

EVALUACION DE LA AUDITORIA POR LA SECRETARIA DE SALUD DE BOGOTÁ,  
AL PROCESO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL COMO APORTE AL MEJORAMIENTO  
DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DEL PROGRAMA DE SALUD A SU CASA EN  
EL HOSPITAL VISTA HERMOSA DE LA LOCALIDAD DE CIUDAD BOLÍVAR EN LA  
VIGENCIA 2010 A 2011

Ligia Cepeda Bojacá

Verikza Marina Romero González

Doris Ângela Romero Velásquez

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA  
ESPECIALIZACIÓN CONTROL INTERNO Y AUDITORIA DE LAS ORGANIZACIONES  
DE LA SALUD

BOGOTÁ,

2012

EVALUACION DE LA AUDITORIA POR LA SECRETARIA DE SALUD DE BOGOTÁ,  
AL PROCESO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL COMO APORTE AL MEJORAMIENTO  
DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DEL PROGRAMA DE SALUD A SU CASA EN  
EL HOSPITAL VISTA HERMOSA DE LA LOCALIDAD DE CIUDAD BOLÍVAR EN LA  
VIGENCIA 2010 A 2011

AUTORES

DIRECTORES

Angela Samper

Jhon Pardo

Ligia Cepeda Bojacá

Verikza Marina Romero González

Doris Ângela Romero Velásquez

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA  
ESPECIALIZACIÓN CONTROL INTERNO Y AUDITORIA DE LAS ORGANIZACIONES  
DE LA SALUD

BOGOTÁ

2012

## TABLA DE CONTENIDO

|                                  |    |
|----------------------------------|----|
| Introducción.....                | 6  |
| Problema de investigación .....  | 15 |
| Planteamiento del problema ..... | 15 |
| Formulación del problema.....    | 17 |
| Objetivos .....                  | 18 |
| Objetivo general.....            | 18 |
| Objetivos específicos .....      | 18 |
| Justificación.....               | 19 |
| Marco de Referencia .....        | 21 |
| Marco Histórico .....            | 21 |
| Marco conceptual.....            | 38 |
| Marco teórico .....              | 46 |
| Marco metodológico .....         | 54 |
| Tipo de estudio .....            | 54 |
| Método .....                     | 54 |
| Instrumentos .....               | 55 |
| Referencias .....                | 92 |

## Índice de tablas

|         |   |
|---------|---|
| Tabla 1 | Lista de chequeo vigencia 2010 para auditoria           |
| Tabla 2 | Lista de chequeo vigencia 2011 para auditoria           |
| Tabla 3 | Análisis de Lista de chequeo versus vigencias evaluadas |
| Tabla 4 | Comparativo de Lineamientos                             |

### **Índice de anexos**

|         |   |    |
|---------|---|----|
| Anexo A | Cronograma de Trabajo - Diagrama de Gantt | 33 |
| Anexo B | Presupuesto Financiero                    | 35 |

## RESUMEN

EVALUACION DE LA AUDITORIA POR LA SECRETARIA DE SALUD DE BOGOTÁ,  
AL PROCESO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL COMO APORTE AL MEJORAMIENTO  
DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DEL PROGRAMA DE SALUD A SU CASA EN  
EL HOSPITAL VISTA HERMOSA DE LA LOCALIDAD DE CIUDAD BOLÍVAR EN LA  
VIGENCIA 2010 A 2011

Ligia Cepeda Bojacá<sup>1</sup> Verikza Marina Romero González<sup>2</sup> Doris Ángela Romero  
Velásquez<sup>3</sup>

Corporación Universitaria Iberoamericana

La presente investigación, evaluó la auditoría realizada a la intervención psicosocial del Programa Salud a su Casa en las vigencias 2010 a 2011 del Hospital Vista Hermosa ESE I Nivel de la localidad Ciudad Bolívar; se realiza dicha evaluación a través del método analítico, verificando cómo la auditoría fortalece la intervención, puesto que dentro de la localidad se presentan las más altas tasas e índices de eventos que afectan la salud mental de los habitantes de la localidad. Se realizó análisis de las actas de auditoría y entrevistas semi estructuradas a profesionales, encontrando que la firma auditora limita su accionar a la aplicación de listas de chequeo generadas por la Secretaría Distrital de Salud, no se evidencia espacios de retroalimentación y se realiza exclusivamente la verificación de los soportes que se encuentren estéticamente diligenciados, obviando aspectos fundamentales como los resultados obtenidos en los abordajes que se llevan a cabo y las causas de por qué se encuentran casos represados.

---

<sup>1</sup> ligia\_cepeda@hotmail.com

<sup>2</sup> verikza\_m@yahoo.es

<sup>3</sup> angel.cendales@gmail.com

ESPECIALIZACIÓN EN CONTROL INTERNO Y AUDITORIA DE LAS  
ORGANIZACIONES DE LA SALUD

COHORTE 2 – BOGOTA

(Bogotá –2013)

El Director del proyecto, una vez analizado y aprobado el proyecto de investigación, hace constar que el trabajo de grado Titulado “Evaluación de la auditoria por la secretaria de salud de Bogotá, al proceso de atención psicosocial como aporte al mejoramiento de la prestación de servicios del programa de salud a su casa en el hospital vista hermosa de la localidad de ciudad bolívar en la vigencia 2010 a 2011”, fue debidamente sustentada de acuerdo con los Reglamentos de la Corporación.

En Constancia se firma a los 16 días del mes de Agosto de 2013.

---

JHON PARDO

Director del proyecto

---

Angela María Samper Ortegón

Director del proyecto

## HOJA DE CESIÓN DE DERECHOS

Nosotros, Ligia Cepeda B., Verikza Marina Romero G., Doris Angela Romero V., manifestamos en este documento nuestra voluntad de ceder a la Corporación Universitaria Iberoamericana, los derechos patrimoniales, consagrados en el Artículo 72 de la Ley 23 de 1982, del Proyecto denominado “Evaluación de la auditoria por la secretaria de salud de Bogotá, al proceso de atención psicosocial como aporte al mejoramiento de la prestación de servicios del programa de salud a su casa en el hospital vista hermosa de la localidad de ciudad bolívar en la vigencia 2010 a 2011”. La Corporación Universitaria Iberoamericana, entidad académica sin ánimo de lucro, queda por lo tanto facultada para ejercer plenamente los derechos anteriores cedidos en su actividad ordinaria de Investigación, Docencia y Publicación. La cesión otorgada se ajusta a los que establece la Ley 23 de 1982.

Con todas nuestras condiciones de autor nos reservamos los derechos morales de la obra antes citada con arreglo al Artículo 30 de la Ley 23 de 1982<sup>4</sup>. En concordancia

---

<sup>4</sup> “Los derechos del autor sobre las obras científicas literarias y artísticas en el cual se comprenden las creaciones del espíritu en el campo científico, literaria y artístico. Cualquiera que sea el modo o forma de expresión y cualquiera que sea su destinación. Tales como: Los Libros, Folletos y otros escritos; las conferencias alocuciones, sermones y otras obras de la misma naturaleza; las obras dramáticas o dramático musicales: las obras coreográficas y las pantomimas: las composiciones musicales, con letra o sin ella, las cinematográficas a las cuales se asimilan las obras expresadas por procedimientos análogos a la cinematografía, inclusive los videogramas, las obras de dibujo, pintura, arquitectura, escultura, gravado, litografía; las obras de arte plástica, las ilustraciones, mapas, planos, croquis, y obras plásticas relativas, a la geografía, a la topografía, a la arquitectura o a las ciencias toda producción del dominio científico, literario o artístico que pueda producirse o definirse por cualquier forma de impresión o de reproducción, por fonograma radiotelefonía o cualquier otro medio.

suscribimos éste documento en el momento mismo hacemos entrega del trabajo final a la Biblioteca General de la Corporación Universitaria Iberoamericana.

| NOMBRE                          | FIRMA | CEDULA            |
|---------------------------------|-------|-------------------|
| <u>DORIS ANGELA ROMERO V.</u>   | _____ | <u>39.729.199</u> |
| <u>LIGIA CEPEDA B.</u>          | _____ | <u>52.082.125</u> |
| <u>VERIKZA MARINA ROMERO G.</u> | _____ | <u>52.074.899</u> |

## Introducción

La salud mental en el Distrito Capital es un tema de interés para la Secretaria Distrital de Salud, en adelante se utilizará la sigla SDS, quien observa los altos índices de enfermedades que afectan la salud mental de la población capitalina; se apoyan en los boletines epidemiológicos de Medicina legal y Ciencias Forenses , para sustentar los lineamientos, como parte de las metas de gobierno (2008-2012), evidenciando que las problemáticas más frecuentes por las que el distrito tiene mayor énfasis por hacer parte de los objetivos del milenio son la conducta suicida, todo tipo de violencias (intrafamiliar, sexual, infantil, entre otras) y consumo de SPA. En cuanto a Suicidio para el 2011 se reportaron en el distrito un total de 1627 casos de intento de suicidio y 275 casos de suicidio consumado, para una tasa de suicidio de 3,7 por 100.000 habitantes. Con relación al intento de suicidio el mayor número de casos se registró en mujeres, dos por cada hombre, pero frente al suicidio consumado se registraron más hombres que mujeres, por cada seis hombres se registró una mujer; con relación a la localidad de Ciudad Bolívar esta dentro de 10 tasas más altas dentro del distrito con una tasa de 4.2 de suicidio consumado y un 4.3 de intentos suicidas, estos datos salen del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de lesiones de causa externa. (SISVELCE) Instituto Nacional de Medicina Legal.

A través del Sistema de Registro SIVIM de la SDS, el distrito reportó 14.870 casos de violencia intrafamiliar, siendo Ciudad Bolívar la tercera localidad que reportó 1495 casos, encontrando que el grupo más expuesto a situaciones de violencia fue la población entre 5 a 15 años, abarcando el 36% violencia física, 43% violencia emocional, 50% violencia sexual y 39% violencia económica; con relación al sexo, fueron las mujeres más violentadas frente a estos tipos de violencia. Se observa que los principales agresores son parientes y personas conocidas, la mayoría de estos ataques ocurren dentro de la casa de la víctima en un 78%, en un 5% en vía pública y otro 5% en lugar de estudio.

Dentro de los datos obtenidos se revela que las niñas son maltratadas principalmente con objetos contundentes como palos, puños, patadas, correa en un 70%, un 9% con objetos corto punzantes y un 0.8% fueron por quemaduras por objeto solido o líquidos calientes.

Y en cuanto al consumo de sustancias psicoactiva, se encuentra en un informe del Hospital Vista Hermosa ESE I Nivel del 2011, a través del equipo de vigilancia epidemiológica ASIS, que la localidad de Ciudad Bolívar, tiene una prevalencia de consumo de tabaco, alcohol, bazuco y marihuana, sin embargo el consumo varia de una UPZ a otra, por ejemplo en Monteblando predomina el consumo de tabaco, en UPZ Perdomo y Tesoro el alcohol, y en el Perdomo en inhalables.

Al indagar sobre las causas por las cuales la población consume sustancias se encuentra que las conductas suicidas asociadas a consumo y abuso de SPA es alta, hay que considerar que la conducta suicida es un disparador de la atención; es decir, primero se reporta la conducta suicida y tras ello, en las visitas de atención, se profundiza en otras situaciones como el consumo de psicoactivos.

La segunda situación psicosocial más común son los problemas económicos, causados por la misma adicción o preexistentes, es de anotar que también se les relaciona con conductas suicidas, son un factor de estrés psicosocial que puede alimentar los deseos de evasión o la sensación de “no futuro” o “sin salida, que agobia a muchas de las personas protagonistas de los eventos, siendo la población joven la que tiene mayor hábito de consumo.

Sobre la atención los adultos consumidores, que son la segunda población reportada no cuentan con estrategias de rehabilitación institucionales en la localidad debido a varias causas: Hasta la expedición de disposiciones legales recientes, se consideraba al adicto como un delincuente antes que como un enfermo, por lo que los tratamientos de rehabilitación no se incluían dentro del Plan Obligatorio de Salud; la estrategia policiva aún no ha sido desmontada y no se han habilitado estrategias institucionales de atención para aquellos adictos que se reconozcan como pacientes de enfermedad mental, aunque pueden obligar el tratamiento mediante acciones de tutela.

Por tal razón, las direcciones de salud pública de los hospitales de primer nivel, llega a los hogares por medio de las acciones del Plan de Intervenciones Colectivas de ahora en adelante PIC, a través del ámbito Familiar que contempla el programa de Salud a Su Casa, de ahora en adelante SASC y con la intervención psicosocial se hace acompañamiento a aquellos eventos en salud mental que por medio de acciones de Promoción y Prevención, logran reestructurar algunas dinámicas familiares.

Para nuestra investigación se tomará la localidad de Ciudad Bolívar y la auditoria desarrollada a la intervención psicosocial que ejecuta el Hospital Vista Hermosa Nivel I ESE, en las vigencias 2010 y 2011.

Para introducir al lector se hará una breve explicación de lo que se desarrolla dentro de la intervención psicosocial según lineamientos dados por la SDS. La intervención psicosocial hace parte del programa de SASC y este a su vez de la estrategia de Atención Primaria en Salud, APS la cual busca dar las respuestas sociales e institucionales existentes, con un enfoque familiar y comunitario para Bogotá y la localidad, implicando cambios profundos en el modo de atención y de gestión de la salud mental.

Esta intervención tiene como propósito político aportar a las metas del plan de desarrollo como son la reducción de la tasa de suicidio a 3.0 por cada 100.000

habitantes, la disminución de uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de su vida, disminución de la violencia intrafamiliar y al año 2012 adaptar, adoptar e implementar el plan distrital de la política nacional de salud mental que aporte a la reducción del consumo de sustancia psicoactivas.

Según lineamientos dados por la SDS, la intervención tiene como objetivo brindar apoyo psicosocial a la familia en su domicilio con el fin de activar, movilizar y fortalecer recursos individuales, familiares y sociales, que le permitan restituir su autonomía y la del individuo que presenta un evento que influye en la salud mental y calidad de vida de la familia, el proceso en un primer momento constaba de cuatro visitas pero entre vigencia y vigencia se reduce a tres; en dichas visitas se debe identificar la problemática, se canaliza, se brindan orientación y educación, con el fin de fortalecer procesos de autonomía y tomas de decisión.

Para la localidad de Ciudad Bolívar, este tipo de problemáticas es alarmante por los eventos que se presentan en salud mental en comparación con las otras localidades, paralelo a esto, es la dinámica social dentro de la localidad que la ha llevado a que se estigmatice por los supuestos altos índices de inseguridad y que la población es de alta peligrosidad.

En los últimos 5 años se han incrementados los casos en salud mental y especialmente los que aborda la intervención psicosocial, según datos ya descritos; lo que conlleva a preguntarse qué pasa al interior de la localidad, cómo se está desarrollando la intervención, qué tipo de profesionales está ejecutando la intervención y qué está haciendo la SDS a través de la Auditoría para minimizar estos eventos.

Para dar cumplimiento a lo establecido en los lineamientos la SDS contrata una firma auditora para hacer la verificación de la ejecución del proceso y así poder brindar orientación y optimizar el proceso con el propósito de afectar positivamente la intervención. Para el 2010 la auditoría es realizada por los referentes de salud mental de la SDS y para el 2011 la firma auditora fue la Universidad de Antioquia.

A partir de estas inquietudes, surge la necesidad de evaluar la auditoría de las vigencias 2010 a 2011, al proceso de atención psicosocial como aporte al mejoramiento de la prestación de servicios del programa de salud a su casa en el hospital vista hermosa de la localidad de Ciudad Bolívar.

## **Problema de investigación**

### ***Planteamiento del problema***

La Secretaria Distrital de Salud, acogida a la estrategia de Atención Primaria en Salud, ahora APS y a través de programas como SASC, quiere brindar apoyo y mejorar la calidad de vida de los habitantes de Bogotá, estableciendo una intervención que apunta a la identificación y atención de eventos en salud mental que alteran la armonía y estabilidad emocional de las familias y Ciudad Bolívar es una de las localidades que presenta alta incidencia en eventos como suicidio con una tasa de 4.2 por 100.000 habitantes en el año 2011, superando al Distrito que se encuentra con una tasa del 3.7; con relación a los tipos de violencia intrafamiliar, siendo el 36% física, 43% emocional, 50% sexual y 39% económica, observándose las mujeres que son más violentadas en comparación con los hombres, además de otra problemática permanente como es el consumo de Sustancias Psicoactivas lícitas e ilícitas; frente a este panorama surge la necesidad de evaluar el proceso de auditoría ejecutado a la intervención y las acciones que se están llevando a cabo para mitigar los daños en salud mental e identificar las acciones de promoción y prevención que permiten el fortalecimiento de la autonomía y el autocuidado en la población.

Por lo anterior la SDS cuenta con el seguimiento y los resultados generados por la firma auditora, sin embargo se observa que la salud mental de la localidad sigue

afectada en virtud a los desencadenantes sociales y personales que requieren un seguimiento, un acompañamiento y una atención integral.

Por lo tanto esta investigación busca evaluar los aportes realizados por la firma auditora como fortalecimiento a los procesos de intervención que se llevan a cabo con las familias, así como la generación de estrategias que mitiguen la alta incidencia de los eventos en salud mental, ya que al hacer un seguimiento, mejoramiento y evaluación continuos de la intervención psicosocial va a permitir generar estrategias que redunden en el bienestar y empoderamiento frente a factores protectores.

Algunas posibles soluciones podrían generarse, si por ejemplo, la Auditoria propone a la SDS crear programas de capacitación a los profesionales que desarrollarán la intervención con el fin de adquirir herramientas que les permita brindar un apoyo eficaz y eficiente a los usuarios y familias intervenidas, otra propuesta sería la alianza estratégica con instituciones que permitan el acceso de las personas a procesos continuos en salud mental.

Por otra parte, se evidencia la falta de motivación que tienen los profesionales ya que no existen incentivos que les hagan ver los aspectos positivos de su intervención porque la falta de socialización de los resultados encontrado en los procesos de auditoria.

## **Formulación del problema**

¿De qué manera los resultados de la auditoría realizada durante la vigencia 2010 a 2011 aportaron al mejoramiento del proceso de atención psicosocial del Hospital Vista Hermosa en la localidad de Ciudad Bolívar?

## ***Sistematización del problema***

¿Cuál es el proceso de auditoría llevado a cabo en la intervención psicosocial?

¿Cómo la auditoría fortalece el proceso de atención de la intervención psicosocial a través de los instrumentos utilizados?

¿Cómo se desarrollan los lineamientos de la intervención psicosocial por parte del profesional?

## **Objetivos**

### ***Objetivo general***

Evaluar el aporte que tuvo el proceso de auditoría realizado en la vigencia 2010 a 2011 en el Hospital Vista Hermosa de la localidad Ciudad Bolívar en la prestación del servicio de la intervención psicosocial.

### ***Objetivos específicos***

Identificar el proceso de auditoría llevado a cabo en la intervención psicosocial.

Estimar cómo la auditoría fortalece la atención de la intervención psicosocial a través de los instrumentos utilizados para llevar a cabo este proceso.

Analizar cómo se desarrollan los lineamientos de la intervención psicosocial por parte del profesional.

## Justificación

Es necesario revisar el proceso de auditoría debido a que si bien la Secretaría de Salud ha venido realizando seguimiento a las actividades desarrolladas por el Hospital, no se conoce un informe de análisis sistemático sobre la implementación de la Intervención Psicosocial, donde permita evidenciar el acceso, calidad, cobertura, impacto y continuidad de cada uno de los casos abordados en las vigencias respectivas, permitiendo con dichos informes plantear lineamientos mas acordes a las necesidades de la localidad.

Para lograr lo anterior, primero se hará revisión de los documentos e instrumentos enviados por la Secretaría de Salud con el fin de conocer el planteamiento y requerimiento de la intervención, en un segundo momento se llevará a cabo un análisis de los resultados obtenidos en los procesos de auditoría de la Intervención Psicosocial durante la vigencia 2010 a 2011 y por último se evaluarán instrumentos como la lista de chequeo y actas de auditoría para evidenciar los aspectos que son tenidos en cuenta en las auditorías.

Esta investigación es de importancia social, no solo para los beneficiarios directos que son las familias de la localidad de Ciudad Bolívar por el acompañamiento que brinda la ESE, sino también para los profesionales del hospital en la calidad de la

intervención psicosocial con el acompañamiento de la SDS a través de la firma auditora.

## **Marco de Referencia**

### **Marco Histórico**

Ciudad Bolívar es la localidad N° 19 del Distrito Capital de Bogotá Colombia y representa el 27% del área total de la ciudad. Se ubica en el suroccidente y limita por el norte con la localidad de Bosa; al sur con la localidad Sumapaz; al oriente con las localidades de Kennedy, Tunjuelito y Usme; y al occidente con el municipio de Soacha. Por su posición geográfica, se considera una localidad periférica de conexión con los municipios del sur de Cundinamarca, la mayor parte del territorio es rural. La zona urbana de Ciudad Bolívar es una de las partes de escasos recursos económicos donde predominan los tugurios y barrios marginales (Alcaldía Mayor, 2012).

La localidad está declarada por la autoridades distritales como zona roja; ahora está dentro de planes turísticos que fue posible por el empuje de los jóvenes y muchos lugares históricos de esta localidad. Este es uno de los sectores de la ciudad reconocidos por una gran cantidad de problemas sociales, encabezados por la violencia, provocada mayormente por el pandillismo y grupos violentos.

Con 562.625 habitantes (DANE, Encuesta de Calidad e Vida 2007, Procesamiento: SDP, Dirección de información, Cartografía y Estadística), ocupa el quinto puesto dentro de las 19 localidades y en crecimiento permanente debido a la población en condición de desplazamiento que llega a la localidad

***Situación Actual año 2012***

A pesar del crecimiento del desarrollo urbano, la localidad de Ciudad Bolívar aun es una de las más marginadas dado el abandono y corrupción de los gobiernos, locales y Distritales. La mala administración de los recursos, la falta de control y presencia de autoridades, Policía y Ejército, hacen de la localidad una de las más peligrosas y pobres del distrito capital, sumado a la ausencia de agua, acueducto y la pésima recolección de basuras por parte de las empresas de servicios públicos, ESP Aseo Capital, en algunos de sus barrios son causa de un alto índice de enfermedad y muerte. Contaminación y enfermedad es el panorama que se vive en las calles de la localidad, niños maltratados y cohibidos del derecho a la educación, violencia intrafamiliar, conducta suicida, consumo de SPA, negligencia y abandono, violencia sexual, entre otras, el 22% de adolescentes ya son madres y el 3,5% están embarazadas según estadísticas presentadas por planeación distrital.

En lo referente a vigilancia epidemiológica animal la falta de control provoca sobrepoblación de perros y gatos sin vacunar en las calles transmitiendo enfermedades a la humanidad que habita la zona.

El actual gobierno Distrital con su plan “Bogotá Humana” adelanta obras para reforestar algunas de las zonas de alto riesgo y evitar que el terreno montañoso se siga moviendo, más los niveles de desnutrición, contaminación, carencia de educación y

respeto por los derechos humanos en especial los de los niños siguen elevados dado a la falta de aplicación de medidas correctivas y preventivas.

Desde 1969 la localidad cuenta con el Hospital Vista Hermosa, Empresa Social del Estado, su objeto es la administración de la prestación de servicios de salud, entendidos como un Servicio Público a cargo del Estado y como parte integrante del Sistema de Seguridad Social en Salud.

En desarrollo de este objeto, adelanta acciones y servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en Salud, y atención del medio ambiente, los cuales son dirigidos a la población pobre y vulnerable de la localidad.

Estas acciones se realizan a través de Salud Pública cuyo objetivo es buscar y garantizar la salud de la población de la localidad de manera integrada y por medio del PIC, para el mejoramiento de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo social de nuestros habitantes.

El Plan de Acciones Colectivas, de acuerdo a la Resolución 425 del 11 de febrero de 2008 del Ministerio de la Protección Social, incluye un conjunto de intervenciones, procedimientos y actividades a cargo del Estado, dirigidas a promover la salud y la calidad de vida, la prevención y control de riesgos y daños en salud, para contribuir al

cumplimiento de las metas prioritarias en salud definidas en el Plan Nacional de Salud Pública y las propias del Plan de Desarrollo del Distrito, las cuales son complementarias a las acciones de promoción, prevención y atención previstas en los planes obligatorios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud

Por lo anterior, la SDS presenta una propuesta de política pública, orientada hacia la garantía del derecho a la salud y apoyada en la APS como la estrategia fundamental para su realización.

La APS es una estrategia propuesta por la OMS a finales de la década de los años 90, que se basa en la concepción de la salud como derecho, la necesidad de centrarse en las personas para la planificación y definición de acciones integrales, la organización de los servicios de salud en los diferentes niveles y en la articulación de las acciones individuales y colectivas, se trata de una APS basada en la idea de integralidad de la atención según las necesidades de las personas y en el principio de equidad como orientador de la acción comunitaria, a través de la estrategia SASC.

La denominación Salud a su casa, programa de la Secretaría de Salud de la Alcaldía Mayor de Bogotá (2012) implica la intención de aproximar el sector salud a la vida cotidiana de las personas, superando las barreras de acceso a los servicios hoy reconocidos. Su objetivo es aportar al mejoramiento de la calidad de vida y salud de

las familias mediante respuestas integradas e integrales que afecten positivamente los determinantes sociales, y que promuevan el ejercicio de sus derechos a través de procesos de ciudadanía en salud, entornos, prácticas protectoras de la salud y calidad de vida.

Es por esto, que desde la Salud Pública del Hospital Vista Hermosa y siguiendo directrices del gobierno distrital, de acuerdo a la actual administración de Bogotá acogiendo el lema de “la salud es un derecho”, acerca las intervenciones de salud a los hogares de las personas para fortalecer la salud preventiva y la estrategia promocional de calidad de vida y salud, así como realizar la rectoría en salud y exigir el cumplimiento de este derecho en todos los ciudadanos del Distrito Capital.

La estrategia atiende familias, agrupadas por — micro territorios, realizando actividades de educación, orientación y canalización a servicios de salud con seguimiento, para el mejoramiento de la calidad de vida, estas familias se encuentran ubicadas en territorios vulnerables.

Desde SASC (Secretaría Distrital de Salud, 2010), la familia se considera el espacio social donde transcurre la vida cotidiana de diferentes personas, unidas con lazos de consanguinidad, adopción, afecto o afinidad; donde se establecen vínculos de

apoyo emocional, económico, aprendizaje y cuidado; y que comparten domicilio, residencia o lugar de habitación de manera habitual.

Una de las intervenciones que desarrolla acciones con la familia es la Intervención Psicosocial que esta orientada a intervenir sobre procesos psicológicos, su propósito es que la familia reconozca las dificultades que alteran las relaciones intrafamiliares, potenciar sus capacidades para superarlas y modificarlas como un medio efectivo en el desarrollo integral de sus miembros; se hace a través de visitas domiciliarias como parte del acercamiento y apoyo familiar, buscando brindar herramientas que favorezcan y fortalezcan procesos de autonomía, prevención de riesgos asociados a factores exógenos que influyen en el estado de salud mental del individuo, la familia y el entorno, los estadios de vulnerabilidad, la recuperación en el menor tiempo posible del control de la situación con la activación de sus propios recursos, capacidades, fortalezas y potencialidades, orientando un aprendizaje para aprehender y utilizar soluciones positivas en futuros eventos negativos; por lo tanto el alcance de esta intervención corresponde a cualquier familia que presente un evento prioritario en salud mental.

## Marco Normativo

Un aspecto importante en área de la salud mental es el respaldo de políticas y normas que propendan por el bienestar y de la salud mental de la población; para ello se hace necesaria una breve reseña histórica de ese proceso normativo en Colombia, con el fin de conocer los enfoque y tipos de servicios que se le ha dado a la salud mental.

Para esta reseña histórica se toma como referencia un informe de consultoría realizado por la Universidad Javeriana en el 2012, el cual tiene una mirada de la evolución normativa de la salud mental en donde realizan un estudio muy detallado sobre aquellos enfoques curativos a los que se enfrentaron las personas con alguna alteración mental antes de la ley 100, por lo tanto para los periodos comprendidos entre 1960 y 1991, el modelo de salud mental se baso en los trastornos mentales y en su atención, donde los esfuerzos estuvieron concentrados en brindar atención a la enfermedad mental, focalizándose en el deterioro de quienes sufrían algún tipo de trastorno mental, es decir se tenía una concepción más de padecimiento y atención, pero que permitió abrirse paso a la identificación de patologías y a ser identificados como personas sujetos de derechos y empiezan a tener inclusión social.

Con una nueva perceptiva de las necesidades en salud mental, se empieza hablar de un modelo hegemónico de la atención, teniendo que reorganizar y ampliar los servicios, enfatizando la necesidad de un desplazamiento de la institución psiquiátrica

total, hacia la prestación de servicios ambulatorios en unidades de hospitales generales, centros comunitarios y en modalidades de hospitalización parcial, constituyéndose este tipo de atención en un hecho trascendental, por cuanto no siempre el entorno provee los apoyos necesarios para la inclusión de quienes salen o no son admitidos en un hospital, para que puedan ubicarse de manera efectiva en el medio familiar y social.

Estos eventos tuvieron gran influencia de la participación de las ciencias sociales en los equipos interdisciplinarios de salud, teniendo una gran apertura los programas especializados en psiquiatría, con la provisión de psicofármacos que atenuaban las medidas de contención física y la utilización desmedida de la terapia electroconvulsiva; solo con Franco Basaglia, se establece la antipsiquiatría a un modelo de comunidad terapéutica con el movimiento de la psiquiatría comunitaria y los planteamientos acerca de la prevención de la patología mental y la promoción de la salud.

Con la introducción de los psicofármacos, a finales de la década de los años cincuenta, constituyó uno de los grandes avances de la medicina del siglo XX y es considerada como una de las diez revoluciones de la medicina. Esto implicó un cambio radical, del modelo de atención del manicomio y la caridad a un modelo médico, con estancias de internación breves y con una finalidad de rehabilitación del individuo, trayendo consigo que otro tipo de intervenciones cayeran en desuso.

El informe también muestra como en Colombia ha existido y aún existe un déficit de camas para psiquiatría, siendo una de las causas que los hospitales generales y las unidades de salud mental no ha funcionado articuladamente; pero esto también ha estado sujeto a una normatividad en torno a los derechos, al derecho a la salud y, específicamente, el derecho a la salud de los sujetos de especial protección, teniendo en cuenta que está en conexión con un derecho fundamental como lo es el de la vida.

En 1971 la Organización de las Naciones Unidas promulgó la Declaración de los derechos del retrasado mental, en 1975 la Declaración de los derechos de los impedidos y los Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental en 1991.

Estos avances y desarrollos en la salud mental en el país, dejan ver como las formas de atención han cambiado y como desde 1963 se crearon y determinaron las funciones de la Sección de Salud Mental de la División de Atención Médica en el Ministerio de la Salud Pública, con el Decreto 3224, y en 1965 el Consejo Nacional de Salud Mental, integrado por representantes de diferentes Ministerios. En 1967, con la Resolución 679, se establece la política oficial de implantar unidades de salud mental en hospitales generales, la cual se adelanta a los lineamientos en este sentido de la Declaración de Caracas de 1990. En 1970 mediante el Decreto 1136 se dictan medidas de protección social para evitar la perturbación pública como consecuencia de la intoxicación por alcohol, enfermedad mental y consumo de sustancias psicoactivas (SPA). En 1974 se crea la División de Salud Mental, con dos secciones: prevención y

promoción, y los programas asistenciales y para las décadas de los setenta y de los ochenta se lleva a cabo el primer Macrodiagnóstico de Salud Mental, el Primer Programa de Salud Mental y el Primer Plan Nacional de Salud Mental.

Con la Ley 30 de Estupefacientes, se conforma el Comité Nacional para la Prevención de la Drogadicción, en el cual participa el Ministerio de Salud, que mediante un convenio con el Fondo de las Naciones Unidas para el Control del Abuso de Drogas (UNFDAC, por sus siglas en inglés) venía realizando labores en ese sentido. Con el Acuerdo 17 de 1987 se crea el Fondo de Salud Mental y Asistencia al Anciano desamparado, el cual favoreció por una década el desarrollo de programas; la ampliación de la oferta de servicios, con cuatro hospitales día, cuatro unidades de salud mental, una unidad especializada en farmacodependencia, dos consultorios y un plan móvil de atención a indigentes y el fortalecimiento de los programas de salud mental comunitaria (Secretaría Distrital de Salud 2011). Actualmente, el Ministerio de Salud no tiene una división de salud mental, no existe el Fondo Financiero Distrital, se han cerrado hospitales día y hay menos camas en la red distrital, lo que ha empeorado la atención para este tipo de pacientes.

En 1990 con la Declaración de Caracas se impulsa la restructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los sistemas locales de salud, para lograr la promoción de modelos alternativos al hospital psiquiátrico, atención descentralizada, participativa, integral, comunitaria, continua y preventiva, de acuerdo con la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS).

Para ese mismo año la Organización Mundial de la salud (OMS) publica un documento sobre la Introducción del componente de salud mental en la atención primaria, que consideró dos aspectos: a) el conocimiento psicosocial para incidir en el funcionamiento de los servicios de salud generales, en el desarrollo socioeconómico, en la calidad de vida y en la promoción de la salud emocional; y b) la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de los trastornos mentales y neurológicos (OMS 1990).

En 1991 con la nueva Constitución Política de Colombia, la cual consagra al país como un Estado Social de Derecho y define los lineamientos prioritarios en favor de la salud de los colombianos. En el nuevo texto constitucional se reafirman y establecen puntos específicos relacionados con el disfrute de la salud mental, tales como el derecho al libre desarrollo de la personalidad y la protección de la familia; la protección de las personas con discapacidades; la protección de los niños, especialmente los menores de edad con enfermedad mental quienes tienden a ser maltratados; la protección de las mujeres y de los niños contra algunas de las formas de violencia que más les afectan; y diversos mecanismos para el reclamo de los derechos individuales y colectivos. Así mismo, se destaca que en 1992, mediante la Resolución 002417, se dictan los derechos de las personas con enfermedad mental.

Es importante señalar que hacia finales de la década de los años ochenta se inician las reformas en los sistemas de salud en América Latina y el Caribe —con

financiación del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y del Banco Mundial (BM)—, y si bien la Ley 10 de enero de 1990 reorganizaba el Sistema Nacional de Salud, es mediante La ley 100 del 23 de diciembre de 1993 que se generan profundas modificaciones, al crearse el Sistema General de Seguridad Social Integral, conformado por el Sistema General de Pensiones, el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Sistema General de Riesgos Profesionales, adicionado a los anteriores Servicios Sociales Complementarios.

Para finales de los noventa y específicamente en 1998 se formula la Política Nacional de Salud Mental, acogida mediante la Resolución 02358, esta política integra los factores condicionantes de carácter biológico, ambiental, comportamental, social, político, económico y cultural y el nivel de salud —medido por la estructura de la morbilidad, de la mortalidad y de la discapacidad específicas por grupo etario y género—, ajustados a criterios de priorización como la magnitud, la vulnerabilidad y la trascendencia de los diferentes fenómenos que determinan el estado de salud de la población. Los objetivos de esta política nacional son: promover la salud mental y prevenir la aparición de la enfermedad mental; controlar las enfermedades mentales; fomentar la cultura de la salud mental; mejorar el acceso, la cobertura y la calidad de la atención en salud mental en todas sus fases. A nivel específico se propone reorientar y mejorar la calidad de la prestación de servicios de salud mental en el contexto del SGSSS, fomentar procesos de investigación básica y aplicada en salud mental y fortalecer la red de instituciones y la oferta de servicios.

Cabe anotar que a través de esta política, se evidencia el impacto de la salud mental de las personas víctimas de desplazamiento forzoso, sin embargo, por distintas razones, entre estas algunas administrativas que establecieron la dependencia de las intervenciones en reparticiones distintas a las de salud mental, se da lugar a acciones que no siempre pudieron coordinarse. En este mismo sentido, debe anotarse la ocurrencia de debates conceptuales relativos a la multiplicidad de enfoques y usos del término psicosocial (OIM 2002), además de las posturas consideradas opuestas, explicadas por Naranjo y colaboradores en el 2003: una psicoterapéutica, que es vinculada a la tragedia, al trauma, a las víctimas y a una atención individual, y la otra social-comunitaria, asociada con las crisis, la resiliencia, los actores sociales y la atención desde las redes sociales (Dirección Seccional de Salud de Antioquia 2003).

Con el Plan de Desarrollo Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor, 2008-2012 y en el Plan de Salud Distrito Capital, 2008-2011 (Acuerdo 308 de 2008), “como una apuesta política para la transformación de los procesos relacionados con la calidad de vida y la salud de los Bogotanos” (Secretaría Distrital de Salud 2010). Estos lineamientos son imprescindibles para la política misma y para las relaciones con las diferentes políticas con las que se relaciona: adulto; infancia; juventud; sexualidad; persona mayor; salud para grupos étnicos; género; para las personas LGTB; seguridad alimentaria y nutricional; salud ambiente; salud de los trabajadores; salud para personas en situación de desplazamiento; y personas en condición de discapacidad, aclarando que la normatividad se refiere a discapacidad física y cognitiva (retardo mental) y no incluye a las personas con enfermedad mental, como es el caso de los esquizofrénicos.

Para el fortalecimiento de la promoción de la autonomía en individuos y colectivos, se generaron conocimiento y acciones consecuentes, que permitieran el cuidado de sí mismos y de la comunidad, la participación social y, progresivamente, la disminución de condiciones de discriminación, riesgo, coerción y violencia, entre otros. Así mismo, en estas políticas se promueven acciones desde los planos comunitario, sectorial y transectorial que buscan la articulación de todos los actores competentes, pertenecientes tanto al Distrito como a la sociedad en general, y que deben asumir un papel activo en beneficio de toda la población.

Cabe mencionar el Acuerdo 091 de 2003 del Concejo de Bogotá, por la relevancia de sus vínculos con la salud mental. El Acuerdo 152 de 2005, relativo al Consejo Distrital para la Atención Integral a Víctimas; el Acuerdo 137 de 2004, por medio del cual se crea el Sistema Distrital de Atención Integral de Personas en Condición de Discapacidad en el Distrito Capital; el Decreto 470 de 2007, por medio del cual se adopta la Política Pública de Discapacidad para el Distrito Capital; y el Decreto 170 de 2007, que dicta disposiciones en relación con la ejecución del Plan de Atención Integral al Ciudadano Habitante de la Calle.

Con la adopción de la estrategia de APS, basada en la integralidad de la atención, según las necesidades de las personas, entendida como una forma de organización de los servicios de salud en los diferentes niveles, articulando las acciones individuales y colectivas que dan respuesta a las necesidades de la población, en consonancia con la equidad social, la corresponsabilidad entre población, sectores público y privado, la

solidaridad, la participación social y un concepto amplio de salud. Con base en ello, se pretendía orientar y articular los esfuerzos del sector salud con otros sectores sociales (educación, Secretaría de Integración, etc.) para que las intervenciones que se desarrollaran con y para la comunidad dieran respuesta, de manera integral, a sus problemas y necesidades y se lograra enfrentar los determinantes sociales de la inequidad en salud.

A través de las diferentes acciones y programas, se han logrado avances en la afectación de los determinantes sociales de la salud por parte de la APS en el escenario local, que permiten llegar a formular la creación del Complejo de Atención Primaria en Salud, entendido como el conjunto de procesos, recursos y requerimientos institucionalmente incorporados, que propicien la articulación de todas las intervenciones sociales que se desarrollan con los individuos y con las colectividades. Para ello este complejo estaría ubicado en cada una de las localidades del Distrito, bajo la responsabilidad de las Empresas Sociales del Estado de primer nivel de atención, y operaría a través de tres puertas de entrada: los ámbitos de vida cotidiana, el programa Salud a su Hogar y los servicios de salud, las cuales realizan coordinación permanente entre sí y con la comunidad y el usuario. Este último jugaría un papel preponderante en el ejercicio de la autonomía y en la participación activa para la identificación, resolución y seguimiento de las necesidades colectivas, destacando como eje central los procesos de participación social (Secretaría Distrital de Salud 2005).

La Secretaría de Salud de Bogotá decide implementar la estrategia de Atención Primaria en Salud, entendida como un conjunto de acciones que se llevan a cabo para promover la salud para todos, así como para prevenir y controlar la enfermedad, mediante la mejor distribución de los recursos y medios disponibles, convirtiéndose en la APS Renovada, que entiende los valores como principios sociales, metas o estándares mantenidos o aceptados por un individuo, clase o sociedad. Estos valores son esenciales para fijar prioridades y para evaluar si los planes sociales satisfacen las necesidades y las expectativas de la población. A este efecto, la Política Distrital de Salud y su enfoque promocional de calidad de vida y salud deben edificarse con base en los mismos valores formulados por la APS Renovada: derecho a la salud, equidad y solidaridad (OPS 2005).

Con la Ley 1438 de 2011, se realizará el proceso de actualización de la política distrital de salud mental, teniendo en cuenta el proceso de reforma a la salud, que establece la estrategia de APS como el marco obligado. La norma en mención dispone en su artículo 12: “Adóptese la Estrategia de Atención Primaria en Salud que estará constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana”.

Esta normatividad incluye el Acuerdo 029 del 28 de diciembre de 2011, que tiene por objeto la definición, la aclaración y la actualización integral del Plan Obligatorio de Salud (POS) de los regímenes contributivo y subsidiado, y que debe ser ofrecida por

las EPS y por los demás prestadores de servicios de salud a todos sus afiliados. Y específicamente en el campo de la salud mental, el artículo 17 dice que el POS debe cubrir la atención ambulatoria con psicoterapia individual o grupal, con independencia de la fase en que se encuentre la enfermedad. Además, en el artículo 18 dice que se debe cubrir la atención psicológica y psiquiátrica ambulatoria y con internación para las mujeres víctimas de violencia física, sexual o psicológica, cuando sea pertinente y a criterio médico.

Para finalizar, es importante resaltar que a pesar del avance en la normatividad en el sector salud, que protege aspectos físicos de salud y en ese sentido debería proteger los aspectos relacionados con la salud mental, dicha normatividad no es específica para el área de salud mental. De otra parte, no se hace una apropiada vigilancia y control de su aplicación, pues para que efectivamente haya una investigación debe existir antes un caso de queja de algún usuario. Además, desde la perspectiva de los propios profesionales prestadores de servicios de salud mental, aunque se ha logrado un posicionamiento progresivo de la atención sanitaria en salud mental, además del constante esfuerzo de los profesionales del área por prestar sus servicios de manera ética, cálida, eficiente y con calidad, existen diversas deficiencias en la disponibilidad de recursos humanos y en la organización de la atención sanitaria en salud mental, que deberán ser subsanadas con la participación de la Secretaría de Salud para poder incidir de la mejor manera en la salud de los habitantes del país. (Secretaría Distrital de Salud 2009).

## **Marco conceptual**

### ***Definición Salud Mental***

La salud mental abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental, “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, Documento “*La Salud mental, un estado de bienestar*” 2007). Está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos.

Es así que la salud mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales, puesto que siendo un estado de bienestar el individuo debe ser consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

En muchas de nuestras localidades, sobre todo aquellas de estratos bajos y medios, los servicios de salud mental adolecen de una grave escasez de recursos, tanto humanos como económicos. La mayoría de los recursos de atención en salud mental disponibles, se destinan solo a la atención y el tratamiento especializados de los enfermos mentales y, en menor medida, a un sistema integrado de salud mental. En algunos países se proporciona atención en grandes hospitales psiquiátricos, pero estos países deberían además integrar la salud mental en la asistencia primaria, ofrecer

atención de salud mental en los hospitales generales y crear servicios comunitarios de salud mental.

Aún más reducidos son los fondos disponibles para la promoción de la salud mental, expresión amplia que abarca toda una serie de estrategias destinadas a lograr resultados positivos en esta materia. El desarrollo de los recursos y las capacidades de la persona y la mejora de la situación socioeconómica figuran entre los objetivos de esas estrategias.

La promoción de la salud mental requiere que se adopten medidas multisectoriales, en las que participen diversos sectores del gobierno y organizaciones no gubernamentales o comunitarias. El principal fin ha de ser promover la salud mental durante todo el ciclo vital, para garantizar a los niños un comienzo saludable en la vida y evitar trastornos mentales en la edad adulta y la vejez.

Otro factor que incide en la salud mental, es el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural lo que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones para alcanzar un bienestar y calidad de vida; por lo tanto la salud mental abarca aspectos relacionados con el bienestar subjetivo, la percepción de la propia eficacia, la autonomía, la competencia, la dependencia intergeneracional y la autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales. Se dice "salud mental"

como analogía de lo que se conoce como "salud o estado físico", pero en lo referente a la salud mental indudablemente existen dimensiones más complejas que el funcionamiento orgánico y físico del individuo. Los conceptos de salud mental incluyen el bienestar subjetivo, la autonomía y potencial emocional; la observación del comportamiento de una persona en sus vida diaria es la principal manera de conocer el estado de su salud mental en aspectos como el manejo de sus temores y capacidades, sus competencias y responsabilidades, la manutención de sus propias necesidades, las maneras en las que afronta sus propias tensiones, sus relaciones interpersonales y la manera en que dirige una vida independiente. Además el comportamiento que tiene una persona frente a situaciones difíciles y la superación de momentos traumáticos permiten establecer una tipología acerca de su nivel de salud mental.

Se toma entonces un término fuerte dentro de la salud mental como es del de la promoción, puesto que se parte del principio de que todas las personas tienen necesidades de salud mental y no sólo aquellas a las que han sido diagnosticadas condiciones de salud mental. La promoción de la salud mental concierne esencialmente a la realidad social en la que todos se sientan comprometidos con el bienestar mental.

La "promoción de salud mental" es un término que cubre una variedad de estrategias, las cuales pueden ser vistas desde tres niveles:

1. Nivel individual - Motivar los recursos propios de la persona por medio de estímulos en la auto-estima, la resolución de los propios conflictos, la asertividad en áreas como la paternidad-maternidad, el trabajo o las relaciones interpersonales.
2. Nivel comunitario - Una creciente y cohesionada inclusión social, desarrollando las estructuras de ayuda que promueven la salud mental en los lugares de trabajo, estudio y en la ciudad.
3. Nivel oficial - El estado de cada nación comprometido en planes que reduzcan las barreras socio-económicas promoviendo oportunidades en igualdad de acceso a los servicios de salud pública por parte de los ciudadanos más vulnerables a este desorden (Wikipedia, 2012).

### ***Atención Primaria en Salud Mental***

La estrategia de Atención Primaria en Salud, básicamente tiene como objetivo garantizar el acceso universal a unos servicios de salud mínimos, mediante una distribución equitativa de los recursos, la participación comunitaria y la implicación de las políticas de otros sectores. Para la Organización Mundial de la salud, la salud mental tiene un balance preocupante, puesto que aproximadamente el 12% de la población mundial posee algún desorden mental y se calcula que para el 2020, habrá

un 15% de discapacidad ajustada a los años de vida perdidos por enfermedad; esto también asociado al incremento de la brecha de desigualdad en la distribución de la riqueza social, la pobreza, la precarización de las condiciones en las que se ancla la seguridad e identidad en las personas y los fenómenos consecuentes de desafiliación, complejizan la producción de padecimiento en las dimensiones subjetivas del proceso de salud/enfermedad/atención; los costos sociales y económicos de estos problemas son altos, particularmente porque afectan en mayor medida a personas jóvenes en edad productiva y porque la situación suele implicar e insumir recursos y esfuerzos de las unidades familiares en forma prolongada (Altillo, 2010).

La OMS plantea la urgencia de analizar, reevaluar y reformar los servicios de salud mental aun con recursos limitados. Los lineamientos generales de tales transformaciones serían:

1. Cierre progresivo de los hospitales psiquiátricos,
2. Desarrollo de servicios comunitarios de salud mental,
3. Disponibilidad de medicamentos psicotrópicos esenciales,
4. Creación de vínculos entre el sector salud y otros sectores,
5. Garantía de accesibilidad y equidad (Altillo, 2010).

La articulación entre el enfoque integral de APS y la salud mental, requiere de la decisión de establecer políticas explícitas en el área. La OMS señala “tres recomendaciones clave en materia de financiamiento:

1. Liberar recursos para el desarrollo de los servicios comunitarios mediante el cierre parcial de hospitales.
2. Financiar provisionalmente la inversión inicial en nuevos servicios para facilitar el paso de la atención de los hospitales a la comunidad.
3. Mantener fondos paralelos a fin de seguir financiando cierto nivel de atención institucional incluso después de establecidos los servicios de base comunitaria.

Partiendo de estas definiciones de la salud mental y la APS, se plantea entonces el concepto de auditoría, entendiéndola como el proceso sistemático para obtener y evaluar de manera objetiva, las evidencias relacionadas con informes sobre actividades económicas y otras situaciones que tienen una relación directa con las actividades que se desarrollan en una entidad pública o privada, este proceso debe cumplir con un conjunto de procedimientos lógicos y organizados que el auditor debe cumplir para la recopilación de la información que necesita para emitir su opinión final y cuyo objetivo es determinar el grado de precisión del contenido informativo con las evidencias que le dieron origen, por lo tanto la Auditoría constituye una herramienta de control y supervisión que contribuye a la creación de una cultura de la disciplina de la

organización y permite descubrir fallas en las estructuras o vulnerabilidades existentes en la organización.

En Colombia el proceso de Auditoría, empieza a ser cobijada con la Ley 43 de 1990, expedida por el Congreso de la República, la cual empieza a introducir normas de auditoría pero desde la contaduría Pública y que son la base para la realización de esta función de dirección en las organizaciones; pero es a partir de la resolución 1043 de 2006, expedida por el Ministerio de Protección, por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones; por lo tanto la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, es uno de los cuatro componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, y se define como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada con respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica, según la Secretaría de Salud de la Alcaldía Mayor de Bogotá:

1. Realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos prioritarios.
2. Comparación entre la calidad observada y la calidad esperada.

### 3. Adopción de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas

El Programa de Auditoría deberá emplear estándares superiores a los establecidos en el Sistema Único de Habilitación. Los pasos a implementar son:

1. Autoevaluación para el PAMEC.
2. Selección de Procesos a Mejorar.
3. Priorización de Procesos.
4. Definición de la calidad esperada.
5. Medición inicial del desempeño de los procesos.
6. Plan de acción y/o plan de mejoramiento para procesos seleccionados.

La Secretaría de Salud anota que para la formulación del plan de mejoramiento se debe identificar y definir las causas de las fallas o problemas de calidad evidenciados, definiendo acciones como parte de la intervención para el mejoramiento, plantear indicadores para evaluar los resultados y realizar seguimiento regular.

1. Ejecución del plan de acción.
2. Evaluación del mejoramiento.
3. Aprendizaje organizacional (Secretaría Distrital de Salud, 2012).

## ***Marco teórico***

El marco referencial expuesto nos permite identificar tanto el objeto de estudio como los referentes geográficos, sociales y conceptuales que permitirán adelantar esta investigación, frente al análisis del proceso de auditoría de la intervención psicosocial como aporte al mejoramiento de la prestación de servicios del programa de Salud a su casa, en el hospital Vista Hermosa, de la localidad Ciudad Bolívar, llegados a cabo durante el 2010 y el 2011.

## ***Auditoría del control interno***

Mantilla y Cante (2007) afirman que un auditor debe planear de manera apropiada la auditoría de control interno, por lo tanto cuando planea una auditoría integrada, se debe evaluar si las siguientes materias son importantes para los estados financieros y para el control interno y si no, entonces cómo afectarán los procedimientos del auditor en el conocimiento del control interno sobre la presentación de reportes financieros, obtenido durante otros contratos por el auditor; también las materias que afectan la industria en la cual la compañía opera, tales como práctica de información financiera, condiciones económicas, leyes y regulaciones y cambios tecnológicos; igualmente en materias relacionadas con el negocio de la compañía, incluyendo su organización,, características de operación y estructura del capital; la extensión de cambios recientes en sus operaciones o control interno sobre la presentación de los reportes financieros;

los juicios preliminares del auditor sobre materialidad, riesgo y otros factores relacionados con la determinación de las debilidades materiales; las deficiencias de control comunicadas previamente al comité de auditoría; materias legales o reguladoras de las cuales la compañía es consciente; el tipo de extensión de la evidencia disponible relacionada con la efectividad del control interno sobre la presentación de reportes financieros; información pública sobre la compañía, relevante para la evaluación de la probabilidad de declaraciones equivocadas y de la efectividad del control interno sobre la presentación de reportes financieros; conocimiento sobre riesgos relacionados con la compañía evaluada. Como parte de la aceptación y retención del cliente del auditor.

Anotan que desde el año 2002, se estableció la ley sobre las nuevas provisiones relacionadas con el control interno sobre el proceso de presentación de reportes, buscando que la ley valore y reporte sobre la efectividad del control interno de una compañía, requiriendo que el auditor esté bajo los parámetros que la junta, estableciendo unos estándares sobre la presentación de reportes financieros; para el año 2006, la comisión emitió los procesos de evaluación, los cuales anulaban desde los estándares de auditoría y control interno; haciendo consciente de las diferencias inherentes entre los roles del administrador y del auditor. Dentro de las diferencias el administrador provee de conocimientos e información al sistema de control interno, los cuales deben influir en los juicios de evaluación del sistema y poseer las evidencias necesarias para la valoración anual; frente a esto se requiere que el Auditor provea una opinión independiente, sobre la efectividad del control interno para la presentación de

los reportes financieros, además el auditor no tiene la misma familiaridad que tiene la administración y no interactúa u observa esos controles con la misma frecuencia que la administración.

El auditor debe desempeñar procedimientos tales como indagación, observación e inspección de documentos o recorridos, que constan de una combinación de esos procedimientos, con el fin de entender plenamente e identificar las posibles fuentes de declaraciones equivocadas potenciales, mientras que la administración tiene que ser consciente de esas áreas de riesgo en una base ongoing, es decir en marcha. La junta considera que los conceptos generales para el entendimiento del control interno, deben ser descritos de la misma manera en el estándar de la junta y el estándar final sobre auditoría del control interno usa el término de “controles a nivel de entidad” orientación para la administración final.

Respecto a la planeación de la auditoría, Mantilla y Cante (2007), estiman que el auditor debe planear de manera apropiada la auditoría de control interno, por lo tanto cuando planea una auditoría integrada, se debe evaluar si las siguientes materias son importantes para los estados financieros y para el control interno y si no, entonces cómo afectarán los procedimientos del auditor en el conocimiento del control interno sobre la presentación de reportes financieros, obtenido durante otros contratos por el auditor; también las materias que afectan la industria en la cual la compañía opera, tales como práctica de información financiera, condiciones económicas, leyes y regulaciones y cambios tecnológicos; igualmente en materias relacionadas con el

negocio de la compañía, incluyendo su organización, características de operación y estructura del capital; la extensión de cambios recientes en sus operaciones o control interno sobre la presentación de los reportes financieros; los juicios preliminares del auditor sobre materialidad, riesgo y otros factores relacionados con la determinación de las debilidades materiales; las deficiencias de control comunicadas previamente al comité de auditoría; materias legales o reguladoras de las cuales la compañía es consciente; el tipo de extensión de la evidencia disponible relacionada con la efectividad del control interno sobre la presentación de reportes financieros; información pública sobre la compañía, relevante para la evaluación de la probabilidad de declaraciones equivocadas y de la efectividad del control interno sobre la presentación de reportes financieros; conocimiento sobre riesgos relacionados con la compañía evaluada. Como parte de la aceptación y retención del cliente del auditor.

No se conocen antecedentes de auditorías al proceso de atención psicosocial por parte de la Secretaría de Saludo del Distrito de Bogotá, así como tampoco por parte de otras entidades. La Secretaria perfila es una vigilancia a los servicios de salud pública mediante la Vigilancia a la Salud Pública y Gestión del Conocimiento, VSP, señalando que es una función esencial, consistente “en el proceso sistemático y constante de recolección, organización, análisis, interpretación, actualización y divulgación de datos específicos relacionados con la salud y sus determinantes, para su utilización en la planificación, ejecución y evaluación de la práctica de la salud pública” (Secretaría de Salud de Bogotá, 2013).

Se busca la implementación de una estrategia para la promoción de la calidad de vida de los habitantes de la ciudad, para lo cual se monitorea las causalidades que determinan el proceso de salud, para así orientar las políticas pertinentes que deban tomarse. Frente a la extensión a la prevención y seguimiento, determina que:

En relación con esta apuesta, la vigilancia de la salud pública en el Distrito Capital ha venido ampliando su campo de acción pasando del ejercicio de la vigilancia tradicional que incluye los llamados eventos de notificación obligatoria, al que se le da continuidad cumpliendo con los compromisos nacionales e internacionales que conlleva, y complementándose con objetivos más amplios que confluyen en subsistemas especiales de vigilancia que sumados al SIVIGILA Nacional constituyen el Sistema Integrado de vigilancia de la salud pública del Distrito Capital – SIVIGILA DISTRITO CAPITAL.- (Secretaría de Salud de Bogotá, 2013).

El propósito es generar conocimiento que permita evidenciar las problemáticas de la salud urbana, integrando tanto a los factores determinantes del detrimento de calidad de vida, así como a los métodos que buscan atenuarlos, “la vigilancia de la salud pública en el Distrito Capital, tiene entonces como propósito, generar de manera permanente y sistemática conocimiento sobre la situación de salud de la población en el contexto de “Bogotá-Región”, “Ciudad de Derechos” y “Ciudad Global” para lograr una transformación positiva de la misma” (Secretaría de Salud de Bogotá, 2013).

## ***APS en salud mental***

Los lineamientos para el componente de salud mental en la atención primaria en salud, APS, están determinados por la ley, específicamente en la ley 1122 de 2007 y el Decreto 3039 de 2006, que involucra a todas las instituciones del Sistema de Seguridad Pública, así como a otros sectores, buscando mejorar la calidad de vida de los colombianos, enfocado en la atención en las alteraciones en la salud mental, violencia y consumo de sustancias psicoactivas. El componente de salud mental en APS propuesto por el Ministerio de la Protección social es:

El componente de Salud Mental en la estrategia de Atención Primaria en Salud es descrita como aquel componente que posibilita realizar actividades de promoción de la Salud Mental y prevención de los problemas y trastornos mentales, en la que los usuarios reciben primeros auxilios mentales y si es necesario los productos o servicios diseñados para la atención de problemas y trastornos mentales agudos y episódico que así lo requieran, así como para el manejo de los trastornos mentales crónicos además de la integración a servicios más especializados y otras partes del sistema cuando ello sea necesario (Posada, 2008).

Dentro del componente de salud mental en APS, en lo referente a lo institucional, se habla de la meso gestión, que integra el direccionamiento estratégico institucional

con un enfoque general, para así viabilizar los objetivos y resultados de salud pública, en donde el análisis del entorno es un factor determinante del éxito o fracaso de la gestión particular o conjunta, tanto municipales como departamentales, así como las EPS e IPS. Por otra parte se habla de la micro gestión, orientado a:

Conciliar valores y alinear objetivos entre los agentes principales de la práctica asistencial y la función gestora. Este encuentro de corresponsabilidad clínico – gestor exige confianza compartida, racionalidad de las decisiones, métodos para evaluar desempeño y resultados y una calidad motivacional que fomente simultáneamente actitudes cooperativas y competitivas. El gobierno clínico es una renovada cultura por asegurar la mejora continua de la calidad y de los estándares de eficiencia en los servicios sanitarios.

Trabajo formalmente estructurado, y responsabilidad en el uso adecuado de los recursos y gestión del conocimiento, son los ejes de esta nueva visión de cambio en los microsistemas complejos y adaptativos a un entorno sanitario dinámicamente cambiante (Rey, 2009, p. 25). Además, está íntimamente relacionada con los procesos de atención y optimización, cuya atención implica decisiones clínicas y administrativas, comprometiendo a la institución en todo su conjunto. En cuanto a los campos de gestión, se busca acciones efectivas, que involucre una atención permanente y simultánea que permitan mejorar las condiciones de salud mental de la población, buscando potencializar la acción pública, atendiendo los intereses y

dinámicas que le son propias, “Esto supone que para que una respuesta en salud logre lo que se necesita, debe confluir la voluntad política, los desarrollos técnicos y la capacidad operativa” (Rey, 2009, p. 29). Los campos de gestión son 3: político-ciudadano, organizacional y programático.

Las estrategias que le competen a los entes territoriales, en este caso al Distrito Capital de Bogotá, están contenidas en el Plan Nacional de Salud Pública, son: promoción de salud y calidad de vida, prevención de riesgos, recuperación y superación de los daños en la salud.

## **Marco metodológico**

### ***Tipo de estudio***

Con el propósito de brindar respuesta al problema planteado en la investigación, se realizará un estudio de tipo evaluativo, que tiene por objeto evaluar los resultados de uno o más programas que hayan sido o estén aplicados dentro de un contexto y cuya intención es medir los efectos de la intervención a fin de tomar decisiones para mejorar la ejecución futura de la intervención psicosocial del programa de Salud a su casa en el Hospital Vista Hermosa de la localidad de Ciudad Bolívar en la vigencia 2010 a 2011.

### ***Método***

Se adoptará para esta investigación un método Analítico, que consiste en la identificación de cada una de sus partes o elementos para observar las causas, la naturaleza y los efectos, que permitan revisar el proceso de auditoría con el fin de encontrar fortalezas y debilidades de las mismas y así evidenciar las acciones de promoción, prevención, rehabilitación y atención en salud mental. El análisis al que se llega con este método, hace énfasis en la teoría y en la explicación que se da sobre la auditoría en el proceso social, con fundamento en los resultados, por eso en esta investigación se revisarán los papeles de trabajo que se han implementado en la

vigencia 2010 – 2011, y que recogen hallazgos para así efectuar un balance de aspectos cualitativos y cuantitativos de la misma.

### ***Participantes***

La investigación fue realizada por tres profesionales del área de la salud, con énfasis en salud mental, psicólogas, debido a que el proceso a revisar en la investigación corresponde a este campo de acción, para la investigación se contó con los aportes y saberes de los cuatro psicólogos que durante la vigencia a evaluar desarrollaron la intervención.

### ***Instrumentos***

El instrumento a aplicarse es una entrevista semi - estructurada a los profesionales que ejecutaron la intervención en ese periodo de tiempo. Para la aplicación de la entrevista, se tiene en cuenta que este instrumento, es un mecanismo de aproximación que permitirá profundizar en la visión del profesional frente al proceso de la intervención y de la auditoría. Para su desarrollo es útil contar con una guía de conversación en la cual los tópicos son determinados de manera general, nuevas preguntas y asuntos a tratar pueden ser resultado de la interacción con el entrevistado lo cual es viable siempre y cuando no nos aparte de nuestro objetivo de indagación.

Anexo de sistematización de entrevistas

## **Procedimiento**

El estudio se desarrollará teniendo en cuenta las siguientes fases:

1. Conformación del equipo de trabajo: El equipo de trabajo estará conformado por tres estudiantes de la Especialización de Auditoría y Control Interno de Organizaciones de la Salud: Ligia Cepeda Bojacá., Verikza Marina Romero González y Doris Angela Romero Velásquez
2. Definición del tema de investigación: Teniendo en cuenta que se presentaron diferentes y variadas situaciones en salud mental en el Hospital Vista Hermosa, se evidencia la necesidad de empezar a indagar más sobre la atención psicosocial del programa SASC, debido a la alta demanda de eventos que continuamente se venían presentando en dicha intervención; motivo por el cual, surge la inquietud de revisar los procesos de auditoría, con el propósito de identificar los hallazgos.
3. Elaboración del plan de trabajo: Se realizará mediante revisión de los contenidos de los lineamientos de Secretaria de Salud, las actas de auditoría, los informes de la intervención psicosocial, revisión bases de datos y listas de chequeo, los cuales serán analizados posteriormente.
4. Ejecución de las actividades: La ejecución de las actividades aparecen en el cronograma, como se aprecia en el apéndice A.
5. Seguimiento y presentación de informes de avance: Se realizará de acuerdo a lo establecido previamente en conjunto con el asesor.

6. Elaboración y presentación del informe final: Se realizará de acuerdo a lo establecido en la metodología propuesta por la Institución Universitaria Iberoamericana.

## RESULTADOS

### 1. Proceso de auditoría de la intervención psicosocial

Para dar cumplimiento a lo establecido en los lineamientos la SDS contrata una firma auditora para hacer la verificación de la ejecución de la intervención psicosocial y así poder brindar orientación y optimizar el proceso con el propósito de afectarla positivamente; en el año 2010 la auditoría es realizada por los referentes de salud mental de la SDS y para el 2011 la firma auditora fue la Universidad de Antioquia.

Teniendo en cuenta que la auditoria es una herramienta de carácter sistemático que busca la recopilación de información adecuada y suficiente que le permita emitir un informe final, se encuentra que el proceso llevado a cabo por la firma auditora a la intervención psicosocial del Hospital Vista Hermosa, es desarrollado de manera retrospectiva y concurrente y por fases como es la planeación, la ejecución y el informe.

Se identifica que para estas vigencias la firma auditora no realizó auditorias concurrentes, entendiéndose que es un acompañamiento de campo donde el auditor va directamente con el profesional a las visitas, verificando en estas la calidad, eficacia y efectividad del proceso que desarrollan los profesionales, la falta de este acompañamiento limita la intervención, debido a que no puede identificar hallazgos

positivos o negativos directamente en la visita y así poder generar recomendaciones sobre lo observado y evaluado.

Con respecto a las fases, el proceso de planeación es desarrollado directamente por la SDS y la firma auditora, donde se establecen los objetivos y el alcance del proceso, en lo relacionado con la construcción de los papeles de trabajo se evidencia que las listas de chequeo son generadas directamente por la SDS a la firma auditora, sin permitirle que ella elabore sus propios papeles de trabajo, limitándolos a cumplir con lo solicitado por la SDS.

Con respecto a la segunda fase que tiene que ver con la ejecución de la auditoria, la entidad encargada da a conocer a la ESE las fechas programadas para tal fin y la apertura se lleva a cabo con la reunión entre las directivas de Salud Pública y la firma auditora donde se informa el orden y los horarios de las intervenciones a auditar; encontrando que en estas vigencias esta fase se cumple, pero no se encuentra acta de retroalimentación de la auditoria llevada a cabo, así que se cumple parcialmente con las fases estipuladas para el proceso de auditoria.

Para la revisión de la intervención psicosocial de las dos vigencias se contó con una lista de chequeo como el único instrumento de verificación, se evidencia que las lista de chequeo para estas vigencias cuenta con un mismo formato y verifica los

mismos criterios, encontrando que dicho instrumento fue generado por la SDS y entregado a la firma auditora para su ejecución.

Dentro de los criterios a auditar esta el perfil profesional que se verifica en la revisión de hoja de vida en la oficina de talento humano, donde se constata criterios según lineamiento, encontrando que la auditoria en ambas vigencias realiza revisión del perfil solicitado, estrictamente limitado a la revisión en papel, sin acercarse al equipo profesional.

Se ha evidenciado que la auditoria se enfoca en la verificación del número de soportes de los casos atendidos de acuerdo a lo contratado por la SDS y ESE, observando la calidad desde el punto de vista estético, sin tener en cuenta la efectividad, alcance e impacto de las intervenciones realizadas por los profesionales.

A continuación se da conocer los puntos que evalúa la lista de chequeo:

Tabla 1: Lista de Chequeo vigencia 2010 para la auditoría

|   |  | DIRECCION DE SALUD PÚBLICA<br>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL<br>ESTRUCTURA DE LISTA DE CHEQUEO PARA VERIFICACION CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES<br>Mayo de 2011   |    |             |         |                 |         |             |    |         |    |  |         |         | Elaborado por: Sandra Rivera - Edna Liliana Nuñez<br>Revisado por: María de Jesús Olivo<br>Aprobado por: Ricardo Rojas.<br>Control documental: Dirección de Planeación y sistemas- SIC  |  |  |
|--|--|--|----|-------------|---------|-----------------|---------|-------------|----|---------|----|--|---------|---------|---|--|---|
| <b>COMPONENTE: ÁMBITO FAMILIAR</b><br><b>INTERVENCIÓN: INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN EVENTOS QUE AFECTAN LA SALUD MENTAL Y CALIDAD DE VIDA DE LA FAMILIA</b>   |  |  |    |             |         |                 |         |             |    |         |    |  |         |         |   |  |   |
| <b>I. GENERALIDADES</b>  |  |  |    |             |         |                 |         |             |    |         |    |  |         |         |   |  |   |
| Hospital:  |  | VISTA HERMOSA  |    |             |         |                 |         |             |    |         |    |  |         |         |   |  |   |
| Localidad:   |  | CIUDAD BOLIVAR   |    |             |         |                 |         |             |    |         |    |  |         |         |   |  |   |
| Fecha de visita:   |  | Mayo 11/2011   |    |             |         |                 |         |             |    |         |    |  |         |         |   |  |   |
| Periodo Verificado:  |  | Febrero de 2010 - enero 2011   |    |             |         |                 |         |             |    |         |    |  |         |         |   |  |   |
| <b>II. FACTURACIÓN</b>   |  |  |    |             |         |                 |         |             |    |         |    |  |         |         |   |  |   |
|  |  |  | F  | M           | A       | M               | J       | J           | A  | S       | O  | N  | D       | E       | <b>OBSERVACIONES</b>  |  |   |
| 2.1. En la matriz consolidada de contratos y Facturación, la ejecución del año está al 100%?   |  | SI O NO  | SI | SI          | No. 150 | No. 193         | No. 204 | NO          | NO | No. 279 | NO | NO   | No. 001 | No. 041 | La ESE contrató por la Vigencia 2010 un total de 611 intervenciones. La facturación de los meses de Febrero y Marzo, se confirmó con la Coordinadora del ámbito de la ESE.  |  |   |
| 2.2. En la matriz consolidada de contratos y Facturación, se observa subfacturación  |  | SI O NO  | 63 | 74          | 54      | 52              | 54      | NO          | NO | 76      | NO | NO   | 150     | 88      | Total por facturas: 611   |  |   |
| 2.3. En la matriz consolidada de contratos y Facturación, se observa sobrefacturación  |  | SI O NO  | NO | NO          | NO      | NO              | NO      | NO          | NO | NO      | NO | NO   | NO      | NO      | No se encuentra sobrefacturación, pero sí sobreejecución de 13 casos que quedan como valor agregado de la ESE.  |  |   |
| <b>III. VERIFICACIÓN DE CRITERIOS ESTRUCTURA</b>   |  |  |    |             |         |                 |         |             |    |         |    |  |         |         |   |  |   |
| 3.1. Contó con el talento humano requerido para el desarrollo de la intervención (No. De personas y tiempo de dedicación según ficha técnica y anexo de talento humano).   |  | SI O NO  | SI | SI          | SI      | SI              | SI      | SI          | SI | SI      | SI | SI   | SI      | SI      | El Talento Humano disponible para la Vigencia: PS, Angela Velásquez y Ps. Luis Fernando Figueroa Palmarola.   |  |   |
| 3.2. El talento humano que desarrolla la intervención cumple con el perfil establecido en los lineamientos.  |  | SI O NO  | SI | SI          | SI      | SI              | SI      | SI          | SI | SI      | SI | SI   | SI      | SI      | El Talento Humano: PS, Doris Angela Romero Velásquez y Ps. Luis Fernando Figueroa Palmarola, cumple con el perfil.  |  |   |
| <b>IV. VERIFICACIÓN DE CRITERIOS PROCESO</b>   |  |  |    |             |         |                 |         |             |    |         |    |  |         |         |   |  |   |
| 4.1. La intervención cuenta con plan de acción para la vigencia del contrato.  |  | SI O NO  | SI | SI          | SI      | SI              | SI      | SI          | SI | SI      | SI | SI   | SI      | SI      | Presenta Cronogramas, toda vez que la intervención es por demanda. Se revisan de Febrero a Diciembre 10 Cronogramas/ Base de Datos: Febrero - Noviembre   |  |   |
| 4.2. Se identifican la totalidad de subproductos para la intervención en el plan de acción. (Cada grupo técnico debe relacionar los subproductos identificados)  |  | SI O NO  | SI | SI          | SI      | SI              | SI      | SI          | SI | SI      | SI | SI   | SI      | SI      | Se revisan: Base de Datos al mes de Diciembre 2010 con cierres en Enero 2011, (Flias KFW). Se revisan 4 correos como soportes de envío a la Coordinación del AF ESE.  |  |   |
| 4.3. Existe coherencia entre el lineamiento y la operación de las intervenciones.  |  | SI O NO  | SI | SI          | SI      | SI              | SI      | SI          | SI | SI      | SI | SI   | SI      | SI      | La coherencia entre el lineamiento y la operación de la intervención, se evidencia en el cumplimiento de los cronogramas, de la revisión del desarrollo del proceso en la muestra seleccionada: 70 Familias. Participación en espacios de PDA, SDS, Afamiliar.  |  |   |
| 4.4. Los subproductos se realizaron según la periodicidad requerida en el lineamiento  |  | SI O NO  | SI | SI          | SI      | SI              | SI      | SI          | SI | SI      | SI | SI   | SI      | SI      | La ejecución de la intervención, se realizó dando en un alto porcentaje cumplimiento al tiempo establecido. Los informes mensuales (Bases de Datos) entregados todos de manera oportuna, la Entrega del aporte al Informe de Gestión de la ESE se realizó de manera oportuna lo que se verificó en la revisión de pantallazos de envío. |  |   |
| 4.5. Se identifica que los soportes de las actividades, corresponden a los instrumentos definidos en los lineamientos?   |  | SI O NO  | SI | SI          | SI      | SI              | SI      | SI          | SI | SI      | SI | SI   | SI      | SI      | Los soportes corresponden a los instrumentos definidos por el Lineamiento.  |  |   |
| 4.6. Presenta soportes pertinentes que dan cuenta a la ejecución. Revisión documental.   |  | SI O NO  | SI | SI          | SI      | SI              | SI      | SI          | SI | SI      | SI | SI   | SI      | SI      | Se verifican los soportes documentales: Con el conteo de 611 familias y de la revisión específica de soportes de una muestra aleatoria de 70 familias.  |  |   |
| 4.5. Es necesario ampliar verificación de soportes, mediante lista de chequeo específica:  |  | SI O NO  | NO | NO          | NO      | NO              | NO      | NO          | NO | NO      | NO | NO   | NO      | NO      | Los soportes verificados se encuentran con la calidad determinada por el lineamiento. Además su organización en carpetas es Óptima y contienen rótulos y separadores individuales que evidencian la adecuada gestión documental.  |  |   |
| <b>V. VERIFICACIÓN DE CRITERIOS RESULTADO</b>  |  |  |    |             |         |                 |         |             |    |         |    |  |         |         |   |  |   |
| 5.1. Se observa cumplimiento de metas frente a lo programado.  |  | SI O NO  | SI | SI          | SI      | SI              | SI      | SI          | SI | SI      | SI | SI   | SI      | SI      | Se observa cumplimiento del 100% de la contratación. Sin embargo se encontró sobreejecución de 13 casos que quedan como valor agregado de la ESE.   |  |   |
| 5.2. Los productos finales cumplen con la Calidad esperada: Productos que no contemplan una estructura ni dan cumplimiento a los objetivos de los lineamientos. Características que debe cumplir el producto o proceso para considerarse recibido a satisfacción, según lineamiento. (Calidad)   |  | SI O NO  | SI | SI          | SI      | SI              | SI      | SI          | SI | SI      | SI | SI   | SI      | SI      | Los productos finales cumplen con la Calidad esperada, presentan una estructura que permiten leer el proceso con cada familia. Los registros son adecuados, cumplen con las características determinadas para los soportes, que posibilitaron el logro de los objetivos de la Intervención.   |  |   |
| <b>VI. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL DESARROLLO DEL PROCESO</b>  |  |  |    |             |         |                 |         |             |    |         |    |  |         |         |   |  |   |
| 6.1. GENERALIDADES   |  | Informe de gestión, estructura y soportes. Los informes de Gestión de febrero y marzo, no muestran la ejecución, pero se confirma con la Coordinadora del ámbito mediante la revisión en físico de las facturas. De igual manera se confronta contra los soportes en físicos, encontrándose evidencias suficiente de la ejecución en estos meses. Se cumple con el Talento Humano.   |    |             |         |                 |         |             |    |         |    |  |         |         |   |  |   |
| 6.2. AVANCES Y LOGROS  |  | Se establecen con base en tres criterios: <b>Objetivos del proceso, cumplimiento de metas y características del desarrollo de la intervención</b> . Los objetivos de la intervención en un porcentaje superior al 90% se cumplieron. La meta se cumplió en un 100% y además se abordaron familias fuera de la meta, lo que demuestra que la demanda supera la meta contratada, circunstancia de la que se dejó constancia en el informe final de gestión la intervención entregado a la Coordinación.  |    |             |         |                 |         |             |    |         |    |  |         |         |   |  |   |
| 6.3. DIFICULTADES  |  | Se definen todos aquellos aspectos que impidieron el adecuado cumplimiento de los objetivos: No se presentaron dificultades. La ESE dispuso con oportunidad de los insumos necesarios para la ejecución.   |    |             |         |                 |         |             |    |         |    |  |         |         |   |  |   |
| 6.4. OTROS   |  | La revisión de la ejecución del proceso desarrollado en la ESE, permite dejar constancia del compromiso y la adherencia de los Referentes a la intervención, el excelente trabajo en equipo se ve reflejado en la planeación, ejecución del proceso y la organización de los soportes revisados, así como de la calidad de la información suministrada para el proceso de revisión. La intervención fortaleció el posicionamiento de la intervención a través de la respuesta oportuna de los casos referenciados. Por lo anterior la Secretaría Distrital de Salud deja constancia de la excelente calidad en la ejecución del proceso. |    |             |         |                 |         |             |    |         |    |  |         |         |   |  |   |
| <b>7. PLAN DE MEJORA</b>   |  |  |    |             |         |                 |         |             |    |         |    |  |         |         |   |  |   |
| HALLAZGO   |  | TIPO DE AUDITORIA  |    | RESPONSABLE |         | FECHA DE INICIO |         | FECHA FINAL |    | AVANCES |    | CUMPLIMIENTO (estado de la acción abierta o cerrada) |         |         |   |  |   |
| <b>INSTRUCTIVO:</b><br>1. EL ACTA NO DEBE TENER TACHONES NI ENMENDADURAS. LETRA CLARA Y LEGIBLE<br>2. LAS LETRAS F a E CORRESPONDEN A LOS MESES: ENERO, FEBRERO, MARZO, ABRIL, MAYO, JUNIO, JULIO, AGOSTO, SEPTIEMBRE, OCTUBRE, NOVIEMBRE, DICIEMBRE, ENERO<br>3. SE DEBE RELACIONAR; SI O NO SEGÚN EL CASO, EN CADA CASILLA EN LA QUE SE INDIQUE EL MES<br>4. SI REQUIERE AMPLIAR INFORMACIÓN CON RELACIÓN A CADA ÍTEM, HACERLO EN LA COLUMNA OBSERVACIONES<br>5. EN LAS VARIABLES DEL NUMERAL 6, SE DEBEN ESPECIFICAR LOS HALLAZGOS, NO APLICA SI - NO |  |  |    |             |         |                 |         |             |    |         |    |  |         |         |   |  |   |
| _____ Firma Profesional DSP  |  |  |    |             |         |                 |         |             |    |         |    |  |         |         |   |  |   |
| _____ Firma Profesionales de la ESE  |  |  |    |             |         |                 |         |             |    |         |    |  |         |         |   |  |   |

Tabla 2: Lista de Chequeo vigencia 2011 para la auditoría

|   |  | DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA<br>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL<br>ESTRUCTURA DE LISTA DE CHEQUEO PARA VERIFICACION CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES |         |         |         |    |    |         |     |     |    |    | Elaborado por: Sandra Rivera - Edna Lilliana Nuñez<br>Revisado por: María de Jesús Olivo<br>Aprobado por: Ricardo   |  |  |
|--|--|--|---------|---------|---------|----|----|---------|-----|-----|----|----|---|--|---|
| Enero de 2012  |  |  |         |         |         |    |    |         |     |     |    |    |   |  |   |
| COMPONENTE: ÁMBITO FAMILIAR<br>INTERVENCIÓN: INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN EVENTOS QUE AFECTAN LA SALUD MENTAL Y CALIDAD DE VIDA DE LA FAMILIA   |  |  |         |         |         |    |    |         |     |     |    |    |   |  |   |
| <b>I. GENERALIDADES</b>  |  |  |         |         |         |    |    |         |     |     |    |    |   |  |   |
| Hospital:  | VISTA HERMOSA  |  |         |         |         |    |    |         |     |     |    |    |   |  |   |
| Localidad:   | CIUDAD BOLÍVAR   |  |         |         |         |    |    |         |     |     |    |    |   |  |   |
| Fecha de visita:   | Enero 26 de 2012   |  |         |         |         |    |    |         |     |     |    |    |   |  |   |
| Periodo Verificado:  | Febrero/ 2011 - Diciembre/ 2011  |  |         |         |         |    |    |         |     |     |    |    |   |  |   |
| <b>II. FACTURACION</b>   |  |  |         |         |         |    |    |         |     |     |    |    |   |  |   |
|  |  | F  | M       | A       | M       | J  | J  | A       | S   | O   | N  | D  | OBSERVACIONES   |  |   |
| 2.1. En la matriz consolidada de contratos y Facturación, la ejecución del año esta al 100%?   | SI O NO  | SI   | No. 184 | No. 215 | No. 245 | NO | NO | No. 298 | NO  | NO  | NO | NO | La ESE contrató par la Vigencia 2010 un total de 611 Intervenciones. La facturación de los meses de Febrero y Marzo, se confirmó con la Coordinadora del ámbito de la ESE.  |  |   |
| 2.2. En la matriz consolidada de contratos y Facturación, se observa subfacturación  | SI O NO  | 12   | 35      | 44      | 31      | 38 | 65 | 75      | 112 | 123 | 93 | 88 | Total por facturas: 716   |  |   |
| 2.3. En la matriz consolidada de contratos y Facturación, se observa sobrefacturación  | SI O NO  | NO   | NO      | NO      | NO      | NO | NO | NO      | NO  | NO  | NO | NO | No se encuentra sobrefacturación,   |  |   |
| <b>III. VERIFICACION DE CRITERIOS ESTRUCTURA</b>   |  |  |         |         |         |    |    |         |     |     |    |    |   |  |   |
| 3.1. Contó con el talento humano requerido para el desarrollo de la intervención (No. De personas y tiempo de dedicación según ficha técnica y anexo de talento humano).   | SI O NO  | NO   | NO      | NO      | NO      | SI | SI | SI      | SI  | SI  | SI | SI | En el mes de junio se hace contratación de un profesional por medio tiempo, a partir del mes de septiembre se hace contratación para un total de 6 profesionales de tiempo completo   |  |   |
| 3.2. El talento humano que desarrolla la intervención cumple con el perfil establecido en los lineamientos.  | SI O NO  | SI   | SI      | SI      | SI      | SI | SI | SI      | SI  | SI  | SI | SI | El Talento Humano contratado cumple con el perfil solicitado.   |  |   |
| <b>IV. VERIFICACION DE CRITERIOS PROCESO</b>   |  |  |         |         |         |    |    |         |     |     |    |    |   |  |   |
| 4.1 La intervención cuenta con plan de acción para la vigencia del contrato.   | SI O NO  | SI   | SI      | SI      | SI      | SI | SI | SI      | SI  | SI  | SI | SI | Cuenta con cronogramas de cada uno de los meses y la intervención es por demanda, se revisa toda la vigencia a igual que la base de datos Febrero-Diciembre de 2011   |  |   |
| 4.2 Se identifican la totalidad de subproductos para la intervención en el plan de acción. (Cada grupo técnico debe relacionar los subproductos identificados)   | SI O NO  | SI   | SI      | SI      | SI      | SI | SI | SI      | SI  | SI  | SI | SI | Revisión de base de datos, envío de correos que soportan la entrega de base de datos, revisión de actas de asistencia a comité de salud mental, reuniones de ámbito y reuniones con la SDS.   |  |   |
| 4.3 Existe coherencia entre el lineamiento y la operación de las intervenciones.   | SI O NO  | SI   | SI      | SI      | SI      | SI | SI | SI      | SI  | SI  | SI | SI | Según lineamientos y el proceso de intervención hay coherencia entre las acciones planeadas con las ejecutadas según parámetros de la SDS. Se hace muestreo de 75 familias, encontrando cumplimiento de cronogramas, base de datos y envíos a la SDS.   |  |   |
| 4.4 Los subproductos se realizaron según la periodicidad requerida en el lineamiento   | SI O NO  | NO   | NO      | NO      | NO      | SI | SI | SI      | SI  | SI  | SI | SI | Se evidenció retraso en el envío de bases de datos y de información solicitadas de las canalizaciones realizadas.   |  |   |
| 4.5 Se identifica que los soportes de las actividades, corresponden a los instrumentos definidos en los lineamientos?  | SI O NO  | SI   | SI      | SI      | SI      | SI | SI | SI      | SI  | SI  | SI | SI | Cumple con los instrumentos definidos por el lineamiento.   |  |   |
| 4.6 Presenta soportes pertinentes que dan cuenta a la ejecución. Revisión documental.  | SI O NO  | SI   | SI      | SI      | SI      | SI | SI | SI      | SI  | SI  | SI | SI | Se hace el conteo de 716 familias intervenidas, que dan cuenta del proceso realizado; evidenciando la falta de canalización para lo cual se recomendó realizar una cuarta visita para dar cumplimiento al proceso de análisis solicitado por el lineamiento.  |  |   |
| 4.7 Es necesario ampliar verificación de soportes, mediante lista de chequeo específica:   | SI O NO  | SI   | SI      | SI      | SI      | NO | NO | NO      | NO  | NO  | NO | NO | Se verifican los soportes encontrando familias intervenidas sin proceso de canalización, formatos con espacios en blanco y baja calidad en la realización de familogramas,  |  |   |
| <b>V. VERIFICACION DE CRITERIOS RESULTADO</b>  |  |  |         |         |         |    |    |         |     |     |    |    |   |  |   |
| 5.1. Se observa cumplimiento de metas frente a lo programado.  | SI O NO  | SI   | SI      | SI      | SI      | SI | SI | SI      | SI  | SI  | SI | SI | Para el cumplimiento del 100% de la meta contratada, la ESE requirió la contratación de 3 profesionales más   |  |   |
| 5.2. Los productos finales cumplen con la calidad esperada: Productos que no contemplan una estructura ni dan cumplimiento a los objetivos de los lineamientos. Características que debe cumplir el producto o proceso para considerarse recibido a satisfacción, según lineamiento. (Calidad)   | SI O NO  | NO   | NO      | NO      | NO      | SI | SI | SI      | SI  | SI  | SI | SI | Para los meses de febrero a mayo no se cumple con la calidad esperada de los soportes requeridos según lineamiento. Para lo cual, se realizan recomendaciones en el diligenciamiento de los espacios en blanco de los formatos y completar la información requerida en los familogramas que serán revisadas en la próxima visita. |  |   |
| <b>VI. DESCRIPCION GENERAL DEL DESARROLLO DEL PROCESO</b>  |  |  |         |         |         |    |    |         |     |     |    |    |   |  |   |
| 6.1 GENERALIDADES  | Informe de gestión, estructura y soportes. Se encuentra con los soportes de envío de los informes de gestión que dan cuenta de las actividades y procesos de desarrolladas por la intervención Psicosocial. Sin ninguna observación  |  |         |         |         |    |    |         |     |     |    |    |   |  |   |
| 6.2 AVANCES Y LOGROS   | Se establecen con base en tres criterios: Objetivos del proceso, cumplimiento de metas y características del desarrollo de la intervención: Se evidencia la alta demanda de casos, lo que conlleva a la contratación de tres profesionales más , para el cumplimiento de la meta, se cumple con el objetivo del proceso en un 75%. |  |         |         |         |    |    |         |     |     |    |    |   |  |   |
| 6.3 DIFICULTADES   | Se definen todos aquellos aspectos que impidieron el adecuado cumplimiento de los objetivos: cabo las canalizaciones respectivas a las familias intervenidas, se observa baja calidad en el diligenciamiento de los formatos de registro y la entrega no oportuna de los subproductos a la SDS                                     |  |         |         |         |    |    |         |     |     |    |    |   |  |   |
| 6.4 OTROS  | Se genera Glosa parcial por hallazgos encontrado.  |  |         |         |         |    |    |         |     |     |    |    |   |  |   |
| <b>INSTRUCTIVO:</b><br>1. EL ACTA NO DEBE TENER TACHONES NI ENMENDADURAS, LETRA CLARA Y LEGIBLE<br>2. LAS LETRAS F a E CORRESPONDEN A LOS MESES( ENERO, FEBRERO, MARZO, ABRIL, MAYO, JUNIO, JULIO, AGOSTO, SEPTIEMBRE, OCTUBRE, NOVIEMBRE, DICIEMBRE, ENERO)<br>3. SE DEBE RELACIONAR: SI O NO SEGUN EL CASO, EN CADA CASILLA, EN LA QUE SE INDIQUE EL MES<br>4. SI REQUIERE AMPLIAR INFORMACION CON RELACION A CADA ITEM, HACERLO EN LA COLUMNA OBSERVACIONES<br>5. EN LAS VARIABLES DEL NUMERAL 6, SE DEBEN ESPECIFICAR LOS HALLAZGOS, NO APLICA SI - NO |  |  |         |         |         |    |    |         |     |     |    |    |   |  |   |
| Firma Profesional DSP _____ Firma Profesionales de la ESE _____  |  |  |         |         |         |    |    |         |     |     |    |    |   |  |   |

Tabla 3: Análisis de Lista de chequeo versus vigencias evaluadas

| LISTA DE CHEQUEO<br>PARA LAS DOS<br>VIGENCIAS  | ACCIONES DE LA INTERVENCIÓN SEGÚN<br>LINEAMIENTOS   |   |
|--|---|---|
|  | AÑO 2010  | AÑO 2011  |
| <p>En la matriz consolidada de contratos y Facturación, la ejecución del año esta al 100%?</p> <p>En la matriz consolidada de contratos y Facturación, se observa subfacturación</p> <p>En la matriz consolidada de contratos y Facturación, se observa sobrefacturación</p>             | <p>Los tres primeros puntos están contemplados en el acta de negociación entre la ESE y la SDS, que se lleva a cabo antes de iniciar los procesos.</p>              | <p>Los tres primeros puntos están contemplados en el acta de negociación entre la ESE y la SDS, que se lleva a cabo antes de iniciar los procesos.</p>              |
| <p>Contó con el talento humano requerido para el desarrollo de la intervención (No. De personas y tiempo de dedicación según ficha técnica y anexo de talento humano).</p> <p>El talento humano que desarrolla la intervención cumple con el perfil establecido en los lineamientos.</p> | <p>Revisión de hojas de vida que cumplan con el perfil profesional requerido para la intervención teniendo en cuenta los soportes validando así la experiencia.</p> | <p>Revisión de hojas de vida que cumplan con el perfil profesional requerido para la intervención teniendo en cuenta los soportes validando así la experiencia.</p> |
| <p>La intervención cuenta con plan de acción para la vigencia del contrato.</p>  | <p>No se cuenta con un plan de acción porque la intervención es por demanda.</p>  | <p>No se cuenta con un plan de acción porque la intervención es por demanda</p>   |

|  |  |  |
|--|--|--|
| <p>Se identifican la totalidad de subproductos para la intervención en el plan de acción. (Cada grupo técnico debe relacionar los subproductos identificados)</p> <p>Existe coherencia entre el lineamiento y la operación de las intervenciones.</p> <p>Los subproductos se realizaron según la periodicidad requerida en el lineamiento</p> <p>Se identifica que los soportes de las actividades, corresponden a los instrumentos definidos en los lineamientos?</p> <p>Presenta soportes pertinentes que dan cuenta a la ejecución. Revisión documental.</p> <p>Es necesario ampliar verificación de soportes, mediante lista de chequeo específica</p> |  | <p>Los soportes que según lineamiento se solicitan son: base de datos con su respectivo soporte de envío a la SDS por medio magnético.</p> |
|--|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
| <p>Se observa cumplimiento de metas frente a lo programado.</p> <p>Los productos finales cumplen con la calidad esperada: Productos que no contemplan una estructura ni dan cumplimiento a los objetivos de los lineamientos. Características que debe cumplir el producto o proceso para considerarse recibido a satisfacción, según lineamiento. (Calidad)</p> | <p>Cuatro (4) visitas domiciliarias con tiempos y actividades cumplidas: Una de apertura, dos de avance, seguimiento y monitoreo y una de evaluación y cierre del caso.</p> <p>Recepción de la familia con evento que influye en su salud mental, contacto o acercamiento con la misma.</p> <p>Registros específicos en la Ficha Histórica de Intervención Psicosocial: (identificación del individuo generador y familia, identificación del problema, plan de acción con la familia de acuerdo con el caso, resultados de instrumentos, avances y logros, entre otros necesarios para el proceso).</p> | <p>Identificación de la familia con evento que influye en su salud mental y calidad de vida, contacto o acercamiento con la misma.</p> <p>Una (1) visita Domiciliaria inicial: Evaluación de necesidades o identificación en campo de la familia, así como el evento que incide en la salud mental y calidad de vida de la familia.</p> <p>Dos (2) visitas domiciliarias con tiempos y actividades cumplidas: una de avance, seguimiento y monitoreo y una de evaluación y cierre del caso.</p> <p>Registros específicos en la Ficha Histórica de Intervención Psicosocial: (identificación del individuo generador y familia, identificación del problema, plan de acción con la familia de acuerdo con el caso, resultados de instrumentos, avances y logros, entre otros necesarios para el proceso).</p> <p>Para Conducta suicida se</p> |
|--|--|--|

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | <p>Retroalimentación al notificador del caso.</p> <p>Revisión de los sistemas de información o carpetas de la familia notificada e incluida en otras actividades del programa SASC (Caracterización, cuestionarios, seguimientos, Escala de Vulnerabilidad, entre otros).</p> <p>Registro de la Ficha SIVIM y notificación a la intervención correspondiente cuando el caso se relacione con Violencia.</p> <p>Aplicación de instrumentos, elaboración de ECOMAPA y APGAR FAMILIAR.</p> | <p>debe realizar la intervención psicosocial para conducta suicida en la cual se tiene en cuenta la línea de la intervención psicosocial, además de las especificaciones para conducta suicida. Para Conducta suicida se llena el formato de seguimiento para el evento.</p> <p>Revisión de los sistemas de información o carpetas de la familia notificada e incluida en otras actividades del programa SASC (Caracterización, cuestionarios, seguimientos, Escala de Vulnerabilidad, entre otros).</p> <p>Registro de la Ficha SIVIM y notificación a la intervención correspondiente cuando el caso se relacione con Violencia. Referencia a Vigilancia Comunitaria de los casos de Conducta Suicida referenciados a la intervención por otra fuente.</p> <p>Aplicación de instrumentos, elaboración de ECOMAPA y APGAR FAMILIAR.</p> |
|--|---|--|

|  |  |   |
|--|--|---|
|  | <p>Evaluación y análisis de los instrumentos aplicados y de toda la información recolectada y elaborada sobre el generador del evento, familia y entorno psicosocial.</p> <p>Manejo de la información y organización de los registros y soportes de la intervención en forma y archivo adecuado.</p> <p>Elaboración de informes (Bases de datos mensuales acumuladas, Informes de Gestión de acuerdo con las directrices de la SDS) y otros informes que por competencia se soliciten.</p> | <p>Realizar la llamada de monitoreo de los casos de conducta suicida tres meses después de la última visita domiciliaria. (En cumplimiento de esta actividad se verifica en retrospectiva).</p> <p>Evaluación y análisis de los instrumentos aplicados y de toda la información recolectada y elaborada sobre el generador del evento, familia y entorno psicosocial.</p> <p>Apoyo con vigilancia comunitaria para el desarrollo de las investigaciones epidemiológicas de campo que se requieran de acuerdo al lineamiento establecido por la Secretaría Distrital de Salud</p> <p>Manejo de la información y organización de los registros y soportes de la intervención en forma y archivo adecuado.</p> <p>Elaboración de informes (Bases de datos mensuales acumuladas, Informes de Gestión de acuerdo con las directrices de la SDS) y otros informes que por</p> |
|--|--|---|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  | <p>competencia se deban realizar.</p> <p>Seguimiento cualitativo y ejecución de la intervención a través de la actualización del SISPIC, y los indicadores propios del proceso en el ámbito familiar. Mensualmente se debe alimentar la plataforma SISPIC</p> <p>Crear mecanismos de articulación con la coordinación del ámbito para la apropiación de la plataforma APS en línea como insumo que orienta el reconocimiento de la información de las familias ubicadas en los microterritorios.</p> <p>Participación en reuniones tanto a nivel local como distrital: PDA de Salud Mental, Intervención Psicosocial, Participación en la Sala Situacional de Salud Mental de la ESE y espacios intersectoriales relacionados con la Intervención y que por competencia sean asignados por la ESE.</p> <p>Participación en los espacios convocados por Salud A Su Casa de la ESE, como parte del proceso de articulación de las acciones del</p> |
|--|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  | programa, trabajo conjunto y retroalimentación en función de la integralidad de la respuesta |
|--|--|--|

De acuerdo al cuadro anterior, se puede evidenciar que la lista de chequeo utilizada para la intervención psicosocial no es específica para las acciones solicitadas por el lineamiento, teniendo puntos muy generales a evaluar, por lo tanto la especificidad de las acciones queda restringida al conteo de las fichas para el cumplimiento de la meta, al número de profesionales que ejecutaron las acciones, a la periodicidad de las visitas y que se utilicen los formatos entregados por la SDS, uno de los puntos a revisar en la coherencia entre los lineamientos y la operación de la intervención encontrando que no hay una revisión específica sobre las acciones que exige el lineamiento, como por ejemplo, la recomendación por parte del auditor en el fortalecimiento de las canalizaciones, cuando el lineamiento de año 2011 no solicita esta acción, otro aspecto relevante es que en el lineamiento del 2011 se da prioridad a los eventos de conducta suicida y que a través de la lista de chequeo no se evalúa ni si tienen en cuenta la información que hay sobre este evento.

Por último, el proceso llevado a cabo por la auditoría se ha caracterizado por asumir una actitud coercitiva, que busca encontrar culpables y falencias con el fin de generar glosas más no por realizar acompañamiento y mejora de los procesos y servicios de la Entidad

Con respecto a la tercera fase, los informes que realiza la firma auditora son socializados únicamente a los Coordinadores, evidenciando poca información de los resultados, no muestran fortalezas, debilidades ni se generan recomendaciones que permitan mejorar los procesos o implementar estrategias que aporte a la promoción de calidad de vida de la comunidad. La información derivada del ejercicio de auditoría, debe ser fuente de retroalimentación de para ajustes y toma de decisiones.

## **2. Aportes de la auditoría a la intervención psicosocial**

Según la evaluación realizada al proceso de auditoría de las vigencias 2010 y 2011 y de acuerdo a la revisión de los informes generados por la firma auditora, se observa que por las limitantes establecidas por la SDS no se han generado aportes significativos que permitan el mejoramiento y fortalecimiento de la intervención psicosocial, de igual forma, cuando se habla de autonomía para la ejecución de la auditoría se ve que no se está respetando esta premisa por la SDS debido a que ellos no generan sus propios instrumentos para llevar a cabo dicho proceso.

Otro aspecto que no es tenido en cuenta son las acciones de promoción y prevención que se debe realizar y que son el énfasis y la razón de ser de la intervención, ya que estas acciones se encargan de mitigar los eventos en salud mental logrando que la localidad de Ciudad Bolívar no siga siendo estigmatizada por estas problemáticas y que los habitantes logren una mejor calidad de vida.

De igual forma, frente al lineamiento donde se especifican los objetivos de la intervención psicosocial no se evidencia cambios significativos de una vigencia a otra, encontrando que el propósito principal es que las familias que presentan eventos en salud mental como violencia intrafamiliar, conducta suicida, pautas de crianza, entre otros, encuentren sus propias habilidades y herramientas para la solución de su problemas desde un proceso de autonomía individual como familiar, que conlleve al mejoramiento de la calidad de vida del individuo y su familia,

La auditoría debe ser un proceso de acompañamiento permanente y para estas vigencias solo se hizo una anual lo que conlleva a una acumulación de información, datos, falencias por la interpretación subjetiva de los profesionales, se perpetua el error, proceso que termina siendo rutinario y poco efectivo para la población intervenida, otro hallazgo es que la auditoría no elaboró sus papeles de trabajo y se limitó a implementar la lista de chequeo enviada por SDS, de igual forma se observa en los informes entregados que no dejaron recomendaciones de mejora

### 3. Análisis de los lineamientos

La Secretaria de Salud del Distrito da unos lineamientos específicos respecto a la auditoria en intervención psicosocial. En esta primera parte del trabajo, se hace una comparación de los lineamientos dados, con el fin de encontrar semejanzas o diferencias entre los mismos.

Tabla 4 - Comparativo de lineamientos

|                  | LINEAMIENTOS 2010   | LINEAMIENTO 2011 –FEBRERO A DICIEMBRE   |
|------------------|---|---|
| Nombre           | Intervención Psicosocial en eventos prioritarios que influyen en la salud familiar  | Intervención psicosocial en eventos que influyen en la salud mental y calidad de vida de la familia   |
| Marco Normativo  | El Proyecto del Plan de Desarrollo “Bogotá Positiva 2008 - 2012”, determina el programa BOGOTA SANA, cuyo objetivo es garantizar el derecho a la salud, a través de un enfoque promocional de calidad de vida y atención primaria en salud, con el fin de satisfacer las necesidades individuales y colectivas.<br>Y la Política Distrital de Salud Mental (2007), la Intervención Psicosocial representa una estrategia con enfoque de promoción y prevención de carácter integral | Plan de Salud Distrito Capital 2008 – 2012II, la Salud Mental se determinó como un componente integral y fundamental del desarrollo humano, que favorece en los individuos, familias y comunidades.<br><br>La Intervención Psicosocial como actividad de Salud Mental se contextualiza en el Ámbito Familiar y aporta tanto a metas6 de ciudad como de proyectos dentro del Plan de Desarrollo 2008 – 2012 — Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor: — Cubrir 425 microterritorios con la estrategia Salud A Su Casa, — Reducir la tasa de suicidio a 3.0 por cada 100.000 habitantes, y — A 2012 adaptar y adoptar e implementar el plan distrital de la política nacional de salud mental que aporte a la reducción del consumo de sustancia psicoactivas. |
| Objetivo general | Brindar apoyo psicológico a la familia en su domicilio con el fin   | Brindar apoyo psicosocial a la familia en su domicilio con el fin de activar,   |

|                       |  |   |
|-----------------------|--|---|
|                       | de activar, movilizar y fortalecer recursos individuales, familiares y sociales, que le permitan restituir su autonomía y la del individuo que presenta un evento que influye en la salud mental y calidad de vida de la familia.  | movilizar y fortalecer recursos individuales, familiares y sociales, que le permitan restituir su autonomía y la del individuo que presenta un evento que influye en la salud mental y calidad de vida de la familia.   |
| Objetivos Específicos | <p>Detectar e identificar factores psicosociales que influyen negativamente en el estado de salud mental y calidad de vida de la familia.</p> <p>Garantizar la intervención psicosocial oportuna al individuo y a la familia con el fin de fortalecer los recursos individuales, familiares y sociales, que faciliten la restitución de la autonomía individual y colectiva.</p> <p>Fortalecer la atención primaria en salud mental basada en la evidencia a través de acciones de promoción y prevención que fomenten la participación de la familia para mejorar su calidad de vida, identificar, reconocer y fortalecer los factores protectores y propiciar un cambio positivo en ella y su entorno.</p> <p>Posibilitar el auto-reconocimiento de cada integrante del núcleo familiar como sujeto necesario capaz de generar acciones que conllevan al bienestar físico, mental y social de la familia y adaptación adecuada a su medio familiar.</p> <p>Realizar la canalización de</p> | <p>Detectar e identificar factores psicosociales que influyen negativamente en el estado de salud mental y calidad de vida de la familia.</p> <p>Procurar la intervención psicosocial oportuna para el individuo y a la familia con el fin de fortalecer los recursos individuales, familiares y sociales, que faciliten la restitución de la autonomía individual y colectiva.</p> <p>Fortalecer la atención primaria en salud mental basada en la evidencia a través de acciones de promoción y prevención que fomenten la participación de la familia para mejorar su calidad de vida, identificar, reconocer y fortalecer los factores protectores y propiciar un cambio positivo en ella y su entorno.</p> <p>Posibilitar el auto-reconocimiento de cada integrante del núcleo familiar como sujeto necesario capaz de generar acciones que conllevan al bienestar físico, mental y social de la familia y adaptación adecuada a su medio familiar.</p> <p>Reducir el riesgo de un suicidio consumado en aquellas personas que presentan alguna manifestación no fatal de conducta suicida mediante la</p> |

|                 |   |  |
|-----------------|---|--|
|                 | <p>casos a los sistemas de vigilancia epidemiológica y de información que se resulten pertinentes a partir de la valoración integral de los mismos.</p> <p>Proveer periódicamente los datos e información básica requerida para el seguimiento y monitoreo del plan de intervención y sus acciones específicas.</p> | <p>puesta en marcha y los restablecimientos de sus redes sociales y recursos</p>   |
| <p>Perfil</p>   | <p>Profesional de la Salud con título de Psicólogo(a) con mínimo un (1) año de experiencia en el área psicosocial y trabajo comunitario extramural. Tarjeta Profesional.</p>  | <p>Profesional de la Salud con título de Psicólogo(a) preferiblemente con un año de experiencia en el área social y trabajo comunitario extramural.</p> <p>Para los eventos relacionados con Conducta Suicida, la ESE debe asignar un único profesional del equipo que los asuma, incluyendo la interlocución con la SDS; no obstante, que por tiempo pueda contribuir a la atención de otros factores que afecten la salud familiar y que sean abordados por la intervención psicosocial.</p>   |
| <p>Acciones</p> | <p>Cuatro (4) visitas domiciliarias con tiempos y actividades cumplidas: Una de apertura, dos de avance, seguimiento y monitoreo y una de evaluación y cierre del caso.</p> <p>Recepción de la familia con evento que influye en su salud mental, contacto o acercamiento con la misma.</p>                         | <p>Identificación de la familia con evento que influye en su salud mental y calidad de vida, contacto o acercamiento con la misma.</p> <p>Una (1) visita Domiciliaria inicial: Evaluación de necesidades o identificación en campo de la familia, así como el evento que incide en la salud mental y calidad de vida de la familia.</p> <p>Dos (2) visitas domiciliarias con tiempos y actividades cumplidas: una de avance, seguimiento y monitoreo y una de evaluación y cierre del caso.</p> <p>Registros específicos en la Ficha</p> |

---

|  |   |
|--|---|
| <p>Ficha Histórica de Intervención Psicosocial: (identificación del individuo generador y familia, identificación del problema, plan de acción con la familia de acuerdo con el caso, resultados de instrumentos, avances y logros, entre otros necesarios para el proceso).</p> | <p>Histórica de Intervención Psicosocial: (identificación del individuo generador y familia, identificación del problema, plan de acción con la familia de acuerdo con el caso, resultados de instrumentos, avances y logros, entre otros necesarios para el proceso).</p>                            |
| <p>Retroalimentación al notificador del caso.</p>  | <p>Para Conducta suicida se debe realizar la intervención psicosocial para conducta suicida en la cual se tiene en cuenta la línea de la intervención psicosocial, además de las especificaciones para conducta suicida. Para Conducta suicida se llena el formato de seguimiento para el evento.</p> |
| <p>Revisión de los sistemas de información o carpetas de la familia notificada e incluida en otras actividades del programa SASC (Caracterización, cuestionarios, seguimientos, Escala de Vulnerabilidad, entre otros).</p>  | <p>Revisión de los sistemas de información o carpetas de la familia notificada e incluida en otras actividades del programa SASC (Caracterización, cuestionarios, seguimientos, Escala de Vulnerabilidad, entre otros).</p>   |
| <p>Registro de la Ficha SIVIM y notificación a la intervención correspondiente cuando el caso se relacione con Violencia.</p>  | <p>Registro de la Ficha SIVIM y notificación a la intervención correspondiente cuando el caso se relacione con Violencia. Referencia a Vigilancia Comunitaria de los casos de Conducta Suicida referenciados a la intervención por otra fuente.</p>   |
| <p>Aplicación de instrumentos, elaboración de ECOMAPA y APGAR FAMILIAR.</p>  | <p>Aplicación de instrumentos, elaboración de ECOMAPA y APGAR FAMILIAR.</p>   |
|  | <p>Realizar la llamada de monitoreo de los casos de conducta suicida tres meses después de la última visita domiciliaria. (En cumplimiento de esta actividad se verifica en retrospectiva).</p>   |

---

|   |  |
|---|--|
| <p>Evaluación y análisis de los instrumentos aplicados y de toda la información recolectada y elaborada sobre el generador del evento, familia y entorno psicosocial.</p>             | <p>Evaluación y análisis de los instrumentos aplicados y de toda la información recolectada y elaborada sobre el generador del evento, familia y entorno psicosocial.</p>  |
| <p>Manejo de la información y organización de los registros y soportes de la intervención en forma y archivo adecuado.</p>  | <p>Apoyo con vigilancia comunitaria para el desarrollo de las investigaciones epidemiológicas de campo que se requieran de acuerdo al lineamiento establecido por la Secretaría Distrital de Salud</p>                                 |
| <p>Elaboración de informes (Bases de datos mensuales acumuladas, Informes de Gestión de acuerdo con las directrices de la SDS) y otros informes que por competencia se soliciten.</p> | <p>Manejo de la información y organización de los registros y soportes de la intervención en forma y archivo adecuado.</p>   |
| <p>Elaboración de informes (Bases de datos mensuales acumuladas, Informes de Gestión de acuerdo con las directrices de la SDS) y otros informes que por competencia se soliciten.</p> | <p>Elaboración de informes (Bases de datos mensuales acumuladas, Informes de Gestión de acuerdo con las directrices de la SDS) y otros informes que por competencia se deban realizar.</p>   |
| <p>Elaboración de informes (Bases de datos mensuales acumuladas, Informes de Gestión de acuerdo con las directrices de la SDS) y otros informes que por competencia se soliciten.</p> | <p>Seguimiento cualitativo y ejecución de la intervención a través de la actualización del SISPIC, y los indicadores propios del proceso en el ámbito familiar. Mensualmente se debe alimentar la plataforma SISPIC</p>                |
| <p>Elaboración de informes (Bases de datos mensuales acumuladas, Informes de Gestión de acuerdo con las directrices de la SDS) y otros informes que por competencia se soliciten.</p> | <p>Crear mecanismos de articulación con la coordinación del ámbito para la apropiación de la plataforma APS en línea como insumo que orienta el reconocimiento de la información de las familias ubicadas en los microterritorios.</p> |

---

|                        |  |  |
|------------------------|--|--|
|                        |  | <p>Participación en reuniones tanto a nivel local como distrital: PDA de Salud Mental, Intervención Psicosocial, Participación en la Sala Situacional de Salud Mental de la ESE y espacios intersectoriales relacionados con la Intervención y que por competencia sean asignados por la ESE.</p> <p>Participación en los espacios convocados por Salud A Su Casa de la ESE, como parte del proceso de articulación de las acciones del programa, trabajo conjunto y retroalimentación en función de la integralidad de la respuesta</p>   |
| Medios de verificación | <p>Base de Datos Acumulada del periodo a último mes ejecutado por Localidad: Archivo en USB o CD. Es responsabilidad de todo el equipo de Intervención Psicosocial de la ESE.</p> <p>Constancia de envío mensual de la Base de Datos que contiene el número de familias nuevas intervenidas en el mes ejecutado y las familias intervenidas en meses anteriores y con caso cerrado según vigencia (Acumulado) (Anexo No. 7).</p> <p>El envío del informe se realiza durante los dos (2) primeros días hábiles de cada mes calendario siguiente al ejecutado al correo electrónico <a href="mailto:psicosocialsds@yahoo.com">psicosocialsds@yahoo.com</a></p> <p>Constancia de envío de la a Base de Datos de Conducta Suicida. (Anexo No. 12), que</p> | <p>Original de la Ficha Histórica de Intervención Psicosocial. En caso de que la familia abordada no atienda a la visita domiciliaria, el referente debe procurar que un vecino(a) o conocido de la familia firme la Ficha Histórica de Intervención Psicosocial.</p> <p>Copia de registro de Ficha SIVIM, cuando sea necesario.</p> <p>Ficha de Remisión para atención en otros servicios y de salud mental cuando el caso lo amerite o canalización a otra Localidad.</p> <p>Original de los formatos de los Instrumentos de recolección de información debidamente diligenciados:<br/>         Familiograma, Ciclo Vital Familiar, Tipo de Familia.<br/>         Apgar Familiar, Ecomapa.<br/>         Información del Contexto Familiar y Social.<br/>         Base de Datos Acumulada mes a mes</p> |

|   |   |
|---|---|
| <p>será entregada vía correo electrónico a cardona.pilar@yahoo.es durante los primeros cinco días hábiles de cada mes calendario siguiente al ejecutado.<br/>18</p>   | <p>ejecutado por Localidad: Archivo en USB o CD.</p>  |
| <p>Original o copia de Acta de reuniones programadas y realizadas tanto en el nivel local como distrital, donde los referentes de la Intervención Psicosocial hayan participado de acuerdo con los requerimientos de la SDS o de la ESE: Referentes de la Intervención Psicosocial, Ámbito Familiar - Salud a Su Casa, PDA Salud Mental y otros relacionados con la intervención, y listado de asistencia. Las actas deben contener la firma del Responsable de la reunión.</p> | <p>Constancia del correo electrónico dirigido a: <a href="mailto:psicosocialsds@yahoo.com">psicosocialsds@yahoo.com</a> con el Informe mensual consolidado de la Intervención Psicosocial por Localidad de acuerdo con el formato de la <b>Base de Datos Acumulada a último día calendario</b> del mes ejecutado (Anexo No. 7). Con esta actividad se debe cumplir dentro de los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes calendario siguiente al de la ejecución.</p>                         |
| <p>Copia de los aportes a la Sala Situacional de Salud Mental de la ESE o Distrital cuando sean requeridos.</p>   | <p>Original o copia de Acta de reuniones programadas y realizadas tanto en el nivel local como distrital, donde los referentes de la Intervención Psicosocial hayan participado de acuerdo con los requerimientos de la SDS o de la ESE: Referentes de la Intervención Psicosocial, Ámbito Familiar - Salud a Su Casa, PDA Salud Mental y otros relacionados con la intervención, y listado de asistencia adjunto. Las actas deben estar avaladas con la firma del Responsable de la reunión.</p> |
| <p>Copia de los aportes a la Sala Situacional de Salud Mental de la ESE o Distrital cuando sean requeridos</p>  | <p>Copia de los aportes a la Sala Situacional de Salud Mental de la ESE o Distrital cuando sean requeridos</p>  |
| <p>TOTAL HORAS</p>  | <p>8 horas<br/>6 horas</p>  |

## COMPARATIVO DE LINEAMIENTOS

Al realizar la comparación de los dos lineamientos, hay un incremento de acciones para el lineamiento del 2010 y hay una disminución de horas para la realización de las visitas domiciliarias.

Con relación al marco normativo, parten del mismo plan de desarrollo “Bogotá Positiva 2008 – 2012”; en el lineamiento 2009, se fortalece más la EPCVS mientras que para el 2010 se fortaleció la estrategia SASC, con una notable identificación con los objetivos del milenio y el incremento de microterritorios.

El fin de esta intervención es apoyar psicológicamente a las familias en sus domicilios con el propósito de activar, movilizar y fortalecer recursos individuales, familiares y sociales, dicho objetivo da por sentado que se llega a las familias con eventos psicosociales consumados, dejando de lado acciones promocionales y preventivas a las que hace referencia el marco normativo de la intervención como una estrategia con enfoque de promoción y prevención.

Con relación a los objetivos específicos, al hablar de detectar e identificar, se hace referencia a promoción y prevención, al igual que a oportunidad y a respuesta inmediata.

En el 2010 se tuvo en cuenta el proceso de canalización a los sistemas de vigilancia epidemiológica, mientras que para el 2011 este objetivo es descartado y resaltan las acciones para la reducción del riesgo del suicidio consumado, dejando de lado la prevención del suicidio solo para atender casos de ideación e intento fallido.

En el lineamiento del año 2010, el tema de suicidio entra con más fuerza para la atención, dentro de la intervención psicosocial.

Como se mencionó anteriormente, el marco normativo se desprende del Plan de Salud del Distrito Capital 2008 – 2012, cuyo soporte es el Plan Nacional de Salud, así como en las Políticas internacionales y nacionales de salud, en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en la Agenda de Salud de las Américas, en las políticas sociales de Bogotá y se armoniza con el Plan de Desarrollo Económico, Social y de Obras Públicas 2008 -2012 “Bogotá positiva: para vivir mejor” (Bogotá, Secretaría Distrital de Salud, 2008).

El plan Bogotá Positiva, busca generar espacios de vida que aúne equidad y dignidad, con posibilidades reales para el disfrute de los derechos de sus habitantes, resaltando que las personas son principio y fin en sus políticas públicas, máxime en el área de la salud, que en el PSDC tiene como soporte la determinación social, relacionando a la salud con calidad de vida, y materializado en el escenario real de la interacción social y económica, partiendo de las singularidades de los mismos.

Los 6 objetivos del Plan Marco de la Secretaría Distrital de Salud, son:

1. Garantizar el ejercicio de la rectoría en salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con visión integral;
2. Afectar positivamente los determinantes sociales de la calidad de vida y salud de la población del Distrito Capital;
3. Desarrollar un modelo de salud integral e incluyente que reconozca la diversidad étnica y cultural, y que responda a las necesidades de la población del Distrito Capital;
4. Promover la construcción de ciudadanía para el ejercicio del derecho a la salud y la calidad de vida;
5. Fortalecer el desarrollo institucional y sectorial que favorezca la gestión social integral efectiva para la transformación de condiciones de calidad de vida de la población de Bogotá y lograr el acceso de la población a la atención integral en salud con calidad;
6. Contemplar los cinco ejes estructurantes definidos por el Plan Nacional de Salud: aseguramiento, prestación y desarrollo de servicios, salud pública e intervenciones colectivas, vigilancia y control de riesgos profesionales, emergencias y desastres y promoción social (Bogotá, Secretaría Distrital de Salud, 2008, p. 8).

En relación con la calidad de vida, directamente comprometida con el tema en cuestión, se define como bienestar, felicidad y satisfacción de las personas, así como con la capacidad de actuar y de funcionar, siendo subjetiva, ya que depende de las oportunidades sociales y estatales que se brindan para desarrollar el plan de vida.

La estrategia de promocional de calidad de vida y salud propone comprender e interpretar la complejidad de los determinantes que se expresan en problemas que afectan la calidad de vida y salud de las personas, las colectividades y sus entornos e impactan de manera desigual en la población. Propone que el análisis vaya más allá de la identificación de “problemas”, aislados o parcelados, logrando entender la complejidad de las condiciones y situaciones de un entorno. En este sentido, la Estrategia Promocional de Calidad de Vida asume que el proceso salud enfermedad se relaciona con procesos biológicos, sociales, históricos y culturales, para transformar los determinantes que afectan la calidad de vida y salud de las personas y sus colectividades y define formas de organizar la respuesta acorde con esta interpretación (Bogotá, Secretaría Distrital de Salud, 2008, p. 15).

En lo anotado, se reconoce que la salud tiene implicaciones tanto físicas como sociales y culturales, por eso la insistencia en señalar la importancia de comprender la calidad de vida de manera holística, es decir integrando tanto la salud física como la mental, de ahí la apuesta por cubrir todos los aspectos de los habitantes de la ciudad para brindar una atención integral.

El enfoque que la Secretaría de Salud da a la misma es la siguiente:

Aunque en esencia la estrategia de Atención Primaria sigue siendo la misma de la Declaración de Alma Ata, la renovación involucra el conjunto del sistema de salud, es decir, la totalidad de sus estructuras, procesos y relaciones, reconoce para su desarrollo el contexto en el cual se circunscribe, y define maneras de alcanzar los objetivos (Bogotá, Secretaría Distrital de Salud, 2008, p. 21).

Se considera que el enfoque renovado permite promocionar la equidad en salud y el desarrollo humano, importante para enfrentar los desafíos epidemiológicos, así como para la asunción de las capacidades sociales para reducir las inequidades y los determinantes sociales que de una u otra manera afectan la salud e instauran las desigualdades sociales.

En relación directa a la salud mental, el plan reconoce que dentro de las funciones de la Secretaría de Salud está la prestación de servicios de salud, especialmente a la población pobre que no están cubiertos por esta clase de afectaciones, puesto que está contemplada como una de las prioridades nacionales en salud.

Al igual que los proyectos de desarrollo de autonomía, está el Proyecto de desarrollo de autonomía de salud mental, buscando afectar positivamente los determinantes que afectan la salud mental en la ciudad, promoviendo el desarrollo de las potencialidades individuales y colectivas, buscando con ello el disfrute de los derechos individuales y sociales, siendo un compromiso tanto de los particulares como del Estado. Las líneas de la política en salud mental son:

1. Desarrollo de la autonomía como garantía del derecho a la salud mental.
2. Posicionar la salud mental en el Distrito Capital.
3. Respuesta integral a situaciones de emergencia y a grupos vulnerables.
4. Fortalecimiento de la respuesta social organizada a los impactos negativos en salud mental (Bogotá, Secretaría Distrital de Salud, 2008, p. 33-34).

Como uno de los efectos de los determinantes sociales en el perfil epidemiológico de la ciudad está la salud mental, señalando las cifras que anotan consumos de alcohol, abuso de drogas y dependencia de nicotina, así como abuso sexual y casos de maltrato y violencia. Se busca con las políticas trazadas reducir la incidencia de estos casos, especialmente con la atención en salud mental.

## **Percepciones de la intervención psicosocial por los profesionales**

Después de una exploración conceptual y en aras a una mayor comprensión acerca de los elementos que fundamentan la intervención psicosocial, se considera pertinente realizar un análisis comparativo y puntual de lo que se propone lograr la SDS con el abordaje implementado con esta Intervención, pero más importante aún es determinar si ese propósito es entendido y comprendido por quienes lideran y ejecutan dichos procesos.

En este sentido y analizando los resultados obtenidos en las respuestas generadas por profesionales de la intervención psicosocial en esas vigencias, se puede observar que la conceptualización e interiorización de la finalidad del objetivo de dicha intervención, ha sido interpretada por cada uno de ellos de una manera diferente y así mismo las acciones no se identifican, no hay claridad de los requerimientos y propósitos de los lineamientos a ejecutar analizando dentro del grupo de profesionales que se limitan a realizar los procesos de acuerdo a las indicaciones dadas por el referente distrital y de la ESE de la intervención, obviando la importancia del abordaje del hombre como sujeto multidimensional, enmarcado dentro de relaciones sociales, culturales, con un entorno familiar y comunitario preocupándose por ejercer una intervención individual y desintegrada cuyo objetivo es cumplir una meta asignada.

De igual forma, a la pregunta de qué manera la intervención psicosocial realiza acciones de promoción y prevención, se evidencia que para el grupo de profesionales, lo prioritario en la intervención es el acompañamiento a las familias y los procesos de canalización que por lineamientos se debe realizar, adicionalmente se identifica que no reconocen en qué momento se plasman las acciones de promoción y prevención, no refieren cuales acciones ejecutan ni como orientan a los sujetos y/o sus familias frente al proceso de educación, no se visibiliza en las respuestas de los profesionales cómo la intervención busca fortalecer recursos individuales, familiares y sociales que faciliten la restitución de la autonomía individual y colectiva, donde se fomenten la participación de la familia para mejorar su calidad de vida, identificando y reconociendo los factores protectores y así propiciar un cambio positivo que redunde en ella y su entorno.

Así mismo, los profesionales argumentan que la intervención psicosocial promueve el mejoramiento de la salud mental de las personas a través de un abordaje desde un enfoque sistémico, es decir, una intervención donde se involucre a toda la familia para poder identificar las problemáticas que se encuentran en las dinámicas familiares y así poder determinar las posibles causas de la disfuncionalidad familiar y que con el apoyo, colaboración y empoderamiento de cada uno de los miembros de la familia, se puedan generar herramientas que les permitan resolver los conflictos en pro de mejorar la calidad de vida individual, familiar y colectiva.

De igual forma, frente a que modificaciones le realizaría al proceso de intervención psicosocial, los profesionales refieren desde sus conocimientos y experiencia la necesidad de que se realicen procesos de capacitación interna, antes de iniciar el abordaje psicosocial a los sujetos y sus familias, donde se generen estrategias para de intervención en los diferente eventos en salud mental sin barreras de acceso para las personas que se canalizan a estos servicios; ven importante que se realice un tamizaje donde se mida el nivel de riesgo de las personas remitidas para poder determinar el número de visitas y horas que se necesitan para la atención del usuario y así poder determinar la priorización de los eventos y la efectividad de las canalizaciones que se realicen a los sistemas de salud, se observa que a nivel de las auditorías realizadas el proceso de retroalimentación y de aportes generados por los interventores, ha sido más de forma que de proceso, según lo manifestado por los profesionales, en donde argumentan que se limitan a contar soportes para verificar cumplimiento de metas, calidad de los soportes en lo referente a que no se tenga tachones, enmendaduras y/o espacios en blanco.

## Conclusiones

Para el distrito capital es prioridad el abordaje a los problemas de salud mental, y la intervención psicosocial es una acción de promoción y prevención muy importante para el fortalecimiento de la autonomía y toma de decisión al interior de las familias y desde los lineamientos se brindan parámetros claros para su accionar y el cumplimiento de los objetivos, dichos lineamientos son formulados por la Secretaría Distrital de Salud y para su socialización realiza capacitaciones a los referentes de la ESE y ellos a su vez socializan al resto del equipo, esto conlleva a perpetuar paradigmas de ejecución que distorsionan el quehacer del lineamiento por la subjetividad del profesional frente al lineamiento, perdiéndose la claridad del mismo en su esencia y fundamento, convirtiéndose en una intervención numérica para el grupo de profesionales con prioridad en el diligenciamiento de la información requerida por el formato; adicionalmente el mostrar unas estadísticas distritales solicitadas por los entes gubernamentales que no dejan ver la calidad de los procesos sino las estadísticas.

También es importante tener en cuenta que desde las acciones que se están llevando a cabo a través de la intervención, se requiere el manejo del enfoque de Acción Sin Daño y Construcción de Paz, el cual intenta que los trabajadores, agentes y diferentes instituciones que trabajan con comunidades vulnerables, tengan las herramientas que les permita reflexionar sobre sus acciones para minimizar los posibles impactos negativos y no profundicen o provoquen nuevas tensiones o conflictos en los contextos que trabajan, generando acciones con daño, propiciado

directamente por la institucionalidad y convirtiéndose en lo opuesto a la finalidad de la intervención.

El deber ser de un proceso de auditoría es conocer e informarse a través de los lineamientos, las acciones que se realizan desde cada una de los procesos a auditar para poder generar los papeles de trabajo requeridos para la ejecución de la auditoría, dichos instrumentos deben ser presentados y avalados por la SDS antes de la auditoría; sin embargo para la intervención psicosocial quien genera los papeles de trabajo para llevar a cabo este proceso es la SDS y la auditoría se limita a verificar que los productos requeridos en la lista de chequeo se cumplan, sin tener en cuenta calidad e impacto de la intervención al igual que el manejo de eficacia, efectividad y eficiencia del talento humano de la institución.

Partiendo de la situación de los altos índices de suicidio y violencias presentadas en la localidad, se observa como la intervención cubre tan solo un 1% de la totalidad de la población y en cuanto a los casos canalizados se cubre el 50% aproximadamente, dejando sin atender el otro 50% de la población, porque se atiende lo prioritario, por no contar con talento humano suficiente para abordar el 100% de las canalizaciones; siendo este un aspecto no tenido en cuenta en los informes de auditoría que ameritaba una recomendación tanto a la SDS como a la ESE, encontrando que desde la SDS incrementa de vigencia a vigencia el número de casos a atender sin verificar que el talento humano requerido fuera el contratado por la ESE.

Se observa que la auditoría debe proponer o sugerir la unificación de criterios con los profesionales, por las diversas interpretaciones que estos manejan frente a las directrices generadas por la SDS, siendo este un aspecto que pasa desapercibido por los auditores porque no está dentro de los criterios a auditar en la lista de chequeo, motivo por el cual se ha generado erróneas interpretaciones y procesos mal llevados.

De acuerdo a la evaluación realizada durante la investigación se encuentra que la firma auditora se limita a la verificación de la lista de chequeo dejando de lado otros procesos propios de la auditoría como son el acompañamiento, la retroalimentación y planes de mejora que fortalezcan el proceso, más que identificar la calidad que para ellos son el adecuado diligenciamiento del formato sin tener en cuenta la eficacia, efectividad e impacto del proceso

## Referencias

- Alcaldía Mayor de Bogotá. Secretaría Distrital de Salud (2012) *Auditoría en servicios de salud*. Recuperado el 19 de Septiembre 2012, del sitio Web de la Secretaria Distrital de Salud: <http://www.saludcapital.gov.co/Paginas/auditoriasalud.aspx>
- Alcaldía Mayor de Bogotá (2012). *Localidad de Ciudad Bolívar*. Recuperado el 15 de septiembre de 2012, del sitio Web de la Alcaldía Mayor de Bogotá: <http://www.ciudadbolivar.gov.co/disfrutando-mi-localidad/mi-ciudad-bolivar>
- Alcaldía Mayor de Bogotá. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. (2008). *2008 – 2012, Plan de Salud del Distrito Capital*. Bogotá, Colombia: Alcaldía Mayor.
- Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud (2004) *Salud a su Casa. Un modelo de Atención Primaria en Salud para garantizar el derecho a la salud en Bogotá*. Recuperado el 20 de septiembre de 2012, del sitio Web de la Secretaria Distrital de Salud: <http://www.saludcapital.gov.co/paginas/saludasuhogar.aspx>
- Altillo (2010). Atención primaria de la salud y salud mental: la articulación entre dos utopías. Recuperado el 18 de septiembre de 2012, de <http://www.altillo.com/examen/uba/psicologia/saludpub/saludpub2010atencionprimaria.asp>
- Ardón Centeno, N; Cubillos Novella, A. La salud mental: una mirada desde su evolución en la normatividad colombiana. 1960-2012. Artículo basado en el informe de la consultoría número 1321 de 2011, realizada en el marco del convenio entre la

Pontificia Universidad Javeriana y el Fondo Distrital de Salud para la actualización, la concertación y la validación interinstitucional e intersectorial de la Política Distrital de Salud Mental de la Secretaría Distrital de Salud, desarrollada del 22 de julio de 2011 al 22 de marzo de 2012 y financiada por la Pontificia Universidad Javeriana y el Fondo Distrital de Salud

De Negri F. (2004, agosto 28) *Conferencia: la participación desde el enfoque promocional de calidad de vida*. Bogotá: GSI

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2007). *Resultados preliminares de la implementación del registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad*. Bogotá, Colombia: DANE.

Mantilla, S. & Cante, S. (2007). *Auditoría del control interno*. Bogotá: Ediciones Ecoe.

Ministerio de La Protección Social – Fundación FES (2010). *Estudio Nacional de Salud Mental*. Recuperado el 26 de septiembre de 2012, de <http://saludpublicamentaltatianaalvarezmarin.bligoo.com>

OMS. DECLARACION DE ALMA-ATA. (1978, septiembre). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. *Alma-Ata, URSS*. 6-12.

OMS (2007). *Salud mental, un estado de bienestar*. Consultado el 20 de septiembre de 2012, del sitio Web de la OMS: <http://www.who.int/features/qa/62/es/index.html>

Mejía-Mejía, A; Sánchez-Gandur, A; & Tamayo-Ramírez, J. (2007, enero-marzo) Equidad en el Acceso a Servicios de Salud en Antioquia, Colombia. *Salud pública*, 9, 1. Recuperado el 19 de septiembre de 2012, de

[http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642007000100005&lng=en&nrm=](http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642007000100005&lng=en&nrm=)

Ministerio De La Protección Social (2006, abril 3). Resolución número 1043 de 2006: por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud. *Diario Oficial*, 46271

Ministerio De La Protección Social (2007, agosto 10). Decreto número 3039 de 2007: por el cual se adopta el plan nacional de salud pública. *Diario Oficial*, 46716

Ministerio De La Protección Social. (2008, febrero 11) Resolución 425 de 2008: por el cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del plan de salud territorial y las acciones que integran el plan de salud pública de las intervenciones colectivas a cargo de las entidades territoriales. *Diario Oficial*, 46902

Naranjo G, et ál. Sistematización de experiencias de atención psicosocial en Antioquia. Municipios afectados por el conflicto armado y población desplazada 1999 -2003. Bogotá: OPS, dirección Seccional de Salud de Antioquia; 2003.

Organización Mundial de la Salud (OMS). La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria. Ginebra: OMS; 1990. Consultado en <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243561367.pdf>

Organización Panamericana de la Salud (OPS), Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas; 2005.

Organización Internacional para las Migraciones (OIM), Pontificia Universidad Javeriana. Desplazamiento interno y atención psicosocial. El reto de reinventar la vida. Un estado del arte. Bogotá: OIM; 2002.

Posada, J. (2008). Un modelo para el componente de salud mental en la estrategia de atención primaria en salud para el sistema general de seguridad social en salud. Bogotá: Ministerio de la Protección Social.

Rey, F. (2009). *Modelo de gestión operativa para el componente de salud mental en atención primaria en salud*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social.

Secretaría Distrital de Salud Bogotá. Por el derecho al desarrollo de la autonomía: Política Distrital de Salud Mental. Colombia; 2005.

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Referentes gestión local de salud mental. Matriz descriptiva integrada sobre intervenciones de salud mental en las Empresas Sociales del Estado del Distrito Capital (documento de trabajo). Colombia; 2009

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Dirección de Salud Pública y Equipo Técnico Poblacional. Lineamientos del enfoque poblacional. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá; 2011.

Urrego Z. Propuestas de ajuste de plan de acción de salud mental, del plan de acciones colectivas y para el mejoramiento de la respuesta asistencial en salud mental del Distrito Capital. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud; 2010.

Williams, G. (sf). *Calidad de los servicios de salud*. Recuperado el 14 de septiembre de 2012, de [http://med.unne.edu.ar/catedras/aps/clases/28\\_calidad.pdf](http://med.unne.edu.ar/catedras/aps/clases/28_calidad.pdf)

## Anexo A

### Cronograma de Actividades 2012 - 2013

Evaluar la auditoria realizada a la intervención psicosocial vigencia 2010 a 2011

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA  
 ESPECIALIZACIÓN EN CONTROL INTERNO Y AUDITORIA EN ORGANIZACIONES DE SALUD  
 REVISAR AUDITORIA DE SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD A LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL 2010 A 2011  
 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2012 - 2013

| Actividades  | Octubre |   |   |   | Noviembre |    |    |    | Diciembre |    |    |    | Enero |    |    |    | Febrero |   |   |   | Marzo |   |   |   | Abril |   |   |   | Mayo |   |   |   | Responsables   |
|--|---------|---|---|---|-----------|----|----|----|-----------|----|----|----|-------|----|----|----|---------|---|---|---|-------|---|---|---|-------|---|---|---|------|---|---|---|--|
|  | 1       | 2 | 3 | 4 | 1         | 2  | 3  | 4  | 1         | 2  | 3  | 4  | 1     | 2  | 3  | 4  | 1       | 2 | 3 | 4 | 1     | 2 | 3 | 4 | 1     | 2 | 3 | 4 | 1    | 2 | 3 | 4 |  |
| 1 Entrega del anteproyecto                                 | E       |   |   |   |           |    |    |    |           |    |    |    |       |    |    |    |         |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   | Verikza Marina Romero González<br>Doris Angela Romero Velásquez<br>Ligia Cepeda Bojacá |
| 2 Estudio por parte del comité evaluador de la universidad |         | E | E |   |           |    |    |    |           |    |    |    |       |    |    |    |         |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |  |
| 3 Aprobación del anteproyecto                              |         |   | E |   |           |    |    |    |           |    |    |    |       |    |    |    |         |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |  |
| 4 Recopilación de la información                           |         |   | E | E | E         | E  | E  |    |           |    |    |    |       |    |    |    |         |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |  |
| 4.1 Revisión documental en SDS                             |         |   |   |   | E         | E  | E  |    |           |    |    |    |       |    |    |    |         |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |  |
| 4.2 Revisión documental en HVH                             |         |   |   |   | E         | E  | E  |    |           |    |    |    |       |    |    |    |         |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |  |
| 4.3 Revisión documental para marco conceptual              |         |   |   |   | E         | E  | E  |    |           |    |    |    |       |    |    |    |         |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |  |
| 5 Diseño de instrumentos                                   |         |   |   |   |           |    |    | E  |           |    |    |    |       |    |    |    |         |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |  |
| Sin asesor de proyecto                                     |         |   |   |   | NE        | NE | NE | NE | NE        | NE | NE | NE | NE    | NE | NE | NE |         |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |  |
| 6 Nuevo envío del anteproyecto asesor nuevo                |         |   |   |   |           |    |    |    |           |    |    |    |       |    |    |    |         |   | E |   |       |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |  |
| 7 Corrección a anteproyecto                                |         |   |   |   |           |    |    |    |           |    |    |    |       |    |    |    |         |   |   | E |       |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |  |
| 8 Ajuste a anteproyecto                                    |         |   |   |   |           |    |    |    |           |    |    |    |       |    |    |    |         |   |   |   |       |   | E | E |       |   |   |   |      |   |   |   |  |
| 9 Elaboración y aplicación de entrevistas                  |         |   |   |   |           |    |    |    |           |    |    |    |       |    |    |    |         |   |   |   |       |   |   | E |       |   |   |   |      |   |   |   |  |
| 10 Comparación y análisis de la información                |         |   |   |   |           |    |    |    |           |    |    |    |       |    |    |    |         |   |   |   |       |   |   |   | P     |   |   |   |      |   |   |   |  |
| 11 Revisión asesor   |         |   |   |   |           |    |    |    |           |    |    |    |       |    |    |    |         |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |  |
| 12 Conclusiones  |         |   |   |   |           |    |    |    |           |    |    |    |       |    |    |    |         |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |  |
| 13 Entrega del proyecto                                    |         |   |   |   |           |    |    |    |           |    |    |    |       |    |    |    |         |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |  |
| 14 Observaciones del jurado                                |         |   |   |   |           |    |    |    |           |    |    |    |       |    |    |    |         |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |  |
| 15 Entrega final del proyecto                              |         |   |   |   |           |    |    |    |           |    |    |    |       |    |    |    |         |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |  |
| 16 Sustentación  |         |   |   |   |           |    |    |    |           |    |    |    |       |    |    |    |         |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |  |

 **P: Programado**

 **E: Ejecutado**

 **NE: No Ejecutado**



**Anexo C**

**Resultados de entrevistas**

| <b>PREGUNTAS</b>  | <b>Profesional 1</b>   | <b>Profesional 2</b>   | <b>Profesional 3</b>   | <b>Profesional 4</b>  | <b>Observaciones</b>  |
|---|--|--|--|---|---|
| <p>Cuál es el objetivo de la intervención psicosocial</p> | <p>Brindar apoyo psicológico a los usuarios y su familia, donde se busca generar en ellos herramientas que les permitan el fortalecimiento de habilidades para el manejo y resolución de problemas, buscando una buena calidad de vida, este proceso se lleva a cabo por medio de tres visitas domiciliarias, en la primera visita se realiza el reconocimiento de la dinámica familiar, las situaciones problemas que se están presentando para que se esté</p> | <p>Brindar apoyo a nivel psicológico a las familias en su vivienda los cuales presentan algún evento a nivel psicosocial para buscar alternativas de solución a las problemáticas.</p> | <p>Realizar sustitución de derechos de la población vulnerable y de alto riesgo en situaciones relacionadas con su salud mental.</p> | <p>La intervención psicosocial tiene como objetivo realizar acciones de promoción y prevención en eventos prioritarios en Salud Mental con el fin de que las familias y los individuos logren su autonomía, mejoren sus condiciones de vida consigo mismos y su entorno, dando una respuesta oportuna dentro del domicilio.</p> | <p>Brindar apoyo psicológico a la familia en su domicilio con el fin de activar, movilizar y fortalecer recursos individuales, familiares y sociales, que le permitan restituir su autonomía y la del individuo que presenta un evento que influye en la salud mental y calidad de vida de la familia.<br/>Al observar los objetivos tanto de la intervención como los dados por los profesionales, se encuentra que en las respuestas de ellos hay claridad con respecto a los requerimientos y acciones que se realizan para la</p> |

|   |  |   |   |  |   |
|---|--|---|---|--|---|
|   | <p>pasando por las diferentes situaciones, reconocimiento a nivel de factores económicos, físicos, constitución de la familia, vínculos afectivos entre otros.</p>   |   |   |  | <p>intervención.</p>  |
| <p>De qué manera la Intervención Psicosocial realiza acciones de promoción y prevención</p> | <p>La intervención en un primer momento más que hacer promoción y prevención va a brindar un proceso de atención psicosocial debido a que se ha presentado una situación problema, en este primer momento se indaga sobre las posibles causas de esa situación con el fin de que los usuarios tengan la posibilidad de</p> | <p>La intervención está inmersa dentro de las acciones de tipo promocional y preventivo dados dentro de los lineamientos de salud</p> | <p>Las acciones realizadas por la intervención en la promoción están dadas por el acompañamiento en todo lo que tiene que ver en generar canalizaciones de servicios de salud para prevenir la enfermedad y de igual manera explicar acciones para su cuidado; y la prevención se da acompañamiento en procesos puntuales para el núcleo familiar y el usuario intervenido con el</p> | <p>Se realiza acciones de promoción y prevención con la Intervención Psicosocial con la disminución de Conductas Suicidas especialmente con ideaciones y amenazas, consumo de SPA, TAC donde se busca disminuir las conductas de riesgo por parte de los usuarios y su sistema familiar con la identificación,</p> | <p>Detectar e identificar factores psicosociales que influyen negativamente en el estado de salud mental y calidad de vida de la familia.</p> <p>Garantizar la intervención psicosocial oportuna al individuo y a la familia con el fin de fortalecer los recursos individuales, familiares y sociales, que faciliten la restitución de la autonomía individual y colectiva</p> |

|  |  |  |  |   |  |
|--|--|--|--|---|--|
|  | <p>reconocer en quien o quienes recae la falta, para que luego en unión con la familia y con la supervisión y acompañamiento del profesional de psicología se generen actividades de promoción y prevención , pero es de aclarar que la intervención desde el inicio no está encaminada a la promoción y prevención, si no a la atención de un evento que está generando malestar en la familia.</p> |  | <p>fin de que sean aplicados en sus diferentes ámbitos de calidad de vida.</p> | <p>notificación, y abordaje psicosocial logrando enfocar los ámbitos de vida cotidiana del usuario y redes de apoyo así como la orientación frente a derechos y deberes, restitución de autonomía , rutas de acceso especialmente visto con la población desplazada y Étnica , por otro lado están las acciones encaminadas a prevenir el abuso sexual , violencias donde se tiene como objetivo empoderar y sensibilizar para la erradicación de este tipo de conductas.</p> | <p>Fortalecer la atención primaria en salud mental basada en la evidencia a través de acciones de promoción y prevención que fomenten la participación de la familia para mejorar su calidad de vida, identificar, reconocer y fortalecer los factores protectores y propiciar un cambio positivo en ella y su entorno.</p> <p>Posibilitar el auto-reconocimiento de cada integrante del núcleo familiar como sujeto necesario capaz de generar acciones que conlleven al bienestar físico, mental y social de la familia y adaptación adecuada a su medio familiar.</p> <p>Reducir el riesgo de</p> |
|--|--|--|--|---|--|

|  |  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|--|---|
|  |  |  |  |  | <p>un suicidio consumado en aquellas personas que presentan alguna manifestación no fatal de conducta suicida mediante la puesta en marcha y los restablecimientos de sus redes sociales y recursos</p> <p>Dentro de las observaciones que más se repiten en las respuestas son los acompañamientos a las familias, y los procesos de canalizaciones, pero no se tiene la claridad por parte de los profesionales sobre las acciones de P y P que se llevan a cabo en la intervención.</p> <p>Con una clara educación de conductas preventivas con el propósito de la no repetición, el</p> |
|--|--|--|--|--|---|

|   |  |   |   |  |   |
|---|--|---|---|--|---|
|   |  |   |   |  | <p>fortalecimiento de la autonomía en la búsqueda de herramientas y potencialidades. Pero no se evidencia claramente el trabajo que fortalezca el auto-reconocimiento que conlleve a bienestar biopsicosocial.</p>  |
| <p>Como el proceso realizado en la Intervención Psicosocial aporta al mejoramiento de la salud mental de la población</p> | <p>Para poder hablar de un mejoramiento de la salud mental en los usuarios es necesario que el proceso que se realice tenga: Un verdadero compromiso del usuario y su familia en el deseo de cumplir con las exigencias requeridas para lograr la solución de los problemas. Es necesario que a nivel del estado se generen alternativas</p> | <p>La intervención que se realiza influye en el estilo y calidad de vida de las familias intervenidas según problemáticas trabajadas.</p> | <p>Para el mejoramiento de las condiciones críticas en la población dadas por su salud mental están encaminadas no solo en el trabajo puntual y de poca ayuda en el proceso de rehabilitación de la enfermedad mental desde la intervención a la cual se debería realizar un ajuste en su proceso de acompañamiento para promover su estabilidad emocional y mental</p> | <p>La intervención psicosocial busca mejorar la salud mental de la población brindando una respuesta oportuna donde los profesionales están en la capacidad de abordar cualquier tipo de evento de salud mental siendo el primer contacto de la familia sin encontrar barrera de acceso alguna para recibir una atención</p> | <p>El proceso y las acciones diseñadas para restituir los derechos vulnerados en la familia, como sujeto colectivo y en los individuos como integrantes de la misma, se fundamentan en la prevención primaria abordando la(s) problemática(a) y las consecuencias fortaleciendo la base de la evidencia, la planeación y el diálogo de saberes, interviniendo con el enfoque ecosistémico y de política pública</p> |

|  |  |  |  |   |  |
|--|--|--|--|---|--|
|  | <p>vivenciales de calidad de vida para las personas que requieren, como espacios donde ellos puedan fortalecer sus habilidades y que tengan profesionales que los escuchen y orienten cuando lo necesiten y no cuando ya haya una situación problemática. A nivel de salud se evidencia negligencia en la atención de las personas que por diferentes situaciones requieren procesos terapéuticos.</p> |  | <p>de las familias y usuario en lo que se contempla al número de visitas o desde donde se parte.</p> | <p>profesional y de calidad en un momento de crisis donde las familias necesitan de una orientación frente a situaciones que han salido de control y muchas veces no se cuenta con este apoyo de igual forma este tipo de intervención descongestiona los servicios de salud.</p> | <p>para favorecer la potencialidad de las personas como individuos autónomos y sujetos con derechos humanos, sociales y ambientales efectivos.</p> <p>Los profesionales en concordancia a lo que refiere la intervención se debe realizar desde un enfoque sistémico, es decir, involucrar a todo el núcleo familiar para abordar los problemas y así mejorar la calidad de vida; se evidencia que se desconocen acciones puntuales como es la de fundamentarse desde la atención primaria, la planeación y el diálogo de saberes para fortalecer las potencialidades, autonomía y hacerlos sujetos de derechos.</p> |
|--|--|--|--|---|--|

|  |   |  |  |  |   |
|--|---|--|--|--|---|
|  |   |  |  |  | En este aparte se puede evidenciar que tanto la intervención como los profesionales le apuntan al mejoramiento de la calidad de vida de las personas y sus familias.  |
| Si usted pudiera cambiar o quietar acciones del proceso desarrollado por la intervención psicosocial, que propondría | Que se implementen programas de apoyo terapéutico donde se puedan remitir los usuarios que son abordados por los profesionales que realizan intervención psicosocial desde cada una de sus profesionales. | Desde la perspectiva laboral se evidencia que ha habido cambios a nivel de horas para la realización de la misma que han influido en la consecución de los objetivos propuestos a nivel de mejoramiento de la intervención | Generar un proceso de valoración puntual en el que me un indicador de los niveles de riesgo de la familia y su diferentes espacios, teniendo en cuenta si la visita es en la casa o se puede en otros espacios y de que depende el numero. | Pienso que la intervención psicosocial debe fortalecerse cada vez mas; donde los profesionales de psicología estén capacitados en las intervenciones crisis y en el abordaje de los diferentes eventos que se le presenten especialmente a los seguimientos de conducta suicida , de igual forma la respuesta frente a canalizaciones al | <p>Frente al conocimiento y experiencia de los profesionales en la ejecución de la intervención.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementar programas de apoyo terapéutico de fácil acceso a la persona canalizada.</li> <li>• Realizar un tamizaje que mida nivel de riesgo de la persona para determinar número de visitas y horas</li> </ul> |

|  |  |   |  |   |  |
|--|--|---|--|---|--|
|  |  |   |  | <p>POS o EPS sea atendida de manera inmediata, por otro lado es importante que este tipo de intervención debe ampliarse en los centros de Urgencias y Emergencias, así como en las EPS observando que cada día son más complejas las problemáticas de la población.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitación a los profesionales sobre el abordaje a los diferentes eventos en salud mental que se presentan.</li> <li>• Atención de carácter prioritario a canalizaciones realizadas desde la intervención psicosocial en los diferentes centros de salud y sin tramitologías</li> </ul> |
| <p>Usted que conoce la intervención psicosocial desde años anteriores, en que ha cambiado?</p> | <p>En el número de visitas que se realizaban, antes eran 4 y ahora son tres.</p> | <p>A nivel de número de visitas, intensidad horaria de la visita, periodicidad entre visita y visita.</p> | <p>Pues no se han generado muchos cambios y en lo que ha cambiado es en el número de visitas y la codificación de CIE-10 y las herramientas de aplicación.</p> | <p>La intervención Psicosocial no ha tenido muchos cambios en el transcurso del tiempo, el cambio mas significativo fue el manejo que se empezó a desarrollar con el eventos de</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de visitas</li> <li>• Número de horas por sesión</li> <li>• Periodicidad de visitas</li> <li>• Implementación del CIE 10</li> <li>• Implementación de SQR y</li> </ul>   |

|  |   |   |  |   |   |
|--|---|---|--|---|---|
|  |   |   |  | conducta suicida pasando a ser prioritarios desde de el Sistema de Vigilancia Epidemiológica.   | RQS   |
| Cuáles han sido los aportes brindados por la interventoria | No he visto que los procesos de auditoria fortalezcan la intervención. Se han caracterizado por ser policivos, pero no han sido auditores que realicen un verdadero acompañamiento. | Mejorar el diligenciamiento de los formatos y aclaración de dudas a nivel de base de datos. | Solo lo relacionado con el mejoramiento de plan de intervención familiar y el uso de lenguaje técnico. | El mayor aporte es la manera como el profesional debe mejorar la redacción de los formatos donde se busca un lenguaje técnico y con un enfoque sistémico de igual forma la experiencia en estos procesos. | Los aportes realizados por la auditoria han sido más de forma que de proceso. |

## Anexo D

### Actas de auditoría

La auditoría realizada por la Secretaría de Salud en el año 2010, solo se encuentra como evidencia una lista de chequeo la cual ya esta anexada en el capítulo1, no hay acta de auditoría de ese año.



UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA  
FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA  
"HECTOR ABAD GÓMEZ"

ACTA GENERAL DE INTERVENTORIA  
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS  
CONVENIO No. 1244 - 2011

|                                      |                                       |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| HOSPITAL: VISTA HERMOSA              | LOCALIDAD: CIUDAD BOLIVAR             |
| FECHA DE VISITA: 26 DE ENERO DE 2012 | PERIODO VERIFICADO: Diciembre DE 2011 |

#### PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

##### ÁMBITO FAMILIAR PROYECTO INVERSION 623-1

##### Avances:

La ESE reporta, ejecuta y factura el mantenimiento de 35 micro territorios en el mes; en cuanto a la actualización del plan familiar, la ESE no reporta ni factura actividades. En cuanto a los seguimientos efectivos, la ESE reporta y factura 7.301 actividades para diciembre. Se revisa el talento humano y la operación del programa durante dichos meses, encontrando que la ESE contó con el recurso establecido por el acta de negociación y los insumos necesarios. Se verifica una muestra de 350 fichas, encontrando evidencia de la realización de las actividades de mantenimiento de las familias en los micro territorios, consistentes en los seguimientos correspondientes a lo programado en los planes. Se verifica el diligenciamiento de las bases de datos y los controles pertinentes al seguimiento de las familias. Se verifica la celebración de contratos de todo el personal hasta el 31 de enero de 2012.

##### Logros:

Se efectúa el mantenimiento de los territorios a través de la realización de las actividades establecidas en el lineamiento SDS y el acta de negociación con la ESE. Contaron con el recurso humano pactado en las actas de negociación.

##### Dificultades:

Ninguna

##### Recomendaciones:

Ninguna

##### Glosas:

No se formulan glosas

#### 2.4.2. RESPUESTA INTEGRADORA: ANÁLISIS RIESGOS EN SALUD, PREVENCIÓN Y CANALIZACIÓN A SERVICIOS.



UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA  
FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA  
"HECTOR ABAD GÓMEZ"

ACTA GENERAL DE INTERVENTORIA  
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS  
CONVENIO No. 1244 - 2011

|                                      |                                       |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| HOSPITAL: VISTA HERMOSA              | LOCALIDAD: CIUDAD BOLIVAR             |
| FECHA DE VISITA: 26 DE ENERO DE 2012 | PERIODO VERIFICADO: Diciembre DE 2011 |

**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS**

**ÁMBITO FAMILIAR PROYECTO INVERSION 623-1**

**Glosas:**

No se genera glosas para el periodo de diciembre 2011.

**2.4.4.4. INTERVENCIÓN: ASESORIAS FAMILIARES A FAMILIAS CON ALGÚN MIEMBRO CON RIESGO SALUD MENTAL**

**2.4.4.4.1. Desarrollar intervención Psicosocial a Familias con eventos en salud mental (Familia en riesgo en salud mental con plan familiar con visita realizada por gestor en salud y tres sesiones por psicólogo)**

**Avances:**

La ESE no reporta ni factura visitas de gestor en el mes; reporta y factura 87 primeras (90 programadas), 76 segundas (85 programadas) y 35 terceras visitas (70 programadas). Se verifican soportes de las visitas, encontrando que se realizaron de acuerdo con el lineamiento SDS; presentan soportes de los seguimientos diligenciados adecuadamente, así como de las bases de datos remitidas a SDS y los oficios pertinentes.

**Logros:**

Se realizaron todas las actividades programadas, restableciendo los derechos de las familias en riesgo de salud mental.

**Dificultades:**

Ninguna

**Recomendaciones:**

Ninguna

**Glosas:**

No se formularon

**2.4.4.5. INTERVENCIÓN: ASESORIAS FAMILIARES A FAMILIAS CON GESTANTE DE ALTO RIESGO-FAMILIAS ADSCRITAS.**

Universidad de Antioquia - Facultad Nacional de Salud Pública  
Calle 26A N° 13 - 97 Oficina 2201. Edificio Bulevar Tequendama  
Fax: 3542012. Tel : 3543043. Mail : [udeafnsppic2011@gmail.com](mailto:udeafnsppic2011@gmail.com)  
Bogota Colombia.