

**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA
ESPECIALIZADA DEL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA DE INDIAS,
SEGUNDO TRIMESTRE DE 2012**

**LUZCEDIS MEJÍA PADILLA
MARÍA KARINA SALAZAR PALACIO**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
DEPARTAMENTO DE POSGRADO – GERENCIA EN SALUD
CARTAGENA DE INDIAS – COLOMBIA**

2013

**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA
ESPECIALIZADA DEL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA DE INDIAS,
SEGUNDO TRIMESTRE DE 2012**

LUZCEDIS MEJÍA PADILLA

MARÍA KARINA SALAZAR PALACIO

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
GERENCIA EN SALUD**

WILLIAM PEÑA DAZA

Asesor metodología de la investigación

FABIO DUITAMA

Asesor disciplinar

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS

DEPARTAMENTO DE POSGRADO – GERENCIA EN SALUD

CARTAGENA DE INDIAS – COLOMBIA

2013

NOTA DE ACEPTACIÓN

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

CONTENIDO

NOTA DE ACEPTACIÓN	3
Firma del presidente del jurado	3
Firma del jurado	3
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.1 Descripción del problema	10
1.2 Formulación del problema	11
2. JUSTIFICACIÓN	12
3. OBJETIVOS	16
3.1 General.....	16
3.2 Específicos.....	16
4. MARCO REFERENCIAL	17
4.1 Marco histórico.....	17
4.2 MARCO INSTITUCIONAL	20
4.3 MARCO LEGAL.....	24
4.3.1 Ley 100 de 1993.....	25
4.3.2 Decreto 1011 de abril 3 de 2006	30
4.3.3 Resolución 4445 de 1996	31
4.3.4 Anexo técnico no. 1 de la Resolución 1043 del 3 de abril de 2006	32
4.4 MARCO REFERENCIAL	32
4.5 MARCO CONCEPTUAL	36
4.6 MARCO DEMOGRÁFICO	40
5. DISEÑO METODOLÓGICO	43
5.1 TIPO DE ESTUDIO	43
5.2 DESCRIPCIÓN DE MÉTODOS	43
5.2.1 Población objeto de estudio	43
5.2.2 Población de referencia	43
5.2.3 Tipo de población.....	43
5.2.4 Técnica de muestreo.....	43

5.2.5 Método de cálculo de la muestra	43
5.2.6 Tamaño de la muestra	44
5.2.7 Unidad de muestreo.....	44
5.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTO PARA RECOLECTAR LOS DATOS	44
5.4 PLAN DE ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE DATOS	45
5.5 FUENTES	45
5.5.1 Fuentes primarias	45
5.5.2 Fuentes secundarias.....	46
5.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	46
5.7 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	46
5.8 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	46
6. RESULTADOS	47
6.1 CARACTERIZACIÓN DE LOS USUARIOS	47
6.2 DEFICIENCIAS Y FORTALEZAS DEL SERVICIO MÉDICO DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA	52
6.2.1 Autonomía	52
6.2.2 Confidencialidad	54
6.2.3 Capacidad de elección	55
6.2.4 Trato digno	56
6.2.5 Comunicación	58
6.2.6 Oportunidad	60
6.2.7 Condiciones de planta física	61
6.3 SATISFACCIÓN DEL USUARIO	64
6.4 APRECIACIONES DEL PERSONAL DE SALUD RESPECTO AL SOFTWARE DE CONSULTA MÉDICA EXTERNA ESPECIALIZADA	67
6.5 RECOMENDACIONES Y MEDIDAS PARA SOLUCIONAR LOS PROBLEMAS DE CALIDAD ENCONTRADOS	73
7. CONCLUSIONES.....	75
8. PRESUPUESTO	77
9. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	78

10. GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	79
BIBLIOGRAFÍA	83
ANEXOS	86
10.1 ANEXO 1: ENCUESTA APLICADA A LOS USUARIOS.....	86
10.2 ANEXO 2: ENCUESTA APLICADA AL PERSONAL DE SALUD	88

LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Rangos de edad.....	47
Gráfica 2. Género.....	48
Gráfica 3. Estrato	49
Gráfica 4. Estado civil.....	49
Gráfica 5. Rango de ingresos	50
Gráfica 6. Nivel educativo	50
Gráfica 7. Ocupación	51
Gráfica 8. Servicio que consulta el usuario	52
Gráfica 9. El médico le permitió participar en las decisiones que se tomaron sobre el tratamiento.....	53
Gráfica 10. El médico le pidió autorización antes de iniciar los estudios o análisis	53
Gráfica 11. Habló con el(los) médico(s) en privado sin que otras personas (pacientes, personal de limpieza, etc.) pudieran escuchar	54
Gráfica 12. La información que le proporcionó el médico sobre su problema de salud fue manejada de forma confidencial.....	54
Gráfica 13. Participación en la elección del médico especialista que lo atendió	55
Gráfica 14. Posibilidad de cambiar de médico especialista en caso de no sentirse satisfecho con la atención del que le asignaron	56
Gráfica 15. Trato de enfermera, médico y persona que le otorgó la cita	56
Gráfica 16. Trato del médico al momento de examinarlo(a) físicamente.....	57
Gráfica 17. Características de la privacidad con la que recibió la atención médica.....	57
Gráfica 18. Forma en que el médico le permitió hablar sobre su problema de salud	58
Gráfica 19. Médico explicó problema de salud y tratamiento	58

Gráfica 20. Forma en que el médico explicó problema de salud y tratamiento	59
Gráfica 21. Consideración sobre tiempos	60
Gráfica 22. Consideración sobre tiempos de atención por el personal de salud	60
Gráfica 23. Consideración sobre limpieza de consultorio y baños.....	61
Gráfica 24. Ventilación de espacios en el hospital.....	62
Gráfica 25. Consideración sobre las bancas y sillas	63
Gráfica 26. Satisfacción con el trato recibido de parte del médico y la enfermera	64
Gráfica 27. Satisfacción con aspectos del padecimiento y tratamiento	65
Gráfica 28. Satisfacción con tiempos de atención por el personal de salud	65
Gráfica 29. Grado de satisfacción con respecto a las condiciones físicas de la consulta externa de las especialidades	66
Gráfica 30. Velocidad de trabajo que permite el software	67
Gráfica 31. Grado de dificultad del software al utilizarlo	68
Gráfica 32. Sensación al utilizarlo	68
Gráfica 33. Tiempo de aprendizaje para el manejo	69
Gráfica 34. Necesidad de asistencia para el manejo	69
Gráfica 35. Permite la integración entre diferentes áreas médicas y administrativas del hospital	70
Gráfica 36. Integración con internet	71
Gráfica 37. Consideraciones sobre el tiempo para que el software se ejecute.....	71
Gráfica 38. Consideraciones sobre el software en el proceso para impresión de fórmulas médicas.....	72
Gráfica 39. Consideraciones sobre la contribución del software en el tiempo de atención de los usuarios	72

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Tipos de consulta externa reportada por los ESM-ARC en los años 2010-2011...	14
Tabla 2. Elementos histórico-jurídicos de la garantía de la calidad en Colombia	24
Tabla 3. Población asignada durante el año 2011 según sexo.....	41
Tabla 4. Cálculo del tamaño de la muestra	44
Tabla 5. Cálculo del error muestral para poblaciones finitas	44
Tabla 6. Operacionalización de variables	46
Tabla 7. Estadísticos descriptivos de la edad según género y total	48

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

La consulta externa se define como el conjunto de medidas y recursos destinados a prestar asistencia integral a los pacientes que así lo requieran y ejercer las tareas inherentes a la promoción, defensa y restitución de la salud, que pueden ser cumplidas sin los recursos de cama hospitalaria.

Para un funcionamiento de calidad en la consulta externa, es necesario que el equipo de salud se esmere en prestar un buen servicio, contribuyendo con el tratamiento oportuno en la fase temprana de la enfermedad. Pero para lograr esto, se necesita un funcionamiento armónico y coordinado entre personal asistencial, recursos físicos y recursos materiales.

El Hospital Naval de Cartagena-Bolívar (HONAC), establecimiento de Sanidad Militar fundado en 1980, es un Hospital Orgánico del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares de Colombia, el cual se encuentra ubicado en la ciudad de Cartagena en el barrio Bocagrande, avenida San Martín, es de carácter privado de régimen especial, y brinda los servicios de III y IV nivel de atención en salud.

Cuenta con un total de 243 camas para hospitalización, distribuidas así: 22 camas en cuarto piso, Unidad de Salud Mental 10 camas, Servicio de Medicina Interna 44 camas, Servicio de Ginecopediatría 10 camas + 5 cunas, Servicio Quirúrgico 42 camas, Unidad de Cuidados Intensivos Adultos 5 camas, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal 6 camas, Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica 8 camas. La instalación además tiene 5 quirófanos y 1 sala de recuperación. En el servicio de urgencia consta de 7 camas de observación, 9 camillas de observación, 4 cunas y 3 salas de procedimiento.

EL servicio de consulta externa consta de 21 consultorios tanto del área médica como odontológica. Destacándose las especialidades de: cirugía maxilofacial, endodoncia, rehabilitación oral, y ortopedia maxilar, medicina interna, gastroenterología adulto, cardiología, neurología, neurocirugía, cirugía pediátrica, cirugía plástica, cirugía general,

oncológica, cirugía vascular, anestesiología, otorrinolaringología, psiquiatría, ortopedia, traumatología, oftalmología, urología y pediatría.

Dentro del área de consulta externa se detectan problemas como:

- El método utilizado para asignar las citas. El HONAC en ánimas de mejorar la rapidez y la eficiencia en la asignación de las mismas, paso de un método presencial y de ventanilla, a un método telefónico, el cual actualmente está presentando muchos inconvenientes de tipo: no contestación del teléfono, ocupación máxima y deficiencias para cubrir la demanda.
- La remodelación a la planta física que actualmente se le está realizando a Consulta externa, ha desmejorado notablemente la calidad de la atención, por factores como la contaminación auditiva que provocan los trabajos, y el desplazamiento de algunos consultorios al segundo y tercer piso ocasionando aglomeramientos en los ascensores y perturbación a los pacientes hospitalizados.
- El software de consulta externa es ineficiente, ya que demora para abrir, es lento trabajar en él, no imprime las formulas medicas, y en forma general atrasa el trabajo en la atención de los usuarios. Por tales motivos algunos médicos han optado por continuar el método manual de evoluciones, ocasionando fraccionamiento de la información y pérdida de la continuidad en la atención ambulatoria.

En el HONAC no se cuenta con un estudio que mida la calidad de la atención de la consulta externa especializada. Por lo tanto, para poder tomar medidas de mejoramiento es necesario investigar al respecto, que es lo que se espera realizar con el desarrollo del presente proyecto a través de la siguiente pregunta de investigación.

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son los principales factores que afectan la calidad del servicio de consulta externa especializada del Hospital Naval de Cartagena durante el segundo trimestre del año 2012?

2. JUSTIFICACIÓN

Para el Hospital Naval de Cartagena es muy importante la prestación de servicios de calidad, rapidez, oportunidad, eficacia y eficiencia, y que garantice la cobertura de la población que atiende. Por esto, el compromiso y responsabilidad del Hospital Naval de Cartagena brindar con prontitud el servicio al usuario cuando lo requiera, así como también ofrecer calidad humana y tecnológica, la cual es una manera de trabajo, una cultura y norma Institucional, un valor, un comportamiento, un reto diario y permanente de todos los funcionarios que lo conforman.

El servicio de consulta externa del HONAC cuenta con 21 consultorios entre medicina especializada y odontología. Se caracteriza por tener una infraestructura amplia, al aire libre y con cómodas sillas de espera.

Internamente, los consultorios cuentan con aire central, ventiladores, ventanales, lava manos y separadores entre el área del interrogatorio y el examen físico, brindándole privacidad al paciente.

Las acciones de promoción, defensa y restitución de la salud, realizadas en la consulta externa, requieren de la implantación de un sistema unificado y coordinado de historias clínicas, que preste servicios al paciente, al médico y al establecimiento, contribuyendo con el tratamiento oportuno en la fase temprana de la enfermedad.

De igual forma, teniendo unas instalaciones adecuadas, se puede prestar un tratamiento eficaz y rápido a los pacientes antes de que su enfermedad progrese tanto, que requiera los tratamientos especializados del hospital.

La calidad asistencial institucional ha sido definida como la satisfacción de las necesidades y expectativas de los pacientes, utilizando el menor consumo de recursos. La calidad tiene dos elementos esenciales, uno es de tipo científico, y consiste en diagnosticar de manera correcta al paciente y en aplicar la terapéutica conveniente; el otro es aparente, llamado

calidad percibida o también de satisfacción, y se concreta en la sensación del enfermo y sus familiares de ser tratados con interés y educación.

La calidad asistencial es el resultado de dos componentes, el primero intrínseco al acto asistencial o científico, compuesto por los conocimientos y por el uso de la tecnología; el otro extrínseco o percibido, que es el aspecto humanitario de la asistencia, en el que influyen desde el trato al enfermo y sus familiares, hasta la información y los aspectos relacionados con el ambiente y la atención hospitalaria.

La calidad extrínseca o percibida es sumamente importante para determinar si un servicio es prestado satisfactoriamente y se ha cumplido con la labor de tener clientes contentos con su afiliación al servicio de seguridad social, lo que daría por resultado una imagen favorable del hospital y sus profesionales.

Durante el año 2010, se reportaron 363.230 consultas, de las cuales un 56,65% correspondieron a consultas generales, un 38.41% a consultas especializadas y un 4.94% a terapias. Para el año 2011 se reportaron 483.884 consultas, un 69.69% correspondieron a consultas generales, un 22,16% a consultas especializadas y un 8.15% a terapias.

Específicamente en el HONAC se atendieron para el año 2010 en consulta general 40.762 pacientes, en consulta especializada 50.478 y 820 terapias, para un total de 93.968 consultas. Para el año 2011: 22.883 consultas generales, 47.114 especializadas y 267 terapias, para un total de 70.264 consultas.

Esto indica que el HONAC tiene el mayor porcentaje de pacientes asignados en la Armada Nacional. Sobresalen los ausentismo: para el año 2010 hubo un 0,45% de inasistencias a las consultas generales y especializadas, y durante el 2011 fue del 3, 59%.

Tabla 1. Tipos de consulta externa reportada por los ESM-ARC en los años 2010-2011

Atención	2010		2011	
	Consultas	Inasistencias	Consultas	Inasistencias
Consulta general	205.781	1.625	337.200	13.868
Consulta especializada	139.521	255	107.229	5.819
Terapias	17.928	65	39.455	1.676
Error en la información	70.951	0	109.904	0
TOTAL	434.181	1.945	593.788	22.136
Gran total	436.126		615.924	

Fuente: Estadística Sanidad Naval - Reportes ESM ARC Año 2010 y 2011

El impacto de las inasistencias solo se evidencia cuando se hace un análisis profundo e integral de las posibles causas, lo cual nos lleva a cuestionarnos que podría estar fallando en la atención al usuario, la satisfacción, la accesibilidad, entre otros factores. Y al hacer el cálculo en costos de recurso humano inutilizado, gastos por infraestructura, materiales e insumos; también se generan millonarias pérdidas económicas.

A parte de la inasistencia también es preocupante los frecuentes errores en el registro de la información, encontrándose 8.369 datos erróneos para el 2010, y 15.095 para el 2011, lo cual evidencia falta de control en la consulta externa y de supervisión de los encargados del registro de RIPS y de los jefes de estadística del HONAC .

Este análisis y cifras nos permiten ver la importancia de la consulta externa en cuanto a volumen de actividad, contacto con el usuario y generación de satisfacción en pacientes y profesionales. Esto demuestra la urgente necesidad de mejorar continuamente (PAMEC) el sistema de información, organización y funcionamiento de la misma.

Para que esto sea posible, se realizara una extensa revisión bibliográfica, con el apoyo permanente de especialistas en el área de la Universidad de Cartagena, y se contara con el respaldo del personal administrativo y asistencial del HONAC.

Por otra parte, el desarrollo de esta investigación sobre la evaluación de la calidad del servicio de consulta externa especializada permitirá el mejoramiento de la prestación del

mismo, ya que para el personal del propio servicio representara una herramienta valiosa para determinar fortalezas y debilidades, las cuales se traducirán en estándares de calidad a mantener y acciones que necesitan pronta solución.

Esto se reflejara en un mejoramiento del nivel de la calidad percibida por los usuarios y la comunidad, lo que conllevara a un crecimiento en el sentido de pertenencia y finalmente en una reducción del número de quejas y reclamos.

Financieramente, se reducirán de forma significativa los costos, ya que se pasara de gastar en soluciones improvisadas a invertir en soluciones definitivas; conociendo la verdadera raíz del problema en la prestación del servicio, se será más veraz, efectivo y eficiente en la resolución de los mismos.

Y finalmente a nosotros como estudiantes nos ayuda en nuestra formación profesional, por las enriquecedoras enseñanzas que quedan luego de tener contacto directo con la realidad, y la oportunidad de aplicar lo aprendido en el aula de clase sobre los procesos diarios y reales de una institución.

3. OBJETIVOS

3.1 General

Evaluar la calidad del servicio de consulta externa especializada del Hospital Naval de Cartagena de Indias-Bolívar en el segundo trimestre del año 2012, con el fin de identificar los principales factores que afectan la prestación del mismo, y plantear estrategias que favorezcan el mejoramiento continuo.

3.2 Específicos

- Identificar las principales deficiencias y fortalezas del servicio médico de consulta externa especializada del HONAC de acuerdo a la perspectiva de los usuarios.
- Determinar el grado de satisfacción de los usuarios con el servicio médico de consulta externa especializada del HONAC.
- Detectar las principales falencias del software de consulta médica externa especializada del HONAC.
- Proponer medida que permitan solucionar los problemas detectados y mejorar la calidad del servicio ofrecido a los usuarios.

4. MARCO REFERENCIAL

4.1 Marco histórico

El enfoque hacia la calidad aparece en la segunda década del siglo XX con la génesis del desarrollo económico y social que alcanzaban algunos países. Su verdadero origen estuvo dado en el sector industrial con los movimientos empresariales que suceden a la teoría científica de la gestión de Taylor, con la teoría de las relaciones humanas, cimentada en los trabajos de Mayo y Lewin, en donde se justifica una mayor participación de los trabajadores en el diseño y la mejora de los procesos de producción, a la vez que se justifica la revisión y permanente evaluación de muchas actividades que se consideraban infalibles.

Por otra parte, la evaluación de la calidad en la atención médica se inició en México desde 1956, mediante la revisión del expediente clínico. Donabedian¹ en 1984, introdujo la teoría de sistema que evalúa estructura, procesos y resultados, adoptada como base en el IMSS para desarrollar el sistema de evaluación integral y mejora continua de la calidad de la atención médica, a través de la identificación y solución de problemas que la afectan y la reingeniería de los procesos ineficientes o con baja calidad.

El sistema ISO surgió en 1947, para asegurar y certificar la calidad de los procesos de producción y garantizar la calidad de los productos, ya que surgió la necesidad de la industria por unificar las normas internacionales.

La evolución de la calidad médica en nuestro país tiene una gran trayectoria, a partir del trabajo de un grupo de médicos que desde 1956 estaban interesados en conocer las condiciones con que se atendía a los pacientes en el recientemente inaugurado Hospital de la raza del instituto mexicano del seguro social IMSS; continuando en 1962 la edición por el propio IMSS del documento *auditoria medica*, ambos tenían como sustento la evaluación

¹ DONABEDIAN, Avedis. Evaluating the Quality of Medical Care. En: The Milbank Quarterly. 1984, vol. 83 no. 4. p 691–729.

del expediente clínico, y en 1973 la formalización de su integración a través del documento, *el expediente clínico de la atención medica, en 1973*.

Con base en la *evaluación médica* se desarrollo un número de importantes investigaciones, la mayoría de ellos tomados como punto de partida la evaluación del expediente clínico. Como responsable de la evaluación del expediente clínico a nivel de las unidades de atención medica, se desarrollo e implanto el comité de desarrollo clínico.

Seguidamente se desarrollaron los comités de mortalidad, de investigación, de infecciones hospitalarias y de antimicrobianos, de ética clínica y otros que se consideraron necesarios para mejorar y mantener la calidad del servicio de salud.

Posteriormente se vieron en la necesidad de una estructura organizada de estos comités y de asumir funciones nuevas destinadas a mejorar continuamente la calidad de la atención creándose así el *comité de calidad de la atención médica*.

A partir de los trabajos de Donabedian, desde 1981 se inicio la evaluación de localidad de la atención médica con base en la *teoría de sistemas*, mediante estructura, proceso y resultado, que hasta el momento se han utilizado para medir la calidad de las instituciones de salud.

El sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud para Colombia (SOGC), es producto de un trabajo mancomunado del Ministerio de Salud (actual Ministerio de la Protección Social) y el Consorcio internacional conformado por la Asociación Centro de Gestión Hospitalaria, el Consejo Canadiense de Acreditación de Servicios de Salud y QUALIMED, como resultado del concurso internacional de méritos 06 de 1999 llevado a cabo por el Ministerio con financiación del Banco Interamericano de Desarrollo (BID). El objetivo del proyecto fue "Desarrollar y fortalecer el Sistema de garantía de calidad, que integra aspectos de evaluación de la calidad e información al usuario, así como los mecanismos para implementarlo en las entidades aseguradoras y los prestadores, con el fin de garantizar en el mediano plazo una óptima calidad de los servicios a toda la población

cubierta por el sistema de seguridad social, y que conlleve una alta satisfacción de los usuarios”.

Este consorcio tuvo la tarea de proponer los cambios o propuestas de nuevos diseños en seis áreas de trabajo:

- Definir unas condiciones mínimas de calidad con que se permite la entrada de un prestador al sistema.
- El diseño de un Sistema único de acreditación de instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS)
- La auditoría, que en ese momento no tenía la connotación de su nombre actual, Auditoría para el mejoramiento de la atención en salud.
- El componente de información a usuarios. Se analizaron sistemas en Estados Unidos, Canadá, México, España, Francia, Inglaterra, Nueva Zelanda y Australia. La evidencia sobre los logros de estos sistemas mostró que han podido influir en el conocimiento de los usuarios.
- Por último, había que enmarcar el SOGC dentro de un Sistema de incentivos, entendiendo por éste el sistema que permite, estimula y retribuye una buena atención a la salud y que desalienta al mismo tiempo comportamientos inadecuados de cualquier índole, ya sea por parte de los médicos, los usuarios o los administradores.

Es así como los instrumentos del SOGC fortalecen los pilares del Sistema de seguridad social en salud colombiano, ayudan a que opere la lógica del sistema con los incentivos de calidad implícitos en el marco de competencia regulada.

En los últimos años la calidad ha tomado mucha importancia en la prestación de los servicios de salud, ya que esta se ha medido con la satisfacción de sus usuarios, teniendo en cuenta que 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.

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 como la superficialidad de los instrumentos utilizados en los estudios debido a que no se tiene claro el concepto de satisfacción y el rigor científico con el que estos se emplean.

La evolución de la calidad de la asistencia que se presta en una institución de salud requiere de herramientas que contemplen sus aspectos más importantes y permitan su monitorización. La evaluación por indicadores es un instrumento que ha demostrado ser útil para esta finalidad. Se reconoce que la calidad es un valor, y añadimos valor a un servicio cuando lo mejoramos.

4.2 MARCO INSTITUCIONAL

En el año de 1939 la Sanidad Naval funcionó como una enfermería en las instalaciones del Batallón de Cartagena.

En 1944 los Estados Unidos hicieron la donación de un Hospital de Campaña de cuarenta camas que funcionó en el Baluarte de San Pedro Claver en Cartagena que en ese entonces se denominó Hospital Naval de Guerra, sitio en el cual funcionó hasta el primero de marzo de 1980 sin sufrir ninguna modificación.

Ya desde 1974 se inició el proyecto de construcción de la edificación de cuatro plantas en unos terrenos de 27.497 mts² a la entrada de Bocagrande, lindando por el sector Sur con la Base Naval ARC Bolívar el cual culminó en 1980 con un área de construcción de 9.056 mts².

El 3 de marzo de 1980 se brindó servicio en el Hospital Naval de Cartagena con un total de ciento cincuenta y siete camas, servicio de urgencias, consulta externa especializada en todas las ramas, laboratorio clínico, imágenes diagnósticas y cirugía. Por limitaciones presupuestales solo se pusieron a funcionar ciento dieciséis camas quedando pendiente la activación del cuarto piso con cuarenta y un camas.

En 1994 se puso en funcionamiento el cuarto piso, al cual se le modificó la distribución de las habitaciones quedando en servicio dieciséis camas.

A partir de la vigencia del Decreto 1301 de 1994 se inicia la vida legal del Instituto de Salud de las Fuerzas Militares como un establecimiento público de orden nacional, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio adscrito al Ministerio de la Defensa Nacional de cuyo patrimonio entre otras Sanidades Militares, formó parte el Hospital Naval de Cartagena.

En enero 17 de 1997 se sanciona la Ley 352 mediante la cual se reestructura el Sistema Nacional de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional y se dictan otras disposiciones en materia de seguridad social lo que generó que el Hospital Naval de Cartagena pasara a depender nuevamente de la Armada Nacional a través de la Dirección de Sanidad, en razón de que se derogó en su totalidad el Decreto 1301 de 1994.

A pesar de todos estos cambios de naturaleza jurídica al interior del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, el Hospital Naval de Cartagena se ha constituido en un gran centro de atención para toda la comunidad de los municipios del área Norte del País aportando no solo beneficios de índole sanitario, su principal misión; sino también constituyéndose como centro de apoyo a la comunidad científica y académica de la nación, ha sido también motor generador de empleo y consumidor de bienes y servicios producidos en la región.

El hospital naval de Cartagena de indias tiene como visión ser los primeros en atención y evaluación en salud, a nivel hospitalario en la zona norte del país, ampliando la

infraestructura e implementando tecnología diagnóstica y terapéutica para dar respuesta a la creciente demanda de los servicios, hasta lograr una atención con calidad.

La misión del HONAC es suministrar atención en salud integral en el litoral Caribe, al personal de las fuerzas militares en servicio activo, en uso de buen retiro, o pensión, a sus dependientes legales y a las personas jurídicas o naturales, con el propósito de mantener su salud en buenas condiciones de aptitud psicofísica.

Su objetivo general es propender por el mejoramiento y mantenimiento de la salud de los usuarios del HONAC, a través de acciones de promoción y protección de la salud, curación, recuperación y rehabilitación de la enfermedad, con sujeción a los recursos asignados para tal fin.

Como objetivos específicos:

- Garantizar el cumplimiento del plan de servicios de sanidad militar y el plan de atención básica en la prestación de los servicios de salud a los usuarios.
- Desarrollar programas de bienestar y capacitación científica, técnica y administrativa que estimulen tanto el buen desempeño del personal como su sentido de pertenencia al hospital.
- Implementar el sistema de garantía de calidad en el HONAC. Promover y desarrollar las herramientas de gestión básica que apoyen la toma de decisiones.

El hospital naval de Cartagena de indias está basado en los principios de lealtad, prudencia, valor, equidad, honestidad, calidad, responsabilidad, ética, humildad, eficiencia, solidaridad, universalidad, protección integral y obligatoriedad.

Tiene como políticas la privacidad y calidad, confidencialidad, servicios accesibles, oportunos e integrales, calidad humana y tecnología.

Actualmente el HONAC cuenta con los servicios de consulta externa de medicina y odontología general y especializada en cirugía maxilofacial, endodoncia, rehabilitación

oral, y ortopedia maxilar. Brinda también a sus usuarios medicina especializada en los servicios de medicina interna, gastroenterología adulto, cardiología, neurología, neurocirugía, cirugía pediátrica, cirugía plástica, cirugía general, oncológica, cirugía vascular, anestesiología, otorrinolaringología, psiquiatría, ortopedia, traumatología, oftalmología, urología y pediatría.

Ofrece servicio de hospitalización, el cual cuenta con 243 camas en total, Unidad de Salud Mental, Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal, Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica.

La instalación además tiene 5 quirófanos y servicio de urgencias.

Adicionalmente de la sede principal en el barrio Bocagrande, y pensando en acercarse al ideal de atención en salud, la Dirección de Hospital Naval de Cartagena por medio de la Subdirección de Servicios Ambulatorios y de Apoyo, ha ampliado los servicios en las Unidades de Atención Primaria - UFAP (Dispensarios Navales), para cubrir con estos, la necesidad sentida de la comunidad, estos dispensarios están ubicados en puntos estratégicos de las tres localidades de la ciudad de Cartagena para cubrir todo su territorio geopolítico y garantizar la accesibilidad de toda su población afiliada.

Los Dispensarios Navales están ubicados en los siguientes barrios: Crespo, Manzanillo, Corales, BN1- Base Naval y Centro de Salud Oral - en el barrio de Bocagrande.

Hoy en día el Hospital Naval de Cartagena (HONAC), se posiciona como uno de los principales centros asistenciales de III nivel de la ciudad, contando con habilitación de todos los servicios, tecnología diagnóstica y terapéutica de punta, instalaciones amplias y rodeadas de zonas verdes, personal calificado y entrenado; y una larga trayectoria de experiencia y cambio a la vanguardia de los tiempos.

4.3 MARCO LEGAL

La evolución histórico-jurídica de la garantía de la calidad en Colombia está dada por la siguiente legislación.

Tabla 2. Elementos histórico-jurídicos de la garantía de la calidad en Colombia

Ley 9 de 1979: Código Sanitario Nacional	Resolución 2810 de 1986: se lanzan los requisitos de Infraestructura	Ley 10 de 1990: se declara la atención obligatoria de Urgencias.
Decreto 1760 de 1990: define los niveles de atención, tipo de servicios y grados de complejidad.	Decreto 1760 de 1990: reglamenta la organización de los sistemas de salud.	Decreto 1088 de 1990: reglamenta el régimen de instituciones del subsector privado del sector salud.
Decreto 2759 de 1991: por el cual se organiza y establece el sistema de referencia y contrareferencia (derogada por ley 100).	Resolución 14707 de 1991: registro especial de prestadores.	Resolución 13437 de 1991: por la cual se constituyen los comités de ética hospitalaria y se adopta el decálogo de los derechos de los pacientes.
Constituyente: vinculación de derechos sociales.	Constitución de 1991: garantía de la calidad como responsabilidad del estado. Nuevo marco descentralizado a nivel operativo, financiero e institucional. Ruptura del monopolio.	Decreto 412 de 1992: reglamentación parcial de los servicios de urgencias, información a los usuarios, control y evaluación de la calidad y veedurías comunitarias.
Decreto 1571 de 1993: reglamenta el funcionamiento de los bancos de sangre.	Resolución 9279 de 1993: reglamenta el traslado de la red nacional de urgencias.	Resolución 8430 de 1993: se reglamenta la investigación.
Decreto 1876 de 1994: juntas directivas.	Decreto 1757 de 1994: SIAU	Decreto 1769 de 1994: plan de mantenimiento de la infraestructura y dotación.
Resolución 3905 de 1994: resumen de la atención Epicrisis.	Circular 02 de 1995: Auditoria médica.	Decreto 1918 de 1994: primer decreto de reglamentación del SOGC (manual de acreditación, verificación por corrupción).
Decreto 2174 de 1996: garantizar parámetros mínimos de calidad, promueve el desarrollo cultural de la calidad, fomenta la competencia. Estimula el sistema de información, fortalece la participación de los usuarios.	Resolución 0741 de 1997: Seguridad hospitalaria.	Resolución 1995 de 1999: auditoria de Historias clínicas.
Decreto 2309 de 2002: se define el SOGC	Decreto 1011 de 2006: reglamenta la habilitación, acreditación, sistema de información y PAMEC.	Decreto 1448 2006: telemedicina.
Circular 00047 de 2006: procedimiento para la elaboración del plan de gestión integral de residuos hospitalarios.	Circular 30 de 2006: instrucción en indicadores.	Resolución 1315 de 2006: habilitación para centros de atención en drogadicción.
Circular 0076 de 2007: se modifica el formulario de inscripción en el registro especial.	Ley 1151 de 2007: ley general de talento humano.	Ley 1122 de 2007: habilitación antes de iniciar actividades. Clasificación de las IPS con base en los indicadores. Defensor del usuario en salud.
Ley 1438 de 2011: calidad integral, segura y oportuna, atención humanizada. Introducción del riesgo.	Resolución 123 de 2012: nuevos estándares de acreditación y habilitación.	

4.3.1 Ley 100 de 1993

En el ámbito de ley, las primeras menciones que se encuentran sobre el tema están descritas en los fundamentos del SGSSS (artículo 153 de la ley 100)². Específicamente, se plantean las siguientes ideas:

La calidad como un atributo igualitario de la equidad (numeral 1 artículo 153). En este numeral se habla de una serie de características que describen formas de cómo garantizar el fundamento de la equidad. Uno de estos hace mención especial a la calidad: "el Sistema general de seguridad social en salud proveerá *gradualmente* servicios de salud de *igual calidad* a todos los habitantes en Colombia, independientemente de su capacidad de pago".

Lo anterior plantea dos ideas para explorar. La primera es un principio de gradualidad en las metas de prestación de servicios, lo que implica la definición y exigencia escalonada en el tiempo de unos mecanismos para garantizar la calidad y el nivel de calidad provisto. La segunda, es la igualdad en la calidad. Esta última es posiblemente la que más retos plantea, tanto conceptuales como metodológicos.

La calidad y sus atributos como garantía de integralidad de la atención (numeral 3 artículo 153 ley 100, artículo 23 ley 1122). "El Sistema general de seguridad social en salud brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia, de conformidad con lo previsto en el artículo 162 respecto del Plan obligatorio de salud". De esta manera, la norma plantea la necesidad de garantizar la calidad a través de un continuo de la atención en salud, basado en un enfoque sistémico e integral de la misma.

² CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 100 de 1993: Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. En: Diario Oficial, 1993. [En línea] [Citado el 16 de octubre de 2013] disponible en internet: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1993/ley_0100_1993.html.

Este artículo concuerda con el artículo 23 de la ley 1122³, el cual resalta en las obligaciones de las aseguradoras frente al tema de la calidad, el garantizar la integralidad y continuidad en la prestación de los servicios.

La calidad y el control (numeral 9 artículo 153 ley 100, artículo 39 ley 1122): “El sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y prácticas profesionales. De acuerdo con la reglamentación que expida el Gobierno, las instituciones prestadoras deberán estar acreditadas ante las entidades de vigilancia”.

En este aparte se plantean tres ideas. La primera es la calidad atada a mecanismos de control. No puede haber control sin hechos, sin datos, sin números. Es la esencia misma del control. Eso hace pensar un sistema explícito de indicadores de monitorización de unos niveles de calidad que deben estar perfectamente definidos de antemano. He aquí nuevamente el papel del Estado en sentar las reglas de juego. La segunda idea, es que los servicios deben tener unas guías o parámetros de calidad que deben ser soportados por un nivel de conocimiento aceptado. Estos dos temas se pueden encontrar dentro del artículo 39 de la Ley 1122.

La tercera, no menos importante, es que el gobierno tiene una responsabilidad frente a la definición de mecanismos para que las instituciones del sistema se acrediten. Esta última idea se complementa en la misma Ley 100 en el artículo 186: “El gobierno nacional propiciará la conformación de un sistema de acreditación de las instituciones prestadoras de

³ CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 1122 De 2007: Reglamentada parcialmente por el Decreto Nacional 313 de 2008, Modificada por el art. 36, Decreto Nacional 126 de 2010, en lo relativo a las multas por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. En: Diario Oficial, 2007. [En línea] [Citado el 16 de octubre de 2013] disponible en internet: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=22600>.

servicios de salud, para brindar información a los usuarios sobre su calidad y promover su mejoramiento”.

La calidad y las funciones de los órganos de dirección del sistema (artículo 172 ley 100). En las funciones de los órganos rectores descritas por la ley, se encuentra que existen responsabilidades que inherentemente se relacionan con la calidad. Uno de los primeros llamados de atención se encuentra en las funciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSS) (artículo 172, parágrafo 1), y la tutela que ejerce el ministro del ramo sobre las decisiones de este Consejo, cuando dichas decisiones tenga alguna implicación sobre la calidad del servicio público. Es igualmente función del Ministerio dictar las normas científicas que regulan la calidad de los servicios y el control de los factores de riesgo, que son de obligatorio cumplimiento por las entidades promotoras de salud y por las instituciones prestadoras de servicios de salud del Sistema general de seguridad social en salud y por las direcciones seccionales, distritales y locales de salud (artículo 173).

La calidad y las instituciones del sistema (artículos 178 y 180 ley 100, artículo 185 ley 1122). Así como se encuentran funciones de dirección del sistema, y específicamente algunas de ellas directamente relacionadas con el tema de calidad, es necesario plantear la delegación de estas funciones hacia las organizaciones del sector. Se encuentran, por ejemplo, que el control sobre la calidad de la prestación de servicios es delegado a las entidades promotoras de salud (artículos 178 y 180).

Las EPS tienen la obligación de establecer los procedimientos para controlar y evaluar sistemáticamente la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad de los servicios prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud. Esta idea se refrenda en el artículo 14 de la ley 1122, que refuerza en la organización del aseguramiento, la garantía de la calidad. Si se integran estas ideas con las responsabilidades de tutela de las EPS sobre el estado de salud de los afiliados, no es de extrañar el advenimiento de las metodologías de control por pares en la utilización de recursos para los cuidados en salud.

Pero así como existe una delegación de funciones hacia las EPS, también los prestadores tienen una serie de responsabilidades frente a la calidad (artículo 185), que están, posiblemente, más ligadas a la responsabilidad ética histórica de la prestación misma de servicios de salud, que a la obligatoriedad contemplada dentro de una ley.

Calidad y financiación (artículo 182 ley 100, artículo 16 ley 1122). En el artículo 182 de la ley 100 se establece que “Por la organización y garantía de la prestación de los servicios incluidos en el plan de salud obligatorio para cada afiliado, el Sistema general de seguridad social en salud reconocerá a cada entidad promotora de salud un valor per cápita, que se denominará unidad de pago por capitación, UPC. Esta Unidad se establecerá en función del perfil epidemiológico de la población relevante, de los riegos cubiertos y de los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería, y será definida por el Consejo nacional de seguridad social en salud, de acuerdo con los estudios técnicos del Ministerio de Salud”. Hay que puntualizar que el artículo incluye dos elementos de discusión: la relación entre la calidad y un pago o reconocimiento económico a las EPS por cada uno de sus afiliados, el cual a su vez está íntimamente ligado a una connotación de la calidad, descrita como "condiciones medias".

De igual manera, la ley 1122, en su artículo 16, propone la contratación de un mínimo porcentual asociado con el cumplimiento de unos indicadores de calidad, los cuales, por lógica, deben establecerse y diseñar el sistema de monitoreo, exigencia de cumplimiento y acciones a tomar en caso de su incumplimiento.

Calidad e incentivos (artículos 184 y 193 ley 100). Un tema adicional descrito en la Ley 100, y relacionado con la calidad, es el de los incentivos (relacionados en los artículos 184 y 193, por ejemplo). Normalmente, se relacionan los incentivos con el dinero, cosa que si bien es importante, es solo parcialmente cierta. Estos se describen más en función de los resultados que espera obtener (calidad y eficiencia en la provisión de los servicios de salud, control de costos, aumento de productividad, asignación de recursos utilizando criterios de costo-eficiencia, racionalización del sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes, ampliación del conocimiento y manejo del sistema de parte de los beneficiarios y

promoción de un servicio de mayor calidad al usuario) que de la forma como estos se organizan.

Calidad e información a usuarios (artículo 199 ley 100). “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” y en su parágrafo: “El Ministerio de Salud solicitará la información que estime necesaria con el objeto de establecer sistemas homogéneos de registro y análisis que permitan periódicamente la evaluación de la calidad del servicio y la satisfacción del usuario”.

Se define un conjunto de normas universales y explícitas que determinen qué cosas, y en qué cantidad, modulan la satisfacción de los usuarios. Pero, a la par de esta definición, se implementa un sistema periódico y disciplinado de medición de ese juego de atributos, para establecer comparaciones que sean metodológicamente válidas y, posteriormente establecer mecanismos de difusión de resultados cuya información sea de manejo público.

La calidad y el derecho del usuario (artículos 216 y 231 ley 100). Bajo este título se encuentran dos menciones. La primera de ellas (mencionado en el artículo 216, numeral 4) hace un nexo entre la caducidad de los contratos de administración del régimen subsidiado por un potencial incumplimiento de normas de calidad. El segundo punto es la capacidad de control del ciudadano frente al sistema de salud con el fin de garantizar calidad (artículo 231).

Calidad y un sistema de garantía de calidad (artículo 227 ley 100). Por último, se encuentra el artículo 227 que dice: “Es facultad del Gobierno Nacional expedir las normas relativas a la organización de un sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud, incluyendo la auditoría médica de obligatorio desarrollo en las entidades promotoras de salud, con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios. La información producida será de conocimiento público”.

Esto implica una serie de ideas de suma importancia. La primera de ellas es que hace responsable al gobierno de liderar el tema de la calidad, por lo menos en la expedición de las normas y en su organización global, para que las organizaciones del sistema lo apliquen.

Este artículo ha sido uno de los pilares fundamentales que soportaron la expedición de sucesivos decretos (2174 de 1996, 2309 de 2002 y 1011 de 2006), que han promovido el desarrollo metodológico del sistema de garantía de calidad en Colombia.

Una vez promulgada la Ley 100, comenzó el desarrollo normativo de una serie de contenidos legales que tenían que ver con calidad, como el Decreto 1917 de 1994 (derogado), formalmente el Sistema obligatorio de garantía de calidad solo apareció hasta el año 1996, a través del Decreto 2174 de 1996 (derogado) y, posteriormente, por el 2309 de 2002 (derogado) y el 1011 de 2006 (vigente).

4.3.2 Decreto 1011 de abril 3 de 2006

Este decreto, que deroga al 2309, no cambia radicalmente la estructura del Sistema obligatorio de garantía de calidad y mantiene intactos sus componentes y la gran mayoría de sus herramientas y métodos, ya que la idea no era modificar el contenido, sino mejorar la comprensión de su antecesor⁴.

Actualmente, las exigencias y la lucha por la calidad en la prestación de los servicios de salud han ido evolucionando de manera tal, que los clientes demandan que esta se corresponda no solo con el desarrollo científico-técnico alcanzado por la medicina contemporánea, sino con y a la par del progreso experimentado por el país y las relaciones humanas. Las personas esperan ser atendidas con determinadas especificidades y

⁴ PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Decreto 1011 de 2006: Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En: Diario Oficial, 2006. [En línea] [Citado el 16 de octubre de 2013] disponible en internet: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=19975>.

particularidades propias del nivel educativo, cultural y profesional, que requieren la mejor utilización cualitativa de las estructuras de salud, recursos y medios; pero también una mayor comunicación, método clínico, dedicación y entrega del recurso humano adiestrado para estos fines.

Por otra parte y debido a la diversidad-masividad de las estructuras de salud para nuestra población, dichos clientes están en condiciones de comparar el servicio recibido en una unidad u otra y decidir en cuál de ellas desean ser asistidos. De ahí que cuando quedan satisfechos, retornan a la institución si deben acudir nuevamente en busca de ayuda médica, pues al ver cumplidas sus expectativas, responden adecuadamente ante lo que han recibido y se convierten en el "juez supremo de la calidad" del servicio que se ofrece.

4.3.3 Resolución 4445 de 1996

Dicta las normas en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares, para la habilitación de sus servicios⁵.

Al área de consulta externa la definen como el espacio físico destinado a la atención del paciente ambulatorio, y se relaciona fundamentalmente con el acceso de público. Se enumeran cada una de las características que debe tener el servicio con lo referente a: adecuación del espacio físico, distribución, elementos de trabajo, ventilación e iluminación.

⁵ MINISTERIO DE SALUD DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Resolución 4445 de 1996: Por el cual se dictan normas para el cumplimiento del contenido del Título IV de la Ley 09 de 1979, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares. En: Diario Oficial, 1996. [En línea] [Citado el 16 de octubre de 2013] disponible en internet: <http://www.saludcapital.gov.co/Publicaciones/RESOLUCION%204445%20DE%201996.pdf>

4.3.4 Anexo técnico no. 1 de la Resolución 1043 del 3 de abril de 2006

Establece las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención.

Este anexo consta de 8 columnas, en las que la IPS evalúa cada estándar por servicio, llenando la casilla de CUMPLE, NO CUMPLE y NO APLICA, según lo encontrado en la evaluación. Se pueden incluir observaciones.

A lo que a consulta externa se refiere, se hace énfasis en detalles en forma generalizada como: unidad sanitaria por sexo, consultorios con espacios cerrados de dos ambientes, lavamanos y área de procedimientos. Todos puntos significativos para la mejora de la calidad.

4.4 MARCO REFERENCIAL

Entendiendo la definición de *calidad* como el “conjunto de acciones sistematizadas y continuas, tendientes a prevenir y/o resolver oportunamente problemas o situaciones que impiden el mejor beneficio o que incrementen los riesgos a los pacientes a través de cinco elementos fundamentales: evaluación, monitoreo, diseño, desarrollo y cambio organizacionales”, se puede hacer una amplia revisión de los esfuerzos que se han hecho a nivel mundial para el logro de servicios de salud con calidad.

Riveros y Berne⁶ desarrollan un estudio donde el principal objetivo fue conocer las percepciones de calidad y el nivel de satisfacción que paciente y usuarios, en general, obtienen de los servicios de salud., e identificar los componentes principales de gestión

⁶ RIVEROS, Jorge y BERNE, Carmen. Análisis de la opinión de usuarios sobre calidad percibida y satisfacción con hospitales públicos: Estudio de caso desde la perspectiva de la aplicación del marketing. En: Revista Médica de Chile. 2007, vol. 135. p 862-870.

orientados al usuario, que tienen incidencia en sus percepciones de calidad; como también los elementos del servicios que influirían en su satisfacción global.

Se utilizó una encuesta como método, la cual se aplicó a 200 pacientes/usuarios, hombres y mujeres mayores de 15 años. Para el análisis de los datos se utilizó el programa SPSS 11.5, y análisis de regresión múltiple. Los principales resultados encontrados fueron que se pudo determinar que el trato otorgado por el personal del hospital es el que provoca un mayor efecto sobre la calidad percibida por el usuario/paciente. En segunda estancia, influyen una gestión de capacidades y compromisos orientados al usuario, y también, la gestión de información y coordinación entre los servicios internos.

Con respecto a la satisfacción del usuario, encontraron que el factor que más influye es el relativo a los tiempos de atención. Es decir, una mejor percepción sobre la tramitación de horarios de consulta, ingreso y espera. Esto junto con comodidades de salas, mantenimiento y limpieza general.

Los resultados de este estudio confirman lo que ha sido descrito en encuestas nacionales realizadas en Estados Unidos de Norteamérica, Canadá y Reino Unido, donde se manifestaba que los puntos más críticos de la evaluación de calidad, tienen que ver con aspectos de comunicación (trato) entre el paciente y el equipo que le brinda la atención.

En el caso de Colombia, Cabrera, Bello y Londoño⁷ establecen una línea de base de la calidad percibida por usuarios de hospitales públicos de redes prestadoras de servicios de salud de Colombia. Como método se usó de referencia el modelo de evaluación de programas e intervenciones de salud pública propuesto por Habicht, Victoria y Vaughan. Según la muestra calculada con Epidat 3.0, con un error esperado menor a 5%, las IPS

⁷ CABRERA, Gustavo, BELLO, León y LONDOÑO, Jaime. Calidad Percibida por Usuarios de Hospitales del Programa de Reestructuración de Redes de Servicios de Salud de Colombia. En: Revista de Salud Pública. 2008, vol. 10, no. 4. p: 593-604.

seleccionadas para la línea de base fueron 48, en las cuales se entrevistarían a 4021 usuarios de cualquier edad, sexo, condición social, procedencia y afiliación.

Los resultados de este trabajo mostraron puntos de coincidencia con la investigación Chilena, en el sentido en que aspectos como: trato de asistenciales, trato de administrativos, cooperación entre funcionarios, capacidad de los profesionales, soluciones a la necesidad y la orientación del cuidado en casa; son las matrices que más inciden en la percepción de la calidad que tienen los usuarios sobre los servicios prestados; lo que se vio reflejado en que 3904 (97%) de los encuestados expresaron su motivación y se deseo de volver a demandar servicios en la IPS. Del resto de los usuarios que expresaron su decisión de no volver a la IPS 117 (3%) se identificaron las siguientes razones: 47 (1,2%) la mala calidad de la atención por médicos y personal administrativo negligente y deshumano; para 25 (0,6%) la demora en la atención, en otros 12 (0,3%) la prestación de servicios incompletos.

De igual forma a la hora de preguntar aspectos a mejorar de la IPS se encontró que el 72% expresaban la necesidad de agilizar los servicios, la necesidad de más presencia de personal asistencial, en especial médicos generales y especialistas (10%); aumento de las dimensiones físicas y el enlucimiento de la infraestructura (7%), mayor dotación en general (4%), y la humanización del trato al usuario por personal administrativo o asistencial (3,7%).

Más recientemente se encontró que Galvia y Ortiz⁸ desarrollaron un estudio cualitativo, de tipo no experimental transversal descriptivo. De las 19 IPS existentes, se escogieron 17, en donde la principal fuente de información fue entrevistas estructuradas de 17 preguntas dicotómicas que se aplicaron a las personas encargadas de la medición de la satisfacción del cliente.

⁸ GALVIA, Elidia y ORTIZ, Néstor. Medición de la satisfacción de clientes en clínicas y hospitales de Bucaramanga y área metropolitana. En: Scientia Et Technica. 2011, vol. 16, no. 49. p 92-97.

A través de este estudio se encuentra que en su mayoría (64%), las instituciones no tienen claramente identificada la metodología utilizada para el establecimiento de los factores asociados a la satisfacción de los clientes.

Con respecto al análisis realizado a los instrumentos utilizados para la medición de la satisfacción del cliente, se encuentra que es muy básico, ya que no se utilizan técnicas estadísticas de análisis multivariante, sino que principalmente se hace uso del cálculo de promedios aritméticos.

Adicionalmente se identifica que no necesariamente las instituciones que iniciaron desde hace varios años la medición de la satisfacción del cliente, son quienes dan un mayor uso a la información que proporcionan esos resultados, pues se encuentran instituciones que aplican encuestas de este tipo desde hace más de 4 años y no generan a partir de allí de planes de acción o mejoramiento, ni comunican los resultados.

4.5 MARCO CONCEPTUAL

La calidad es un medio para otorgar atención médica al usuario con oportunidad, competencia profesional y seguridad, con respeto a los principios éticos de la práctica médica, tendentes a satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas⁹.

La calidad asistencial institucional ha sido definida como la satisfacción de las necesidades y expectativas de los pacientes, utilizando el menor consumo de recursos. La calidad tiene dos elementos esenciales, uno es de tipo científico y consiste en diagnosticar de manera correcta al paciente y en aplicar la terapéutica conveniente; el otro es aparente, llamado calidad percibida y se concreta con la sensación del enfermo y sus familiares de ser tratados con interés y educación.¹⁰

El instituto de medicina estadounidense define calidad de la atención de la salud como “el grado en que los servicios sanitarios incrementan la probabilidad de resultados de salud deseables para individuos o poblaciones y que son coherentes con los conocimientos actuales de la profesión”¹¹.

Hablar de calidad ha representado siempre un motivo de reflexión profunda acerca de sus implicaciones y de sus alcances así como de su realidad y su aplicación en los resultados de cualquier proceso, pareciera ser inalcanzable cuando de calidad en salud hablamos, la condición biológica de cada individuo es diferente, por ende el comportamiento de las enfermedades muchas veces es impredecible, además la demanda de los usuarios cada día

⁹AGUIRRE GAS, Héctor. Sistema ISO 9000 o evaluación de la calidad de la atención medica. En: Medigraphic. 2008, vol. 76, no. 2.

¹⁰ SANTOS. Moisés y DE PASOS. Juan. La gestión de la calidad en las instituciones de salud. En: Medisur. 2009, vol. 7, no. 5. p 1-3.

¹¹ ROMERO, Carlos. Seguridad y calidad en medicina intensiva. En: Medicina Intensiva. 2009, vol. 33, no. 7. p. 346-352.

es más informada, esto genera expectativas que deben cumplirse para lograr la satisfacción de los mismos¹².

En el ámbito sanitario, factores como la naturaleza de los recursos, las mayores posibilidades tecnológicas, la especialización de los profesionales y el progresivo desplazamiento del enfermo hacia el eje del sistema, configuran la creciente importancia de la calidad en este sector de la sociedad del bienestar¹³.

La satisfacción con los servicios sanitarios es un concepto complejo que está relacionado con una gran variedad de factores, como son el estilo de vida, las experiencias previas, las expectativas del futuro y las expectativas del individuo y de la sociedad.¹⁴

Por otro lado, partiendo del concepto de la ética médica que la define como “la disciplina que fomenta la buena práctica médica mediante la búsqueda del beneficio del paciente, dirigida a preservar su dignidad, su salud y su vida”.¹⁵ Debe señalarse que la organización mundial de salud (OMS) contiene el principio de que cada individuo tiene derecho a la mejor asistencia sanitaria posible. Considerar la provisión de los servicios de salud como un valor social, conlleva la obligación ética de verificar la disponibilidad y la calidad de esos servicios con el fin de satisfacer el principio de equidad. También los profesionales de

¹² RODRÍGUEZ, Alfonso. Calidad en los servicios de salud. En: Horizonte sanitario. 2005, vol. 4, no. 1. p. 1-3.

¹³ SANTOS. Op. Cit., p. 30.

¹⁴ CAMINAL. Josefina. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. En: Revista Calidad Asistencial. 2001, vol. 16, p. 276 – 279.

¹⁵ AGUIRRE. Héctor. Op. Cit., p. 190.

salud están obligados a trabajar con alto nivel cualitativo y mejorar constantemente su trabajo como parte de la responsabilidad moral y ética de la profesión.¹⁶

En la atención de la salud los riesgos pueden ser altos, comprometiendo a veces el bienestar e incluso la vida del paciente o de los miembros del equipo de salud. Esto explica el interés creciente por mejorar la calidad de las instalaciones, los equipos y los procedimientos, estableciendo normas de calidad basadas en motivo de seguridad. En la situación actual en que asistimos a grandes progresos de la medicina con incorporación altamente efectivas, pero que ha incrementado altamente los costos, debe jerarquizarse la importancia de asegurar que los escasos recursos se utilicen para producir servicios que sean eficientes y de alta calidad técnico científica¹⁷.

La investigación y las actividades de evaluación relacionadas con la calidad de la asistencia sanitaria pueden basarse en las siguientes variables¹⁸:

- Efectividad
- Eficiencia
- Adecuación
- Accesibilidad
- Calidad técnico científica
- Continuidad
- Satisfacción del usuario y del prestador

¹⁶ MORENO, Elsa, CRIVELLI, Viviana et al. Calidad de la atención primaria: aporte metodológico para su evaluación. Universidad nacional de Tucumán: Tucumán, 2001, 75 p.

¹⁷ Ibíd, p. 9.

¹⁸ Ibíd, p. 11.

Estos componentes adquieren diferencias en su importancia dependiendo del actor que lo analice: el personal de salud, los usuarios del servicio, los administradores o empresarios, pues cada grupo puede tener diferentes objetivos.

En algunos casos se pueden coincidir con los objetivos entre los diferentes actores, como también puede haber dificultades o desacuerdos entre estos, dependiendo también del tipo de institución ya sea público o privado.

Un modelo conceptual de habitualmente utilizado para la medición de calidad de la atención se basa en la trilogía Donabedian: estructura (como se encuentra organizada la atención), procesos (que hacen los proveedores de salud), y desenlace (resultados alcanzados con la atención en salud). Pronovost et al han adicionado un cuarto componente a esta trilogía: contexto, en el que la atención de salud es entregada, y lo han denominado cultura de la seguridad debido a que existe evidencia que muestra que la cultura local se asocia a resultados clínicos relevantes¹⁹.

La cultura de la seguridad hace referencia a las actitudes colectivas y a las creencias locales de los trabajadores de la salud que impactan en el desenlace de los pacientes. Una organización comprometida con la cultura de seguridad es aquella en la que los estándares de seguridad son reforzados a nivel personal y a nivel grupal. Para mejorar la cultura de seguridad, las organizaciones deben identificar los puntos débiles o deficientes del sistema y corregirlos.²⁰

¹⁹ BERENHOLTZ, Samuel, PUSTAVOITAU Audry, SCHWARTZ. Sam y PRONOVOST, Peter. How safe is my intensive care unit? Methods for monitoring and measurement. En: Current Opinions of Critical Care. 2007, vol. 13, no. 6. p 703-708.

²⁰ PRONOVOST Peter, WEAST, Bryan y HOLZMUELLER, C. Evaluation of the culture of safety: survey of clinicians and managers in an academic medical center. En: Qual saf health care. 2003, vol. 12, no 6. P 405-410.

Una cultura de la seguridad constructiva y dinámica debe reunir varias características: 1. Compromiso de los líderes para discutir y aprender de los errores (acento en la educación); 2. Documentar y mejorar la seguridad de los pacientes; 3. Fomentar y practicar el trabajo en equipo; 4. Detectar los peligros potenciales; 5. Usar sistemas de reportes y análisis adversos y 6. Reconocer y elogiar el esfuerzo desplegado por el grupo para lograr el fortalecimiento de un clima de trabajo seguro.²¹

Existe además otro importante factor para la calidad, que es la satisfacción de las necesidades de salud del paciente, en congruencia con sus condiciones particulares y de la gravedad de su enfermedad, para estar en condiciones de ofrecer curaciones de la enfermedad, control del padecimiento, mejoría del paciente, paliación de sus síntomas, especialmente dirigida a quitarle el dolor y la angustia, el apoyo moral en las etapas terminales, y en su caso, una muerte serena, preferentemente en el ámbito familiar. Una atención con calidad debería concluir invariablemente con la satisfacción de los usuarios, con los resultados de la atención y con la calidad de los servicios recibidos²²

4.6 MARCO DEMOGRÁFICO

La ciudad de Cartagena está ubicada al Norte de Colombia, tiene como departamento Bolívar, y cuenta con un área de 609.1 km², y una población total de 895.400 habitantes aproximadamente.

La red pública y privada de la ciudad está constituida por aproximadamente 9 IPS de III nivel; y es la ciudad piloto, junto con Barranquilla, para la unificación del POS en Colombia. El perfil epidemiológico es la base fundamental que nos permite visualizar el comportamiento de la población usuaria y beneficiaria de los sistemas de salud.

²¹ Ibíd, p. 347.

²² AGUIRRE, Héctor. Op. Cit., p 190.

Adicionalmente el perfil, permite realizar una comparación, evaluación, seguimiento y análisis del comportamiento y los costos de los servicios de salud.

La Dirección de Sanidad Naval para el año 2011 conto aproximadamente con 87.320 usuarios entre titulares y beneficiarios asignados a los 23 establecimientos de Sanidad Militar pertenecientes a la Armada Nacional, de los cuales el establecimiento de mayor concentración es el Hospital Naval de Cartagena (HONAC).

Tabla 3. Población asignada durante el año 2011 según sexo

ESM	Femenino	Masculino	Total	
	Cantidad	Cantidad	Cantidad	%
HONAC	9.060	8.889	17.949	20,56
CEMED	8.537	9.183	17.720	20,29
ENSB	4.040	3.744	7.784	8,91
BRIM 1	2.692	4.232	6.924	7,93
BEIM	1.296	5.395	6.691	7,66
ENAP	3.344	3.041	6.385	7,31
BRIFLIM 2	1.404	3.450	4.854	5,56
HONAL	717	2.412	3.129	3,58
BAFLIM 70	457	1.716	2.173	2,49
BAFIM 3	19	1.669	1.688	1,93
EGUR	537	1.136	1.673	1,92
BAFIM 2	10	1.618	1.628	1,86
BAFLIM 30	410	1.096	1.506	1,72
HONAM	246	996	1.242	1,42
BAFLIM 40	207	949	1.156	1,32
BASFLIM 3	23	908	931	1,07
PFA 31	511	411	922	1,06
BN4	141	683	824	0,94
BAFLIM 10	2	790	792	0,91
BAFLIM 50	33	661	694	0,79
CGAMA	167	194	361	0,41
PFA 41	125	125	250	0,29
PFA 42	1	43	44	0,05
TOTAL	33.979	53.341	87.320	100,00

Fuente: CENAF-CIMAR-JINEN Junio/2011

La composición de la población por edad y sexo, se caracteriza por estar compuesta la mayoría por hombres. Durante el año 2010 la proporción era de 59% hombres y 41% mujeres y para el año 2011, 61% hombres y 39% mujeres.

Con respecto a los indicadores demográficos cabe resaltar:

- La proporción de la población menor de 15 (22,55%) y mayor de 65 años (12,00%) es relativamente alta.
- La proporción de población adolescente es relativamente baja (5,80%)
- El índice de masculinidad indica una relación 1 a 1 entre el sexo femenino y el masculino (1,57)
- El índice de dependencia global no alcanza la relación 1 a 1 (0,46).
- El índice de dependencia juvenil (0,3) y dependencia por vejez (0,13) analizados de forma independiente no alcanza una relación 1 a 1.
- El índice de envejecimiento no alcanza una relación 1 a 1, sin embargo es alto (0,40).

En cuanto a la dinámica poblacional, el HONAC sigue presentado la mayor natalidad (305 nacidos vivos en 2010, y 234 en 2011). La mortalidad, por su parte, se caracteriza por tener tres causas principales: muertes en combate, en accidentes de tránsito y los suicidios.

Esto nos muestra que es muy importante fortalecer las estrategias típicas de consulta externa como son: prevención, promoción, intervención y vigilancia.

Dentro de los factores condicionantes en Salud para las Fuerzas Militares sobresalen: los ambientales y geográficos, las condiciones sociales, económicas y culturas; y el desarrollo de los servicios de salud.

Esta última está asociada a la infraestructura en Salud, a la disposición y disponibilidad de personal calificado; la gestión técnica y administrativa y la accesibilidad a los medicamentos.

La morbilidad por su parte en consulta externa de los años 2010 y 2011, presenta el siguiente panorama: hipertensión arterial, caries de la dentina, lumbago no especificado y rinofaringitis aguda.

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio cualicuantitativo de tipo descriptivo de corte transversal.

Se analizó la información obtenida durante el periodo correspondiente al segundo trimestre del año 2012.

Es descriptivo porque detalla situaciones para evaluar la calidad del servicio médico en la consulta externa especializada del Hospital Naval de Cartagena, además, no se pretende hacer predicciones ni probar hipótesis.

5.2 DESCRIPCIÓN DE MÉTODOS

5.2.1 Población objeto de estudio

Adultos beneficiarios de los servicios de salud del Hospital Naval de Cartagena.

5.2.2 Población de referencia

Población asignada: 17.949

5.2.3 Tipo de población

Heterogénea

5.2.4 Técnica de muestreo

Muestreo simple al azar

5.2.5 Método de cálculo de la muestra

El tamaño de la muestra fue calculado con APPEND SOFTWARE, el cálculo del tamaño de la muestra arrojó los siguientes datos:

Tabla 4. Cálculo del tamaño de la muestra

Margen de error	10%
Tamaño de la Muestra	17.949
Tamaño de la muestra para NC 95%	96
Tamaño de la muestra NC 97%	117

Fuente: Estimaciones propias

Tabla 5. Cálculo del error muestral para poblaciones finitas

Tamaño de la Muestra	96
Tamaño de la población	17.949
Error para 95% NC	10,0%
Error para 97% NC	11,0%

Fuente: Estimaciones propias

5.2.6 Tamaño de la muestra

La muestra fue de 96 afiliados.

5.2.7 Unidad de muestreo

Beneficiarios y usuarios de los servicios del Hospital Naval de Cartagena.

5.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTO PARA RECOLECTAR LOS DATOS

Los Usuarios fueron escogidos al azar. Se confirmó que eran beneficiarios por medio de la presentación del carnet de salud. Luego se realizó un consentimiento informado (anexo 1) basado en el decreto 8430 de 1993 y la declaración de Helsinki, que fue firmado por el usuario en caso de querer participar en el estudio. De esta manera se procedió a aplicar una encuesta (anexo 2) realizada por las investigadoras cuyos datos fueron suministrados por el afiliado.

En dicha encuesta se investigaron las siguientes características con el fin de determinar el grado de satisfacción de los usuarios de la consulta externa especializada del HONAC:

- Oportunidad: Tiempo transcurrido entre la solicitud de la cita y la asignación de la misma, la hora de la asignación de la cita coincide con el momento de la atención.

- Planta física: Calificación o apreciación de la calidad del aseo y las comodidades de la infraestructura del servicio de consulta externa especializada.
- Atención individual: calificación del trato que recibió en recepción y el profesional que atendió al usuario. Claridad en las indicaciones del tratamiento que le fue realizado y/u ordenado.

Con respecto a las falencias del software de consulta externa se aplicó encuesta a los profesionales especialistas escogidos (según perfil de Morbilidad del HONAC año 2011).

En dicha encuesta se investigaron las siguientes características con el fin de valorar el grado de satisfacción de los profesionales, utilidad del software e identificación de las principales falencias:

- Velocidad de trabajo
- Grado de dificultad al utilizarlo
- Sensaciones al utilizarlo
- Tiempo de aprendizaje para el manejo
- Necesita asistencia constante para su uso

5.4 PLAN DE ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Para el análisis de los datos, se recurrió a la *estadística descriptiva*, pues nuestro propósito es describir los valores o puntuaciones para cada variable, y esto se hace a través de la distribución de frecuencias, porcentajes y razones.

Luego los datos fueron digitados, tabulados y graficados en Microsoft Excel, para así analizarlos a través de tablas de frecuencia.

5.5 FUENTES

5.5.1 Fuentes primarias

La información proporcionada por los usuarios, la recogida en las encuestas (ver Anexo 1).

5.5.2 Fuentes secundarias

No se utilizaron.

5.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Beneficiarios usuarios del Hospital Naval de Cartagena.
- Beneficiarios usuarios del Hospital Naval de Cartagena, de los cuales se obtenga consentimiento informado.
- Usuarios que hayan sido o estén siendo atendidos alguna vez en el servicio de consulta externa especializada.

5.7 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Beneficiarios usuarios menores de edad.
- Beneficiarios usuarios que nunca hayan sido atendidos en consulta externa especializada.
- Beneficiarios usuarios de los cuales no se obtenga consentimiento informado.

5.8 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Tabla 6. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES
Causas de quejas y reclamos	Diferentes insatisfacciones hechas por los usuarios	<ul style="list-style-type: none">– Atribuidas a la infraestructura– Atribuidas al servicio profesional– Atribuidas al servicio administrativo	Nº de quejas y reclamos atendidas / nº total de quejas y reclamos X 100
Oportunidad, programación y realización de citas	Atención medica sin espera injustificada y sin diferimientos.	<ul style="list-style-type: none">– Programación– Realización	Nº de citas oportunas / nº total de citas X 100
Falencias del software	Errores del sistema software	<ul style="list-style-type: none">– Pérdida de memoria– Atribuidas a las tablas de bases de datos– Errores en el tiempo de ejecución	Nº de falencias encontradas / nº total de posibles falencias X 100

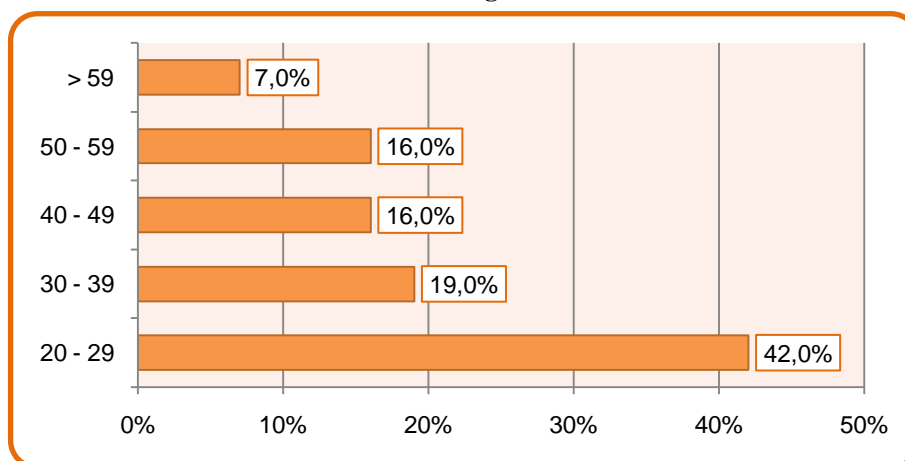
6. RESULTADOS

En esta sección del documento se presentan los principales hallazgos en torno la evaluación de la calidad del servicio de consulta externa especializada del Hospital Naval de Cartagena de Indias. Se partió, en primer lugar, de caracterizar los principales aspectos demográficos y socioeconómicos de los usuarios entrevistados; seguidamente se presentan las principales deficiencias del servicio médico de consulta externa especializada del HONAC, así como el grado de satisfacción que tienen los usuarios con el servicio mencionado. Más adelante se describen las falencias en cuanto al software del servicio. Se finaliza la sección con una serie de recomendaciones en línea con los hallazgos producto de la evaluación de la calidad del servicio de consulta externa especializada.

6.1 CARACTERIZACIÓN DE LOS USUARIOS

Sobre la variable edad se encontró que la mayoría de usuarios de los servicios de consulta externa especializada poseen entre 20-29 años (42%), seguidos de aquellos con 30-39 años. Cabe mencionar que los menos frecuentes fueron aquellos de la tercera edad, es decir, con más de 59 años (7%), tal como se aprecia en la Gráfica 1.

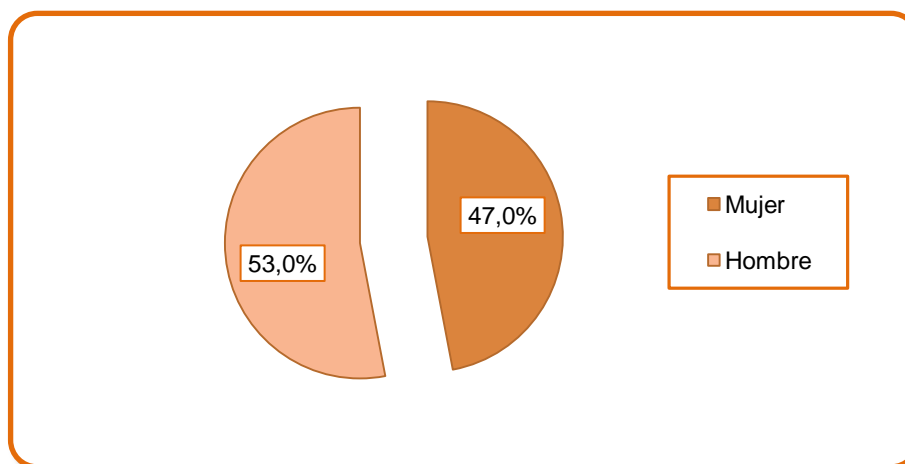
Gráfica 1. Rangos de edad



Fuente: Encuesta de evaluación de calidad del servicio de consulta externa especializada del HONAC

En lo que respecta al género de los entrevistados, la Gráfica 2 muestra que las proporciones de hombres y mujeres fueron relativamente parejas, en tanto que el 53% correspondió a los primeros, mientras que el 47% a las segundas.

Gráfica 2. Género



Fuente: Encuesta de evaluación de calidad del servicio de consulta externa especializada del HONAC

La edad media por género y total, se representa en la Tabla 7. Las mujeres presentaron una edad media relativamente superior a las de los hombres (37,45 años frente a 37,36 años), sin embargo la diferencia se aprecia que fue notoriamente reducida (de apenas 0,09 años), así mismo, que no divergen mucho de la edad media total (considerando a ambos género), cuyo valor estimado fue de 37,4 años.

En lo concerniente a la dispersión de los datos, la desviación estándar en los hombres fue de 1,44 años inferior en los hombres (13,53 años), respecto a la contraparte femenina (14,96 años); esto también se aprecia en la mencionada tabla.

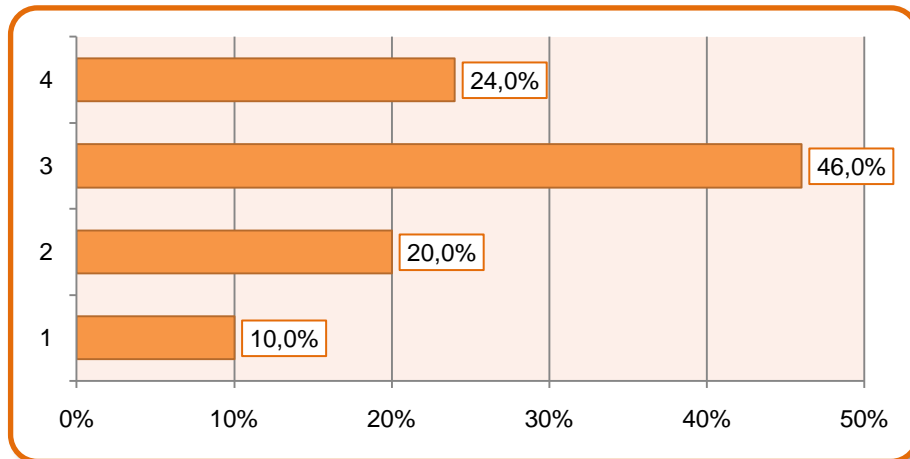
Tabla 7. Estadísticos descriptivos de la edad según género y total

Estadístico	Mujeres	Hombres	Total
Promedio	37,45	37,36	37,40
Mediana	32,00	33,00	32,50
Desviación estándar	14,96	13,53	14,15
Mínimo	21,00	22,00	21,00
Máximo	75,00	69,00	75,00

Fuente: Encuesta de evaluación de calidad del servicio de consulta externa especializada del HONAC

El estrato más frecuente en los usuarios del HONAC fue el tercero, con el 46% del total, los estratos más bajos (1 y 2) sumaron 30%, mientras que el 4 participó en 24%, tal como se observa en la Gráfica 3.

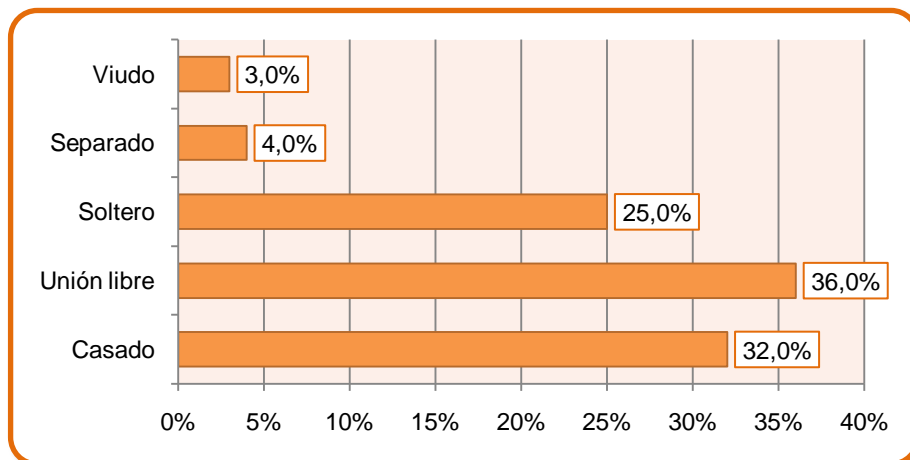
Gráfica 3. Estrato



Fuente: Encuesta de evaluación de calidad del servicio de consulta externa especializada del HONAC

La convivencia en pareja fue la situación más común, al respecto el 36% de los usuarios se encuentra en unión libre, así como el 32%, es casado. Los solteros representaron el 25%, mientras que los viudos y los separados fueron el 3% y el 4%, respectivamente (Gráfica 4).

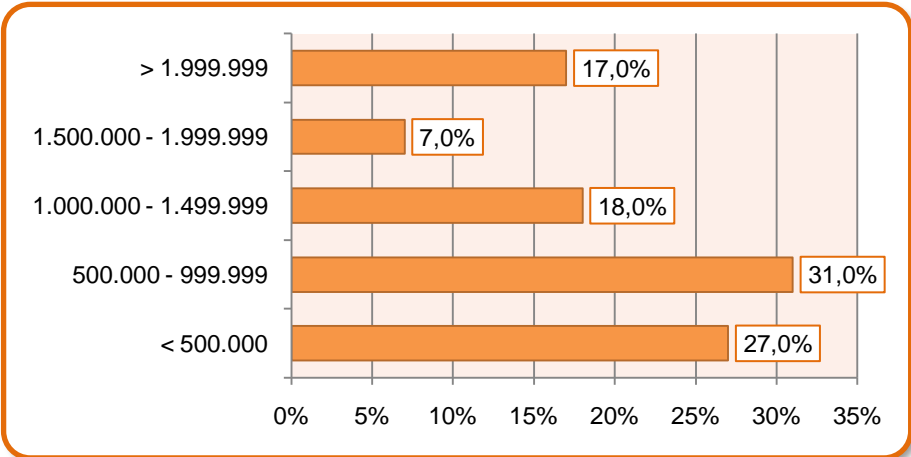
Gráfica 4. Estado civil



Fuente: Encuesta de evaluación de calidad del servicio de consulta externa especializada del HONAC

Los ingresos expresados por los usuarios del hospital se representan en la Gráfica 5. Al respecto los más frecuentes fueron aquellos que devengan \$500.000-\$999.999, con el 31% de la participación, seguidos de los que reciben menos de \$500.000, con 27% (Gráfica 5).

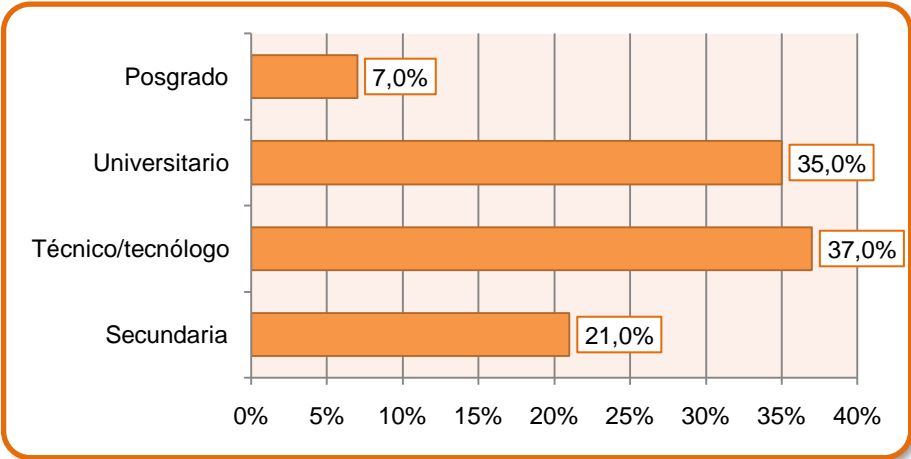
Gráfica 5. Rango de ingresos



Fuente: Encuesta de evaluación de calidad del servicio de consulta externa especializada del HONAC

Con relación al nivel educativo (Gráfica 6), los resultados del estudio permiten mostrar que los usuarios con formación técnica o tecnológica y universitaria, fueron los que mayor participación tuvieron, con el 37% y el 35%. Los de menor participación fueron los posgraduados (7%) y los bachilleres (21%).

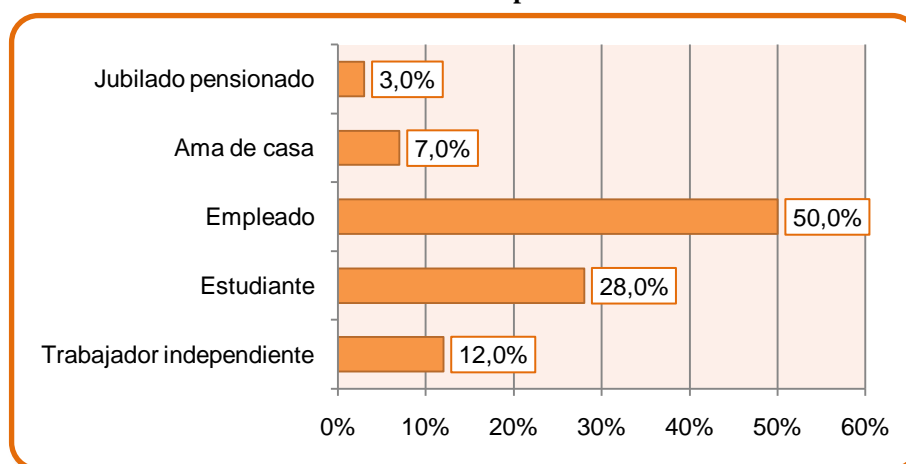
Gráfica 6. Nivel educativo



Fuente: Encuesta de evaluación de calidad del servicio de consulta externa especializada del HONAC

La última variable de caracterización de los usuarios fue la ocupación. La Gráfica 7 muestra que los empleados y los estudiantes fueron los más frecuentes, con 50% y 28% cada uno. Así mismo, los jubilados y las amas de casa, fueron las más infrecuentes, con 3% y 7%, respectivamente.

Gráfica 7. Ocupación

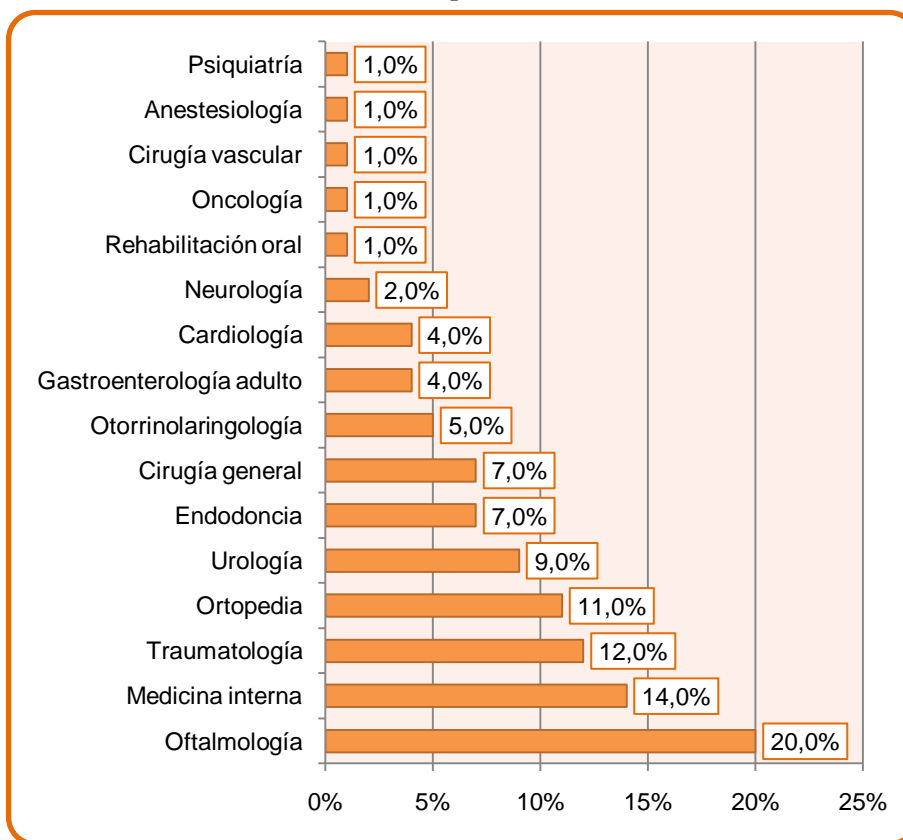


Fuente: Encuesta de evaluación de calidad del servicio de consulta externa especializada del HONAC

6.2 DEFICIENCIAS Y FORTALEZAS DEL SERVICIO MÉDICO DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA

El estudio se aplicó sobre los servicios representados en la Gráfica 8. Las mayores participaciones en términos de cantidad de usuario entrevistados, las presentaron los servicios de oftalmología (20%), medicina interna (14%), traumatología (12%) y ortopedia (11%). En contraste, se encontraron pocos usuarios de psiquiatría, anestesiología, cirugía vascular, oncología y rehabilitación oral, con 1% cada uno.

Gráfica 8. Servicio que consulta el usuario



Fuente: Encuesta de evaluación de calidad del servicio de consulta externa especializada del HONAC

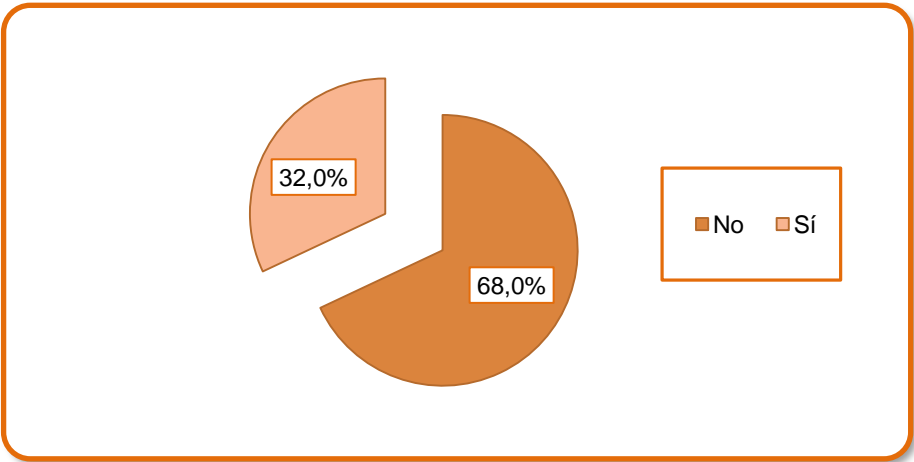
6.2.1 Autonomía

La autonomía en torno a la atención del especialista según la opinión el usuario se describe en las siguientes líneas. La Gráfica 9 muestra que al 68% de los usuarios el médico les

permitió participar en las decisiones que se tomaron sobre el tratamiento, contrario al 32%, que no se le permitió.

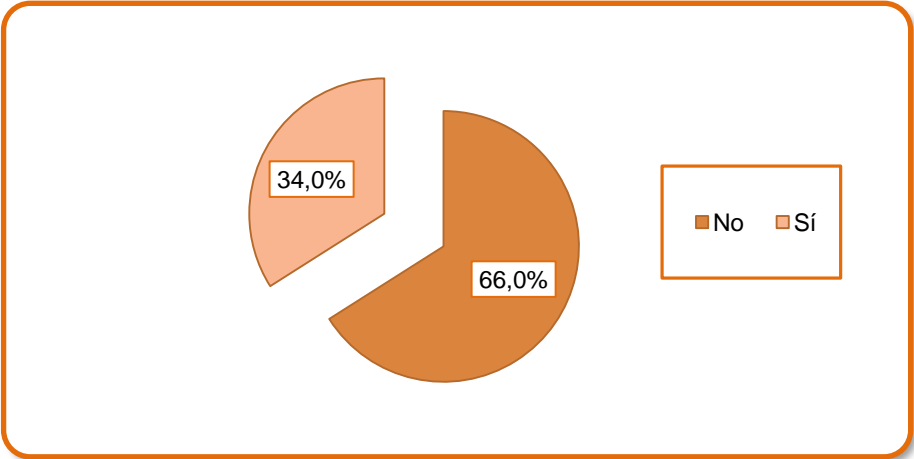
La Gráfica 10 presenta la proporción de usuarios a los cuales los médicos especialistas le pidió autorización antes de iniciar los estudios o análisis. Se aprecia en el 66% de los casos no se presentó esta situación, solo al 34% de los usuarios, el médico les pidió autorización para lo anterior.

Gráfica 9. El médico le permitió participar en las decisiones que se tomaron sobre el tratamiento



Fuente: Encuesta de evaluación de calidad del servicio de consulta externa especializada del HONAC

Gráfica 10. El médico le pidió autorización antes de iniciar los estudios o análisis

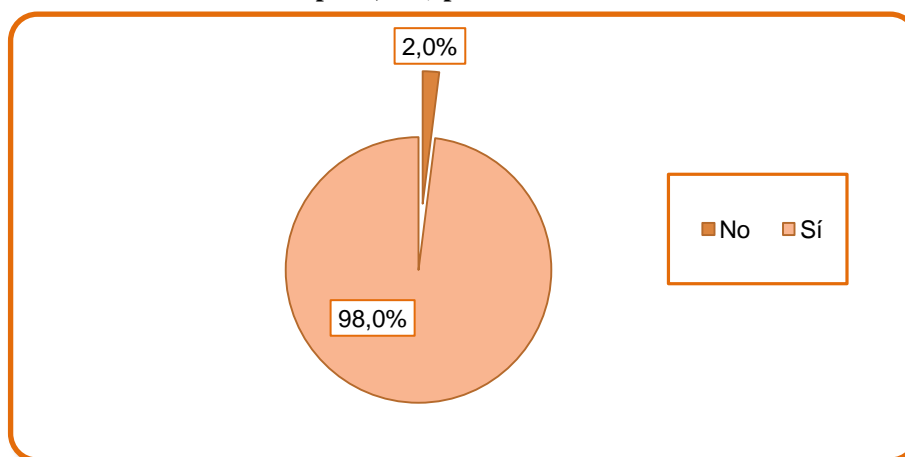


Fuente: Encuesta de evaluación de calidad del servicio de consulta externa especializada del HONAC

6.2.2 Confidencialidad

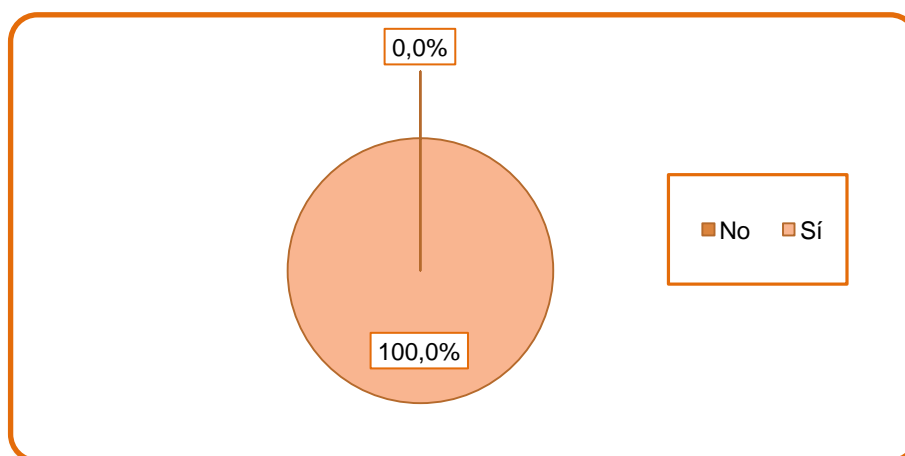
La confidencialidad con la que se maneja la atención de los usuarios se describe en las siguientes líneas. La Gráfica 11 muestra la proporción de pacientes que hablaron con el médico especialista en privado sin que otras personas pudieran escuchar, la cifra correspondió a 98%. A su vez, el 2% no estuvo en esta situación. Por su parte, la Gráfica 12 sugiere que la información que le proporcionó el médico sobre el problema de salud a todos los pacientes fue manejada de forma confidencial.

Gráfica 11. Habló con el(los) médico(s) en privado sin que otras personas (pacientes, personal de limpieza, etc.) pudieran escuchar



Fuente: Encuesta de evaluación de calidad del servicio de consulta externa especializada del HONAC

Gráfica 12. La información que le proporcionó el médico sobre su problema de salud fue manejada de forma confidencial



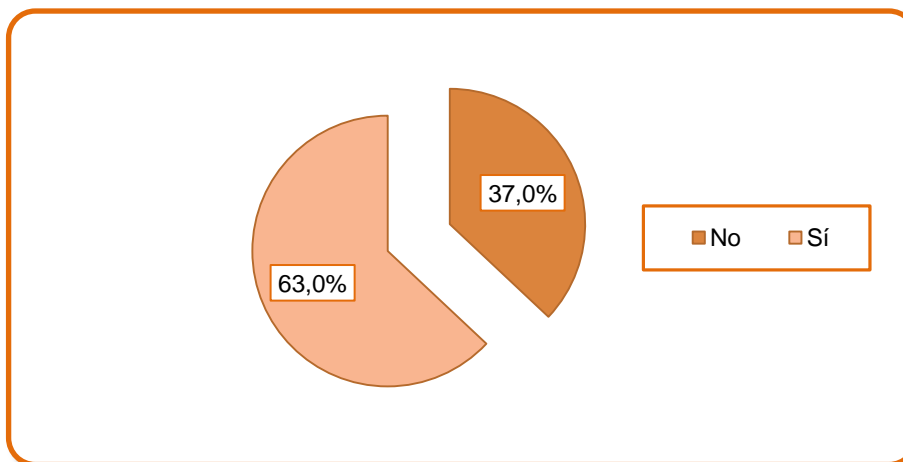
Fuente: Encuesta de evaluación de calidad del servicio de consulta externa especializada del HONAC

6.2.3 Capacidad de elección

Para el usuario de los servicios de salud la capacidad de elección representa una posibilidad para expresar sus preferencias, en este caso, sobre el médico especialista que lo atiende. Así mismo se entiende como el desacuerdo con la asignación que el hospital puede hacerle.

En las siguientes líneas se exploró lo anterior; en primer lugar está la Gráfica 13, que indica la participación del usuario en la elección del médico especialista que lo atendió, al respecto el 63% expresó que efectivamente participó de tal elección, mientras que el restante 37% declaró lo contrario.

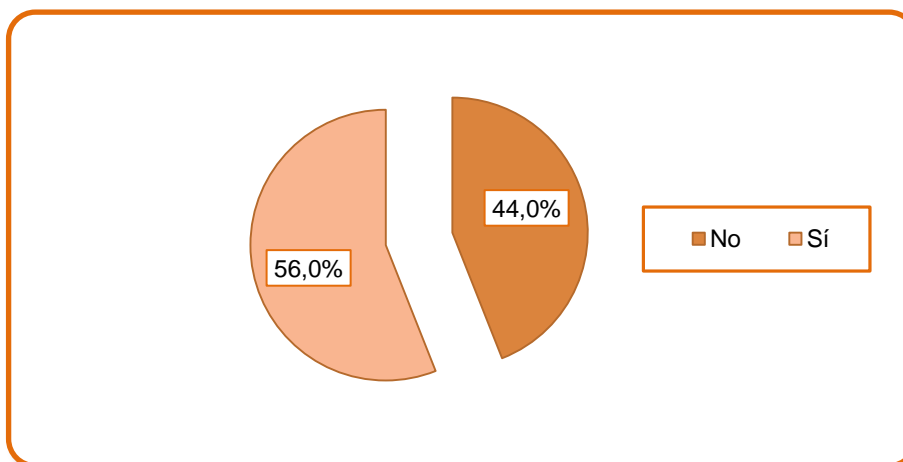
Gráfica 13. Participación en la elección del médico especialista que lo atendió



Fuente: Encuesta de evaluación de calidad del servicio de consulta externa especializada del HONAC

De igual forma la posibilidad escoger un médico especialista distinto al asignado, en caso de no sentirse satisfecho, aparece en la Gráfica 14. La mayoría de entrevistados, correspondiente al 56%, respondió afirmativamente, en contraste, el 44% mencionó que no tuvo esta posibilidad.

Gráfica 14. Posibilidad de cambiar de médico especialista en caso de no sentirse satisfecho con la atención del que le asignaron

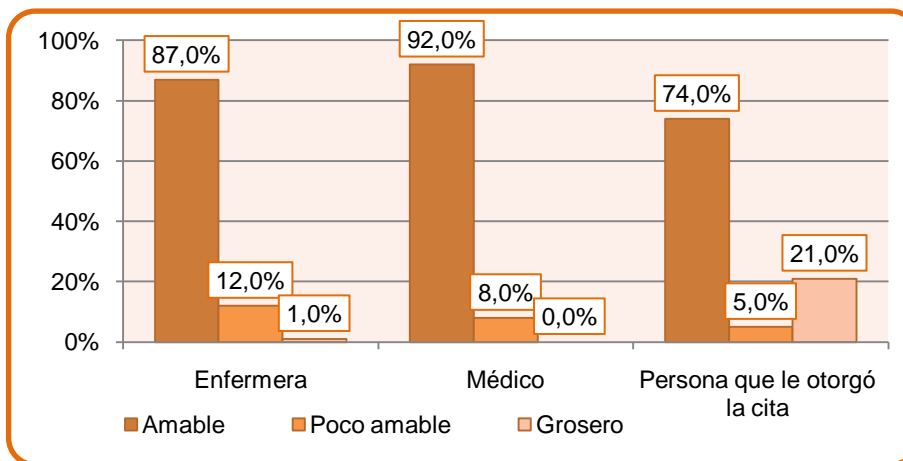


Fuente: Encuesta de evaluación de calidad del servicio de consulta externa especializada del HONAC

6.2.4 *Trato digno*

El trato digno se refiere al hecho de ser considerados y tratados como personas los usuarios del sistema de salud, más que como pacientes, en la medida en que presentan una relación asimétrica que la enfermedad o incapacidad puede establecer, esto involucra diferentes aspectos, los cuales se describen a continuación en función de los hallazgos.

Gráfica 15. Trato de enfermera, médico y persona que le otorgó la cita



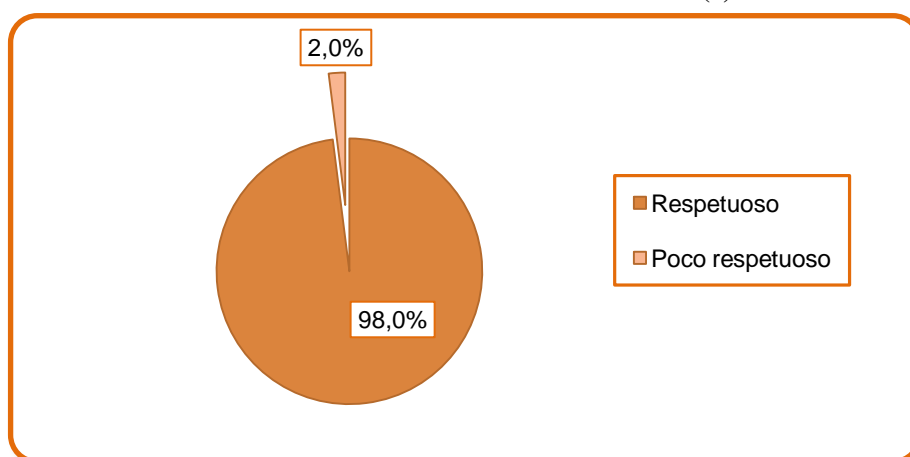
Fuente: Encuesta de evaluación de calidad del servicio de consulta externa especializada del HONAC

Las consideraciones de los usuarios sobre el trato que reciben de diferentes miembros del personal de salud aparecen en la Gráfica 15. En general se aprecia que las enfermeras, los

médicos y la persona que otorgó la cita ofrecen un trato amable (en su orden: 87%, 92% y 74%). Por otro lado, la proporción de personas que declararon que el trato fue grosero, resultaron ser relativamente pocas, destacándose el 21% de personas que indicaron que el trato de la persona que otorgó la cita fue grosero.

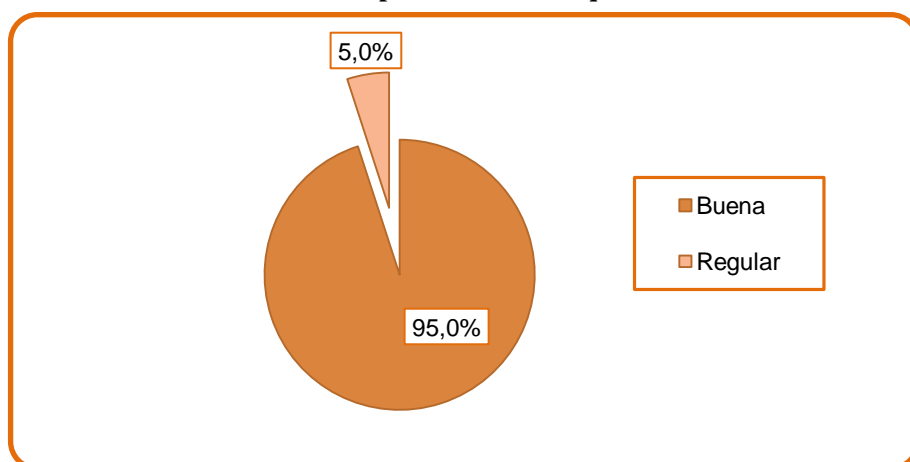
Al momento de hacer el examen físico, la gran mayoría de usuarios expresaron que el médico fue respetuoso (Gráfica 16). Así mismo, el 95% expresó que la privacidad con la que recibió la atención médica fue buena, aunque un 5% manifestó que fue regular (Gráfica 17).

Gráfica 16. Trato del médico al momento de examinarlo(a) físicamente



Fuente: Encuesta de evaluación de calidad del servicio de consulta externa especializada del HONAC

Gráfica 17. Características de la privacidad con la que recibió la atención médica

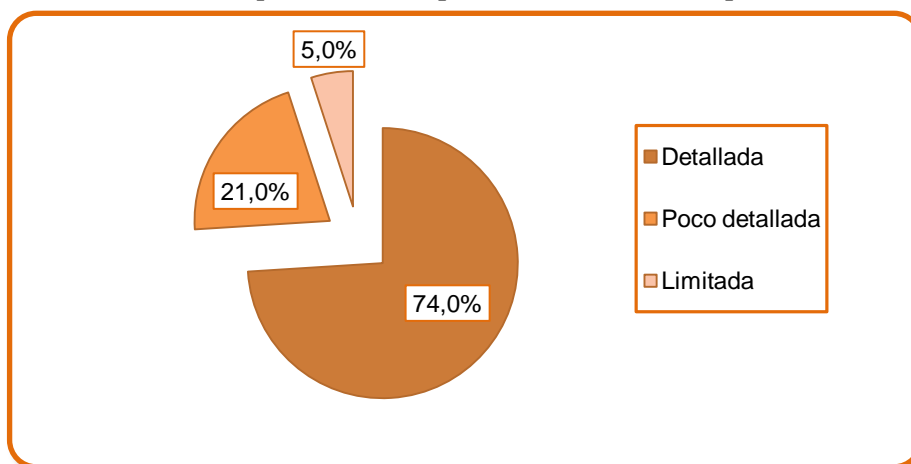


Fuente: Encuesta de evaluación de calidad del servicio de consulta externa especializada del HONAC

6.2.5 Comunicación

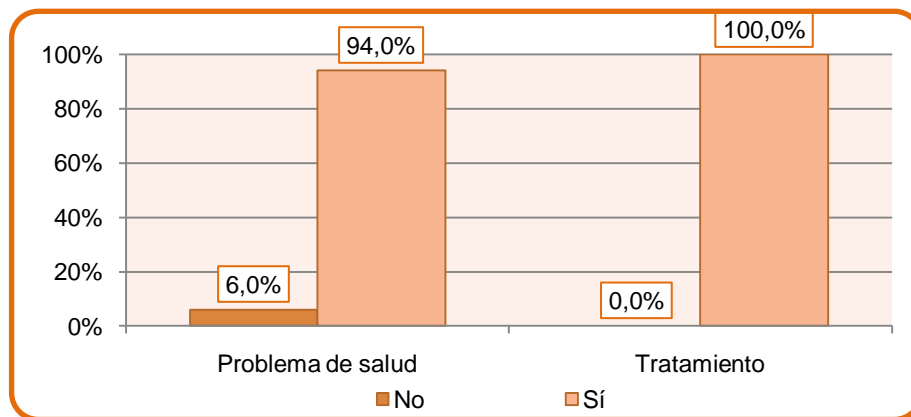
La comunicación con el médico, en lo que se refiere a que éste da la posibilidad al paciente de hablar sobre su problema de salud, en general, es detallada en el 74% de los casos. Aunque llama la atención el 21% que expresó que el médico permite hablar de forma poco detallada, e incluso el 5% que indicó que el médico les permite hablar de forma limitada (Gráfica 18).

Gráfica 18. Forma en que el médico le permitió hablar sobre su problema de salud



Fuente: Encuesta de evaluación de calidad del servicio de consulta externa especializada del HONAC

Gráfica 19. Médico explicó problema de salud y tratamiento



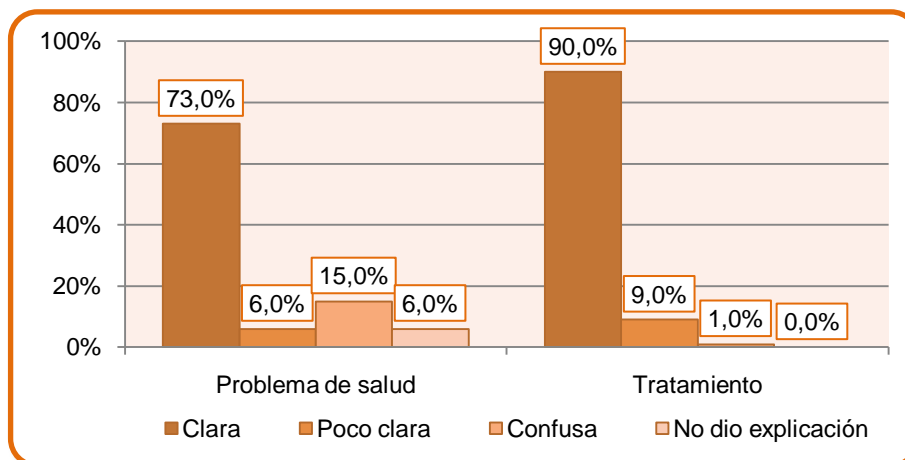
Fuente: Encuesta de evaluación de calidad del servicio de consulta externa especializada del HONAC

La Gráfica 19 muestra que al 94% de los usuarios el médico explicó el problema de salud que tenían; nótese que el 6% indicó lo contrario, lo cual denota deficiencias en la

comunicación. En lo que concierne al tratamiento, todos los pacientes indicaron que efectivamente fue explicado.

Ahora bien, la manera en que el paciente consideró la explicación del problema de salud y del tratamiento de parte del médico, se presenta en la Gráfica 20. Se observa que la explicación del problema de salud fue considerada como clara por el 73% de los usuarios; a su vez, llamó la atención que al 15% de estas personas le pareció confusa, incluso el 6% de mencionó que el especialista no proporcionó información al respecto. Sobre el tratamiento, en el 90% de los casos, la explicación fue clara, mientras que solamente para el 1%, fue confusa.

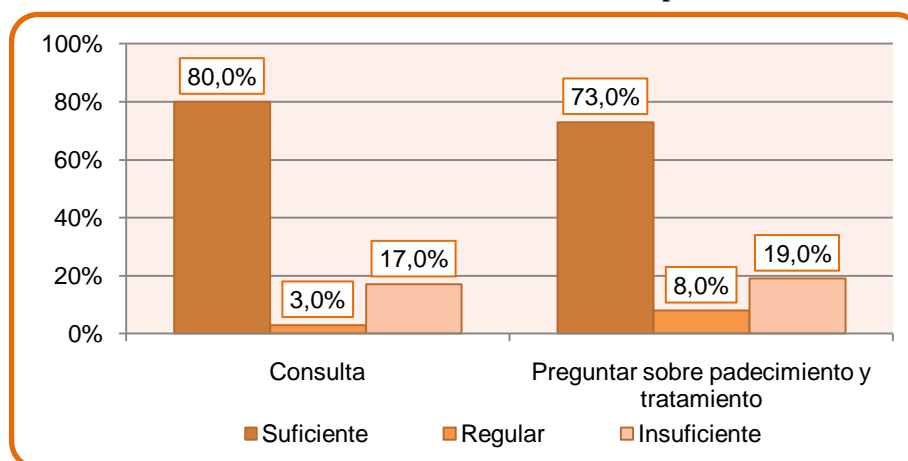
Gráfica 20. Forma en que el médico explicó problema de salud y tratamiento



Fuente: Encuesta de evaluación de calidad del servicio de consulta externa especializada del HONAC

Las opiniones sobre los tiempos que el paciente dispone para la consulta, y para formular inquietudes sobre el padecimiento y el tratamiento se ilustran en la Gráfica 21. Se encontró que el 80% de la población bajo estudio señaló que el tiempo de consulta es suficiente, en contraste, el 17% mencionó que es insuficiente. En lo concerniente al tiempo disponible para hacer preguntas al especialista sobre el padecimiento y el tratamiento, se encontró que el 73% del total de pacientes entrevistados cree que es suficiente, caso contrario al 19%.

Gráfica 21. Consideración sobre tiempos

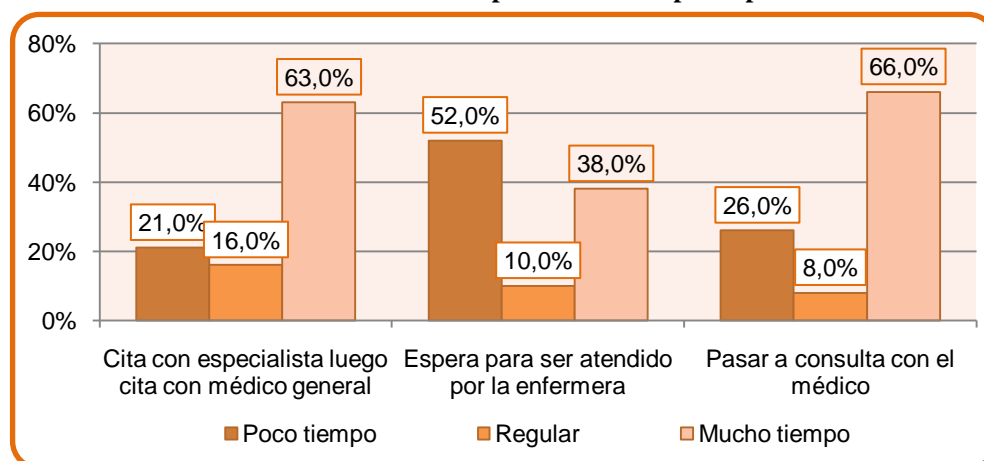


Fuente: Encuesta de evaluación de calidad del servicio de consulta externa especializada del HONAC

6.2.6 Oportunidad

La oportunidad en la atención fue uno de los factores críticos y sobre el cual se encontró evidencia de un mal servicio. Las apreciaciones de los usuarios sobre el tiempo que tarda la atención de parte del personal de salud en el HONAC, en general, demuestran notables demoras.

Gráfica 22. Consideración sobre tiempos de atención por el personal de salud



Fuente: Encuesta de evaluación de calidad del servicio de consulta externa especializada del HONAC

La Gráfica 22 ilustra que el 63% de los usuarios mencionaron que la cita con el especialista luego de la cita con el médico general, tarda mucho tiempo en ser otorgada; así mismo el

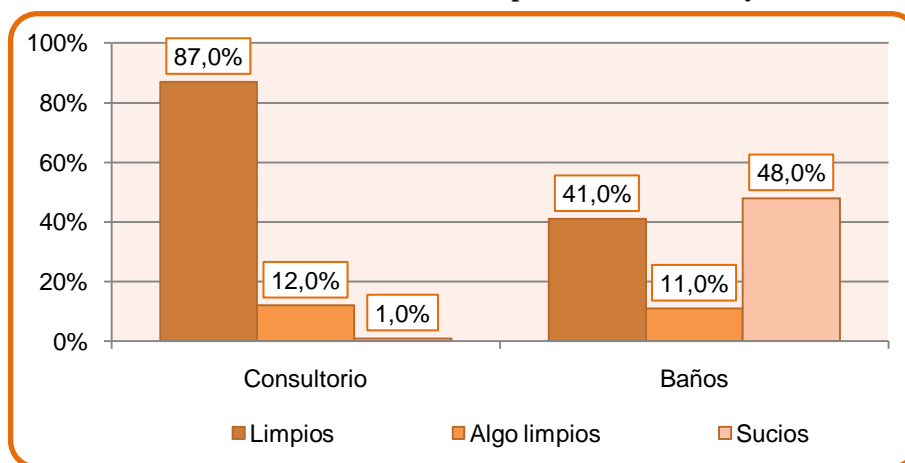
66% de los entrevistados dijo que es mucho tiempo el que tardan pasando a la consulta con el especialista. Aunque el tiempo de espera para ser atendido por la enfermera no se consideró como ‘mucho’ por la mayoría, sí resultó importante la proporción que se encontró (38%).

6.2.7 Condiciones de planta física

La infraestructura o planta física de la institución corresponde al lugar o escenario en donde se desarrolla la práctica médica y, en general, el proceso de atención al paciente, por tanto las apreciaciones que éste tenga resulta de interés para la evaluación de la satisfacción y la calidad desde la perspectiva del usuario.

Las consideraciones sobre la limpieza de consultorios y baños se muestran en la Gráfica 23. Se observa que la mayoría de entrevistados señalaron que el consultorio donde fueron atendidos lo percibieron como limpio (87%), solo el 1% manifestó que estos estaban sucios. En lo referente a los baños se destaca el 48% que se refiere a estos como de pésimas condiciones en cuanto a la limpieza, así mismo un 11% expresó que estaban solo algo limpios, únicamente el 41% mencionó que estaban limpios.

Gráfica 23. Consideración sobre limpieza de consultorio y baños



Fuente: Encuesta de evaluación de calidad del servicio de consulta externa especializada del HONAC

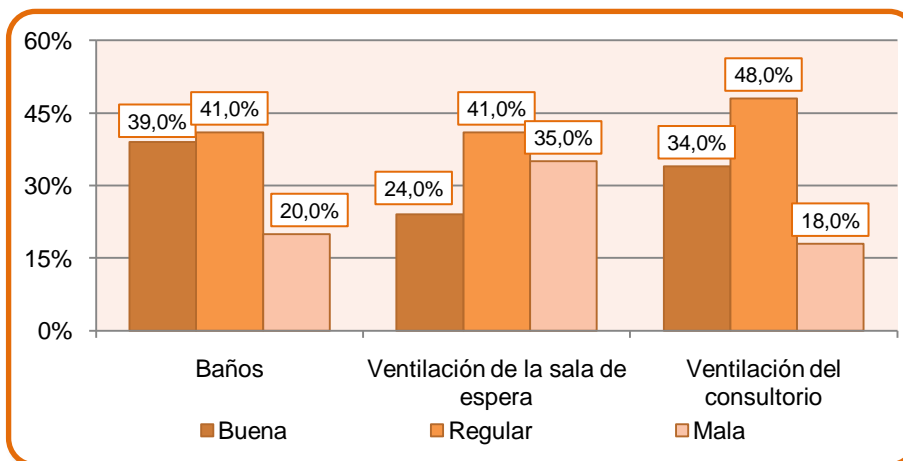
Como parte de la infraestructura de la institución de salud, la ventilación es otro aspecto esencial, especialmente si se tiene en cuenta el clima predominantemente cálido y húmedo

de la ciudad de Cartagena. Al respecto, la Gráfica 24 muestra las apreciaciones de los usuarios respecto a la ventilación de diferentes espacios del hospital.

Para el caso de los baños, la mayoría, representada por un 41% expresó que estos tienen una ventilación regular, seguidos de cerca por los que expresaron que era buena, aunque un 20%, poco despreciable, dijo que la ventilación de los baños era mala.

En la sala de espera la ventilación es predominantemente regular, dado que un 41% se refirió de esta manera, junto con un 35% de los usuarios que declararon que era mala. Solamente el 24% expresó que era buena. Por último, en el caso del consultorio, predominaron los que reconocieron esta ventilación como regular (48%), aunque hubo otros que la describieron como buena (34%) y mala (18%).

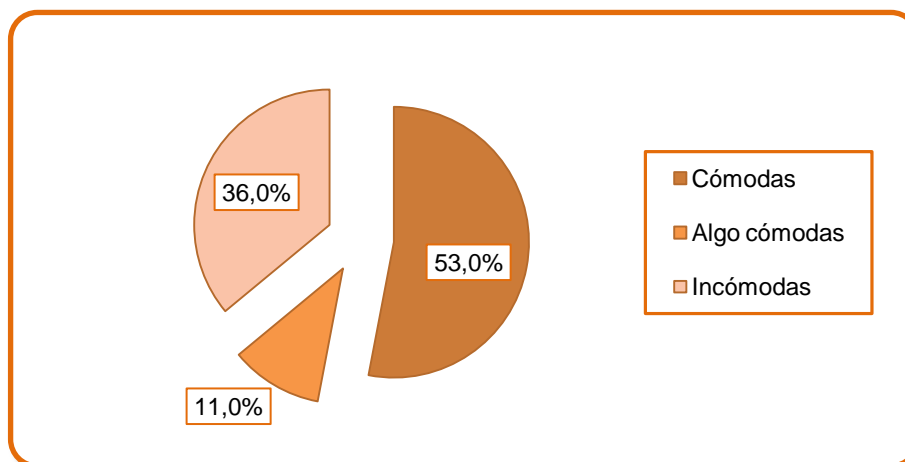
Gráfica 24. Ventilación de espacios en el hospital



Fuente: Encuesta de evaluación de calidad del servicio de consulta externa especializada del HONAC

Las bancas y las sillas del hospital, en general tuvieron una calificación positiva (Gráfica 25) en cuanto que los usuarios las juzgaron como cómodas (53%), sin embargo una proporción algo menor, aunque igual de importante, dijo que eran incómodas (36%); solamente el 11% se refirió a estas como algo cómodas.

Gráfica 25. Consideración sobre las bancas y sillas



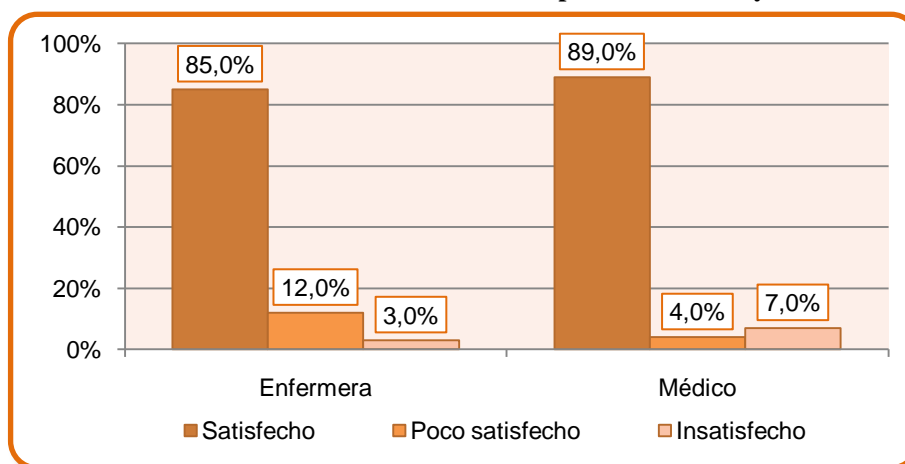
Fuente: Encuesta de evaluación de calidad del servicio de consulta externa especializada del HONAC

6.3 SATISFACCIÓN DEL USUARIO

6.3.1.1 Satisfacción con el trato del personal de salud

En lo que respecta a la satisfacción con el trato recibido de parte del personal de enfermería, el 85% de los usuarios se encontraron satisfechos, el 12% estuvo poco satisfecho y solamente el 3% se declaró insatisfecho. Con el médico, el 89% estuvo satisfecho, el 4% poco satisfecho, y el 7% insatisfecho (Gráfica 26).

Gráfica 26. Satisfacción con el trato recibido de parte del médico y la enfermera

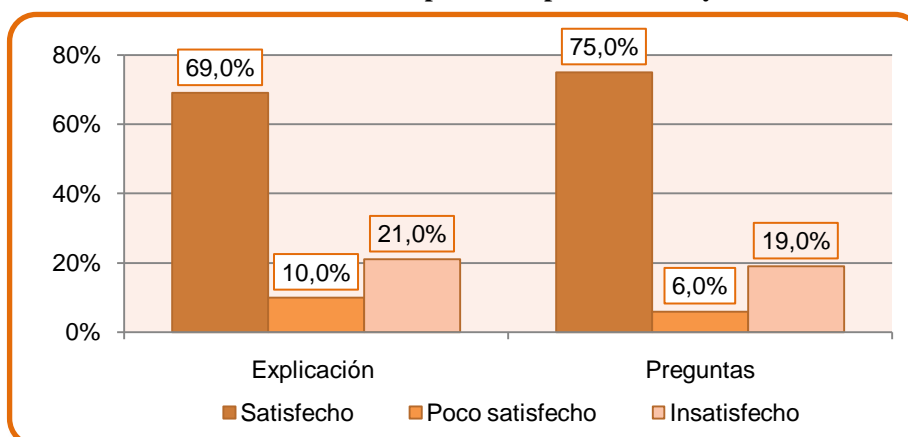


Fuente: Encuesta de evaluación de calidad del servicio de consulta externa especializada del HONAC

6.3.1.2 Satisfacción con la comunicación

Se interrogó a los usuarios sobre la satisfacción que experimentaban sobre algunos aspectos relativos a la enfermedad y al tratamiento. La Gráfica 27 comprende el tratamiento y las preguntas que el paciente pudo formular al especialista. Se encontró que, sobre lo primero, la mayoría experimentó sentirse satisfecho (69%), mientras que los insatisfechos fueron el 21% del total. Con la posibilidad de formularle preguntas especialista sobre el tratamiento y el padecimiento, el 75% de los usuarios se encuentran satisfechos, y el 19% insatisfecho.

Gráfica 27. Satisfacción con aspectos del padecimiento y tratamiento

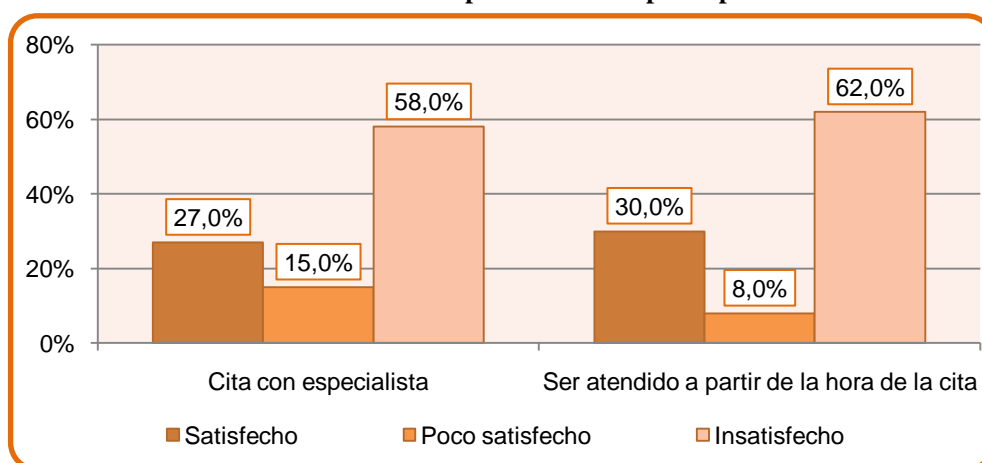


Fuente: Encuesta de evaluación de calidad del servicio de consulta externa especializada del HONAC

6.3.1.3 Satisfacción con la oportunidad en la atención

La satisfacción con los tiempos de atención de parte del personal de salud es, en general, escasa. Los hallazgos representados en la Gráfica 28 indican que el 58% de los entrevistados se encuentran insatisfechos con el tiempo de atención en cuanto a las citas con el médico especialista; solamente el 27% declaró estar satisfecho con esto. Por su parte, el 62% manifestó insatisfacción con el hecho de ser atendidos a partir de la hora de la cita acordada; en este aspecto el 30% estaba satisfecho.

Gráfica 28. Satisfacción con tiempos de atención por el personal de salud

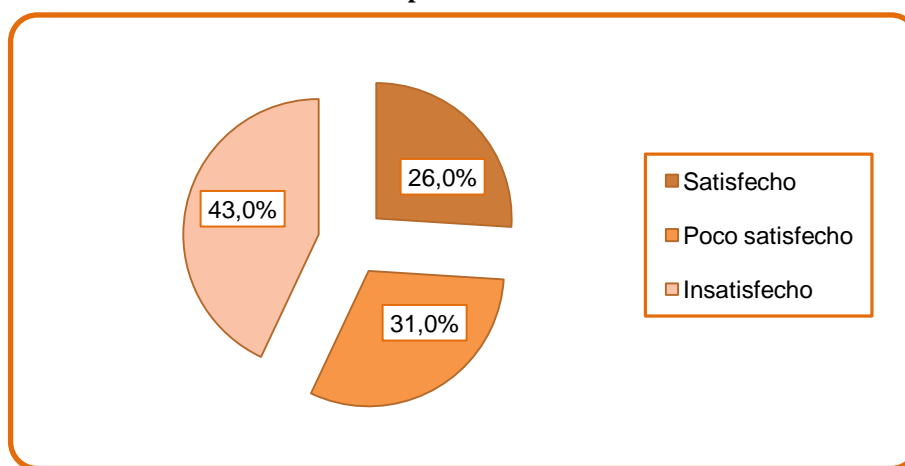


Fuente: Encuesta de evaluación de calidad del servicio de consulta externa especializada del HONAC

6.3.1.4 Satisfacción con las condiciones de la planta física

Luego de explorar algunas apreciaciones sobre la infraestructura o planta física de la institución, se procedió a indagar a los usuarios con relación a la satisfacción que sentían respecto a las mismas. En este sentido la Gráfica 29 es útil, se aprecia que la insatisfacción es generalizada, en la medida en que el 43% de los entrevistados lo expresó. Incluso los poco satisfechos fueron superiores (31%) a los satisfechos (26%).

Gráfica 29. Grado de satisfacción con respecto a las condiciones físicas de la consulta externa de las especialidades



Fuente: Encuesta de evaluación de calidad del servicio de consulta externa especializada del HONAC

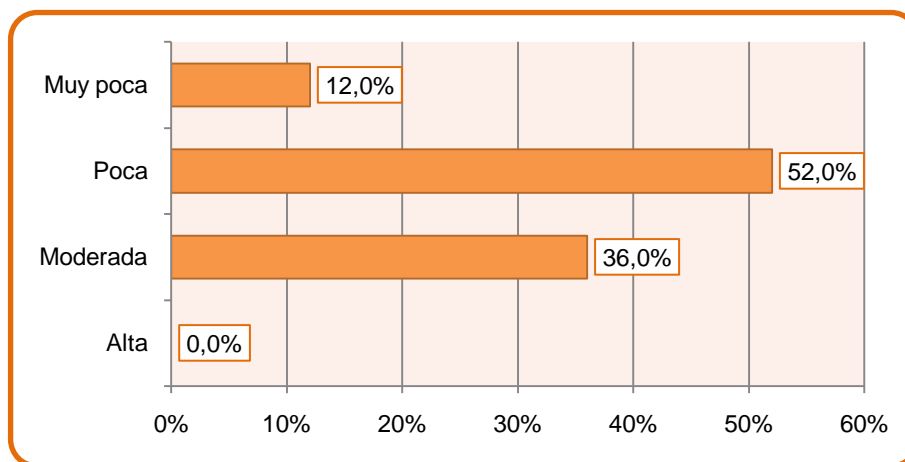
6.4 APRECIACIONES DEL PERSONAL DE SALUD RESPECTO AL SOFTWARE DE CONSULTA MÉDICA EXTERNA ESPECIALIZADA

Los resultados de la aplicación de una encuesta al personal de salud que utiliza el software de consulta externa especializada, respecto a sus apreciaciones sobre el uso de éste, y la forma en que se refleja en la atención médica, se presentan a continuación.

La muestra estuvo conformada por 25 individuos pertenecientes al personal de salud, a estos se les aplicó un cuestionario que contenía aspectos de dificultad de uso, necesidad de asistencia, sensación al usarlo, entre otros, el cual se encuentra en el Anexo 2 de este documento.

Los hallazgos indican, en primer lugar que la velocidad de trabajo que se tiene con este software de consulta externa especializada (Gráfica 30) es, de acuerdo a los encuestados, poca (52%), y en algunos casos moderada (36%). Aunque estuvo en el último lugar, la proporción de los que mencionaron que es muy poca (12%), resulta orientativa en el sentido de lo preguntado al personal de salud.

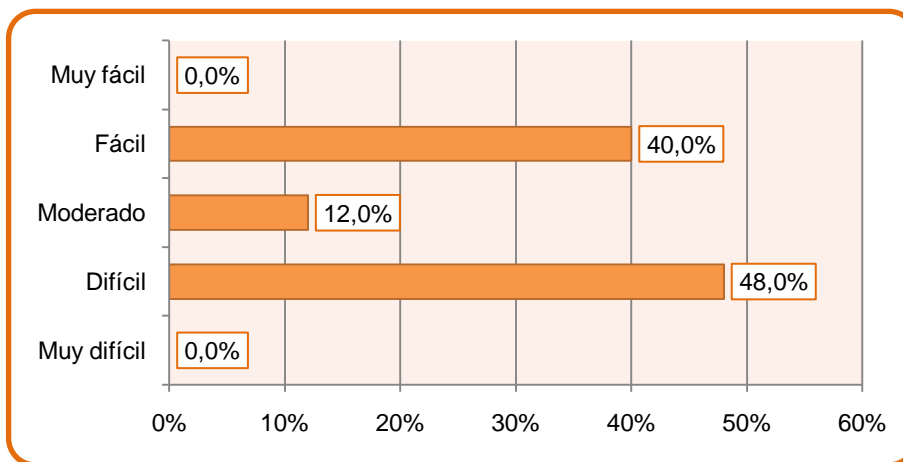
Gráfica 30. Velocidad de trabajo que permite el software



Fuente: Encuesta de evaluación de la calidad del software de consulta externa especializada del HONAC

Los entrevistados declararon que el programa es frecuentemente difícil en su uso (48%), aunque una proporción similar (40%) reconoció que este es de fácil manejo (40%), tal como se muestra en la Gráfica 31.

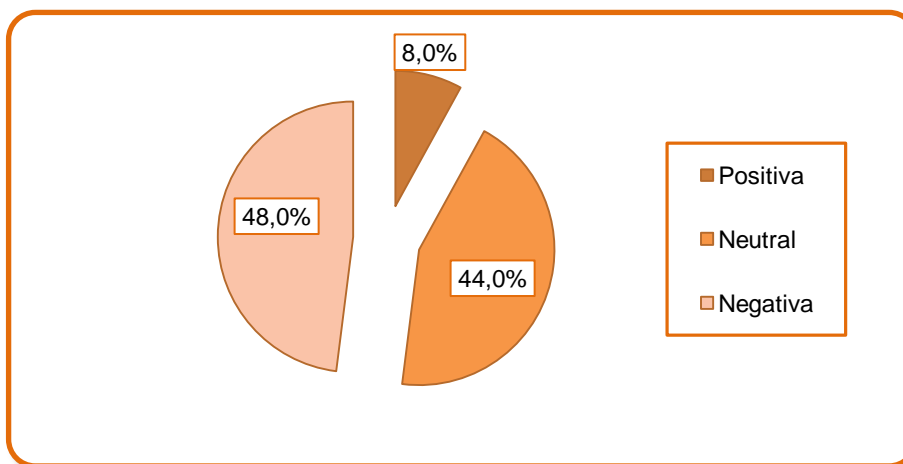
Gráfica 31. Grado de dificultad del software al utilizarlo



Fuente: Encuesta de evaluación de la calidad del software de consulta externa especializada del HONAC

Por otro lado, la sensación que se tiene con el uso del programa es negativa para el 48% del total de entrevistados, neutral para el 44% y solamente para el 8% es positiva (Gráfica 32).

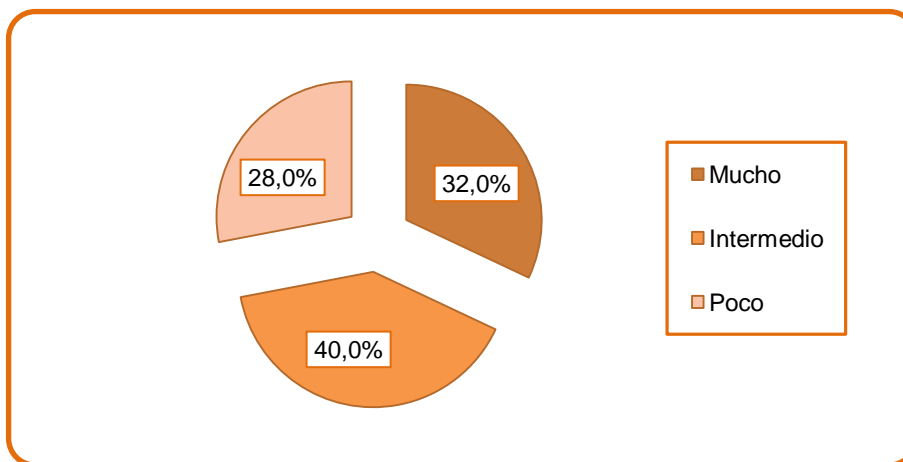
Gráfica 32. Sensación al utilizarlo



Fuente: Encuesta de evaluación de la calidad del software de consulta externa especializada del HONAC

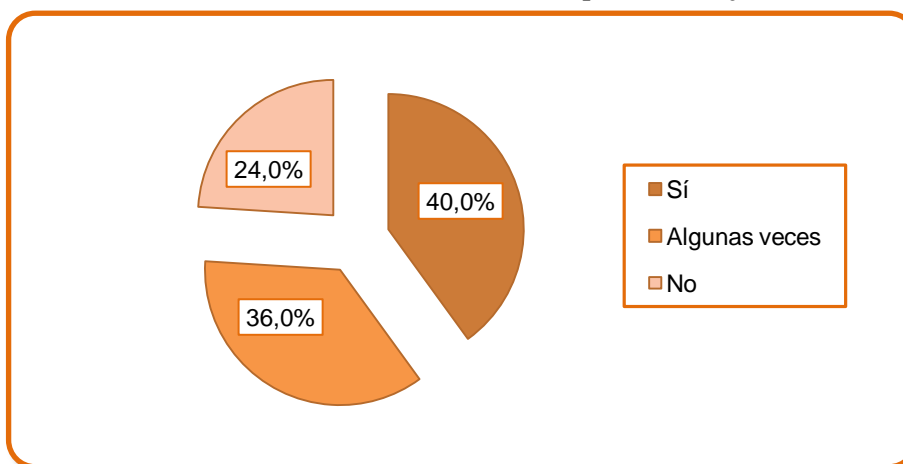
En lo que concierne al tiempo de aprendizaje para el manejo del software, la evidencia recolectada muestra que, para la mayoría de entrevistados, es un tiempo intermedio (40%), seguido de los que dijeron que toma mucho tiempo (32%), mientras que para una proporción reducida el tiempo para el aprendizaje es poco (28%) (Gráfica 33).

Gráfica 33. Tiempo de aprendizaje para el manejo



Fuente: Encuesta de evaluación de la calidad del software de consulta externa especializada del HONAC

Gráfica 34. Necesidad de asistencia para el manejo



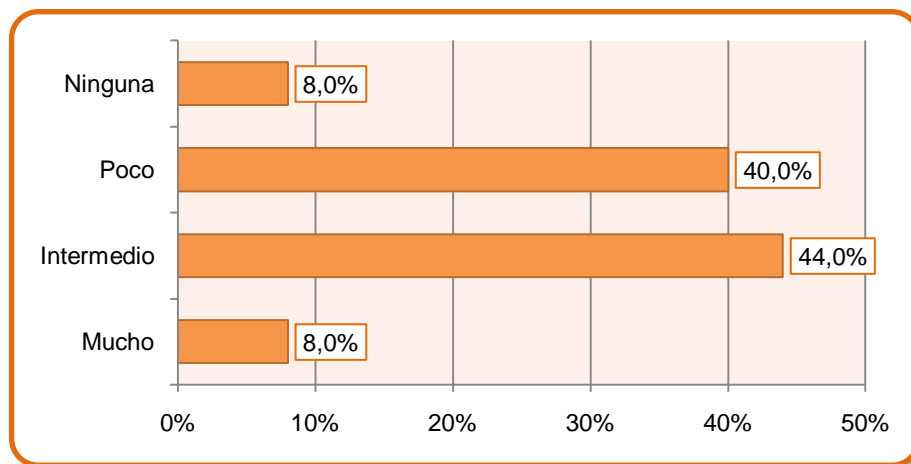
Fuente: Encuesta de evaluación de la calidad del software de consulta externa especializada del HONAC

La dificultad para el manejo del programa, así como el tiempo de aprendizaje y quizás la sensación al utilizarlo, se reflejan en que el personal que lo utiliza se vea obligado a buscar asistencia para el manejo (Gráfica 34), efectivamente la mayoría (40%) declaró que

necesita ayuda, otros mencionaron que algunas veces (36%), solamente el 24% expresó que no la necesita. En este orden de ideas, los retrasos en la atención de los pacientes serían consecuencia principalmente de esta situación.

Ahora bien, se detectó que la integración que permite el software entre diferentes áreas médicas y administrativas del hospital (Gráfica 35), es usualmente intermedia (44%), incluso es poca (40%), según la opinión del personal que lo utiliza. Esto sería crítico y contrapuesto en el intento de reducir los tiempos de atención y de ofrecer un servicio de calidad.

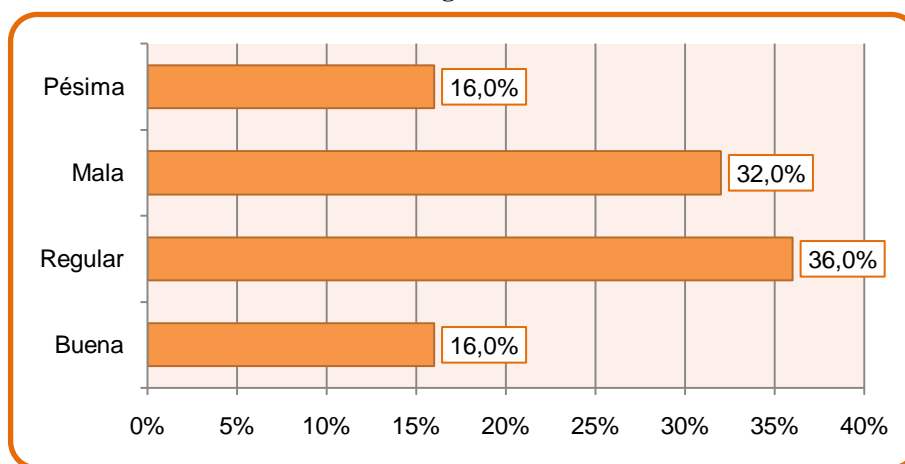
Gráfica 35. Permite la integración entre diferentes áreas médicas y administrativas del hospital



Fuente: Encuesta de evaluación de la calidad del software de consulta externa especializada del HONAC

De igual forma, la integración con internet, en el sentido de permitirle al usuario apartar eficientemente una cita, es de pésima a regular. En la Gráfica 36 se aprecia que la respuesta más frecuente en este aspecto fue regular, con 36%, seguida de cerca por la categoría 'mala' con 32%, así como por los mencionaron que esta integración es pésima (16%).

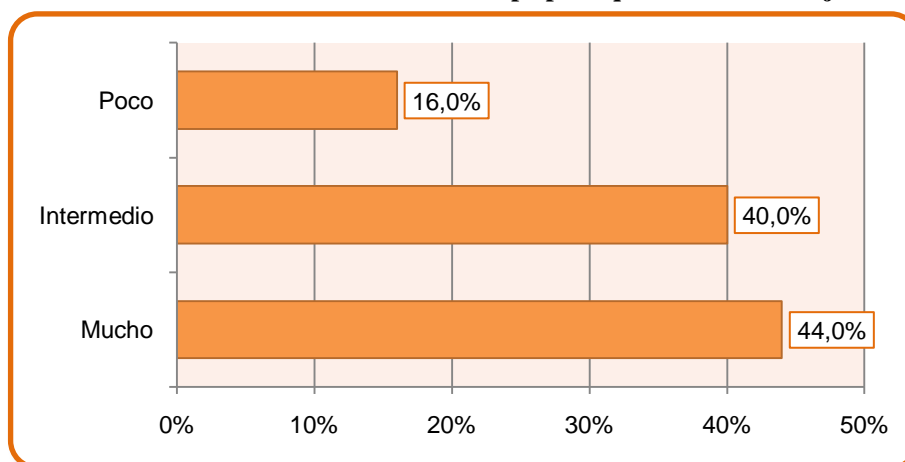
Gráfica 36. Integración con internet



Fuente: Encuesta de evaluación de la calidad del software de consulta externa especializada del HONAC

Otro de los aspectos considerados fue el tiempo que tarda el software en ejecutarse, al respecto, la gran mayoría de personal de salud que se consultó manifestó que se tarda mucho o se tarda un tiempo intermedio (44% y 40%, respectivamente). Solo el 16% de estas personas expresaron que la aplicación de consulta externa tarda poco (Gráfica 37).

Gráfica 37. Consideraciones sobre el tiempo para que el software se ejecute

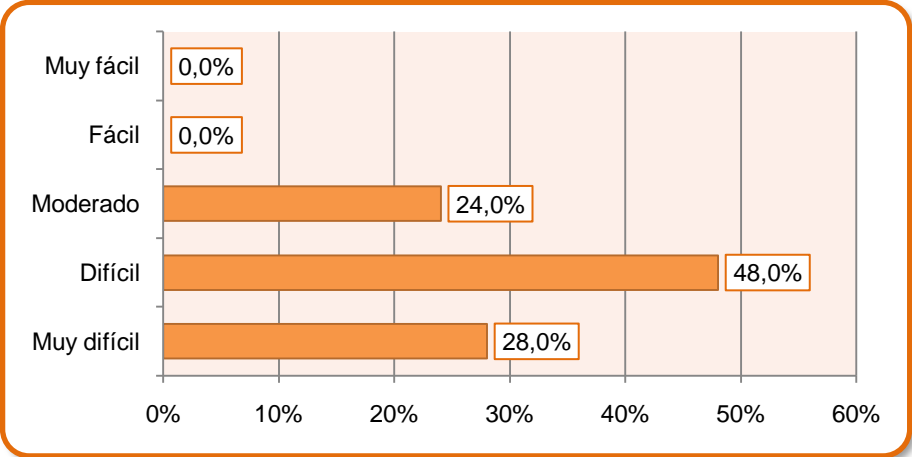


Fuente: Encuesta de evaluación de la calidad del software de consulta externa especializada del HONAC

Se observó que la mayoría de entrevistados coincidieron en que el proceso para impresión de fórmulas médicas empleando el software de consulta médica externa especializada, resulta complicado. La Gráfica 38 muestra que, para casi la mitad de sujetos estudiados, el

proceso de impresión de estas fórmulas es difícil (48%), para otros es muy difícil (28%) y para otros más es moderad (24%). Nótese que ninguna persona respondió que era fácil, ni mucho menos muy fácil.

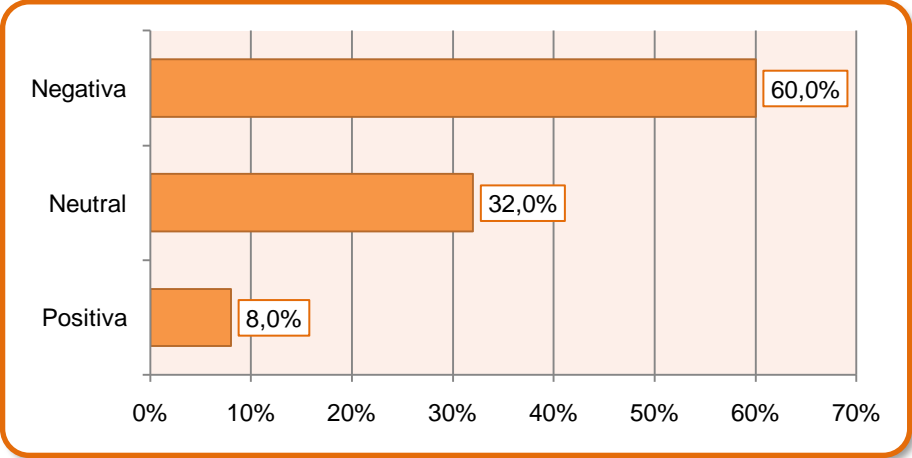
Gráfica 38. Consideraciones sobre el software en el proceso para impresión de fórmulas médicas



Fuente: Encuesta de evaluación de la calidad del software de consulta externa especializada del HONAC

Por último, se consideró el impacto del software sobre la contribución que tiene en el tiempo de atención de los usuarios, al respecto la Gráfica 39 permite afirmar que este impacto es marcadamente negativo (60%), en opinión del personal que utiliza esta aplicación. Un 32% piensa que es neutral, mientras solamente el 8% cree que es positivo.

Gráfica 39. Consideraciones sobre la contribución del software en el tiempo de atención de los usuarios



Fuente: Encuesta de evaluación de la calidad del software de consulta externa especializada del HONAC

6.5 RECOMENDACIONES Y MEDIDAS PARA SOLUCIONAR LOS PROBLEMAS DE CALIDAD ENCONTRADOS

En esta última parte del documento se enuncian las principales recomendaciones elaboradas con base en los hallazgos en torno a la calidad del servicio de consulta externa especializada del Hospital Naval de Cartagena.

Aunque a la mayoría de usuarios el médico especialista que llevó a cabo la atención permitió que participaran en las decisiones sobre el tratamiento, y pidieron autorización antes de iniciar los estudios o análisis, hubo algunos pacientes que se les permitió participaron en esto. Como la voz del paciente también cuenta y es importante dentro del proceso de atención, se recomienda al hospital que los médicos sean capacitados en estos aspectos, de tal forma que sean conscientes de esta situación. Y que en caso de no permitirle al usuario expresar su opinión, sean objeto de queja por parte de estos mismos.

El Hospital Naval de Cartagena debe permitirle al usuario hacer uso completo de su capacidad de elección a la hora de escoger el médico especialista. Para ello tiene que disponer de una adecuada sincronización y actualización constante de los horarios de los especialistas vinculados a la institución. Esto se logra a) con capacitaciones al personal que proporciona la cita médica con el especialista, y b) invirtiendo en sistemas de información y comunicación de fácil manejo y de adecuada tecnología.

En el ámbito de la oportunidad de la atención la institución tiene que mejorar los tiempos de atención al usuario, en la medida en que predominaron las quejas por las prolongadas esperas. Esta situación se podría mejorar adoptando sistemas electrónicos que estén adecuadamente integrados en las diferentes áreas de atención, y que sean de fácil uso de parte del personal encargado, con esto los pacientes experimentarían menos sinsabores a la hora de reservar una cita con el especialista, o mientras esperan en la sala a ser atendidos.

Se recomienda que la planta física en general, y que los baños en particular, sean constantemente limpiados, desinfectados, mantenidos en impecables condiciones y

ventilados, sobre todo teniendo en cuenta la cantidad de individuos que confluyen en estos espacios, y los eventuales padecimientos de los que puedan ser objeto. El personal de aseo debería ser aumentado en cantidad, y dotado de los materiales necesarios para lo anterior. Además debe inspeccionarse constantemente que realizan su labor de forma adecuada.

Por otro lado, en lo que respecta al software de consulta médica externa especializada, se recomienda a la administración del hospital llevar a cabo una intervención radical. Se proponen dos opciones: la primera es cambiar definitivamente de software, y la segunda es invertir en una actualización y capacitación al personal.

Por cualquiera de las dos que se opte es necesario enfocar los esfuerzos a la velocidad de trabajo que permite la aplicación, debe ser significativamente más sencilla, tanto de usar, como de aprender a trabajar con ella, y de imprimir fórmulas médicas. Especialmente tiene que poder permitir una integración entre las diversas áreas: médicas y administrativas, y que pueda funcionar de manera eficiente en la red. Con estas medidas se tendría una notoria reducción en los tiempos de atención y se podría trabajar de manera más eficiente de parte de administrativos y del personal de salud, y por tanto una mejor satisfacción del usuario en este sentido.

En general, la serie de medidas que se recomiendan están alineadas con la búsqueda de una mejor calidad del servicio de consulta externa. Se recomienda, para tener una perspectiva más comprehensiva y completa de la institución, llevar a cabo un trabajo que abarque otras dependencias, y que se desarrolle también desde la perspectiva del usuario, pero que involucre datos propios de la institución, como costos, manejo administrativo, entre otros.

7. CONCLUSIONES

La investigación desarrollada se constituye en el primer esfuerzo por comprender la calidad de la atención en consulta médica externa especializada en el Hospital Naval de Cartagena, por tanto resultó un trabajo pionero en este sentido, que cuando sus resultados sean adoptados por la administración de la institución se posibilitará el mejoramiento de la prestación de este servicio, por medio de la elevación de la calidad.

Ahora bien, sobre el perfil demográfico y socioeconómico de los usuarios puede decirse que estos eran generalmente personas jóvenes, de ambos géneros, predominantemente de estrato 3, que conviven con una pareja, con ingresos casi siempre inferiores a \$ 1 millón, con educación superior, empleados, y que además, eran usuarios de los servicios de oftalmología, medicina interna, traumatología y ortopedia.

Se concluye que los usuarios se encuentran satisfechos con el trato que recibe de parte del personal de salud de la institución, así mismo demostraron satisfacción con las explicaciones que reciben y las preguntas que pueden hacer respecto al padecimiento y tratamiento. Con la oportunidad en la atención la mayoría de usuarios estuvieron notablemente insatisfechos, en tanto que la fecha de la cita con el especialista tarda mucho en ser asignada, de igual forma el tiempo en ser atendido a partir de la hora de la cita es notoriamente mucho. De igual forma se encontró insatisfacción en cuanto a las condiciones físicas de la institución durante las consultas externas de las especialidades (baños, consultorios, sala de espera, mobiliario).

En general, se puede concluir, que frente a los aspectos que dependen del médico especialista y la enfermera de esas dependencias, los usuarios mostraron mayor satisfacción, en contraste, con aquellos que son producto de la gestión y la organización administrativa (estado de infraestructura y tiempos de atención), se detectó insatisfacción.

Sobre el software de consulta médica externa especializada se concluye que su impacto en el desempeño del área es notablemente negativo. Pues genera poca velocidad en el trabajo,

es difícil y genera una sensación negativa al usarlo, generalmente se requiere ayuda para su uso, tampoco permite la integración entre diferentes áreas médicas y administrativas del hospital, ni con internet, además se considera que contribuye negativamente al tiempo de atención de los usuarios y hace difícil imprimir fórmulas médicas. Todo esto repercute evidente y notablemente sobre la calidad del servicio que se ofrece.

Como conclusión final se plantea que el Hospital Naval de Cartagena debe tomar medidas radicales como parte de la mejora de la calidad, para que los usuarios se sientan conformes con el servicio que se les proporciona y con las condiciones en que se les brinda.

8. PRESUPUESTO

Rubro	Elemento	Cantidad	Valor unitario	Valor total
Recurso Humano	Asesor Disciplinar			
	Dr. Fabio Duitama	10 horas	\$ 55,000.00	\$ 500,000.00
	Investigadores			
	María Karina Salazar Palacio	20 horas	\$ 5,000	\$ 100,000.00
	Lucedis Mejía Padilla	20 horas	\$ 5,000	\$ 100,000.00
	Subtotal			\$ 700,000
Papelería	Resma de papel (500 hojas)	2	\$ 6,500.00	\$ 13,000.00
	Cartucho para Impresora (Tinta Negra)	2	\$ 28,000.00	\$ 56,000.00
	Cartucho para Impresora (Tinta a Color)	1	\$ 35,000.00	\$ 70,000.00
	Anillado	2	\$ 3,500.00	\$ 7,000.00
	Lapicero Kilométrico (caja de 12 unidades)	2	\$ 8,400.00	\$ 16,800.00
	Caja de marcadores (resaltadores)	1	\$ 7,000.00	\$ 7,000.00
	Fólder de Cartón	80	\$ 200.00	\$ 16,000.00
	Compendio de normas ICONTEC 2006-2007	1	\$ 7,500.00	\$ 7,500.00
	Subtotal			\$ 193,300.
Transporte	Desplazamiento universidad de Cartagena-Hospital Naval	80	\$ 1,000.00	\$ 80,000.00
	Desplazamiento Hospital Naval-universidad de Cartagena	80	\$ 1,000.00	\$ 80,000.00
	Subtotal			\$ 160,000
Fotocopias	Fotocopias	310	\$ 100.00	\$ 31,000.00
	Subtotal			\$ 31,000
TOTAL				\$ 1,084,300

9. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	Duración del estudio																											
	Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto			
Elaboración del proyecto	<div></div>																											
Aprobación del proyecto					<div></div>																							
Recolección de la información									<div></div>																			
Procesamiento de la información																					<div></div>							
Revisión de literatura																									<div></div>			
Análisis de la información																									<div></div>			
Elaboración de informes																									<div></div>			
Aprobación informe final																									<div></div>			
Organización y sustentación del trabajo final																									<div></div>			

10. GLOSARIO DE TÉRMINOS

Aceptabilidad: incluye dos dimensiones; la primera alude a la satisfacción del paciente o grado de cumplimiento de sus expectativas en cuanto a la atención recibida y los resultados de la misma, y la segunda a la cooperación del paciente o grado en que éste cumple el plan de atención.

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

Adecuación: relación entre la disponibilidad de los servicios y las necesidades de una población; implica acomodar los servicios sanitarios a las necesidades de esa población. Posee un componente numérico (cantidad total de servicios con relación a las necesidades) y un componente de distribución (disponibilidad de los servicios en cada zona y por subgrupos poblacionales).

Calidad científico-técnica: grado de aplicación de los conocimientos y tecnologías médicas disponibles.

Continuidad: Implica contemplar el tratamiento del paciente como un todo, en un sistema de atención integrado. Para que el plan de cuidados de un paciente progrese sin interrupciones, los servicios deben ser continuos y estar coordinados. Continuidad implica coordinación.

Decreto: Un decreto es un tipo de acto administrativo emanado habitualmente del poder ejecutivo y que, generalmente, posee un contenido normativo reglamentario, por lo que su rango es jerárquicamente inferior a las leyes.

Demanda de los servicios de salud: La demanda está definida, según la OPS, como la necesidad de atención médica asistencial de la comunidad, identificada ésta, como un servicio y/o prestación que se debe brindar. Ésta puede ser espontánea, promovida (inducida) o potencial.

Disponibilidad/accesibilidad: el primero de estos elementos, la disponibilidad, se refiere al grado en que los servicios sanitarios se hallan en estado operativo; los servicios sanitarios, por regla general, deben estar disponibles cuando lo precise el paciente. Por su parte, la accesibilidad depende de la facilidad con que se accede a los servicios médicos, que puede encontrarse con diversas barreras económicas, geográficas, de organización, psíquicas y culturales.

Efectividad: se refiere al impacto de un determinado procedimiento o práctica asistencial, en términos de mejoras del nivel de salud; alude también a la relación entre el impacto real de un servicio o programa y su impacto potencial en una situación ideal.

Eficiencia: relación entre el impacto real de un servicio o programa y su coste de producción. Comprende dos características: idoneidad de los servicios y costes de los mismos.

Epidemiología: La epidemiología es una disciplina científica que estudia la distribución, la frecuencia, los determinantes, las relaciones, las predicciones y el control de los factores relacionados con la salud y con las distintas enfermedades existentes en poblaciones humanas específicas.

Habilitación en los servicios de salud: La habilitación se entiende como el cumplimiento de requisitos mínimos de garantía en la prestación de servicios de salud y consta de tres condiciones: suficiencia patrimonial y financiera, condiciones técnico-administrativas y condiciones técnico-científicas.

Ley: La ley (del latín *lex*, *legis*) es una norma jurídica dictada por el legislador, es decir, un precepto establecido por la autoridad competente, en que se manda o prohíbe algo en

consonancia con la justicia. Su incumplimiento trae aparejada una sanción.

Morbilidad: es la cantidad de personas o individuos que son considerados enfermos o que son víctimas de enfermedad en un espacio y tiempo determinados. La morbilidad es, entonces, un dato estadístico de altísima importancia para poder comprender la evolución y avance o retroceso de alguna enfermedad, así también como las razones de su surgimiento y las posibles soluciones.

Mortalidad: La mortalidad nos indica el número de fallecimientos de una población en concreto por cada 1000 habitantes, durante un período de tiempo determinado.

Natalidad: La natalidad es el número proporcional de los nacimientos que acontecen en una población y un tiempo determinados. Para la demografía, la tasa de natalidad es una medida de cuantificación de la fecundidad.

Oferta de los servicios de salud: La oferta de servicios de salud, según la Organización Panamericana de Salud -OPS-, se refiere al Conjunto de medios directos y específicos destinados a poner al alcance del mayor número de personas y de sus familias, los recursos de diagnóstico temprano, tratamiento oportuno, rehabilitación, prevención médica y fomento de la Salud.

Oportunidad: lleva implícito el compromiso de otorgar la atención médica en el momento que el paciente la necesita, para satisfacer sus necesidades de salud, sin tiempos de espera no justificados y sin diferimientos.

Perfil epidemiológico: es la expresión de la carga de la enfermedad (estado de salud) que sufre la población, y cuya descripción requiere de la identificación de las características que la definen, como: mortalidad, morbilidad y la calidad de vida.

Resolución: La resolución judicial es el acto procesal proveniente de un tribunal, mediante el cual resuelve las peticiones de las partes, o autoriza u ordena el cumplimiento de determinadas medidas. Son inferiores a las leyes y los decretos.

Satisfacción del profesional: grado de complacencia del profesional con las condiciones del trabajo.

Seguridad: balance positivo de la relación beneficios/ riesgos.

BIBLIOGRAFÍA

AGUIRRE GAS, Héctor. Sistema ISO 9000 o evaluación de la calidad de la atención medica. En: Medigraphic. 2008, vol. 76, no. 2.

BERENHOLTZ, Samuel, PUSTAVOITAU Audry, SCHWARTZ. Sam y PRONOVOST, Peter. How safe is my intensive care unit? Methods for monitoring and measurement. En: Current Opinions of Critical Care. 2007, vol. 13, no. 6. p 703-708.

CABRERA, Gustavo, BELLO, León y LONDOÑO, Jaime. Calidad Percibida por Usuarios de Hospitales del Programa de Reestructuración de Redes de Servicios de Salud de Colombia. En: Revista de Salud Pública. 2008, vol. 10, no. 4. p: 593-604.

CAMINAL, Josefina. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. En: Revista Calidad Asistencial. 2001, vol. 16, p. 276 – 279.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 100 de 1993: Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. En: Diario Oficial, 1993. [En línea] [Citado el 16 de octubre de 2013] disponible en internet: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1993/ley_0100_1993.html.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 1122 De 2007: Reglamentada parcialmente por el Decreto Nacional 313 de 2008, Modificada por el art. 36, Decreto Nacional 126 de 2010, en lo relativo a las multas por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. En: Diario Oficial, 2007. [En línea] [Citado el 16 de octubre de 2013] disponible en internet: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=22600>.

DONABEDIAN, Avedis. Evaluating the Quality of Medical Care. En: The Milbank Quarterly. 1984, vol. 83 no. 4. p 691–729.

GALVIA, Elidia y ORTIZ, Néstor. Medición de la satisfacción de clientes en clínicas y hospitales de Bucaramanga y área metropolitana. En: Scientia Et Technica. 2011, vol. 16, no. 49. p 92-97.

MINISTERIO DE SALUD DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Resolución 4445 de 1996: Por el cual se dictan normas para el cumplimiento del contenido del Título IV de la Ley 09 de 1979, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares. En: Diario Oficial, 1996. [En línea] [Citado el 16 de octubre de 2013] disponible en internet: <http://www.saludcapital.gov.co/Publicaciones/RESOLUCION%204445%20DE%201996.pdf>

MORENO, Elsa, CRIVELLI, Viviana et al. Calidad de la atención primaria: aporte metodológico para su evaluación. Universidad nacional de Tucumán: Tucumán, 2001, 75 p.

PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Decreto 1011 de 2006: Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En: Diario Oficial, 2006. [En línea] [Citado el 16 de octubre de 2013] disponible en internet: [http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/ormas/Normal.jsp?i=19975](http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=19975).

PRONOVOST Peter, WEAST, Bryan y HOLZMUELLER, C. Evaluation of the culture of safety: survey of clinicians and managers in an academic medical center. En: Qual saf health care. 2003, vol. 12, no 6. P 405- 410.

RIVEROS, Jorge y BERNE, Carmen. Análisis de la opinión de usuarios sobre calidad percibida y satisfacción con hospitales públicos: Estudio de caso desde la perspectiva de la aplicación del marketing. En: Revista Médica de Chile. 2007, vol. 135. p 862-870.

RODRÍGUEZ, Alfonso. Calidad en los servicios de salud. En: Horizonte sanitario. 2005, vol. 4, no. 1. p. 1-3.

ROMERO, Carlos. Seguridad y calidad en medicina intensiva. En: Medicina Intensiva. 2009, vol. 33, no. 7. p. 346-352.

SANTOS. Moisés y DE PASOS. Juan. La gestión de la calidad en las instituciones de salud. En: Medisur. 2009, vol. 7, no. 5. p 1-3.

ANEXOS

10.1 ANEXO 1: ENCUESTA APLICADA A LOS USUARIOS

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA DEL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA <small>Universidad de Cartagena, Departamento de Posgrado, Gerencia en Salud</small>		NÚMERO DE ENCUESTA:
<i>La información recolectada con la presente investigación es de carácter confidencial, se usará solamente con propósitos académicos.</i>		
1. Edad: _____ 2. Género: Masculino _____ Femenino _____		
3. Estrato de su vivienda: _____ 4. Estado civil: Casado _____ Unión libre _____ Soltero _____ Separado _____ Viudo _____		
5. Nivel aproximado de ingresos: _____		
6. Nivel educativo: Analfabeta _____ Primaria _____ Bachillerato _____ Técnico o tecnólogo _____ Universitaria _____ Posgrado _____		
7. Actividad principal: Trabajador independiente _____ Empleado(a) _____ Ama de casa _____ Estudiante _____ Desempleado(a) _____ Jubilado(a) o pensionado(a) _____		
8. Servicio que consulta:	Cirugía maxilofacial _____ Endodoncia _____ Cardiología _____ Cirugía pediátrica _____ Oncología _____ Otorrinolaringología _____ Traumatología _____ Pediatría _____	Rehabilitación oral _____ Ortopedia maxilar _____ Neurología _____ Cirugía plástica _____ Cirugía vascular _____ Psiquiatría _____ Oftalmología _____
Medicina interna _____ Gastroenterología adulto _____ Neurocirugía _____ Cirugía general _____ Anestesiología _____ Ortopedia _____ Urología _____		
Autonomía	9. Durante la consulta ¿el médico le permitió participar en las decisiones que se tomaron sobre su tratamiento? Sí _____ No _____	
Confidencialidad	10. ¿El médico le pidió autorización antes de iniciar los estudios o análisis? Sí _____ No _____	
Trato digno	11. ¿Habló con el(los) médico(s) en privado sin que otras personas (pacientes, personal de limpieza, etc.) pudieran escuchar? Sí _____ No _____	
Satisfacción del usuario con el trato	12. ¿La información que le proporcionó el médico sobre su problema de salud fue manejada de forma confidencial? Sí _____ No _____	
Comunicación	13. El trato de la enfermera fue... Amable _____ Poco amable _____ Grosero _____	
Trato digno	14. El trato del médico fue... Amable _____ Poco amable _____ Grosero _____	
Satisfacción del usuario con el trato	15. El trato de la persona que le otorgó la cita fue... Amable _____ Poco amable _____ Grosero _____	
Comunicación	16. ¿Cómo fue el trato del médico al momento de examinarlo(a) físicamente? Respetuoso _____ Poco respetuoso _____ Irrespetuoso _____	
Trato digno	17. ¿La privacidad en la que recibió la atención médica fue? Buena _____ Regular _____ Mala _____	
Satisfacción del usuario con el trato	19. En general, ¿qué tan satisfecho está con el trato recibido por parte de la enfermera? Satisfecho _____ Poco satisfecho _____ Insatisfecho _____	
Satisfacción del usuario con el trato	20. En general, ¿qué tan satisfecho está con el trato recibido por parte del médico? Satisfecho _____ Poco satisfecho _____ Insatisfecho _____	
Comunicación	21. Durante la consulta ¿el médico le permitió hablar sobre su problema de salud de forma? Detallada _____ Poco detallada _____ Limitada _____	
Comunicación	22. ¿El médico le explicó cuál era su problema de salud? Sí _____ No _____	
Comunicación	23. ¿El médico le explicó en qué consistiría su tratamiento? Sí _____ No _____	
Comunicación	24. La explicación que el médico le dio sobre su problema de salud fue... Clara _____ Poco clara _____ Confusa _____ No dio explicación _____	
Comunicación	25. La explicación que el médico le dio sobre su tratamiento fue... Clara _____ Poco clara _____ Confusa _____ No dio explicación _____	

Página 1 de 2

	26. El tiempo que el médico destinó a la consulta fue...	Suficiente___ Regular___ Insuficiente___
	27. El tiempo del que Ud. dispuso para preguntar sobre su padecimiento y tratamiento fue...	Suficiente___ Regular___ Insuficiente___
Satisfacción del usuario con la comunicación	28. En general, ¿qué tan satisfecho está con la explicación que recibió sobre su padecimiento y tratamiento?	Satisfecho___ Poco satisfecho___ Insatisfecho___
	29. En general, ¿qué tan satisfecho está con el tiempo que tuvo para preguntar sobre su padecimiento y tratamiento?	Satisfecho___ Poco satisfecho___ Insatisfecho___
Oportunidad en la atención	30. El tiempo que tardó en conseguir cita con el médico especialista luego de que el médico general lo atendió, le pareció...	Poco tiempo___ Regular___ Mucho tiempo___
	31. El tiempo que esperó para ser atendido por la enfermera, a partir de su llegada a la consulta externa de especialidades le pareció...	Poco tiempo___ Regular___ Mucho tiempo___
	32. El tiempo que esperó para pasar a consulta con el médico a partir de su hora de cita, le pareció...	Poco tiempo___ Regular___ Mucho tiempo___
Satisfacción del usuario con la oportunidad de la atención	33. ¿Cuál es su grado de satisfacción con el tiempo que esperó para conseguir cita con el médico especialista?	Satisfecho___ Poco satisfecho___ Insatisfecho___
	34. ¿Cuál es su grado de satisfacción con el tiempo que esperó para pasar a consulta médica a partir de su hora de cita?	Satisfecho___ Poco satisfecho___ Insatisfecho___
Condiciones de la planta física	Cómo considera que se encuentran las siguientes instalaciones...	
	35. Consultorio	Limpios___ Algo limpios___ Sucios___
	36. Baños	Limpios___ Algo limpios___ Sucios___ No los usa___
	37. Ventilación de la sala de espera	Buena___ Regular___ Mala___
	38. Ventilación del consultorio	Buena___ Regular___ Mala___
	39. Ventilación de los baños	Buena___ Regular___ Mala___ No los usa___
	40. Las bancas y sillas	Cómodas___ Algo cómodas___ Incómodas___
Satisfacción del usuario con las condiciones de la planta física	41. Cuál es su grado de satisfacción con respecto a las condiciones físicas de la consulta externa de las especialidades	Satisfecho___ Poco satisfecho___ Insatisfecho___
Capacidad de elección	42. ¿Participó Ud. en la elección del médico especialista que lo atendió?	Sí___ No___
	43. ¿Puede Ud. elegir cabio de médico especialista en caso de no sentirse satisfecho con la atención del médico que le asignaron?	Sí___ No___

Muchas gracias por su tiempo

10.2 ANEXO 2: ENCUESTA APLICADA AL PERSONAL DE SALUD

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD RESPECTO AL SOFTWARE DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA DEL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA Universidad de Cartagena, Departamento de Posgrado, Gerencia en Salud	NÚMERO DE ENCUESTA:	
---	---------------------	--

La información recolectada con la presente investigación es de carácter confidencial, se usará solamente con propósitos académicos.

Por favor, califique los siguientes aspectos en torno a diferentes atributos del software de consulta externa especializada del Hospital Naval:

1. Velocidad de trabajo	Alta___ Moderada___ Poca___ Muy poca___
2. Grado de dificultad al utilizarlo	Muy difícil___ Difícil___ Moderado___ Fácil___ Muy fácil___
3. Sensación al utilizarlo	Positiva___ Neutral___ Negativa___
4. Tiempo de aprendizaje para el manejo	Mucho___ Intermedio___ Poco___
5. Necesita asistencia para su uso	Sí___ Algunas veces___ No___
6. Permite la integración entre diferentes áreas médicas y administrativas del hospital	Mucho___ Intermedio___ Poco___ Ninguna___
7. Integración con internet	Mucha___ Intermedia___ Poca___ Ninguna___
8. Tiempo para ejecutarse	Mucho___ Intermedio___ Poco___
9. Proceso para impresión de fórmulas médicas	Muy difícil___ Difícil___ Moderado___ Fácil___ Muy fácil___
10. Contribución en el tiempo de atención de los usuarios	Positiva___ Neutral___ Negativa___