

**EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA EN
EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL LOCAL ARJONA**

**ERIKA RAMÍREZ BUELVAS
NIRLIS VIANA GUZMÁN**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
ESPECIALIZACIÓN GERENCIA EN SALUD XVII
CARTAGENA DE INDIAS D.T. Y C.
2012**

**EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA EN
EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL LOCAL ARJONA**

**ERIKA RAMÍREZ BUELVAS
NIRLIS VIANA GUZMÁN**

**Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar el título de
Especialista en Gerencia de la Salud**

**Asesor:
Dr. WILLIAM PEÑA**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
ESPECIALIZACIÓN GERENCIA EN SALUD XVII
CARTAGENA DE INDIAS D.T. Y C.
2012**

NOTA DE ACEPTACIÓN

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Cartagena (Bolívar), Enero de 2012

DEDICATORIA

A Dios, Quien nos dio la fuerza y la sabiduría necesarias para afrontar este gran reto.

A nuestras familias, quienes nos han acompañado, apoyado y comprendido.

Las Autoras.

AGRADECIMIENTOS

Damos los más sinceros agradecimientos y reconocimientos:

A la Universidad de Cartagena, por la magnífica posibilidad de enriquecer nuestro quehacer profesional a través de la Especialización.

Al Dr. William Peña, Director de la Investigación, quien nos brindó toda su colaboración y respaldo a través de la asesoría y nos orientó acertadamente con valiosos conocimientos vertidos al éxito de la labor investigativa.

A la Gerencia y Unidad de Urgencias de la Empresa Social del Estado Hospital Local de Arjona, quienes respaldaron activamente la realización del proyecto.

A todas aquellas personas que de una u otra forma contribuyeron para que este proyecto culminase satisfactoriamente.

Las Autoras.

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	11
CAPÍTULO I. MARCO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN	13
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	13
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	15
1.3 OBJETIVOS	15
1.3.1 General	15
1.3.2 Específicos	15
1.4 JUSTIFICACIÓN	16
1.5 MARCO REFERENCIAL	18
1.5.1 Antecedentes históricos	18
1.5.2 Antecedentes investigativos	24
1.5.3 Marco conceptual	26
1.5.3.1 Sistema de Referencia y Contrarreferencia	26
1.5.3.2 Mejoramiento continuo de la calidad en los servicios de salud	36
1.5.3.3 La gestión por procesos con enfoque al usuario	45
1.5.4 Marco Institucional	52
1.5.5 Marco legal	54
1.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	66
1.7 DISEÑO METODOLÓGICO	67
1.7.1 Tipo de estudio	67
1.7.2 Población y muestra	68
1.7.3 Técnicas e instrumentos	69
CAPÍTULO II. NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE URGENCIAS DE LA ESE HOSPITAL LOCAL ARJONA CON EL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA	72

2.1 CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES REFERIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA ESE HOSPITAL LOCAL ARJONA	72
2.2 EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS	
CAPÍTULO III. FASES ESTRATÉGICAS PARA EL MEJORAMIENTO OPERACIONAL Y DE PROCESOS EN EL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA DE LA ESE HOSPITAL LOCAL ARJONA	83
CAPÍTULO IV. PLAN ESTRATÉGICO OPERATIVO DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA PARA EL ÁREA DE URGENCIAS DE LA ESE HOSPITAL LOCAL ARJONA	88
4.1 PROTOCOLOS TÉCNICOS Y ADMINISTRATIVOS PARA LA REFERENCIA / REMISIÓN DE PACIENTES	89
4.2 PROTOCOLOS TÉCNICOS Y ADMINISTRATIVOS PARA LA CONTRA-REFERENCIA / CONTRA-REMISIÓN DE PACIENTES	91
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES	95
CAPÍTULO VI. RECOMENDACIONES	99
BIBLIOGRAFÍA	101
ANEXOS	105

LISTA DE CUADROS

	pág.
Cuadro 1. Antecedentes investigativos	24
Cuadro 2. Operacionalización de variables	66

LISTA DE GRÁFICOS

	pág.
Gráfico 1. Grado de satisfacción del usuario frente al trámite de referencia y contrarreferencia	72
Gráfico 2. Tiempo de espera en el trámite de referencia y contrarreferencia	73
Gráfico 3. Atención recibida del médico de urgencias para la referencia y contrarreferencia	74
Gráfico 4. Atención recibida del personal de enfermería en urgencias para la referencia y contrarreferencia	76
Gráfico 5. Actuación del personal administrativo para la referencia y contrarreferencia	77
Gráfico 6. Indicador global de satisfacción en la referencia y contrarreferencia	78
Gráfico 7. Estado de los recursos del sistema de referencia y contrarreferencia	80
Gráfico 8. Sugerencias para mejorar el sistema de referencia y contrarreferencia	81

LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo A. Localización del Hospital Local de Arjona	106
Anexo B. Organigrama del Hospital Local Arjona	107
Anexo C. Página web del Hospital Local de Arjona	108
Anexo D. Encuesta sobre satisfacción del usuario con la referencia y contrarreferencia de pacientes	109

INTRODUCCIÓN

La investigación busca, mediante la aplicación de métodos analíticos, teorías y conceptos de gestión administrativa, evaluar la eficiencia del sistema de referencia y contrarreferencia en el área de urgencias de la ESE Hospital Local Arjona, servicio que tiene una connotación crítica dentro del esquema de salud integral que es la meta del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

El propósito de evaluar la calidad del sistema de referencia y contrarreferencia en el servicio de urgencias en la ESE Hospital Local Arjona, durante el primer semestre del año 2010 guarda correspondencia con la finalidad de ofrecer un programa de mejoramiento del proceso, atendiendo a un enfoque adecuado de satisfacción de los usuarios como indicador clave de éxito en el modelo de salud implementado en el país.

En primera instancia, se procedió a caracterizar los pacientes referidos en el servicio de urgencias de la ESE Hospital Local Arjona en el primer semestre del año 2010, estableciendo sus características sociodemográficas y epidemiológicas como el punto de partida para trazar el horizonte de análisis evaluativo de las carencias y fortalezas, si las hay, del sistema de referencia y contrarreferencia del Hospital.

Como segundo, se midió el nivel de satisfacción con la atención recibida tanto en el primer nivel de atención en salud y el nivel superior, en los usuarios que durante el primer semestre del año 2010 utilizaron el servicio de urgencias de la ESE Hospital Local Arjona y el sistema de referencia y contrarreferencia, atendiendo a la premisa de que la percepción de calidad que tienen los usuarios refleja en buena medida la situación real del servicio de salud.

En tercer lugar, se evaluaron los procesos y los recursos disponibles en la ESE Hospital Local Arjona (transporte, recurso humano, comunicaciones, entre otros) para el funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia y su coordinación con el Centro Regulador de Urgencias, mostrando un diagnóstico estratégico que ayude a diseñar e implementar progresivamente el plan de mejora continua de la calidad (MCC) en el área de urgencias y, dentro de ella, de la remisión y contrarremisión de pacientes entre las distintas instituciones según el nivel de complejidad.

En cuarta instancia, se dirigió la investigación a establecer las fases estratégicas para el programa de gestión del mejoramiento continuo de la calidad (MCC) en el sistema de referencia y contrarreferencia en el área de urgencias de la ESE Hospital Local Arjona, para lo cual se consideraron como punto de partida los diagnósticos técnicos, operativos y de satisfacción de los usuarios con el servicio.

Como quinto y último componente de la investigación, se procedió a diseñar el plan estratégico operativo del sistema de referencia y contrarreferencia para el área de urgencias de la ESE Hospital Local Arjona, con base en la gestión eficiente de procesos y el enfoque centrado en el usuario, lo que permitirá, en la medida en que su aplicación sea efectiva y oportuna, la consolidación de un sistema eficiente y con excelencia al momento de requerir atención en un nivel de complejidad superior al ofrecido por el Hospital, todo ello en orden a la preservación del bien máspreciado del ser humano: la salud.

Al final se formulan las conclusiones y recomendaciones generales del estudio, desde las cuales es posible el direccionamiento de futuras acciones investigativas y gerenciales que redunden en beneficio del Hospital y en general de la atención de calidad en cualquier institución de salud del país.

CAPÍTULO I.

MARCO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La ESE (Empresa social del estado) Hospital Local Arjona, es una institución prestadora de servicios de salud pública de primer nivel, ubicada en el Municipio de Arjona, norte de departamento de Bolívar, exactamente en el barrio san José de Turbaquito en cuya área de influencia existen muchos barrios que oscilan en el estrato uno. En consecuencia con una población diversificada en cuanto a seguridad social se refiere.

Cuenta con una red de servicios con la que se pretende cubrir a todos los sectores del municipio a través de sus Centros de Atención Básica (CAB) en las Brisas, la Cruz, las Delicias, en el centro y en los corregimientos (Rocha, Gambote, Sincerín y Puerto Badel) donde se atiende consulta externa y odontología. Las urgencias y otros servicios son atendidos en la sede principal de la ESE en el barrio San José de Turbaquito. La red de servicios con la que cuenta la ESE incluye instituciones de Segundo y Tercer nivel como la Clínica Maternidad Rafael Calvo, ESE Hospital Universitario del Caribe, Hospital Infantil Napoleón Franco, entre otros.

El portafolio de servicios es bastante amplio; la atención en urgencias las 24 horas, Medicina General, Odontología, Laboratorio Clínico, Imágenes Diagnosticas (Ecografías, Citologías) Fisioterapia, Hospitalización y Programas de Promoción y prevención como control prenatal, crecimiento y desarrollo, vacunación, planificación familiar, control de hipertensión, entre otros, que hacen de la ESE una competencia fuerte.

El hospital, como la única entidad pública del sector salud que presta servicios de atención inicial de urgencias en el municipio, tiene un proceso de referencia y contrarreferencia para garantizar la remisión de pacientes al nivel de complejidad requerido para su atención; dando cumplimiento al Decreto 2759 de diciembre 11 de 1991¹ que reglamenta el sistema de referencia y contrarreferencia.

En la actualidad se ha presentado una gran dificultad en la remisión de pacientes de ciertas patologías, especialmente las de medicina interna; es decir patologías NO POS. Las cuales no son asumidas por las EPSS si no por el ente territorial departamental. Esta dificultad esta mas acentuada porque el Centro Regulador de Urgencias (CRUE) no esta realizando un proceso ágil y efectivo dado que en el área de urgencias los médicos reportan al paciente a esta entidad y muchas veces la persona encargada de recibir el reporte no se encuentra disponible y si se informa la afirmación del traslado se da entre uno y quince días; lo que agrava la situación del usuario que durante los días que espera su traslado se complica su patología. A diario se pone en riesgo la vida del paciente.

Otro problema consiste en la inadecuada y deficiente dotación que tienen las ambulancias. El Hospital cuenta con tres, de las cuales una sola se encuentra en la cabecera municipal, tiene un conductor y cuando hay referencia va acompañada de una auxiliar de enfermería; además no hay un medico permanente para acompañar la referencia. Existe un problema de gestión porque esta ambulancia es provista de combustible casi siempre en el momento que es anunciada la remisión lo que aumenta el tiempo de espera del usuario.

¹ Decreto 2759 de diciembre 11 de 1991 que reglamenta el sistema de referencia y contrarreferencia definiéndolo como el conjunto de normas técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente al usuario servicios de salud según el nivel de atención y grado de complejidad de los organismos de salud con la debida oportunidad y eficacia.

Los pacientes de accidentes de tránsito son remitidos a una sola clínica, violando el derecho de la libre escogencia; hace casi un año un usuario que sufrió un accidente pidió que lo llevaran a una clínica determinada y lo llevaron fue a la misma de siempre, esta persona recibió una mala atención que lo llevó a la muerte, quedando una demanda a la ESE por violar ese derecho. Todos estos problemas están afectando al usuario de manera permanente, poniendo en riesgo el tesoro más preciado: la vida.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la calidad del sistema de Referencia y Contrarreferencia en el área de urgencias de la ESE Hospital Local Arjona durante el segundo semestre de 2010?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 General. Evaluar la calidad del sistema de referencia y contrarreferencia en el servicio de urgencias en la ESE. Hospital Local Arjona en el primer semestre del año 2010 con el fin de mejorar el proceso.

1.3.2 Específicos.

- Caracterizar los pacientes referidos en el servicio de urgencias de la ESE Hospital Local Arjona en el primer semestre del año 2010.
- Medir el nivel de satisfacción con la atención recibida tanto en el primer nivel de atención en salud y el nivel superior, en los usuarios que durante el primer semestre del año 2010 utilizaron el servicio de urgencias de la ESE Hospital Local Arjona y el sistema de referencia y contrarreferencia.

- Evaluar los procesos y los recursos disponibles en la ESE Hospital Local Arjona (transporte, recurso humano, comunicaciones, entre otros) para el funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia y su coordinación con el Centro Regulador de Urgencias.
- Establecer las fases estratégicas para el programa de gestión del mejoramiento continuo de la calidad en el sistema de referencia y contrarreferencia en el área de urgencias de la ESE Hospital Local Arjona.
- Diseñar el plan estratégico operativo del sistema de referencia y contrarreferencia para el área de urgencias de la ESE Hospital Local Arjona, con base en la gestión eficiente de procesos y el enfoque centrado en el usuario.

1.4 JUSTIFICACIÓN

La investigación propuesta busca mediante la aplicación de teorías y conceptos de gestión administrativa evaluar la eficiencia del sistema de referencia y contrarreferencia en el área de urgencias de la ESE Hospital Local Arjona, servicio que en la actualidad esta presentando muchas falencias que ponen en riesgo la vida de los pacientes.

En La ESE en el 2º Semestre de año 2.010 hubo 255 remisiones de las cuales 102 (un 40%) no fueron autorizadas por el Centro Regulador de Urgencias², lo que obligó a los médicos de la ESE a referir a los pacientes a cualquier IPS receptora hicieran o no parte de la red de servicios, muchas de estas no surtieron efecto y los pacientes fueron contrarreferidos sin recibir ninguna clase de atención medica, convirtiéndose en el mal llamado paseo de la muerte en el que durante

²Tomado del libro de estadísticas del área de urgencias de la ESE HLA.

este mismo periodo de tiempo fallecieron 3 de esas personas cuyas remisiones no fueron autorizadas.

Para el día 6 de agosto del año en estudio por ejemplo se encuentra en la ESE una usuaria de la EPSS MUTUAL SER con una patología NO POS (Neumonía + Erisipela) quien requiere tratamiento intrahospitalario por especialistas y lleva 16 días esperando para poder ser trasladada a un nivel de atención en salud superior sin que se haya hecho efectivo y mientras tanto su cuadro patológico cada día se deteriora mas, lo que resulta ser inaceptable e injusto desde todo punto de vista que en un sistema de salud como el nuestro donde existe un mecanismo que para su funcionamiento cuenta por normas legales vigentes y que se supone debe facilitar a las instituciones prestadoras de servicios de salud de primer nivel de atención y a los usuarios de los mismos el acceso a servicios de salud de segundo y tercer nivel de complejidad por lo que resulta inaudito que casos como este se sigan presentando.

Este estudio es de gran valor pues para los 64.000 habitante del municipio de Arjona resulta de vital importancia poder evaluar la eficiencia del proceso de referencia y contrarreferencia en el área de urgencias de la ESE, ya que se ha convertido en el punto neurálgico de la prestación de servicios de salud eficientes a nivel municipal pues se esta poniendo en riesgo constantemente la vida de los usuarios del servicio de urgencias que en un alto porcentaje pertenecen a la comunidad arjonera por ser esta la única institución pública de salud a nivel municipal que esta en capacidad de ofrecer el servicio.

De igual forma el estudios nos permitirá identificar cada una de las instituciones que hacen parte de la red de servicios a los que la ESE Hospital Local Arjona tiene acceso dentro del sistema de referencia y contrarreferencia, para de esta forma agilizar el proceso en lo referente a autorización de la IPS, coordinación con EPS

con las que se tienen contratados los servicios de urgencia, así como los Recursos disponibles en la ESE Hospital Local Arjona para coordinar labores con el Centro Regulador de Urgencias (transporte, recurso humano, comunicaciones entre otros) y de esta forma evaluar el cumplimiento de cada una de las partes que hacen parte del proceso.

Finalmente, las autoras esperan que, como futuras gerentes en salud, esta investigación permita aportar un plan de mejoramiento que coadyuve al buen funcionamiento de este proceso.

1.5 MARCO REFERENCIAL

1.5.1 Antecedentes históricos. Para situar los antecedentes históricos de la referencia y contrarreferencia de pacientes, es preciso remontarse a la época antigua, específicamente a Grecia y Roma, cuando se instituyeron las primeras formas sistemáticas de cuidado hospitalario y traslado de enfermos, como lo resalta de la Garza Villaseñor: “Así como sucedió en Grecia, en la Roma tanto republicana como imperial, los centros en donde se llegaban a congregarse a enfermos eran los templos consagrados a Esculapio y en ellos recibían consejo y asistencia”³.

Sostiene el autor citado que se acostumbraba “exponer a los esclavos enfermos o agotados en el templo de Esculapio, erigido en el año 291 a.C. en una de las islas del Tiber, llamada Tiberina. Durante su mandato el emperador Claudio decretó que cualquier esclavo que se recuperara no debía volver con sus dueños o amos, de tal manera que éstos se podían quedar a vivir en ella, por esto puede ser

³ De la Garza Villaseñor, Lorenzo (1999). *De los templos y santuarios a los hospitales: 6,000 años de historia*. Revista de Investigación Clínica 52 (1): 2000; p. 89-97. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/autores.php?method=listArticlebyAuthor&id_revista=2&id_autor=1371

considerado como el primitivo hospital de Roma para los enfermos pobres. La ubicación de los consultorios era similar a los de Grecia, es decir cerca de los santuarios de Esculapio, eran usados tanto para curaciones como para operaciones y recibieron el nombre de “Tabernae” o “medicatrinae”⁴.

En un principio los legionarios romanos enfermos o heridos eran enviados a las casas de los ricos o a las tiendas de los campamentos de campaña para su atención y el estado pagaba todos los gastos que generaran, posteriormente se les enviaba a sus casas para su convalecencia y restablecimiento; pero a medida que el imperio creció se empezó a desarrollar un sistema de dispensarios militares llamados “Valetudinaria” que puede catalogarse como el protohospital, de acuerdo a cierto número de historiadores. Los Valetudinaria eran de dos tipos: uno para los esclavos enfermos situados en los latifundios y el otro eran los lazaretos militares distribuidos de acuerdo a la ubicación de las legiones o ejércitos; ambos seguramente se constituyeron para recuperar el mayor número de hombres posible y devolverlos a sus trabajos y deberes lo más rápido que se pudiera. Posteriormente se convirtieron en hospitales que se localizaron en puntos estratégicos existiendo uno por cada legión. Por último, sitios similares aparecieron para los empleados del Estado y sus familias en las ciudades provinciales.

Luego de la caída del imperio romano, y con el inicio de la edad media, los hospitales se asociaron casi que con exclusividad a las órdenes religiosas. La Iglesia Católica construyó, regentó y mantuvo con exclusividad numerosos hospitales en los distintos reinos europeos durante más de diez siglos. Durante este período, la idea de la remisión de los enfermos se sustentaba en la necesidad y conveniencia del tratamiento a seguir, como a razones de índole cultural. Así, por ejemplo, la construcción de los leprosorios en lugares apartados obedecía a

⁴ Ibídem, p. 93.

razones sanitarias (evitar el contagio) y a ellos eran enviados los enfermos, debiendo soportar largas jornadas en caravanas de herradura y sin que existiese una esperanza real de volver (la mayoría moría en el camino o en el sitio de confinamiento).

Posteriormente, con el resurgir de la medicina clásica durante el renacimiento (s. XV), se reanudó la terapéutica como principal práctica en los hospitales. Pero no sería sino hasta la consolidación de los estados burgueses a partir del siglo XVII cuando se asumiría que los hospitales eran responsabilidad del Estado (aunque la Iglesia continuó administrando la mayoría) y ello supuso el inicio de prácticas más coordinadas de remisión de pacientes según las necesidades de tratamiento y la posibilidad de pagar por ello. En este sentido, Pedraza Calvo plantea que la nobleza y los grandes burgueses pagaban viajes a los sitios de descanso y hospitalización que mejor promesa de curación ofrecieran. Para los pobres, el confinamiento en los hospitales de caridad era la única alternativa⁵.

El advenimiento de la sociedad industrial a partir del siglo XVIII supuso el crecimiento de las ciudades y de la población en ellas residentes, lo cual condujo a la aparición de hospitales más grandes y con una estructura muy similar a la actual. La remisión de pacientes continuó, sin embargo, siendo considerada como un recurso menor en el proceso de tratamiento de las enfermedades. No obstante, en Londres (Inglaterra), a mediados del siglo XVIII ya existían las ambulancias para el transporte de los pacientes entre los diversos hospitales que funcionaban en la ciudad y este proceso obedecía básicamente a que el paciente buscaba un mejor doctor que podía estar en un hospital diferente o a razones de sanidad y confinamiento de pacientes con patologías contagiosas severas (epidemias) en sitios apartados⁶.

⁵ Pedraza Calvo, Rodrigo (1984). *Historia de la salud*. Madrid: Rialpe, p. 79.

⁶ *Ibíd*em, p. 80-81.

El surgimiento del hospital con su estructura y funcionalidad actual se produciría hasta el siglo XIX y con ello, la implementación de los sistemas de traslado de los pacientes, aunque en este aspecto siguió predominando el criterio de la disponibilidad de camas antes que cualquier otra consideración de tipo médico. Sin embargo, el ensanchamiento de los medios de transporte (ferrocarriles, rutas marítimas y fluviales) y comunicación (telégrafo) permitió que todo aquel que pudiera pagar por el servicio fuera trasladado a los hospitales que tenían la capacidad científica para atender su necesidad de salud. Es así como en países europeos: Francia, Italia, Alemania y España; y americanos: Estados Unidos, México, Brasil y Argentina, se crearon los primeros sistemas de traslado de pacientes (con capacidad de pago), generando así un flujo regular de remisiones entre instituciones hospitalarias.

Sería en el siglo XX, durante la Primera Guerra Mundial (1914-1918) cuando se empezaría a utilizar de manera organizada el sistema de ambulancias para el traslado de los heridos de las zonas de guerra hacia los hospitales militares y civiles en zonas alejadas del conflicto. La disponibilidad de nuevos procedimientos médicos, medicamentos y comunicaciones (radio y teléfono) hicieron posible la coordinación del traslado de heridos a una escala hasta entonces desconocida. El automóvil y el avión serían durante la primera postguerra los avances significativos en la remisión de pacientes y su papel se acentuaría con el estallido de la Segunda Guerra Mundial (1939). Durante el conflicto bélico, los servicios de salud militares de las fuerzas Aliadas, lograron coordinar una estrategia de remisión de pacientes que sería el prototipo de los sistemas de referencia y contrarreferencia actual, con traslados que obedecían a los criterios de atención adecuada y mejor ubicación de los recursos técnicos y tecnológicos, cubriendo enormes distancias y con mayor efectividad en la remisión.

Puede colegirse de ello, que los medios de comunicación y de transporte, al evolucionar y perfeccionarse, permitieron el desarrollo del sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes, a lo cual se sumó la creación de hospitales con distinta capacidad técnica-operativa y el ensanchamiento de las redes de servicios de salud, tanto públicas como privadas. A ello contribuyó enormemente el modelo de bienestar implementado en la mayoría de los países occidentales después de la Segunda Guerra Mundial, el cual hizo posible entender la continuidad y calidad del servicio de salud y su importancia para el desarrollo de los países.

En Colombia, para mediados del siglo XIX se habían expedido algunas leyes cuya finalidad era la protección de las familias de los militares muertos, incluso desde la guerra de Independencia. Para el resto de población existía un precario sistema de asistencia pública, basado en un servicio de beneficencia o de caridad ofrecido en ocasiones por instituciones religiosas⁷. Pese a estos antecedentes, la política gubernamental en salud se concretó en Colombia con la creación del Ministerio de Salud Pública en 1936. Una década después la seguridad social en salud para los trabajadores se adoptó de manera estratificada, comenzando con los grupos de mayor poder gremial. Se optó por el modelo “bismarckiano” de seguridad social⁸, basado en la relación de empleo dependiente que moldeó el sistema. En concordancia con lo anterior, en 1946 se crearon el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS) y la Caja Nacional de Previsión (Cajanal), y tres años

⁷ Viloria de la Hoz, Joaquín (2005). *Salud pública y situación hospitalaria en Cartagena*. Serie Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional No. 65. Cartagena: Banco de la República, p. 6-7.

⁸ En 1880 Bismarck propuso ante el parlamento alemán un proyecto de ley que hiciera obligatorio el seguro de salud para aquellos trabajadores con salarios bajos. Esta ley entró en vigencia en 1883 y con el tiempo se amplió a los demás trabajadores y varios países europeos. Cfr. Heredia, Rodolfo, y Ramírez, Martha Lucía (2002), *Guía sobre salud y población*, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, p. 116.

después se aprobó el seguro de enfermedad general y de maternidad para los trabajadores de empresas privadas⁹.

En la segunda mitad de la década de 1960 se crearon los Servicios Seccionales de Salud, lo que permitió organizar el sistema de regionalización de los servicios, y se desarrolló el Plan Nacional Hospitalario (1969). Luego, en 1975, se creó el Sistema Nacional de Salud (SNS), reafirmando las tendencias “higienistas” del anterior período, y poniendo especial énfasis en el enfoque de asistencia pública y de subsidio a la oferta. El SNS presentó un gran dinamismo entre 1977 y 1984, pero luego empezó a mostrar signos de agotamiento en razón de la crisis fiscal que afrontaba el país. Esta problemática ocasionó que se redujeran los recursos en salud del 8% al 4%, afectando el presupuesto de los hospitales públicos, los cuales se vieron abocados a incrementar las tarifas a los usuarios (también llamadas cuotas de recuperación).

En el país, la remisión de pacientes entre los hospitales públicos empezó a darse como práctica frecuente a partir de la década de 1940 con la implementación de las ambulancias para el traslado de enfermos según la gravedad que revestía el paciente. Este sistema empezó a operar en ciudades como Bogotá y Medellín, siendo que hacia la década de 1970 constituían los dos principales referentes en materia de remisión oportuna de pacientes según las necesidades de atención. No obstante, sería hasta las dos últimas décadas del siglo XX cuando se constituiría el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes, como se conoce hoy día.

⁹ Martínez, Félix, Robayo, Gabriel y Valencia, Oscar (2002), *Desarrollo del principio de universalidad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud*, FEDESALUD, Bogotá, pp. 4-5.

1.5.2 Antecedentes investigativos.

Cuadro 1. Antecedentes investigativos

Investigación	Objetivo	Resultados	Significatividad
<p>Rojas, Fernando y Vergara, Luis (2003). <i>Modelo de mejoramiento de la calidad en los servicios de urgencia del Hospital Regional de Roldanillo</i>. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad de Administración.</p>	<p>Diseñar e implementar un modelo de mejoramiento de la calidad en los servicios de urgencia del Hospital Regional de Roldanillo (Antioquia), que esté debidamente orientado a la satisfacción de los usuarios.</p>	<p>La investigación arrojó que la mayoría de los procesos correspondientes a los servicios de urgencia de la ESE se encuentran sobredimensionados o subutilizados, como consecuencia de la carencia de un plan de trabajo estratégico que permita el mejoramiento de los circuitos de atención con base en la eficacia y la efectividad de los recursos.</p>	<p>Esta investigación hace una descripción bastante detallada de los servicios de urgencia y precisa la necesidad de su integración con las demás instancias de atención de los usuarios, en particular cuando se trata de que la urgencia se convierta en el primer eslabón del sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes.</p>
<p>Acosta, Raúl (2006). <i>Auditoría de los procesos de atención de urgencias y remisión de pacientes en la Clínica CES de Medellín</i>. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad de Administración.</p>	<p>Realizar un proceso de auditoría administrativa y financiera de los procesos de atención de urgencias y remisión de pacientes en la Clínica CES de Medellín.</p>	<p>La auditoría mostró las carencias de la IPS en materia de atención de urgencias al no estar debidamente habilitado su sistema de referencia de pacientes. A partir de ello se dispuso de un programa de mejoramiento de la calidad de este proceso con base en los protocolos de integración de la red de servicios disponibles a los</p>	<p>Es importante aprovechar los criterios y mecanismos de auditoría puestos en práctica por el investigador para evaluar sistemática y profundamente los procesos. En este sentido brinda una visión bastante adecuada de la gestión por procesos como base para la implementación del programa de auditoría de la calidad del área de</p>

		usuarios.	Urgencia y Remisión.
Ochoa, Dairo; Pájaro, Luis y Suárez, Elcy (2007). <i>Auditoría a los procesos de referencia y contrarreferencia en un hospital público departamental (III y IV nivel)</i> . Barranquilla: Universidad del Norte, Diplomado en Auditoría Médica.	Desarrollar una auditoría a los procesos de referencia y contrarreferencia de pacientes que tienen lugar en un hospital público departamental (III y IV nivel) como receptor de la red de prestación de servicios contemplada en el SGSSS y el SGC con base en los criterios de calidad, oportunidad y ventaja estratégica para la entidad y sus usuarios.	La investigación mostró que la red de hospitales públicos del Atlántico presenta serias fallas en materia de referencias y contrarreferencias, dado que su nivel de integración es bastante bajo y hace falta abordar su mejoramiento con base en la ampliación de la capacidad técnica, operativa y financiera para atender adecuadamente al conjunto de instituciones de referencia que dependen de él.	Se considera como un aporte especial los indicadores de calidad, oportunidad y ventaja estratégica construidos para responder a las exigencias de atención de una población creciente. La investigación muestra que es posible la optimización de la referencia y contrarreferencia de pacientes en entidades del sector público cuando dicho sistema responde a un modelo estratégico de gestión de la calidad.

1.5.3 Marco conceptual. Se incluyen en este aparte los principales elementos teórico-conceptuales para la evaluación del sistema de referencia y contrarreferencia de la ESE Hospital Local Arjona, incluyendo: sistema de referencia y contrarreferencia, mejoramiento continuo de la calidad en servicios de salud, gestión por procesos, y satisfacción al usuario.

1.5.3.1 Sistema de Referencia y Contrarreferencia. La actual política de salud con la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y en los procesos de descentralización de competencias y recursos, requieren el compromiso de las personas y las instituciones para definir estrategias acordes a las necesidades locales que permitan mejorar la calidad de vida de sus habitantes.

Es necesario entonces definir y establecer las relaciones y coordinación entre las diferentes instituciones dentro del concepto técnico-administrativo de la red de servicios, lo cual se logra en buena parte mediante el desarrollo del Régimen de Referencia y Contrarreferencia¹⁰.

Así mismo, el régimen tendrá una positiva incidencia en, La gestión eficiente del sector salud, La optimización de la infraestructura en salud, El fomento de una cultura de la salud y La facilidad, oportunidad y eficiencia para el acceso a los servicios de salud.

Se define el Régimen de Referencia y Contrarreferencia como el conjunto de normas técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente al usuario el servicio de salud, según el nivel de atención y el grado de complejidad de los organismos de salud con la debida oportunidad, eficacia y eficiencia. Este régimen tiene como propósito fundamental Facilitar el acceso universal a los servicios de

¹⁰Este aparte está basado en el contenido del Decreto 2759 de 1991 que reglamenta lo concerniente a referencia y contrarreferencia de pacientes.

salud y la atención oportuna e integral a la comunidad de acuerdo con sus necesidades, mediante el desarrollo legal, técnico y administrativo del Régimen de Referencia y Contrarreferencia como un componente de la red de servicios, con la participación de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

a) Funciones por niveles de organización

En el desarrollo del Régimen de Referencia y Contrarreferencia, tienen funciones y responsabilidades los diferentes niveles organizacionales del sistema, los cuales podrán ser ampliados operativamente de acuerdo con las necesidades de la red de servicios.

Nivel nacional:

- Mantener actualizado el marco conceptual y jurídico del Régimen de Referencia y Contrarreferencia.
- Elaborar normas técnicas y administrativas conjuntamente con las entidades territoriales que permitan operativizar el Régimen.
- Liderar y participar en la formulación de planes, programas y proyectos que propendan por el desarrollo del Régimen de Referencia y Contrarreferencia.
- Participar en la organización de la red de servicios de salud del ámbito nacional.
- Generar mecanismos de coordinación intersectorial que faciliten el desarrollo del Régimen.

- Vigilar el cumplimiento de las normas y el desarrollo del Régimen.
- Evaluar el desarrollo del Régimen mediante determinación de indicadores por niveles.
- Prestar la asistencia técnica a las direcciones departamentales y locales para el desarrollo del Régimen.
- Promover la investigación en lo referente al Régimen de Referencia y Contrarreferencia.

Nivel seccional:

- Adecuar y adoptar las normas del nivel nacional para la implantación del Régimen.
- Desarrollar el proceso de implantación del Régimen, en su jurisdicción y asignar la dirección y coordinación del mismo a una de las reparticiones de su estructura orgánica.
- Promover el fortalecimiento y articulación de los diferentes regímenes que permitan y faciliten el desarrollo del Régimen de Referencia y Contrarreferencia.
- Participar en la elaboración, actualización y evaluación de las normas del Régimen.

- Determinar los indicadores requeridos en su nivel que permitan controlar, evaluar y asesorar la implantación del Régimen.
- Brindar la cooperación técnica horizontal requerida por otros niveles organizativos o de atención para el desarrollo del Régimen.
- Promover en su jurisdicción la investigación inherente al Régimen de Referencia y Contrarreferencia.
- Promover en la comunidad la adecuada utilización de los servicios en los diferentes organismos que conforman la red.
- Promover la participación de la comunidad, y la veeduría social para facilitar el desarrollo del Régimen.

Nivel local:

- Adecuar y adoptar las normas que sobre el Régimen expidan los niveles nacional y seccional.
- Desarrollar e implantar el Régimen de Referencia y Contrarreferencia en su jurisdicción.
- Promover el fortalecimiento y articulación de los diferentes regímenes para facilitar el desarrollo del Régimen de Referencia y Contrarreferencia.
- Crear y desarrollar mecanismos de coordinación inter - institucional que permitan un eficiente desarrollo del Régimen, en su jurisdicción.

- Participar en la elaboración, evaluación y actualización de las normas del Régimen.
- Controlar, asesorar y evaluar el desarrollo del Régimen en su respectiva entidad territorial.
- Promover en la comunidad el uso adecuado de los servicios en los diferentes organismos que conforman la red.
- Promover la participación de la comunidad y la veeduría social para facilitar el desarrollo del Régimen.

b) Normas técnicas y administrativas

- Las direcciones seccionales y locales elaborarán y propondrán conjuntamente con las instituciones prestadoras de servicios de salud del área, un diagnóstico y una propuesta de funcionamiento de la Red de Servicios de Salud y del sistema de referencia y contrarreferencia como parte de la Red.
- Las direcciones seccionales y locales elaborarán y propondrán conjuntamente con las instituciones docentes, los protocolos sobre el manejo de la demanda de servicios más comunes en la región.
- Debe existir una información sobre los diferentes organismos que conforman la red de servicios, disponible en toda institución, que permita la oportuna y adecuada referencia de usuarios y de elementos de ayuda diagnóstica.

- El usuario antes de ser remitido de un organismo de salud debe ser previamente valorado clínicamente y evaluada la posibilidad de ser atendido por esa institución.
- La clasificación socio-económica por SISBEN y la afiliación a la seguridad social del usuario debe ser clara y hacerse en la institución referente.
- Todo usuario referido y contrarreferido, debe ir acompañado de la información necesaria mínima para brindarle una adecuada atención y manejo.
- El formato de remisión debe ser identificado con el número de la cédula o tarjeta de identidad del usuario, en el caso de un menor de siete (7) años deberá ser identificado con la fecha de nacimiento.
- Todo usuario remitido de urgencias debe ser atendido por la entidad receptora.
- Todo individuo que llegue a una institución prestataria de servicios de salud con una de las patologías de manejo clínico de urgencias, debe ser atendido en el servicio de urgencias, aplicándole las medidas necesarias para proteger su vida y mejorar su pronóstico, luego se procederá a definir el sitio donde se continuará su atención en forma integral, según las normas de Referencia y Contrarreferencia.
- La institución referente debe comunicar previamente la referencia a la institución a la cual se va a remitir al usuario.

- Cuando se imposibilite la comunicación previa sobre la referencia, la entidad receptora debe garantizar la atención del usuario de conformidad con la gravedad del caso.
- La responsabilidad del cuidado del usuario está en el organismo referente hasta que ingrese a la otra institución.
- La institución remitente debe asegurar el transporte del usuario referido y/o contrarreferido cuando el caso lo amerite.
- Todo usuario remitido de urgencia debe en lo posible ir acompañado por un agente de salud y por un integrante del núcleo familiar.
- Los usuarios atendidos por urgencias y cubiertos por el seguro obligatorio de accidentes que deban referirse y contrarreferirse se acogerán en lo dispuesto en los decretos que organizan y establecen el presente Régimen y la red de urgencias.
- Toda institución hospitalaria del subsector oficial de la salud debe prestar los servicios al usuario referido, según su capacidad de resolución.
- La remisión y transporte de elementos biológicos, y muestras del ambiente para diagnóstico, se hará de conformidad con las normas técnicas específicas para su manejo.
- Para la remisión de usuarios se debe utilizar en primera instancia las instituciones del subsector oficial, sin detrimento de los contratos establecidos, con las otras instituciones del subsector privado y de seguridad social.

- La contrarreferencia del usuario debe hacerse a su nivel de origen, y las indicaciones sobre su manejo se enviarán al organismo de salud más cercano a su sitio de vivienda o trabajo.
- En todo manejo de usuarios referidos y contrarreferidos, se deben respetar las pautas culturales y creencias de los diferentes grupos étnicos.
- Las entidades del subsector oficial que prestan la atención inicial de urgencias, remitirán al usuario cubierto por la seguridad social a la institución de salud correspondiente.
- Los organismos que soliciten apoyo tecnológico a otra institución, deben identificar y justificar la necesidad de transferencia de recursos, cumpliendo con las normas administrativas y fiscales.
- La información, para el desarrollo del Régimen de Referencia y Contrarreferencia deberá identificar y registrar variables mínimas, tales como:

En la referencia:

- Identificación de la institución y el servicio referentes y de la institución a la cual se remite.
- Identificación completa del usuario incluyendo el tipo de seguridad social al cual pertenece.
- Diagnóstico presuntivo.

- Resumen de historia clínica incluyendo informe del resultado de las pruebas de ayuda diagnóstica realizadas.
- Motivo de la Referencia.
- Nombre del profesional responsable de la referencia.

Y en la contrarreferencia, variables como:

- Diagnóstico final.
 - Pertinencia de la remisión.
 - Resumen de historia clínica incluyendo informe del resultado de las pruebas de ayuda diagnóstica realizadas.
 - Indicaciones sobre conducta a seguir con el paciente referido.
 - Costo de la atención prestada.
 - Nombre del profesional responsable de la atención prestada.
- Los prestadores de servicios de salud serán responsables del mantenimiento del parque automotor para el transporte de usuarios referidos y contrareferidos.

c) Insumos

Las entidades territoriales por intermedio de las direcciones locales y departamentales, deben garantizar la disponibilidad de los insumos necesarios para el funcionamiento del Régimen de Referencia y Contrarreferencia, teniendo en cuenta los grados de complejidad en la prestación de los servicios.

Se consideran los siguientes insumos, como básicos para el funcionamiento del Régimen de Referencia y Contrarreferencia:

1) Información: Cada nivel manejará la información necesaria que permita el desarrollo del Régimen mencionado y los instrumentos mínimos serán:

- Hoja de remisión y contrarremisión con variables previamente definidas.
- Resumen de historia clínica.
- Bitácora de ambulancias con información mínima.
- Indicadores que permitan evaluar el desarrollo del Régimen.

2) Comunicaciones

- Todas las instituciones que conforman la Red de Servicios deben estar unidas por un sistema de telecomunicaciones.
- Se debe establecer una adecuada red de comunicación extra sectorial que garantice la prestación de servicios en forma oportuna y eficiente.

3) Transporte

- Todo centro de salud debe contar con vehículo de transporte.
- Se podrán celebrar contratos con empresas privadas para garantizar el traslado oportuno de usuarios cuando no cuenten con los medios de transporte adecuado.
- Los vehículos ambulancias deberán ser utilizados de acuerdo a las normas establecidas para ello por el Ministerio de Salud y contar con la licencia expedida por la respectiva dirección seccional.
- La entidad remitente deberá garantizar el transporte de usuarios y/o muestras biológicas dentro del Régimen de Referencia y Contrarreferencia cuando las condiciones lo ameriten.
- Toda dirección seccional y local de salud, debe reglamentar el uso de los medios de transporte con que cuenta para el desarrollo de la Referencia y la Contrarreferencia.

1.5.3.2 Mejoramiento continuo de la calidad en los servicios de salud. Es pertinente una discusión teórica respecto a la gestión de calidad a través del mejoramiento continuo de operaciones y procesos, con un enfoque centrado en la satisfacción del usuario. Dicha discusión se basa en la confrontación entre las evidencias empíricas y las investigaciones realizadas en la materia.

En primera instancia, se puede afirmar que participar en procesos de Mejoramiento Continuo de la Calidad (MCC) resulta una experiencia que encuentra al personal de los establecimientos de salud en un espectro de

actitudes que varían desde una gran excitación y expectativa, hasta notable escepticismo y rechazo¹¹. Esto debido a los significativos cambios que el trabajo por la calidad introduce en la dinámica de la organización.

Esto debido a que para llevar adelante estos procesos, una entidad debe instalar los denominados 3 pilares de MCC: concentrar el foco en los requerimientos del usuario, revisar continuamente sus procesos y trabajar en equipo. Como se supone, operacionalizar estos tres pilares, exige un cambio notable en la dinámica de la organización, así:

- a) **Focalizar en los requerimientos del usuario:** esta premisa que puede ser muy fácilmente comprendida, se torna muy difícil de operacionalizar. Significa todo un replanteamiento del centro del quehacer de la organización, implica dejar de determinar desde la perspectiva del prestador lo que los usuarios necesitan, para instalar mecanismos de escucha a éste, y procurar respuestas a sus requerimientos.

- b) **Revisar continuamente los procesos:** asociada estrechamente a lo anterior, exige revisar lo actuado para identificar desde su pertinencia, hasta su adecuación a los requerimientos de los usuarios. La revisión de los procesos implica recoger evidencias del funcionamiento y los resultados de la organización en relación a los requerimientos de los usuarios, por tanto requiere un manejo serio de los datos y la información producida por la organización.

¹¹Marín, J., Melgar A. y Castaño, C. (1992). Teoría y técnicas de desarrollo organizacional, Organización Panamericana de la Salud, Proyecto Subregional de desarrollo de la capacidad gerencial de los servicios de salud, PSDCG-T.10, Volumen 5 - Desarrollo organizacional: técnicas de intervención. México: OPS, p. 70.

c) Trabajar en equipo: la participación de múltiples actores e instancias de la organización en los procesos de producción de los servicios a los usuarios, requiere que todos quienes participan en ellos, estén involucrados en su revisión. Se requiere de múltiples perspectivas para identificar adecuadamente los problemas y generar las mejores soluciones.

Entonces, al introducir procesos de MCC dentro de un establecimiento de salud, así como se podría apostar que los servicios que éste presta se bañen de atributos que los hagan mucho más cordiales, ordenados y gentiles con los usuarios, también se puede asegurar que el personal que allí labora, se verá inmerso en una dinámica completamente distinta a la que prevalecía previamente en la organización.

Por otro lado, los nuevos equipos conformados, en el afán de mejorar la calidad, se introducirán en un terreno poco conocido y quizá por mucho tiempo descuidado en nuestros establecimientos: la revisión de los procesos a partir de evidencias y el trabajo en equipo.

El impulso de planes de mejoramiento continuo de la calidad (MCC) en los establecimientos de salud, ha sometido al personal que allí labora a nuevas relaciones de trabajo. Desde una rutina marcada por el cumplimiento de tareas individuales, han girado hacia la revisión crítica de la capacidad de sus procesos para satisfacer los requerimientos de sus usuarios, pero en modalidades que promueven intensa interacción entre ellos¹².

¹²Organización Panamericana de la Salud (1994). Programa de adiestramiento en salud de Centroamérica, PASCAP, Problemas de calidad en los servicios de salud, Volumen III Evaluación del desempeño del equipo de salud. Costa Rica: p. 34.

Como consecuencia de ello, vienen ocurriendo una serie de eventos que expresan la natural evolución de quienes desde un desempeño individual –efectivo o no– transitan hacia convertirse en integrantes de un equipo efectivo.

Las principales manifestaciones son:

- Concentración de los esfuerzos en un número limitado de personas, con el subsecuente desgaste y abandono,
- El plan de mejora es llevado adelante por un pequeño grupo de personas, sin que se inserte formalmente en la gestión institucional,
- Se ha conformado demasiados equipos, y operan desconectados entre sí,
- Los responsables del plan de mejora no manejan los recursos necesarios para ello.
- Tienen que hacer muchas e infructuosas gestiones para conseguirlos,
- No se han definido mecanismos orientados a garantizar la participación del personal, ni para evaluar su desempeño,
- No se han previsto mecanismos de reconocimiento ni estímulo.

Estos elementos y otros que probablemente afectan la marcha de los planes de los establecimientos que impulsan procesos de mejora continua de la calidad, reflejan que hay deficiencias en la gestión de estos planes. Al buscar explicaciones a estas deficiencias, se aprecian fallas sistemáticas tanto en la conformación, como en la dinámica de los equipos de trabajo.

De persistir estas deficiencias, pronto se puede llegar a un agotamiento y desmotivación del equipo humano comprometido con la gestión del plan de MCC del establecimiento y ocurrir estrepitosas caídas en las curvas de avance hacia los indicadores, perdiéndose la valiosa oportunidad de conseguir mejores servicios para la población a la que se sirve.

Entonces, se tiene que reconocer que las deficiencias en el trabajo en equipo atentan contra la consecución de los resultados que la organización pretende alcanzar. De allí que, fortalecer el trabajo en equipo no sea una moda, sino una necesidad y una posibilidad que permite potenciar las habilidades individuales y conseguir resultados.

Impulsar el trabajo en equipo, resulta una tarea crucial en el desarrollo de procesos de mejora continua de la calidad. No basta con proclamarlo, hay que trabajar el desarrollo de equipos efectivos. Esto implica en primer lugar reconocer las bondades del trabajo en equipo, para luego proveer a los equipos condiciones básicas para su conformación, facilitar la interacción entre sus integrantes durante su funcionamiento, operativizar la toma colectiva de decisiones y por cierto, atender las demandas y necesidades que surgen del proceso de desarrollo del equipo¹³.

Para sustentar la necesidad del trabajo en equipo, hay que reconocer el giro que se viene dando en la gestión en salud: pasar desde una dinámica de trabajo marcada por la ejecución de tareas previamente determinadas por un programa o una dirección desde un nivel central, hacia un enfoque del trabajo orientado a la consecución de resultados.

La exigencia de resultados que enfrenta la gestión en salud, se debe al reconocimiento de que durante mucho tiempo, muchas tareas y actividades se han realizado, y muchas de ellas correctamente, pero persisten las situaciones inadecuadas y los problemas que las generan. Y es que conseguir resultados es finalmente lo que se requiere en términos de salud para la población.

¹³Drucker, P. (1996). La organización basada en la información: Hay Tres clases de equipos. Bogotá: Norma, p. 103.

Cuando se trabaja con un enfoque basado en el cumplimiento de tareas, cada trabajador puede cumplirlas, pero tareas aisladas no hacen resultados, con lo que, cuando se indaga por un resultado, sucede que nadie tiene asignada la responsabilidad en su consecución.

Pero cuando se trabaja por resultados, se reconoce que será el conjunto de los esfuerzos lo que permitirá solucionar problemas, pues cada quién, desde su particular posición, contribuirá a ello. Entonces, el logro de resultados es consecuencia del trabajo en equipo, cada quién haciendo la tarea que le corresponda, pero de manera armónica y complementaria, de modo que el conjunto de tareas sea de suficiente potencia y pertinente para conseguir el resultado que se espera.

Es así como, para conseguir el resultado: usuario satisfecho, se requiere la articulación de la capacidad profesional del médico que presta la atención directa, con la capacidad de manejo de los archivos clínicos y la solvencia en la elaboración y entrega oportuna de las facturas y recetas.

Por otra parte, hay quienes reconocen que el mejoramiento continuo de la calidad (MCC) lleva demasiado tiempo y esfuerzo, y asumen que instalarlo institucionalmente será mucho más difícil, con lo que tienen suficientes elementos para darse por vencidos, incluso antes de empezar.

Es cierto que instalar procesos de MCC toma mucho tiempo y esfuerzo, pero también hay que ser conscientes que rendirse ante ese reconocimiento, puede llevar a perder todo lo avanzado y todo lo que podría haberse logrado.

Sin embargo, los esfuerzos por MCC aún no logran instalarse institucionalmente, debido a que ésta no se ha posicionado todavía como visión que congregue los esfuerzos de todos los trabajadores de salud, en todos los niveles de la institución.

En el desempeño cotidiano de los servicios, estos trabajadores usualmente compiten por los mismos recursos limitados, apareciendo con facilidad esfuerzos aislados que incrementan la ineficiencia y la fragmentación institucional. Los legítimos intereses particulares dentro de la organización, al no reconocerse, pronto dificultan la definición de las prioridades y sobre todo opacan la identificación de los fines institucionales, y mucho más la percepción de las expectativas de quienes acuden al establecimiento en busca de alivio a sus problemas de salud.

Esta fragmentación trae como resultado que las actividades de mejora sean patrimonio de un grupo o una persona bien intencionada que ante la eventualidad de su rotación, se lleva consigo el impulso, las ideas y herramientas, y a veces hasta el apoyo político necesario para asegurar los cambios. Con ello, los procesos en marcha se tornan lentos y pueden llegar a desaparecer. Todo esto, no sólo implica un desperdicio directo de tiempo y dinero, sino que se constituye en el mayor desestimulante de quienes aún no se han decidido a participar.

A esto se agrega la confusión que algunos directivos desorientados generan en el personal, ya que al no tener una idea clara sobre la utilidad de la calidad para el desarrollo institucional, la desestiman y con ello ofrecen un mensaje contradictorio que desalienta a quienes viene haciendo esfuerzos por mejorarla. Este aspecto se agrava por los frecuentes cambios de dirección generados por el manejo politizado de los puestos de dirección.

Además, la calidad de los servicios institucionales en el sector de la salud se ha visto como un problema de acceder a equipamiento y tecnología de punta, desconociendo que es la fluidez y el dinamismo de los procesos, y su orientación hacia las necesidades y demandas de los usuarios, lo que genera servicios de calidad.

En esa perspectiva, se considera que en las siguientes categorías se debe expresar el grado en el que una iniciativa de mejoramiento operacional hacia la calidad está siendo incorporada en la institución:

- Infraestructura técnica para el proceso: capacidades de manejo técnico del proceso: definir estándares, realizar actividades, monitorear avances, etc. incluye procesos de capacitación.
- Estructura de implementación del proceso: planes de MCC, equipos con roles definidos, mecanismos de dirección, de toma de decisiones, de apoyo, de coordinación, de evaluación de avances.
- Medio ambiente habilitante: un marco de valores institucionales, incentivos, políticas, normas y directivas que apoyan las actividades de calidad.
- Liderazgo comprometido: expresado en mensajes propositivos y acciones consistentes con la mejora por parte del cuerpo directivo y,
- Una cultura de calidad, que es probablemente el elemento más importante de un programa de mejora continua de la calidad y su institucionalización. Es el elemento que amarra los cambios, es el campo que articula los esfuerzos de unos y otros y les da sentido, es lo que asegura el soporte que los procesos requieren para sostenerse en el largo plazo.

Sin una cultura de calidad, los planes de mejora y otras actividades y esfuerzos de calidad, durarán solamente mientras hay un proyecto apoyando y proveyendo asistencia técnica. Sin una cultura de calidad es fácil decir que no se puede, o que no hay apoyo de un tipo u otro porque nadie ha hecho una inversión en calidad¹⁴.

La cultura de calidad se habrá logrado cuando el personal vea calidad como el objetivo principal de su trabajo y la valora como un premio en si mismo y donde clientes bien informados exigen calidad de atención como parte de sus derechos como ciudadanos. La existencia de tal cultura de calidad es una indicación que la mejora de la calidad ha sido integrada dentro de la organización; es verdaderamente "institucionalizada" y sería sostenible.

Una cultura de calidad requiere:

- Personal que vea la calidad como el objetivo principal de su trabajo. Eso incluye compromiso, responsabilidad y un enfoque en el usuario.
- Personal que vea su buen trabajo como un premio en si y siempre está dispuesto al cambio.
- Buena comunicación entre los funcionarios y con los clientes.
- Apoyo político, reconocimiento e incentivos
- Considerar la calidad como factible dentro de la organización.
- Sentir la "calidad como mi responsabilidad".
- Reconocer las mejoras como resultado de esfuerzos de equipo, y gente reuniéndose para resolver problemas comunes.

¹⁴Alvear, C. (2001). Calidad Total: Conceptos y herramientas prácticas. México: Limusa, p. 48.

1.5.3.3 La gestión por procesos con enfoque al usuario. Afianzándose en una concepción de mejoramiento continuo de la calidad, la **gestión por procesos** es la forma de gestionar toda la organización basándose en los procesos críticos. Entendiendo estos como una secuencia de actividades orientadas a generar un valor añadido sobre una entrada para conseguir un resultado, y una salida que a su vez satisfaga los requerimientos del usuario.

Tradicionalmente, las organizaciones se han estructurado sobre la base de departamentos funcionales que dificultan la orientación hacia el usuario. La gestión de procesos percibe la organización como un sistema interrelacionado de procesos que contribuyen conjuntamente a incrementar la satisfacción del usuario.

Supone una visión alternativa a la tradicional caracterizada por estructuras organizativas de corte jerárquico - funcional, que pervive desde mitad del XIX, y que en buena medida dificulta la orientación de las empresas hacia el usuario.

La **Gestión de Procesos** coexiste con la administración funcional, asignando "propietarios" a los procesos clave, haciendo posible una gestión interfuncional generadora de valor para el usuario y que, por tanto, procura su satisfacción. Determina qué procesos necesitan ser mejorados o rediseñados, establece prioridades y provee de un contexto para iniciar y mantener planes de mejora que permitan alcanzar objetivos establecidos. Hace posible la comprensión del modo en que están configurados los procesos de negocio, de sus fortalezas y debilidades.

El Sector Salud no escapa a esta tendencia, ya que debe desarrollar una función eficiente y efectivo servicio a la sociedad. Esto hace necesario la búsqueda de aspectos innovadores que permitan mejorar y fortalecer el desarrollo institucional y sectorial, la gerencia no puede continuar desarrollándose bajo los mismos

esquemas tradicionales, pues éste es un proceso demasiado lento ocasionando al usuario pérdida de tiempo y gastos innecesarios y por sobre todo insatisfacción.

En consecuencia, se asume que uno de los elementos necesarios para el desarrollo efectivo de programas de calidad es la satisfacción del usuario en sus demandas, expectativas y accesibilidad a los servicios de salud.

Entre las diversas definiciones que hay de la gestión por procesos las que se asume para el presente estudio, subraya los aspectos más importantes en relación con la gestión de calidad al usuario. Así, la gestión por procesos supone reordenar flujos de trabajo de toda la Organización, con el fin de dar una atención y respuesta única que va dirigida tanto a aumentar la satisfacción de los usuarios como a facilitar las tareas a los recursos humanos y que requiere la implicación de todo el personal.

Sin duda la gestión por procesos supone un cambio, pero un cambio que trata de construir una nueva calidad y no de eliminar la anterior, por lo que se puede decir que:

- La Gestión por Procesos se enmarca en la *Gestión de la Calidad*, y constituye una herramienta útil para el desarrollo de una de las estrategias centrales del Plan de Calidad.
- *Enfoque centrado en el usuario*. Esto supone un cambio cultural en la organización, puesto que se toma en cuenta desde el principio las necesidades y expectativas de los usuarios, y se mide su grado de satisfacción.

- Compromiso del personal, ello obliga a trabajar en equipo, aunando los esfuerzos de profesionales de diferentes disciplinas.
- Homogeneidad, en cada proceso se recogen con lo que se reduce mucho la variabilidad y heterogeneidad.
- Sistema de información integrado, que permite evaluar las actividades que se realizan.

Continuidad, es una de las características más importantes y permite eliminar actuaciones inútiles, romper interfaces y rellenar momentos o espacios en blanco en la gestión de los servicios que se ofrecen a los usuarios. A su vez, uno de los factores clave para lograr la continuidad es la coordinación horizontal y vertical en la organización¹⁵.

Cuando se trata de calidad total, los métodos tradicionales de homologación no son suficientes. Es necesario asegurarse no solo de unas determinadas características del producto o servicio. Se trata de certificar que la Organización o institución está en posición de ofrecer realmente, y seguir ofreciendo en el futuro, los productos/servicios en cuestión con las características que se especifican, con los cumplimientos de entrega que se prometen, con la atención que el usuario espera, etc., es decir, Calidad Total¹⁶.

A propósito, en la gestión por procesos el significado más acertado para el concepto calidad es: **lo que el usuario espera recibir por lo que está dispuesto a pagar en función del valor percibido**. Desde este punto de vista la calidad

¹⁵Harrington, H. J. (1994). *Mejoramiento de los procesos de la empresa*. Tomo 4. Cap. 1” ¿Por qué centrarse en los procesos de la empresa?” Colombia: McGraw-Hill, p. 28.

¹⁶Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (2001). *ISO 9000:2000 Guía para las pequeñas empresas*. Bogotá: ICONTEC, p. 7.

equivale a "orientación de la Organización hacia el usuario"; por lo que la gestión por procesos se presenta como un sistema de gestión de la calidad apuntado a la calidad total.

La gestión tradicional ha estado orientada al efecto, el beneficio, olvidando su principal causa inmediata: contar con usuarios satisfechos y fieles. Cada persona concentra su esfuerzo en la tarea que tiene asignada, tratando de hacerla conforme a las instrucciones y especificaciones recibidas, pero con poca información con relación al resultado final de su trabajo. En los trabajos administrativos y de gestión esto es frecuente.

Esta estructura piramidal, muy válida en Organizaciones donde las decisiones siempre las toma el gran jefe, empieza a tener dificultades cuando se exige *Calidad Total* en cada operación, en cada transacción, en cada proceso; pues obliga a ese gran jefe a multiplicarse, sobre todo en la supervisión. Así mismo, el tecnicismo y un falso sentido de la especialización individual, junto con la competencia interna y la jerarquización vertical, han llevado a sus integrantes a estar orientados a su tarea personal. Cada cual se siente orgulloso de su trabajo desde el punto de vista técnico y, lo demás, no importa.

El origen de las estructuras tradicionales se basa en la fragmentación de procesos naturales, producto de la división del trabajo (Taylor), y posterior agrupación de las tareas especializadas resultantes en áreas funcionales o departamentos. En estas estructuras tradicionales; ningún director de área es el único responsable del buen fin de un proceso, ya que la responsabilidad está repartida por áreas y en una misma transacción intervienen varias áreas.

En la gestión tradicional la *dirección general* tiene que intervenir con mucha frecuencia en procesos completos, debido a que en un mismo proceso intervienen

muchos departamentos o áreas con distintos responsables cuya única coordinación puede conseguirla la alta dirección. Además en éste tipo de organizaciones, la adaptación a los requerimientos del usuario suele ser más lenta y más costosa lo cual repercute directamente en la **competitividad**.

Las organizaciones piramidales respondían bien a un entorno de demanda fuertemente creciente y previsible que pertenece ya al pasado. El poder real esta pasando de la oferta a la demanda y el usuario, cada uno de ellos, se ha convertido en la única guía de todas las actuaciones organizacionales. Este hecho, unido a las dificultades de prever la evolución futura del entorno competitivo, requiere de cambios profundos en la organización: en sus técnicas de gestión y en las personas.

La Gestión por Procesos tiene las siguientes características:

- Analizar las limitaciones de la organización funcional vertical para mejorar la **competitividad** de la Organización.
- Reconocer la existencia de los procesos internos (**relevante**): a) Identificar los procesos relacionados con los factores críticos para el éxito de la organización o que proporcionan ventaja competitiva y b) Medir su actuación (calidad, costo y plazo) y ponerla en relación con el valor añadido percibido por el usuario.
- Identificar las necesidades del usuario externo y orientar a la organización hacia su satisfacción.
- Entender las diferencias de alcance entre la mejora orientada a los procesos (que y para quien se hacen las cosas) y aquella enfocada a los

departamentos o a las funciones (cómo se hace): a) Productividad del conjunto frente al individual (*eficacia* global frente a efectividad parcial); b) El área o departamento es un eslabón de la cadena, proceso al que añade valor y c) Organización en torno a resultados, no a tareas.

- Asignar responsabilidades personales a cada proceso.
- Establecer en cada proceso indicador de funcionamiento y objetivo de mejora.
- Evaluar la capacidad del proceso para satisfacerlos.

De acuerdo a Johanson, McHugh, Pendlebury y Wheeler¹⁷, sólo son necesarios cuatro indicadores para medir el rendimiento de un proceso (cuatro criterios de "valor" para el usuario): calidad, tiempo total del proceso, costo y servicio:

Calidad:

1. Satisfacción de las necesidades del usuario
2. Adecuación para el uso
3. Integridad de los procesos, variaciones mínimas
4. Eliminación de desperdicio
5. Mejora continua

Tiempo total del proceso:

1. Tiempo para llegar al servicio
 - a. Concepto prestación del servicio
 - b. Recepción del pedido hasta la entrega

¹⁷Johanson, McHugh, Pendlebury y Wheeler (1995). *Reingeniería de Organizaciones*. México: Limusa, p. 59.

2. Respuestas a la fuerza de las expectativas del usuario.
3. Tiempo de servicio
 - a. Diseño
 - b. Ingeniería
 - c. Conversión
 - d. Entrega
4. Materiales
5. Inventarios

Costo:

1. Diseño e ingeniería
2. Conversión
3. Aseguramiento de la calidad
4. Gestión del usuario
5. Administración
6. Inventarios
7. Materiales, insumos.

Servicio:

1. Apoyo al usuario
2. Servicio a los usuarios
3. Flexibilidad para satisfacer los cambios de las expectativas del usuario

En definitiva, la gestión de calidad en los componentes operacionales y de procesos se conforma como una herramienta encaminada a conseguir los objetivos de Calidad Total. La implantación de la Gestión por Procesos, como política para incorporar, arraigarla calidad y la mejora continua en la cultura de las organizaciones de los establecimientos de salud, como un sistema más descentralizado y participativo, ayudará a elevar la satisfacción de los prestadores

de servicios de salud con su trabajo, además de reducir sustancialmente la heterogeneidad en el nivel de calidad entre los diferentes tipos de servicios de salud públicos en todo el territorio nacional.

1.5.4 Marco Institucional. La Ley 100 de 1993 creó la figura de las Empresas Sociales del Estado como una nueva clase de entidad pública descentralizada con participación de los usuarios en sus juntas directivas, con el fin de adaptar a los hospitales y a las unidades de prestación de servicios de la salud a un nuevo ambiente de competencia entre el sector público y el sector privado, así nace la E.S.E. Hospital Local Arjona y bajo acuerdo (027) emanado por el Concejo Municipal el 23 de junio de 1995, desde esta fecha se inician los tramites ante la Gobernación de Bolívar, por parte de alcaldes y secretarios de salud municipal para lograr la certificación de la entidad. Lograda solo hasta el 29 de septiembre de 1999, pero solo se hace entrega de los recursos físicos y humanos el 12 de abril del 2000, mediante convenio Inter - administrativo entre la Gobernación y la Alcaldía Municipal.

Desde ese momento la E.S.E se convierte en una entidad para atender y prestar servicios de salud, y constituye una categoría especial de entidad pública descentralizada con Personería Jurídica, patrimonio propio, autonomía administrativa, Régimen de Contratación, contabilidad y presupuesto de tipo privado, lo que le permite competir con otras I.P.S. privadas.

La E.S.E. está ubicada en el barrio San José de Turbaquito en el Municipio de Arjona, y a cuya área de influencia pertenecen los barrios La María, Las Parcelas, la Paz, Pie Pelao, 5 de Noviembre entre otros, que oscilan en los estratos uno y dos (de muy bajo a medio alto) y en consecuencia con una población diversificada en cuanto a la seguridad social se refiere (asegurados, subsidiados, vinculados) cuenta con una red de servicios con la que se pretende cubrir a todos los

sectores del municipio a través de sus Centro de Atención Básica (CAB) en las Brisas, la Cruz, las Delicias, en el centro y en los corregimientos (Rocha, Gambote, Sincerín y Puerto Badel) donde se atiende consulta externa y odontología, las urgencias y otros servicios son atendidos en la sede principal de la ESE en el barrio San José de Turbaquito, la red de servicios con la que cuenta la ESE incluyen instituciones de Segundo y Tercer nivel como la Clínica Maternidad Rafael Calvo, ESE Hospital San Pablo, Clínica Central entre otras donde no solo se atiende la población Arjonera si no también a todos los clientes que a través de convenios y contratos que tiene la ESE con otros municipios del departamento como María La Baja, Mahates, Las Piedras, Turbaco entre otros.

La entidad está administrada por una junta directiva presidida por el jefe de la administración municipal o su representante, el Secretario de Salud Local, un representante del comité científico del Hospital, representantes de los COPACOS, un representante de la corporación administrativa de elección popular y el Director de la institución (no vota), por un Gerente, Un Director Científico, un almacenista, Jefe de Recursos Humanos, Jefe del área financiera, área asistencial.

El portafolio de servicios es bastante amplio; la atención en urgencia las 24 horas, Medicina General, Odontología, Laboratorio Clínico, Imágenes Diagnosticas (Ecografías, Citologías), Medicina Especializada, (Área Quirúrgica, Fonoaudiología, Fisioterapia, Hospitalización y Programas de Promoción y prevención como control prenatal, crecimiento y desarrollo, vacunación, planificación familiar, Hipertensión entre otros, que hacen de la E.S.E. una competencia fuerte.

La E.S.E. tiene aspectos positivos muy importantes como son su amplio portafolio de servicios, sus oportunidades entre las que vale la pena destacar el amplio sector de cobertura, la diversificación de estratos socioeconómicos del municipio,

la credibilidad profesional de la que gozan su personal médico - quirúrgico, las buenas relaciones ínter y extra institucional que han logrado, la infraestructura y tecnología con que cuenta y su recurso humano son la mejor muestra de que la institución puede sobrevivir, competir, mantenerse, ampliar su radio de acción, y mejorar la calidad del servicio; por ello precisamente hemos planteado la propuesta Evaluar la eficiencia del sistema de referencia y contrarreferencia en el servicio de urgencias por ser precisamente el punto neurálgico en la prestación del servicio en la ESE. Hospital Local Arjona.

1.5.5 Marco legal. El marco legal de la investigación está constituido por el conjunto de las disposiciones constitucionales, legales y normativas que definen, fundamentan y regulan el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes en el SGSSS.

a) Constitución Política: 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.

Artículo 1. Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general.

Artículo 2. Son fines esenciales del Estado: servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución; facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación; defender la independencia nacional, mantener la integridad territorial y asegurar la convivencia pacífica y la vigencia de un orden justo. Las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en su vida, honra, bienes, creencias, y demás derechos y libertades, y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares.

Artículo 4. La Constitución es norma de normas. En todo caso de incompatibilidad entre la Constitución y la ley u otra norma jurídica, se aplicarán las disposiciones constitucionales. Es deber de los nacionales y de los extranjeros en Colombia acatar la Constitución y las leyes, y respetar y obedecer a las autoridades.

Artículo 47. El Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran.

Artículo 48. 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. Ley de finirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante.

a) Ley 10 del 10 de Enero de 1990: Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones tales como Servicio público de salud, Principios básicos. ORGANIZACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DEL SERVICIO PÚBLICO DE SALUD, Funciones de las direcciones Nacional, seccional y municipal del Sistema de Salud,

b) Decreto 2759 de diciembre 11 de 1991: Reglamenta el sistema de referencia y contrarreferencia definiéndolo como el conjunto de normas técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente al usuario servicios de salud según el nivel de atención y grado de complejidad de los organismos de salud con la debida oportunidad y eficacia.

c) Ley 100 de 1993

Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones.

Artículo 154. Intervención del Estado. Organizar los servicios de salud en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

Artículo 159. Garantías de los afiliados. Se garantiza a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud la debida organización y prestación del servicio público de salud, en los siguientes términos:

- La atención de urgencias en todo el territorio nacional.
- La escogencia de las Instituciones Prestadoras de Servicios y de los profesionales entre las opciones que cada Entidad Promotora de Salud ofrezca dentro de su red de servicios.

Artículo 162. Plan Obligatorio de Salud. Para la prestación de los servicios del Plan Obligatorio de Salud, todas las Entidades Promotoras de Salud establecerán un sistema de referencia y contrarreferencia para que el acceso a los servicios de alta complejidad se realice por el primer nivel de atención, excepto en los servicios de urgencias. El Gobierno nacional, sin perjuicio del sistema que corresponde a las entidades territoriales, establecerá las normas.

Artículo 168. Atención inicial de Urgencias. La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, a todas las personas, independientemente de la capacidad de pago. Su prestación no requiere contrato ni orden previa. El costo de estos servicios será pagado por el Fondo de Solidaridad y Garantía en los casos previstos en el artículo anterior, o por la Entidad Promotora de Salud al cual esté afiliado, en cualquier otro evento

Artículo 174. El Sistema General de Seguridad Social en Salud a Nivel Territorial. El Sistema General de Sistema General de Seguridad Social en Salud integra en todos los niveles territoriales, las instituciones de dirección, las entidades de promoción y prestación de servicios de salud, así como el conjunto de acciones de salud y control de los factores de riesgo en su respectiva

jurisdicción y ámbito de competencia.

Artículo 178. Funciones de las Entidades Promotoras de Salud. Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Artículo 184. De los incentivos para un mejor servicio. Con el fin de obtener calidad y eficiencia en la provisión de los servicios de salud contemplados por la ley, se aplicarán sistemas de incentivos a la oferta de servicios dirigidos al control de costos, al aumento de productividad y a la asignación de recursos utilizando criterios de costo-eficiencia. De la misma manera se aplicarán sistemas de incentivos a la demanda con el fin de racionalizar el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes, ampliar el conocimiento y manejo del sistema de parte de los beneficiarios y promover un servicio de mayor calidad al usuario.

Artículo 227. En este se establece el control y la evaluación de los servicios de salud.

d) Decreto 1770 del 3 de Agosto de 1994

Por el cual se reglamentan parcialmente los artículos 13, 14 y 16 de la Ley 60 de 1993, en relación con la certificación de requisitos para la administración autónoma del Situado Fiscal para salud por parte de los departamentos, distritos y municipios, sus procedimientos y formalidades.

Artículo 24. Red De Servicios. De conformidad con el literal b) numeral 5, artículo 14 de la Ley 60 de 1993, los Departamentos y Distritos deberán acreditar la organización y funcionamiento de su red de servicios.

Artículo 25. *Formalidades Para Acreditar La Organización De La Red De Servicios.* Para efectos del cumplimiento del presente Decreto y sin perjuicio de lo que establezcan las normas posteriores, para acreditar el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 24 del presente Decreto, los Departamentos y Distritos presentarán el diseño técnico de la red de servicios adoptado mediante acto administrativo de la Dirección Seccional o Local de Salud, teniendo en cuenta los criterios que establecen los siguientes artículos del presente capítulo.

Artículo 26. *Definición De La Red De Servicios.* Se entiende la red de servicios como un sistema que organiza la totalidad de los Servicios de Salud existentes en el ente territorial de tal manera que se garantice su funcionamiento dinámico y fluido con el único propósito de brindar una atención oportuna integral y humanizada al conjunto de los habitantes del Ente territorial.

Artículo 27. *Requisitos Técnicos.* El diseño de la red, aprobado por el respectivo acto administrativo deberá tener como mínimo lo siguiente:

1. Realizar un diagnóstico de la oferta de servicios, consistente en: Inventario institucional por niveles de atención que especifique la naturaleza jurídica de cada institución y área a servir, que incluya además un diagnóstico pormenorizado del recurso humano, técnico y financiero. Se sugiere la realización de una cartografía en donde se incluya de manera gráfica y didáctica los elementos del inventario de que trata este punto.

2. Realizar un diagnóstico de la demanda de servicios.

Artículo 28. *Cumplimiento Del Régimen De Referencia Y Contrarreferencia.* Para el cumplimiento de este artículo se tendrá en cuenta lo dispuesto en el artículo 27 del presente Decreto y el Decreto número 2759 de diciembre 11 de 1991.

Artículo 29. Concepto Técnico.

La Dirección General para el Desarrollo de los Servicios de Salud del Ministerio de Salud o la dependencia que haga sus veces emitirá concepto técnico de viabilidad sobre la Red de Servicios de conformidad con los criterios establecidos en los artículos de que trata el presente capítulo.

e) Ley 715 del 21 de Diciembre de 2001

Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.

Artículos 42, 43 y 44. Donde se fijan las *Competencias en salud por parte de la Nación, las entidades territoriales y municipales*

Artículo 54. Organización y consolidación de redes. El servicio de salud a nivel territorial deberá prestarse mediante la integración de redes que permitan la articulación de las unidades prestadoras de servicios de salud, la utilización adecuada de la oferta en salud y la racionalización del costo de las atenciones en beneficio de la población, así como la optimización de la infraestructura que la soporta. La red de servicios de salud se organizará por grados de complejidad relacionados entre sí mediante un sistema de referencia y contrarreferencia que provea las normas técnicas y administrativas con el fin de prestar al usuario servicios de salud acordes con sus necesidades, atendiendo los requerimientos de eficiencia y oportunidad, de acuerdo con la reglamentación que para tales efectos expida el Ministerio de Salud.

f) Decreto 2759 de 1991: En 1991 se promulgó el Decreto 2759 de diciembre

11, el cual reglamenta el sistema de referencia y contrarreferencia definiéndolo como el conjunto de normas técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente al usuario servicios de salud según el nivel de atención y grado de complejidad de los organismos de salud con la debida oportunidad y eficacia.

De conformidad con lo dispuesto en la Resolución No. 741 de 1997, las Instituciones y demás Prestadores de Servicios de Salud deberán tener libros de registro de traslado de usuarios foliados y con acta de apertura firmado por los responsables de los servicios donde se registre: el nombre del usuario, el número de la historia clínica, la hora de salida o ingreso y el nombre y firma del responsable del traslado.

Las Instituciones y demás Prestadores de Servicios de Salud, deberán cumplir con las normas de referencia y contrareferencia establecidas y dejar consignados en el libro de traslados los siguientes datos: el nombre del usuario, la fecha y hora del traslado, el nombre de la Institución remitente y de la receptora, nombre de quien ordena y autoriza el traslado y nombre del responsable del traslado.

El traslado externo de los usuarios a los que se refiere la presente resolución, deberá realizarse en compañía de un familiar o del representante legal y de un funcionario de la Institución remitente quien será responsable del usuario.

g) Normas sobre garantía de la calidad en salud relacionadas con la referencia y la contrarreferencia de pacientes: A partir de 1998, el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes comenzó a tenerse como uno de los factores claves de calidad y por esta vía pasó a integrar tanto el Sistema de Garantía de Calidad como el Sistema Único de Acreditación en 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.

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, 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.
- La Calidad de la Atención en Salud como “...la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario”.

El Decreto 1011 de 2006, en su artículo 6° define el Sistema Único de Habilitación como “ 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”.

Dispone el Decreto en mención que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberán adoptar criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán las acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para garantizar los niveles de calidad establecidos en las normas legales e institucionales. Igualmente, deberán establecer un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, que comprenda como mínimo, los siguientes procesos:

- Autoevaluación del Proceso de Atención de Salud. La IPS establecerá prioridades para evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios desde el punto de vista del cumplimiento de las características de calidad establecidas en la norma.
- Atención al Usuario. La IPS evaluará sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos y a la calidad de los servicios recibidos.

h) El Decreto 4747 de 2007: Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones.

En el Capítulo I, Artículo 3º se define el Sistema de Referencia y Contrarreferencia como el conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los

pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago. Esta misma norma en los párrafos 1º y 2º hace referencia a la organización de la red y la difusión de la misma.

Parágrafo 1º. En el diseño, y organización de la red de prestación de servicios, incluyendo los servicios administrativos de contacto con el paciente, las entidades responsables del pago de los servicios de salud garantizarán los servicios de baja complejidad de manera permanente en el municipio de residencia de los afiliados, salvo cuando a juicio de estos sea más favorable recibirlos en un municipio diferente con mejor accesibilidad geográfica

Parágrafo 2º. Las entidades responsables del pago de los servicios de salud deberán difundir entre sus usuarios la conformación de su red de prestación de servicios, para lo cual deberán publicar anualmente en un periódico de amplia circulación en su área de influencia el listado vigente de prestadores de servicios de salud que la conforman, organizado por tipo de servicios contratado y nivel de complejidad. Adicionalmente se deberá publicar de manera permanente en la página web de la entidad dicho listado actualizado, o entregarlo a la población a su cargo como mínimo una vez al año con una guía con los mecanismos para acceder a los servicios básicos electivos y de urgencias. En aquellos municipios en donde no circule de manera periódica y permanente un medio de comunicación escrito, esta información se colocará en un lugar visible en las instalaciones de la alcaldía, de la entidad responsable del pago y de los principales prestadores de servicios de salud ubicados en el municipio.

El Artículo 17 del Decreto 4747/07, define; el diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia y la operación del

sistema de referencia y contrarreferencia es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud, quienes deberán disponer de una red de prestadores de servicios de salud que garanticen la disponibilidad y suficiencia de los servicios en todos los niveles de complejidad a su cargo, así como la disponibilidad de la red de transporte y comunicaciones. Parágrafo. Las entidades responsables del pago de servicios de salud podrán apoyarse para la operación del proceso de referencia y contrarreferencia a su cargo, en los **Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias (CRUE)**, para lo cual deberán suscribir contratos o convenios según sea el caso.

El Artículo 18, establece la organización y operación de los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres. Sin perjuicio de las funciones asignadas a las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas, las administradoras de riesgos profesionales, las entidades que administran regímenes de salud especiales y de excepción y a los prestadores de servicios de salud, corresponde a las direcciones territoriales de salud, regular los servicios de urgencias de la población de su territorio y coordinar la atención en salud de la población afectada por emergencias o desastres en su área de influencia. El Ministerio de la Protección Social establecerá las condiciones y requisitos para la organización, operación y funcionamiento de los centros reguladores de urgencias y emergencias y desastres, - CRUE-

1.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Cuadro 2. Operacionalización de variables

Variable	Dimensión	Indicadores	Instrumento	Fuente
Sistema de referencia y contrarreferencia	Evaluación de la suficiencia técnica y operativa.	No. remisiones exitosas / No. de urgencias atendidas X 100	Ficha de servicios	Secundaria
Gestión del mejoramiento continuo de calidad en urgencias	Supervisión de la calidad en urgencias.	No. de revisiones completas / No. total de revisiones de calidad X 100	Guía de análisis del plan de mejoramiento institucional	Secundaria
Plan estratégico operativo del sistema de referencia y contrarreferencia	Protocolos operativos del sistema.	Existencia del plan operativo	Guía de análisis del plan de mejoramiento institucional	Secundaria
Oportunidad y eficacia de la atención al usuario en el servicio de R y CR en urgencias.	Satisfacción del usuario.	No. usuarios satisfechos / No total de usuarios atendidos X 100	Encuesta a usuarios	Primaria

1.7 DISEÑO METODOLÓGICO

1.7.1 Tipo de estudio. En esta investigación se eligió trabajar con un esquema descriptivo de corte transversal sincrónico, debido a que las características de calidad y satisfacción de los usuarios de los servicios de urgencias y del sistema de referencia y contrarreferencia, se evidencian y es más fácil captarlas en un plano de identificación y análisis de sus características en un momento determinado, que sería el momento actual, independientemente del tiempo en que se produjo el hecho investigado. Lo que interesa al estudio descriptivo sincrónico es la caracterización y medición de las variables en un tiempo específico.

El método seguido es analítico, lo que significa que se lleva a cabo el análisis detallado de los elementos problemáticos y la interacción que se produce entre ellos y su contexto, para llegar mediante un proceso de interpretación a la búsqueda del significado y la discusión sobre la problemática presentada. El estudio detallado permite clarificar situaciones, descubrir los procesos críticos subyacentes, e identificar fenómenos específicos en la evaluación de la calidad del sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes desde el servicio de urgencias de la ESE Hospital Local Arjona.

En esta investigación se recogen datos, se analiza e interpreta la información y se elabora el informe descriptivo de resultados. El diseño se articula en torno a una serie de pasos o fases que siguen un enfoque progresivo e interactivo: el tema se va delimitando y focalizando a medida que el proceso avanza. Las primeras fases son de exploración y reconocimiento, se analizan las características de los sujetos y las características de los procesos de gestión; luego se definen las estrategias de indagación que se van a utilizar, duración del estudio, instrumentos y procesos de análisis descriptivo de los resultados.

1.7.2 Población y muestra. Como universo de investigación en el presente estudio se trabajó con la población urbana del municipio de Arjona, que según datos suministrados por la oficina del SISBEN ascienden a 62.720 habitantes, la selección de la muestra fue determinada por muestreo aleatorio estratificado donde cualquier persona es significativa para el estudio y cuyo único requisito es ser residente en el municipio, haber utilizado el servicio de urgencias y haber sido remitido a una clínica de mayor complejidad.

Específicamente, como población objeto, se trabajó con la población que consume los servicios de Urgencia de la ESE Hospital Local Arjona que atiende en promedio 67 pacientes diarios, lo que equivale en un mes a 1.742 pacientes esto multiplicado por los 12 meses del año sería 20.904 consultas al año, en la sede principal donde se presta este servicio.

Para la selección de la muestra cualquier individuo de la población es significativo el único requisito básico es que haya utilizado los servicios de urgencias y haber sido remitido a un servicio de salud de mayor complejidad durante el periodo escogido para el estudio; para hacerse a un dato de la población que había utilizado los servicios que ofrece la ESE. Estos datos nos sirven para la elaboración de una muestra representativa para la investigación.

El tamaño de la muestra esta basada en una estimación porcentual del 10% del total de pacientes atendidos mensualmente en el servicio de urgencias de la ESE Hospital Local Arjona, lo que arroja un número de 174 unidades muestrales, así: $1742 \times 0,10 = 174,2 \cong 174$.

El cálculo de la muestra se definió por:

$$n = \frac{(Z_{\alpha_2})^2 PQN}{(N - 1) (e^2) + PQ(Z_{\alpha_2})^2}$$

Donde:

Z = nivel de confiabilidad

P = probabilidad de éxito

Q = probabilidad de fracaso

N = población

e = error permitido

Calculando:

$$n = \frac{(1.96)^2(0.5)(0.5)(173)}{(174 - 1)(0.05)^2 + (0.5)(0.5)(1.96^2)}$$

$$n = \frac{166.14}{0.43 + 0.96}$$

$$n = \frac{166.14}{1.39}$$

$$n = 119.5 \cong 120$$

La muestra representa el 69% del total de la población.

1.7.3 Técnicas e instrumentos. Se aplicó un formulario estandarizado de encuesta a la totalidad de las unidades incluidas en la muestra. Las encuestas sirvieron para obtener información puntual cuantificable sobre las opiniones de los usuarios del servicio de urgencias y sobre los procesos de referencia y contrarreferencia; de tal manera que se obtuvieran resultados confiables y pertinentes al objeto de investigación.

Para la validación del instrumento (encuesta) se atiende a tres aspectos: la validación de criterio, la validación externa y la prueba piloto. Estos tres procesos proporcionaron las acciones necesarias (ajustes, modificaciones, rediseños) para obtener un rango de confiabilidad suficiente.

En la validación de criterio, se verifica si las preguntas del instrumento atienden a cada una de las variables incluidas en el estudio. Se elaboran al efecto, interrogantes agrupados según la variable medida y en sentido progresivo, es decir, de cuestiones más simples a las más complejas, tratado que a quien va dirigida la encuesta responda de la manera más segura y confiable.

Se comprueba también que la variación del orden del cuestionario, mezclando las preguntas correspondientes a cada variable, no altera la confiabilidad del resultado, porque existe la suficiente cohesión interna en el diseño del formulario.

En cuanto a la validación externa, se procede a hacer una exploración de teorías que soporten los núcleos problemáticos, encontrándose que las preguntas del cuestionario cuentan con apoyo bibliográfico suficiente para ser interpretados y comprendidos los resultados, tanto particular como globalmente. La validación se refiere tanto a elementos teóricos como empíricos procedentes de otras investigaciones o estudios similares.

La confiabilidad del instrumento se evalúa básicamente a través de los resultados obtenidos en la prueba piloto, consistente en la aplicación de la encuesta a un pequeño grupo de sujetos con similares características al grupo muestral.

En cuanto al procesamiento de los datos, se utilizó la hoja de cálculo de Excel 2007 integrado con el procesador de textos Word 2003-2007. Entre las razones que justificaron la escogencia de este paquete estadístico se tuvo en cuenta, en primer lugar, que en el tratamiento de los datos en Excel, proporciona una mayor flexibilidad y más opciones en el procesamiento y en los resultados derivados del análisis, tales como la creación de rangos o bandas de análisis estadístico y la descripción de una manera más precisa para los datos, además de su amplia difusión en los sistemas de cómputo actualmente utilizados.

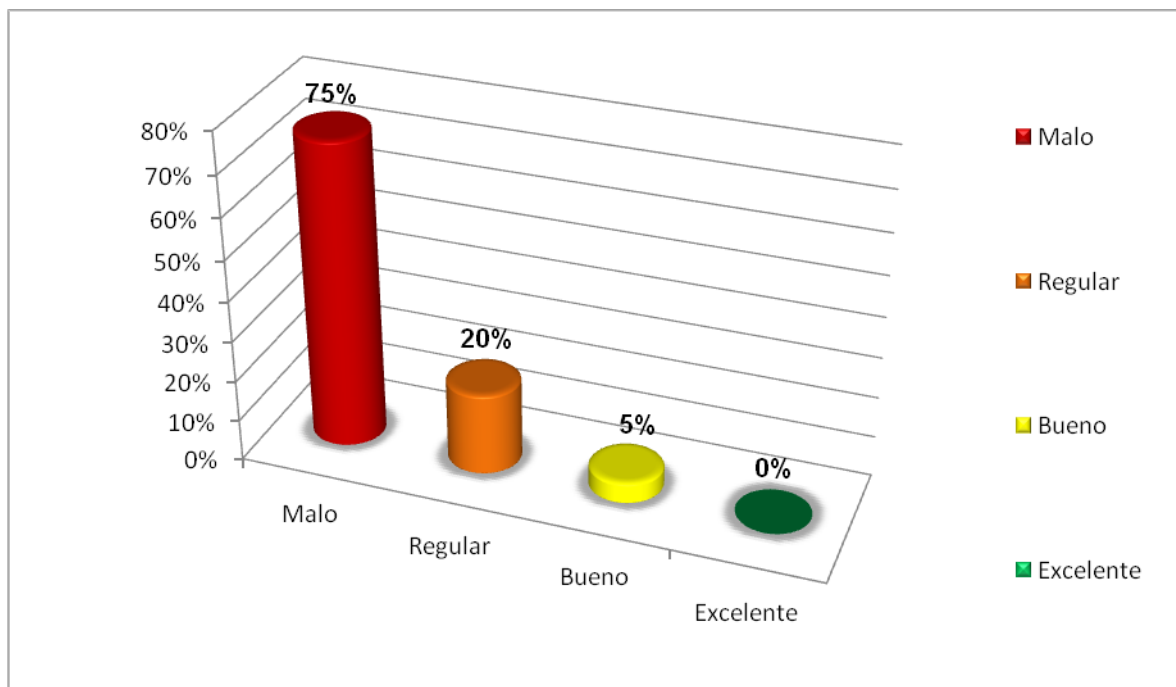
Mediante la utilización del paquete estadístico se procedió a la creación de los archivos de datos, tomando como punto de partida la tabulación de las respuestas obtenidas con la aplicación del formulario a la muestra seleccionada. Una vez recolectada la información se procedió a hacer el inventario estadístico de la misma, mediante distribuciones de frecuencia y la presentación en tablas y gráficos. La información cualitativa fue analizada y categorizada según se analizaba cada variable, hasta formar un sistema de proposiciones coherentes que pudieran ser interpretadas.

CAPÍTULO II.
NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE URGENCIAS DE LA ESE
HOSPITAL LOCAL ARJONA CON EL SISTEMA DE REFERENCIA Y
CONTRARREFERENCIA

2.1 EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS

La percepción que los usuarios tienen del servicio fue considerada como la principal fuente de valoración de la calidad de los procesos de referencia y contrarreferencia de pacientes en la institución hospitalaria. Se tuvo en cuenta que la oportunidad de la atención y la resolución efectiva de las necesidades de los pacientes son los principales criterios que atienden los usuarios al momento de calificar positiva o negativamente la calidad del servicio:

Gráfico 1. Grado de satisfacción del usuario frente al trámite de referencia y contrarreferencia

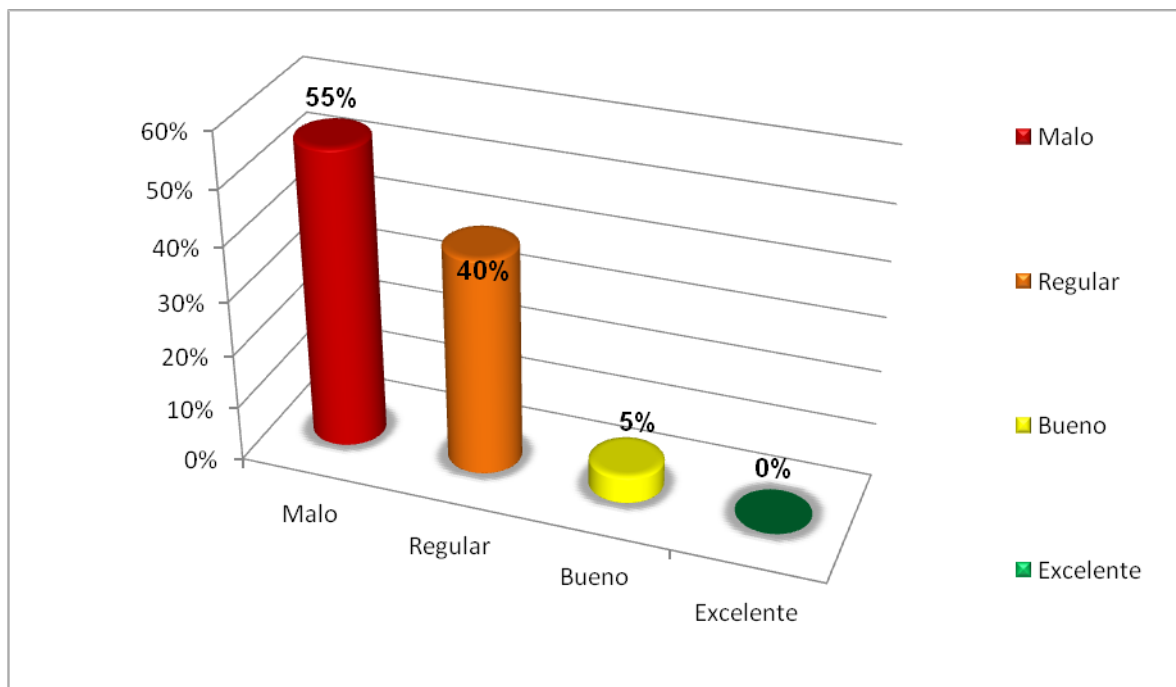


Fuente: Encuesta a usuarios servicio de urgencias

Con respecto al trámite de la referencia y la contrarreferencia de pacientes, los usuarios lo calificaron como malo el 75% de la frecuencia total, haciendo alusión principalmente a factores como la ineficacia de la red de prestadores y la excesiva documentación que se requiere para lograr el traslado oportuno del paciente a otros centros asistenciales según las necesidades presentadas.

Por su parte, sólo el 5% de los encuestados, señaló que el trámite es bueno, especialmente referido a la simpleza del trámite y al acceso que se brinda a los servicios referidos en otras instituciones de salud. El 20% restante lo calificó como regular, señalando las inconsistencias que se presentan en el trámite de remisión de pacientes y que por lo general se presentan al llegar a la institución destinataria.

Gráfico 2. Tiempo de espera en el trámite de referencia y contrarreferencia

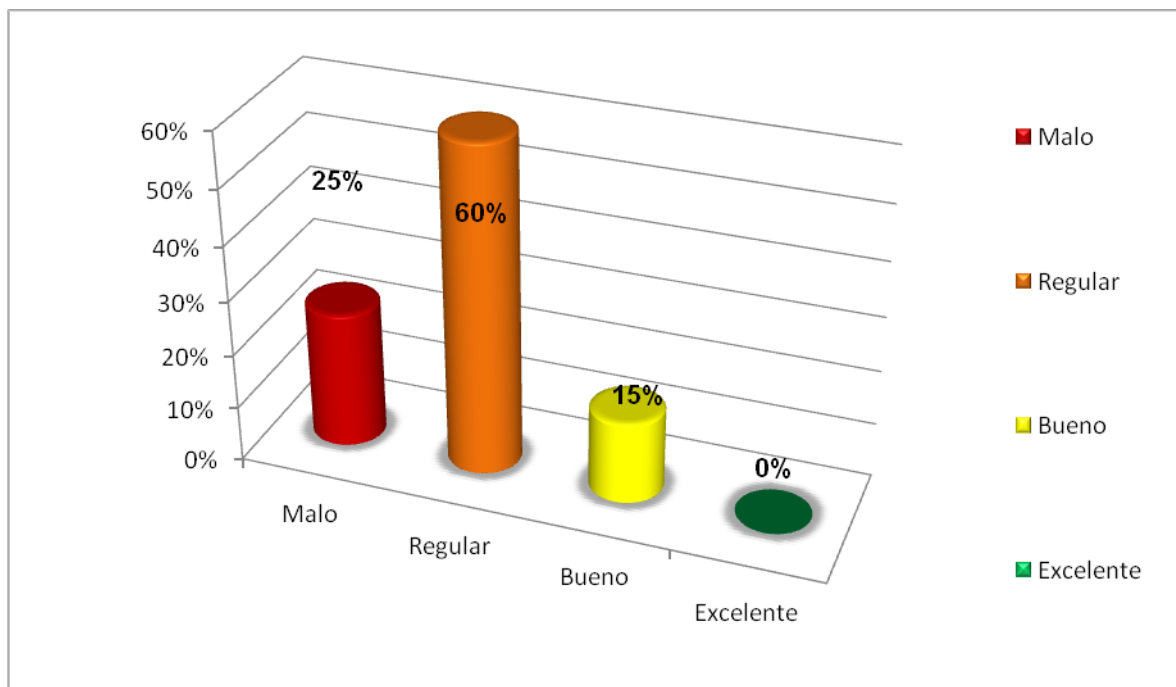


Fuente: Encuesta a usuarios servicio de urgencias

En el caso del tiempo de espera para la referencia de pacientes, como uno de los aspectos que pueden incidir sobre la satisfacción del usuario al momento de recibir la atención en el servicio de urgencias del hospital, se obtuvo que el 55% lo calificaron como malo, es decir, que perciben una correspondencia negativa entre el tiempo en que se ordena la referencia y su ejecución.

Por su parte, un 40% hizo la calificación como regular, sobre todo por la comparación que hicieron entre el tiempo en que debieron esperar por la resolución del trámite en ocasiones anteriores y esta oportunidad. Un 5% dijo que el tiempo para el trámite de referencia es adecuado y por tanto lo calificaron como bueno.

Gráfico 3. Atención recibida del médico de urgencias para la referencia y contrarreferencia



Fuente: Encuesta a usuarios servicio de urgencias

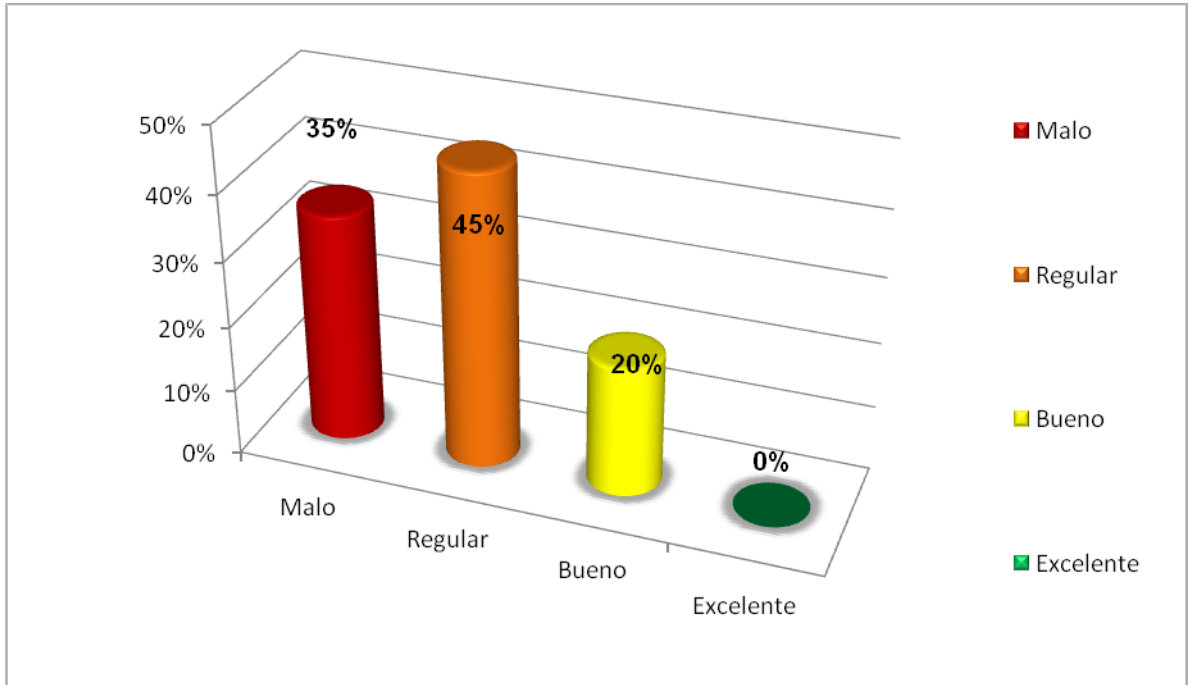
Por otra parte, la atención recibida por parte del médico de urgencias, para la referencia y contrarreferencia fue calificada como regular por el 60% de los encuestados, observándose aquí la percepción de eficiencia como uno de los valores principales que deben estar presentes en los procesos antedichos, pero que en muchas ocasiones no se cumple.

Entre tanto, el 15% de los encuestados señaló la atención médica como buena, considerando que las actuaciones de los profesionales de la salud durante la referencia y contrarreferencia de los pacientes, se ubicó en términos de eficacia y eficiencia de la atención para el logro de un resultado satisfactorio.

Un 25% de los encuestados calificó la atención facultativa como mala, destacando la ineficiencia al momento de seguir los protocolos para la remisión de los pacientes a niveles superiores de complejidad del SGSSS. Este aspecto es

preocupante en la medida en que el sistema de Referencia y Contrarreferencia, para ser efectivo, requiere que se dé la máxima eficiencia y eficacia en la labor del personal médico-asistencial, tanto en la valoración del paciente como en la autorización oportuna de la remisión.

Gráfico 4. Atención recibida del personal de enfermería en urgencias para la referencia y contrarreferencia



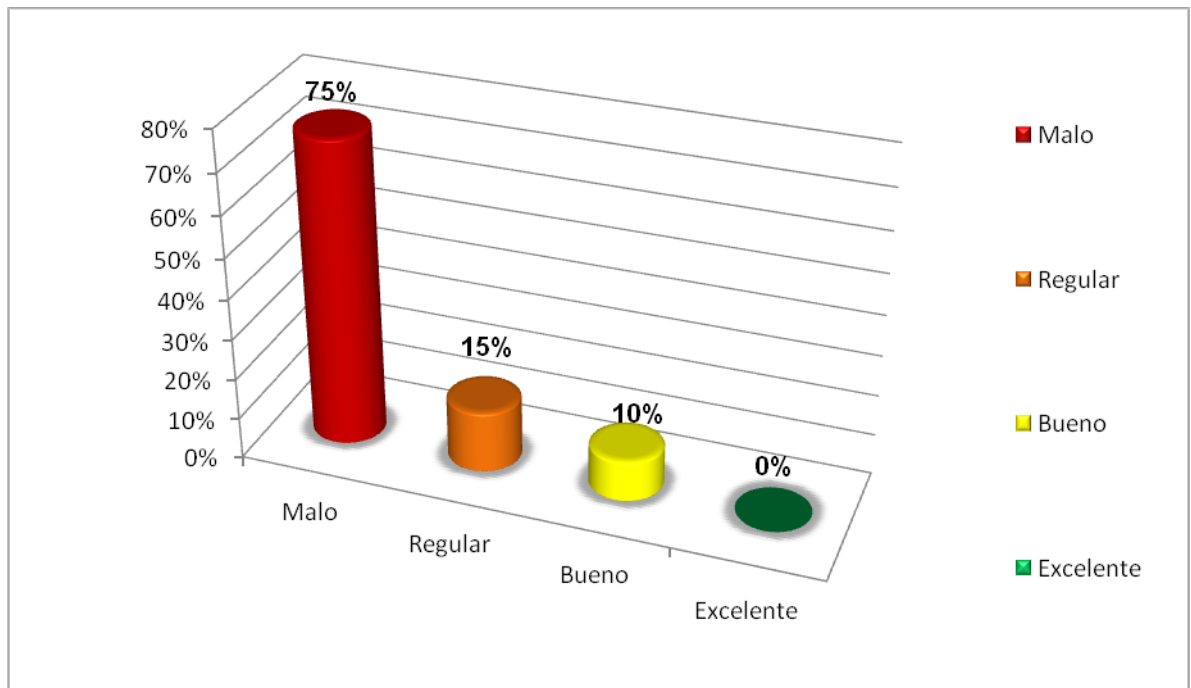
Fuente: Encuesta a usuarios servicio de urgencias

Con respecto a la atención del personal de enfermería, el 35% de los usuarios encuestados la calificaron como mala, lo que es un indicador negativo y se debe a la percepción que tiene el usuario de las actuaciones particulares de las enfermeras durante el proceso de referencia y contrarreferencia de pacientes, así como de las experiencias previas de dilación, ineficiencia, baja eficacia y falta de oportunidad en el proceso.

En contraste, el 20% de los encuestados señaló que la atención es buena, al valorar la diligencia y oportunidad de las acciones del personal de enfermería durante el trámite de la referencia. Además, el 45% de los usuarios respondió que

la atención es regular, al considerar que existen fallas de comunicación, trato humano y celeridad en los procedimientos por parte de las enfermeras.

Gráfico 5. Actuación del personal administrativo para la referencia y contrarreferencia



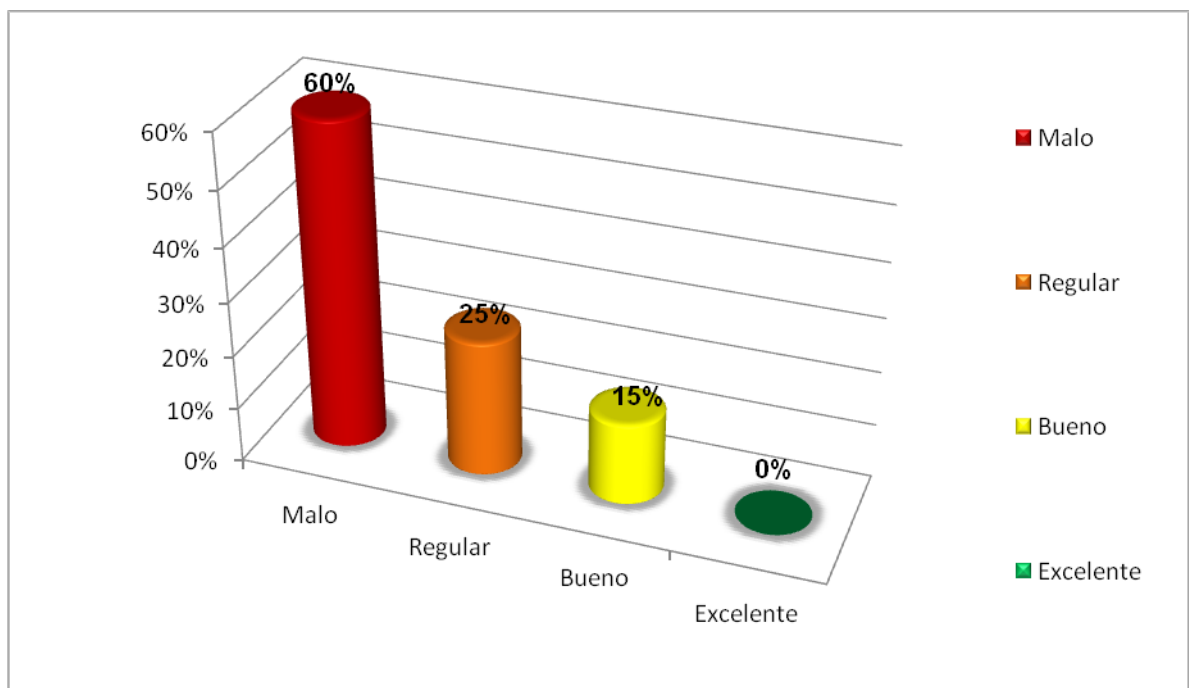
Fuente: Encuesta a usuarios servicio de urgencias

En lo que se refiere a la actuación del personal administrativo durante los procesos de referencia y contrarreferencia de los pacientes desde la urgencia del HLA, los usuarios señalaron en un 75% la calificación como mala, principalmente debido a los retrasos y errores en el proceso de elaboración y entrega de la documentación correspondiente al proceso. Una parte de los encuestados, que representan el 10% de las respuestas obtenidas, consideraron que la atención del personal administrativo es buena, pero debe mejorarse en cuanto a eficiencia y calidad de los procedimientos que se deben aplicar para lograr la referencia oportuna de los pacientes a nivel de la red de prestadores.

El 15% que calificaron la actuación del personal administrativo como regular, consideran que se debe mejorar en aspectos puntuales de trámite y documentación de las referencias y contrarreferencias porque se requiere una respuesta más oportuna en casos específicos de acuerdo con el estado de salud del paciente (urgencias).

De otro lado, se trató de identificar el grado de satisfacción del usuario frente al proceso de referencia y contrarreferencia, es decir, la correspondencia comparativa final entre la expectativa de atención con que llega el usuario y el resultado final obtenido, lo que equivale al indicador global de eficiencia desde la perspectiva del usuario.

Gráfico 6. Indicador global de satisfacción en la referencia y contrarreferencia

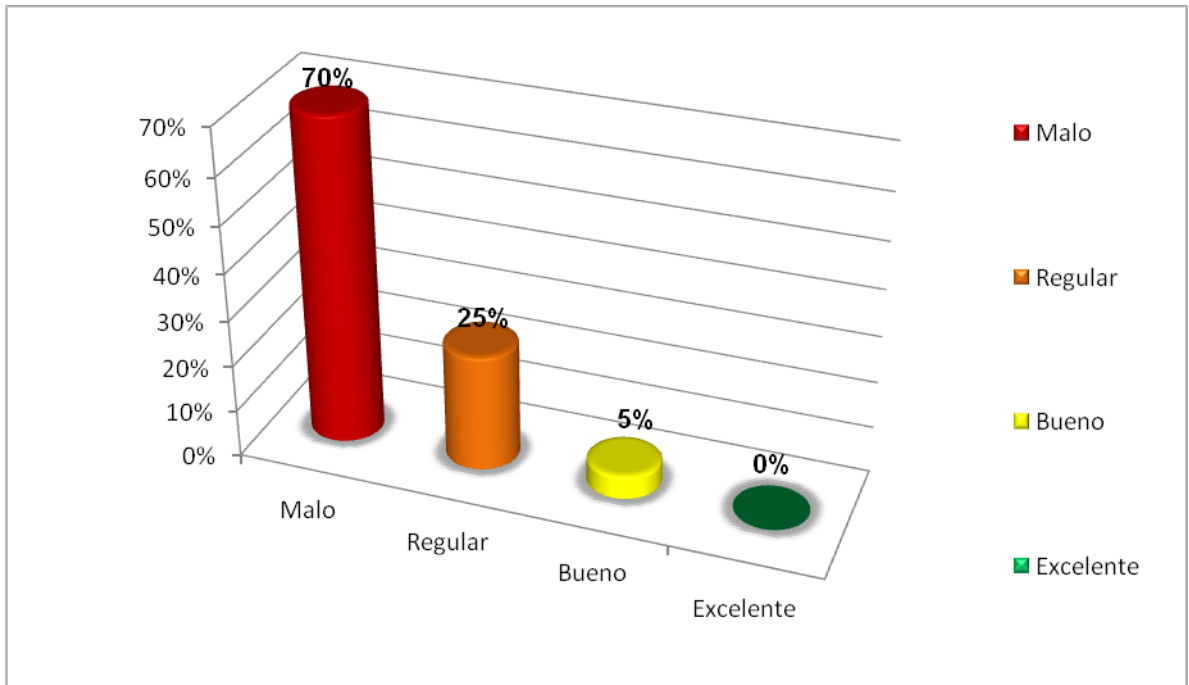


Fuente: Encuesta a usuarios servicio de urgencias

Se obtuvo que los usuarios encuestados, correspondientes al 15%, calificaron el proceso como bueno, considerando que hubo suficiente oportunidad, eficacia y eficiencia de la institución la momento de requerirse una referencia o contrarreferencia de pacientes, destacando el hecho de que el hospital cuenta con una red de prestación de servicios adecuada a sus necesidades. El 25% que calificó el proceso como regular, lo hizo especialmente motivado por las demoras y los trámites dispendiosos, pero destacaron aspectos positivos como el interés y la responsabilidad de los funcionarios durante el proceso.

Quienes indican el proceso como malo, el 60% se basan especialmente en las dificultades de acceso a los servicios de mayor complejidad en otras instituciones, a las demoras en las órdenes de referencia y a la complejidad de los trámites que se deben surtir para la obtención satisfactoria del servicio, constituyendo esto el indicador global de insatisfacción y riesgo que representa el sistema para el caso de la ESE Hospital Local Arjona y que hace indispensable la puesta en marcha de un proceso estratégico de mejoramiento de la calidad en el servicio.

Gráfico 7. Estado de los recursos del sistema de referencia y contrarreferencia



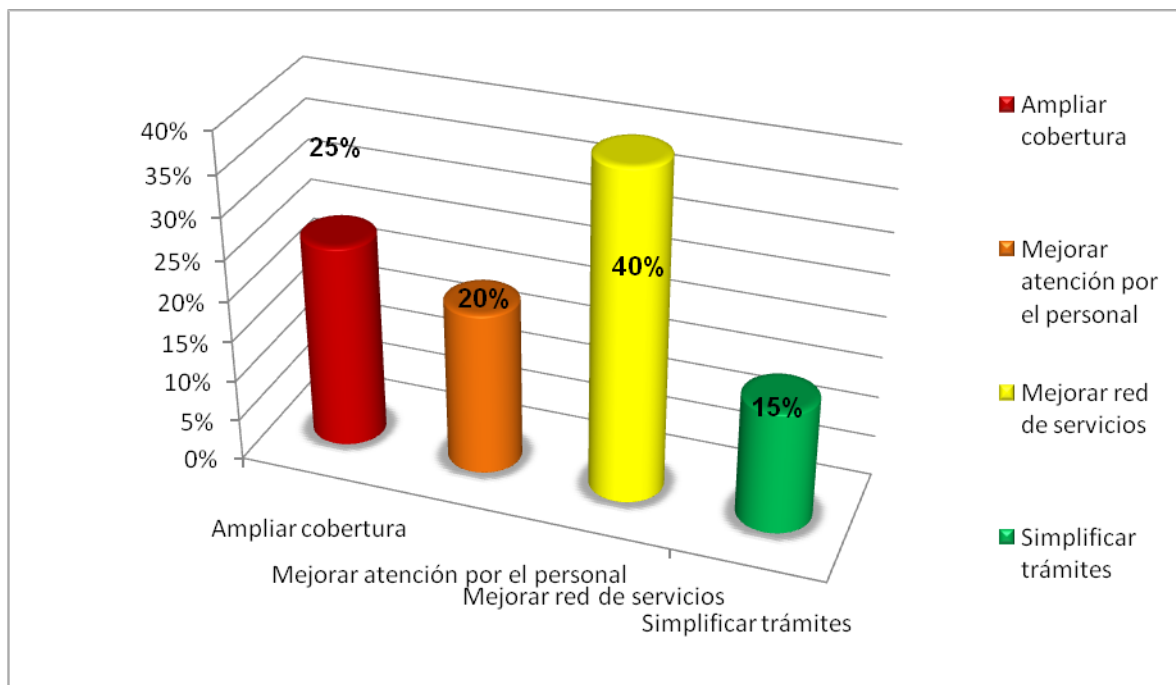
Fuente: Encuesta a usuarios servicio de urgencias

Se le pidió a los encuestados que valoraran la capacidad técnica operativa del sistema de referencia y contrarreferencia del hospital con base en los recursos logísticos, locativos y de comunicaciones que hacen parte de dicho sistema. El 70% de los encuestados dieron una calificación negativa al calificar la dotación, los equipos y los vehículos como en mal estado o inservibles. Este representa el punto de mayor cuestionamiento e impacto negativo sobre la calidad del proceso, sobre todo porque hay carencia de comunicaciones efectivas, no hay ambulancias disponibles las 24 horas (de las tres existentes sólo una puede ser utilizada ocasionalmente) y las instalaciones de urgencias están carentes de dotación y amplitud requerida.

Un 25% dio una calificación como regular al estado de los recursos del sistema por las reiteradas carencias, la falta de apoyo logístico adecuado y las fallas en la

coordinación de recursos a través del CRUE; y el 5% restante indicó que los recursos son buenos, juzgando posiblemente desde la experiencia previa satisfactoria con la referencia de un paciente, pero no desconociendo las limitaciones existentes.

Gráfico 8. Sugerencias para mejorar el sistema de referencia y contrarreferencia



Fuente: Encuesta a usuarios servicio de urgencias

El 25% de los usuarios encuestados considera que se debe ampliar la cobertura de servicios (portafolio), de tal manera que se diversifique aún más y pueda dar respuesta puntual a las crecientes necesidades de servicios en la población atendida por la entidad.

Para el 20% debe mejorarse en materia de atención por parte del personal, aspecto que ha sido señalado reiteradamente en las encuestas de satisfacción; un 40% destacó la necesidad de mejorar en la organización de la red de prestación

de servicio, es decir, en las condiciones materiales y funcionales de la prestación del servicio entre las diferentes instituciones contratadas para lograr una mayor accesibilidad, oportunidad y calidad de atención específica y según las necesidades de los clientes.

Finalmente, el 15% restante señaló que mejorar el proceso requiere la simplificación de los trámites, la documentación y las etapas que deben surtirse para obtener una remisión oportuna de los pacientes.

A partir de los resultados obtenidos puede afirmarse que el nivel de satisfacción de los usuarios respecto a los procesos de referencia y contrarreferencia es bastante bajo. Esto se debe principalmente a que la percepción subjetiva que los usuarios tienen de los servicios depende de factores contingentes (altamente variables) y de estructuración del servicio (permanentes) que le proporcionan una experiencia grata o desagradable al momento de requerir los servicios de la institución hospitalaria. En el caso específico de los procesos de referencia y contrarreferencia dentro del hospital, los usuarios conceptúan que algunos aspectos como el trámite documentario, la celeridad de respuesta de la red de prestación de servicios y la oportunidad de la atención deben ser mejorados para que respondan adecuadamente a los criterios de calidad del SGSSS.

De acuerdo con los hallazgos, la referencia y contrarreferencia de pacientes en el Hospital debe ser objeto de un proceso de mejoramiento de la calidad, tanto en sus aspectos técnico-operativos como de gestión y articulación con los diferentes niveles de atención, lo que implica necesariamente la evaluación, rediseño operacional y atención debida a las diversas alternativas de satisfacción del usuario de los servicios de salud.

CAPÍTULO III.

FASES ESTRATÉGICAS PARA EL MEJORAMIENTO OPERACIONAL Y DE PROCESOS EN EL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE LA ESE HOSPITAL LOCAL ARJONA

Lograr la implementación de un sistema de gestión de la calidad, con la suficiente capacidad estratégica y operacional para alcanzar el mejoramiento continuo de los procesos, es una labor compleja y que demanda muchísimo esfuerzo. A este efecto, es necesario abordar los aspectos culturales, organizacionales y la operativización de los procesos centrados en la satisfacción del usuario. Estas estrategias tienen que llevarse a cabo simultáneamente para que la implantación sea un éxito. Lo más importante es obtener la participación de todos los implicados en el cambio.

FASE I. GESTIÓN ESTRATÉGICA

➤ Estrategias Culturales

Los aspectos culturales deben ser propiciados con actuaciones orientadas a la colaboración y el compromiso de todos y cada uno de los miembros de la organización. Estas condiciones no se producirán de manera “natural” ni espontánea. A este efecto, las actuaciones en el ámbito cultural dirigidas a vencer la resistencia al cambio de las personas son:

- Crear una cultura operativa específica basada en la Gestión por Procesos, con los nuevos valores y reforzar aquellos valores anteriores que influirán de manera positiva para realizar el cambio.
- Sentido de pertenencia al cambio, de manera se posibilite que cada persona implicada conozca las ventajas y dificultades que se producirán.

- ☑ Asegurar un liderazgo adecuado y un fuerte compromiso de los líderes con el cambio.
- ☑ Garantizar la coherencia entre lo que se dice en el plan y lo que se aplica en la realidad cotidiana.

➤ **Estrategias Organizacionales**

Las actuaciones básicas dentro de la entidad y específicamente en el área de mejora, para implantar el cambio organizacional, son:

- ☑ Adaptar la estructura organizativa mediante equipos operativos de alta resolución acompañado de medidas adecuadas de flexibilización de la estructura organizativa y de dotación de autonomía de gestión a los equipos.
- ☑ Se debe descentralizar la gestión al máximo para facilitar la introducción de cambios.
- ☑ La motivación de las personas que se impliquen es muy importante.
- ☑ Identificar las barreras (de poder establecido) que eventualmente pueden frenar el cambio y adoptar las medidas necesarias para neutralizar la “cultura discrepante con el cambio” inducida por los desequilibrios en la balanza de “poder tradicional”.

➤ **Estrategias Operativas**

Las actuaciones básicas en el nivel operativo son:

- ☑ Elaborar un plan operativo detallado, donde se refleje claramente la reorganización del trabajo mediante flujos de tareas y responsabilidades

perfectamente definidas, y se expongan las medidas específicas para el periodo en que coexistan los dos sistemas de trabajo (tradicional y nuevo).

- ☑ Definir una estructura organizativa adecuada al plan operativo.
- ☑ Establecer una estructura de comunicación y coordinación eficaz.
- ☑ Elaborar un cronograma de implantación, adecuando los recursos disponibles a las expectativas de cambio.
- ☑ Rediseñar los procesos clave imprescindible simplificándolos al máximo, eliminando todas aquellas tareas que no aporten valor añadido.
- ☑ Aportar todos los recursos necesarios para garantizar el éxito de la implantación.
- ☑ Adaptar los sistemas de información, sustituyendo los indicadores clásicos por aquellos que exige el cambio, así como añadir indicadores proceso, resultado e impacto para controlar cómo se desarrolla la fase de implantación.

FASE II. GESTIÓN DE MEJORAS

Para el inicio del trabajo se debe formar un grupo, responsable de la puesta en marcha la implantación de la Gestión por Procesos con carácter multidisciplinar e inter-nivel, del que pasarán a formar parte los profesionales implicados en el mismo.

Se entiende por **grupo de trabajo** un conjunto de personas relacionadas entre sí y con un cierto grado de interdependencia, que se esfuerza por conseguir un objetivo común, con la convicción de que juntos pueden alcanzar este objetivo mejor que individualmente. El grupo se ampliará según criterio y necesidades detectadas. Se nombrará un coordinador del mismo.

Las acciones que deben articularse en esta línea serían las siguientes:

- Actualización anual de los procesos.
- Revisión e incorporación de evidencia científica actualizada.
- Revisión y actualización de las Normas de Calidad para los procesos de referencia y contrarreferencia.
- Evaluación de los resultados alcanzados.
- Propuestas de mejora.
- Formación de los grupos de mejora en los Establecimientos de Salud.
- Adaptación de los procesos al entorno concreto.
- Evaluación de resultados de procesos en el nivel de área.
- Propuesta de acciones de mejora.

FASE III. GESTIÓN PLANIFICADORA

Las etapas correspondientes a esta fase de gestión son:

- 1) Realizar un cronograma de reuniones enmarcado en el realizado por el Grupo Inicial.
- 2) Lectura del proceso, haciendo hincapié en componentes del proceso, actividades y características de calidad, diseño del proceso, actividades y tareas e indicadores.
- 3) Análisis de la situación actual del proceso en el área: descripción del proceso tal y como se desarrolla. Para ello se describirá gráficamente el mismo, que servirá para comparar con la propuesta por el proceso editado por la dirección de la entidad en coordinación con el equipo Institucional de Calidad. También es conveniente que el proceso se analice parcialmente o por subprocesos.

- 4) Puntos de mejora operacional, evaluarán los componentes del proceso, actividades y sus características de calidad con el fin de proponer las modificaciones necesarias para su implantación.
- 5) Rediseño del proceso, adaptándolo al entorno, teniendo en cuenta:
 - Coordinación con las unidades de soporte.
 - Coordinación con otros procesos relacionados.
 - Coexistencia de sistemas (clásico y por procesos).

FASE IV. GESTIÓN DE IMPLANTACIÓN

Esta última fase incluye las siguientes etapas:

- 1) Medidas a tomar, definiéndose los recursos necesarios para la implantación del proceso: de tiempo, administrativos, materiales, logísticos, redistribución de espacios, entre otros.
- 2) Responsable de su puesta en marcha
- 3) Cronograma de la mejora.
- 4) Plan de difusión de las mejoras.
- 5) Puesta en marcha.
- 6) Evaluación de Indicadores.
- 7) Propuesta de acciones de mejora y rediseño.
- 8) Plan de implementación de las mejoras.
- 9) Reevaluación.

CAPÍTULO IV.
PLAN ESTRATÉGICO OPERATIVO DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y
CONTRARREFERENCIA PARA EL ÁREA DE URGENCIAS DE LA ESE
HOSPITAL LOCAL ARJONA

El plan estratégico-operativo conjuga las directrices dadas por la normatividad vigente respecto a la operación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia y las responsabilidades de los entes territoriales en el manejo del sistema:

Todas las instituciones que hacen parte de la Red de Prestadores del Departamento, indiferente el nivel de complejidad, deberán reportar diariamente al CRUE, la disponibilidad de servicios en su institución en razón a camas de hospitalización, especialistas y ayudas diagnosticas. Este reporte deberá hacerse dos (2) veces al día; el primer reporte deberá hacerse hasta las 10:00 a.m. y el segundo reporte hasta las 5:00 p.m.

Los usuarios atendidos por urgencias y cubiertos por el seguro obligatorio de accidentes de tránsito SOAT, que deban referirse y contrarreferirse se acogerán a lo dispuesto en los decretos que organizan y establecen el Régimen y la red de urgencias.

4.1 PROTOCOLOS TÉCNICOS Y ADMINISTRATIVOS PARA LA REFERENCIA/REMISIÓN DE PACIENTES

- Todo usuario antes de ser remitido de un organismo de salud, deberá ser previamente valorado clínicamente, con el fin de determinar la pertinencia para de la atención por esa institución.
- La verificación de derechos del usuario ya sea a través de la clasificación socio-económica por SISBEN y/o la afiliación a la seguridad social, deberá ser clara y hacerse siempre en la institución referente.
- Todo usuario referido y contrareferido deberá ir siempre acompañado de la información necesaria, pertinente y clara que permite a la institución receptora, brindarle una adecuada atención y manejo.
- Para los prestadores que hacen parte de la Red del Departamento del Valle del Cauca se ha definido el FORMATO UNICO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA, como documento soporte para la referencia y Contrareferencia, el cual deberá diligenciarse en su totalidad.
- Todo usuario remitido de urgencias debe ser atendido por la entidad receptora, para ello el CRUE emite un código de regulación con el que se identifica el caso. So pena de las sanciones de ley, la entidad receptora no podrá negarse a recibir un usuario argumentando que no cuenta con código CRUE.

- Todo individuo que llegue a una institución prestadora de servicios de salud con una patología de manejo clínico de urgencias, deberá ser atendido en el servicio de urgencias, aplicándole las medidas necesarias para proteger su vida y mejorar su pronóstico; en seguida se procederá a definir el sitio donde se continuará su atención en forma integral, según las normas vigentes de Referencia y Contrarreferencia. (Decreto 4747 de 2007 expedido por el Ministerio de la Protección Social).
- La institución referente solo deberá comunicar previamente la referencia a la institución a la cual se va a remitir al usuario, únicamente en aquellos casos en los que se requiera de la disponibilidad de UCI; dada la complejidad de la atención requerida para el usuario.
- Cuando se imposibilite la comunicación previa sobre la referencia, la entidad receptora debe garantizar la atención del usuario de conformidad con la gravedad del caso.
- La responsabilidad del cuidado del usuario, estará siempre en el organismo referente hasta que ingrese a la otra institución. So pena de sanciones la entidad receptora no podrá retardar los procesos de ingreso del usuario argumentando dificultades en procesos administrativos internos.
- En el caso en que la institución receptora no esté en capacidad de recibir un usuario que ha sido direccionado a dicha institución; dado que no cuenta con la capacidad resolutoria para la atención, ésta deberá diligenciar el **FORMATO ÚNICO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA** explicando las causas de la no atención y deberá solicitar al CRUE el código de regulación como una nueva remisión, para que el usuario pueda ser direccionado a otra institución.

- La responsabilidad del manejo y cuidado del paciente es del prestador remitente hasta que se realice efectivamente el ingreso del usuario en la institución receptora. En aquellos casos en que el traslado se realice en una ambulancia habilitada, que no dependa de la IPS remitente, la entidad que tiene habilitado el servicio de transporte será responsable de la atención durante el mismo, hasta la entrega del paciente en la entidad receptora definida por la entidad responsable del pago. (Dec.4747/2007 de MPS).
- La ambulancia con su tripulación estarán en disposición de esperar en la entidad receptora hasta treinta (30) minutos, mientras dicha entidad define la conducta a seguir con el usuario a su cuidado. So pena de sanciones en ningún caso podrá dejar el paciente sin que se haya cumplido el protocolo de ingreso del usuario a dicha institución.
- La institución remitente deberá siempre asegurar el traslado asistencial básico o medicalizado del usuario referido y/o contrarreferido, de acuerdo con la pertinencia médica cuando el caso lo amerite.

4.2 PROTOCOLOS TÉCNICOS Y ADMINISTRATIVOS PARA LA CONTRAREFERENCIA/CONTRARREMISION DE PACIENTES

En materia de procedimientos administrativos para facilitar el trámite de la contrareferencia/contrarremisión de pacientes se debe:

- Todas las instituciones prestadoras, deberán designar un funcionario asistencial que desarrolle la búsqueda de pacientes para la contrarremisión, quien deberá realizar todos los procedimientos pertinentes para la debida contrarremisión de los usuarios; de forma que pueda darse continuidad al tratamiento en la institución de menor complejidad de su lugar de origen.

- Todas las ambulancias provenientes de instituciones de niveles inferiores que lleguen a las instituciones de nivel superior según la organización de la Red de Prestadores, deberán reportarse a la instancia definida en cada una de ellas, para atender la demanda de traslado asistencial en razón a la contrarremisión de usuarios al lugar de origen.
- Todo usuario remitido de urgencia deberá ir siempre acompañado por un agente de salud y en lo posible por un integrante del núcleo familiar. So pena de sanciones, no será un argumento válido para la negación del ingreso a una entidad receptora, que el paciente no esté acompañado por un familiar.
- Los hospitales garantizarán la provisión y suministro de medicamentos en pacientes contrarremitidos debidamente del nivel superior para continuar manejo hospitalario y ambulatorio; para lo cual se deberán ceñir al proceso de formulación definido conforme al Artículo 16 del decreto 2200 de 2005 emitido por el Ministerio de la Protección Social.
- Toda Contrarreferencia deberá hacerse al lugar de origen del usuario con las indicaciones sobre su manejo y se enviarán a la institución de salud más cercana a su sitio de vivienda o trabajo. En todo manejo de usuarios referidos y contrarreferidos, se deberá respetar las pautas culturales y creencias de los diferentes grupos étnicos.
- La remisión y transporte de elementos biológicos y muestras del ambiente para diagnóstico, se hará de conformidad con las normas técnicas específicas para su manejo.

- Los organismos que soliciten apoyo tecnológico a otra institución, se obligan a identificar y justificar la necesidad de transferencia de recursos, cumpliendo con las normas administrativas y fiscales.
- Como parte del Sistema de Información de la Referencia y Contrareferencia, toda las instituciones deberán periódicamente realizar un informe sobre el consolidado del Sistema de Referencia y Contrareferencia con base en las variables definidas en el FORMATO UNICO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA, el cual deberá presentar conforme la guía de Análisis Institucional de Referencia y Contrareferencia, que hace parte integral de este manual.
- Todas las instituciones de la Red de Prestadores deberán realizar periódicamente las Unidades Internas de Análisis de Referencia y Contrareferencia, en las que se deberán discutir, analizar, sugerir e implementar planes de mejora internos para el sistema de Referencia y Contrareferencia.
- Todas las instituciones de la Red de prestadores del Departamento deberán participar sin excepción activamente, de los Comités o Unidades de Análisis de Referencia y Contrareferencia, implementados por Acto Administrativo en cada Subregión, las cuales se programaran una vez al mes.
- Todas las instituciones que hacen parte de la Red de Prestadores, deberán levantar indicadores de oportunidad, accesibilidad, seguridad y satisfacción del usuario en relación con el Sistema de Referencia y Contrareferencia, los cuales deberán reportarse al CRUE, como instancia operativa de dicho sistema. Esta información deberá estar contenida en los informes

mensuales institucionales de Referencia y Contrareferencia, que cada institución presenta en las Unidades de Análisis de la Subregión.

- Todas las instituciones que hacen parte de la Red de prestadores están obligadas a reportar ante el CRUE aquellas situaciones atípicas que surjan desde y entre las instituciones y que afecten la pertinencia medica y/o administrativa del Sistema de Referencia y Contrarreferencia, las cuales se deberán diligenciar en el Formato Reporte de Novedades, para ser enviadas a la institución implicada con copia al CRUE.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES

La percepción que los usuarios tienen del servicio fue considerada como la principal fuente de valoración de la calidad de los procesos de referencia y contrarreferencia de pacientes en la institución hospitalaria. Se tuvo en cuenta que la oportunidad de la atención y la resolución efectiva de las necesidades de los pacientes son los principales criterios que atienden los usuarios al momento de calificar positiva o negativamente la calidad del servicio.

Con respecto al trámite de la referencia y la contrarreferencia de pacientes, se encontró que la satisfacción entre los usuarios es relativamente bajo, debido principalmente a factores como la ineficacia de la red de prestadores y la excesiva documentación que se requiere para lograr el traslado oportuno del paciente a otros centros asistenciales según las necesidades presentadas; señalando, además, las inconsistencias que se presentan en el trámite de remisión de pacientes y que por lo general se presentan al llegar a la institución destinataria.

En el caso del tiempo de espera para la referencia de pacientes, como uno de los aspectos que pueden incidir sobre la satisfacción del usuario al momento de recibir la atención en el hospital, los resultados muestran que existen demoras atribuibles a la falta de coordinación con el CRUE y a las limitaciones de los recursos tecnológicos.

Uno de los factores críticos dentro de la calidad de la referencia y la contrarreferencia de pacientes lo constituyó la atención recibida por parte del médico de urgencias, observándose aquí la percepción de eficiencia como uno de los valores principales que deben estar presentes en el proceso, y que es observable en la mayoría de los casos, pero en otros no se cumple; considerando

que las actuaciones de los profesionales de la medicina durante la referencia y contrarreferencia de los pacientes, en ocasiones no guarda correspondencia con los criterios de eficacia y efectividad de la atención para el logro de un resultado satisfactorio, incidiendo en una valoración restringida de la calidad por parte de los usuarios.

Con respecto a la atención del personal de enfermería, los resultados evidencian un indicador parcialmente positivo y se debe a la percepción que tiene el usuario de las actuaciones particulares de las enfermeras durante el proceso de referencia y contrarreferencia de pacientes, así como de las experiencias previas con demoras en la operación del sistema, al considerar que existen fallas de comunicación, trato humano y celeridad en los procedimientos que son responsabilidad asistencial.

En lo que se refiere a la actuación del personal administrativo durante los procesos de referencia y contrarreferencia de los pacientes, el indicador es negativo, principalmente debido a los retrasos y errores en el proceso de elaboración y entrega de la documentación correspondiente al proceso; lo que implica que debe mejorarse en cuanto a eficiencia y calidad de los procedimientos a aplicar para lograr la referencia oportuna de los pacientes a nivel de la red de prestadores coordinada por el CRUE. Son aspectos puntuales de trámite y documentación de las referencias y contrarreferencias que garantizarían una respuesta más oportuna en casos específicos de acuerdo con el nivel de respuesta del sistema y el estado de salud del paciente.

La satisfacción del usuario frente al proceso de referencia y contrarreferencia, es decir, la correspondencia comparativa final entre la expectativa de atención con que llega el usuario y el resultado final obtenido frente al tipo de servicio solicitado, mostró valores de tendencia negativa (60%), debido especialmente a las

dificultades de acceso a los servicios de mayor complejidad en otras instituciones, a las demoras en las órdenes de referencia y a la complejidad de los trámites que se deben surtir para la obtención satisfactoria del servicio, constituyendo esto el indicador global de insatisfacción y riesgo que representa el sistema para el caso de la ESE Hospital Local Arjona y que hace indispensable la puesta en marcha de un proceso estratégico de mejoramiento de la calidad en el servicio, cuyo punto radial sea la ampliación de la cobertura de servicios (portafolio), de tal manera que se diversifique aún más y pueda dar respuesta puntual a las crecientes necesidades de servicios en la población atendida por la entidad.

A partir de los resultados obtenidos puede afirmarse que el nivel de satisfacción de los usuarios respecto a los procesos de referencia y contrarreferencia es medio o regular. Esto se debe principalmente a que la percepción subjetiva que los usuarios tienen de los servicios depende de factores contingentes (altamente variables) y de estructuración del servicio (permanentes) que le proporcionan una experiencia grata o desagradable al momento de requerir los servicios de la institución hospitalaria. En el caso específico de los procesos de referencia y contrarreferencia dentro del hospital, los usuarios conceptúan que algunos aspectos como el trámite documentario, la celeridad de respuesta de la red de prestación de servicios coordinada por el CRUE y la oportunidad de la atención deben ser mejorados para que respondan adecuadamente a los criterios de calidad del SGSSS y a las necesidades de los pacientes.

Tomando en cuenta estos requerimientos sobre la satisfacción al usuario como fundamento de la calidad de los procesos, se puede plantear que la referencia y contrarreferencia de pacientes en el Hospital Local de Arjona amerita una acción de mejoramiento continuo en los aspectos humanos, técnicos, tecnológicos y de logística del servicio, en los términos de un modelo sistemático de la atención intrahospitalaria.

De acuerdo con los hallazgos, la referencia y contrarreferencia de pacientes en el Hospital debe ser objeto de un proceso de mejoramiento de la calidad, tanto en sus aspectos técnico-operativos como de gestión y articulación con los diferentes niveles de atención, lo que implica necesariamente la evaluación, rediseño operacional y atención debida a las diversas alternativas de satisfacción del usuario de los servicios de salud.

CAPÍTULO VI. RECOMENDACIONES

Como recomendaciones derivadas de la investigación se establecen los siguientes puntos básicos:

- Garantizar a los usuarios de servicios de salud a través de sus Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud contratadas, el acceso oportuno a la prestación de los servicios de salud en cada uno de los niveles de atención y de intervención, según los requerimientos individuales de cada paciente.
- Verificar dentro de la Red de Prestadores de Servicios de Salud de cada región geográfica, la existencia del recurso humano, físico y tecnológico que garantice la atención en todos los niveles de complejidad.
- Verificar la existencia de Sistema de Referencia y Contrarreferencia en cada una de las IPS contratadas por el Hospital.
- Verificar el conocimiento y aplicación de los procesos del Sistema de Referencia y Contrarreferencia por parte de las personas directamente involucradas en la atención de los usuarios en cada uno de los puntos de atención
- Verificar la integración existente entre las IPS que conforman la red de servicios y el nivel de respuesta de cada una de ellas según su nivel de complejidad
- Verificar la disponibilidad de medios de transporte oportunos y adecuados cuando se requieran

- Asegurar la atención inicial de urgencias de los usuarios
- Verificar que se realicen las Contrarreferencia al primer nivel de atención y asegurar que se hagan los controles y seguimientos respectivos.
- Los servicios de salud integrales deben ser suministrados en equidad y con suficiencia técnica a través de la Red de Servicios, constituida por instituciones y personas acreditadas conforme a la normatividad vigente, para desempeñarse como prestadores de servicios de salud en el territorio nacional.
- Para garantizar la disponibilidad de los recursos, el Hospital debe definir los requerimientos mínimos en recursos físicos, humanos y tecnológicos para cada servicio según el nivel de atención y realizará verificación permanente de la red ofertada en la entidad territorial.
- De igual manera, para facilitar el acceso de los usuarios a los servicios de salud, el Hospital deberá velar por la obligatoriedad de contratar los recursos físicos, humanos y tecnológicos existentes en la localidad adicionales a los establecidos en el nivel de atención e incluirlos en su red de servicios, con lo cual se garantiza que el usuario recibe todos los servicios existentes en su área geográfica a través del CRUE, sin requerir traslados excesivos.

BIBLIOGRAFÍA

Acosta, Raúl (2006). *Auditoría de los procesos de atención de urgencias y remisión de pacientes en la Clínica CES de Medellín*. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad de Administración.

Alvear, C. (2001). *Calidad Total: Conceptos y herramientas prácticas*. México: Limusa, p. 48.

Constitución Política de Colombia (1991). *Texto constitucional con reformas*. Bogotá: Avance Jurídico Editores, 2009.

Decreto 1770 del 3 de Agosto de 1994. *Por el cual se reglamentan parcialmente los artículos 13, 14 y 16 de la Ley 60 de 1993*. Bogotá.

Decreto 1011 del 3 de abril de 2006. *Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad*. Bogotá.

Decreto 2174 de noviembre 28 de 1996. *Organización del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Bogotá.

Decreto 2759 de diciembre 11 de 1991. *Reglamenta el sistema de referencia y contrarreferencia definiéndolo como el conjunto de normas técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente al usuario servicios de salud según el nivel de atención y grado de complejidad de los organismos de salud con la debida oportunidad y eficacia*. Bogotá: MPS.

De la Garza Villaseñor, Lorenzo (1999). *De los templos y santuarios a los hospitales: 6,000 años de historia*. Revista de Investigación Clínica 52 (1): 2000; p. 89-97. Disponible en línea:

http://www.imbiomed.com.mx/1/1/autores.php?method=listArticlebyAuthor&id_revista=2&id_autor=1371

Drucker, P. (1996). *La organización basada en la información: Hay Tres clases de equipos*. Bogotá: Norma, p. 103.

Empresa Social del Estado Hospital Local Arjona (2010). *Estadísticas de Referencia y contra referencia de la ESE*. Llevadas en el área de urgencias y archivo. Arjona: HLA.

Harrington, H. J. (1994). *Mejoramiento de los procesos de la empresa*. Tomo 4. Cap. 1” ¿Por qué centrarse en los procesos de la empresa?” Colombia: McGraw-Hill, p. 28.

Heredia, Rodolfo, y Ramírez, Martha Lucía (2002), *Guía sobre salud y población*, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, p. 116.

Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (2001). *ISO 9000:2000 Guía para las pequeñas empresas*. Bogotá: ICONTEC, p. 7.

Johanson, McHugh, Pendlebury y Wheeler (1995). *Reingeniería de Organizaciones*. México: Limusa, p. 59.

Ley 10 del 10 de Enero de 1990. *Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones*. Bogotá.

Ley 100 de 1993. *Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Bogotá.

Ley 715 del 21 de Diciembre de 2001. *Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros* Bogotá.

Marín, J., Melgar A. y Castaño, C. (1992). *Teoría y técnicas de desarrollo organizacional, Organización Panamericana de la Salud, Proyecto Subregional de desarrollo de la capacidad gerencial de los servicios de salud, PSDCG-T.10, Volumen 5 - Desarrollo organizacional: técnicas de intervención*. México: OPS, p. 70.

Martínez, Félix; Robayo, Gabriel y Valencia, Oscar (2002), *Desarrollo del principio de universalidad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud*, FEDESALUD, Bogotá, pp. 4-5.

Ochoa, Dairo; Pájaro, Luis y Suárez, Elcy (2007). *Auditoría a los procesos de referencia y contrarreferencia en un hospital público departamental (III y IV nivel)*. Barranquilla: Universidad del Norte, Diplomado en Auditoría Médica.

Organización Panamericana de la Salud (1994). *Programa de adiestramiento en salud de Centroamérica, PASCAP, Problemas de calidad en los servicios de salud, Volumen III. Evaluación del desempeño del equipo de salud*. Costa Rica: p. 34.

Pedraza Calvo, Rodrigo (1984). *Historia de la salud*. Madrid: Rialpe, p. 79.

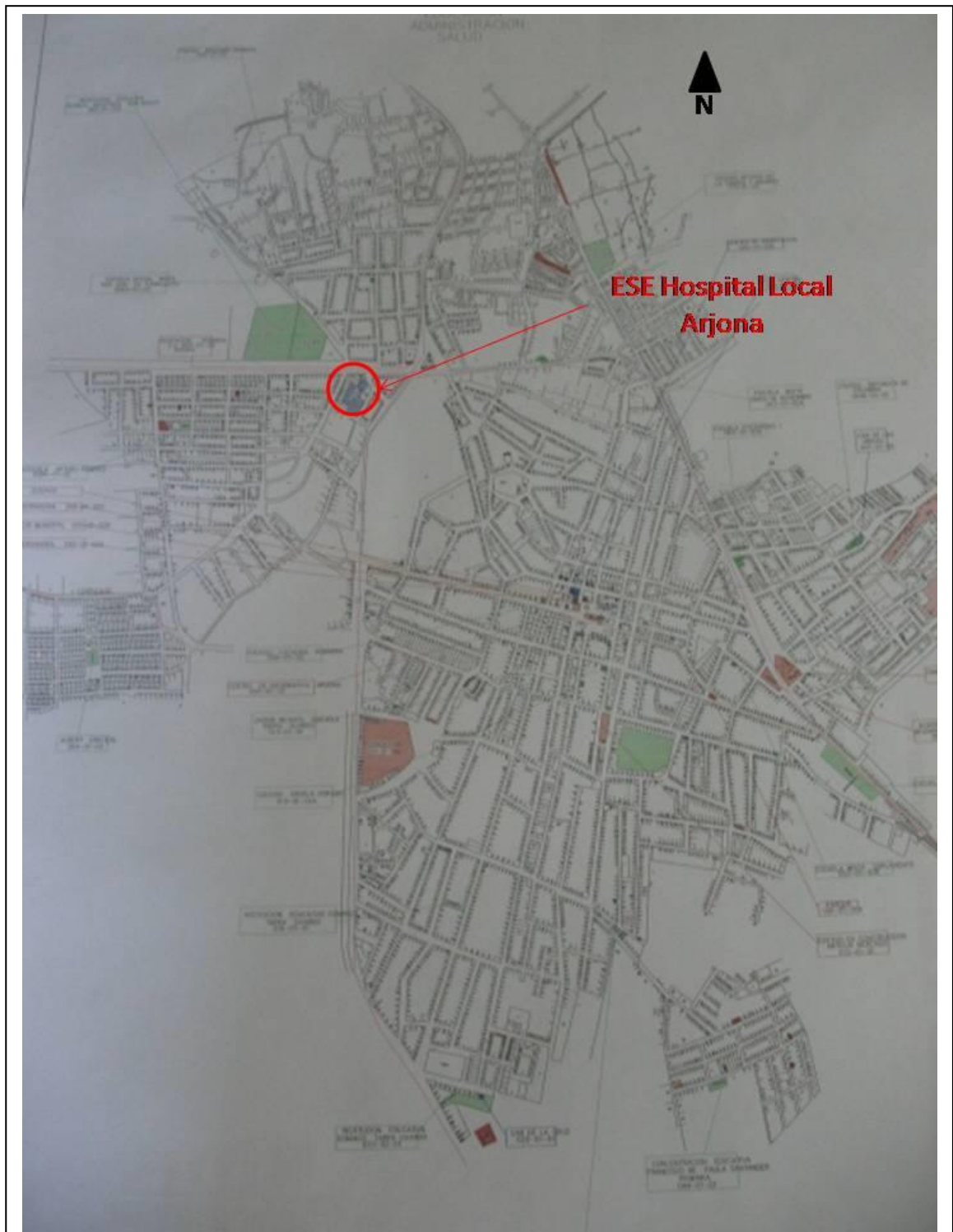
Resolución 1446 de 2006. *Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de Monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud*. Bogotá.

Rojas, Fernando y Vergara, Luis (2003). *Modelo de mejoramiento de la calidad en los servicios de urgencia del Hospital Regional de Roldanillo*. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad de Administración.

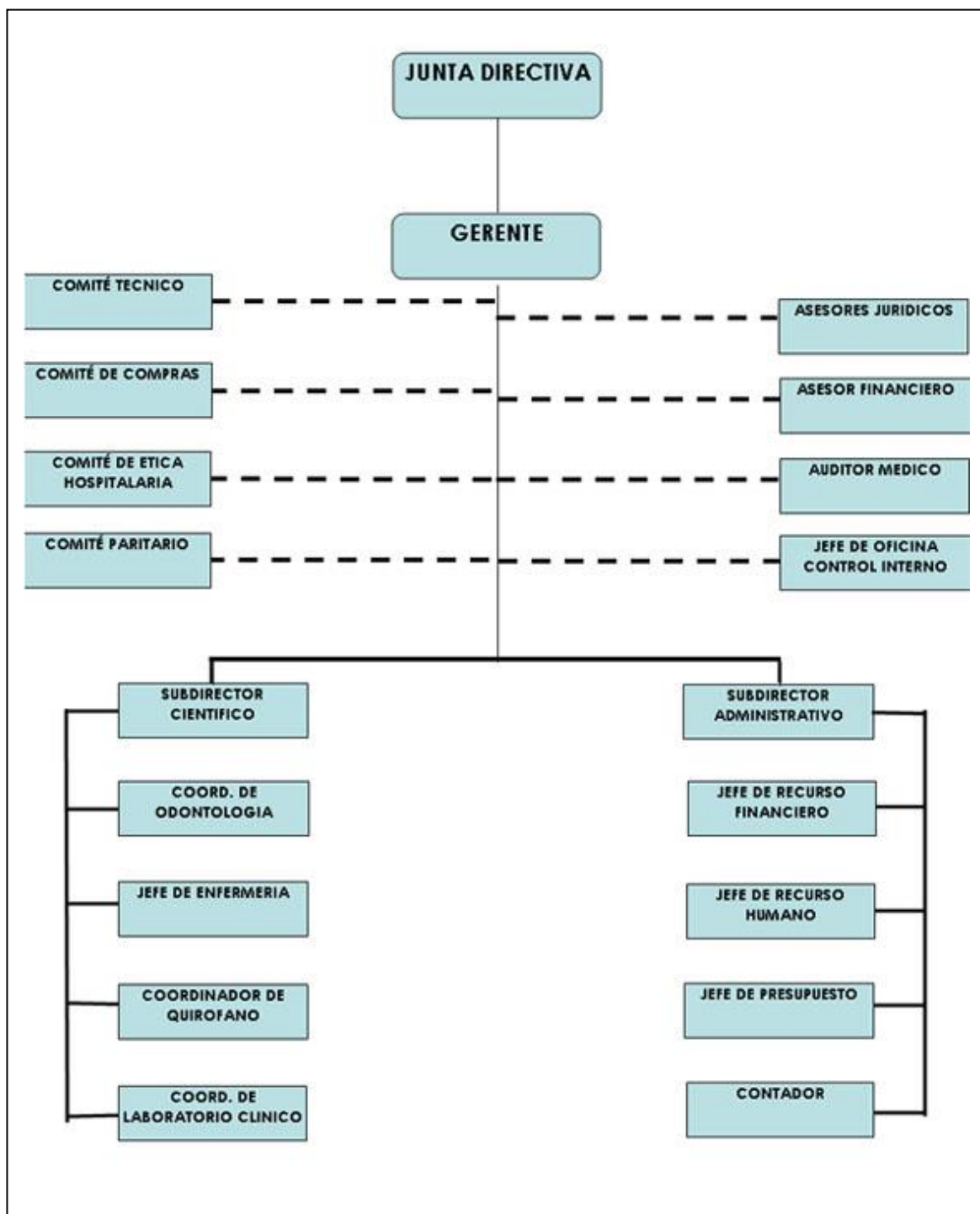
Viloria de la Hoz, Joaquín (2005). *Salud pública y situación hospitalaria en Cartagena*. Serie Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional No. 65. Cartagena: Banco de la República, p. 6-7.

ANEXOS

ANEXO A. LOCALIZACIÓN DEL HOSPITAL LOCAL DE ARJONA



ANEXO B. ORGANIGRAMA DEL HOSPITAL LOCAL ARJONA



ANEXO C. PÁGINA WEB DEL HOSPITAL LOCAL DE ARJONA

The screenshot displays the website for Hospital Local Arjona, Empresa Social del Estado. The browser address bar shows esehospitalarjona.gov.co. The header features the hospital's logo and name, the date "Lunes 30 de Enero del 112", and navigation links for "Inicio", "Convocatorias", and "Contáctenos". Contact information includes phone numbers 14-6292041 and 6292041, and email info@esehospitalarjona.gov.co.

A vertical navigation menu on the left lists various services and sections, with "Convocatorias" highlighted in red. The main content area is titled "Quienes Somos" and features a photograph of four staff members. Below the photo, the text describes the hospital as a state-owned social enterprise located in the north of Bolívar, committed to providing quality health services to different SGSSS regimes.

Hospital Local Arjona
Empresa Social del Estado
Barrio San José de Turbaquito Diagonal 55 No. 47-39
Arjona - Bolívar
Teléfonos: 6291614 - 6292041 Fax: 6292041
e-mail: info@esehospitalarjona.gov.co

**ANEXO D. ENCUESTA SOBRE SATISFACCIÓN DEL USUARIO CON LA
REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES**

**ENCUESTA A USUARIOS
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE ARJONA
SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA
2011**

OBJETIVO: Valorar la calidad del servicio de referencia y contrarreferencia de pacientes en la ESE HLA, a partir de la percepción del usuario.

INSTRUCCIONES: Evalúe cada uno de los aspectos que a continuación se detallan de acuerdo con su opinión personal. Responda la encuesta marcando con una X la casilla que mejor refleje su opinión sobre los aspectos evaluados. Sólo puede marcar una opción. Los datos obtenidos son confidenciales y tienen como propósito la mejora de los servicios en el Hospital. Gracias.

INFORMACIÓN GENERAL:

Sexo: _____

Edad: _____

Motivo de visita al hospital: _____

CUESTIONARIO:

1. Grado de satisfacción del usuario frente al trámite de referencia y contrarreferencia

- Excelente
- Bueno
- Regular
- Malo

2. Tiempo de espera en el trámite de referencia y contrarreferencia

- Excelente
- Bueno
- Regular
- Malo

3. Atención recibida del médico de urgencias para la referencia y contrarreferencia

- Excelente
- Bueno
- Regular
- Malo

4. Atención recibida del personal de enfermería en urgencias para la referencia y contrarreferencia
- Excelente
 - Bueno
 - Regular
 - Malo
5. Actuación del personal administrativo para la referencia y contrarreferencia
- Excelente
 - Bueno
 - Regular
 - Malo
6. Indicador global de satisfacción en la referencia y contrarreferencia
- Excelente
 - Bueno
 - Regular
 - Malo
7. Estado de los recursos del sistema de referencia y contrarreferencia
- Excelente
 - Bueno
 - Regular
 - Malo
8. Sugerencias para mejorar el sistema de referencia y contrarreferencia
- Ampliar cobertura
 - Mejorar atención
 - Mejorar red de servicios
 - Simplificar trámites