

**CALIDAD EN LA CONSULTA EXTERNA DE MORBILIDAD EN EL HOSPITAL
CAÑAVERALEJO DE SANTIAGO DE CALI, VALLE DEL CAUCA.**

MARTHA HIJUELOS REYES

TALAT KANAN

HEBER RESTREPO VERGARA

YAFFA RUIZ PALACIOS

**UNIVERSIDAD CATOLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA A DISTANCIA
ESPECIALIZACION EN ADMINISTRACION DE LA SALUD
CALI – VALLE
2012**

**CALIDAD EN LA CONSULTA EXTERNA DE MORBILIDAD EN EL HOSPITAL
CAÑAVERALEJO DE SANTIAGO DE CALI, VALLE DEL CAUCA.**

MARTHA HIJUELOS REYES

TALAT KANAN

HEBER RESTREPO VERGARA

YAFFA RUIZ PALACIOS

**Trabajo de grado para optar al título
de Especialista en Administración de la Salud**

Asesor

RICHARD NELSON ROMÁN MARÍN

**Ingeniero de Sistemas, Candidato a Magister en Salud Pública,
Especialista en Administración de Salud, Especialista en Desarrollo
Gerencial.**

**UNIVERSIDAD CATOLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA A DISTANCIA
ESPECIALIZACION EN ADMINISTRACION DE LA SALUD
CALI – VALLE
2012**

CONTENIDO

	Pág.
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
2. ANTECEDENTES	11
3. HIPÓTESIS	15
4. JUSTIFICACIÓN	16
5. OBJETIVOS	18
5.1. OBJETIVO GENERAL	18
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
6. MARCO TEÓRICO	19
6.1 SITUACIÓN CONTEXTUAL	19
6.1.1 Contexto departamental	19
6.1.2 Contexto Municipal	20
6.1.2.1 Ubicación de la Comuna 3 en la Ciudad	20
6.1.2.2 Barrió san Cayetano	21
6.2 REFERENTE TEÓRICO	22
6.2.1. El concepto de calidad, aplicado a los servicios de salud	22
7. DISEÑO METODOLÓGICO	27
7.1 UNIVERSO DEL ESTUDIO	27
7.2 MUESTRA	27

7.3 DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO	27
7.3.1 Tipo de investigación	27
7.3.2 Tipo de Estudio	27
7.3.3. Técnicas e Instrumentos	27
7.4 VARIABLES	28
7.4.1 Usuarios	28
7.4.2. Tratante	30
7.4.3 Variables	33
8. ASPECTOS ÉTICOS	34
9. CRONOGRAMA	35
10. RESULTADOS Y ANÁLISIS	36
10.1 ENCUESTA DE PERCEPCION DE CALIDAD EN CONSULTA (USUARIO)	37
10.2 ENCUESTA DE PERCEPCION DE CALIDAD EN CONSULTA (TRATANTE)	46
11. CONCLUSIONES	56
12. RECOMENDACIONES	57
GLOSARIO	58
BIBLIOGRAFIA	59
ANEXOS	61

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
Grafico 1. Datos Generales, determinación por género	38
Grafico 2. Edad por rangos	38
Grafico 3. Tipo de seguridad social	39
Grafico 4. Tiempo de espera al llamado del medico	40
Gráfico 5. El médico tratante se presento	43
Gráfico 6. El médico tratante confirmó su nombre como usuario	44
Gráfico 7. Considera que solucionaron su caso	44
Gráfico 8. Volvería a consultar con el mismo médico	45
Grafico 9. Ítem I - Datos profesional tratante	47
Gráfico 10. Tipo de contratación	47
Grafico 11. Tiempo invertido por el tratante en la consulta	50
Gráfico 12. Pertinencia en Consulta	51
Gráfico 13. Formulación de Medicamentos	51
Grafico 14. Duración de la presentación del tratante	53
Grafico 15. Duración de escucha del tratante	54
Gráfico 16. Duración de la validación del usuario atender	54
Grafico 17. Duración de información clara al usuario	55

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Comuna 3 de Cali	21

LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Datos generales de Usuarios - Ficha técnica	28
Cuadro 2. Información preliminar a la consulta de usuarios - Ficha técnica	28
Cuadro 3. Información posterior a la consulta de usuarios - Ficha técnica	29
Cuadro 4. Datos generales del tratante - Ficha técnica	30
Cuadro 5. Información sobre la consulta del tratante - Ficha técnica	31
Cuadro 6. Formato medición de tiempos. Ficha técnica	33
Cuadro 7. Cronograma	35
Cuadro 8. Tamaño de la muestra	36
Cuadro 9. Ítem I - Datos generales	37
Cuadro 10. Ítem II - Información preliminar a la consulta (usuario)	39
Cuadro 11. Ítem III - Información posterior a la consulta	41
Cuadro 12. Ítem I - Datos profesional tratante	46
Cuadro 13. Ítem III - Información sobre la consulta	48
Cuadro 14. Formato medición tiempos (calidad en consulta)	52

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Consentimiento informado Calidad de la consulta médica	61
Anexo B. Encuesta de percepción de calidad en consulta (tratante)	63
Anexo C. Formato medición tiempos (calidad en consulta)	65
Anexo D. Encuesta de percepción de calidad en consulta (usuario)	66

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Hospital Cañaveralejo, IPS principal y de primer nivel, de la Red Salud Ladera, a lo largo de sus 30 años de existencia ha experimentado un dinámico y complejo proceso de transformación, especialmente en los servicios de Urgencias, Cirugía, Hospitalización, Partos y Consulta Externa. Estos se fortalecen con los servicios siempre disponibles de Medicina Interna, Pediatría, Oftalmología, Ginecología, Endocrinología, Laboratorio Clínico, Odontología y Psicología ofreciendo a los usuarios alternativas en salud, para prevenir enfermedades en el niño, el adulto y la mujer.

Para la prestación del servicio cuenta con ocho (8) médicos generales, seis (6) de ellos en jornadas de 8 horas y 2 en jornadas de 4 horas; y diez (10) médicos especialistas: un Médico Internista, un Pediatra, seis Ginecólogos, un Dermatólogo y un Nutricionista, todos ellos para un cubrimiento del servicio las 24 horas del día, así como con el personal de enfermería y de apoyo administrativo.

En la consulta externa de morbilidad un profesional de la salud presta sus servicios, en una jornada de 8 horas a 35 pacientes, es decir 15 minutos por usuario. Esta norma ha sido establecida sin un estudio previo, sin tener en cuenta la opinión de dichos profesionales, que adolecen del tiempo necesario para cumplir con los pasos estipulados en las Guías de Atención, que la misma entidad de salud maneja, según lo dispuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Como lograr una consulta externa de morbilidad con calidad si el médico trabaja en función del tiempo y no del paciente, el interrogatorio se efectúa a medias, el examen físico al paciente se enfoca solo a la dolencia actual y principal, la información al paciente es limitada, falta tiempo para entrar en detalles y la relación médico-paciente está ausente, es imposible alcanzar el grado de confianza e intimidad para que el paciente exprese sus preocupaciones y sus necesidades, se dista mucho de lograr una atención integral. Esto imposibilita establecer un diagnóstico acertado al carecer de un apropiado interrogatorio y un correcto examen físico. Al final se requerirán más consultas y más exámenes complementarios que contribuyen a aumentar la demanda de los ya congestionados servicios de salud, con un impacto negativo en la salud de los usuarios o pacientes. Situación que resulta más costosa para el paciente, la institución e incluso para el Sistema de Salud con un desmejoramiento de la calidad, conllevando al aumento del margen de error, el descontento e insatisfacción del usuario y del personal de salud, lo cual puede conducir a enfrentamientos entre ambos.

El panorama actual es poco alentador, se pierde el respeto a la persona y la autonomía del paciente, a quien se le debe brindar una consulta adecuada y eficiente. La consulta se hace generalizada, pese a saber que debe programarse de acuerdo a la necesidad individual del paciente, no es lo mismo una consulta de control a un paciente sano que una consulta a un niño o a una persona de tercera edad con varias enfermedades crónicas, no siempre se logra el máximo beneficio para el paciente.

Todo lo expuesto conlleva a preguntarse: ¿El tiempo establecido para la realización de una consulta externa de morbilidad será suficiente para prestar un servicio con calidad, y cuál es la percepción tanto del Tratante como del Paciente?

2. ANTECEDENTES

En los últimos años ha habido un creciente interés en cuanto a los aspectos relacionados con la calidad, tanto en la industria como en la salud.

La OMS ha manifestado mucho interés por potenciar y desarrollar la calidad en salud y ya en los años ochenta las organizaciones de la salud comenzaron a utilizar las filosofías industriales del proceso de mejoramiento continuo (PMC) y la administración total de la calidad (TQM), asimismo la acreditación en hospitales amplió su enfoque hasta promover el mejoramiento de la calidad.

En 1973 Australia inició un programa similar que se mantiene en vigencia. En Gran Bretaña, los Países Bajos y España tienen programas de evaluación.. En Japón se ha desarrollado un programa denominado “Círculos de Calidad” tendientes a evaluar problemas relacionados con la calidad de la atención médica. Su contenido está relacionado con el marco cultural de la sociedad japonesa y demuestra la posibilidad de enfoques alternativos.

En España el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (SNS) está dirigido a la ciudadanía e impulsa una atención sanitaria de excelencia centrada en los pacientes y sus necesidades. Apoya al personal sanitario en el fomento de la excelencia clínica y en la adopción de buenas prácticas basadas en el mejor conocimiento científico disponible.

Estados Unidos, México y los países latinoamericanos tienen experiencias en programas dedicados a la calidad de la atención médica y a la aplicación de programas de círculos de calidad.

“En Colombia la Ley 100, de Diciembre 1993, en sus artículos 186 y 227 establece la creación del Sistema de Garantía de Calidad y de Acreditación en Salud, con el fin de mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud, en los aspectos de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad”¹.

¹ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 100. (23 diciembre, 1993). Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. [en línea] Diario oficial. Bogotá D.C.: 1993. No. 41148. [Consultado el 12 de abril de 2012] Disponible en internet: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1993/ley_0100_1993.html

Mediante el Decreto 1011, de Marzo de 2006, el Gobierno Nacional estableció el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de la Seguridad Social en Salud, conformado por cuatro componentes: Sistema único de habilitación, Auditoría para el mejoramiento, Sistema único de acreditación y Sistema de información. Con este decreto se derogaron las anteriores disposiciones en cuanto a calidad de la atención en salud y se estableció el carácter obligatorio para los prestadores de servicios de salud.

Mediante la Resolución 1043, de abril de 2006, del Ministerio de Protección Social, establece 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, PAMED. También expide la Resolución 1445, en Mayo de 2006, por el cual se define los estándares del Sistema Único de Acreditación. Así mismo definió el Sistema de Información para la Calidad y los indicadores de monitoreo del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, mediante la Resolución 1446, de Mayo de 2006.²

El Ministerio de la Protección Social, mediante la Resolución 0003557 del 19 de noviembre de 2003, designó a ICONTEC como Entidad Acreditadora para el Sistema Único de Acreditación (SUA). Los estándares en los que se fundamenta el Sistema Único de acreditación inicialmente se reglamentó con la resolución 1445 de 2006, primera versión, posteriormente con la resolución 3960 de 2008 se promulgo la segunda versión de los estándares y finalmente con la resolución 123 de 2012 se promulgo la tercera y última versión de estándares.³

Sin embargo, a pesar de los múltiples estudios sobre calidad en la atención en salud, de la legislación vigente y la abundante normatividad en relación con este tema, es poca la referencia encontrada en cuanto a la relación entre el tiempo y la calidad de la consulta médica, así como la definición del tiempo requerido para desarrollar una consulta de calidad.

² COLOMBIA. EL PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA. Decreto 1011 DE 2006 (Abril 3). por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud [en línea]. Bogotá D.C.: Alcaldía de Bogotá, 2006. [Consultado el 12 de abril de 2012] Disponible en internet:

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=19975>

³ RODRIGUEZ, Isabel Cristina. Progreso Normativo del Sistema Único de de Acreditación en Colombia [en línea]. Bogotá D.C.: Proyecto EvoluZion, 2012. [Consultado el 12 de abril de 2012] Disponible en internet: <http://www.proyectoevoluzion.com/?p=361%20%E2%80%93%20Colombia>

En el estudio **Relación entre la eficiencia y calidad de la consulta. Estudio de validez** JO GOEDHUYS, JAN-JOOST RETHANS, *Departamento de Medicina General, Universidad Católica de Leuven, Bélgica Family Practica* 2001; 18: 592-596) se encontró relación directa entre el tiempo de consulta y rendimiento, estudio donde los MF se enfrentaron con los mismos pacientes (estándar) (PS) tanto en la práctica real (pacientes de incógnito) como en situación de examen, la correlación entre rendimiento y competencia fue cerca de 0 con todas las variables utilizadas (3,5), excepto duración de la consulta y "eficiencia", que mostraron correlaciones De Pearson de 0,49.⁴.

Llegan a la conclusión de que el uso del período de consulta para determinar la relación entre competencia y rendimiento procede de la literatura sobre solución de problemas médicos, que sugiere que la cantidad de tiempo que necesita un médico para resolver un problema médico es un reflejo de su experiencia. Puesto que los médicos expertos demuestran un procesamiento mejor y más adecuado de la información importante facilitada por el paciente que sus colegas menos experimentados en un cierto período de tiempo.

La Organización Médico Colegial de España con el anunciado 915764388 de la presidencia y el 914319620 de la secretaria pronuncia que el acto médico está encaminado a curar, aliviar, consolar, promover la salud de nuestros semejantes, es por tanto un acto profesional de ayuda y servicio cargado de significado ético pero es también acto legal, regido por la norma jurídica en las que ambas partes tienen derechos y obligación en responsabilidad de la autoridad sanitaria. Crear los mecanismos para que los médicos puedan trabajar con seguridad disponiendo de los medios razonables entre los cuales es primordial el necesario tiempo de consulta, sin disponer del tiempo suficiente no se puede prestar una atención sanitaria cuidadosa y atenta tal como exige la ética profesional y la legislación. Así reclamar el tiempo necesario para prestar una atención médica de calidad es un deber deontológico y un derecho profesional irrenunciable.

⁴ JO GOEDHUYS, Jan y RETHANSA, Joost. *Bélgica* Departamento de Medicina General, *Universidad. Católica de Leuven*, Relación entre la eficiencia y calidad de la consulta. Estudio de validez Colombia [en línea]. Madrid: El médico interactivo, 2002. [Consultado el 12 de abril de 2012] Disponible en internet:

<http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/publicaciones/ctrosalud2002/3/180-185.pdf>

En Colombia el Ministerio de Salud mediante la resolución 5261, de 1994, en su artículo 97 establece que la consulta médica no debe ser menor de veinte minutos.

La Superintendencia Nacional de Salud en la fecha 07/12/2005 04:53 p.m. NURC 8024-1-128924 dando respuesta a una queja presentada, expresa que el *Médico General* es la base y el motor de todo el engranaje de salud en el plan que se describe, conjuntamente con el personal paramédico y auxiliar, quienes serán la puerta de entrada al sistema. El contacto del paciente con la EPS será más estrecho, frecuente y regular a través de su *Médico General*. Será él quien establezca las pautas para la promoción y la prevención. La consulta no debe ser menor de veinte (20) minutos. En este nivel de complejidad, el paciente y su familia pueden acceder y colaborar más activamente en el mantenimiento, control y recuperación de su salud⁵.

⁵ GIRALDO GIRALDO, Carlos Alberto. 20 minutos, tiempo mínimo de consulta médica [en línea]. Medellín: Momento Médico, 2005. [Consultado el 12 de abril de 2012] Disponible en internet: http://asmedasantioquia.org/momento_medico/edicion_86/supersalud.htm

3. HIPÓTESIS

La calidad en la salud avanza en la medida en que el tiempo establecido para la realización de una consulta externa de morbilidad sea suficiente para prestar el servicio, incidiendo a su vez en la percepción tanto del Tratante como del Paciente.

4. JUSTIFICACIÓN

Con la Ley 100 de 1993, se amplió significativamente la cobertura en salud para las personas vinculadas al Régimen contributivo, pero especialmente a los del Régimen subsidiado y los llamados vinculados. Como consecuencia la demanda de los servicios de salud, entre ellos, el de consulta externa de morbilidad, creció por encima de la capacidad de respuesta del Sistema de Salud. Entre las medidas adoptadas para resolver esta situación ha sido acortar el tiempo de consulta., con lo cual las instituciones de salud se evitan la inversión de recursos que implicaría aumentar la nómina de profesionales y la ampliación de la estructura física de sus instalaciones. Con esta investigación se pretende dar una respuesta objetiva a esta medida.

Desde que el Ministerio de la Protección Social publicó el decreto 1011 relacionado con el cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, se han realizado múltiples investigaciones, las cuales se han orientado a validar las características de la calidad de los servicios: a) Accesibilidad, b) Oportunidad, c) Continuidad, d) Pertinencia y e) Seguridad; o en lo relacionado con el cumplimiento de los requisitos de habilitación, acreditación, PAMED, o el análisis sobre los indicadores de calidad.

Si bien todos los componentes anteriores son muy importantes para definir la calidad de los servicios de salud, también se hace pertinente indagar por el *tiempo establecido para la realización de una consulta de morbilidad*.

Es indispensable recordar que la percepción de los usuarios sobre todo está enmarcada, en el momento propio de la atención. Para el servicio de consulta de morbilidad, sería de vital importancia entonces establecer como está siendo considerada la calidad dentro de la consulta tanto por el usuario como por el profesional de la salud, sumado a establecer si los tiempos definidos son suficientes para llevar a cabo todas las acciones en el ámbito clínico, de información y de registro de instrumentos, pues de lo contrario el anhelado servicio de calidad será solo un eslogan más de mercadeo.

Así mismo, con los resultados obtenidos se pretende aportar recomendaciones a la institución de salud, IPS Hospital Cañaveralejo, que conduzcan a la adopción de planes de mejoramiento que, sumados a otras acciones fortalezcan la calidad en salud, dando a su vez respuesta a los requerimientos de los usuarios, quienes de acuerdo a la Constitución Política de Colombia gozan del derecho a la salud.

Este tema responde además a una propuesta de la Universidad Católica de Manizales, con la finalidad de concientizar a los futuros Administradores de Salud en la importancia de su labor y capacitarlos para analizar problemáticas sociales y establecer recomendaciones de reflexión y cambio.

5. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la calidad percibida tanto por el Tratante como por el Paciente y la utilización de los tiempos en la consulta externa de morbilidad en el Hospital Cañaveralejo de Santiago de Cali.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer el conjunto de acciones que se realizan al interior de una consulta de morbilidad.
- Medir los tiempos requeridos en cada una de las acciones.
- Establecer la percepción de calidad tanto del Tratante como del Paciente en consulta externa de morbilidad.

6. MARCO TEÓRICO

“El no saber ya ha dejado de ser peligroso y el peligro radica en el propio saber.”

(Foucault, 1974)

6.1 SITUACIÓN CONTEXTUAL

6.1.1 Contexto departamental. “El *Departamento del Valle del Cauca* está situado al suroccidente del país, formando parte de las regiones andina y pacífica; localizado entre los $05^{\circ}02'08''$ y $03^{\circ}04'02''$ de latitud norte y a los $72^{\circ}42'27''$ y $74^{\circ}27'13''$ de longitud oeste.”⁶

Es uno de los 32 departamentos de Colombia. Gran parte del departamento está en el valle geográfico del Río Cauca, entre las cordilleras occidental y central y de donde proviene su nombre. Su capital es Santiago de Cali.

Cubre un territorio que va desde la costa del Pacífico y continúa hacia el oriente pasando la Cordillera Occidental, el valle del río Cauca hasta la Cordillera Central donde alcanza límites con el departamento del Tolima.

Cuenta con una superficie de 22.140 km² lo que representa el 1.9 % del territorio nacional. Limita por el Norte con los departamentos de Chocó, Caldas y Quindío; por el Este con los departamentos del Quindío y Tolima, por el Sur con el departamento del Cauca y por el Oeste con el océano Pacífico y el departamento del Chocó.

La temperatura promedio de la región fluctúa entre los 23 y 24 °C, que corresponde al piso térmico cálido. La humedad relativa fluctúa en el rango 65%-75%. Es una región *intertropical* con dos épocas lluviosas y dos secas al año. Los índices de precipitación anual son: 1.589 mm en el norte (133 días de lluvias), 1882 mm al sur (109 días de lluvias) y 938 mm en el centro (100 días de lluvias).

⁶ Departamento del valle del cauca [en línea]. Bogota D.C.; Toda Colombia. com, 2011. [Consultado el 12 de abril de 2012] Disponible en internet: <http://www.todacolombia.com/departamentos/valledelcauca.html>

6.1.2 Contexto Municipal. La ciudad de Santiago de Cali o simplemente Cali⁷, es una de las ciudades más antiguas en Colombia y en el continente americano. Su fundación data del año 1536 de manos del conquistador Sebastián de Belalcázar, **Cali** (oficialmente, **Santiago de Cali**) es la capital del departamento de Valle del Cauca en Colombia y la tercera ciudad más poblada del país, después de Bogotá y Medellín. Ha sido conocida como "La Ciudad Deportiva de América". La ciudad ha celebrado los Juegos Deportivos Nacionales de Colombia en tres oportunidades, 1928, 1954 y 2008. Desde la década de 1930 se aceleró su desarrollo hasta convertirse en uno de los principales centros económicos e industriales del país y el principal centro urbano, cultural, económico, industrial y agrario del suroccidente colombiano, Santiago de Cali, es un caso especial, puesto que una cuarta parte de la población no nació en esta ciudad y más de la mitad no tienen raíces en ella; lo que convierte a Cali en territorio de inmigrantes. La mayoría de esta población desplazada se establece en el sureste de la ciudad en el Distrito de Aguablanca.

Un aspecto destacado de la demografía caleña, y en general del occidente colombiano, es el alto porcentaje de población afro-colombiana, aproximadamente un 24%, lo que hace de Cali una de las urbes latinoamericanas con mayor población de raza negra. La influencia afro-colombiana en la cultura caleña es evidente en los aspectos musicales, por ejemplo, la ciudad es reconocida por sus orquestas de música salsa. Esto es debido a que como eje y puente de conexión del sur del país, recibe habitantes no sólo del Valle del Cauca, sino de los departamentos del Chocó, Cauca y Nariño, especialmente.

El área urbana de la ciudad esta dividida en 22 comunas, entre ellas la comuna 3, contexto al que pertenece el Hospital Cañaveralejo.

6.1.2.1 Ubicación de la Comuna 3 en la Ciudad. La Comuna 3 está localizada al Nor-occidente de Cali y corresponde al centro principal de la ciudad. Limita al Occidente y al Nor-occidente con la Comuna 2, al oriente con la Comuna 4, al Sur-oriental con la Comuna 9, al Sur y al Sur-Occidente con la Comuna 19.

“La comuna 3 incluye el centro histórico de la ciudad, y es lugar de gran parte de los establecimientos financieros y comerciales de Cali.”⁸ La conforman 16 barrios: Acueducto San Antonio, El Calvario, El Hoyo, El Nacional, El Peñón, El Piloto, La Merced, Los Libertadores, Navarro-La Chanca, San Antonio, San Cayetano, San

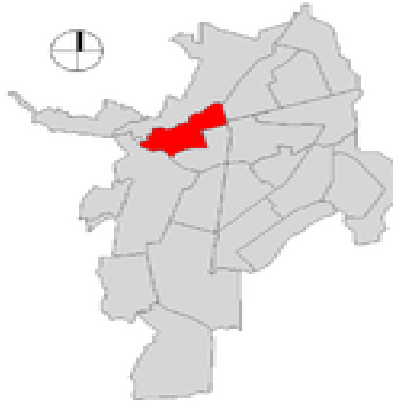
⁷ Comuna 3 (Cali) [en línea]. Florida: Wikimedia Foundation, 2011 [Consultado el 12 de abril de 2012] Disponible en Internet:

http://es.wikipedia.org/wiki/Comuna_3_%28Cali%29

⁸ Disponible en Internet: [http://es.wikipedia.org/wiki/Comuna_3_\(Cali\)](http://es.wikipedia.org/wiki/Comuna_3_(Cali))

Juan Bosco, San Nicolás, San Pascual, San Pedro, Santa Rosa. Todos los barrios que la conforman fueron legalmente constituidos en el Acuerdo 049 del año 1964⁹.

Figura 1. Comuna 3 de Cali



Fuente: Comuna 3 (Cali) [en línea]. Florida: Wikimedia Foundation, 2011 [Consultado el 12 de abril de 2012] Disponible en Internet: http://es.wikipedia.org/wiki/Comuna_3_%28Cali%29

Socio-económicamente está conformada por vecindarios de estratos 2 a 5 (siendo 5 el más alto). Aquí se desarrolla el mayor número de actividades comerciales, de servicios e institucionales, incluso, en el barrio San Nicolás, se encuentra la más alta concentración de usos mixtos, comerciales e industriales.

6.1.2.2 Barrió san Cayetano. Contexto en el que se encuentra ubicada la EPS Hospital Cañaveralejo, exactamente en la calle 3 oeste No 13^a- 20, barrio San Cayetano, en el casco histórico de la ciudad.

⁹ Historia de Santiago de Cali [en línea]. Florida: Wikimedia Foundation, 2011 [Consultado el 12 de abril de 2012] Disponible en Internet: http://es.wikipedia.org/wiki/Historia_de_Santiago_de_Cali

6.2 REFERENTE TEÓRICO

Dado el eje central del presente trabajo “*Calidad en consulta de morbilidad en el hospital Cañaveralejo, IPS de la red de salud ladera*”, fue indispensable indagar sobre los conceptos fundamentales que le conciernen.

La noción de calidad ha evolucionado radicalmente en los últimos 40/50 años. Diversos autores han trabajado el concepto, que nace prácticamente aplicado a la economía y trasciende a otros campos sociales. Hoy empresas, consumidores, administración, etc., hablan de calidad, ofrecen calidad o demandan calidad en los productos, servicios, en cualquier aspecto de la relación cliente-suministrador, entendida esta relación en sentido amplio. Se puede decir que todos hablan de calidad, aunque sea un concepto difícil de definir. No se sabe muy bien decir qué es calidad, pero sí qué es no calidad.

Dada la cantidad de definiciones existentes sobre calidad se citan de manera textual algunas, así: “algo que se puede observar (Pirsig, 1984), que se puede medir (Crosby, 1980; Kanji, 2002), controlar (Feigenbaum, 1990; Shewhart, 1986; Vaughn, 1974) o mejorar (Mizuno, 1988; Imai, 1986). Puede ser categorizada o clasificada (Ishikawa, 1989) o ajustada a una dimensión (Garvin, 1988; Winder, Robinson y Judd, 1992). La calidad se puede inspeccionar (Shewhart, 1939), administrar (Juran, 1995), asegurar (Abromovitz, 1997; Juran 1995), y se puede alcanzar o perder (Taguchi, 2001)”¹⁰.

6.2.1. El concepto de calidad, aplicado a los servicios de salud. No hay una definición universal de calidad en los servicios de salud. Según *Luft y Hunt* la calidad de la salud es “el grado con el cual los procesos de la atención médica incrementan la probabilidad de resultados deseados por los pacientes y reduce la probabilidad de resultados no deseados, de acuerdo al estado de los conocimientos médicos”¹¹.

¹⁰ Historia de la Calidad [en línea]. Florida: Wikimedia Foundation, 2011 [Consultado el 12 de abril de 2012]. Disponible en Internet:

http://es.wikipedia.org/wiki/Historia_de_la_calidad

¹¹ JIMÉNEZ PANEQUE, Rosa E.. **Revista Cubana de Salud Pública** [en línea], agosto 2008, vol. 30 no. 1 [Consultado el 12 de abril de 2012]. Disponible en Internet: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662004000100004&script=sci_arttext ISSN 0864-3466

Para *Donabedian (1980)*: “Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes”¹²

Myers y Slee consideran la calidad de la atención en salud “como el grado en que se cumplen las normas en relación con el mejor conocimiento sanitario existente, en cada momento, de acuerdo con los principios y prácticas generalmente aceptados. Este mejor conocimiento existente en cada momento debe plasmarse en normas que luego deberán ser adaptadas a las realidades y circunstancias locales. También es el grado en el cual los servicios de salud para los individuos y poblaciones mejoran la posibilidad de lograr resultados deseados en salud y son congruentes con los conocimientos profesionales actuales”.¹³

El Decreto 1011, de 2006 “plantea que la calidad de la atención en salud es la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, costos, con el fin de lograr la adhesión y satisfacción de los usuarios”¹⁴.

Calidad es satisfacer las expectativas de los clientes. Suena sencillo, pero constatamos que no es nada fácil. Para hacerlo se deben responder estas preguntas “Cuales son las expectativas de mis clientes? ‘Que tengo que hacer para satisfacerlas?

El modelo SEVQUAL (Zeithaml, Berry, Parasuraman,) nos dice que hay tres fuentes de donde el cliente forma sus expectativas: sus propias necesidades, la información que recibe, las experiencias vividas¹⁵.

Por considerar los servicios de salud como uno de los componentes más importantes de la actividad económica y social del país, en donde la calidad debe asumirse como un aspecto de vital importancia para cualquier organización

¹² NET, Àlvar y SUÑOL, Rosa La calidad de la atención [en línea]. Republica Dominicana: Ministerio de Salud Pública, 2011 [Consultado el 12 de abril de 2012] .Disponible en Internet: http://msp.gov.do/Documentos/Publicaciones/PUB_LaCalidadDeLaAtencionSunol_20120813.pdf

¹³ **GUILLERMO I. Williams. Calidad de los Servicios de Salud** [en línea]. Republica Argentina: Universidad Nacional del Nordeste, 2011 [Consultado el 12 de abril de 2012] .Disponible en Internet: Disponible en Internet: http://med.unne.edu.ar/catedras/aps/clases/28_calidad.pdf

¹⁴ Op. Cip., Presidencia de la Republica. Disponible en Internet: www.alcaldiabogota.gov.co

¹⁵ Op. Cip., *Revista cubana*. Disponible en internet scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662004000100004...sci...

prestadora de servicios de salud, visualizando al paciente o usuario como un ser integral merecedor de servicios evaluados, replanteados permanentemente y conscientes de que calidad no es sinónimo de lujo o de complejidad, sino que por el contrario la calidad debe ser la misma en todos los niveles de atención. En segundo lugar no constituye un término absoluto sino que es un proceso de mejoramiento continuo. En tercer lugar es una cualidad objetivable y mensurable. Por último no depende de un grupo de personas sino que involucra a toda la organización y al propio Sistema de Salud.

El tema de la calidad surge entonces como reclamo, por una parte, y como respuesta consciente, por la otra, ante un deterioro evidente de los servicios de salud.

Al hablar de calidad de la salud es necesario hacer referencia a tiempo de servicio de consulta de morbilidad. El tiempo en la actualidad es importante en todas las esferas de la vida, en salud es indispensable en la asignación de las citas, en el tiempo de la consulta, el tiempo en espera de la consulta, el tiempo para autorizar y realizar los exámenes y el tiempo en la entrega de los resultados.

A pesar que el tiempo de consulta no es un indicador único ni objetivo de la calidad de la consulta, constituye un pilar importante a la hora de determinar la satisfacción del paciente, junto con una buena interacción medico paciente y la expectativa del paciente.

La reducción del tiempo de consulta ha sido un objetivo de las diferentes instituciones de salud. Es posible por la gran demanda de consulta o por la lista muy larga en la asignación de la cita, pero la esencia de dicha reducción es económica, con vista a lograr una mayor rentabilidad con la reducción de la nómina de profesionales de salud.

A los médicos, según la investigación, se les impone ejercer en términos de lo que más beneficio económico reporte a las EPS, por encima de las necesidades del paciente. *Los tiempos de consulta* se reducen también debido a que deben asumir actividades administrativas dentro de la misma. No solo se les presiona para que en la historia clínica no registren la verdadera condición de salud del paciente, sino aquella sintomatología que sea coherente con lo que la EPS les permite formular. Incluso, se llega a exigir al personal de salud que consigne en la historia servicios que no fueron prestados¹⁶.

¹⁶ LEMUS, Mario Alejandro. Crisis de la Salud, El Negocio es lo que Importa [en línea]. Ocaña; Blog Zurda Tricolor, 2011. [Consultado el 12 de abril de 2012]

El concepto económico relacionado con las diferentes Aseguradoras y las nuevas exigencias de la Superintendencia Nacional de Salud de acortar la lista de espera y los problemas económicos que afronta el Sector Salud ha traído soluciones ciegas e ineficientes: acortar el tiempo de consulta en el lugar de aumentar el número de médicos que laboren en las instituciones.

En otros términos "El "sistema de adaptación" frente al honorario reducido de la consulta fue el incremento del número de consultas, que redujo drásticamente el tiempo ofrecido a cada paciente (además del pluriempleo).

"Se cambió calidad por cantidad. La consulta es el eslabón fundamental de la actividad asistencial del médico. Las decisiones que se toman en la consulta marcan, muchas veces, el destino de un paciente. La consulta médica requiere un tiempo para escuchar atentamente al paciente, un tiempo para examinarlo minuciosamente, un tiempo para redactar una historia clínica completa y un tiempo para explicar al paciente y familiares su dolencia, el tratamiento que se debe instituir, los estudios por efectuar y las perspectivas. ¿Cuánto tiempo suman todos estos tiempos?"

"Médicos y pacientes nos hemos acostumbrado a consultas de una brevedad extrema. Esto daña a ambas partes. El médico responsable sabe que está menoscabando su profesión y exponiéndose a cometer errores. El paciente no se siente contenido y tiene, muchas veces, la certeza de no haber sido correctamente evaluado. Ambos en definitiva son víctimas de un perverso sistema que ha remplazado conceptualmente al binomio médico-paciente por el de prestador-cliente (subproducto del gerenciamiento de la salud aplicado a ultranza)"¹⁷.

"Una de las consecuencias de la Estación Clínica o Historia Clínica Electrónica es el consumo del recurso tiempo del profesional, lo que repercute en una disminución del tiempo disponible para la interacción médico y paciente"¹⁸.

La percepción de la calidad de consulta es muy relativa y cambiante de un paciente a otro, la calidad es un atributo del que cada persona tiene su propia concepción. Algunos pacientes consideran una consulta con calidad cuando es corta, impacta ,breve y resuelve directamente lo que necesita ,para otros una consulta es de calidad si el medico oye todos los relacionado a la historia de su quejas y achaques En otras palabras la percepción de calidad no tiene un componente único, sino muchos factores que lo modifican tales como:

Disponible en Internet: <http://zurdatricolor.blogspot.com/2011/05/crisis-de-la-salud-el-negocio-es-lo-que.html>

¹⁷ BORRONE, Roberto. Relación médico-paciente, en crisis [en línea]. Buenos Aires Argentina: Intramed, 2012. [Consultado el 12 de abril de 2012]. Disponible en Internet:<http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=74069>

¹⁸ Disponible en Internet: <http://www.revistaesalud.com/index.php/revistaesalud/article/view/18/29>

El carácter psicológico y personalidad del paciente, impacto de consultas anteriores, renombre, edad y sexo del médico, tiempo en la asignación de la consulta, tiempo de espera de la consulta, el carácter y amabilidad de la recepción, hotelería de la entidad, nivel cultural, intereses, costumbres, religión, etnia, tipo de patología y patología asociada.

A partir de las anteriores conceptualizaciones se podrá entonces visualizar la relación existente entre calidad de la salud y tiempo de servicio de consulta de morbilidad, dado que en el sector salud se utilizan habitualmente cuatro palabras con las que se pretende enmarcar el accionar. Estas son: equidad, efectividad, eficacia y eficiencia. Cuando la prestación de servicios se realiza con equidad, dando más a quién más necesita; garantizando la accesibilidad con eficacia, con metodologías y tecnologías adecuadas; con efectividad, alcanzando cobertura e impacto adecuados, y con eficiencia, es decir con rendimiento y costos acordes. Sin duda alguna esto constituye Calidad de los Servicios de Salud.

7. DISEÑO METODOLÓGICO

Este proyecto se llevó a cabo en el Hospital Cañaveralejo, principal IPS de la Red ESE Ladera, en la ciudad de Santiago de Cali. En el intervinieron estudiantes del último semestre de la Especialización en Administración de la Salud de la Universidad Católica de Manizales, así como médicos Tratantes y usuarios pacientes relacionados con el servicio de consulta externa de morbilidad de dicha institución.

7.1 UNIVERSO DEL ESTUDIO

Se tomó como base los 500 usuarios que en promedio son atendidos mensualmente por 18 médicos del servicio de consulta externa de morbilidad de la IPS Hospital Cañaveralejo.

7.2 MUESTRA

Se toma una muestra de manera aleatoria de 32 Pacientes usuarios del servicio y una muestra intencionada de 32 Tratantes.

7.3 DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO

7.3.1 Tipo de investigación: Cuantitativa.

7.3.2 Tipo de Estudio: Descriptivo

7.3.3. Técnicas e Instrumentos. Se aplicó una encuesta relacionada con calidad a Pacientes usuarios que fueron atendidos en el servicio de consulta externa de morbilidad y a los médicos Tratantes a quienes se les aplicaron dos encuestas, una relacionada con calidad y otra con medición del tiempo.

7.4 VARIABLES

Se utilizaron las relacionadas con la caracterización de los usuarios y tratantes y la percepción de ambas poblaciones en cuanto a la calidad de la consulta. También de medición de tiempo.

7.4.1 Usuarios

Cuadro 1. Datos generales de Usuarios - Ficha técnica

VARIABLES	DESCRIPCION	NATURALEZA Nivel de Medición	CATEGORIAS
Genero	Sexo al que pertenecen los pacientes	Cualitativa-nominal	(0) Hombre (1) Mujer
Edad	Numero de años cumplidos	Cuantitativa-razón	(0) a (n)
Tipo de seguridad social	Régimen en el que esta inscrito el usuario	Cuantitativa-razón	a. Contributivo b. Subsidiado c. Pobre no asegurado d. Otros

Cuadro 2. Información preliminar a la consulta de usuarios - Ficha técnica

VARIABLES	DESCRIPCION	NATURALEZA Nivel de Medición	CATEGORIAS
6. En el último año, cuantas veces ha sido atendido en esta institución	Frecuencia con que el usuario acude a la EPS	Cuantitativa-razón	Numérica

Cuadro 2. Continuación

7. En el último año, cuantas veces ha sido atendido por este Médico	Continuidad con que el usuario solicita ser atendido por el mismo tratante.	Cuantitativa-razón	Numérica
8. En el último año, cuantas veces ha sido atendido por la misma causa.	Reiteración de consulta por parte del usuario por la misma causa.	Cuantitativa-razón	Numérica
9. De acuerdo a la hora citada, cuanto lleva esperando el llamado del médico.	Determinación del tiempo invertido por el usuario en espera de ser atendido por el tratante	Cuantitativa-razón	Minutos

Cuadro 3. Información posterior a la consulta de usuarios - Ficha técnica

VARIABLES	DESCRIPCION	NATURALEZA Nivel de Medición	CATEGORIAS
10. El médico tratante se presenta.	A la llegada del usuario el tratante da a conocer su nombre.	Cualitativa – nomina	SI _____ No_____
11. El médico tratante confirmo su nombre como usuario.	El médico tratante llama al usuario por el nombre, verificando que es quien correspondía atender.	Cualitativa – nominal	SI _____ No_____
12. Le brindo información sobre su caso	El tratante explica al usuario que tiene, a que se debe y que hacer.	Cualitativa – nominal	SI _____ No_____

Cuadro 3. Continuación

13. Considera que solucionaron su caso	El usuario siente que dieron respuesta a sus necesidades	Cualitativa – nominal	SI ____ No ____
14. Volvería a consultar con el mismo médico.	El usuario queda a gusto con el servicio brindado por el tratante al punto de volver a consultar con él	Cualitativa - nominal	SI ____ No ____
15. Considera que el tiempo invertido por el médico tratante es:	Percepción del usuario acerca del tiempo brindado por el tratante en su atención.	Cualitativa – ordinal	Suficiente Insuficiente
16. Qué recomendaciones daría usted para mejorar la calidad de su consulta	Manifestación por escrito de sugerencias que el usuario considera oportunas para mejorar la calidad en su atención.	Cualitativa - ordinal	

7.4.2. Tratante

Cuadro 4. Datos generales del tratante - Ficha técnica

VARIABLES	DESCRIPCION	NATURALEZA Nivel de Medición	CATEGORIAS
Género	Sexo al que pertenecen los tratantes	Cualitativa- nominal	(0) Hombre (1) Mujer

Cuadro 4. Continuación

Tiempo de ejercitar la profesión	Número de años o meses en ejercicio de la profesión médica.	Cuantitativa-razón	años/meses
Tiempo en la IPS actual	Número de años o meses de estar laborando en la IPS Hospital Cañaveralejo	Cuantitativa-razón	años/meses
Tipo de contratación	Determinación del tipo de contratación al cual está adscrito el tratante	Cualitativa-nominal	a. Planta b. Cooperativa c. Otro

Cuadro 5. Información sobre la consulta del tratante - Ficha técnica

VARIABLES	DESCRIPCION	NATURALEZA Nivel de Medición	CATEGORIAS
2. Tiempo estandarizado por la IPS para este tipo de consulta, cómo considera este tiempo	Apreciación del tratante a cerca del tiempo determinado para atender al usuario en consulta de morbilidad.	Cuantitativo – razón	Minutos
3. Cómo considera este tiempo	Valoración del tratante en relación al tiempo dispuesto para atender al usuario	Cualitativa- ordinal	Suficiente Insuficiente
4. Tiempo invertido por usted en esta consulta	Determinación del tiempo real invertido por el tratante en la atención al usuario	Cuantitativo – razón	Minutos

Cuadro 5. Continuación

<p>5. El motivo de la consulta lo considera pertinente, es decir, se justifica esta consulta</p>	<p>Estimación del tratante acerca de la pertinencia de la consulta por parte del usuario</p>	<p>Cualitativa–nominal</p>	<p>SI _____ No_____</p>
<p>6. Fue necesario formular medicamentos</p>	<p>Informe de medicación al usuario por parte del tratante.</p>	<p>Cualitativa–nominal</p>	<p>SI _____ No_____</p>
<p>7. Tuvo algún problema con la actividad anterior</p>	<p>Informe del tratante de eventualidades surgidas al prestar el servicio al usuario.</p>	<p>Cualitativa–nominal</p>	<p>SI _____ No_____</p>
<p>8. Fue necesario apoyarse en laboratorio clínico o imagenología</p>	<p>Registro del tratante a cerca de remisión del usuario a laboratorio o imágenes.</p>	<p>Cualitativa–nominal</p>	<p>SI _____ No_____</p>
<p>9. Tuvo algún problema con la actividad anterior</p>	<p>Descripción del tratante de eventualidades acontecidas durante la prestación del servicio al usuario.</p>	<p>Cualitativa–nominal</p>	<p>SI _____ No_____</p>
<p>10. Enumere tres (3) aspectos que podrían mejorarse para brindar una consulta de mayor calidad.</p>	<p>Manifestación por escrito de aspectos que el tratante considera oportunas para brindar una consulta de mayor calidad.</p>	<p>Cualitativa- ordinal</p>	<p>a. b. c.</p>

7.4.3 Variables

Cuadro 6. Formato medición de tiempos. Ficha técnica

VARIABLES	DESCRIPCION	NATURALEZA Nivel de Medición	CATEGORIAS
Presentación del médico	A la llegada del usuario el tratante da a conocer su nombre.	Cualitativa – nominal	SI _____ No_____
Escucha atentamente al usuario	El tratante centra su atención en escuchar al usuario.	Cualitativa – nominal	SI _____ No_____
Validación que si es el usuario a atender	El médico tratante llama al usuario por el nombre, verificando que es quien correspondía atender.	Cualitativa – nominal	SI _____ No_____
Brinda información clara al usuario	El tratante considera que explica de manera clara al usuario que tiene, a que se debe y que hacer.	Cualitativa – nominal	SI _____ No_____

8. ASPECTOS ÉTICOS

Los principios éticos empleados en este trabajo responden a los propios de los procesos investigativo, de confidencialidad y respeto de la información obtenida. Se solicitó autorización a la Gerencia de la IPS y se elaboró un consentimiento informado para acceder con el paciente al sitio de la entrevista de la consulta.

La ética en el campo de la medicina responde a una necesidad humana básica y universal, porque a través de ella se valoran las acciones humanas en forma práctica y concreta, se juzga la calidad de atención médica y la profundidad del respeto al ser humano en su calidad de enfermo protegiendo su dignidad y sus necesidades de ser bien atendido.

No puede haber una consulta satisfactoria sin que el acto médico adquiera una dimensión humana, ética, filosófica, social y a veces legal y religiosa, aunque debe prevalecer en la consulta una adecuada interrelación entre lo médico científico y la enfermedad.

9. CRONOGRAMA

Cuadro 7. Cronograma

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES																																				
ACTIVIDAD	Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre			
	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				
Elaboración del anteproyecto																																				
Entrega anteproyecto																																				
Socialización anteproyecto																																				
Revisión y ajustes																																				
Análisis de instrumentos																																				
Aplicación de instrumentos																																				
Análisis de la información																																				
Elaboración del informe final																																				
Presentación informe final																																				
Socialización informe final																																				
Revisión y ajustes																																				
Entrega del Proyecto																																				

10. RESULTADOS Y ANÁLISIS

En este proyecto, se tienen en cuenta los siguientes criterios:

- Definición de la muestra de usuarios, a partir del promedio de pacientes atendido por mes.
- Aplicación de software de Excel. en una población de 500 pacientes con grado de error del 7%, nivel de confianza del 2 arrojando una muestra de 32 pacientes.

Cuadro 8. Tamaño de la muestra

TAMAÑO DE LA MUESTRA

VARIABLE	VALOR	DESCRIPCION
K	2	Nivel de Confianza, en unidades de Desviación típica
e	7%	Grado de error admitido, en %
P	4%	Proporción estimada en la población, en %
N	500	Tamaño de la población (para universos pequeños)
TM1	32	N muestral, para Universos Grandes
TM2	30	N muestral, para Universos Pequeños

- Aplicación de 32 encuestas de percepción de calidad y de medición de tiempo a los profesionales tratantes y 32 encuestas a igual número de usuarios de la consulta externa de morbilidad.
- Digitación de la información obtenida, haciendo uso de Excel, presentando los resultados encontrados a través de tablas dinámicas.

10.1 ENCUESTA DE PERCEPCION DE CALIDAD EN CONSULTA (USUARIO)

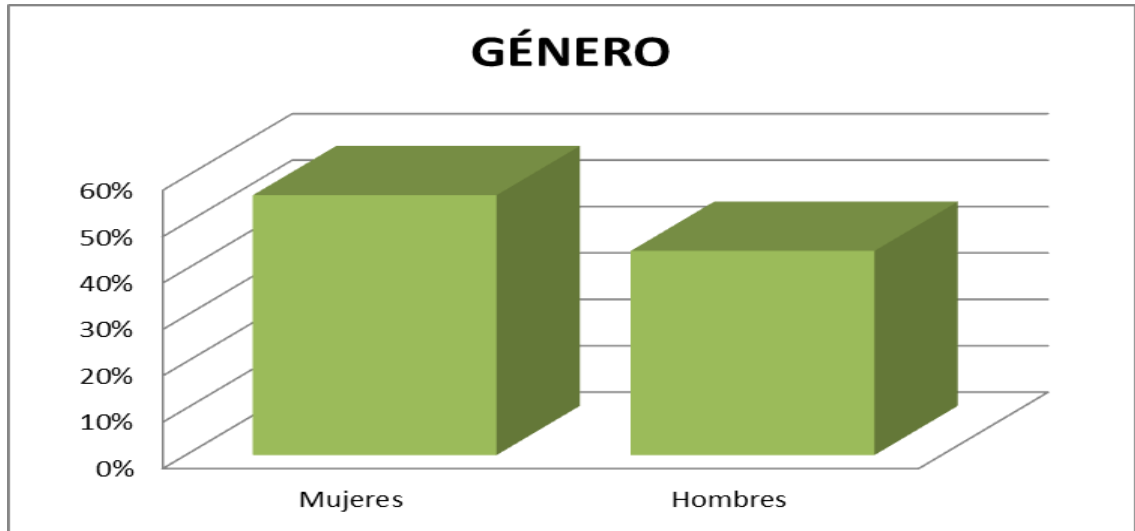
Tipo de consulta: Morbilidad

Cuadro 9. Ítem I - Datos generales

ENCUESTA	GENERO	EDAD	T.P.S.	No responde
1	M	62	C	
2	F	31	B	
3	F	19	B	
4	F	79	B	
5	M	31	C	
6	F	30	B	
7	F	40	C	
8	F	23	B	
9	M	24	C	
10	F	36	B	
11	M	41	C	
12	M	35		X
13	M	27	C	
14	M	53	B	
15	M	32	C	
16	M	59	B	
17	M	49	B	
18	M	65	B	
19	F	18	B	
20	M	35	B	
21	F	18	B	
22	F	25	B	
23	F	17	B	
24	M	56	B	
25	F	38	B	
26	F	42		X
27	F	68	B	
28	F	50		X
29	M	60		X
30	F	38		X
31	F	65	B	
32	F	46	C	

* Datos de la encuesta a pacientes

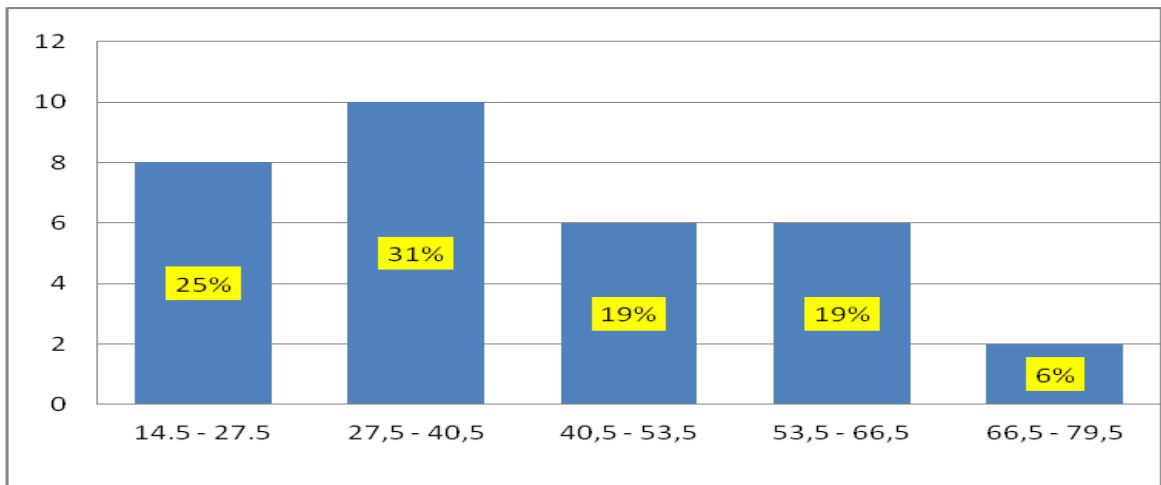
Grafico 1. Datos Generales, determinación por género



* Datos de la encuesta de percepción de calidad en consulta (Usuario).

Del total de la muestra 56% son mujeres y un 44% son hombres. Observando mayor tendencia en el género femenino.

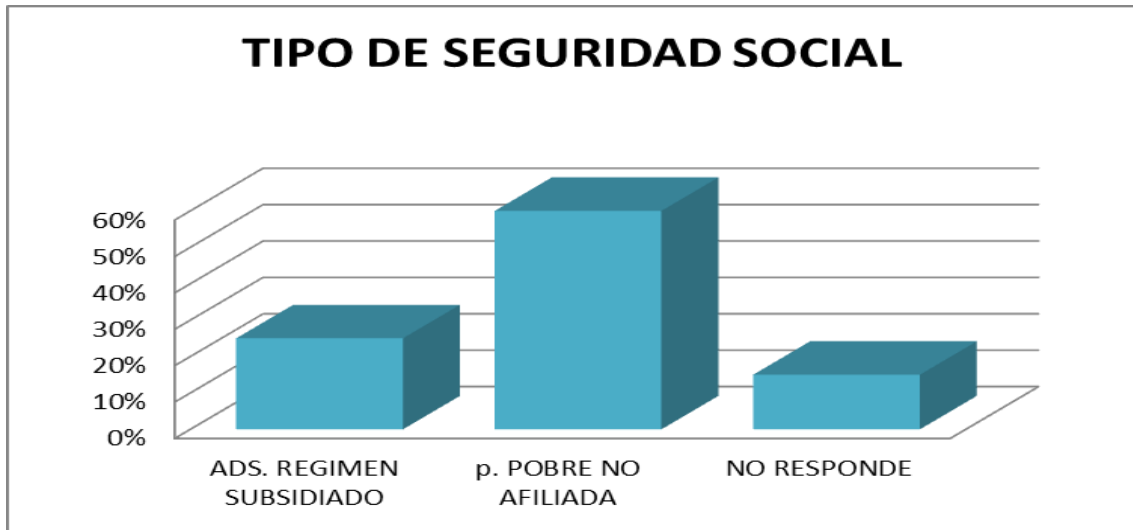
Grafico 2. Edad por rangos



* Datos de la encuesta de percepción de calidad en consulta (Usuario).

De la muestra, el 56% corresponde a pacientes con edades menores a los 40 años, mientras que el 44% corresponde a pacientes cuyas edades se encuentran entre los 40 y 79 años.

Grafico 3. Tipo de seguridad social



* Datos de la encuesta de percepción de calidad en consulta (Usuario)

De la muestra el 25% señala estar adscrito al régimen subsidiado, el 60% indica pertenecer a la población pobre no afiliada y un 15 % no responde. De lo se infiere una marcada tendencia de usuarios pobres no afiliados.

Cuadro 10. Ítem II - Información preliminar a la consulta (usuario)

ENCUESTA	6	7	8	9
1	6	2	0	30
2	6	4	2	16
3	5	4	1	15
4	3	3	3	5
5	3	2	1	20
6	6	3	2	15
7	4	2	1	30
8	4	4	1	10
9	2	1	1	10
10	6	6	1	20
11	9	1	2	15
12	5	4	3	20
13	2	2	1	0
14	2	2	1	5
15	3	2	1	20
16	4	4	3	0
17	8	3	4	10
18	4	4	3	20

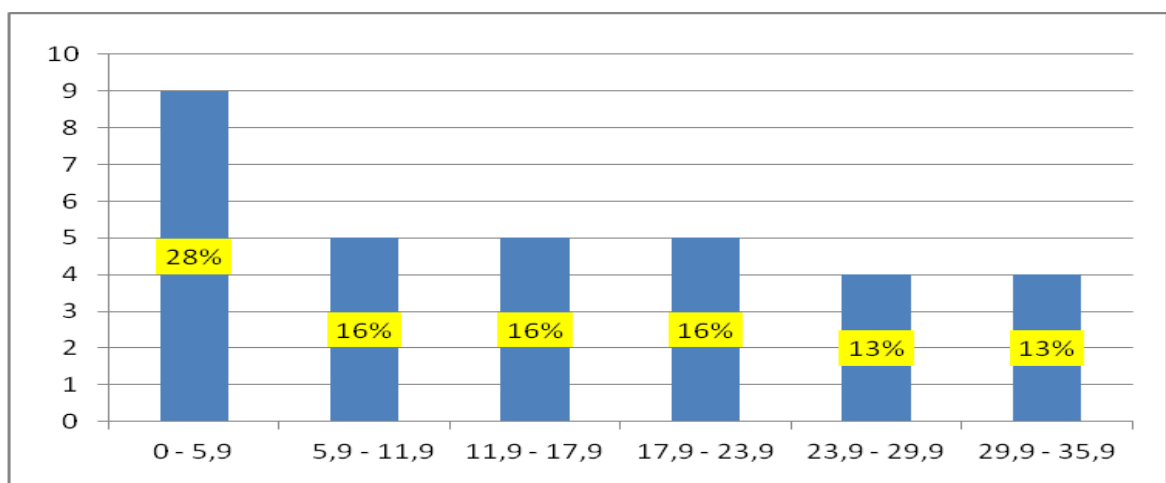
Cuadro 10. Continuación

19	2	2	1	15
20	6	2	1	0
21	7	2	2	5
22	3	2	1	0
23	1	1	0	10
24	7	5	2	10
25	6	2	2	0
26	10	5	8	25
27	12	12	12	30
28	10	5	8	25
29	6	2	2	30
30	5	3	4	25
31	7	5	4	5
32	12	6	6	25

* Datos de la encuesta a pacientes

- 6= En el último año, cuantas veces ha sido atendido en esta institución.
- 7= En el último año, cuantas veces ha sido atendido por este médico.
- 8= En el último año, cuantas veces ha sido atendido por la misma causa.
- 9= De acuerdo a la hora citada, cuanto lleva esperando al llamado del médico.

Grafico 4. Tiempo de espera al llamado del medico



* Datos de la encuesta de percepción de calidad en consulta (Usuario)

Del total de pacientes encuestados, el 28% de ellos tuvieron que esperar hasta 5 minutos en ser llamados por el tratante, el 48% debió esperar entre 5 y 24 minutos, mientras que el 24% de los encuestados debieron esperar entre 24 y 30 minutos en ser llamados por el tratante.

Cuadro 11. Ítem III - Información posterior a la consulta

ENCUESTADO	10	11	12	13	14	15	16
1	SI	NO	SI	SI	SI	INSUFICIENTE	A
2	SI	NO	SI	SI	SI	INSUFICIENTE	A
3	SI	SI	SI	SI	SI	INSUFICIENTE	A
4	SI	SI	SI	SI	SI	INSUFICIENTE	A
5	SI	SI	SI	SI	SI	INSUFICIENTE	A
6	SI	SI	SI	SI	SI	INSUFICIENTE	A
7	SI	NO	SI	SI	NO	INSUFICIENTE	A
8	SI	SI	SI	NO	NO	INSUFICIENTE	E
9	NO	NO	SI	SI	SI	INSUFICIENTE	A
10	SI	SI	SI	SI	SI	INSUFICIENTE	C
11	SI	NO	SI	SI	SI	INSUFICIENTE	B
12	SI	SI	SI	SI	SI	INSUFICIENTE	A
13	SI	NO	SI	SI	SI	INSUFICIENTE	I
14	NO	NO	SI	SI	SI	INSUFICIENTE	F
15	NO	NO	SI	SI	SI	INSUFICIENTE	G
16	SI	NO	SI	NO	SI	INSUFICIENTE	A
17	SI	SI	SI	SI	SI	INSUFICIENTE	E
18	NO	SI	SI	SI	SI	INSUFICIENTE	E
19	SI	SI	SI	SI	SI	INSUFICIENTE	A
20	SI	SI	SI	SI	SI	INSUFICIENTE	E

Cuadro 11. Continuación

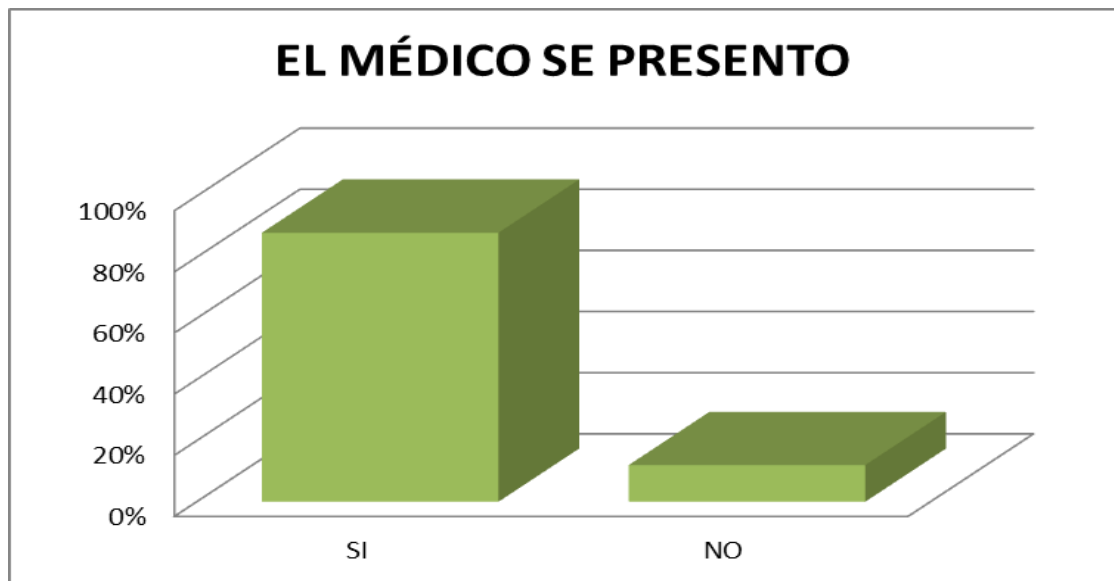
21	SI	SI	SI	SI	SI	INSUFICIENTE	A
22	SI	SI	SI	SI	SI	INSUFICIENTE	J
23	SI	SI	SI	SI	SI	INSUFICIENTE	K
24	NO	NO	SI	SI	SI	INSUFICIENTE	A
25	SI	NO	SI	SI	SI	INSUFICIENTE	A
26	SI	NO	SI	SI	SI	INSUFICIENTE	A
27	SI	SI	SI	SI	SI	INSUFICIENTE	D
28	SI	NO	SI	SI	SI	INSUFICIENTE	A
29	SI	SI	SI	SI	SI	INSUFICIENTE	A
30	SI	SI	SI	SI	SI	INSUFICIENTE	G
31	SI	NO	SI	NO	NO	INSUFICIENTE	H
32	NO	NO	SI	NO	NO	INSUFICIENTE	D

* Datos de la encuesta a pacientes

- 10= El médico tratante se presento
- 11= El médico tratante confirmo su nombre como usuario.
- 12= Le brindo información sobre su caso.
- 13= Considera que solucionaron su caso.
- 14= Volvería a consultar con el mismo médico.
- 15= Considera que el tiempo invertido por el médico tratante es: suficiente o insuficiente
- 16= Qué recomendaciones daría usted para mejorar la calidad de su consulta.
- A= Más tiempo de consulta
- B= que no hagan tantos cambios de personal en tan poco tiempo.

- C= cumplir con el horario
- D=Medico trate más de un motivo de consulta.
- E= Ninguna
- F= que el médico sea más locuaz
- G= que haya buena dotación en el consultorio
- H= que sean más acertados en el diagnostico
- I= que la consulta sea más enfocada en las necesidades de los pacientes
- J= que el medico sepa aprovechar el tiempo de la consulta.
- K= amabilidad de parte del personal de salud

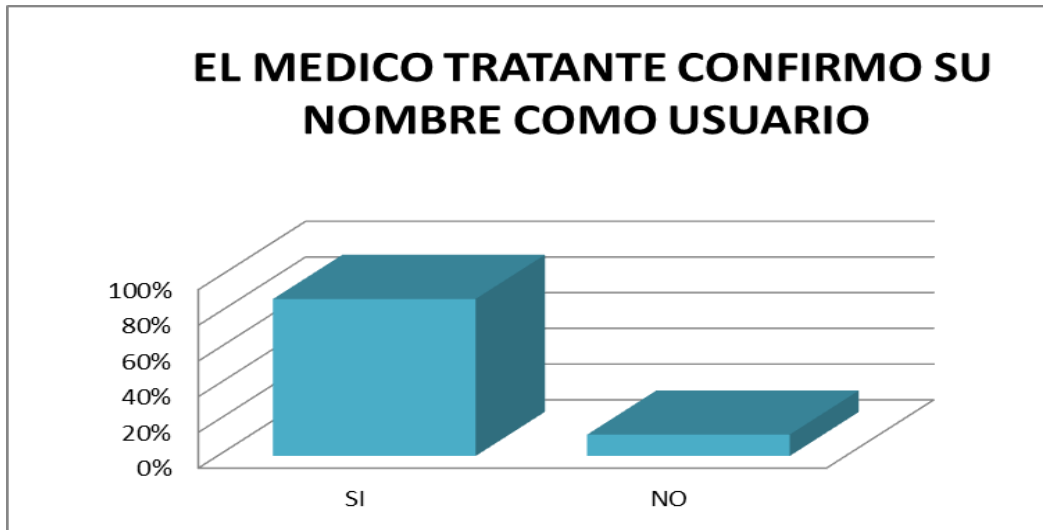
Gráfico 5. El médico tratante se presenta



* Datos de la encuesta de percepción de calidad en consulta (Usuario)

De acuerdo a lo manifestado por los usuarios 88% de los tratantes realizan su respectiva presentación, mientras que 12% no lo hacen. Se observa que un número significativo de profesionales se presenta ante el usuario.

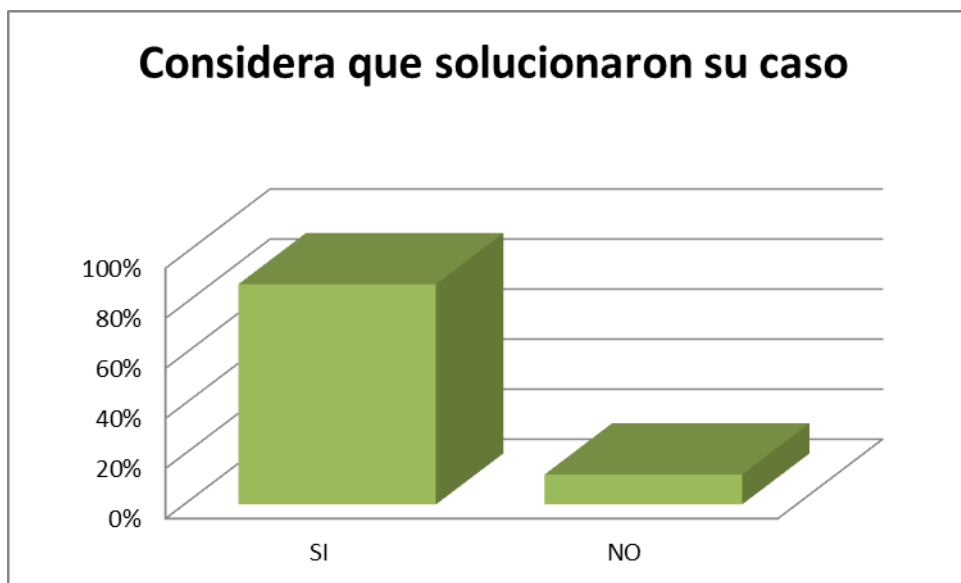
Gráfico 6. El médico tratante confirmó su nombre como usuario



*Datos de la encuesta de percepción de calidad en consulta tratante

De acuerdo a las respuestas 88% de los usuarios afirma que el médico tratante confirmó sus nombres, 12% señala que no lo hizo. Se observa que una mayor de tratantes verifica el nombre del usuario a atender.

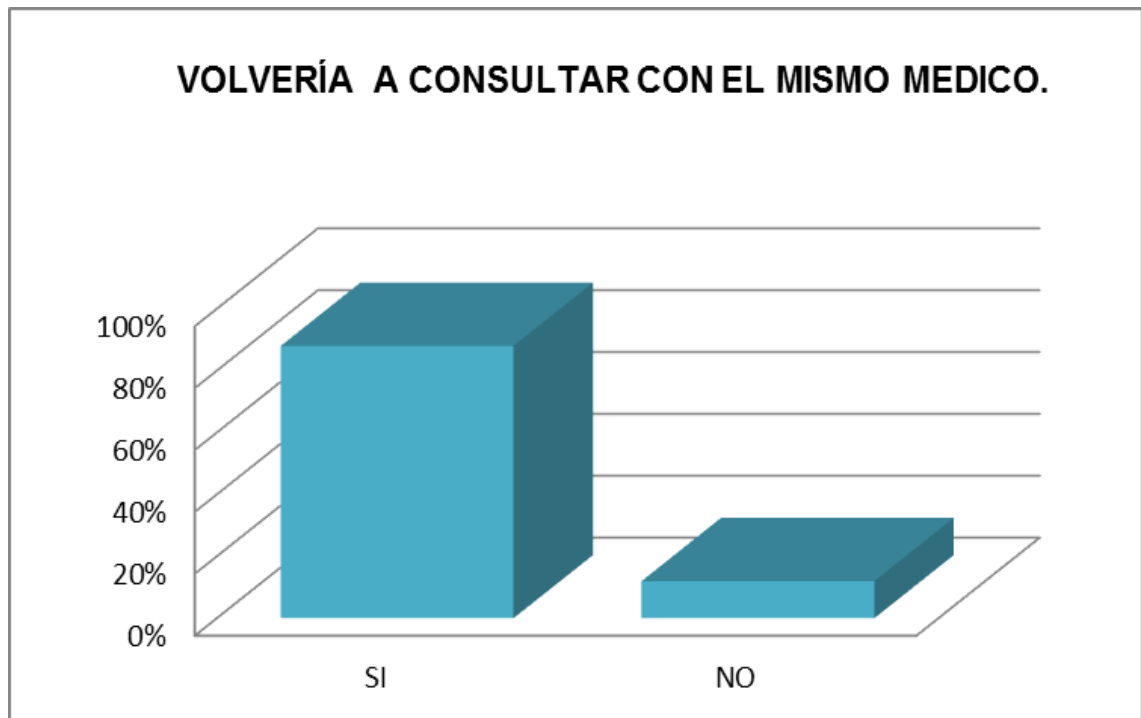
Gráfico 7. Considera que solucionaron su caso



* Datos de la encuesta de percepción de calidad en consulta tratante

Acorde al grafico 88 % de los usuarios dicen que solucionaron su caso, 22% consideran que no, se percibe que hay un índice alto en el acierto de patologías.

Gráfico 8. Volvería a consultar con el mismo médico



*Datos de la encuesta de percepción de calidad en consulta tratante

Según el grafico 88% usuarios manifiesta que volverían a consultar con el mismo médico y 12% dicen que no lo harían. Se puede determinar que los usuarios en un alto porcentaje están a gusto con el médico tratante.

10.2 ENCUESTA DE PERCEPCION DE CALIDAD EN CONSULTA (TRATANTE)

Tipo de consulta: morbilidad

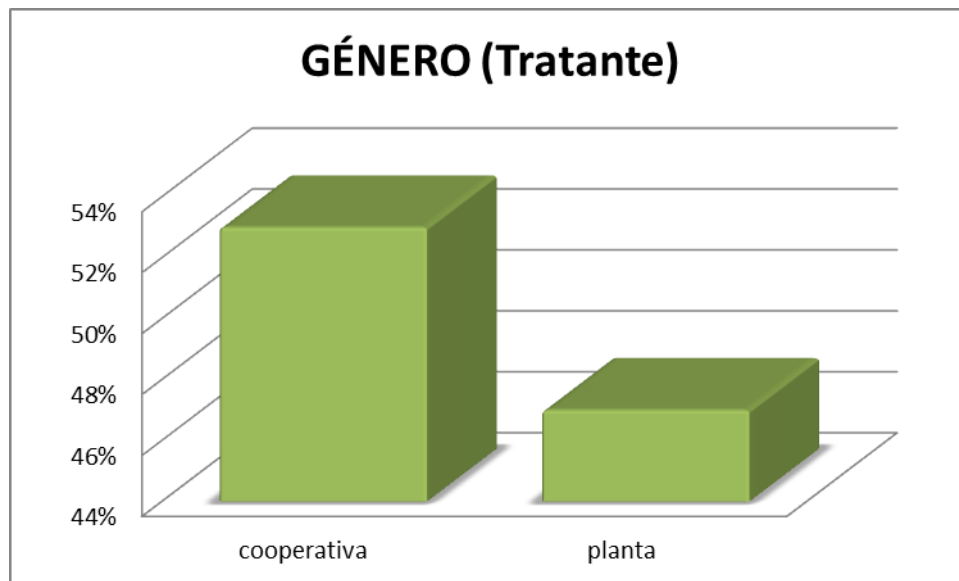
Cuadro 12. Ítem I - Datos profesional tratante

ENCUESTA	GENERO	T.E.P	T.IPS.A	T.CONTRATA	P.SRV.P
1	M	7M	3M	B	B
2	M	7A	5A	A	B
3	F	5A	4A	A	B
4	F	5A	4A	A	B
5	F	6A	6M	B	B
6	F	5A	4A	A	B
7	F	5A	4A	A	B
8	M	7A	6A	A	B
9	F	5A	4A	A	B
10	M	7A	6A	A	B
11	M	5A	4A	A	B
12	F	1A/6M	6M	B	B
13	M	6M	6M	B	B
14	M	6A	6A	B	B
15	M	1A/6M	6M	B	B
16	M	1A/6M	6M	B	B
17	M	1A	6M	B	B
18	F	5A	3A	A	B
19	M	6A	4A	B	B
20	M	2A/7M	5A	B	B
21	M	4A/3M	2A/7M	B	B
22	F	4A/10M	3A/5M	A	B
23	F	4A/7M	4A	A	B
24	F	4A/10M	3A/5M	A	B
25	F	5A	4	B	B
26	F	2A	8M	A	B
27	M	4A	2A	B	B
28	M	5A/2M	3M	B	B
29	M	2A/8M	1A	B	B
30	F	2A	9M	A	B
31	F	5A	3A	B	B
32	M	2A	7M	B	B

* Datos de la encuesta a tratantes

- T.E.P = tiempo de ejercitar la profesión (Años/Meses)
- T.IPS.A= tiempo en la IPS actual (Años/Meses)
- T.CONTRATA= tipo de contratación (a: planta, b: cooperativa, c: otro)

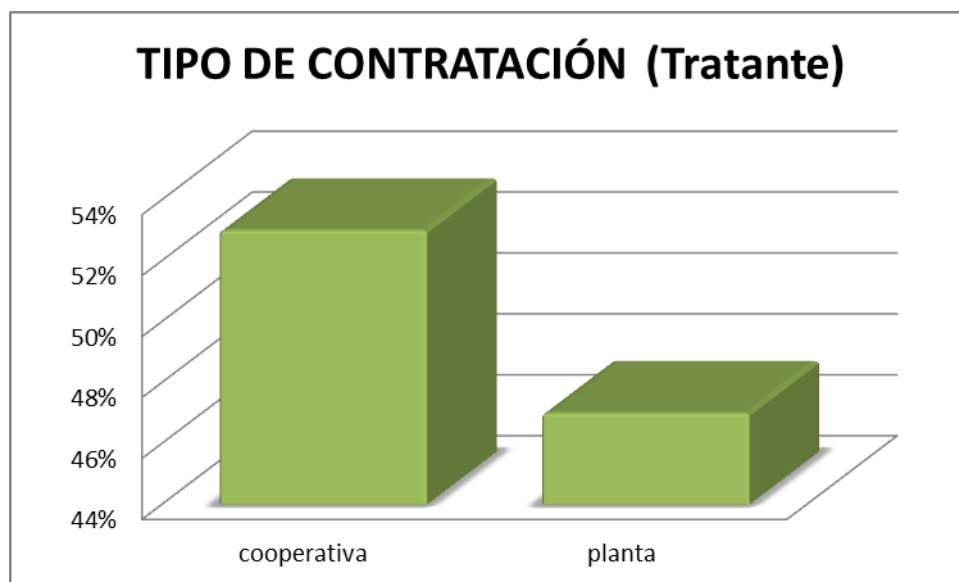
Grafico 9. Ítem I - Datos profesional tratante



*Datos de la encuesta de percepción de calidad en consulta (tratante)

Del total de profesionales (tratantes) 53% son hombres y un 47% son mujeres. Percibiendo mayor presencia del género masculino.

Gráfico 10. Tipo de contratación



* Datos de la encuesta de percepción de calidad en consulta tratante

Del total de tratantes encuestados el 53% está contratado por cooperativa mientras que 47% restantes son de planta. Observándose mayor tendencia en la contratación por cooperativa.

Cuadro 13. Ítem III - Información sobre la consulta

ENCUESTA	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	15	INSUF.	10	SI	SI	NO	NO	NO	A- B- C
2	15	INSUF.	20	NO	NO	NO	NO	NO	A-B-D
3	15	INSUF.	15	SI	SI	NO	NO	NO	D-D- D
4	15	INSUF.	20	SI	SI	NO	NO	NO	A- D -D
5	15	INSUF.	25	SI	NO	NO	NO	NO	A-D-D
6	15	INSUF.	20	SI	SI	NO	NO	NO	A-D-D
7	15	INSUF.	20	SI	SI	NO	NO	NO	A-D
8	15	INSUF.	20	SI	SI	NO	SI	NO	A-D-D
9	15	INSUF.	20	SI	SI	NO	NO	NO	A-A-D
10	15	INSUF.	20	SI	SI	NO	NO	NO	A
11	15	INSUF.	20	SI	SI	NO	NO	NO	D-D- D
12	15	INSUF.	25	SI	SI	NO	NO	NO	A-D
13	15	INSUF.	30	SI	SI	NO	NO	NO	D
14	15	INSUF.	20	SI	SI	NO	NO	NO	A-D
15	15	INSUF.	20	SI	SI	NO	NO	NO	A-D
16	15	INSUF.	30	SI	SI	NO	SI	NO	A
17	15	INSUF.	20	SI	SI	NO	NO	NO	D-D
18	15	INSUF.	30	SI	SI	NO	NO	NO	A-C-D
19	15	INSUF.	20	SI	NO	NO	SI	NO	D-D-A
20	15	INSUF.	20	SI	NO	SI	NO	SI	A
21	15	INSUF.	10	SI	SI	NO	NO	NO	A-D-D-
22	15	INSUF.	15	SI	SI	NO	NO	NO	E
23	15	INSUF.	15	SI	SI	NO	SI	NO	D-D
24	15	INSUF.	20	SI	NO	NO	SI	NO	A-D
25	15	INSUF.	20	SI	SI	NO	SI	NO	A-D-C
26	15	INSUF.	18	SI	NO	NO	NO	NO	A-D-D
27	15	INSUF.	20	SI	SI	NO	NO	NO	A-D-D
28	15	INSUF.	18	SI	SI	NO	NO	NO	A-D-D
29	15	INSUF.	20	SI	SI	NO	SI	NO	A-D-D-
30	15	INSUF.	30	SI	SI	NO	SI	NO	A-D-D
31	15	INSUF.	30	SI	NO	NO	NO	NO	E
32	15	INSUF.	25	SI	SI	NO	NO	NO	E

- 2= Tiempo estandarizado por la IPS para este tipo de consulta
- 3= Cómo considera este tiempo (suficiente – insuficiente)
- 4= Tiempo invertido por usted en esta consulta
- 5= El motivo de la consulta lo considera pertinente, es decir, se justifica esta consulta
- 6= Fue necesario formular medicamentos
- 7= Tuvo algún problema con la actividad anterior
- 8= Fue necesario apoyarse en laboratorio clínico o imagenología
- 9= Tuvo algún problema con la actividad anterior
- 10= Enumere tres (3) aspectos que podrían mejorarse para brindar una consulta de mayor calidad:
 - A= Más tiempo en la consulta
 - B= mejoren instalaciones
 - C= que haya más amabilidad
 - D= otras: que se le de prioridad a los pacientes nuevos, que le den abastecimiento a los consultorios, eficacia, mejor atención, menos negligencia de parte de los trabajadores, no demoren la asignación de citas, amabilidad de las cajeras al asignar citas, implementos médicos permanentes, efectividad de los trabajadores, más eficacia en la asignación de citas, que haya personal humanizado, que se enfoquen más en la necesidad del paciente, que el medico a parte de ver por programa le mire por morbilidad para no tener que volver a la institución de salud, que me escuchen todas mis dolencias, que no se dedique tanto al computador sino que lo mire a uno. Que se le dedique más tiempo a la escucha del paciente, garantizar los administrativos comodidad al usuario, que le hablen en lenguaje claro, que el parte de enfermería sea más atento y ágil, calidez humana de todo el personal, que haya afinidad entre el médico tratante y el paciente, que haya puntualidad en la consulta, que se cumpla con los horarios establecidos en los consultorios, que en la sala de espera haya tv,
 - E= Ninguna

Grafico 11. Tiempo invertido por el tratante en la consulta

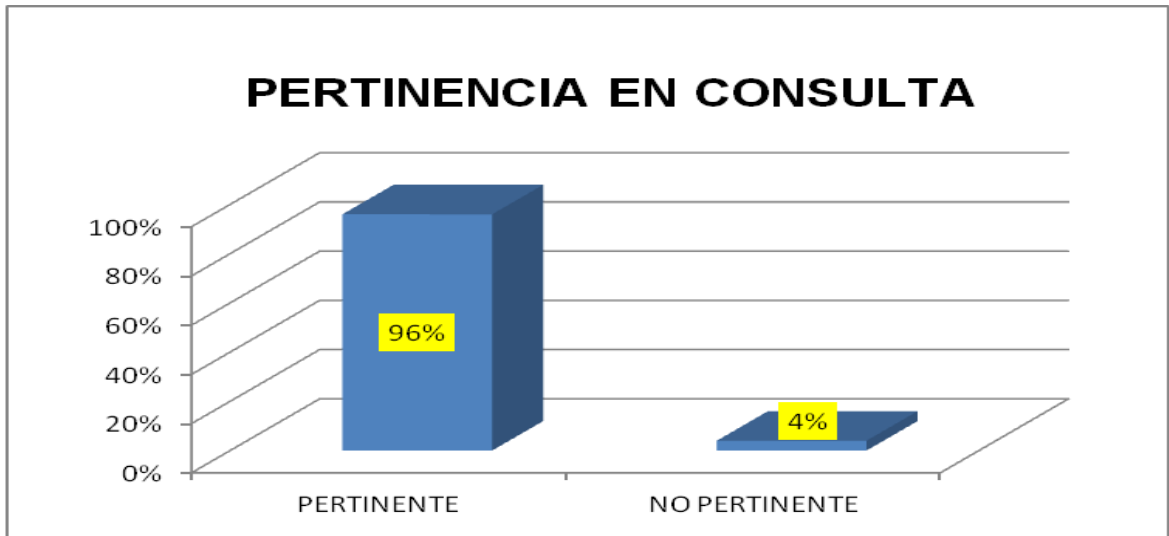


* Encuesta de percepción de calidad en consulta tratante

Al indagar por el tiempo invertido por el tratante en la consulta se encontró que 6% dice invertir en la consulta 10 minutos, un 9% manifiesta emplear 15 minutos, un 6% señala hacerlo en 18 minutos, un 53% indica requerir 20 minutos, un 9% dice invertir 25 minutos y el 15% restante determina que invierte 30 minutos.

Observando que en relación al tiempo invertido por el tratante en la consulta prima en mayor porcentaje 20 minutos, resultado que permite aseverar que el tiempo determinado por la IPS para la consulta externa de morbilidad es insuficiente.

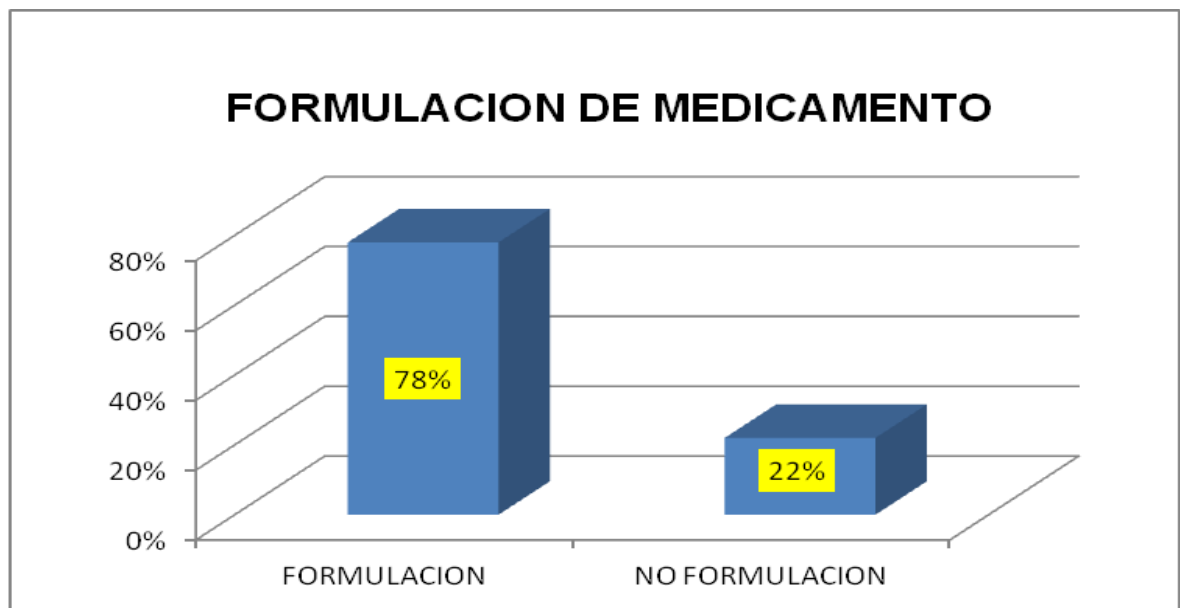
Gráfico 12. Pertinencia en Consulta



Fuente: Datos de la encuesta de percepción de calidad en consulta tratante

En relación a la pertinencia de la consulta 96% de los tratantes refieren que fue pertinente, es decir justificada, un 4% considera que no. Infiriendo que en su mayoría los usuarios hacen un apropiado uso de la consulta externa.

Gráfico 13. Formulación de Medicamentos



Fuente: Datos de la encuesta de percepción de calidad en consulta tratante

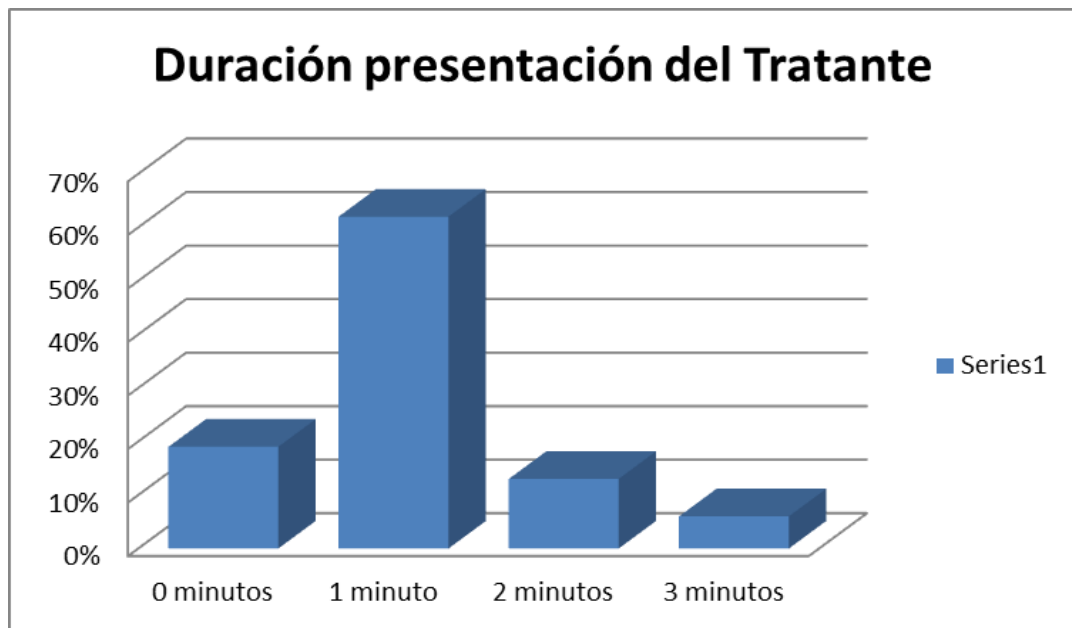
De acuerdo a lo referido por algunos médicos tratantes fue necesario formular medicamentos a un 78% de los pacientes consultantes, lo cual evidencia un alto índice de medicación.

Cuadro 14. Formato medición tiempos (calidad en consulta)

ENCUESTA	TIPO DE CONSULTA:		MORBILIDAD					
	1	DURACIÓN	2	DURACIÓN	3	DURACIÓN	4	DURACIÓN
1	SI	1 min	SI	1 min	NO	0 min	SI	15 min
2	SI	1min	SI	5 min	SI	1 min	SI	15 min
3	SI	1 min	SI	10 min	SI	1 min	SI	8 min
4	SI	1 min	SI	10 min	SI	1 min	SI	8 min
5	SI	1 min	SI	15 min	SI	1 min	SI	10 min
6	SI	2 min	SI	10 min	SI	1 min	SI	10 min
7	SI	1 min	SI	11 min	NO	0 min	SI	8 min
8	SI	1 min	SI	10 min	SI	1min	SI	8 min
9	SI	1 min	SI	8 min	SI	1 min	SI	10 min
10	SI	1 min	SI	10 min	SI	1 min	SI	8 min
11	SI	1 min	SI	8 min	SI	1 min	SI	10 min
12	NO	0 min	SI	13 min	SI	2 min	SI	5 min
13	SI	2 min	SI	10 min	SI	1 min	SI	7 min
14	NO	0 min	SI	15 min	SI	1 min	SI	4 min
15	NO	0 min	SI	15 min	SI	1 min	SI	4 min
16	SI	3 min	SI	12 min	SI	2 min	SI	3 min
17	NO	0 min	SI	15 min	NO	0 min	SI	5 min
18	NO	0 min	SI	15 min	NO	0 min	SI	5 min
19	SI	1min	SI	10min	Si	1min	Si	8min
20	SI	2min	SI	12min	Si	1min	Si	5min
21	SI	1min	SI	15min	Si	1min	Si	5 min
22	SI	1min	SI	16min	Si	1min	Si	2min
23	SI	1min	SI	10min	Si	1min	Si	8min
24	NO	0min	NO	0min	NO	0min	No	0min
25	SI	1min	SI	10min	SI	1min	SI	8min
26	SI	1min	SI	10min	SI	1min	SI	8min
27	SI	1min	SI	10min	SI	1min	si	8min
28	SI	1min	SI	10min	Si	1min	SI	8min
29	SI	2min	SI	10min	NO	0min	SI	8min
30	SI	1min	SI	10min	SI	1min	SI	8min
31	SI	1min	SI	10min	SI	1min	SI	8min
32	SI	3min	SI	12min	SI	2min	Si	6min

- 1= Presentación del medico
- 2= Escucho atentamente al usuario
- 3 = Validación que si es el usuario a atender
- 4= Brindó información clara al usuario

Gráfico 14. Duración de la presentación del tratante



*Datos de la encuesta de percepción de calidad en consulta tratante

En relación a la duración de la presentación de los profesionales ante los pacientes, se obtuvo que el 62% de los encuestados la hace en 1 minuto, el 13% en 2 minutos, el 6% en 3 minutos y un 19% dice no hacerlo. Se deduce que el 81% de los tratantes se presenta ante el paciente invirtiendo en ello un promedio de 1,2 minutos de los 15 minutos determinados por la IPS para la consulta.

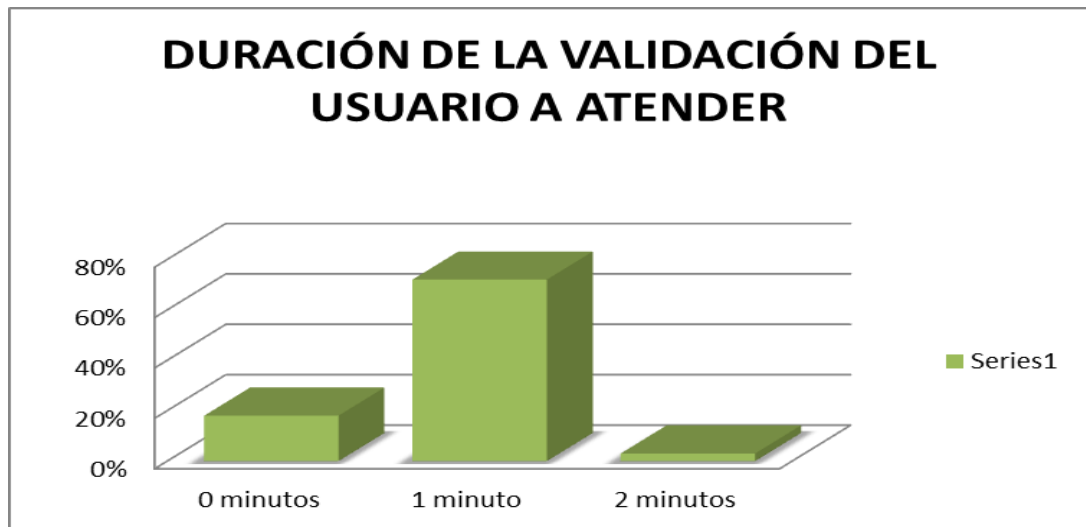
Grafico 15. Duración de escucha del tratante



*Datos de la encuesta de percepción de calidad en consulta tratante

De acuerdo a lo referido por los tratantes la duración de escucha atenta al usuario se sucede así: un minuto 3%, 5 minutos 3%, 8 minutos 6%, 10 minutos 47%, 11 minutos 3%, 12 minutos 9%, 13 minutos 3%, 15 minutos 18%, 16 minutos 3%, 0 minutos 3%. Se infiere que 10 minutos es el tiempo de mayor frecuencia para la escucha atenta del usuario.

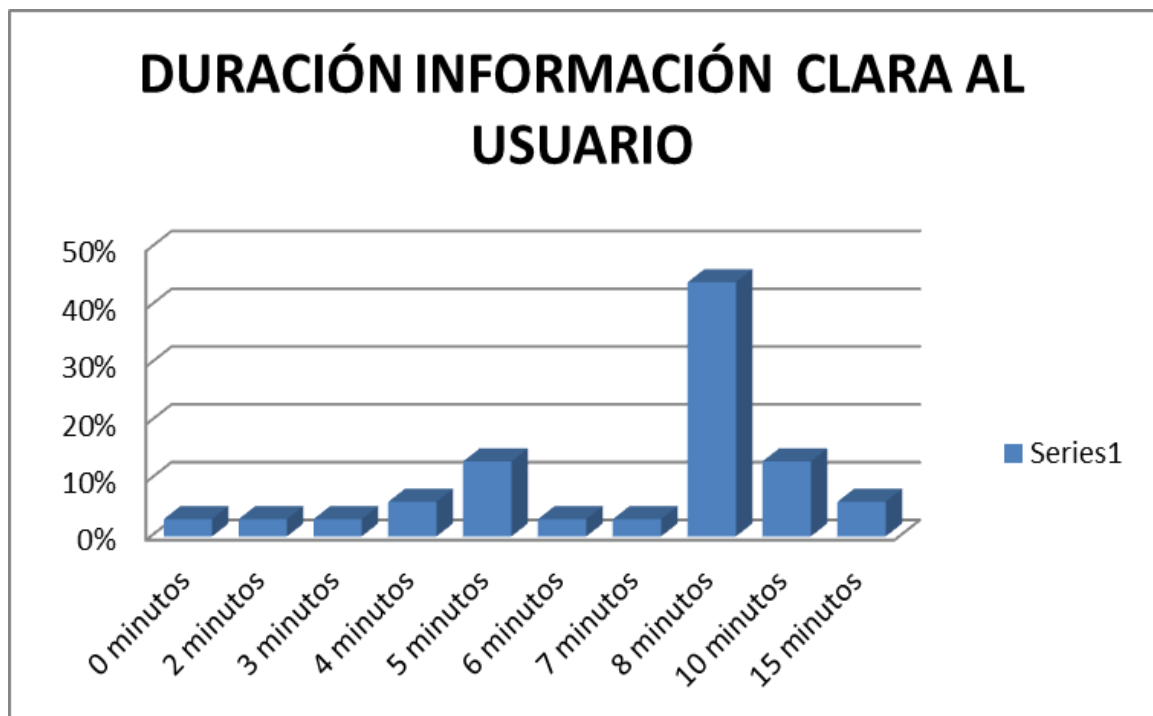
Gráfico 16. Duración de la validación del usuario atender



*Datos de la encuesta de percepción de calidad en consulta tratante

Se puede indicar que 72% de los tratantes invierten 1 minuto en verificar si es el usuario a atender, 3% de los tratantes invierten 2 minutos y 18% de los tratantes invierten 0 minutos. Observando que el tiempo de mayor duración de verificación del usuario a atender, corresponde a un minuto.

Grafico 17. Duración de información clara al usuario



*Datos de la encuesta de percepción de calidad en consulta tratante

De acuerdo a las respuestas de los tratantes el tiempo dedicado a brindar información clara al usuario se sucede así: 44% de los profesionales emplea ocho minutos, 13% diez minutos, 6% quince minutos, 13% cinco minutos, 3% siete minutos, 3% dos minutos, cuatro minutos 6%, 3% tres minutos, 3%, 6 minutos, 3% dos minutos, 3% cero minutos. Se observa que el tiempo de mayor frecuencia utilizado para brindar información clara al usuario es ocho minutos, llegando a deducir que: si se suma el tiempo destinado a la presentación del tratante, el tiempo de escucha, el tiempo de verificación de usuario e información daría como resultado veinte minutos, lo cual en relación al tiempo determinado por la EPS difiere en cinco minutos, generando diferentes interrogantes.

11. CONCLUSIONES

- Se puede afirmar que el cubrimiento de la salud no es el más apropiado pues prevalece la población pobre no afiliada sobre la subsidiada.
- Pacientes y tratantes coinciden en señalar que el tiempo asignado para la atención es insuficiente.
- La limitación del tiempo puede derivar en diversas equivocaciones y deterioro de la imagen de la IPS por la inconformidad del paciente.
- La Guía de atención es suficiente y genera tranquilidad al paciente cuando se aplica en todo y su dimensión.
- En su mayoría los pacientes no son llamados oportunamente por el tratante el día de su consulta, se evidencio que tan solo el 28% de los pacientes fueron atendidos en máximo 5 minutos de la hora establecida.

12. RECOMENDACIONES

- Realizar acciones para disminuir el índice de población pobre no afiliada al Sistema de Seguridad Social en Salud.
- Adelantar un análisis del tiempo establecido para la consulta, teniendo presente el tiempo invertido por el tratante en el desarrollo de la Guía de Atención, como garantía en la prestación de un servicio de calidad.
- Adelantar un estudio epidemiológico que le permita a la IPS establecer conductas de manejo basados en la evidencia lo cual dinamizaría el desarrollo de la consulta.
- La Institución debe exigir del grupo de tratantes asignados a la consulta externa de morbilidad el cumplimiento en el llamado y atención de los pacientes, puesto que cerca del 72% de ellos fueron atendidos con 6 y hasta 30 minutos de retraso respecto a la hora asignada para su consulta.
- Se debe promover entre los tratantes la importancia de presentarse ante el paciente.
- Diseñar un mecanismo que le permita al tratante contar con la seguridad de que el paciente admitido es a quien se le debe prestar el servicio de consulta.
- Se debe promover la escucha atentamente al usuario, con el fin de ganar en confianza y lograr un servicio que cumpla con las expectativas del paciente.
- La Institución debe establecer no solo debe recepcionar las recomendaciones de usuarios y tratantes, sino también darles el manejo adecuado para determinar su viabilidad y diseñar los planes que contribuyan al mejoramiento permanente del servicio.

GLOSARIO

Ética: Según The Free Dictionary. Es una Ciencia que estudia las acciones humanas en cuanto se relacionan con los fines que determinan su rectitud. En general toda ética pretende determinar una conducta ideal del hombre. Esta puede establecerse en virtud de una visión del mundo o de unos principios filosóficos o religiosos, que llevan a determinar un sistema de normas

Calidad: Según Armando V Feigenbaum, es la satisfacción de la expectativa del cliente¹⁹.

Eficiencia: Según Murray y Frenk, en el documento titulado “Un marco de la OMS para la evaluación de los sistemas de salud” es el grado en que un sistema alcanza los objetivos propuestos con los recursos disponibles²⁰.

Consulta de Morbilidad: Es la atención ambulatoria proporcionada a la persona adulta, que solicita espontáneamente atención médica en relación a un problema en salud, con fines de recuperación. Es un indicador ampliamente utilizado por la Organización Mundial de la Salud, en los países en vía de desarrollo para medir el grado de incidencia de las políticas de desmarginalización y control de enfermedades del primer nivel.²¹

¹⁹ Op. Cip., Historia de la Calidad- Disponible en internet: http://es.wikipedia.org/wiki/Historia_de_la_calidad

²⁰ Op. Cip., Revista Cubana. Disponible en internet: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662004000100004&script=sci_arttext ISSN 0864-3466

²¹ RMC 03 Atención del Adulto [en línea], Valdivia, Chile: Servicio de Salud Valdivia, 2000. [Consultado el 12 de abril de 2012]. Disponible en Internet: Disponible en internet: www.svaldivia.cl/intranet/biblioteca/InsMu43.htm

BIBLIOGRAFIA

BORRONE, Roberto. Relación médico-paciente, en crisis [en línea]. Buenos Aires Argentina: Intramed, 2012. [Consultado el 12 de abril de 2012]. Disponible en Internet: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=74069>

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 100. (23 diciembre, 1993). Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. [en línea] Diario oficial. Bogotá D.C.: 1993. No. 41148. [Consultado el 12 de abril de 2012] Disponible en internet: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1993/ley_0100_1993.html

----- . PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA. Decreto 1011 DE 2006 (Abril 3). Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud [en línea]. Bogotá D.C.: Alcaldía de Bogotá, 2006. [Consultado el 12 de abril de 2012] Disponible en internet: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=19975>

Comuna 3 (Cali) [en línea]. Florida: Wikimedia Foundation, 2011 [Consultado el 12 de abril de 2012] Disponible en Internet: http://es.wikipedia.org/wiki/Comuna_3_%28Cali%29

Departamento del valle del cauca [en línea]. Bogota D.C.; Toda Colombia. com, 2011. [Consultado el 12 de abril de 2012] Disponible en internet: <http://www.todacolombia.com/departamentos/valledelcauca.html>

GIRALDO GIRALDO, Carlos Alberto. 20 minutos, tiempo mínimo de consulta médica [en línea]. Medellín: Momento Médico, 2005. [Consultado el 12 de abril de 2012]. Disponible en internet: http://asmedasantioquia.org/momento_medico/edicion_86/supersalud.htm

GUILLERMO I. Williams. Calidad de los Servicios de Salud [en línea]. Republica Argentina: Universidad Nacional del Nordeste, 2011 [Consultado el 12 de abril de 2012] .Disponible en Internet: Disponible en Internet: http://med.unne.edu.ar/catedras/aps/clases/28_calidad.pdf

Historia de la Calidad [en línea]. Florida: Wikimedia Foundation, 2011 [Consultado el 12 de abril de 2012]. Disponible en Internet: http://es.wikipedia.org/wiki/Historia_de_la_calidad

Historia de Santiago de Cali [en línea]. Florida: Wikimedia Foundation, 2011 [Consultado el 12 de abril de 2012]. Disponible en Internet: http://es.wikipedia.org/wiki/Historia_de_Santiago_de_Cali

JIMÉNEZ PANEQUE, Rosa E.. Revista Cubana de Salud Pública [en línea], agosto 2008, vol. 30 no. 1 [Consultado el 12 de abril de 2012]. Disponible en Internet:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662004000100004&script=sci_arttext
ISSN 0864-3466

JO GOEDHUYS, Jan y RETHANSA, Joost. *Bélgica* Departamento de Medicina General, *Universidad*. Católica de Leuven, Relación entre la eficiencia y calidad de la consulta. Estudio de validez Colombia [en línea]. Madrid: El médico interactivo, 2002. [Consultado el 12 de abril de 2012] Disponible en internet:

<http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/publicaciones/ctrosalud2002/3/180-185.pdf>

LEMUS, Mario Alejandro. Crisis de la Salud, El Negocio es lo que Importa [en línea]. Ocaña; Blog Zurda Tricolor, 2011. [Consultado el 12 de abril de 2012]. Disponible en Internet: <http://zurdatricolor.blogspot.com/2011/05/crisis-de-la-salud-el-negocio-es-lo-que.html>

NET, Àlvar y SUÑOL, Rosa La calidad de la atención [en línea]. Republica Dominicana: Ministerio de Salud Pública, 2011 [Consultado el 12 de abril de 2012] .Disponible en Internet:

http://msp.gov.do/Documentos/Publicaciones/PUB_LaCalidadDeLaAtencionSunol_20120813.pdf


RMC 03 Atención del Adulto [en línea], Valdivia, Chile: Servicio de Salud Valdivia, 2000. [Consultado el 12 de abril de 2012]. Disponible en Internet: Disponible en internet: www.ssvvaldivia.cl/intranet/biblioteca/InsMu43.htm

RODRIGUEZ, Isabel Cristina. Progreso Normativo del Sistema Unico de de Acreditación en Colombia [en línea]. Bogotá D.C.: Proyecto EvoluZion, 2012. [Consultado el 12 de abril de 2012] Disponible en internet:

<http://www.proyectoevoluzion.com/?p=361%20%E2%80%93%20Colombia>

ANEXOS

Anexo A. Consentimiento informado Calidad de la consulta médica

 <p>CONSENTIMIENTO INFORMADO CALIDAD DE LA CONSULTA MEDICA</p>	1-12-01-CE-for-048	
	Fecha actualización:	Marzo 20 de 2012
	Revisión No.	
	Página: 61/ 67	

Yo _____ identificado
(a) con cédula de

Ciudadanía o Tarjeta de Identidad N° _____ de _____
años, residente en _____ teléfono _____;
manifiesto en forma expresa y voluntaria que encontrándome en sala de espera del servicio de consulta externa de mi IPS, **he recibido** de la institución información suficiente sobre mis derechos y deberes; y se me ha solicitado que como parte de mi contribución al mejoramiento continuo del servicio, permita la presencia durante la consulta de un estudiante de la Universidad Católica de Manizales quien adelanta una medición de los tiempos utilizados en cada una de las etapas propias de la consulta, que igualmente, se me garantiza la confidencialidad de lo tratado en la consulta.

ACEPTO en mi calidad de paciente, con toda responsabilidad la realización de la medición de los tiempos de la consulta y su registro en documento escrito.
Certifico que esta determinación ha sido tomada libre y voluntariamente, sin coacción, ni aliciente, libero a la RED DE SALUD LADERA E.S.E. y al personal

que allí labora y me atiende, de cualquier reclamo, demanda o acción por daños y perjuicios que pudieran resultar de este procedimiento.

Firma del (la) Usuario

Responsable de la Asesoría

C.C o T.I N° _____

Firma y sello del Tratante _____

Santiago de Cali, _____

Día

Mes

Año

Anexo B. Encuesta de percepción de calidad en consulta (tratante)



TIPO DE CONSULTA: _____

OBJETIVO: Conocer la percepción que como profesional tratante tiene sobre la calidad de la consulta realizada.

I. DATOS GENERALES

Institución Prestadora de Servicios (IPS):		Privada	Pública	Otra
Fecha y Hora de la Encuesta (d/m/a):	____/____/____			

II DATOS PROFESIONAL TRATANTE

GÉNERO		Cantid ad	Meses	Años
a. Masculino 	b. Femenino 	Tiempo de ejercer la Profesión		
		Tiempo en la IPS actual		

TIPO DE CONTRATACIÓN			
a. Tiempo Completo		b. Medio Tiempo	c. Otro
a. Planta	b. Cooperativa	c. Prestación de Servicios	d. Otra

III INFORMACIÓN SOBRE LA CONSULTA

1) Tipo de consulta	a: Morbilidad		b. Programa		Nombre		c. Otra	
---------------------	---------------	--	-------------	--	--------	--	---------	--

2) Tiempo estandarizado por la IPS para este tipo de consulta minutos

3) Cómo considera este tiempo suficiente insuficiente

4) Tiempo invertido por usted en esta consulta	<input type="text"/>	minutos		
			SI	NO
5) El motivo de consulta lo considera pertinente, es decir, ¿se justifica esta consulta?				
6) ¿Fue necesario formular Medicamentos?				
7) ¿Tuvo algún problema con la actividad anterior?				
8) ¿Fue necesario apoyarse en Laboratorio Clínico o Imagenología?				
9) ¿Tuvo algún problema con la actividad anterior?				

10) Enumere tres (3) aspectos que podrían mejorarse para brindar una consulta de mayor calidad:

- a. _____

- b. _____

- c. _____

MUCHAS GRACIAS

Anexo C. Formato medición tiempos (calidad en consulta)

Fecha: (dd/mm/aaaa) Ciudad: _____

1. Tipo de Consulta:

- a. Médica b. Enfermería c. Odontológica d. Otra

2. Programa:

- a. Morbilidad b. Promoción y Prevención Cuál Programa de PyP

PROCEDIMIENTO	¿SE		DURACI	OBSERVACIONES
	S	N		
Presentación del medico				
Escucho atentamente al usuario				
Validación que si es el usuario a atender				
Brindó información clara al usuario				

Anexo D. Encuesta de percepción de calidad en consulta (usuario)

TIPO DE CONSULTA: _____

OBJETIVO: Conocer la percepción que como Usuario tiene sobre la calidad de la consulta que le realizaron.

| DATOS GENERALES

1) Fecha y Hora de la Encuesta (d/m/a): _____/_____/_____

2) GÉNERO

a. Masculino  b.

3) Edad _____ Años
_____ Meses

Femenino 

4) Tipo de Seguridad Social: a. Contributivo: _____ b. Subsidiado: _____ c. Pobre No Afiliado: _____ d. Otro: _____

II INFORMACIÓN PRELIMINAR A LA CONSULTA:

5) Tipo de consulta: a: Morbilidad: _____ b. Programa: _____

Nombre: _____ c. Otra: _____

6) En el último año, cuántas veces ha sido atendido en esta Institución

7) En el último año, cuántas veces ha sido atendido por este Médico

8) En el último año, cuántas veces ha sido atendido por la misma causa

9) De acuerdo a la hora citada, cuánto tiempo lleva esperando el llamado del médico

III INFORMACIÓN POSTERIOR A LA CONSULTA:

	SI	N O
10) El médico tratante se presentó		
11) El médico tratante confirmó su nombre como usuario		
12) Le brindó información suficiente sobre su caso		
13) Considera que solucionaron su caso		
14) Volvería a consultar con el mismo médico		

15) Considera que el tiempo invertido por el médico tratante es:

Suficiente ____ Insuficiente ____

16) Qué recomendaciones daría usted para mejorar la calidad de su consulta

MUCHAS GRACIAS