
**Evaluación de las causas de
pacientes poli-consultantes
en el servicio de consulta
externa de medicina general
de la organización clínica
general del norte sede
Cartagena en el periodo
comprendido a Octubre del
2010 a febrero del 2011**

Proyecto de Investigación.
Promoción XX

Isaura M. Pájaro Mendoza.

TABLA DE CONTENIDO

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROYECTO.....	4
1.PLANEACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	6
1.1Tema.....	6
1.2 Título de la Investigación.	6
1.3 Descripción del problema.....	6
2. OBJETIVO GENERAL	11
2.1 Oobjetivos específicos	11
3. JUSTIFICACION	12
4. DELIMITACIÓN.....	14
4.1 Delimitación temporal.....	14
4.2 Delimitación espacial.....	14
5. MARCO TEORICO	15
5.1 Antecedentes Históricos	15
5.2 Antecedentes de Investigación.....	21
5.3 Marco Institucional y/o demográfico	29
5.4 Marco Conceptual.....	32
5.5 Marco Legal	43
5.6 Glosario de Términos.....	52
6. OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	54
7. CRONOGRAMA.....	59
8. PRESUPUESTO	60
9. METODOLOGIA.....	61
9.1. Tipo de estudio.....	61
9.2 Población y muestra.....	62

9.3 Recolección de datos – fuentes utilizadas:.....	63
9.4 Planeación del trabajo de campo	67
10. ANÁLISIS DE RESULTADOS	68
10.1 Características de los pacientes poli consultantes.....	68
10.2 Costo de la Atención Médica de los poli consultantes.....	70
10.3 Hallazgos Administrativos	75
10.4 SUGERENCIAS DE ESTRATEGIA.....	76
11. CONCLUSIONES	78
12. ANEXOS	80
12.1 ENCUESTA SOBRE SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA MEDICINA GENERAL ORGANIZACIÓN CLINICA GENERAL DEL NORTE.....	80
12.2 ENCUESTA SOBRE SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA MEDICINA GENERAL ORGANIZACIÓN CLINICA GENERAL DEL NORTE.....	82
13 .BIBLIOGRAFIA	84

INDICÉ DE GRAFICAS Y TABLAS

Grafica 1.....	68
Grafica 2.....	68
Grafica 3.....	69
Grafica 4.....	70
Tabla 5	73
Tabla 6	74
Grafica 7.....	75
Grafica 8.....	75

INTRODUCCION

La poli-consulta es un mal social muy poco definido, ya que, solo se reconoce su existencia; Para los centros de salud primaria es necesario crear políticas y metodologías de evaluaciones claras al respecto, que permitan identificar y justificar sus inversiones en salud, para así poder analizar sobre este tema en las organizaciones, permitiendo aligerar los sistemas y optimizando recursos físicos y humanos.

Para la institución de estudio la Organización Clínica General del Norte el fenómeno de paciente poli-consultante se define como el usuario que accede a más de tres consultas por medicina general al mes. Estos pacientes poli-consultantes manifiestan su necesidad de servicios médicos en elevados números de consultas en la misma unidad de atención o en otras clínicas u hospitales. Esta conducta amerita ser evaluada no solo por su magnitud sino en especial por las causas que la provocan, permitiendo la identificación de los impactos que se producen en los centros de salud.

Estos pacientes hacen surgir una carga mayor en los sistemas, a través de la poli-consulta, lo que produce el aumento en las listas de espera, saturación en las horas de atención de profesionales, lo que ocasiona la pérdida de calidad en la prestación del servicio de salud en las instituciones. La problemática de los poli-consultantes nunca se ha intervenido, tampoco se conoce la experiencia al respecto, por lo que nos preguntamos si esta conducta poli-consultante se desarrolla debido a que el actual sistema de salud no satisface las necesidades de los usuarios, o debido a que es parte de nuestra propia cultura e inseguridad que nos lleva a consultar por múltiples y difusos síntomas.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROYECTO

1. PLANEACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Tema

Identificación de las causas de pacientes poli-consultantes de la consulta externa de medicina general de la organización clínica general del norte sede Cartagena.

- LINEA DE INVESTIGACION: Evaluación de la Calidad y Servicios en Prestadores de Servicios de Salud.

1.2 Título de la Investigación

“Evaluación de las causas de pacientes poli-consultantes en el servicio de consulta externa de medicina general de la organización clínica general del norte sede Cartagena en el periodo comprendido a Octubre del 2010 a febrero del 2011”

1.3 Descripción del problema

La Organización Clínica General del Norte programa Magisterio es una entidad de carácter privado que brinda a sus afiliados y beneficiarios servicios de consulta externa de medicina general y especializada ,servicios de atención de promoción y prevención , odontología , fisioterapia , fonoaudiología , psicología, nutrición , farmacia , programación de cirugías y laboratorio clínico. Estos servicios son de baja y mediana complejidad que los presta en la unidad de atención ambulatoria ubicada en el barrio Chipre calle 31 Mz 6 lote 26 ofrecidos para los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del magisterio y sus beneficiaros a través de Contrato con Fiduprevisora S.A. En la unidad de atención ambulatoria se ha detectado el fenómeno de pacientes

poli consultantes definiéndose este como el usuario que accede a más de tres consultas por medicina general al mes. Esta es la definición de pacientes poli-consultantes para la organización. Estos pacientes poli-consultantes manifiestan su necesidad de servicios médicos en elevados números de consultas en la misma unidad de atención o en otras clínicas u hospitales. obedece a una conducta que amerita ser evaluada no solo por su magnitud sino en especial por las causas que la provocan permitiendo la identificación de la necesidad de incluir a sus familias y redes de apoyo para brindar un servicio bajo la percepción sistemática que nos proporcione un enfoque psicosocial de su entorno . Este evento se ha venido observando y evaluando desde el momento en que el paciente requiere el servicio, se ha determinado que a través de la implementación del modelo de atención integral de salud a los afiliados, se detectaron los pacientes que cumplen criterios para definirlos como pacientes poli consultante identificándose una estadísticas de 854 pacientes poli consultantes de los cuales el 78 % de ellos son mujeres en edades comprendidas entre los 39 y 64 años de edad solteras actualmente activas en su trabajo el 40 % de esta población se dedica a la docencia. Esto a generando una serie de dificultades para la prestación de estos servicios identificándose el fenómeno de la inoportunidad en la entrega de citas de medicina general que de acuerdo a los términos de referencia y Contra referencia de la organización debe asignar las citas medicas en un periodo no mayor a las 24horas. Se identifico que por el evento de los pacientes poli-consultantes se incremento a 72 horas la oportunidad de asignación de citas de medicina general de consulta externa ocasionando falla en el cumplimiento de los lineamientos o estándares de los proceso para la asignación de las citas medicas de consulta externa de medicina general. Así mismo se evidencia aumento en los costos financieros para la organización identificándose que esta población presenta mayores gastos en procedimientos de primer y segundo nivel, medicamentos y mayores remisiones a especialistas. De Igual manera se evidencia el fenómeno de sobre utilización de recursos generando incremento, sobre carga laboral a los profesionales de salud por que se le suma más pacientes según lo establecidos para la atención satisfaciendo así la necesidad del servicios a nuestros

usuarios ,esto satura las horas medicas contratadas con el profesional de medicina general buscando como objetivo la satisfacción de nuestros usuarios y así desde el punto de vista de los usuarios lograr mejorar la calidad de vida de estos. Así mismo se puede evidenciar el fenómeno de situación estresante para el usuario y el profesional de salud ocasionando una crisis de los servicios, pacientes con diagnósticos tratados y para el criterio clínico no presenta una patología que requieran controles en menos de un periodo de 30 días ocasionado insatisfacción o molestia al usuario y al profesional un estrés por no satisfacer a plenitud las necesidades del paciente ya que pueden estar sobrepasados clínicamente con el diagnostico y el tratamiento para dicho paciente. De acuerdo a lo anterior es necesario intervenir a los pacientes poli-consultantes desde una perspectiva holística en el cual incluyamos al paciente y familia debido a que estas poli-consultas se pueden estar presentado por problemas de disfunción familiar lo que requieren de una atención basando en el modelo familiar en el cual se incluya la familia en el diagnostico y tratamiento para mejorar la calidad de vida del paciente y la familia permitiendo optimizar y disminuir los costos asociados al fenómeno , sobre carga laboral del profesional de salud y estrés en el usuario y profesional de salud. ¹ Por lo anterior nos surge el interrogante.

¿Cuáles son las causas que generan las poli-consultas en el servicio de consulta externa de medicina general en la unidad ambulatoria de la organización clínica general del norte sede Cartagena?

La propuesta de un nuevo modelo de atención, se realiza sobre el supuesto de que existe un modelo anterior, que está arraigado en los equipos de salud, y que ha sido transmitido a través de generaciones. Este modelo es la expresión de un paradigma que conceptúa salud y enfermedad desde una perspectiva biomédica.

Para definir un nuevo modelo de atención, es necesario fundamentarlo en otro paradigma, que ofrezca una perspectiva más amplia y apropiada, para enfrentar los nuevos desafíos en salud. El paradigma biopsicosocial de la salud, ofrece una visión integral del fenómeno salud-enfermedad que, sin

¹ Basic Epidemiological Methods and biostatics Boston Jones and Bartlett publishers 1905

desconocer sus aspectos más biológicos, incorpora otras dimensiones, imprescindibles para el estudio y abordaje del complejo panorama epidemiológico que enfrenta la sociedad.

La salud familiar surge como un buen medio para trasladar esta teoría de la salud, a un terreno más pragmático y operativo, identificando una serie de elementos que permiten construir un modelo de práctica, específico y reproducible. Lo familiar, apellido de este enfoque, representa la necesaria mirada del ambiente social que rodea a cada persona y que constituye un referente obligado para entender e intervenir sobre cualquier problema de salud. Sin embargo, no representa obligatoriamente la necesidad de enfocar la intervención en salud sobre la familia como tal.

A continuación, se describen los elementos que constituyen el Modelo de Atención propuesto, tomando como base los componentes de la salud familiar. El Modelo de atención en salud familiar se define a partir de su centro, que es la persona. El modelo tradicional, ha tendido a estrechar su foco: desde la persona como un todo, hacia sus componentes; y, especialmente, hacia sus enfermedades. Esta visión “especializada” ha facilitado la deshumanización de la relación.

Corresponde a este nuevo Modelo, corregir esta desorientación, para volver a colocar a la persona en el centro de la atención, como objeto de la misma y sujeto responsable de su propio cuidado. Se considera a la persona en salud y enfermedad, en el entendido que ambos estados están en un equilibrio dinámico, sobre el cual se debe intervenir, en beneficio de la salud. Significa, además, considerar a la persona en toda su potencialidad y complejidad; con su biología, su psiquis, su cultura, sus valores y su entorno social y ambiental. Además, con una historia y porvenir. Cualquier decisión sobre el cuidado de la salud, deberá considerar, en mayor o menor medida, estas dimensiones, irrepetibles, en cada una de las personas. Con esta visión, la familia adquiere un papel fundamental, pues constituye el ámbito de mayor influencia en la persona, a lo largo de toda su vida. El modelo de atención de salud, se define a partir de la relación establecida entre un profesional y una persona, en torno a un problema vinculado a la salud. El primero actúa como experto en un

conjunto de conocimientos, destrezas y técnicas, que lo habilitan para intervenir en este ámbito; el segundo, como sujeto portador de problemas, o necesidades de salud, pudiendo ejercer un papel más o menos activo en esta relación.

El cambio en el modelo de atención, requiere, necesariamente, modificar en profundidad esta “relación asistencial”. Existen, por lo menos, dos aspectos de la misma, que deben ser replanteados: el que se refiere a la autoridad y el poder que se pone en juego, y el de las responsabilidades de cada uno de los actores.

La relación tradicional entre el médico y su paciente, ha tendido a ser desigual y vertical. El médico representa la autoridad sobre un tema vital para el individuo; especialmente, si se encuentra enfermo. El paciente es quien viene a solicitar el auxilio del médico, en quien deposita su confianza. Las decisiones las toma el primero y las obedece el segundo.

En el nuevo modelo, esto cambia: los integrantes del equipo de salud, si bien tienen el dominio sobre una buena parte de los conocimientos y destrezas necesarias para la intervención, reconocen que carecen de otra, fundamental, al momento de decidir: la persona, sana o enferma, conoce mejor que nadie sus circunstancias personales, familiares y ambientales; así como posee valores y creencias; todos, factores cruciales a considerar en la intervención. De esta manera, sus capacidades se suman al servicio del mejor cuidado de la salud.

Por todo lo anterior la mejor estrategia para optimizar el servicio de atención médica en la unidad de atención ambulatoria de la clínica General del Norte sede Cartagena es implementar el modelo de atención integral en salud familiar.²

² Modelo en salud familiar. Una propuesta para contribuir al cambio. Peñaloza, Blanca; Rojas, Paula; Rojas, Ma. Paulina; Tellez, Alvaro. Santiago de Chile, 2001.

2. OBJETIVO GENERAL

Evaluar las causas de poli-consulta en los usuarios del programa magisterios en la unidad de atención ambulatoria en el servicio de consulta externa de medicina general de la organización general del norte en el periodo comprendido entre Octubre del 2010 a febrero del 2011 para sugerir estrategias que permitan optimizar y mejorar la calidad del servicio.

2.1 Objetivos específicos

- Caracterizar a los pacientes poli consultantes de acuerdo a las variables sociodemográficas
- Identificación de los causa de policonsultantes presentados en el servicio de consulta externa de medicina general.
- Evaluar el impacto económico que genera el fenómeno para la institución
- Sugerir estrategias para disminuir las causas de esto.

3. JUSTIFICACION

Por medio de este proyecto de investigación nos permitiremos reconocer las causas que presentan los pacientes poli consultantes en el servicio de consulta externa de medicina general. Permitiendo optimizar y mejorar la calidad de vida de estos pacientes, proporcionando estrategias que nos permitan disminuir este evento. Este fenómeno es definido igualmente como somatización con componentes psicosociales afectando así las necesidades planteadas por estos pacientes que trascienden los fenómenos de salud física comúnmente considerados por los médicos a ubicarlos a un plano psicológico o social de la misma manera nos permitirá evitar la sobre utilización de los recursos no permitiendo que la practica medica no satisfacen, en la mayoría de los casos , las necesidades reales que mueven a buscar la atención y que pueden ser resueltos por el consumo ritual de los medicamentos ³ para evitar la apariciones de enfermedades psicológicas o disminuyendo en ciertas medidas las condiciones de estrés en el cual se encuentran sometidos los pacientes poli-consultantes obteniendo los elevados ingresos a consulta medicas la disminución de cierta problemática que ellos están presentando es por esto que es de suma importancia investigar los factores psicosociales afrontados por el paciente y evaluar sus patologías basados en el modelo familiar, enfocados a la teoría sistémica que lo que afecta a una parte del sistema afecta todos.

Los pacientes poli consultante en gran medida han estado en contacto a una percepción de factores de que la enfermedad es resultado de factores psicosociales, psicológicos, sociológicos y culturales independientemente de la base genética, fisiológica o biológica de la patología.

Generando la aparición de enfermedades somáticas ocasionando la elevada necesidad de consultar o requerir una atención medica para su problema de salud. Encontrando que estos pacientes utilizan cupos destinados a morbilidad en nuestro centro de atención, presentando normalmente síntomas orgánicos sin causa aparente, síntomas múltiples, recurrentes e inexplicables, este tipo

³ Camacho eyda y alfaró.j.la seguridad social en costa rica y la llamada "deshumanización" de los servicios médicos. revista centroamericano de ciencias de la salud 1977; 8:75-96

de pacientes provocan una carga mayor en el sistema a través de la poli consulta, lo que lleva a elevar nuestra lista de espera con interconsultas y copar las horas de atención de profesionales, tomas de exámenes y lo que significa un mayor gasto de la costo efectividad de las acciones que realizan los centros de salud a sus usuarios. La problemática de los poli consultantes nunca se ha intervenido, tampoco se conoce la experiencia al respecto, por lo que nos preguntamos si esta conducta poli consultante se desarrolla debido a que el actual sistema de salud no satisface las necesidades de los usuarios, o debido a que es parte de nuestra propia cultura e Inseguridad, que nos lleva a consultar con diferentes profesionales respecto a múltiples y difusos síntomas o finalmente dependerá de su funcionalidad familiar real y apoyo social. ⁴ Por esto es necesario intervenir a estos pacientes, junto a sus familias, para poder lograr una concientización y apoyar un cambio de conducta de estos poli consultantes para obtener la satisfacción de los usuarios. A diferencia se puede estar presentando el caso de que los usuarios que requieren la atención no se encuentran satisfecho con la atención prestada por los profesionales por la falta de pericia, o atención deshumanizada que para el usuario no es considerado como una buena prestación de servicio es necesario que sea resaltado que el actual sistema de salud está permitiendo que los servicios se brinden como una comercialización y no como un derecho fundamental de carácter prestacional para permitir que la salud de los usuarios se ofrezca a través de una perspectiva holística y de calidad para así contribuir a la salud de ellos y sus familias.

⁴Di Silvestre C. Somatización y percepción subjetiva de la enfermedad. Cinta de maebio Nº 4. Santiago de Chile, Diciembre 1998.

American Psychiatric association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM – IV. Washington DC, American psychiatric, 1994.

Merck, trastornos mentales, capítulo 82; trastornos somatoformes

4. DELIMITACIÓN

El presente proyecto de investigación tiene como propósito evaluar las causas de poli-consulta en los usuarios del programa magisterios en la unidad de atención ambulatoria en el servicio de consulta externa de medicina general de la organización clínica general del norte en la ciudad de Cartagena en el periodo comprendido entre Octubre del 2010 a febrero del 2011. La cual solo se incluirá los pacientes con una frecuencia de uso de 3.5 consultas de medicina general y que se encuentre radicado en la ciudad.

No se incluye los pacientes con enfermedades crónicas así mismos los paciente que se encuentra en programas promoción y prevención debido a que su manejo es periódica y mayor de 3.5 la frecuencia de la atención por medicina general y especialista.

4.1 Delimitación temporal

El proyecto de investigación se desarrollara con el análisis de los rips de consulta externa desde el 1ro de Octubre de 2010 hasta 28 de febrero de 2011. De los consolidados de gastos por consulta externa medicina general por mes, de encuestas con 6 preguntas cerradas y 1 abierta tanto a pacientes como a médicos de la sede.

4.2 Delimitación espacial

La investigación se desarrollara en la unidad de atención ambulatoria de la organización clínica general del norte de Cartagena, ubicada en el barrio Chipre calle 31 manzana 6 lote 26.

5. MARCO TEORICO

5.1 Antecedentes Históricos

Los primeros médicos lógicamente fueron los brujos, médicos sanadores, curanderos de cada tribu que, basados en su observación de lo natural, lograban obtener, con diversos resultados (buenos o malos) remedios naturales extraídos de plantas y animales.

Hace cientos de años, el arte y la ciencia de la medicina era ejercida casi en exclusiva por mujeres. Ello dependía de la casta y pueblo en donde se ejercía. Los primeros médicos como tal, fueron las sacerdotisas de templos dedicados a deidades para la sanación. Muchas de las “curas” llevaban implícito el factor “sexo” para lograr el restablecimiento de la salud. Ello llevó a los historiadores a asumir falsamente que, el arte de la sanación era practicada por “prostitutas”; ya que aún en la actualidad, las personas NO entienden que el acto sexual lleva implícito en sí, muchos más factores que el mero placer.

Posteriormente, el arte se fue adecuando al paso del tiempo, con lo cual, empezó a utilizarse los principios científicos para la practica de la medicina. Fue así que surgieron médicos (hombres pues la sociedad machista no permitió a las mujeres durante mucho tiempo ejercer el arte), que prestaban sus servicios en pueblos grandes o pequeños, a cambio de retribuciones económicas. Aun así tenían que pasar muchos más años para que la medicina llegase a ser lo que es hoy en día.

La evolución del ejercicio de la medicina, así como de la enfermería ha sido lenta pero constante. Mal interpretada la mayor parte del tiempo, y aplicando diversos principios y disciplinar la mayor de las veces; ha presentado un acelerado desarrollo durante el siglo pasado y el presente. Una herida que antes significaba la muerte en la actualidad significa un reto más en la atención de médicos y enfermeras.

Así mismo, la atención médica pasó de prestarse en templos, en pequeños pueblos, a brindarse en asilos, hospitales y clínicas. Actualmente, la atención médica se divide en niveles, abarcando la atención en Consultorios médicos privados, de empresas (EPS), clínicas generales y especializadas, hospitales de I, II, III, y IV nivel, siendo estos últimos los más especializados.

Toda esta gama de posibilidades de atención médica; amplía el rango de oportunidades

El origen del Modelo de Poli consulta tiene su origen en el campo de la consulta médica en el siglo XIX por lo cual puede decirse que deriva del Modelo Clínico. En el campo de las organizaciones se señala a Witmer como el pionero de la consulta en el área de la psicología. En 1959 Lippit implementó el concepto de Consultor, el cual era concebido como agente de cambio en las empresas. De aquí se insatura o se genera concepto de poli consulta donde es un deterioro de la consulta por efecto de insatisfacción del usuario consultante.⁵

En el campo de la Salud Mental fueron los trabajos de Gerald Caplan durante la Segunda Guerra Mundial a niños refugiados en Israel los que dieron el impulso que actualmente tiene la consulta. Caplan y su equipo formaron a otros profesionales en cuanto a los servicios de salud mental, naciendo así la Consultoría en Salud Mental. Caplan distinguía cuatro tipos de consulta: la centrada en el cliente, centrada en el consultante, centrada en el programa y la centrada en la organización.

En el campo Educativo algunos autores como Martínez, Quintanal y Téllez (2002) señalan a Patouillet en Estados Unidos, como el pionero de la consulta en este ámbito debido a su empeño de insertar en las escuelas al profesional de la orientación para ayudar a las personas con necesidades educativas especiales las cuales se estaban insertando en las escuelas en los años sesenta.

⁵ Martínez, Quintanal y Téllez (2002) señalan a Patouillet en Estados Unidos Manejo de pacientes Policonsultantes.

Autores como Bisquerra (2008, p. 103), señala que Morril, Oetting y Hurst en 1974 fueron los primeros en proponer la consulta y formación como uno de los métodos de intervención en orientación, iniciando así un crecimiento hasta la actualidad del Modelo de Consulta.⁶

El Modelo de Consulta se diferencia del Modelo de Counseling básicamente en que la consulta es una intervención indirecta y la relación que se da en la misma es entre profesionales que se reconocen y aceptan su autonomía, responsabilidad y estatus.

Concepto. Características. Estrategias. Tipos

Para entender el Modelo de Consulta hay que definir tanto el concepto de consulta, como el de consultor y consultante. Curtis y Meyer (1985) la definen como un proceso colaborativo de solución de problemas en el cual dos o más personas (consultor y consultante) comprometen sus esfuerzos en beneficiar a una o más personas (cliente o clientes) respecto de las cuales tienen alguna responsabilidad, en un contexto de interacciones recíprocas.

Bisquerra (2008, p. 104) sostiene que la consulta es una relación entre un profesional de la ayuda y un ente necesitado (individuo, grupo, unidad social, centro educativo), en la cual el consultante es el que proporciona ayuda directamente al cliente, el consultor lo hace de forma indirecta.

Aubrey (1990) define la consulta como un servicio indirecto que se produce entre dos profesionales de estatus similar. Esta se inicia a petición del consultante que tiene plena libertad para aceptar o rechazar dicho servicio y que implica al consultor y al consultante en una relación de carácter confidencial y colaborativo.

Erchul y Martens (1997) se refieren a la Consulta en contextos escolares y la definen como un proceso para proporcionar servicios educativos y psicológicos en el cual un especialista (consultor) trabaja en cooperación con los miembros del equipo directivo del centro con el fin de mejorar el aprendizaje y adaptación

⁶ Bisquerra, Morril Oetting Hurset, 2008 p103 Causas de la Policonsulta en Costa Rica.

de un estudiante o grupo de estudiantes (cliente/s). Durante las intervenciones cara a cara, el consultor ayuda al consultante a través de un proceso sistemático de resolución de problemas, influencia social y apoyo profesional. A su vez, ayuda al/los cliente/s a través de la selección y aplicación de intervenciones eficaces basadas en la escuela. En todos los casos, la Consulta escolar tiene una función remedial y tiene potencialmente una función preventiva.

Todos estos autores coinciden en señalar que la consulta es un proceso, una relación triárquica (consultor-consultante-cliente) a través de una intervención indirecta con la finalidad de ayudar a prevenir dificultades y la toma de decisiones adecuadas. En el aspecto educativo la finalidad, además, es la de mejorar los procesos de aprendizajes y de adaptación.

El Consultor es el profesional que facilita información e interviene de forma indirecta en un problema determinado cuando se le solicita. El consultor suele ser el orientador y debe poseer competencias comunicativas, efectivas, interpersonales, sociales y sobre el tema de la consulta.

El consultante es la persona que solicita la ayuda del consultante y quien interviene de manera directa al cliente. Este puede ser el profesor, director del centro educativo, tutor, la familia o cualquier otro agente.

El cliente es el alumno o cualquier otra persona de la escuela que requiere ayuda.

Así mismo, es importante distinguir dos tipos de consulta:

a) Consulta Experta, donde existe una estructura jerárquica entre un consultor experto que se percibe en un nivel superior respecto de un consultante inexperto.

b) Consulta Colaborativa, en la que el consultor y el consultante se ponen a un nivel de igualdad, en la que la participación de ambos en la intervención es voluntaria.

El Modelo de Consulta Psicopedagógica es aquel que se centra en las demandas de información y formación de profesionales con estatus similares, para desarrollar en estos las habilidades necesarias para intervenir problemas y prevenir dificultades en el contexto educativo (cliente).

Caplan (1970) señala cuatro tipos de Modelos de Consulta tomando en cuenta a los destinatarios de la intervención. Estos son citados por Bisquerra (2008, p.1139), estas son:

- a) Centrada en el cliente: El consultor ayuda al consultante a comprender mejor al cliente de cara a proporcionarle un servicio óptimo.
- b) Centrada en el consultante: El consultor procura mejorar el conocimiento y las habilidades del consultante de tal forma que la labor de éste sea más efectiva.
- c) Centrada en el programa: El consultor proporciona la planificación y ayuda necesaria para la puesta en práctica de un programa.
- d) Centrada en la administración: el consultor se centra en la organización, procurando mejorarla.

Rodríguez Espinal (1993) hace una clasificación de los Modelos de Consulta Psicopedagógica, basados en diferentes enfoques:

- 1.- Los basados en el enfoque de salud mental, los cuales tienen un carácter remedial o terapéutico y cuyo objetivo es producir cambios de actitudes en el consultante.
- 2.- Los Modelos de base conductual. Estos pretenden producir modificación de la conducta del consultante utilizando los principios y técnicas de modificación de conducta. Estos tienen un carácter terapéutico, preventivo y de desarrollo.
- 3.- Los Modelos basados en el enfoque de desarrollo de las organizaciones, centrados en los contextos en los cuales se generan situaciones de conflicto y

cuyo objetivo es mejorar el clima de trabajo en la organización. Su carácter es preventivo y de desarrollo de la misma.

4.- Los Modelos basados en un enfoque psicoeducativo y ecológico, tienen en cuenta el contexto en los que la conducta se manifiesta. El comportamiento se interpreta tomando en cuenta la relación antecedentes-consecuentes haciendo énfasis en los aspectos afectivos. Las técnicas que emplean son de enfoques conductuales y del desarrollo de las organizaciones. El enfoque ecológico considera que el proceso de cambio en la persona, individualmente considerada o en grupo, no puede realizarse si no es en interacción con el contexto; su objetivo es propiciar en el individuo las habilidades y competencias necesarias para afrontar por él mismo los problemas que se le presenten en las diferentes etapas de la vida.

Las características principales del Modelo de Consulta pueden resumirse en las siguientes:

Intervención indirecta y/o grupal.

Intervención tanto preventiva, del desarrollo como terapéutica o remedial.

Relación entre profesionales que reconocen y aceptan su status, autonomía y responsabilidad.

Relación triádica (consultor-consultante-cliente).

La evaluación de la conducta sirve de base al proceso de toma de decisiones.

Énfasis en el logro de la consulta más que en los errores del cliente.

Las estrategias empleadas por este modelo son:

- a) Centradas en la persona de carácter subjetivo y afectivo
- b) Centradas en el problema de carácter objetivo o cognitivos
- c) Centradas en la conducta (estrategias de modificación de conductas)

d) Asesoramiento indirecto⁷

5.2 Antecedentes de Investigación

Para poder entender la Policonsulta, primero hay que entender que es “motivo de consulta”, lo que se define como todas aquellas consultas relacionadas con afecciones físicas (motivos médicos). Los motivos no médicos de consulta se refieren a todos aquellos que se relacionan con una alteración de la salud mental del individuo (PICADO 2001). Los pacientes poli consultantes son aquellas que desarrollan sintomatología múltiple y polimorfa, que hacen constantes peticiones de ayuda a la medicina somática, entendida como modelo biomédico de salud, y para las cuales no parece haber una respuesta terapéutica adecuada. Esto es según Castro 1995, (original no consultado, en JARA 2002.)

JARA 2002 define esta situación como un paciente de 20 a 40 años que consulta 2 o más veces al mes en un periodo de un año por sintomatología múltiple y polimorfa (dolencias sin etiología clara). En un estudio sobre las características de los pacientes poli consultantes, realizada en el Centro Integrado de Salud de Coronado, Costa Rica, por MUÑOZ 1991, se define al poli consultante como aquella persona que recurre con una frecuencia de siete o más consultas al año a los consultorios del Seguro Social, dicha asistencia a la consulta debe ser por iniciativa propia. Se observó en este estudio que:

El 67% de los pacientes poli consultantes asistieron de siete a diez veces al año Las mujeres consultaron con más frecuencia que los hombres y el grupo etario predominante fue el de 20 a 60 años en uno y otro sexo.⁸

⁷ luz del alba dirocié y modesta javier competencias de los orientadores en el uso de modelos de intervención psicopedagógica en las escuelas urbanas de los distritos educativos 05 y 06 de la regional 02 de educación del municipio de san juan de la maguana, año 2009

⁸ Ajzen y jack 1980 vol 3 prevencion de los efectos de policonsulta y enfermedad Psiquiatrica efectos somatizados .

Los principales motivos de consulta fueron las infecciones de vías respiratorias superiores, el intestino irritable y dolor abdominal, la sepsis urinaria, lumbalgia, trastornos de la menstruación, depresión y bronquitis, entre otros.

La mayoría de los poli consultantes vivían en el área urbana y entre las ocupaciones sobresalieron las amas de casa, seguidas de los operarios industriales, los comerciantes, los vendedores y un porcentaje considerable en el grupo de desempleados y pensionados. La policonsulta es un serio problema para los servicios de salud, pues produce largas filas de espera, insatisfacción usuaria, disminución de la efectividad e impacto de los servicios de salud. (JACK, 1999). Esto se traduce además en un mayor costo de salud y pérdida de tiempo para actividades de promoción y prevención (AJZEN 1980).

En el servicio de salud metropolitano norte (Puerto Rico), se realizó un estudio Descriptivo en el año 2005, en el cual se observó que la población que consultaba 5 o más veces en el año correspondía al 0,32% de su población inscrita beneficiaria. Este grupo realizaba 12,3% de las consultas. Este estudio se justificaba sugiriendo que en los servicios de urgencia, la atención se medía por la pertinencia. La baja pertinencia de las atenciones produciría un uso inadecuado de los recursos en salud. Por otro lado se dividieron las consultas en diferentes grados de policonsulta. La policonsulta baja, estaba definida como 2 a 4 consultas no pertinentes a nivel de urgencia en un año, la media 5 a 9, alta de 11 a 19; y muy alta con 20 o más consultas.

Para entender las causas de la Policonsulta es necesario tener en cuenta varios factores, entre los cuales se encuentra una realidad social en la cual se ve inmersa la mujer y una realidad personal, que puede producir mecanismos que llevan a la policonsulta y el modelo de atención biomédico (VIVEROS, 1992). El género en la salud es un condicionante y determinante de los procesos de salud/enfermedad, pues nuestra cultura, ciencia y la medicina están "generalizadas" (JARA, 2002). La salud es el resultado de sus condiciones de vida, de la satisfacción de sus necesidades vitales, de la calidad de los recursos utilizados con ese fin y del ambiente en que transcurren sus

vidas. En este sentido, el género determinaría en forma importante la salud, determinando además la posición social en el mundo, y por lo tanto, su acceso a recursos y oportunidades, entre ellas las de salud (SAYAVEDRA, 1997).

Esto ha generado una dependencia artificial y estimulada permanentemente por los mismos servicios de asistencia sanitaria (VIVEROS, 1992) y ciertas responsabilidades sociales, desde la esfera de la salud, siendo la mujer situada como principal responsable del resguardo de la salud de la familia (VALDÉS, 1998). El hecho de que la consulta médica sea a veces el único lugar en que su sufrimiento es escuchado quizá contribuya a esta situación. La somatización como posible causa de Policonsulta: DI SILVESTRE, 1998 expone que la somatización es un fenómeno que ocurre cuando un paciente repetidamente busca cuidado médico, se queja de algún problema somático y no siempre existe una evidencia biológica de alguna enfermedad orgánica o patológica. Enfatizando que los desordenes del ánimo estimulan la percepción de síntomas somáticos y empujan al individuo a buscar ayuda médica, siendo un factor importante en el fenómeno. Kirmayer y Robbins (citados en Di Silvestre) mencionan que los y las pacientes se presentan clínicamente con síntomas exclusivamente somáticos a pesar de existir a la vez problemas psicológicos o estrés emocional demostrable.

La mayoría de los y las pacientes que policonsulta han recorrido un largo camino por los centros de atención primaria y luego por diversos servicios especializados donde se les han hecho múltiples exploraciones e intervenciones con resultado negativo e infructuoso. Los síntomas pueden afectar a cualquier parte o sistema corporal siendo los más frecuentes las molestias gastrointestinales (prurito, quemazón, hormigueo, entumecimiento, enrojecimiento). Las quejas sexuales y menstruales son también habituales. (BRIONES, 2000)

En el proyecto de investigación sobre intervención social en familias de pacientes poli consultantes pertenecientes al consultorio externo Valdivia

periodo septiembre 2004 a diciembre 2005 en el país de Chile se evidencia la importancia del género y la edad es de gran importancia en este proyecto destacando Debido el mayor desarrollo social y económico y la implementación de políticas de salud pública efectivas, ha habido una notoria mejoría de la situación de salud reflejada en el aumento de la esperanza de vida que actualmente se estima en alrededor de 76 años, lo que unido a la disminución de la tasa de natalidad y mortalidad se traduce en un enlentecimiento del crecimiento y en un envejecimiento de la población. De lo anterior se explica que la mayor demanda asistencial se presente en la actualidad en la población adulta y adulta mayor. Al consultorio externo Valdivia acuden diariamente a solicitar atención médica a la ventanilla de adultos un gran número de personas que, a pesar del aumento de la dotación médica, no ha sido posible cubrir completamente; por otro lado un número importante de las personas que acuden en demanda de atención son ya conocidos por el personal, lo que nos lleva a pensar que existen muchos pacientes poli consultantes. Para identificar las personas, saber los motivos de consulta y cuantificar la poli consulta se realizó una recopilación de datos en la unidad de computación que nos reveló lo siguiente:

- Los pacientes poli consultantes, aquellos que consultan más de 4 veces al mes, corresponden a alrededor del 10% del total de pacientes que consulta en morbilidad adulto, lo que se traduce en a lo menos 300 consultas de un total
- Promedio de 2900 consultas mensuales.
- La mayoría de estos pacientes padece enfermedades respiratorias crónicas lo que motiva su consulta. La mayoría de estos pacientes (47%) y viven en sectores aledaños al consultorio.

Nos parece relevante efectuar una intervención familiar integral, coordinada y efectiva a los pacientes con mayor cantidad de consultas para ayudar a la persona y su familia a manejar herramientas para la resolución efectiva de su problemática, lo cual se ve facilitado por la favorable distribución geográfica de los pacientes, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de estas personas y disminuir la frecuencia de sus consultas para así, liberar horas es necesario replantear el modelo de intervención y considerar las

necesidades emergentes en nuestra población que dicen relación con un enfoque familiar-integral de las patologías que los afectan. Concientes de que esto es un esfuerzo adaptativo al que será sometido el equipo de salud del adulto del CEV, la capacitación en intervención social y familiar será el camino que nos guiará para el trabajo exitoso. La planificación estratégica de las intervenciones a las familias de los pacientes poli consultantes nos permitirá optimizar el acceso a la atención a pacientes con patologías agudas que la requieran, mejorando la resolutiveidad del consultorio. Esperamos que al final de este proyecto las familias de los pacientes poli consultantes sean un recurso activo y una importante fortaleza en el mejoramiento de la calidad de vida de estos pacientes.⁹

Ángela Avalos en 1998 en su proyecto de investigación perfil de policonsultantes en hospital y clínica de México manifiesta que Rodolfo Piza Rocafort, presidente ejecutivo de la CCSS, reconoce que este es uno de los males mayores que afectan la calidad de los servicios de salud. "La preocupación institucional reside en función del poli consultante que no tiene motivo especial para ir a las citas. La primera tarea, fundada en el principio de desconcentración, es pedir a los centros de salud que definan estrategias para dar una respuesta adecuada al fenómeno desde su propia perspectiva"

De igual forma definió perfil de policonsultantes de acuerdo a la percepción de los empleados de las clínicas y hospitales de México destacando a estos como pacientes físicamente enfermos, aunque sí sufren problemas psicológicos asociados que los catapultan a los consultorios. Emilia León, asesora de la Gerencia afirma que es un problema muy complejo que afecta mucho más la atención de medicina general que la de especialidades, sobre todo en las clínicas y en el primer nivel de atención en salud (Ebais). Mauricio Saldarriaga, jefe del servicio de urgencias en el hospital México, explicó que existen dos tipos de policonsultantes: los que acuden con frecuencia a los

⁹ Medicina De Familia (And) Vol. 1, Nº 2, Noviembre 2000.

Intervención Perteneientes Al Consultorio Externo Valdivia Periodo Septiembre2004 A Diciembre 2005
- Autores: Ximena Alarcón D. Social En Familias De Pacientes Poli Consultantes Alejandrina

servicios porque padecen enfermedades crónicas (diabetes, problemas cardíacos, enfisemas), y quienes van sin una enfermedad de base clara. "Los primeros, son pacientes policonsultantes pero que requieren la atención por la evolución de su enfermedad, la necesidad de ajustar el tratamiento o por la presencia de enfermedades agregadas. Los otros son poli sintomáticos y tienen problemas de tipo depresivo", puntualizó.

En ese hospital, de 250 pacientes diarios que llegan a emergencias, 25 son policonsultantes. Esto eleva los tiempos de espera y dispara los costos, si se toma en cuenta que una consulta básica, en promedio, ronda los ¢6.000, sin receta.

El rostro de estos pacientes es de mujer. En su mayoría, son señoras de mediana edad las que van a los servicios asiduamente. Esto no excluye que algunos varones se filtren en la lista.¹⁰

Muchos viven en el área urbana, no tienen estabilidad laboral y padecen problemas psicosomáticos que derivan en gastritis, colitis, insomnio y depresión, principales motivos que los llevan a la cita.

"Existe la impresión clara de que ellos llegan a buscar un respaldo emocional que el sistema de salud no puede dar porque no está estructurado para ello. La consulta, en general, es masificada y apenas se realizan los primeros esfuerzos por hacerla integral", dijo Alberto Ferrero, director de la clínica de Pavas, San José.¹¹

En ese centro hicieron un estudio en 1997 por medio del cual detectaron que, mientras un adulto consulta un par de veces al año, hay pacientes que llevan un récord en su registro de citas: hasta 20 anuales. "La poli consulta no quiere decir que esos pacientes no estén enfermos. Lo que pasa es que es gente con

¹⁰ 1998. LA NACION S.A. El contenido de La Nación Digital no puede ser reproducido, transmitido ni distribuido total o parcialmente sin la autorización previa y por escrito de La Nación S.A. Si usted necesita mayor información o brindar recomendaciones, escriba a webmaster@nacion.co.cr

¹¹ ¹¹ 1998. LA NACION S.A. El contenido de La Nación Digital no puede ser reproducido, transmitido ni distribuido total o parcialmente sin la autorización previa y por escrito de La Nación S.A. Si usted necesita mayor información o brindar recomendaciones, escriba a webmaster@nacion.co.cr

una serie de problemas psicológicos, sociales y económicos que se traducen en enfermedades ambiguas: gastritis, dolores de espalda, problemas digestivos. Este tipo de patología requiere un tipo de abordaje muy complejo", agregó Douglas Montero, director de la clínica Clorito Picado, en Cinco Esquinas de Tibás. Los médicos reconocen que en la Caja todavía no hay suficientes espacios para que este tipo de pacientes resuelva sus necesidades y no atiborre el resto de servicios. Porque detrás del típico policonsultante hay un problema de carácter social. Para Mario Coto López, director del hospital México, "sin ponerlo como negativo, este es un asunto de salud que se debe resolver".

En el proyecto de investigación de Sebastián Rojas sobre Usuarías policonsultantes del nivel primario de atención del Servicio de Salud Metropolitano Oriente: los sentidos de la enfermedad El artículo analiza psicoanalíticamente los sentidos de la enfermedad en usuarias policonsultantes del nivel primario de atención del sistema público de salud en Chile. Se empleó una metodología cualitativa, mediante entrevistas individuales abiertas a tres usuarias de un consultorio de la Región Metropolitana. Los resultados identifican un sentido latente en la demanda de atención, relacionado con la simbolización de la experiencia corporal en la transferencia, y relevan la función del médico. Finalmente, se destaca la apropiación de hipótesis médicas que efectúan las usuarias. Se discute que lo poli consultante pone en juego una actualización de los procesos de constitución subjetiva a través del transitivismo. Se propone una reflexión con miras a una atención integral.¹²

El estudio de fenómenos policonsultantes en consulta externa de los hospitales y clínicas chile la investigación se enfoca en el fenómeno de la poli consulta en la salud pública chilena. Usualmente, éste ha sido considerado problemático en tanto implica una demanda excesiva de consultas, exámenes y procedimientos médicos por parte de ciertos pacientes. El estudio explora qué

¹² Published in Revista Objetos Caídos, N°1, Año 2012. Co-authored with Mariana Fagalde Cuevas, Gabriel Guajardo Soto, Domingo Izquierdo Sánchez, Bárbara Ayala Hannig & Patricio Rojas Navarro

prácticas y materialidades han puesto en práctica la poli consulta como un fenómeno problemático para la salud pública, y qué formas de entender la salud y enfermedad se crean a partir ellas, así como sus consecuencias. Actualmente, este trabajo se aplica a los campos de la sociología de la salud, los estudios de ciencia, tecnología y sociedad, y la teoría cultural de los afectos. En el periodo (2009-2011) y en el (2010) se enfatizó en realizar una Investigación cualitativa en torno a la problemática de los pacientes policonsultantes en atención primaria de salud pública, y del diagnóstico de trastorno por déficit atencional en el contexto institucional de la escuela. Y se concluyó la importancia de tener en cuenta la alta prevalencia de los eventos policonsultantes, lo que significa que los encontraremos en todas las instancias de la red de salud mental (13% de Prevalencia en población general, 20% o más en la población psiquiátrica).

Su complejidad diagnóstica y terapéutica requiere de equipos expertos para poder derivar adecuadamente al sujeto al lugar de la red más apropiado para los requerimientos terapéuticos en el momento de la consulta.

Los trastornos de personalidad, por su polisintomatología y cronicidad en muchos de los casos, requieren de mayor cantidad de atenciones en la red de salud mental, en donde se debe hacer un esfuerzo especial en el diagnóstico, incluyendo a la familia al momento de comunicar este diagnóstico dado que muchas veces nos quedamos con estos diagnósticos archivados en una ficha clínica sin que hayan sido útiles para el paciente, porque este lo desestimó y la familia no se enteró de este diagnóstico, sólo lo sufre diariamente en las distintas conductas disruptivas y en síntomas crónicos. Este mismo diagnóstico incluye hacer una estimación pronóstica.¹³

¹³ Patricia Rojas Navarro Docencia, investigación y supervisión de tesis de pregrado en la Facultad de Psicología (2009-2011) y docencia en la Facultad de Ciencias Sociales y Humanidades (2010)

5.3 Marco Institucional y/o demográfico

La ORGANIZACIÓN CLINICA GENERAL DEL NORTE S.A., entidad prestataria de servicios de salud, está conformada por nueve unidades asistenciales localizadas en los departamentos de la costa norte y se extiende hacia el interior del país como UT norte subdividiéndose en regiones. Esta organización, inició la prestación de servicios integrales de salud, de tipo diagnóstico y terapéutico, hace más de 30 años a través de la Clínica del Niño.

Sus inicios se remontan al 20 de mayo de 1969, cuando se reunieron un grupo de personas pioneras en la prestación del servicio de salud en la región de la Costa Atlántica colombiana: los médicos pediatras Rafael Llanos Munive y José María Lora Diago, acompañados por el industrial David Herrera Urueña, quienes constituyeron la Sociedad “Clínica del Niño”, que se identificó como la primera unidad asistencial de la actual ORGANIZACIÓN CLÍNICA GENERAL DEL NORTE S.A. y la primera entidad en prestar servicios de salud a la población infantil de la región.

Posteriormente, en diciembre de 1976, la Sociedad, al ampliar la atención a todas las especialidades médicas, cambió su razón social por la de “CLÍNICA GENERAL DEL NORTE”, tal y como se conoce en la actualidad, orientando sus servicios hacia todas las franjas de la población, prestando atención integral especializada en todas las áreas de la salud.

En la década de los 90's se produjo un crecimiento de los diferentes servicios de la entidad y ante la creciente demanda de servicios de salud que se dio en la región, la Clínica General del Norte, en su permanente intención de satisfacer las necesidades de servicios médico-asistenciales de la Costa Atlántica, amplió la prestación de los servicios institucionales, abriendo nuevos puntos de atención, en el departamento del Atlántico, y fuera de él. De tal modo que, de una sola entidad existente (Clínica General del Norte), se pasó a la constitución de una completa red regional de servicios de salud con unidades asistenciales de los diferentes grados de complejidad: La “ORGANIZACIÓN

CLÍNICA GENERAL DEL NORTE S.A.”, una entidad que actualmente cuenta con la más moderna tecnología en equipos de diagnóstico y tratamiento en todas las especialidades de la salud, brindando además la oportunidad de progreso y fuente de trabajo en las localidades donde presta la atención médico-asistencial. La IPS Organización Clínica General del Norte S.A. es una entidad del sector salud perteneciente al subsector privado de prestación de servicios de salud, con autonomía administrativa y patrimonio propio, cuyo objetivo principal es la prestación de servicios integrales de salud, en los ámbitos ambulatorio y hospitalario, diagnóstico y terapéutico.

La unidad ambulatoria de la organización clínica general del norte programa magisterio de la ciudad de Cartagena brinda una amplia gama de servicios a los usuarios adscritos por régimen especial el cual sus objetivos institucionales son:

- Adoptar un Código de Buen Gobierno, como filosofía organizacional orientada bajo estrictos parámetros que aseguren la mayor transparencia en las actividades internas y externas de la institución.
- Definir pautas para la gestión empresarial dentro del marco establecido en Plan Estratégico y en la Declaración de los Valores Corporativos.
- Adoptar acciones explícitas que permitan evidencia rápida sobre la eventual existencia de una cultura orientada a los principios básicos de gobernabilidad empresarial.
- Implementar y hacer operativos los principios de Buen Gobierno para generar mayor confianza en el mercado de servicios de salud e igualmente imprimirle dinámica a la operación interna de la Organización.

5.3.1 Misión

La Organización Clínica General del Norte es una institución prestadora de servicios de salud que ofrece soluciones integrales con la mejor atención en todos los grados de complejidad, trabajando con criterio médico, científico y tecnológico para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y

rehabilitación de nuestro pacientes, apoyados en un grupo de profesionales y colaboradores comprometidos que desarrollan sus actividades bajo los principios de ética, respeto, responsabilidad, seguridad y humanización en la atención. Nuestro servicio dispone de infraestructura y tecnología de vanguardia para generar valores agregados que satisfagan las necesidades y expectativas de nuestros usuarios, su familia, trabajadores, entidades contratantes, proveedores, accionistas y la comunidad; para contribuir al desarrollo social y económico de la región norte de Colombia y su área de influencia.

5.3.2 Visión

Consolidarnos en el año 2012 como una institución líder en salud con énfasis en la alta complejidad en la Región, fundamentada en la excelencia de su modelo de atención, y construyendo relaciones de confianza de largo plazo, soportados en el mejoramiento continuo para generar seguridad, satisfacción y bienestar a toda la comunidad

5.3.3 Política de calidad

La Organización Clínica General del Norte se mantendrá en constante búsqueda de la Excelencia en la prestación del servicio para garantizar la satisfacción de sus usuarios y contratantes aplicando los más altos estándares y normas técnicas en salud a nivel nacional e internacional, construyendo un modelo propio de atención que cada día se fortalezca mediante la retroalimentación y mejora continua.

Nuestra institución está fundamentada en las siguientes directrices y principios:

Humanización en la prestación del Servicio, con calidez, sensibilidad y comprensión para brindar una atención integral al usuario, a su familia y la empresa contratante.

1. Desarrollo del talento humano, para generar la motivación y compromiso que permitan la aplicación constante de los principios corporativos.
2. Comunicación eficaz con canales abiertos entre áreas funcionales y su entorno.
Prestación del servicio médico con responsabilidad social y ética.
Compromiso con el mantenimiento y preservación del medio ambiente.
3. Mejoramiento continuo de los procesos, servicios basados en hechos y datos para
La toma de decisiones que permitan superar día a día las necesidades y Expectativas de nuestros usuarios y contratante
4. Búsqueda de relaciones de mutuo beneficio, con proveedores y contratistas con servicios que cumplan con los requisitos de calidad y las normas vigentes en materia legal, laboral y de seguridad
5. Provisión de los recursos necesarios y suficientes para mantener y mejorar la infraestructura y el desempeño del Sistema Integrado de Gestión.
6. Gestión y prevención de los riesgos hacia nuestros pacientes, trabajadores, y visitantes promoviendo una cultura de seguridad, auto cuidado.
Esfuerzo constante para mejorar la satisfacción y fidelidad de los clientes, para que estos puedan identificar nuestro valor agregado.

5.4 Marco Conceptual

El modelo de atención en salud ha evolucionado desde una perspectiva medicalizada, que ofrece servicios a la población de acuerdo a las capacidades médicas existente, hacia una perspectiva epidemiológica en que se desarrollan prioritariamente las capacidades de atención necesarias para los problemas de salud que mayormente inciden en la carga de enfermedad y muerte de la población. Para así brindar servicio médico que provea todas las necesidades de salud a los paciente no solo eso que satisfagan su necesidad de consulta

resolviendo su problema de salud y buscando una alternativa que brinde la mayor y mejor expectativa para evita el fenómeno de la poli consulta y su consecuencia al sistema y al usuario.

Es así como se define los poli consultante puede ser cualquier persona, de cualquier edad, condición social, creencia teológica, género o nacionalidad. Son personas normales que describen signos y síntomas psicosomáticos de cualquier patología, solicitando tres o más citas médicas al mes en un mismo servicio y como ya se definió, esta solicitud de citas se amplía dependiendo de los servicios a los cuales el usuario tenga acceso. Se relaciona al paciente poli consultante (o multiconsultante) con el Paciente difícil.

De igual forma Los poli consultantes se definen como aquel paciente que acude en varias oportunidades en demanda de atención por distintos síntomas. No se determina la causa en sí, si no, buscar un cambio en la metodología y en el enfoque de sus consultas y que su problemática sea evaluada por todo un equipo en forma sistémica. En marcado en una atención holística para el paciente y su familia. Con base en lo anterior queda muy claro que estos pacientes “policonsultantes” acuden por una necesidad real que no puede ser evaluada solo desde el punto de vista biomédico, ya que su problema no reside en alteraciones estructurales de determinados aparatos o sistemas si no que debe ser evaluado en forma biosicosocial buscando información en el contexto de las relaciones interpersonales, familiares, o laborales actuales a la luz de la ideografía del sujeto.

Entonces, ¿Qué es la policonsulta? Se constituye en la necesidad conciente o inconsciente que manifiesta una persona por solicitar atención médica de manera constante, presentando más de 3.5 consultas médicas al mes en un mismo servicio en la organización clínica general del norte.

La posibilidad de consulta médica se amplía de manera proporcional a los servicios a los cuales el usuario poli consultante tiene acceso. La percepción de la enfermedad es resultado de factores psicológicos, psicosociales, sociológicos y culturales independientemente de la base genética, fisiológica o

biológica de la enfermedad (Obsterweis, Kleinman, Mechanic 1987). Como parte de los sistemas de significados y normas sociales, el “sentirse enfermo” está fuertemente influido por la cultura (Kleinman, Eisenberg y Good 1978).

Hay estadísticas que demuestran que Santiago de Chile tiene un porcentaje mayor de “Policonsultantes” que en otras regiones, en un estudio organizado por la OMS y realizado en los cinco continentes, encontramos en Santiago de Chile una prevalencia de este trastorno en los consultantes de atención primaria de 17%, siguiendo los criterios diagnósticos CIE-10. La prevalencia promedio para todos los centros estudiados fue de 2,7% y se elevó a 8,9% al utilizar los criterios diagnósticos propuestos por Escobar (Somatic Symptom Index).

En ese mismo estudio, la población con alguna patología médica crónica presentó un riesgo aun mayor para el cuadro de somatización, con una razón de disparidad (“odds ratio”) de 2,02. En la muestra de Santiago de Chile este riesgo fue significativamente mayor, con una razón de disparidad de 13,31 constituyéndose en el segundo cuadro psiquiátrico más importante en comorbilidad con patología médica crónica.

Los estudios de prevalencia del trastorno de somatización en población general han sido estimados por Vicente en la provincia de Iquique en un 0,98%, lo que es claramente mayor a las frecuencias de estudios internacionales, que colocan esta prevalencia en un 0,13%

Se puede observar que la demanda de pacientes “policonsultantes”, es una realidad inter-nacional, por lo que es de suma importancia conocer y analizar posibles factores desencadenantes de esta somatización y percepción de la enfermedad. Además determinar la importancia de la medicina familiar en el cuidado y control de estos pacientes no solo para los costos económicos para las EPS debido a que la poli consulta es un problema en todo el sistema de salud por la sobresaturación y costos que ella implica al igual que su impacto emocional y psicológico en la familia y los cambios que esta patología genera en la estructura y dinámica familiar.

Varios autores han definido este fenómeno no solo como una insatisfacción a la atención terapéutica brindada por el médico sino como un medio de escape a sus responsabilidades laborales. La mayoría de los funcionarios del área de salud concuerdan en considerar que la tendencia a la sobreutilización de los servicios de salud, de parte de un grupo relativamente grande de la población. Implica un problema de gran importancia dentro de los programas de la Consulta.

Para algunos, esta sobreutilización es producto del mismo sistema de salud en tanto en que “la práctica médica actual acentúa la pasividad despersonalización del paciente, al convertirlo en un consumidor insatisfecho de “actos terapéuticos” que no satisfacen, en la mayoría de los casos, las necesidades reales que lo mueven a buscar la atención, y que no pueden ser resueltos por el consumo “ritual” de los medicamentos” . El aumento de los costos, el crecimiento

Del financiamiento del sistema ha sido insuficiente por varios motivos, entre los cuales se pueden citar: el recorte de las transferencias del Estado a los diferentes entes territoriales lo cual significa, la evasión y/o morosidad en el pago de las obligaciones y los recursos parecerían no alcanzar para cubrir adecuadamente las necesidades de atención a la población.

Es importante conocer la utilización de los servicios de salud para su planificación y evaluación; existen distintos factores y variables que influyen en el mal uso de la consulta médica general, la entrega de medicamentos en la farmacia, la que tiene relación con el usuario, la relacionada con los profesionales que suministran la atención de salud, el entorno familiar del usuario y un área dependiente de la organización del servicio de salud. Los pacientes consultantes saturan las horas médicas, son los culpables de la existencia de largas filas de espera en las cajas de la farmacia y la consulta externa, con la consecuente inhabilidad del sistema de ofrecer atención en forma oportuna a quien la necesita. Esto además crea insatisfacción en los usuarios y una falta de credibilidad en las entidades.

La sobreutilización y el uso indiscriminado de los servicios por parte de los pacientes consultantes es una de las causas más importantes de los sobrecostos de los medicamentos en los hospitales. Se puede observar que el sobre costo en la atención de los pacientes policonsultates el del doble que los pacientes que consulta en una sola ocasión Los usuarios que consultaron en una ocasión consumieron en medicamentos un promedio de \$15.410, mientras los que consultaron en dos o más ocasiones consumieron en promedio \$42.964. El sobrecosto de los medicamentos en los pacientes consultadores crónicos es 2.8 veces más que los consultantes en una sola ocasión.

Otros, en cambio, expresan opiniones que aluden a una aparente tendencia de ciertos estratos de la población hacer uso frecuente de los servicios de salud, sea como un medio de escape al cumplimiento de sus obligaciones laborales, lo cual se reflejaría en la alta tasa de incapacidades.

A diferencia de lo anterior se evidencia la necesidad del paciente de la búsqueda de comunicación y orientación como consecuencias de problemas de soledad y deseo de contacto social, así como necesidad de sentirse escuchado y poder desahogarse de diversas tensiones inherentes al estado de vida personal. En estos casos, el paciente parece hacer uso de la clínica, independientemente de los servicios que en esta se prestan (consultas, laboratorios, rayos X, farmacia) como un medio gratificante que le permite establecer comunicación con otras personas, sean estas personal asistencial u otros consultantes. Por lo tanto, para estos pacientes poli consultantes, la sala de espera desempeña un papel de suma importancia, y la cita médica es, en muchos casos, un pretexto o justificativo para satisfacer una necesidad de contacto con los semejantes.

El problema de la poli consulta para el sistema de salud su finalidad es determinar tanto las expectativas reales de estos pacientes como los medios pertinentes para su atención. Aunque son muchos los que intuyen la existencia de estos fenómenos, es menester abordarlos en forma científica para valorarlos en su verdadera magnitud y trascendencia, con el objeto de poder darles así un tratamiento óptimo, libre de los prejuicios habituales sustentados

por ciertos sectores de la administración y prestación de los servicios de la salud. Todo esto en concordancia con los principios de bienestar físico, mental y social promulgados por la propia Organización Mundial de la Salud.

La policonsulta, corresponde definir quién es el paciente poli consultante. Pues bien, el usuario poli consultante puede ser cualquier persona, de cualquier edad, condición social, creencia teológica, género o nacionalidad.

Son personas normales que describen signos y síntomas psicossomáticos de cualquier patología, solicitando dos o más citas médicas al mes en un mismo servicio y como ya definí, esta solicitud de citas se amplía dependiendo de los servicios a los cuales el usuario tenga acceso.

Se relaciona al paciente poli consultante (o multiconsultante) con el "Paciente difícil". Diversos autores han intentado clasificar los diferentes perfiles de pacientes difíciles y característicamente poco o nada ha coincidido en sus propuestas.

Además, dicha clasificación difiere enormemente dependiendo del entorno sociocultural en que se desarrolle el estudio y viva el usuario.

Sin embargo, sí puede afirmarse que este tipo de pacientes, como conjunto, pueden compartir ciertas características comunes que merece la pena destacar:

- El paciente problemático suele ser un frecuentador considerable.
- Acostumbra a sentirse insatisfecho de los servicios que recibe.
- Su presencia se siente negativamente en el conjunto del equipo de salud.
- Suele presentar más problemas de salud crónicos que otros pacientes de igual sexo y edad.

- Suelen generar mayor número de exploraciones complementarias, derivaciones a especialistas y gasto en la prescripción.
- Presentan sus problemas (crónicos y agudos) de forma más compleja, inusual y variada en elementos de referencia.
- Sus elementos de soporte y contención social (familia, trabajo, relaciones, etc.) son escasos o conflictivos.
- Suelen ser fieles a sus profesionales de preferencia negándose a cambiar de cupo en las ocasiones en que éste se lo ha propuesto.

En Colombia prevalece la garantía de proteger al paciente de toda daño generado, impulsando así Políticas de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible, eliminar la ocurrencia de Eventos adversos contando con instituciones seguras y competitivas internacionalmente. Considerándose un evento adverso los reingresos hospitalaria por falta de pericia o mal técnica medica en la terapéutica del médico tratante, es por esto que La medicina colombiana ha alcanzado niveles importantes de desarrollo, obteniendo amplio reconocimiento por parte de nuestros ciudadanos e incluso a nivel internacional; prueba de ello son los logros alcanzados en los programas de trasplantes de órganos y tejidos, en manejo del paciente neonatal en programas de madre canguro o en los temas relacionados con la investigación científica, entre muchos otros.

Sin embargo, los avances científicos de la medicina también pueden acompañarse de riesgos adicionales, sin que necesariamente eso signifique que haya habido una intención de hacer daño por parte de los trabajadores de la salud, más bien hay desconocimiento de los factores que generan las situaciones mórbidas. Ejemplo de ello son las experiencias de Florence Nigthingale, en las cuales se disminuyeron las tasas de mortalidad de los pacientes atendidos en el Barrack Hospital del 32% al 2%, ó las experiencias de Semmelweis en Viena con similares resultados. Aunque en ambos casos las

altas tasas de mortalidad eran atribuibles a la atención en salud brindada, no encarnaban ninguna intención de hacer daño sino el desconocimiento de la existencia de unos factores de riesgo, una vez detectados e intervenidos, permitieron incrementar la efectividad de la atención en salud. Ejemplos similares se han dado a lo largo del desarrollo de la ciencia y el arte médico.

Los sistemas de prestación de servicios de salud son complejos; por lo mismo, son sistemas de alto riesgo: el ejercicio de la medicina ha pasado de ser simple, poco efectivo y relativamente seguro a ser complejo, efectivo y potencialmente peligroso, si no existen los adecuados controles. Los procesos de atención en salud han llegado a ser altamente complejos, incorporando tecnologías y técnicas cada vez más elaboradas. Sucede entonces, que en una atención en salud sencilla, pueden concurrir múltiples y variados procesos. Para obtener un resultado efectivo en el mejoramiento de la salud del enfermo se hace necesario que cada proceso que interviene se realice en forma adecuada y coordinada con los demás.

En sistemas tan complejos, alguno o algunos de esos procesos pueden salir mal, por causas no siempre atribuibles a la negligencia de un individuo en particular, sino mas bien explicables por la concurrencia de errores de planeación o de ejecución durante el desarrollo de los procesos de atención en salud, impactando negativamente en el paciente y generando, en ocasiones, los llamados eventos adversos.

Para que un sistema de Atención en Salud sea seguro es necesario la participación responsable de los diversos actores involucrados en el. Cuando ocurre un evento adverso, el paciente sufre daño y el profesional de la salud también pues en muchas ocasiones se señala como culpable a este sin detenerse a analizar que no ha habido intención de dañar ni la cadena de procesos de la atención en salud que al fallar han facilitado la ocurrencia de tales situaciones. La Seguridad del Paciente implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar de manera constante las barreras de seguridad necesarias.

Se cree que calidad de servicios de salud, es algo que está fuera del alcance del común de los oferentes de los servicios, o en su lugar que es un asunto del que puedan apropiarse algunas personas o grupos, desestimando que ello es un proceso social, donde están involucrados aspectos ideológicos, de cultura, de poder, de estructura, de infraestructura, pero especialmente de actitud de las personas, de compromiso con la sociedad y consigo mismo, de sinceridad y honestidad y de superar el desorden y engaño, que funcionalmente administrado favorece intereses específicos en perjuicio de las grandes mayorías.

Conceptualmente, la calidad pasa por la atención de las personas a nivel estrictamente humano y todo lo que ello implica en la mutua relación, que se da entre personas demandantes de servicios y el servicio propiamente tal, lo que debe reunir requisitos de conocimientos y recursos organizados para cumplir con las expectativas de la población. La calidad presume que se deben satisfacer las aspiraciones de la población, en el sentido de obtener el máximo de los beneficios, con el mínimo de riesgos para la salud y el bienestar de las personas.

La calidad en los Servicios de Salud pretende proveer servicios accesibles y equitativos. En esta dimensión están inmersas gran cantidad de variables que incuestionablemente se revisten de gran complejidad económica, social y humana. La calidad en el campo que nos ocupa incluye la aplicación de la ciencia médica y su tecnología para el mayor beneficio posible.

La calidad está connotada por la aplicación del proceso administrativo en todas sus facetas, es decir, que se asegure un sistema teórico - práctico que garantice que los recursos empleados en los servicios de salud repercutan en la obtención de eficiencia y efectividad como los conceptos tradicionales de calidad. El futuro está asegurado si se considera la reserva moral y de conocimiento que existe en el país y el derrotero de la calidad de los servicios de salud es una rueda de la historia que no tiene marchas atrás.

La salud familiar ha constituido una preocupación para todos aquellos que trabajan con la familia. Cuando se ha intentado definir la salud familiar en

ocasiones se ha tratado de reducir a la salud de sus miembros, y en otras al funcionamiento familiar.¹⁴

En la actualidad el modelo de medicina familiar no tiene una delimitación clara entre aquellos problemas de salud individual de los miembros de la familia, y la salud del conjunto o del grupo familiar propiamente dicho. En algunos casos se hace énfasis en la salud individual sin lograr articular ésta con la salud familiar, y en otros casos se parcializan en algunos elementos interactivos del grupo, descuidando otros elementos que también son importantes. Esto hace que en este momento no podamos contar con una definición que contemple todos aquellos aspectos que están presentes en la salud familiar, y a los que se ha llegado por la profundización en el terreno práctico y teórico con la familia.

Para el análisis de la salud familiar el modelo médico clásico y el método clínico resultan insuficientes; hay que pensar en hacer uso del modelo epidemiológico, partiendo del diagnóstico del problema de salud familiar, de la determinación de cuáles son aquellos factores psicosociales que ejercen un papel protector o de riesgo de enfermar a la familia.³ Este enfoque permite conocer qué factores predisponen o condicionan la salud, y con qué recursos cuenta la familia para enfrentar el problema.

La familia, aún en medio de una situación estresante, puede redescubrir formas de afrontamiento a la problemática, teniendo como resultante el recobrar el estado de salud de la familia y el bienestar de sus miembros. La propia familia puede crear un ambiente propicio para ajustarse a diversas situaciones, permitiendo la participación de sus miembros para identificar el problema e ir a la búsqueda de la solución ayudándose unos a los otros.

"la medicina de familia es hoy más complejo y amplio en algunos aspectos que nunca antes. " Los médicos de familia deben aprender terapia avanzada de

¹⁴ Revistas de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social
versión impresa ISSN 1409-1259
Rev. cienc. adm. financ. segur. soc v.5 n.2 San José 2009
Calidad en los servicios de salud.
Rafael A. Vargas González, Lic. Recursos Humanos, Egresado Historia y Salud Pública – UCR, Miembro de la Comisión Técnica de Calidad - CCSS Sección de Investigación - CCSS

motivación y habilidades de gestión de la información para ejercer una excelente atención preventiva y crónica. Además, el hogar médico centrado en el paciente requiere de médicos de familia para adoptar enfoques basados en la población a la gestión de enfermedades crónicas.”

La auditoría de las actividades de los servicios de salud, es un proceso que busca documentarse, para verificar, mediante evidencias objetivas, la implementación y desarrollo de un Sistema de Calidad. Auditar es verificar si lo ejecutado cumple con lo planificado, tiene un énfasis en la verificación, en la selección de la evidencia objetiva, en el examen crítico de lo encontrado y en la documentación que sustente lo encontrado. De preferencia una institución a auditar requiere de la existencia de un sistema de Calidad con documentación y procesos específicos identificables.¹⁵

El espacio para mejorar la calidad clínica de la atención en salud es inmenso. Un estudio reciente reseñado en el New England Journal of Medicine (2003), que abarcó 12 áreas metropolitanas y revisó el tratamiento de 30 patologías agudas y crónicas, encontró un muy bajo cumplimiento de estándares básicos de calidad en la atención clínica, oscilando el cumplimiento de estos entre el 54,9% y el 10,5%. Por ejemplo, sólo un 61% de los pacientes con infarto agudo del miocardio egresaron con prescripción de ASA y sólo el 65% de aquellos con riesgo cardiovascular recibieron consejería o tratamiento para hipertensión arterial antes de su salida.¹⁶

Una definición de auditoría que enmarca un contexto general es la ofrecida por las normas ISO: "Un examen sistemático e independiente para determinar si las actividades de calidad y resultados relacionados con la calidad cumplen con las disposiciones planificadas y comprobar si estas disposiciones están implementadas de manera efectiva"¹⁷

¹⁵ Rev Cubana Med Gen Integr 2008;16(5):508-12; Trabajos de Revisión: Reflexiones acerca de la salud familiar; Idarmis González Benítez

¹⁶ Artículo: PROCESOS DE CALIDAD EN LA AUDITORIA MÉDICA; Autor: Dr. Carlos Jimenez Barba; Universidad de Antioquia; MARTES, 29 DE JUNIO DE 2010.

¹⁷ Las auditorías de calidad; Auditoría Médica; Autor: Francisco Alvarez H; Eco ediciones

La investigación se convierte en un arma fundamental para mejorar la información, visualizar las oportunidades de mejora, aprovechar mejor los recursos y reforzar el conocimiento institucional y con , el compromiso psicológico de los que estén convencidos, que los desposeídos y los pobres en nuestros países, solo tendrán oportunidades y posibilidades de desarrollo, si existe un compromiso nacional para brindar servicios masivos de educación, salud, trabajo, seguridad, entre otros

5.5 Marco Legal

Título I, Capítulo I, Artículo 4 Como lo expresa la Ley 23 de 1981: La relación médico paciente, esencia del ejercicio de la Medicina, se produce cada vez que un profesional a quien la estructura social y jurídica de un país ha catalogado como idóneo para ejercer la Medicina, acepta la petición de otro miembro de la sociedad que acude en búsqueda de su opinión, consejo y posible tratamiento."La relación médico-paciente es elemento primordial en la práctica médica. Para que dicha relación tenga pleno éxito, debe fundarse en un compromiso responsable, leal y auténtico. De acuerdo con dicha ley, la relación ¹⁸médico paciente se cumple en los siguientes casos:

- 1- Por decisión voluntaria y espontánea de ambas partes.
- 2- Por acción unilateral del médico, en caso de emergencia.
- 3- Por solicitud de terceras personas.
- 4- Por haber adquirido el compromiso de atender a personas que están a cargo de una entidad privada o pública"

Título II, Capítulo I, Artículo 5. Ley 23 de 1981: A través del acto médico se intenta promover la salud, curar y prevenir la enfermedad y rehabilitar al paciente. El médico se compromete a colocar todos los medios a su alcance para efectuar un procedimiento (médico o quirúrgico), actuando con apoyo en sus conocimientos, su adiestramiento técnico y su diligencia y cuidado personal

¹⁸ Lazzati,Santiago et al.Conceptos Generales de auditoria Ediciones Macchi,Buenos Aires 1981

para curar o aliviar los efectos de la enfermedad, sin poder garantizar los resultados, previa advertencia de los posibles riesgos y complicaciones inherentes al mismo.¹⁹

En el artículo 6 de la ley 100 del 1993: se resaltan los objetivos del sistema general de seguridad social en salud para favorecer a toda la población al acceso y prestación del servicio en el cual se da suma importancia a el proceso de integralidad entre las instituciones y los recursos necesarios para alcanzar los siguientes objetivos. Garantizar las prestaciones económicas y de salud a quienes tienen una relación laboral o capacidad económica suficiente para afiliarse al sistema. Garantizar la ampliación de cobertura hasta lograr que toda la población acceda al sistema, mediante mecanismos que en desarrollo del principio constitucional de solidaridad, permitan que sectores sin la capacidad económica suficiente como campesinos, indígenas y trabajadores independientes, artistas, deportistas, madres comunitarias, accedan al sistema y al otorgamiento de las prestaciones en forma integral. El Sistema de Seguridad Social Integral está instituido para unificar la normatividad y la planeación de la seguridad social, así como para coordinar a las entidades prestatarias de las mismas, para obtener las finalidades propuestas en la presente Ley.²⁰

La Constitución política de Colombia del 1991 en su artículo 49: proclama La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, Protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control.

¹⁹ VV.AA Crear la prestación de servicios de salud en las empresas sociales del estado en el SGSSS guías de capacitación y consultas Dirección General para el desarrollo de Servicio de salud.

²⁰ Guías para el mejoramiento de la calidad e la prestación de servicio serie Gehos N° 5 Fundación Restrepo Barco Fundación Educación Superior FES Fundación Corona Instituto FES de liderazgo Bogotá 2003

Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

La constitución colombiana del 1991 resalta en el artículo 366: la obligación que tiene el estado para garantizar la seguridad de la prestación de salud a su población el cual manifiesta que bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población Son finalidades sociales del Estado. Será objetivo fundamental de su actividad la solución de las necesidades insatisfechas de salud, de educación, de saneamiento ambiental y de agua potable. Determinado que el gobierno supervisara y regulara las políticas que permitan brindar un servicio seguro además garantizara su mayor beneficio para la población.²¹

La ley 715 del 2001 en su artículo 43: En el cual promulga las competencias de los departamentos en salud. Sin perjuicio de las competencias establecidas en otras disposiciones legales, corresponde a los departamentos, dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia.

La ley 1122 del 2007 en su artículo 1º: Proclama la realización de ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud

²¹ Constitución Política Colombiana 1993

pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

Para así garantizar el adecuado funcionamiento del sistema de salud para mejorar en calidad de prestación de servicio y no solo en eso mejorar la mala atención para disminuir el fenómeno de policonsultas, insatisfacción en la prestación de servicio y mejorar las condiciones laborales del profesional de la salud.

La ley 1122 del 2007 en su artículo 25°: Determina la regulación en la prestación de servicios de salud. Con el fin de regular la prestación de los servicios de salud, el Ministerio de la Protección Social definirá: a) Los requisitos y el procedimiento para la habilitación de nuevas Instituciones prestadoras de servicios de salud teniendo en cuenta criterios poblacionales, epidemiológicos, financieros, socioeconómicos y condiciones del mercado. Toda nueva Institución Prestadora de Servicios de Salud, habilitará en forma previa al inicio de actividades, ante el Ministerio de la Protección Social los servicios de salud que pretenda prestar. El Ministerio podrá delegar la habilitación en las entidades territoriales; b) Definir las medidas necesarias para evitar la selección adversa y selección de riesgo de los usuarios por parte de las EPS y de los entes territoriales, para evitar la distribución inequitativa de los costos de la atención de los distintos tipos de riesgo; c) El diseño de un sistema de clasificación de IPS, con base en los indicadores, que provea el sistema obligatorio de garantía de calidad relacionado con el Sistema Tarifario, de manera que incentive a las IPS para ascender en su clasificación y optar por mejores tarifas; d) Los mecanismos para que las EPS, de los diferentes regímenes, garanticen a los afiliados la posibilidad de escoger entre las diferentes opciones de IPS existentes en la red ofrecida por la aseguradora en su área de influencia, sin perjuicio de lo previsto en la presente ley como porcentaje mínimo a contratar con la red pública de prestación de servicios en el régimen subsidiado.

La ley 1122 del 2007 en su artículo 32°: Determina que La salud pública está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad.

ley 1122 del 2007 en su artículo 42°: Proclama la figura del defensor del usuario en salud que dependerá de la Superintendencia Nacional de Salud en coordinación con la Defensoría del Pueblo. Su función será la de ser vocero de los afiliados ante las respectivas EPS en cada departamento o en el Distrito Capital, con el fin de conocer, gestionar y dar traslado a las instancias competentes de las quejas relativas a la prestación de servicios de salud. Créase el fondo-cuenta, dependiente de la Superintendencia Nacional de Salud, encargado de recaudar y administrar los recursos destinados a la financiación de los costos que demande la defensoría del usuario. Dicho fondo se alimentará con los recursos girados por las EPS para el sostenimiento del mismo. El Ministerio de la Protección Social reglamentará todo lo relacionado con el número de defensores, la elección de los mismos quienes deben ser elegidos por los usuarios y la forma como deben contribuir, cada EPS para la financiación de dicho Fondo.

El Decreto 1011 del 2006 estableció en el artículo 1°: El propósito de la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud es garantizar el acceso, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los servicios que se prestan a la población. Es así como el Ministerio de la Protección Social establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGCS), el cual es aplicable para toda persona o entidad que oferte y preste servicios de salud. Lo fundamental para el SOGCS es incrementar los resultados favorables de la atención en salud en el paciente y protegerlo de los riesgos asociados a dicha atención.

El Decreto 1011 del 2006 estableció en el artículo 3º: las características del SOGCS por el cual resalta las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados. Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:

1. Accesibilidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
2. Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.
3. Seguridad. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
4. Pertinencia. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.
5. Continuidad. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

El Decreto 1011 del 2006 en su artículo 32 Manifiesta: Que los programas de auditoría deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación. Los procesos de auditoría serán obligatorios para las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las EAPB.

La auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica:

1. La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.
2. La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas
3. La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

Artículo 33° del Decreto 1011 del 2006 establece: Los niveles de operación de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud. En cada una de las entidades obligadas a desarrollar procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud, el modelo que se aplique operará en los siguientes niveles:

1. Autocontrol: Cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que éstos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización.
2. Auditoría Interna: Consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol. Este nivel puede estar ausente en aquellas entidades que hayan alcanzado un alto grado de desarrollo del autocontrol, de manera que éste sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoría interna.
3. Auditoría Externa. Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los procesos de interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoría de segundo orden. Las entidades que se comporten como compradores de servicios de salud deberán desarrollar obligatoriamente la auditoría en el nivel de auditoría externa.

Artículo 34° del Decreto 1011 del 2006: Implanta los tipos de acciones. El modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud se lleva a cabo a través de tres tipos de acciones:

1. Acciones Preventivas: Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma.
2. Acciones de Seguimiento: Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría, que deben realizar las personas y la organización a la prestación de sus servicios de salud, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad.
3. Acciones Coyunturales: Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización retrospectivamente, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y a la prevención de su recurrencia.

Artículo 37° del Decreto 1011 del 2006: Manifiesta que La auditoría en las instituciones Prestadoras de servicios de salud. Estas entidades deberán establecer un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, que comprenda como mínimo, los siguientes procesos:

1. Autoevaluación del Proceso de Atención de Salud: La entidad establecerá prioridades para evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios desde el punto de vista del cumplimiento de las características de calidad a que hace referencia el artículo 3o del presente decreto.
2. Atención al Usuario: La entidad evaluará sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos y a la calidad de los servicios recibidos.

Artículo 3. Del Decreto 2309 de 2002 DE LA ATENCION DE SALUD. La Atención de Salud se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de

las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

Artículo 4. Del Decreto 2309 de 2002 DE LA CALIDAD DE LA ATENCION DE SALUD. La Calidad de la Atención de Salud se entenderá como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario.

Artículo 8. Del decreto 2309 de 2002 RESPONSABILIDADES DEL MINISTERIO DE SALUD, LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD Y LAS ENTIDADES DEPARTAMENTALES, DISTRITALES Y MUNICIPALES DE SALUD EN EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. El Ministerio de Salud desarrollará las normas de calidad, expedirá la reglamentación necesaria para la aplicación del presente Decreto, velará por su permanente actualización y por su aplicación para el beneficio de los usuarios, y prestará asistencia técnica a los integrantes del sistema con el propósito de orientarlos en el cumplimiento de sus responsabilidades.

La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá las funciones de vigilancia, inspección y control dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y aplicará las sanciones de su competencia.

A las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en desarrollo de sus propias competencias, les corresponde cumplir y hacer cumplir en sus respectivas jurisdicciones, las disposiciones establecidas en el presente Decreto y en la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de Salud, divulgar las disposiciones contenidas en esta norma y brindar asistencia a los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales para el cabal cumplimiento de las normas relativas a la habilitación de las mismas.

A las Entidades Municipales de Salud, en desarrollo de sus propias competencias, les corresponde realizar la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud a los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales, que prestan servicios de salud a la población no afiliada en sus jurisdicciones.

5.6 Glosario de Términos

Consulta médica

Se hace referencia a consulta médica a aquellas visitas que realizan las personas, a los consultorios médicos en general o especializados, con el fin de obtener alivio a enfermedades, o respuestas específicas sobre patologías.

Poli consulta

Se refiere a la necesidad que presentan algunas personas de realizar dos o más consultas médicas en un mismo consultorio durante un mes.

Usuario Difícil

Refiérase a aquella persona que se muestra inconforme con los servicios médicos recibidos, que demuestra agresividad, y que crea un ambiente de discordia ante su presencia. Así mismo, suele ser un usuario poli consultante o usuario frecuente de los servicios de salud.

Somatizacion

Proceso por el cual se expresa la aflicción psicológica como síntomas físicos.

Causa

Es la relación entre un evento (la causa) y un segundo evento (El efecto), donde se entiende el segundo evento, como consecuencia de la primera.

Seguridad del paciente

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

Atención en salud

Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.

Indicio de atención insegura

Un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

Falla de la atención en salud

Una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales.

Violación de la seguridad de la atención en salud

Las violaciones de la seguridad de la atención en salud son intencionales e implican la desviación deliberada de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento.

Sistema de gestión del evento adverso

Se define como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias.

Atención de salud

Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades,

procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud

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

Calidad de la atención de salud

Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.²²

6. OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION	TECNIC	DIMENSI	INDICADORES
	N	A	ONES	
Características de los pacientes poli-consultantes de consulta externa de medicina general	Es aquella en la que se incluyen los diferentes contextos en que vive el hombre: familiar, social, laboral, cultural y económico.	se encuestaran pacientes en edades comprendidas entre los 18 años y 60 años	Edad Sexo Estrato Socio-Económico	% de pacientes poli consultantes <u>de sexo femenino atendidas</u> en un periodo Total de pacientes poli-consultantes atendidas en el periodo x 100 % de pacientes poli consultantes <u>de sexo Masculino atendidas</u> en un periodo Total de pacientes poli-consultantes atendidas en el

²² Real Academia Española .Diccionario de la Lengua Española XXIIA edición Madrid España 2001

	<p>Han sido estudiadas independientemente una de la otra, y tienen como nexo común la enfermedad crónica.</p>	<p>observación directa solicitud de información solicitud de información solicitud de información</p>	<p>o Educación Estado civil Ocupación</p>	<p>periodo x 100</p> <p>#de pacientes poli consultantes > de 18 años atendidos en el periodo Total de usuarios poli consultantes atendidos en el periodo x 100</p> <p>Nº de consultas por personas mayores de 18 años= $\frac{\text{Nº total de consultas realizadas en el periodo}}{\text{Total de usuarios poli consultantes atendidos en el periodo}} \times 100$</p> <p>Nº de consultas realizadas por mayores de 18 años.</p> <p>Nº de consultas por personas de estrato 3 en la UAA= $\frac{\text{Nº total de consultas realizadas en el periodo}}{\text{Total de usuarios poli consultantes atendidos en el periodo}} \times 100$</p> <p>Nº de consultas realizadas por personas correspondientes a estrato 3</p> <p>Nº de consultas por personas de estrato 4 en la UAA= $\frac{\text{Nº total de consultas realizadas en el periodo}}{\text{Total de usuarios poli consultantes atendidos en el periodo}} \times 100$</p> <p>Nº de consultas realizadas por personas correspondientes a</p>
--	---	---	---	--

				<p>estrato 4</p> <p>Nº de consultas realizadas por personas de educación superior= Nº total de consultas realizadas en el periodo</p> <p>Nº de consultas realizadas por personas con educación superior.</p> <p>Nº de consultas realizadas por personas en unión libre= Nº total de consultas realizadas en el periodo</p> <p>Nº de consultas realizadas por personas en unión libre</p> <p>Nº de consultas realizadas por personas casadas= Nº total de consultas realizadas en el periodo</p> <p>Nº de consultas realizadas por personas casadas.</p> <p>Nº de consultas realizadas por docentes= Nº total de consultas realizada en el periodo</p> <p>Nº de consultas realizada por docentes.</p>
Causas de la poli-consulta	primera instancia a	solicitud de	Administrativos	% de causas generadas por problemas administrativos

	partir de la cual se desarrollan eventos o situaciones específicas que son una consecuencia necesaria de aquella y que por lo tanto pueden ser completamente diferentes a las que resulten de la presencia de otras causas o de las mismas pero en un contexto distinto.	información solicitud de información	prestador Inherente al Paciente	detectados en la encuesta Total de problemas administrativos detectados en el periodo X 100. % de causas generadas por problemas en la prestación de servicio detectados en la encuesta Total de problemas administrativos detectados en el periodo X 100
Impacto sobre el costo económico que genera la atención en consulta externa de	Circunstancia que genera aumento/disminución en los costos de los servicios	solicitud de información	Administrativas Prestador Inherente al paciente	# de ordenes medicas realizadas Total de ordenes medicas entregadas x 100 # de formulas medicas realizadas Total de formulas medicas despachadas x100

<p>medicina general el fenómeno de poli-consultante</p>	<p>médicos.</p>		<p># de examen de laboratorios formulados Total de exámenes de laboratorios realizados x 100</p> <p># de pacientes remitidos a especialistas Total de pacientes atendidos por especialistas x 100</p>
---	-----------------	--	---

7. CRONOGRAMA

AÑOS 2011-2012

ACTIVIDADES	PERIODO DE TRABAJO (días)												
	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	
Determinación del objeto de estudio	25-26												
Revisión Bibliográfica	10-15		15-20		1-10		15-14		1-15				
Fundamentación Teórica y Metodológica							16-30						
Planificación del Trabajo					20								
Revisión Bibliográfica	3-19		17.19		20-25				21-30				
Recogida de datos y trabajo de campo											20-30		1-15
Análisis de los Datos												16-20	
Redacción y presentación del trabajo													

8. PRESUPUESTO

ITEMS	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Recurso Humano			
Honorarios del Investigador	1hrs	\$ 50000	\$ 400.000
Asistente de Investigación	2	\$ 50000	\$ 150000
Subtotal:		\$ 550000	
Materiales			
Hojas de papel Uno Paquete	2 x 500 hojas	\$10000	\$ 20.000
Tónner impresora láser	2	\$45.000	\$90000
Tonner Fotocopiadora	1	\$46000	\$46000
Bolígrafos	1 caja	\$3500	\$35000
Subtotal		\$ 191000	
Equipamiento			
Computadora Pentium	2	\$1 800000	\$3600000
Impresora Laser 600.00	1	\$1 80000	\$180000
Subtotal		\$ 3780000	
Viajes			
Viáticos	20 días	35.000	\$700000
Transporte	30	5000	\$150000
Subtotal		\$850000	
Total		\$ 4589000	

9. METODOLOGIA

9.1. Tipo de estudio

El estudio realizado por el grupo fue descriptivo- retrospectivo, es descriptivo en la medida que se midan las variables en estudio y será retrospectivo porque se trabajaron con hechos que se dieron en la realidad; el propósito del investigador es describir situaciones y eventos. Esto es, decir cómo es y se manifiesta determinado fenómeno. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis (Dankhe, 1986).

Los estudios descriptivos miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar. Desde el punto de vista científico, describir es medir. Nuestra investigación consistente en conocer una situación que se está presentando en la unidad de atención ambulatoria de la clínica general del norte acerca de los paciente poli consultantes de una forma exacta sobre sus necesidades y motivos por los cuales consultan con tanta frecuencia.

Este estudio se basa en la definición precisa de una población de estudio y la obtención de una muestra representativa de ella, en la que se determina la frecuencia de individuos que presentan la característica de poli consultantes; La meta de este trabajo es recopilar los datos, identificar causas, y proponer mejoras en este evento. Por tal motivo nos dedicaremos no únicamente a tabular información sino también a recopilar de forma cuidadosa los datos, basándonos en una hipótesis, expondremos y resumiremos la información analizando de manera minuciosa los resultados.

Recordemos que en este estudio los investigadores seleccionan grupos de pacientes que han sido tratados y analizan los datos de los eventos experimentados por estos pacientes. Los estudios retrospectivos están sujetos a sesgo de selección porque los investigadores pueden seleccionar grupos de pacientes con resultados o exposiciones conocidos, o que de otro modo no son verdaderamente representativos de la población de interés más amplia; por tanto debido a que analizaremos lo sucedido en la consulta externa de unidad de atención ambulatoria de la clínica general del norte programa magisterio bolívar en el periodo comprendido de octubre de 2010 a febrero de 2011, en pacientes con mas de 3.5 consultas al mes, mayores de edad, estrato socioeconómico 3, 4 y 5, nivel de educación bachiller, técnico y

universitario, sexo masculino y femenino, ocupación varias; nuestro estudio también se considera retrospectivo.

9.2 Población y muestra

La población total es de 45.600 usuarios de la unidad de atención ambulatoria. La entidad encargada de administrar el servicio de salud para los afiliados del fondo social de prestaciones del magisterio determino que la frecuencia de uso es de 3.5 consultas al mes por la misma especialidad sin embargo para determinar nuestra población de estudios se incluyó a todo paciente mayor de 18 años quien se encontrara con más de 3.5 consultas al mes por medicina general. Se escogió a los usuarios mayores de 18 años debido a que los usuarios del programa magisterio tienen acceso directo a la especialidad de pediatría y se atienden hasta los 15 años por lo tanto incluir menores de edad generaría sesgo en el estudio.

Muestra: se determinó que se estudiaría el comportamiento de 831 (200) se tomaran solo esto usuarios mayores de edad que tengan más de 3.5 consultas por la misma especialidad que equivalen al 1.82% de la población total.

$$\text{Formula: } n = (P*Q) / (E^2+P*Q) = (0.5*0.5) / (0.03^2+0.25) = 200$$

N= universo

P=probabilidad positiva (0.5)

Q= probabilidad negativa (0.5)

Z= grado de confiabilidad 95%

E= error máximo permitido +/- 3%

9.3 Recolección de datos – fuentes utilizadas:

Variable	Dimensión	Objeto a evaluar	Técnica	Instrumento	fuentes	Fuente de recolección
Características de los pacientes poli-consultantes de consulta externa de medicina general	EDAD	se encuestaran pacientes en edades comprendidas entre los 18 años y 60 años	Encuesta	Anexo técnico 1 y 2	Base de datos de la organización clínica generada del norte en el servicio de epidemiología	Encuestas con 6 preguntas cerradas y 1 abierta a pacientes y médicos
	SEXO	femenino y masculino	Identificación	Observación directa		Pacientes incluidos en la población del estudio de investigación
	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	estrato 3- 4- y 5	solicitud de información	Oficio de solicitud de información de variable		
	NIVEL DE EDUCACION	bachiller- técnico- universitario	solicitud de información			

	ESTADO CIVIL	soltero- casado- unión libre- viudo	solicitud de información	demográficas y epidemiológica de la población a estudiar		
	OCUPACION	docente- ama de casa- varios solicitud de información	solicitud de información			
Causas de la poli-consulta	INDICADOR ES DE CUMPLIMIE NTO ADMINISTRA TIVO EVALUACIO N DE POSIBLES CAUSAS ORIGINADA S POR EL USUARIO	Efectos inherentes en la prestación de servicio y los efectos inherentes al usuario	solicitud de información de indicadores de calidad de la encuestas a usuarios institución	Anexo técnico 1 y 2 Oficio de solicitud de indicadores de calidad de la institución de indicadores de cumplimiento y oportunidad en la prestación de servicio	Resultados de indicadores de calidad	consolidado de atención de consulta externa de medicina general de octubre 1ro de 2010 a 28 de febrero de 2011

					fuentes de información	
Impacto sobre el costo económico que genera la atención en consulta externa de medicina general el fenómeno de poli-consultante	N° FORMULAS MEDICA (Evaluación del indicador)	formulación de medicamentos en el mes por paciente y medicamentos al igual que total de fórmulas despachada para evaluar el impacto económico	solicitud de información de indicadores de calidad de la institución	Oficio de solicitud de indicadores de calidad de la institución de indicadores de cumplimiento y oportunidad en la prestación de servicio	Coordinación de calidad, coordinación de laboratorio. coordinación de farmacia Informes mensuales de cumplimiento de procesos en estos servicios	Encuestas con 6 preguntas cerradas y 1 abierta a pacientes y médicos
	N° LABORATORIOS (Evaluación del indicador)	ordenamiento de laboratorios según patología	solicitud de información de indicadores de calidad de la institución	Oficio de solicitud de indicadores de calidad de la institución de indicadores de cumplimiento y oportunidad en		Indicadores de cumplimiento de proceso de los servicios de laboratorio, farmacia y calidad.

				la prestación de servicio		
N° REMISION(Evaluación del indicador)ES	ordenamiento de más de 3 veces por paciente según su frecuencia de uso remisiones al mes por medico	solicitud de información de indicadores de calidad de la institución	de de de la de	Oficio de solicitud de indicadores de calidad de la institución de indicadores de cumplimiento y oportunidad en la prestación de servicio		Consolidados de gastos ordenes de laboratorios, remisiones, otras ayudas diagnósticas y formula medicas de octubre- noviembre- diciembre 2010 y enero y febrero 2011

9.4 Planeación del trabajo de campo

Este trabajo de investigación se desarrollo de la siguiente manera:

Se realizo revisión bibliográficas en los periodos comprendidos del 10 -15 de febrero de 2011, 2- 19 de marzo, 15-20 de abril, 17 -19 de mayo, 1-10 junio, 20-25 julio, 14 y 15 septiembre, 1- 15 octubre, 21-30 noviembre. Dentro de las revisiones bibliográficas también tenemos como fuente de información los consolidados de consulta externa de medicina general emitidos por el software en los periodos comprendidos entre octubre 1ro de 2010 a febrero 28 de 2011; también tuvimos como fuente de información los registros de gastos generados por consulta externa en los periodo comprendido entre octubre 1ro de 2010 a febrero 28 de 2011.

Se recopiló la información a través de encuestas con 6 preguntas cerradas y 1 abierta, repartidas a usuarios en la unidad de atención ambulatoria y a médicos generales de la consulta externa de la misma entre el 20 al 30 de diciembre y del 2 al 15 de enero.

Posterior a la revisión bibliográfica y a la realización de las encuestas procederemos a realizar la tabulación de datos, entre el 16 de enero al 20 de enero de 2011.

1ro en archivo plano de Excel para hacer validación de datos emitidos por las encuestas dichos datos se sumaran para obtener un total

2do se consignación en un archivo plano el total obtenido

3ro lo anterior se cruzara con las variables dando los resultados

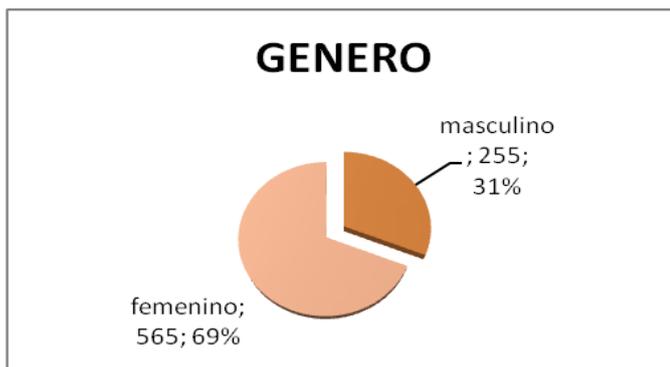
4to los resultados anteriores se confrontaron con los consolidados de consulta externa de medicina general

5to posteriormente a esto se cruzaron con un archivo plano de gastos por ordenes emitidas de consulta externa lo cual nos demostrara que tanto afecta la poli consulta al presupuesto del programa magisterio, bolívar.

10. ANÁLISIS DE RESULTADOS

10.1 Características de los pacientes poli consultantes

El total de la población evaluada fue de 820 pacientes entre los 18 y 69 años de edad que presentaron una frecuencia de uso de 3.5 consultas al mes por la misma especialidad. se determinó que el promedio de edad fue superior a los 45 años. de los cuales el 69% corresponde al sexo Femenino y el 31% Corresponde al Sexo Masculino. Ver grafico1



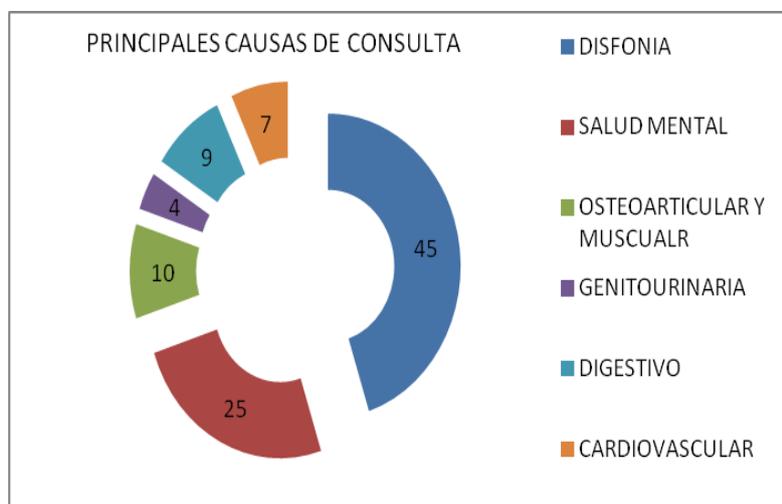
Grafica 1

El sexo femenino lideró el número de consultas, representando al 75% (2.610 consultas) del total de consultas. Con una media de edad 48 Años y rango entre 50 años, en tanto el sexo masculino correspondió al 25% (876 consultas), con una media de edad 40 años rango entre 45 y 60 años. Según Distribución etaria, para ambos sexos el mayor número de consultantes pertenece al grupo de 40 años con el 54,7%. Lo sigue grupo de a 54 años que corresponde al 32,2% de los consultantes, luego el grupo de 69 Y 18 años (13,1%). cabe resaltar que el mayor porcentaje de consultas corresponde a los meses de Noviembre, Diciembre y Enero de los años 2010 y 2011 con una proporción de consultas por meses de 3856, 4056,3569 respectivamente. Ver Grafica 2

DISTRIBUCION DE CONSULTAS POR RANGO DE EDADES		
GRUPO DE EDADES	MASCULINO N°	FEMENINO N°
18- 27	47	89
28-37	98	468
38-47	70	456
48-57	456	1245
58-67	120	221
67 y Mas	80	135
TOTAL	871	2614

El grupo de las mujeres que realizaron 4 consultas en el año 2010 por cuenta propia representó un 40,9% del total de la población. Un 18,7% de esta población femenina consultó un número de 6 veces durante el año. Las que consultaron 7 veces representó un 14,3%. Las mujeres que asistieron a la Clínica general del norte en un número de 9 veces fueron de un 9,9%. Y ya en cifras más bajas, de 3%, están las que consultaron en un número de 8, 10,11 ,12 y más consultas en el año. Con respecto a los hombres, los que consultaron un número de 5 veces en el año está representado por un 6% del total de la población poli consultante; en otra cifra igual, están los que asistieron un número de 7 veces durante el año. Además, se identificó que los que realizaron un número de consultas de 9,10 y más de 12 representan un 5,2% para cada grupo y solo el 2% de los varones que asistieron a un número de consultas de 6, 8, 11 ó 12 durante el año del estudio.

Los 820 pacientes registrados en el estudio efectuaron un total de consultas 3485. Las tres principales causas de consulta fueron; disfonía (45%), Salud Mental (25%) y Osteoarticular y muscular (10%). En menor porcentaje se encuentran las causas Digestivo (9%), Genitourinarias (4%), Cardiovasculares (7%). Ver grafico 3

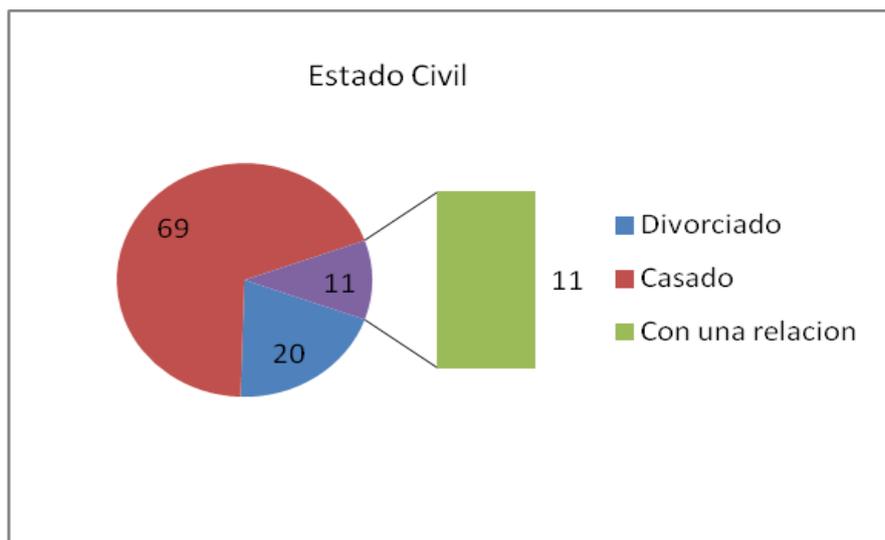


Grafica 3

La ocupación más frecuente de la muestra del estudio con el 68% de la población son docentes, el 12 % son estudiantes Universitario y el 20 % son profesionales en otras áreas. El 68 % de la población Evaluada es la cotizante del servicio y el 32% son beneficiarios del mismo.

El nivel socioeconómico de la población evaluada , 45% se ubica en el estrato 2 y 3 , el 50% se ubica en el estrato 4y 5 y el 5% se ubica en el estrato 6 residiendo en los barrios del Socorro, Bosque, Chipre ,castillete Manga, Crespo entre otros barrio de la ciudad de Cartagena .

De los 820 evaluados se evidenció que él participaron en el proyecto el 69% está casado, el 20% divorciado y el 11% con una relación. Ver grafica 4



Gráfica 4

10.2 Costo de la Atención Médica de los poli consultantes

Se determinó que el costo de la atención médica establecido por la Unidad de atención Ambulatoria Clínica General del Norte en el periodo comprendido entre octubre del 2010 a febrero del 2011. Supera el valor de la UPC (275.867) de los años evaluados. Que se encuentra distribuidos de la siguiente forma: para la atención médica de consulta especializada el 25% para servicios farmacéuticos el 12% para apoyo diagnóstico el 3% y el 60% de la UPC está contratada para manejo hospitalaria. El flagelo de la policonsulta supera los costos de los servicios y manejos por consulta externa y especializada. Se determino que la policonsulta se genera mayor impacto a otros servicios, se encuentra subutilizados o tienen mayor frecuencia de uso lo que genera insatisfacción de servicio. Para los usuarios. Ver tabla 5 donde se discrimina costo de servicio por los diferentes especialistas ofertados por la institución Para lograr identificar el costo aproximado en Atención Medica de los gastos en consultas externa de medicina general y especializada y

los servicios que se deriven de la atención de estos pacientes, se consideró como normal la asistencia a 2 consultas al año y, de ahí en adelante, se consideró como excedente. De manera que los que consultaron un número de 5 veces, tenían un excedente de 3 consultas al año; y así sucesivamente, hasta un número superior a 12 consultas al año. Se anexa tabla de costos por años según atención de consulta externa de medicina general y especializada Brindada en el periodo de octubre del 2010 a febrero del 2011.

CUENTA	ENERO 2011	FEBRERO 2011	OCTUBRE 2010	NOVIEMBRE 2010	DICIEMBRE 2010	TOTAL
ALERGIAS E INMUNOLOGIA	662.550	600.000	600.000	676.389	586.200	3.125.139
ANESTESIOLOGIA	60.126	83.800	19.476	13.800	41.400	218.602
CARDIOLOGIA	238.980	371.070	226.218	126.631	470.603	1.433.502
CIRUGIA CARDIOVASCULAR		137.610	16.732	7.352		113.526
CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO	13.800	27.600	16.263	43.863	41.400	142.926
CIRUGIA DE LA MANO			8.460	21.836		13.376
CIRUGIA PLASTICA	648.000	648.000	634.200	648.000	675.600	3.253.800
CIRUGIA TORAXICA	13.800	16.263	106.452		16.263	152.778
DERMATOLOGIA	1.058.800	1.045.000	1.840.038	1.078.276	1.078.276	6.100.390
ENDOCRINOLOGIA	384.300	1.860.200	804.000	753.800	351.963	4.154.263
FISIATRIA	45.863	58.787	543.625	77.530	118.400	844.205
GASTROENTEROLOGIA	1.951.146	2.134.031	2.251.146	1.814.946	2.077.260	10.228.529
GENETICA	150.000					150.000
INFECTOLOGIA	500.000	450.000	350.000		400.000	1.700.000
MEDICINA INTERNA	3.744.000	3.749.935	6.992.188	2.284.638	4.536.000	21.306.761
MEDICINA NUCLEAR				16.263		16.263
NEFROLOGIA	317.530	336.327	309.188	129.666	436.718	1.529.429

NEUMOLOGIA	749.186	622.796	639.059	634.133	620.333	3.265.507
NEUROLOGIA	875.297	1.925.019	799.200	864.000	248.789	4.712.305
NUTRICION Y DIETETICA	13.800	13.800		2.000	-13.800	15.800
OFTALMOLOGIA	1.981.895	1.769.617	2.263.423	1.675.715	1.835.557	9.526.207
OPTOMETRIA	817.350	816.400	679.610	577.800	259.540	3.150.700
ORTOPEDIA	1.465.494	1.445.646	2.051.302	1.491.948	1.259.616	7.714.006
OTORRINOLARINGOLOGIA	1.695.729	1.721.741	1.735.041	1.663.203	1.677.003	8.492.717
PSICOLOGIA	13.800	-13.800	5.935	11.870	25.020	19.085
PSIQUIATRIA	1.776.120	1.776.120	1.788.610	375.000	1.776.120	7.491.970
REUMATOLOGIA	3.200.000	3.136.263	3.200.000	3.120.000	3.150.063	15.806.326
TRABAJO SOCIAL	2.609.202	2.609.202	3.650.896	3.650.896	3.650.896	16.171.092
UROLOGIA	1.349.771	1.365.932	1.444.661	1.323.446	1.318.859	6.802.669
VASCULAR PERIFERICA		16.650				16.650
CONSULTA DE NEUROCIRUGIA	1.206.820	1.186.804	1.273.177	1.250.683	1.375.783	6.293.267

Tabla 5

Se evidencia que el mayor costo de derivado de la atención de los pacientes poli consultantes proviene del el manejo medico por Medicina Interna con un valor de \$ 21.306.761, Reumatología con un costo de\$ 15.806.326 y trabajo social con un costo de 16.171.092 son las especialidades con mayor frecuencia de uso por los poli consultantes generando un mayor impacto para el costo de los servicios de consulta especializada y mayor demando de servicios para los usuarios que no tienen criterios de inclusión para este estudio generando una inoportunidad en la atención por percepción de algunos usuarios. De igual forma se evidencia que dermatología, ortopedia otorrinologia y oftalmología son en promedio una de las especialidades que tuvieron una menor frecuencia de uso por los pacientes poli consultantes ver grafico 6

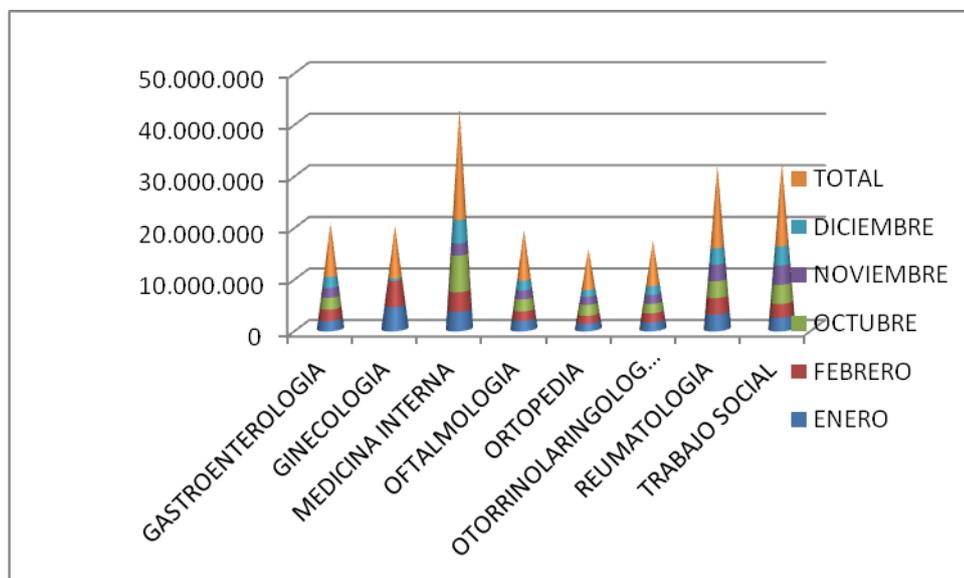
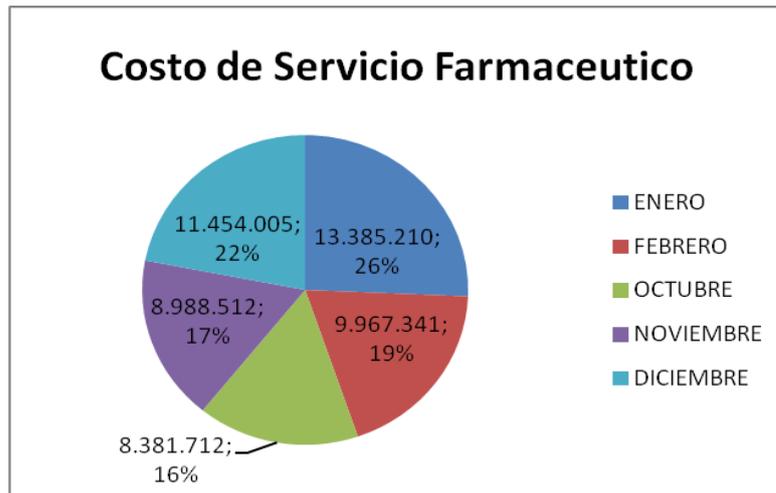


Tabla 6

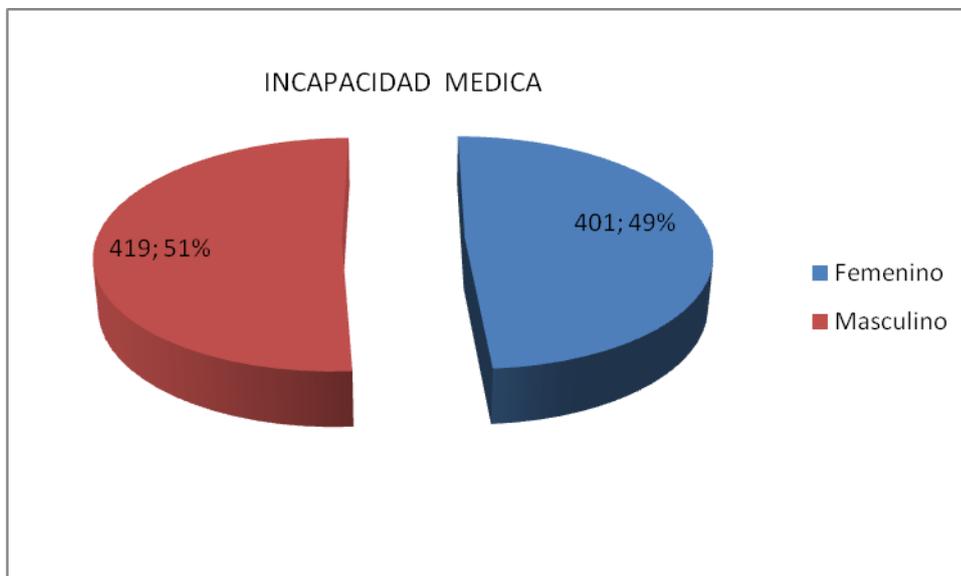
Se evidencia que la atención generada por el diferente especialista producen otros costos asumidos por el responsable del aseguramiento en este caso el servicio de farmacia genera un gran impacto en la atención de los pacientes poli consultantes se evidencia que en el mes de enero del 2011 se aumento el costo de este servicio producto de la atención brindada. Ver grafico 7



Grafica 7

10.3 Hallazgos Administrativos

Se determino que la frecuencia de uso de los servicios de consulta externa de medicina general con relación a la generación de incapacidades medicas es de 49% de las mujeres que consultaron en ese periodo se le genero incapacidad. Ver grafico 8



Grafica 8

El numero más frecuente de patología que generaron mayor incapacidad fue la diafonía con un total de 234 casos, que genero un promedio de 3 a 5 días de incapacidad y de igual forma se derivó a otras consultas por especialistas le sigue en menor proporción los dolores lumbares que se hallo un total de 98 casos que

genero un total de 3 días en promedio de incapacidad y en menor frecuencia la cefalea que solo se presentaron un total de 59 casos lo que genero un promedio de 1 a 3 días de incapacidad.

De igual forma se observa que el género masculino presenta un porcentaje de 2.5% con relación a el ausentismo Laborar.

Se evaluó El acceso a la consulta de medicina especializada el 51% manifiesta que alguna vez es oportuno el acceso a la atención médica, los servicios de alto costo o que generan mayor impacto económico al momento de la prestación de servicio el 45% manifiesta que se evidencia una demora del casi siempre y con lleva a generar tutela para la prestación de servicios.

De igual forma se determino que la IPS genera mayor acceso a las diferentes especialidades, pero se evidencia falla de la prestación de servicio de farmacia. El 79% manifiesta que las formulas medicas las despeñan de forma incompleta el 10 manifiesta que se demora al momento de reponer la droga no existente en farmacia 11 % manifiesta que hay que realizar una cola para la entrega de medicamento por lo que el 100% de la persona encuestadas manifiesta que es mala la atención por los proveedores de farmacia.

10.4 Sugerencias de estrategia

Fortalecimiento del equipo de salud familiar debido a los resultados obtenidos en este estudio, se propone, en primer lugar, que esté establecido, que la coordinación medica identifique al poli consultante, de acuerdo con las características planteadas en este estudio (3,5 o más consultas por cuenta propia) para que así la persona sea referida a el programa de salud familiar. E programa deberá estar integrado por un grupo de personas que tengan habilidades y destrezas, así como fundamentos en el manejo de problemas de índole psicosocial; es decir a un grupo que esté conformado por diferentes especialistas para que se logre una mejor atención a cada persona enfocada de acuerdo a sus necesidades y problemáticas .El equipo de salud familiar debe, mediante el análisis de cada paciente, establecer acciones que orienten la identificación de individuos que se sospeche estén viviendo situaciones

de alto riesgo social en sus familias y, a su vez, identificar anormalidades en el núcleo familiar además, debe tener como funciones dar seguimiento y evaluar cada caso, para que de esta manera se intervenga desde una proyección bio psicosocial no solo al individuo sino a la familia.

Establecer una política de calidad que permita que los pacientes policonsultantes que están en el manejo del programa de salud familiar se determinen como medir la rentabilidad financiera, calidad en la atención para definir si su policonsulta se podría relacionar a problemas mentales, laborales o familiares. E impacto en la atención vs costos de esta atención. Para si establecer políticas de salud ante esta problemática que no se ha determinado su manejo legal y financiera para las Ips debido a que es una problemática poco estudiada.

11. CONCLUSIONES

Al analizar la problemática de la policonsulta en la Unidad Ambulatoria Clínica General del Norte durante el periodo comprendido entre octubre del 2010 y febrero del 2011, se puede concluir que, del total de la población que fue atendida entre los 18 y 69 años de edad que presentaron una frecuencia de uso de 3.5 consultas o más al mes, se determinó que el promedio de edad fue superior a los 45 años, de los cuales el 69% corresponde al sexo Femenino y el 31% corresponde al Sexo Masculino. La especialidad más demandada por este tipo de usuarios. Fue la Medicina interna, generando así mayor costo para este servicio médico se identificó que las patologías más frecuentes fueron; disfonía (45%), Salud Mental (25%) y Osteoarticular y muscular (10%). En menor porcentaje se encuentran las causas Digestivo (9%), Genitourinarias (4%), Cardiovasculares. Se identificó un número de consultas superior a 3486 por mes hallándose que El sexo femenino lideró el número de consultas, representando al 75% (2.610 consultas) del total de consultas. Con una media de edad 48 Años y rango entre 50 años, en tanto el sexo masculino correspondió al 25% (876 consultas), con una media de edad 40 años rango entre 45 y 60 años. Según Distribución etaria, para ambos sexos el mayor número de consultantes pertenece al grupo de 40 años con el 54,7%. Lo sigue el grupo de a 54 años que corresponde al 32,2% de los consultantes, luego el grupo de 69 Y 18 años (13,1%). cabe resaltar que el mayor porcentaje de consultas corresponde a los meses de Noviembre, Diciembre y Enero de los años 2010 y 2011 con una proporción de consultas por meses de 3856, 4056,3569 respectivamente

Se resalta que el costo de los servicios médicos supera el valor que es compensado por la EPS para la prestación del servicio determinándose que el mayor costo de derivado de la atención de los pacientes poli consultantes proviene del el manejo medico por Medicina Interna con un valor de \$ 21.306.761, Reumatología con un costo de\$ 15.806.326 y trabajo social con un costo de 16.171.092 son las especialidades con mayor frecuencia de uso por los poli consultantes generando un mayor impacto para el costo de los servicios de consulta especializada y mayor demanda de servicios para los usuarios que no tienen criterios de inclusión para este estudio generando una inoportunidad en la atención por percepción de algunos

usuarios. De igual forma se evidencia que dermatología, ortopedia otorrinología y oftalmología son en promedio una de las especialidades que tuvieron una menor frecuencia de uso por los pacientes poli consultantes

Se determino que la frecuencia de uso de los servicios de consulta externa de medicina general con relación a la generación de incapacidades medicas es de 49% de las mujeres que consultaron en ese periodo se le genero incapacidad. El numero más frecuente de patología que generaron mayor incapacidad fue la diafonía con un total de 234 casos, que genero un promedio de 3 a 5 días de incapacidad y de igual forma se derivó a otras consultas por especialistas le sigue en menor proporción los dolores lumbares que se hallo un total de 98 casos que genero un total de 3 días en promedio de incapacidad y en menor frecuencia la cefalea que solo se presentaron un total de 59 casos lo que genero un promedio de 1 a 3 días de incapacidad. El acceso a la consulta de medicina especializada el 51% manifiesta que alguna vez es oportuno el acceso a la atención médica, los servicios de alto costo o que generan mayor impacto económico al momento de la prestación de servicio el 45% manifiesta que se evidencia una demora del casi siempre y con lleva a generar tutela para la prestación de servicios. La IPS genera mayor acceso a las diferentes especialidades, pero se evidencia falla de la prestación de servicio de farmacia. El 79% manifiesta que las formulas medicas las despeñan de forma incompleta el 10 manifiesta que se demora al momento de reponer la droga no existente en farmacia 11 % manifiesta que hay que realizar una cola para la entrega de medicamento por lo que el 100% de la persona encuestadas manifiesta que es mala la atención por los proveedores de farmacia.

De igual forma el incremento en otros servicios médicos generando se un impacto mayor en el servicio de farmacia, laboratorio e imagenologia. Para concluir es necesario establecer un programa que garantice la atención biosicosocial de los pacientes policonsutantes para así controlar el impacto de costo de servicios generados por este tipo de usuarios de igual forma que el estado fortalezca como proyectos de ley que garanticen la mejor y mayor cobertura por parte del estado a esta población e incluir como variable epidemiológica este fenómeno y relacionarlo con los costo de servicios generados por estos usuarios.

12. ANEXOS

12.1 Encuesta sobre servicio de consulta externa medicina general organización clínica general del norte.

FECHA: _____ EDAD: _____ SEXO: _____ ESTRATO 3 4 5 NIVEL EDUCATIVO _____

ESTADO CIVIL: _____ PROFESION U OFICIO _____

Favor de subrayar la respuesta correcta.

1. Hace uso permanente o casi siempre de los servicios médicos de su EPS

Sí No

Si su respuesta fue afirmativa siga contestando.

2. El acceso, la consulta y las autorizaciones de servicios ordenados por su medico se realizan de manera rápida y sencilla, lo que permite manejo oportuno de su necesidad

Nunca ___ Algunas veces ___ Casi siempre ___ Siempre ___

3. La consulta externa y lo que deriva de ella (formulas, ordenes de laboratorio, remisión y exámenes complementarios) satisface la necesidad por la cual usted consulto por primera vez

Nunca ___ Algunas veces ___ Casi siempre ___ Siempre ___

4. La información que su medico le da sobre el cuadro clínico que usted presenta y el plan a seguir es claro y preciso

Nunca ___ Algunas veces ___ Casi siempre ___ Siempre ___

5. Sabe usted a quien recurrir para solicitar información no brindada por su medico o bien apoyo u orientación de cómo manejar su caso

Nunca__ Algunas veces__ Casi siempre__ Siempre__

6. Sus solicitudes de información o atención ante las dudas que tenga a raíz de una consulta medica han sido atendidas de manera eficiente por SIAU o coordinación Medica?

Nunca__ Algunas veces__ Casi siempre__ Siempre__

7. Sus respuestas a los incisos anteriores son muy importantes para nosotros; así mismo, los comentarios que pueda hacer para saber que le gusta, que no le gusta o que le gustaría del servicio de consulta externa de medicina general de la unidad de atención ambulatoria de la sede en Chipre de la Organización Clínica General del norte, lo cual nos permitirán ofrecerle un mejor servicio.

12.2 Encuesta sobre servicio de consulta externa medicina general organización clínica general del norte.

FECHA: _____ PROFESION U OFICIO _____

Favor de subrayar la respuesta correcta.

1. Ha tenido usted siempre o casi siempre pacientes q acuden mas 3 veces al mes a su consulta medica

Sí No

Si su respuesta fue afirmativa siga contestando.

2. ¿El acceso, la consulta y las autorizaciones de servicios ordenados por usted se realizan de manera rápida y sencilla, lo que permite hacer un manejo oportuno de la necesidad de su paciente?

Nunca ___ Algunas veces ___ Casi siempre ___ Siempre ___

3. La consulta externa y lo que deriva de ella (formulas, ordenes de laboratorio, remisión y exámenes complementarios) satisface la necesidad por la cual consultan sus pacientes?

Nunca ___ Algunas veces ___ Casi siempre ___ Siempre ___

4. La información que usted le brinda a su paciente sobre el cuadro clínico que presenta y el plan a seguir es claro y preciso

Nunca ___ Algunas veces ___ Casi siempre ___ Siempre ___

5. ¿Usted brinda apoyo u orientación de cómo manejar un caso específico a sus pacientes?

Nunca__ Algunas veces__ Casi siempre__ Siempre__

6. Las solicitudes de información o atención ante las dudas que tenga sobre el manejo de un caso de su consulta medica han sido atendidas de manera eficiente por SIAU o coordinación Medica

Nunca__ Algunas veces__ Casi siempre__ Siempre__

7. Sus respuestas a los incisos anteriores son muy importantes para nosotros; así mismo, los comentarios que pueda hacer para saber que le gusta, que no le gusta o que le gustaría del servicio de consulta externa de medicina general de la unidad de atención ambulatoria de la sede en Chipre de la Organización Clínica General del norte, lo cual nos permitirán ofrecerle un mejor servicio a nuestros usuarios.

13 .BIBLIOGRAFIA

- ¹ Basic Epidemiological Methods and biostatics Boston Jones and Bartlett publishers 1905.
- ² Modelo en salud familiar. Una propuesta para contribuir al cambio. Peñaloza, Blanca; Rojas, Paula; Rojas, Ma. Paulina; Tellez, Alvaro. Santiago de Chile, 2001.
- ³ Camacho eyda y alfaró.j.la seguridad social en costa rica y la llamada “deshumanización” de los servicios médicos. revista centroamericano de ciencias de la salud 1977; 8:75-96.
- ⁴ Di Silvestre C. Somatización y percepción subjetiva de la enfermedad. Cinta de maebio N° 4. Santiago de Chile, Diciembre 1998. American Psychiatric association. Diagnostic and statiscal manual of mentaldisorders DSM – IV. Washington DC, American psychiatric, 1994. Merck, trastornos mentales, capitulo 82; trastornos somatoformes.
- ⁵ Martínez, Quintanal y Téllez (2002) señalan a Patouillet en Estados Unidos Manejo de pacientes Policonsultantes.
- ⁶ Bisquerra , Morril Oetting Hurset ,2008 p103 Causas de la Policonsulta en Costa Rica.
- ⁷ Luz del alba dirocié y modesta javier competencias de los orientadores en el uso de modelos de intervención psicopedagógica en las escuelas urbanas de los distritos educativos 05 y 06 de la regional 02 de educación del municipio de san juan de la maguana, año 2009.
- ⁸ Ajzen y jack 1980 vol 3 prevencion de los efectos de policonsulta y enfermedad Psiquiatrica efectos somatizados.
- ⁹ Medicina De Familia (And) Vol. 1, N° 2, Noviembre 2000. Intervención Perteneientes Al Consultorio Externo Valdivia Periodo Septiembre2004 A Diciembre 2005 - Autores: Ximena Alarcón D. Social En Familias De Pacientes Poli Consultantes Alejandrina.
- ¹⁰ 1998. LA NACION S.A.
- ¹¹ Published in Revista Objetos Caídos, N°1, Año 2012. Co-authored with Mariana Fagalde Cuevas, Gabriel Guajardo Soto, Domingo Izquierdo Sánchez, Bárbara Ayala Hannig & Patricio Rojas Navarro.
- ¹² Patricia Rojas Navarro Docencia, investigación y supervisión de tesis de pregrado en la Facultad de Psicología (2009-2011) y docencia en la Facultad de Ciencias Sociales y Humanidades (2010).
- ¹³ Revistas de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social versión impresa ISSN 1409-1259 Rev. cienc. adm. financ. segur. soc v.5 n.2 San José 2009 Calidad en los servicios de salud. Rafael A. Vargas González, Lic. Recursos

Humanos, Egresado Historia y Salud Pública – UCR, Miembro de la Comisión Técnica de Calidad - CCSS Sección de Investigación – CCSS.

¹⁴ Rev Cubana Med Gen Integr 2008;16(5):508-12; Trabajos de Revisión: Reflexiones acerca de la salud familiar; Idarmis González Benítez.

¹⁵ Artículo: PROCESOS DE CALIDAD EN LA AUDITORIA MÉDICA; Autor: Dr. Carlos Jimenez Barba; Universidad de Antioquia; MARTES, 29 DE JUNIO DE 2010.

¹⁶ Las auditorías de calidad; Auditoria Médica; Autor: Francisco Alvarez H; Eco ediciones.

¹⁷ Lazzati,Santiago et al.Conceptos Generales de auditoria Ediciones Macchi,Buenos Aires 1981.

¹⁸ VV.AA Crear la prestación de servicios de salud en las empresas sociales del estado en el SGSSS guías de capacitación y consultas Dirección General para el desarrollo de Servicio de salud.

¹⁹ Guías para el mejoramiento de la calidad e la prestación de servicio serie Gehos Nº 5 Fundación Restrepo Barco Fundación Educación Superior FES Fundación Corona Instituto FES de liderazgo Bogotá 2003

²⁰ Constitución Política Colombiana 1993.

²¹Real Academia Española .Diccionario de la Lengua Española XXIIA edición Madrid España 2001.