabe saber que la pérdida de la autonomía en el sistema y el aumento de desigualdades son dado por la mala administración y mala distribución de los recursos disponibles, aun sabiendo que para las personas más vulnerables, contamos con recursos aportados por grandes instituciones públicas y privadas. Por consecuencia, la integración vertical beneficia al sistema EPS y ARS, lo cual no permite contribuir a la garantía de la calidad en la prestación del servicio aunado a esto convenios internacionales insistentes, tales como el tratado de libre comercio -TLC con los Estados Unidos agravaría más la

	<p>situación del sector salud, ya que produciría la imposición de patentes, que a su vez incrementarían costos y generará normas jurídicas que excluirán medicamentos en</p> <p>El plan obligatorio de salud (POS). y que aumentan más el desasosiego y mala coordinación en los servicios de salud de nuestro país.</p>
--	--

Art 20. NORMALIZACIÓN DE LAS COMPETENCIAS LABORALES DE LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Titulo	Normalización de las competencias laborales de las especialidades médicas en el sistema nacional de salud
Autor y Año	Dr. C. Ramón Syr Salas Perea, MSc. Luis Díaz Hernández, Lic. Grisela Pérez Hoz. Año 2013
Ubicación del artículo (base datos)	Scielo
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Salas Perea Ramón Syr, Díaz Hernández Luis, Pérez Hoz Grisela. Normalización de las competencias laborales de las especialidades médicas en el sistema nacional de salud. Educ Med Super [revista en la Internet]. 2013 Jun [citado 2013 Oct 04] ; 27(2): 287-293. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412013000200015&lng=es .
Objetivo del artículo	El objetivo de este estudio fue establecer las bases teórico-metodológicas que sustentarán la normalización o estandarización de las competencias laborales de los médicos en las especialidades priorizadas por el MINSAP, para el periodo 2011-2014 en el sistema nacional de salud (SNS).
Palabras Clave	Normalización de competencias laborales, estandarización de competencias, desempeño laboral, competencia y desempeño profesional.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	En este artículo fue efectuar el proceso de evaluación y certificación de competencias en salud sobre bases científicas. Se debe recordar que para poder evaluar un modo de actuación profesional determinado se hace necesario comparar lo que se observa y analiza en relación con un patrón estandarizado. La normalización de competencias es la formalización de una competencia a través del establecimiento de estándares que la

	<p>convierten en un referente válido para un determinado colectivo laboral. Usualmente, cuando se organizan sistemas normalizados, se desarrolla un procedimiento de estandarización ligado a una figura institucional, de forma tal que la competencia identificada y descrita con un procedimiento común, se convierta en una norma, o sea, un referente válido para las instituciones educativas, los trabajadores y los empleadores.</p>
Muestra	No aplica
Intervención y proceso medición	<p>Se trata de un estudio cuantitativo de carácter descriptivo que se ha venido desarrollando desde el 2011 y culminará en el 2014, con el propósito de establecer una estrategia de evaluación del desempeño laboral de los médicos en el SNS, para lo cual se hace necesaria la previa identificación y normalización de las competencias laborales. Se emplearon métodos teóricos a fin de realizar el análisis y síntesis de revisiones documentales y bibliográficas sobre las temáticas relacionadas con el objeto de la investigación. Como método empírico se crearon siete equipos de trabajo (uno por cada especialidad priorizada) y se efectuó para este fin una reunión del grupo focal constituido por los tres representantes de las siete especialidades priorizadas.</p>
Resultados	<p>Se precisó que el objetivo de las metodologías descritas hasta ahora es el de lograr la mejor descripción posible de los desempeños laborales que las personas deben ser capaces de ejecutar. Pero estos desempeños tienen que ser especificados claramente para que puedan servir como referentes, tanto a los procesos formativos, como a los de la evaluación y certificación del estado de desarrollo de las competencias laborales</p>
Discusión	No aplica
Análisis Personal	<p>La administración y la calidad de todo servicio de salud, parte en primer orden del nivel de competencia y desempeño de sus trabajadores en el cumplimiento de sus funciones laborales y sociales. Por ello, la evaluación de las competencias a través de su desempeño laboral es la actividad fundamental para</p>

	<p>garantizar la calidad y la búsqueda de la excelencia de dichos servicios. Si no existe una evaluación del desempeño, científicamente basada en la estandarización o norma como eje de comparación, todo análisis de la calidad es totalmente subjetivo. Es por eso que una institución de salud con un eje de evaluación bien manejado y protocolizado es la fuente de un buen ingreso y proceso de la calidad no solo del recurso humano sino también tecnológico.</p>
--	--

Art 21 Calidad en los servicios de salud desde los marcos de sentido de diferentes actores sociales en Colombia y Brasil

Titulo	Calidad en los servicios de salud desde los marcos de sentido de diferentes actores sociales en Colombia y Brasil
Autor y Año	María E. Delgado-Gallego ¹ , María L. Vázquez-Navarrete ² y Lygia de Moraes-Vanderlei ³ . Rev. salud pública., ISSN (Versión impresa): 0124-0064, 12 (4): 533-545, 2010.
Ubicación del artículo (base datos)	Redalyc.org
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Delgado-Gallego ME, Vázquez-Navarrete ML, de Moraes-Vanderlei L. Calidad en los servicios de salud desde los marcos de sentido de diferentes actores sociales en Colombia y Brasil. Revista de Salud Pública 2010;12(5):33-545. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42217796001 . Fecha de consulta: 19 de septiembre de 2013.
Objetivo del artículo	<p>RESUMEN</p> <p>Objetivo Analizar los marcos de sentido en la definición de la calidad de un servicio de salud de los diversos actores sociales en Colombia y Brasil.</p> <p>Método Estudio cualitativo, descriptivo-interpretativo, mediante grupos focales y entrevistas individuales en dos municipios de Colombia y Brasil. Muestra teórica de agentes sociales, buscando variedad del discurso: a. Usuarios y líderes; b. Personal de salud y; c. Formuladores de políticas. Análisis de contenido, con generación mixta de categorías y segmentación de los datos por país, informantes y temas.</p> <p>Resultados Los marcos de sentido desde los cuales construyen la calidad de la atención, usuarios y personal de salud en ambos países, mostraron convergencias en torno a</p>

	<p>tres grandes ejes: adecuación de la estructura, nivel técnico y humanización de la atención. Presentaron, no obstante, matices diferenciadores:</p> <p>Los usuarios de ambos países profundizan en aspectos estructurales y organizativos como disponibilidad y accesibilidad de recursos, y en aspectos técnicos, como resolutivez y calidad técnica. El personal de salud de Colombia y Brasil mostró similitudes, pero mientras los primeros destacaban más una administración ágil y tiempo de consulta mayor; los segundos, más disposición de personal especializado, materiales e insumos suficientes. Por su parte, el marco de sentido de los formuladores emergió del conjunto de normas legales.</p> <p>Conclusiones Los matices aportados por los distintos marcos de sentido de calidad de los actores sociales, indican la necesidad de tenerlos en cuenta en su totalidad, ya que apuntan a diferentes debilidades del sistema. Además, muestran que los usuarios profundizan más en aspectos técnicos del servicio de lo considerado habitualmente.</p>
Palabras Clave	Evaluación de servicios de salud, calidad de la atención de salud, investigación cualitativa, Colombia, Brasil (fuente: DeCS, BIREME).
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	La evaluación de la calidad de los servicios de salud se ha venido convirtiendo en una preocupación creciente en las últimas décadas. Se ha definido de muchas formas, siendo la propuesta de Donabedian (1) una de las más aceptadas. Sin embargo, no hay una definición universal: el concepto de calidad para el médico, el paciente, el administrador, el político, el empleado, el empresario, no es el mismo y cada uno valora de forma diferente sus componentes (2). La evaluación de calidad se ha convertido en un área de conocimiento, apoyada en métodos y técnicas de las ciencias sociales, con dos vertientes: la evaluación desde la perspectiva de los profesionales y desde los usuarios, siendo la primera inicialmente más utilizada (3). La evaluación desde

	<p>la perspectiva de los usuarios ha tomado relevancia desde las reformas del sector salud. Las estrategias para su evaluación se han apoyado básicamente en dos modelos: el de la satisfacción del usuario a partir del concepto de calidad</p> <p>propuesto por Donabedian (1), y desde el modelo de la discrepancia o des confirmación propuesto por Parasuraman (4).</p>
Muestra	<p>Muestra teórica, con diferentes grupos de actores donde podían circular discursos diferentes: Usuarios (U) desde los 18 años, de distintos estratos sociales y sexo; líderes (L); personal de salud (PS); miembros de consejos municipales de salud (CMS) en Brasil y formuladores de políticas (FP)</p> <p>municipales, estatales, y a nivel nacional sólo en Brasil (Tabla 1).</p>
Intervención y proceso medición	No aplica
Resultado	<p>De los discursos emergen categorías básicas y subcategorías que componen el marco de sentido, a partir del cual los actores construyen lo que es un servicio de salud de calidad.</p> <p>Categoría 1: Adecuación de la estructura; subcategorías:</p> <p>accesibilidad al servicio, accesibilidad a la información, disponibilidad de recursos.</p> <p>Categoría 2: Nivel técnico de la atención; subcategorías: resolutivez, cualificación técnica del personal de salud.</p> <p>Categoría 3: Humanización de la asistencia; subcategorías: relaciones empáticas, comunicación clara y escucha atenta, relaciones respetuosas, trato igualitario.</p> <p>Categoría 4: Capacidad de atender quejas y reclamos de los usuarios; subcategorías: capacidad de recepción y solución a reclamaciones por parte de las instituciones. Si bien en estas categorías los discursos de casi todos los actores convergen y se anclan, es en las subcategorías donde circulan diferencias</p>

	<p>y matices de sentido propias de cada grupo de actores tanto en Colombia (Cuadro 1) como en Brasil (Cuadro 2).</p>
<p>Discusión</p>	<p>Era de esperar tensiones entre los discursos de actores con orígenes sociales y culturales diferentes, pero también se observaron convergencias importantes.</p> <p>Para todos los actores entrevistados una dimensión muy significativa en un servicio de calidad es la adecuación de la estructura. La accesibilidad organizacional y a la información, emergió con mayor fuerza representativa del discurso de los usuarios, pero sobre todo en Colombia. Esto estaría reflejando la falta de acceso a la atención en salud (20), pero, sobre todo, al incremento de barreras de acceso (21), que como consecuencia de la introducción de un sistema de salud complejo y de mercado, ha generado exclusiones e itinerarios burocráticos también complejos con repercusiones perversas en la vida de los usuarios (22). Estos aspectos burocráticos escasamente considerados como factor clave no solo en la calidad del servicio si no en la salud misma de los usuarios (23), cobran un sentido especial para los líderes en ambos países, quienes consideran los procesos administrativos ágiles y coordinados como actos de salud y calidad en los servicios.</p>
<p>Análisis personal</p>	<p>Dentro del concepto manejado de calidad no solo se refiere a un adecuado servicio en salud si no a aquellos actores que intervienen en dicho proceso, en el cual prima un objetivo principal el cual es garantizar a la comunidad la satisfacción de las necesidades en cuanto a los servicios de salud se refiere, para lo se debe satisfacer las penurias del cliente el cual tiene como papel fundamental dentro de las instituciones de salud evaluar la atención de un servicio oportuno, rápido confiable y certero , por tal motivo cada institución debe establecer estrategias d mejoramiento continuo y de calidad en sus diferentes áreas a las cuales el usuario esta diariamente presente.</p>

Art 22 Validación de un Instrumento para Medir Calidad Percibida por Usuarios de Hospitales de Colombia

Título	Validación de un Instrumento para Medir Calidad Percibida por Usuarios de Hospitales de Colombia
Autor y Año	Gustavo A. Cabrera-Arana, Jaime L. Londoño-Pimienta y León D. Bello-Parías. Rev. salud pública, ISSN (Versión impresa): 0124-0064,10(3):443-451,2008
Ubicación del artículo (base datos)	Redalyc.org
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Cabrera-Arana GA, Londoño-Pimienta JL, Bello-Parías LD. Validación de un Instrumento para Medir Calidad Percibida por Usuarios de Hospitales de Colombia. Revista de Salud Pública 2008;10(3):443-451. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42210309 . Fecha de consulta: 19 de septiembre de 2013.
Objetivo del artículo	<p>RESUMEN</p> <p>Objetivo Validar un instrumento para medir calidad percibida por usuarios de hospitales del Programa de reestructuración, rediseño y modernización de redes prestadoras de servicios de salud del Ministerio de la Protección Social de Colombia.</p> <p>Método Ante la inexistencia en Colombia de instrumento válido, se siguieron los lineamientos de Sánchez y Echeverri para validar escalas de medición en salud.</p> <p>Resultados Según síntesis conceptual se identificó una estructura de indicadores, dominios y subdominios constituyentes de la percepción de calidad de servicios de salud. Se desarrolló un listado de reactivos con escala de categorización de respuestas que se analizaron según validez de apariencia, constructo, criterio y utilidad</p>

	<p>así como criterios de sensibilidad y practicidad. Revisiones sucesivas y tres rondas de prueba en campo generaron el PECASUSS, acrónimo dado al instrumento por Percepción de Calidad Según Usuarios de Servicios de Salud.</p> <p>Conclusiones Los lineamientos orientaron eficazmente la validación del instrumento requerido para medir calidad percibida por usuarios de hospitales del Programa.</p>
Palabras Clave	Percepción, calidad de la atención de salud, hospital (fuente: DeCS, BIREME).
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>La República de Colombia y el Banco Interamericano de Desarrollo suscribieron en el 2004 un contrato para ejecutar un Programa de reorganización, rediseño y modernización de redes prestadoras de servicios de salud, parte de la macro estrategia sectorial orientada a que esta dimensión del Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS se desarrolle en un contexto de ajuste fiscal, competencia regulada y modernización de las instituciones públicas del país. El Programa apoya la transformación de hospitales, de las instituciones públicas prestadoras de servicios para que, mejorando su eficiencia y calidad, den viabilidad técnico-financiera a redes de prestadores y, consecuentemente, se liberen recursos que amplíen el aseguramiento en el SGSSS.</p> <p>Además, pretende implementar un sistema de evaluación de la calidad de los servicios de tales redes y de seguimiento a la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud (1,2).</p>
Muestra	No aplica
Intervención y proceso medición	No aplica

Resultado	<p>El producto de los pasos seguidos con el método de validación es un instrumento de tres componentes estructurales: la página de instrucciones, la página de respuestas y el instructivo general para aplicación.</p> <p>La página A, de instrucciones, es una página plastificable, de 29 reactivos estándar en total que contiene un encabezado con los créditos institucionales y nombre del instrumento así como los primeros tres reactivos básicos para identificar: el hospital, su nivel de complejidad y el municipio de su localización. Enseguida presenta seis reactivos para identificar: el momento de aplicación, el servicio evaluado, la tipología de afiliación al SGSSS, el sexo, la edad, la educación, la Ocupación y el estrato socioeconómico del encuestado. Por último aborda diecinueve reactivos específicos para la valoración por parte del informante de los indicadores, dominios y factores de calidad percibida que el proceso de validación señaló como pertinentes frente a los criterios de validez utilizados</p>
Discusión	<p>Como toda medición está sujeta a error -algo que ocurre al medir el largo de un objeto, el peso de personas y es aún más crítico al coleccionar información cualitativa o de naturaleza perceptual reportada por humanos y el error puede ser aleatorio (al azar) o sistemático (sesgo)-, para detectar, estimar, controlar o minimizar la presencia de error en la medición de base del Programa, era indispensable contar -como eje estructurante de la metodología- con un instrumento confiable y válido para la medición de la calidad percibida de los servicios de salud (3).</p>
Análisis personal	<p>Dentro de cada institución ya sea privada o pública se</p>

	<p>debe implementar según lo confiere la ley y el ministerio de la protección social, un programa de auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud PAMEC, en el cual se establezcan procesos los cuales garanticen la calidad en la prestación de servicios de salud y así cada institución establezca parámetros, criterios e indicadores que permitan identificar los parámetros de calidad esperada en los procesos de atención, para lo cual se adelantaran acciones preventivas y constante evaluación entre los parámetros establecidos y los resultados esperados.</p> <p>Con lo cual se lleva a cabo la identificación de dichas falencias en la prestación de servicios y con base en esto, se toman medidas para el mejoramiento continuo de en los diferentes procesos que estén implementados en la institución y que por diferentes razones, no alcancen los objetivos propuestos.</p>
--	---

Art 23 La calidad de la atención en salud, más allá de la mirada técnica y normativa

Título	La calidad de la atención en salud, más allá de la mirada técnica y normativa
Autor y Año	Hugo Alberto Múnera Gaviria1.revista investigación y educación en enfermería, ISSN (Versión impresa): 0120-5307, vol. 29, núm. 1, 2011, pp. 77-86.
Ubicación del artículo (base datos)	Redalyc.org
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Múnera Gaviria HA. La calidad de la atención en salud, más allá de la mirada técnica y normativa. Investigación y Educación en Enfermería 2011;29(1):77-86. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105222398010 . Fecha de consulta: 19 de septiembre de 2013.
Objetivo del artículo	<p>Objetivo. Comprender las percepciones que tienen los usuarios sobre la calidad de la atención en salud recibida en tres instituciones de salud en la ciudad de Medellín, Colombia.</p> <p>Metodología.</p> <p>Enfoque cualitativo desde la perspectiva de la etnografía focalizada.</p> <p>Los datos se obtuvieron mediante entrevistas semiestructuradas, observación no participante, diario de campo y revisión documental. Se tuvo en cuenta el consentimiento informado de los participantes y la autorización de las instituciones hospitalarias.</p> <p>Los participantes fueron 18 usuarios.</p> <p>Resultados. Las categorías que surgieron producto del análisis fueron: el camino hacia la atención en salud, el encuentro con el otro, las diferencias en la atención en salud y</p>

	<p>cómo resolver la queja.</p> <p>Conclusión. Desde la mirada de los usuarios existen dificultades en la atención brindada por el personal de salud, especialmente en lo que tiene que ver con relaciones cotidianas con los usuarios. Esta situación es consecuencia del modelo de salud eficientista y tecnicista, donde el usuario como sujeto y persona es cada vez más invisible.</p>
Palabras Clave	<p>calidad de la atención en salud; equidad en salud;</p> <p>humanización de la atención</p>
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>El estudio de la calidad de la atención en salud es una preocupación vigente a nivel mundial, de hecho entidades internacionales en salud como la Organización Mundial de la Salud, (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud, (OPS), la consideran un tema primordial en sus agendas de trabajo.¹ En América Latina, en 1980, uno de los principales aportes al estudio de la calidad de la atención lo hizo Donabedian,² considerado el padre de la atención en salud, quien definió la calidad como “una propiedad de la atención en Salud y a la vez es un juicio frente a ella, lo que constituye las bases del desarrollo del control de la calidad en la asistencia sanitaria. Este control se ejerce con tres pilares básicos que son análisis de la estructura, análisis del proceso y análisis del resultado”.</p>
Muestra	No aplica
Intervención y proceso medición	No aplica
Resultado	Producto del análisis del discurso de los usuarios emergen cuatro categorías centrales que dan respuesta al objetivo general; ellas son: 1) El camino hacia la atención en salud: donde los usuarios dan cuenta de las barreras y dificultades que se encuentran en el momento de tomar la decisión de

	<p>acceder al servicio de salud; 2) El encuentro con el otro: en la cual evidencian la importancia de la relación agente de salud-usuario, y se sitúa ésta relación como elemento central a tener en cuenta en la atención en salud; 3) Diferencias <i>en la atención</i>: resultados y análisis que permiten mostrar los contrastes que se dan en el proceso de atención y que ponen en cuestión el concepto de equidad dentro de este proceso; y 4) <i>Cómo resolver la queja</i>: última parte donde recogiendo las quejas que se dan en el transcurso del análisis, y que son transversales en éste, se revelan las diferentes formas que tienen los usuarios para hacer frente a las dificultades que se presentan durante el proceso de atención.</p>
<p>Discusión</p>	<p>Durante el proceso de atención, se evidencian varios momentos: el “antes”, que tiene relación con el acceso, es el momento que va desde que el usuario define la necesidad de consultar, hasta que es aceptada su atención en la institución de salud. El “durante”, momento en el cual se logra acceder a la consulta médica e intervenciones de enfermería, momento en el cual se da el “cara a cara” entre el usuario y los agentes de salud, y que tiene que ver con la intervención directa de su enfermedad; y “el después” que tiene que ver con las situaciones de manera posterior a la atención. Durante todos los momentos ocurren diferentes situaciones que son expresadas por los usuarios y son reflexionadas por diferentes autores y estudios.</p>
<p>Análisis personal</p>	<p>En cada una de las instituciones prestadoras de salud es de vital importancia conocer de manera minuciosa la calidad en la atención y de cómo se debe mejorar , para ello se establecen diversas acciones dentro de cada una de ellas para satisfacer la perspectiva de los usuarios, para ello se hace necesario cumplir con entrevistas, análisis de encuestas, quejas y reclamos para identificar así la satisfacción o no del cliente, y las falencias por mejorar en la calidad de la atención entre las cuales se encuentran:</p> <p>Trato personal Médico –paciente</p>

	<p>Preparación técnico-científico del personal que labora en la institución.</p> <p>Esto influye de manera positiva y hace competitiva la entidad frente a otros organismos de salud, para lo cual es evaluada la percepción del usuario con las expectativas así tener un resultado de mejoría en el servicio</p>
--	--

Art 24 LA ETICA DEL DESARROLLO PROFESIONAL CONTINUADO EN LA PROMOCION DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

Título	LA ETICA DEL DESARROLLO PROFESIONAL CONTINUADO EN LA PROMOCION DE LA CALIDAD ASISTENCIAL
Autor y Año	Rogelio Altisent. Acta Bioethica, ISSN (Versión impresa): 0717-5906, vol. XVI, núm. 2, 2010, pp. 155-164.
Ubicación del artículo (base datos)	Redalyc.org
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Altisent R. LA ÉTICA DEL DESARROLLO PROFESIONAL CONTINUADO EN LA PROMOCIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL. Acta Bioethica 2010; XVI155-164. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55415469007 . Consultado el 19 de septiembre de 2013
Objetivo del artículo	La ética siempre ha estado presente de forma más o menos explícita en la calidad asistencial; sin embargo, no se ha prestado la necesaria atención al motor de la calidad que se encuentra en las actitudes y en el impulso ético de los profesionales que han de liderar los procesos de mejora. El Desarrollo Profesional Continuado es un proceso que debe acompañar las sucesivas etapas de la vida del profesional, con sus distintos momentos de motivación y crisis, y conviene entender su fundamentación ética, reflexionando sobre la calidad asistencial. Los profesionales que cuidan pacientes también necesitan recibir atención para diagnosticar y superar las situaciones de inercia, ausencia de iniciativa, escepticismo y falta de autocrítica. Sólo se puede garantizar la calidad asistencial si los profesionales desarrollan un satisfactorio progreso de su carrera, para lo

	<p>cual es necesario que los servicios de personal y de recursos humanos de las instituciones sanitarias dediquen sus mejores energías a cuidar la promoción de sus profesionales.</p>
Palabras Clave	<p>ética médica, recursos humanos, profesionales sanitarios, desarrollo profesional, calidad asistencial</p>
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>El progreso tecnológico y científico de la sociedad en las últimas décadas se ha acompañado de una conciencia social que presiona hacia la mejora continua de la Calidad. Inicialmente este proceso nació en el sector industrial, pero paulatinamente se ha trasladado a los ámbitos más dinámicos de la actividad humana, entre los cuales se sitúa el sector sanitario. Los servicios de atención a la salud han experimentado en todo el mundo importantes cambios organizativos, permitiendo el acceso de un mayor número de personas a unas prestaciones en continuo crecimiento, intentando dar cumplimiento al derecho humano fundamental a recibir protección para la salud. La magnitud de los recursos y la trascendencia de los intereses en juego han contribuido a que la Calidad Asistencial (CA) se vaya consolidando como ineludible objeto de estudio y aplicación en las instituciones sanitarias, ya sean Públicas o privadas.</p>
Muestra	<p>No aplica</p>
Intervención y proceso medición	<p>No aplica</p>
Resultado	<p>La ética se convierte en el motor y la energía del DPC, y éste a su vez lo es de la CA. Esto se puede definir en tres círculos concéntricos. En el centro se encuentra un núcleo duro que anida en la intimidad de la conciencia, en la cual se reflexiona y se cristalizan los valores, actitudes y virtudes personales (respeto, comprensión, compasión, etc.). Es donde se toman decisiones y se mantiene el pulso del esfuerzo que esta tarea requiere, marcando cada</p>

	<p>cual su propio ritmo de autoexigencia. En el siguiente círculo entran en escena las relaciones de equipo y con otros profesionales, donde se establecen relaciones de reciprocidad. Por último, el tercer círculo abarca el sistema sanitario con sus condicionantes, positivos y negativos, donde se debe garantizar la independencia y Apoyos institucionales que estimulen el DPC.</p>
Discusión	No aplica
Análisis personal	<p>Para los profesionales en el área de salud se convierte en un pilar fundamental la ética que se tenga frente a los servicios prestados por la entidades de salud ya que de ello depende la tranquilidad, confianza y seguridad que se ve reflejada en el confort y satisfacción de los afiliados.</p> <p>Para ello se requiere de personal altamente calificado y entrenado que garantice una adecuada información, en cuanto a los servicios que se requieran.</p>

Art25 Calidad Percibida por Usuarios de Hospitales del Programa de Reestructuración de Redes de Servicios de Salud de Colombia

Titulo	Calidad Percibida por Usuarios de Hospitales del Programa de Reestructuración de Redes de Servicios de Salud de Colombia
Autor y Año	Gustavo A. Cabrera-Arana, León D. Bello-Parías y Jaime L. Londoño-Pimienta. Rev. salud pública, ISSN (Versión impresa): 0124-0064, vol. 10, núm. 4, septiembre, 2008, pp. 593-604.
Ubicación del artículo (base datos)	Redalyc.org
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Cabrera-Arana GA, Bello-Parías LD, Londoño-Pimienta JL. Calidad Percibida por Usuarios de Hospitales del Programa de Reestructuración de Redes de Servicios de Salud de Colombia. Revista de Salud Pública 200810593-604. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42210409 . Fecha de consulta: 19 de septiembre de 2013.
Objetivo del artículo	<p>RESUMEN</p> <p>Objetivo Establecer una línea base de la calidad percibida por usuarios de hospitales</p> <p>objeto de intervención del Programa de reestructuración, rediseño y modernización de redes prestadoras de servicios de salud de Colombia.</p> <p>Método Con instrumento validado para medir Percepción de Calidad Según Usuarios de Servicios de Salud, el PECASUSS, en agosto de 2006 se entrevistaron cara a cara 4 021 usuarios de una muestra de los hospitales del Programa.</p> <p>Resultados Los entrevistados, con media de 38 años, 70</p>

	<p>% mujeres, 60 % con afiliación al régimen subsidiado, 55 % de estrato uno y 53 % atendidos en consulta</p> <p>general, valoraron mayoritariamente como bueno o muy bueno el nivel de dieciséis aspectos perceptibles de la calidad de los servicios. En una escala de 0,0 (pésimo) a 5,0 (excelente), calificaron la calidad con una media de 3,98 (DE: 0,8).</p> <p>Conclusiones La calidad percibida por usuarios de los hospitales del Programa fue buena en general. El trato humanizado recibido de los funcionarios asistenciales fue la sub-dimensión de la calidad de la atención mejor valorada por los informantes.</p>
Palabras Clave	Percepción, calidad de atención en salud, hospitales (fuente: DeCS, BIREME).
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>La República de Colombia suscribió en el año 2004 un contrato de cooperación con el Banco Interamericano de Desarrollo para ejecutar un Programa orientado a reorganizar, rediseñar y modernizar las redes prestadoras de servicios de salud del país. El Programa apoya la transformación de los hospitales, Instituciones Prestadoras de Servicios-IPS, de naturaleza pública,</p> <p>para mejorar su gestión y calidad (1). Como parte del seguimiento a la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud dicho Programa busca, además, implementar un sistema evaluativo de la calidad de los servicios prestados por estas IPS (2).</p>
Muestra	No aplica
Intervención y proceso medición	No aplica
Resultado	La percepción de calidad de servicios recibidos por los usuarios encuestados, según los reactivos del

	<p>PECASUSS (5), reveló los siguientes hallazgos. La Percepción de la espera para ser atendidos varió de 0 a 360 minutos, con mediana 30 y media de 55,3 (DE: 64,6). Un grupo de 1 017 (25,3 %) usuarios dijo haber esperado menos de 10 minutos; 1 306 (32,5 %) esperó de 11 a 30; 705 (17,5 %) de 31 a 60; 533 (13,2 %) de 61 a 120; 288 (7,2 %) de 121 a 180 y, 171 (4,3 %) esperaron más de 181 minutos, 3 horas. Estos tiempos de espera se percibieron como muy cortos por 354 (8,8 %) usuarios; como corto por 1 397 (34,7 %); ni corto ni largo por 949 (23,6 %); largo por 723 (18,0 %) y, como muy largo, por los 598 (14,9 %) restantes.</p> <p>Frente a la atención recibida, 290 (7,2 %) usuarios dijeron estar muy satisfechos; 2 880 (71,6 %) satisfechos; 649 (16,1 %) ni satisfechos ni insatisfechos; 133 (3,4 %) insatisfechos y los 69 (1,7 %) restantes dijeron estar muy insatisfechos. Los usuarios calificaron la calidad del servicio recibido, en una escala de 0,0 a 5,0, con un promedio de 3,98 (DE 0,8). Un grupo de 1 014 (25,2%) asignaron cinco; 1 978 (49,3) dieron puntajes de cuatro a cuatro nueve; 846 (21 %) de tres a tres nueve; 128 (3,2 %) de dos a dos nueve; 42 (1 %) de uno a uno nueve y los 13 (0,3 %) restantes calificaron este aspecto con valores de cero a cero nueve.</p>
Discusión	<p>Las estimaciones de la línea base 2006, de la calidad percibida por los usuarios de hospitales del Programa, tienen la limitación de ser una aproximación a los valores reales de dicha percepción. Esa limitación fue considerada para ajustar definiciones y conceptos, adecuar el modelo de evaluación (6) y diseñar el muestreo para así garantizar la misma probabilidad de</p>

	<p>selección a cada institución del marco de elegibles y a cada usuario atendido durante la recolección de</p> <p>Datos (3). Las fuentes de error previstas en esta medición fueron potenciales errores del muestreo y errores no muestrales; entre los del muestreo están los</p> <p>del ejercicio probabilístico de entrevistar a una muestra y no al universo de usuarios. Frente a los no muestrales se controlaron los potenciales efectos que en la medición se generan en los procesos para recoger, procesar e interpretar los datos (3).</p>
<p>Análisis personal</p>	<p>Para los usuarios pertenecientes a cualquier régimen de seguridad social en salud, es de vital importancia conocer las perspectivas frente a la estructura, proceso, resultado, ya que de estos depende la evaluación de la entidad , sus empleados servicios que se ofrecen en la actualidad.</p> <p>Dentro de la percepción del usuario a l servicio de salud se debe tener en cuenta que debe existir una comunicación clara, concreta hacia los diferentes procesos a seguir en pro de su enfermedad, dentro de los cuales deben primar la calidez, empatía.</p> <p>En la actualidad existen diversos factores que influyen de manera negativa en la percepción que tienen los usuarios frente a los servicios de salud dentro de los cuales influyen: tiempo de espera en consulta externa, mal trato o falta de calidez en la atención, alto costo de los medicamentos, lo cual genera inconformidad al usuario y su familia y crea una mala percepción de la institución.</p>

Art 26 .Factores asociados a eventos adversos en pacientes hospitalizados en una entidad de salud en Colombia

Título	Factores asociados a eventos adversos en pacientes hospitalizados en una entidad de salud en Colombia
Autor y Año	ARLEX URIEL PALACIOS-BARAHONA ¹ , JOSÉ BAREÑO SILVA . CES Medicina, versión impresa ISSN 0120-8705, CES Med. vol.26 no.1 Medellín ene. /jun. 2012
Ubicación del artículo (base datos)	http://revistas.ces.edu.co/
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Palacios-Barahona AU, Bareño-Silva. Factores asociados a eventos adversos en pacientes hospitalizados en una entidad de salud en Colombia. Rev CES Med 2012; 26(1):19-28
Objetivo del artículo	<p>Introducción: los eventos adversos entendidos como un “daño o complicación no intencionada causado por el tratamiento de una enfermedad que resulta en discapacidad, muerte o prolongación de la estancia hospitalaria y no obedece a la enfermedad o estado subyacente del paciente”</p> <p>Ocurren de manera frecuente en los hospitales. Se ha evidenciado que un 50 % de los casos son evitables, incrementan el costo del sistema de salud y producen discapacidad y muerte en algunos Pacientes. Este estudio constituye un punto de partida para la mejora de la calidad asistencial de Los pacientes.</p> <p>Objetivo: determinar si algunos factores de riesgo, tales como el tipo de tratamiento, sexo, edad</p>

	<p>y la estancia, se relacionan con la presencia de eventos adversos hospitalarios en instituciones de salud adscritas a una aseguradora en Antioquia y el Eje Cafetero (Manizales, Risaralda y Quindío) durante el segundo semestre de 2008.</p>
Palabras Clave	Evento adverso, Factor de riesgo Hospitalización Servicios de salud, Colombia.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>El evento adverso (EA) se ha definido como “el daño no intencional o complicación que resulta en estancia hospitalaria prolongada, discapacidad al momento del alta o muerte y es causado por el manejo de la atención en salud más que de la enfermedad subyacente del paciente” (1-6).</p> <p>Se ha estimado que uno de cada diez pacientes ingresados a hospitalización sufre alguna forma de daño evitable que puede provocar discapacidad grave o incluso la muerte (1). La incidencia de EA en hospitales es de 9,2 %, de los cuales el 43,5 % se consideran evitables (1). Los estudios de incidencia de EA han reportado cifras en Australia de 16,6 % (7), Nueva Zelanda de 12,9 % (8), Canadá de 7,5 % (9), España de 9,3 % (10), Holanda 5,7 % (3), Suecia 12,3 % (11) y Estados Unidos 3,7 % (12).</p>
Muestra	No aplica
Intervención y proceso medición	No aplica
Resultado	En el 25,5 % de las instituciones adscritas a la aseguradora se presentaron EA. Entre los 21 219 pacientes hospitalizados en el segundo semestre del año 2008 en las clínicas y hospitales de Antioquia y Eje Cafetero, se observó una prevalencia de EA de 6,8 %, mientras que 33 % de tales pacientes presentó más de un

	<p>EA en la misma hospitalización.</p> <p>Los EA más frecuentes fueron la infección hospitalaria (28 %), re-hospitalización (25 %), complicaciones quirúrgicas (14 %), problemas relacionados con medicamentos que implican daño al paciente (7,4 %), complicaciones médicas (7 %) y otros en 18,6 %.</p>
Discusión	<p>Hay aspectos metodológicos que pueden haber afectado nuestro estudio, p.e. el desconocimiento de la condición clínica de los pacientes hospitalizados, ya que el estado del paciente generalmente está ligado a la enfermedad. De igual forma las comorbilidades, al no contar con esta Variable no se pudo realizar ajustes por estos factores. Así mismo, el estudio se realizó con la información consignada en la base de datos, un sub-registro puede haber llevado a infraestimar la asociación de los factores estudiados.</p> <p>Este estudio reporta la mayor descripción de pacientes Con EA documentados hasta el momento en Latinoamérica (13), en los cuales se miden algunos factores de riesgo asociados a eventos adversos, por lo cual esperamos que sea un referente que ayude a orientar la política de seguridad de los pacientes hospitalizados.</p>
Análisis personal	<p>El evento adverso juega un papel importante en la prestación de los servicios a los usuarios, ya que estos se pueden presentar de forma inesperada y causar daño durante la atención prestada, con lo cual se ve afectada la integridad el paciente, su progresión en el tratamiento, su estado emocional, y por ende la prolongación de la estancia hospitalaria, pronostico. Este evento adverso puede ser prevenible por el personal de salud, por tal motivo cada institución de salud debe implementar medidas en cuanto al personal seleccionado para laborar en dichas instituciones, el cual debe ser adecuadamente</p>

	<p>calificado y tener conocimientos aptos para el área en la cual se desempeñara.</p> <p>En cuanto a la seguridad del paciente se tiene como objetivo brindar y velar por todos aquellos procedimientos a los cuales será intervenido o que decisiones se tomaran con respecto a la solución de sus causas hospitalarias y asegurar una calidad permanente de los servicios de salud.</p>
--	---

Art 27 De la idea al concepto en la calidad en los servicios de salud

Título	De la idea al concepto en la calidad en los servicios de salud
Autor y Año	Héctor Robledo-Galván, 1 José Meljem-Moctezuma,2 Germán Fajardo-Dolci,3 David Olvera-López1. R E V I S T A Rev CONAMED 2012, 17(4): 172-175
Ubicación del artículo (base datos)	Dialnet
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Héctor Robledo Galván, José Meljem Moctezuma, Germán E. Fajardo Dolci, David Olvera López. De la idea al concepto en la calidad en los servicios de salud Revista CONAMED, Vol. 17, Nº. 4, 2012, págs. 172-175
Objetivo del artículo	La definición de calidad en la atención a la salud no es Un concepto estático ni universal, existen conceptualizaciones que enriquecen el término en función de elementos que se han agregado en el tiempo. Se presentan algunos conceptos de calidad que se han utilizado en la industria y cómo varios de ellos han dado origen a los que se emplean en los servicios de salud. Finalmente se presentan conceptos explícitos de la calidad en la atención a la salud, desde diferentes perspectivas y considerando distintos componentes.
Palabras Clave	Calidad de la atención médica, historia de la calidad en los servicios de salud, evolución de la calidad en la atención médica.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-	No deja de ser interesante que siendo la calidad un término que han identificado diversas culturas en momentos históricos dispersos en la línea del tiempo, es hasta hace relativamente poco -30 tal vez 35 años- que

planteamiento problema)	cobra importancia relevante en materia de salud. La propia Organización Mundial de la Salud (OMS), ha definido la calidad como “una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud de los individuos o de la población de una forma total y precisa y destina los recursos necesarios (humanos y otros) a estas necesidades, de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite”
Muestra	No aplica
Intervención y proceso medición	No aplica
Resultado	<p>Los estudiosos del tema señalan que el concepto de calidad no es una definición estática, permanente o perene, por el contrario, evoluciona conforme maduran y avanzan por un lado la atención médica y por otro los conceptos de calidad que se aplican a las diferentes organizaciones.</p> <p>La calidad en todos los contextos y en salud no es la excepción debe ser instrumentada y evaluada cada vez Más con estándares internacionales. Los criterios e indicadores deben responder a las expectativas de los organismos internacionales en el concierto de las naciones.</p> <p>La calidad y la seguridad en la atención a la salud de los pacientes es un binomio que muestra resultados a la par. Si no hay calidad no puede haber seguridad, la calidad establece los elementos necesarios para disminuir los riesgos en la operación diaria de las unidades de atención médica y por ende, de lo que el paciente recibe en el proceso.</p>
Discusión	No aplica
Análisis personal	Lograr la máxima calidad en los servicios de salud se ha convertido en un objetivo importante para las instituciones de salud, en la cual intervienen los prestadores de salud como los que acceden a estos, teniendo presente que las exigencias por parte de los usuarios son cada vez mayores de parte de los usuarios y cada vez más exigente en

	<p>cuanto a la competencia generada por cada entidad prestadora de salud lo cual se realiza de forma constante para asegurar la calidad en los productos y servicios para lo cual las organizaciones lo manejan como un nivel de excelencia para el logro de la satisfacción de los usuarios.</p>
--	---

Art 28 La legislación que reglamenta el sistema de salud colombiano: formulación, aplicación e implicaciones sobre sus actores

Título	La legislación que reglamenta el sistema de salud colombiano: formulación, aplicación e implicaciones sobre sus actores
Autor y Año	Iván F. Muñoz E1; Beatriz E. Londoño2; Yomaira Higueta H3; Diego A. Sarasti4; Gloria Molina M.5. Rev Fac Nac Salud Pública 2009; 27(2): 142-152.
Ubicación del artículo (base datos)	Dialnet
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Muñoz IF, Londoño BE, Higueta Y, Sarasti DA, Molina GM. La legislación que reglamenta el sistema de salud colombiano: formulación, Aplicación e implicaciones sobre sus actores. Rev Fac Nac Salud Pública 2009;27(2): 142-152.
Objetivo del artículo	<p>En el sistema de salud colombiano, la legislación cumple el papel de determinar su estructura y funcionamiento en aras de la garantía de los derechos a la salud y la seguridad social incluidos en la Constitución de 1991.</p> <p>Objetivo: presentar las problemáticas en la formulación e implementación de la legislación del Actual sistema, así como las implicaciones sobre sus diferentes actores.</p> <p>Metodología: estudio realizado en seis ciudades colombianas usando la metodología cualitativa de la teoría fundada.</p> <p>Se realizaron 174 entrevistas a médicos, administradores, enfermeras y usuarios.</p>

	<p>Resultados: los hallazgos evidencian problemas en la formulación e implementación, entre ellos: la sobreproducción normativa y las dificultades para su aprehensión, la influencia de intereses particulares y la no correspondencia de las normas con las necesidades de salud la población.</p> <p>Discusión:</p> <p>Estas problemáticas causan barreras de acceso a los servicios de salud y fallos en la calidad de la atención a los pacientes, dilemas éticos e insatisfacción en los profesionales de la salud, así como inestabilidad para las instituciones del sector salud. Lo anterior emerge como limitación para la garantía del derecho a la salud y exige un replanteamiento de la legislación a favor de los principios constitucionales y el bienestar colectivo.</p>
Palabras Clave	legislación en salud, derecho a la salud, accesibilidad a los servicios de salud, personal de salud, sistema de salud colombiano
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	Con la expedición de la Ley 100 en 1993, que reformó el anterior Sistema Nacional de Salud, vigente desde 1976, e instauró el actual Sistema General de Seguridad Social en Salud (sgsss), se ha buscado llevar a cabo los mandatos sobre la salud y la seguridad social en la población colombiana contemplados en el título 2 de la Constitución Política promulgada en 1991. ¹ Esta reforma al sistema de salud colombiano implicó cambios en su estructura y funcionamiento, dentro de los que se destacan los relacionados con la función de rectoría y control, que pasó a ser asumida de manera conjunta por el Ministerio de Salud (ahora Ministerio de la Protección Social), la Comisión de Regulación en Salud (creada por la Ley 1122 de 2007), ² el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (con sus correspondientes Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud), ¹ los entes territoriales (departamentos y municipios) ³ y la Superintendencia de Salud
Muestra	No aplica
Intervención y	No aplica

proceso medición	
Resultado	Esta síntesis de las principales problemáticas frente a la legislación que reglamenta el sistema plantea un panorama en que la regulación en salud pierde legitimidad y aplicabilidad para los actores, con lo cual se allana el terreno para la ilegalidad y la búsqueda del beneficio particular sobre el colectivo, lo que finalmente se convierte en una barrera para la garantía del derecho constitucional a la salud y a la seguridad social de los colombianos.
Discusión	A la luz de los hallazgos descritos, se pueden apreciar una serie de aspectos que afectan los procesos de formulación e implementación de la legislación que reglamenta el sistema de salud colombiano, los cuales impactan de forma negativa los principios del mismo sistema y la garantía de los derechos constitucionales, ejerciendo un efecto negativo en la eficacia de la legislación ante las necesidades en salud de la población. Por otro lado, la exigencia hecha a las instituciones y personas residentes en zonas apartadas del país para la aplicación de normas que fueron diseñadas sin contemplar sus particularidades y contextos va en contravía del artículo 1 de la Constitución Nacional, en el cual se establece la descentralización y la autonomía territorial como principios fundamentales del Estado social de derecho.
Análisis personal	Con el fin de mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud, en los aspectos de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, y continuidad, por lo cual el ministerio de salud reglamento el sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud, los estándares que se aplican evalúan los procesos, tales como el respeto a los derechos de los pacientes acceso al servicio, atención clínica, y soporte administrativo en las instituciones que prestan servicios de salud y que se encuentren en proceso de acreditación. El servicio público esencial de seguridad social en salud se basara en los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación, los cuales se desarrollaran de forma progresiva con el objeto de amparar a la población y la calidad de vida.

Art 29 ATENCION PRIMARIA MARCO REGULADOR DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Titulo	ATENCIÓN PRIMARIA MARCO REGULADOR DE LOS SISTEMAS DE SALUD
Autor y Año	Gloria Esther Villarreal Amaris. Revisalud Unisucre, ISSN: 2339 – 4072, Revisalud Unisucre 2013;1(1):63 – 66
Ubicación del artículo (base datos)	Google académico
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Amaris, Gloria Villareal. ATENCIÓN PRIMARIA MARCO REGULADOR DE LOS SISTEMAS DE SALUD, Revisalud unisucre 2013; 1(1):63 – 66.
Objetivo del artículo	la Atención Primaria se plantea como —parte integral del desarrollo de los sistemas de salud y la mejor estrategia para promover mejoras equitativas y sostenibles en la salud de los pueblos de las Américas. Coherente con este pensamiento se observa que en el artículo 12 de la Ley 1438, promulgada el 19 de enero del 2011, propone la Atención Primaria como la estrategia para 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.
Palabras Clave	Atención primaria, Sistemas de salud,
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	Hablar de Atención Primaria nos remonta a los años 1975 y 1976 cuando en las Asamblea de la OMS, el Dr Halfdan Mahler en calidad de su tercer Director General, propone una —asistencia sanitaria completa y eficaz para toda la población del mundo y para avanzar con esta propuesta convoca en 1978 en ALMA ATA, Kazajistán (URSS) a los

	<p>países miembros a una Conferencia Internacional, con el propósito de intercambiar ideas y experiencias, acerca a esta nueva visión de Atención, a la que él denominó Atención Primaria de Salud.</p> <p>En ella, se establece a la Atención Primaria como la estrategia para alcanzar la —Salud para Todosll esto conlleva que cada región adopte sus propias políticas y planes de acción.</p> <p>La Atención Primaria se ha transformado desde aquel momento, en la política con mayor nivel de consenso a nivel global entre los actores del sector salud en pos de garantizar el derecho universal a la salud- sin embargo, a la hora de implementar a la misma esta se diluye y aparecen diferencias sustanciales.</p>
Muestra	No aplica
Intervención y proceso medición	No aplica
Resultado	<p>En la búsqueda de la equidad y el fortalecimiento de la democracia la Atención Primaria brinda una oportunidad para hacer realidad esta nueva concepción de la salud por lo tanto, demanda una gran esfuerzo de perspectiva en la planeación para la inclusión de la población y políticas acertadas para superar los escollos que hoy nos muestra el actual sistema de salud. Tener presente que la Atención primaria Renovada Se centra no solo en la prestación de servicios de salud sino que abarca todas las funciones del sistema de salud y otros sectores sociales con un enfoque de determinantes de la salud.</p>
Discusión	No aplica
Análisis personal	Uno de los objetivos establecidos dentro del Sistema de Seguridad Social está orientado a generar condiciones que protejan la salud de todos os colombianos, siendo el

	<p>bienestar del usuario el eje central y núcleo de las políticas de salud, para esto se establecen acciones de salud pública, promoción de la salud y prevención de la enfermedad y demás prestaciones ,las cuales actúen como estrategias para la atención primaria en salud y las cuales se encuentren de manera constante en la salud de la población, en la cual intervienen componentes integrados e interdependientes dentro de los cuales están: acción intersectorial, participación social y comunitaria y ciudadana.</p>
--	---

Art 30 Entendiendo la Economía de la Salud: Una revisión de los estudios sobre eficiencia, equidad y desigualdades

Título	Entendiendo la Economía de la Salud: Una revisión de los estudios sobre eficiencia, equidad y desigualdades.
Autor y Año	Marta Pascual Sáez a, David Cantarero Prieto. Estudios de economía aplicada, ISSN-e 1133-3197, Vol. 31, Nº 2, 2013.
Ubicación del artículo (base datos)	Dialnet
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Pascual Sáez, Marta - Cantarero Prieto, David. Entendiendo la Economía de la Salud: Una revisión de los estudios sobre eficiencia, equidad y desigualdades. Estudios de economía aplicada Vol. 31, Nº 2, 2013 pag 281-302.
Objetivo del artículo	Este trabajo estudia el desarrollo e influencia actual de la economía de la salud en lo referente a los aspectos de eficiencia, equidad y desigualdades. Además, se muestra el estado actual del papel del sector público y privado así como su colaboración en la provisión y producción de servicios sanitarios. Los resultados obtenidos implican que la prospectiva de evolución de esta disciplina seguirá creando herramientas útiles en cuanto a ser aplicadas para conseguir mejorar la calidad de la atención sanitaria y la equidad en el acceso de sus ciudadanos. No obstante, para obtener una visión global en estudios de economía de la salud, es aconsejable utilizar varias medidas que se complementen entre sí.
Palabras Clave	Economía de la Salud, eficiencia, equidad, desigualdades en salud, medición.
Conceptos	La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la

manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>salud como "<i>Un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades</i>". Esta definición (que no ha sido modificada desde 19481) ha sido punto de partida desde hace décadas de numerosas investigaciones y estudios empíricos. Así, la OMS publica desde 1995, y de manera bianual, el "<i>Informe sobre la salud en el mundo</i>" que evalúa aspectos concretos relativos a la salud mundial como la financiación de los sistemas que la protegen, la atención primaria, el personal de dichos servicios sanitarios, las desigualdades en salud, prevención, tratamiento, atención y apoyo en el caso de enfermedad, salud mental, esperanza de vida, condiciones sanitarias, etc. Estos informes son un auténtico referente tanto para los países calificados como desarrollados como para los que están en vías de desarrollo.</p>
Muestra	<p>No aplica</p>
Intervención y proceso medición	<p>No aplica</p>
Resultado	<p>Una hoja de ruta para la investigación futura en Economía de la Salud que pretenda atender a la mejora en eficiencia, equidad y desigualdades de salud debería primar preferentemente aquellos estudios que cumplan una o las dos condiciones siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que impliquen innovaciones metodológicas para las organizaciones sanitarias. Para ello, es básico que puedan ser capaces de traducir los resultados obtenidos en términos de política sanitaria. • Que actualicen resultados de estudios anteriores al disponer de nuevas bases de datos o información más detallada. <p>Sin duda, en la agenda de futuro en Economía de la salud, y que dará lugar a numerosas investigaciones, aparecerán temas de gran relevancia como la sostenibilidad en el futuro de los sistemas sanitarios, la revisión de su</p>

	<p>financiación y las desigualdades territoriales, el copago de determinados servicios sanitarios, la definición de las carteras de servicios básicos, el cambio en estilos de vida, el uso eficiente de las tecnologías de la información (desarrollo de la <i>e-health</i>), la evaluación de las políticas públicas, etc. Elementos todos ellos que contribuirán a mejorar la eficiencia y calidad de la atención sanitaria así como la equidad en el acceso de sus ciudadanos y que al mismo tiempo permitirán reducir las desigualdades en salud</p>
Discusión	No aplica
Análisis personal	<p>La descentralización en salud ha dado oportunidad a los diferentes entes territoriales tener autonomía en cuanto al manejo de los recursos financieros para las entidades prestadoras de salud lo cual permite asignar los recursos de manera mas acorde con las necesidades locales aun cuando en algunos casos se hace un mal uso de ellos. para ello se da la suficiente confianza para administrar de manera equitativa los recursos financieros destinados al crecimiento y fortalecimiento de los servicios de salud.</p>

Art 31. REFERENTES TEÓRICOS PARA EL ANÁLISIS DE LA REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO

titulo	Referentes teóricos para el análisis de la reforma del sistema de salud colombiano
autor y año	Álvaro Franco-Giraldo. año 2012
ubicación del artículo (base datos)	Scielo
citación bibliográfica del artículo en vancouver)	Franco-Giraldo, Álvaro. Referentes teóricos para el análisis de la reforma del sistema de salud colombiano. <i>Rev. gerenc. polit. salud</i> [en línea]. 2012, vol.11, n.22 [citado el 19.10.2013], pp 28-42. disponible en: < http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1657-70272012000100003&lng=en&nrm=iso >. issn 1657-7027.
Objetivo del artículo	Definir unos ejes temáticos que permitan analizar e interpretar la reforma, que sirvan de este modo para orientar la formulación de la política y el diseño de un nuevo modelo de sistema de salud. Además, se pretende dar luces teóricas para lo que sería una reforma estructural para la salud; una reforma estructural dilatada por décadas, de la que solo anuncia que debe ser total e integral, pero aún no se define cómo jerarquizar esos cambios, y cuál es la orientación más adecuada.
Palabras Clave	Sistemas de salud, políticas públicas de salud, reforma de la atención de salud - Colombia.
Conceptos manejados en	El enfoque igualitarista entiende la salud como un derecho social y un hecho político y se soporta en las concepciones principales

el artículo (Introducción - planteamiento o problema)	de la equidad y de la justicia sanitaria, así como de la solidaridad (en el centro de la seguridad social). Ve la justicia sanitaria como un valor bueno en sí mismo y destaca el desarrollo humano como norte de la política pública. Se propone eliminar desigualdades en el estado de salud de la población. Para este modelo ideológico-político, la financiación pública es la que mejores resultados logra en relación con la igualdad y la equidad; privilegia la universalidad de coberturas y la equidad en el acceso a los beneficios.
Muestra	No aplica
Intervención y proceso medición	No aplica
Resultados	No aplica
Discusión	No aplica
Análisis Personal	<p>Se observa en nuestro país las reformas de salud que hemos tenido tienen como centro de discusión la ideología y las ideas de políticas que se discuten en la sociedad. De el enfoque de la salud antes de la ley 100 del 93 hasta ahora y que se ha objetivando el enfoque al impacto y satisfacción de los usuarios, centrándose en los valores de ser mas eficientes y reducir los gastos en la salud. La ley 100 de 1993 transformo los servicios de salud e Colombia, se basa en el bienestar y la relación salud-vida, en el acceso y la oportunidad y recursos económicos y tecnológicos.</p> <p>Es necesario aprovechar estrategias ya aprobadas y redes integradas de servicios de salud o los desarrollos de estrategias en la atención primaria en salud, y de manera mas completa en el enfoque de los sistemas integrados de salud.</p>

Art 32 ENTRE LOS NEGOCIOS Y LOS DERECHOS

titulo	Entre los negocios y los derechos
autor y año	Saúl Franco. Año 2013
ubicación del articulo (base datos)	Scielo
citación bibliográfica del articulo en vancouver)	Franco Saúl. Entre los negocios y los derechos. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2013 Jun [citado 2013 Oct 19]; 39(2): 268-284. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000200008&lng=es .
Objetivo del artículo	<p>El artículo propone hacer una reflexión sobre los postulados y los valores que sustentan el actual Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia, a partir de cinco hechos significativos. El primero es el enriquecimiento de las Entidades Promotoras de Salud, que no priorizan el bienestar humano y se dedican a asuntos del ámbito financiero y administrativo; otro de los hechos, descubierto en el 2011, es la alianza entre las empresas encargadas de ordenar la atención médica de la población y administrar los recursos para financiarla, aumentar los cobros y aumentar así sus ganancias. Por otro lado, está el cierre de las camas de pediatría por ser mal negocio; datos recientes informan de la existencia de solo seis camas de alta complejidad por cada 10 000 niños. La falta de regulación en los precios de los medicamentos, permitido por el modelo de salud vigente, es otro asunto importante que afecta las posibilidades de adquisición de la población más desfavorecida. Y finalmente, el hecho más impactante: la muerte evitable y culpable de miles de personas, producida, entre otros, por la falta de atención oportuna, el llamado paseo de la muerte. Los cinco hechos enunciados develan algunas de los intereses y prácticas que se</p>

	han desarrollado en los 20 años de existencia del modelo de salud colombiano.
Palabras Clave	Negocios, salud, economía, ética, política, Colombia
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>El amplio espectro de las ideas, interpretaciones y modelos valorativos frente al torrente continuo de los acontecimientos, genera de manera inevitable tensiones y confrontaciones, origen de buena parte de las luchas al interior de la sociedad. A mediados de 2011 se descubrió, denunció e intentó sancionarse en Colombia algo que parecería irreal. Que las empresas que dentro del actual SSSS están encargadas de ordenar la atención médica de la población y administrar los recursos para financiarla, habían hecho una alianza para negar servicios y aumentar los cobros y, en consecuencia, sus ganancias mediante tres mecanismos.</p> <p>El primero: unificar criterios según su interés, tanto para negar atenciones incluidas en el plan de beneficios -Plan Obligatorio de Salud (POS)-, por el que ellas reciben un pago fijo anticipado, como por aquellos eventos no incluidos en dicho plan -No POS- y por los cuales recobran altas sumas de dinero. Aumentaron así lo que ellas mismas denominaron "zonas grises" de los planes de beneficios, y se convirtieron en las intérpretes y jueces de dichas zonas, siempre a favor de sus chequeras. El segundo mecanismo consistió en privatizar y manipular la información, compartiendo parte de ella al interior de su propia organización y enviando otra diferente a las autoridades del sector, anteponiendo sus intereses mercantiles al rigor de la información y a su uso en beneficio de los pacientes y de la salud de la población. Y el tercer mecanismo era producto de los dos anteriores: mediante ellos buscaban fijar ellas mismas en la práctica el monto efectivo del dinero que el sistema le reconoce a las aseguradoras por cada paciente, llamado en términos técnicos Unidad de Pago por Capitación (UPC). La conversión de los servicios de atención a la enfermedad en productos que pueden comprarse y venderse, el establecimiento de sistemas de salud que no solo permiten sino</p>

	que privilegian dicho mercado imperfecto, y el reconocimiento de la acumulación de ganancias como objeto final de la actividad económica, son los pilares sobre los cuales se sustentan tales prácticas.
Muestra	No aplica
Intervención y proceso medición	No aplica
Resultados	No aplica
Discusión	No aplica
Análisis Personal	<p>En este artículo estamos visualizando lo malo que ocurre en nuestro sistema de salud, ya que hoy en día se está manejando el sistema mediante las EPS, que son aquellas empresas prestadoras de salud, con las que contamos, pero para las que debemos aportar una mensualidad para ser atendidos y no aplica al art 49 de la constitución política, donde se dice que la salud es un derecho y que se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Y lo que vemos más de cerca son las</p>

inequidades , desigualdades y malos tratos con los pacientes, que más a menudo son llamados clientes y que lo único que interesa a las instituciones prestadoras de salud y empresas prestadoras de salud es el ingreso económico, y no lo que tanto hablan prestar un servicio eficaz y eficiente.

Porque vemos que cada vez mas son cerradas las camas de pediatría y neonatología que son las menos rentables. Y esto afecta a la población y aumenta la mortalidad y morbilidad en los niños que deberían ser los primeros en ser atendidos.

ART 33. DETERMINANTES INDIVIDUALES Y SOCIALES DE SALUD EN LA MEDICINA FAMILIAR

titulo	Determinantes individuales y sociales de salud en la medicina familiar
autor y año	Dra. Regla María Fernández Dr. Cs. Klaus Thielmann,II Dra. Martha BeatrizBormey QuiñonesI. AÑO 2012
ubicación del articulo (base datos)	SCIELO
citación bibliográfica del articulo en vancouver)	Fernández Regla María, Thielmann Klaus, Bormey Quiñones Martha Beatriz. Individual and social health determinants in the family medicine. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2012 Sep [citado 2013 Oct 19] ; 38(3): 484-490. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000300014&lng=es .
Objetivo del artículo	El objetivo propuesto es introducir en la práctica social un instrumento metodológico mediante un proyecto de investigación, que permita inducir la necesidad de cambios en el estilo de vida de cada individuo en la comunidad para mantener e incrementar su salud y que además, permita evaluar de forma confiable, precisa y periódicamente, el nivel de conciencia alcanzado y los resultados derivados de los cambios en el estilo de vida. La viabilidad de tal instrumento metodológico pasa por un período de constatación en la práctica.
Palabras Clave	Determinantes de salud, instrumento metodológico, consultas salutogénicas.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-	Sin dudas, la disciplina médica más adelantada con visión biopsicosocial y ambiental y más abarcadora es la Medicina General Integral (MGI). Son los médicos de familia, que viven en el seno de la comunidad donde reside el grupo de la población

planteamiento problema)	<p>que atiende, los que por necesidad y experiencia tienen una mejor percepción de las condicionantes en la relación salud enfermedad. En Cuba, con el desarrollo de la MGI, están creadas las condiciones para un mayor</p> <p>desarrollo de la medicina proactiva, que se interesa por el fortalecimiento de la salud. Supuestamente, un período de 24 meses es corto para detectar grandes cambios en la incidencia de ECNT(ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES) y otras, pero sin embargo el instrumento explora la posible incidencia de estas enfermedades en ese período. Este instrumento se viene aplicando con la perspectiva de perfeccionarlo sistemáticamente atendiendo a las experiencias adquiridas y extenderlo a grupos vulnerables.</p>
Muestra	<p>Todos los sujetos participantes se entrevistaron en la consulta inicial, pero a partir de la segunda solo se entrevistaron 750, seleccionados aleatoriamente del total de participantes</p>
Intervención y proceso medición	<p>Todos los sujetos participantes se entrevistaron en la consulta inicial, pero a partir de la segunda solo se entrevistaron 750, seleccionados aleatoriamente</p> <p>del total de participantes. Esto permitió evaluar la efectividad de la intervención comparando los cambios del estilo de vida en el grupo entrevistado sistemáticamente en consultas salutogénicas en relación con los que solo se entrevistaron una vez.</p> <p>La duración total del proyecto inicialmente fue de 24 meses con consultas salutogénicas trimestrales donde se recogieron datos sobre salud al inicio del programa incluyendo toma de tensión arterial, frecuencia cardiaca, índice de masa corporal, hábitos tóxicos, preferencias alimenticias, nivel de actividad física, estado</p> <p>de las relaciones interpersonales en el ámbito familiar, laboral y social.</p> <p>Se impartieron orientaciones en relación con los cambios que deben hacerse de acuerdo a las condiciones de cada individuo</p>

	<p>en particular. En las entrevistas sucesivas se reiteraron las preguntas para detectar posibles cambios favorables o desfavorables, se estimuló el mantenimiento de una conducta adecuada respecto a</p> <p>la salud y se ofrecieron posibles alternativas para solucionar las dificultades que pudieran presentarse.</p>
Resultados	<p>Dada la carga de trabajo del médico de familia, una preocupación que había que analizar fue el tiempo que habría que dedicar al trabajo del proyecto. Se constató que la entrevista consume entre 30 y 45 min por paciente. La distribución equitativa de los sujetos participantes entre los investigadores y la planificación</p> <p>adecuada de las entrevistas permitió que el trabajo se realizara sin menoscabo de la actividad habitual que exige la docencia y la atención médica a la comunidad.</p> <p>La acogida del proyecto por la población también fue un motivo de preocupación que se despejó rápidamente por el interés mostrado por las consultas salutogénicas en la gran mayoría de los participantes. Los datos preliminares no revelaron bajas</p> <p>Significativas del proyecto.</p> <p>Aunque el desarrollo del trabajo en este primer año de ejecución del proyecto no ha estado exento de dificultades menores, estas se han podido solucionar, lo cual incrementó la experiencia de los investigadores y el perfeccionamiento del proyecto.</p>
Discusión	No aplica
Análisis Personal	<p>Lo que podemos analizar en este artículo es que en Cuba se aplica la consulta de medicina familiar con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes, ya que los servicios diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación, determina que estos gastos sobrepasen las posibilidades económicas. Porque esta medicina está enfocada en la atención primaria y la promoción de la salud y prevención, evitando que la enfermedad desarrollada o posible a desarrollar llegue a ser de tratamientos</p>

	<p>costosos y riesgosos para el paciente. con el propósito de reducir el</p> <p>riesgo de enfermarse a consecuencia de sobrepeso, tabaquismo, falta de ejercicio. Este estudio fue hecho en cuba, pero lo podemos aplicar a nuestro país o región porque es muy bueno e importante.</p>
--	---

Art 34. DERECHO A LA SALUD: UN MODELO PARA LA DETERMINACIÓN DE LOS CONTENIDOS MÍNIMOS Y PERIFÉRICOS

titulo	Derecho a la salud: un modelo para la determinación de los contenidos mínimos y periféricos
autor y año	Ronconi, Liliana M. AÑO 2012
ubicación del articulo (base datos)	SCIELO
citación bibliográfica del articulo en vancouver)	RONCONI, Liliana M. Derecho a la salud: un modelo para la determinación de los contenidos mínimos y periféricos. Salud colectiva [online]. 2012, vol.8, n.2 [citado 2013-10-19], pp. 131-149 . Disponible en: < http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652012000200003&lng=es&nrm=iso >. ISSN 1851-8265.
Objetivo del articulo	La propuesta de este trabajo es contribuir en alguna medida a ese propósito, evaluando el carácter de reglas o principios de las obligaciones estatales de prestación que surgen de los derechos sociales.
Palabras Clave	Derecho a la Salud; Justicia Social; Justicia Redistributiva; Grupo Social.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento)	Debe tenerse en cuenta que esta idea de derecho a la salud como regla y como principio no solo está destinada a ser aplicada por los tribunales de justicia, sino principalmente para ser tenida en cuenta por los legisladores y por los agentes de salud a la hora de resolver el acceso al derecho a la salud. Esto significa no solo que

o problema)	ese mínimo derecho no deba ser violentado sino, sobre todo, que debe ser desarrollado en condiciones de igualdad estructural.
Muestra	No aplica
Intervención y proceso medición	No aplica
Resultados	No aplica
Discusión	No aplica
Análisis Personal	<p>Lo que podemos encontrar en este artículo es que se ha tomado conciencia de que no se puede determinar el contenido esencial con certeza y seguridad jurídica (teniendo en cuenta, por ejemplo, que el derecho a la salud se encuentra en permanente tensión con el desarrollo tecnológico y de las industrias de salud) y que, por lo tanto, quizá este modelo no elimina totalmente la cuestión de llevar a pleitos en materia de salud, pero se considera que el modelo propuesto constituye una herramienta eficaz a fin de orientar el accionar de los agentes prestadores en el reconocimiento de un acceso más igualitario al derecho a la salud. Por lo tanto no debemos olvidarnos de los derechos humanos y menos en materia de salud, ya que si no cuidamos la salud, estamos afectando la vida, y en consecuencia el factor económico de las personas, debemos ser equitativos y tratar de prestar atención a las cosas que a veces son olvidadas, como los derechos humanos y vuelvo a recalcar el artículo 49 de nuestra constitución política.</p>

Art35. La educación para la salud, un reto actual

titulo	La educación para la salud, un reto actual
autor y año	Luz M. Alonso ¹ Carlo V. Caballero Uribe ² . AÑO 2010
ubicación del articulo (base datos)	Scielo
citación bibliográfica del articulo en vancouver)	Luz M. Alonso, Carlo V. Caballero Uribe. La Educación para la Salud, sin reto real.Salud, Barranquilla [revista en la Internet]. 2010 Jun [citado 19 de octubre 2013]; 26 (1): i-iii. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522010000100001&lng=en .
Objetivo del artículo	En este número se muestra cómo la educación para la salud es un problema actual no sólo de nuestro país sino de otros países. La misma tiene como finalidad responsabilizar a los ciudadanos(as) en la defensa de la salud propia y colectiva; es un instrumento de la promoción de salud, y por tanto, una función importante de los profesionales sanitarios, sociales y de la educación. En algunos artículos publicados en este volumen se muestra lo contrario: cuando se trata de la realidad del paciente, hay un vacío que no obedece a modelos efectivos que beneficien el proceso salud - enfermedad
Palabras Clave	Salud Uninorte, revistas médicas.
Conceptos manejados en	

el artículo (Introducción-planteamiento problema)	Hay que reconocer que detrás de los llamados a las reformas del sistema de salud está tanto la presión de la población como la de los intereses de unos pocos que manejan, los grandes capitales; esta situación es extendida en todos los sectores. Los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad son una muestra de esto, ya que no cuentan con el cumplimiento deseado, lo cual empobrece su aporte de manera directa o indirecta en los determinantes de la salud: proximales, intermediarios y distales.
Muestra	No aplica
Intervención y proceso medición	No aplica
Resultados	No aplica
Discusión	No aplica
Análisis Personal	En este artículo vemos como la educación es un proceso que debemos afianzar más que todo con las personas de menor educación y más vulnerables, con folletos y con charlas que hagan responsabilizar a los ciudadanos(as) en la defensa de la salud propia y colectiva; es un instrumento de la promoción de salud, se debe trabajar en redes que impliquen el esfuerzo del trabajo en equipo: a) Asesoramiento para la puesta en marcha de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. b) Documentación actualizada sobre educación para la salud. c) Proponer y activar modelos de gestión en promoción de la salud y prevención de la enfermedad. d) Creación de repositorios con las mejores experiencias de acuerdo con localidades, regiones y países. e) Espacios para compartir metodologías pedagógicas y didácticas en educación en salud y otros aspectos. Todo esto nos ayuda a mejorar la calidad de vida, la calidad en la atención de los pacientes y fuera de eso nos disminuye los gastos ya que prevenimos muchas consecuencias a raíz de una buena información y educación.

Art 36 Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer paso para la Reforma del Sistema

<p>Titulo</p>	<p>Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer paso para la Reforma del Sistema</p>
<p>Autor y Año</p>	<p>Adalberto E. Llinás Delgado, salud unilibre Marzo 2010</p>
<p>Ubicación del artículo (base datos)</p>	<p>Redalyc.org</p>
<p>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</p>	<p>Llinás Delgado AE. Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer paso para la Reforma del Sistema. Salud Uninorte 2010;26(1):143-154. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81715089014. Fecha de consulta: 24 de octubre de 2013.</p>
<p>Objetivo del artículo</p>	<p>Se realiza una revisión del concepto de “calidad” por varios autores y se resalta la definición de Calidad en salud de Avedis Donavedian. Se presenta la normativa del sistema de garantía de calidad en Colombia y se examina la percepción de los actores diferentes actores del sistema.</p> <p>Luego, en una revisión de las diferentes reformas al sector salud en Latinoamérica, se destaca que han tenido como eje central la mejoría del sistema a partir del aumento de la cobertura o fortalecimiento del financiamiento. La reflexión plantea la necesidad de realizar reformas de fondo, centradas en procesos orientados a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sector con el propósito de aumentar la equidad en sus prestaciones, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones y, con ello, lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población, con el indispensable acompañamiento de la academia, como un articulador del conocimiento en la sociedad.</p>

Palabras Clave	Calidad, sistema de salud, reformas.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>El concepto de “calidad” proviene del latín <i>qualitis</i>, conjunto de cualidades que constituyen la manera de ser de una persona o cosa, y es sinónimo de cualidad, clase, aptitud, excelencia, categoría, superioridad (1). El <i>Pequeño Larousse Ilustrado</i> define “calidad” como el conjunto de cualidades de una persona o cosa (2). En estas definiciones se concibe la calidad como un atributo o características que distingue a las personas, a bienes y a servicios. Según E. Deming, “la calidad es el orgullo de la mano de obra”, entendiendo “mano de obra” en el más amplio sentido, y agrega que “la calidad se define en términos de quien la valora” (3). P. Crosby dice: “La calidad debe definirse como ajuste a las especificaciones y no como bondad o excelencia”, y J. Juran define “calidad” como “aquellas características que responden a las necesidades del cliente y la ausencia de deficiencias.</p> <p>El concepto de gestión de calidad en salud pública lo enmarcamos como estrategias o modelos motivacionales, social y culturalmente aceptados, los cuales logran mejorar los determinantes de salud en la población. Excluimos de esta concepción las acciones basadas en procesos coercitivos o meramente informativos que no logran impactar las comunidades.</p>
Muestra	No aplica
Intervención y proceso medición	No aplica
Resultado	Esta revisión de los diferentes modelos de salud en relación con la calidad de atención prestada lleva a reflexionar sobre la necesidad de generar modelos de calidad de atención centrados en el ser humano, priorizando la salud, sin dejar de lado la cobertura, que como se ha visto, es la meta única de muchos modelos.

	<p>La calidad técnico-científica de los profesionales de la salud es una de las variables más importantes en un programa de garantía y mejora de la calidad, principalmente por aumentar el uso eficiente de los recursos, reducir el riesgo de lesiones asociados con los servicios de salud ofrecidos y, de paso, aumentar la satisfacción del paciente-usuario en sus demandas.</p>
Discusión	No aplica
Análisis personal	<p>Dentro de los diferentes ámbitos del sistema de salud, se encuentran algunos aspectos dentro de los cuales está uno de los más importantes el cual es identificar la calidad en el servicio prestado para los usuarios para obtener el mayor beneficio a un menor costo, llegando a la satisfacción de las necesidades, lo cual se ha venido presentando de forma permanente en los regímenes tanto contributivo como subsidiado, generándose inconformidades, quejas por parte de los afiliados en cuanto a la deficiente atención, servicios, personal médico-asistencial, estructura física, escasos recursos financieros o mala destinación de estos, lo que conlleva a colapso del sistema, mala atención en los diferentes servicios de la institución, mayores trámites para el acceso a citas médicas especializadas, medicamentos para las diferentes necesidades y acceso a tecnología de punta para el diagnóstico temprano de las diferentes enfermedades que hoy en día han mejorado las enfermedades infecciosas pero han aumentado las crónicas, lo cual se ve reflejado en la cobertura de los usuarios en el sistema de seguridad social.</p>

Art 37 Promoción de la salud y Sistema de salud Colombiano: Reflexiones sobre la formación de profesionales

Titulo	Promoción de la salud y Sistema de salud Colombiano : Reflexiones sobre la formación de profesionales
Autor y Año	Natalia Rodríguez Villamil, Alejandra Valencia González Paulina Díaz Mosquera. Marzo 21 de 2103
Ubicación del articulo (base datos)	Redalyc.org
Citación Bibliográfica del articulo en Vancouver)	Rodríguez Villamil N, Valencia González A, Díaz Mosquera P. Promoción de la salud y sistema de salud colombiano: reflexiones sobre la formación de profesionales. Revista Hacia la Promoción de la Salud 20131826-40. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126802003 . Fecha de consulta: 24 de octubre de 2013.
Objetivo del articulo	<p>Objetivo: Reflexionar sobre los retos para la formación de profesionales de la salud, en un contexto</p> <p>de tensiones entre los postulados de la promoción de la salud y su concreción en el sistema de salud Colombiano. Metodología: Investigación documental; se revisaron artículos sobre promoción de la salud realizados en Colombia entre 2000 y 2010 publicados en revistas indexadas, seleccionados con base en el muestreo intencional. Se realizó análisis de contenido a un total de 37 artículos. Se identificaron</p> <p>unidades de análisis, registro y contexto, estableciendo categorías emergentes, con apoyo del software 5.2. Se avanzó en la escritura descriptiva y analítica. Resultados: Los artículos hacen una lectura. Se ha priorizado el enfoque orientado a la modificación de los estilos de vida, mientras se dejan de lado acciones estructurales, se prioriza lo que</p>

	<p>resulte más rentable y se limita la garantía del derecho a la salud.</p> <p>Conclusiones: Hay una gran distancia entre la lógica del sistema y los postulados de la promoción de la salud; ésta se confunde en la práctica con la prevención de la enfermedad. Las reformas posteriores a la Ley 100 de 1993 no plantean cambios estructurales. Este contexto demanda de los docentes reflexionar sobre el significado dado a la promoción de la salud y reconfigurar las prácticas que han de concretarse en procesos pedagógicos e investigativos y acciones en salud.</p>
Palabras Clave	Sistemas de salud, promoción de la salud, educación profesional, política de salud, Colombia (fuente: DeCS, BIREME).
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>Este estudio surge de las reflexiones en torno de la categoría de análisis promoción de la salud (PS) por parte de un grupo de docentes de las unidades académicas de Nutrición y Dietética, Odontología y Enfermería de la Universidad de Antioquia, que desempeñamos nuestro quehacer en el área de salud comunitaria, en la cual la PS reviste particular importancia. Estas profesiones en común comparten su tendencia formativa en un modelo biomédico de prevención, atención y rehabilitación en el que abrir paso a las tendencias de PS implica romper con las resistencias propias de la formación y del sistema de mercado de la salud en el que se insertan las acciones de PS.</p>
Muestra	No aplica
Intervención y proceso medición	No aplica
Resultado	La lectura que hacen los autores de los artículos revisados sobre la promoción de la salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia, es realizada principalmente a partir del contexto normativo colombiano como referente de la concepción y posibilidades

	<p>de la PS en el sistema. El análisis se centra entonces <u>en</u> la reflexión que se ha hecho alrededor de las declaraciones de PS, la Ley 100 de 1993, la Resolución 412 de 2000 y la Ley 715 de 2001 y cómo estas han orientado la operativización de las acciones de PS.</p> <p>La Ley 100 de 1993 marca un momento de cambio en la manera en que los colombianos vemos y vivimos el sistema de salud y en este sentido los autores (19, 31, 32) evidencian una marcada influencia de la lógica que determina el sistema con el neoliberalismo y el direccionamiento del mercado como rectores. Con base en lo anterior, se consideran las dificultades que representa trabajar alrededor de acciones transformadoras relacionadas con las dimensiones de la PS; teniendo presente que bajo esta lógica, para las aseguradoras privadas prima la rentabilidad, de lo cual se deriva la importancia que cobran el componente curativo-asistencial y la limitación de las posibilidades de aplicación de estrategias de la PS</p>
Palabras Clave	ética, calidad en salud, tecnología y excelencia en salud
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	Hoy en día, excelencia representa una calidad técnica resultante del entrenamiento y de la formación intelectual, por regla general adquiridos durante el proceso educativo formal o, tratándose de las artes, oriundas del desarrollo sincronizado y continuado de prácticas que transforman a su autor en un individuo virtuoso (excelente).
Muestra	No aplica
Intervención y proceso medición	No aplica
Resultado	No aplica

Discusión	No aplica
Análisis personal	En la actualidad se existen dos principios importantes dentro de la atención en salud los cuales se basan en lo tecnológico y en lo humano para lo cual nuestra sociedad esta en su mayor parte dividida en cuanto a la prestación de servicios de salud, para lo cual debería de existir un equilibrio permanente para que exista equidad e igualdad para todos incluyendo las personas de bajos recursos, para lo cual debe primar en el bienestar del paciente, su autonomía y justicia social, por lo cual se establece que prima el interés del objetivo, libertad del ser humano en la escogencia del médico tratante , no discriminación del ser humano.

Art 38 Etica y Calidad .Filotecnica versus Filantropia

Titulo	Etica y Calidad .Filotecnica versus Filantropia
Autor y Año	José Geraldo de Freitas Drumond. Acta Bioethica, ISSN (Versión impresa): 0717-5906,2010; 16 (2).
Ubicación del articulo (base datos)	Redalyc.org
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Drumond José Geraldo de Freitas. ÉTICA Y CALIDAD EN SALUD: FILOTECNIA VERSUS FILANTROPÍA. Acta bioeth. [revista en la Internet]. 2010 Nov [citado 2013 Oct 25] ;16(2):119-123.Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2010000200003&lng=es . http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2010000200003 .
Objetivo del artículo	La profesión médica tiene el carácter ético de la práctica de la virtud de la excelencia. Desde Hipócrates hay dos tipos de éticas: la filotecnica y la filantropía. La primera se refiere a la ética de la técnica y la última a la humanista. Hoy, la excelencia resulta del entrenamiento y la formación intelectual realizados en el proceso educativo formal. La excelencia, otro nombre para calidad en salud, tiene la finalidad de atender a una demanda social trayendo satisfacción para quienes se sirven de ella. Las tecnologías modernas sólo se justifican cuando proporcionan una efectiva mejoría de la calidad de vida y salud para el ser humano; de lo contrario, son una forma de dominación y usurpación de la cultura médica por la máquina o, incluso, la sumisión del paciente a la ideología del cientificismo o la lógica de mercado, contribuyendo a la obtención de lucros injustificables por la industria de la salud, al no evaluar la prudente relación entre el coste, los riesgos y los posibles beneficios obtenidos por el paciente
Palabras Clave	ética, calidad en salud, tecnología y excelencia en salud
Conceptos	Hoy en día, excelencia representa una calidad técnica

manejados en el artículo (Introducción- planteamiento problema)	resultante del entrenamiento y de la formación intelectual, por regla general adquiridos durante el proceso educativo formal o, tratándose de las artes, oriundas del desarrollo sincronizado y continuado de prácticas que transforman a su autor en un individuo virtuoso (excelente).
Muestra	No aplica
Intervención y proceso medición	No aplica
Resultado	No aplica
Discusión	No aplica
Análisis personal	<p>En la actualidad se existen dos principios importantes dentro de la atención en salud los cuales se basan en lo tecnológico y en lo humano para lo cual nuestra sociedad esta en su mayor parte dividida en cuanto a la prestación de servicios de salud, para lo cual debería de existir un equilibrio permanente para que exista equidad e igualdad para todos incluyendo las personas de bajos recursos, para lo cual debe primar en el bienestar del paciente, su autonomía y justicia social, por lo cual se establece que prima el interés del objetivo, libertad del ser humano en la escogencia del médico tratante , no discriminación del ser humano.</p> <p>La calidad profesional la cual se evalúa por la calidad del servicio prestado si no por la ética en cuanto a procedimientos y actuación para el usuario y su familia, teniendo en cuenta q se tiene un ser humano el cual necesita de nuestros conocimientos y saberes para la adecuada atención y cumplir con las perspectivas de calidad que presentan los usuarios.</p>

39. Modelo de gestión en el sector salud basado en la calidad de servicios

Titulo	Modelo de gestión en el sector salud basado en la calidad de servicios
Autor y Año	Marianna Barrios León. REVISTA INGENIERÍA UC, VOL. 18, NO. 1, ABRIL 2011 80 – 87, ISSN (Versión impresa): 1316-6832
Ubicación del artículo (base datos)	Redalyc .org
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	<p>Barrios León, Marianna. Modelo de gestión en el sector salud basado en la calidad de servicios Revista INGENIERÍA UC [en línea] 2011, 18 (Enero-Abril) : [Fecha de consulta: 25 de octubre de 2013] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70723245010> ISSN 1316-6832</p> <p><input type="button" value="Copiar"/></p>
Objetivo del artículo	<p>En el sector salud, así como en otros sectores, es necesario emplear un modelo de gestión que garantice el beneficio para los usuarios haciendo uso adecuado de los recursos y otorgando sostenibilidad a la institución, de allí la necesidad del diseño de un modelo adecuado para la Unidad de Atención Médica Integral de la Universidad de Carabobo (UAMI). Para ello, se partió de las dimensiones de calidad de atención definidas por los usuarios, se realizaron observaciones directas, entrevistas semiestructuradas en su modalidad focalizada, se aplicó un Benchmarking con cuatro de los mejores centros de salud de la región y se desarrolló el cuadro de mando integral de la organización, todo lo cual permitió plantear estrategias de mejora, definir indicadores de gestión y plantear</p>

	<p>la propuesta del modelo de gestión. Dicha propuesta favorece la mejora de los procesos, la reducción del gasto Administrado en salud y la satisfacción del paciente.</p>
Palabras Clave	Gestión, Salud, Calidad de servicio.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>Una gestión eficiente debe soportarse en una adecuada planeación; ya que ésta marca la pauta de las funciones de la organización, además de definir la dirección y control que en ella deben llevarse a cabo; pues permite identificar los cursos</p>
Muestra	No aplica
Intervención y proceso medición	No aplica
Resultado	<p>Luego del estudio realizado, se puede concluir que los lineamientos estratégicos de la UAMI son: Mantener la actualización tecnológica, Preparar permanentemente al personal, Administrar adecuadamente los recursos, Ofrecer calidad de servicio y Aplicar la mejora continua a los procesos.</p> <p>Los objetivos estratégicos de la organización se conforman por: Ofrecer servicios precisos y oportunos, Evaluar la evolución de los servicios ofrecidos, Actualizar al personal en las áreas requeridas para la mejor prestación del servicio, Ofrecer los servicios en función de los recursos disponibles, y Evaluar la calidad de los servicios ofrecidos.</p>
Discusión	No aplica

Análisis personal	<p>Se debe implementar un sistema adecuado para cada entidad en salud basado en programas de calidad en cuanto a la promoción de la salud, con el fin de dar cumplimiento a las expectativas, metas y objetivos que tiene el usuario frente a la atención prestada en su entidad, ya que con ello la mayoría de usuarios tendrán la satisfacción de contar con los servicios necesarios y dar cumplimiento oportuno.</p> <p>Estos planes facilitan a las organizaciones en el diseño e implementación de planes de calidad adecuado para las necesidades de los usuarios,</p> <p>Se deben promover los procesos claves de atención y de prestación del servicio.</p> <p>Contar con equipo altamente calificado con conocimiento de la organización, del sistema y servicios sociales.</p> <p>Con todo lo anterior se tendrán bases y herramientas necesarias para que la organización funcione de manera correcta sin tener inconvenientes a la hora de la entidad prestar un recurso a sus consumidores</p>
-------------------	--

Art 40 Importancia de los costos de la calidad y la no calidad en las empresas de salud como herramienta de gestión para la competitividad

Titulo	Importancia de los costos de la calidad y No calidad en las empresas de salud como herramienta de gestión para la competitividad
Autor y año	Luis Javier Arango Cardona. Revista escuela de administración de negocios núm. 67 Septiembre-Diciembre, 2009, pp95-74,ISSN(versión impresa):0120-8160
Ubicación del artículo	Redalyc.org
Citación Bibliográfica en Vancouver	Arango Cardona, Luis Javier. Importancia de los costos de la calidad y No calidad en las empresas de salud como herramienta de gestión para la competitividad Revista Escuela de Administración de Negocios [en línea] 2009, (Septiembre-Diciembre) : [Fecha de consulta: 29 de octubre de 2013] Disponible en:< http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=20612971006 >_ISSN 0120-8160
Objetivo del artículo	<p>El objetivo de este artículo es analizar la importancia que tiene la medición sistemática de los costos de inversión en calidad y aquellos injustificados por fallas en los procesos de la empresa, con el fin de estimular en los directivos el interés por conocer su monto para que la gerencia tenga bases cuantitativas para la toma de decisiones, en lo que respecta a la contención de los costos de operación y evalúe mes a mes su impacto.</p> <p>Una decisión eficaz, debe reducir directamente los costos de no calidad en el proceso. Se realiza una revisión bibliográfica de los temas seleccionados y se exponen los más representativos factores que influyen en los mayores costos injustificados considerados de no calidad. Como conclusión relevante, la multiplicidad de procesos, procedimientos y normas de las</p>

	empresas de salud, hacen muy importante que la organización tenga establecidos métodos para la cuantificación de las fallas, errores y repeticiones, y así contar con bases objetivas para la toma de decisiones sobre la contención de dichos costos
Palabras clave	Costos de Calidad , Costos de no Calidad
Conceptos manejados en el artículo (introducción , planteamiento o problema)	<p>La reducción significativa de los techos financieros ante los cuales operan las organizaciones de salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, con unos costos administrativos fijados por la legislación en un máximo del 10% y un control de los copagos o pagos compartidos del usuario por la misma legislación, sumada al reconocimiento de las condiciones especiales de funcionamiento de este tipo de empresas, con un alto riesgo financiero generado por el difícil control del gasto, hace imperativo el reconocimiento de las actividades y costos que no agregan valor, con el fin controlarlos y garantizar la sostenibilidad económica y su permanencia en el mercado.</p> <p>Ante la evidencia mundial documentada sobre la relevancia de los costos de inversión en calidad y los producidos por las fallas en la multiplicidad de procesos existentes en una empresa de salud, conocidos como Costos de No Calidad, injustificados y significativamente altos en las empresas en las cuales han sido cuantificados, se ha venido considerando cada vez con mayor importancia, la medición y análisis de estos costos en las organizaciones de salud, con el fin de apoyar la toma de decisiones de mejoramiento y control, en la adopción de estrategias de contención de costos, que logren garantizar la viabilidad financiera y la obtención de excedentes operativos para su desarrollo científico y tecnológico.</p>
Muestra	No aplica

Intervención Proceso o medición	No aplica
Resultado	<p>La revisión bibliográfica analizada para el artículo, en forma clara evidencia la importancia del conocimiento de los costos invertidos en la calidad y los no justificados o de no calidad generados por las fallas en los procesos, para mejorar la sostenibilidad financiera de la empresa, al contener apropiadamente los costos que no agregan valor a la empresa.</p> <p>Las empresas de salud por la multiplicidad de procesos, procedimientos y normas, entre otros factores, tienen una alta probabilidad de fallas o errores que producen unos costos injustificados que, de conocerse, permitirán a la empresa su reducción o control, mejorando su rentabilidad.</p> <p>La creación en las empresas de salud de sistemas de medición de costos de calidad y no calidad, permitirán conocer el monto de la inversión en la calidad de los procesos y el dinero perdido por costos de no calidad en forma sistemática y confiable, como soporte al Sistema de Gestión Empresarial.</p>
Discusión	No aplica
Análisis personal	<p>Para cada entidad prestadora de servicios de salud, es muy importante tener en cuenta y contar con personal calificado a la hora de implementar o crear diferentes estrategias que ayuden al mejoramiento permanente de los servicios de salud, dando prioridad a los procesos que realmente se necesiten en la entidad o los que demanden más usuarios para ello se deben establecer políticas que sean viables para el sostenimiento y rentabilidad de la empresa, ya que des estos se generaran beneficios tanto para la entidad como para sus afiliados, dando como resultado la satisfacción permanente del beneficiario, sostenibilidad de programas dentro de la entidad y permanencia en el sistema de dichos interesados, estableciéndose la entidad ya sea como una de las mejores en el mercado o simplemente no sea rentable para la sociedad.</p>

Art 41. SISTEMA DE SALUD DE COLOMBIA

titulo	Sistema de salud de Colombia
autor y año	Ramiro Guerrero, M en C, ⁽¹⁾ Ana Isabel Gallego, BS, ⁽²⁾ Victor Becerril-Montekio, Lic en Ec, M en Soc, ⁽³⁾ Johanna Vásquez, M Sc. ⁽⁴⁾
ubicación del artículo (base datos)	Scielo
citación bibliográfica del artículo en Vancouver)	Guerrero Ramiro, Gallego Ana Isabel, Becerril-Montekio Victor, Vásquez Johanna. Sistema de salud de Colombia. Salud pública Méx [revista en la Internet]. [citado 2014 Ene 13]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800010&lng=es .
Objetivo del artículo	Conocer las innovaciones más recientes del sistema se incluyen las modificaciones al Plan Obligatorio de Salud y a los montos de la unidad de pago por capitación, la integración vertical entre empresas promotoras de salud y las instituciones prestadoras de servicios, así como el establecimiento de nuevas fuentes de recursos para lograr la universalidad e igualar los planes de beneficios entre los distintos regímenes de salud en Colombia.
Palabras Clave	sistema de salud; seguridad social; Colombia
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	El sistema de salud colombiano está financiado con recursos públicos y un decreciente sector privado. La afiliación al sistema es obligatoria y se hace a través de las entidades promotoras de salud (EPS), públicas o privadas, que reciben las cotizaciones y, a través de las instituciones prestadoras de servicios (IPS), ofrecen el Plan Obligatorio de Salud (POS) o el POS-S para los afiliados al régimen subsidiado (RS). El sector exclusivamente privado es utilizado por la clase alta y un sector de la población de ingresos medios que, por carecer de cobertura o en busca de mejores condiciones de acceso que ofrece el SGSSS, acude a la consulta privada. El aseguramiento corre a cargo de las EPS y el objetivo del SGSSS es que los beneficios de los regímenes subsidiado y contributivo lleguen a ser los mismos. Cada eps ofrece a la afiliada consulta externa, laboratorios, hospitalización y cirugía de baja complejidad, también citas odontológicas básicas y medicamentos. Los hospitales públicos o empresas del estado ya se han convertido en medio de ventas de sus servicios. El POS

	<p>cubre la atención de algunas enfermedades de alto costo, dentro de las que se incluyen el sida, la enfermedad renal crónica y el cáncer.</p> <p>Además, quienes cotizan en el régimen contributivo tienen derecho a prestaciones económicas suplementarias en casos de licencia por maternidad y de incapacidad por enfermedad.</p> <p>El régimen subsidiado es ayudado económicamente por el FOSYGA (fondo de solidaridad y garantía) y por las afiliaciones del régimen contributivo.</p> <p>En nuestro país existen personas que se aprovechan de su estatus político para evadir responsabilidades por lo que en el régimen subsidiado muchas veces se ve negligencia en el sistema y falta de atención para los usuarios y no solo de parte de estos sino del régimen contributivo, o se mal gasta el dinero que es para la salud en otras cosas disminuyendo la oportunidad en la atención y en el requerimiento de los recursos tecnológicos y humanos.</p> <p>Debe prestarse especial atención a la mortalidad materno infantil, a la población desplazada y al embarazo en los adolescentes.</p> <p>Subsisten asimismo fallas y quejas en la prestación de los servicios. Hay una tensión permanente entre pagadores y prestadores. Una mejor regulación y una supervisión más efectiva de los actores públicos y privados que participan en el sistema continúan siendo retos fundamentales.</p>
Muestra	No aplica
Intervención y proceso medición	<p>Realizada en 2008, 14.5% de los encuestados reportaron haber estado enfermos en algún momento durante los últimos 30 días previos a la encuesta.²¹ De ellos, 77.9% acudieron a un médico general, especialista, odontólogo, terapeuta o institución de salud. Entre estos, 18.7% debieron costear la enfermedad con recursos propios y/o familiares, 58% la entidad de seguridad social a la que está afiliado les cubrió los costos de atención y tan solo un 0.9% hizo uso de medicina prepagada.</p>
Resultados	<p>El Primer Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud INCAS Colombia 2009, presenta indicadores de calidad para el primer semestre de 2009 relacionados con accesibilidad, calidad técnica, gerencia del riesgo y satisfacción tanto para aseguradoras como prestadores.²² En cuanto a la oportunidad para la asignación de citas de consulta médica general, el menor tiempo de espera promedio lo tuvieron las EPS del régimen subsidiado con 2.6 días y las peor libradas</p>

	<p>fueron la medicina prepagada con 3.0 días y el régimen Contributivo con 3.2 días. El número promedio de días de espera para la asignación de cita de consulta médica especializada fue de 4.9 días en el régimen subsidiado, 9.8 en el régimen contributivo y 3.1 en la medicina prepagada.</p> <p>Las EPS del régimen contributivo tuvieron la más alta calificación en la entrega oportuna de medicamentos con una calificación de 93.3% <i>versus</i> 88.4% del régimen subsidiado.</p> <p>Respecto a la tasa de satisfacción global medida como el número de afiliados satisfechos sobre el total de afiliados encuestados, la medicina prepagada obtuvo una tasa de 94.5%, seguida por las EPS del régimen contributivo, con 93.6% y el régimen subsidiado con 82%.</p>
Discusión	No aplica
Análisis Personal	<p>La salud en nuestro país debe ser guiada a innova (financiamiento, aseguramiento, provisión). La nueva estructura adoptada en Colombia cubre a toda la población en un mismo esquema sin discriminación por estatus laboral, introduce mecanismos de solidaridad en el financiamiento y habilita la competencia al darle al ciudadano la libertad de elegir su EPS, pero este en muchas ocasiones no se cumple, ya que a veces una eps por mi dio a perder usuarios no deja que el usuario se cambie de eps. Por parte de la gobernación y eps, no se ha logrado la universalidad, ya que no se ha logrado una buena encuesta y los recursos han sido mal utilizados en la mayoría de los casos.</p>

Art 42. COMPETENCIAS ESENCIALES EN SALUD PÚBLICA: UN MARCO REGIONAL PARA LAS AMÉRICAS

Titulo	Competencias esenciales en salud pública: un marco regional para las Américas
autor y año	<i>Juana Suárez Conejero,1 Charles Godue,2 José Francisco García Gutiérrez,2 Laura Magaña Valladares,1 Silvia Rabionet,3 José Concha,4 Manuel Vázquez Valdés,5 Rubén Darío Gómez,6 Oscar J. Mujica,7 César Cabezas,8 Lindaura Liendo Lucano8 y Jorge Castellanos9</i>
ubicación del artículo (base datos)	Google academico
citación bibliográfica del artículo en vancouver)	Suárez Conejero J, Godue C, García Gutiérrez JF, Magaña Valladares L, Rabionet S, Concha J, et al. Competencias esenciales en salud pública: un marco regional para las Américas. Rev Panam Salud Publica. 2013;34(1):47–53.
Objetivo del artículo	Es conocer las estrategias y competencias de la salud y el desarrollo de los recursos humanos en el ámbito y elaborar planes de capacitación.
Palabras Clave	Recursos humanos en salud; educación basada en competencias; sistemas de salud; América Latina; región del Caribe.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>En el año 2010 la OPS (Organización Panamericana de la Salud), realizo unas competencias con el fin de organizar la salud publica en los países latinos, están son basadas en el identificar, interpretar, argumentar y resolver problemas, con idoneidad y compromiso ético, movilizanddo los diferentes saberes: ser, hacer y conocer y estas son las competencias esenciales para el ejercicio de las funciones públicas.</p> <p>Estas competencias se dividen en diferentes fases análisis y situación de salud, vigilancia y control de riesgos y daños, promoción de la salud y partición social, política, planificación, regulación y control, y la equidad en el acceso y calidad en los servicios de salud y en la salud global.</p>

Muestra	No aplica
Intervención y proceso medición	<p>El proceso metodológico del MRCESP se dividió en cuatro fases. Para la primera, la OPS convocó a un equipo de expertos con experiencia en elaboración de competencias en salud pública vinculados a instituciones de la Región, quienes se reunieron en el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) de México en agosto de 2010. En la segunda fase se organizaron 225 integrantes de 12 países. Estos grupos elaboraron una propuesta inicial con 88 competencias.</p> <p>La tercera fase La tercera fase del proceso consistió en la validación cruzada. Se construyó un instrumento y se partió del principio metodológico de que cada dominio, en un ejercicio colectivo, analizara todas las competencias para garantizar la mirada general del trabajo. Los resultados, procesados por el INSP, redujeron las 88 competencias iniciales a 64.</p> <p>Durante la cuarta fase, que incluyó dos talleres en marzo (Medellín, Colombia) y junio (Lima, Perú) de 2011, las taller organizado en Trinidad y Tobago (octubre de 2011), donde un grupo de expertos validó su pertinencia.</p>
Resultados	No aplica
Discusión	<p>El MRCESP (Marco Regional de Competencias Esenciales en Salud Pública), con su identidad propia, permite conocer lo que se debe esperar en capacidades de salud pública, al poner a disposición de los países un catálogo actualizado de lo que requiere el conjunto de sus recursos humanos de salud en términos de saber, saber hacer y saber ser. Al mismo tiempo, hace posible determinar con mayor claridad lo que se realiza en el campo de la salud pública para fortalecer la gestión de los recursos humanos, el desempeño de los sistemas y el desarrollo de las FESP(funciones esenciales de la salud publica)</p>
Análisis Personal	<p>En este artículo se habla de que cada país de américa latina debe elaborar y responder a las competencias enmarcadas para el beneficio y mejoramiento de la calidad</p>

y la atención en la salud pública. Dichas competencias en las que se agregaron valores como equidad, igualdad, justicia social, desarrollo sostenible, salud colectiva, intersectorialidad, interdisciplinariedad, igualdad de género, diversidad, autodeterminación, empoderamiento, y participación social y comunitaria. Este informe fue desarrollado por un estudio piloto de 225 profesionales de la salud, pero se quiere que en un futuro este proyecto se adhiera a los protocolos de cada institución de salud.

Art 43. PAGO POR DESEMPEÑO EN EL SISTEMA COLOMBIANO DE SALUD

titulo	Pago por desempeño en el sistema colombiano de salud
autor y año	Iouri Gorbanev ¹ , Ariel Cortes ² , Sergio Torres ¹ y Francisco Yepes ² . Año 2011.
ubicación del artículo (base datos)	Scielo
citación bibliográfica del artículo en vancouver)	Gorbanev, I., Cortes, A., Torres, S., & Yepes, F. (2011). Pago por desempeño en el sistema colombiano de salud. <i>Revista de Salud Pública</i> , 13(5), 727-736.
Objetivo del artículo	Describir el alcance y las formas de uso de Pago por desempeño en la cadena de salud Colombiana
Palabras Clave	Organización, administración, motivación, sistemas de salud
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>En la cadena de la atención de salud en Colombia se identifican las aseguradoras que tiene como objetivos desempeño abarca</p> <p>Estos dos ámbitos con el énfasis en la calidad.</p> <p>Obteniendo así resultados positivos y negativos, y en la cual intervienen incentivos de pago, pero un obstáculo frecuente en esta labor es la complejidad de el trabajo. "El énfasis en la eficiencia puede dañar la calidad clínica. El énfasis en la calidad y eficiencia harán que la atención no va a estar centrada en el usuario, ya por querer cumplir a varias tareas se desenfoca la atención y la prestación de los servicios.</p> <p>El incentivo se causa cuando la prestadora cumple los objetivos de desempeño. Cuando se trata de P y P, los objetivos son de productividad porque establecen la cantidad de consultas, vacunaciones y procedimientos a realizar. Se utilizan dos esquemas de pago del incentivo: la bonificación variable</p>

	Combinada con la multa y el descuento por no cumplir las metas acordadas.
Muestra	<p>Durante 2009-2010 fueron contactadas por correo y telefónicamente 17 EPS del régimen Contributivo, a las cuales respondieron 5, y 8 EPS del régimen Subsidiado, a las cuales 3 aceptaron participar en el estudio. También se hicieron entrevistas en las Secretarías de Salud de Bogotá y Cundinamarca que manejan el régimen de las personas vinculadas. Los investigadores fueron recibidos por los gerentes, directores médicos o jefes de contratación quienes</p> <p>Contestaron la encuesta durante la entrevista.</p>
Intervención y proceso medición	<p>En los pocos casos cuando las Aseguradoras utilizan P4P(pago por desempeño) mas allá de P y P, los objetivos apuntan a cierta mezcla de la calidad (realizar menos de 15 % de solicitudes de exámenes de laboratorio en consultas de medicina general; menos de 8 días en la oportunidad de atención a los pacientes de medicina general; mas de 90 % de satisfacción del usuario; menos de 0,35 % de hospitalización; menos de 10 % de remisión a especialistas; hasta 4 % de consulta por urgencias entre</p> <p>La población asignada; menos de 5 % de hospitalización por hipertensión y diabetes .Entre el total de usuarios crónicos.) y productividad (75 % de personas cubiertas</p> <p>Y 75 % de adheridas al programa. La mayoría de los incentivos apuntan a los procesos de atención, y solo excepcionalmente, a los resultados en salud de la Población (por ejemplo, la satisfacción del usuario).</p>
Resultados	<p>Se utilizan dos esquemas de pago del incentivo: la bonificación variable combinada con la multa y el descuento por no cumplir las metas acordadas. Si el precio acordado es 100 pesos por persona, bajo el esquema de bonificación variable se pagan 95 pesos por adelantado. Al finalizar el año, se analiza el desempeño de la Prestadora y se ajustan las cuentas. Si el desempeño estaba</p> <p>Dentro del intervalo establecido, se paga 5 pesos lo que completa 100 pesos. Si el desempeño fue insatisfactorio, no se paga nada más o incluso se pide a la Prestadora</p>

	<p>devolver hasta 5 pesos. En el peor caso, la Prestadora ganará solo 90 pesos. Es un incentivo positivo relacionado con la multa. Otro esquema es el descuento que</p> <p>Se aplica a las actividades de Pipa que la Prestadora no realizó.</p> <p>La experiencia Colombiana valida la TCT: para aplicar P4P, se necesita cierta cercanía y dependencia mutua entre la Aseguradora y Prestadora. Se encontró que solo dos Aseguradoras estaban administrativamente independientes de sus prestadoras, mientras que seis Aseguradoras tenían relaciones especiales con sus Prestadoras porque tanto Aseguradoras como Prestadoras pertenecían a los Mismos dueños. Una sola Aseguradora (CPS) manifestó utilizar P4P en el nivel hospitalario. El mecanismo consiste en el aumento o disminución del volumen de compra de servicios. Una vez al semestre CPS evalúa el desempeño de sus prestadoras hospitalarias utilizando los indicadores de satisfacción del usuario, ausencia de complicaciones, la disposición a servir. Los indicadores reflejan los procesos, y solo un indicador (satisfacción) refleja los resultados en salud. Luego CPS trata de direccionar a los usuarios hacia las prestadoras de mejor desempeño.</p>
<p>Discusión</p>	<p>En Colombia se usa exclusivamente por Aseguradoras del régimen Contributivo, solo en el nivel ambulatorio y básicamente en PyP. Es un resultado inesperado porque va en contra de la práctica internacional (1-3). Los resultados sugieren que el nivel ambulatorio es un territorio atractivo para experimentar con P4P porque es la puerta de entrada al sistema, cuyo control es fundamental para controlar los costos totales. Especialmente atractivo es Prevención y Promoción porque en esta área no se necesita diseñar los objetivos ni indicadores de desempeño que están pre establecidos por Min. Protección Social.</p> <p>En otras aéreas de servicio de salud esta ventaja no existe. El nivel ambulatorio tiene otro atractivo: la existencia de las alianzas estratégicas entre las Aseguradoras y Prestadoras. La experiencia Colombiana parcialmente valida la TCT. La TCT afirma que la forma Híbrida de</p>

	<p>gobernación presenta un nivel más alto de control administrativo y un nivel más bajo de incentivos que el Mercado como forma de gobernación.</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>Existen en nuestro país aseguradoras que prestan el servicio al régimen contributivo y otras al régimen subsidiado, este servicio para ellas es de gran competencia ya que en muchas de las prestadoras dan un porcentaje por su cumplimiento con los objetos de trabajo que son incentivos para que el servicio sea efectivo y de calidad.</p> <p>Dando resultados más altos en los servicios con clínicas e ips privadas, ya que los centros hospitalarios, son de gran demora en sus pagos por la contratación con los municipios y de intermediarios la parte política.</p> <p>También muestra en gran parte que las aseguradoras se desgastan más por atender los programas de consulta externa y p y p ya que son de más bajos costo que los servicios de cirugía, unidad de cuidados intensivos y urgencias.</p> <p>Muchas de las aseguradoras no entran en esta competencia de incentivos ya que son los mismos dueños de las entidades que presan dichos servicios de salud.</p>

Art 44. ENFOQUE ACTUAL DE LA SALUD AMBIENTAL

Titulo	Enfoque actual de la salud ambiental
autor y año	Pérez Jiménez Dianelys,I Diago Garrido Yosian,II Corona Miranda Beatriz,III Espinosa Díaz René,IV González Pérez Jorge EnriqueV año 2011
ubicación del articulo (base datos)	Scielo
citación bibliográfica del articulo en vancouver)	Pérez Jiménez Dianelys, Diago Garrido Yosian, Corona Miranda Beatriz, Espinosa Díaz René, González Pérez Jorge Enrique. Enfoque actual de la salud ambiental. Rev Cubana Hig Epidemiol [revista en la Internet]. 2011 Abr [citado 2014 Ene 16] ; 49(1): 84-092. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032011000100010&lng=es .
Objetivo del artículo	Conocer los recursos para la necesidad de atención primaria de la salud de la población, y que promuevan y se integren con el logro de los objetivos de desarrollo sostenible, teniendo en cuenta las cuestiones del ambiente. La vinculación de las mejoras de carácter sanitario, ambiental y socioeconómico se hace a través de la salud ambiental, que exige la ejecución de actividades intersectoriales.
Palabras Clave	Salud ambiental, desarrollo, enfoque ecosistémico en la salud humana
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>La salud humana, finalmente, depende de la capacidad de una sociedad para mejorar la interacción entre las actividades humanas y los ambientes físico, químico y biológico.</p> <p>La salud ambiental está relacionada directamente con la salud humana ya que cuando se acelera el crecimiento demográfico, puede haber más prevalencia de enfermedades, y cuando existen un sin número de bajos recursos como la falta de agua potable, y de saneamiento ambiental esto dispara el aumento creciente de enfermedades que afectan a todos los seres humanos.</p>
Muestra	No aplica

Intervención y proceso medición	No aplica
Resultados	No aplica
Discusión	No aplica
Análisis Personal	<p>El saneamiento básico y la calidad ambiental son los dos elementos que definen las</p> <p>necesidades de acción de la Organización Panamericana de la Salud en la Región de las Américas.</p> <p>Ha estado realizando actividades que ayuden al saneamiento ambiental uso eficiente de recursos,</p> <p>aspectos económicos-financieros y aspectos de políticas como la privatización o descentralización de los servicios de salud, con los centros de cooperación, esto es responsabilidad de todos los seres humanos incluyendo a aquellas personas que no son profesionales, pero que día a día ven el daño de el sistema del que nos proveemos todas las necesidades, como la radiación, el gasto excesivo de luz, y agua, y muchas plagas de la zona agrícola, como el ineficiente recurso de los métodos de planificación familiar propagando así, embarazo no deseados y enfermedades contagiosas. Todo esto conlleva a la autodestrucción del sistema y al aumento de enfermedades cada vez más imposibles de erradicar.</p>

Art 45. Acceso a la atención en salud en Colombia

Titulo	Acceso a la atención en salud en Colombia
autor y año	Ingrid Vargas-Lorenzo ¹ , M. Luisa Vázquez-Navarrete ¹ Y Amparo S. Mogollón-Pérez ² . Año 2010
ubicación del artículo (base datos)	Scielo
citación bibliográfica del artículo en vancouver)	Vargas Lorenzo Ingrid, Vázquez-Navarrete M. Luisa, Mogollón Pérez Amparo S. Acceso a la Atención en Salud en Colombia.Rev. Salud Pública [revista en la Internet]. 2010 Oct [citado el 16 de enero 2014]; 12 (5): 701-712. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000500001&lng=en . http://dx.doi.org/10.1590/S0124-00642010000500001 .
Objetivo del artículo	Contribuir al conocimiento sobre el acceso a los servicios en Colombia tras la reforma del sistema de salud, exponiendo los principales resultados vacíos en las investigaciones.
Palabras Clave	Accesibilidad a los servicios de salud, prestación de atención de salud, Colombia, literatura de revisión como asunto
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>Se define en la accesibilidad a la salud en Colombia la utilización efectiva de servicios y los factores que predisponen y capacitan el uso de servicios.</p> <p>Existen dos tipos de aseguramiento en Colombia el régimen contributivo y el régimen subsidiado.</p> <p>La reforma colombiana ha sido considerada como una experiencia exitosa en la mejora del acceso por el incremento de la cobertura de la afiliación. No obstante,</p> <p>La afiliación a un seguro no es equivalente a acceso adecuado. En este sentido, los estudios analizados no parecen indicar un aumento en la utilización de servicios</p> <p>–Salvo en el régimen subsidiado–, así como también muestran la persistencia de barreras que dificultan el acceso, incluso para la población asegurada.</p>
Muestra	No aplica

Intervención y proceso medición	No aplica
Resultados	<p>El total de artículos potencialmente relevantes encontrados fue de 90. De estos, Se analizaron 27 que cumplían los criterios de selección. Los estudios analizados son de tres tipos: a. Estudios de determinantes del uso de los servicios; b. Estudios de la desigualdad en la utilización; y c. Estudios desde la perspectiva de los Actores sociales. La mayoría de estos estudios se han realizado diez años después de la introducción de la Ley 100.</p> <p>En el primer grupo se encuentran estudios realizados con el objetivo de explicar los factores que determinan la utilización mediante análisis multivalentes. Suelen ser de carácter parcial: para un área geográfica determinada , un tipo de atención o enfermedad –vacunación , citología cuello uterino , Mamografía, salud materno-infantil - o un colectivo vulnerable. En el segundo grupo de estudios se encuentran análisis de la desigualdad del acceso realizado por tipo de afiliación o renta mediante la comparación de la probabilidad de utilización de servicios, así como de las barreras potenciales a través del análisis de la frecuencia de las causas del no uso de servicios.</p> <p>Estos estudios se basan principalmente en la Encuesta de Calidad de Vida (ECV). El último grupo de estudios son análisis del acceso desde la perspectiva de usuarios o profesionales, aplicando una metodología cualitativa o mediante encuesta de opinión. Se centran, en su mayoría, en un tipo de atención o en una población vulnerable. Analizan las barreras percibidas relacionadas con las características de la población y los servicios. A continuación se presentan los principales resultados de los estudios analizados.</p>
Discusión	<p>En cuanto a las barreras relacionadas con la prestación de servicios, los estudios apuntan dificultades relacionadas con la accesibilidad geográfica de los servicios y con elementos organizativos como los trámites administrativos, el tiempo de espera y la mala calidad de la atención. Llama la atención que la barrera geográfica y la calidad surjan como causa del no uso de servicios entre los asegurados. La primera podría reflejar</p>

	<p>deficiencias importantes en la contratación de proveedores por parte de las aseguradoras , así como la concentración de los prestadores</p> <p>Privados en determinadas áreas - con nivel socioeconómico más elevado y urbanas. La mala calidad como causa creciente del no uso podría estar relacionada también con las dificultades al acceso que imponen las aseguradoras y los proveedores en un modelo de competencia regulada, puesto que dentro de</p> <p>Esta variable los estudios incorporan atributos como la realización de trámites o el rechazo de la atención.</p> <p>Otro resultado que destaca de la revisión es la falta de estudios que profundicen en los factores que influyen en el acceso relacionado con el contexto –políticas y características de servicios y aseguradoras</p>
Análisis Personal	<p>Los sistemas de salud con modelos de competencia regulada muestran cómo elementos organizativos característicos de este modelo, como el uso de mecanismos de control de la atención por parte de las aseguradoras, influyen de forma determinante en el uso de los servicios. Es por eso que todavía muchas de nuestras entidades en salud no están certificadas por la norma de garantía de la calidad, por la ineficiencia del mismo sistema.</p>

Art 46 ACTITUDES Y OPINIONES DE ACTORES IMPLICADOS EN LA POLÍTICA PARTICIPATIVA DEL CONTROL DE LACALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA

<p>Titulo</p>	<p>ACTITUDES Y OPINIONES DE ACTORES IMPLICADOS EN LA POLÍTICA PARTICIPATIVA DEL CONTROL DE LACALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA</p>
<p>Autor y Año</p>	<p>Delgado Gallego, María Eugenia. Actitudes y Opiniones de Actores Implicados en la Política Participativa del Control de la Calidad de los Servicios de Salud en Colombia. <i>Universitas Psychologica</i> [en línea] 2007, 6 (Mayo-Agosto) : [Fecha de consulta: 20 de enero de 2014] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64760213> ISSN 1657-9267</p>
<p>Ubicación del artículo (base datos)</p>	<p>Lilacs</p>
<p>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</p>	<p>Delgado Gallego ME. Actitudes y Opiniones de Actores Implicados en la Política Participativa del Control de la Calidad de los Servicios de Salud en Colombia. <i>Universitas Psychologica</i> 2007;6:345-358. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64760213</p>
<p>Objetivo del artículo</p>	<p>El objetivo de este trabajo es analizar las actitudes y opiniones sobre la participación en salud de usuarios, personal de salud y formuladores de políticas en Colombia. Se realizó una investigación exploratoria y descriptiva, combinando métodos cualitativos a través de 25 grupos focales, con 210 usuarios y 40 líderes, y 36 entrevistas individuales semi-estructuradas a personal de salud, con una encuesta a 1.497 usuarios. Se encontró que casi todos los actores tienen una actitud positiva frente a la participación, la cual era más favorable entre usuarios mujeres, personas con estudios básicos, de niveles socioeconómicos bajos, jubilados y</p>

	<p>desempleados. Se observaron en el personal de salud actitudes ambivalentes determinadas por factores culturales, de favorabilidad hacia la participación, pero desfavorables hacia elementos situacionales que la determinan.</p>
Palabras Clave	<p>actitud, opinión, participación comunitaria, políticas públicas de salud, sistemas nacionales de salud, Colombia, América Latina.</p>
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>La participación social dentro de la reforma al sector salud,</p> <p>Iniciado en varios países en desarrollo hace algunos años, es un componente importante como estrategia para mejorar la calidad de los servicios de salud. En Colombia y otros países latinoamericanos dicha reforma y su filosofía neoliberal se articularon dentro de los cambios que, a nivel administrativo y económico, se vienen</p> <p>Implantando en los últimos gobiernos (Broomberg, 1994; Isaza, 1995).</p> <p>A partir de la Constitución de 1991 como marco político, se crea la Ley 100, la cual produjo un cambio en todo el sistema de salud del país, y dio lugar, entre otros, al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).</p> <p>Este nuevo sistema contempla la participación como un elemento fundamental del servicio público en lo que respecta al control de las instituciones de este sector. Se considera la participación como la acción de los usuarios en varios niveles de aplicación, desde la información, la consulta, hasta la toma de decisiones en la planeación, control de costos y control de calidad de los servicios de salud (Decreto 1757, 1994).</p>

Muestra	No aplica
Intervención y proceso medición	No aplica
Resultados	<p>En la escala de 1 a 5, elaborada para medir la actitud hacia la participación del usuario en el mejoramiento de los servicios de salud, se encontró un índice de favorabilidad del 3.5, en términos globales. son las mujeres, en promedio, las que presentan una actitud</p> <p>Más favorable hacia la participación en salud, con relación a los hombres, diferencia estadísticamente significativa.</p> <p>Los resultados indicaron que mientras se tenga menos nivel educativo, las personas tienden a presentar una actitud significativamente ($p < 0.05$) más favorable a la participación, con relación a las personas que tienen estudios superiores.</p>
Discusión	<p>Uno de los resultados centrales de este estudio consiste en haber encontrado que, en términos generales, la participación en salud es un hecho social, culturalmente significativo y deseable, puesto que casi todos los actores involucrados lo valoran positivamente. Esto se explicaría, en parte, por la articulación de la participación a un bien social, apreciado y escaso como es la salud en Colombia, donde aproximadamente el 40% de la población no está afiliada al SGSSS (De Groote, De Paepe & Unger, 2005). En estudios recientes en Colombia (Delgado & Vázquez, 2006a, 2006b; Mosquera et al. 2001) y Brasil (Vázquez et al. 2003) se observó que para los usuarios de los sistemas de salud de esos países participar representaba acceder a los servicios de salud. Esto, aunado a los valores de solidaridad y compromiso en los que se sustenta la participación según el estudio de Delgado y Vázquez (2005), estaría</p>

	<p>direccionando positivamente la actitud de los usuarios hacia la participación. Por otra parte, este estudio devela que hay sectores de la población usuaria más favorables hacia la participación que otros, para quienes los valores, creencias y experiencias que sustentan dichas actitudes también son distintos. Las mujeres, por ejemplo, se orientan más en favor de la participación en salud que los hombres, y esto se explicaría, en parte, por el papel que ellas juegan como guardianas de la salud de la familia, como plantea</p> <p>Huici Casal (1985); también por su rol –muchas veces en tanto cabeza de familia– como cuidadora, responsable y</p> <p>Provedora de las necesidades fundamentales de la familia como la salud, los alimentos, lo afectivo. Se trata de un rol tradicional internalizado a través de procesos de socialización primaria y secundaria de muchas mujeres en países latinoamericanos (Delgado, 1992). Además, las mujeres en América Latina son las principales generadoras de salud como lo señala Roses (2003), donde</p> <p>constituyen una gran fuerza laboral voluntaria y remunerada</p> <p>en salud.</p>
Análisis Personal	<p>Dentro de cada institución se deben tener en cuenta que la participación de los actores dinámicos dentro de esta son de gran valor ya que de las necesidades planteadas y las opiniones de estos es fundamental para el desarrollo de nuevas políticas, planes y acciones para mejorar dentro de la institución lo cual la hace competente en el mercado. por tal motivo se debe buscar analizar y promover que cada persona tiene derechos y deberes en su país dando prioridad a que cada uno pertenezca a un régimen de seguridad social en salud y tenga cobertura a los servicios de salud, teniendo en cuenta que todos deben de cumplir con este derecho fundamental dentro de nuestra constitución política.</p>

Art 47 Bases legales de la calidad en los servicios de salud

Titulo	Bases legales de la calidad en los servicios de salud
Autor y Año	Dra. Yoerquis Mejías Sánchez, ^I Dra. Niviola Cabrera Cruz, ^I Lic. María Mercedes Rodríguez Acosta, ^{II} Dra. Ana Margarita Toledo Fernández, ^I Dra. María Victoria Norabuena Canal ^I . Revista Cubana de Salud Pública versión ISSN 0864-3466, Rev Cubana Salud Pública vol.39 no.4 Ciudad de La Habana sep.-dic. 2013
Ubicación del articulo (base datos)	Scielo
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Mejías Sánchez Yoerquis, Cabrera Cruz Niviola, Rodríguez Acosta María Mercedes, Toledo Fernández Ana Margarita, Norabuena Canal María Victoria. Bases legales de la calidad en los servicios de salud. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2013 Dic [citado 2014 Ene 20]; 39(4): 796-803. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000400016&lng=es .
Objetivo del artículo	La calidad de los servicios de salud se fundamenta en la satisfacción de la población, la excelencia profesional, la eficiencia en el uso de los recursos, en ofrecer una atención con un riesgo mínimo para los pacientes y en la evaluación del impacto final de las acciones en términos de ganancia en salud para los ciudadanos. Para el logro de este fin los servicios deben organizarse de forma adecuada y establecer o aplicar las normas, guías de práctica clínica, procedimientos y protocolos diagnóstico terapéuticos necesarios, además de realizar los procesos relacionados con la verificación de los instrumentos de

	medición y de la tecnología biomédica basados en el cumplimiento de las legislaciones vigentes.
Palabras Clave	bases legales, calidad de los servicios de salud, calidad
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>En el sector de la salud, calidad significa dar una respuesta efectiva a los problemas o situaciones sanitarias que inciden sobre una población y sus individuos y significa satisfacción de los pacientes, la familia y la comunidad para con estos servicios.</p> <p>Tanto la OMS como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), disponen desde la década del 80 de un conjunto de documentos compilados en el llamado Manual de Organización y Procedimientos Hospitalarios. Mas recientemente y a propuesta de las Divisiones de Sanidad del Grupo de Acción de la Industria del Automóvil y de la Asociación Americana para la Calidad, se constituyó un taller patrocinado por la Asociación Canadiense de Normalización, el cual generó el Primer Acuerdo de Trabajo Internacional (IWA 1), donde se establecen las directivas para la mejora del desempeño de las organizaciones sanitarias con la finalidad de contribuir a la satisfacción de todas las partes interesadas.³</p>
Muestra	No aplica
Intervención y proceso medición	No aplica
Resultados	No aplica
Discusión	No aplica
Análisis Personal	Dentro de cada entidad se cuenta con personal idóneo , tecnología necesaria, insumos médicos, y de mas personas encargadas del cumplimiento de derechos y deberes dentro y fuera de esta, para ello se cuenta con un manual interno y externo donde se explica de manera clara y encilla la parte legal de los profesionales que allí laboran y de los usuarios que allí

	pertenecen los cuales deben ser respetados y cumplidos para que la satisfacción del cliente llegue hasta su máximo esplendor
--	--

Art 48 Algunos problemas de la salud en Colombia

Titulo	Algunos problemas de la salud en Colombia
Autor y Año	Herazo B. Algunos problemas de la salud en Colombia. Univ Odontol. 2010 Jul-Dic; 29(63):37-39
Ubicación del artículo (base datos)	Redalyc
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Herazo Acuña B. Algunos problemas de la salud en Colombia. Universitas Odontológica 2010:2937-39. Disponible en: http://estudiosterritoriales.org/articulo.oa?id=231216366005 . Fecha de consulta: 20 de enero de 2014.
Objetivo del artículo	<p>Se analiza los principales problemas que enfrenta el sector de la salud en Colombia.</p> <p>Destaca la corrupción como el peor mal y hace un llamado a mirar más allá de lo curativo.</p> <p>A partir de una visión de la salud como aquellas condiciones que garantizan la calidad de vida, concluye indicando las bondades de la promoción de la salud y las medidas de</p> <p>Prevención específica para tener una población más sana.</p>
Palabras Clave	Salud pública, Promoción de la salud, Calidad de vida.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>La salud en Colombia presenta una evaluación negativa, debido a varias situaciones, entre las cuales algunas merecen unos breves comentarios: (a) la corrupción generalizada; (b) la injusticia e inequidad biológica, social, económica y política, lo cual ha generado los más altos índices de pobreza en el país, como los que presenta actualmente; (c) el considerar</p> <p>la prestación de servicios de salud como un negocio</p>

	<p>especulativo, que debe generar muchos ingresos y ganancias, y (d) la mentalidad curativa y no preventiva De empresarios, dirigentes, directivos y profesionales de la salud. El peor mal del país, un cáncer crónico, es la corrupción. Esto, sumado a los daños económicos que le producen a la sociedad colombiana la guerrilla, el paramilitarismo, el narcotráfico y la guerra oficial solapada en que vivimos, no superan a la corrupción en montos y perjuicios graves a la población y al sistema socioeconómico. Se puede implantar el más avanzado y maravilloso sistema de salud o crearse las entidades que deseen, pero si en ellas impera la corrupción, no habrá ninguna posibilidad para que se genere salud y excelentes o buenos servicios de salud. La evaluación que han hecho expertos y entidades del sector salud, algunas sociedades científicas, universidades públicas y privadas, Contraloría y Procuraduría, es que la corrupción e intermediación han sido nefastas para el manejo de la salud en Colombia.</p>
Muestra	No aplica
Intervención y proceso medición	No aplica
Resultados	No aplica
Discusión	No aplica
Análisis Personal	<p>Dentro de un contexto amplio se encuentra que uno de los factores más importantes y de mayor impacto en la sociedad colombiana están la violencia , el desplazamiento forzoso, la drogadicción, y una de las más importantes en nuestro país a los largo de muchas décadas es la corrupción en todas sus facetas en especial en los recursos financieros destinado para la prestación de servicios, ya que las falencias de estos recursos impactan de manera negativa en la salud de la población, niños,adulto mayor, mujeres embarazadas lo cual se ve representado, en la desnutrición infantil, la recurrencia de las enfermedades crónicas e infectocontagiosas, muertes maternas y neonatales por falta de programas y cumplimiento de estos a</p>

	la población mas vulnerable y afectada del país.
--	--

Art 49 Ubicación de Colombia en el espectro de salud de América latina

Titulo	Ubicación de Colombia en el espectro de salud de América latina
Autor y Año	Molina V., Catherine, Martínez L., Elkin. Ubicación de Colombia en el espectro de salud de América latina Revista Facultad Nacional de Salud Pública [en línea] 2005, 23 (Enero-Junio) : [Fecha de consulta: 20 de enero de 2014] Disponible en:< http://estudiosterritoriales.org/articulo.oa?id=12023110 > ISSN 0120-386X
Ubicación del artículo (base datos)	Redalyc
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Molina V. C, Martínez L. E. Ubicación de Colombia en el espectro de salud de América latina. Revista Facultad Nacional de Salud Pública 200523103-116. Disponible en: http://estudiosterritoriales.org/articulo.oa?id=12023110 . Fecha de consulta: 20 de enero de 2014.
Objetivo del artículo	Los indicadores de salud orientan la toma de decisiones, facilitan el monitoreo de objetivos y evalúan el desempeño de los sistemas sanitarios de un país; sin embargo, solo cobran verdadero sentido cuando se comparan con los referentes reales del entorno social en el cual están inmersos. Establecer la ubicación de Colombia en el escenario de salud de las Américas.
Palabras Clave	Indicadores de salud, diagnóstico de la situación en salud, Colombia, América latina
Conceptos manejados en el artículo (Introducción planteamiento	Organismos del orden internacional, como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), han recolectado datos de los países con el fin de analizar la situación de salud de las naciones y sus tendencias.

problema)	<p>En 1922 la OPS produjo su primer Boletín Panamericano de la Salud (actual Revista Panamericana de Salud Pública). Posteriormente aparecieron recopilaciones con información sobre diferentes aspectos de la salud en los países del continente americano, como son los Informes Sanitarios Semanales, La Salud en las Américas, Indicadores Básicos de Salud, Estadísticas de Salud en las Américas, el Boletín Epidemiológico y la creación de un banco de datos que comprende 124 indicadores de salud para los 48 países del continente.</p>
Muestra	No aplica
Intervención y proceso medición	No aplica
Resultados	<p>Avance relativo de Colombia en el ámbito Latinoamericano La posición relativa de Colombia en el espectro de los países latinoamericanos muestra con mayor precisión la distancia proporcional que lo separa del mejor y del peor país en indicadores de salud. En relación con la proporción de población con acceso a servicios públicos domiciliarios, tanto en agua apta para consumo humano como en alcantarillado y eliminación de excretas, se ha recorrido una distancia relativa superior a 83% de la brecha que existe entre el país con menor cobertura y el país con mayor cobertura de América latina</p>
Discusión	<p>Conocer la posición relativa de Colombia en materia de indicadores de salud permite identificar con mayor precisión su ubicación entre los países latinoamericanos y la distancia que lo separa del mejor y del peor país. El desarrollo de este objetivo proporciona una mirada más crítica y optimista acerca de la situación actual por la que atraviesa la nación.</p>

Análisis Personal	Para cada país y entidad prestadora de servicios de salud, es de vital importancia conocer los diferentes aspectos positivos y negativos dentro de los cuales se destacan los indicadores de salud que generen mayor influencia en cuanto al estado y su tendencia dentro de la situación en salud a la cual se podría ver afectada, ya que con estos se tomaran decisiones, se crearan planes de mejora, se analizaran e identificaran las zonas epidemiológicas con mayor influencia y se dará cumplimiento a a los objetivos y se dará prioridad a estas.
-------------------	--

Art 50 La calidad en salud, un compromiso de todos

Titulo	La calidad en salud, un compromiso de todos
Autor y Año	Amaya Perozzo, C. (2006). La calidad en salud, un compromiso de todos. Ciencia & Tecnología Para La Salud Visual Y Ocular, 0(7), 77-82.
Ubicación del articulo (base datos)	Lilacs
Citación Bibliográfica del articulo en Vancouver)	Amaya Perozzo, C. (2006). La calidad en salud, un compromiso de todos. Ciencia & Tecnología Para La Salud Visual Y Ocular, 0(7), 77-82. Consultado de http://revistas.lasalle.edu.co/index.php/sv/article/view/1640
Objetivo del articulo	La atención en salud y la calidad en los servicios de salud se han convertido en parte de un proceso de mejoramiento dentro del Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia. Es por eso que la normatividad vigente se hace cada día más puntual a ese respecto por considerarse de suma importancia el proceso de la consecución y la permanencia de la salud con calidad en el contexto de nuestro país, en el cual debe tomar parte cada uno de los entes prestadores de salud, sus profesionales y la población, para que se de como consecuencia, un resultado satisfactorio en la solución verdadera de problemas de salud en el país
Palabras Clave	calidad, atención, normatividad, usuario, prestadores de servicios, atención en salud Visual.
Conceptos manejados en	La atención en salud es un compromiso que deben asumir los profesionales en esta área dentro de unas normas de calidad

el artículo (Introducción- planteamiento problema)	<p>para brindar un servicio que cumpla con los estándares que determina la ley y al que pueda acceder la población.</p> <p>La calidad en salud se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. También es referida como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario.</p>
Muestra	No aplica
Intervención y proceso medición	No aplica
Resultados	Tanto las instituciones como los profesionales de la salud deben asumir un papel más comprometido dentro del proceso de consecución de calidad y debe estar inmerso en la práctica diaria con cada una de las acciones que se realizan tanto a nivel administrativo como asistencial para que el resultado obedezca a la consecuencia lógica del trabajo permanente y continuo de cumplimiento de los objetivos y de igual forma de la normatividad que nos compromete con la calidad.
Discusión	
Análisis Personal	Para que una atención en cualquier servicio en salud sea de una calidad aceptada por los usuarios esta debe de cumplir con algunos requisitos dentro de los cuales se debe trabajar de forma permanente para dar cumplimiento a esta dentro de los cuales están: accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad, con lo cual cada uno de los profesionales en salud debe de estar informado y dispuesto a cumplir con la normatividad de cada entidad.

3.CONCLUSIONES

Una organización de salud tiene la capacidad de crear, mantener e incrementar el valor de sus servicio y la permanencia de sus usuarios cuando cumple con la disminución de costos, aumenta la efectividad de su servicio y actúa con la participación del personal que complementa esta sociedad mejorando su liderazgo en el sistema de salud y gestionando su mejor participación en la sociedad.

Por lo anterior deducimos que todas las entidades de salud en colombia se guían y basan en las normas ajustadas con la ley 1441 de 2013, pero muchas no cumplen los requisitos o si los cumplen, no actúan eficientemente en el sistema de seguridad social en salud.

Por lo tanto la calidad de la atención consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en una 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.

Para enterarnos de todo lo abarca el significado de calidad mostramos la siguiente figura en la que definimos calidad con todos sus componentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Baum FE, Legge DG, Freeman T, Lawless A, Labonté R, Jolley GM. BMC. El potencial de los servicios multidisciplinares de atención primaria para tomar acción sobre los determinantes sociales de la salud: acciones y limitaciones. Public Health. 2013 10 de mayo; 13:460. doi: 10.1186/1471-2458-13-460. PMID:23663304 PubMed – Medline

[http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/ PubMed / 23663304](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed/23663304)

2. Wytske W Geense, Irene M van de Glind, [...], y Theo van Achterberg. Barreras, facilitadores y actitudes que influyen en las actividades de promoción de la salud en la práctica general: un estudio piloto exploratorio. Publicado en línea 09 de febrero 2013. doi: 10.1186/1471-2296-14-20 PMCID: PMC3575260

[http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23394162](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23394162)

3. Green ME, Hogg W, Savage C, Johnston S, Russell G, Jaakkimainen RL, Glazier RH, Barnsley J, Birtwhistle R. BMC Health Serv Res. 2012 Jul 23; 12:214. La evaluación de los métodos de medición de los resultados clínicos y la calidad de la atención en las prácticas de la atención primaria. doi: 10.1186/1472-6963-12-214. PMID:22824551 [PubMed - indexed for MEDLINE]

[http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/ PubMed / 22824551](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed/22824551)

4. Marc N. Gourevitch, Thomas Cannell, Jo Ivey Boufford, and Cynthia Summers. The Challenge of Attribution: Responsibility for Population Health in the Context of Accountable Care. American Journal of Public Health: June 2012, Vol. 102, No. S3, pp. S322-S324. doi: 10.2105/AJPH.2011.300642

[http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22690966](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22690966)

5. Hoai-An Truong, PharmD, MPH, ^{un} Catalina R. Taylor, PharmD, Candidato MPH, ^b y Natalie A. DiPietro, PharmD, MPH. La Herramienta de Evaluación, desarrollo, garantía del farmacéutico (ADAPT) para asegurar la aplicación de calidad de los programas de promoción de la salud. Am J Pharm Educ 2012 10 de febrero; 76 (1): 12. doi: 10.5688/ajpe76112 PMCID: PMC3298394

[http:// www.ncbi.nlm.nih.gov> ...> v.76 \(1\), febrero 10, 2012](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>...>v.76(1),febrero10,2012)

6. Anton J Kuzel1. Designing a patient-centered personal health record to promote preventive care, Krist et al. BMC Medical Informatics and Decision Making 2011, 11:73

<http://www.biomedcentral.com/1472-6947/11/73>

7. Netto G, Bhopal R, Lederle N, Khatoon J, Jackson A. How can health promotion interventions be adapted for minority ethnic communities? Five principles for guiding the development of behavioural interventions. Health Promot Int. 2010 Jun;25(2):248-57. doi: 10.1093/heapro/daq012. Epub 2010 Mar 18.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez/?term...UK>

8. Groene O. Centralización en el paciente y los esfuerzos de mejora de calidad en los hospitales: fundamentos, la medición, la aplicación. Int J Qual Health Care. 2011 Oct;23(5):531-7. doi: 10.1093/intqhc/mzr058. Epub 2011 Aug 22.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21862449>

9. Skånér Y, Arrelöv B, Backlund LG, Fresk M, Aström AW, Nilsson GH. Quality of sickness certification in primary health care: a retrospective database study, BMC Fam Pract. 2013 Apr 12;14:48. doi: 10.1186/1471-2296-14-48.

<http://www.biomedcentral.com/1471-2296/14/48>

10. Reynolds J, Kizito J, Ezumah N, Mangesho P, Allen E, Chandler C. Quality assurance of qualitative research: a review of the discourse, Health Res Policy Syst. 2011 Dec 19;9:43. doi: 10.1186/1478-4505-9-43.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22182674>

11.Salas Perea, R. S., Díaz Hernández, L., & Pérez Hoz, G. (2013). Identificación y diseño de las competencias laborales en el Sistema Nacional de Salud. *Educación Médica Superior*, 27(1), 92-102.
<http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421412013000100012&script>

12.De vos, p., & van der stuyft, p. (2013). Determinantes sociopolíticos de las políticas internacionales de salud. *Rev peru med exp salud publica*, 30(2), 288-96.
http://www.ins.gob.pe/rpmesp/revista_visita.asp?pubcod=104...22...

13.Giraldo Osorio, Alexandra, and Consuelo Vélez Álvarez. "La Atención Primaria de Salud: desafíos para su implementación en América Latina." *Atención Primaria* (2013).
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656713000413>

14.Giraldo Osorio Alexandra, Toro Rosero María Yadira, Macías Ladino Adriana María, Valencia Garcés Carlos Andrés, Palacio Rodríguez Sebastián. LA PROMOCION DE LA SALUD COMO ESTRATEGIA PARÁME EL FOMENTO DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES. *Hacia promoc. Salud* [revista en la Internet]. Julio 2010 [citado el 03 de octubre 2013]; 15 (1): 128-143.Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772010000100010&lng=en..

15.Bautista-Otero, A., & García-Ubaque, J. C. (2012). Gestión de gobiernos locales en la calidad de la atención de la salud para niños. *Revista de Salud Pública*, 14(2), 3-14. A Bautista-Otero... - Revista de Salud ..., 2012 - Scielo Publica Health
http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/rev_Salud_publica/article/view/35347

16. Granados-Cosme JA, Tetelboin-Henrion C, Torres-Cruz C, Pineda-Pérez D, Villa-Contreras BM. Operación del programa Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD). La función de los gestores en atención primaria y hospitales. Salud Pública de México 2011;53(4):S402-S406. Disponible en:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10621579003>. Fecha de consulta: 21 de febrero de 2014.

17. Las crisis del Sector Salud. Salud, Barranquilla [revista en la Internet]. Diciembre 2012 [citado el 04 de octubre 2013]; 28 (2): 1-4. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522012000200001&lng=en.

18. Toro, L. F., Bareño, J., Guzmán, P. A., & Correa, J. C. (2012). Información relevante para la gestión por calidad en las organizaciones de salud. Revista CES Salud Pública Volumen, 3(1).

<http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3977558.pdf>

19. Rocha-Vuelvas, A. (2012). Derecho a la salud en Colombia. La utopía anunciada. espacio abierto, 21(1), 59-80.

<http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3977558.pdf>

20. Salas Perea Ramón Syr, Díaz Hernández Luis, Pérez Hoz Grisel. Normalización de las competencias laborales de las especialidades médicas en el sistema nacional de salud. Educ Med Super [revista en la Internet]. 2013 Jun [citado 2013 Oct 04] ; 27(2): 287-293. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421412013000200015&lng=es.

21. Delgado-Gallego ME, Vázquez-Navarrete ML, de Moraes-Vanderlei L. Calidad en los servicios de salud desde los marcos de sentido de diferentes actores

sociales en Colombia y Brasil. Revista de Salud Pública 201012533-545. Disponible en

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42217796001>. Fecha de consulta: 19 de septiembre de 2013.

22.Cabrera-Arana GA, Londoño-Pimienta JL, Bello-Parías LD. Validación de un Instrumento para Medir Calidad Percibida por Usuarios de Hospitales de Colombia. Revista de Salud Pública 200810443-451. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42210309>. Fecha de consulta: 19 de septiembre de 2013.

23.Múnera Gaviria HA. La calidad de la atención en salud, más allá de la mirada técnica y normativa. Investigación y Educación en Enfermería 20112977-86. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105222398010>. Fecha de consulta: 19 de septiembre de 2013.

24.Altisent R. LA ÉTICA DEL DESARROLLO PROFESIONAL CONTINUADO EN LA PROMOCIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL. Acta Bioethica 2010; XVI155-164. Disponible en:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55415469007>. Consultado el 19 de septiembre de 2013

25.Cabrera-Arana GA, Bello-Parías LD, Londoño-Pimienta JL. Calidad Percibida por Usuarios de Hospitales del Programa de Reestructuración de Redes de Servicios de Salud de Colombia. Revista de Salud Pública 200810593-604. Disponible en:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42210409>. Fecha de consulta: 19 de septiembre de 2013.

26. Palacios-Barahona AU, Bareño-Silva. Factores asociados a eventos adversos en pacientes hospitalizados en una entidad de salud en Colombia. Rev CES Med 2012; 26(1):19-28

[http:// www.scielo.org.co/pdf/cesm/v26n1/v26n1a03.pdf](http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v26n1/v26n1a03.pdf)

27. Héctor Robledo Galván, José Meljem Moctezuma, Germán E. Fajardo Dolci, David Olvera López. De la idea al concepto en la calidad en los servicios de salud Revista CONAMED, Vol. 17, N°. 4, 2012, págs. 172-175

[http:// dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4175520.pdf](http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4175520.pdf)

28. Muñoz IF, Londoño BE, Higueta Y, Sarasti DA, Molina GM. La legislación que reglamenta el sistema de salud colombiano: formulación, Aplicación e implicaciones sobre sus actores. Rev Fac Nac Salud Pública 2009; 27(2): 142-152.

[http:// www.redalyc.org/articulo.oa?id=12011791005](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12011791005)

29. Amaris, Gloria Villareal. ATENCIÓN PRIMARIA MARCO REGULADOR DE LOS SISTEMAS DE SALUD, Revisalud unisucree 2013; 1(1):63 – 66.

[http:// revistas.unisucree.edu.co / index.php / revi Salud / article/view/75](http://revistas.unisucree.edu.co/index.php/revi_Salud/article/view/75)

30. Pascual Sáez, Marta - Cantarero Prieto, David. Entendiendo la Economía de la Salud: Una revisión de los estudios sobre eficiencia, equidad y desigualdades. Estudios de economía aplicada Vol. 31, N° 2, 2013 pag 281-302.

[http:// www.redalyc.org/articulo.oa?id=30128236001](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30128236001)

31. Franco-Giraldo, Álvaro. Referentes teóricos para el análisis de la reforma del sistema de salud colombiano. *Rev. gerenc. polit. salud* [en línea]. 2012, vol.11, n.22 [citado el 19.10.2013], pp 28-42. disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1657-70272012000100003&lng=en&nrm=iso. issn 1657-7027.

32. Franco Saúl. Entre los negocios y los derechos. *Rev Cubana Salud Pública* [revista en la Internet]. 2013 Jun [citado 2013 Oct 19]; 39(2): 268-284. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S08643466201300020008&lng=es.

33. Fernández Regla María, Thielmann Klaus, Bormey Quiñones Martha Beatriz. Individual and social health determinants in the family medicine. *Rev Cubana Salud Pública* [revista en la Internet]. 2012 Sep [citado 2013 Oct 19] ; 38(3): 484-490. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S08643466201200030014&lng=es.

34. RONCONI, Liliana M. Derecho a la salud: un modelo para la determinación de los contenidos mínimos y periféricos. *Salud colectiva* [online]. 2012, vol.8, n.2 [citado 2013-10-19], pp. 131-149 . Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652012000200003&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1851-8265.

35. Luz M. Alonso, Carlo V. Caballero Uribe. La Educación para la Salud, sin reto real. *Salud, Barranquilla* [revista en la Internet]. 2010 Jun [citado 19 de octubre 2013]; 26 (1): i-iii. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522010000100001&lng=en.

36. Llinás Delgado AE. Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer paso para la Reforma del Sistema. Salud Uninorte 201026143-154. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81715089014>. Fecha de consulta: 24 de octubre de 2013.

37 .Rodríguez Villamil N, Valencia González A, Díaz Mosquera P. Promoción de la salud y sistema de salud colombiano: reflexiones sobre la formación de profesionales. Revista Hacia la Promoción de la Salud 20131826-40. Disponible en:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126802003>. Fecha de consulta: 24 de octubre de 2013.

38. Drumond José Geraldo de Freitas. ÉTICA Y CALIDAD EN SALUD: FILOTECNIA VERSUS FILANTROPÍA. Acta bioeth. [revista en la Internet]. 2010 Nov [citado 2013 Oct 25] ;16(2):119-123.Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726569X2010000200003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2010000200003>.

39. Barrios León, Marianna. Modelo de gestión en el sector salud basado en la calidad de servicios Revista INGENIERÍA UC [en línea] 2011, 18 (Enero-Abril) : [Fecha de consulta: 25 de octubre de 2013] Disponible en:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70723245010>> ISSN 1316-6832

40.Arango Cardona, Luis Javier. Importancia de los costos de la calidad y No calidad en las empresas de salud como herramienta de gestión para la competitividad Revista Escuela de Administración de Negocios [en línea] 2009, (Septiembre-Diciembre) : [Fecha de consulta: 29 de octubre de 2013] Disponible en:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=20612971006>> ISSN 0120-8160

41.Guerrero Ramiro, Gallego Ana Isabel, Becerril-Montekio Victor, Vásquez Johanna. Sistema de salud de Colombia. Salud pública Méx [revista en la

Internet]. [citado 2014 Ene 13]. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800010&lng=es

42. Suárez Conejero J, Godue C, García Gutiérrez JF, Magaña Valladares L, Rabionet S, Concha J, et al. Competencias esenciales en salud pública: un marco regional para las Américas. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;34(1):47–53

[http:// www.paho.org/journal/index.php?gid=615&option=com...task ..](http://www.paho.org/journal/index.php?gid=615&option=com...task..)

43. Gorbanev, I., Cortes, A., Torres, S., & Yepes, F. (2011). Pago por desempeño en el sistema colombiano de salud. *Revista de Salud Pública*, 13(5), 727-736.

[http:// www.redalyc.org/articulo.oa?id=42222409001](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42222409001)

44. Pérez Jiménez Dianelys, Diago Garrido Yosian, Corona Miranda Beatriz, Espinosa Díaz René, González Pérez Jorge Enrique. Enfoque actual de la salud ambiental. *Rev Cubana Hig Epidemiol* [revista en la Internet]. 2011 Abr [citado 2014 Ene 16] ; 49(1): 84-092. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032011000100010&lng=es

45. Vargas Lorenzo Ingrid, Vázquez-Navarrete M. Luisa, Mogollón Pérez Amparo S. Acceso a la Atención en Salud en Colombia. *Rev. Salud Pública* [revista en la Internet]. 2010 Oct [citado el 16 de enero 2014]; 12 (5): 701-712. Disponible en:
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000500001&lng=en.http://dx.doi.org/10.1590/S0124-00642010000500001

46. Delgado Gallego ME. Actitudes y Opiniones de Actores Implicados en la Política Participativa del Control de la Calidad de los Servicios de Salud en Colombia. *Universitas Psychologica* 2007;6345-358. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64760213>

47 .Mejías Sánchez Yoerquis, Cabrera Cruz Niviola, Rodríguez Acosta María Mercedes, Toledo Fernández Ana Margarita, Norabuena Canal María Victoria. Bases legales de la calidad en los servicios de salud. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2013 Dic [citado 2014 Ene 20]; 39(4): 796-803. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000400016&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000400016&lng=es)

48. Herazo Acuña B. Algunos problemas de la salud en Colombia. Universitas Odontológica 2010;29(37-39). Disponible en: [http://estudiosterritoriales.org/articulo.oa?id=231216366005.](http://estudiosterritoriales.org/articulo.oa?id=231216366005) Fecha de consulta: 20 de enero de 2014.

49. Molina V. C, Martínez L. E. Ubicación de Colombia en el espectro de salud de América latina. Revista Facultad Nacional de Salud Pública 2005;23(103-116). Disponible en:

<http://estudiosterritoriales.org/articulo.oa?id=12023110>

50. Amaya Perozzo, C. (2006). La calidad en salud, un compromiso de todos. Ciencia & Tecnología Para La Salud Visual Y Ocular, 0(7), 77-82. Consultado de <http://revistas.lasalle.edu.co/index.php/sv/article/view/1640>

