

**MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE DEL SERVICIO DE
CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL SAN JOSE DE TADO**

AUTORES:

**ANANYER LEONOR MOSQUERA
YESICA ALEJANDRA RIASCOS JORDAN**

**UNIVERSIDAD CATOLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD
2105**

Nota de Aceptación

Firma del Presidente del Jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

DEDICATORIA

Con todo nuestro amor para las personas que hicieron todo en la vida para que pudiéramos lograr nuestros sueños, por motivarnos y darnos la mano cuando sentíamos que el camino se tornaba difícil, a ustedes y a todos los que de una u otra manera nos acompañaron en la consolidación de esta meta para mejorar nuestra calidad de vida dedicamos cada una de las páginas de nuestra tesis.

AGRADECIMIENTOS

Después de un largo camino terminamos nuestra tesis con la satisfacción de haber aprendido que la vida con disciplina y sacrificio da recompensas, pero todo esto no habría sido posible sin dios quien nos dio la fuerza espiritual cuando sentimos decaer.

Queremos agradecer a nuestros padres quienes siempre nos apoyaron en todo momento, a Eleazar Vargas por su continua asesoría y paciencia a la hora de guiarnos; a nuestros maestros por su sabiduría a la hora de transmitir sus conocimientos que nos permitieron estar a un paso de cumplir otra meta para nuestras vidas.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
ANTECEDENTES	2
JUSTIFICACIÓN	7
DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA	9
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	10
OBJETIVOS	11
OBJETIVO GENERAL	11
OBJETIVOS ESPECIFICOS	11
MARCO TEORICO	12
MARCO CONCEPTUAL	24
MARCO NORMATIVO	29
VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	31
DISEÑO METODOLOGICO	32
RESULTADOS	36
FICHA TECNICA DE LA ENCUESTA	37
HERRAMIENTA DE MEDICIÓN.....	39
RESULTADOS Y DISCUSIÓN DEL ESTUDIO	42
CONCLUSIONES	54
RECOMENDACIONES	56
BIBLIOGRAFIA	57
ANEXOS	59

LISTA DE FIGURAS

	Página
Figura 1. Formato de encuesta	42
Figura 2. Atención basada en género	43
Figura 3. EPS de donde provienen los usuarios	44
Figura 4. Ocupación de los encuestados	46
Figura 5. Rangos de edad de los atendidos	47
Figura 6. Satisfacción manifestada	48
Figura 7. Porcentaje global de satisfacción	49
Figura 8. Tiempo de espera	50
Figura 9. Oportunidad en la atención	51
Figura 10. Satisfacción en la calidad en la atención recibida	52
Figura 11. Satisfacción con respecto a calidad profesional y de la información recibida	53

LISTA DE CUADROS

Página

Cuadro 1. Variables de la investigación

32

LISTA DE ANEXOS

**ANEXO 1: PROCEDIMIENTO PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, RECURSOS
Y SUGERENCIAS**

RESUMEN

Se diseñó y aplicó una herramienta, con el objeto de determinar las necesidades, expectativas, inconformidades y el grado de satisfacción de los usuarios, clientes y partes interesadas en el servicio de consulta externa del Hospital San José de Tadó, se aplicaron, tabularon y analizaron 228 encuestas a usuarios seleccionados de manera aleatoria durante los meses noviembre 2014 a enero 2015.

El porcentaje de satisfacción global fue del 85,6% contando con puntos críticos necesidades de políticas gerenciales para el enfoque al cliente, necesidades de planes de mejoramiento y aplicación de políticas de atención basada en género, priorización de citas en atención a tercera edad y personas que viven en zona rural y la amabilidad en la atención.

Se diseñó el procedimiento para PQR y queda como reto a mediano plazo la aplicación de la herramienta en los demás procesos del hospital.

ABSTRACT

It was designed and implemented a tool, in order to determine the needs, expectations, dissatisfaction and degree of satisfaction of users, customers and stakeholders in the outpatient department of the Hospital San José de Tado, were applied, tabulated and analyzed 228 questionnaires to randomly selected users during the months November 2014 to January 2015.

The overall satisfaction rate was 85.6% having critical points in needs of management policies for customer focus, needs for improvement plans and implementation of care policies based on gender, dating prioritization attention to seniors and people living in rural, and kindness in care.

The procedure for petition, complaint and claim (PQR in Spanish) was designed and remains the challenge for the application of the tool in the other processes of the hospital.

INTRODUCCIÓN

La característica de la Atención en Salud difiere de la Industria (Productor - Consumidor) en dos importantes rasgos: Primero, la mayoría de los clientes carecen del conocimiento para juzgar técnicamente la calidad del Servicio de Salud que se le brinda; segundo, no solo la satisfacción y la excelencia podrían depender de la calidad del servicio, sino también la salud física, mental y algunas veces la vida misma.¹

Un moderno abordaje del tema de Calidad en Salud a menudo es representado por un triángulo, que refleja los conceptos de gerenciamiento desarrollados por Joseph Juran. Los tres vértices del triángulo – Diseño de la Calidad, Control de Calidad y Mejoramiento de la Calidad- son componentes relacionados, esenciales y mutuamente refuerzan la Garantía de Calidad.²

La Atención en Salud centrada en el cliente proporciona lo que los clientes en cualquier parte quisieran: respeto, comprensión, honradez, información exacta, competencia, conveniencia y resultados.

La adopción de un ensayo centrado en el cliente a menudo requiere de un giro o un cambio en las actitudes. Aún mientras se intenta brindar servicios de buena calidad, la mayor parte de los proveedores de servicio y su personal han asumido que ellos, por estar calificados para la atención en salud, saben o suponen que es lo mejor para sus clientes. Una orientación dirigida al cliente reconoce como premisa que las preocupaciones y preferencias de los clientes también son válidas e importantes.

La orientación hacia el cliente también proporciona una nueva perspectiva en los programas de gerenciamiento. Las necesidades y deseos del personal, también deben ser considerados a fin de motivarlos y consecuentemente brindar buena atención. De esta manera surge el "cliente interno".

A través de este se inicia el proceso del sistema de información y atención al usuario (SIAU), el cual día a día ha fortalecido el sistema de calidad y garantía de los servicios de salud.

ANTECEDENTES

La presente propuesta de investigación surge como parte de un ejercicio académico de la materia investigación I, el cual será insumo para la elaboración del trabajo de grado conducente a título de especialista en administración de la salud

Se parte de la necesidad de elaborar un ejercicio de aplicación que comienza con la búsqueda de modelos, publicaciones y estudios de casos reportados por entidades del ramo de la salud, en temas relacionados con la satisfacción de clientes, usuarios y partes interesadas, modelos de sistemas de gestión enfocadas en la calidad del servicio al cliente y el establecimiento de planes de mejoramiento sobre las desviaciones que puedan ser aplicadas en el Hospital San José de Tadó, teniendo en cuenta las características únicas de la región.

El primer antecedente consultado fue publicado en la revista de salud pública, por investigadores de la facultad de ciencias económicas y de la facultad de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, con el objeto de hacer un estudio descriptivo para evaluar el componente de calidad de los programas de atención en salud dirigidos a niños, niñas y adolescentes establecidos por los gobiernos locales de Colombia en cumplimiento de las normas legales.³

Como hallazgo y conclusión importante se tiene que no se encontró evidencia que demuestre que los gobiernos locales examinados desarrollen programas de salud orientados a la niñez que se corresponden al mínimo legal y no son evaluados en su componente de calidad, por tanto no hay un enfoque de mejoramiento en los mismos.

Y se concluye proponiendo que estos resultados se tomen como línea base y dado que la función de los gobiernos locales, en materia de calidad en salud, va desde la planeación, pasando por la rectoría y el control de la calidad de los prestadores, se hace inaplazable la implementación de programas de gestión de la calidad antes que nuevos programas de atención.

El principal aporte de este artículo, radica en que nos ratifica la necesidad de que una entidad prestadora de servicios de salud trabaje bajo en un enfoque

diferenciado al cliente y que incorpore la mejora continua como parte de la filosofía gerencial.

El segundo antecedente corresponde a un estudio realizado en la escuela nacional de medicina del trabajo del instituto de salud Carlos III de España, enfocado en brindar herramientas útiles para que las entidades del sector sanitario a partir de la aplicación del modelo de excelencia EFQM mantengan y mejoren la eficacia de su gestión a lo largo del tiempo convirtiéndose en empresas competitivas y rentables.⁴

Establecen en este los lineamientos que toda entidad del sector salud debería aplicar para el diseño e implementación de un sistema de gestión basado en la autoevaluación, mejora continua de su gestión y en los criterios: liderazgo, personas, política y estratégica, alianzas y recursos, procesos, y en resultados enfocados en clientes, personas, sociedad y resultados clave para la gestión económica de la empresa. Todos estos enfocados en el modelo de excelencia de la fundación europea para la administración de la calidad (EFQM por sus siglas en inglés). Como aporte principal nos sensibiliza que el implementar un modelo de excelencia permite sembrar las bases para una entidad más competitiva, desde la óptica financiera, administrativamente eficaz y con capacidad para exceder los requisitos del cliente y las partes interesadas

El estudio “la calidad de la atención en salud, más allá de la mirada técnica y normativa”⁵ fue realizado en Colombia en el año 2011 con el objetivo de comprender las percepciones que tienen los usuarios sobre la calidad de la atención en salud recibida en tres instituciones de salud en la ciudad de Medellín, este estudio lo realizaron a partir de un enfoque cualitativo desde la perspectiva de la etnografía focalizada. Los datos se obtuvieron mediante entrevistas semiestructuradas, observación no participante, diario de campo y revisión documental. Se tuvo en cuenta el consentimiento informado de los participantes y la autorización de las instituciones hospitalarias. Los participantes fueron 18 usuarios.

Al realizar esta investigación encontraron como resultados la siguiente información la cual dividieron en cuatro categorías, la primera la definieron como EL CAMINO HACIA LA ATENCIÓN EN SALUD, la cual habla de las barreras que presentan en el acceso a los servicios de salud empezando por la demora en la prestación de los servicios de salud, barreras institucionales como son la desinformación por

parte del personal de la institución lo que también genera errores y pérdida de tiempo para los usuarios, y para finalizar la tramitología.

La segunda la llamaron EL ENCUENTRO CON EL OTRO la cual define el trato directo con el personal asistencial de la institución (médicos y enfermeras) junto a la calidad en la información la cual requiere el usuario, también se fundamenta en la amabilidad, respeto, cordialidad al prestar el servicio de salud.

La tercera se define como DIFERENCIAS EN LA ATENCIÓN la cual resume la categorización que hoy en día se le da a los usuarios en los servicios de salud generando barreras e indisposición por el simple hecho de pertenecer a un régimen contributivo o a un régimen subsidiado lo cual para muchos de los usuarios ha sido demasiado evidente, actitud la cual resta calidad y satisfacción en el uso de los servicios ofertados.

La cuarta COMO RESOLVER LA QUEJA aunque las principales propuestas fueron de carácter económico se observa como los usuarios agotan diferentes recursos, tanto económicos, de amistad o por las vías legales en cuanto a la solución de las quejas desafortunadamente todo llega al punto del retraso o ausencia en la atención en salud. Como conclusión general se plantea que los usuarios de este estudio perciben una atención en salud con dificultades en el acceso, la equidad y las relaciones intersubjetivas con los funcionarios de la salud, por lo cual hacen un llamado a una atención en salud desde el derecho, humanizada, con equidad y que permita su participación de manera real, no sólo en el proceso de atención, también en la toma de decisiones. Lo que lleva finalmente a una insatisfacción permanente y una incertidumbre que cuestionan la atención en salud. Como principal aporte, este estudio brinda luces sobre la manera de enfocar filosóficamente el sistema de gestión que rige el trabajo y pasar de cumplir los requisitos base a vivir en una cultura de calidad en la atención en salud, como parte del día a día. La calidad en atención como estilo de vida.

El estudio titulado “la calidad en salud pública”, publicado en la revista ciencias médicas en el año 2012, presenta una revisión con el objetivo de motivar a los trabajadores de salud en la necesidad de implementación de sistemas de gestión de la calidad familiarizándolos con algunos de los elementos más importantes de la calidad en salud. Se hace una revisión de los elementos de la calidad y la importancia de la implementación de sistemas de gestión de la calidad en las unidades de salud, destacando las dificultades encontradas en estudios internacionales en cuanto a la seguridad médica y a la organización de los servicios médicos, en busca de la satisfacción de los usuarios y la eficiencia en los servicios de salud. Se plantea la necesidad de la formulación de indicadores para

la evaluación de los procesos en los servicios de salud. Como principal aporte, este estudio permite concluir que los sistemas de gestión se ven, como diseños para fábricas o grandes corporaciones, pero no se tiene la visión del sistema de calidad enfocado al cliente en entidades de salud de cualquier tipo o tamaño. Incentiva al lector a ver los beneficios que dejar registros de actividades, medir indicadores y sobre todo enfocarse en los requisitos del cliente puede traer tanto para la imagen de la entidad como para la competitividad.⁶

El estudio “calidad de la atención en salud en el hospital universitario del valle Evaristo García- percepción de los usuarios” publicado en el año 2010, es parte de una investigación, en la cual el Hospital Universitario del Valle inició el proceso de identificación y percepción de los usuarios en cuanto a la calidad en la atención de los servicios de salud, por medio del proceso de medición a través de trabajo extramural, con aceptación voluntaria y anónima de cada uno de los usuarios.

Adoptaron el modelo de Donabedian el cual propone un análisis de la calidad a partir de tres dimensiones -estructura, procesos y resultados-. Este esquema supone que los resultados realmente son consecuencia de la atención proporcionada, lo cual implica que no todos los resultados puedan ser fácil y exclusivamente imputables a los procesos, y no todos los procesos dependerán directa y unívocamente de la estructura. Para este proyecto, se realizó un estudio de tipo exploratorio-descriptivo, que empleó métodos y técnicas cuantitativas y cualitativas, las cuales permitieron identificar la calidad de la atención en salud en el HUV. Percepción de los usuarios. Percepciones de una muestra representativa de usuarios atendidos en el HUV, entre el 2009 y el 2010.

A nivel demográfico dentro de los resultados del estudio se observa que la mayoría de personas que requieren los servicios de salud son de sexo femenino, casadas-unión libre, localizadas en su gran mayoría en zona urbana. Para este estudio la valoración de la calidad según la perspectiva de los usuarios se realizó siguiendo la propuesta metodológica del modelo SERVQUAL, lo cual significa que se realizó, inicialmente, una medición de las expectativas de los usuarios en relación con el servicio; en segundo lugar se midió la percepción frente al servicio y atención que recibió y, para obtener la calificación final sobre la calidad de la atención en salud del HUV, se estableció la diferencia entre las expectativas y la percepción (E-P) de los usuarios.

Este estudio realizado por el Hospital del Valle es muy completo donde detalla en cada uno de sus gráficos y evidencias los diferentes ítems los cuales demuestran el grado de satisfacción y calidad en atención prestada por la institución. Como aporte, este estudio permite observar un modelo de trabajo muy similar al que se

pretende implementar en la presente investigación, da una metodología de diagnóstico e interpretación de los resultados muy aplicable y adaptable a la realidad del Hospital San José de Tadó. ⁷

El estudio titulado “calidad en los servicios de salud desde los marcos de sentido de diferentes actores sociales en Colombia y Brasil” publicado en la revista de salud pública en el año 2010, corresponde a un estudio cualitativo realizado con el objeto de analizar los marcos de sentido en la definición de la calidad de los diversos servicios, para los diversos actores sociales en Colombia y Brasil. ⁸

Los investigadores pudieron encontrar que los marcos de sentido desde los cuales construyen la calidad de la atención, usuarios y personal de salud en ambos países, mostraron convergencias en torno a tres grandes ejes: adecuación de la estructura, nivel técnico y humanización de la atención. Presentaron, no obstante, matices diferenciadores: los usuarios de ambos países profundizan en aspectos estructurales y organizativos como disponibilidad y accesibilidad de recursos, y en aspectos técnicos, como resolutive y calidad técnica. El personal de salud de Colombia y Brasil mostró similitudes, pero mientras los primeros destacaban más una administración ágil y tiempo de consulta mayor; los segundos, más disposición de personal especializado, materiales e insumos suficientes. Por su parte, el marco de sentido de los formuladores emergió del conjunto de normas legales.

Concluyeron que los matices aportados por los distintos marcos de sentido de calidad de los actores sociales, indican la necesidad de tenerlos en cuenta en su totalidad, ya que apuntan a diferentes debilidades del sistema. Además, muestran que los usuarios profundizan más en aspectos técnicos del servicio de lo considerado habitualmente. Como principal aporte, este estudio permite concluir que la herramienta que se diseñe para esta investigación debe considerar aspectos técnicos, humanos, financieros y demás, de tal forma que permita medir la realidad de la percepción del usuario y disminuir los errores y la incertidumbre del resultado.

JUSTIFICACIÓN

Las instituciones de salud, y en especial las del sector público, además de grandes retos en cuanto a la competitividad y eficiencia económica, tienen inmensas dificultades en la prestación de servicios de salud con calidad, debidas en algunos casos a la selección, formación y distribución del talento humano competente en las áreas donde más se requiere, que conlleva en últimas a un déficit en los procesos de prestación del servicio y en la percepción de los usuarios y de la comunidad.

Esto ratifica la importancia de diseñar e implementar herramientas que permitan diagnosticar la efectividad de la gestión administrativa de una entidad en la satisfacción de los clientes, usuarios y la comunidad, como objeto global del sistema administrativo, y a partir de este tomar acciones correctivas y preventivas sobre las desviaciones al ideal llevando a la mejora continua de capacidad de la entidad de prestar un servicio que cumple con los requisitos legales, reglamentarios e internos establecidos.

Con la presente investigación, se pretende obtener una línea base en cuanto a la percepción de los clientes, usuarios, partes interesadas y comunidad que se beneficia del servicio de consulta externa en el Hospital San José de Tadó y a partir de esta establecer una hoja de ruta para la implementación de un sistema de gestión que ayude a cumplir con las necesidades y expectativas de los clientes y partes interesadas en el servicio a la par que se mejora la eficiencia administrativa del servicio.

Se podrá obtener beneficios extras a nivel social como el aumento en los niveles de motivación colectiva, sentido de identidad y pertenencia, mediante el mejoramiento de las condiciones laborales, mejoramiento en la calidad de vida de los funcionarios, y finalmente mejores servicios de salud.

Funcionarios de diferentes procesos y niveles jerárquicos se obtiene como conclusión general la importancia del diseño y aplicación de sistemas de gestión estandarizados para el cumplimiento de los requisitos de ley, los propios, los del cliente, obteniendo como resultado, aumentos en la satisfacción de los usuarios, captación de nuevos usuarios y reconocimiento del hospital a nivel regional y nacional.

A pesar del aumento de la literatura especializada existente sobre el tema, este estudio a nivel local y con la población específica en el área de la salud, (teniendo en cuenta que un estudio de este tipo, no se ha realizado en ninguna de las instituciones del departamento), podrá generar producción intelectual relacionada como ensayos, artículos en revistas, procesos y la generación de modelos de evaluación de la satisfacción del cliente, de evaluación de clima organizacional, de establecimiento de planes de acción, políticas y objetivos en instituciones como Hospitales Públicos. Los resultados obtenidos, se podrán generalizar a otras Empresas Sociales Del Estado de primer nivel de atención, logrando establecer protocolos o modelos de buenas prácticas y de excelencia en la gestión.

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA

Las entidades de control, como parte de los hallazgos posteriores a procesos de auditoría, ratifican la necesidad que la entidad diseñe y aplique políticas enfocadas en el servicio al cliente, estos mismos hallazgos quedan anualmente como parte de la revisión anual realizada por la junta directiva del Hospital San José de Tadó

Algunos usuarios y clientes han manifestado de manera informal críticas luego de recibir servicios en la entidad, pero ninguna de estas ha sido realizada de manera oficial, de tal forma que se puedan identificar los puntos problemas y tomar acciones correctivas necesarias.

No se han diseñado metodologías que permitan obtener información de retorno tanto positiva como negativa de la percepción de los usuarios, clientes y partes interesadas en el servicio prestado en el proceso consulta externa.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

A partir de la presente investigación y con base en lo planteado se quiere responder al siguiente interrogante:

¿Cuáles son las expectativas, necesidades, inconformidades y grado de satisfacción de los usuarios con respecto al ingreso y uso de los servicios de consulta externa en el Hospital San José de Tadó?

Para ayudar a responder este interrogante se sistematizó la pregunta principal en preguntas secundarias:

¿Se ha diseñado una herramienta para medir el grado de satisfacción de los usuarios, clientes y partes interesadas en el proceso de consulta externa?

¿Existe un diagnóstico o autoevaluación de las expectativas, necesidades y del grado de conformidad de los usuarios, clientes y partes interesadas en el servicio de consulta externa?

¿Se han determinado los puntos críticos de control, porcentaje de evacuación y puntos críticos de insatisfacción con el servicio de consulta externa?

¿Se han diseñado herramientas para obtener información de retorno, tanto positiva como negativa con respecto al servicio prestado?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar las necesidades, expectativas, inconformidades y el grado de satisfacción de los usuarios, clientes y partes interesadas en el servicio de consulta externa del Hospital San José de Tadó

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Caracterizar las expectativas e inconformidades de los usuarios, clientes y partes interesadas en el servicio de consulta externa asociadas a cada etapa del proceso
- Determinar los puntos críticos de represamiento para la atención, porcentaje de evacuación y de insatisfacción con el servicio de consulta externa.
- Identificar y establecer planes de mejoramiento y estrategias derivadas de los resultados de la medición del grado de satisfacción de los usuarios, clientes y partes interesadas en el proceso de consulta externa.

MARCO TEORICO

SERVICIO DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO SIAU

Es una herramienta diseñada por el Ministerio de Protección Social para mejorar la prestación de servicios tomando como fuente la información del usuario mediante quejas, reclamos y sugerencias haciendo uso de sus derechos y deberes.

Funciones

Atender en forma personalizada a los usuarios, garantizando canalización y resolución de sus peticiones. Implementar las políticas y estrategias trazadas por la ESE de miramiento organizacional.

Diseñar y desarrollar conjuntamente con otras dependencias de ESE estrategias orientadas a la humanización en salud.

Recepcionar, clasificar, procesar, sistematizar, analizar e informar con criterio cuantitativo y cualitativo de información al usuario.

EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS)

“Instrucción al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia fue creado en el año de 1993 (Ley 100). Es un sistema de salud de competencia regulada, basado en la mezcla pública-privada y mercado-regulación, cuyas principales fuentes de financiamiento son las cotizaciones de empleados y empleadores, que financian el régimen contributivo, y los recursos fiscales obtenidos por medio de impuestos generales, que financian el régimen subsidiado. Las Empresas Promotoras de Salud-EPS son entidades públicas y privadas que operan como aseguradoras y administradoras. Las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) se encargan de proveer los servicios de atención a los usuarios, de acuerdo con las prestaciones o beneficios definidos en el Plan Obligatorio de Salud-POS. El contenido del POS del régimen subsidiado representaba cerca del 60% del que tiene el régimen contributivo, aunque en la actualidad ya existe un equilibrio de estos POS mediante el acuerdo 032 de 2012 de la CRES (Comisión de Regulación en Salud). El Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), se encarga de reconocer el pago a las EPS, según el número de afiliados y el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y trasladar recursos fiscales para el régimen subsidiado. Las grandes fuerzas que regulan el SGSSS son la macroeconomía (estructura productiva y salarial, empleo, distribución del ingreso y tendencias económicas) el desarrollo social, en especial la pobreza, el grado de

desarrollo general, el modelo de industrialización, el sistema productivo y laboral, la concentración del ingreso, los recursos fiscales, la descentralización y otros similares. El modelo de financiamiento mixto del SGSSS es quizás el más difundido en el mundo, en especial en los países en desarrollo o de ingresos bajos y medios. En cada país este modelo se ubica en alguna combinación de recursos de seguridad social, obtenidos por medio de cotizaciones y recursos fiscales, originados en los impuestos. Adicionalmente, en cada país el sistema de salud adopta una estructura, una organización y unos arreglos institucionales específicos. En Colombia, los recursos financieros que se obtienen por medio de cotizaciones y aportes representan cerca del 70% del total, mientras que más del 50% de los afiliados se encuentran en el régimen subsidiado. Debido al diseño del SGSSS son numerosos los actores e instituciones que hacen parte de las líneas de planeación, decisión, asignación de recursos y operación: Ministerio de la Protección Social, Superintendencia de Servicios de Salud, entidades territoriales y Secretarías de Salud, EPS, IPS, hospitales de diferente nivel y comunidades. Cada uno de ellos juega un papel en términos del mercado o de regulación y se encuentran en medio de esquemas de relación, articulación, subordinación y participación. Quizás los actores más complicados son las EPS, instituciones de naturaleza pública o privada, con o sin ánimo de lucro. Pueden operar como instituciones aseguradoras, administradoras y como agencia, en defensa del usuario. Por lo general, operan como entidades aseguradoras y con frecuencia su papel es poco transparente. No ha sido posible establecer de manera precisa su margen de rentabilidad, cuando se trata de entidades con ánimo de lucro”⁹.

Contexto normativo del SGSSS. Para establecer el contexto normativo de SGSSS en Colombia se debe realizar un análisis a partir de la Constitución Política de Colombia.

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA:

Artículo 48º. “La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social. El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley. La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley. No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella. La ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante.”

Artículo 49º. “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al

Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.”

Artículo 356. “Salvo lo dispuesto por la Constitución, la ley, a iniciativa del gobierno, fijará los servicios a cargo de la nación y de las entidades territoriales. Determinará, así mismo, el situado fiscal, esto es, el porcentaje de los ingresos corrientes de la nación que será cedido a los departamentos, el distrito capital y los distritos especiales de Cartagena, Santa Marta y Barranquilla, para la atención directa, o a través de los municipios, de los servicios que se le asignen. Los recursos del situado fiscal se destinarán a financiar la educación preescolar, primaria, secundaria y media, y la salud, en los niveles que la ley señale, con especial atención a los niños. El situado fiscal aumentará anualmente hasta llegar a un porcentaje de los ingresos corrientes de la nación que permita atender adecuadamente los servicios para los cuales está destinado. Con este fin, se incorporarán en él la retención del impuesto a las ventas y todos los demás recursos que la nación transfiera directamente para cubrir gastos en los citados niveles de educación. La ley fijará los plazos para la cesión de estos ingresos y el traslado de las correspondientes obligaciones, establecerá las condiciones en que cada departamento asumirá la atención de los mencionados servicios y podrá autorizar a los municipios para prestarlos directamente en forma individual o asociada. No se podrán descentralizar responsabilidades sin la previa asignación de los recursos fiscales suficientes para atenderlas. Un quince por ciento del situado fiscal se distribuirá por partes iguales entre los departamentos, el distrito capital y los Distritos de Cartagena, Santa Marta y Barranquilla. El resto se asignará en proporción al número de usuarios actuales y potenciales de los servicios mencionados, teniendo en cuenta, además, el esfuerzo fiscal ponderado y la eficiencia administrativa de la respectiva entidad territorial. Cada cinco años la ley, a iniciativa de los miembros del Congreso, podrá revisar estos porcentajes de distribución”.

Artículo 366. “El bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del Estado. Será objetivo fundamental de su actividad la solución de las necesidades insatisfechas de salud, de educación, de saneamiento ambiental y de agua potable. Para tales efectos, en los planes y presupuestos de la Nación y de las entidades territoriales, el gasto público social tendrá prioridad sobre cualquier otra asignación.”¹⁰

NIVELES DE COMPLEJIDAD EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS.

Baja complejidad: Son aquellas instituciones que habilitan y acreditan en su mayoría servicios considerados de baja complejidad y se dedican a realizar intervenciones y actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, consulta médica y odontológica, internación, atención de urgencias, partos de baja complejidad y servicios de ayuda diagnóstica básicos en lo que se denomina primer nivel de atención.

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

Alta complejidad: Cuentan con servicios de alta complejidad que incluyen especialidades tales como neurocirugía, cirugía vascular, neumología, nefrología, dermatología, etc. con atención por especialista las 24 horas, consulta, servicio de urgencias, radiología intervencionista, medicina nuclear, unidades especiales como cuidados intensivos y unidad renal. Estas Instituciones con servicios de alta complejidad atienden el tercer nivel de atención, que incluye casos y eventos o tratamientos considerados como de alto costo en el POS.

Hospital San José de Tadó.

Es una entidad de categoría descentralizada del orden Municipal, dotada de personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa sometida al régimen jurídico previsto en los artículos 194,195,197 de la ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, adscrita a la dirección del sistema local de Salud; Creada mediante el decreto No. 09 de julio 10 de 1997, proferido por la Alcaldía Municipal.

MISIÓN

Somos una E.S.E que presta los servicios de primer nivel de atención en salud fortalecidos mediante la promoción y prevención de la salud para el municipio de Tadó, contamos con un equipo humano capacitado y comprometido con la calidad, seguridad y responsabilidad social, garantizando la atención efectiva y oportuna contribuyendo al mejoramiento de las condiciones de salud de los usuarios.

VISIÓN

En el año 2016 seremos la primera Empresa Social del Estado de primer nivel de atención del Departamento del Chocó reconocida a nivel nacional por la implementación y ejecución en los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, a través del desarrollo de estrategias y políticas institucionales centradas en la prestación de servicios al usuario con atención humanizada brindando seguridad al paciente y completa satisfacción, además ser reconocida por su eficiente utilización de los recursos generando rentabilidad económica, social y con desarrollo para poder brindar el mejor modelo de atención en salud del municipio.

OBJETIVO

Prestar servicios de salud de forma integral, oportuna, eficiente, para toda la población del municipio de Tadó, cubriendo las necesidades de sus habitantes por medio de la prestación de los diferentes servicios que brinda el Hospital.

VALORES CORPORATIVOS

- Servicio al cliente
- Austeridad
- Trabajo en equipo
- servicio con calidad
- Mejoramiento continuo

PRINCIPIOS CORPORATIVOS

- Honestidad
- Respeto
- Responsabilidad
- Eficiencia
- Oportunidad
- Universalidad

A continuación se presentan las diferentes características de los Sistemas de Gestión por cada norma y algunos de los modelos de integración que proponen varios autores, según la investigación bibliográfica adelantada.

NORMA ISO 9001:2008

El Sistema de Gestión de la Calidad es aquella parte del sistema de gestión de la organización enfocada en el logro de los resultados, en relación con los objetivos de la calidad, para satisfacer las necesidades, expectativas y requisitos de los clientes. Proporciona confianza, tanto interna como externa, sobre la capacidad de la organización para ofrecer productos y servicios que satisfagan los requisitos de forma coherente y es el marco de referencia para la mejora continua con objeto de incrementar la probabilidad de aumentar la satisfacción del cliente.¹¹

La familia ISO 9000 constituye un conjunto coherente de normas y directrices sobre gestión de la calidad que se han elaborado para asistir a las organizaciones, de todo tipo y tamaño, en la implementación y la operación de sistemas de gestión de la calidad (SGC) eficaces. Esta familia la forman:

- La Norma ISO 9000: Sistemas de gestión de la calidad – Fundamentos y vocabulario.
- La Norma ISO 9001: Sistemas de gestión de la calidad – Requisitos.
- La Norma ISO 9004: Sistemas de gestión de la calidad – Directrices para la mejora del desempeño.
- La Norma ISO 19011: Directrices para la auditoría medioambiental y de la calidad.

La norma ISO 9001:2008 es genérica y es aplicable a todas las organizaciones, independiente de su tipo, tamaño o categoría de producto, bajo ciertas circunstancias una organización puede hacer exclusiones cumpliendo con algunos requisitos específicos de ISO 9001:2008 (capítulo 7), siempre y cuando sean permitidos para reclamar conformidad con la norma. Esto es posible ya que se ha reconocido que no todos los requisitos de esta cláusula de la norma son relevantes a todas las organizaciones. La misma norma ISO 9001:2008 lo permite para tales situaciones, a través del numeral 1.2 Aplicación.

Consecuentemente, el alcance de la certificación debe estar en armonía con el alcance del sistema de gestión de la calidad, describiendo además cualquier requisito de ISO 9001 que se excluya.¹²

La versión actual de ISO 9001 (la cuarta) data de noviembre de 2008, y por ello se expresa como ISO 9001:2008. Versiones ISO 9001 hasta la fecha:

- Cuarta versión: la actual ISO 9001:2008 (15/11/2008)
- Tercera versión: ISO 9001:2000 (15/12/2000)
- Segunda versión: ISO 9001:94 - ISO 9002:94 - ISO 9003:94 (01/07/1994)
- Primera versión: ISO 9001:87 - ISO 9002:87 - ISO 9003:87 (15/03/1987)

Antecedentes de la acreditación en salud en el mundo. Después de 1140, se comienzan a visualizar los primeros intentos de Italia por licenciar a todos los médicos, para USA los inicios de la garantía de calidad en el sector salud, se inician alrededor de 1917, cuando el American College of Surgeons (Colegio Estadounidense de Cirujanos) resumió un conjunto de estándares mínimos para los hospitales estadounidenses, con el fin de controlar y realizar seguimiento a la calidad del servicio y tomar correcciones para los servicios deficientes. Esta estrategia sentó las bases para un proceso de acreditación, actualmente administrado por la Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (Comisión Conjunta de Acreditación para las Organizaciones prestadoras de servicios de salud, 1951).

Como podemos ver los adelantos en el proceso de acreditación no son nuevos, en los años 80, las falencias en la verificación, identificación de errores en calidad y generación de novedosas metodologías gerenciales, además del incremento paulatino en los costos generados por la no calidad, fue encadenando en el sector salud sobre todo para los países “Desarrollados”, la reevaluación de los actuales estándares de garantía de calidad, fue así como en USA se empezó a reevaluar las teorías de Mejoramiento Continuo de la Calidad (PMC) y de la Administración Total de la Calidad (TQM) llevando a eliminar la ideología de la inspección, que tal vez con un enfoque errado, estaba llevando a mirar la salud como un producto y promover el Mejoramiento continuo como una metodología de análisis de causas real.¹³

La Salud seguía enfrentando un ciclo importante y en la década de los 80 se consolidó la International Society for Quality in Health Care (ISQua) y se estableció su secretaría oficial en Australia, esta sociedad es una organización sin ánimo de lucro, administrada por un Consejo Ejecutivo, que se elige cada dos años. Los miembros regulares del Consejo son de Norteamérica, Europa y de la región de Asia y el Pacífico.

Actualmente, países como Nueva Zelandia, Japón, Francia, Sudáfrica, Finlandia, Malasia y Argentina, entre otros, han estructurado e implementado, sistemas de evaluación y acreditación en salud, que de alguna manera han evidenciado resultados satisfactorios.¹⁴

Antecedentes de la acreditación en salud en Colombia. Con la aprobación de la nueva Constitución Política, se consolidó la obligatoriedad del servicio de Seguridad Social, prestado bajo el control del Estado, esta disposición modificó el

Sistema Nacional de Salud, que se tenía desde 1975, el nuevo modelo, a través de la ley 60 de 1993, definió las competencias y los recursos para los diferentes entes territoriales, a partir de allí la Ley 100 de 1993, una de las más controvertidas en el sector para las últimas décadas, creó el nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud y dentro de éste se estableció la Acreditación en Salud como mecanismo voluntario para mejorar la Calidad de los Servicios de Salud, mediante el Artículo 186 de la Ley 100 de 1993, disposición que fue ratificada por el Artículo 42.10 de la Ley 715 de 2001.

Según información obtenida del Ministerio de la Protección Social, a comienzos de los años 90, el Ministerio de Salud, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, OPS, y diferentes organizaciones del sector (ASCOFAME, Asociación Colombiana de Hospitales, Seguro Social, Superintendencia Nacional de Salud, Centro de Gestión Hospitalaria, entre otros), elaboraron un “Manual de Acreditación de IPS”, tomando como referencia el “Manual de Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe”, publicado por la OPS en 1991. El manual fue aplicado por el Seguro Social y por el Ministerio de Salud, el Centro de Gestión Hospitalaria e ICONTEC, en un grupo amplio de instituciones del Seguro y otras, en una prueba piloto.¹⁵

ANTECEDENTES MECI 1000.

El Control Interno hasta la expedición de la Constitución de 1991, casi se redujo a las labores de “control previo” ejercidas por la Contraloría y, eventualmente, por las oficinas de Auditoría Interna existentes, en ambos casos con muy poca participación real de la entidad. Esto dio pie a que el concepto de “control interno” se asimilara, por parte de muchos servidores públicos, a una actividad ajena a la institución, hecha por personas o entidades “independientes”, no sujetas a la autoridad organizacional y por tanto fuera de su ámbito de responsabilidad. Pero el concepto de control interno moderno se aparta de esta visión y no es propiamente una formalidad constitucional o legal, sino que debe concebirse más bien como un genuino instrumento de la labor gerencial.¹⁶

La Ley 87 de 1993, en su artículo 1º definió el control interno así:

“Se entiende por control interno el sistema integrado por el esquema de organización y el conjunto de los planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una entidad, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas u objetivos previstos”.¹¹

El sistema de control interno debe ser un conjunto armónico en el cual confluyen el sistema de planeación de la entidad, las normas, métodos y procedimientos utilizados por ella para el desarrollo de sus funciones, y los mecanismos e instrumentos de seguimiento y evaluación que utilice para realimentar su ciclo de operaciones.

Esta característica es fundamental, pues es la que permite que todos los estamentos de la organización participen activamente en el ejercicio del control: la dirección, a través de la orientación general y la evaluación global de resultados; las áreas ejecutivas, a través de las normas y procedimientos establecidos para desarrollar sus actividades; y las dependencias de apoyo, mediante el uso adecuado de procesos administrativos tales como la planeación, el presupuesto, la administración financiera, el control de gestión y la evaluación del desempeño de los recursos humanos de la organización.

El sistema de control interno es ante todo un instrumento de gestión que contribuye al control de legalidad, de gestión y de resultados. El sistema de control interno funciona adecuadamente si provee razonable seguridad del logro de los objetivos institucionales de una organización. En particular referido a:

- I. Eficiencia y eficacia de las operaciones de la entidad;
- II. Confiabilidad de la información financiera y de otro orden, y
- III. Cabal cumplimiento de las Leyes, normas, estatutos y regulaciones que cobijan a la entidad en cuestión.

El Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 se construyó tomando como fundamento el marco conceptual desarrollado con ocasión de la cooperación internacional con la Agencia de los Estados Unidos para la Cooperación Internacional (USAID), y su operador en Colombia Casals & Associates Inc., dentro del Programa de Fortalecimiento de la Transparencia y Rendición de Cuentas en Colombia.

El Modelo proporciona la estructura básica para evaluar la estrategia, la gestión y los propios mecanismos de evaluación del proceso administrativo, y aunque promueve una estructura uniforme, se adapta a las necesidades específicas de cada entidad, a sus objetivos, estructura, tamaño, procesos y servicios que suministran.¹⁶⁻¹⁷

En 1991, con la aprobación de la nueva Constitución Política, se estableció que 'la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado', que aplica los principios de descentralización, universalidad, solidaridad, equidad, eficiencia y calidad que debe tener el servicio de salud en Colombia. Esta nueva disposición modificó el Sistema Nacional de Salud, vigente desde 1975, organizado básicamente en tres subsistemas: 1) salud pública; 2) los Seguros Sociales y, (que estaba administrado por el Instituto de los Seguros Sociales y las cajas de previsión) y 3) el Subsistema

Privado de Servicios. El nuevo modelo, a través de la Ley 60 de 1993, definió las competencias y los recursos para los diferentes entes territoriales, y la Ley 100 de 1993, creó el nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud y dentro de éste se estableció la Acreditación en Salud como mecanismo voluntario para mejorar la Calidad de los Servicios de Salud, mediante el Artículo 186 de la Ley 100 de 1993, disposición que fue ratificada por el Artículo 42.10 de la Ley 715 de 2001.

A comienzos de los años 90, el Ministerio de Salud, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, OPS, y diferentes organizaciones del sector (Ascofame, Asociación Colombiana de Hospitales, Seguro Social, Superintendencia Nacional de Salud, Centro de Gestión Hospitalaria, entre otros), elaboraron un “Manual de Acreditación de IPS”, tomando como referencia el “Manual de Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe”, publicado por la OPS en 1991. El manual fue aplicado por el Seguro Social y por el Ministerio de Salud, el Centro de Gestión Hospitalaria e ICONTEC, en un grupo amplio de instituciones del Seguro y otras, en una prueba piloto.¹⁸

Posteriormente, en agosto de 1994 el Ministerio de Salud emitió el Decreto 1918, en el que se estableció la operación de un Consejo Nacional de Acreditación. Sin embargo, este decreto no fue aplicado, el tema de la Acreditación fue pospuesto y el manual no fue difundido.

En 1996, el Ministerio expidió el Decreto 2174, derogado posteriormente por el Decreto 2309 de 2002, en el cual se reglamentó por primera vez, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad para las EPS e IPS y se definió la Acreditación como un procedimiento sistemático, voluntario y periódico, orientado a demostrar el cumplimiento de estándares de calidad superiores a los requisitos mínimos de prestación de servicios de salud.

Aproximadamente cuatro años más tarde, el Ministerio de Protección Social contrató la realización de un estudio para evaluar y ajustar el Sistema de Garantía de Calidad de las EPS e IPS, en el que se estudiaron los avances desarrollados en la Acreditación de instituciones de salud en 12 países con igual o mayor desarrollo al de Colombia, los principios desarrollados por la ISQua (International Society for Quality in Health Care), con su programa ALPHA, (Agenda for Leadership in Programs for Health Care Accreditation), como una guía a tener en cuenta por los organismos de Acreditación en Salud que desearan avalar su programa de Acreditación en el ámbito mundial¹⁹

Con base en este estudio, la experiencia del Centro de Gestión Hospitalaria en Colombia, del Consejo Canadiense de Acreditación en Salud, Qualimed, una empresa mexicana y el entonces Ministerio de Salud, se diseñó el Sistema Único de Acreditación en Salud para Colombia, después de una amplia discusión en el ámbito nacional, varias reuniones de consenso y una prueba piloto tanto en IPS, como en EPS. El Sistema Único de Acreditación en Salud se reglamentó en la

Resolución 1474 de 2002 como uno de los componentes del Sistema de Garantía de Calidad en Salud (SOGC)

Es importante anotar que la primera reglamentación del SOGC se realizó en 1996 con la expedición del Decreto 2174 y posteriormente con el Decreto 2309 de 2002 (derogado), en el que se dispone:

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.²¹⁻²²

El decreto 1011 de 2006²³ establece La Calidad de la Atención en Salud como 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, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios, para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:

Accesibilidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

Seguridad. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, que pretenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Pertinencia. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

Continuidad. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

En el mismo Decreto en mención se definen como componentes del SOGC para los Prestadores de Servicios de Salud y Entidades Administradoras, los siguientes:

La habilitación de IPS y EPS, que consiste en una evaluación externa, de carácter gubernamental y obligatoria, orientada a garantizar unas condiciones mínimas de seguridad, de manejo del riesgo y de dignidad para los usuarios, sin las cuales no se pueden ofrecer ni contratar servicios de salud, cuya vigilancia es de la competencia del Estado, específicamente de las Direcciones Territoriales de Salud.

La Auditoría para el mejoramiento de la calidad, identificada como una herramienta básica de evaluación interna, continúa y sistemática del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación. Los procesos de auditoría son obligatorios para las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, cuando actúan como aseguradoras, las instituciones prestadoras de servicios de salud, las entidades promotoras de salud del régimen contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada.

La acreditación en salud como el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud, de las entidades promotoras de salud del régimen contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada, que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

El sistema de información para los usuarios, que permitirá estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector y orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes, así como de los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen contributivo y Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada, para que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer sus derechos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Así mismo, en el decreto se describen las funciones de la Entidad Acreditadora y los estándares que deben cumplir las IPS y EPS que opten por esta evaluación.

En concordancia, es importante comprender que la acreditación en salud es uno de los componentes del sistema, que se articula con los otros para garantizar la calidad de la atención en salud y proveer servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta los recursos disponibles para lograr la adhesión y satisfacción del usuario, bajo el control y tutela del Ministerio de la Protección Social. Los estándares de todo el sistema deben ser ajustados de manera progresiva de tal forma que, poco a poco, el país incremente el nivel global de la calidad en los servicios de salud.

El Ministerio de la Protección Social, mediante la Resolución 0003557²⁴ del 19 de noviembre de 2003, designó a ICONTEC como Entidad Acreditadora para el

Sistema Único de Acreditación (SUA) y adjudicó el contrato de concesión 000187 de 2003 para desarrollar, implantar, dirigir, orientar, actualizar y mejorar dicho sistema.

MARCO CONCEPTUAL

Para efectos de la comprensión de los diferentes aspectos que consagra el presente trabajo, se establecen los siguientes significados de las palabras y expresiones empleadas, extraídas de las normas técnicas nacionales e internacionales.¹¹⁻¹²

Acreditación en salud: acreditación en salud es un proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del cliente en una organización de salud, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por las entidades evaluadas. Es realizada por personal idóneo y entrenado para tal fin, y su resultado es avalado por la entidad de acreditación autorizada para dicha función (Resolución 1474 de 2002).

Administrar: Gobernar, ejercer la autoridad o el mando sobre un territorio y sobre las personas que lo habitan. Dirigir una institución. Ordenar, disponer, organizar, en especial la hacienda o los bienes.

Aseguramiento de la calidad: conjunto de actividades preestablecidas y sistemáticas, aplicadas en el marco del sistema de la calidad, que se ha demostrado que son necesarias, para dar confianza adecuada de que una entidad satisfará los requisitos para la calidad.

Atención en salud: se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud: es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

Calidad de la atención de salud: se entiende como 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, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

Código de Ética: Documento de referencia para gestionar la ética en el día a día de la municipalidad. Está conformado por los Principios, Valores y Directrices que en coherencia con La Guía de Buen Gobierno, todo servidor público de la entidad debe observar en el ejercicio de su función administrativa.

Comité de Ética: Instancia organizacional encargada de promover y liderar el proceso de implantación de la gestión ética para entidades del Estado, encauzado hacia la consolidación del ejercicio de la función pública en términos de eficacia, transparencia, integridad y servicio a la ciudadanía, por parte de todos los servidores públicos de la entidad.

Compañía: la totalidad de una organización o entidad de negocios, responsable de aplicar los requerimientos de la presente norma, incluyendo todo el personal (v.g. directores, ejecutivos, gerencia, supervisores, y el resto del personal, tanto empleado directamente, como contratado, como aquel que represente a la compañía de cualquier otra forma).

Condiciones de capacidad tecnológica y científica: son los requisitos básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud

Conflicto de Interés: Situación en virtud de la cual una persona, en razón de su actividad, se encuentra en una posición en donde podría aprovechar para sí o para un tercero las decisiones que tome frente a distintas alternativas de conducta.

Control Interno: se entiende por control interno el sistema integrado por el esquema de organización y el conjunto de los planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una entidad, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas u objetivos previstos.

Gestionar: Hacer diligencias conducentes al logro de un negocio o un objetivo.

Gobernabilidad: Conjunto de condiciones que hacen factible a un gobernante o Gerente el ejercicio real del poder que formalmente se le ha entregado para el cumplimiento de los objetivos y fines bajo la responsabilidad de su cargo. Esta capacidad de conducir al colectivo se origina en el grado de legitimación que los diversos grupos de interés conceden a la dirigencia.

Gobierno Corporativo: Manera en que las entidades son dirigidas, mejorando su funcionamiento interna y externamente, buscando eficiencia, transparencia e integridad, para responder adecuadamente ante sus grupos de interés, asegurando un comportamiento ético organizacional.

Grupos de Interés: Personas, grupos o entidades sobre las cuales el ente público tiene influencia, o son influenciadas por ella. Es sinónimo de “Públicos internos y externos”, o “Clientes internos y externos”, o “partes interesadas”.

Guía de Buen Gobierno: Orientaciones voluntarias de autorregulación de quienes ejercemos la administración en el Hospital Local Obando E.S.E, que a manera de compromiso ético buscamos garantizar una gestión eficiente, íntegra y transparente en la administración pública. Este documento recoge las normas de conducta, mecanismos e instrumentos que deben adoptar las instancias de dirección, administración y gestión de la administración central y las entidades descentralizadas, con el fin de generar confianza en los públicos internos y externos hacia la administración municipal.

MECI 1000: Modelo Estándar de Control Interno, aplicable a las entidades regidas por la Ley 87 de 1993; por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado.

Misión: Definición del quehacer de la entidad. Está determinado en las normas que la regulan y se ajusta de acuerdo a las características de cada ente público.

Modelo Estándar de Control Interno: Modelo establecido por el Estado para sus entidades mediante el Decreto No. 1599 de 2005. Proporciona una estructura para el control a la estrategia, a la gestión y a la evaluación, con el propósito de mejorar el desempeño institucional mediante el fortalecimiento del control y de los procesos de evaluación que deben llevar a cabo las Oficinas de Control Interno, Unidades de Auditoría Interna o quien haga sus veces.

Parte interesada: Persona o grupo de personas que tienen interés en el desempeño o éxito de la organización

Políticas: Directrices u orientaciones por las cuales la alta dirección define el marco de actuación con el cual se orientará la actividad pública en un campo específico de su gestión, para el cumplimiento de los fines constitucionales y misionales de la entidad, de manera que se garantice la coherencia entre sus prácticas y sus propósitos.

Prestadores de servicios de salud: se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes.

Principios Éticos: Creencias básicas sobre la forma correcta como debemos relacionarnos con los otros y con el mundo, desde las cuales se erige el sistema de valores éticos al cual la persona o el grupo se adscriben. Proporciona una estructura para el control de la estrategia, la gestión y la evaluación en las entidades del Estado, cuyo propósito es orientarlas hacia el cumplimiento de sus objetivos institucionales y la contribución de estos a los fines esenciales del Estado.

Rendición de Cuentas: Deber legal y ético de todo funcionario o persona de responder e informar por la administración, el manejo y los rendimientos de fondos, bienes y/o recursos públicos asignados, y los respectivos resultados, en el cumplimiento del mandato que le ha sido conferido. De esta manera se constituye en un recurso de transparencia y responsabilidad para generar confianza y luchar contra la corrupción.

Requisitos de la calidad: condición que se refiere a las características inherentes de un producto, proceso o sistema.

Riesgos: Posibilidad de ocurrencia de eventos tanto internos como externos, que pueden afectar o impedir el logro de los objetivos institucionales de una entidad pública, entorpeciendo el desarrollo normal de sus funciones.

Sistema de calidad: la estructura organizacional, los procedimientos, los procesos y los recursos necesarios para implementar la administración de la calidad, cumpliendo los objetivos de calidad.

Sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud del sistema general de seguridad social en salud (SOGCS): es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

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

Transparencia: Principio que subordina la gestión de las instituciones a las reglas que se han convenido y que expone la misma a la observación directa de los grupos de interés; implica, así mismo, el deber de rendir cuentas de la gestión encomendada.

Unidad sectorial de normalización en salud: es una instancia técnica para la investigación, definición, análisis y concertación de normas técnicas y estándares de calidad de la atención de salud, autorizada por el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo.

Valor Ético: Forma de ser y de actuar de las personas que son altamente deseables como atributos o cualidades propias y de los demás, por cuanto posibilitan la construcción de una convivencia gratificante en el marco de la dignidad humana. Los valores éticos se refieren a formas de ser o de actuar para llevar a la práctica los principios éticos.

Visión: Establece el deber ser de la entidad pública en un horizonte de tiempo, desarrolla la misión del ente e incluye el plan de gobierno de su dirigente, que luego se traduce en el plan de desarrollo de la entidad.

MARCO NORMATIVO

En el año 1990 se expide la Ley 10 que define la salud como un servicio público a cargo de la Nación, siendo los servicios públicos gratuitos y administrados por las entidades territoriales.

Posteriormente, en el año de 1991 se aprueba la Constitución Política de Colombia, en la cual se retoman claramente muchos propósitos de la Ley 10 de 1990. En este sentido, se afirma que “los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad”. También aquí se amplía el enfoque de salud y se establece el mandato para la construcción de un nuevo sistema de salud.

Como complemento del desarrollo legislativo, se expide la Ley 60 de 1993, que crea una estructura administrativa y financiera para el sector salud. Define además la distribución de competencias y recursos entre las entidades territoriales y fortalece los aportes para el sector salud en estos niveles de administración, consolidando el proceso iniciado con la Ley 10 de 1990. También esta ley establece explícitamente la asignación de subsidios para el acceso a los servicios de salud de la población más pobre. A finales 1993 se promulga la Ley 100, por medio de la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y dentro de éste, el Sistema General de Seguridad Social en Salud, que ya estipula la calidad como regla del servicio público de salud. Posteriormente se expide el decreto 2174 de 1996, por el cual se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, dentro del cual se exige la implementación de un plan para el mejoramiento de la calidad. Se establece la auditoria médica, la medición del nivel de satisfacción de los usuarios, la atención de reclamos y sugerencias, la evaluación de la biotecnología y el sistema de información. Esta misma norma, establece que los sistemas de información y los planes de mejoramiento de la calidad, son requisitos esenciales que deben cumplir las entidades promotoras de salud y las instituciones prestadoras de servicios de salud.

En diciembre del año 2001 se promulga la Ley 715 por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud entre otros.

Para el orden municipal en cuanto al sector salud, se siguen los lineamientos: formulación, ejecución y evaluación de planes, programas y proyectos en salud, en armonía con las políticas y disposiciones de orden nacional y departamental, en el que el diagnóstico es definitivo.

A continuación se listan algunos referentes normativos que se tienen en cuenta para la investigación

Ley 872 del 30 de Diciembre del 2003 “Por la cual se crea el sistema de gestión de la calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios”

Ley 87 del 29 de noviembre de 1993. "Por la cual se establecen normas para el ejercicio de control interno en la entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones"

Decreto 1599 del 20 de Mayo del 2005 “ Por el cual se adopta el modelo estándar de control interno para el estado Colombiano”

Decreto 4110 del 09 de Diciembre del 2004 “Por el cual se reglamenta la Ley 872 de 2003 y se adopta la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública”

Decreto 1299 del 22 de Abril de 2008. “Por el cual se reglamenta el Departamento de Gestión Ambiental de las Empresas a Nivel Industrial y se dictan otras Disposiciones”.

Decreto 2676 del 2000. “Gestión integral de los residuos sólidos hospitalarios y similares”.

Resolución 909 del 2008. “Por la cual se establecen las normas estándares de emisión admisibles de contaminantes a la atmósfera por fuentes fijas y se dictan otras disposiciones”.

Resolución 0043 del 2007. “Establece los estándares para el acopio de datos, procesamiento y difusión de información para el registro de generadores de residuos o desechos peligrosos”.

Resolución 1362 del 2007. “Por el cual se establecen los requisitos y procedimientos para el registro de generadores de residuos o desechos peligrosos a que hacen referencia los artículos 27 y 28 del Decreto 4741 de 2005”

1. Decreto 4126 del 2005. “Por el cual se modifica parcialmente el Decreto 2676 de 2000, modificado por el Decreto 2763 de 2001 y el Decreto 1669 de 2002, sobre la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares”
2. DECRETO 1011- 2006. 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.

RESOLUCION 1445 DE MAYO DE 2006. “Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

Norma técnica NTC/ISO/IEC 9001:2008. La cual establece los requisitos para un sistema de gestión de calidad.

Norma técnica NTC/ISO 10002: 2005. La cual establece las directrices de para el tratamiento de las quejas en las organizaciones.

Resolución 13437 de 1991. Por la cual se constituyen los comités de Ética Hospitalaria y se adoptan el Decálogo de los Derechos de los Pacientes.

VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

En la tabla se muestran las principales variables que arrojará la investigación para el periodo de tiempo evaluado

Cuadro 1. Variables de la investigación

VARIABLE	MEDICION Y DEFINICIÓN DE LA VARIABLE
Número de quejas	Variable cuantitativa que expresa la cantidad de expresiones de insatisfacción hechas al Hospital, con respecto al servicio de consulta externa, donde se espera una resolución implícita o explícita
Ubicación de la queja, reclamo o sugerencia	Variable cualitativa que permite establecer sobre que etapa de la prestación del servicio se ha presentado la potencial queja, reclamo o sugerencia
Clientes atendidos	Variable cuantitativa que determina la cantidad de usuarios que recibieron de manera directa el servicio prestado
Tipos de cliente atendido	Variable cualitativa que discrimina el cliente atendido por género, edad, procedencia y estrato socioeconómico

Porcentaje de satisfacción	Variable cuantitativa que determina el grado en que se han cumplido los requisitos del cliente, usuario o parte interesada
Tiempos	Variable cuantitativa que permite establecer la cantidad de minutos que se tarda cada una de las etapas de prestación del servicio

DISEÑO METODOLOGICO

El enfoque del diseño explicativo, el presente estudio combina la descripción de variables cualitativas y cuantitativas, a partir de las cuales se tomarán decisiones y conclusiones.²⁵

TIPO DE ESTUDIO

El método a utilizar es el Descriptivo, puesto que durante el proyecto será necesario manejar técnicas que permitan capturar datos e información específica de los elementos de la gestión, diagnosticando y concluyendo sobre la situación general, el presente solo incluye el diseño del sistema, la implementación de este no es del alcance del presente debido a que toma mucho tiempo (mínimo de 12 meses según experiencias en procesos similares) y recursos de los cuales no se disponen en el Hospital San José de Tadó en el momento.

El siguiente diagrama esquematiza la metodología general del proceso de determinación de las necesidades, expectativas inconformidades y grado de satisfacción y de los planes a seguir posterior al análisis de la información de retorno obtenida como parte la investigación. Establecidas para una medición de tres (3) meses²⁶.

1. Diseño de la metodología

- a. Establecimiento de los principios orientadores y el alcance de la herramienta
 - b. Diseño y establecimiento del marco de referencia para la aplicación de la herramienta: diseño, políticas, autoridades y responsabilidades, planificación de la aplicación, operación del proceso y retroalimentación
 - c. Determinación del tamaño muestral para un 5 % de significancia
2. Recolección de la información
- a. Diligenciamiento de la herramienta
 - b. Tabulación de la información
3. Análisis de la información y toma de acciones
- a. Análisis de los resultados tabulados
 - b. Establecimiento de acciones correctivas, preventivas y de mejora como resultados del análisis de la información

MUESTREO

El muestreo se establecerá teniendo en cuenta el histórico de pacientes que usan el servicio de consulta externa en la sede principal del Hospital San José de Tadó en el último semestre, para un nivel de confianza del 95 %.

TECNICAS

Se aplicará un cuestionario con preguntas guiadas, no ambiguas que en lo posibles permitan obtener las respuestas que guiaran a resultados cuantitativos y cualitativos deseados, estos resultados se analizarán en una herramienta en Excel

que posee formulas y gráficos anidados, los cuales darán el resultado cuantitativo a medida que se ingresan los valores, a cada pregunta se le asignará un peso porcentual acorde a lo que se considera es más crítico para el cliente y además este cuestionario un ítem donde el encuestado podrá realizar recomendaciones para la mejora del servicio.

Una vez cuantificados los resultados de porcentaje se emplearán herramientas estadísticas como el diagrama causa y efecto, técnica de grupo nominal, diagrama de Pareto y gráfico de control para identificar y establecer las acciones correctivas, preventivas y de mejora que tengan lugar.

INSTRUMENTOS

- 1- Cuestionario o encuesta de satisfacción
- 2- Formato para la medición de tiempos entre etapas del proceso
- 3- Herramienta en Excel para la cuantificación del porcentaje de satisfacción
- 4- Herramientas estadísticas para el análisis y control de la calidad de los procesos

PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:

El plan para el diligenciamiento y análisis de las herramientas una vez diseñadas constará de cinco etapas

1. Instalación del buzón de sugerencias: en un sitio visible a todos los usuarios del proceso de consulta externa se ubicará e identificará el buzón de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias, éste tendrá a un lado los formatos a diligenciar y las instrucciones en lenguaje sencillos y entendible por todas las personas, como mínimo deberá contener: lugar y manera de realizar la comunicación, la información a proporcionar por el reclamante y

con quien se debe comunicar el reclamante para obtener información sobre el estado de su comunicación.

Cada dos días la gerencia revisará el buzón, tratará los comunicados como derechos de petición y consolidará las comunicaciones según su clasificación. Se analizarán para el presente trabajo las comunicaciones que se presenten en el trimestre seleccionado.

2. Capacitación de los facilitadores: una vez seleccionadas las personas que realizarán las encuestas, estas se deben entrenar en la metodología más idónea para la recolección de la información y en los principios orientadores del proceso y en el número de encuestas por día a diligenciar.
3. Diligenciamiento de las herramientas: previo al diligenciamiento se le debe solicitar al usuario la autorización a través del consentimiento informado, el cual debe anexarse a la encuesta, por lo menos una semana antes se deberá informar la realización de la encuesta, esta se podrá publicar en folletos y carteles en sitios visibles de las áreas donde se realiza el proceso de consulta externa, en lo posible este proceso deberá hacerse una vez prestado el servicio, para que corresponda al sentimiento real sobre la atención al servicio prestado.
4. Medición de los tiempos: se diligenciará un formulario para el estudio de tiempos mientras se hacen las observaciones, esto se hará cada día durante 3 horas, sin interferir con el proceso normal de trabajo.
5. Análisis de los resultados tabulados: luego de finalizados los tres meses de estudio se consolidará la información, empleando hojas de cálculos, gráficos y demás información disponible.

COMPONENTE ETICO

Se diseñará un formato de consentimiento informado y autorización de entrevistas, este se le dará a cada encuestado para ser leído, entendido y firmado por el previo

al diligenciamiento del cuestionario, este incluye un ítem para la protección de la información consignada, será anónima de tal manera que se garantice la confidencialidad de la información y que su uso sea restringido a detectar oportunidades de mejora.

Se deberá diseñar una metodología para seleccionar los encuestadores, en cuanto a lenguaje corporal y tono de voz a usar en la entrevista.

RESULTADOS

El hospital San José de Tadó como parte de la gestión gerencial, su enfoque al cliente, filosofía de servicio y de las acciones derivadas del Sistema Integrado de Gestión - SIG, el cual se encuentra en proceso de implementación bajo los parámetros de la norma ISO 9001:2008 y del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005, ha desarrollado la encuesta de satisfacción de los clientes, con el fin de determinar a partir de un sondeo de opinión, la percepción que los usuarios tienen sobre el servicio de consulta externa con el ánimo de tener información de retroalimentación y un potencial insumo constante para el servicio que presta la organización y la toma de acciones que contribuyan a la mejora continua en la satisfacción de sus necesidades.

A pesar que el hospital cuenta con otros servicios, se decidió comenzar por consulta externa gracias a la riqueza de información de retroalimentación y oportunidades de mejora que se pueden identificar, y de esta experiencia positiva se aplicarán a corto plazo encuestas a otros servicios.

FICHA TECNICA DE LA ENCUESTA

Diseño muestral: El tamaño de la muestra se estableció para un 95% de confianza, con base en una población promedio mensual potencialmente atendida de 560 personas, seleccionadas a través de un muestreo aleatorio simple, así todos los usuarios tendrían la misma posibilidad de expresar su opinión sobre el servicio.

Población objeto: Pacientes hombres y mujeres de todos los rangos de edad (o su representante legal), que hayan accedido al servicio de consulta externa en el periodo de tiempo estimado.

Tamaño de la muestra: Como el objeto del estudio es la percepción de los atendidos en el servicio de consulta externa, una vez estimando el nivel de significancia del 5% (error máximo permitido), se empleó la siguiente fórmula:

$$n_i = \frac{Z^2 * N * p * q}{E^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q}$$

Dónde:

n_i = tamaño de la muestra para estudio

N = tamaño de la población promedio que puede ser atendida en un mes normal

Z^2 = nivel de confianza, 1,96 según la tabla de distribución normal

p = Probabilidad de una respuesta positiva con respecto a la satisfacción con el servicio (0,5)

$q = 1-p$; Probabilidad de una respuesta negativa con respecto a la satisfacción con el servicio (0,5)

E_2 = Error de muestreo 5% para la presente herramienta

La aplicación de la fórmula da como resultado una muestra necesaria de 228 personas, adultos sanos que accedan a llenar la ficha posterior a la prestación del servicio.

Técnica de recolección de la información: Entrevista cara a cara a pacientes luego de prestado el servicio.

Financiación: recursos propios.

Margen de error: Desde el establecimiento del tamaño muestral se diseñó un sistema de recolección y análisis de la información con un 5% de nivel de significancia.

Prueba piloto: previo a la aplicación de la herramienta se aplicaron 20 encuestas a usuarios seleccionados de manera aleatoria entre los asistentes al servicio de consulta externa entre el 28 y el 30 de Octubre del año 2014. Esto permitió afinar detalles, corregir errores y definir la mejor metodología para recolectar la información.

Temas de la encuesta:

Se recolectaron datos que si bien no aportan a la medición directamente, generan datos útiles para el establecimiento de políticas administrativas, como lo son género, edad, ocupación, EPS de la cual proviene y la sensación de satisfacción postservicio.

- Tiempo de espera: útil para establecer el principio de la medición de tiempos, de porcentaje de evacuación y la detección de cuellos de botella.
- Información brindada al paciente: busca entender si al paciente le dieron a conocer sus derechos y deberes como paciente, si sintió que se respetó su

privacidad durante el proceso de atención, si al momento de hablar con el tratante, su opinión fue tomada en cuenta y sus inquietudes resueltas, si el personal se identificó y portaba carne institucional al momento de prestarle el servicio y si las instalaciones le parecieron cómodas y aseadas.

- Oportunidad: permite medir la percepción del usuario en cuanto a la agilidad en el proceso de admisión e ingreso a sala, asignación de turno para atención, atención por parte de la enfermera y atención por parte del médico.
- Calidad en la atención recibida: Evalúa la percepción de usuario con respecto al trato recibido por parte de médicos, enfermeras y personal de apoyo: (nutricionista, facturador, camillero, terapeutas), en cada una de las etapas del proceso.
- Calidad profesional y de la información: permite evaluar durante la interacción con el paciente, la información que este recibe sobre los procedimientos, estado de salud, medicamentos y la programación de controles posteriores cuando aplique.

HERRAMIENTA DE MEDICIÓN

Se construyó una herramienta en Excel que pondera el número de respuestas, con base en los porcentajes asignados

Tabla de Calificación de Encuesta				
	Excelente	Bueno	Regular	Malo
Calificación	91 - 100%	61 - 90%	41 - 60%	0 - 40%
	Rápido	Aceptable	Demorado	
Calificación	81 - 100%	51 - 80%	< 50%	

Así por ejemplo para el ítem oportunidad las preguntas se tabulan como se observa a continuación, los números corresponden al número de usuarios que han calificado, en el gráfico se observa que para la pregunta “Atención por parte de la enfermera” 121 personas la consideraron que era rápido, 90 aceptable y 17 demorado.

1 Oportunidad		Rápido	Aceptable	Demorado	NA
1,1	Agilidad en el proceso de admisión e ingreso a sala	122	83	23	
1,2	Asignación de turno para atención	108	97	23	
1,3	Atención por parte de la enfermera	121	90	17	
1,4	Atención por parte del médico	129	72	27	

El sistema a partir de fórmulas anidadas asigna porcentajes para cada respuesta, acorde al ponderado preestablecido, arrojando para este caso un porcentaje de satisfacción parcial del 88,38%.

1,3 Atención por parte de la enfermera		Rápido	Aceptable	Demorado	total	
Calificacion		100,00%	80,00%	50,00%		
Respuestas		121	90	17	228	
		121	72	8,5	201,5	88,38%

El sistema de información determina el promedio ponderado de las respuestas, el cual corresponde al porcentaje de satisfacción para el ítem.

1 Oportunidad		Indicexpreg.	Peso	Peso*Ind	Deficit
			30%	26%	3,73%
1,1	Agilidad en el proceso de admisión e ingreso a sala	87,7%	8%	6,58%	0,92%
1,2	Asignación de turno para atención	86,4%	8%	6,48%	1,02%
1,3	Atención por parte de la enfermera	88,4%	8%	6,63%	0,87%
1,4	Atención por parte del médico	87,8%	8%	6,58%	0,92%
		87,6%			

Al ítem oportunidad se le asignó el 30 % del peso para la medición del indicador, el sistema asigna a los porcentajes una ponderación correspondiente al peso dado para cada pregunta, en el porcentaje global de satisfacción, acorde al peso

asignado, es así como acorde a los resultados la oportunidad tiene un 87,6 % de satisfacción manifestado por parte de los usuarios

FORMATO DE ENCUESTA

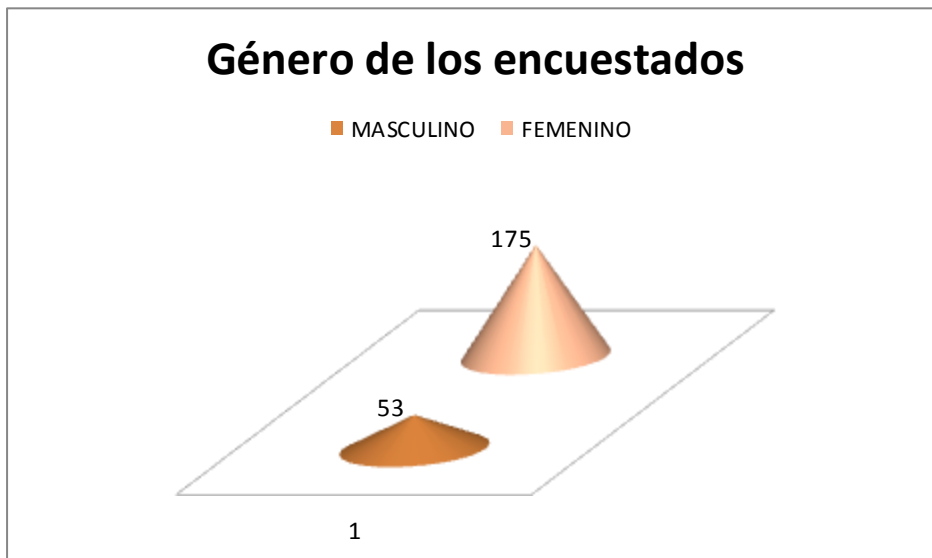
Figura 1. Formato de encuesta

E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ DE TADÓ. ¡ Tu Salud es Primero !						
ENCUESTA DE SATISFACCION DEL CLIENTE						
1	Oportunidad					
		Rápido	Aceptable	Demorado	NA	
1,1	Agilidad en el proceso de admisión e ingreso a sala					
1,2	Asignación de turno para atención					
1,3	Atención por parte de la enfermera					
1,4	Atención por parte del médico					
2	Calidad en la atención recibida					
		Excelente	Bueno	Regular	Malo	NA
2,1	Médicos					
2,2	Enfermeras y auxiliares					
2,3	Personal de apoyo: (nutricionista, facturador, camillero, terapistas)					
4	Calidad profesional y de la información					
		Excelente	Bueno	Regular	Malo	NA
4,1	El trato recibido por el profesional					
4,2	Explicación de los exámenes a realizar					
4,3	Explicación sobre su estado actual de salud					
4,4	Interés para responder sus inquietudes					
4,5	Información sobre los medicamentos a utilizar y posibles efectos secundarios					
4,6	Habilidad y destreza en los procedimientos realizados					
4,7	Amabilidad en la atención					
4,8	Citas de control					
4,9	Claridad en la información sobre los pasos y documentación requerida para gozar de los servicios					

RESULTADOS Y DISCUSIÓN DEL ESTUDIO

Se consolidaron encuestas correspondientes al total de la muestra, tomadas entre el 18 de Noviembre de 2014 y el 15 de enero de 2015, las cuales arrojaron los siguientes resultados:

Figura 2. Atención basada en género

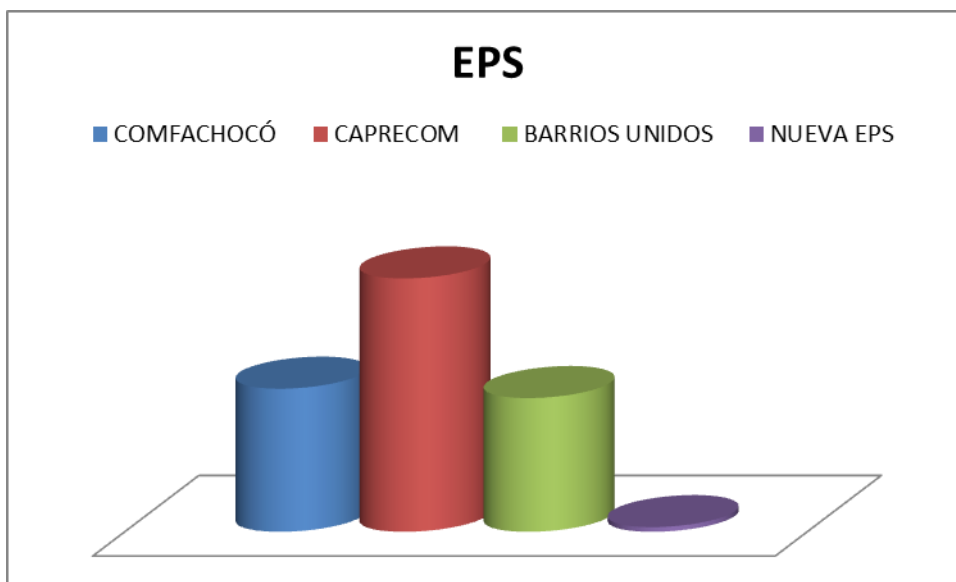


El 73% de los encuestados manifestaron su pertenencia a género femenino y 23% al género masculino, ninguno de los encuestados manifestó su pertenencia a las comunidades LGBT o similares.

Algunas de las quejas manifestadas durante el proceso de encuestado se refieren a la falta de privacidad en los consultorios al momento de la consulta, ya que durante las consultas ingresaban a la sala personas diferentes al médico, y en no confiar en la salvaguarda de la información dada a los funcionarios al momento del registro, lo cual es particularmente crítico al tratarse de atención con el potencial de manejar casos de atención delicados como violencia intrafamiliar, delitos sexuales, enfermedades de transmisión sexual y de otros tipos relacionados.

Para ninguno de los casos se cuentan con políticas de atención diferencial basada en género, o con el establecimiento de políticas de confidencialidad del personal que atiende.

Figura 3. EPS de donde provienen los usuarios



El 47 % de los usuarios encuestados provienen de la EPS CAPRECOM, 27% de COMFACHOCÓ, 25% de BARRIOS UNIDOS y 1% de la nueva EPS, esta información adquiere su dimensión, ya que estas entidades adeudan al hospital recursos útiles para implementar procesos de mejora de las instalaciones y del sostenimiento propio del servicio, estas deudas impactan directamente en la capacidad de la organización de satisfacer y exceder las necesidades actuales y futuras de los usuarios y partes interesadas.

Información brindada al paciente

El 80% de los encuestados manifestó que el personal que lo atendió le dio a conocer sus derechos y deberes como paciente.

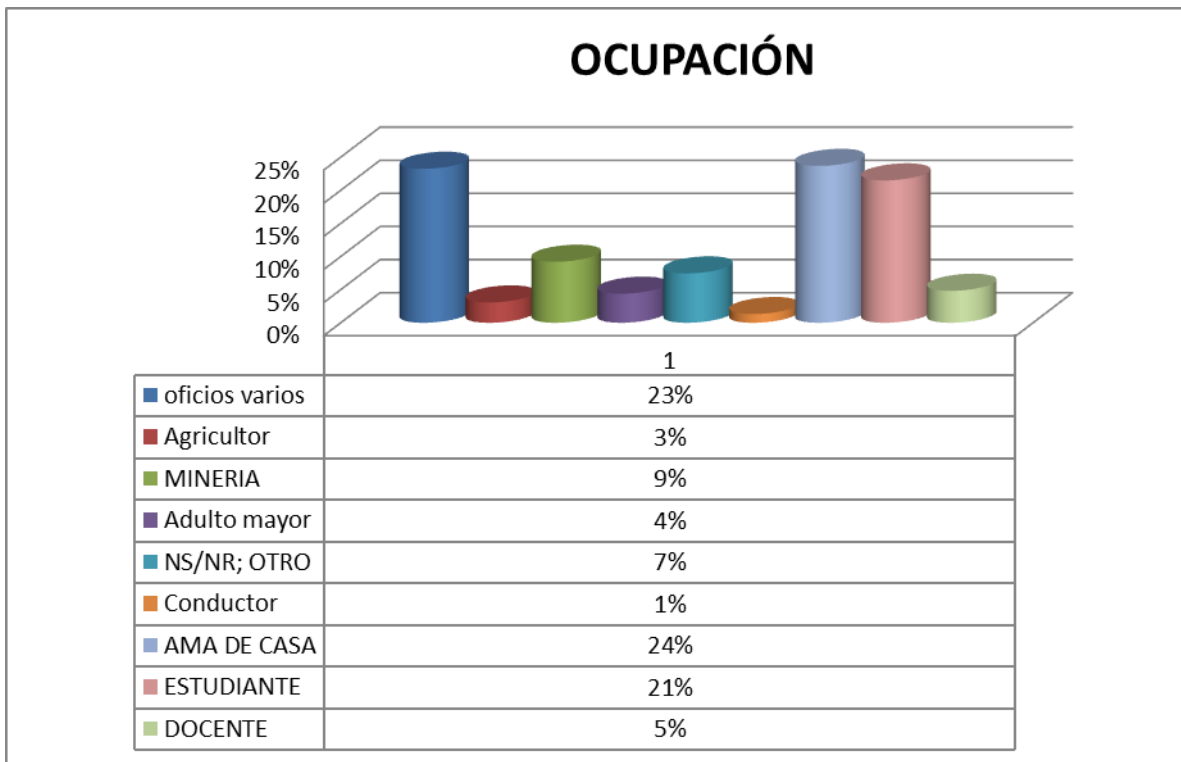
El 89% de los encuestados manifestó que las instalaciones donde le prestaron la atención eran cómodas y aseadas

El 90% de los encuestados manifestó que se respetó su privacidad durante todo el proceso de atención, dentro del 10% que manifestó que no se garantizaba la responsabilidad, estos aseguraban que el personal ajeno a la atención ingresaba a la sala de atención injustificadamente en medio del procedimiento o que temían se fuera a escuchar en los salones contiguos lo que estos debían manifestarle al médico o enfermera.

El 88 % de los encuestados manifiesta que el personal que lo atendió resolvió sus inquietudes y estuvo atento a resolver sus inquietudes o dudas con respecto a algún aspecto del servicio.

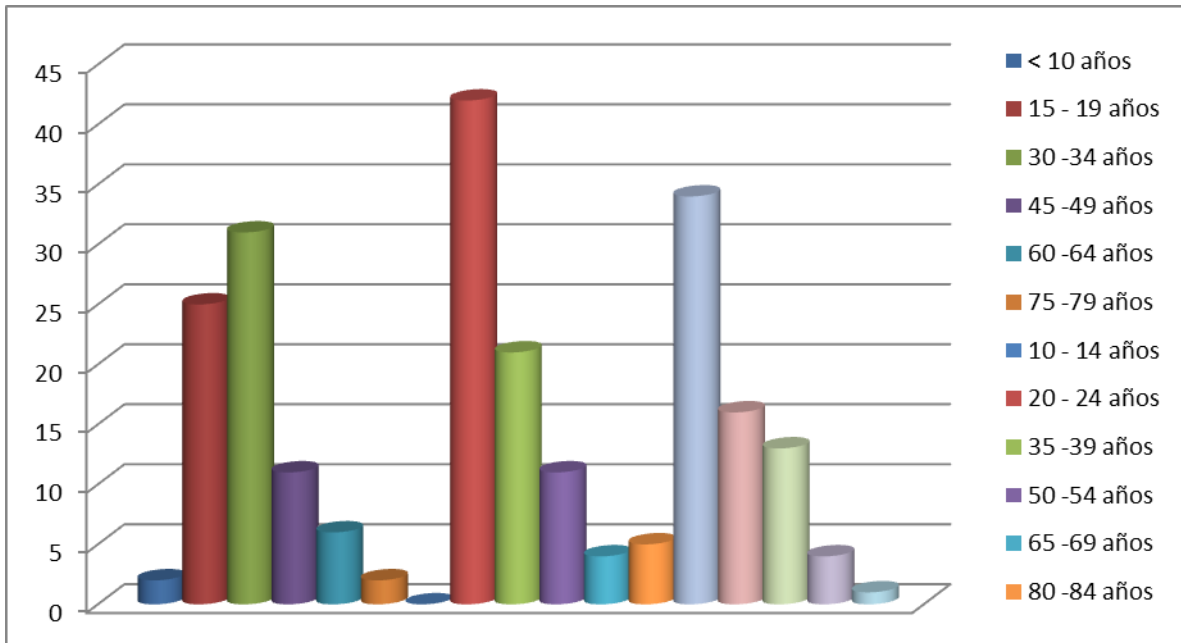
El 32% de los encuestados manifiesta que el personal que lo atendió no se identificó ni portaba carné o algún otro medio de identificación institucional, este aspecto requiere atención inmediata por parte de la alta gerencia, ya que la identificación institucional permitirá disminuir riesgos de suplantación en la prestación del servicio y la individualización de actuaciones en contra de las políticas institucionales.

Figura 4. Ocupación de los encuestados



Las actividades realizadas por la mayor proporción de los atendidos son ama de casa, oficios varios y estudiantes, si bien la minería solo ocupa un 9%, este ítem es de especial atención ya que las personas que manifiestan realizar oficios varios corresponde a ciudadanos quienes están subempleados, viven del rebusque y realizan labores de agricultura, minería y mototaxismo entre otras, lo cual puede establecer la necesidad de estudios de morbilidad asociados a las labores que realizan.

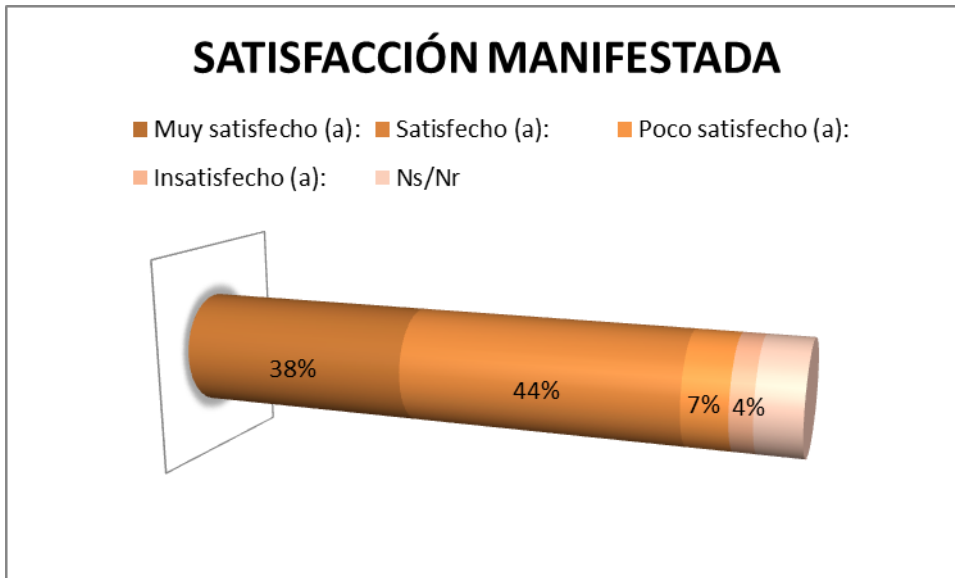
Figura 5. Rangos de edad de los atendidos



Si bien la mayor proporción de los encuestados corresponde a adultos jóvenes o personas de edad mediana, un punto de insatisfacción radicó en no tener atención preferencial a personas de tercera edad o a personas que manifestaron haber viajado horas desde zona rural y tener que esperar mucho tiempo para la atención.

SATISFACCIÓN

Figura 6. Satisfacción manifestada

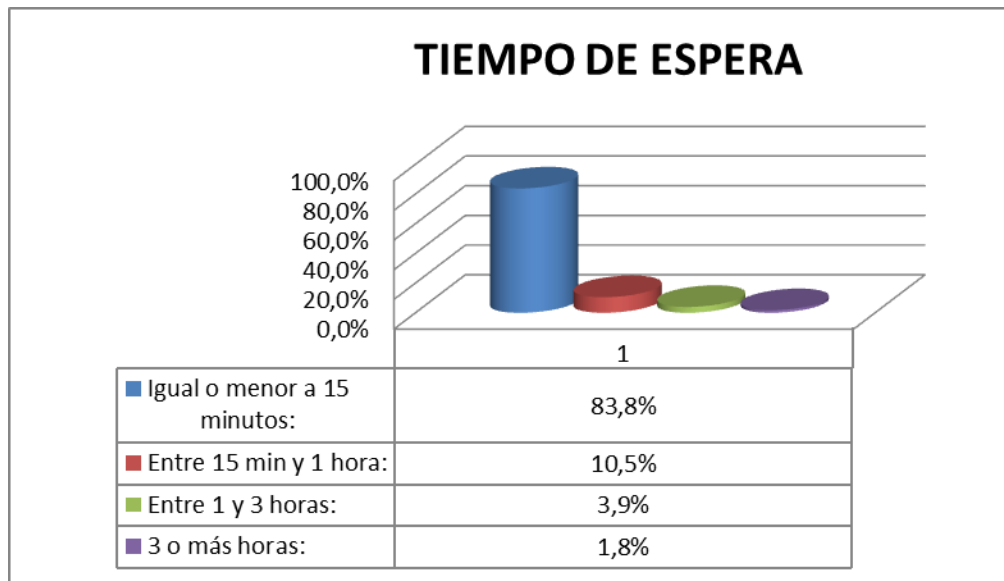


Los usuarios calificaron una satisfacción manifiesta luego de la prestación del servicio, la cual arrojó que se sentían muy satisfecho el 38%, satisfechos el 44%, poco satisfechos el 7% e insatisfechos el 4%. Con principales oportunidades de mejora manifestadas por ellos en la atención por parte de las enfermeras y el personal administrativo, en relación a algunos tratos poco amables, la dificultad para acceder a turnos desde días previos, la no atención prioritaria a adultos mayores, personas procedentes de lugares lejanos y el no atender el orden de llegadas.

OPORTUNIDAD

Como paso preliminar para el estudio de tiempos y la detección de cuellos de botella se preguntó por el tiempo que había transcurrido desde su llegada a la sala y la atención por parte del personal.

Figura 8. Tiempo de espera

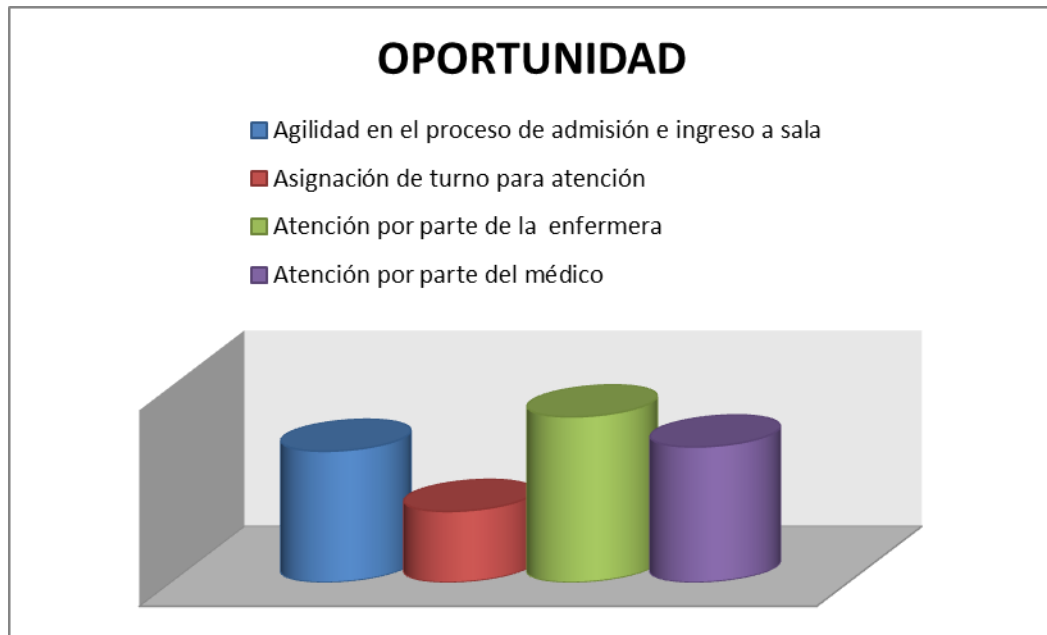


La oportunidad en la atención a los usuarios medida a partir del tiempo de espera para la atención a los usuarios arrojó los siguientes resultados:

- El 83,8% de los encuestados manifiesta haber esperado 15 minutos o menos
- El 10,5 % de los encuestados manifiesta haber esperado entre 15 minutos y una hora
- El 3,9 % de los encuestados manifiesta haber esperado entre 1 y 3 horas
- El 1,8 % de los encuestados manifiesta haber esperado 3 horas o más

En este ítem los encuestados manifestaron que en algunas ocasiones si bien el tiempo de espera es corto no se han diseñado ni socializado las metodologías para priorizar la atención y que ante reclamos por aparente uso indebido de los turnos el personal de atención no responde de la mejor manera.

Figura 9. Oportunidad en la atención



La oportunidad medida a partir de la agilidad en el proceso de admisión e ingreso a sala, asignación de turno para atención, atención por parte de la enfermera y el médico arrojó un porcentaje global de satisfacción de 87,6 %; con el punto más bajo en la asignación de turnos para la atención, ya que algunos usuarios manifiestan que a pesar de haber llegado antes que algunas personas estos fueron atendidos de último y así mismo con un comentario recurrente respecto a en algunas ocasiones la falta de amabilidad por parte del personal.

CALIDAD EN LA ATENCIÓN RECIBIDA

En este ítem se evalúa la percepción de los usuarios con el servicio, respuesta altamente influenciada por la amabilidad que se les dio en el trato y la explicación de los pasos a seguir, medicamentos, contraindicaciones y demás relacionadas con el servicio.

Figura 10. Satisfacción en la calidad en la atención recibida



La calidad en la atención recibida, arrojó un porcentaje global de satisfacción del 85,45%, esta se diferenció según la etapa del proceso, arrojando 88,02 % de satisfacción con la calidad de atención recibida por parte del personal médico, 86,05% de satisfacción con la calidad de atención recibida por parte de enfermeras y auxiliares y 82,28% de satisfacción con la calidad de atención recibida por parte de personal de apoyo, en él se incluyen la nutricionista cuando aplique, facturados, camilleros, terapistas, radiólogos entre otros, quienes a pesar de no están constantemente en contacto directo con el paciente o sus familiares, recibieron la apreciación más baja de calidad en atención, para este el 15,35% de

los encuestados consideraron que el servicio prestado era de regular o mala calidad.

Para el caso del servicio prestado por los médicos y enfermeras y auxiliares, el 10,13% y 11,84 % respectivamente de los encuestados consideró en general que el servicio que se brinda es de regular o mala calidad. Con el componente principal de la queja que en ocasiones no se les explica muy bien el tratamiento que se les va a realizar, el uso de lenguaje técnico no entendible para todos o la no resolución a conformidad de sus dudas.

CALIDAD PROFESIONAL Y DE LA INFORMACIÓN

Figura 11. Satisfacción con respecto a calidad profesional y de la información recibida



La calidad profesional y de la información recibida se calificó con un global de 84,2% de satisfacción, teniendo como puntos críticos la percepción de poca

claridad en la información sobre los medicamentos a utilizar y posibles efectos secundarios, y la asignación de citas de control y habilidad y destreza en los procedimientos realizados con 83,61% y 8,59% de satisfacción respectivamente.

CONCLUSIONES

- Un porcentaje de satisfacción global superior al 80% indica que existen fortalezas en la prestación del servicio de consulta externa y que se cuenta con insumo suficiente para el establecimiento de medidas tendientes a mantener y mejorar la imagen positiva del servicio.
- No se han establecido políticas tendientes a obtener de manera periódica retroalimentación tanto positiva como negativa de los clientes, con el objeto de determinar oportunidades de mejora en la prestación del servicio.
- La alta dirección del hospital debe diseñar y aplicar políticas para atención basada en género y para garantizar la salvaguarda de la confidencialidad de la información que el paciente suministra al momento de la atención.
- La alta dirección del hospital debe diseñar y aplicar políticas para garantizar la salvaguarda de la confidencialidad de la información que el paciente suministra al momento de la atención.
- La alta dirección debe establecer mecanismos para que todo el personal porte identificación institucional al momento de prestar el servicio como parte de la imagen institucional.
- No se han diseñado programas dentro del ámbito de promoción y prevención enfocados al control de obesidad, planificación familiar y embarazos no deseados especialmente en adolescentes, ergonomía del trabajo dirigido a amas de casa, agricultores y mineros.
- No se han establecido mecanismos para la atención preferencial a personas adultos mayores, urgencias, ni a quienes viajan desde zona rural en búsqueda de atención
- Al momento del abordaje del paciente no se están considerando aspectos como grado de escolaridad y conocimientos previos, con objeto que a este

le quede claridad en la información que debe brindar al tratante y los pasos a seguir post-atención

- La medición del tiempo para atención como insumo para un estudio de tiempos y determinación de cuellos de botella y puntos de insatisfacción deberá ser abordada de nuevo con un estudio mejor diseñado desde la óptica de ingeniería industrial, ya que se detectaron en algunos casos encuestas en las cuales se manifestaba que habían esperado menos de 15 minutos para atención y aun así consignaban en las observaciones que estuvieron más de dos (2) horas esperando servicio, lo cual permite inferir que se cometió un error en la delimitación de la pregunta.

RECOMENDACIONES

- El ejercicio realizado es un insumo valioso para la toma de decisiones gerenciales, gestión y destinación de recursos para la mejora continua, y desde ya la alta dirección debería planificar la aplicación de esta herramienta a los demás procesos que componen el hospital.
- Una queja recurrente de los encuestados establecía que algunas ocasiones el personal médico o de enfermería empleaba términos técnicos para hablar con los pacientes y que estos debido a su grado cultural no entendían lo que se les manifestaba, por tanto se recomienda establecer mecanismos que hagan más fácil y entendible la comunicación y recomendaciones hacia todo tipo de paciente.
- Establecer políticas de priorización de atención con base en edad, para atender prioritariamente a adultos mayores, urgencias y a campesinos que han viajado horas desde veredas y fincas para ser atendidos y puedan regresar a sus sitios de origen.
- Un año después de implementadas las acciones derivadas del análisis de percepción, se debe repetir la aplicación de esta herramienta con el objeto de monitorear la efectividad de los planes y las variaciones en la satisfacción.
- Ampliar la aplicación de esta herramienta a los demás servicios que presta el hospital, con el objeto de establecer un direccionamiento estratégico a mediano plazo, en el cual los esfuerzos impacten en toda la organización.

BIBLIOGRAFIA

1. Ewans J, Lindsay W. Administración y Control de la Calidad. Séptima edición. New York: Cengage learning; 2008
2. Escalante, E. Análisis y Mejoramiento de la Calidad. Primera edición. México: Editorial Limusa; 2006
3. Bautista A, García J, Gestión de gobiernos locales en la calidad de la atención de la salud para niños. Rev. Salud pública. 2012; 14 (2): 3-14
4. Robledillo A, Velázquez D. Introducción a los sistemas de gestión de la calidad total: modelo de excelencia EFQM y autoevaluación. Medicina y seguridad en el trabajo. 2013; 59 (232): 302-309
5. Munera H, La calidad de la atención en salud, más allá de la mirada técnica y normativa. Investigación y educación en enfermería. 2011; 29 (1)
6. Padovani A, Brito L, Crespo M, Diego T, Padovani S. La calidad en salud pública. Rev. Ciencias médicas. Julio – Agosto, 2012; 16(4): 64-73.
7. Calidad de la atención en salud en el Hospital Universitario del Valle Evaristo García- percepción de los usuarios- 2.010
8. Delgado M, Vásquez M, Calidad en los servicios de salud desde los marcos de sentido de diferentes actores sociales en Colombia y Brasil. Revista de salud pública. 2010, 12 (4): 533-545
9. Agudelo C, Cardona J, Ortega J, Robledo R, Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas, Colombia 2011. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v16n6/20.pdf>
10. CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA. 1991
11. Ley 872 del 30 de Diciembre del 2003 “Por la cual se crea el sistema de gestión de la calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios”
12. Decreto 1599 del 20 de Mayo del 2005 “ por el cual se adopta el modelo estándar de control interno para el estado Colombiano”

13. Francés A. Estrategia y planes para la empresa; instituto de estudios superiores de administración. Primera edición. Caracas: Noviembre de 2004.
14. Garrido BS. Dirección estratégica. Segunda edición. Madrid: Mc Graw Hill; 2006.
15. Neilson GL, Martin KL, Powers E. The secrets to successful strategy execution. Harvard Business Review. Junio del 2008: 61-70
16. Serna H. Gerencia Estratégica: Teoría- Metodología- Alineamiento- Implementación y Mapas Estratégicos. Décima edición. Bogotá: 3R editores; 2010.
17. Manzo FB, Ribeiro HC, Brito MJ, Alves M. La enfermería en hospital en proceso de acreditación: su papel y las consecuencias en el trabajo diario. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2012; (20)1
18. Rocca ED. Etica y Praxis Médica. Diagnóstico 1995; 34:26-28.
19. Mejías Y, Cabrera V, Rodríguez M, Toledo A, Norabuena M. Bases legales de la calidad en los servicios públicos. Revista Cubana de salud pública. 2013,39 (4): 797-803.
20. Padovani A, Brito L, Crespo M, Diego T, Padovani S. La calidad en salud pública. Rev. Ciencias médicas. Julio – Agosto, 2012; 16(4): 64-73.
21. Domínguez O, Manrique C, Bioética y calidad en la atención de primer contacto y de salud pública. Acta Bioética 2011; 17 (1): 31-36
22. Amador C, Cubrero O, Un sistema de gestión de calidad en salud, situación actual y perspectivas en la atención primaria. Revista cubana de salud pública. 2010; 36 (2): 175 – 179
23. <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=19975>
24. http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%203557%20DE%202003.pdf
25. Mendez C, Metodología: Diseño y Desarrollo del proceso de investigación con énfasis en ciencias empresariales. Cuarta edición. Bogotá: Limusa Noriega; 2011
26. Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 10002:2005

ANEXOS