

**GERENCIAMIENTO DE LA CALIDAD Y SATISFACCIÓN AL CLIENTE EN EL ÁREA
DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE DURANTE EL
PRIMER TRIMESTRE DE 2013**

**NUBIA PADILLA
SORAYA PÁJARO**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
ESPECIALIZACIÓN EN GESTION GERENCIAL
CARTAGENA DE INDIAS D. T. y C.**

2014

**GERENCIAMIENTO DE LA CALIDAD Y SATISFACCIÓN AL CLIENTE EN EL ÁREA
DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE DURANTE EL
PRIMER TRIMESTRE DE 2013**

**NUBIA PADILLA
SORAYA PÁJARO**

**Trabajo de Grado Presentado como Requisito Parcial para Optar el Título de Especialista
en Gestión Gerencial**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
ESPECIALIZACIÓN EN GESTION GERENCIAL
CARTAGENA DE INDIAS D. T. y C.**

2014

Nota de aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Arjona (Bolívar), Abril de 2014.

DEDICATORIA

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

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

Las Autoras.

AGRADECIMIENTOS

Damos los más sinceros agradecimientos y reconocimientos:

A la Universidad de Cartagena, por la magnífica posibilidad de enriquecer nuestro quehacer profesional a través de la Especialización en Gerencia de los Servicios de Salud.

A la profesora, asesora del estudio, quien nos orientó acertadamente con valiosos conocimientos vertidos al éxito de la labor investigativa.

A la Gerencia de la ESE Hospital Universitario del Caribe y al Área de Urgencias, quienes se vincularon activamente a la realización del proyecto.

A todas aquellas personas que de una u otra forma contribuyeron para que esta investigación culminase satisfactoriamente.

Las Autoras.

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	12
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	15
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	21
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	21
1.4 OBJETIVOS.....	24
1.4.1 Objetivo general.....	24
1.4.2 Objetivos específicos.....	24
1.5 DELIMITACIÓN.....	24
1.5.1 Espacial.....	24
1.5.2 Temporal.....	25
2. MARCO DE REFERENCIA	26
2.1. ESTADO DEL ARTE.....	26
2.2 MARCO TEÓRICO.....	33
2.3 MARCO LEGAL.....	47
2.4. MARCO CONCEPTUAL.....	56
3. DISEÑO METODOLÓGICO.....	58
3.1 TIPO DE ESTUDIO.....	58
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	58
3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	60
3.4 ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	60
4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.....	65
4.1 RECURSOS.....	65

4.2 PRESUPUESTO.....	65
4.3 CRONOGRAMA.....	66
CAPÍTULO I. LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE URGENCIAS DEL HUC	68
1.1 DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE URGENCIAS.....	68
1.2 PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS.....	72
1.3 RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A USUARIOS.....	68
1.4 RESULTADOS DE LA ENTREVISTA A FUNCIONARIOS DE URGENCIAS...	121
CAPÍTULO II. LOS SERVICIOS DE URGENCIA DESDE EL MODELO GERENCIAL PARA EL ASEGURAMIENTO Y GARANTÍA DE LA CALIDAD.....	125
2.1 HABILITACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS.....	125
2.2 GERENCIAMIENTO DEL ÁREA DE URGENCIAS.....	136
2.3 GARANTÍA DE LA CALIDAD.....	141
CAPÍTULO III. INSTRUMENTOS Y SISTEMAS DE MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO.....	147
3.1 INSTRUMENTO PARA LA MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN AL USUARIO.....	147
3.2 INSTRUMENTO DE VERIFICACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS.....	150
CAPÍTULO IV. PLAN DE MEJORAMIENTO DESDE LA EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO PARA EL GERENCIAMIENTO DE LA CALIDAD EN EL ÁREA DE URGENCIAS DE LA ESE HUC	170
CONCLUSIONES	189

RECOMENDACIONES 192

BIBLIOGRAFÍA..... 193

ANEXOS.....

LISTA DE CUADROS

	pág.
Cuadro 1. Indicadores, líneas de base y metas del Plan Distrital de Salud 2008-2011	16
Cuadro 2. Población y muestra de investigación	59
Cuadro 3. Operacionalización de variables	62
Cuadro 4. Presupuesto	66
Cuadro 5. Cronograma	67
Cuadro 6. Procesos y procedimientos Urgencias	72
Cuadro 7. Comparativo de satisfacción entre usuarios de EPS Contributivas y Subsidiadas	116
Cuadro 8. Resultados en la verificación de habilitación de servicios Unidad de Urgencias	130
Cuadro 9. Encuesta de Satisfacción del Usuario (Satisfaction User Questionnaire)	148
Cuadro 10. Lista de chequeo	150
Cuadro 11. Plan de mejoramiento	174

LISTA DE GRÁFICOS

	pág.
Gráfico 1. El servicio prestado por la persona encargada de priorizar la atención a recibir con base en triage	96
Gráfico 2. El servicio prestado por la persona de Admisiones.....	98
Gráfico 3. La permanencia en sala de espera	99
Gráfico 4. La oportunidad de la atención asignada.....	100
Gráfico 5. Se siente satisfecho con la claridad con que le explicaron sobre su problema de salud y el tratamiento planteado	103
Gráfico 6. Cómo le pareció la atención recibida por el personal médico y de enfermería.....	105
Gráfico 7. Sintió que su atención en el servicio, se dio en condiciones de privacidad	107
Gráfico 8. Durante el proceso de atención siente que ha mejorado su estado o molestia de salud que lo llevó a acudir al servicio	108
Gráfico 9. La ubicación y acceso del servicio de urgencia de la ESE Hospital Universitario del Caribe	110
Gráfico 10. La limpieza general del consultorio	111
Gráfico 11. El paciente viene referido de alguna otra institución	113
Gráfico 12. Tipo de traslado que se usó	114
Gráfico 13. El tipo de seguridad social del paciente	115
Gráfico 14. La presentación personal de todos los funcionarios.....	116
Gráfico 15. ¿Cómo se siente en general con el servicio recibido.....	117

LISTA DE ANEXOS

	pág.
ANEXO A. INDICADORES DE CALIDAD.....	195
ANEXO B. ENTREVISTA A DIRECTOR O SUBGERENTE ÁREA DE URGENCIAS	199
ANEXO C. ENCUESTA A FUNCIONARIOS.....	202
ANEXO D. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO.....	208

INTRODUCCIÓN

Los nuevos enfoques de gerencia en salud sobre la satisfacción del usuario exponen que brindar calidad, significa corresponder a las expectativas de los usuarios, razón por la cual, el hecho de no brindar una atención de calidad, trae consigo problemas para los usuarios, ya que se van a sentir insatisfechos con la atención recibida y esto puede traer consecuencias en su estado de salud, generando tratamientos más largos, hospitalizaciones más prolongadas y por ende mayor inconformidad, relacionándose esta última con la imagen y economía de las instituciones de salud.

Por lo general, los usuarios llegan a la institución de salud en busca de ayuda, de atención oportuna, pero desafortunadamente muchos de ellos no lo consiguen. En los últimos tiempos se ha visto que las competencias administrativas que se le han otorgado a los administradores de la salud, hacen que de una u otra forma deban integrar la calidad en los servicios con las prácticas de gestión que constituyen su quehacer profesional y laboral, para así lograr la satisfacción del usuario.

Los servicios de urgencias de las instituciones de salud, a raíz de la creciente demanda de pacientes, hacen que la exigencia en cuanto a los servicios que prestan se incremente cada vez más, generando un mayor reto para la oferta de servicios con calidad y completa satisfacción del usuario.

El informe se estructuró en torno a 9 capítulos que corresponden básicamente a las etapas del proceso investigativo seguido. En el primer capítulo se da cuenta de las situaciones problemáticas respecto a la atención en el área de urgencias de la institución hospitalaria seleccionada, destacado aquellos factores que afectan el cumplimiento de las condiciones de calidad en el área y su repercusión sobre la satisfacción de los usuarios.

En la segunda parte se presentan las razones de importancia, pertinencia, relevancia e impacto que tiene la investigación en aspectos como la construcción de conocimientos, el aporte al debate

disciplinar, la contribución institucional y social al logro de servicios de salud con calidad a toda la población.

En la tercera parte se formulan los objetivos de la investigación, partiendo de las condiciones de habilitación, técnicas, humanas, tecnológicas y de gestión para el mejoramiento continuo y la satisfacción del usuario. Para lograrlo, se pusieron en marcha varias acciones específicas, a través de las cuales se fueron agotando las etapas del proceso investigativo, en especial las de verificación, análisis, valoración y replanteamiento de la problemática.

En la cuarta parte se delimita espacial y temporalmente la investigación, lo cual es muy importante para alcanzar una comprensión integral del contexto en que se desarrolla la problemática y las acciones planteadas para dar respuesta a la misma.

En la quinta parte se desarrolla el marco referencial, el cual contiene los antecedentes históricos e investigativos para la generación de un estado del arte sobre la problemática de la gestión de calidad en los servicios de salud a nivel internacional, del país y la región.

De igual forma, esta parte incluye el marco teórico en el que se abordan los postulados más importantes en el área de gestión de la calidad, servicios de salud y mejoramiento continuo de la atención al usuario. Partiendo del sistema de referencia se ofrece un marco conceptual que clarifica las relaciones entre términos claves dentro de la investigación, el cual da paso posteriormente al marco institucional, señalando las características de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario del Caribe y el marco legal, para especificar las disposiciones normativas en las que se apoya el proceso de gestión de la calidad en los servicios de salud.

La sexta parte corresponde al diseño metodológico, en el cual se especifican el tipo de investigación, los elementos poblacionales y muestrales, así como las técnicas e instrumentos de recolección de información que se aplican y los mecanismos de análisis y procesamiento estadístico de la información, mientras que la operacionalización de variables muestra los aspectos esenciales de indagación sobre el problema.

En la séptima parte son indicados los aspectos administrativos del proyecto que corresponden a los recursos institucionales, humanos, técnicos y financieros dispuestos para la realización de la investigación. El cronograma detalla la distribución del tiempo en el proyecto.

Los resultados de la investigación son presentados en la parte octava, mostrando los principales hallazgos de la encuesta de satisfacción a los usuarios del servicio de urgencias. Los resultados investigativos están organizados siguiendo una secuencia progresiva en cuanto al nivel de complejidad e importancia de la información y en correspondencia con el logro de los objetivos trazados.

En la parte nueve se ofrece el plan de mejoramiento del área de urgencias de la ESE HUC. Este plan constituye la respuesta posible a la problemática detectada y una alternativa de mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de los servicios de salud, buscando una adecuada satisfacción de los usuarios y el mayor desarrollo institucional.

Finalmente, se relacionan las conclusiones y recomendaciones de la investigación, mostrando los aspectos más relevantes de la satisfacción a los usuarios como dimensión esencial en el desarrollo de los procesos de atención en salud y su correspondencia con la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La política del sector salud está enmarcada dentro del Sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) creado por la Ley 100 de 1993. El SGSSS apunta hacia el logro de mayor equidad, solidaridad y calidad. El sistema contempla, por un lado, la cobertura de riesgos mediante el aseguramiento y, por el otro, el acceso y la mayor utilización de los servicios de salud. El Gobierno Nacional está comprometido con la profundización del SGSSS, en general, y con la expansión de la seguridad social, en particular. El aumento de la cobertura de aseguramiento ha sido el principal logro del SGSSS. Así, entre 1992 y 1997, el sistema presentó una expansión notable, pasando de 8,9 millones a 22,0 millones de afiliados. La ampliación de los beneficios al grupo familiar y el acceso al régimen subsidiado fueron los factores determinantes del incremento en la afiliación. Los avances más significativos se dieron en términos de equidad: el 20% más pobre de la población amplió su cobertura de 4,2% al 43,1%¹.

A partir de la aprobación de la Ley 100, el gasto público en salud pasó de 3,5% del PIB en 1993 a 4,5% en el año 2000. En el mismo periodo, el gasto total creció de 7,1% del producto a 8,2%. Pero a pesar de los nuevos recursos, el SGSSS presenta problemas financieros tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado y en los prestadores de servicios. Los principales problemas del régimen contributivo tienen que ver con los altos niveles de evasión y elusión (cerca de 36%) y las deficiencias en los mecanismos de recaudo. Adicionalmente, la crisis económica ocasionó una caída en el número de cotizantes y un aumento en la densidad familiar.

El régimen subsidiado también ha sido afectado por la crisis, lo que ha limitado la ampliación de la cobertura y puesto en peligro la sostenibilidad del mismo. Igualmente, la asignación del gasto, que muchas veces privilegia el gasto institucional de los hospitales públicos, ha afectado las metas de ampliación de cobertura. Los hospitales públicos vienen acumulando grandes pasivos

1

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. *Análisis sectorial 2004*. Bogotá: MPS, 2005, p. 78.

como consecuencia de problemas internos de organización y gestión. Entre los principales pasivos se cuentan las obligaciones laborales, las deudas con proveedores de bienes y servicios y las obligaciones financieras. Con posterioridad a la aprobación de la Ley 100 de 1993, los ingresos y los gastos de los hospitales públicos se incrementaron en términos reales. Mientras el total de ingresos de los hospitales creció 108% entre 1994 y 2000, el total de gastos creció 155% durante el mismo periodo. El déficit de los hospitales públicos comenzó a crecer a partir de 1996. Desde entonces, la brecha entre ingresos y gastos se ha ampliado de manera sistemática².

Por otra parte, para comprender la problemática actual del sistema de salud distrital, así como las perspectivas y posibilidades de solución futuras, es necesario caracterizar el escenario sociodemográfico, institucional y evolutivo de la atención en salud. La población de Cartagena para el año 2007 teniendo en cuenta el censo del 2005 se estimó en 912.674 habitantes, de los cuales el 47.6 % corresponde al sexo masculino y el 52.4 % al sexo femenino; el 92.3 % tiene asiento en el casco urbano y el 7.7 % en la zona rural: el grupo de población comprendida entre los rangos 15 – 44 corresponden al 47.3 % de la población de Cartagena lo que señala que es una población joven³.

El Plan Distrital de Salud 2008-2011: “*Por una sola Cartagena Saludable*”: muestra los siguientes indicadores:

Cuadro 1. Indicadores, líneas de base y metas del Plan Distrital de Salud 2008-2011

Indicadores	Línea de base	Meta cuatr.
% población pobre y vulnerable afiliada al	57.63%	100%

2

Ibíd., p. 79.

3

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Resultados Censo General 2005*. Bogotá: DANE, 2006, p. 117.

Régimen Subsidiado		
Porcentaje de demanda de servicios atendida (incluye servicios del POS para la población vinculada y lo no cubiertos por el POSs de la población afiliada al Régimen Subsidiado)	60%	96%

Fuente: Plan de Desarrollo Distrital 2008-2011

En esta investigación se delimita como espacio la Empresa Social del Estado Hospital Universitario del Caribe, institución hospitalaria de tercer nivel. De conformidad con lo dispuesto por la Ordenanza número 895 del 29 de Diciembre de 2004, la Empresa Social del Estado Hospital Universitario del Caribe, es una Entidad Especial de carácter público descentralizada del orden Departamental, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, sometida al régimen jurídico previsto en los artículos 194, 195 y 197 de la Ley 100 de 1993, sus Decretos Reglamentarios y por el derecho privado en lo que se refiere a contratación. La E.S.E. Hospital Universitario Del Caribe, está adscrita a la Secretaría de Salud del Departamento de Bolívar, de conformidad al artículo 20 del Decreto 1876 de 1994.

La Empresa Social del Estado Hospital Universitario del Caribe, tiene por objeto prestar con el carácter de servicio público a cargo del Estado, los servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, de mediana y alta complejidad en el territorio de influencia de los municipios de Bolívar y el Distrito de Cartagena. De igual forma en cumplimiento de los preceptos señalados por la Ley para la categorización de Hospital Universitario, la Empresa Social del Estado Hospital Universitario del Caribe definirá como política de la prestación de los servicios, la celebración de convenios docente asistenciales, los cuales en esencia se orientarán a fortalecer de manera prioritaria, la gestión educativa de la Universidad de Cartagena. En desarrollo de este objeto podrá brindar servicios a municipios y/o departamentos de todo el País.

Tiene como principios básicos la eficiencia y la calidad. La Eficiencia, definida como la mejor utilización de los recursos, técnicos, materiales, humanos y financieros con el fin de mejorar las condiciones de salud de la población atendida y la Calidad, relacionada con la atención efectiva,

oportuna, personalizada, humanizada, continua, de acuerdo con estándares aceptados sobre procedimientos Científico – Técnicos y Administrativos y mediante la utilización de la tecnología apropiada, de acuerdo con los requerimientos de los servicios de salud que ofrece y de las normas vigentes sobre la materia.

Desde esta perspectiva, se entiende como una necesidad no satisfecha la construcción de un "Sistema Integrado de Gestión para la Calidad en el área de Urgencias" que contemple los componentes de calidad y satisfacción del cliente en la Organización para garantizar el logro de sus objetivos.

Los procesos de la alta dirección son los encargados de planear estratégicamente la organización y de determinar su política y objetivos de calidad, en coherencia con la política y objetivos corporativos, incluidos los que a control interno se refieren, definidos para satisfacer su norte estratégico, además de garantizar el compromiso al más alto nivel de la organización con la causa emprendida y con el desempeño del Sistema Integrado de Gestión de Calidad conforme a la planeación del mismo.

La "materialización" de esas estrategias y objetivos se efectúa a través de los procesos, por eso es necesario garantizar que el sistema cuente de forma permanente con los recursos humanos, los equipos y los servicios de apoyo necesarios para llevar a la ejecución el "qué" de la organización.

La estructura de procesos a través de la cual se materializan las estrategias y objetivos de la organización debe estar apoyada por las personas y los grupos en interacción que la conforman, los cuales se ven afectados por sus propios sentimientos, expectativas, actitudes, etc. Es por esto que cada sistema tiene su propia "cultura", y es precisamente sobre ella que tiene que trabajar la organización a fin de comprometerla con el logro de los objetivos. Es la estructura de procesos la que determina la estructura organizacional, la cual, en sentido formal, se establece por medio del organigrama, a través del cual se determinan los patrones de autoridad, comunicación y flujos de trabajo.

Los procesos de medición, análisis y mejora, son los encargados de verificar que la ejecución del "qué" de la organización responda al mismo, es decir, de verificar que la ejecución se haya llevado a cabo de acuerdo a lo planeado; y en caso de no ser así, de tomar las acciones necesarias para ajustar los procesos.

Los Sistemas Integrados de Gestión de Calidad animan a las organizaciones, por un lado, a entender las necesidades y expectativas de los clientes y a definir procesos que contribuyan al logro de las mismas, y por otro, a procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas u objetivos previstos.

Ambos sistemas, el de calidad y el de gestión del usuario, son dinámicos y deben actuar de manera lógica y coordinada a fin de garantizar que los productos y/o servicios entregados a los clientes cumplen con los "requisitos" de calidad, y son elaborados bajo los estándares de efectividad y eficiencia operacional, de confiabilidad de la información y de cumplimiento de las políticas, leyes y normas, establecidos por la organización.

Para implantar, auditar, certificar y mejorar los procesos de una organización es necesario contar con la documentación que describe el diseño y el comportamiento de las prácticas empresariales. La implementación de un Sistema Integrado de Gerenciamiento de la Calidad implica grandes cambios al interior de la Organización. En la medida que los cambios se vuelven un factor permanente y acelerado, la adaptabilidad del individuo organizacional a ellos resulta cada vez más determinante en la supervivencia de la empresa.

Sin embargo, el área de Urgencias de la ESE Hospital Universitario del Caribe carece de un instrumento confiable para la medición de la satisfacción de los usuarios y, junto con este déficit, no se han planteado mecanismos para la incorporación de la información que pudiera obtenerse, con los procesos de gerenciamiento requeridos para el mejoramiento de la atención a la población demandante de los servicios de salud.

Además, las no conformidades generadas y la insatisfacción que manifiestan muchos usuarios

que acuden a urgencias, hacen imperiosa la construcción de un modelo de gerenciamiento de la calidad en el área que se oriente hacia la mejora continua de los procesos de atención, disponiendo de las herramientas estratégicas, recursos y acciones que proporcionen un entorno propicio para el logro y aplicación de los estándares del SOGC.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Qué nivel de satisfacción al cliente se logró en el área de urgencias de la ESE Hospital Universitario del Caribe, de Cartagena, durante el primer trimestre de 2013, y cómo puede orientarse hacia su integración con el gerenciamiento del proceso de gestión y mejora continua de la calidad bajo los parámetros del SOGC?

1.3 JUSTIFICACIÓN

La presente investigación responde a la necesidad de generar un conocimiento válido y significativo acerca de los procesos de gestión y mejora de la calidad en salud a partir de la satisfacción del usuario con la atención que recibe; reconociendo que actualmente se presentan múltiples falencias y dificultades para ofrecer una atención totalmente satisfactoria a los usuarios y que se corresponda con los horizontes de proyección institucional y las expectativas sociales en torno al sistema de salud público. Igualmente, la investigación se ubica en el recorrido de un estado del arte que muestra cómo desde las últimas décadas del siglo XX y principios del siglo XXI, se aborda la temática de la gestión y el mejoramiento de la calidad en los servicios de salud como una preocupación recurrente.

De allí que, en el afán por mejorar la calidad de la atención de los sistemas de salud se deba proporcionar un modelo y un plan de mejoramiento institucional que atienda de manera adecuada a las necesidades y exigencias de la prestación de los servicios. Lo anteriormente mencionado, demuestra la importancia que tiene, conocer las percepciones de los usuarios acerca de los procesos de prestación eficiente de servicios, los sistemas de gestión, aspectos organizacionales y demás componentes institucionales.

Con base en lo anterior, se considera que la satisfacción del usuario es uno de los aspectos que en términos de evaluación de los servicios de salud y calidad de atención, ha venido cobrando mayor atención, siendo considerada desde hace poco más de una década uno de los ejes de evaluación de servicios de salud.

Si bien es cierto existe un intenso debate en cuanto a su concepción y metodologías de medición, también es destacable la relevancia de la visión de los usuarios sobre los servicios como un elemento clave en la mejoría de la organización y provisión de los servicios de salud.

De hecho, la satisfacción del usuario es considerada como una respuesta actitudinal y de juicio de valor que el cliente del servicio construye, producto de su encuentro e interacción con el servicio.

El estudio del grado de satisfacción de los pacientes o usuarios de los servicios de salud, tiene mucha importancia como criterio de evaluación de la atención prestada y es útil para quienes deben ejercer las funciones de administración, regulación y financiamiento de las instituciones de salud. Lo que está en cuestión es cómo asegurar la mayor productividad, eficiencia, calidad y nivel de satisfacción permitiendo la mejora continua de la calidad.

El proyecto representa, así, un esfuerzo de tipo académico, procedimental y técnico a través del cual se concretan los conocimientos y las capacidades de gestión del futuro Especialista en gerencia y proporciona, además, el marco específico de desarrollo de un trabajo investigativo de aplicación que beneficia a la Empresa, a la Universidad y, a través de ambas, a la sociedad en su conjunto.

En cuanto a los aportes de la investigación, en primer lugar, el estudio permite obtener un mapa o esquema analítico de los factores claves de satisfacción en los usuarios de los servicios de Urgencias en la ESE Hospital Universitario del Caribe, a través del cual se pueden identificar, valorar y re-direccionar procesos y procedimientos de atención buscando el mayor grado de adecuación entre la calidad esperada y el resultado obtenido por el paciente/usuario.

En segunda instancia, se logran identificar los niveles de incidencia de los procesos y recursos institucionales sobre la satisfacción del usuario en la E.S.E. HUC, lo que significa una mirada integrada de cómo se satisface al usuario generando valor para la entidad en su posicionamiento y desarrollo estratégico, enfoque que está acorde con las últimas orientaciones sobre mejoramiento de la calidad en los servicios de salud.

En tercer lugar, es significativo el proyecto investigativo en torno a definir los protocolos de atención al usuario teniendo en cuenta la flexibilidad y variabilidad de la demanda de servicios de urgencias, dotando a la institución de un modelo eficiente de atención a la población beneficiaria.

Como cuarto, tiene amplio impacto el lograr la aplicación de los modelos gerenciales de aseguramiento y garantía de la calidad, adoptados a nivel nacional y con proyección a los estándares internacionales en salud, lo que se traduce en satisfacción de los usuarios y consolidación de la institución dentro del mercado de la salud.

Finalmente, los resultados en materia investigativa favorecerán la definición de la ruta crítica para el cambio y posterior afirmación de las políticas de calidad institucionales que propendan por alcanzar la satisfacción del usuario con atención a sus necesidades de información y comunicación, oportunidad y universalidad de la atención, garantía de derechos y equidad.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo general. Evaluar los niveles de satisfacción del cliente en el área de Urgencias de la ESE Hospital Universitario del Caribe, Cartagena, durante el primer trimestre de 2013, en relación con los elementos constitutivos del SOGC, orientándolos hacia la incorporación de un modelo de gerenciamiento de procesos y mejora continua para la satisfacción del usuario en la prestación de servicios de salud.

1.4.2 Objetivos específicos.

- 1) Identificar los aspectos con mayor incidencia en la satisfacción del usuario en el área de Urgencias de la E.S.E. HUC, en el primer trimestre de 2013.
- 2) Analizar los parámetros de valoración de la satisfacción del usuario en relación con la demanda de servicios de salud y la aplicación de los modelos gerenciales de aseguramiento y garantía de la calidad.
- 3) Diseñar un instrumento estándar de información sobre la satisfacción del usuario de urgencias, que permita la captura, procesamiento, análisis y utilización de las medidas de calidad en la prestación del servicio.
- 4) Diseñar un plan de mejoramiento dentro del proceso de evaluación de la satisfacción del usuario como estrategia del modelo de gerenciamiento de la calidad en el área de Urgencias de la ESE HUC.

1.5 DELIMITACIÓN

1.5.1 Espacial. La investigación se desarrolla en la ESE Hospital Universitario del Caribe, ubicada en la ciudad de Cartagena, Departamento de Bolívar; más específicamente en el área de Urgencias de esta entidad de salud.

1.5.2 Temporal. La investigación se realiza en el período correspondiente al primer trimestre del año 2013, comprendiendo los meses de enero, febrero y marzo (2013). Este lapso se considera pertinente para la realización de las actividades investigativas y la obtención de resultados significativos.

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1 ESTADO DEL ARTE

En Colombia, la historia de la seguridad social se parte en dos después del 23 de diciembre de 1993: antes y después de la ley 100 de 1993 reformada posteriormente por la ley 1122 de 2007 y la ley 1438 de 2011. Esta establece el sistema de seguridad social integral en Colombia, que garantiza “los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afectan”.

Los servicios públicos comprenden una gran variedad de éstos. Como educación, salud, telefonía fija, energía, en cualquier caso de servicio público al que se refiera, existe consenso acerca de la importancia de complementar sistemas de garantía y de evaluación de la calidad de aquello. Este consenso se justifica a partir de las ventajas que puede aportar para ser más competitivos en un mercado recientemente privatizado y globalizado donde permanecerán aquellas firmas con ventajas competitivas entradas fundamentalmente en la calidad de bienes o servicios, innovación, eficiencia y superior capacidad de satisfacer al cliente.

De otra parte la implementación de sistemas de garantía de la calidad en la administración pública se justifica a partir de las ventajas que puede aportar como medio para asegurar el futuro, para reducir el déficit, para mejorar el servicio al cliente interno y al externo, para integrar al usuario en la organización, para mejorar su imagen, para ser más competitivos, y para mejorar la gestión.

La reforma a la salud colombiana, concretizada en la Ley 100 de 1993, pretende, entre otros objetivos fundamentales, brindar una atención en salud de óptima calidad a los usuarios del nuevo sistema, atención que tradicionalmente se ha evaluado de manera negativa tanto por los usuarios como por los proveedores del servicio. Para ello ha establecido los parámetros que la definen y ha creado los respectivos mecanismos de control para garantizarla.

La seguridad social integral en Colombia se define como el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, que dispone la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, en especial las que menoscaban la salud y la capacidad económica de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.

Para lograrlo, se ha incluido dentro de los principios de la seguridad social la eficiencia, entendida ésta como la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social, sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente.

Dentro de estos beneficios está el servicio público de salud, regido bajo nueve fundamentos, entre los cuales está la calidad en la atención, que debe ser garantizada por las instituciones de salud a los usuarios, con el establecimiento de mecanismos que haga de ésta un servicio oportuno, personalizado, humanizado, integral y continuo y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional.

Con lo anterior, las instituciones de salud del país tienen hoy más que nunca la responsabilidad de establecer las herramientas que propicien la evaluación de la atención de los servicios de salud, respondiendo efectivamente a las metas de salud y al reto de la competitividad; sin embargo, son escasos los logros en este campo, por la ausencia de metodologías prácticas y sencillas que puedan aplicarse a todas las instituciones, y mejor aún, que puedan ser utilizadas de manera específica a los diferentes servicios o unidades funcionales que conforman la atención en salud.

La definición y medición del servicio todavía hoy resulta bastante compleja, pues aún no existe consenso en cuanto a la definición. Además las escalas de medición de la calidad son discutidas de manera abundante en la literatura del marketing de servicios. A estas dificultades se suman las características diferenciales de los servicios (heterogeneidad, intangibilidad e inseparabilidad). En principio hay dos formas básicas de concebir la calidad: una, desde el punto de vista del oferente

del servicio como adaptación a las especificaciones establecidas para la prestación, y otra desde la perspectiva del cliente.

La visión de la calidad desde la perspectiva del cliente es de nuestro interés para el diseño de un instrumento de medición de la calidad del servicio. De acuerdo con el concepto anterior Parasuraman et al.(1988) y Zeithmal et al.(1988) definen la calidad como un “juicio global del consumidor relativo a la superioridad del servicio” agrega Parasuraman et a (1985) que resulta de la comparación realizada por los clientes entre las expectativas sobre el servicio que van a recibir y las percepciones de la actuación de las organizaciones prestadoras del servicio”.

El concepto de calidad aplicado a la atención médica, hace referencia a la capacidad que con distinto grado, puede tener una organización o un acto concreto de asistencia para satisfacer las necesidades de los consumidores de servicios de salud.

La definición que la Organización Mundial de la Salud (OMS) da a calidad es “alto nivel de excelencia profesional usando eficientemente los recursos con un mínimo de riesgos para el paciente, para lograr un alto grado de satisfacción por parte de éste y produciendo un impacto final positivo en salud”.

Es en este sentido que se considera la variable “satisfacción del usuario” como un aspecto fundamental de medición de la calidad e implica una experiencia racional o cognoscitiva, derivada de la comparación entre las expectativas y el comportamiento del producto o servicio y está subordinada a numerosos factores como las expectativas, valores morales, culturales, necesidades personales y la propia organización del sistema de salud.

Estos elementos condicionan que la satisfacción sea diferente para distintas personas y para la misma persona en diferentes circunstancias. El objetivo de los servicios de salud es satisfacer las necesidades de sus usuarios, y el análisis de la satisfacción es un instrumento de medida de la calidad de atención. Esta medición permite tener en cuenta las necesidades y expectativas del usuario a la hora de tomar decisiones (Relman, 1988).

La importancia de la medición de la satisfacción del usuario ha sido demostrada en diferentes estudios por su estrecha relación con elementos como el cumplimiento en el tratamiento y la mejora en el estado de salud, tal como lo demuestran investigadores como Yancy (2007), McKinley (1997) y Ross (1995). En virtud de lo anterior, el mejoramiento continuo (MCC) es una filosofía y un sistema gerencial que involucra a los gerentes, a los demás directivos y a los profesionales de la salud en el mejoramiento continuo de los procesos, para alcanzar mejores resultados en la atención de sus clientes/usuarios y sus familias.

Este sistema mira a la organización con enfoque sistémico y entiende la atención en salud que esta brinda como un continuo clínico administrativo cuya finalidad es alcanzar resultados de la atención en salud ofrecida al paciente introduce métodos estadísticos y herramientas gerenciales que reducen la utilización inadecuada de los recursos, la duplicidad de procesos y el trabajo innecesario. Cuando se aplica el MCC la meta es identificar, satisfacer y exceder las expectativas y necesidades de los usuarios, de sus familias, del nivel directivo, de los profesionales de la salud y de la comunidad.

Para el éxito en la implementación del MCC, la organización debe orientar sus acciones hacia los usuarios. Esta transición de los prestadores de servicios hacia el enfoque de satisfacer las necesidades de sus usuarios, implica un compromiso continuo de la organización para hablar con ellos, entenderlos, traducir esas necesidades en productos y servicios y finalmente verificar si los resultados de la atención cumplieron con sus expectativas y promover acciones de mejoramiento.

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

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

A comienzos de los años 90, el Ministerio de Salud, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, OPS, y diferentes organizaciones del sector (Ascofame, Asociación Colombiana de Hospitales, Seguro Social, Superintendencia Nacional de Salud, Centro de Gestión Hospitalaria, entre otros), elaboraron un “Manual de Acreditación de IPS”, tomando como referencia el “Manual de Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe”, publicado por la OPS en 1991.

El manual fue aplicado por el Seguro Social y por el Ministerio de Salud, el Centro de Gestión Hospitalaria e ICONTEC, en un grupo amplio de instituciones del Seguro y otras, en una prueba piloto. Posteriormente, en agosto de 1994 el Ministerio de Salud emitió el Decreto 1918, en el que se estableció la operación de un Consejo Nacional de Acreditación. Sin embargo, este decreto no fue aplicado, el tema de la Acreditación fue pospuesto y el manual no fue difundido.

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

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

organismos de Acreditación en Salud que desearan avalar su programa de Acreditación en el ámbito mundial.

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

El Sistema Único de Acreditación en Salud se reglamentó en la Resolución 1474 de 2002 como uno de los componentes del Sistema de Garantía de Calidad en Salud (SOGC) Es importante anotar que la primera reglamentación del SOGC se realizó en 1996 con la expedición del Decreto 2174 y posteriormente con el Decreto 2309 de 2002, en el que se dispone: “El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país”.

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

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

servicios de salud, las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada.

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

2.2 MARCO TEÓRICO

En Colombia, con la aprobación de la Constitución Política en 1991, se estableció que la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado, que aplica los principios de descentralización, universalidad, solidaridad, equidad, eficiencia y calidad que debe tener el servicio de salud en Colombia.

Atendiendo al espíritu de la Carta Magna, la Ley 100 de 1993 otorga una atención especial a la persona del usuario, destacándose el siguiente articulado:

Artículo 198. Información a los usuarios. Las Instituciones Prestadoras de Salud deberán garantizar un adecuado sistema de información de sus servicios y atención a los usuarios, mediante la implementación de una línea telefónica abierta con atención permanente 24 horas.

Artículo 199. Información de los usuarios. El Ministerio de Salud definirá normas de calidad y satisfacción del usuario, pudiendo establecer medidas como tiempos máximos de espera por servicios y métodos de registro en listas de espera, de acuerdo con las patologías y necesidades de atención del paciente.

Para desarrollar tan importantes disposiciones, el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud (SOGCS) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) fue creado para mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país y establece, mediante el Decreto 1011 de 2006, cuatro (4) componentes así:

- Sistema Único de Habilitación.
- Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.
- Sistema Único de Acreditación.
- Sistema de Información para la Calidad.

En este sentido, la intencionalidad de la Acreditación en Salud se desarrolla en armonía con lo establecido en el artículo 3 del Decreto 1011 del 3 de abril de 2006, el cual establece claramente que “Las acciones que desarrolle el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad - SOGCS se

orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales sólo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados”

De todas maneras se debe considerar que, aunque la ley no lo exigiera, los estudios realizados sobre la atención en salud y su evaluación de la calidad, consideran como pilares fundamentales la satisfacción del cliente, los aspectos clínicos, la contención de costos y la satisfacción del proveedor. Se identifica entonces, en atención a la solicitud legal y a la conveniencia para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en Colombia, la necesidad de un procedimiento que les permita la evaluación de la calidad del servicio prestado, específicamente en la satisfacción del usuario.

De lo anterior se deriva que la postura básica al abordar la gestión de los servicios de salud con orientación a la satisfacción del usuario y en relación con la prestación del servicio y la mejora de la calidad, sea la identificación de aspectos organizacionales y del proceso de atención que precisan ser cualificados en toda IPS. Esta perspectiva responde a la existencia de varios factores que influyen en la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud que son:

- a) factores individuales: demográficos (edad, sexo, raza), sociales (estado marital, grupo social, nivel educacional, dinámica organizacional de la comunidad, redes de participación social), económicos (nivel de ingresos, gastos), culturales (etnia, expectativas, concepciones culturales sobre los servicios de salud y el proceso salud-riesgo-enfermedad), experiencia con el servicio (desenlace del contacto previo entre el usuario y el servicio);
- b) factores familiares / sociales: experiencias con el servicio de parte de amigos, familiares, de la red social circundante, conducta y concepción del entorno familiar sobre el proceso salud-enfermedad; y
- c) factores del servicio de salud: de accesibilidad geográfica (distancia al servicio de salud) y otros dependientes de la propia organización del servicio de salud (comunicación interpersonal, tiempo de espera para la atención, eficacia de las acciones, trato y

cordialidad del personal, disponibilidad de medicamentos, confort del local, privacidad, ente otros).

La interacción entre estos factores resultan en el nivel de aceptabilidad y satisfacción; dicha interacción es compleja, ya que se trata de un aspecto de base subjetiva, es decir, basados en percepciones y experiencias (sustento psicológico). De allí que, en el afán por mejorar la calidad de la atención de los sistemas de salud se deba proporcionar un modelo y un plan de mejoramiento institucional que atienda de manera adecuada a las necesidades y exigencias de la prestación de los servicios. Lo anteriormente mencionado, demuestra la importancia que tiene, conocer las percepciones de los usuarios acerca de los procesos de prestación eficiente de servicios, los sistemas de gestión, aspectos organizacionales y demás componentes institucionales.

Con base en lo anterior, se considera que la satisfacción del usuario es uno de los aspectos que en términos de evaluación de los servicios de salud y calidad de atención, ha venido cobrando mayor atención, siendo considerada desde hace poco más de una década uno de los ejes de evaluación de servicios de salud. Si bien es cierto existe un intenso debate en cuanto a su concepción y metodologías de medición, también es destacable la relevancia de la visión de los usuarios sobre los servicios como un elemento clave en la mejoría de la organización y provisión de los servicios de salud.

De hecho, la satisfacción del usuario es considerada como una respuesta actitudinal y de juicio de valor que el cliente del servicio construye, producto de su encuentro e interacción con el servicio. El estudio del grado de satisfacción de los pacientes o usuarios de los servicios de salud, tiene mucha importancia como criterio de evaluación de la atención prestada y es útil para quienes deben ejercer las funciones de administración, regulación y financiamiento de las instituciones de salud. Lo que está en cuestión es cómo asegurar la mayor productividad, eficiencia, calidad y nivel de satisfacción permitiendo la mejora continua de la calidad.

La gran mayoría de la bibliografía investigativa existente se concentra sobre cuatro grandes enfoques: a) el significado de la satisfacción, b) las estrategias para lograr la satisfacción, c) la relación entre satisfacción del usuario y calidad y d) la evaluación de la satisfacción.

En primer lugar Hurtado y Martínez (2003) intentaron mostrar que la satisfacción del usuario es uno de los aspectos que en términos de evaluación de los servicios de salud y calidad de atención, ha venido cobrando mayor atención en materia de gestión de los sistemas e instituciones de salud. El estudio concluye que la satisfacción de los usuarios es uno de los ejes de evaluación de servicios de salud, pero aclarando que si bien es cierto existe un intenso debate en cuanto a su concepción y metodologías de medición, también es consenso la relevancia de la visión de los usuarios sobre los servicios como un elemento clave en la mejoría de la organización y provisión de los servicios de salud.

Por otra parte, Ramos (2005) da a conocer el proceso desarrollado para proponer un modelo que sirva para evaluar la calidad del servicio de una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS). El modelo propuesto ofrece una respuesta a la necesidad de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), de contar con un instrumento que cumpla con las especificaciones de una investigación científica y sistemática que arroje información confiable y útil, resultado de la medición de la percepción del servicio en sus usuarios. Junto con ello, se hace necesario para las IPS, en las condiciones actuales de competitividad, disponer de un sistema de evaluación periódico, de medición de la calidad de sus servicios y del grado de satisfacción del cliente, cuyos resultados sean base para que la institución pueda proponerse cambios para su mejoramiento integral.

En una perspectiva similar, Mendoza, Sarmiento, y Velandia, (2006) consideran que, al evaluar la calidad en los servicios de salud, la satisfacción del usuario constituye una de las variables más importantes. Señalan los autores que se han realizado avances importantes para ofrecer servicios de calidad que permitan la satisfacción del usuario, partiendo del interés por el mejoramiento de la atención médica desde su origen, y dando una valoración especial no sólo en el malestar expresado por los usuarios de los Servicios de Salud, sino también en el deseo de disminuir la desigualdad en el sistema de salud de los diferentes grupos sociales.

Apoyados en los anteriores elementos, puede decirse que el mejoramiento de la calidad en el servicio de salud consiste en elevar el nivel de atención, mediante una búsqueda continua para

mejorar. El mejoramiento de la salud exige que los gerentes, prestadores de servicios y demás miembros del personal no sólo cumplan con los estándares sino que los excedan para elevar las normas.

En correspondencia con lo anterior, Hernández (2002) considera que la calidad se puede mejorar de muchas maneras, tales como poner en vigor o modificar los estándares, fortalecer la supervisión y solicitar que los expertos técnicos vuelvan a idear un proceso. Sin embargo, el concepto de mejora de la calidad, generalmente implica un enfoque de equipo para resolver los problemas. En el mejoramiento de la calidad, las distintas instancias institucionales deben trabajar juntos para identificar y resolver los problemas que comprometen la calidad de atención. Ellos basan su toma de decisiones en datos y no en suposiciones, usando herramientas de diagnóstico, análisis y seguir un proceso sistemático.

Para que el mejoramiento de la calidad pueda tener un impacto amplio y duradero, debe formar una parte integral y esencial de la institución. Todo miembro de la organización, desde los empleados operativos hasta los líderes en el nivel más alto, deben estar convencidos de que no sólo es posible prestar atención de buena calidad sino que es una alta prioridad para ellos y su organización.

Como consecuencia de la involucración de las personas en la organización y del reconocimiento de su esfuerzo, todo el que se implica en las acciones de mejora obtiene un mayor nivel de satisfacción en su desempeño. El gusto por el trabajo bien hecho es un valor que se convierte en un elemento de motivación para el personal y de mejora para la organización.

En concordancia con ello, la gestión eficiente de la satisfacción del usuario incluye dos grandes acciones concretas. Por un lado, ofrecer un trato digno tanto a los usuarios de los servicios de salud, como a sus familiares y, por otro, mejorar constantemente la calidad técnica de la atención médica. Dentro de los servicios de salud, el trato digno que se ofrece se reflejará en:

- Respeto a los derechos humanos y a las características individuales de la persona.

- Información completa, veraz, oportuna y susceptible de ser entendida por el paciente o por quienes lo acompañan.
- Amabilidad por parte de los prestadores de servicio.

Como destaca Avellán (2005), la implantación de una política de calidad permitirá que la atención médica sea efectiva, eficiente, ética y segura. Será efectiva porque logrará alcanzar los resultados esperados por el usuario de los servicios de salud; eficiente porque fomentará el uso óptimo de los recursos de los que se dispone; ética porque se apegará a los valores universales y segura porque ofrecerá un servicio que involucre los menores riesgos posibles.

En este proceso de cambio, que reflejará los logros, que la calidad sea reconocida explícita y fehacientemente como un valor de la cultura organizacional del sistema de salud y que existan evidencias confiables de mejoras sustanciales que sean percibidas con satisfacción por los usuarios, por la población en general y por los prestadores de los servicios. Se puede afirmar, en consecuencia, que el otorgar prioridad máxima al usuario es clave para mejorar la calidad de la atención en salud, ofreciendo servicios que cumplan con los estándares médicos y traten a los usuarios como desean ser tratados. El adoptar un enfoque centrado en el usuario requiere un cambio de actitud. Al respecto, se concuerda con Blasevsky (2002) que orientarse hacia el usuario es reconocer que las inquietudes y preferencias del usuario también son válidas e importantes.

La Gestión de Calidad, entendido como el conjunto de acciones de mejoramiento continuo más aquellas relacionadas a la medición continua de la calidad; es un proceso que implica negociación, búsqueda de consenso y compromiso de los principales actores involucrados. El programa plantea dos grandes dimensiones donde se enmarca la propuesta de implementación de calidad:

a) **Estratégica:** Resulta de un proceso de negociación donde se ponen en común las perspectivas, necesidades y expectativas sobre calidad en la población, el personal de salud y la institución, teniendo como orientación las ideas fuerza de la institución (visión, misión y valores) en el desarrollo de los servicios de salud. Concebido de esta manera el Plan encuentra en sus actores la

motivación necesaria para asegurar su continuidad a largo plazo, condición básica para lograr establecer cambios duraderos en los servicios de salud.

b) **Técnica:** Es un instrumento de gestión de calidad, que reconoce tres momentos (a) el reconocimiento de las experiencias y acumulaciones previamente logradas en calidad (plataforma de calidad); (b) la definición de objetivos, políticas y estrategias institucionales en el campo de la calidad, sustentadas en una evaluación de la calidad (planificación de la calidad); (c) los proyectos de intervención, y otras acciones, dirigidos al mantenimiento y mejoramiento de la calidad (intervención en calidad).

El concepto de garantía de la calidad se define como “ un acto y efecto de afianzar lo estipulado”, o como "cosa que protege contra algún riesgo o necesidad", o como "responder de la calidad de algo", garantía de calidad debe ser el término genérico para identificar cualquier esfuerzo tendiente a incrementar beneficios y/o evitar o minimizar riesgos.

La calidad se logra cuando se tienen en cuenta normas, procedimientos y técnicas que satisfagan las necesidades y expectativas del usuario, por lo tanto se puede decir que la percepción del usuario es la que determina la excelencia del servicio.

La calidad de un servicio genera toda una serie de ventajas a cualquier institución en salud:

- Mayor retención de usuarios
- Menos quejas y reclamos por parte del usuario
 - Reducción de costos
 - Mayor participación en el mercado
 - Mayor satisfacción y compromiso de los empleados

Las instituciones que no pongan en marcha procesos de generación de calidad, por fuerza de las circunstancias, se verán obligadas a enfrentar grandes dificultades o a desaparecer en el tiempo.

La Organización Mundial de la Salud define la calidad en salud como:

- Un alto nivel de excelencia profesional.
- Uso eficiente de los recursos
- Mínimo de riesgos para el paciente
- Alto grado de satisfacción por parte del paciente
- Impacto final en la salud

El Ministerio de la Protección Social define la Calidad en la prestación de servicios de salud como: “El conjunto de características técnico-científicas y humanas que debe tener la atención en salud que se provea, para alcanzar los efectos deseados por el usuario del servicio.”

De acuerdo a las definiciones anteriores, la Calidad es una propiedad de la atención que puede ser obtenida en diversos grados, de acuerdo a la percepción de satisfacción del usuario, es decir, el paciente puede estar satisfecho con la atención recibida aun cuando no siempre podrá juzgar la verdadera efectividad e incluso la ética del tratamiento al cual fue sometido; además de esta ecuación de beneficios y riesgos cabe la posibilidad de tener niveles negativos de la calidad.

De tal forma puede concluirse que la calidad no es un concepto absoluto sino relativo en el que los beneficios y los riesgos deberán ser medidos por estándar (asignación de valores a determinados indicadores que permitan medir), así la calidad resulta siempre un juicio comparativo.

En el caso de los servicios de salud han sido varias las dimensiones sugeridas u operadas por algunos autores (Lee y Jones, Palmer, el Programa Ibérico y Joint Comm, entre otros) para la evaluación y mejoramiento de la calidad. Saturno (1993) al analizar las investigaciones hechas de estos autores pudo definir los siguientes conceptos para la evaluación y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud:

Disponibilidad (apoyo estructural): definido como la medida en que el servicio oferta en cantidad y calidad suficientes los recursos materiales como la infraestructura física, el espacio, equipamiento, medicación, programas, normas o cualquier otro medio necesario para la atención sanitaria.

Competencia profesional (Calidad científico-técnica): hace referencia a la capacidad (lo que sabe hacer) de los proveedores de utilizar el más avanzado nivel de conocimiento, habilidades y actitudes existentes para abordar los problemas de salud. Esta incluye tanto los conocimientos y habilidades técnico-científicos del proveedor como la actitud requerida para un buen trato del usuario del servicio.

Rendimiento: es una dimensión que señala el número de actividades o acciones realizadas en un lapso o período de tiempo. Esta dimensión es utilizada como base para definir la efectividad y la eficiencia. En el caso de la salud bucal podemos señalar, por ejemplo, el rendimiento por consulta, la proporción de actividades cumplidas, el rendimiento por paciente dados de alta, etc.

Efectividad: es la medida que relaciona el resultado de una práctica o acción en condiciones reales (rendimiento) y una expectativa preestablecida para dicho resultado. Para los fines sanitarios, la medida relaciona el impacto real de un servicio o programa dentro de un sistema operativo y su impacto potencial en una situación ideal. En la práctica existen limitaciones para medir esta dimensión debido a que la salud es un proceso complejo con muchas dimensiones. Sin embargo, se ha asumido como indicadores de este proceso el mejoramiento de algunas condiciones biológicas que reflejan el nivel de salud alcanzado, sin llegar a entender que se logró la mejora de la misma.

Eficiencia: relaciona el resultado de una práctica o acción en condiciones reales (rendimiento) con el costo que produjo dicho resultado. El costo no sólo se refiere a lo económico sino a todos los recursos utilizados o agotados para lograr el producto, como por ejemplo horas / personal invertidas, material odontológico utilizado por unidad de trabajo, gasto de servicios (luz, agua, electricidad, etc.), entre otros.

Accesibilidad: se trata de medir la posibilidad que tiene un cliente externo de obtener los servicios que necesita, en el momento y lugar donde los necesita (oportunidad), en suficiente cantidad y a un coste razonable. Para la medición se relaciona la capacidad de la oferta asistencial de un servicio con los aspectos organizacionales, económicos, culturales y emocionales de sus usuarios que demandan el servicio.

Satisfacción: se define como la medida en que la atención sanitaria ofertada en el servicio llena las expectativas e intereses de los usuarios y proveedores. Esta dimensión puede estar referida como mínimo a tres componentes: la percepción de los aspectos organizativos (ambiente físico, tiempos de espera, equipamiento, salario, horario de trabajo, etc.), los efectos psicológicos de la acción sanitaria y las relaciones personales percibidas durante el proceso de atención.

Adecuación: es la medida en que la atención o acción sanitaria se corresponden con las necesidades del usuario o proveedor del servicio. Esta medida tiene un componente numérico como la cantidad total del servicio en relación con las necesidades del usuario, y un componente de distribución como la disponibilidad del servicio en cada zona y por grupos poblacionales.

Continuidad: es la medida en que la atención o acción sanitaria se suministra de una forma continua y coordinada. La medida trata de identificar el nivel de integración en la atención del usuario del servicio.

Participación: representa la medida en que el usuario o proveedor del servicio interviene (participa) activamente en las decisiones que afectan a los intereses habituales del servicio.

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

En Colombia, tras la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se crearon expectativas en torno al cambio real que este sistema involucraba especialmente en materia de calidad de prestación de los servicios de salud por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS).

En este contexto, se propone incluir los siguientes elementos en la función individual y colectiva denominada Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud: 1) fomentar la existencia de sistemas permanentes de garantía de la calidad y crear un sistema para que los resultados de las evaluaciones efectuadas con ellos puedan monitorearse de forma continua; 2) facilitar el establecimiento de normas aplicables a las características básicas que deben tener los sistemas de garantía de la calidad, y supervisar su cumplimiento por parte de los proveedores de servicios; 3) fomentar un sistema de evaluación de tecnologías de salud que participe en la toma de decisiones de todo el sistema de salud; 4) utilizar la metodología científica para evaluar intervenciones de salud de diverso grado de complejidad; y 5) usar este sistema para mejorar la calidad de la provisión directa de los servicios de salud.

Estas acciones y programas de garantía de calidad deben desarrollarse en varios ámbitos del sistema de salud, desde el servicio clínico individual hasta la red nacional de establecimientos y servicios. Lo ideal es que entre todos ellos haya concordancia y algún grado de articulación; que contribuyan a una cultura de calidad difundida a lo largo y ancho del sistema de salud; y que fortalezcan el ejercicio de la función rectora de las autoridades de salud.

De ahí que sea indispensable desarrollar mecanismos permanentes para *medir y evaluar* (tanto cuantitativa como cualitativamente y desde los puntos de vista de los financiadores, aseguradores, prestadores y usuarios) la calidad de estos programas. Ello implica establecer estándares, tarea que encierra una dimensión técnica (pertinencia, especificidad y sensibilidad) y una dimensión política (aceptabilidad para los distintos actores involucrados).

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

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

a) Infraestructura técnica para el proceso: capacidades de manejo técnico del proceso: definir estándares, realizar actividades, monitorear avances, etc. incluye procesos de capacitación.

b) Estructura de implementación del proceso: planes de MCC, equipos con roles definidos, mecanismos de dirección, de toma de decisiones, de apoyo, de coordinación, de evaluación de avances.

c) Medio ambiente habilitante: un marco de valores institucionales, incentivos, políticas, normas y directivas que apoyan las actividades de calidad.

d) Liderazgo comprometido: expresado en mensajes propositivos y acciones consistentes con la mejora por parte del cuerpo directivo y,

e) Una cultura de calidad, que es probablemente el elemento más importante de un programa de mejora continua de la calidad y su institucionalización. Es el elemento que amarra los cambios, es el campo que articula los esfuerzos de unos y otros y les da sentido, es lo que asegura el soporte que los procesos requieren para sostenerse en el largo plazo.

Sin una cultura de calidad, los planes de mejora y otras actividades y esfuerzos de calidad, durarán solamente mientras hay un proyecto apoyando y proveyendo asistencia técnica. Sin una cultura de calidad es fácil decir que no se puede, o que no hay apoyo de un tipo u otro porque nadie ha hecho una inversión en calidad (Alvear, 2001).

La cultura de calidad se habrá logrado cuando el personal vea calidad como el objetivo principal de su trabajo y la valora como un premio en sí mismo y donde clientes bien informados exigen calidad de atención como parte de sus derechos como ciudadanos. La existencia de tal cultura de

calidad es una indicación que la mejora de la calidad ha sido integrada dentro de la organización; es verdaderamente "institucionalizada" y sería sostenible.

Una cultura de calidad requiere:

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

El uso de la calidad en salud, ha devenido en la definición operacional de prestación de calidad como aquella que cumple en forma sistemática con los requerimientos para satisfacer a quién recibe el servicio. Incorpora la perspectiva del usuario desde cuatro elementos que reflejan la calidad del servicio recibido y que generan mayores ventajas competitivas en los servicios de salud: solución del problema que motiva la consulta, trato respetuoso, información adecuada y comodidad de las instalaciones.

En el caso de las IPS, la forma más sencilla y global de entenderla es, como lo afirma Linares (2003): "Un establecimiento brinda calidad en sus servicios, cuando éstos cumplen la función para la cual fueron diseñados". A partir de este concepto, resulta importante comprender que cumplir esa función, denota justamente satisfacer las necesidades y demandas de la población a la que sirven. En esta premisa, se reconoce como DEMANDAS, a aquellos requerimientos que los usuarios de los servicios formulan ante los prestadores, lo cuales son resultado de la percepción

de las características que estiman estos servicios deben cubrir. Una demanda por tanto, encierra no solo la identificación de un requerimiento, sino también el acto de demandarlo: buscarlo, requerirlo activamente, valga la redundancia.

En la premisa también se habla de NECESIDADES, término con el que denomina a los requerimientos de los usuarios de los servicios que son identificados mayormente por los prestadores, dado que la “necesidad” de su atención podría no ser identificada por quien la “necesita”. Por ejemplo, es muy probable que un niño no demande una vacuna que necesita, así como que un fumador empedernido no demande el servicio requerido para dejar de fumar.

Esta combinación de necesidades y demandas configuran el perfil de requerimientos que tienen que ser satisfechos por un servicio para ser catalogado de CALIDAD. Nótese que estos considerandos dejan traducir que los esfuerzos por hacer calidad no se limitan solamente a la perspectiva del usuario.

De la misma manera, la premisa empleada para trabajar la calidad, sugiere que la calidad así entendida es un concepto que cobra mayor significado para el cuidado de la salud de la población que cuando es aplicado al cuidado de los individuos. El logro final de la calidad, se alcanzará cuando se asegure que todos los individuos de una población determinada, tengan acceso a servicios del cuidado de su salud y estos servicios sean efectivos, esto es, sean capaces de satisfacer sus necesidades y demandas.

El Sector Salud no escapa a esta tendencia, ya que debe desarrollar una función eficiente y efectivo servicio a la sociedad. Esto hace necesario la búsqueda de aspectos innovadores que permitan mejorar y fortalecer el desarrollo institucional y sectorial, la gerencia no puede continuar desarrollándose bajo los mismos esquemas tradicionales, pues éste es un proceso demasiado lento ocasionando al usuario pérdida de tiempo y gastos innecesarios y por sobre todo insatisfacción. En consecuencia, se asume que uno de los elementos necesarios para el desarrollo efectivo de programas de calidad es la satisfacción del usuario en sus demandas, expectativas y accesibilidad a los servicios de salud.

2.3 MARCO LEGAL

El marco legal de la presente investigación está constituido por las disposiciones constitucionales, legales y normativas que estipulan las condiciones adecuadas para la prestación de los servicios de salud en Colombia, por parte de las IPS tanto públicas como privadas.

- **Constitución Política de Colombia:** La constitución política establece la seguridad social como un derecho irrenunciable de los habitantes del territorio nacional así como un servicio público obligatorio, cuya organización debe hacerse conforme a los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia. Estos principios son el fundamento para la determinación de la misión de la ESE HUC y su área de Urgencias.
- **Código Sanitario Nacional (Título VII De La Ley 9ª De 1979):** En este título se determinan los procesos para la vigilancia y control epidemiológico, estableciendo la forma en que debe fluir la información en caso de enfermedades de especial relevancia epidemiológica. Además se describen los entes encargados del análisis de la información y la divulgación de la misma.
- **Ley 100 De 1993:** A través de esta ley se creó el sistema de seguridad social integral buscando proteger los derechos irrenunciables de las personas a una vida acorde con la dignidad humana. Entre otras disposiciones se establecen los siguientes puntos fundamentales:
 - ✓ Se promulgan los principios fundamentales de la seguridad social: eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación.
 - ✓ Se establece el derecho a la seguridad social como un derecho irrenunciable.
 - ✓ En el artículo 153, modificado por la ley 1438 de 2011, se normatiza el sistema general de seguridad social en salud estableciéndose los siguientes principios del servicio público en salud:
 - Universalidad. El Sistema General de Seguridad Social en Salud cubre a todos los residentes en el país, en todas las etapas de la vida.

- **Solidaridad.** Es la práctica del mutuo apoyo para garantizar el acceso y sostenibilidad a los servicios de Seguridad Social en Salud, entre las personas.
- **Igualdad.** El acceso a la Seguridad Social en Salud se garantiza sin discriminación a las personas residentes en el territorio colombiano, por razones de cultura, sexo, raza, origen nacional, orientación sexual, religión, edad o capacidad económica, sin perjuicio de la prevalencia constitucional de los derechos de los niños.
- **Obligatoriedad.** La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obligatoria para todos los residentes en Colombia.
- **Prevalencia de derechos.** Es obligación de la familia, el Estado y la sociedad en materia de salud, cuidar, proteger y asistir a las mujeres en estado de embarazo y en edad reproductiva, a los niños, las niñas y adolescentes, para garantizar su vida, su salud, su integridad física y moral y su desarrollo armónico e integral. La prestación de estos servicios corresponderá con los ciclos vitales formulados en esta ley, dentro del Plan de Beneficios.
- **Enfoque diferencial.** El principio de enfoque diferencial reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia para las cuales el Sistema General de Seguridad Social en Salud ofrecerá especiales garantías y esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación.
- **Equidad.** El Sistema General de Seguridad Social en Salud debe garantizar el acceso al Plan de Beneficios a los afiliados, independientemente de su capacidad de pago y condiciones particulares, evitando que prestaciones individuales no pertinentes de acuerdo con criterios técnicos y científicos pongan en riesgo los recursos necesarios para la atención del resto de la población.
- **Calidad.** Los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada.
- **Eficiencia.** Es la óptima relación entre los recursos disponibles para obtener los mejores resultados en salud y calidad de vida de la población.

- Participación social. Es la intervención de la comunidad en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en conjunto.
- Progresividad. Es la gradualidad en la actualización de las prestaciones incluidas en el Plan de Beneficios.
- Libre escogencia. El Sistema General de Seguridad Social en Salud asegurará a los usuarios libertad en la escogencia entre las Entidades Promotoras de Salud y los prestadores de servicios de salud dentro de su red en cualquier momento de tiempo.
- Sostenibilidad. Las prestaciones que reconoce el sistema se financiarán con los recursos destinados por la ley para tal fin, los cuales deberán tener un flujo ágil y expedito. Las decisiones que se adopten en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud deben consultar criterios de sostenibilidad fiscal. La administración de los fondos del sistema no podrá afectar el flujo de recursos del mismo.
- Transparencia. Las condiciones de prestación de los servicios, la relación entre los distintos actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la definición de políticas en materia de salud, deberán ser públicas, claras y visibles.
- Descentralización administrativa. En la organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud la gestión será descentralizada y de ella harán parte las direcciones territoriales de salud.
- Complementariedad y concurrencia. Se propiciará que los actores del sistema en los distintos niveles territoriales se complementen con acciones y recursos en el logro de los fines del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Corresponsabilidad. Toda persona debe propender por su autocuidado, por el cuidado de la salud de su familia y de la comunidad, un ambiente sano, el uso racional y adecuado de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud y cumplir con los deberes de solidaridad, participación y colaboración. Las instituciones públicas y privadas promoverán la apropiación y el cumplimiento de este principio.

- Irrenunciabilidad. El derecho a la Seguridad Social en Salud es irrenunciable, no puede renunciarse a él ni total ni parcialmente.
- Intersectorialidad. Es la acción conjunta y coordinada de los diferentes sectores y organizaciones que de manera directa o indirecta, en forma integrada y continua, afectan los determinantes y el estado de salud de la población.
- Prevención. Es el enfoque de precaución que se aplica a la gestión del riesgo, a la evaluación de los procedimientos y la prestación de los servicios de salud.
- Continuidad. Toda persona que habiendo ingresado al Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene vocación de permanencia y no debe, en principio, ser separado del mismo cuando esté en peligro su calidad de vida e integridad.
 - ✓ Se dictaminan los integrantes del sistema general de seguridad social en salud.
 - ✓ Se establecen los entes encargados de vigilancia y control del sistema general de seguridad social en salud.
- **Ley 1122 del 09 de Enero de 2007.** Tiene como objeto principal realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.
- **Ley 1438 de 2011.** Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Artículo 67. Sistemas de emergencias médicas. Con el propósito de responder de manera oportuna a las víctimas de enfermedad, accidentes de tránsito, traumatismos o paros cardiorrespiratorios que requieran atención médica de urgencias, se desarrollará el sistema de

emergencias médicas, entendido como un modelo general integrado, que comprende, entre otros los mecanismos para notificar las emergencias médicas, la prestación de servicios pre hospitalarios y de urgencias, las formas de transporte básico y medicalizado, la atención hospitalaria, el trabajo de los centros reguladores de urgencias y emergencias, los programas educativos y procesos de vigilancia.

El Ministerio de la Protección Social reglamentará, en el transcurso de un año (1) a partir de la vigencia de la presente ley, el desarrollo y operación del sistema de emergencias médicas, que garantice la articulación de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud de acuerdo con sus competencias, incluyendo los casos en los que deberá contarse con personal con entrenamiento básico donde haya alta afluencia de público. Para la operación del sistema se podrán utilizar recursos del programa institucional de fortalecimiento de la Red Nacional de Urgencias.

Artículo 107. Garantía de calidad y resultados en la atención en el sistema general de seguridad social de salud. En desarrollo del principio de calidad del Sistema General de Seguridad Social de Salud establecido en la presente ley, y en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, se definirá e implementará un plan nacional de mejoramiento de calidad, con clara orientación hacia la obtención de resultados que puedan ser evaluados. Dicho plan contendrá como mínimo:

107.1 La consolidación del componente de habilitación exigible a direcciones territoriales de salud, a los prestadores de servicios de salud, a Entidades Promotoras de Salud y a administradoras de riesgos profesionales, incluyendo el establecimiento de condiciones de habilitación para la conformación y operación de redes de prestación de servicios de salud;

107.2 El establecimiento de incentivos al componente de acreditación aplicable a las instituciones prestadoras de servicios de salud, Entidades Promotoras de Salud y direcciones territoriales de salud, y

107.3 El fortalecimiento del sistema de información para la calidad, a través de indicadores que den cuenta del desempeño y resultados de los prestadores de servicios de salud y Entidades Promotoras de Salud, con el fin de que los ciudadanos puedan contar con información objetiva para garantizar al usuario su derecho a la libre elección.

Artículo 137. Defensor del usuario de la salud. Para financiar el Defensor del Usuario en Salud de que trata el artículo 42 de la Ley 1122 de 2007, la tasa establecida en el artículo 98 de la Ley 488 de 1998, deberá incluir el costo que demanda su organización y funcionamiento.

Artículo 139. Deberes y obligaciones. Los usuarios del Sistema de Seguridad Social en Salud deberán cumplir los siguientes deberes y obligaciones:

- ✓ Actuar frente al sistema y sus actores de buena fe.
- ✓ Suministrar oportuna y cabalmente la información que se les requiera para efectos del servicio.
- ✓ Informar a los responsables y autoridades de todo acto o hecho que afecte el sistema.
- ✓ Procurar en forma permanente por el cuidado de la salud personal y de la familia y promover las gestiones del caso para el mantenimiento de las adecuadas condiciones de la salud pública.
- ✓ Pagar oportunamente las cotizaciones e impuestos y, en general, concurrir a la financiación del sistema.
- ✓ Realizar oportuna y cabalmente los pagos moderadores, compartidos y de recuperación que se definan dentro del sistema.
- ✓ Contribuir según su capacidad económica al cubrimiento de las prestaciones y servicios adicionales a favor de los miembros de su familia y de las personas bajo su cuidado.
- ✓ Cumplir las citas y atender los requerimientos del personal administrativo y asistencial de salud, así como brindar las explicaciones que ellos les demanden razonablemente en ejecución del servicio.

- ✓ Suministrar la información veraz que se le demande y mantener actualizada la información que se requiera dentro del sistema en asuntos administrativos y de salud.
 - ✓ Participar en las instancias de deliberación, veeduría y seguimiento del sistema.
 - ✓ Hacer un uso racional de los recursos del sistema.
 - ✓ Respetar a las personas que ejecutan los servicios y a los usuarios.
 - ✓ Hacer uso, bajo criterios de razonabilidad y pertinencia, de los mecanismos de defensa y de las acciones judiciales para el reconocimiento de derechos dentro del sistema.
 - ✓ Participar en los procesos de diseño y evaluación de las políticas y programas de salud; así como en los ejercicios de presupuestación participativa en salud.
- **Decreto 1011 de 2006:** En este decreto se determina el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (SOGCS) del cual se destaca lo siguiente:
 - ✓ Se realizan las definiciones de:
 - Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud.: es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.
 - Calidad de la atención en salud: la provisión de servicios de manera accesible y equitativa, a través de un profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos.
 - ✓ Se establecen las condiciones de capacidad tecnológica y científica, estipulados como los requisitos básicos de estructura y procesos que deben tener los prestadores de servicios de salud para disminuir los principales riesgos que amenazan la vida.
 - ✓ Elabora las características sobre las cuales se debe desarrollar el SOGCS: accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.

- ✓ Describe el sistema único de habilitación y acreditación.
- **Resolución 1441 del 2013:** En esta resolución se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones. Entre otros condicionamientos se dictan los siguientes:
 - ✓ Capacidad tecnológica y científica: para nuestro propósito es de relevancia los estándares básicos en: recurso humano, infraestructura, dotación y mantenimiento, dispositivos médicos para uso humano y su gestión, seguimiento de riesgos en la prestación de servicios. Se fundamenta en los estándares de fiabilidad, esencialidad y sencillez.
 - ✓ Suficiencia patrimonial y financiera
 - ✓ Capacidad técnico-administrativa

Del mismo modo los anexos 1 y 2 estipulan el manual único de estándares y de verificación para el proceso de habilitación, donde se describen los requisitos en cuanto a recurso humano, infraestructura, mantenimiento, medicamentos y dispositivos médicos, procesos prioritarios asistenciales, independencia de los servicios y seguimiento a riesgos de la prestación de servicios. Todo esto enmarca la prioridad de establecer requisitos mínimos de calidad para la prestación de un servicio de salud.

Decreto 412 de 2006: En su artículo 2 señala: De la obligatoriedad de la atención inicial de las Urgencias. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 2° de la Ley 10 de 1990, todas las instituciones que ofrezcan servicios de salud están obligadas a prestar atención inicial de urgencia independientemente de la capacidad socioeconómica de los solicitantes de este servicio.

La anterior disposición legal reglamenta parcialmente los servicios de urgencias, aplicado a todas las entidades prestadoras de servicios de salud, públicas y privadas, tratando la obligatoriedad de la atención inicial de las urgencias, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad de cada entidad; si el paciente es remitido, su responsabilidad llega hasta el momento en que éste

ingrese a la entidad receptora. Los servicios de urgencias poseen una disponibilidad inmediata de recursos para proporcionar tratamiento médico inmediato, a cualquier hora del día o de la noche. La efectividad de estos servicios depende del Decreto 412 de 2006. Por el cual se reglamenta parcialmente los servicios de urgencias y se dictan otras disposiciones.

- ✓ **Acuerdo 029 de 2011.** Por el cual se sustituye el Acuerdo 028 de 2011 que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud.

Artículo 20. Atención de urgencias. El Plan Obligatorio de Salud cubre las tecnologías en salud necesarias para la atención de urgencias del paciente, teniendo en cuenta el resultado del Sistema de Selección y Clasificación de Pacientes en Urgencias, “triage”, según la normatividad vigente.

Artículo 21. Atención inicial de urgencias. La cobertura de atención inicial de urgencias es obligatoria y su pago está a cargo de la Entidad Promotora de Salud cuando se trata de sus afiliados y la prestación oportuna es responsabilidad del prestador de servicios de salud al que el paciente demande el servicio, incluyendo la apropiada remisión cuando no cuente con las tecnologías necesarias para el caso.

Parágrafo. La atención subsiguiente, que pueda ser diferida, postergada o programada, será cubierta por la Entidad Promotora de Salud en su red adscrita, conforme a lo establecido en el presente Acuerdo y a la definición y contenidos del Plan Obligatorio de Salud.

2.4 MARCO CONCEPTUAL

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.

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.

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

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.

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.

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.

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.

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

3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE ESTUDIO

El diseño metodológico de la investigación se planteó en un nivel descriptivo. Esto se refiere principalmente al hecho de poder establecer las características y aspectos relevantes del fenómeno de estudio, en este caso, la evaluación de la calidad y la satisfacción del usuario en una unidad de urgencias.

Como propósito de los estudios descriptivos se entiende que están dirigidos a la identificación y especificación de eventos, situaciones representativas de un fenómeno o unidad de análisis específicas, que en este caso corresponde a las características que tiene la prestación del servicio en relación con los requerimientos y estándares de habilitación.

La importancia del diseño metodológico con el cual se ha planteado el estudio se refiere a la idea de tener una mirada general y sistemática acerca del problema. No pretende por tanto acabar la discusión, sino que muy por el contrario, busca abrir un debate en tal sentido, y aportar con elementos que permitan desarrollar en forma posterior futuras investigaciones con el objeto de ahondar aún más acerca de los conocimientos referidos con la temática. Los alcances del estudio están referidos entonces, a un conjunto de descripciones y análisis de la problemática en cada una de sus variables e indicadores.

En relación con el período de tiempo, es una investigación transeccional o transversal, ya que la unidad de análisis es observada en un solo momento en el tiempo.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población incluida en el estudio estuvo conformada por 3.904 casos atendidos en el servicio de urgencias entre los meses de enero a marzo de 2013 y la muestra representó el 10,0% del total poblacional, equivalente a 391 pacientes.

Cuadro 2. Población de urgencias enero-marzo 2013

Mes	Casos	%
Enero	1321	132,1
Febrero	1216	121,6
Marzo	1367	136,7
Totales	3904	100,0

Fuente: Estadísticas Área de Urgencias, 2013

Para calcular el tamaño de la muestra se utiliza la fórmula para poblaciones finitas Balestrini (1999):

$$n = \frac{4PQN}{4PQ + N - 1} \quad (E^2)$$

Donde:

n= Tamaño de la muestra.

N= Tamaño de la población

4= Estadístico que prueba al 95% de confianza

E²=Máximo error permisible (15%)

P= Probabilidad de éxito (0,5)

Q= Probabilidad de fracaso (0,5)

Partiendo de la fórmula de muestreo de proporciones para poblaciones finitas o conocidas, es posible calcular el tamaño de la muestra requerido para garantizar la normalidad estadística de los resultados. Para ello se sustituyeron los valores de los datos para así obtener la muestra. Asumiendo un error máximo permisible de 0,15² una probabilidad de éxito y fracaso de 0,5 usando un estadístico que prueba un nivel de confianza de 95% y un valor poblacional de 3904, obtuvimos el tamaño de la muestra del 10%, o sea 391 pacientes.

La muestra representa el 10% del total de la población. La selección estratificada de la muestra sería entonces:

Cuadro 2. Población y muestra de investigación

Mes	Población	Tamaño muestral %	Muestra
Enero	1321	10	132
Febrero	1216	10	122
Marzo	1367	10	137
Totales	3904	10	391

Fuente: Investigadores con base en Estadísticas Área de Urgencias 2013

El mecanismo de muestreo fue la selección aleatoria sistemática (al azar) mediante el procedimiento de sorteo sin reposición. Para ello, y luego de definir el tamaño muestral, se procedió a listar la totalidad de los casos de atención por urgencias en el período, según la tabla de números aleatorios y con el factor de selección (n) se escogieron en igualdad de condiciones los sujetos que serían incluidos en el estudio.

Respecto a los criterios de inclusión se verificaron los siguientes: que fueran casos de urgencias durante el primer trimestre de 2013, que los casos evolucionaron dentro de la ESE, que el factor de ingreso a urgencias fuera determinable por el triage disponible en el momento, que los pacientes estuvieran en condiciones de resolver un cuestionario de satisfacción y manifestaran su consentimiento informado para participar.

Los criterios de exclusión tenidos en cuenta para la escogencia de la muestra fueron: ingreso a urgencias anterior a enero de 2013 o posterior a marzo de 2013; probable causa no identificada por triage específico para el ingreso por urgencias, no mostrar interés en participar de la encuesta de satisfacción y rechazar posteriormente el consentimiento informado (deserción).

3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Para esta investigación se utilizaron fuentes de información primaria. Las técnicas básicas de recolección de información son la observación y la encuesta.

Observación: tiene como finalidad realizar el diagnóstico y el seguimiento de situaciones características de la problemática detectada en cuanto a la calidad en la prestación del servicio de urgencias.

Encuesta: se aplica a los individuos seleccionados en la muestra con el fin de identificar los factores de satisfacción y sus niveles de conformidad con el servicio.

En este caso, se aplican mediante cuestionarios individualizados que contienen preguntas cerradas, con el objetivo de recolectar la mayor cantidad de información descriptiva de las situaciones que se presentan en la dinámica de prestación del servicio, así como sobre el nivel de calidad percibida.

Entrevista: dirigida a los funcionarios responsables de los servicios de urgencias en la ESE, y cuyas respuestas se constituyen en una referencia a los procesos, prácticas y posibilidades de mejoramiento de la calidad.

3.4 ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

En cuanto al procesamiento de los datos, se utilizará el paquete SPSS v.15 integrado con el procesador de textos Word 2010. Entre las razones que justificaron la escogencia de este paquete estadístico se tuvo en cuenta, en primer lugar, que en el tratamiento de los datos en SPSS v.15, proporcionan una mayor flexibilidad y más opciones en el procesamiento y en los resultados derivados del análisis, tales como la creación de rangos o bandas de análisis estadístico y la descripción de una manera más precisa para los datos, además de su amplia difusión en los sistemas de cómputo actualmente utilizados.

Mediante la utilización del paquete estadístico se procede a la creación de los archivos de datos, tomando como punto de partida la tabulación de las respuestas obtenidas con la aplicación del formulario a la muestra seleccionada. Una vez recolectada la información se hace el inventario estadístico de la misma, mediante distribuciones de frecuencia y la presentación en tablas y gráficos.

Por su parte, la información cualitativa es analizada y categorizada según se analiza cada variable, hasta formar un sistema de proposiciones coherentes que puedan ser interpretadas con base en el siguiente esquema de variables:

Cuadro 3. Operacionalización de variables.

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
Uso del servicio	Personas que solicitan en primera instancia el servicio	Mujeres Hombres	Nº de usuarios de sexo masculino que solicitan la atención Nº de usuarios de sexo femenino que solicitan la atención	Cuantitativa nominal
Accesibilidad	Facilidad para solicitar el servicio	Facilidad de atención	Nº de personas que han tenido dificultad con la atención	Cuantitativa nominal
Áreas de información para usuarios	Área asignada para la información	Adecuación	Nº de personas que reciben información	Cuantitativa nominal
Infraestructura adecuada	Espacios físicos asignados	Área locativa destinada a la atención	Comodidad de los espacios y dotación	Cuantitativa nominal
Capacidad	Racionalidad de la	Utilización de	% de utilización de	Cuantitativa

técnico-científica	atención teniendo en cuenta capacidad técnica, tecnológica y científica	la capacidad técnica y científica	la capacidad técnico-científica instalada.	porcentual
Efectividad	Percepción de que los tratamientos desarrollados son efectivos	Beneficio logrado con el tratamiento	Efectividad en los tratamientos	Cualitativa nominal
Oportunidad en la atención	Es el tiempo que se demora en prestar el servicio de acuerdo con el tiempo previsto	Tiempo en minutos de demora	Tiempo medido en minutos que espera para ser atendido	Cuantitativa nominal
Satisfacción del usuario	Estado resultante de la realización de lo que pedía o deseaba el usuario	Usuario satisfecho	% del grado de satisfacción del usuario	Cuantitativa porcentual

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
Calidad en la prestación del servicio	Hacer lo correcto en forma correcta para satisfacer las necesidades y expectativas del usuario.	Calidad del servicio	Grado de calidad en la prestación del servicio	Cualitativa nominal
Atención humanizada	Es la interacción adecuada entre el	Trato que le da el proveedor del	Grado de humanización de la	Cualitativa nominal

	personal encargado de brindar el servicio y el usuario que lo recibe	servicio al usuario	atención	
--	--	------------------------	----------	--

4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1 RECURSOS

a) Institucionales.

- Empresa Social del Estado Hospital Universitario del Caribe
- Universidad de Cartagena, Programa de Especialización en Gestión Gerencial

b) Humanos.

- Estudiantes investigadoras
- Docentes de la Especialización
- Profesionales de la Salud y la Administración consultados
- Funcionarios de la ESE

c) Técnicos.

- Papelería y fotocopias
- Textos de Gerencia y Calidad de Servicios de la Salud
- Computador
- Cámara digital
- Memorias USB
- Internet

4.2 PRESUPUESTO

El financiamiento del proyecto corresponde al cubrimiento de las fases de diseño, formulación y evaluación de la investigación. La inversión total fija, estimada en un monto de \$720.500 (setecientos veinte mil quinientos pesos) corresponde a aportes directos de las estudiantes investigadores.

Cuadro 4. Presupuesto

DESCRIPCIÓN	MONTO (\$)
Papelería	50.000
Diseño de instrumentos y recolección de la información	150.000
Fotocopias	25.000
Adquisición de libros	150.000
Sistematización y transcripción	80.000
Viáticos y comunicaciones	100.000
USB	20.000
Internet	30.000
Fotos, grabaciones audio y video	50.000
SUBTOTAL	655.000
Imprevistos (10%)	65.500
TOTAL	720.500

4.3 CRONOGRAMA

Cuadro 5. Cronograma

2012 - 2013																						
		Oct				Nov				Dic				Ene				Feb				
234	Actividades	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
Semanas																						
	Planteamiento del problema	■	■																			
	Redacción del anteproyecto		■	■	■																	
	Ajustes del anteproyecto					■	■															
	Elaboración del proyecto									■	■	■	■									
	Diseño metodológico										■	■	■									
	Elaboración y aplicación de encuestas														■	■	■	■				
	Diseño y aplicación de las entrevistas																		■	■		
	Análisis de la información recolectada																				■	
	Entrega del proyecto																				■	
	Revisión del proyecto																				■	
	Ajustes del proyecto																				■	
	Diseño y primer borrador de los capítulos																				■	
	Redacción del informe final																				■	
	Presentación del informe final, hallazgos y recomendaciones																				■	
	Revisión																				■	
	Ajustes del informe final																				■	

CAPÍTULO I. LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE URGENCIAS DEL HUC

En este capítulo se trata de identificar los aspectos con mayor incidencia en la satisfacción del usuario en el área de Urgencias de la E.S.E. HUC, en el primer trimestre de 2013.

1.1 DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE URGENCIAS

El marco legal de las urgencias es el decreto 412 de 1992, que en su artículo 2, establece: *De la obligatoriedad de la atención inicial de las Urgencias. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 2º de la Ley 10 de 1990, todas las instituciones que ofrezcan servicios de salud están obligadas a prestar atención inicial de urgencia independientemente de la capacidad socioeconómica de los solicitantes de este servicio.*

La anterior disposición legal reglamenta parcialmente los servicios de urgencias, aplicado a todas las entidades prestadoras de servicios de salud, públicas y privadas, tratando la obligatoriedad de la atención inicial de las urgencias, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad de cada entidad; si el paciente es remitido, su responsabilidad llega hasta el momento en que éste ingrese a la entidad receptora. Los servicios de urgencias poseen una disponibilidad inmediata de recursos para proporcionar tratamiento médico inmediato, a cualquier hora del día o de la noche. La efectividad de estos servicios depende de los determinantes externos que se derivan de la demanda de los usuarios.

También depende de los determinantes internos derivados del modelo organizativo de la institución. Una vez entendida la obligatoriedad de los servicios de urgencias se plantea la necesidad de remitirse a que no es suficiente según la normatividad actual y vigente, que se esté desarrollando la anterior disposición, siendo necesaria en la actualidad contar con garantías de calidad, para lo cual se presentara a continuación los elementos pertinentes de complemento a la temática analizada.

Inicialmente en el Decreto 4747 de Diciembre de 2007, en su capítulo III Proceso de atención, en su artículo 10 señala: *Sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias “triage”. El*

Ministerio de la Protección Social definirá un sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias, denominado “triage”, el cual será de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud que tengan habilitados servicios de urgencias y de las entidades responsables del pago de servicios de salud en el contexto de la organización de la red de prestación de servicios.

En el artículo en mención, se muestra al Ministerio de Protección Social como el responsable de establecer el sistema de selección y clasificación más idóneo frente a las necesidades requerida por los pacientes de los servicios de urgencias, clasificación que se le definirá con la palabra triage, como una derivación del término francés TRIER que significa clasificar o escoger. Aunque al buscar una legislación específica para lo que respecta al triage, en la página electrónica del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGC) del Ministerio de Protección Social, se observa frente a la pregunta de si existe en Colombia alguna norma legal que establezca el triage para atención en servicios de urgencias, se da la siguiente respuesta:

Con respecto a la obligatoriedad del triage, no hay normatividad específica al respecto. Los estándares de habilitación cuando lo mencionan hacen referencia a si está instaurado en el servicio de urgencias, pero no a su obligatoriedad.

Aunque el Ministerio de Protección Social ha determinado que no se encuentra una legislación específica en cuanto a la obligatoriedad del triage en los servicios de urgencias, en el mes de Marzo del año 2006, mediante Circular Externa No. 010, en su numeral 1, se establece:

Obligatoriedad de la aplicación de triage por personal idóneo de salud. La realización del triage (clasificación de la prioridad para la atención de urgencias) o la toma de decisiones acerca de si un paciente debe recibir o no atención de urgencia en una Institución Prestadora de Servicios de Salud siempre debe estar a cargo de un profesional de salud debidamente entrenado para tal efecto.

Por lo tanto, si una institución desarrolla actividades de triage, este deberá ser ejecutado por personal plenamente capacitado para tal fin, al igual que en la determinación de la prioridad en su

clasificación. De acuerdo a la especificación desarrollada por la anterior Circular, el HUC, como Institución prestadora de servicios de salud de III y IV nivel de complejidad, cuenta con el personal idóneo de Salud y debidamente capacitado en requerimientos actuales y vigentes, para el pleno ejercicio de tal función.

Una vez conocida la definición establecida en cuanto al triage, se presentan las establecidas para la clasificación del mismo, según lo preestablecido dentro del instructivo de triage creado para su unidad de urgencias. La clasificación es la siguiente:

URGENCIA CRÍTICA: Es una afección súbita, grave e imprevisible que implica inminente peligro para la vida del paciente, esta puede ser de origen orgánico u ocasionado por traumas, y requiere atención inmediata.

URGENCIA NO CRÍTICA: Es una afección no súbita, que no implica inminente peligro para la vida del paciente, esta puede ser de origen orgánico u ocasionado por traumas, no requiere atención inmediata.

Para una mayor comprensión, la ESE ha asignado un nombre a cada nivel, es decir, el triage 1, es una urgencia crítica, el triage 2, es una urgencia no crítica y, finalmente el triage 3, es una no urgencia. De esta última no se evidencio dentro del instructivo de triage una definición. En cuanto a los pacientes una vez ingresan al servicio de urgencias son clasificados según los tipos tres triage establecidos, en consideración de la prioridad presente, es decir, todos los pacientes son atendidos por hasta el momento de la clasificación del triage, que una vez definido por usuario en ocasiones no siguen el proceso hasta la atención por el médico de urgencias, pues se realizan algunas remisiones a otras instituciones (mientras sea posible y conveniente, según criterio médico) por el inadecuado manejo de la red de servicios, ya sea por el desconocimiento del paciente o por la equivocación en la respectiva remisión. De igual forma en ocasiones se clasifica al usuario y se observa la no necesidad de atención por el servicio de urgencias, por lo tanto no es atendido por el medico de turno, sino es remitido a consulta externa.

En cuanto a los pacientes clasificados como triage 1, la atención es inmediata por parte del médico de turno, por lo tanto la atención es previa al diligenciamiento de la hoja frontal y la

admisión dentro del sistema. Para conocer el tiempo transcurrido una vez ingresa el paciente a la institución hasta el momento de la atención por parte del médico de turno, se explican los pasos previos:

Una vez llega el usuario a la institución es recepcionado por el vigilante quien es capacitado para orientar al paciente según la necesidad a urgencias adultos, pediatría y/o mujeres en periodo gestante, lugares que son exclusivos para cada uno, y que cuentan con su respectiva base de datos. Cuando se ubica el paciente en la respectiva unidad de emergencias la auxiliar de enfermería ingresa al sistema, los datos básicos de la persona, al igual que municipio y entidad que remite (referencia). A continuación la auxiliar debe tomar los signos vitales de la persona, ingresarlos al sistema e indicarle que será llamado para ser atendido.

Posteriormente, El médico de turno del servicio de urgencias, hace llamado a la persona para realizar la clasificación del triage y la respectiva valoración médica. En esta actividad, el médico de turno debe realizar la valoración inicial lo cual permite definir si la persona es admitida o es remitido a un nivel de menor complejidad.

Si el paciente es admitido el paciente o en general el acompañante se debe dirigir a admisiones a diligenciar la hoja frontal para que una vez cumplido con los requerimientos le sea emitida la orden de atención y así pueda ser valorado por el médico de turno en la atención de urgencias.

En el manejo del flujo de pacientes a los servicios de urgencias se hace alusión a dos poblaciones con la característica común de “atendidos” y otros “no atendidos”, esto quiere decir que todos los pacientes son atendidos y clasificados y que como ya se mencionó con anterioridad por motivos tales como: inadecuada remisión, la no necesidad de la atención de urgencias, remisión a otros niveles de menor complejidad y remisión a consulta externa, entre otras, no se dirigen a diligenciar la hoja frontal, por lo tanto no son admitidos para la creación de un número de consulta dentro del sistema. Es por esto que en la base de datos todos tienen clasificación pero no todos tienen un número de consulta.

1.2 PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

Los procesos y procedimientos documentados en el área de urgencias de la ESE Hospital Universitario del Caribe, de acuerdo con el Manual de Procesos y Procedimientos (HUC, 2008, p. 283-284) son los siguientes:

1. Ingreso del Paciente por Urgencias

Tipo de Proceso: ASISTENCIAL

Responsable: Subgerente de Urgencias.

Objeto: Ingresar el paciente al servicio de urgencia que requiera un nivel de mediana o alta complejidad determinando de una manera oportuna los pacientes en situación de riesgo vital, mediante un sistema estandarizado de clasificación que permita la priorización en función de la clasificación, acorde con la urgencia de la condición ESE del paciente. Inicia con la recepción del Paciente al servicio y finaliza con el ingreso del paciente en admisiones.

Cuadro 6. Procesos y procedimientos Urgencias

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE
1	Recepcionar al paciente por parte del camillero. El paciente puede ingresar espontáneamente o ser remitido a través del CRU u otro centro de referencia.	Camillero
2	Trasladar al paciente al área de Triage: el paciente es trasladado al Consultorio de Triage para evaluación por la Licenciada de Triage y el Médico de Turno. Los pacientes con prioridad 1 son derivados a Sala de trauma o reanimación.	Camillero
3	Atender al paciente por parte de la enfermera de Triage inicialmente la enfermera toma los signos vitales	Lic. triage

4	Realizar evaluación médica inicial: el médico evalúa al paciente y determina la situación de riesgo vital asignándole una clasificación.	Médico en turno
5	Reportar al paciente a Admisiones: la enfermera toma los datos del paciente y los remite al responsable de admisiones para su ingreso.	Lic. triage
6	Abrir la Historia ESE: el Técnico de Admisiones ingresa los datos personales del paciente al sistema con los cuales queda abierta la historia ESE y continúe su diligenciamiento por parte del médico responsable de la atención.	Téc. de Admisiones
<p>ESTÁNDAR DE CALIDAD: Que el 95 % de los ingresos requieran un nivel de mediana a alta complejidad</p> <p>Pacientes con prioridad I. Atención inmediata</p> <p>Pacientes con prioridad II. Atención inmediata entre 10 a 20 minutos.</p> <p>Pacientes con prioridad III. Atención entre 20 a 40 minutos.</p> <p>Pacientes con prioridad IV. Contrareferir a consulta externa.</p>		

2. Valoración médica de Urgencias

Tipo de Proceso: ASISTENCIAL

Responsable: Subgerente de Urgencias

Objeto: Realizar una evaluación de la condición ESE del paciente con base en las guías o protocolos de manejo en Urgencias y definir una conducta de acuerdo con la impresión diagnóstica o diagnóstico realizado. Inicia con el interrogatorio del paciente por parte del médico y finaliza con la toma de la conducta médica.

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Realizar la Anamnesis: interrogatorio del paciente por parte del médico.	Médico en turno
2	Hacer la evaluación médica: el médico realiza valoración física y mental del paciente, establece una impresión ESE o diagnóstico.	Médico en turno
3	Diligenciar la historia clínica: el médico consigna en la hoja electrónica o medio físico los datos obtenidos en la valoración del paciente.	Médico en turno
4	Definir la conducta médica: de acuerdo con el diagnóstico realizado, el médico toma una conducta y deriva el paciente a salas de observación, hospitalización, cirugía o UCI.	Médico en turno
ESTÁNDAR DE CALIDAD: Que el 100% de los pacientes ingresados sean valorados por el médico.		

3. Actividades administrativas del personal de Urgencias

Tipo de Proceso: ASISTENCIAL

Responsable: Subgerente de Urgencias

Objeto: Mantener la información escrita necesaria y adecuada, mediante la solicitud y diligenciamiento de los formatos oficiales que hacen parte de los registros clínicos y/o de los formatos que garanticen una atención con calidad, acorde con la normatividad vigente y que permita alimentar registros estadísticos, los requisitos para facturar, y el control numérico de los eventos que se realizan en la institución. Inicia con la solicitud y diligenciamiento de los formatos respectivos, hasta la obtención de los resultados esperados de acuerdo con la solicitud o necesidad requerida.

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Entregar y recibir los turnos médicos. Se inicia en el cambio de turno con entrega de los pacientes, con la concierne presentación, diagnóstico, estado actual y actividades pendientes a realizar. Así como el registro del mismo en el libro de entrega de turno.	Médico saliente - Médico entrante
2	Diligenciar el certificado médico: En caso de atención de víctimas de accidentes de tránsito el médico solicita el formato al jefe o auxiliar en turno, lo diligencia y anexa a la historia clínica.	Médico
3	Diligenciar el certificado de defunción: En caso de muertes no violentas el médico solicita el formato a la enfermera de Triage, lo diligencia de acuerdo a la normatividad y entrega a familiar, original del formato, mientras que se anexa a la historia la copia.	Médico
4	Diligenciar el formato de negación del servicio: El médico solicita el formato a Triage y lo diligencia en casos donde la atención de urgencias no es pertinente. Se entrega original al paciente y se deja copia en la oficina de Triage.	Médico
5	Entregar y recibir los turnos del personal de enfermería: se inicia en el cambio de turno con la presentación de cada paciente por parte de la enfermera jefe, utilizando el Kardex, en donde se hace descripción del paciente, con el consecuente diagnóstico, tratamiento y actividades de enfermería, así como los exámenes y procedimientos pendientes a realizar. Y por último se registra en el libro de entrega y recibo de turnos.	Enfermera Jefe
	Solicitar los Medicamentos e Insumos: se inicia con	

6	el diligenciamiento del formato de solicitud de medicamentos e insumos para cada paciente. La enfermera jefe firma la solicitud y la entrega a la auxiliar para su retiro en la Central de insumos.	Enfermera Jefe
7	Hacer el Inventario del servicio: la enfermera jefe realiza un conteo estricto de medicamentos, equipos e insumos semanalmente, el cual registra en el libro de inventarios. En caso de daño o faltante esta debe informar de inmediato al coordinador de urgencias o la persona encargada para reposición o mantenimiento. En caso de elementos, equipos y medicamentos vitales para la atención de urgencia la enfermera jefe de trauma y reanimación hace revisión y entrega de los mismos en cada cambio de turno, en caso de daño o faltante deberá informar al coordinador de urgencias o funcionario encargado para su reposición o reparación inmediata	Enfermera Jefe
8	Diligenciar y Actualizar el kardex: la enfermera Jefe diligencia el kardex de acuerdo con la normatividad y debe ser actualizado con cada cambio de orden y/o evolución médica, así como las novedades de los reportes de exámenes de laboratorio o imágenes diagnósticas.	Enfermera Jefe
9	Supervisar las auxiliares de enfermería: el(a) Enfermero(a) jefe hace seguimiento al personal auxiliar durante cada turno, supervisa las actividades asistenciales y anota en la bitácora los eventos de carácter relevante e informa al funcionario implicado para hacer los correctivos del caso	Enfermera Jefe
10	Gestionar las interconsultas, Estudios y Procedimientos: la jefe en turno revisa que el	Enfermera Jefe

	<p>formato de interconsulta, estudios o procedimientos estén adecuadamente diligenciados, añade los soportes administrativos correspondientes (copia del carnet, copia del documento de identidad), entrega al Lic. de triage y anota en el libro correspondiente. Posteriormente la enfermera de triage, llama al especialista o a la entidad respectiva, confirma la interconsulta o procedimiento, anota en la bitácora y avisa a la enfermera solicitante.</p>	
<p>ESTÁNDAR DE CALIDAD: Que el 95 % de cada una de las actividades administrativas se ejecuten.</p>		

4. Observación del Paciente de Urgencias

Tipo de Proceso: ASISTENCIAL

Responsable: Subgerente de Urgencias.

Objeto: Estabilizar clínicamente al paciente e identificar los factores que permitan aclarar el diagnóstico, para definir una conducta acorde con la situación ESE del mismo. Inicia con la orden médica escrita de traslado del paciente a sala de observación y termina cuando este cumple 24 horas de estancias en sala o es egresado o trasladado a otro servicio.

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	<p>Verificar la orden de traslado a sala de observación, a licenciada(o) de consultorios, que la documentación del paciente se encuentre adecuadamente diligenciada (historia clínica, kardex actualizado, tratamiento del paciente) e informar a la licenciadas de la salas.</p>	<p>Enfermera Jefe</p>
	<p>Verificar la disponibilidad de la cama con las</p>	

2	licenciadas de las salas e informar que se puede trasladar al paciente.	Enfermera Jefe
3	Informar a camillero sobre el traslado del paciente.	Enfermera Jefe
4	Trasladar el paciente a sala de observación y lo recibe la licenciada	Camillero/Enfermera
ESTÁNDAR DE CALIDAD: Que el 95 % de los pacientes en salas de observación estén debidamente instalados.		

5. Observación con estancia prolongada

Tipo de Proceso: ASISTENCIAL

Responsable: Subgerente de Urgencias

Objeto: Mantener el paciente bajo el cuidado y la atención médica, hasta la consecución de una cama hospitalaria. Inicia con la orden escrita de hospitalizar a pacientes con estancia > a 24 horas y finaliza cuando éste es egresado, o trasladado a otro servicio.

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Indicar la hospitalización. El médico tratante ordena la hospitalización del paciente que tiene 24 horas o más de estancia en las urgencias.	Médico
2	Verificar y solicitar camas hospitalarias. La licenciada solicita a Admisiones la disponibilidad de cama.	Enfermera Jefe
3	Negar la cama. Admisiones consulta su censo de cama e informa a la Licenciada que no hay cama disponible en el momento.	Téc. Admisiones
4	Anotar en el libro correspondiente y continuar la atención del paciente en observación hasta la	Enfermera Jefe de la sala

	consecución de la cama o egreso.	
ESTÁNDAR DE CALIDAD: Mantener menos del 10% de pacientes con estancias prolongadas en la urgencia.		

6. Evolución médica del paciente de Urgencias

Tipo de proceso: ASISTENCIAL

Responsable: Subgerente de Urgencias

Objeto: Mantener continuidad en la atención médica del paciente observado en las salas de urgencias de acuerdo a la política de calidad de la institución y a la normatividad vigente. Inicia con la revisión de la historia clínica, evaluación con enfoque en el sistema comprometido y finaliza con la prescripción de las órdenes médicas.

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Revisar la historia clínica. Se revisa la historia clínica, se evalúa el paciente y se hace el análisis del caso.	Médico
2	Diligenciar la evolución. Se deja registrado en el formato de evolución los hallazgos encontrados y el análisis hecho.	Médico
3	Diligenciar las órdenes médicas. Se procede a anotar en el formato de órdenes médicas, los cambios en la medicación, nuevos manejos o estudios paraclínicos.	Médico
4	Informar al paciente y/o familiares. Se le informa al paciente y/o familiares sobre los cambios encontrados en la evaluación del paciente y la conducta tomada.	Médico
ESTANDAR DE CALIDAD: Que el 98% de los pacientes que		

ameritan evolución, sean evolucionados

7. Referencia de Pacientes

Tipo de Proceso: ASISTENCIAL

Responsable: Subgerente de Urgencias.

Objeto: Facilitar la atención oportuna e integral del usuario, el acceso universal de la población al nivel de la tecnología que se requiera y proponer por la racional utilización de los recursos institucionales. Inicia con la orden de referencia o traslado del paciente y finaliza con la llegada y aceptación del mismo al centro receptor.

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Dar la orden de referencia: el médico emite la orden de referir al paciente en el formato oficial diligenciado de acuerdo a la normatividad y entrega a la jefe de enfermería en turno.	Médico
2	Verificar la documentación: la enfermera jefe del servicio verifica el correcto diligenciamiento del formato de referencia y contrarreferencia, anexa copia de documento de identidad y carnet de afiliación.	Enfermera jefe
3	Solicitar el servicio: la enfermera jefe del servicio llama a la entidad o unidad objeto de la referencia, solicitando el servicio requerido y/o traslado del paciente, espera respuesta de aceptación o negación del servicio y anota en el libro respectivo	Enfermera Jefe
4	Trasladar externamente al paciente: Si el paciente es aceptado, se coordina el traslado del mismo	Equipo de transporte

	con el equipo de transporte contratado para tal fin, de acuerdo a la normatividad vigente.	
5	Confirmar el ingreso: la enfermera jefe confirma vía telefónica el ingreso del paciente	Enfermera jefe
ESTÁNDAR DE CALIDAD: Lograr referir el 95% de los pacientes que lo ameriten.		

8. Contra-referencia de Pacientes

Tipo de Proceso: ASISTENCIAL

Responsable: Subgerente de Urgencias

Objeto: Contrarreferir de una manera efectiva al paciente que por su estado de salud requiere una atención en un nivel de menor complejidad, teniendo en cuenta los factores éticos, científicos, administrativos y normativos. Inicia con la valoración del paciente y orden de contrarreferencia por parte del médico en turno y finaliza con el ingreso del paciente al centro de origen de la referencia.

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Valorar al paciente. El médico valora al paciente y determina que puede ser tratado en un centro de menor complejidad.	Médico
2	Diligenciar la orden de contrarreferencia. Se diligencia el formato oficial de contrarreferencia de pacientes de acuerdo a la normatividad y entrega al jefe de enfermería en turno.	Médico
3	Entregar la contrarreferencia. Se le informa al personal de salud que acompaña al paciente el motivo de la contrarreferencia, se dan recomendaciones, entrega el formato diligenciado	Enfermera Jefe

	y anota en el libro respectivo	
4	Trasladar el paciente: El personal responsable del paciente procede a trasladar al mismo a su centro de origen para su ingreso.	Equipo de salud
ESTÁNDAR DE CALIDAD: Contrarreferir el 98 % de los pacientes que lo ameriten.		

9. Captación Casos de Salud Publica

Tipo de Proceso: ASISTENCIAL

Responsable: Subgerente de Urgencias

Objeto: Detectar cada uno de los eventos de importancia en salud pública de acuerdo a la normatividad, que ingresen a la institución. Inicia con el ingreso del paciente con sospecha o confirmación de algún evento de notificación obligatoria y termina con el informe sobre el mismo al funcionario responsable de la vigilancia epidemiológica dentro de la Institución o en su defecto al funcionario que deba realizar esta actividad en ausencia del primero.

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE
1	Ingresar al Paciente con diagnóstico o sospecha de un evento de notificación obligatoria: ante el caso de ingreso de un paciente remitido con sospecha de un evento de notificación obligatoria o ante la valoración inicial médica con impresión ESE de un evento sospechoso, se anota en el libro, se ingresa al paciente y la enfermera de Triage entrega la respectiva ficha epidemiológica al médico de turno para su diligenciamiento e informa al responsable.	Enfermera de Triage
	Detectar el caso intrahospitalario: cuando por impresión ESE o diagnostico confirmado por	

2	laboratorio de un evento de interés en salud pública se detecta un paciente, el personal asistencial debe informar al responsable de la vigilancia epidemiológica o al delegado para esta función en ausencia del primero.	Equipo de Salud
3	Detectar el caso de notificación inmediata: en presencia de casos sospechosos o confirmados por laboratorio, patología, nexo epidemiológico o clínico que sean de notificación obligatoria inmediata, el médico, bacterióloga(o), patóloga(o), enfermera(o) o auxiliar de enfermería debe informar de inmediato al funcionario responsable de la vigilancia o en su defecto reporta al CRUE	Equipo de Salud
4	Recepcionar la Ficha Epidemiológica Diligenciada: una vez diligenciada la ficha epidemiológica en el momento de ingreso del paciente o cuando se detecta un caso intrahospitalario, esta es devuelta a la oficina de triage para su almacenamiento.	Enfermera de Triage
ESTÁNDAR DE CALIDAD: Captar el 98% de los casos susceptibles de Notificación en Salud Pública.		

10. Recolección e ingreso de información al sistema

Tipo de Proceso: ASISTENCIAL

Responsable: Subgerente de Urgencias

Objeto: Recolectar las fichas epidemiológicas correspondientes para su posterior ingreso al sistema y análisis de la misma. Inicia con el censo de casos semanales y finaliza con el ingreso de la información contenida en la ficha epidemiológica según lineamientos del SIVIGILA.

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE
1	Censar los casos de notificación obligatoria: el funcionario responsable de la vigilancia revisa el libro de ingresos en Triage y anota en formato de censo los casos detectados durante la semana.	Enfermero de Vigilancia Epidemiológica
2	Verificar los casos: se hace un recorrido por el servicio verificando los casos anotados en el formato de censo y se realiza búsqueda activa de nuevos eventos.	Enfermero de Vigilancia Epidemiológica
3	Recolectar las Fichas Epidemiológicas: una vez detectados y verificados los casos se procede a la recolección de las fichas epidemiológicas en la oficina de Triage.	Enfermero de Vigilancia Epidemiológica
4	Ingresar las fichas al sistema: recolectadas las fichas epidemiológicas, estas son ingresadas al programa SIVIGILA para su tabulación.	Enfermero de Vigilancia Epidemiológica
ESTÁNDAR DE CALIDAD: Recolectar e ingresar al Sistema SIVIGILA el 98% de los casos detectados		

11. Notificación de Casos

Tipo de Proceso: ASISTENCIAL

Responsable: Subgerente de Urgencias

Objeto: Informar oportunamente a los entes respectivos, los casos de interés en salud pública, para que se tomen las acciones preventivas y/o correctivas de los eventos. Inicia con el reporte telefónico del evento y finaliza con el envío en medio magnético del mismo a los entes respectivos. DADIS-DASALUD.

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE
1	Reportar telefónicamente el caso: en casos de eventos de notificación inmediata, cualquiera de los integrantes del equipo de salud informan al funcionario responsable de la notificación o en su defecto reporta el caso inmediatamente al ente correspondiente y/o al CRU.	Equipo de salud
2	Notificar Semanalmente: una vez recopilada la información semanal de los eventos se emite un informe en el formato de notificación semanal, el cual es enviado adjunto con las copias de las fichas epidemiológicas correspondientes a cada evento, así como el informe en medio magnético.	Enfermero de Vigilancia Epidemiológica
3	Ajustar los casos Probables: en los casos de eventos sospechosos o probables se hace el reporte del caso y una vez confirmado se realiza el ajuste del evento y se notifica nuevamente.	Enfermero de Vigilancia Epidemiológica
ESTÁNDAR DE CALIDAD: Notificación y/o Reporte el 98% de los casos detectados.		

12. Presentación de Casos en COVE

Tipo de Proceso: ASISTENCIAL

Responsable: Subgerente de Urgencias

Objeto: Presentar ante los comité de Vigilancia Epidemiológica Institucional, los casos más relevantes de los eventos captados dentro de la institución y que son de interés en salud Pública con el objetivo de impartir políticas de mejoramiento de acuerdo a la normatividad en Vigilancia epidemiológica. Inicia con el análisis de los diferentes casos de interés en salud pública y termina con la exposición ante el COVE de los casos más relevantes y de interés científico para la institución.

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Seleccionar el caso(s): durante el manejo de los pacientes en urgencias, con diagnóstico de interés en salud pública se escoge el o los casos de más relevancia para su presentación en COVE.	COVE
2	Presentar el caso(s) en COVE: el funcionario responsable selecciona y presenta en COVE los diferentes casos detectados durante la semana epidemiológica actual.	COVE
3	Exponer el caso(s) relevante: Una vez presentados los casos en COVE se escoge uno de mayor relevancia y de interés científico y se expone ante el comité, con el fin de establecer políticas y/o acciones de salud que permitan intervenir preventiva o correctivamente los casos de interés en Salud Publica	COVE
ESTÁNDAR DE CALIDAD: Presentación en un 98% de los casos relevantes.		

13. Egreso del paciente por mejoría clínica

Tipo de Proceso: ASISTENCIAL

Responsable: Subgerente de Urgencias.

Objeto: Definir la salida del paciente de acuerdo a la evolución ESE del mismo, la normatividad vigente y las políticas impartida por la alta administración. Inicia con la orden de alta firmada por el médico tratante y finaliza con la salida del paciente de la institución.

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE
1	Firmar la de alta del paciente. El personal médico tratante basado en la mejoría ESE del paciente firma la orden de alta del paciente.	Médico
2	Diligenciar el registro de egresos. Se diligencian los formatos concernientes a la de alta del paciente como son epicrisis, cierre de notas y formulas médicas.	Médico y/ Enfermera
3	Informar al paciente y/o familiares. Se informa al paciente y/o familiares que este se encuentra de alta, se le explica y se entrega la formula médica y se dan recomendaciones.	Médico
4	Generar la orden de salida. Se traslada la historia ESE a facturación para su liquidación y generación de la orden de salida.	Facturador
5	Entregar la orden de salida. Se le entrega la orden de salida al familiar del paciente, quien lo presenta a portería.	Facturador
6	Trasladar al paciente. Se traslada el paciente desde la sala de observación hasta la entrada al servicio de urgencias.	Camillero

ESTÁNDAR DEL CALIDAD: Que el 95% de los egresos sean por mejoría clínica
--

14. Egreso del paciente por de Alta Voluntaria

Tipo de Proceso: ASISTENCIAL

Responsable: Subgerente de Urgencias.

Objeto: Definir la salida del paciente de acuerdo a la normatividad vigente y las políticas impartidas por la alta administración. Inicia con la firma del formato de egreso voluntario por parte del paciente y finaliza con la salida del paciente de la institución.

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE
1	Firmar de alta voluntaria. Posterior a la información suministrada por parte del equipo de salud al paciente y familiares sobre el estado de salud de este y las posibles consecuencias de la no atención médica intrahospitalaria, estos deciden firmar la de alta voluntaria.	Paciente y/o Familiar.
2	Diligenciar el registro de egresos. Se diligencian los formatos concernientes a la de alta del paciente como son epicrisis, cierre de notas y formulas médicas.	Personal Asistencial.
3	Informar al paciente y/o familiares. Se dan recomendaciones y se entrega formula medica de acuerdo al caso.	Enfermera Jefe
4	Generar la orden de salida. Se traslada la historia ESE a facturación para su liquidación y generación de la orden de salida.	Facturador
5	Entregar la orden de salida. Se le entrega la orden	Facturador

	de salida al familiar del paciente, quien lo presenta a portería.	
6	Trasladar al paciente. Se traslada el paciente desde la sala de observación hasta la entrada al servicio de urgencias.	Camillero
ESTÁNDAR DE CALIDAD: Menos del 3% de egresos por de alta voluntaria.		

15. Egreso por defunción

Tipo de Proceso: ASISTENCIAL

Responsable: Subgerente de Urgencias.

Objeto: Definir las actividades a desarrollar de acuerdo con la normatividad vigente y las políticas impartidas por la alta Administración para el egreso de pacientes fallecidos. Inicia con la solicitud y diligenciamiento del certificado de defunción y/o comunicación del deceso a la autoridad competente y finaliza con la salida del cadáver u occiso.

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE
1	Solicitar y diligenciar el certificado de defunción. Una vez ratificada la muerte del paciente se procede a solicitar y diligenciar el certificado de defunción de acuerdo a la normatividad vigente dejando registrado en el libro de acta de defunción los datos del cadáver y el serial correspondiente. Si el paciente fue víctima de muerte violenta se informa inmediatamente a fiscalía (URI) y se omite el diligenciamiento del certificado de defunción por parte de los funcionarios del hospital.	Médico de turno
2	Diligenciar el registro de egresos. Se diligencian	Personal asistencial

	los formatos concernientes a la de alta del paciente como son epicrisis y cierre de notas con la respectiva revisión de la historia clínica.	
3	Generar la orden de salida. Se traslada la historia ESE a facturación para su liquidación generación de la orden de salida.	Facturador
4	Entregar los documentos de salida. Se le entrega la orden de salida y certificado de defunción a la familiar, quien lo presenta a portería. En caso de muerte violenta es función de la fiscalía realizar levantamiento y retiro de cadáver previo diligenciamiento de los documentos de salida	Facturador
5	Entregar el cadáver. Se realiza entrega de cadáver a familiar quien debe presentar orden de salida, retirando el cadáver a través de la puerta posterior del hospital.	Camillero
ESTÁNDAR DE CALIDAD: El 100% de cumplimiento y seguridad en la entrega del cadáver.		

16. Recepción e identificación de objeto en custodia

Tipo de Proceso: ASISTENCIAL

Responsable: Subgerente de Urgencias

Objeto: Establecer según la normatividad vigente las actividades y mecanismos que permitan ejecutar las políticas internas con respecto al manejo de los elementos objetos de custodia. Inicia con la recepción del objeto y termina con el aseguramiento del mismo.

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE
1	Recepcionar el objeto a custodiar: cada vez que ingrese al servicio de urgencias un paciente en condiciones que no le permita asegurar sus pertenencias, o con causas de ingresos violentas y que amerite retener el elemento agresor, estos serán recepcionados para su custodia, según protocolo de custodia.	Enfermera Jefe en turno
2	Identificar el objeto: una vez tenido a cargo el objeto a custodiar se realiza descripción detallada del mismo, teniendo en cuenta el número de objetos y realizando está en el formato oficial de cadena de custodia.	Enfermera Jefe en turno
3	Hacer el embalaje del objeto a custodiar: los objetos retenidos en el área de urgencias deben ser manipulados y embalados según protocolo de cadena custodia.	Enfermera Jefe en turno
4	Asegurar el objeto a custodiar: una vez referenciado, rotulado y embalado el objeto a custodiar, se ubica en la caja de seguridad y se anota en el respectivo libro de cadena de custodia	Enfermera Jefe en turno
ESTÁNDAR DE CALIDAD: El 100% de cumplimiento y seguridad en la cadena de custodia.		

17. Entrega de Objeto en custodia

Tipo de Proceso: ASISTENCIAL

Responsable: Subgerente de Urgencias

Objeto: Establecer según la normatividad vigente las actividades y mecanismos que permitan ejecutar las políticas internas con respecto al manejo de los elementos objetos de custodia. Inicia con la identificación de la persona o entidad receptora y termina con la entrega del objeto custodiado.

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE
1	Identificar la entidad o persona responsable del objeto custodiado. Una vez identificado el responsable del objeto custodiado, que puede ser la persona dueña de la pertenencia, el familiar o un ente judicial se procede a realizar la entrega del mismo.	Enfermera Jefe en turno
2	Diligenciar el formato. Se anota la novedad en el respectivo formato de custodia previamente diligenciado durante la recepción del objeto de custodia, se deja constancia en el libro de custodia y copia del formato.	Enfermera Jefe en turno
3	Entregar el objeto custodiado. Se hace entrega del objeto custodiado a la entidad o persona autorizada	Enfermera Jefe en turno
ESTÁNDAR DE CALIDAD: Que el 100% de los objetos en custodia sean entregados al paciente, familiar o entidad judicial que lo requiera, de acuerdo a las normas establecidas.		

1.3 RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A USUARIOS

Para medir el grado de satisfacción, basados en el marco teórico, se consideró de acuerdo a cada pregunta y a cada dimensión, el valor ideal que debe recibir el usuario para encontrarse satisfecho, que para una escala de cinco respuestas que tienen la mayoría de preguntas de las encuestas, comúnmente es el máximo nivel de satisfacción considerado, en relación con un servicio recibido, esto de acuerdo a que el ideal siempre debe ser la mayor satisfacción posible.

Así por ejemplo, para las preguntas que tuvieron cuatro alternativas (p. ej. *Excelente, Bueno, Regular, Malo*), se consideró la respuesta *Excelente* como máximo indicador de satisfacción del usuario, como está descrito en la literatura y tal como se ha venido utilizando en los estudios anteriores. Las preguntas de los cuestionarios se encuentran enfocadas, para su mejor análisis, en diferentes dimensiones:

Aspectos tangibles: donde se incluyeron las preguntas relacionadas con la infraestructura y equipamiento de la institución. Se observó el grado de satisfacción de los pacientes para con la apariencia del personal (vestido, limpieza), para con la comodidad, limpieza y privacidad del consultorio, y para con las señales referenciales y los equipos (instrumentos y aparatos tecnológicos) que posee la ESE. Aquí el ideal de satisfacción fue medido con la respuesta *Excelente* por parte del usuario.

Tiempo: en esta dimensión se agrupan las preguntas relacionadas con los tiempos tanto de espera como de dedicación por parte del prestador del servicio. Se consignan preguntas acerca del tiempo que espera el paciente antes de ser atendido por el servicio de laboratorio, radiología o farmacia, además del grado de satisfacción en relación con el tiempo que el médico le ha dispensado para la consulta. Se consideró satisfecho a la persona que respondió que el tiempo que había invertido en dicho servicio fue *Adecuado, Corto o Muy corto*, según su perspectiva y sentido común, ya que estas tres posibilidades se encuentran dentro de lo ideal para esta dimensión.

Trato: aquí se observa el grado de satisfacción en relación con el personal administrativo: admisión, facturación, servicios que son utilizados por la mayoría de pacientes. Además, se incluye el trato brindado por el médico y si éste u otro personal de la ESE da preferencia en la atención a sus conocidos. Aquí, como es el caso de esta escala de respuestas, se consideró como satisfecho al usuario que respondió que el trato del personal fue *Excelente*.

Descripción de servicios recibidos: preguntas relacionadas con la satisfacción general del paciente con los servicios hospitalarios, desde el hecho de realizarse las pruebas diagnósticas solicitadas por su médico en el hospital, hasta si volvería a atenderse o recomendaría el hospital al que acudió, pasando por un buen uso del dinero invertido para su salud. Consideramos una respuesta afirmativa (*si*), como indicador de satisfacción, ya que el entrevistado hará uso de un servicio hospitalario que puede obtenerlo de otro proveedor cercano al hospital, que bien puede ofrecerle un precio, resultado y seguridad distinto.

Relación médico–paciente: preguntas relacionadas con la información que el médico transmite a su paciente, tanto en relación con el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad como con la información general de la enfermedad y los exámenes que se le realizan al paciente, teniendo como fin averiguar el grado de satisfacción que tiene el paciente para con los conocimientos del médico.

La satisfacción del usuario en los servicios de salud con la atención recibida ha sido estudiada extensivamente en los últimos años. El grado de insatisfacción ha sido asociado a adherencia al tratamiento, la búsqueda de nuevos médicos tratantes y al impacto del tratamiento; también ha sido estudiada como una medida intrínseca del resultado de una terapia. La literatura sostiene que la satisfacción está en relación con la dirección de la no–confirmación de las expectativas iniciales con respecto a la experiencia con un producto o servicio.

El análisis de satisfacción del usuario, vista como un indicador de la dimensión del resultado, a partir del cual se puede obtener la opinión acerca de los aspectos de la: estructura (comodidades, instalaciones físicas y organización), el proceso (procedimientos y acciones realizadas en la consulta) y el resultado (cambio en el estado de salud y la percepción general de la atención

recibida), se puede obtener de aquellas características de los servicios que facilitan u obstaculizan los esfuerzos del usuario para obtener atención. El meta-análisis realizado por Hall y Dornan (2004), citados por Aguirre (2007)⁴, sugiere que la satisfacción del usuario de los servicios de salud tendría cinco ejes:

- *Personal médico*: Que incluye aspectos tales como disponibilidad, desempeño profesional, estilo personal, estilo de comunicación.
- *Personal no médico* (Enfermeras, Auxiliares): Los aspectos incluidos son disponibilidad, actitud y desempeño.
- *Atributos del Servicio*: Aquí se consideran la gama de servicios, la percepción de la calidad, el tiempo de espera no médico, los exámenes diagnósticos y el costo del servicio.
- *Servicios Relacionados*. Se incluye farmacia y otros servicios;
- *Institución*: Se consideran características generales y específicas. Dentro de las primeras se incluyen aspectos tales como localización, apariencia, parqueo; y en las segundas se incluye limpieza, *comfort*.

Los anteriores elementos están presentes en la determinación de una variable de satisfacción global del usuario frente al servicio que recibe de la ESE. Este hecho, destacado por autores como Ronco y McMillan (2006)⁵ presta una atención especial al estado psicoafectivo que el usuario llega a desarrollar frente al servicio de salud.

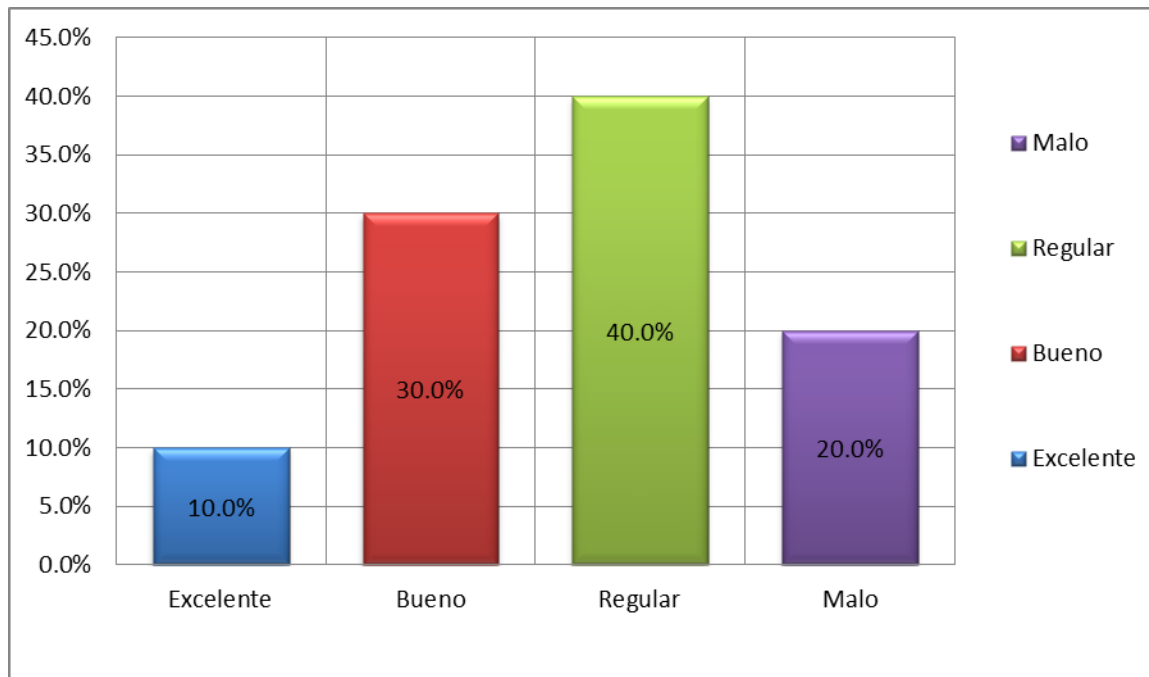
4

Aguirre, H. (2007). Metodología para la medición de la satisfacción del usuario. México: OPM, p. 37.

5

Ronco, T. y McMillan, Ch. (2006). *Evaluación de la respuesta del usuario a la atención médica*. Bogotá: Interlibros. p. 68.

Gráfico 1. El servicio prestado por la persona encargada de priorizar la atención a recibir con base en triage es:



Fuente: Encuesta a usuarios

El 10% de los encuestados sostuvo que la atención recibida con base en la priorización hecha con el triage es excelente, el 20% afirma que es malo; el 30% lo califica como bueno y el mayor porcentaje: 40% dice que es regular.

La importancia del triage radica en que ofrece la clasificación de la prioridad para la atención de urgencias o la toma de decisiones acerca de si un paciente debe recibir o no atención de urgencia en una Institución Prestadora de Servicios de Salud y se entiende que su clasificación o priorización siempre debe estar a cargo de un profesional de salud debidamente entrenado para tal efecto.

Por lo tanto, si una institución desarrolla actividades de triage, este deberá ser ejecutado por personal plenamente capacitado para tal fin, al igual que en la determinación de la prioridad en su clasificación. La clasificación es la siguiente:

- Triage 1. Urgencia crítica: Es una afección súbita, grave e imprevisible que implica inminente peligro para la vida del paciente, esta puede ser de origen orgánico u ocasionado por traumas y requiere atención inmediata.
- Triage 2. Urgencia no crítica: Es una afección no súbita, que no implica inminente peligro para la vida del paciente, esta puede ser de origen orgánico u ocasionado por traumas, no requiere atención inmediata.
- El triage 3, es una no urgencia.

Como lo señala Martínez Peralta, la calidad es comprendida, interpretada y mejorada desde la perspectiva de los diferentes actores que se encuentran en el escenario de la atención en salud; desde la perspectiva de los prestadores, la calidad está enfocada especialmente a la dimensión técnico-científica pues el cuerpo médico trabaja arduamente en la competencia profesional y la racionalidad técnico científica; desde la perspectiva de los usuarios la calidad está enfocada hace la dimensión interpersonal, pues los pacientes evalúan frecuentemente el trato recibido por el profesional, la información y comunicación clara y precisa que éste le proporcione, y los procedimientos tanto educativos como técnicos que desarrolle el médico durante la prestación del servicio. Desde la perspectiva del funcionario, la calidad está enfocada hacia la dimensión administrativa, buscando cumplir con los atributos de la seguridad del paciente, la accesibilidad, la oportunidad, la coordinación y la triada de la eficacia, efectividad y eficiencia⁶.

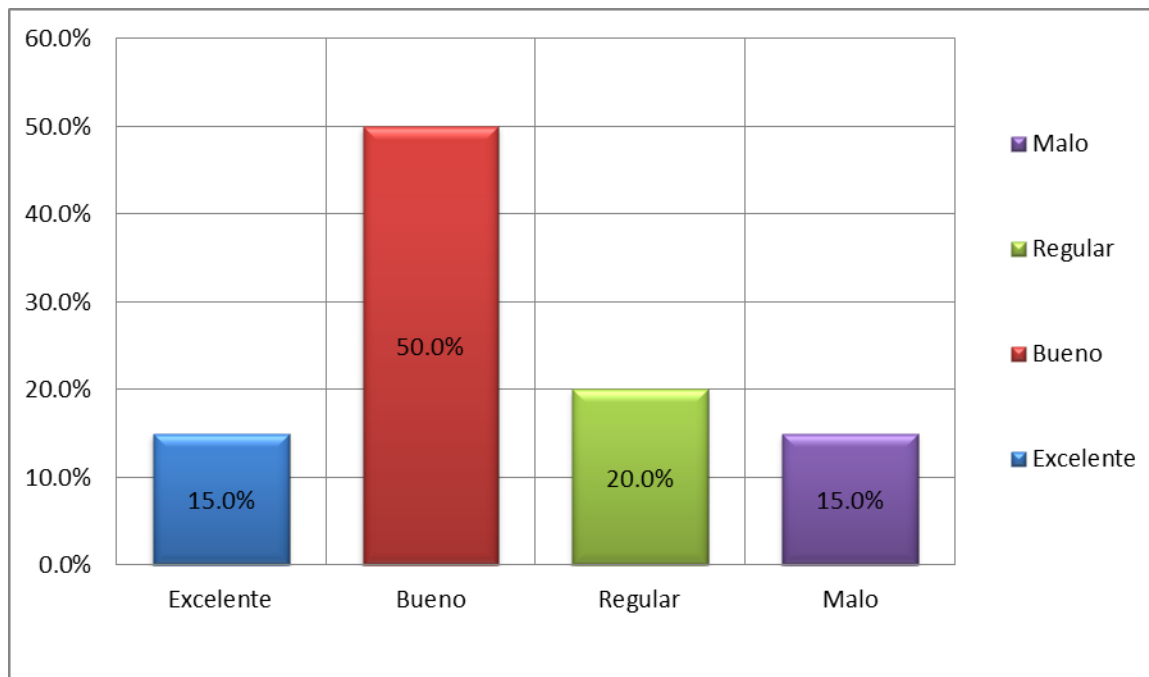
Desde esta visión tan fragmentada de la calidad, el logro de la misma se ha convertido en una problemática, pues no existe un consenso sobre la aplicabilidad de esta y por ello la concepción y

6

Martínez Peralta, V. (2009). *Construcción de indicadores de atención, seguridad y calidad en salud*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, p. 43.

el resultado de “calidad en salud” difiere significativamente entre los clientes internos y clientes externos. Por tal motivo que exista una conformidad o disconformidad con la atención recibida por el personal de triage, dependerá de la subjetividad y variabilidad de respuesta del usuario frente a los procedimientos y a su percepción de lo que considera es una atención oportuna y específicamente priorizada para la urgencia.

Gráfico 2. El servicio prestado por la persona de Admisiones es:



Fuente: Encuesta a usuarios

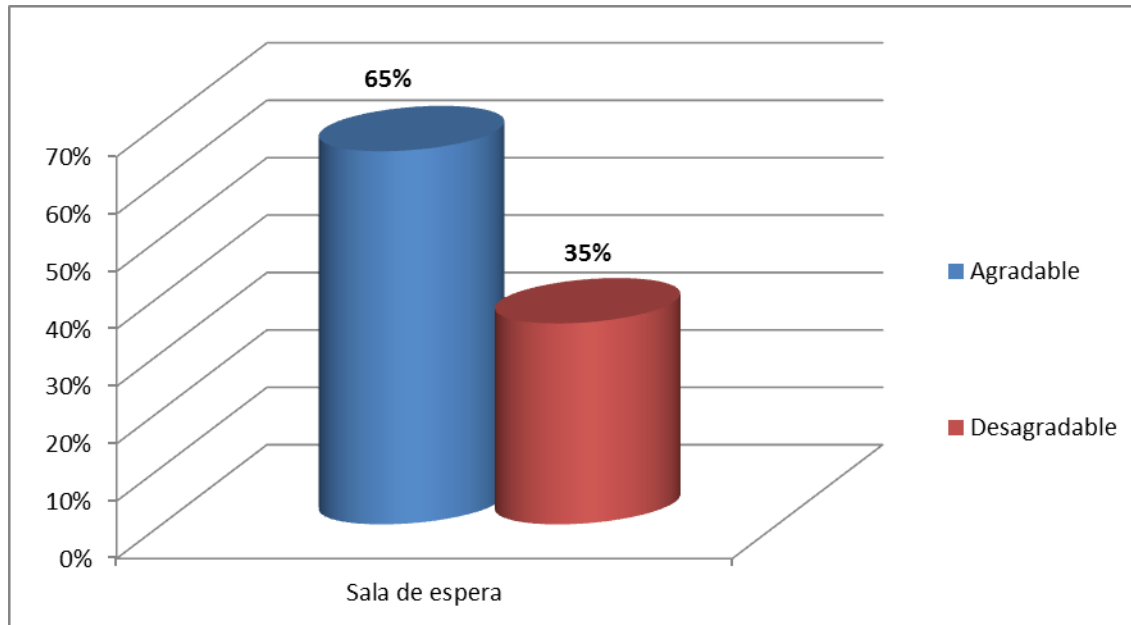
Al momento de calificar el servicio prestado por el personal de admisiones, el 15% de los encuestados consideró que era malo, en contraposición a un 15% que lo definió como excelente. Un 20% consideró que era regular y el 50% le otorgó una calificación buena.

Estos resultados se explican entonces con los planteamientos teóricos relacionados con los aspectos administrativos y operacionales implicados en la calidad en salud, específicamente con la dimensión administrativa de la calidad desarrollada por Sánchez (2005), la cual plantea que los trámites y procedimientos operativos inherentes a la atención en salud tienen un impacto

importante en el funcionamiento de los servicios de salud y por tanto en los niveles de satisfacción de salud reportados por los usuarios (Sánchez, 2005)⁷.

Es importante resaltar también que la importancia dada por los funcionarios a las variables de esta sub-escala, se explican a partir de lo planteado por el modelo de calidad Grönroos y Gummerson (1987), específicamente en lo que se refiere a la primera fuente, denominada la fuente del diseño de la prestación de los servicios, la cual influye tanto en la calidad técnica como en la calidad funcional.

Gráfico 3. La permanencia en sala de espera es:



Fuente: Encuesta a usuarios

7

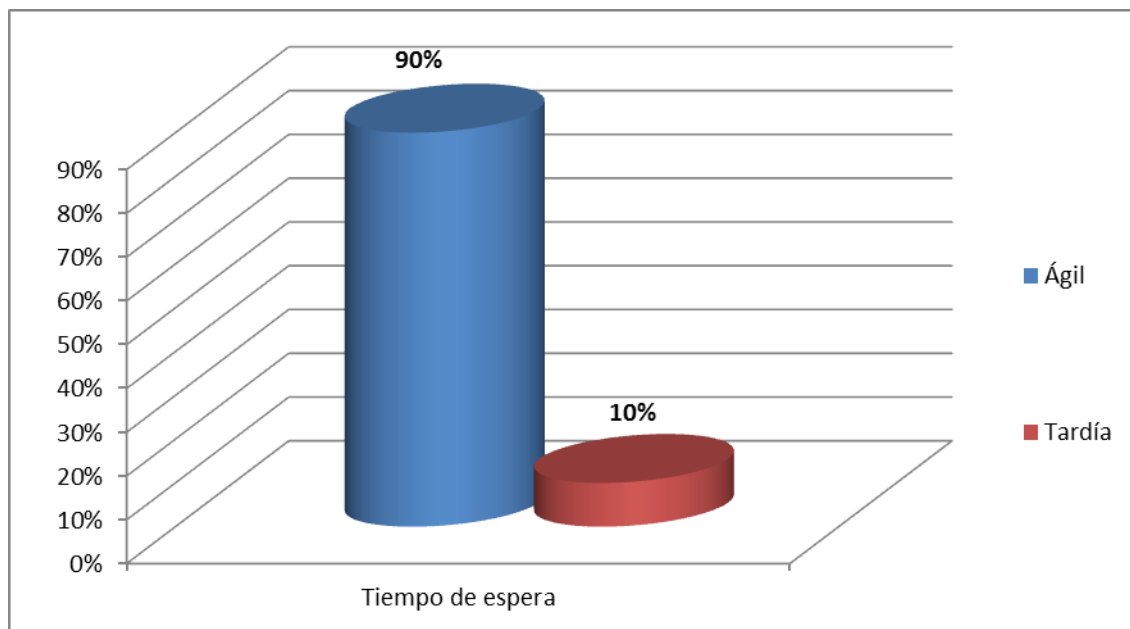
Sánchez, A. (2005). *Satisfacción de los servicios de salud y su relación con la calidad en los hospitales públicos de Ixmiquilpan HGO*. Trabajo de Grado, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Pachuca.

Con respecto a la permanencia en la sala de espera, los usuarios lo calificaron como desagradable el 35% de la frecuencia total, haciendo alusión principalmente a factores como el calor y la incomodidad del mobiliario que se encuentra en la sala de espera.

Por su parte, la mayoría, el 65% de los encuestados, señaló que la permanencia en sala de espera es agradable, especialmente en lo referido al ambiente de las instalaciones, a la limpieza, a la iluminación y al orden y fácil acceso que tienen las personas a esta área.

Los resultados obtenidos en este caso ratifican que dentro de los principales aspectos que se mencionan en la evaluación de la satisfacción del usuario en la atención en salud se encuentran: 1. La interacción del médico con el paciente, 2. Tiempos de consulta y espera 3. Accesibilidad y calidad de las instalaciones de los servicios de salud, 4. Habilidades técnico-procedimentales de los profesionales en salud, y 5. Los resultados de la atención. Los aspectos mencionados, son aquellos puntos críticos que la administración de salud considera importantes para evaluar la satisfacción del usuario en atención en salud.

Gráfico 4. La oportunidad de la atención asignada le parece:



Fuente: Encuesta a usuarios

En el caso del tiempo de espera, como uno de los aspectos que pueden inclinar en uno u otro sentido la satisfacción del usuario al momento de recibir la atención en la ESE, se obtuvo que el 90% lo calificaron como ágil, es decir, que perciben una correspondencia positiva entre el lapso que deben esperar la atención y el tipo de procedimiento por el que acuden a la ESE.

Por su parte, el 10% restante hizo la calificación como tardía, sobre todo por la comparación que hicieron entre el tiempo en que debieron esperar por la atención en esta institución y sus experiencias previas en otras entidades similares.

En el sector salud, desde hace algunos años se vienen aplicando diferentes métodos para identificar los aspectos más importantes para la mejora de los servicios. Así por ejemplo, los autores citados muestran que en las encuestas empleadas para los estudios se le daba mayor relevancia a la “humanización” (65% de los casos), a la cantidad de información que se brindaba al paciente (50%) y a la competencia percibida de los profesionales (43%).

Posteriormente otros autores como Mckinley (1997)⁸ y Nathorst-Boos (2001)⁹, mediante el uso de otros enfoques metodológicos, han identificado factores importantes para determinar el nivel de satisfacción en cuanto a las condiciones del entorno físico, la accesibilidad (no sólo la física), la comunicación entre el médico y el paciente, los cuidados de enfermería que se facilitan, la competencia profesional, la cortesía y amabilidad en el trato y el resultado alcanzado.

8

McKinley, R. (1997). *Indicadores de satisfacción del usuario*. México: Diana, p. 145.

9

Nathorst-Boos (2001). *Estudios comparativos de satisfacción de usuarios en hospitales de mediana y alta complejidad*. Bogotá: Uniandes, p. 38.

Una investigación realizada por Hoffman (2004)¹⁰, en un conjunto de 5 clínicas y hospitales, determinó que el mayor grado de instrucción influye inversamente en la satisfacción con el servicio, es decir, los de mayor grado de instrucción tienden a ser más exigentes con los servicios que reciben durante la atención. En este sentido, se entiende que los datos reportados en el presente estudio en su mayoría no son producto de una alta exigencia, dado que existe un mayor grado de homogeneidad respecto a las características socioeconómicas de los encuestados.

Salgado y Restrepo (2005) precisan que la “calidad objetiva” incluye en las opiniones referentes al estado físico de las instalaciones, el tiempo de espera, la puntualidad de las consultas o la información dada por el médico.

En este sentido, los datos encontrados por estos investigadores en un estudio a nivel de varias IPS de Medellín, son favorables; sin embargo, es necesario poner atención en el hecho de que un 25.6% indica que la temperatura del ambiente de la sala estuvo “peor” y “mucho peor” de los que esperaban, un 17.9% opinó que el ruido en la sala de espera fue peor de lo que esperaban y 14.7% opinó que la limpieza de la sala de consulta estuvo peor de lo esperado¹¹.

Esta situación muestra oportunidades de mejora y optimización en la prestación de servicios, además se deberá considerar las recomendaciones más importantes manifestadas por los usuarios encuestados en este punto como son: mejorar la puntualidad en la atención y el tiempo de espera para la consulta (35.3%) y la ampliación de citas (5.4%).

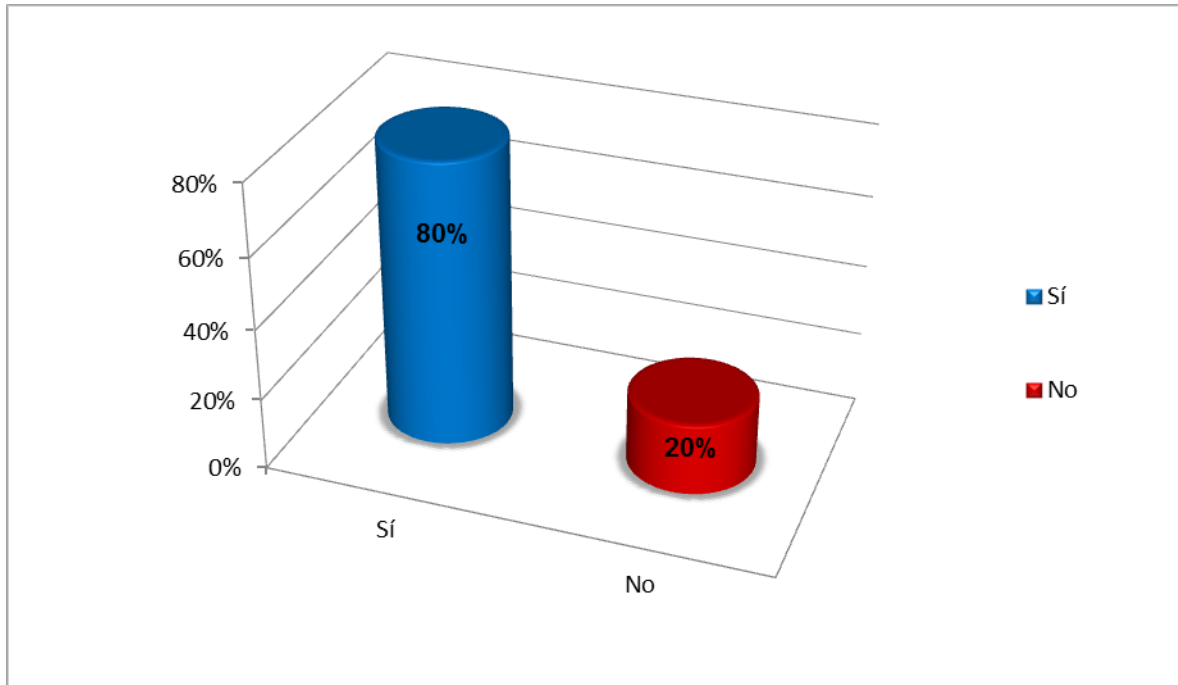
10

Hoffman, C. (2004). *Aproximación a la calidad de la atención en salud desde la perspectiva del cliente*. Barcelona: Universidad de Barcelona, p. 131.

11

Salgado, A. y Restrepo, A. (2005). *Factores ambientales en la valoración satisfactoria de la atención en salud*. Medellín: Universidad de Antioquia, p. 29.

Gráfico 5. ¿Se siente satisfecho con la claridad con que le explicaron sobre su problema de salud y el tratamiento planteado?:



Fuente: Encuesta a usuarios

En lo que tiene que ver con la comunicación adecuada hacia el usuario, se determinó que en general, los usuarios encuentran una explicación satisfactoria sobre la enfermedad y los tratamientos a seguir:

Puede verse que el 80% de los encuestados respondió afirmativamente a la explicación que reciben del personal médico como satisfactoria, frente al 20% restante que manifestó en contrario, resaltando seguramente una cierta dificultad para comprender el vocabulario médico o bien por ciertas predisposiciones hacia el médico o la enfermera. De acuerdo con esto, los aspectos relacionados a la satisfacción con la información recibida tienen cifras muy favorables, considerando que igualan el 80% de satisfacción.

Incidir en estos aspectos es importante para mejorar según Coulter (1998), citado por Villa (2001)¹², porque están relacionados con la autonomía como base de la práctica clínica y constituye un aspecto importante en la interacción entre el médico y el paciente.

Según este autor, aunque los porcentajes en el que pocas veces se brinda información es bajo, es necesario remarcarlo para su optimización, es así que en algunos estudios adelantados por él se encontró que un 8.2% de los pacientes opinó que “pocas veces” se les informó sobre las pruebas diagnósticas y sólo un 4,9% refirió que la información sobre los riesgos del diagnóstico y tratamiento fue dado “pocas veces”.

Brindar una explicación clara y satisfactoria al usuario no es, entonces, sólo una recomendación de procedimiento, sino una estrategia de comunicación eficiente que debe implementarse tanto a nivel de prestación de los servicios de salud como de la gestión integral del usuario.

Para los profesionales de la salud, brindar un servicio de salud con los requisitos mínimos de competencia técnico-científica, de seguridad del paciente, y de bioseguridad, se configura como un servicio de calidad y por lo tanto generador de satisfacción en el usuario, (Riveros, Berné, & Mugica, 2010), sin embargo desde el punto de vista del paciente, la competencia profesional, aunque es un elemento vital en la atención en salud, la idoneidad, la humanidad del profesional médico y el desarrollo de actividades administrativas coordinadas, se postulan como aspectos de gran importancia a la hora de sentirse satisfechos con la atención recibida¹³.

12

Villa, E. (2001). *La relación médico-paciente en el esquema de tratamiento de la enfermedad*. Madrid: Nova, p. 345.

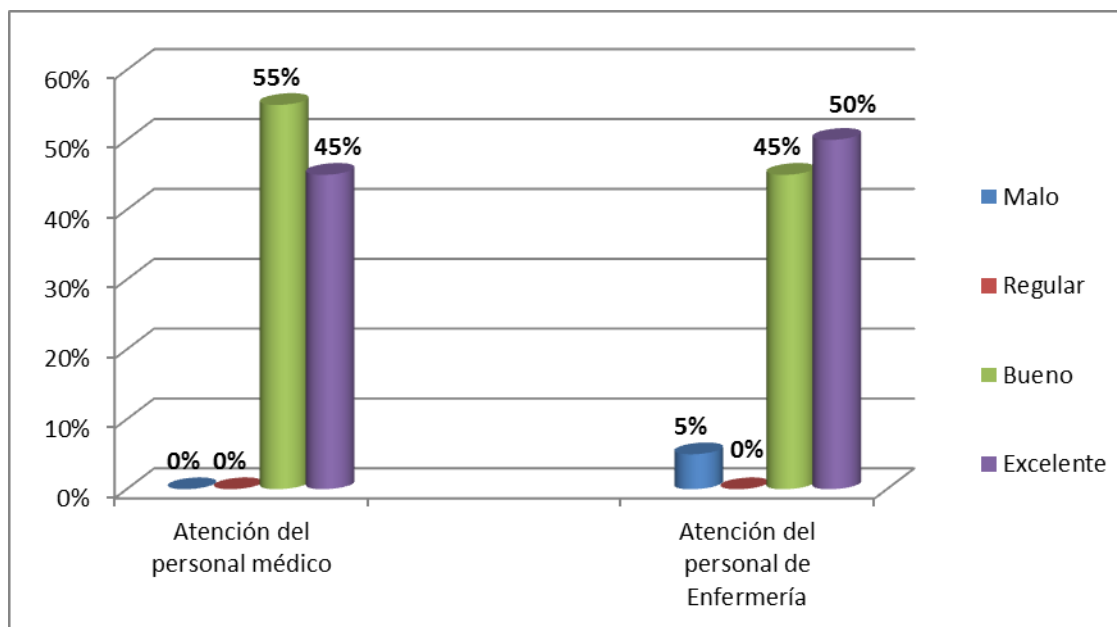
13

▣ Riveros, J., Berné, C., & Mugica, J. M. (2010). Gestión y satisfacción en servicios de salud de Chile: Contraste entre las percepciones de los funcionarios y los usuarios. *Revista médica de Chile*, 138, 630-638.

Es evidente entonces que existen diferencias significativas entre la importancia que le asignan los funcionarios a ciertas características administrativas y asistenciales involucradas en la evaluación de la satisfacción de los servicios de salud, frente a las características administrativas y asistenciales que son importantes para el usuario a la hora de emitir un juicio valorativo sobre la satisfacción del servicio de salud recibido.

Estos resultados implican que la organización hospitalaria debe preocuparse constantemente por el entrenamiento y actualización de los funcionarios y el cuerpo médico, en todos aquellos temas relacionados con la atención en salud, la calidad en salud, la satisfacción en salud, la promoción y la prevención en salud y los tratamientos vanguardistas desarrollados para promover el bienestar del usuario.

Gráfico 6. ¿Cómo le pareció la atención recibida por el personal médico y de enfermería?:



Fuente: Encuesta a usuarios

En lo que se refiere a la atención por parte del personal médico asistencial, se trató de establecer la calificación de satisfacción que los usuarios le dan tanto al personal médico como de enfermería de la ESE.

En el primer aspecto, la atención recibida por parte del médico fue calificada como buena por el 55% de los encuestados, destacándose que dicha valoración se debe en buena medida a la percepción de eficiencia que tienen los pacientes de los profesionales y que se traduce en los procesos de atención oportuna y adecuada en los procedimientos médicos. Lo anterior queda ratificado especialmente con el resultado que muestra que el 45% de los encuestados señaló la atención médica como excelente, aumentando más el grado de valoración que hacen de la capacidad y eficiencia de los profesionales de la salud y que se traslada a su relación positiva con los pacientes.

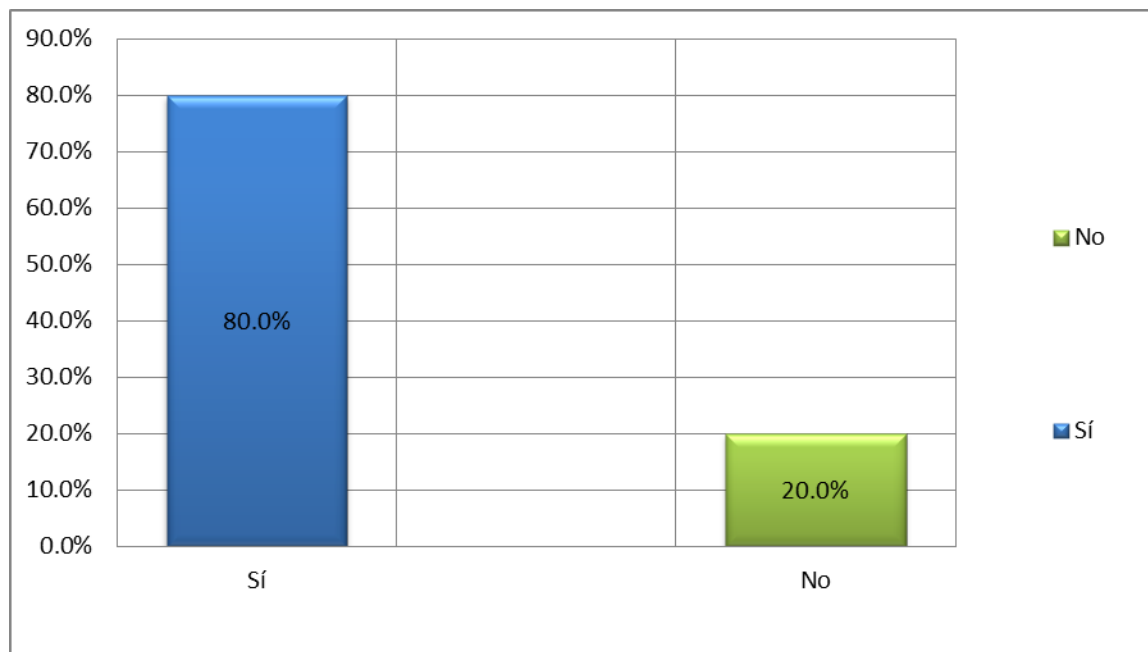
Con respecto a la atención del personal de enfermería, el 5% de los usuarios encuestados la calificaron como mala, lo que es un indicador negativo y se debe generalmente a la percepción del trato humano deficiente o poco favorable que se tiene de estos profesionales de la salud. En contraste, el 50% de los encuestados señaló que la atención es excelente, resaltando la calidad y profesionalismo con que las enfermeras de la institución prestan sus servicios. Además, el 45% de los usuarios respondió que la atención es buena, estableciendo una medida comparativa frente a la manera como finalmente lo trataron las enfermeras y las expectativas o inquietudes previas que tenían.

En este sentido, el estudio desarrollado por Hernández (2002) es bastante aproximado a los resultados obtenidos en la investigación, ya que el hecho de que un 90% considerara al tiempo de la consulta como correcto, el 92.4% que el personal fue amable en su trato “casi siempre” o “siempre” y que un 83.7% indique que casi “siempre” sintieron que el personal hizo lo posible por ayudarle cuando lo necesitaron, muestra las condiciones favorables del servicio¹⁴.

14

Hernández, J. (2002). *Calidad y eficiencia en los procesos de atención a usuarios de instituciones de salud en Colombia*. Bogotá: SRF Ediciones, p. 89.

Gráfico 7. ¿Sintió que su atención en el servicio, se dio en condiciones de privacidad?:

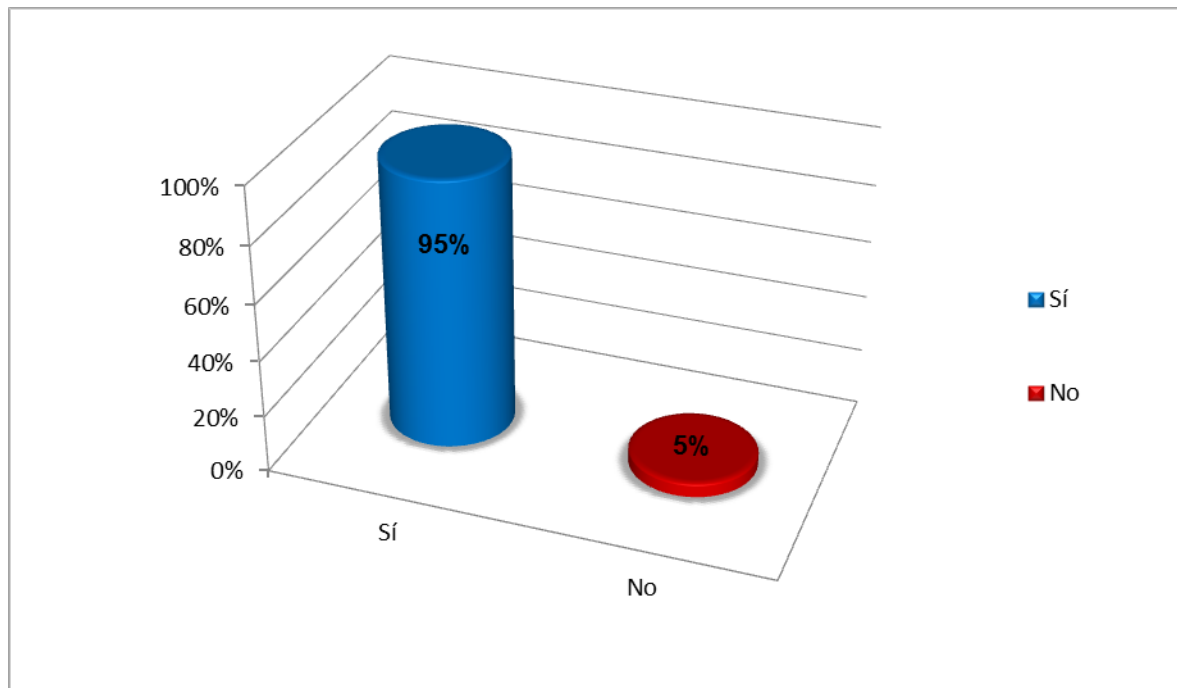


Fuente: Encuesta a usuarios

Las condiciones de privacidad para su atención en el consultorio de urgencias de la ESE, que es otro factor de satisfacción de los usuarios, fueron calificadas como buenas por el 80% y como regulares por el 20%.

A partir de los resultados, es posible plantear que los aspectos subjetivos son los más influyentes en las percepciones de calidad de los usuarios, aspectos tales como el espacio de la consulta y la privacidad en la misma influyen de manera significativa en la percepción del usuario, observando que existe carencia de espacios para desarrollar la revisión y para interactuar individualmente con el médico, razones por las cuales se cataloga la intimidad visual y auditiva como aspectos subjetivos importantes que intervienen de manera negativa en la percepción de calidad del paciente. Estos aspectos se relacionan directamente con aspectos objetivos tales como la estructura y las instalaciones del centro de atención, pues un espacio pequeño y sin la dotación necesaria afecta de manera directa la intimidad del paciente durante la consulta.

Gráfico 8. Durante el proceso de atención ¿siente que ha mejorado su estado o molestia de salud que lo llevó a acudir al servicio?:



Fuente: Encuesta a usuarios

Para el 95% de los encuestados se solucionó el motivo de su consulta, es decir, el servicio fue efectivo y eficaz; mientras que un 5% se mostró en desacuerdo con ello y respondió negativamente. De todas maneras se está ante un indicador bastante positivo de satisfacción respecto a la calidad de la atención médico-asistencial que se proporciona en la ESE, aunque debería proponerse una mayor atención a los casos de insatisfacción cuando el usuario siente o valora que no ha obtenido solución a su problema de salud.

Como uno de los componentes claves de satisfacción del usuario se consideró también la solución dada al motivo de la consulta, si fue satisfactoria o no para el usuario. Al respecto, se puede partir de lo afirmado por Bonilla (2006) cuando establece un criterio de satisfacción del usuario por el efecto de la consulta y tratamiento realizado en la institución de salud¹⁵. Desde la

15

Bonilla, R. (2006). *Diagnóstico de la satisfacción del usuario en el Hospital El Tunal*. Bogotá: Secretaría de Salud Distrital, p. 82.

perspectiva de este autor, el usuario aplica una combinación de valoración subjetiva con efecto práctico-objetivo frente al tratamiento. Si sus expectativas son satisfechas, traslada la calificación afectiva a una objetivación del servicio como “bueno”.

Tomando como base los resultados obtenidos, y en correspondencia con lo expresado por Cardona y Daza (2005), el autor citado señala que el tema de la calidad debe ser entendido desde dos conceptos: calidad de la atención y calidad de los servicios. Ambos conceptos son multidimensionales y se encuentran íntimamente relacionados, teniendo ambos similar importancia¹⁶.

El término calidad de atención (*“quality of care”*) hace referencia a la atención médica. Esto se puede observar al revisar la definición de calidad de atención como asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con la máxima satisfacción del paciente (Organización Mundial de la Salud, 1985).

Por otro lado, no existe una definición consensuada de Calidad del Servicio, depende de la perspectiva de quien lo mire. Para algunos autores ello implica ajustar el servicio a las especificaciones o estándares nacionales o internacionales (desde la perspectiva del prestador).

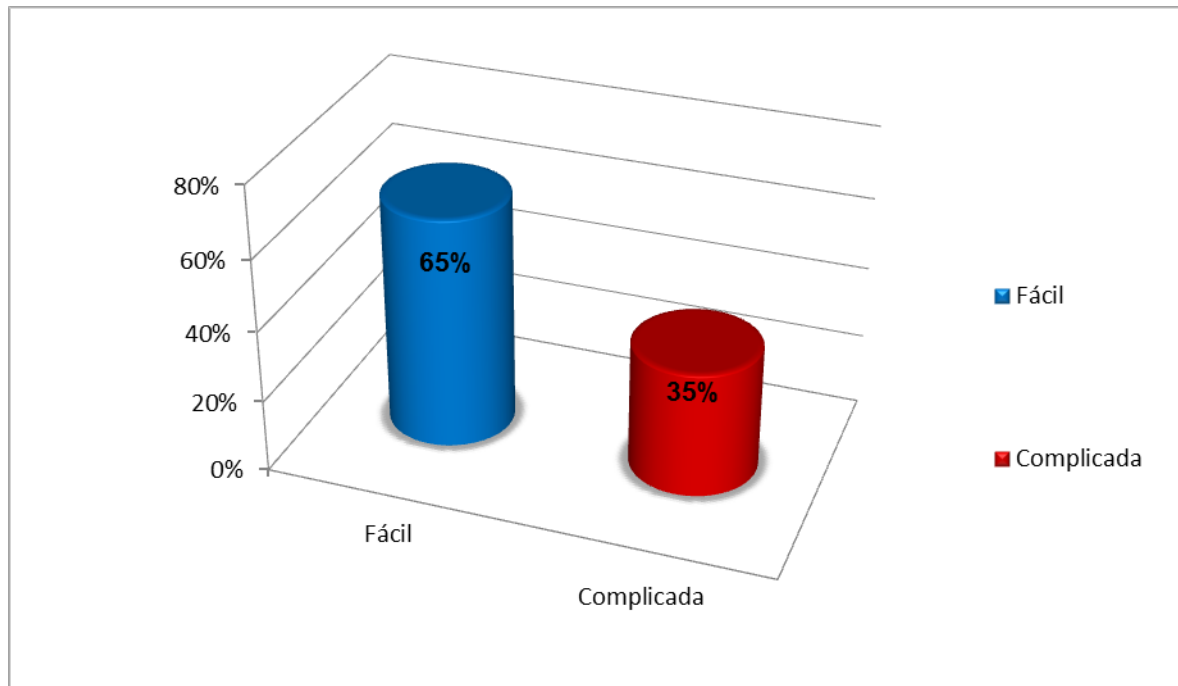
Para otros, un servicio de calidad se define como la capacidad de ajustarse a las especificaciones del cliente (desde la perspectiva del usuario). En el caso de la salud, como el de otras instituciones productoras de servicios, el punto de discusión está en la capacidad del paciente de poder reconocer la calidad del servicio recibido (la atención médica), que es la razón última de la

16

Cardona y Daza (2005). *Gestión de la calidad en salud para la satisfacción y seguridad del usuario*. Bogotá: Instituto Nacional de Salud, p. 56.

búsqueda de atención en salud. Generalmente, se acepta que la calidad del servicio se entiende desde el punto de vista de la percepción del cliente sobre el servicio, y no por las características intrínsecas del servicio ofrecido. Por tanto, el punto de partida de toda gestión de calidad, consiste en captar las exigencias de los clientes y analizar las formas de ofrecerles soluciones que respondan a sus necesidades.

Gráfico 9. La ubicación y acceso del servicio de urgencia de la ESE Hospital Universitario del Caribe es:



Fuente: Encuesta a usuarios

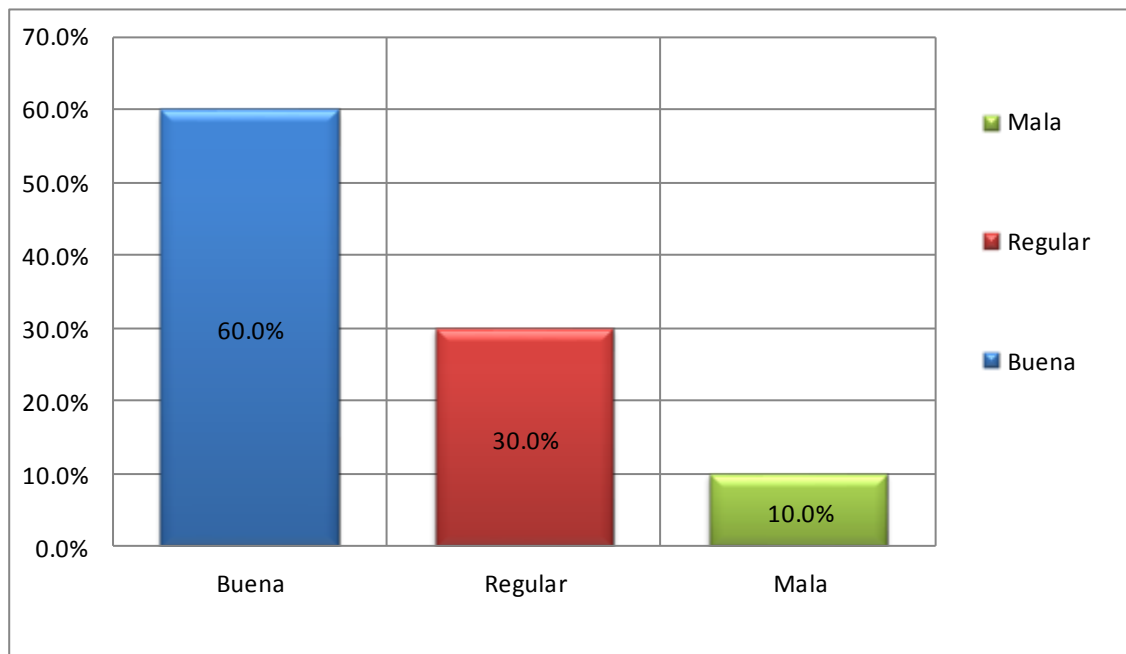
Para determinar la accesibilidad de la urgencia del HUC, se indagó acerca de la ubicación, encontrándose que el 85% de los encuestados la catalogan como fácil, mientras que el 15% consideran que encontrar la ubicación es complicado.

En relación con el acceso al Servicio de Urgencias, encontramos que un 80% de las personas que han requerido acceder a la urgencia, han accedido y recibido atención, por lo cual catalogan el acceso como bueno y para el 20% el acceso no ha sido bueno, teniendo en cuenta el tiempo demorado en acceder al servicio o lo engorroso que han sido los trámites a realizar previamente, aunque muchas veces el paciente desconoce lo que es el Triage.

Para este ítem, que evalúa las condiciones en la infraestructura del hospital para prestación de un servicio con calidad, la diferencia de medidas indican que esta característica puede tener un nivel de importancia elevada para los usuarios, razón por la cual la administración hospitalaria deben procurar mejorar constantemente la infraestructura de la organización y la dotación de la misma, pues así mismo los usuarios valorarán de manera positiva este factor. Riveros y colaboradores (2010) afirmaron en su estudio que todos aquellos aspectos relacionados con la infraestructura del hospital, obtuvieron una puntuación media, razón por la cual, este aspecto se considera importante en la evaluación de la satisfacción de los servicios de salud tanto para el usuario como para el cliente interno.

De otro lado, es muy importante tener en cuenta el desconocimiento de algunos pacientes sobre lo que significa Triage, para que así comprenda por qué el acceso al Servicio, en ocasiones no es inmediato; de esta manera lograría comprender que dependiendo la patología que presente, será atendido en pocos o muchos minutos.

Gráfico 10. La limpieza general del consultorio ha sido:



Fuente: Encuesta a usuarios

La limpieza y aseo de las instalaciones del consultorio de urgencias de la ESE fue indicada por los usuarios como buena por el 60%; como regular por el 30% y como mala por el 10%.

Los reportes de investigaciones relacionadas con este factor, demuestran que el mantenimiento de la infraestructura es un aspecto objetivo mediante el cual tanto usuarios como funcionarios evalúan la satisfacción de los servicios de salud, pues para los usuarios es importante tanto el ser atendidos en un espacio adecuado y dotado de los instrumentos necesarios para su examen para cumplir así con sus expectativas de atención, como que las condiciones de higiene y salubridad demuestren la preocupación por el bienestar de los usuarios de las instalaciones hospitalarias.

Así mismo, es importante contar con el espacio y el material necesario para desarrollar sus procedimientos técnicos (Sánchez, 2005) (Brody, Miller, Lernan, Smith, & Lázaro, 1989). Miranda y colaboradores (2009) reportan que las fallas en aspectos asociados con la infraestructura, tales como mantenimiento y aseo, pueden afectar de manera significativa la evaluación de la satisfacción de los servicios de salud, tanto por los usuarios como por los funcionarios. Así mismo lo plantea el sistema de Servuccion de Eiglier y Langeard, en el cual plantea que debe existir una articulación entre el uso de los recursos físicos y el talento humano, pues los dos son factores influyentes en la valoración de la satisfacción de los servicios de salud¹⁷.

En ese orden de ideas Satorres, señala que tanto las características administrativas como asistenciales son factores igualmente importantes en la valoración de la satisfacción de los servicios de salud¹⁸. Tales aspectos demandan acciones puntuales de mantenimiento de las

17

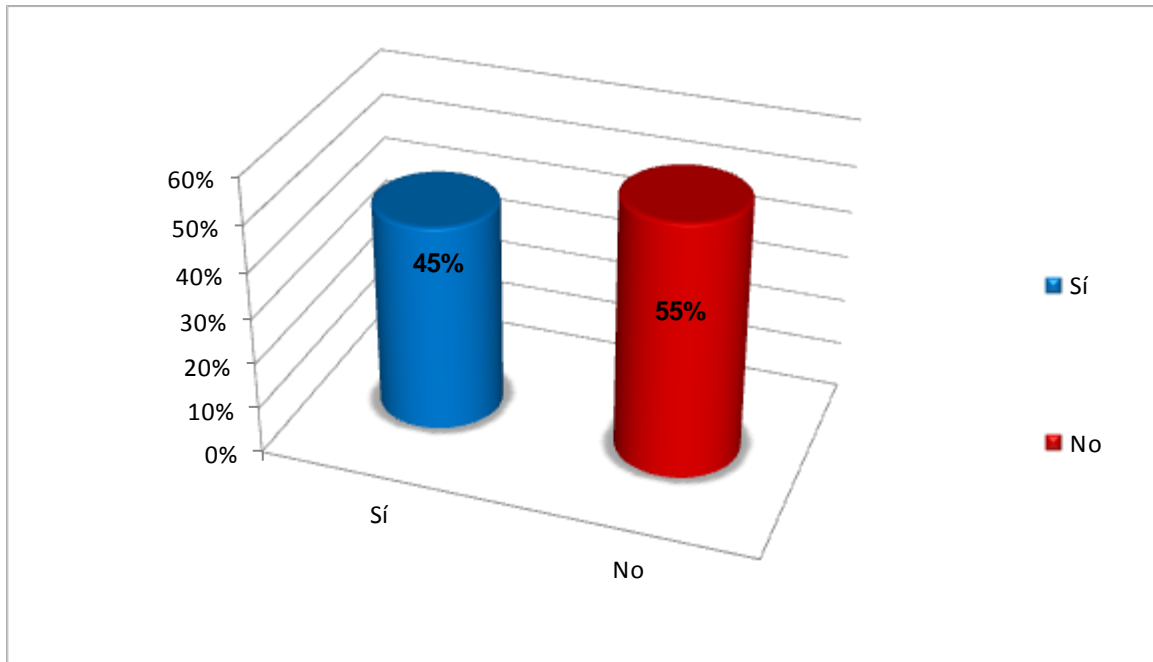
Miranda, A., & Hernández, L. et al. (2009). Calidad de la atención al adulto mayor. *Revista Cubana de medicina general integral*, 25(3), 11-24.

18

Satorres, M. (2008, abril). *Análisis de la relación entre calidad y satisfacción en el ámbito hospitalario en función del modelo de gestión establecido*. Castellón de la Plana.

instalaciones para asegurar el confort y la inocuidad de los ambientes de atención a pacientes, especialmente de urgencias.

Gráfico 11. ¿El paciente viene referido de alguna otra institución?:



Fuente: Encuesta a usuarios

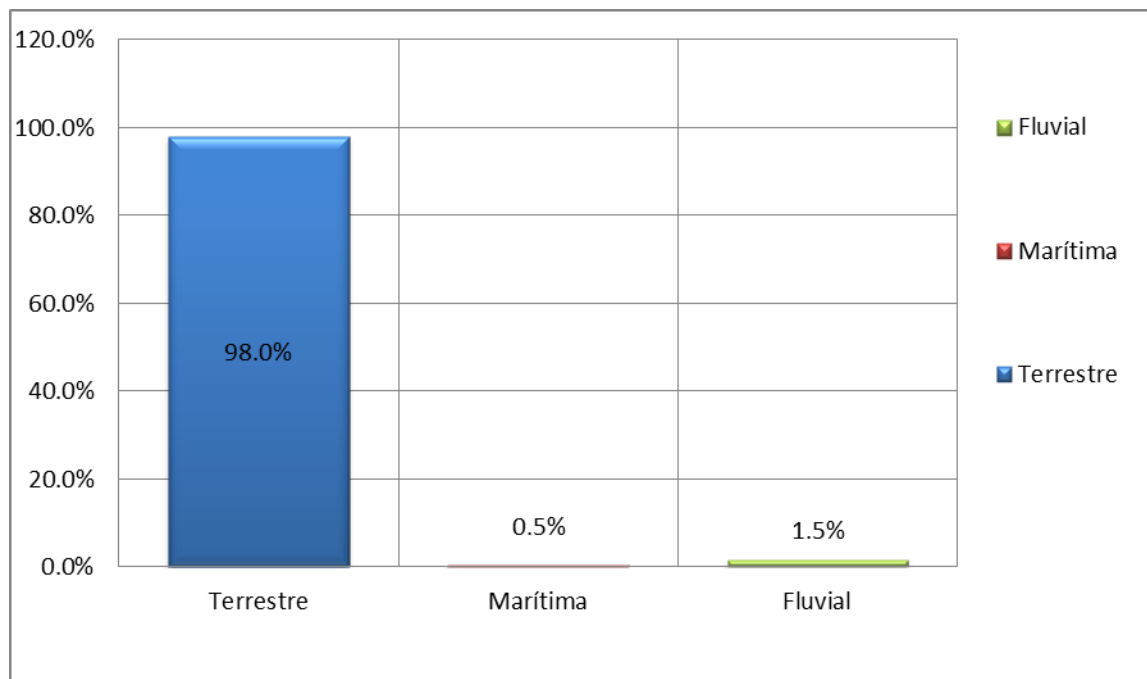
En el servicio de urgencias, uno de los factores claves de atención en el servicio lo constituye el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes. Se encontró que, para el período analizado, el 45% de los pacientes que ingresaron a urgencias en el HUC son referidos por otras instituciones del sistema. El 55% ingresa de manera directa a los servicios de urgencia.

Es un factor de satisfacción del usuario de urgencias las relaciones y coordinación entre las diferentes instituciones dentro del concepto técnico-administrativo de la red de servicios, lo cual se logra en buena parte mediante el desarrollo del Régimen de Referencia y Contrarreferencia¹⁹;

ello, por la incidencia que tiene en la gestión eficiente del sector salud, la optimización de la infraestructura, el fomento de una cultura de la salud y la facilidad, oportunidad y eficiencia para el acceso a los servicios de salud.

Se define el Régimen de Referencia y Contrarreferencia como el conjunto de normas técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente al usuario el servicio de salud, según el nivel de atención y el grado de complejidad de los organismos de salud con la debida oportunidad, eficacia y eficiencia. Este régimen tiene como propósito fundamental facilitar el acceso universal a los servicios de salud y la atención oportuna e integral a la comunidad de acuerdo con sus necesidades, mediante el desarrollo legal, técnico y administrativo del Régimen de Referencia y Contrarreferencia como un componente de la red de servicios, con la participación de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Gráfico 12. Tipo de traslado que se usó:

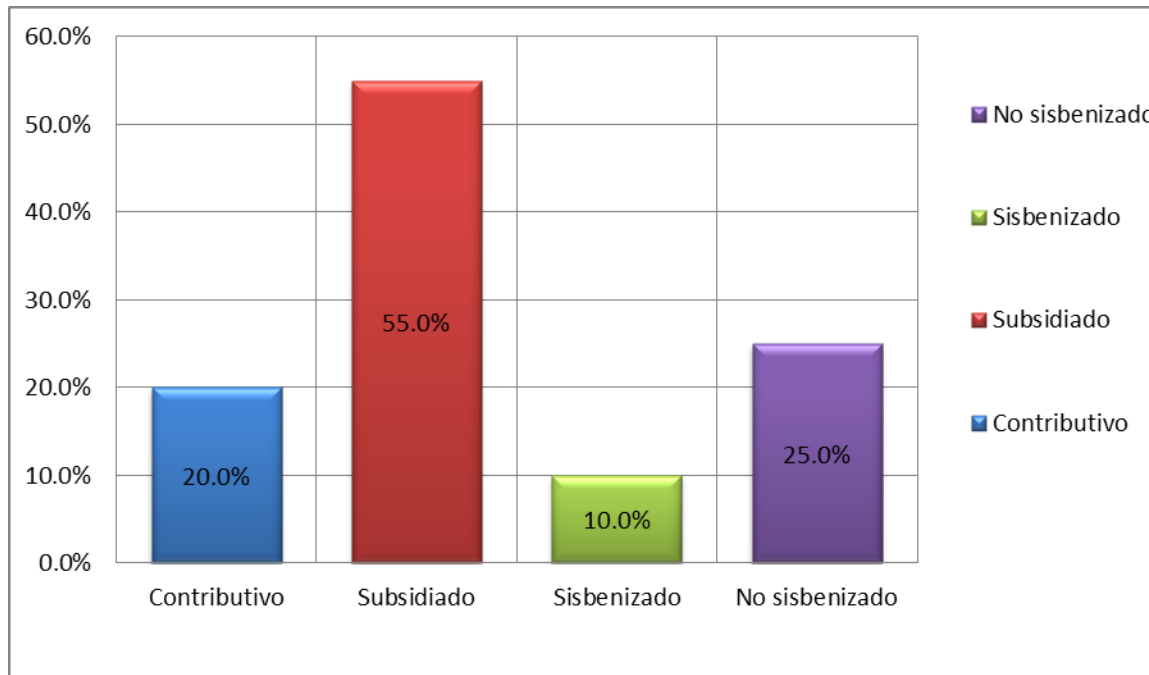


Fuente: Encuesta a usuarios

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

En cuanto al tipo de traslado que se utilizó para la referencia de pacientes a la urgencia del HUC, predominó la vía terrestre con el 98% de los casos reportados, mientras que por transporte fluvial se presentó 1,5% de frecuencia y la vía marítima apenas representó el 0,5% del total de referencias.

Gráfico 13. El tipo de seguridad social del paciente corresponde a:



Fuente: Encuesta a usuarios

Al indagar el tipo de seguridad social que tienen los pacientes de urgencias del HUC en el período considerado (enero-marzo de 2013), se determinó que el 20% corresponde al régimen contributivo, el 55% al subsidiado; el 15% es personal no cubierto por subsidio a la demanda no sisbenizado y el 10% restante lo constituye personal no cubierto por subsidio a la demanda sisbenizado.

Desde el año 2000 la defensoría del pueblo realizó una medición del grado de satisfacción de los usuarios de los servicios ambulatorios de salud ofertados por las EPS del país, en la cual participaron los usuarios tanto del régimen contributivo como del subsidiado; La encuesta nacional de calidad percibida por los usuarios, a la fecha tiene tres publicaciones, la última de ellas data del año 2009, en la cual el índice de satisfacción de usuarios de salud fue de 66.2,

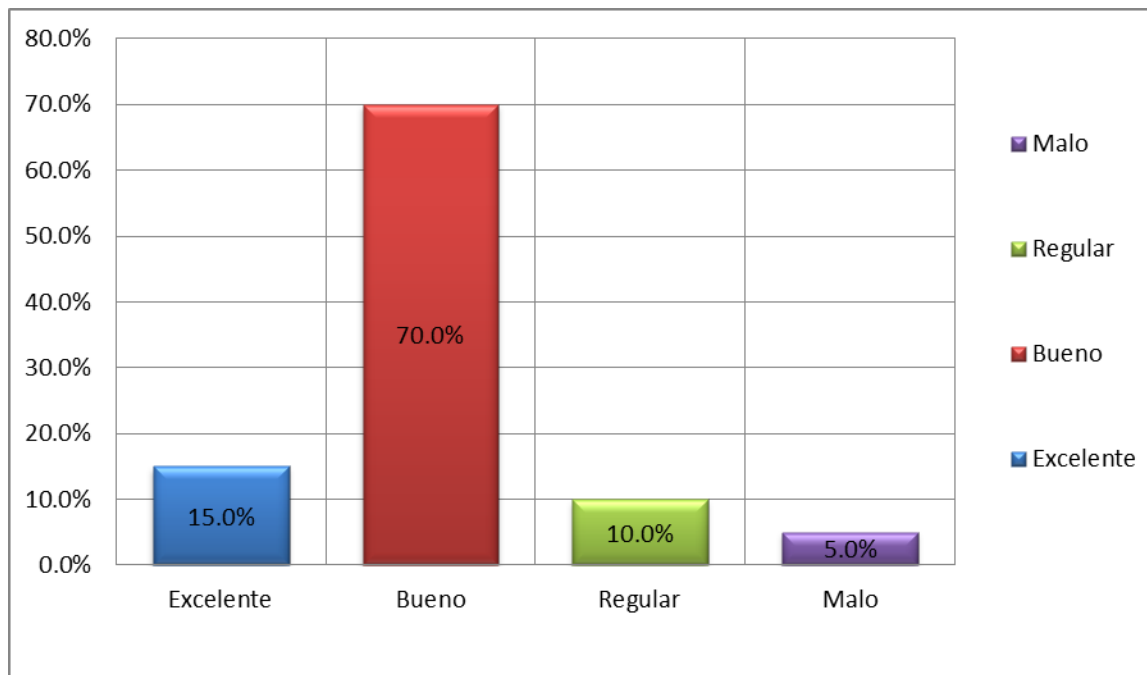
“resultado similar al presentado en la evaluación del año 2005 (67.7)” (Orjuela, González, & Betancourt, 2009), resultado que mostró cambios tanto positivos como negativos en factores tales como la accesibilidad, la libre escogencia, la oportunidad, y la percepción global del servicio, como lo demuestra el siguiente cuadro:

Cuadro 7. Comparativo de satisfacción entre usuarios de EPS Contributivas y Subsidiadas

COMPONENTES	REGIMENES		INDICE GLOBAL
	Contributivo	Subsidiado	Total
Acceso a servicios	74.00	74.12	74.07
Libre escogencia	27.62	19.63	23.06
Oportunidad	76.45	80.48	78.75
Percepción	67.59	68.74	68.25
Índice Global	66.03	66.35	66.21

Fuente: (Orjuela, González, & Betancourt, 2009)

Gráfico 14. La presentación personal de todos los funcionarios es:



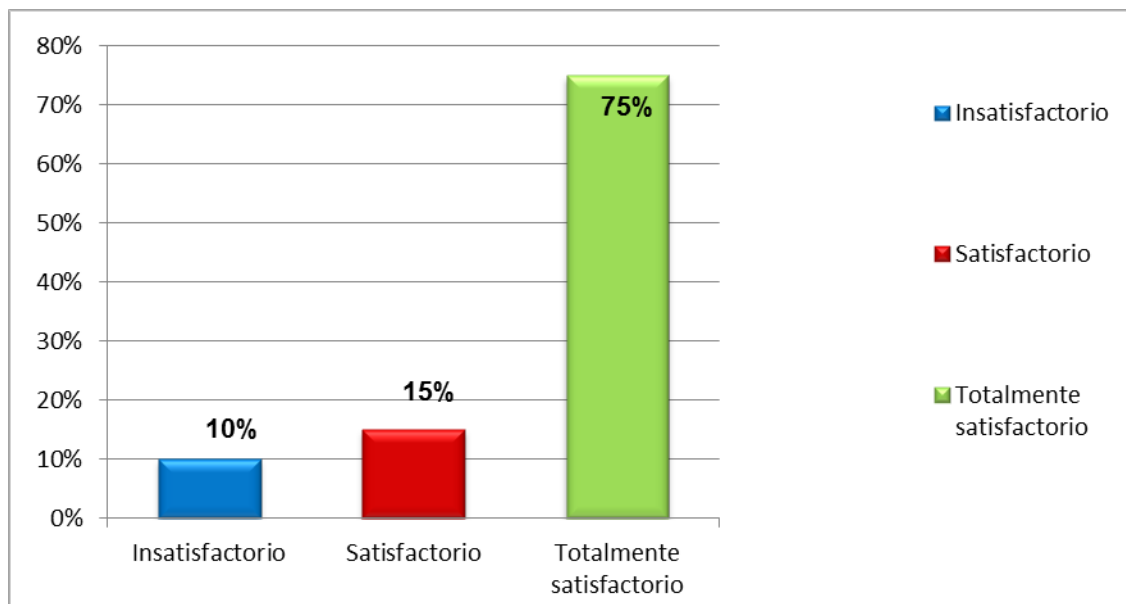
Fuente: Encuesta a usuarios

Al evaluar como un factor clave del servicio de urgencias, que influye sobre la satisfacción del usuario, la presentación personal de los funcionarios, se obtuvo que el 5% la calificó como mala, el 10% señaló que es regular; el 15% destacó que es excelente y la mayoría, el 70% le otorgaron un valor como buena.

En general, se ha establecido una relación directa entre la calidad de la atención brindada y la presentación personal de quien presta el servicio. En efecto, la apariencia personal de los funcionarios y personal médico asistencial provoca una reacción de tranquilidad y seguridad que se proyecta desde la misma valoración de la calidad de la institución. De allí que la presentación personal dentro del área de urgencias se haya definido internamente en la institución de la siguiente manera: debe ser sobria, discreta, generar confianza y tranquilidad, sensación de orden y limpieza para finalmente causar una buena impresión.

De otro lado, se trató de identificar el grado de satisfacción del usuario frente al servicio recibido, es decir, la correspondencia comparativa final entre la expectativa de atención con que llega el paciente y el resultado final obtenido.

Gráfico 15. ¿Cómo se siente en general con el servicio recibido?:



Fuente: Encuesta a usuarios

En materia de resultados investigativos, a través de la encuesta se obtuvo que el 10% de los usuarios calificaron el servicio recibido como insatisfactorio, seguramente haciendo alusión a problemas o retrasos en la atención conjugados con la imposibilidad de que sus necesidades de salud fueran resueltas completamente. Por su parte, un 15% de los encuestados calificó el servicio como satisfactorio, haciendo referencia al mejoramiento progresivo de las condiciones de prestación y a la disponibilidad de recursos de la ESE para ofrecer servicios conexos o adicionales a los básicos que ya presta.

En materia de antecedentes investigativos al respecto, Hernández (2002) muestra cómo el nivel de satisfacción del servicio va moviéndose en relación inversa con el nivel educativo y con la edad, es decir, que a mayor escolaridad y madurez, el usuario se torna más crítico, reacio o desconfiado respecto al nivel de calidad de la atención que recibe. No obstante, en la investigación aquí desarrollada no se atendió a las variables mencionadas y, además, el grupo encuestado era bastante homogéneo en sus características socio-económicas, no observándose tal situación de diferenciación por educación o edad.

Finalmente, hay que destacar que la mayoría de los usuarios encuestados, correspondientes al 75%, calificaron el servicio recibido como totalmente satisfactorio, en alusión directa a que sus necesidades de atención y cuidado urgente de la salud fueron resueltas adecuadamente por la ESE.

Es un hecho que hoy por hoy, los usuarios se están transformando cada vez más en compradores conscientes de la calidad y exigen que sus proveedores cumplan con los más altos requisitos de calidad tanto del servicio como del producto.

Según Relman y Ross (1995), el factor denominado “calidad subjetiva” corresponde a los aspectos relacionados con la amabilidad, la empatía o si al paciente le pareció adecuado el tiempo de consulta que se le dedicó. Además, el conocimiento del nombre del médico y concretamente que éste se haya presentado constituyen un hecho fundamental para mejorar la receptividad del paciente mejorando su conducta terapéutica²⁰.

En todo caso, y siguiendo a Avedis Donabedian (2002), citado por Morer (2005)²¹, la definición de satisfacción del usuario es muy sencilla: un usuario está satisfecho cuando sus necesidades, reales o percibidas, son cubiertas o excedidas; en cuanto a la definición de calidad, ésta ha evolucionado a lo largo de los años, la más aceptada en la actualidad, en el campo de la salud, es la de quien se refiere a la calidad como una propiedad de la atención médica, que puede ser obtenida en diversos grados; y es el logro de los mayores beneficios, con los menores riesgos posibles para el paciente, dados ciertos recursos.

Este mismo autor también definió el cuidado o atención médica como el manejo por parte de un profesional de la salud de un episodio de enfermedad en un paciente determinado. Dividió la atención en tres propiedades caracterizada por el cuidado técnico, aspecto interpersonal y las amenidades. El cuidado técnico es la aplicación de la ciencia y tecnología de la medicina y otras ciencias de la salud al manejo de un problema de salud personal. El aspecto interpersonal es el manejo de la relación social y psicológica entre el profesional y su paciente. Las amenidades se refieren a las condiciones de comodidad en que la atención es ofrecida.

Esta definición tiene una serie de factores de la atención médica a tener en cuenta para su evaluación bajo el esquema de los procesos de producción de servicios de salud dado por la estructura, proceso y resultado tendiente a la satisfacción del usuario:

- a) La estructura está dada por las características estables de los proveedores de servicios, de las herramientas y recursos que se encuentran a su disposición y de las características físicas y organizacionales de las instituciones en que trabajan. Las variables con que este

Relman, S. y Ross, W. (1995). *Administración de la calidad en salud*. México: McGraw-Hill, p. 63.

21

Morer, J.L. (2005). *Análisis de procesos de calidad en la satisfacción a usuarios de la salud mediante el esquema del aseguramiento*. Santiago de Chile: CEDE, p. 71.

concepto se operacionaliza incluyen el número, distribución y calificaciones del personal profesional, el número, tamaño, distribución geográfica y equipamiento de los servicios de salud y otras instituciones, los mecanismos de financiamiento y los de organización de la provisión de los servicios.

- b) El proceso está dado por las actividades que se suceden entre el paciente y los profesionales de salud dentro de la atención médica. El proceso tiene atributos técnicos e interpersonales. Los atributos técnicos del proceso de atención están determinados por el nivel de desarrollo de la ciencia médica en el tiempo. Lo interpersonal por los valores sociales y principios éticos que gobiernan las relaciones entre las personas en general y entre los profesionales y sus clientes en particular. El proceso y sus características se mide a través de variables de la aplicación de procedimientos preestablecidos tanto en el diagnóstico como la terapéutica de las diferentes condiciones de salud.
- c) Los resultados son los cambios en el estado de salud presente y futuro del usuario, lo cual es atribuido a una atención en salud previamente realizada. El estado de salud incluye las condiciones psicológicas y sociales de los pacientes. De esta manera, los cambios en el estado de salud incorporan los cambios en actitudes, como la satisfacción de los pacientes, los cambios en conocimientos y en comportamientos relacionados con la salud. Estos se miden a través la mortalidad, morbilidad y discapacidad y de indicadores de longevidad generales y específicos.

1.4 RESULTADOS DE LA ENTREVISTA A FUNCIONARIOS DE URGENCIAS

A partir de los datos obtenidos con la aplicación de la encuesta a funcionarios de la ESE Hospital Universitario del Caribe, se analiza el nivel de implementación del MECI en la entidad y su correspondencia con el sistema de control interno para la calidad.

Gráfico 16. ¿La calidad en el servicio es una política clara para su área?

Fuente: Encuesta a Funcionarios de Urgencias ESE HUC

Completamente de acuerdo (60.0%); De acuerdo (25.0%) y Parcialmente de acuerdo (15.0%)

Gráfico 17. ¿Existen programas de evaluación dentro de la dependencia que garanticen niveles mínimos de calidad?

Fuente: Encuesta a Funcionarios de Urgencias ESE HUC

Completamente de acuerdo (20%); De acuerdo (70%) y Parcialmente de acuerdo (10%)

Gráfico 18. ¿La dependencia evalúa a los usuarios periódicamente en cuanto a la calidad de la atención con el fin de realizar ajustes para así prestar un mejor servicio?

Fuente: Encuesta a Funcionarios de Urgencias ESE HUC

Completamente de acuerdo (5.0%); De acuerdo (35.0%); Parcialmente de acuerdo (55.0%) y En desacuerdo (5.0%).

Gráfico 19. ¿Se hace una evaluación constante de los procesos y procedimientos para mejorar día a día la calidad?

Fuente: Encuesta a Funcionarios de Urgencias ESE HUC

Completamente de acuerdo (5.0%); De acuerdo (60.0%); Parcialmente de acuerdo (15.0%) y En desacuerdo (20.0%).

Gráfico 20. ¿Dentro de la dependencia existe un sistema de garantía de calidad?

Fuente: Encuesta a Funcionarios de Urgencias ESE HUC

Completamente de acuerdo (25.0%); De acuerdo (60.0%) y Parcialmente de acuerdo (15.0%).

Gráfico 21. ¿Los objetivos establecidos en el área están encaminados hacia la máxima calidad?

Fuente: Encuesta a Funcionarios de Urgencias ESE HUC

Completamente de acuerdo (15.0%) y De acuerdo (85.0%).

Gráfico 22. ¿Existen en el área manuales de funciones específicos que son evaluados periódicamente?

Fuente: Encuesta a Funcionarios de Urgencias ESE HUC

Completamente de acuerdo (20.0%); De acuerdo (45.0%); Parcialmente de acuerdo (30.0%) y En desacuerdo (5.0%).

Gráfico 23. ¿Están definidos y se conocen claramente los estándares de calidad, cantidad y desempeño en la dependencia?

Fuente: Encuesta a Funcionarios de Urgencias ESE HUC

Completamente de acuerdo (20.0%); De acuerdo (50.0%) y Parcialmente de acuerdo (30.0%)

Gráfico 24. ¿Se evalúa y controla constantemente los resultados dentro del área para mejorar los resultados?

Fuente: Encuesta a Funcionarios de Urgencias ESE HUC

De acuerdo (30.0%); Parcialmente de acuerdo (55.0%) y En desacuerdo (15.0%).

Gráfico 25. ¿La institución ha definido claramente el propósito de la evaluación del desempeño desde el punto constructivo?

Fuente: Encuesta a Funcionarios de Urgencias ESE HUC

De acuerdo (65.0%); Parcialmente de acuerdo (25.0%) y En desacuerdo (10.0%).

Gráfico 26. ¿Dentro del proceso de evaluación del desempeño los resultados obtenidos son discutidos con el trabajador implicado para conocer la causa de las fallas existentes y tomando correctivos?

Fuente: Encuesta a Funcionarios de Urgencias ESE HUC

De acuerdo (30.0%); Parcialmente de acuerdo (55.0%) y En desacuerdo (15.0%).

Gráfico 27. ¿Se evalúan constantemente los factores de riesgo de la atención con el objeto de establecer el grado de confiabilidad de los procesos?

Fuente: Encuesta a Funcionarios de Urgencias ESE HUC

Completamente de acuerdo (10.0%); De acuerdo (50.0%) y Parcialmente de acuerdo (40.0%)

Gráfico 28. ¿Se evalúan constantemente los factores de riesgo de la atención con el objeto de establecer el grado de confiabilidad de los procesos?

Fuente: Encuesta a Funcionarios de Urgencias ESE HUC

Completamente de acuerdo (50.0%); De acuerdo (30.0%); Parcialmente de acuerdo (10.0%) y En desacuerdo (10.0%).

Gráfico 29. ¿Existen manuales de procedimientos técnicos que son evaluados periódicamente para la mejora continua de la calidad?

Fuente: Encuesta a Funcionarios de Urgencias ESE HUC

Completamente de acuerdo (10.0%); De acuerdo (70.0%) y Parcialmente de acuerdo (20.0%).

Gráfico 30. ¿El funcionamiento del sistema de gestión de la calidad corresponde a los lineamientos normativos y técnicos contemplados en el SOGCS?

Fuente: Encuesta a Funcionarios de Urgencias ESE HUC

Completamente de acuerdo (70.0%); De acuerdo (20.0%) y Parcialmente de acuerdo (10.0%).

CAPÍTULO II. LOS SERVICIOS DE URGENCIA DESDE EL MODELO GERENCIAL PARA EL ASEGURAMIENTO Y GARANTÍA DE LA CALIDAD

Este capítulo pretende analizar los parámetros de valoración de la satisfacción del usuario en relación con la demanda de servicios de salud y la aplicación de los modelos gerenciales de aseguramiento y garantía de la calidad.

2.1 HABILITACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

En relación con las condiciones técnico-científicas de la unidad de urgencias y su correspondencia con la política de satisfacción de los usuarios, se lograron establecer los siguientes parámetros, conforme lo establecido en la Resolución 1441 de 2006:

a) Infraestructura – instalaciones físicas – mantenimiento. En términos generales, la Unidad de Urgencias del HUC cuenta con:

- Un espacio habilitado.
- Instalaciones única y exclusivamente para prestar el servicio de urgencias.
- Tiene infraestructura para el manejo de residuos sólidos y líquidos.
- Instalaciones interiores con suministro de agua.
- La ubicación de la Unidad es óptima ya que está situada en relación con las dependencias con las que interactúa: cirugía, urgencias, rayos X.
- El área física de la Unidad de Urgencias cuenta con la señalización reglamentaria, con vías de evacuación definidas.
- Se dispone de un área de tránsito bien definida y del área asistencial conforme los estándares de construcción en el sector salud.

b) Dotación y mantenimiento. Los equipos de la Unidad de Urgencias HUC cuentan con lo requerido a continuación:

- Los equipos se encuentran en condiciones técnicas de calidad y cuentan con soporte Científico y técnico, por lo que se cuenta con un área de mantenimiento preventivo y correctivo para todos los equipos.

- Los equipos emisores de radiación ionizante cuentan con la reglamentación dada por la Dirección Territorial de la Salud (DADIS).
 - El área de mantenimiento da soporte a los equipos eléctricos o mecánicos de la Unidad de Urgencias revisado periódicamente mediante Mantenimiento Correctivo, predictivo y preventivo según las características de los equipos y exigencias del fabricante.
 - Los equipos Biomédicos son manejados eficientemente, contando con la asesoría y asistencia técnica de empresas certificadas para prestar servicios de gestión de mantenimiento de equipos Biomédicos y gestión de medicamentos.
 - Los equipos se encuentran correctamente calibrados y se les realiza revisión periódica.
 - Todas las novedades de los equipos son consignadas en el formato de actividad, mantenimiento de equipo e historial de mantenimiento.
 - El mantenimiento de los equipos se lleva cronológicamente de acuerdo a los formatos de solicitud de mantenimiento de equipos y actividad mantenimiento de equipos; y cada vez que se realiza un mantenimiento de equipos se lleva registro de ello en el formato de historial de mantenimiento.
 - Los equipos Biomédicos e industriales cuentan con su hoja de vida consignada en el formato respectivo.
 - El mantenimiento se le realiza constantemente a la infraestructura de la UNIDAD DE URGENCIAS, manteniéndola siempre en óptimas condiciones. Para ello se lleva control en el formato de actividad mantenimiento infraestructura respectivo.
 - La dotación está garantizada para todas las áreas de la ESE y además se cumple con el inventariado constante con el fin de que siempre se cuente con los suministros necesarios para una excelente prestación del servicio.
- c) **Gestión de medicamentos y dispositivos.** Dentro de la Unidad de Urgencias se siguen los protocolos para la gestión de medicamentos y dispositivos:
- Se cuenta con un diseño para el manejo, control, almacenamiento y entrega de medicamentos para el uso humano.
 - La ESE cuenta con un listado de medicamentos para uso humano que debe contener: principio activo, forma farmacéutica, concentración, lote, registro sanitario, fecha de vencimiento y presentación comercial.

- La gestión de medicamentos es manejada por la ESE de acuerdo con los estándares definidos y sus procesos internos de control de calidad.
- Todos los productos incluyendo las muestras médicas están almacenadas bajo condiciones adecuadas de: Seguridad como la realización de un inventario y teniendo en cuenta la fecha de vencimiento de los medicamentos, temperatura adecuada, ventilación y humedad.

d) Procesos prioritarios asistenciales. Los procesos prioritarios de la Unidad de Urgencias se presentan debidamente estructurados de acuerdo con las normas vigentes, específicamente en cuanto a:

- Para garantizar la calidad en la prestación de los servicios cuenta con 3 macroprocesos que interactúan entre sí, fundamentados en el cumplimiento de los valores institucionales de humanidad, trabajo en equipo y honestidad.
- Para garantizar que los procesos interactúen entre sí, se encuentran delimitados y se implementan mecanismos de control que efectúan cambios si es necesario.
- En la Unidad de Urgencias se procede a documentar todos los procesos asistenciales y demostrar la interacción entre ellos; los procesos asistenciales son documentados de tal manera que se evidencia la interacción entre sí, los manuales de procedimientos se adoptan según las guías de procedimientos emitida por la Superintendencia de Salud para el buen manejo de las diferentes patologías de cuidados críticos, de igual manera se adoptan las guías de buenas prácticas de enfermería.
- La aplicación de todos los procesos asistenciales garantiza la seguridad del paciente y de esta manera se fortalece la política de calidad que se desarrolla en la ESE.
- La caracterización de los procesos es clara y se establece con la caracterización de procesos que se estandarizan de acuerdo a lo exigido en la política y normas de calidad.

e) Historia ESE y registros asistenciales. En la Unidad de Urgencias de la ESE cada paciente cuenta con una historia ESE y su manejo es técnicamente adecuado. También se cuenta con los registros de procesos clínicos.

- Toda atención por primera vez debe tener una historia clínica.

- Las historias clínicas son registradas en medio magnético en el sistema y llevadas al Coordinador de Facturación o Gestión de Calidad y modificarla si es el caso.
- Las historias clínicas son bloqueadas por el sistema para evitar cambios y se garantiza por este medio la confidencialidad y la seguridad de la información.
- Los registros asistenciales son ingresados en el sistema, en donde queda registrada la evolución del paciente, garantizándose siempre la confidencialidad de la información del paciente.

f) Interdependencia de servicios. La Unidad de Urgencias cuenta con el soporte de otros servicios asistenciales y administrativos para la oportuna prestación de los servicios.

- Cuenta con laboratorio clínico y servicio de transfusión.
- Ambulancia. Las ambulancias cuentan con sistema de telecomunicaciones de doble vía y de asignación exclusiva para cada ambulancia.
- Radiología
- Servicios de apoyo hospitalarios (lavandería, aseo, vigilancia y mantenimiento)
- Cuenta con servicio Farmacéutico.
- Medicamentos y dispositivos médicos para reanimación. El protocolo para el uso de los mismos se establece en las guías médicas y de enfermería.

g) Referencia y contrarreferencia de pacientes. El manejo del sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes se hace conforme a las normas vigentes:

- Se tienen establecidos mecanismos de referencia y Contrarreferencia de pacientes. Según las guías médicas y de enfermería se tienen definidos los procedimientos para la remisión de pacientes, indispensables para la prestación de los servicios ofrecidos.
- Se tiene definido el flujo de urgencias de pacientes.
- La Unidad de Urgencias cuenta con una guía definida mediante los manuales de procedimientos para la remisión de pacientes.
- Se cuenta con equipos de comunicaciones óptimos para el contacto con la entidad de referencia.
- Dispone de ambulancias que prestan un servicio oportuno, óptimo y de excelente calidad para la remisión de pacientes a otros centros.

h) Seguimiento a riesgos en la prestación de servicios. Los procesos obligatorios en la prestación del servicio de Unidad de Urgencias son auditados constantemente por la misma ESE para garantizar la seguridad del paciente y protegerlo de los riesgos de prestación del servicio.

Cuadro 8. Resultados en la verificación de habilitación de servicios Unidad de Urgencias

Estándar	Descripción	Evidencias	Evaluación (%)		
			<70%	70% - 85%	86% - 99%
Recursos Humanos	El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio.	El perfil ocupado por el personal de la ESE es el óptimo y es el más capacitado para realizar las tareas asignadas a cada cargo. Se facilita el proceso de inducción, capacitación y entrenamiento en cada uno de los puestos de trabajo, ya que se cuenta con la documentación pertinente.			X
Infraestructura - Instalaciones Físicas - Mantenimiento	Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de	Un servicio rápido, oportuno y adecuado a cada uno de los pacientes de la ESE, con el apoyo de los equipos e infraestructura necesaria.		X	

	servicios ofrecidos.				
Dotación – Mantenimiento	Son los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos por el prestador.	La seguridad del paciente es dada por la capacidad de los equipos con los que se cuenta. El respaldo del mantenimiento le brinda la seguridad de tener soporte técnico a los equipos con los que cuenta la ESE para que estos funcionen correctamente en todo momento.		X	

Estándar	Descripción	Evidencias	Evaluación (%)		
			<70%	70% - 85%	86% - 99%

Medicamentos y Dispositivos Médicos- Gestión de Medicamentos y Dispositivos	<p>Se tienen diseñados y se aplican, procesos para el manejo de medicamentos y dispositivos médicos para uso humano, cuyas condiciones de almacenamiento, distribución y entrega, condicionen directamente riesgos en la prestación de los servicios.</p>	<p>Se garantiza la salud y la seguridad de los usuarios, evitando riesgos al darle un manejo adecuado a los medicamentos que se suministran en los procedimientos de ser necesarios.</p> <p>El almacenamiento, distribución y entrega se ciñe a los estándares de calidad garantizando y respetando la salud de todos los usuarios.</p>			<p>X</p>
Procesos Prioritarios Asistenciales	<p>Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación</p>	<p>Se garantiza la calidad del servicio mediante la estandarización de los procesos y procedimientos.</p> <p>Se produce un mejoramiento continuo en los procesos de la ESE, al estar documentados se retroalimentan.</p>		<p>X</p>	

	<p>incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.</p>				
<p>Historia ESE y Registros Asistenciales</p>	<p>Tiene diseñados procesos que garanticen que cada paciente cuenta con historia ESE y que su manejo es técnicamente adecuado. Se cuenta con los registros de procesos clínicos, diferentes a la historia clínica, que se relacionan directamente con los principales riesgos</p>	<p>La información de los pacientes es reservada y confidencial.</p> <p>El sistema de información de la calidad de la ESE procesa adecuadamente los datos de cada usuario.</p>			<p>X</p>

	<p>propios de la prestación de servicios (Resolución 1995 de 1999 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan).</p>				
--	--	--	--	--	--

Estándar	Descripción	Evidencias	Evaluación (%)		
			<70%	70% - 85%	86% - 99%
Interdependencia de Servicios	<p>Los servicios ofrecidos por el prestador, tienen el soporte de otros servicios o productos de apoyo asistencial o administrativo</p>	<p>Integración de la Unidad de Urgencias con las otras áreas asistenciales.</p> <p>Gestión de la calidad aplicada a todos los procesos y servicios por grado de interdependencia.</p>		X	

	necesarios para la realización oportuna e integral de las actividades, procedimientos e intervenciones que realiza, para la atención de los pacientes en el ámbito de los servicios ofrecidos.				
Referencia y Contrarreferencia de Pacientes	Se tienen definidos guías o manuales de procedimientos para la remisión urgente de pacientes, indispensables para la prestación de los servicios ofrecidos.	Remisión oportuna de pacientes para la realización de exámenes clínicos de mayor complejidad.		X	

2.2 GERENCIAMIENTO DEL ÁREA DE URGENCIAS

El mejoramiento de los procesos de atención de los servicios de la salud exige que los gerentes, prestadores de servicios y demás miembros del personal, no sólo cumplan con los estándares sino que los excedan para elevar las normas.

La calidad se puede mejorar de muchas maneras, tales como poner en vigor o modificar los estándares, fortalecer la supervisión y solicitar que los expertos vuelvan a idear un proceso. Sin embargo, el concepto de mejora de la calidad, generalmente implica un enfoque de equipo para resolver los problemas.

Para que el mejoramiento de la calidad pueda tener un impacto amplio y duradero, debe formar una parte integral y esencial de la institución. Todo miembro de la organización, desde los empleados operativos hasta los líderes en el nivel más alto, deben estar convencidos de que no sólo es posible prestar atención de buena calidad sino que es una alta prioridad para ellos y su organización.

Como consecuencia de la involucración de las personas en la organización y del reconocimiento de su esfuerzo, todo el que se implica en las acciones de mejora obtiene un mayor nivel de satisfacción en su desempeño. El gusto por el trabajo bien hecho es un valor que se convierte en un elemento de motivación para el personal y de mejora para la institución.

El control de la calidad garantiza que las actividades de un programa ocurran según fueron planeadas. Las actividades para el control de la calidad también pueden identificar fallas en el diseño y, por ende, señalar cambios que podrían mejorar la calidad.

En el campo de la salud, el objetivo principal del control de la calidad es garantizar que todo prestador de servicios ofrezca siempre la misma atención de buena calidad a todos los usuarios. El control de la calidad incluye supervisión y monitoreo diarios para confirmar que las actividades estén procediendo conforme al plan y que los miembros del personal estén siguiendo las directrices. Además, debe incluir evaluaciones periódicas que midan el progreso hacia los

objetivos del programa. El control de la buena calidad requiere que los programas elaboren y mantengan:

- ☑ Indicadores de la calidad que se puedan medir,
- ☑ Recolección y análisis de datos en forma oportuna,
- ☑ Supervisión eficaz.

Después de diseñar un proceso de mejoramiento, y una vez que se procede a su implantación a nivel del área específica, es imprescindible poner en marcha mecanismos de control y mejora continua que permitan medir su calidad. Estos mecanismos deben utilizarse sistemáticamente para conocer todos los aspectos claves en el desarrollo del proceso asistencial:

- ☑ Si su variabilidad se mantiene dentro de unos márgenes aceptables.
- ☑ Si la efectividad del proceso es la deseada, es decir, si los indicadores de resultados o de valoración integral del proceso son satisfactorios.
- ☑ Si los usuarios están satisfechos: se han eliminado espacios en blanco, tiempos de espera innecesarios, se garantiza la accesibilidad a los usuarios,
- ☑ Si se mantienen los niveles de eficiencia previstos y los indicadores demuestran una mejor utilización de los recursos.
- ☑ Si se escucha la opinión de los profesionales y las personas que intervienen en el desarrollo del proceso consideran que su trabajo ha mejorado.

El otorgar prioridad máxima al usuario es clave para mejorar la calidad de los servicios de salud, ofreciendo servicios que cumplan con los estándares de calidad y traten a los usuarios como desean ser tratados. El adoptar un enfoque centrado en el usuario requiere un cambio de actitud. Al orientarse hacia el usuario, se reconoce que las inquietudes y preferencias del usuario también son válidas e importantes.

La satisfacción del usuario es uno de los resultados más importantes de prestar servicios de buena calidad. Dado que la satisfacción del usuario influye de tal manera en su comportamiento, es una meta muy valiosa. La satisfacción del usuario puede influir en:

- El hecho de que el usuario procure o no procure atención,
- El lugar al cual acuda para recibir atención,
- El hecho de que esté dispuesto a pagar por los servicios,
- El hecho de que el usuario siga o no siga las instrucciones del prestador de servicios,
- El hecho de que el usuario regrese o no regrese al prestador de servicios y
- El hecho de que el usuario recomiende o no recomiende los servicios a los demás.

La satisfacción del usuario depende no sólo de la calidad de los servicios sino también de sus expectativas. El usuario está satisfecho cuando los servicios cubren o exceden sus expectativas. Si las expectativas del usuario son bajas o si el usuario tiene acceso limitado a cualquiera de los servicios, puede ser que esté satisfecho con recibir servicios relativamente deficientes. Cuando el usuario percibe la calidad de manera equivocada, sus expectativas pueden influir en el comportamiento de los prestadores de servicios y, de hecho, reducir la calidad de atención.

El primer y más importante beneficiario de la calidad es el usuario del servicio. Son los usuarios quienes con servicios de calidad tienen la seguridad de recibir el máximo beneficio posible, gracias al concurso de los esfuerzos del equipo de salud.

Sin embargo, hay beneficios que alcanzan a la organización que provee servicios de calidad. Aun cuando estos beneficios son poco visibles en la actualidad, los acelerados cambios que se aprecian en nuestro entorno perfilan un nuevo escenario para la actuación institucional, donde los esfuerzos por conseguir la calidad dejarán de ser un problema, para convertirse en la solución, una solución que dignifica el trabajo realizado, pero que a la vez es la mejor herramienta para competir y mantenerse vigente.

Si se revisan cuidadosamente los giros que ya deja ver este nuevo escenario, podemos reconocer 4 elementos que están marcándolo:

- 1) El empoderamiento de los usuarios: la población que acude a cualesquier servicio tiene hoy mucho más acceso a información sobre el mismo que antes. Por cierto, cada vez es más difícil aceptar servicios con estándares por debajo de los que podemos apreciar en nuestro entorno inmediato. Entonces, el empoderamiento del usuario es creciente y la velocidad a la que crece es muy alta. En materia de salud, no está nada lejos el desarrollo de instancias de defensa ciudadana de los derechos en salud, con lo que el riesgo de enfrentar demandas por mala práctica está a la vuelta de la esquina.
- 2) Competencia en todos los espacios: si bien es cierto que en nuestro medio la provisión de servicios de salud aún es hegemonía del Ministerio de Protección Social, dentro de estas instituciones también se expresa la extrema competitividad que surge solamente del crecimiento de la población de profesionales, de universidades, de otras profesiones, todos compitiendo por un espacio en la provisión de servicios. Deficiencias en la calidad de los mismos, serán la manera más sencilla de perder el espacio conquistado por años y por muchos, con el agravante que si la pérdida fue por deficiencia, no hay lugar a reclamo.
- 3) Cambios tecnológicos acelerados: así como se aprecia el vertiginoso avance de la informática y de las comunicaciones, y apreciamos el impacto de ello en los niveles y la fluidez de la información en los usuarios, también se da avances tecnológicos en los procesos, encontrándose cada vez mejores soluciones para viejos problemas. No sólo se aprecia avance tecnológico en mejores equipos e instrumentos, también se aprecia en procesos más rápidos, efectivos y eficientes.
- 4) Legislación más restrictiva: las instancias gubernamentales y de la sociedad civil, al contar con usuarios más informados, deben recrear nuevos marcos normativos que aseguren que los servicios que se proveen cubren estándares aceptados. Quién no reconoce por ejemplo la necesidad de cuidar la bioseguridad en los procedimientos de atención, pues en la actualidad, un contagio casual de ninguna manera es aceptable,

constituyéndose en un hecho punible con terribles consecuencias para quien resulte responsable.

Entonces, en el curso del desarrollo institucional la mejora continua de la calidad no sólo es un desafío actual, sino que lograr instalar procesos de este tipo puede constituirse en su mejor arma para enfrentar los embates del nuevo escenario de “responsabilidad” que exige rendiciones de cuentas claras en todas las dimensiones del quehacer en y con la sociedad. No solamente son las instituciones que implementan procesos de mejora continua de la calidad quienes se benefician de ello, son también los trabajadores quienes en forma individual, al adquirir las competencias necesarias, acumularán las fortalezas necesarias para insertarse en forma ascendente en un mercado laboral complejo y extremadamente competitivo.

Quienes sean capaces de sistematizar su experiencia en la implementación de procesos de mejora continua de la calidad y sean capaces de apropiarse del enfoque hacia otras dimensiones del quehacer sanitario, podrán ampararse en esta valiosa herramienta para asegurar que en el futuro no solamente serán empleados, sino que alcanzarán y mantendrán la condición de “empleable”, con lo que amplían significativamente el control de su desarrollo personal y profesional.

2.3 GARANTÍA DE LA CALIDAD

La relación con el cliente es fundamental para el desarrollo y estabilidad de las organizaciones, tanto así que un alto nivel de satisfacción del cliente en una empresa puede llevarla a beneficios como una mejor posición competitiva, aumentar su cuota en el mercado o a un impacto positivo en su desempeño financiero.

Es por ello que es importante para las organizaciones, conocer qué tan satisfecho se encuentran sus clientes con el producto y/o servicio ofrecido. La información que se recolecte debería servir a la Gerencia para la toma de decisiones, especialmente en lo relacionado con los aspectos en los que la empresa debe enfocarse para dar un mejor servicio, según la percepción de sus clientes. Si no se tiene en cuenta esa información, las organizaciones pueden desperdiciar recursos al emprender acciones en aspectos que ellas consideran importantes, pero que no lo son para los clientes.

Aunque la satisfacción del cliente ha sido un tema de interés para los investigadores, considerando que durante los años setenta se publicaron más de 500 estudios sobre la materia y a principios de los noventa existían más de 15.000 artículos al respecto, en Colombia existen obstáculos en ese estudio como la superficialidad de los instrumentos utilizados debido a que no se tiene claro el concepto de satisfacción y el rigor científico con el que ellos se emplean. Además, la mayoría de las organizaciones en este país realiza la medición de la satisfacción en cumplimiento de una normatividad voluntaria como la norma ISO 9001 u obligatoria, como es el caso de la Resolución 1446 de 2006 que aplica a entidades de salud, y a partir de allí se tienen resultados de la medición realizada que se analizan muy superficialmente, y en ocasiones, sin la generación de acciones de mejora pertinentes con esos resultados obtenidos.

Los servicios de salud en los que más se evalúa la satisfacción de los clientes corresponden a: Urgencias, Consulta Externa General y Consulta Externa Especializada. Se encuentra que las instituciones de menor nivel de complejidad (niveles 1 y 2), principalmente evalúan la satisfacción en servicios como: Consulta Externa General y Urgencias, y las clínicas y hospitales de nivel 3 de complejidad principalmente evalúan servicios como: Urgencias, Consulta Externa Especializada, Hospitalización y Unidad de Cuidados Intensivos – UCI-. Otros servicios evaluados en menor medida son: Ayudas Diagnósticas (entre ellas: Rayos x, Laboratorio Clínico), Cirugía, Terapias, Banco de Sangre, Farmacia, entre otros.

Al evaluar esos servicios, se consulta por aspectos relacionados directamente con el servicio y otros que están relacionados con componentes no misionales del mismo, los cuales fueron definidos por las Instituciones siguiendo lineamientos del Ministerio de Protección Social, en reuniones del Comité de Calidad o a través del análisis interno de factores claves de éxito.

En cuanto a los primeros, primordialmente se indaga por aspectos como el trato/atención/amabilidad, información suministrada en general y relacionada con deberes y derechos, tiempo de espera/agilidad y oportunidad del servicio. La calidad del servicio, es un aspecto que también emplean las instituciones que prestan servicios de mayor nivel de complejidad.

Otros aspectos evaluados por una cantidad no mayoritaria de instituciones son: accesibilidad, seguridad, calidad de medicamentos, eficacia del tratamiento, confiabilidad, competencia del personal, competencia y tarifas.

En general, en cuanto a los aspectos relacionados con componentes no misionales del servicio se encuentran la comodidad y adecuación de las instalaciones, aseo/limpieza, los cuales son también los aspectos más evaluados por las instituciones de nivel 1. En el caso de las instituciones de nivel 2 los aspectos más evaluados son: comodidad y adecuación de las instalaciones y tecnología/recursos. Las instituciones de nivel 3 consultan principalmente por la comodidad y adecuación de las instalaciones, aseo/limpieza y la comida.

Para valorar la satisfacción de los clientes en los aspectos citados, se utilizan escalas que se dividen en 3 o 4 niveles de medición, siendo la más usada la correspondiente a: Excelente, bueno, regular y malo. En un mismo instrumento, las instituciones pueden usar diferentes escalas, de acuerdo con el aspecto consultado.

La información obtenida al consultar a los clientes acerca de su satisfacción con los servicios prestados es analizada en el 70% por la Oficina de Servicio Información y Atención al Usuario – SIAU-. En los casos restantes, es analizada por los Coordinadores de Calidad, Auditores de Calidad o los Comités primarios.

Con esa información la mayoría de las instituciones (76%) calculan el porcentaje de clientes satisfechos - número de clientes satisfechos/ número de clientes encuestados-, para monitorear la satisfacción de sus clientes. Otras instituciones (menos del 11%) calculan indicadores adicionales que les permitan hacer seguimiento a su servicio, entre ellos están el número mensual de quejas y reclamos, porcentaje de pacientes satisfechos con el tratamiento, oportunidad en la atención y oportunidad en la respuesta de quejas y reclamos. Al realizar esos cálculos se emplean operaciones matemáticas básicas como promedios y en ninguna de las instituciones consultadas, se utilizan estadísticas un poco más complejas, como las técnicas multivariantes.

Adicionalmente, los resultados de esa medición constituyen la base para la generación de planes de mejora en el 57% de las clínicas y hospitales. En este punto se identifica que la creación de ese tipo de planes no necesariamente es propia de las instituciones que iniciaron la recolección de información desde hace más de 5 años; se supondría que con el tiempo, las organizaciones tenderían a madurar la metodología que aplican con relación a la medición de la satisfacción del cliente y con ello, a sacar beneficio de la información que recopilan.

Tomando como base los resultados obtenidos en la investigación, se propone un proceso de mejoramiento integrado de la prestación y atención de los servicios de salud a usuarios de urgencias. En correspondencia con dicho modelo, las dimensiones de los servicios en las cuales puede ser mejorada la calidad de la prestación, son los siguientes:

- Elementos tangibles: Apariencia de las instalaciones físicas (infraestructura), equipos, aparatos tecnológicos, personal y materiales de comunicación.
- Fiabilidad o Confiabilidad: Habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa.
- Capacidad de respuesta: Disposición de ayudar a los clientes y proveerlos de un servicio rápido.
- Seguridad: El conocimiento y cortesía de los empleados y su habilidad para transmitir credibilidad y confianza.
- Empatía: El cuidado de una buena relación, que puede reflejarse en la atención individualizada proporcionada al usuario.

Lo anterior atiende a la existencia de una doble dimensión problemática de la calidad del servicio: una calidad esperada (expectativas) y una calidad percibida (percepciones), confrontadas, ambas, con cuatro factores que implican ausencia de calidad:

- Discrepancia entre las expectativas de los usuarios y las percepciones de los directivos.
- Discrepancia entre las percepciones de los directivos y las especificaciones o normas de calidad.

- Discrepancia entre las especificaciones de la calidad del servicio y la prestación del servicio.
- Discrepancia entre la prestación del servicio y la comunicación externa.

Las expectativas de los usuarios van a ser amplias y variadas. Esta variabilidad en las expectativas de los usuarios va a estar relacionada con una serie de factores externos e inherentes a los mismos, entre estos tenemos:

- La *comunicación de terceros* (otros usuarios) va a influenciar en la determinación de las expectativas, mientras mayor sea la cercanía relacional entre los interlocutores mayor será su influencia;
- Las *necesidades sentidas* del usuario, y que va a determinar el tipo de servicio de salud que el usuario va a solicitar y las expectativas del mismo.
- Las *experiencias personales*, relacionadas al nivel de expectativas y enmarcadas en la historia y la cultura de la organización generadora de servicios, de esta forma, una persona esperará mayor/menor cordialidad en el trato, duración del servicio y comunicación (explicación de la enfermedad, tratamiento y complicaciones, entre otras).
- La *comunicación externa* del proveedor, quien usualmente tratará de ofrecer o mostrar las fortalezas o bondades de su servicio y ello influenciará en las expectativas del usuario.

Todos los elementos antedichos conducen a la formulación de un proceso de mejoramiento a partir de la gestión del usuario y apoyado en recomendaciones sistemáticas dirigidas a la calidad del servicio:

1) Implementar acciones orientadas a mejorar la calidad de atención de los servicios de salud desde una perspectiva integral. Es decir, integrando la perspectiva poblacional (necesidades y demandas) con la responsabilidad social del sistema de salud (facilitar el acceso a los servicios de salud).

2) Implementar un modelo de Mejora Continua de la Calidad de la Atención (MCCA), el cual está constituido por un conjunto de intervenciones orientadas a mejorar la aceptabilidad, efectividad, accesibilidad, y disponibilidad de los servicios de salud, principalmente en el área de urgencias.

3) Desarrollar una continua revisión y mejora de los procesos de prestación y organización de los servicios de salud, mediante la identificación de las principales fuentes de insatisfacción de los clientes externos e internos de la IPS.

4) Tomando en consideración los criterios relativos al nivel de insatisfacción del usuario, al impacto sobre la percepción global del usuario y a los aspectos indirectos que afectan los niveles de calidad y de satisfacción del usuario, se debe trabajar las siguientes áreas críticas de intervención:

a) *En los servicios administrativos:* equipamiento, señalización y confort, trato de personal administrativo, limpieza y privacidad de la atención.

b) *En los servicios de consulta externa:* privacidad de la atención, tiempos y trámites de atención.

c) *En los servicios locativos:* equipamientos, señalización y confort, limpieza y alimentación.

d) *A nivel organizacional:* Existe coincidencia respecto a la necesidad de reforzar las mejoras en los aspectos de equipamiento e infraestructura hospitalaria, así como mejorar los aspectos de gerencia y organización global de la ESE; logística; atención al cliente interno y mejoras en los procesos de generación y difusión de la información.

CAPÍTULO III. INSTRUMENTOS Y SISTEMAS DE MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO

Este capítulo tiene por objeto diseñar un instrumento estándar de información sobre la satisfacción del usuario de urgencias, que permita la captura, procesamiento, análisis y utilización de las medidas de calidad en la prestación del servicio.

3.1 INSTRUMENTO PARA LA MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN AL USUARIO

El instrumento diseñado le proporciona a la ESE HUC los parámetros para el análisis de la información obtenida en la aplicación de la encuesta “SATISFACCIÓN DEL USUARIO”. Utiliza una interfaz gráfica y sintética, mediante una tarjeta (card) que facilita la recogida de información con rapidez y comodidad para el usuario.

La primera parte de la encuesta consta de información demográfica de los usuarios que consultan los servicios de salud de primer nivel de atención.

En la segunda parte se obtiene la percepción que el cliente tiene de la institución una vez utilizados los servicios de salud.

Seguidamente se deberá realizar el siguiente proceso para el análisis de la información:

1. Recopilar todas las encuestas aplicadas y verificar según la muestra seleccionada por la IPS.
2. Realizar un conteo de todas las encuestas por opción de respuesta, y ubicar en la matriz de resultados los datos obtenidos según corresponda la pregunta.
3. Totalizar con el fin de poder calcular el peso porcentual de cada opción de respuesta y ubicar en el intervalo de calificación la opción con el mayor peso porcentual según la tabla de intervalos de calificación. Para el análisis del resultado general se tiene en cuenta el valor porcentual del



total de respuestas Positivas (SI) para cada una de la preguntas y se pondera en la siguiente forma:

CRITERIO	INTERVALO
Excelentes	Mayor o igual a 95%
Bueno	Mayor o igual a 90% y menor de 95%
Deficiente	Menor o igual a 89%

4. Realizar una descripción cualitativa para las demás opciones de respuesta en cada una de las preguntas en estudio una vez haya totalizado y calculado el peso porcentual mayor entre las opciones de respuesta.

Una vez ubicada la calificación dentro de los intervalos de respuesta, se podrá obtener información que permita identificar las deficiencias en la implementación de los procesos y permitirá elaborar planes de mejoramiento en busca del objetivo deseado.

Cuadro 9. Encuesta de Satisfacción del Usuario (Satisfaction User Questionnaire)

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO					
	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE CARTAGENA DE INDIAS SERVICIO DE URGENCIAS				
OBJETIVO: Evaluar el grado de satisfacción de los usuarios frente al servicio de Urgencias en la ESE HUC.					
DATOS DEL ENCUESTADO: Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Atención por primera vez en el servicio: SÍ ____ NO ____ Motivo de la atención de urgencias: _____					
CUESTIONARIO					
Criterios: E=Excelente B=Bueno R=Regular M=Malo		E	B	R	M
1. El servicio prestado por la persona encargada de priorizar la atención a recibir con base en triage es:					
2. El servicio prestado por la persona de Admisiones es:					
Criterios: A=Agradable D=Desagradable		A	D		
3. La permanencia en sala de espera es:					
Criterios: A=Ágil T=Tardía		A	T		
4. La oportunidad de la atención asignada le parece:					
Criterios: S=Sí N=No		S	N		
5. Se siente satisfecho con la claridad con que le explicaron sobre su problema de salud y el tratamiento planteado:					



Criterios: E=Excelente B=Bueno R=Regular M=Malo	E	B	R	M
6. Cómo le pareció la atención recibida por el personal médico:				
7. Cómo le pareció la atención recibida por el personal de enfermería:				
Criterios: S=Sí N=No	S	N		
8. Sintió que su atención en el servicio, se dio en condiciones de privacidad:				
9. Durante el proceso de atención siente que ha mejorado su estado o molestia de salud que lo llevó a acudir al servicio:				
Criterios: F=Fácil C=Complicada	F	C		
10. La ubicación y acceso del servicio de urgencia de la ESE Hospital Universitario del Caribe es:				
Criterios: E=Excelente B=Bueno R=Regular M=Malo	E	B	R	M
11. La limpieza general del consultorio ha sido:				
Criterios: S=Sí N=No	S	N		
12. El paciente viene referido de alguna otra institución:				
Criterios: T=Terrestre A=Aérea M=Marítima F=Fluvial	T	A	M	F
13. Si la respuesta es Sí, tipo de traslado que se usó:				
Criterios: RC=Contributivo RS=Subsidiado DS=Demanda sisbenizado DNS=Demanda no sisbenizado	R C	RS	DS	ND S
14. El tipo de seguridad social del paciente corresponde a: Procedencia: _____				
Criterios: E=Excelente B=Bueno R=Regular M=Malo	E	B	R	M
15. La presentación personal de todos los funcionarios es:				
Criterios: TS=Totalmente satisfecho S=Satisfecho I=Insatisfecho	TS	S	I	
16. Cómo se siente en general con el servicio recibido:				

Fuente: Elaboración de las Autoras

3.2 INSTRUMENTO DE VERIFICACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

En relación con las pautas del Sistema Obligatorio de Gestión de la Calidad (SOGC), se diseña un instrumento de verificación de los estándares de calidad en los servicios de urgencias, consistente en una lista de verificación, que atiende a los contenidos específicos del decreto 1011 de 2006 y al anexo técnico de la Resolución 1441 de 2013.

Cuadro 10. Lista de chequeo

LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN Y CALIDAD				
	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE CARTAGENA DE INDIAS SERVICIO DE URGENCIAS			
COMPONENTE TALENTO HUMANO				
NUMERAL	ESTÁNDAR	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
1.1	El talento humano en salud, cuenta con el título expedido por una institución educativa debidamente reconocida por el estado. En caso de estudios en el exterior, cuenta con la respectiva convalidación expedida por el Ministerio de			

	Educación.			
1.1	El talento humano en salud cumple con los requisitos legales de formación y entrenamiento certificado en las profesiones y especialidades formalmente reconocidas por el estado, en el ámbito de los servicios ofrecidos de conformidad con el perfil exigido para el cargo.			
1.24	Médico general, entrenado en soporte vital básico Auxiliar en Enfermería, permanentes.			
COMPONENTE INFRAESTRUCTURA				
NUMER AL	ESTÁNDAR	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
2.1	Los servicios de Urgencias, Hospitalarios, Quirúrgicos y/u Obstétricos, solo se podrán prestar en edificaciones exclusivas para la prestación de servicios de salud.			
2.1	Las instalaciones eléctricas (Tomas, Interruptores, Lámparas) de todos los servicios deberán estar en buenas condiciones de presentación y mantenimiento. Las instituciones			

	<p>donde se presten servicios de Internación, Obstetricia, Urgencias y recuperación Quirúrgica cuentan con ambientes exclusivos para el lavado y desinfección de patos o los baños de las anteriores áreas cuentan con: Duchas o aspersores tipo ducha teléfono.</p>			
2.1	<p>La institución garantiza el suministro de: Agua Energía eléctrica y Sistemas de comunicaciones.</p>			
2.1	<p>En edificaciones donde se presten servicios quirúrgicos, obstétricos, de laboratorio clínico de mediana y alta complejidad, urgencias, transfusión sanguínea, diálisis renal, servicios hospitalarios o de apoyo de imágenes diagnósticas y/o vacunación, cuenta con fuente de energía de emergencia.</p>			
2.1	<p>Los pisos, paredes y techos de todos los servicios deberán estar en buenas condiciones de presentación y mantenimiento. En ambientes donde se requieran procesos de lavado y desinfección más profundos: salas de cirugía, salas de partos, cubículos de UCI, consultorios odontológicos, laboratorios, servicio transfusional,</p>			

	<p>terapia respiratoria, esterilización, preparación de medicamentos, depósitos de almacenamiento de residuos, los pisos deberán estar recubiertos en materiales sólidos, lisos, lavables, impermeables y resistentes a los procesos de uso, lavado y desinfección.</p>			
2.1	<p>Los ambientes de trabajo sucio cuentan con lavamanos y mesón de trabajo que incluye poceta de lavado o vertedero. Los mesones y superficies de trabajo, tendrán acabado en materiales lisos, lavables, impermeables y resistentes a los procesos de uso, lavado y desinfección.</p>			
2.1	<p>Existe un ambiente de uso exclusivo que funciona como depósito final para almacenamiento de residuos hospitalarios peligrosos (Biosanitarios, anatomopatológicos, cortopunzantes).</p>			
2.1	<p>Cuentan con ambientes exclusivos para el lavado y desinfección de patos o los baños cuentan con: Duchas o aspersores tipo ducha teléfono. Gases medicinales: oxígeno y vacío con equipo o con puntos de sistema central con regulador, aire medicinal</p>			

	y succión. La institución garantiza el suministro de: Agua, Energía eléctrica y Sistemas de comunicaciones.			
2.1	<p>Los depósitos finales para el almacenamiento de los residuos hospitalarios peligrosos cuentan con: Acceso restringido, Señalización, Protegido contra aguas lluvias, Iluminación, Ventilación, Paredes lisas, impermeables y lavables. Pisos lisos, impermeables lavables, con pendiente al interior y sistema de drenaje interno. Disponibilidad de agua para procesos de lavado. Elementos de protección que impidan el acceso de vectores y roedores.</p> <p>Existe un ambiente de uso exclusivo que funciona como depósito final para almacenamiento de residuos hospitalarios comunes que cuentan con las características de los depósitos finales para el almacenamiento de los residuos hospitalarios peligrosos.</p>			
2.1	Cuenta con sistema de energía de emergencia.			
2.1	Garantiza los servicios de suministro de agua con tanques de			

	almacenamiento de agua			
2.1	Ambiente exclusivo de aseo que incluye poceta.			
2.1	Los ascensores son camilleros			
2.1	Cuentan con un ambiente exclusivo para manejo de ropa sucia			
2.1	Área exclusiva para el servicio de observación			
2.1	Cuenta con los siguientes ambientes, áreas o espacios exclusivos, delimitados, señalizados y de circulación restringida con las siguientes características: El acceso al servicio es independiente y exclusivo. Iluminación y ventilación natural y/o artificial. Unidad sanitaria. Ambiente exclusivo de aseo que incluye poceta.			
2.14	Área con puesto de control de enfermería, la localización permite la monitorización permanente de las camas de observación o cuenta con un sistema alternativo para la visualización de los pacientes. Ambiente exclusivo para trabajo limpio. Cuenta con ambiente exclusivo para trabajo sucio			
2.14	Ambiente para triage, con las siguientes características: Ambiente			

	para valoración inicial del paciente. Disponibilidad de lavamanos Disponibilidad de oxígeno			
2.14	Consultorios de urgencias con las siguientes características: Área para entrevista, Área para examen, Barrera física fija o móvil entre las áreas. Disponibilidad de oxígeno, Lavamanos por consultorio.			
2.14	Sala de observación pediátrica con las siguientes características: <ul style="list-style-type: none"> • Ambiente exclusivo, delimitado, señalizado. • Disponibilidad de oxígeno • Disponibilidad de vacío con equipo o con puntos de sistema central con regulador. • Área por cama con barrera física. • Unidad sanitaria y ducha. 			
COMPONENTE DOTACIÓN Y MANTENIMIENTO				
NUMER AL	ESTÁNDAR	CUMP LE	NO CUMP LE	OBSERVACIO NES
3.1	Realizar el mantenimiento de los equipos biomédicos eléctricos o mecánicos, con sujeción a un programa de revisiones periódicas de carácter preventivo y calibración de equipos, cumpliendo con los requisitos e indicaciones dadas por los fabricantes y con los controles			

	de calidad, de uso corriente en los equipos que aplique. Lo anterior estará consignado en la hoja de vida del equipo, con el mantenimiento correctivo.			
3.1	El mantenimiento de los equipos biomédicos y sistemas de gases medicinales debe realizarse por profesional en áreas relacionadas o técnicos con entrenamiento certificado específico o puede ser contratado a través de proveedor externo.			
3.1	En el área de consulta médica: Camilla con estribos, salvo en urgencias pediátricas que no requieren estribos, tensiómetro y fonendoscopio, termómetro, equipo de órganos de los sentidos, balanza de pie.			
3.1	En Sala de Observación: Camillas rodantes con barandas			
3.1	Dotación para todo el servicio: Monitor de signos vitales, Aspirador de secreciones mediante succionador o toma de gas unida a red de sistema central con regulador de vacío. Material para inmovilización para adulto. Equipo de toracostomía. Disponibilidad de Oxígeno y Aire			

	Medicinal			
3.1	<p>El carro de paro debe contener: Equipos para permeabilización de vía aérea (bajalenguas, pinzas maguill) cánulas orofaríngeas y nasofaríngeas blandas o rígidas de diferentes tamaños. Dispositivo para ventilación transtraqueal percutánea. Laringoscopio, pilas, valvas para adulto y paciente pediátrico, de diferentes tamaños, rectas y curvas. Tubos endotraqueales de diferentes tamaños. Máscaras laríngeas de diferentes tamaños o combitubo. Fijadores de tubo endotraqueal. Mangueras conectoras a fuentes de oxígeno. Dispositivo de bolsa válvula máscara con reservorio para adultos y pediátrico. Máscara de no re-inhalación.</p>			
COMPONENTE MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS, OTROS INSUMOS Y SU GESTIÓN				
NUMER AL	ESTÁNDAR	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
4.5	La institución tiene registros que incluyen todos los medicamentos para uso humano requeridos para la prestación de los servicios que ofrece; dichos registros deben			

	<p>incluir el principio activo, forma farmacéutica, concentración, lote, registro sanitario expedido por el INVIMA, fecha de vencimiento y presentación comercial. Para dispositivos médicos registros que incluyan nombre y marca del dispositivo, serie cuando aplique, presentación comercial, registro sanitario expedido por el INVIMA o permiso de comercialización, la clasificación de acuerdo al riesgo que se encuentra dentro del registro sanitario o permiso de comercialización y vida útil si aplica.</p>			
4.1	<p>La Institución tiene definidas las especificaciones técnicas para la selección, adquisición, transporte, recepción, almacenamiento, conservación, control de fechas de vencimiento, control de cadena de frío, distribución, devolución y descarte de medicamentos, productos biológicos, componentes anatómicos, dispositivos médicos, reactivos de diagnóstico invitro, elementos de rayos x y demás insumos asistenciales que utilice la institución incluidos los que se encuentran en los depósitos ó</p>			

	almacenes de la institución, cuando aplique.			
4.1	Se tienen definidas normas institucionales y procedimientos para el control de su cumplimiento, que garanticen que no se reúsen dispositivos médicos. En tanto se defina la relación y condiciones de reusó de dispositivos médicos, los prestadores de servicios de salud podrán reusar, siempre y cuando definan y ejecuten procedimientos basados en evidencia científica que demuestren que el reprocesamiento del dispositivo no implica reducción de la eficacia y desempeño para la cual se utiliza el dispositivo médico ni riesgo de infecciones o complicaciones por los procedimientos para el usuario, con seguimiento a través del comité de infecciones.			
4.1	Para ello se debe tener documentado el procedimiento Institucional para el reúso de cada uno de los dispositivos médicos que incluya la limpieza, desinfección, empaque, reesterilización y número límite de reúsos, cumpliendo con los requisitos de seguridad y funcionamiento de los dispositivos			

	médicos, establecidos por el fabricante.			
--	--	--	--	--

COMPONENTE PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES				
NUMER AL	ESTÁNDAR	CUMP LE	NO CUMP LE	OBSERVACIO NES
5.1	El prestador tiene un programa de capacitación y entrenamiento del personal en el tema de seguridad del paciente y en los principales riesgos de la atención de la institución.			
5.1	El programa debe mantener una cobertura del 90% del personal asistencial, lo cual es exigible a los dos años de la vigencia de la presente norma			
5.1	El prestador cuenta con Lista de chequeo de los diferentes procedimientos donde se incluye el consentimiento informado			
5.1	El prestador cuenta con las guías para las principales patologías que atiende en cada servicio clínico			
5.1	Se realizan acciones para intervenir los riesgos identificados a partir de la información aportada por los indicadores de seguimiento a			

	riesgos			
5.1	Se evalúa el efecto de las acciones realizadas para la minimización de los riesgos y se retroalimenta el proceso. Se evalúa el efecto de las acciones realizadas para la minimización de los riesgos y se retroalimenta el proceso.			
5.1	El prestador cuenta con manual de bioseguridad, procedimientos documentados para el manejo de los residuos hospitalarios infecciosos y/o de riesgo biológico y/o de riesgo radioactivo, acorde a las características del prestador			
5.1	La institución tiene un procedimiento para el reporte de evento adverso que incluye la gestión para generar barreras de seguridad que prevengan nuevas ocurrencias de nuevos eventos adversos			
5.1	Los servicios que incluyan dentro de sus actividades administración de medicamentos, deberán contar con procesos definidos de los correctos desde la prescripción, hasta la administración de los medicamentos. Que incluya como mínimo los siguientes correctos: a. Usuario Correcto			

	b. Medicamento Correcto c. Dosis Correcta d. Hora Correcta e. Vía Correcta			
5.2	Cuenta con protocolo de venopunción			
5.3	Cuenta con un sistema organizado de alerta y con normas para la ronda médica diaria de evolución de pacientes. Cuenta con guías, procedimientos o manuales para: Revisión del equipo de reanimación en cada turno. Solicitud de interconsultas. Entrega de turno por parte de enfermería y de medicina. Reanimación Cardiocerebropulmonar. Control de líquidos. Plan de cuidados de enfermería. Administración de medicamentos. Inmovilización de pacientes. Venopunción. Toma de muestras de laboratorio. Cateterismo vesical. Preparación para la toma de imágenes diagnósticas.			
5.4	Procedimientos para la admisión y egreso de pacientes y el control de visitas de familiares			
5.4	Guías de manejo de patologías de Urgencia.			
5.13	Las instituciones que ofrezcan servicio de urgencias en cualquier			

	<p>complejidad, deberán prestarlo durante las 24 horas del día.</p>			
5.13	<p>Detectar, prevenir y reducir el riesgo de Infecciones nosocomiales específicamente en:</p> <p>a) Protocolo de lavado de manos explícitamente en los 5 momentos que son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Antes del contacto directo con el paciente. 2. Antes de manipular un dispositivo invasivo a pesar del uso de guantes. 3. Después del contacto con líquidos o excreciones corporales mucosas, piel no intacta o vendaje después de contacto con el paciente 5. Después de entrar en contacto con objetos (incluso equipos médicos que se encuentren alrededor del paciente). <p>b) Protocolo de Venopunción para servicios hospitalarios y de urgencias y sitios donde se realicen este tipo de actividades con el fin de prevenir las flebitis infecciosas, químicas y mecánicas.</p> <p>c) Protocolo de manejo de colocación y mantenimiento de sondas vesicales, para evitar la infección asociada al dispositivo y</p>			

	<p>otros eventos que afectan la seguridad del paciente.</p> <p>La prevención y reducción de caídas.</p> <p>Asegurar la correcta identificación del paciente</p> <p>Garantizar la correcta identificación del paciente</p>			
COMPONENTE HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS ASISTENCIALES				
NUMER AL	ESTÁNDAR	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
6.1	Todos los pacientes atendidos tienen historia clínica			
6.1	Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica.			
6.1	Se tienen definidos procedimientos para utilizar una historia única institucional y para el registro de entrada y salida de historias del archivo, ello implica que la institución cuente con un mecanismo para unificar la información de cada paciente y su disponibilidad para el equipo de salud; no necesariamente implica tener historias únicas en físico, pueden tenerse separadas por servicios o cronológicamente, siempre y cuando la institución			

	<p>cuenta con la posibilidad de unificarlas cuando ello sea necesario</p>			
6.1	<p>El estándar de historias clínicas no es restrictivo en cuanto al uso de medio magnético para su archivo, y si es expreso en que debe garantizarse la confidencialidad, seguridad y el carácter permanente de registrar en ella y en otros registros asistenciales. Las historias clínicas se encuentran adecuadamente identificadas con los contenidos mínimos que incluyan datos de identificación y anamnesis y con el componente de anexos.</p> <p>Las historias clínicas y/o registros asistenciales: Deben diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma.</p> <p>Son oportunamente diligenciados y conservados, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva.</p>			

6.1	Cuenta con un procedimiento de consentimiento informado, para que los pacientes aprueben o no documentalmente los procedimientos e intervenciones en salud a que van a ser sometidos, previa información de los beneficios y riesgos. Cuenta con mecanismos para verificar su aplicación.			
6.1	Cuentan con un procedimiento para reportar, analizar y gestionar los eventos adversos, de acuerdo a los lineamientos de la política de seguridad del paciente de la institución que garantice la confidencialidad del paciente y del equipo de salud que lo atendió, cuando esté indicado.			
6.1	Los registros asistenciales son diligenciados y conservados garantizando la custodia y confidencialidad en archivo único. Las historias clínicas cuentan con registro de consentimiento informado por cada procedimiento			
COMPONENTE INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS				
NUMER AL	ESTÁNDAR	CUMP LE	NO CUMP LE	OBSERVACIO NES
7.1	Disponibilidad de: Servicio de			

	Farmacia, Servicio de Radiología básica			
7.1	Cuenta con: Servicios del laboratorio clínico en baja complejidad, Transporte especial de pacientes, Esterilización			
7.1	Se tienen definidos formalmente los flujos de urgencias de pacientes.			
COMPONENTE INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS				
NUMER AL	ESTÁNDAR	CUM PLE	NO CUM PLE	OBSERVACIO NES
8.1	Se tienen definidos formalmente los flujos de urgencias de pacientes. Cuenta con diseño y aplicación de procesos para la remisión de pacientes, que incluya como mínimo: Destinos y flujos de pacientes en caso que las condiciones clínicas del usuario superen la capacidad técnico-científica de la institución			
8.1	Sistema de telecomunicaciones de doble vía, que permita el contacto con la entidad de referencia o quien oriente la referencia (Aseguradores, Centros Reguladores de Urgencias, otros). Disponibilidad de medios de transporte. Definición y aplicación de guías para la referencia de			

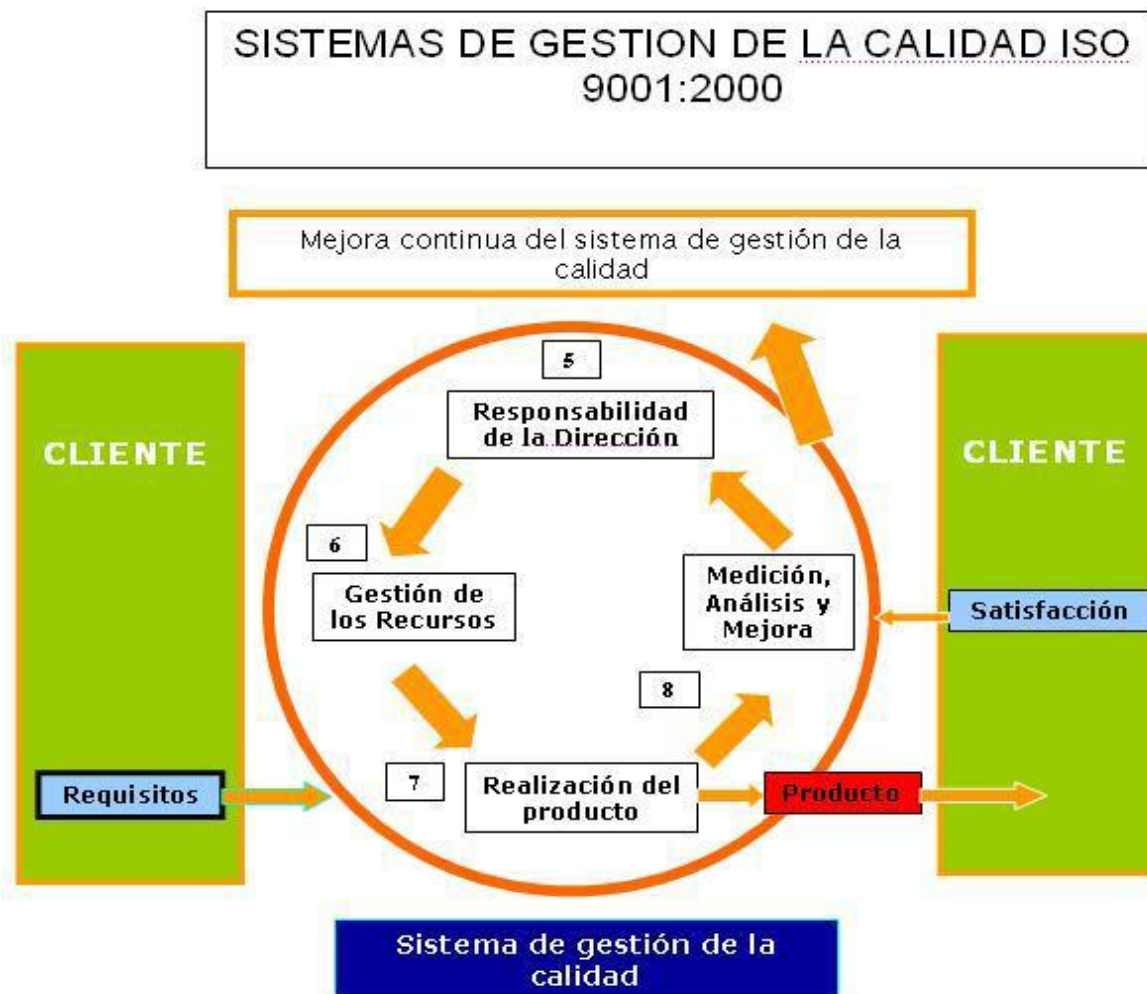
	pacientes.			
8.1	Existe coordinación con el servicio de Urgencias y el Sistema Organizado de alerta de la Institución con el fin de responder en forma inmediata a la atención de urgencia. Manejo de los posibles eventos en la consulta antes de la remisión. Cuenta con diseño y aplicación de procesos para la contrarreferencia de pacientes, que incluye como mínimo: Conducta adoptada, Necesidades de intervenciones futuras y seguimiento, Requerimientos de rehabilitación, Niveles de complejidad requeridos			

CAPÍTULO IV. PLAN DE MEJORAMIENTO DESDE LA EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO PARA EL GERENCIAMIENTO DE LA CALIDAD EN EL ÁREA DE URGENCIAS DE LA ESE HUC

En este capítulo se diseña el plan de mejoramiento que, desde la evaluación de la satisfacción de los usuarios, articule el Modelo de Gerenciamiento de la Calidad con el conjunto de los procesos en el área de Urgencias del HUC.

El punto de partida es el modelo ISO 9001:2000 de Gestión de la Calidad, tal y como se presenta en el siguiente gráfico:

Gráfico 31. Sistema de gestión de la calidad ISO



Fuente: Normas ISO 9001:2000.

El éxito de implementar una cultura de la calidad radica en una buena comunicación, donde los cambios inicien desde el más alto nivel jerárquico hasta el más bajo nivel, involucrando a todos por igual, otorgando autoridad y confianza para exigir responsabilidad. De igual manera, radica en la habilidad del gerente para motivar a los empleados y en asumir la responsabilidad que tiene que ser la guía, el ejemplo y el sostén de toda estrategia de implementación.

La gestión por procesos en sí no es un modelo ni una forma de referencia si no un cuerpo de conocimientos con unos principios y herramientas específicas que permiten hacer realidad el concepto de que la calidad se gestiona: Al orientar el esfuerzo de todos los objetivos comunes de empresa y clientes. El principal criterio para el diseño de procesos es añadir valor tanto en los propios procesos como en las actividades que lo integran.

Los procesos son el norte de los esfuerzos de mejora para disponer de procesos más fiables o mejorados, que al ejecutarse periódicamente inducen eficacia en el funcionamiento de la organización. Un enfoque de este tipo cuando se utiliza dentro de un sistema de gestión de la calidad enfatiza sobre la importancia de:

- La comprensión y cumplimiento de los requisitos.
- La necesidad de considerar los procesos en términos que aporten valor.
- La obtención de resultados del desempeño y la eficacia del proceso, y
- La mejora continua de los procesos con base en mediciones objetivas.

De otra parte la Ley 872 de 2003 promueve la adopción de un enfoque basado en procesos esto es la gestión y la identificación de la manera más eficaz, de todas aquellas actividades que tengan una clara relación entre sí y las cuales constituyen la red de procesos de una organización. Así, la gestión por procesos define las interacciones o acciones secuenciales, mediante las cuales se logra la transformación de unos insumos hasta obtener un producto con las características previamente especificadas, de acuerdo con los requerimientos de la ciudadanía o partes interesadas.

En este sentido, un modelo de gestión de la calidad se establece a partir de la identificación de los procesos y sus interacciones, y dependiendo de la complejidad de las organizaciones, es posible agrupar procesos afines en macroprocesos. Así mismo dependiendo del tamaño y la complejidad de los procesos de la entidad, estos podrán desagregarse a nivel de actividades y tareas.

El diseño e implementación de un plan de mejoramiento de la calidad en la Urgencia de la ESE HUC, va a estar determinado por diferentes necesidades, objetivos particulares, los productos que proporciona, los procesos que emplea y el tamaño y estructura de la organización.

Atendiendo a lo anterior, el plan de mejoramiento para la evaluación de la satisfacción de los usuarios, en correspondencia con el Modelo de Gerenciamiento de la Calidad en el área de Urgencias del HUC, deberá incluir los siguientes principios:

- 1) Orientación enfocada al cliente: todos los esfuerzos de la organización se deben orientar a la satisfacción de las necesidades y expectativas actuales y futuras de los clientes.
- 2) Liderazgo: es indispensable una cadena de liderazgo que cree el entorno adecuado para la mejora continua mediante la participación de todos los entes implicados, para que la organización mejore y crezca.
- 3) Participación del personal: todas las actividades de la organización forman parte del sistema de calidad, por lo que resulta indispensable la participación de todo el personal de ésta para conseguir los objetivos propuestos.
- 4) Enfoque basado en los procesos: la organización debe plantear sus actividades como procesos, con el fin de obtener los objetivos deseados. Las organizaciones deben definir y gestionar múltiples procesos interrelacionados. Tienen que identificar correctamente los procesos clave, sistematizarlos y sobre todo, relacionarlos entre ellos.
- 5) Enfoque de sistemas para la gestión: una organización debe ser considerada como un conjunto de procesos interrelacionados que forman parte de un solo proceso global, el cual tiene como objetivos fundamentales la mejora continua de la organización y la satisfacción de los clientes, para que funcione de manera eficiente.

- 6) Mejora continua: la mejora continua debe ser un proceso estructurado en la organización, en el que debe conseguir incrementar progresivamente la calidad de los productos y servicios ofrecidos así como la productividad competitividad de la propia organización, con la participación de las personas implicadas en cada objetivo concreto.
- 7) Enfoque basado en hechos para la toma de decisión: se debe evitar tomar decisiones sin tener en cuenta los datos de la información necesaria.
- 8) Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor: se deben relacionar las organizaciones y participar con sus proveedores de forma que ambos obtengas beneficios, ya que ambos tienen que reconocer la necesidad y existencia del otro. Dicha relación se debe aplicar también a los proveedores internos de la propia organización.

Cuadro 11. Plan de mejoramiento

Plan de Mejoramiento de la Gestión de la Calidad Satisfacción Usuarios Urgencias					
ASPECTO DE MEJORAMIENTO	OBJETIVOS	ACCIONES	RESPONSABLES	PERIODO DE REALIZACIÓN	MEDIDA DESEMPEÑO
GERENCIA ESTRATÉGICA	Definir la cultura de la calidad.	Charlas para concientizar sobre la cultura de la	Director/a de Calidad		Contenido y
	Implementar la cultura de la calidad.	Misión, Visión, Valores, Estructura organizativa y responsabilidades del	Gerencia y Director/a de Calidad.	3 Semanas.	Prueba documental.
	Promover canales de comunicación, motivación y trabajo en equipo.	Revisión de procesos, quejas y recomendaciones de clientes y recurso humano para generar acciones correctivas.	Gerencia y Director/a de Calidad.	Diarias y mensuale	Número de quejas de clientes/total de clientes en un

	Fortalecer el servicio al cliente externo.	Desarrollo de actividades para el recurso humano enfocadas a Calidad y servicio al cliente.	Gerencia y Director/a de Calidad.	Bimensuales	Número de quejas de clientes en cuanto a servicio.
--	--	---	-----------------------------------	-------------	--

Plan de Mejoramiento de la Gestión de la Calidad Satisfacción Usuarios Urgencias

ASPECTO DE MEJORAMIENTO	OBJETIVOS	ACCIONES	RESPONSABLES	PERIODO DE REALIZACIÓN	MEDIDA DE DESEMPEÑO
RECURS	Cumplir con el perfil del puesto.	Conocimiento del perfil del puesto.	Todo el personal.	Diariamente.	Medición de rendimiento del empelado, una vez conocido su perfil.
	Capacitar al personal en Calidad de los procesos y en	Entrenamiento de servicio al cliente y Calidad.	Gerencia y Director/a de	Bisemanalmente.	Número de horas de capacitación/empl

OS HUMAN OS	Fomentar las buenas realizaciones interpersonales y el trabajo en equipo.	Realización de actividades de esparcimiento, diversión que favorezca el trabajo en equipo.	Director/a de Calidad.	Bisemanalmente.	Tipo de actividades.
	Mejorar la comunicación bidireccional Gerencia – Empleado.	Realización de reuniones técnicas de trabajo	Gerencia y Director/a de Calidad.	Bisemanalmente.	Número de reuniones técnicas
	Proporcionar retroalimentación interna.	Establecimiento de medios para obtener retroalimentación.	Todo el personal.	1 – 2 semanas.	Número de quejas y sugerencias.

Plan de Mejoramiento de la Gestión de la Calidad Satisfacción Usuarios Urgencias

ASPECTO DE MEJORAMIENTO	OBJETIVOS	ACCIONES	RESPONSABLES	PERIODO DE REALIZACIÓN	MEDIDA DE DESEMPEÑO
PROCESOS INTERNOS	Definir procedimientos para cada puesto organizacional.	Revisión de responsabilidades y determinación de los límites de cada trabajo.	Gerencia y Director/a de Calidad.	1 mes.	Número de procedimientos establecidos por escrito.
	Revisar el servicio prestado	Determinación de sistemas de control para clientes atendidos y otros servicios	Gerencia y Director/a de Calidad.	1 mes.	Frecuencia y tipos de quejas recibidas.
	Crear manuales o guías de trabajo.	Identificación de los manuales existentes y determinar faltantes por área.	Director/a de Calidad.	3 meses.	Tipos de manuales elaborados.

	Capacitar al personal en servicio al cliente	Realización de actividades de enseñanza y aprendizaje en servicio al cliente.	Gerencia y Director/a de Calidad.	Bisemanalmente.	Número de horas capacitación/empleado
	Promover el trabajo en equipo	Realización de actividades para aumentar la confianza y solidificar lazos interpersonales.	Gerencia y Director/a de Calidad	Bisemanalmente.	Presencia/ausencia de roses entre empleados

Plan de Mejoramiento de la Gestión de la Calidad Satisfacción Usuarios Urgencias

ASPECTO DE MEJORAMIENTO	OBJETIVOS	ACCIONES	RESPONSABLES	PERIODO DE REALIZACIÓN	MEDIDA DESEMPEÑO
CLIENTES	Satisfacer las necesidades de cada cliente.	Realización de encuestas y captura de información a través de la observación de cada visita.	Director/a de Calidad y personal de recepción.	Semanalmente.	Número de quejas de clientes/número de clientes.
	Crear fidelidad de cada cliente a la empresa.	Buen trato a cada cliente y confiabilidad en los resultados.	Todo el personal.	Diariamente.	Número de clientes frecuentes.
	Definición de canales de comunicación.	Colocación de un “Buzón de sugerencias”, un correo electrónico y número de teléfono para los comentarios, sugerencias, o quejas de clientes.	Gerencia y Director/a de Calidad.	Diariamente.	Número y naturaleza de aportes de los clientes.

	<p>Crear un sistema para el control de quejas y recomendaciones.</p>	<p>Preparación de un documento de control que registre: Quejas, fechas, procedimientos a seguir y la comunicación al cliente.</p>	<p>Gerencia y Director/a de Calidad.</p>	<p>Diariamente.</p>	<p>Prueba documental; número de quejas resueltas.</p>
--	--	---	--	---------------------	---

Plan de Mejoramiento de la Gestión de la Calidad Satisfacción Usuarios Urgencias

ASPECTO DE MEJORAMIENTO	OBJETIVOS	ACCIONES	RESPONSABLES	PERIODO DE REALIZACIÓN	MEDIDA DESEMPEÑO
MEJORA CONTINUA	Determinar objetivos de Mejora continua para cada área.	Evaluación de cada área para determinar puntos de mejora.	Gerencia y Director/a de Calidad.	Trimestral	Número de áreas evaluadas/total de áreas.
	Establecer un plan para la aplicación constante de Mejora continua.	Determinación de actividades y responsables para cada dinámica de mejora.	Director/a de Calidad.	Mensual	Cumplimiento de rol de actividades.

	Concientizar a todo el recurso humano y la gerencia de la importancia de mejora	Realización de charlas sobre la mejora continua.	Director/a de Calidad.	Mensual	Número de horas capacitación/empleado.
	Seleccionar acciones relacionadas con la metodología Kaizen o Benchmarking.	Promoción de acciones Kaizen o Benchmarking para calendarizarlas según objetivos de cada área.	Director/a de Calidad.	Mensual	Cambios observables en el área de trabajo según calendario.

El primer componente, el de la gerencia estratégica, permite desarrollar iniciativas para definir la cultura de la calidad; es preciso concientizar a la Gerencia de la importancia del trabajo con calidad dentro de la empresa; es por esta razón, que la capacitación en temas de la calidad, debe empezar por ésta. El indicador para esta área sería la frecuencia con que se realicen las charlas y el contenido de las mismas.

Implementar la cultura de la calidad, hace referencia a la creación del manual referido a la estructura organizativa de la empresa, siendo uno de los objetivos más importantes de todo este trabajo de investigación, la definición de la misión, la visión, valores y la asignación de objetivos y responsabilidades de cada puesto, es una de las bases para la implementación de cualquier estrategia organizativa. La elaboración de dicho manual se encuentra a cargo de la gerencia con apoyo del director/a de calidad.

Crear canales de comunicación, fomentar el trabajo en equipo y la motivación, es otro objetivo propuesto. Por medio de estos canales, se pueden revisar los procesos internos de trabajo, las quejas, recomendaciones de los clientes y del personal para aplicar las correspondientes medidas correctivas; impulsar estos canales de comunicación será responsabilidad de la gerencia, del director/a de calidad y de todo el personal vinculado.

Los mecanismos utilizados para la retroalimentación, serán el indicador de ejecución de la acción, estos pueden ser verbales, escritos por medio de boletas o encuestas de satisfacción y de clima organizacional.

Se propone también, el fortalecimiento del servicio al cliente interno y externo por parte de la gerencia, por medio del desarrollo de actividades enfocadas en la calidad en el servicio, las cuales serán medidas según la naturaleza de las actividades y el número de éstas que sean resueltas.

En el segundo aspecto, contar con la disponibilidad del recurso humano es esencial para dar inicio a cualquier plan sobre calidad, su motivación y capacitación son fundamentales para lograr los cambios necesarios.

Cada persona debe conocer el perfil de su puesto, tanto en la especificación como en la descripción de los objetivos y obligaciones. Para alcanzar esta meta, se propone como indicador un programa de inducción para todo el personal para respetar y que se ejecute la estructura organizativa.

Una vez reconocida la ubicación de cada empleado dentro de la estructura, se procede a capacitarlos en cultura de la calidad en servicio al cliente interno y externo. Se propone un entrenamiento bisemanal y como indicador, la evaluación del contenido y la frecuencia de las charlas.

Fomentar las buenas relaciones entre el personal y el trabajo en equipo, es un objetivo indispensable si se quiere lograr la colaboración de los mismos. Para esto, se plantea realizar actividades de esparcimiento y diversión en la que todos participen.

Mejorar la comunicación entre la gerencia y el recurso humano de manera bidireccional, es precisa para reforzar las relaciones entre ambas partes, el conocer las opiniones y sugerencias del personal, puede hacer que sus labores sean optimizadas y que generen confianza para perfeccionar sus tareas y sea favorecido también el ambiente laboral. La creación de manuales para los diferentes procesos y presentarlos a sus empleados, puede funcionar como un puente para unir y fomentar las relaciones profesionales entre ambas partes y a la vez como el indicador de dicha acción.

De igual manera, en la retroalimentación interna, los empleados pueden aportar ideas que colaboren con la realización de los objetivos de la empresa y a la vez, darles un sentido de pertenencia a la organización, donde perciban que sus sugerencias son escuchadas y en el mejor de los casos, puestas en práctica.

Por otra parte, la revisión de los procesos internos de la empresa, como se desprende del modelo propuesto, es de relevancia para el correcto funcionamiento de la organización en general. Una vez establecidos los manuales organizativos y contar con un personal capacitado, se procede a analizar los procesos de la organización.

La definición de los procedimientos para cada puesto es importante para determinar las responsabilidades y los límites de cada trabajo. La gerencia y el director/a de calidad serán los encargados de la revisión de cada uno de los procedimientos más relevantes.

El servicio brindado, también debe ser revisado: se propone determinar sistemas de control para medir la atención al cliente; y se plantea como medida de inspección, el número y naturaleza de las quejas aportadas por los clientes. Por esta razón, se propone como objetivo, la capacitación al personal en servicio al cliente por medio de actividades de enseñanza bisemanales impartidas por el director/a de calidad. En estas, se establecerán pautas necesarias para lograr la satisfacción del usuario.

Como se demostró en el diagnóstico del área de urgencias de la ESE HUC, una de las debilidades en el personal es el escaso trabajo en equipo. Debido a esta situación, se propone la realización de actividades para promover la confianza y fortalecer los lazos que faciliten la cooperación entre los compañeros. Estas actividades pueden realizarse con las dinámicas para mejorar el servicio al cliente.

Respecto a la gestión de los clientes, lograr que el servicio brindado cumpla con las expectativas de ellos y que incluso sean superadas, debe ser el fin común de toda la empresa. Para alcanzar el objetivo de cumplir y hasta exceder las expectativas de los usuarios, se proponen las encuestas, la observación y captura directa de cada visita, con el fin de obtener información necesaria para la mejora.

La recopilación de quejas y sugerencias por parte del usuario es tan importante como tener los mecanismos necesarios para darle el seguimiento y el debido proceso a cada una de ellas.

Además, es primordial atraer nuevos clientes así como el mantener la fidelidad de los habituales, esto se puede conseguir mediante un buen trato hacia el usuario, además de brindarle condiciones estándar de accesibilidad, oportunidad y garantía en la atención de urgencias. El indicador para la medición del cumplimiento de esta meta es el número de clientes satisfechos con los servicios que se registran en un periodo determinado por la gerencia.

La correcta determinación de los canales de comunicación y los mecanismos que se definan para el seguimiento de las quejas y sugerencias de los clientes es primordial para su satisfacción y para crear fidelidad en los mismos.

Dentro de la implementación de un modelo de gerenciamiento de la calidad en el área de urgencias de la ESE HUC, se ha considerado como un aspecto importante la “Mejora Continua”, como ha sido mencionado en reiteradas ocasiones, la calidad no sólo se intenta alcanzar, sino que además se debe mantener y consolidar para luego superar el status logrado.

La mejora continua debe aplicarse en cada proceso y en cada acción de servicio al cliente interno o externo; de igual manera, las actitudes, maneras de trabajar y desenvolverse de cada individuo, deben estar orientadas a este propósito. Se sugiere determinar objetivos generales de mejora para cada área de la empresa, identificado puntos específicos que requieren la pronta intervención. Para esto se propone la creación de un plan donde se definan actividades y los responsables para llevarlas a cabo.

Para cumplir con estos objetivos referidos a la mejora, se necesita una capacitación al personal en los aspectos básicos de calidad y prácticas cotidianas para que puedan interiorizar la metodología y la filosofía de la calidad (por ejemplo con Kaizen), que promueve el ser mejores cada día en las labores cotidianas.

El director/a de calidad y la gerencia, son los responsables de la mayoría de acciones de este plan de mejoramiento, una correcta dirección y motivación por parte de ellos, repercutirá en que los empleados sean capaces de producir servicios de calidad en un ambiente laboral apropiado, con procesos optimizados y procurando la mejora continua en cada uno de sus actos; acciones que tienen como culminación, la satisfacción de los clientes y el éxito de la empresa.

Las necesidades del servicio del cliente son variables, como lo son sus expectativas de conocerlas, por lo tanto ninguna investigación dará por terminado el tema, más bien se trata de un tema que debe ser permanentemente analizado y debe de tomar parte integral de la estrategia del servicio. Además siempre antes de planificar, se debe prestar atención al mercado, averiguar

cuáles son las necesidades y expectativas de sus pacientes y de qué forma perciben los servicios brindados actualmente.

Se necesita de evaluaciones periódicas, que permitan valorar los progresos que hayan logrado e identificar nuevas ideas y los cambios que vayan produciéndose. Una buena forma es analizando las quejas y felicitaciones que se digan del servicio actual, averiguar si existen datos sectoriales sobre las necesidades de los pacientes propiamente para los servicios de Urgencias y en caso de que exista alguna evaluación, en qué nivel quedó con respecto a los demás. Otra cosa que se debe hacer, es preguntarles a los funcionarios sobre el grado real de satisfacción de los clientes, ya que es fácil que la dirección ignore lo que su personal conoce a través del contacto diario con ellos.

La estrategia de servicios debe incluir algún método para recoger reacciones y además expresar con claridad cuál es la actitud ante las quejas. Debe estar respaldada por claras directrices para el personal que está en contacto con el cliente.

Anteriormente, las encuestas eran orientadas sólo sobre el producto o el tiempo de entrega de determinado servicio, sin analizar lo que el cliente pensaba con respecto a su servicio, en temas como el calor humano y la amabilidad, la accesibilidad por teléfono o de los diferentes funcionarios para consultas, incluido la gerencia, la respuesta inmediata, la personalización, la consideración personal. En cambio hoy, el personal a cargo del servicio necesita saber lo que puede hacer para satisfacer las necesidades de sus clientes y especialmente, para recuperar los insatisfechos.

Todos estos conceptos, conocidos dentro de la Ingeniería de la Calidad, son una nueva forma de gerenciar un servicio que pueden ser aplicados en un nuevo modelo de salud, específicamente a nivel hospitalario, cuyo objetivo primordial es la garantía de la calidad, que induce a que el cliente llegue a hacer uso de sus servicios y de cuáles podrían ser otros clientes potenciales; por lo tanto, los esfuerzos deben enfocarse en obtener la opinión acerca de la imagen, el rendimiento y principalmente, las necesidades de los clientes.

CONCLUSIONES

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

Particularmente, el tiempo de espera por la atención, según el triage del paciente, fue señalado como uno de los aspectos que pueden incidir sobre la satisfacción del usuario al momento de recibir la atención en el hospital.

Uno de los factores críticos dentro de la calidad lo constituyó la atención recibida por parte del médico de urgencias, observándose aquí la percepción de eficiencia como uno de los valores principales que deben estar presentes en el proceso y que es observable en la mayoría de los casos, pero en otros no se cumple; considerando que las actuaciones de los profesionales de la medicina en muchas ocasiones no guarda correspondencia con los criterios de eficacia y efectividad de la atención para el logro de un resultado satisfactorio, incidiendo en una valoración restringida de la calidad por parte de los usuarios.

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

A partir de los resultados obtenidos puede afirmarse que el nivel de satisfacción de los usuarios respecto a los procesos de atención en el servicio de urgencias es medio o regular. Esto se debe principalmente a que la percepción subjetiva que los usuarios tienen de los servicios depende de factores contingentes (altamente variables) y de estructuración del servicio (permanentes) que le

proporcionan una experiencia grata o desagradable al momento de requerir los servicios de la institución hospitalaria.

En relación con el gerenciamiento, se concluye que el mejoramiento de los procesos de atención de los servicios de la salud exige que los gerentes, prestadores de servicios y demás miembros del personal incorporen los instrumentos, los medios y las acciones necesarias para el fortalecimiento de los sistemas de gestión organizacional de la calidad. Como consecuencia de ello, la involucración de las personas en la organización y del reconocimiento de su esfuerzo, todo el que se implica en las acciones de mejora obtiene un mayor nivel de satisfacción en su desempeño. El gusto por el trabajo bien hecho es un valor que se convierte en un elemento de motivación para el personal y de mejora para la institución.

Después de diseñar un proceso de mejoramiento, y una vez que se procede a su implantación a nivel del área específica, es imprescindible poner en marcha mecanismos de control y mejora continua que permitan medir su calidad. Estos mecanismos deben utilizarse sistemáticamente para conocer todos los aspectos claves en el desarrollo del proceso asistencial:

- Si su variabilidad se mantiene dentro de unos márgenes aceptables.
- Si la efectividad del proceso es la deseada, es decir, si los indicadores de resultados o de valoración integral del proceso son satisfactorios.
- Si los usuarios están satisfechos: se han eliminado espacios en blanco, tiempos de espera innecesarios, se garantiza la accesibilidad a los usuarios,
- Si se mantienen los niveles de eficiencia previstos, y los indicadores demuestran una mejor utilización de los recursos.
- Si se escucha la opinión de los profesionales y las personas que intervienen en el desarrollo del proceso consideran que su trabajo ha mejorado.

La valoración de la satisfacción de los servicios de salud por parte de los usuarios y funcionarios no sólo se compone de características de índole asistencial relacionadas con el proceso de atención y los resultados de atención, existen otros factores que también adquieren importancia a

la hora de evaluar la satisfacción de los servicios de salud los cuales están relacionados con la planeación y el diseño de la atención, factores de orden administrativo y operacional, que no sólo son importantes para el funcionario, como actor principal de éstos, sino también para los usuarios quienes actualmente evalúan el impacto que tiene la configuración de la atención sobre los resultados en la prestación del servicio.

En definitiva, la satisfacción del usuario depende no sólo de la calidad de los servicios sino también de sus expectativas. El usuario está satisfecho cuando los servicios cubren o exceden sus expectativas. Si las expectativas del usuario son bajas o si el usuario tiene acceso limitado a cualquiera de los servicios, puede ser que esté satisfecho con recibir servicios relativamente deficientes. Cuando el usuario percibe la calidad de manera equivocada, sus expectativas pueden influir en el comportamiento de los prestadores de servicios y, de hecho, reducir la calidad de atención.

RECOMENDACIONES

A partir de los resultados y planteamientos hechos en la investigación, se pueden establecer las siguientes recomendaciones:

- La gestión gerencial de los procesos para el total cumplimiento y la adherencia de ellos, hace indispensable mostrar las evidencias de las actividades desarrolladas para la correcta adherencia de los procesos estipulados en la ESE, es de suma importancia garantizar que todas las personas que laboran en el área de urgencias sientan un gran compromiso por la calidad.
- La ejecución de manera anual del proceso de gestión de la calidad y de la auditoría de la calidad garantiza que se encontrarán oportunidades de mejora y se cuantificará la ejecución de todos los procesos de atención en urgencias de la ESE HUC.
- Es necesaria una evaluación periódica y realizar monitoreos internos que determinen posibles falencias y de esta manera corregir los procesos de manera inmediata, ya que garantizar procedimientos de salud de calidad es prioritario para lograr el cumplimiento de los principios y estándares de la atención en salud.

BIBLIOGRAFÍA

Acuerdo 029 de 2011. *Por el cual se sustituye el Acuerdo 028 de 2011 que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud*. Comisión de Regulación en salud, Bogotá.

Aguirre, H. (2007). *Metodología para la medición de la satisfacción del usuario*. México: OPM.

Avellán, U. (2005). *La satisfacción del usuario de los servicios médicos*. Bogotá: Norma.

Blasevsky, R. (2002). *Atención clínica centrada en el usuario*. Santiago de Chile: Universidad Católica.

Bonilla, R. (2006). *Diagnóstico de la satisfacción del usuario en el Hospital El Tunal*. Bogotá: Secretaría de Salud Distrital.

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

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. *Resultados Censo General 2005*. Bogotá: DANE, 2006.

Hernández, M. (2002). *Los procesos de calidad en la empresa de salud*. México: Limusa.

Hoffman, C. (2004). *Aproximación a la calidad de la atención en salud desde la perspectiva del cliente*. Barcelona: Universidad de Barcelona.

Hurtado, G; Martínez, D. (2003). *Factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados a la satisfacción de usuarios de los servicios de salud*. Barranquilla: Universidad del Norte.

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

Ley 1438 de 2011. *Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.* Bogotá.

Maza, E. (2002). *Diagnóstico de la situación del servicio médico, Agencia Alameda, Asociación Chilena de Seguridad.* Santiago: Tesis presentada para obtener el grado de magíster en gestión de empresa. Universidad de la Frontera.

McKinley, R. (1997). *Indicadores de satisfacción del usuario.* México: Diana.

Mendoza, J; Sarmiento, T.; Velandia, A. (2006). *La evaluación de la calidad de los servicios médico-asistenciales en una IPS a través de la satisfacción del usuario y del desempeño en la prestación de servicios.* Cali: Universidad del Valle.

Ministerio de la Protección Social. *Análisis sectorial 2004.* Bogotá: MPS, 2005.

Parasuraman, A.; Zeithaml, V. y Berry, L. (1993). *Calidad total en la gestión de los servicios*". Madrid: Ediciones Díaz de Santos S.A.

Ramos, W. (2005). *Desarrollo de procesos de mejoramiento de la calidad del servicio de una IPS a través del componente de satisfacción del usuario.* Bogotá: Asociación Nacional de Medicina.

Relman, S. y Ross, W. (1995). *Administración de la calidad en salud.* México: McGraw-Hill.

Toro, D.; Vargas, H. (2001). *Los procesos internos de mejora de la calidad en las Instituciones de Salud.* Medellín: UdeA.

ANEXO A. INDICADORES DE CALIDAD

	OPORTUNIDAD DE LA ATENCION EN CONSULTA DE URGENCIAS EN LAS IPS					
Categoría ámbito sistémico	Estructura ()		Proceso (x)		Resultado ()	
Dimensiones	Accesibilidad	()	Continuidad	()	Idoneidad	(x)
	Oportunidad	()			Seguridad	(x)

DEFINICIÓN OPERACIONAL

<u>Tiempo de espera para la atención de urgencias de triage 1</u>	
Fórmula: Numerador	Número de minutos que transcurren en el servicio de urgencias de la institución prestadora de servicios de salud, entre la solicitud de una consulta de urgencias clasificada como triage 1 y su atención por parte del médico en el trimestre
Fórmula: Denominador	Número de consultantes clasificados como triage 1 en el servicio de urgencias en el trimestre
<u>Tiempo de espera para la atención de urgencias de triage 2</u>	
Fórmula: Numerador	Número de minutos que transcurren en el servicio de urgencias de la institución prestadora de servicios de salud, entre la solicitud de una consulta de urgencias clasificada como triage 2 y su atención por parte del médico en el trimestre
Fórmula: Denominador	Número de consultantes clasificados como triage 2 en el servicio de urgencias en el trimestre

Tiempo de espera para la atención de urgencias de triage 3	
Fórmula: Numerador	Número de minutos que transcurren en el servicio de urgencias de la institución prestadora de servicios de salud, entre la solicitud de una consulta de urgencias clasificada como triage 3 y su atención por parte del médico en el trimestre
Fórmula: Denominador	Número de consultantes clasificados como triage 3 en el servicio de urgencias en el trimestre
Tiempo de espera para la atención de urgencias de triage 4	
Fórmula: Numerador	Número de minutos que transcurren en el servicio de urgencias de la institución prestadora de servicios de salud, entre la solicitud de una consulta de urgencias clasificada como triage 4 y su atención por parte del médico en el trimestre
Fórmula: Denominador	Número de consultantes clasificados como triage 4 en el servicio de urgencias en el trimestre
Unidad de medida	Promedio de tiempo de espera según clasificación de triage. Los datos se expresan en unidades de tiempo-minutos
Valor de los datos	El mejor resultado es el más cercano a cero, cuanto menor sea el valor es la mejor oportunidad de la atención

Nombre	REINGRESO DE PACIENTES ATENDIDOS EN URGENCIAS DENTRO DE LAS 48 HORAS SIGUIENTES AL EGRESO DEL SERVICIO						
Categoría ámbito sistémico	Estructura	()	Proceso	(x)	Resultado	(x)	
Dimensiones	Accesibilidad	()	Continuidad	(x)	Pertinencia	(x)	
	Oportunidad	()			Seguridad	(x)	

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Fórmula: Denominador	Número de reingresos en las 48 horas siguientes al alta de una atención de urgencias
Fórmula: Denominador	Número total de pacientes atendidos por urgencias
Unidad de medida	Porcentaje de reingreso antes de las 48 horas en los servicios de urgencias. Los datos deben expresarse en porcentaje de pacientes que reingresaron al servicio de urgencias antes de las 48 horas después de haber sido dados de alta
Valor de los datos	El mejor resultado será el más cercano a 0, pero este debe compararse con los parámetros establecidos como de reingreso esperado, común y adecuado según la evolución clínica del paciente
Descripción del cálculo	<u>Numerador:</u> Número de pacientes que habiendo sido atendidos en los servicios de urgencias, reingresan a éstos antes de 48 horas de haber sido dados de alta. <u>Denominador:</u> Número de pacientes que fueron atendidos en el servicio de urgencias en el mismo período
Frecuencia de medición	Este indicador debe ser llevado en forma trimestral, realizando consolidados semestrales y anuales
Ajuste por riesgo	Existen casos en los que la evolución de la patología del paciente no responde a los protocolos o mejores prácticas médicas, sin que por esta razón pueda inferirse una falla en la calidad de la atención. Por esto es necesario comparar el indicador frente a los registros históricos de la institución y a los de otras entidades de características similares, identificando el margen de reingreso esperado
Utilización del indicador	El reingreso de los pacientes a los servicios de urgencias se presenta con frecuencia, como consecuencia de un deficiente abordaje y la solución del problema que generó la consulta o fallas en la calidad de la información dada al usuario sobre la evolución del evento médico que la generó. Por esta razón, este indicador puede constituirse como un signo de alarma sobre la calidad de los servicios prestados

VARIABLES	NUMERADOR	DENOMINADOR
Nombre	Número de reingresos en las 48 horas siguientes al alta de una atención de urgencias	Número total de pacientes atendidos por urgencias
Fuente primaria	Registros de los servicios de urgencias	Registros de los servicios de urgencias
Unidad de medida	Número (cantidad)	Número (cantidad)
Frecuencia de medición	Trimestral (consolidado semestral y anual)	Trimestral (consolidado semestral y anual)

ANEXO B. ENTREVISTA A DIRECTOR O SUBGERENTE

ÁREA DE URGENCIAS

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE

OBJETIVO: Evaluar los niveles de satisfacción del cliente en el área de Urgencias del Hospital Universitario del Caribe, Cartagena, durante el primer trimestre de 2013, en relación con los elementos constitutivos del SOGC, orientándolos hacia la incorporación de un modelo de gerenciamiento de procesos y mejora continua para la satisfacción del usuario en la prestación de servicios de salud.

DATOS GENERALES

NOMBRE: _____

CARGO: _____

1. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

1.1 Defina cómo el Direccionamiento Estratégico de su área, contribuye al alcance de la visión.

1.2 ¿Qué mecanismos de participación se implementaron en el momento de definir el Direccionamiento estratégico?

1.3 Explique en qué consiste el despliegue del Direccionamiento Estratégico de su área respecto a las demás áreas.

1.4 ¿Qué procedimientos desarrolla su área para evaluar y mejorar el Direccionamiento Estratégico?

1.5 ¿Qué medidas establece la organización para garantizar el logro de las metas?

1.6 ¿Cómo se identifica el compromiso de la alta dirección para dar viabilidad a los proyectos y metas del área?

2. SISTEMA DE CALIDAD

2.1 ¿Cómo opera el plan de calidad en su dependencia?

2.2 ¿Cómo se articula el plan de calidad de su área con el plan estratégico de la organización?

2.3 ¿Cuáles son los indicadores implementados para la evaluación del sistema de calidad en su organización?

2.4 ¿En qué procesos definidos en su área se tienen implementados los indicadores del sistema de calidad?

3. SATISFACCIÓN DEL USUARIO

3.1 ¿De qué manera su área o dependencia identifica las necesidades y expectativas de los clientes?

3.2 El sistema utilizado para escuchar al cliente, ¿permite que la información identifique cuál es el área, dependencia, proceso, personas o servicios afectados, al igual que la causa de origen?

3.3 ¿De qué manera la dependencia evalúa la efectividad del sistema de satisfacción del usuario?

4. SISTEMA DE INFORMACIÓN

4.1 ¿De qué manera se garantiza el cumplimiento de la historia clínica en términos de la estructura y proceso, bajo los parámetros normativos?

4.2 ¿Qué políticas y procedimientos se han implementado para garantizar la validez y actualización de la información asistencial y administrativa?

4.3 ¿De qué manera el perfil epidemiológico permite a la organización el ajuste de los servicios y procesos clínicos?

5. AUDITORÍA PARA LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

5.1 Explique en qué consiste el programa de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en su área

5.2 ¿Qué herramientas y metodologías utiliza la dependencia en el programa de Auditoría y evaluación de procesos?

5.3 ¿Qué avances ha obtenido en la estandarización de los procesos y procedimientos de Auditoría de la calidad realizados por su organización?

ANEXO C. ENCUESTA A FUNCIONARIOS
ÁREA DE URGENCIAS
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE

OBJETIVO: Evaluar los niveles de satisfacción del cliente en el área de Urgencias del Hospital Universitario del Caribe, Cartagena, durante el primer trimestre de 2013, en relación con los elementos constitutivos del SOGC, orientándolos hacia la incorporación de un modelo de gerenciamiento de procesos y mejora continua para la satisfacción del usuario en la prestación de servicios de salud.

INSTRUCCIONES: Marque con X la opción que mejor responde a los ítems sometidos a su consideración respecto al sistema de control interno en la entidad.

DATOS PERSONALES:

Nombre:

Dependencia:

Cargo:

CUESTIONARIO:

1. ¿La calidad en el servicio es una política clara para su área?

- a) **Completamente de acuerdo**
- b) **De acuerdo**
- c) **Parcialmente de acuerdo**
- d) **En desacuerdo**
- e) **Totalmente en desacuerdo**

2. ¿Existen programas de evaluación dentro de la dependencia que garanticen niveles mínimos de calidad?

- a) **Completamente de acuerdo**
- b) **De acuerdo**
- c) **Parcialmente de acuerdo**
- d) **En desacuerdo**
- e) **Totalmente en desacuerdo**

3. ¿La dependencia evalúa a los usuarios periódicamente en cuanto a la calidad de la atención con el fin de realizar ajustes para así prestar un mejor servicio?

- a) **Completamente de acuerdo**
- b) **De acuerdo**
- c) **Parcialmente de acuerdo**
- d) **En desacuerdo**
- e) **Totalmente en desacuerdo**

4. ¿Se hace una evaluación constante de los procesos y procedimientos para mejorar día a día la calidad?

- a) **Completamente de acuerdo**
- b) **De acuerdo**
- c) **Parcialmente de acuerdo**
- d) **En desacuerdo**
- e) **Totalmente en desacuerdo**

5. ¿Dentro de la dependencia existe un sistema de garantía de calidad que se articule con el nivel institucional?

- a) **Completamente de acuerdo**
- b) **De acuerdo**
- c) **Parcialmente de acuerdo**
- d) **En desacuerdo**
- e) **Totalmente en desacuerdo**

6. ¿Los objetivos establecidos en el área están encaminados hacia la máxima calidad?

- a) **Completamente de acuerdo**
- b) **De acuerdo**
- c) **Parcialmente de acuerdo**
- d) **En desacuerdo**
- e) **Totalmente en desacuerdo**

7. ¿Existen en el área manuales de funciones específicos que son evaluados periódicamente?

- a) **Completamente de acuerdo**
- b) **De acuerdo**
- c) **Parcialmente de acuerdo**
- d) **En desacuerdo**
- e) **Totalmente en desacuerdo**

8. ¿Están definidos y se conocen claramente los estándares de calidad, cantidad y desempeño en la dependencia?

- a) **Completamente de acuerdo**
- b) **De acuerdo**

- c) **Parcialmente de acuerdo**
- d) **En desacuerdo**
- e) **Totalmente en desacuerdo**

9. ¿Se evalúa y controla constantemente los resultados dentro del área para mejorar los resultados?

- a) **Completamente de acuerdo**
- b) **De acuerdo**
- c) **Parcialmente de acuerdo**
- d) **En desacuerdo**
- e) **Totalmente en desacuerdo**

10. ¿La dependencia ha definido claramente el propósito de la evaluación del desempeño desde el punto constructivo?

- a) **Completamente de acuerdo**
- b) **De acuerdo**
- c) **Parcialmente de acuerdo**
- d) **En desacuerdo**
- e) **Totalmente en desacuerdo**

11. ¿Dentro del proceso de evaluación del desempeño los resultados obtenidos son discutidos con el trabajador implicado para conocer la causa de las fallas existentes y tomando correctivos?

- a) **Completamente de acuerdo**
- b) **De acuerdo**

- c) **Parcialmente de acuerdo**
- d) **En desacuerdo**
- e) **Totalmente en desacuerdo**

12. ¿Se evalúan constantemente los factores de riesgo de la atención con el objeto de establecer el grado de confiabilidad de los procesos?

- a) **Completamente de acuerdo**
- b) **De acuerdo**
- c) **Parcialmente de acuerdo**
- d) **En desacuerdo**
- e) **Totalmente en desacuerdo**

13. ¿Existen manuales de procedimientos técnicos que son evaluados periódicamente para la mejora continua de la calidad?

- a) **Completamente de acuerdo**
- b) **De acuerdo**
- c) **Parcialmente de acuerdo**
- d) **En desacuerdo**
- e) **Totalmente en desacuerdo**

14. ¿El funcionamiento del sistema de gestión de la calidad corresponde a los lineamientos normativos y técnicos contemplados en el SOGCS?

- a) **Completamente de acuerdo**
- b) **De acuerdo**

- c) Parcialmente de acuerdo**
- d) En desacuerdo**
- e) Totalmente en desacuerdo**

ANEXO D. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO
SERVICIO DE URGENCIAS
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE – HUC

OBJETIVO: Evaluar el grado de satisfacción de los usuarios frente al servicio de Urgencias en la ESE HUC.

DATOS DEL ENCUESTADO:

Nombre: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Atención por primera vez en el servicio: SÍ ____ NO ____

Motivo de la atención de urgencias: _____

CUESTIONARIO

1. El servicio prestado por la persona encargada de priorizar la atención a recibir con base en triage es:

- a) Excelente _____
- b) Bueno _____
- c) Regular _____
- d) Malo _____

2. El servicio prestado por la persona de Admisiones es:

- a) Excelente _____
- b) Bueno _____
- c) Regular _____
- d) Malo _____

3. La permanencia en sala de espera es:

- a) Agradable _____

b) Desagradable

4. La oportunidad de la atención asignada le parece:

a) Ágil _____

b) Tardía _____

5. Se siente satisfecho con la claridad con que le explicaron sobre su problema de salud y el tratamiento planteado:

a) Sí _____

b) No _____

6. Cómo le pareció la atención recibida por el personal médico:

- a) Excelente _____
- b) Bueno _____
- c) Regular _____
- d) Malo _____

7. Cómo le pareció la atención recibida por el personal de enfermería:

- a) Excelente _____
- b) Bueno _____
- c) Regular _____
- d) Malo _____

8. Sintió que su atención en el servicio, se dio en condiciones de privacidad:

- a) Sí _____
- b) No _____

9. Durante el proceso de atención siente que ha mejorado su estado o molestia de salud que lo llevó a acudir al servicio:

- a) Sí _____
- b) No _____

10. La ubicación y acceso del servicio de urgencia de la ESE Hospital Universitario del Caribe es:

- a) Fácil _____
- b) Complicada _____

11. La limpieza general del consultorio ha sido:

- a) Excelente _____
- b) Bueno _____
- c) Regular _____
- d) Malo _____

12. El paciente viene referido de alguna otra institución:

- a) Sí _____
- b) No _____

13. Si la respuesta es Sí, tipo de traslado que se usó:

- a) Terrestre _____
- b) Aérea _____
- c) Marítima _____
- d) Fluvial _____

14. El tipo de seguridad social del paciente corresponde a:

- a) Régimen Contributivo ____ .Cuál _____
- b) Régimen subsidiado ____ Cuál _____
- c) Personal no cubierto por subsidio a la demanda sisbenizado ____
- d) Personal no cubierto por subsidio a la demanda no sisbenizado ____

Procedencia: _____

15. La presentación personal de todos los funcionarios es:

- a) Excelente _____
- b) Bueno _____
- c) Regular _____
- d) Malo _____

16. Cómo se siente en general con el servicio recibido:

- a) Totalmente satisfecho _____
- b) Satisfecho _____
- c) Insatisfecho _____