

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE PSICOLOGÍA Y
FISIOTERAPIA EN LA I. P. S. MEDICINA INTEGRAL CISADDE DE LA CIUDAD
DE CARTAGENA EN EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2014

ALUMNOS

LAURA MARCELA CÁRDENAS AGUAS
FONOAUDIÓLOGA

VIVIANA JULIO ARROYO
FONOAUDIÓLOGA

LINEA DE INVESTIGACION
CALIDAD DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS Y ADMINISTRATIVAS
ESPECIALIZACION EN GERENCIA EN SALUD
PROMOCION XXIII
CARTAGENA DE INDIAS D.T Y C.
AGOSTO DE 2014

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE PSICOLOGÍA Y
FISIOTERAPIA EN LA I. P. S. MEDICINA INTEGRAL CISADDE DE LA CIUDAD
DE CARTAGENA EN EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2014

ALUMNOS

LAURA MARCELA CÁRDENAS AGUAS

FONOAUDIÓLOGA

VIVIANA JULIO ARROYO

FONOAUDIÓLOGA

DIRECTOR DEL PROYECTO

DR. SAMUEL ARTEAGA BERNATE

DOCENTE U DE C

COORDINADOR DE LA ESPECIALIZACION

MONICA DELAVALLE

PROYECTO DE GRADO COMO REQUISITO PARA OPTAR EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SALUD

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS Y ADMINISTRATIVAS

ESPECIALIZACION EN GERENCIA EN SALUD

PROMOCION XXIII

CARTAGENA DE INDIAS D.T Y C.

AGOSTO 2014

JURADOS

NOMBRE DEL JURADO	CARGO O PROFESION

ACEPTACIÓN

NOTA DE ACEPTACION

Cartagena de Indias D.T y C.; Agosto de 2015

DEDICATORIA.

A; Dios, por su amor y bondad, por permitirme sonreír ante todos mis logros que son el resultado de su ayuda y compañía, a mi esposo por su confianza y dedicación, a mi familia por que han fomentado en mí, el deseo de superación y de triunfo en la vida. Gracias a cada una de estas personas que llenan mi caminar de amor y felicidad alcance un sueño de muchos que faltan. Gracias DIOS.

LAURA MARCELA

A; Dios por ser mi guía y fortaleza en cada instante de mi vida, por su infinita misericordia, a mi familia por su gran apoyo y respaldo incondicional, y a todos aquellos que de una u otra forma contribuyeron hacer de mi sueño una realidad, sin ellos a mi lado este logro no fuera posible. Toda la gloria sea para DIOS.

VIVIANA

CONTENIDO

	Pág.
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	7
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	10
2. OBJETIVOS.....	11
2.1. OBJETIVO GENERAL.....	11
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
3. JUSTIFICACIÓN.....	13
3.1. DELIMITACIÓN.....	15
4. MARCO TEORICO	17
4.1. ANTECEDENTES GENERALES.....	17
4.2. MARCO INVESTIGATIVO.....	23
4.3. MARCO CONCEPTUAL DE LA CALIDAD DEL SERVICIO.....	29
4.4. MARCO INSTITUCIONAL DE LA IPS.....	49
4.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	54
5. DISEÑO METODOLOGICO.....	55
5.1. TIPO DE TRABAJO DE GRADO.....	55
5.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	55
5.3. ANÁLISIS DE VARIABLES; INSTRUMENTOS Y FUENTES DE INFORMACIÓN.....	58
6. DIAGNOSTICO DE LA CALIDAD DEL SERVICIO	60
6.1. 6.1 ANÁLISIS DE LA GARANTIA DE LA CALIDAD DEL SERVICIO. ...	60
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	83
BIBLIOGRAFÍA.....	85

RELACION DE GRAFICOS

Gráfica 1. Grado de satisfacción general en la dimensión de confiabilidad.....	67
Gráfica 2. Cumplimiento en la entrega y prestación de los servicios programados.....	68
Grafica 3. Resolución de los problemas de los usuarios.....	69
Gráfica 4. Confianza en la Información.....	70
Grafica 5. Calidad de la Dimensión de la responsabilidad de la IPS.....	71
Grafica 6. Agilidad de atención Psicología.....	72
Grafica 7. Agilidad en la atención por fisioterapia.....	72
Grafica 8. Disposición de los funcionarios para dar respuesta a las inquietudes.....	73
Grafica 9. Calificación general de la dimensión de Seguridad.....	73
Grafica 10. Competencia profesional Fisioterapia.....	74
Grafica 11. Competencia profesional Psicología.....	74
Grafica 12. Garantías del servicio de Psicología.....	75
Grafica 13. Garantías del servicio de Fisioterapia.....	75
Grafica 14. Percepción de Confianza.....	75
Grafico 15. Dimensión empatía.....	76
Grafica 16 Dimensión Planta Física y Dotación.....	77
Grafica 17. Adecuación de la Planta física.....	78

RELACION DE CUADROS E IMÁGENES

Imagen No. 1 Evolución de la Psicología Cognoscitiva.....	19
Cuadro N° 1 Marcos Conceptuales O Ideológicos Desde La Década Del '50 Hasta La Actualidad.....	37
Cuadro No.2 Identificación de la Entidad.....	50
Cuadro No. 3 Operacionalización De Variables.....	53
Cuadro No. 4. Análisis De Variables; Instrumentos y Fuentes de Información.....	57
Cuadro No. 5 Caracterización del Portafolio de Servicios Específico.....	61
Cuadro No. 6. Tablero de Control.....	80

RELACION DE ANEXOS

ANEXO No. 1 ENCUESTA DE SATISFACCION DEL SERVICIO	87
---	----

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE PSICOLOGÍA Y FISIOTERAPIA EN LA I. P. S. MEDICINA INTEGRAL CISADDE DE LA CIUDAD DE CARTAGENA EN EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2014.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.

La calidad ha jugado un papel importante en la vida de los seres humanos porque sin ella, a pesar de no percibirla, no habría sido posible la supervivencia durante la larga travesía que nuestros antepasados hicieron desde África hasta los confines más remotos del planeta.

Sin embargo, a partir de la Segunda Guerra Mundial, se inició el proceso de industrialización y con él las primeras nociones de calidad que ha tenido grandes maestros y difusores como W. Edwards Deming, Joseph M Juran, Kaoru Ishikawa y otros, para quienes la calidad no es otra cosa más que “Una serie de cuestionamiento hacia una mejora continua”, ó como Juran decía que la calidad es “La adecuación para el uso satisfaciendo las necesidades del cliente”, ó Kaoru Ishikawa, quien la definió como “Desarrollar, diseñar, manufacturar y mantener un producto de calidad que sea el más económico, el útil y siempre satisfactorio para el consumidor”.

A partir de estos pensamientos se ha ido avanzando hasta llegar a conceptos como la Calidad Total y desarrollar lo que se denomina “la Calidad en los Servicios Médicos”, La cual desde que el esquema de aseguramiento en nuestro Sistema General de Seguridad Social en Salud, fue el pivote central del modelo de pluralismo estructurado vigente donde la combinación del paradigma biomédico con el paradigma biopsicosocial se basan en la productividad y competitividad de los servicios, estos al estar neo regulados los precios lo que les quedo a los que

desarrollan el riesgo de la salud para ser más competitivos fue la calidad hoy con 4 componentes fundamentales según el Decreto 1011 de 2006 con sus reglamentarios vigentes, relativos a la Garantía de la Calidad con el Sistema Único de Habilitación y Sistema Único de Acreditación y a la Calidad del Servicio con las Evaluaciones del Programa de Auditoría para la Calidad en Salud y sus resultados de Indicadores trazadores en especial el de Satisfacción/lealtad.

La Institución Prestadora de Servicios - I.P.S Medicina Integral Centro de Integración Sensorial para el Autismo y Desordenes del Desarrollo – CISADDE, se encuentra ubicada en el corregimiento de la Boquilla, sector Cielo Mar, calle 20 # 14-85, tiene una población aproximada de 72 pacientes activos, 49 terapeutas y 7 empleados administrativos. Es una institución prestadora de servicios de salud de carácter privado, encaminada a atender la salud y mejorar la calidad de vida de los niños, niñas, jóvenes y adultos con autismo, síndrome de Down, espina bífida, trastornos del comportamiento, deficiencias cognitivas, problemas de aprendizaje, alteraciones y déficit en la integración social, entre otras enfermedades, a través de la atención terapéutica especializada y con tratamiento personalizado e integral, tanto para el paciente como para la familia.

En adición, la institución funciona en un edificio de tres plantas que tiene destinando el tercer piso para la parte administrativa y los pisos uno y dos están acondicionados para la atención de cita de rehabilitación y el tratamiento de los pacientes en cada una de las áreas de servicio. Sin embargo, aunque la administración hace esfuerzos constantes para ofrecer un ambiente agradable a los usuarios, hay aspectos que no han podido superarse, sobre todo en lo relacionado con el espacio de las salas que es muy reducido, hacen falta rampas para los pacientes con discapacidades motoras lo que pone en riesgo a muchos de los usuarios, sobre todo cuando se trata de alguien que usa silla de ruedas, caminadores o tiene un grado muy alto de dificultad de locomoción.

En estas condiciones, la I.P.S. CISADDE se encarga de prestar servicios de salud y atención integral en las áreas de psicología, fonoaudiología, fisioterapia y enfermería a pacientes con las dificultades antes mencionadas y teniendo en cuenta que la dotación en equipos, elementos y de medicinas es insuficiente pues, la mayoría de las veces no existen o se han acabado cuando se requieren para iniciar un tratamiento. Así mismo, en lo relacionado con el transporte, algunos de los usuarios manifiestan que cuando asisten a las intervenciones, su traslado a la IPS o a los sitios de residencia de los pacientes, en varias ocasiones, los vehículos han sufrido desperfectos mecánicos, lo que hace que se tenga que acondicionar un medio alterno (por ejemplo taxis), ocasionando con ello mayores gastos y situaciones de riesgo que en algunas situaciones han sido muy onerosos. Otra problemática está referida a que no se ha tenido en cuenta que la población atendida corresponde a niños con grandes dificultades para efectuar el control de sus necesidades fisiológicas y que la edificación no cuenta en cada piso con la suficiente cantidad de baterías sanitarias, pues en ocasiones se ha tenido que trasladar a los pacientes de un piso a otro porque los otros baños están ocupados, lo que dificulta las labores, enrarece el ambiente con malos olores e incomoda a los niños, a los visitantes y a los profesionales en servicio.

Aparte de lo anterior, en la institución se presentan algunas falencias en las áreas de psicología y fisioterapia pero no se han realizado estudios que indiquen cuáles son estas fallas y, por eso, se decidió escoger este tema para poder demostrarlas, puesto que de presentarse, impedirían un resultado favorable en la evolución de los pacientes y es fundamental reconocer si la prestación de los servicios asistenciales ofrecidos son de calidad, eficientes y efectivos, que si, además, cumple con los objetivos y expectativas del servicio ofrecido especialmente a los más pobres y vulnerables de un sector de población de bajos recursos como su área de influencia.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la calidad de los servicios de salud de psicología y fisioterapia en la I.P.S Medicina Integral CISADDE en la ciudad de Cartagena – Bolívar, en el primer semestre del año 2014?

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar la calidad de prestación de los servicios de salud de psicología y fisioterapia brindados a los usuarios de la I.P.S Medicina Integral CISADDE de la ciudad de Cartagena – Bolívar en el primer semestre del año 2014, mediante la medición del nivel de satisfacción de estos; que le permitan detectar por los beneficiarios directos las falencias inherentes; con el fin de implementar un plan de mejoramiento de la calidad que contribuya a su fortalecimiento institucional.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Ω Identificar en forma integral La plataforma jurídica y organización asistencial y administrativa de la I.P.S Medicina Integral CISADDE de la ciudad de Cartagena – Bolívar en el primer semestre del año 2014

- Ω Determinar el estado de la capacidad técnico científica de la I.P.S Medicina Integral CISADDE de la ciudad de Cartagena – Bolívar en términos de cumplimiento de su habilitación y oferta de servicios y establecer su capacidad instalada y calidad técnica en términos de la demanda de su portafolio de servicios

- Ω Aplicar a los Usuarios de los servicios de Psicología y Fisioterapia atendidos en forma integral en el primer semestre de 2014, Una Encuesta de Satisfacción y confrontar sus resultados con los estándares de los trazadores inherentes.

Ω Analizar en forma específica cada uno de los componentes de las encuestas de satisfacción practicadas a sus usuarios para establecer los ítems de las quejas y nivel de insatisfacción a re direccionar.

3. JUSTIFICACIÓN

Tanto el artículo 156, literal i de la Ley 100 de 1993, como la Circular Única de la Salud en su Componente de Prestadores de Servicios de Salud establecen que “Las Instituciones Prestadoras de Salud son entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud” y ello hace que la iniciativa privada por parte de profesionales de la salud puedan generar los emprendimientos de atención Biopsicosocial como el que nos ocupa con la I.P.S Medicina Integral CISADDE de la ciudad de Cartagena – Bolívar cuya labor de Atención a personas con discapacidad, autismos y enfermedades inherentes son importantes en darle respuesta psicológica y terapéutica en el sistema local de salud de Cartagena, en una zona deprimida como es la Boquilla, lo que garantiza que en la medida que cumplan con facilitarle al paciente adscrito el derecho constitucional a la salud con calidad, calidez y eficiencia, sobre todo en patologías muy olvidadas en nuestro medio se reivindica el derecho a la salud de la ley 1751 de 2015.

En primer lugar, este proyecto es importante porque busca que la I.P.S. Medicina Integral CISADDE cumpla con las disposiciones gubernamentales y se apropie de lo que es la calidad de la atención en salud, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS y la normatividad vigente, en el cual se la ha definido como “la provisión de servicios de salud a los usuarios de forma accesible, equitativa y con un nivel profesional óptimo, considerando el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el fin de lograr la satisfacción de los usuarios”. Esta definición centrada en el usuario, involucra aspectos como accesibilidad oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la atención, que se deben considerar en la prestación de los servicios de salud a la población colombiana” .

Además de lo anterior, el presente proyecto es importante para la entidad porque en la actualidad los directivos de toda institución, deben estar interesados en implementar procedimientos para mejorar la calidad de cada uno de sus procesos y servicios de salud con el fin de enfrentar la alta competencia que ha puesto la calidad como paradigma y la ha convertido, desde hace varios años, en la estrategia más importante tanto para las áreas administrativas como de servicios. Así, Medicina Integral podrá seguir siendo competitiva en el mercado, generando empleo y haciendo felices a muchas familias que la utilizan, mostrando soluciones a las dificultades que presentan los niños usuarios del servicio.

El artículo 185 de la Ley 100 de 1993 estableció como funciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud; el prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios de dicho sistema que en el caso del I.P.S Medicina Integral CISADDE de la ciudad de Cartagena – Bolívar debe atender los parámetros y principios señalados últimamente en la ley 1438 de 2011 y Ley 1751 de 2015, entre los cuales se destacan Universalidad; Solidaridad; Igualdad; Obligatoriedad; Prevalencia de derechos; Enfoque diferencial; Equidad; Calidad; Eficiencia; Participación social; Progresividad; Libre escogencia; Sostenibilidad; Transparencia; Descentralización administrativa; Complementariedad y concurrencia; Corresponsabilidad; Intersectorialidad; Prevención y Continuidad. Por ello; la Normatividad vigente y las conductas técnico científicas deben girar sobre una atención que debe ser personalizada y humanizada.

Este proyecto es importante para los usuarios porque, en el afán de que los usuarios estén satisfechos con el servicio, se busca que se mantenga, como estrategia, el programa de transporte que facilite tanto la llegada como la salida de los usuarios (desde la casa y hasta la IPS), el cual se irá perfeccionando poco a poco.

En el mismo sentido, lo que se busca con el proyecto es evaluar la calidad de los servicios de salud de psicología y fisioterapia de la I.P.S Medicina Integral CISADDE, con el propósito de establecer si la prestación de los mismos se está realizando de forma oportuna, responsable, continua y si cuenta con personal altamente capacitado en las competencias necesarias en su cargo, para garantizar la satisfacción de los pacientes con el cumplimiento de los requisitos legales y de calidad.

Además, el presente proyecto se justifica a nivel de la sociedad porque se busca ampliar la cantidad de tratamientos puesto que por la entidad han pasado cerca de 100 usuarios, entre niños y niñas, con grandes dificultades psicológicas y necesidades de fisioterapia, detectadas con estudios profesionales en otras entidades de muchas ciudades del país. Esto es así porque un porcentaje cercano al 80%, muestra que las sesiones de terapia han arrojado resultados bastante importantes y, según seguimiento que se ha realizado a varios pacientes, son muchos los que se han visto en las olimpiadas de FIDES o haciendo parte de agrupaciones folclóricas de la ciudad, así como también al ingreso de escuelas y colegios en donde han presentado un loable desempeño motriz, comunicativo y cognitivo, aspectos que se quieren impulsar en mayor grado.

3.1. DELIMITACIÓN

3.1.1. Delimitación espacial

El desarrollo del presente proyecto se llevará a cabo en las instalaciones de la I.P.S. Medicina Integral CISADDE, ubicada en el corregimiento de la Boquilla, sector Cielo Mar, calle 20 # 14-85 de la ciudad de Cartagena (cuenta con sedes en las ciudades de Barranquilla, Manizales, Sincelejo).

3.1.2. Delimitación temporal

Se espera que el período de tiempo a utilizar en el desarrollo del presente proyecto, esté entre los meses de Enero a Junio del 2014.

3.1.3. DELIMITACIÓN TEMÁTICA

En el proyecto se busca llevar a cabo la evaluación de la calidad de los servicios de psicología y fisioterapia en la I.P.S Medicina Integral CISADDE de la ciudad de Cartagena en el primer semestre del año 2014, mediante el desarrollo de los objetivos específicos ya definidos.

4. MARCO TEORICO

4.1. ANTECEDENTES GENERALES

4.1.1. Antecedentes de las Competencias para la Atención de las Discapacidades Cognitivas y Físicas

4.1.1.1 Historia de la Psicología:¹ desde su nacimiento la psicología tuvo preocupación por explicar los procesos internos (memoria, percepción, atención, reconocimiento, conciencia, inteligencia. etc.) que tienen que ver con el conocimiento, esto es desde que surge la psicología una de sus vertientes era cognitiva. W. Wundt, W. James, F. Brentano, se preocuparon por conocer los procesos mentales superiores, los procesos internos que permiten el conocimiento y eso es precisamente lo que interesa a la psicología cognoscitiva.

Durante la primera mitad del siglo pasado la filosofía de la ciencia hegemónica fue el neopositivismo, que proponía que las teorías científicas estudiaran únicamente la parte física de la realidad y, como los procesos psicológicos superiores no necesariamente son de éste tipo, se dejaron de estudiar. Esto ocurrió especialmente en Estados Unidos y en Inglaterra. Durante esa época dominó el estudio de procesos observables, el conductismo tuvo su auge. En la Europa continental, sin embargo, se continuó con el estudio de procesos cognitivos como veremos en esta unidad, J Piaget y L. Vygotsky, son ejemplo de ello, en Estados Unidos e Inglaterra es hasta la década de los años 50 del siglo XX que con el desarrollo de la cibernética, las ciencias de la información y la crisis del conductismo que se retoma el estudio de los procesos cognitivos y en la actualidad podemos decir que la psicología cognoscitiva es una de las más

¹ UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO. Facultad de Psicología. Historia de la psicología. 2012. 5p.

influyentes e importante. La psicología aplicada: clínica, educativa, social, laboral se apoyan fuertemente en la psicología cognoscitiva.

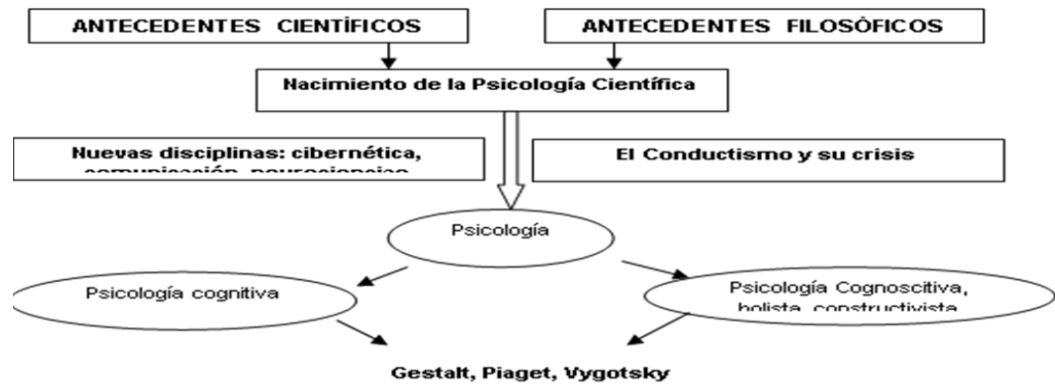
Como se sabe, lo que hace diferente a la nueva psicología cognoscitiva de la que se hacía en épocas anteriores no son las preguntas (¿cómo conocemos?, ¿qué podemos conocer?, etc.), sino la manera en que intentamos responderlas. Ya Platón en su diálogo El Menón, se preguntaba si el conocimiento era innato o adquirido y se respondía que nacemos con el conocimiento esencial de las cosas. En cambio, Aristóteles afirmaba que el conocimiento se adquiere. En los siguientes siglos, filósofos y científicos continuaron buscando las respuestas a las preguntas acerca del conocimiento y los procesos psicológicos implicados tales como; percepción, memoria, pensamiento, lenguaje entre otros. Fue a partir del renacimiento cuando pensadores como R. Descartes, D. Hume, J. Locke, empezaron a tomar en cuenta los hallazgos de la naciente ciencia experimental para intentar explicar la cognición.

Intentos parecidos continuaron durante la Ilustración. E. Kant es en esta época el mejor ejemplo y, en los siglos XIX y XX, fueron muchos los pensadores que aportaron en este campo (B. Russell, L. Wittgenstein, K. Popper, entre otros).²

A partir del surgimiento de la psicología científica, es ésta disciplina una de las encargadas de buscar respuestas a las preguntas acerca de cómo funcionan los procesos implicados en el conocimiento. El siguiente esquema muestra la evolución de la psicología cognoscitiva:

² **Ibidem.**

Imagen No. 1 Evolución de la Psicología Cognoscitiva



4.1.1.2 Historia de la Fisioterapia: Para llevar a cabo este trabajo se desarrollan los siguientes aspectos: salud en su relación con planificación y desarrollo, definición y conceptualización de nudos temáticos y periodización sobre las prácticas fisioterapéuticas, de las cuales solo se tomará ésta última, así:

4.1.1.2.1 Periodización sobre las prácticas fisioterapéuticas en Colombia: Se hace una periodización provisional que pretende hacer claridad acerca de las diferentes etapas por las que han pasado las prácticas y el saber fisioterapéutico, al tiempo que identifica los posibles momentos coyunturales que influyen en el régimen de estas prácticas y la forma como han puesto a cumplir diferentes funciones a los a cumplir diferentes funciones a los sujetos encargados de ellas.³

Primer Periodo: Practicas Dispersas (1930-1951). En general se tiene la idea de que la Fisioterapia se inicia en Colombia a partir de la institucionalización para su enseñanza en 1952. Sin embargo, desde la primera mitad del siglo la práctica de la fisioterapia es llevada a cabo por diferentes sujetos, no fisioterapeutas, que los hemos clasificado así: masajistas-sobanderos y enfermeras-entrenadores-voluntarias.

³ Historia de la fisioterapia, Wikipedia, Enciclopedia virtual, corte a 2010.

En este contexto, encontramos a los sobanderos, personajes casi indispensables en cualquier comunidad colombiana de mitad del siglo, quienes basados en el saber popular heredado por tradición, arreglan las alteraciones de huesos, músculos y articulaciones, y en su intervención aplican calor, masaje, pomadas y ungüentos con una forma particular de enfrentar cada caso. La consulta al sobandero no se circunscribe a las comunidades rurales o de bajos recursos, sino que es generalizada en todas las esferas sociales.

Segundo Periodo: Proceso de Institucionalización (1952-1977). Durante este periodo el país recibe la clara influencia de las potencias del norte, la transferencia de ciencias y tecnología concuerda con las estrategias de desarrollo global que tienen como fundamento la planificación. Es en este contexto que surge la primera Escuela de Fisioterapia, basada en los programas de las escuelas de Rochester y Chicago de los Estados Unidos, y aparentemente, como respuesta a la necesidad de contar con recurso humano técnico para el manejo de las secuelas dejadas por las epidemias de polio. La naciente profesión ofrece una excelente posibilidad de trabajo, específicamente, para la mujer, al representar en cierto modo una prolongación de las labores propias de la casa, que le exigen un alto grado de altruismo y entrega, enmarcando su quehacer en la ideología propia de la religiosidad católica.

Tercer Período: Proceso de Consolidación (1978-1994). Este periodo se caracteriza por la crisis de paradigmas científicos, políticos y de desarrollo social a nivel mundial, que conlleva a la búsqueda y formulación de nuevas estrategias que permitan alcanzar la calidad de vida y bienestar de los pueblos. Es así como al proceso salud-enfermedad ya no se le reconoce como el fenómeno individual desde la perspectiva clínico-etio-patológica, sino como un fenómeno social de

multicausalidad que demanda atención intersectorial y compromiso de la población en general.⁴

Estos cambios han generado una crisis, tanto en los procesos de educación del fisioterapeuta, como en las expectativas profesionales de los egresados, ya que ninguno de los dos responde a las exigencias del medio ni a las necesidades del país; igualmente han motivado un movimiento de reflexión acerca de la identidad y proyección profesional frente a las nuevas políticas de salud, educación y desarrollo a nivel nacional, buscando abrir un debate en torno al objeto de estudio, el perfil profesional y la misión de la profesión.

4.1.2. ANTECEDENTES CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

El control de calidad en las empresas se inició en el mundo industrial hace más de un siglo. En sus primeras etapas se destaca Wilfredo Pareto quien inició los conceptos de eficacia, eficiencia y efectividad y definió diversas herramientas metodológicas como la regla 20/80 en la distribución de una población, que posteriormente en 1951 Joseph M. Juran incorporó como herramienta a la gestión de calidad en las empresas, llamándola Principio de Pareto. Este principio indica que en cualquier población o empresa en donde intervienen muchos elementos, el 20% de estos originan el 80% de los resultados totales. Esto, aplicado a una empresa, dice que el 20% de sus trabajadores son responsables del 80% de su producto final y que el 20% de todos sus clientes adquieren el 80% de sus productos en el mercado. Estos serían los trabajadores esenciales y los clientes esenciales para la empresa.⁵

⁴ Ibidem

⁵ ANDREO MARTÍNEZ, José Antonio. Gestión de Calidad en Medicina Interna. Desde Pareto al EFQM. España 2011

De igual forma, el 20% de los errores cometidos son responsables del 80% de los malos resultados obtenidos, por lo que resulta fundamental identificar dichos errores. Este principio, que también se aplica a otros campos (por ejemplo: el 80% de los recuerdos proviene del 20% de las experiencias, el 20% de las canciones suena un 80% de las veces, etc.), ha sido asumido como fundamental para gestionar la mejora de la calidad y pone en evidencia la importancia de identificar siempre la parte esencial del todo, centrando nuestra atención en ella, para potenciarla en los aspectos positivos y mejorarla en el caso de los problemas detectados.

El estudio y evaluación de la calidad asistencial en los servicios de salud, a semejanza de lo que se hacía en la empresa, se inició propiamente a mediados del siglo pasado, con Avedis Donabedian (1919-2000). Este médico especialista en Salud Pública definió por primera vez el llamado Proceso Asistencial, como un continuo, que dividió en: Estructura, Proceso y Resultado, y expuso los métodos para su evaluación en su trabajo “Evaluación de la calidad de la atención médica”, publicado en 1966. En los años siguientes se desarrollaron diversas herramientas metodológicas de gestión de la calidad en servicios de salud. Entre ellas están el sistema americano de acreditación de hospitales de la Joint Commission, el sistema europeo de certificación de calidad con las Normas ISO (9001, 9002 y 9003) y otras en el entorno español, como el Modelo de Acreditación y Mejora Continua de Andalucía y el programa EMCA (Evaluación y Mejora de la Calidad Asistencial) de la región de Murcia, que basa la gestión de calidad en los tres (3) pilares: Ciclos de Mejora, Monitorización y Diseño de Calidad. Todas ellas dieron lugar a la definición de múltiples programas y planes de calidad en las instituciones y servicios sanitarios. Una vez definido lo anterior, se acuñó el término de “Calidad Total”, el cual alude a la calidad de todos y cada uno de los

elementos de la empresa y, como consecuencia, se diseñaron cuadros de mando con gran cantidad de indicadores a medir y estándares a cumplir.⁶

En esta misma línea, aparece a finales del siglo pasado el llamado Modelo de Excelencia de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM: European Foundation for Quality Management) que actualmente es seguido por la gran mayoría de empresas e instituciones de la Comunidad Europea. Esta metodología, concebida en principio para la mejora de la calidad, en realidad constituye una herramienta útil para la gestión de toda la empresa.⁷

El Decreto 1011 de 2006 con sus reglamentarios 1043 del sistema único de habilitación Hoy 2003 de 2014; 1445 del sistema único de acreditación y el 1446 del sistema único de información en salud; que consolida los indicadores trazadores hoy con un gran desarrollo de medición en el observatorio de la calidad en salud del ministerio de protección social en términos de accesibilidad/oportunidad; gestión del riesgo; Calidad técnica y satisfacción lealtad, que son productos de la calidad del servicios como resultado último de los estándares de habilitación y acreditación, expresados su calidad observada versus la deseada en los Planes de Auditoria para la Calidad en salud – PAMEC, los cuales ya son actividades rutinaria del sistema y la prestación del servicio.⁸

4.2. MARCO INVESTIGATIVO

Al realizar la búsqueda de investigaciones, trabajos de grado o artículos sobre el tema, se encontraron los siguientes:

⁶ Avedis Donabedian, Control de la Calidad en APS, evaluación de los Servicios de Salud OMS/OPS 1996.

⁷ ANDREO MARTÍNEZ, José Antonio. Gestión de Calidad en Medicina Interna. Desde Pareto al EFQM. España 2011

⁸ Sistema Obligatorio de garantía de la Calidad de Salud – SOGCS Ministerio de Salud Colombia Decreto 1011 de 2006.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE FISIOTERAPIA, FONOAUDIOLOGÍA, TERAPIA RESPIRATORIA Y NUTRICIÓN EN LAS INSTITUCIONES DE I, II Y III NIVEL DE COMPLEJIDAD EN LA ZONA CENTRO DEL DEPARTAMENTO DE CALDAS MANIZALES 1999-2000.

INVESTIGADORES:

LUISA MATILDE SALAMANCA DUQUE. Fisioterapeuta. Especialista en Gerencia para profesionales en Salud. Docente Facultad de Fisioterapia. Universidad Autónoma de Manizales.

CLAUDIA LILIANA GARCIA. Fisioterapeuta. Magíster en Gerencia en Salud. Especialista en Auditoria en Salud. Docente Carrera de Terapia Respiratoria. Universidad Católica de Manizales. ENTIDAD EJECUTORA: Universidad Católica de Manizales.

ENTIDADES PARTICIPANTES Y/O COFINANCIADORAS:

Universidad Autónoma de Manizales. Dirección Seccional de Salud de Caldas. El proyecto fue cofinanciado por COLCIENCIAS mediante contrato 487/97 suscrito entre COLCIENCIAS y la Universidad de Caldas, Programa de Investigación en Salud Pública y Sistemas de Salud.

RESUMEN:

La Seguridad social en salud lleva implícita y explícitamente el requerimiento de la calidad de la atención. En este sentido, y respondiendo a las necesidades de las Instituciones de salud de la red pública del Departamento de Caldas, y de Colombia en general, de desarrollar acciones tendientes a obtener resultados de evaluación de la calidad del servicio, se realizó un estudio a los servicios de Fisioterapia, Nutrición, Fonoaudiología y Terapia respiratoria en seis

instituciones del I, II y III nivel de complejidad de la zona centro del del departamento de Caldas. Para este estudio se aplicó el modelo DOPRI (Contexto, Demanda, Oferta, Procesos, Resultados e Impacto) desarrollado por Galán Morera y colaboradores, haciendo una adaptación con indicadores de evaluación específicos para cada uno de los servicios considerados en la investigación y de acuerdo a los requerimientos específicos para los tres niveles de complejidad. La Evaluación se realizó, buscando responder a la pregunta:

¿CUAL ES LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE ESTOS SERVICIOS DE SALUD POCO EVALUADOS EN LAS INSTITUCIONES DE LA RED PÚBLICA PARA CADA NIVEL DE COMPLEJIDAD EN LA ZONA CENTRO DEL DEPARTAMENTO DE CALDAS?

Los resultados obtenidos se presentan desde la situación encontrada en los Hospitales, y desde el modelo utilizado para la Evaluación, se logró obtener información y valores de medición sobre ello, y además la confrontación y el enriquecimiento de una metodología que puede continuar siendo implementada no solo en los Hospitales evaluados, sino además en los demás del departamento e incluso del país como parte de las estrategias de mejoramiento continuo de las Organizaciones sanitarias, además de conocer un proceso que continuará siendo desarrollado en una segunda fase de estudio.

METODOLOGIA TIPO DE ESTUDIO: Se realizó un estudio descriptivo exploratorio de la situación de la calidad de la atención en los servicios de apoyo terapéutico: Nutrición y Dietética, Fonoaudiología, Terapia Respiratoria y Fisioterapia. **POBLACION Y MUESTRA:** Para la definición de la muestra se decidió tomar la Zona centro del Departamento de Caldas conformada por los municipios de Palestina (1 Hospital de I Nivel), Villamaría (1 Hospital de I Nivel),

Neira (1 Hospital de II Nivel), Chinchiná (1 Hospital de II Nivel) y Manizales (3 Hospitales, 2 de III Nivel y 1 de II Nivel).

RECOLECCIÓN DE DATOS Y ANALISIS DE INFORMACIÓN: Se utilizó el modelo DOPRI de evaluación Institucional propuesto por Galán Morera, adaptado a los servicios objeto de evaluación; y la matriz DOFA, siguiendo el siguiente proceso lógico:

Paso 1 - Evaluación del Contexto, la Demanda, la Oferta, los Procesos, los resultados y la Satisfacción.

Paso 2 - Aplicación de la matriz DOFA a partir de la información obtenida de la evaluación anterior.

Paso 3 - Establecimiento de conclusiones generales.

Paso 4 - Definición de Estrategias de mejoramiento a partir de los resultados de la matriz DOFA y las conclusiones anteriores.

Paso 5 - Diseño de lineamientos generales para un plan de mejoramiento.

Paso 1 - CATEGORIAS Y VARIABLES:

Las categorías que se utilizaron para evaluar la calidad de la atención en el estudio son Contexto, Demanda, Oferta, Procesos, Resultados y Satisfacción. Cada indicador tiene las variables respectivas, a partir de las cuales se obtuvieron los resultados de la evaluación para cada categoría. Las variables utilizadas en el estudio son de tipo cualitativo, llevadas a una escala de medición cuantitativa de 0 a 4 dependiendo de los criterios establecidos para su valoración, en los que 0 equivale a ausencia, 1 equivale a precario, 2 a Insuficiente, 3 a bueno y 4 a óptimo. Para evaluar estas 6 variables se utilizaron 6 plantillas de recolección y valoración (Cuantitativa) de los datos, que luego se integraron en una séptima plantilla, para explicar la evaluación de la calidad de la atención en términos de sus factores determinantes. Bajo lineamientos generales, a partir de las variables establecidas, se elaboró para cada una de las profesiones evaluadas sus propios instructivos de diligenciamiento a fin reunir

en ella los factores determinantes de cada indicador, de acuerdo a la realidad de su quehacer. De este modo, se tienen en cuenta las particularidades de cada servicio de apoyo terapéutico en la prestación de los servicios y con la diferenciación requerida para cada nivel de complejidad. Además, es importante resaltar que se evaluaron específicamente las actividades de tipo asistencial, sin considerar acciones de Promoción y Prevención.

- se concluye que los servicios de salud de apoyo terapéutico siguen siendo “lujos” que se dan algunas instituciones, más que prioridades en la atención en salud con calidad. Así, no son relevantes a la hora de tomar decisiones organizacionales de mejoramiento, son “agregados” en el servicio que pueden contribuir en un momento dado para la facturación de servicios pero no con el convencimiento de su vital importancia para garantizar impacto positivo en el estado de salud.

- Los convenios docente asistenciales cobran cada vez mayor importancia para las instituciones de salud, dado que se han convertido en una alternativa económica para ofrecer los servicios de salud de apoyo terapéutico. Es a través de ellos que los hospitales, principalmente en el 1º nivel de complejidad, pueden ofrecerlos a la comunidad. Esto tiene dos connotaciones bastantes delicadas, y son el compromiso frente a la calidad y la ética, pues si bien no se debe partir del supuesto de la baja competencia de los estudiantes, si es posible concluir que en salud, la responsabilidad frente a las decisiones terapéuticas en el manejo de un paciente pueden causar mayores perjuicios que en cualquier otra área.

- Aun siguen siendo insuficientes las mediciones que se realizan alrededor de la evaluación de la calidad de la atención en los servicios de salud. Se proponen diferentes enfoques y herramientas para alcanzar los objetivos, pero subsisten limitantes alrededor de su validez, innovación, costo, oportunidad, factibilidad y valores éticos que aun no hacen posible hablar del modelo “ideal”

que garantice la obtención objetiva de los resultados y aporte todos los elementos para su fácil implementación y adopción por parte de las Instituciones de salud.

- La calidad de la atención en los servicios de salud evaluados, en general es Insatisfactoria, a excepción del servicio de Fisioterapia en el que la presencia de los profesionales del área vinculados a las instituciones, de alguna forma han permitido que el servicio funcione y desarrolle sus actividades.

-Los dos Hospitales del primer nivel de complejidad incluidos en el estudio, mostraron las calificaciones más bajas en los cuatro servicios evaluados, pues solo en uno de ellos fue posible encontrar un profesional de dichas disciplinas vinculados con la institución, las pocas actividades desarrolladas alrededor de los demás servicios eran cubiertos en diferentes momentos, sin continuidad, por practicantes.

-No debe perderse de vista que cualquier actividad de evaluación es solo el primer paso de una sucesión de actividades, que deben trascender a la simple descripción de una situación para llegar a avanzar en las formas de intervención más efectivas y eficaces para responder a una problemática específica, sin perder de vista que lo fundamental es emprender acciones que permitan encontrar y así corregir la(s) causa(s) raíz, sin quedarse en la “sobrediagnosticarían” que se da en la prestación de los servicios en salud.

- Al encontrar una situación tan crítica como la de estos servicios, es importante pensar hasta qué punto las escuelas de formación del talento humano han pensado en el perfil profesional y no solo laboral de los profesionales que se están formando. Es común encontrar con cierto grado de “resignación” la aceptación de esta situación por parte de los mismos profesionales responsables del servicio, que hacen pensar y dudar de la fuerza que como profesión y como gremios han alcanzado o han perdido, llevándolos a ser disciplinas relegadas en el sector y desplazadas por otras, que con características similares han ganado espacio y posicionamiento en las instituciones.

- Para cumplir con los objetivos de cada uno de los servicios de apoyo terapéutico, se requiere que las instituciones permitan y faciliten su desarrollo y que quienes los lideran hagan ver la importancia del crecimiento en todas sus áreas, estén atentos a las oportunidades, se informen de los cambios externos e impulsen la transformación interna; además se debe trazar la filosofía de trabajo, los objetivos y las políticas que vayan respondiendo a las necesidades de cambio, y determinar las funciones y procedimientos que deberán realizarse para lograrlo.

4.3. MARCO CONCEPTUAL DE LA CALIDAD DEL SERVICIO

ATENCIÓN DE SALUD. Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.⁹

CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD. Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios¹⁰.

Otras definiciones de Calidad de la Atención en Salud encontradas:

“La Calidad de la Atención en salud se entiende como el desempeño apropiado (acorde con las normas) de las intervenciones que se saben son seguras, que la

⁹ Decreto 1011 de Abril 3 de 2006 Por el Cual se establece el Sistema de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social

¹⁰ Decreto 1110 de Abril 3 de 2006, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad de la Atención en Salud del sistema general de Seguridad Social.

sociedad en cuestión puede costear y que tiene la capacidad de producir un impacto, sobre la mortalidad, la morbilidad, la incapacidad y la desnutrición.”¹¹

“Proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar, después de haber considerado el balance de las ganancias y pérdidas esperadas, que acompañan el proceso de atención en todas sus partes. Esta calidad recoge el pensamiento técnico de quienes la aplican (médicos, enfermeras, administradores) con su cosmovisión y formación académica” (Dr. Avenís Donabedian-1984) siendo este último autor la referencia obligada al respecto por ser quien más ha investigado y escrito sobre el tema.¹²

4.3.1. Dimensiones de la Calidad

En el concepto de calidad de la atención en salud según Donabedian (1989), podemos diferenciar tres dimensiones principales, es decir de compartimentos de análisis que permitan comprender la multiplicidad de factores de los cuales forma parte la calidad de la atención en salud

Las tres dimensiones desde donde podemos observar la calidad son las siguientes:

4.3.2. Dimensión técnico Científica

La dimensión técnico científica, que se refiere a la práctica de los mejores estándares técnico científicos verificados en la atención en salud, se ha tratado desde los mismos comienzos de la medicina, siempre en búsqueda de las mejores acciones y procedimientos seguros y comprobados a realizar sobre el paciente en la balanza calidad – ética, riesgo – beneficio.

¹¹ M.I Roemer y C. Montoya Aguilar, OMS - 1988

¹² Dueñas Araque Oscar Alonso, Dimensiones de La Calidad en los Servicios de Salud

Sobre este aspecto se ha cimentado las diferentes acciones en búsqueda de la calidad en salud que inicialmente se hizo de manera empírica con la experiencia personal de cada quien y que transmitía a sus discípulos y que después se empezó a evaluar de manera objetiva con mecanismos como control de infecciones, control de complicaciones, control de mortalidad, juntas medicas, etc., tomando acciones como protocolizar procedimientos, establecer guías de manejo, etc. actividades que han tenido un gran respaldo en los últimos tiempos con la estadística y la epidemiología, que dieron origen a una de las herramientas principales de la búsqueda de la calidad en la atención en salud, como es la medicina basada en la evidencia en donde la evidencia científica determina las practicas más efectivas y seguras para los usuarios.

En esta dimensión técnico científica de la calidad, el usuario tiene poca capacidad y posibilidad de evaluar y calificar, por lo cual presupone que la institución como mínimo garantiza estos aspectos y son las entidades de control y las agremiaciones científicas las llamadas a verificar que los profesionales y las instituciones de salud cumplan con parámetros mínimos que garanticen a la sociedad servicios seguros y con un mínimo de estándares.

4.3.1.2 Dimensión Administrativa

La dimensión administrativa, está referida al bucle prestadores – Usuarios que hacen alusión a las facilidades que la institución dispone para la mejor prestación de los servicios y que generan valor agregado para el usuario a costos razonables y sostenibles. Solo hasta los últimos años se ha venido a tratar este aspecto, que con las diferentes reformas en el sector salud y la entrada del sector en el mundo empresarial del libre mercado y la libre competencia, se empezó a evaluar este tema. Inicialmente se pasó por una etapa en la cual la demanda era mayor que la oferta por lo tanto se le daba muy poca importancia a este aspecto y adicionalmente se cargaba el sobre costo de la atención al usuario, las

ineficiencias de las entidades y tenía poca importancia el concepto que el usuario tenía del servicio (dictadura de las instituciones), situación que fue cambiando con el aumento en la oferta y la globalización, llegando en muchos casos a una situación opuesta en donde es mayor la oferta que la demanda quedando como única opción para las organizaciones afrontar el reto de competir ofertando servicios de mayor calidad a menor precio.

En esta dimensión el usuario tiene mayor capacidad de evaluar la calidad, situación que ha generado que las organizaciones prestadoras de servicios de salud hayan trabajado más sobre los procesos de prestación de servicios buscando hacerlos más eficientes y eficaces, impulsado los cambios más sobresalientes en los últimos años.¹³

4.1.1.3 Dimensión Humana

Esta dimensión o aspecto de la calidad de la atención en salud a pesar de ser la más importante, prioritaria y fundamental ha sido por completo olvidada y relegada a un bajo nivel en esta ola de las teorías y gestión de la calidad de los servicios de salud.

Esta dimensión es un aspecto fundamental, ya que la razón de ser de los servicios de salud es brindarle atención y garantizar la salud de un ser humano.

La OMS define salud como un estado de completo bienestar físico, psíquico y social que implica un normal funcionamiento orgánico y una adaptación biológica del individuo a su ambiente, lo que le permite su desarrollo integral es por ello que los servicios de salud deben ser enfocados a los pacientes. Hoy en día en la Era GRIN (Genómica, Robótica; Infonomía y Nanotecnología) la Salud según el grupo de Investigaciones Canadiense del Dr. Alejandro Jadad se contextualiza el

¹³ *Ibidem*

concepto de Salud como “La habilidad que tienen las personas para adaptarse a las condiciones biopsicosociales que les depara la vida”¹⁴

El sistema de atención en salud debe hacer honor al paciente como individuo, respetando sus decisiones, cultura, contexto social y familiar y su estructura de preferencias y necesidades específicas, teniendo como pilares fundamentales en la atención la individualidad, la información (definida como la posibilidad de conocer el qué, entender el porqué y comprender el para qué), respeto por la intimidad del paciente, sus valores culturales, etnia, valores sociales que hacen a cada paciente un ser único y variable que se comportará diferente de acuerdo a las condiciones fisiológicas, emocionales y del entorno concomitantes con su proceso salud enfermedad, lo cual lo llevan a tener necesidades¹⁵.

4.3.3. Percepciones sobre el concepto de la calidad

Percepción de relación de deberes y derechos, mediados por el Estado. En esta forma de percibir la calidad, se nos ofrece una alta gama de posibilidades de análisis, así, el Estado surge como garante de unas condiciones de calidad mínimas que le son de suyo, razón de ser. Los ciudadanos por su parte aparecen como sujetos de ese derecho, para lo cual necesariamente, tendrán que asumir responsabilidades y cumplir con ciertos deberes. En tal sentido la calidad será una función del uso de recursos aplicado al cumplimiento de las normas fijadas.

Percepción de la cultura de los pueblos hay pueblos proclives a la calidad o en lo que se facilita el desarrollo de la calidad, porque desde su cultura han elaborado principios, valores y parámetros de comportamiento, que contribuyen a que las características de la calidad se den en el trabajo y que por tanto agregan valor.

¹⁴ Alejandro Jadad, Conferencia Congreso Nacional de la Salud, Consultorsalud, Octubre 14 y 15 de 2014. Bogotá D.C.

¹⁵ Dueñas Araque Oscar Alonso, *Dimensiones de La Calidad en los Servicios de Salud*

Algunos de estos elementos que se mencionan con frecuencia, incluyen la disciplina, el compromiso, el trabajo en equipo y la capacidad de comunicación. Percepción filosófica, como una forma de comprender el mundo, la vida y las relaciones con los otros. Detrás de esta percepción está la posibilidad de encontrar en la calidad un instrumento que permita crecer, relacionarse, superar los obstáculos diarios de la vida con un optimismo y un compromiso diferente, que es con sí mismo más que con los demás y que tiene tras de sí implicaciones de trascendencia y autorrealización.

Percepción de Satisfacción de las necesidades de los clientes. La percepción del cliente como sujeto activo que decide. Desde este punto de vista, la visión del nuevo paradigma: “el cliente tiene la razón”, pone de presente en la prestación de servicios de salud, un reto, el de la asimetría de información. La perspectiva de cliente cobra un significado cada vez mayor y obliga a los oferentes de servicio a buscar alternativas para satisfacer razonablemente dichas necesidades en un marco de recursos restringidos.

Percepción subjetiva: Es la construcción de un juicio de valor, en este sentido la calidad es definida como la suma de juicios de valor positivos hechos sobre un producto o servicio. La importancia de la apreciación subjetiva de la calidad es innegable y pone de presente las dificultades para hacer tangibles características que pueden ser valoradas de manera distinta por diferentes sujetos de acuerdo con su nivel cultural, su raza, su situación socioeconómica etc.

Percepción objetiva, se plantea la calidad como la resultante de la definición operacional de estándares, medidas, patrones y proporciones, que permitan identificar con claridad, que características medibles distinguen la calidad de determinado bien y servicio, de tal forma que hagamos repetibles dichas características.

Percepción de costo efectividad, la calidad se plantea como una mezcla de eficiencia, eficacia y efectividad. La calidad depende desde luego de los recursos disponibles y de la mejor aplicación práctica de los mismos. A la vez los recursos deberían ser utilizados en aquellas actividades que reporten mayores beneficios en términos de salud para la población.

4.3.4. Atributos de la calidad

La definición de atributo de calidad se enmarca en el concepto de característica deseable de un bien o servicio. Esta definición operacional pretende hacer tangibles los elementos de los cuales, se compone la calidad, de tal forma que de su conocimiento surjan las posibles soluciones a los problemas detectados en cada atributo específico y de su visión global un mejoramiento continuo de la calidad.

Para cumplir con los requisitos mínimos de habilitación se han priorizado cinco atributos como accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad que a continuación definimos.¹⁶

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

Seguridad: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

¹⁶ *Decreto 1110 de Abril 3 de 2006 por el cual se establece el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social*

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

Continuidad Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.¹⁷

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

4.3.5. Evaluación de la Calidad

4.3.4.1 Contexto de la Evaluación de la Calidad

Se relaciona con el desarrollo de técnicas y herramientas para medir el grado de calidad alcanzado en comparación con lo deseado (ideal, posible, básico, óptimo).

Para elegir las técnicas más adecuadas se debe tener en cuenta:

a) la calidad de la atención es un concepto complejo, con múltiples atributos, procesal y temporal, por lo tanto cada vez se debe definir no sólo el sujeto de evaluación sino también qué componente, aspecto, actividad o acción queremos conocer en el aquí y ahora.

b) Se debe poner en ejecución más de una actividad evaluativa para aproximarse al conocimiento de la materia de estudio. Usar criterios de complementariedad o de triangulación (Pedersen, 1992).¹⁸

¹⁷ Decreto 1110 de Abril 3 de 2006, por el cual se establece el sistema general de la garantía de la calidad de la atención en salud.

Es un proceso sistemático y científico para determinar la medida en que una acción o un conjunto de acciones, tuvo éxito en el logro de unos objetivos predeterminados” OMS

Es la medición, comparación y análisis de las dimensiones y atributos de la calidad de la atención que se presta y de sus resultados, con el fin de establecer acciones correctivas y mejoras continuas

4.3.4.2 Objetivos Específicos de la Evaluación de la Calidad

Promover el aseguramiento de la calidad y la obtención de mínimos crecientes de calidad.

Evaluar el impacto de programas.

Impulsar los procesos de mejoramiento continuo de calidad.

Proteger a los usuarios de los servicios y estimular prácticas seguras

Contribuir al desarrollo de la práctica de los profesionales de la salud.

Realizar ejercicios de comparación tanto interna como externa

4.3.4.3 Estrategias para la evaluación:

La dirección de las estrategias está vinculada con el marco conceptual o ideológico en el cual se inscriben. Por ello vale la pena detenerse a considerar los modelos que se pueden adoptar, según los cambios que se han producido a lo largo del camino recorrido desde los comienzos de la auditoria médica hasta la actualidad.

¹⁸ *Fernández Bossio Nélica, Programa de educación a distancia; fascículo N° 1 “Nuevas formas de Organización y Financiación de la Salud*

Estas etapas están sintetizadas en el siguiente Cuadro No.1, donde se resumen los aspectos sobresalientes de esta temática, desde la década del 50. Por supuesto que los trabajos de los precursores son anteriores, pero las maneras de actuar orgánicamente corresponden al período señalado.¹⁹

Cuadro N° 1 MARCOS CONCEPTUALES O IDEOLÓGICOS DESDE LA DÉCADA DEL '50 HASTA LA ACTUALIDAD

<i>ETAPAS</i>	<i>ESTRATEGIAS</i>	<i>HERRAMIENTAS</i>
<i>Auditoria Medica</i>	<i>Buscar errores</i>	<i>Contable</i>
	<i>Limitar el gasto</i>	<i>Estadística</i>
<i>Control de Calidad</i>	<i>Diagnosticar desvíos</i>	<i>Epidemiología</i>
		<i>Método Clínico</i>
<i>Garantía de Calidad</i>	<i>Solucionar problemas</i>	<i>Diseño de Sistema</i>
	<i>evitables</i>	<i>" evaluar-mejorar"</i>
<i>Mejoramiento continuo de la Calidad</i>	<i>Oportunidad de cambio</i>	<i>Desarrollo de la "cultura por la calidad</i>

Fuente: Minsalud- Observatorio de la Calidad 2013

Los aspectos señalados en el cuadro no significan que se puedan demostrar límites precisos entre cada etapa ni que sean excluyentes. Tan sólo trata de mostrar cómo el marco teórico sobre el tema ha sufrido una evolución conceptual que amplió su horizonte incorporando, primero, herramientas para evaluar (errores, desvíos) y luego enfatizando las estrategias de cambios para mejorar

¹⁹ *Fernández Bossio Nélica, Programa de educación a distancia, fascículo N° 1 "Nuevas formas de Organización y Financiación de la Salud*

Esta actitud tuvo por finalidad evitar la confrontación y la resistencia a las evaluaciones. Se aclaraba que la auditoría interna era educativa mientras que la externa podía tener consecuencias (de hecho las tenía) por las penalidades económicas. De ahí que se haya pasado de un esquema restringido a uno amplio donde se involucra a toda la institución. Las ideas centrales son:

Necesidad del diseño de un sistema permanente de evaluación- mejoramiento que utilice múltiples técnicas.

Importa menos encontrar errores, que conlleven actitudes punitivas, que considerar los problemas como oportunidades para perfeccionar los desempeños institucionales o individuales.

La calidad es un horizonte móvil de mejoramiento permanente porque, como en la vida misma, la perfección es una utopía que nunca se alcanza.

Necesidad de un compromiso general o "cultura de la calidad" que impregne a toda la institución.

4.3.4.4 Propiedades o elementos claves para la evaluación de la calidad

Tanto Donabedian A. como Vuori H. identificaron una serie de propiedades o elementos que constituyen las claves para evaluar el grado de calidad alcanzada en un servicio o sistema bajo control. En el listado siguiente se han unificado ambas propuestas:²⁰

Aceptabilidad/legitimidad Conformidad con las expectativas de pacientes y familiares. La legitimidad es la aceptación comunitaria.

Accesibilidad Todo tipo de acceso para obtener los servicios

²⁰ *Fernández Bossio Nélica, Programa de educación a distancia, fascículo N° 1 "Nuevas formas de Organización y Financiación de La Salud*

Adecuación de los servicios Dimensión cuantitativa que relaciona recursos con las necesidades reales o potenciales de la población.

Calidad técnico/científica Incorporación de los conocimientos y de la tecnología para lograr los mejores niveles posibles.

Efectividad Conseguir mejoras en la salud, mejorando el impacto de la morbimortalidad sobre un grupo poblacional definido

Eficacia Medida en que son alcanzados los resultados deseados en casos individuales

Eficiencia/optimidad Habilidad de bajar los costos sin disminuir las mejoras. Relación favorable entre los resultados logrados y los recursos monetarios utilizados

Equidad Distribución de los recursos en función de las necesidades de los grupos poblacionales

4.3.4.5. Actores que intervienen en la evaluación de la calidad

Los actores que intervienen en la evaluación de la calidad son: Los beneficiarios o pacientes, los trabajadores de la salud, los administradores de los servicios y los dirigentes o dueños de los servicios, cada uno de estos grupos tienen distintos intereses o expectativas con respecto a la calidad de los servicios. Cada uno enfatiza, en distinto grado, los elementos comentados precedentemente. A veces los intereses son convergentes pero en otras ocasiones entran en conflicto o competencia, a continuación relacionamos los diferentes aspectos en los cuales cada uno de los grupos enfatiza en cuanto a la evaluación de la calidad²¹

Ω Los pacientes o beneficiarios: les interesa la resolución eficaz de los problemas que los afectan, al menor precio posible y con la mayor satisfacción.

²¹ *Ibidem*

Ω Los trabajadores de salud: La calidad está centrada en el cumplimiento de las normas del proceso, consideradas por los pares como las más adecuadas o eficaces. A veces esta postura difiere con las expectativas de los pacientes, principalmente con respecto al uso de procedimientos invasivos y costosos

Los gerentes o coordinadores de los servicios: Fijan la importancia de la calidad en la relación entre costos y producción. De esta forma la eficacia es la propiedad de su mayor interés y, por ese motivo, entran en conflicto con los profesionales que están más preocupados en la utilización y disponibilidad de las tecnologías más avanzadas en forma independiente de su costo. (Chorny, 1997).

Los dirigentes o dueños de los servicios: Les interesa obtener el precio más alto del mercado para maximizar la diferencia entre lo gastado y lo ofrecido, a una calidad constante.

Uno de los aciertos de la estrategia de Calidad Total es considerar que la calidad debe satisfacer a distintos actores que se agrupan en dos categorías: a) clientes externos y b) clientes internos. Los primeros incluyen tanto a los beneficiarios como a los proveedores de servicios que también se consideran actores de la calidad. En el segundo grupo de clientes internos se tienen en cuenta las otras categorías de Vuori (trabajadores de salud, administradores y dirigentes o dueños de los servicios) pero como interdependientes.

4.3.6. Modelos de Monitoreo

Existen por lo menos tres grandes orientaciones posibles para monitorear la calidad. Todas son beneficiosas, se complementan, se relacionan, pero es preciso distinguirlas para resolver lo que se considere prioritario, de interés institucional y

factible de llevar a cabo. Los modelos que desarrollaremos están vinculados con las estrategias comentadas en los párrafos precedentes.²²

4.3.5.1 Modelo de Auditoria Técnico-Administrativa

Es un Área de Auditoria Médica o de Mejoramiento de la Calidad centrada en el control eficiente de las prestaciones, de la utilización adecuada de los servicios, del rendimiento de los recursos. En este modelo, la organización y desempeño están más cerca de la auditoría contable, su predecesora. De allí se obtuvo el modelo aplicado al campo de la atención médica²³

4.3.5.2 Modelo de Auditoria Industrial

Es el de difusión más reciente. Su origen proviene de las empresas preocupadas por la productividad y calidad de sus productos en un mundo competitivo y de rápidas innovaciones tecnológicas. La estrategia es la búsqueda de la calidad a través de la cercanía con los deseos del cliente, la aplicación del concepto de calidad total, el reconocimiento de la persona y la administración participativa.²⁴

4.3.5.3 Modelo de la atención a la salud

Así lo denomina Donabedian. Es el más cercano a la tradición y experiencia del quehacer profesional porque se utilizan técnicas y procedimientos que tienen su origen en el área de salud.

²² *Fernández Bossio Nélica, Programa de educación a distancia, fascículo N° 1 "Nuevas formas de Organización y Financiación de la Salud"*

²³ Modelo de Auditoria , Madrid España, García Díaz, 1976

²⁴ Ishikawa, 1986; Murakami, 1990 y Ruelas Baraja, 1990.

El método clínico y el epidemiológico serían las herramientas fundamentales para la evaluación, respetando la organización jerárquica de los establecimientos de salud (Donabedian, 1993). A diferencia del modelo industrial, en donde el diseño de la estructura se considera responsable de la calidad del servicio, en el modelo médico el acento se coloca en el desempeño de las unidades asistenciales de modo que los integrantes son los que hacen el gran aporte a la atención. Por ello, para mejorar la calidad no es prioritario el cambio de sistema sino de las conductas.

4.3.5.4 Técnicas de evaluación de la calidad

La trascendencia del sector o unidad de evaluación depende del buen diseño de las actividades. Una vez definida la orientación del modelo evaluativo, totalizador o con predominio de alguna de las corrientes descritas en el apartado anterior, el siguiente paso será la consideración del perfil de la operatoria.

Existen varias categorías de evaluación según las condiciones que se tome en cuenta: por su origen, por el momento de realización, por el enfoque conceptual, por la obtención de los datos, por la validez de los resultados, por la participación de las personas involucradas, por la base que sustenta los juicios, por la categoría de fenómenos a estudiar. A continuación comentaremos las que posibilitan un amplio abanico para actuar.²⁵

4.3.5.5 Por el origen de las evaluaciones:

Evaluaciones motivadas por problemas detectados o que preocupan a alguno de los niveles de conducción de la institución.

²⁵ *Ibidem*

Evaluaciones planificadas por el área de auditoría para buscar los problemas de calidad. (Monitoreo de la calidad propiamente dicha)

4.3.5.6 Por el momento de la realización

Evaluación previa al acto profesional (antes) ha sido muy utilizada en las auditorías técnico-administrativas, principalmente para justificar la implementación de autorizaciones previas para internaciones, prácticas costosas o poco conocidas

Evaluación concurrente (durante): La evaluación concurrente es aquella que se realiza en el curso de la atención ambulatoria o de la internación. Se pueden analizar tanto el proceso actual y previo como los resultados parciales o inmediatos de la atención.

Evaluación posterior o retrospectiva (después) se aplica para analizar procesos retroactivos o resultados inmediatos o más alejados de la atención

4.3.5.7 Por el Enfoque conceptual de las evaluaciones

Consiste en la clasificación de las evaluaciones en algunos de los abordajes clásicos de Donabedian (su llamada trilogía): Evaluación de la Estructura, Evaluación de Procesos, Evaluación de Resultados:

Evaluación de la Estructura: Son las características de los elementos físicos, tecnológicos, documentales y materiales con los que cuentan las organizaciones para prestar los servicios de salud y las personas que los prestan. Incluye las herramientas, equipos, suministros, edificios, instalaciones, administración, organización de la atención, recursos financieros entre otros.

Evaluación de procesos: La evaluación del proceso es la revisión de la aplicación correcta de la ciencia médica o de la “buena práctica”. El proceso debe entenderse desde antes del contacto inicial del usuario con el servicio hasta

después de la salida del mismo. El proceso representa todas las fases de la atención, debe considerar múltiples aspectos de adecuación, integridad y minuciosidad de las diferentes fases de la atención.

Evaluación de Resultados: Mide los efectos en el estado de salud de un paciente o una comunidad que pueden atribuirse a la atención recibida, los productos, suministros o tecnologías aplicadas, los procesos establecidos o las decisiones adoptadas.

4.3.5.8 Por el tipo de técnicas para la obtención de los datos

Evaluación con técnicas cuantitativas: La información se logra mediante el conteo caso por caso, hecho por hecho, de un evento, o situación de la atención médica (número de muertes, diagnósticos correctos, operaciones sin complicaciones).

Evaluación con técnicas cualitativas: La procedencia del dato en las cualitativas es la opinión, el parecer de los actores consultados individual o grupalmente, sobre la magnitud, calificación o ocurrencia de esos eventos o circunstancias. (Entrevistas, cuestionarios, grupos focales).²⁶

4.3.5.9 Por la validez de los resultados

Esta clasificación se refiere a los resultados de la evaluación hecha sobre cualquiera de los tres enfoques comentados. Tiene que ver con la exactitud de los datos, con la precisión con que se elaboran y, principalmente con las normas, criterios con los cuales se evalúa.

Los resultados son más válidos si se comparan con normas explícitas, conocidas y consensuadas. Si los evaluadores son imparciales. Si el mismo hecho es evaluado

²⁶ *Ibidem.*

por diferentes evaluadores y coinciden. Si la documentación es completa y veraz. Si es posible distinguir lo que es bueno de lo que es malo para los pacientes. De acuerdo con estas ideas las evaluaciones pueden ser:

- Ω Evaluación confiable
- Ω Evaluación no confiable.
- Ω Evaluación dudosa o discutible

4.3.5.10 Por la base que sustenta los juicios

Se trata aquí de diversificar las evaluaciones de acuerdo con los parámetros de medición que se empleen. No se alude a las cualidades de estos juicios (severos, estrictos, benévolos o laxos) sino a las categorías normativas en que se basan:

- Ω Evaluación a través de estándares, indicadores
- Ω Evaluación a través de normas, reglas de atención
- Ω Evaluación a través de criterios orientadores
- Ω Evaluación a través de opinión de consultados

Las dos últimas categorías se relacionan con juicios empíricos, experienciales, que tienen cierta flexibilidad y practicidad en la aplicación. Generalmente los parámetros son implícitos o de formulación solamente indicativa. Son útiles en evaluaciones fundadas en juicios de expertos o de informantes calificados y tienden a ser espontáneas y poco estructuradas.

Los estándares o indicadores, en cambio, son medidas cuantitativas que, lo mismo que las normas se pueden obtener por: consenso de expertos, o por estadísticas de la propia realidad, de otras similares o las consideradas óptimas. Las comparaciones ofrecen pocas alternativas de juzgamiento. Se cumplen o no se

cumplen las normas. De ahí que esta limitación debe ser tomada en cuenta en la formulación del estándar de modo que tenga ductilidad. Una forma de "ablandarlo" consiste en establecer ponderaciones de acuerdo con los riesgos que implique la falta de cumplimiento o definir normas mínimas, óptimas, obligatorias u opcionales.²⁷

4.3.5.11 Por la categoría de los fenómenos a estudiar Otra forma de clasificar las evaluaciones tomadas textualmente de los documentos de los conocedores es establecer:

Ω Episodios clínicos- quirúrgicos: La primera se refiere al estudio de episodios clínico–quirúrgicos abarcando toda la etapa de su atención.

Ω Eventos adversos se refiere a la evaluación de los eventos adversos que son resultados desfavorables de la atención como muertes, complicaciones u otros incidentes críticos inscriptos en la esfera socio-afectiva (quejas, insatisfacciones, opiniones adversas). Estos estudios están encaminados a develar la responsabilidad por acción u omisión de la institución sobre los hechos enunciados y, principalmente, si pudieron ser evitados

Ω Procedimientos diagnósticos y/o Terapéuticas selectivas: se vinculan con la justificación médica de procedimientos diagnósticos y terapéuticos seleccionados por condiciones tales como: costo, riesgo o utilidad. Responden a las preocupaciones actuales por los avances tecnológicos y a los cuestionamientos sobre la efectividad y eficacia clínica para los pacientes.²⁸

4.3.5.12 Componentes de la Evaluación de la Calidad

²⁷ *Ibidem*

²⁸ *Ibidem*

- Ω Componente Interpersonal: Evalúa los atributos de la calidad propios de la relación entre los trabajadores de la salud y los usuarios que atienden, en un contexto, cultural, social, económico, político y administrativo, entre otros factores.

- Ω Componente Técnico – Científico: Evalúa los atributos relacionados con la prestación directa del servicio, que dependen del personal asistencial, de su formación, racionalidad, técnico-científica, de los medios y estructura de que disponen, de las condiciones de los usuarios que atienden y de las condiciones en general propias de la atención.

- Ω Componente Administrativo: Evalúa el conjunto de elementos, estructuras y procesos propios de la organización, cuyo funcionamiento permite que la prestación de los servicios de salud se den en la forma más eficiente posible.

- Ω Componente Financiero: Evalúa la dimensión de relaciones entre los recursos económicos y la prestación de servicios que permiten el funcionamiento de la organización y la relación que existe entre los costos de los servicios de salud y los resultados que se generan, de tal forma que existan beneficios individuales y colectivos para la comunidad y para los accionistas

- Ω Componente Social: Evalúa el efecto de las acciones de la empresa sobre la sociedad, su contribución al mejoramiento de la calidad de vida, del resguardo del medio ambiente y en general de condiciones de bienestar para todos.

4.4. MARCO INSTITUCIONAL DE LA IPS.

En el año 2004, un equipo de profesionales de la salud y asesores legales en salud, bajo la dirección y coordinación del Doctor Joaquín Piñeros Castillo, realizaron un análisis basado en las normas y evidencias sobre la problemática de la atención a las personas infectadas con el VIH/ SIDA y concluyeron que existían necesidades críticas para satisfacer los requerimientos de estos pacientes a nivel nacional. Con el objetivo de suplir dichas necesidades y brindarles una atención integral que propicie una mejor calidad de vida a las personas infectadas con la enfermedad así como a sus familiares, nació MEDICINA INTEGRAL I.P.S. S.A. Desde entonces hemos implementado un Programa especial de atención integral dirigido no solos a los adultos asintomáticos y sintomáticos, sino también a los niños y madres gestantes, llegando a los familiares y allegados del paciente para minimizar el impacto del diagnóstico y promover el goce de una vida sana y responsable.

Nuestros usuarios nos reconocen por la calidad de los servicios prestados, la competencia de nuestro recurso humano y el empleo de equipos y tecnología de punta para el desarrollo de los procesos. MEDICINA INTEGRAL se ha posicionado a nivel nacional como una IPS con altos estándares de excelencia, lo cual nos ha permitido crecer y ampliar nuestro portafolio de servicios.

MEDICINA INTEGRAL I.P.S. se proyecta como una Institución Prestadora de Servicios de Salud que atiende las necesidades del mercado y propone soluciones integrales encaminadas a mejorar la calidad de vida de la comunidad, esto nos ha llevado a la diversificación de nuestros servicios y en la actualidad ofrecemos programas para la atención integral de:

Enfermedad Renal Crónica, a través del Programa “MEDIRENAL”.

Autismo, Síndrome de Down, Espina Bífida, Trastornos de comportamiento, Deficiencias Cognitivas, Problemas de Conducta y Aprendizaje; así como Alteraciones y Déficit en la Integración Social, a través del Programa “CISADDE”.

Pacientes Hemofílicos, a través del programa “HEMOVIDA”.

Servicios de Laboratorio Clínico Básico y Especializado, a través de nuestro Laboratorio “BIOMOLECULAR”.

Cuidado domiciliario del paciente, a través del Programa “EN CASA”.

La presencia indiscutible de MEDICINA INTEGRAL IPS S.A. en el sector salud se debe esencialmente a los altos niveles de desempeño profesional, a la calidad humana del equipo de trabajo que atiende incondicionalmente a nuestros usuarios y al apoyo de laboratorios farmacéuticos multinacionales y entidades reconocidas nacionalmente, que nos apoyan y garantizan la actualización de nuestros procesos además de la procedencias de nuestros medicamentos. Nuestros directivos, empleados y colaboradores certifican una amplia formación académica continua y una sólida trayectoria adquirida en el sector salud, con programas acordes a los manejados por esta institución garantizando la universalidad de los conocimientos médicos.

Ω Desde el año 2007 estamos certificados en calidad ISO 9001, siendo pioneros en la implementación de estándares de calidad a nivel regional y sobresaliendo a nivel nacional.

Ω Contamos con espacios, equipos y profesionales de la salud altamente capacitados en todas sus competencias, orientados al logro de la excelencia y a garantizar la satisfacción de las necesidades interdisciplinarias de nuestros pacientes.

Ω El trabajo en equipo y la continua actualización de los conocimientos garantizan el mejoramiento permanente de la calidad de vida de nuestros pacientes y nuestros clientes, nos preocupamos por la condición médica y

personal de nuestros pacientes creando un ambiente propicio para que re planifiquen su proyecto de vida.

Somos una Institución Prestadora de Servicios de Salud, adscrita al Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia, Vigilados por la Superintendencia de Salud. Apoyamos a las más importantes Empresas Prestadoras de Servicios de Salud Privadas (EPS), Subsidiadas (EPSS), Regímenes Especiales y Entes territoriales, entregándoles soluciones de manejo a través de programas para el manejo

4.4.1 Cuadro No.2 Identificación de la entidad

IDENTIFICACION DE LA IPS	CONCEPTOS
NOMBRE DE LA IPS	MEDICINA INTEGRAL IPS CISADDE
FECHA DE CONSTITUCION	FEBRERO-2010
CARÁCTER DE LA IPS	REHABILITACION INTEGRAL
DIRECCION	BOQUILLA SECTOR CIELO MAR CLL 20 #14-85
REPRESENTANTE LEGAL	SIDYS DONADO SANTIAGO
RESOLUCION DE HABILITACION	RESOLUCIONES 01043 DE 2006, 2680 DE 2007, 3763 DE 2007 1998 DE 2010
CODIGO DE PRESTADOR	130010169301
NIT	830.509.497-4
TELEFONO	6565177-6666499
EMAIL	MEDICINAINTEGRALIPS- CISADDE@HOTMAIL.COM

4.4.1 CULTURA CORPORATIVA

MISION

Nuestra Misión como Institución Prestadora de Servicios de Salud, a nivel nacional, consiste en atender a Entidades Administradoras de Planes de

Beneficios y pacientes particulares, prestando servicios en forma oportuna, responsable y confidencial.

Trabajamos para el mejoramiento continuo de nuestros procesos de atención, administrando servicios con énfasis en tratamientos integrales, teniendo como fundamento los derechos de los pacientes y nuestros valores representados en la ética, la integridad, el respeto y la responsabilidad.

Estamos apoyados en un equipo humano capacitado en todas sus competencias para procurar la excelencia y garantizar a los pacientes la satisfacción de sus necesidades de salud.

VISION

Seremos los líderes en la prestación de servicios de salud, a nivel nacional, siempre orientados al mejoramiento de nuestros pacientes, conservando el alto nivel de atención y apoyados en nuestro idóneo recurso humano.

VALORES CORPORATIVOS

ÉTICA: La atención se fundamenta en el respeto por la vida, con la más estricta reserva profesional, dada a todos los pacientes sin distinción de nacionalidad, orden económico- social, racial, político o religioso.

INTEGRIDAD: Ser profesional no es únicamente ejercer una profesión, sino que implica realizarla con conocimiento del servicio en que ejercemos, lealtad a las normas éticas y buscar el mejoramiento de la salud de los pacientes.

RESPECTO: Se tienen en cuenta la dignidad y valores inherentes de cada paciente, así como del recurso humano.

RESPONSABILIDAD: Con el desarrollo de competencias de nuestro recurso humano que garantice la atención integral a nuestros pacientes.

4.4.2 PORTAFOLIO DE SERVICIOS

El Programa “CISADDE” (Centro de Integración Sensorial para el Autismo y Desordenes del Desarrollo) de MEDICINA INTEGRAL IPS, ofrece un servicio profesional orientado a promover el acceso a terapias intensivas, especializadas y personalizadas, de manera temprana y oportuna a niños, niñas, jóvenes y adultos con Autismo, Síndrome de Down, Espina Bífida, Trastornos de comportamiento, Deficiencias Cognitivas, Problemas de Conducta y Aprendizaje; así como Alteraciones y Déficit en la Integración Social; como medio para facilitar y mejorar la calidad de vida de las familias de la población afectada por estos síndromes.

El Servicio que ofrece el programa CISADDE de MEDICINA INTEGRAL IPS S.A. es un modelo de intervención que le permite al paciente recibir el tratamiento en un ambiente terapéutico estructurado, ordenado, utilizando, entre otras, técnicas de modificación de conducta basadas en la comunicación y la funcionalidad como núcleos esenciales del desarrollo.

Desde su nacimiento, el programa “CISADDE” de MEDICINA INTEGRAL IPS S.A., a través de programas de asesoría, formación, y atención, ha logrado llegar a una gran población en situación de vulnerabilidad. Así mismo; se han creado e implementado estrategias y programas con gran éxito, que hoy por hoy son avalados no solo por los usuarios que han sido partícipes de los mismos, sino también por las diversas instituciones con las que se ha tenido la oportunidad de trabajar articuladamente.

Actualmente, el programa “CISADDE” de MEDICINA INTEGRAL IPS S.A. ofrece un servicio personalizado, integral, con calidad y calidez a quienes hoy son usuarios de la Corporación. Contamos con un equipo idóneo y capacitado de terapeutas profesionales para el desarrollo de terapias convencionales y alternativas que brinda a la población con necesidades especiales un amplio

espectro de tratamientos y posibilidades para obtener hacia una mejor calidad de vida.

CISADDE cuenta con un equipo interdisciplinario de profesionales compuesto por Psicólogos, Fonoaudiólogos, Fisioterapeutas, Terapeutas Comportamentales y Ocupacionales quienes son los responsables de realizar la evaluación y posterior intervención integral del paciente. Los diferentes espacios con los que cuenta la institución facilitan a los profesionales realizar las terapias dentro y fuera de consultorio, dándole a cada actividad un carácter terapéutico

Para lo cual utiliza el siguiente Horario de atención: 8:00 am A 5:00 pm de Lunes a viernes.

4.4.3 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

4.5. Cuadro No. 3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSIONES	INDICADORES
MARCO INSTITUCIONAL DE CISADDE E IDENTIFICACION DE SU ROL MISIONAL	Establece conocer la IPS y el cumplimiento de su legalización en cuanto persona jurídica, relaciones comerciales, administrativas, tributarias y legalización como prestador de servicios de salud con un portafolio definido y persona jurídica establecida	Tipo de empresa; rut, nit, código prestador, representante legal, constitución, cultura corporativa, portafolio de servicios y estructura organizacional.	Indicadores operativos de garantía de la calidad, organizacionales y de gestión jurídica y administrativa.
CAPACIDAD TECNICO CIENTIFICA DE LA IPS	Es la forma en la que la IPS cumple con el sistema único de la habilitación , para lo cual en el mercado certifica una oferta de servicios de sus recursos humanos materiales, tecnológicos, financieros y organizacionales de conformidad con la resolución 2003 de 2014	Infraestructura, dotación, recurso humano, historia clínica, insumos y gestión de insumos, referencia y contrareferencia, seguimiento a riesgos, protocolos asistenciales.	Oferta y demanda de la capacidad instalada versus la capacidad utilizada de la biotecnología medica en relación al recurso humano disponible.
MEDICION DE	La satisfacción del	Característica: cuestionario	CLISA: cliente

LA SATISFACCION DEL USUARIO	cliente se mide mediante monitoreos continuos que indaguen sobre la opinión de éstos, respecto al servicio de salud prestado.	corto; se aplica a la salida de la clínica y sobre esta última atención en salud se le aplica el formulario. Duración promedio 5 minutos.	satisfecho: Busca realizar una evaluación al paciente en la última atención en salud prestada.
PROPUESTA DE MEJORA CONTINUA	Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada de la atención de salud que reciben los usuarios en términos de su grado de insatisfacción y como con unas intervenciones optimizar los recursos existentes se pueden redireccionar aspectos que permitan resolver la demanda de buena atención plasmada en el resultado de la encuesta.	Realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios. Y la adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.	Mediante la implantación de un tablero de control establecer los procesos de mejora de la IPS, fijando compromisos en tiempos prudentes para resolver las quejas e insatisfacción de los usuarios en el servicio que se le presta.

5. DISEÑO METODOLOGICO

5.1. TIPO DE TRABAJO DE GRADO

Es una investigación de tipo descriptivo por que se realiza en una entidad prestadora de servicios de salud de una red o espacio definido como la Boquilla Corregimiento de Cartagena de indias, el desarrollo de un portafolio de servicios de psicología y fisioterapia a unas patologías inherentes concretas donde desarrolla su misión institucional y en relación al tiempo escogido que son la aplicación de una encuesta de satisfacción al 100% de los Pacientes atendidos en el primer semestre de 2014.

5.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

5.2.1 Población

73 usuarios corresponden a la totalidad atendida en el primer semestre de 2014 se pueden contactar que son de la misma población

5.2.2 MUESTRA

Como es técnicamente factible ubicar a la población para aplicarle el instrumento de calidad del servicio la muestra son 73 pacientes atendidos en el Primer Semestre de 2014; a quienes se les aplicó la encuesta de satisfacción establecida como Anexo No. 1 del presente trabajo de grado.

5.2.1 DEL INSTRUMENTO DE ENCUESTA DE SATISFACCION DEL USUARIO

Para evaluar la satisfacción del usuario con la calidad de la atención prestada, se diseñó un cuestionario partiendo de las dimensiones propuestas por el modelo de evaluación SERVQUAL, y adaptándolo a los servicios que deseamos evaluar e la IPS.

La escala multidimensional SERVQUAL es una herramienta que mide de la calidad del servicio y fue desarrollada por Zeithaml, Parasuraman y Berry, auspiciados por Marketing Science Institute en 1988. Gradualmente se le han realizado mejoras y revisiones que han sido validadas en América Latina por Michelsen Consulting, con el apoyo del nuevo Instituto Latinoamericano de Calidad en los Servicios.

La escala parte de las expectativas del usuario y permite conocer:

- La calificación general de la calidad del establecimiento O servicio que se evalué.
- Lo que desean los usuarios del servicio que se les presta.
- Lo que perciben encontrar los usuarios.
- Las brechas de insatisfacción específicas.
- El orden de los vacíos de calidad, desde el más grave y urgente hasta el menos Grave

Así mismo la escala evalúa de cinco dimensiones que se utilizan para juzgar calidad de los servicios de una organización, estas son:

- **Confiabledad:** habilidad de desarrollar el servicio prometido precisamente como se pactó y con exactitud.

- **Responsabilidad:** buena voluntad de ayudar a sus clientes y brindar servicio rápido.
- **Seguridad:** conocimiento de los empleados sobre lo que hacen, su cortesía y su capacidad de transmitir confianza.
- **Empatía:** brindar cuidado y atención personalizada a sus clientes.
- **Bienes materiales:** la apariencia de las instalaciones físicas, equipo, personal y material de comunicación. Son los aspectos físicos

El instrumento contiene tres Cuestionarios y sus respectivas instrucciones, en el primero de ellos realizan una evaluación de las expectativas de calidad de servicios, el segundo la preponderancia de las dimensiones de calidad de servicio, y un último cuestionario que evalúa las percepciones, en cada una de las dimensiones mencionadas, el cual el usuario deberá evaluar con una escala Likert de 7 puntos, que va de de una calificación 1, para una percepción o expectativa muy baja para el servicio en cuestión, hasta una calificación 7, para una percepción o expectativa muy elevada del mismo servicio frente a la calidad de la atención recibida superó o fue mayor que las expectativas o frente a lo que el usuario Esperaba.

Para el diseño de nuestro instrumento tomamos el tercer cuestionario de SERVQUAL, que evalúa las percepciones, en las cinco dimensiones mencionadas adaptándola a la función misional de la IPS y los servicios requeridos.

Para la calificación se estima una puntuación de 1 a 3, debido a que cada dimensión responde a tres atributos de calidad, lo cual se explica

5.3. Cuadro No. 4. ANÁLISIS DE VARIABLES; INSTRUMENTOS Y FUENTES DE INFORMACIÓN.

VARIABLES	DIMENSIONES	TECNICAS	INSTRUMENTOS	FUENTES
MARCO INSTITUCIONAL DE CISADDE E IDENTIFICACION DE SU ROL MISIONAL	Tipo de empresa; rut, nit, código del prestador, representante legal, constitución, cultura corporativa, portafolio de servicios y estructura organizacional.	Variables ;oculares; documentales	Entrevista; revisión selectiva; estudio general	Primaria; interna
CAPACIDAD TECNICO CIENTIFICA DE LA IPS	Infraestructura, dotación, recurso humano, historia clínica, insumos y gestión de insumos, referencia y contrareferencia, seguimiento a riesgos, protocolos asistenciales	Oculares; documentales	Lista de chequeo	Secundaria e interna
MEDICION DE LA SATISFACCION DEL USUARIO	Característica: cuestionario corto; se aplica a la salida de la clínica y sobre esta última atención se le aplica el formulario. Duración promedio 5 minutos.	Encuesta de satisfacción CLISA (Cliente satisfecho)	Tabulación y análisis	primaria
PROPUESTA DE MEJORA CONTINUA	Realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios. Y la adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente	Instrumental	Tablero de control	Secundaria e interna

	establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.			
--	---	--	--	--

Para el diseño muestral, se toma como población la base de datos de usuarios de la IPS MEDICINA INTEGRAL CISADDE atendidos durante el primer semestre del año 2014, ya establecidos. Para la aplicación del instrumentos se considera usuario el adulto responsable y/o acudiente del paciente que utiliza los servicios de psicología y fisioterapia en los casos de poblaciones con discapacidad severa o condiciones especiales, como autismo, síndrome de Down, espina bífida u otras que impidan dar respuestas al cuestionario de forma consiente y autónoma.

6. DIAGNOSTICO DE LA CALIDAD DEL SERVICIO

6.1 ANÁLISIS DE LA GARANTIA DE LA CALIDAD DEL SERVICIO.

6.1.1. Análisis de la Autoevaluación de la Habilitación

6.1.1 ESTADO DE LA CAPACIDAD TECNICO CIENTIFICA

A. MODELO DE ATENCION DE LOS SERVICIOS DE PSICOLOGIA Y FISIOTERAPIA.

La Prestación de Servicios de Salud en Colombia se encuentra reglamentada por la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, obedeciendo a la Ley 1122 de 2007 y sus decretos reglamentarios, cuyo principal objetivo es garantizar el acceso y la calidad de los servicios, optimizar el uso de los recursos, promover los enfoques de atención centrada en el usuario y lograr la sostenibilidad financiera de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas.

Las Características y/o Componentes de la Prestación de Servicios de Salud son:
Parte de reconocer que el principal objetivo del Sistema es mejorar la salud de la población.

Ω Se enmarca en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Ω Reconoce la heterogeneidad del país, esto constituye un desafío para la organización de la prestación de servicios de salud, que obliga a la búsqueda de esquemas flexibles que den cuenta de las diferencias y que responda a las realidades epidemiológicas, sociales y culturales de la población.

Ω Promueve los enfoques de atención centrada en el usuario y mejoramiento continuo de la calidad, como ideales de la prestación de servicios de salud.

Ω Admite que la prestación de servicios de salud, se desarrolla en un escenario descentralizado, con definición de competencias, recursos y acciones de control de la prestación de servicios en las entidades territoriales.

Ω Reconoce que la prestación de servicios se desarrolla en condiciones de ajuste fiscal y en un entorno de competencia.

Ω Permite el diseño y aplicación de diferentes modelos de prestación de servicios, de manera que su organización da respuesta a las necesidades y condiciones particulares de la población, en especial a la que se encuentra en situación de vulnerabilidad.

Ω Reconoce la necesidad de explorar y fortalecer todas las posibilidades que tienen las comunidades de organizarse para solucionar sus problemas de salud y de articular la respuesta de los prestadores de servicios de salud a las necesidades de sus usuarios.

Ω Admite la necesidad de generar capacidades e incrementar habilidades en los individuos, grupos, organizaciones, instituciones y comunidad, con el fin de lograr los objetivos y metas del sistema de salud.

Ω Reconoce la rendición de cuentas como un elemento fundamental para la óptima utilización de los recursos, y para lograr que la población reciba un trato semejante ante necesidades semejantes.

Ω Reconoce como ámbito de aplicación a prestadores públicos y privados.

La caracterización del desarrollo de las competencias de la atención por parte de los profesionales, técnicos y auxiliares que mediante la integración funcional de los servicios psicología y fisioterapia desarrollan como pivote central de su portafolio que caracteriza su modelo de atención es el siguiente:

Cuadro No. 5 Caracterización del Portafolio de Servicios Especifico

INTERVENCIÓN CLÍNICA Y SERVICIOS DE SALUD INTEGRAL	PERIODICIDAD ESTIMADA
Características del Servicio	
Evaluación Inicial por Dirección Científica + Grupo Interdisciplinario	Solo 1er. vez
Evaluación Funcional por PhD en Psicología + Grupo Interdisciplinario	Mínimo 1 anual
Elaboración Circuito Terapéutico por PhD en Psicología + Grupo Interdisciplinario	Por Plan terapéutico personalizado
Terapia especializada psicología	Mínimo 5 sesiones semanales
Terapia especializada fonoaudiología	Mínimo 5 sesiones semanales
Terapia especializada fisioterapia	Mínimo 5 sesiones semanales
Terapia especializada ocupacional	Mínimo 5 sesiones semanales
Terapia Comportamental: Autonomía Personal / Problemas de Conducta / Juego / Conductas Disruptivas/ Agresiones / Autolesiones / Estereotipias / Auto-estimulaciones / Evaluación de preferencias	Por Plan terapéutico personalizado
Terapia grupal – social grupo interdisciplinares	Por Plan terapéutico personalizado
Enfermería	A necesidades del usuario
Consulta externa por Psicología, Fonoaudiología, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Terapia Comportamental.	Diaria
Servicios de valor agregado	
Realización de Junta médica / Estudio de Caso	Por Plan terapéutico personalizado
Escuela y Talleres para Padres / Familiares	Mínimo 1 mensual
Asesoría Psicológica Familiar	Por Plan terapéutico personalizado
Control Nutricional	Mínimo 1 semestral
Control Neuropediatría Infantil	Mínimo 1 semestral

INTERVENCIÓN CLÍNICA Y SERVICIOS DE SALUD INTEGRAL	PERIODICIDAD ESTIMADA
Control Psiquiatra Infantil	Mínimo 1 semestral
Control Fisiatra Infantil	Mínimo 1 semestral
Transporte: servicio – ruta	Diario (de Lunes a Viernes)
Asesoría Inserción Escolar / Ocupacional	Por Plan terapéutico personalizado

El modelo de atención de la IPS medicina integral CISADDE cumple parcialmente con los lineamientos conceptuales y principios rectores, los cuales determinan y permiten dar buenos resultados en la atención de pacientes en las sesiones de intervenciones. Se evidencia buen acceso a los servicios, sin embargo la calidad en la atención y eficiencia en el uso de recursos no es óptimo para cada uno de los pacientes con discapacidad, debido a las falencias encontradas en su infraestructura e insuficiencia de talento humano que no alcanzan abordar de forma adecuada y/o personalizada el total de la población de usuarios.

LA IPS Medicina Integral Centro de Integración Sensorial para el Autismo y Desordenes del Desarrollo – CISADDE ha desarrollado un modelo de prestación de servicios que garantiza mejor la calidad de vida a los pacientes en condición de discapacidad partiendo de un buen cumplimiento acompañado de diferentes estrategias que han redundado en un trabajo coordinado entre el área asistencial y administrativa, mejorando el servicio en las áreas propias de la ips. El objetivo del modelo de atención es hacer coincidir y coordinar los servicios con las necesidades de atención de cada USUARIO, que permita planificar una evaluación inicial, plan de tratamiento y sesiones diarias con el propósito de obtener mejores resultados en la atención del paciente y un uso más eficiente de los recursos disponibles. Lo anterior está basado en un sistema de información que facilite la interacción entre nuestros clientes asegurador, pacientes y el equipo de salud que labora en MEDICINA INTEGRAL.

Se cuenta con capacidad instalada para atender usuarios que requieran un tratamiento intensivo de hasta 8 sesiones diarias de lunes a viernes para media jornada, bajo los siguientes lineamientos conceptuales y de principios rectores:

Terapia Especializada

Rango de edad: 3 – 18 años

Un mínimo de 5 sesiones de Intervención semanal por cada profesional

Evaluación Terapéutica inicial

Evaluación Periódica Funcional (bimensual) para valorar el estado del usuario y su evolución

Cada “sesión” corresponde a rango de intervención en minutos prescrito por el médico tratante o por la autorización de su Empresa Prestadora de Salud, y varía en su máximo de acuerdo a las necesidades específicas de cada usuario.

Entrega de Informe de progresos a la familia y a la institución que autoriza la prestación del servicio

Planteamiento de objetivos terapéuticos por área de desarrollo, disciplina y funcionalidad.

El tratamiento se define sólo si el usuario ha sido evaluado por el CTC (Comité Técnico Científico) de MEDICINA INTEGRAL IPS CISADDE

La metodología de trabajo es intervención clínica y en un esquema de prestación de servicios de salud integral

El paquete de servicios se ofrece de acuerdo a la Intensidad horaria sugerida en la evaluación y/o número de sesiones aprobadas al Usuario por su Seguridad Social en Salud

Comité de Alta

Inserción Social

La finalidad del modelo es coordinar la oferta de servicios con las necesidades de atención del usuario, planificar el seguimiento y re-valoración, obtener mejores resultados en la atención al usuario y un uso eficiente de los recursos disponibles.

Lo anterior bajo un sistema que facilite la interacción entre nuestros clientes aseguradores, usuarios y el equipo terapéutico.

B. INSTALACIONES FISICAS Y CAPACIDAD INSTALADA

Las condiciones de orden, aseo, limpieza y desinfección son evidentes y responden a un proceso dinámico de acuerdo a los servicios prestados por la IPS, pero los baños no son suficientes para la demanda de pacientes en los tres pisos de la IPS.

Las instalaciones eléctricas (tomas, interruptores, lámparas) de todos los servicios deberán estar en buenas condiciones de presentación y mantenimiento no son las más adecuadas en la IPS

No existen ascensores o rampas a pesar de tener tres pisos la edificación de la IPS.

Las áreas de circulación no están libres de obstáculos en la IPS por lo que muchas veces no permiten adecuadamente la circulación y movilización de pacientes, usuarios y personal asistencial.

En la IPS se tienen escaleras y no se tienen rampas pero el piso de éstas no es uniforme y de material antideslizante o con elementos que garanticen esta propiedad en todo su recorrido, sin pasamanos de preferencia a ambos lados y con protecciones laterales hacia espacios libres.

Para la movilización de usuarios de pie, en silla de ruedas, o camilla, no cuenta con ascensores, por lo tanto existen dificultades de maniobrabilidad para ello en la IPS.

Existen problemas de manejo en las áreas de circulación y salidas, para evitar los cruces de elementos sucios y limpios. Las áreas de circulación son compartidas y se utilizan los accesorios para garantizar el debido empaque y transporte de los elementos sucios y limpios, pero muchas veces en forma inadecuada.

LA IPS no cuenta con unidades sanitarias para personas con discapacidad muy a pesar que son sus usuarios principales.

La IPS NO cumple con las condiciones establecidas en el marco normativo vigente para la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares.

La IPS cuenta con suministro de energía eléctrica y sistemas de comunicaciones en forma regular

En la IPS los pisos, paredes y techos de todos los servicios no son de fácil limpieza y no están en gran parte en buenas condiciones de presentación y mantenimiento.

Los ambientes de trabajo de la IPS son sucios por el sitio y no cuentan con lavamanos y mesón de trabajo que incluye poceta de lavado o vertedero.

No existen mesones y superficies de trabajo, tendrán acabado en materiales lisos, lavables, impermeables y resistentes a los procesos de uso, lavado limpieza y desinfección.

En la IPS NO existe un ambiente de uso exclusivo para el almacenamiento central de residuos hospitalarios y similares.

Los lugares destinados POR LA IPS para el almacenamiento central y temporal de residuos hospitalarios y similares, NO cumplen con las características establecidas en la normatividad del año 2014 vigente.

La IPS no dispone en cada uno de los servicios de ambientes de aseo de: poceta, punto hidráulico, desagüe y área para almacenamiento de los elementos de aseo.

LA IPS NO Realiza el mantenimiento de los equipos biomédicos eléctricos o mecánicos, con sujeción a un programa de revisiones periódicas de carácter preventivo y calibración de equipos.

LA IPS NO Cuenta con elementos para comunicación externa e interna.

B. RECURSO HUMANO

El Talento humano profesional de Psicología y Fisioterapia de la IPS cumple con la formación por competencias y requisitos para ejercer su actividad a los pacientes de la misma.

No existen estudios ocupacionales y estándares de productividad laboral para determinar en forma eficiente los empleados necesarios en la IPS que

desempeñen sus oficios en una buena relación beneficio/costo de la prestación de servicios de su portafolio.

La IPS no ha desarrollado en forma consistente, acciones de formación continua del talento humano en salud, en los procesos prioritarios asistenciales ofertados.

La IPS no registra escenarios de prácticas formativas y por ende no tiene convenios de docencia servicio normativo.

No existe un programa de relación docencia servicio para que los practicantes en formación profesional de las Universidades del área de influencia desarrollen estos procesos de ley.

Los servicios que se prestan de psicología y fisioterapia son intramurales y las remisiones se hacen a centros de mayor complejidad con grandes dificultades de transportes.

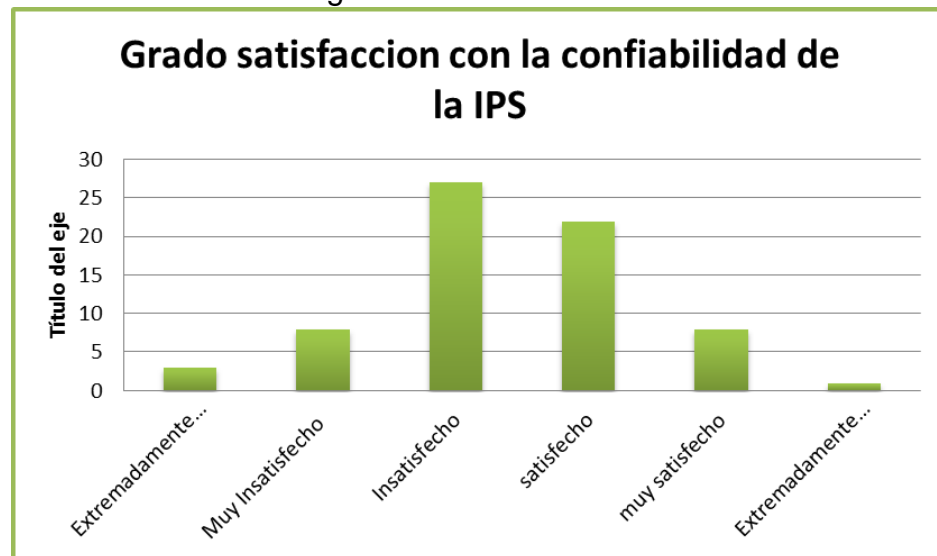
7. RESULTADOS Y ANALISIS DE LA ENCUESTA DE SATISFACCION DEL USUARIO

De acuerdo a la tabulación de la encuesta tenemos:

A. DIMENSION DE CONFIABILIDAD

En esta dimensión se evaluó el grado de satisfacción de los usuarios frente al desempeño de los funcionarios y la habilidad para prestar el servicio en forma acertada, cuidadosa tal como es anunciado por la cultura corporativa de la entidad. Esta dimensión de calidad se evaluó mediante tres atributos específicos de calidad: Cumplimiento en la entrega y prestación de los servicios programados, Interés en la resolución de problemas de los usuarios, y confianza en la información transmitida.

Gráfica 1. Grado de satisfacción general en la dimensión de confiabilidad.



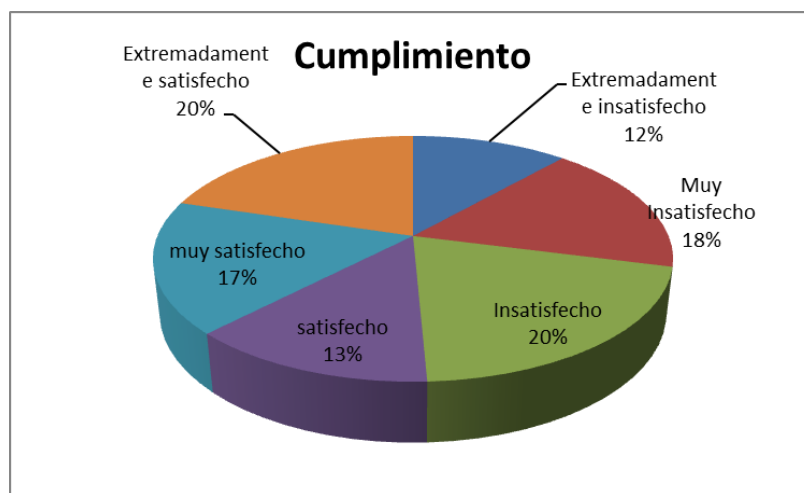
Grafica 1. Calificación general de la calidad en cuanto a confiabilidad del servicio.

En términos generales la calificación integral de la confiabilidad del servicio estableció un 24% de insatisfacción contra un 22% de satisfacción; un 8% de muy satisfecho contra un 7% de muy insatisfecho y un 4% de extremadamente satisfecho contra un 1% de extremadamente insatisfecho, para una media de confiabilidad de 6% integral de satisfacción y confiabilidad del servicio.

Detallando el nivel de satisfacción de los usuarios en relación a la confiabilidad en la prestación del servicio de fisioterapia y psicología alcanza una media 44% de grado general de satisfacción y confiabilidad en el Servicio que se presta a los usuarios encuestados, lo cual se desprende de los resultados de los siguientes Ítems.

A. 1 Cumplimiento en la entrega y prestación de los servicios programados

Grafica 2. Calificación del atributo cumplimiento en la prestación del servicio



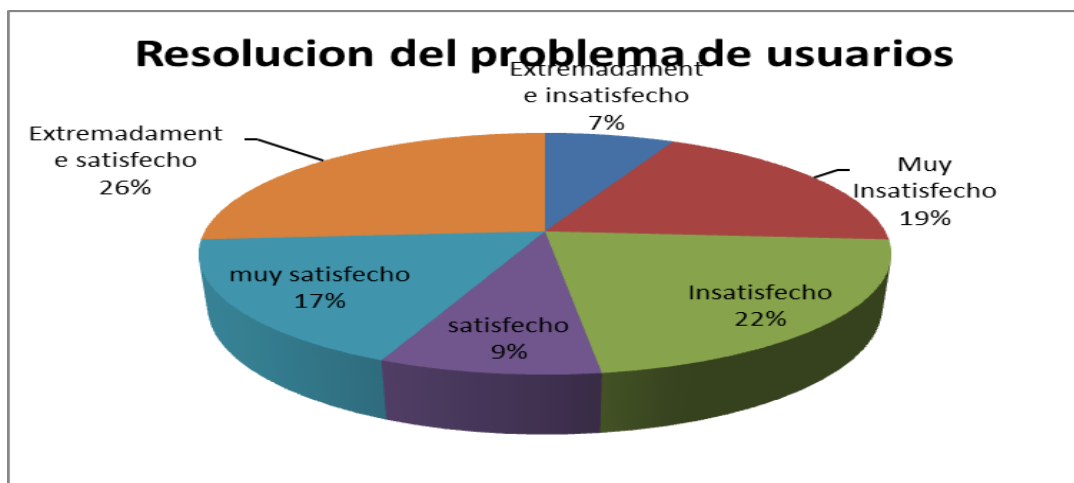
En cuanto al Cumplimiento de la Oportunidad y acceso del servicio que se brinda en los servicios que se programaron a estos pacientes los extremos nos dicen que el 20% está satisfecho y el 12% no Lo está. Lo que implica que registra en extremo un cumplimiento de oportunidad/accesibilidad del 8% a favor de los servicios de calidad excelente

En cuanto a lo Muy Satisfecho y muy insatisfecho en el cumplimiento oportuno de la atención y la accesibilidad brindada, vemos que los encuestados estan muy satisfecho en un 17% pero muy insatisfecho en un 18% lo que indica que existe un 1% de mucha insatisfacción entre los que contestaron la encuesta que desdice de una buena oportunidad/ accesibilidad en la calificación de buena calidad del servicio.

Igualmente en la balanza de los que se ubicaron en calificar la regularidad del cumplimiento del servicio mientras el 13% estableció su satisfacción básica sobre el cumplimiento del servicio el 20% restante manifestó su insatisfacción para un resultado negativo de (7%) de insatisfacción en el cumplimiento del servicio.

A.2 Interés en la resolución de problemas de los usuarios

Grafica 3. Resolución de los problemas de los usuarios.



En la percepción que tienen los pacientes encuestados sobre la resolución que tiene la IPS para Darle Capacidad de respuestas a sus problemas de Atención podemos visualizar.

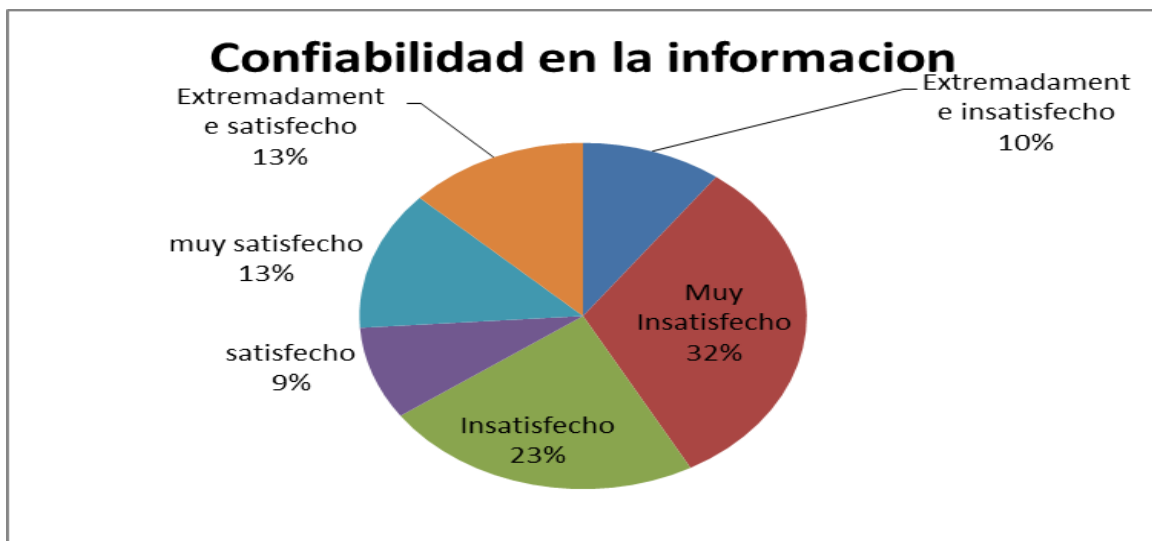
Mientras el 26% afirma que esta extremadamente satisfecho en cómo le resuelven sus problemas de Atención, hay un 7% que afirma estar extremadamente insatisfecho para una media de la excelencia de resolución de los problemas de los pacientes de 19% a favor de la IPS

Igualmente, en la calidad del servicio de calidad sobre la capacidad resolutoria según los encuestados un 17% está muy satisfecho, contrario sensu que un 19% está muy insatisfecho para una media negativa de muy insatisfecho de (-2%)

En las respuestas de los que contestaron sobre la calidad resolutive básica se encontró que mientras el 9% manifiesta estar satisfecho con la capacidad resolutive de la IPS, mientras el 22% insatisfecho para una resolutive negativa del (13%)

A.3 Confianza en la información transmitida

Gráfica 4. Confianza en la Información.



El Sistema de información a los Usuarios según la encuesta mientras el 13% está extremadamente satisfecho el 10% está extremadamente insatisfecho para una relación positiva de 3%

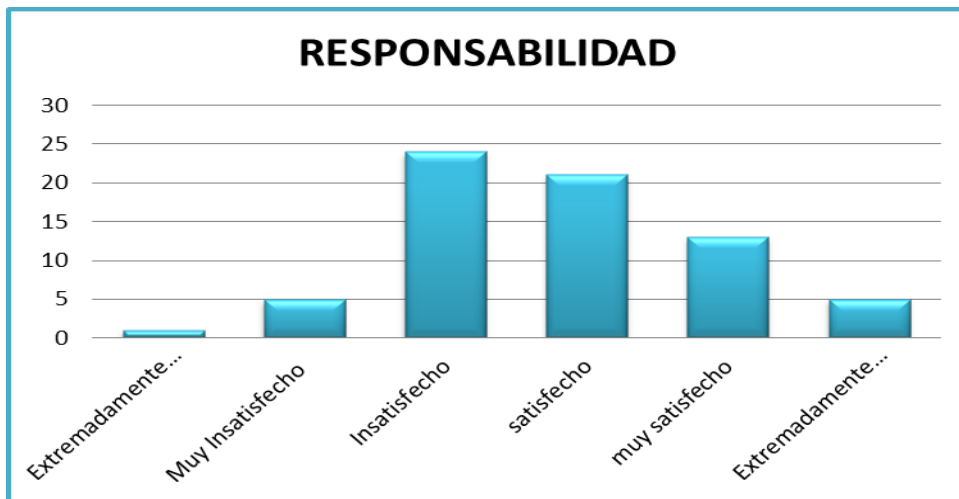
Igualmente en el muy satisfecho con la información encontramos un 13%, mientras que los muy insatisfechos es una cifra preocupante del 32% para una relación negativa del (19%)

Y en lo básico de la información el 9% satisfecho mientras el 23% insatisfecho para una calidad de la información básica negativa del (14%).

B. DIMENSION DE RESPONSABILIDAD

En esta dimensión se evaluó el grado de satisfacción de los usuarios frente a la voluntad y disposición de los funcionarios para brindar un servicio oportuno y de calidad. Esta dimensión se evaluó mediante tres atributos específicos de calidad: Agilidad en la atención en los servicios de psicología y fisioterapia, disposición para la resolución de preguntas o inquietudes y para resolver las necesidades de atención de los usuarios.

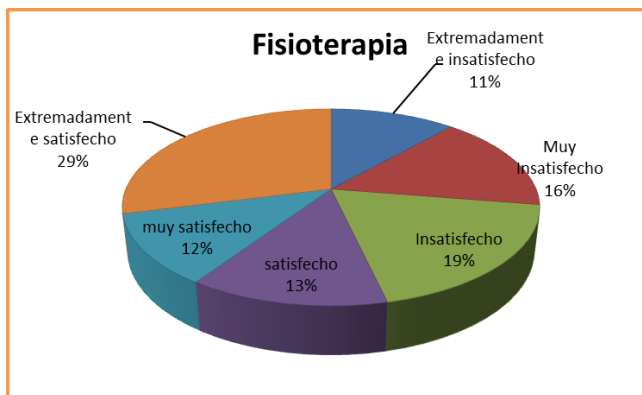
En la gráfica 5. Podemos evidenciar que el grado de satisfacción de los usuarios con la responsabilidad percibida en los servicios de fisioterapia y psicología prestados en la IPS alcanza el 59%. Lo cual se evidencia en cada uno de los atributos evaluados en esta dimensión.



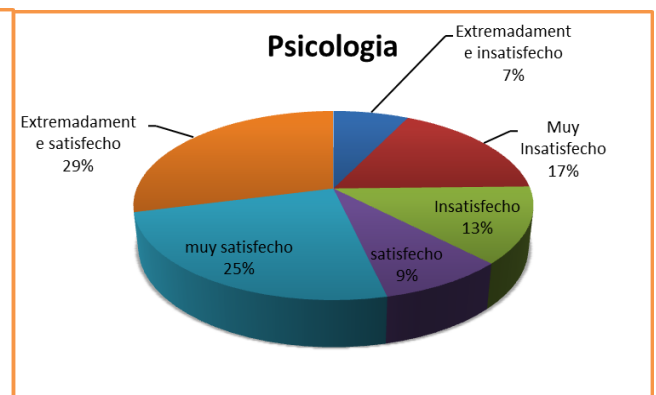
Grafica 3. Calificación de la dimensión de Responsabilidad.

En cuanto a la satisfacción en la agilidad de atención comparando los servicios de fisiología y psicología los resultados se muestran en las siguientes graficas como se evidencia en las graficas en ambos servicios la percepcion de calidad en cuanto en la responsabilidad de la Ips para la atencion agil en estos servicios es positiva, alcanzando en el servicio de Fisioterapia una satisfaccion de mas del 54% y en el de psicologia del 63% , resaltando en ambos casos que el 29% de la poblacion se encuentra extremadamente satisfeho en cuanto a este atributo.

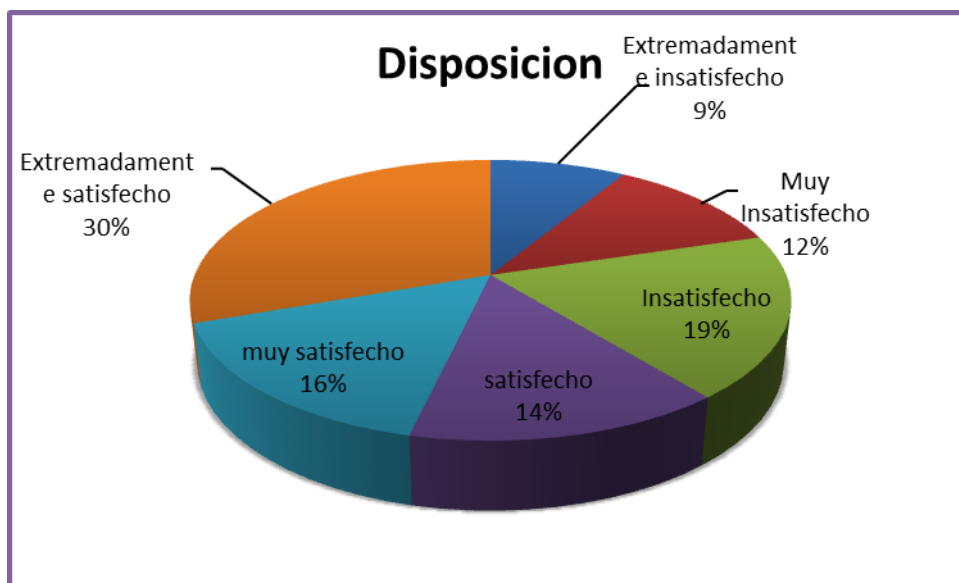
En cuanto al atributo de lo los funcionarios de la IPS para responder la sinquietudes y preguntas de los usuarios de los servicios de Fisioterapia y psicología se encontro que el grado de satisfaccion es del 60%.



Grafica 6. Agilidad en la atención por fisioterapia



Grafica 7. Agilidad de atención psicología.

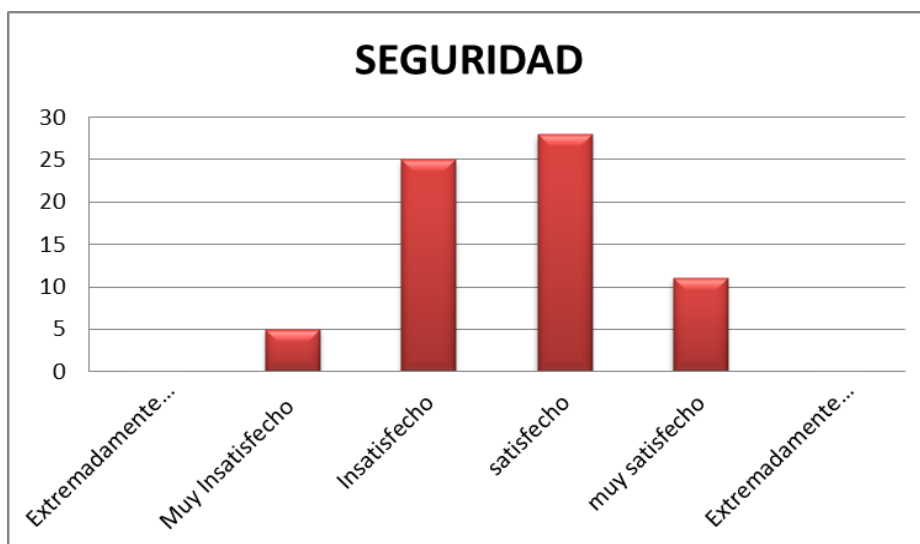


Grafica 4. Disposición de los funcionarios para dar respuesta a las inquietudes.

C. DIMENSION DE SEGURIDAD

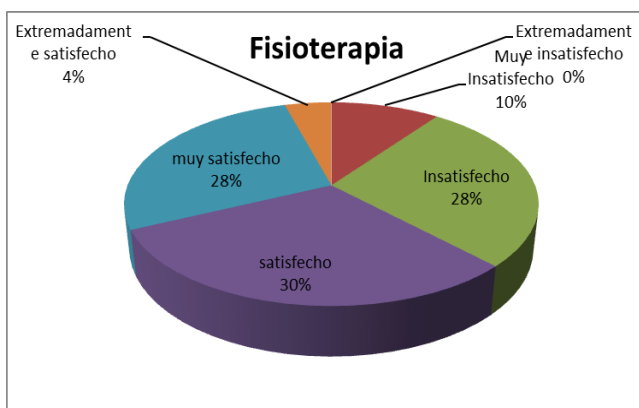
En la dimensión Seguridad se evaluó el grado de satisfacción de los usuarios frente al conocimiento y atención mostrados por el personal de salud y otros funcionarios de la IPS durante la prestación del servicio de fisioterapia y psicología, así como la habilidad para inspirar credibilidad y confianza. Teniendo en cuenta atributos como: competencia profesional de los terapistas, la credibilidad y garantías de atención brindadas.

La evaluación general de esta dimensión evidencia que el nivel de satisfacción de los usuarios encuestados con relación a la Seguridad en la prestación de los servicios de psicología y fisioterapia alcanza un 56%. Como se muestra en la siguiente gráfica.

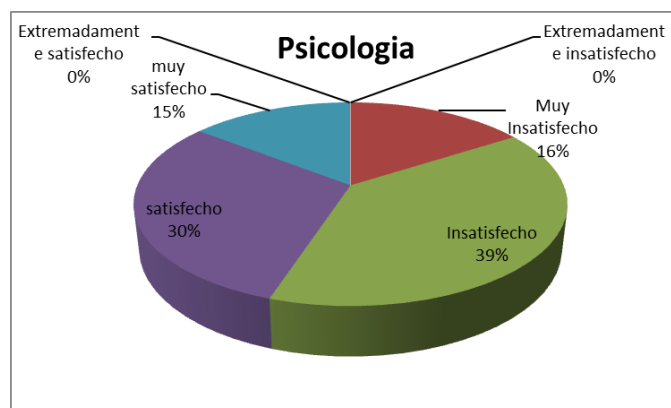


Grafica 5. Calificación general de la dimensión de Seguridad

La Competencia profesional de los prestadores de los servicios de fisioterapia y psicología, percibida por los usuarios, se muestra en las siguientes graficas:



Grafica 6. Competencia profesional Fisioterapia

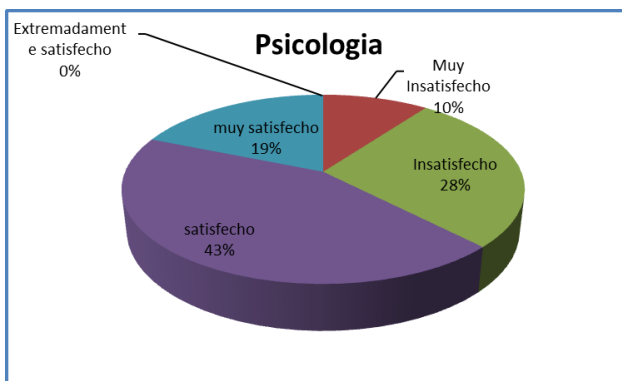


Grafica 11. Competencia profesional Psicología

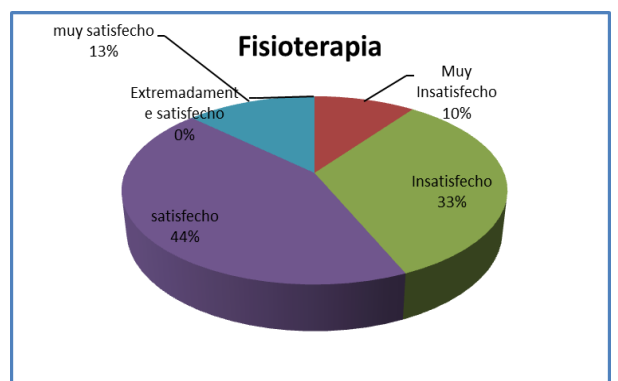
La satisfacción con la percepción de competencia profesional en el área de fisioterapia es mayor alcanzando un nivel elevado de satisfacción en el 62% de los usuarios, frente al 45% de satisfacción que manifestaron los usuarios de los servicios de psicología, este nivel de competencia se manifiesta en el grado de seguridad que siente un usuario cuando el profesional de la salud que lo atiende le

brinda las explicaciones satisfactorias en cuanto a su enfermedad, proceso de atención, tratamiento y cuidados en casa entre otros.

En relación a la satisfacción con el atributo de Garantías de atención brindada que percibieron los usuarios en los dos servicios evaluados, encontramos que el grado de satisfacción en ambos servicios supera el 55%, con lo cual podemos afirmar que la mayoría de usuarios tienen credibilidad y seguridad en los servicios de psicología y fisioterapia brindados por la IPS CISADDE, como lo muestran las gráficas siguientes:

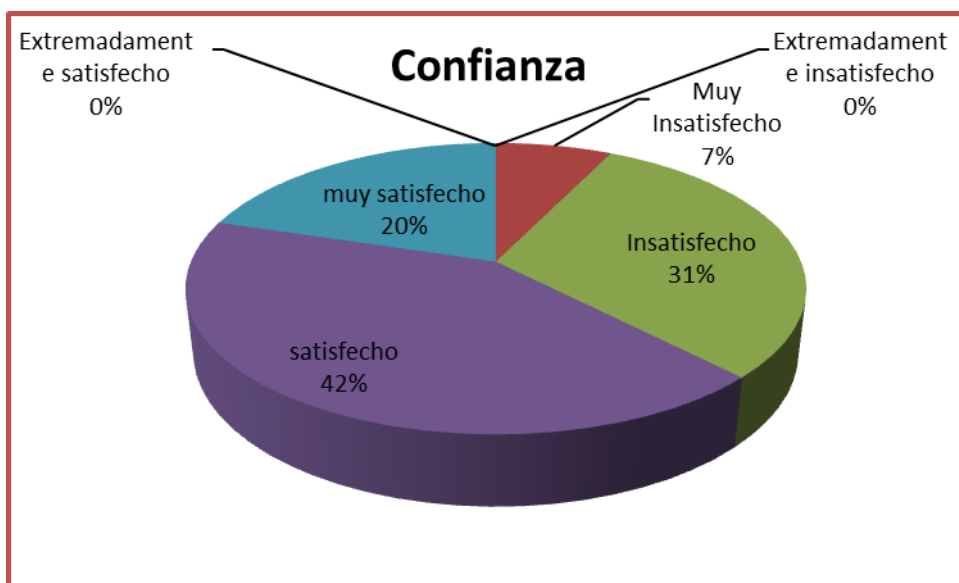


Gráfica 7. Garantías del servicio de Psicología



Gráfica 13. Garantías del servicio de Fisioterapia

Gráfico 14. Muestra el grado de satisfacción de los usuarios en cuanto el atributo de calidad: confianza a los funcionarios de la IPS encontrando que el 62% de los usuarios manifiestan sentirse confianza en los profesionales de la salud, y demás funcionarios que laboran en los servicios de Fisioterapia y Psicología de la IPS CISADDE

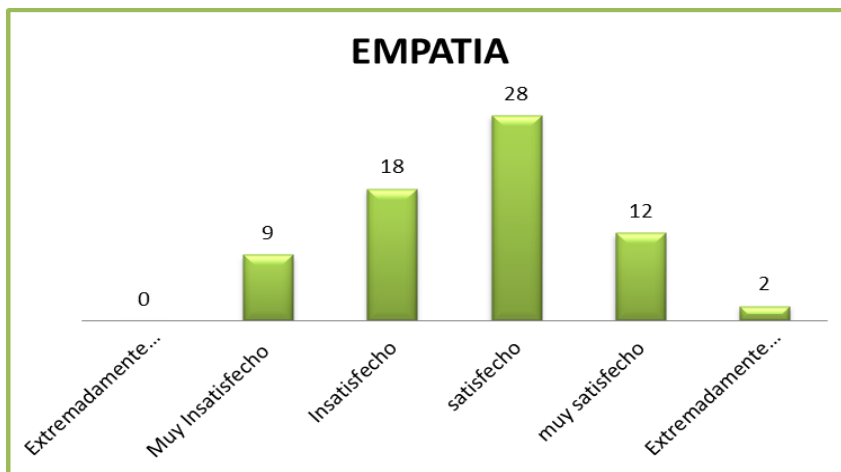


Gráfica 14. Percepción de Confianza

D. DIMENSION EMPATIA

En la dimensión Empatía evaluó el grado de satisfacción de los usuarios con la calidad del servicio brindado en cuanto atención personalizada y calidez en la atención, para esto se tuvieron en cuenta tres atributos de calidad: amabilidad en el trato por parte de los funcionarios, percepción comprensión de las necesidades del paciente, escucha de la quejas, disponibilidad la escucha de quejas y reclamos de los usuarios.

Gráfico 15. Dimensión empatía



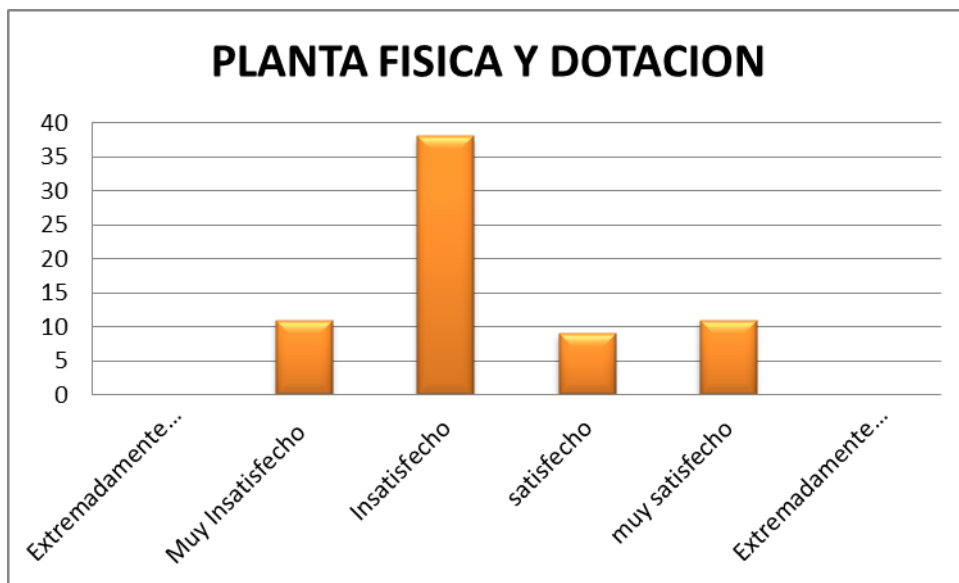
La calificación general de esta dimensión se presenta en la gráfica no. 15, en donde se evidencia el 61% de los usuarios se sienten satisfechos en cuanto al trato recibido por en los servicios de fisioterapia y psicología que ofrece la IPS CISADDE.

En cuanto a los atributos relacionados a esta dimensión su calificación mantiene una puntuación similar a la general, siendo la dimensión más consistente y con nivel de satisfacción general y específicos más elevados.

E. DIMENSION PLANTA FISICA Y DOTACION

Esta dimensión evalúa la calidad de la apariencia de los elementos físicos y personas que intervienen en la prestación de los servicios de fisioterapia y psicología en la IPS CISADDE, teniendo en cuenta cinco atributos que son: Adecuación de la planta física, limpieza de los espacios de atención y elementos relacionados con la prestación del servicio, Presentación personal de los funcionarios, cantidad de enseres para la atención de los usuarios y adecuación

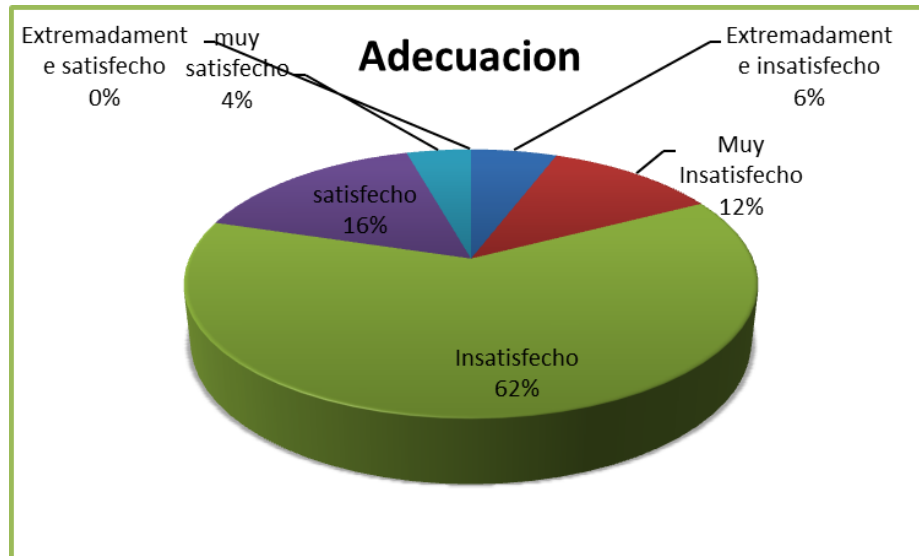
Grafica 15 Dimensión Planta Física y Dotación



De manera general, los resultados de esta dimensión se presentan en la siguiente gráfica, que muestra que más del 70% los usuarios se encuentran insatisfechos con la calidad del servicio en relación a la apariencia de los elementos físicos y personas que intervienen en la prestación de los servicios de psicología y fisioterapia.

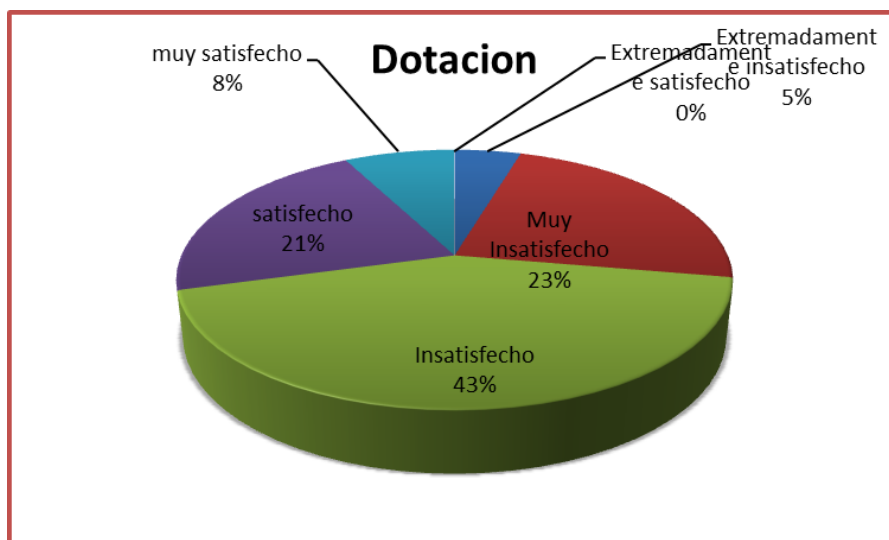
En relación a la Adecuación de la planta física, (edificio en general - paredes, puertas, ventanas de salas de espera, consultorios, pasillos, zonas de acceso) etc. 80% de los usuarios manifiesta no estar satisfecho con el estado actual de la

edificación, siendo el porcentaje más alto de insatisfacción dentro de esta dimensión.



Grafica 17. Adecuación de la Planta física.

La satisfacción con la cantidad de enseres, Sillas, camillas y demás elementos para la atención en el servicio de Fisioterapia y psicología, no alcanza el 30% en los usuarios encuestados, siendo el nivel de insatisfacción alto.



La limpieza de los espacios de atención y elementos relacionados con la prestación del servicio, y la Presentación personal de los funcionarios son los atributos que mantienen el mayor nivel de satisfacción acercándose al 50% en ambos casos.

8. PROPUESTA DE MEJORA CONTINUA – Cuadro No. 6. TABLERO DE CONTROL

COMPONENTE (ESTÁNDAR)	PROBLEMÁTICA DETECTADA	QUÉ? ACTIVIDADES POR REALIZAR O ACCIONES DE MEJORAMIENTO	QUIÉN? RESPONSABLE DE LA ACCIÓN	DÓNDE? LUGAR DONDE SE REALIZAN LAS ACTIVIDADES	PORQUE? JUSTIFICACIÓN DE CADA ACCIÓN	CUANDO? PERIODO DE REALIZACIÓN DE CADA ETAPA	CÓMO? HERRAMIENTA A UTILIZAR-FORMA DE TRABAJO	CUÁNTO? RECURSOS ASIGNADOS
INFRAESTRUCTURA	RESOLVER LOS PROBLEMAS DE PISOS, ASCENSOR PARA DISCAPACITADOS, RAMPAS Y ACCESORIOS	INVERSIÓN Y DISEÑO ARQUITECTÓNICO	GERENCIA	LOS TRES PISOS DE LA IPS	NO SE CUMPLE CON LAS CTC DE LA HABILITACIÓN	6 MESES	RECURSOS PROPIOS	\$200 MILLONES
MODELO DE ATENCION	NO HAY MODELO DE ATENCION PROPIO	REORGANIZAR FUNCIONALMENTE LA IPS	LOS PROFESIONALES TECNICOS Y AUXILIARES	EN SESIONES DE CIRCULOS DE CALIDAD	PARA CUMPLIR LAS CTC DE LA HABILITACIÓN	2 MESES	ORGANIZACIÓN Y VOLUNTAD POLITICA	\$ 0.5 MILLONES
PROGRAMA DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO	NO EXISTE COMO TAL	HACER EL PROGRAMA	QUIEN HAGA LAS VECES DE RECURSOS FISICOS	EN TODA LA IPS DONDE HAYAN EQUIPOS	NO SE CUMPLE CON LA NORMATIVIDAD	2 MESES	DECISIÓN GERENCIAL	\$20 MILLONES

PGIRHS	MALA DISPOSICION DE RESIDUOS SOLIDOS HOSPITALARIOS	MEJORAMIENTO DE LA DISPOSICION	EXPERTO CONTRATADO	CAPACITACION A LOS ACTORES RESPONSABLES	NO CUMPLE CON EL SUH	3 MESES	DECISION GERENCIAL	\$2 MILLONES
ORGANIZACIÓN DEL TALENTO HUMANO	NO EXISTE ESTA AREA EN FUNCION EFICIENTE	DE FORMACION DE COMPETENCIAS Y REQUISITOS	A QUIEN HAGA LAS VECES DE JEFE DE PERSONAL	EN TODA LA IPS	HAY QUE DETERMINAR LA CARGA LABORAL Y PRODUCTIVIDAD NECESARIA	2 MESES	ESTUDIOS TECNICOS Y ORGANIZACIÓN DEL AREA	\$ 2 MILLONES
GESTION DEL CONOCIMIENTO Y BIENESTAR SOCIAL AL USUARIO	MEJORAMIENTO DE LOS PROCESOS DE SATISFACCION	CALIDAD DEL SERVICIO INTEGRAL	CONTRATACION EXTERNA	A TODOS LOS RESPONSABLES	REORGANIZACION FUNCIONAL DE SIAU Y BIENESTAR SOCIAL	6 MESES	JORNADAS TECNICAS	\$5 MILLONES

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El **Sistema de Seguridad social Integral** vigente en Colombia, fue instituido por la **Ley 100 de 1993** y reúne de manera coordinada un conjunto de entidades, normas y procedimientos a los cuales podrán tener acceso las personas y la comunidad con el fin principal de garantizar una calidad de vida que este acorde con la dignidad humana, haciendo parte del **Sistema de Protección Social** junto con políticas, normas y procedimientos de protección laboral y asistencia social. Esta dignidad humana se materializa en la calidad del servicio de salud.

La IPS CISADDE ha venido prestando un servicio quijotesco a los discapacitados y población más pobre, lo cual a pesar de todas las dificultades busca cada día a través del mejoramiento continuo y el compromiso de su recurso humano garantizar una mayor satisfacción y calidad del servicio.

En la IPS CISADDE la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión, no tiene razón de ser si no va acompañada a actividades que generen satisfacción de dichos usuarios.

La Diferencia entre garantía de la calidad en salud que es cumplir con las condiciones técnico científicas normativas haciendo los ajustes pertinentes a los hallazgos encontrados en el presente trabajo y evaluación es directamente proporcional a los resultados dados en la encuesta de satisfacción del usuario el cual esta medio satisfecho según las respuestas dadas en general y es menester resolverlos en el tablero de control para generar un respeto hacia el usuario como factor fundamental de la calidad del servicio, donde el sea el mayor ganador y su

satisfacción es directamente proporcional a la del talento humano que lo atiende día a día.

BIBLIOGRAFÍA.

- Ω Fernández Bossio Nélide, Programa de Educación a distancia, fascículo N° 1 “Nuevas formas de Organización y Financiación de La Salud.
- Ω CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ministerio de la Protección Social. Ley 100 de 1993 que regula el Sistema de Seguridad Social Integral.
- Ω CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ministerio de Educación Nacional. Ley 528 de 1999, que Reglamenta el ejercicio de la profesión de Fisioterapeuta.
- Ω CONGRESO DE LA REPÚBLICA Ley 1090 de 2006, artículo 3º: Ejercicio de la profesión de Psicología.
- Ω 4º Foro del Sistema de Salud en Colombia: desafíos y oportunidades para la formación del talento humano en salud.
- Ω MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 1011 de abril 3 de 2006: Registro especial de prestadores de salud (REPSS) en el marco de garantía de calidad obligatorio para la prestación de servicios de salud.
- Ω MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 2309 de 2002: IPS: Grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud.
- Ω PEDRAZA CASTILLO, Martha y otros. Diseño de un plan de negocios para la creación de una IPS de segundo nivel en Anapoima (Cundinamarca). Universidad EAN. Bogotá.2011.
- Ω KERGUELEN BOTERO, Carlos Alfonso. Calidad en Salud en Colombia: Los principios. Editorial Script Ltda. Bogotá D.C, 2008, 233 p.
- Ω REPÚBLICA DE COLOMBIA. Consejo de la Judicatura. Constitución Política de Colombia 1991, Artículo 48: Definición de la seguridad social en Colombia.

Ω Miller, J. F. (1988). The development asynchrony of lenguaje development in children of Down syndrome. En L. Nadel (Ed.), the psychobiology of Down syndrome. Cambridge, MA: MIT Press.

ANEXO No. 1

ENCUESTA DE SATISFACCION DEL SERVICIO

INSTRUCCIONES

Queremos conocer qué piensa usted de la atención recibida durante el primer semestre de 2014 en la I.P.S Medicina Integral Centro de Integración Sensorial para el Autismo y Desordenes del Desarrollo – CISADDE.

Para esto le voy a leer una serie de afirmaciones. Usted debe decirme en qué grado está de acuerdo o en desacuerdo con la misma, calificando de 1 a 7, donde 1 es fuertemente en desacuerdo y 7 es fuertemente de acuerdo.

Qué tan de acuerdo está con las siguientes afirmaciones:

CONFIABILIDAD		Califique						
		1	2	3	4	5	6	7
1	Cuando le han quedado de entregar ordenes, resultados de exámenes, informes de avance, entre otros, le hacen la entrega en el tiempo acordado.							
2	le informan oportunamente sobre cambios en la atención o servicios que prestan en la IPS							
3	cuando ha tenido problemas relacionado con los servicios de Fisioterapia o psicología, la IPS muestra interés sincero por resolverlo							
RESPONSABILIDAD		1	2	3	4	5	6	7
1	El tiempo de espera desde que llega a LA IPS hasta que lo atienden en el servicio de Fisioterapia es corto							
2	El tiempo de espera desde que llega a LA IPS hasta que lo atienden en el servicio de psicología es corto							
3	La disposición de los funcionarios de la IPS, para resolver sus preguntas o inquietudes, y para satisfacer su necesidad de							

	atención en los servicios de Fisioterapia y psicología fue apropiada							
SEGUIRIDAD		1	2	3	4	5	6	7
1	Las explicaciones dadas por el personal de salud del servicio de fisioterapia, sobre la enfermedad, Tratamiento, cuidado en casa fueron suficientes.							
2	Las explicaciones dadas por el personal de salud del servicio de psicología, sobre la enfermedad, Tratamiento, cuidado en casa fueron suficientes.							
3	El comportamiento de los funcionarios de la IPS le inspira confianza							
4	La solución dada por los terapeutas otros empleados del servicio de fisioterapia , a sus necesidades de salud fue apropiada							
5	La solución dada por los psicólogos otros empleados del servicio de psicología , a sus necesidades de salud fue apropiada							
EMPATIA		1	2	3	4	5	6	7
1	La comprensión de los empleados del servicio de fisioterapia, frente a sus necesidades y sentimientos, fue excelente							
2	La comprensión de los empleados del servicio de psicología, frente a sus necesidades y sentimientos, fue excelente							
3	el trato que le brindaron todos los funcionarios de la IPS fue excelente							
4	existe un espacio formal para que sus quejas, peticiones y sugerencias sean escuchadas							
PLANTA FISICA Y DOTACION		1	2	3	4	5	6	7
1	Las instalaciones físicas (edificio en general - paredes,							

	puertas, ventanas de salas de espera, consultorios, pasillos, etc.) de la IPS, están bien cuidadas								
2	La limpieza de las instalaciones físicas (el edificio) de la IPS, así como de camillas, camas y silletería, es excelente								
3	La presentación personal de los empleados de la IPS es adecuada								
4	la cantidad de enseres, Sillas, camillas y demás elementos para la atención en el servicio de Fisioterapia son suficientes								
5	el espacio para la atención del Servicio de psicología facilita la confidencialidad del paciente								

Muchas gracias por su colaboración.