

**PROPUESTA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DEL
SERVICIO DEL HOSPITAL INTEGRADO SAN JOAQUIN**

**EVILA CAICEDO DE CASTELLANOS
NAYIBE ASTRID DELGADO ROJAS
DIANA REBECA LEMUS TORRES
ROSA ALBINA SAENZ TORES**

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA
ESPECIALIZACIÓN AUDITORIA EN SALUD
BUCARAMANGA MAYO 2001**

**PROPUESTA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DEL
SERVICIO DEL HOSPITAL INTEGRADO SAN JOAQUIN**

**EVILA CAICEDO DE CASTELLANOS
NAYÍBE ASTRID DELGADO ROJAS
DIANA REBECA LEMUS TORRES
ROSA ALBINA SAENZ TORES**

***Trabajo de grado para optar al título de
Especialista en Auditoria en Salud***

**TUTOR: DOCTOR JOSE HUMBERTO DUQUE Z.
CALIFICADOR: DOCTOR ALEJANDRO GOMEZ LOPEZ**

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA
ESPECIALIZACIÓN AUDITORIA EN SALUD
BUCARAMANGA MAYO 2001**

Nota de aceptación

Presidente del jurado

Jurado

Jurado

Bucaramanga, Mayo de 2001

DEDICATORIA

*A mi esposo, a mis hijos y a mis amigos
quienes en todo momento me brindaron
su valioso apoyo incondicional para ver
culminados mis esfuerzos
satisfactoriamente.*

Evila.

DEDICATORIA

A mis padres, hermanos, familiares y amigos quienes me colaboraron con mucho cariño en la culminación de ésta meta.

Nayibe Astrid.

DEDICATORIA

*A mi madre por haberme dado la vida
y enseñado a esperar, a mis hermanos
por la colaboración para que mis ideales
se hicieran realidad.*

Diana Rebeca.

DEDICATORIA

*Dedico el producto de éste trabajo
a mi esposo y a mis hijos por la
comprensión y apoyo recibido
en el desarrollo de mis ideales*

Rosa Albina

AGRADECIMIENTOS

Las autoras expresan sus agradecimientos como señal de reconocimiento por la colaboración brindada en la realización del presente proyecto a:

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD - CES, MEDELLÍN.

LA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA, FACULTAD DE SALUD.

HOSPITAL INTEGRADO SAN JOAQUIN.

La doctora, LUZ MARINA CORSO MORALES, Coordinadora Faculta de Salud.

El doctor, JOSE HUMBERTO DUQUE Z. Tutor del proyecto.

El doctor, ALEJANDRO GOMEZ LOPEZ, Calificador del proyecto.

La Doctora, NIDIA TEJADA RIVERA, asesora del proyecto

Las demás personas e instituciones que de una u otra forma colaboraron en la realización del presente trabajo.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION

| | | |
|-------|--|------|
| 1. | PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | vi |
| 2. | FORMULACIÓN DEL PROBLEMA | Viii |
| 3. | JUSTIFICACIÓN | ix |
| 4. | OBJETIVOS | xi |
| 4.1 | OBJETIVO GENERAL | xi |
| 4.2 | OBJETIVOS ESPECIFICOS | xi |
| 5. | MARCO TEORICO | 12 |
| 5.1 | RESEÑA HISTORICA | 12 |
| 5.2 | MARCO LEGAL | 15 |
| 5.3 | PROCESO DE GARANTIA DE CALIDAD | 19 |
| 5.4 | CALIDAD EN LA ATENCION | 22 |
| 5.4.1 | ATRIBUTOS DE CALIDAD EN ATENCIÓN EN SALUD | 26 |
| 5.4.2 | COMPONENTES DE LA EVALUACIÓN DE CALIDAD | 27 |
| 6. | DISEÑO METODOLOGICO | 30 |
| 6.1 | TIPO DE ESTUDIO | 30 |
| 6.2 | AREA DE ESTUDIO | 30 |
| 6.3 | UNIVERSO Y MUESTRA | 30 |
| 6.4 | MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS | 31 |
| 6.5 | PROCESO | 32 |
| 6.6 | TIEMPO | 32 |
| 6.7 | TABULACIÓN DE LA INFORMACIÓN | 32 |
| 6.8 | DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES | 33 |

| | | |
|--------|--|-----|
| 7. | DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DEL HOSPITAL INTEGRADO SAN JOAQUIN | 35 |
| 7.1 | ENFOQUE DE ESTRUCTURA | 36 |
| 7.1.1 | RECURSOS | 36 |
| 7.1.2 | ESTRUCTURA ORGÁNICA | 38 |
| 7.2. | ENFOQUE DE PROCESOS | 38 |
| 7.3. | ENFOQUE DE RESULTADOS | 40 |
| 7.3.1. | ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A USUARIOS | 40 |
| 7.3.2. | ANÁLISIS SITUACIONAL (DOFA) | 50 |
| 8. | CONCLUSIONES | 68 |
| 9. | PROPUESTA DE MEJORAMIENTO | 70 |
| 9.1. | IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE ATENCIÓN AL USUARIO | 71 |
| 9.2. | CRITERIOS E INDICADORES DE EVALUACIÓN | 78 |
| 9.3. | MANUAL DE CONSULTA EXTERNA | 92 |
| 9.3.1. | ESTRUCTURA | 92 |
| 9.3.2. | PROCESO | 94 |
| 9.3.3. | RESULTADO | 100 |
| 10. | RECOMENDACIONES | 101 |
| | BIBLIOGRAFIA | 102 |
| | ANEXOS | |

INTRODUCCION

El Hospital Integrado San Joaquín ubicado en el Municipio del mismo nombre, es una institución del primer nivel de atención que presta sus servicios al total de la población perteneciente a los regímenes contributivo, subsidiado y vinculados, del área urbana y rural.

Concedores de la necesidad de mejorar la atención brindada al usuario, de proyectar la institución a un segundo nivel que este en capacidad de competir en el mercado de la salud y de cumplir con los requerimientos establecidos por la Ley 100 de seguridad social y sus Decretos reglamentarios en lo relacionado a la calidad del servicio, se propone implementar un plan de mejoramiento a nivel organizativo y funcional con énfasis en estrategias de satisfacción al usuario que conduzca al Hospital a ser una entidad autónoma, eficiente y manejada con criterios de calidad y humanización.

Es así como las autoras de este proyecto presentan una propuesta de mejoramiento de la calidad del servicio que presta el Hospital Integrado San Joaquín basado en la opinión de los clientes internos (personal que labora en la institución) y la de los clientes externos (usuarios); para tal fin se aplicó una

encuesta de satisfacción y se realizaron grupos de trabajo con los funcionarios para verificar lo encontrado en la revisión de documentos e informes.

A partir de los resultados obtenidos se formularon fortalezas, debilidades y estrategias como parte del análisis situacional, concluyendo con una propuesta de mejoramiento en la que se plantearon los lineamientos para la conformación del Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU), se definieron criterios y métodos de evaluación y se formuló un manual de manejo para el servicio de consulta externa bajo el enfoque de estructura proceso y resultado.

UNAB - BIBLIOTECA MEDICA

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es pertinente dentro del estudio realizar un análisis de la situación actual del Hospital Integrado San Joaquín en cuanto a atributos de calidad se refiere y hacer una comparación con los atributos esperados.

Se debe empezar por formular algunos interrogantes que conduce al origen del problema.

- ¿Existe un sistema de evaluación de la calidad en el Hospital Integrado San Joaquín?
- ¿Existe buena atención en cuanto a calidad en el servicio?

Se ha detectado en encuestas casuales y en charlas informales consideraciones expresadas tanto por usuarios como por el personal de la Institución, dentro de las cuales cabe destacar las siguientes:

- No existe un espacio formal y organizado en donde se canalicen las quejas e inquietudes de los usuarios.
- Las quejas que se han presentado de manera informal tienen relación con la oportunidad para lograr las citas y la demora en la atención.
- Se carece de manuales de procedimientos en algunas áreas de atención.

" No se conocen estudios sobre el liderazgo ejercido y los niveles de participación por parte del personal.

^H La estrategia de planeación estratégica no ha sido asumida por el Hospital.

^a No se tiene establecido un plan de capacitación para empleados y usuarios.

Lo anteriormente anotado motivó la realización de este trabajo como un aporte a la Institución en el inicio de un proceso de mejoramiento basado en el Sistema de Garantía de Calidad.

2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál debe ser el modelo de mejoramiento de la calidad del servicio que presta el Hospital Integrado San Joaquín?

3. JUSTIFICACION

La reforma del sector salud ha sido un proceso orientado a introducir cambios fundamentales en los diferentes componentes del sistema de salud, en sus relaciones, funciones y propósitos desarrollados para aumentar la equidad en los beneficios, la eficiencia en la gestión y la efectividad en las diferentes prestaciones para la satisfacción de la demanda de salud por parte de la población.

Dentro de este nuevo marco ha sido el interés del Hospital del Municipio de San Joaquín introducir cambios tanto administrativos como funcionales que le permitan competir en el mercado de la prestación de los servicios de salud con calidad y eficiencia, iniciando un proceso de mejoramiento institucional que lo conduzca en un corto plazo a incluir una estrategia de evaluación de la calidad, de tal manera que los esfuerzos se orienten hacia las decisiones costo-beneficio y hacia el mejoramiento continuo de la Organización en un ambiente de optimización de la Calidad de la atención hacia el usuario.

Este primer intento es el inicio que la institución tiene dentro del plan para desarrollar el Sistema de Garantía de Calidad, lo cual le permitiría partir de un diagnóstico situacional de la entidad y de la opinión de los usuarios con respecto a la prestación del servicio que demandan.

El Hospital del Municipio de San Joaquín es la única institución prestadora de servicios de salud de carácter oficial del ente territorial, que presta el primer nivel de atención, por lo cual se hace necesario y primordial asumir mejoras en sus procesos y procedimientos en aras de brindar una atención con calidad y tener las herramientas necesarias para competir en el mercado de la salud.

Las autoras de ésta propuesta realizaron un estudio evaluativo de la calidad en la prestación de los servicios, desde la perspectiva del usuario, que condujera a plantear acciones de mejoramiento, enmarcado en un proyecto a corto, mediano y largo plazo de Garantía de Calidad.

Teniendo en cuenta que es la primera vez que se realiza éste tipo de trabajo, se pretende al final del mismo, recomendar unas directrices a seguir en el proceso por parte del Director y sus colaboradores.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar la calidad en la prestación de los servicios de salud desde la perspectiva del usuario, en el Hospital del Municipio de San Joaquín, con el fin de presentar una propuesta de Mejoramiento Institucional basada en el Sistema de Garantía de Calidad, que garantice un servicio oportuno, eficiente y eficaz.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Realizar el diagnóstico situacional teniendo en cuenta los enfoques de evaluación de la Calidad.
- Identificar las áreas problemas teniendo en cuenta la percepción del cliente interno y externo.
- Analizar la información y establecer las prioridades.
- Aplicar los conocimientos de planeación estratégica para determinar las estrategias de mejoramiento.
- Diseñar una propuesta de Mejoramiento Institucional con base en los resultados encontrados.
- Proponer unas recomendaciones y sugerencias para la Implementación de la propuesta.

5. MARCO TEÓRICO

5.1 RESEÑA HISTÓRICA

El Hospital Integrado San Joaquín se encuentra ubicado en el municipio de San Joaquín al sur del departamento de Santander, cuenta con 3700 habitantes de los cuales el 80% pertenecen al área rural distribuidos en 12 veredas.

Dentro de sus características se resalta:

- e La base de la economía es la agricultura siendo el fique el producto de mejor difusión, representado en un 30% de la actividad agrícola.
- o El promedio de personas por familia es de ocho.
- e El municipio cuenta con planta de tratamiento de agua.
- o La recolección de las basuras está a cargo de la administración municipal y es llevada a campo abierto.
- » El 90% del área urbana y un 80% del área rural cuenta con electrificación,
- e Cuenta con sitios para la recreación, el deporte y la cultura.
- El servicio de transporte terrestre es la vía de acceso al área urbana.
- ® Cuenta con un matadero.
- ® La atención en salud se brinda a través del Hospital en el primer nivel de atención y cuando se requiere la atención de mayor complejidad se remite al Hospital de Segundo Nivel de Atención ubicado en el municipio de San Gil.

El Hospital San Joaquín fue creado como una entidad de salud sin ánimo de lucro y se le reconoció personería jurídica por el Ministerio de Gobierno en noviembre de 1945 funcionando como Hospital de caridad. En el año de 1993 el Concejo Municipal según acuerdo #014 crea el Hospital Integrado San Joaquín como una entidad pública prestadora de servicios de salud. El 6 de mayo de 1999 recibe la certificación de cumplimiento de los requisitos esenciales, expedida por la Secretaria de Salud Departamental, clasificado como una entidad de primer nivel de atención que presta los servicios a toda la población del municipio que se encuentra afiliada a los regímenes subsidiado, contributivo y vinculados.

Administrativamente el Hospital Integrado San Joaquín depende de la Secretaría de Salud Departamental, por lo tanto no cuenta con autonomía financiera y sus recursos provienen directamente del Ente Departamental.

Dentro del proceso de Descentralización del Municipio el Hospital Integrado San Joaquín deberá convertirse en Empresa Social del Estado.

Funcionalmente el Hospital Integrado cuenta con un médico Director y un grupo de 17 funcionarios distribuidos de la siguiente manera:

Médicos: 2 (Incluye el director)

Enfermera: 1

Odontólogo: 1

Bacteriólogo: 1

Auxiliares de Enfermería: 4

Promotoras de Salud: 5

Técnico Administrativo: 1

Personal de servicios generales: 3

Con el personal que cuenta presta los servicios de:

® Consulta médica general

® Hospitalización medicina general

« Consulta odontológica

® Hospitalización pediatría general

® Servicios de laboratorio clínico

- Atención de partos de baja complejidad

» Urgencias

a Consulta extramural

- Servicios de farmacia

® Consulta de enfermería

® Vacunación

e Promoción de salud

® Traslado de pacientes

5.2 MARCO LEGAL

El marco legal que a continuación se presenta respalda el trabajo realizado por las autoras.

La ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios desarrollan el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) son los organismos máximos de dirección del sistema. Este último tiene otras funciones como es la de definir el Plan Obligatorio de Salud (POS), el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), el valor de la cotización para los afiliados y cuáles medicamentos esenciales hacen parte del POS.

Es necesario destacar que en la medida en que toda la población haga uso de su derecho de afiliarse, el Sistema de Seguridad Social va a disponer de los recursos económicos necesarios. Esto hará posible una cobertura en la cual todos los habitantes estarán amparados y beneficiados en lo que a su salud se refiere.

La ley en particular establece un nuevo concepto en la orientación de la salud al buscar el aseguramiento como esquema dominante, dejando de lado los subsidios en la oferta, mediante el énfasis en los subsidios en la demanda y en la competencia entre Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y Empresas Promotoras de Salud (EPS).

Estas últimas asumen unos roles y unas funciones. Plantean un paquete básico Plan Obligatorio de Salud (POS) que debe ser financiado con los recaudos por las cotizaciones salariales, por otras cotizaciones voluntarias de los no asalariados del país y por los recursos fiscales para la salud. Cada persona tiene asignado un monto de recursos denominado Unidad de Pago por Capitación (UPC), cuya estimación está en función de sus características socioeconómicas. Toda la población debe afiliarse a alguna Empresa Promotora de Salud (EPS), la que recibirá por cada afiliado su correspondiente unidad de pago por capitación (UPC). Con estos recursos la Empresa Promotora de Salud debe garantizar la prestación de servicios médicos incluidos en el plan obligatorio de salud (POS), contratándolos con alguna institución prestadora de servicios de salud (IPS). Los servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud serán ofrecidos en planes complementarios y su financiación voluntaria estará a cargo del usuario, bien sea por medio de mecanismos de aseguramiento u otros.

Este sistema espera garantizar una mejor eficiencia en la asignación de los recursos al introducir algunos elementos de competencia en el mercado, ya que las diferentes Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las Empresas Promotoras de Salud tendrán que competir por atraer usuarios y poder financiarse. También se aspira a aumentar la cobertura mediante la afiliación familiar, la universalidad en el acceso, la obligatoriedad y la solidaridad en el sistema de afiliación.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) tiene en cuenta los siguientes principios:¹

- Libertad de elección: usted puede elegir libremente la entidad promotora de salud que lo afilie, así como las Instituciones Prestadoras de Salud (dentro de las opciones ofrecidas por éstas). También puede trasladarse a otra Empresa Promotora de Salud u otras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud dentro de la red de la Empresa Promotora de Salud si no está satisfecho con los servicios.
- Equidad: las Empresas Promotoras de Salud reciben del Sistema General de Seguridad Social en Salud la misma cantidad de dinero por cada afiliado, independientemente del nivel de ingresos de estos. Así se evita que la población pobre quede desprotegida o que reciba únicamente los servicios de "asistencia pública" del estado.
- Universalidad en la cobertura: trata de proteger a todos los habitantes del territorio nacional, sin ningún tipo de discriminación. Por ésta razón todos debemos estar afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud bien sea en el régimen contributivo o en el régimen subsidiado.
- o Solidaridad: es la ayuda que todos damos sin importar la diferencia de edad, condición socioeconómica, región o comunidad donde vivamos, buscando el apoyo del más fuerte hacia el más débil. El mayor aporte que dan quienes cotizan más, servirá para atender las necesidades de los menos favorecidos.

¹ Ministerio de Salud. La Seguridad Social en Salud. Impreso en Dupligráficas. Bogotá 1994

- o Afiliación obligatoria: la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud para las personas con capacidad de pago es obligatoria al régimen contributivo. Aquellas familias cuyos ingresos no son suficientes para cubrir el valor total de la cotización deben afiliarse al Sistema bajo las normas del régimen subsidiado.
- « Calidad y eficiencia: los recursos humanos, técnicos, administrativos y financieros, deben ser utilizados en la forma más adecuada, oportuna, humanitaria y suficiente.
- Libre competencia: permite la participación de las diferentes entidades públicas y privadas (EPS, IPS). Esta sana competencia, bajo la vigilancia del estado, beneficia a los usuarios precisando mejor calidad.

Además de la ley 100 de 1993 existen otras normas legales:

- ® Ley 23/81 Código de Ética Médica.
- ® Ley 10/90 Reorganiza el Sistema Nacional de Salud
 - Ley 87/93 Control Interno de las Instituciones Públicas
 - Decreto 2174/96 Organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.
- ® Decreto 1757/94 Establece mecanismos de Participación a la Comunidad.
 - Resolución 4252 de 1997 Que establece los Requisitos Mínimos Esenciales por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

5.3 PROCESO DE GARANTÍA DE CALIDAD

El Sistema de Garantía de Calidad se define como “el conjunto de instituciones, normas, requisitos y procedimientos indispensables que deben cumplir los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud para garantizar a los usuarios de los servicios el mayor beneficio, a un costo razonable y con el mínimo riesgo posible. Estos requisitos y procedimientos establecen los estándares esenciales para el cumplimiento de las responsabilidades de todos los integrantes del Sistema y las condiciones para su mejoramiento continuo.”²

Otra perspectiva define la garantía de calidad como “el asegurar las condiciones organizacionales necesarias para cerrar la brecha entre lo alcanzado y lo alcanzable de manera continua en términos de los estándares deseables y factibles de calidad de la atención médica”³

Son objetivos del sistema de garantía de calidad

e Contribuir al desarrollo y mejoramiento de los servicios de salud del país en términos de eficacia, eficiencia y satisfacción, con el propósito de mejorar las condiciones de vida de la comunidad y crear una cultura de calidad en lo referente de los servicios.

e Identificar y eliminar los factores que originan deficiencias en la prestación de los servicios de salud.

²Ministerio de Salud. Decreto 2174/96. Por el cual se organiza el Sistema de Garantía de Calidad.

* Detectar y corregir los comportamientos que afectan negativamente los resultados del proceso de atención en salud.

Para cumplir con lo anteriormente anotado las autoras de este proyecto plantean dentro de este marco teórico la calidad de la atención y los componentes de evaluación como una alternativa para determinar las necesidades y condiciones en que se encuentra el Hospital Integrado San Joaquín desde lo administrativo y funcional, con miras a establecer herramientas administrativas que le garanticen un proceso de retroalimentación permanente que facilite la acción oportuna para aplicar correctivos, reorientar programas, aprovechar nuevas oportunidades o estar preparado para enfrentar amenazas,

Dentro de los componentes del Sistema de Garantía de Calidad está la evaluación de la satisfacción del usuario donde se deben establecer mecanismos que permitan cualificar y cuantificar el nivel de complacencia de los usuarios con los servicios que presta directa e indirectamente.

“Estos mecanismos deberán comprender como mínimo los siguiente aspectos”^{3 4}:

» Evaluación sistemática del nivel de complacencia de los usuarios.

³ Ministerio de Salud. Decreto 2174/96. Por el cual se organiza el Sistema de Garantía de Calidad.

⁴ Ruelas Enrique. Hacia una Estrategia de Garantía de Calidad. Salud Pública. México 1992

- ® Conformación de una dependencia de atención al usuario que dé trámite pertinente a quejas, reclamos y/o sugerencias y suministre la información que estos requieran.
- ® Evaluación sistemática de la atención en salud enfocada principalmente en su estructura, proceso y resultado.

Como se mencionara anteriormente la garantía de calidad con sus acciones continuas tiende a prevenir y/o resolver oportunamente problemas o situaciones que impidan el mayor beneficio que incrementen los riesgos a los usuarios, a través de cinco elementos fundamentales: la evaluación, la monitoria, el diseño, desarrollo y cambio organizad onal. En efecto, la evaluación es el pilar fundamental para garantizar la calidad de atención, no es posible mejorar algo cuyo comportamiento se desconoce.

Los criterios utilizados se hace con énfasis en los elementos de la estructura, el proceso y los resultados. Los diseños organizacionales predominantes, de acuerdo a la tipología mencionada previamente, son así mismos otro indicador de la evaluadón.

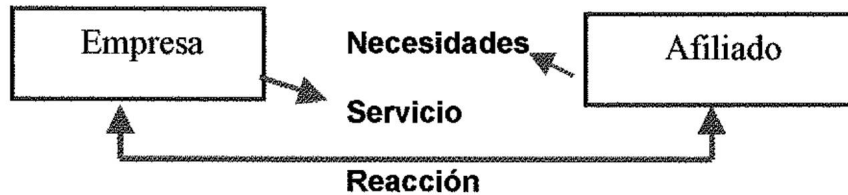
5.4 CALIDAD EN LA ATENCIÓN

El concepto básico de calidad es “el continuo esfuerzo para satisfacer cada vez mejor las necesidades del afiliado.”⁵

Buscando las características comunes, se ve que ellas suelen estar centradas en las necesidades del cliente y son:

- Veracidad: lo que se ofrece es lo que se entrega
- Confiabilidad: se mantiene la calidad a través del tiempo.
- Buena relación calidad / precio: en distintos niveles claramente diferenciados.

Figura 1.



- El afiliado es el que define la calidad.
- La empresa responde a la productividad.
- La razón de ser de la empresa es satisfacer las necesidades de sus afiliados (Ver Figura 1)
- Por lo tanto el punto de partida de la empresa debe ser: comprender las necesidades de sus afiliados.

® Solo se podrá desarrollar un servicio capaz de satisfacer las necesidades de los usuarios cuando se haya comprendido a cabalidad sus exigencias.

- El punto de partida es siempre las necesidades, seguido por el servicio y nunca al revés.

» Siempre hay una reacción del usuario ante el servicio que recibe. Esta reacción puede ser:

0 Verbal o escrita

® Racional o emocional

Sin embargo, independientemente de la forma, el cliente siempre tiene la razón. El problema es que a veces esa reacción no siempre llega directamente a la empresa y se debe buscar activamente esta reacción para poder gestionar mejor la calidad del servicio.

® Si se espera a que llegue la reacción del usuario, probablemente cuando llegue será ya demasiado tarde.

- Hay dos tipos de clientes externos e internos. Un cliente es la persona a la que se le entrega el producto o servicio generado con el trabajo.

- Las necesidades de los usuarios cambian con el tiempo y las expectativas de calidad aumentan, lo que hace que lo que antes era una característica distintiva y competitiva se vaya convirtiendo con el tiempo, solo en un estándar esperado.

⁵ Pabón Hipólito. Evaluación de los servicios de salud. Edición 2

- El entorno está cambiando con tanta rapidez que la forma tradicional de hacer las cosas se va tomando obsoleta. Desafortunadamente muchos procesos y subprocesos no son el producto de una planificación, han ido creciendo en una forma desordenada, como respuestas improvisadas frente a la emergencia y /o exigencias puntuales.

La calidad se considera como el medio más importante de la institución para lograr los resultados esperados o sea para lograr la eficacia de los servicios. Para algunas condiciones, los resultados ligan estrechamente con la calidad del servicio, para otras condiciones intervienen fuertemente factores ajenos de la calidad, generalmente características del usuario y su medio ambiente para determinar el grado de éxito del tratamiento.

Algunos autores definen la calidad como “el conjunto de características que deben tener los servicios de salud, en el proceso de atención a los usuarios, desde el punto técnico y humano, para alcanzar los efectos deseados tanto por los proveedores como por los usuarios.”⁶

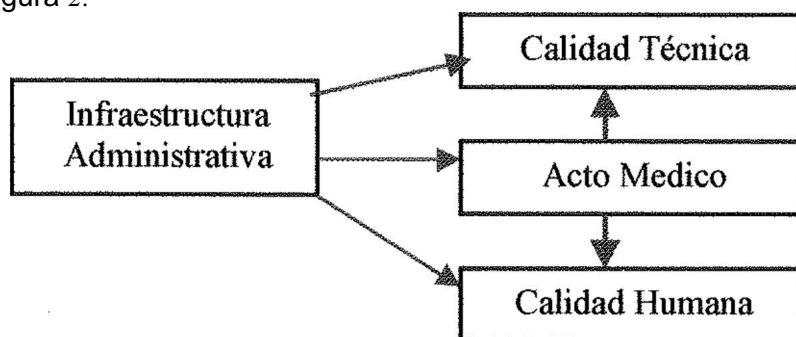
“En el proceso de prestación de un servicio de salud, interviene por una parte el personal, equipos y elementos directamente involucrados en el acto médico, y por otra, la infraestructura administrativa que crea y mantiene las condiciones que hacen posible la realización del acto. Además en el proceso hay dos

⁶ AFP Provida, Manual para monitores de Calidad y Productividad. 1995. Bogotá

aspectos, uno de tipo técnico, tiene que ver con los criterios y procedimientos medico- clínico, el otro más subjetivo se refiere al trato recibido por los usuarios. El primer aspecto se llama calidad técnica y el segundo calidad humana, ambos conceptos dependen del acto médico y de la estructura administrativa”⁷ (Figura 2).

La infraestructura administrativa afecta el acto médico, pues de ello depende tener oportunamente disponibles, los equipos, el personal y los elementos necesarios para la realización; afecta la calidad técnica, pues la oportunidad del contacto entre los servicios y el usuario dependen del diseño y operación de los procesos administrativos y afecta la calidad humana, ya que el concepto global

Figura 2.



de satisfacción del usuario depende del ambiente físico que encuentre (limpieza, iluminación, orden, etc.) y de su contacto con el personal.

En general la calidad humana es la medida que los usuarios utilizan para evaluar un servicio, pues asumen que la calidad técnica depende de ella.

⁷AFP Próvida. Manual para monitores de Calidad y Productividad. 1995. Bogotá

5.4.1 ATRIBUTOS DE CALIDAD EN ATENCIÓN EN SALUD

Una evaluación de calidad de la atención en salud debe contemplar atributos o características que definen en forma específica la manera correcta como debe llevarse a cabo la atención de servicios de salud. Atributos tales como:⁸

- ® Oportunidad: consiste en la satisfacción de las necesidades de salud del cliente en el momento indicado.
- ® Suficiencia e integridad: consiste en la satisfacción adecuada de las necesidades de salud bio-psicosociales, mediante el suministro de los recursos indispensables para atenderla de manera integral.
- ® Continuidad: consiste en la cualidad, entendida como la secuencia lógica, bajo la responsabilidad de un equipo profesional de las acciones que conforma cada una de las fases del proceso de atención de una contingencia de salud.
- * Racionalidad técnico- científica: se refiere a la utilización del saber médico y de la tecnología médica disponible en un momento dado, para atender un problema de salud específico, con los criterios de enfoque lógico y óptimo.
- Pertenencia: es la respuesta que mediante la actividad o programa, se le da a la necesidad.
- ® Eficiencia (costo- beneficio): consiste en la utilización óptima y racional de estos recursos al menor costo y con los mejores beneficios.

⁸ Pabón Hipólito. Evaluación de los Servicios de Salud. Edición 2

® Eficacia: consiste en el beneficio real para el usuario; es la expresión de los efectos que desea obtener de un programa, servicio, institución, etc., para reducir la importancia de un problema de salud o mejorar una situación deficiente.

® Efectividad: es el beneficio en condiciones de uso promedio.

- Atención personalizada: cada usuario de los servicios es un ser humano con características y necesidades particulares, no un número más.
- Atención humanizada: se refiere a la necesidad de una interacción adecuada al nivel de los comportamientos entre el personal encargado de brindar la atención médica y el usuario que la recibe.
- Satisfacción del proveedor: se refiere a la expresión de complacencia que logra quien provee los servicios de salud por la actividad realizada.

® Satisfacción de usuario o cliente: se refiere a la expresión de complacencia por la atención y el efecto que ésta produce según sus necesidades.

® Costo razonable: se refiere a que el valor de los servicios prestados esté dentro de los rangos normales de valor correspondientes a los mismos.

5.4.2 COMPONENTES DE LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD

- Componente administrativo: hace referencia a los aspectos, elementos, acciones y productos relacionados con el esquema organizacional dispuestos para apoyar eficientemente la gestión de la salud de la entidad.

o Componente técnico- científico: hace referencia a los aspectos, elementos, acciones y productos relacionados con la tecnología en salud y con el conocimiento clínico que maneja la entidad para garantizar una óptima atención.

“La evaluación de la eficiencia de gestión de salud, debe ser vista para lograr el objetivo que se propone este proyecto a través de un marco de referencia que incluye”:⁹

- Enfoque de estructura: determina la disponibilidad de recursos con que cuenta la institución, programa o servicio en términos de estructura organizacional, recursos disponibles y programación de actividades, así como los factores del entorno que afectan su desarrollo. Esta área busca dar respuesta a los requerimientos establecidos por la demanda. Estudia la organización y funcionamiento de los diferentes recursos que son utilizados por los diferentes servicios de atención a las personas y el medio ambiente y que igualmente constituyen la estructura de la atención médica.
- Enfoque de proceso: analiza la naturaleza de la atención, la tecnología y la secuencia de los procedimientos utilizados en el desarrollo de planes y programas establecidos por la institución.
- Enfoque de resultados: constituye el producto de las acciones de salud, cuantifica y analiza las actividades resultantes de la atención y los aspectos financieros relacionados con estas actividades. Tiene en cuenta el efecto

de las acciones o programas realizados sobre las condiciones de salud de la población beneficiaria, la variación de la morbi-mortalidad, los cambios de actitud de los usuarios, la relación costos- beneficio y el grado de satisfacción que experimentan tanto los beneficiarios como los prestatarios de los servicios.

Dentro de este enfoque sistemático, los componentes de oferta y demanda se identifican con las entradas del sistema, el proceso constituye el procesador del mismo y los resultados e impacto de las acciones configura sus salidas, las cuales se encargan de retroalimentar el proceso.^{10 9}

⁹Barrera Rey Orto. Control de Gestión en Salud Facultad de Salud de la UIS 1992 p 16

6. DISEÑO METODOLOGICO

6.1 TIPO DE ESTUDIO

El estudio fue de tipo descriptivo

6.2 AREA DE ESTUDIO

Se realizó en las instalaciones del Hospital Integrado San Joaquín.

6.3 UNIVERSO Y MUESTRA

El Hospital Integrado San Joaquín atiende a toda la población del Municipio afiliada a los regímenes subsidiado, contributivo y vinculados, la cual es de 3700 personas.

Para realizar este estudio se determinó una muestra utilizando el sistema STATCALC Epi-Info V.60

$$n = \frac{z^2(p \cdot q)}{d^2 \cdot \frac{p \cdot q}{N}}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.10 \times 0.90)}{(0.05)^2 \cdot \frac{(1.96)^2 (0.10 \times 0.90)}{3700}}$$

« = 133

Donde:

N = Universo

⁰ Ibid pag 22

n = Muestra

z = Nivel de Confianza

p = Prevalencia del Evento

$q \sim 1 - P$

d = Nivel de Precisión

S.4 MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de la información se hizo a través de la revisión de documentos, observación directa, registros de la institución y entrevistas informales con el personal que labora en el Hospital, lo que llevó a elaborar el diagnóstico situacional.

Teniendo en cuenta que la Directora del Hospital San Joaquín hizo parte del equipo investigador de éste trabajo, no participó en las reuniones que se realizaron con los funcionarios para no sesgar la información.

Igualmente se aplicó la encuesta directamente a los usuarios (al azar) que asistieron durante un mes a solicitar el servicio.

El cuestionario permitió respuestas breves y específicas en un orden previamente definido que correspondió a la información requerida para la solución de uno de los objetivos propuestos.

6.5 PROCESO

La recolección de los datos se llevó a cabo en un mes y se hizo por parte de las investigadoras, en el lugar de atención de los usuarios.

Ⓜ Una vez aplicado el instrumento, se analizó la información encontrada.

- Se revisaron los documentos e informes y se realizó el diagnóstico situacional con el enfoque de evaluación de calidad (estructura, proceso y resultado) y con la participación de los funcionarios.

Ⓜ Se Identificaron los problemas, las causas y se elaboró matriz DOFA.

- Se elaboró la propuesta de mejoramiento.

6.6 TIEMPO

El estudio se realizó en un periodo de 6 meses, partiendo de su planeación hasta el informe de resultados y presentación del proyecto.

6.7 TABULACION DE LA INFORMACION

La tabulación de los datos se hizo de manera sistematizada y para el análisis se tuvo en cuenta el porcentaje global de los datos y los registros estadísticos y revisión de documentos.

Cuadro 1. Proceso de definición y operacionalización de variables

| Variables | Definición | Dimensión | Indicador | Medición |
|---------------------------------------|--|---|---|----------------------|
| Uso del servicio | Hombres y mujeres que solicitan en primera instancia el servicio | Mujeres y hombres | a <i>n</i> de usuarios del sexo masculino que solicitan atención o <i>n</i> de usuarios del sexo femenino que solicitan atención | Cuantitativa nominal |
| Accesibilidad | Facilidad para solicitar el servicio con el carné de salud asignado | Facilidad de atención | e <i>n</i> de personas que han tenido dificultad e <i>n</i> de personas que no han tenido dificultad | Cuantitativa nominal |
| Áreas de información para usuarios | Área asignada para información | Si es adecuada Si no es adecuada | * > <i>n</i> de personas que reciben información » <i>n</i> de personas que no reciben información | Cuantitativa nominal |
| Instituciones físicas adecuadas | Espacio físico asignado | Área física adecuada en cuanto a la comodidad | • existe tranquilidad y comodidad © no existe tranquilidad y comodidad | Cualitativa nominal |
| Racionalidad técnico - científica | Es la utilización del saber y la técnica médica disponible | Racionalidad técnico científica teniendo en cuenta Capacidad técnica Tecnología adecuada | ® existe racionalidad técnica científica « no existe racionalidad técnica científica | Cualitativa nominal |
| Efectividad | Es el beneficio que se logra con el tratamiento | Los tratamientos realizados por el médico son efectivos | • hay efectividad en los tratamientos © no hay efectividad en los tratamientos | Cualitativa nominal |
| Oportunidad en la atención | Es el tiempo que se demora en prestar el servicio de acuerdo con el tiempo previsto | Tiempo en minutos de demora > de 15 min < de 15 min. | Tiempo medido en minutos que espera ser atendido | Cuantitativa nominal |
| Seguimiento médico al usuario | Control realizado por el médico después de la primera consulta | ♦ se realiza control • no se realiza control | • <i>n</i> de personas que son citadas a control • <i>n</i> de personas que no son citadas a control | Cuantitativa nominal |
| Satisfacción del usuario | Estado resultante de la realización de lo que pedía o deseaba el usuario | Usuario satisfecho o insatisfecho con el servicio | • <i>n</i> de usuarios satisfechos * <i>n</i> de usuarios insatisfechos | Cuantitativa nominal |
| Calidad en la prestación del servicio | Hacer lo correcto en forma correcta para satisfacer las necesidades y expectativas del usuario | Calidad del servicio teniendo en cuenta - racionalidad - capacidad técnica - operacionalidad | * existe calidad en la prestación del servicio ® no existe calidad en la prestación del servicio | Cualitativa nominal |
| Atención humanizada | Es la interacción adecuada entre el personal encargado de brindar el servicio y el usuario que lo recibe | Trato que da el proveedor del servicio al usuario | • existe cordialidad en la atención al usuario • no existe cordialidad en la atención al usuario | Cualitativa nominal |

6.8 DEFINICION DE LAS VARIABLES

□ Dependiente: La calidad del servicio que presta el Hospital Integrado San Joaquín.

□ **Independiente:**

® Edad

® Sexo

e Lugar de procedencia

® Oportunidad

© Continuidad

• Eficiencia

® Efectividad

® Racionalidad técnico- científica

« Suficiencia de personal

® Atención humanizada

• Atención personalizada

e Satisfacción del usuario

7. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DEL HOSPITAL INTEGRADO SAN JOAQUIN

El Hospital Integrado San Joaquín presta los Servicios de Salud del primer nivel de atención al total de la población del municipio 3.700 habitantes distribuidos dentro del Sistema de Seguridad Social como contributivos, subsidiados y vinculados.

En el año 2000 el Hospital atendió a 1.200 usuarios del régimen contributivo, 5.059 del régimen subsidiado y 1.156 vinculados; estos últimos son los que se encuentran sisbenizados, sin capacidad de pago pero que no se encuentren afiliados a ninguna Administradora del Régimen Subsidiado.

El horario de atención está distribuido para lo administrativo de Lunes a Viernes de 7:00 a 12:00 y 2:00 a 6:00 p.m. y para la prestación del servicio de Miércoles a Domingo de 7:00 a 12:00 y 2:00 a 6:00 p.m.; el servicio de urgencia es permanente.

En promedio se atienden 20 consultas médicas diarias y 30 los días Domingos que son los de mayor demanda por ser día de mercado en el municipio.

Los servicios que se prestan son:

- Consulta Médica General
- Hospitalización Medicina General
- Consulta Odontológica

® Hospitalización Pediatría General

0 Servicios de laboratorio Clínico

® Atención de partos de baja complejidad

0 Urgencias

® Consulta Extramural

- Servicios de farmacia

- » Consulta de Enfermería

e Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad.

® Traslado de Pacientes

e Vacunación entre otros.

- * Desarrolla los programas de Riesgo Cardiovascular, crecimiento y desarrollo, control prenatal, planificación familiar, tuberculosis (TBC) y el plan ampliado de inmunizaciones. (PAI).

® El Hospital San Joaquín tiene contratado el 80% del Plan de Atención Básica (PAB) municipal.

7.1. ENFOQUE DE ESTRUCTURA:

7.1.1 RECURSOS:

- Humano

El Hospital cuenta con el siguiente recurso humano con disponibilidad diaria de 8 horas para cada uno.

Cuadro No. 2 Recurso Humano

| Personal | No. | Horas día | Servicio |
|------------------------------|------------|------------------|---|
| Médicos | 2 | 16 | Administrativo y consulta externa y urgencias |
| Enfermera | 1 | 8 | |
| Odontólogo | 1 | 8 | |
| Bacteriólogo | 1 | 8 | |
| Auxiliares de enfermería | 4 | 32 | Urgencias, Hospitalización, consulta. |
| Promotoras de salud | 5 | 40 | Promoción y Prevención |
| Técnico Adm, | 1 | 8 | Recepción y Estadística |
| Personal servicios Generales | 3 | 24 | |
| Total | 18 | 144 | |

® Físicos y Locativos

El Hospital cuenta con dos consultorios médicos que además de la consulta es utilizado para los programas de controles; un consultorio odontológico; una oficina para enfermería, una para vacunación; un espacio para el laboratorio clínico; amplia sala de espera con asientos cómodos, con televisión y VHS para promocionar los programas, un área de Hospitalización con 13 camas recién remodelado y una recepción quien se encarga de informar y orientar al usuario. Además cuenta con dos baños.

El área de urgencia esta conformado por dos salones; uno de atención médica y el otro para sala de parto. Cuenta con una oficina para la dirección y una área de morgue.

• Financieros.

Los recursos financieros son provenientes de la venta de servicios, contrataciones con las Empresas Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado y el situado fiscal de oferta.

7.1.2 ESTRUCTURA ORGANICA

El Hospital es dirigido por un médico quien hace las veces de Director y atiende a los usuarios en las consultas médicas y Hospitalización.

Por la baja complejidad en su atención el personal que labora es mínimo y esta encargado de los diferentes servicios que presta. No se ha implementado metodologías gerenciales como la planeación estratégica. Presenta buen clima laboral y existe permanente comunicación de la Dirección hacia el Personal.

Los programas se ejecutan pero no son evaluados en equipo para la toma de decisiones. La enfermera profesional coordina los programas y analiza la información pero no se dan a conocer al equipo.

El Hospital por no ser una Empresa Social del Estado no cuenta con autonomía administrativa, no tiene asociación de usuarios, ni comité de ética institucional.

7.2 ENFOQUE DE PROCESOS

Como se mencionara anteriormente las actividades se registran pero no se analizan en equipo para la toma de decisiones, los programas son coordinados por la enfermera quien presenta los informes de cumplimiento al Municipio y a la Secretaria de Salud del Departamento.

A pesar de que se conocen los procedimientos para cada una de las actividades no se encontraron los manuales.

Al nivel de observación se pudo constatar que el usuario cuando acude al Hospital a solicitar consulta externa por ejemplo, se encuentra esperando para acceder al servicio media hora antes del inicio de actividades, una vez ingresa lo recibe la auxiliar de administración o de enfermería quien toma los datos personales y verifica su vinculación a la Seguridad Social; Allí le es entregado el registro individual de atención (RIA), luego se dirige a estadística donde le es tramitada la historia clínica, con su historia y el Registro Individual de Atención pasa a la sala de entrevista donde una auxiliar de enfermería le toma los signos vitales. El proceso es similar para cada uno de los servicios.

La atención al usuario se da de manera informal a través de una recepción pero no cuenta con un sistema de información según lineamientos planteados por el Ministerio de Salud en el que se establecen los formatos para el registro, la tramitación y resolución de las quejas e inquietudes de los usuarios.

La información de los registros estadísticos se lleva de manera manual algunos con formatos preestablecidos para ciertos servicios y la información sobre la oferta y la utilización del servicio y el perfil epidemiológico se registra en formatos estadísticos implementados en enfermería

7.3 ENFOQUE DE RESULTADOS

Para el análisis de resultados se tuvo en cuenta:

» La encuesta aplicada a los clientes externos.

- El análisis estratégico del servicio que se presta en el Hospital

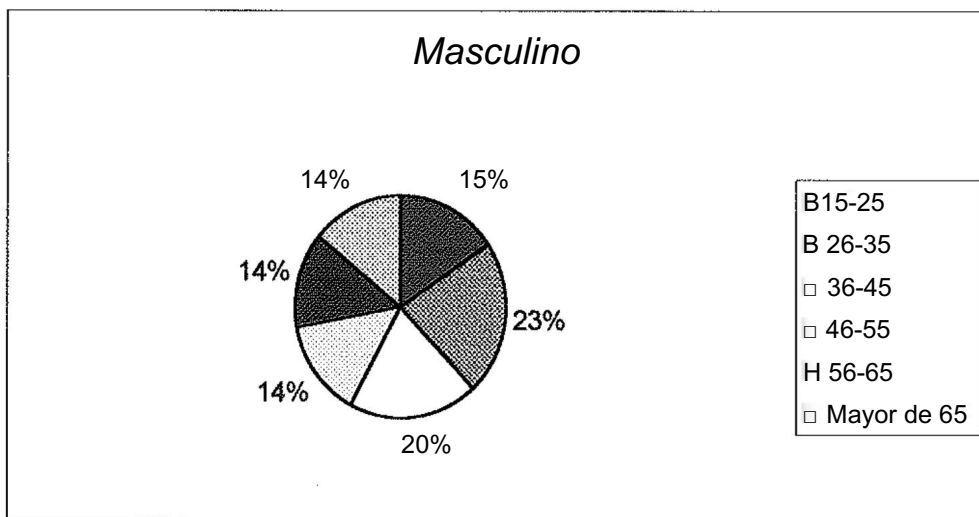
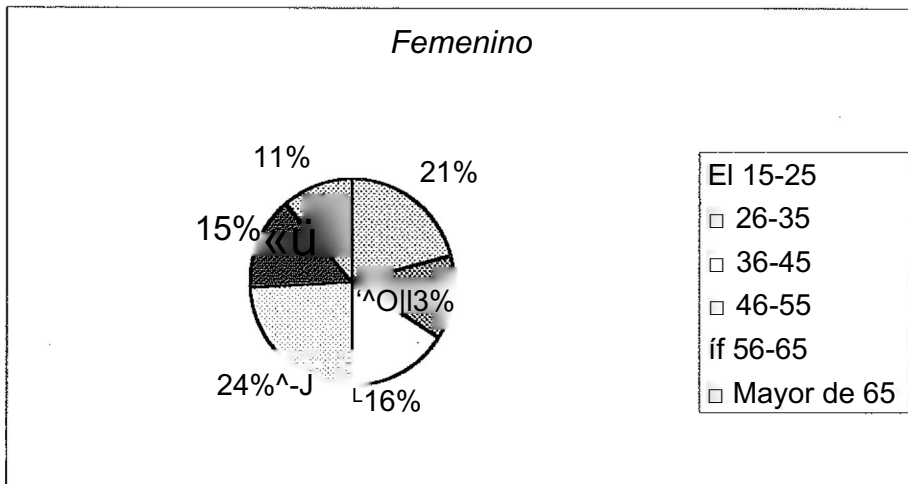
7.3.1 Encuesta aplicada a clientes externos

La encuesta de satisfacción aplicada a los usuarios se hizo sobre el concepto global que estos tienen referente a la atención que presta el Hospital San Joaquín. Para posteriores estudios se recomienda aplicar el instrumento por cada uno de los servicios de la institución.

Cuadro No. 3 Edad y Sexo

| EDAD | SEXO | | | | TOTAL | |
|-------------|----------|----|-----------|----|--------|-----|
| | Femenino | | Masculino | | Número | % |
| | Número | % | Número | % | | |
| 15-25 | 13 | 21 | 11 | 15 | 24 | 18 |
| 26-35 | 8 | 13 | 16 | 23 | 24 | 18 |
| 36-45 | 10 | 16 | 14 | 20 | 24 | 18 |
| 46 - 55 | 15 | 24 | 10 | 14 | 25 | 19 |
| 56-65 | 9 | 15 | 10 | 14 | 19 | 14 |
| Mayor de 65 | 7 | 11 | 10 | 14 | 17 | 13 |
| Total | 62 | | 71 | | 133 | 100 |

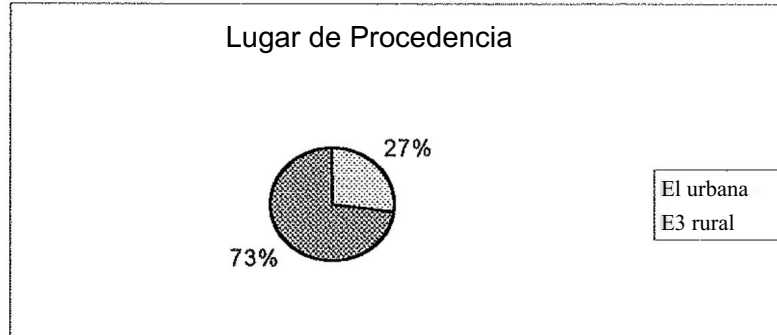
Fuente: Encuesta realizada a usuarios del servicio



Análisis: la población que más utiliza el servicio es la económicamente activa entre los 15 y los 45 años, resaltando que los que más consultan son los hombres en una proporción mayor que las mujeres.

Cuadro No. 4 Distribución de la población muestral según lugar de Procedencia

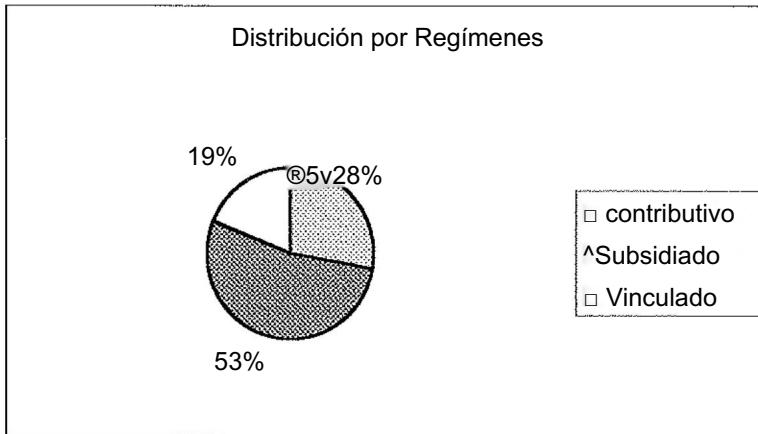
| Lugar de Procedencia | Numero | % |
|----------------------|--------|-----|
| Urbana | 45 | 27 |
| Rural | 88 | 73 |
| Total | 133 | 100 |



Análisis : 88 personas que corresponde al 73 % provienen del área rural de 12 veredas diferentes entre las cuales están: San Rafael, Santa Ana, San Cayetano, San José, Santa Clara, San Isidro, Santa Bárbara, Aurora, San Miguel entre otros.

Cuadro No. 5 Distribución de la Población por Regímenes del Sistema

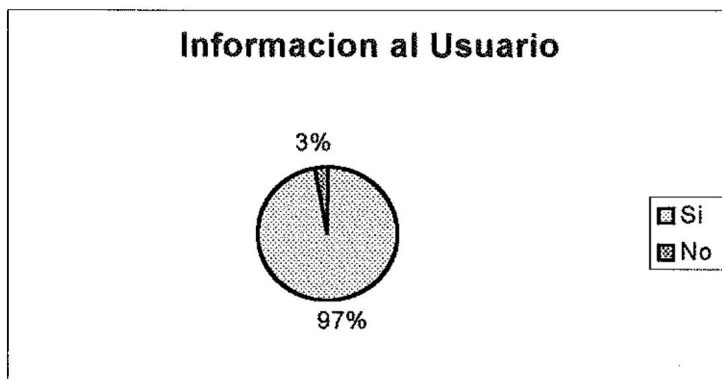
| Regímenes | Número | % |
|--------------|--------|------|
| Contributivo | 37 | 28 |
| Subsidiado | 71 | : 53 |
| Vinculados | 25 | 19 |
| Total | 133 | 100 |



Análisis: De la población encuestada un 53% pertenece (71) al régimen subsidiado, este dato esta acorde con la población inscrita en las Administradoras del Régimen Subsidiado del municipio, que en su mayoría son de escasos recursos sin capacidad de pago.

Cuadro No.6 Información al Usuario

| Información al usuario | Número | % |
|------------------------|--------|-----|
| Si | 129 | 97 |
| No | 4 | 3 |
| Total | 133 | 100 |



Análisis: el usuario manifiesta recibir información sobre el servicio que requiere de una manera puntual y responde a la inquietud inmediata del que lo solicita.

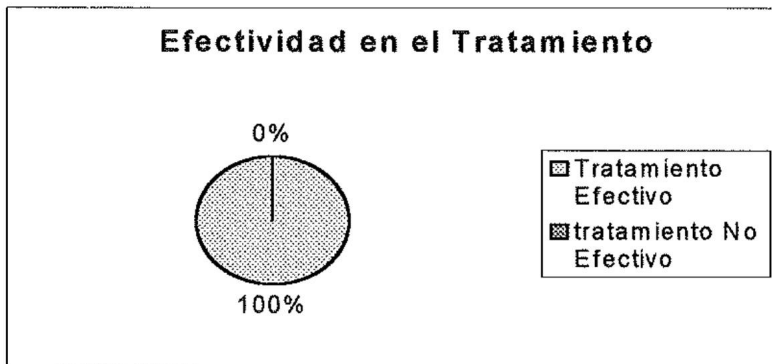
Cuadro No. 7 Atención Recibida por parte del Personal

| Personal | Buena | | Regular | | Mala | |
|----------------------|--------|----|---------|----|--------|---|
| | Número | % | Número | % | Número | % |
| Médico | 12 | 93 | 10 | 8 | | |
| Enfermera | 22 | 92 | 11 | 8 | | |
| Personal de farmacia | 123 | 93 | 10 | 8 | | |
| Personal citas | 120 | 90 | 13 | 10 | | |
| Laboratorio | 123 | 93 | 120 | 8 | | |
| Odontología | 122 | 92 | 11 | 8 | | |

Análisis: Los encuestados manifiestan recibir buena atención por parte del personal que lo atiende.

Cuadro No. 8 Efectividad en el tratamiento

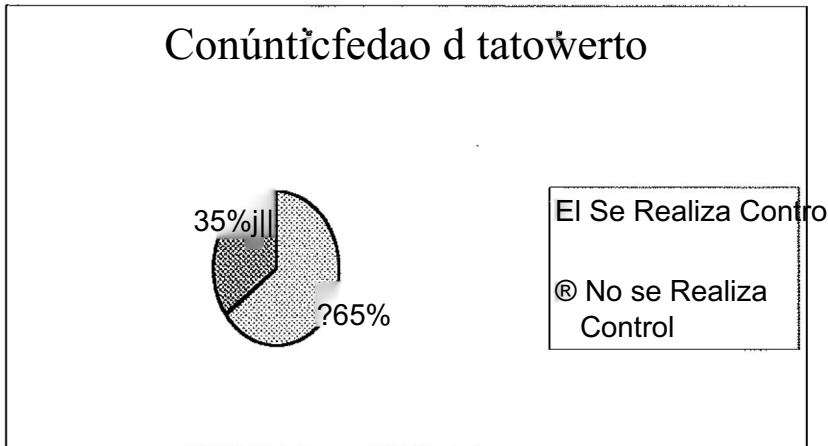
| Efectividad del tratamiento | Numero | % |
|-----------------------------|--------|-----|
| Tratamiento efectivo | 133 | 100 |
| tratamiento no efectivo | | |
| Total | 133 | 100 |



Análisis: Todas las personas manifestaron que su tratamiento fue efectivo, pero se resaltó que 62 de ellas no entendieron la explicación del tratamiento recibido por parte del médico.

Cuadro No. 9 Continuidad en el tratamiento

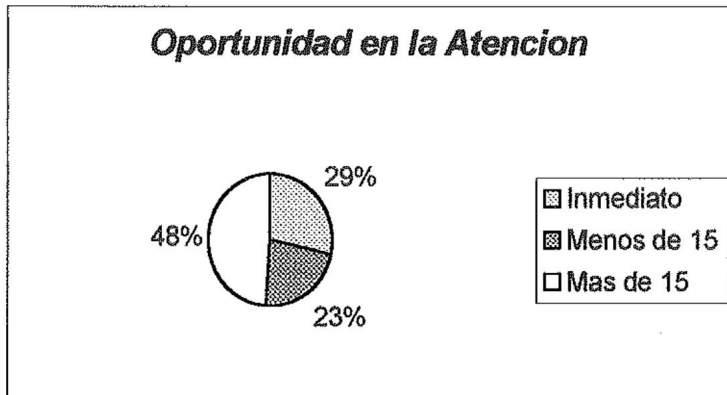
| Seguimiento médico | Numero | % |
|--------------------------|--------|-----|
| Se realizaron control | 86 | 65 |
| No se realizaron control | 47 | 35 |
| Total | 133 | 100 |



Análisis: 47 de los encuestados que representa el 35% no realiza control pero se mostraron conforme con su tratamiento, lo que hace prever que mejoraron en su dolencia.

Cuadro No. 10 Oportunidad en la Atención

| Tiempo de espera | Número | % |
|----------------------------|--------|-----|
| Inmediato | 38 | 28 |
| Espera menos de 15 minutos | 30 | 23 |
| Espera más de 15 minutos | 65 | 49 |
| Total | 133 | 100 |

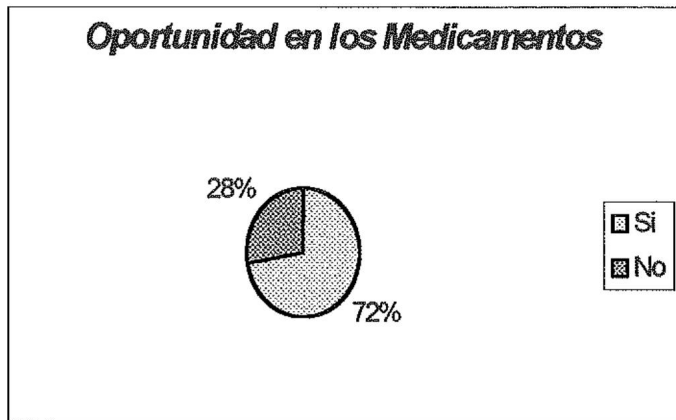


Análisis: Como se puede observar la oportunidad en la atención esta reflejada en el tiempo transcurrido entre la hora de la cita y el momento en que fue atendido en donde 65 personas(49%) manifiestan esperar mas de 15 minutos. Siguiéndole en su orden lo inmediato, condición que se da en el servicio de urgencias.

Ante la pregunta de cuanto tiempo le dedicó el profesional que lo atendió, el usuario contestó en un 90% que el tiempo dedicado fue mas de 15 minutos, lo que hace prever que hay demora para pasar a la cita, pero el tiempo que se le atiende al usuario lo deja satisfecho.

Cuadro No. 11 Oportunidad en los medicamentos

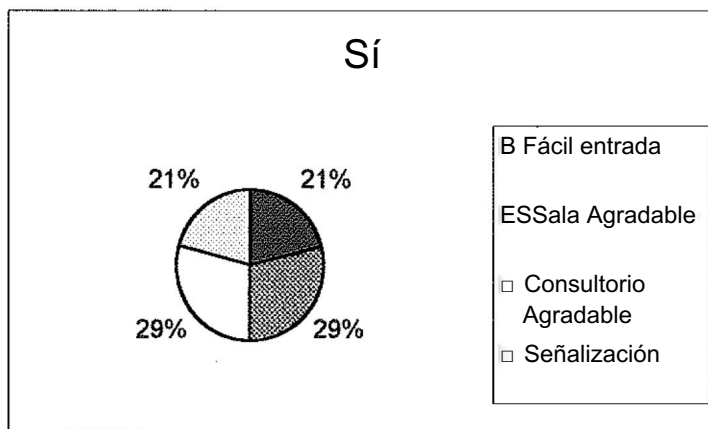
| Existencia oportuna de medicamentos | Número | % |
|-------------------------------------|--------|-----|
| Sí | 96 | 72 |
| No | 37 | 28 |
| Total | 133 | 100 |

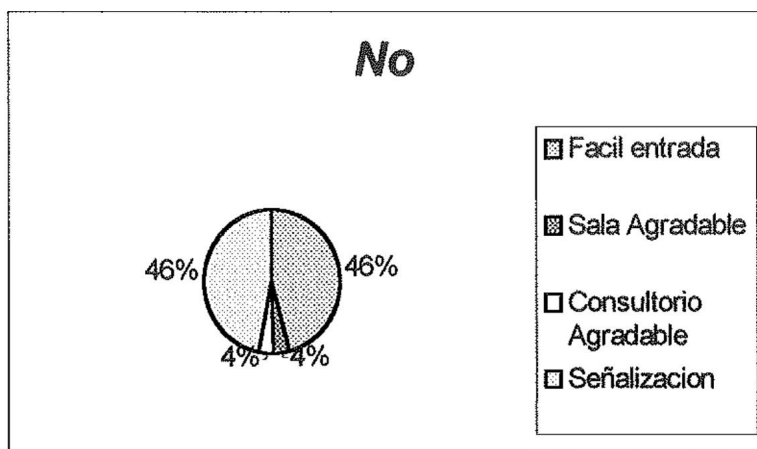


Análisis: Las personas que manifestaron que no encontraron los medicamentos en la farmacia se refirieron a que no eran completos, si se les formulaban tres les entregaban dos. Se sugiere formular lo que hay en existencia y mejorar la dotación de medicamentos.

Cuadro No. 12 Recurso Físico Adecuado

| Instalaciones físicas adecuados | Numero | % | Número | % |
|--|--------|----|--------|----|
| Fácil entrada de pacientes minusválidos i | 94 | 21 | 39 | 46 |
| Sala de espera agradable | 130 | 29 | 3 | 4 |
| Consultorios agradables | 30 | 29 | 3 | 4 |
| Señalización de consultorios y otros sitios. j | 93 | 21 | 40 | 46 |



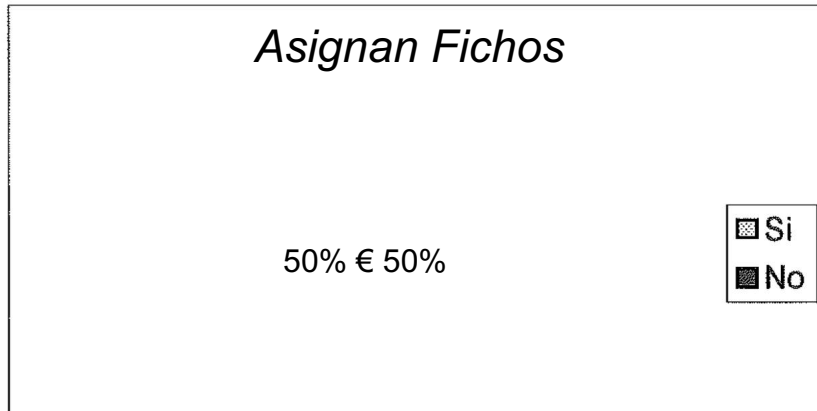


Análisis: Se puede concluir del cuadro anterior que la mayoría de los usuarios encuestados sienten que las instalaciones físicas son adecuadas, presentan buena iluminación, ventilación, son amplios, sillas en buen estado, televisión permanente.

39 personas que representa el (46%) manifestaron que no cuentan con fácil acceso para minusválidos. Según lo observado existe una rampa a la entrada al Hospital que permite la circulación de las sillas de rueda.

Cuadro No. 13 Asignación de Fichos

| Asignación de fichos | Sí | | No | | Total Número % |
|----------------------|--------|----|--------|----|---------------------|
| | Número | % | Número | % | |
| | 66 | 50 | 67 | 50 | 133 100 |



Análisis: El 50% del total de personas (67) manifiestan que no se asignan Fichos y lo relacionan con la demora para ser atendidos a la consulta.

Cuadro No. 14 Aseo Locativo

| Local | Bueno | Regular | Malo | Total |
|----------------|-------|---------|------|-------|
| • Sala | 113 | 20 | | 133 |
| ® Baños | 11 | 20 | | 133 |
| • Consultorios | 125 | 22 | | 133 |
| « Corredores | 123 | 10 | | 133 |

Análisis. El aseo Locativo está relacionado con lo reflejado en lo agradable de las instalaciones físicas. Aunque se presentan algunas irregularidades en el aseo de los baños.

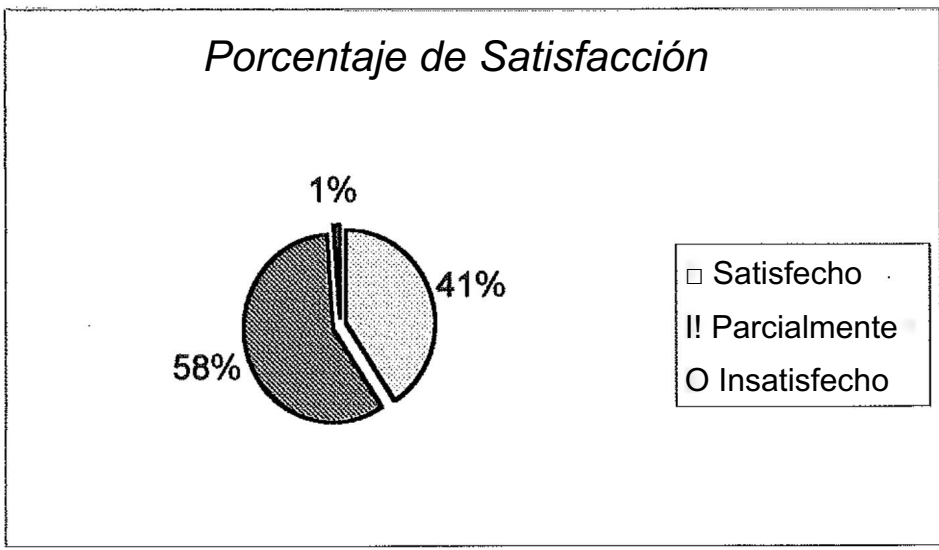
Cuadro No. 15 Servicios Eficientes

| Servicios | Bueno | Regular | Malo | Total |
|-----------|-------|---------|------|-------|
| 133 | 100 | 27 | | 133 |
| 133 | 108 | 29 | | 133 |
| 133 | 123 | 10 | | 133 |

Análisis: Los usuarios manifiestan que los servicios son buenos, pero se debe mejorar en lo relacionado con Odontología en donde las citas son muy distanciadas y debe tener una mejor distribución del horario para el área urbana y rural. Son muy pocas las citas que se dan, comparada con la demanda que se presenta.

Cuadro No. 18 Porcentaje de Satisfacción

| | Número | % |
|----------------------------|--------|-----|
| Satisfechos | 62 | 47 |
| Parcialmente insatisfechos | 70 | 52 |
| Total | 133 | 100 |



Análisis : Los usuarios consideran que no están completamente satisfechos, ante la ausencia de un mayor nivel de atención, donde se presten otros servicios y la comunidad no tenga que desplazarse al Hospital de referencia de segundo nivel.

7.3.2 Análisis estratégico del Servicio que se presta en el Hospital Integrado San Joaquín. (Matriz DOFA)

El presente análisis se hizo teniendo en cuenta los resultados de la encuesta de satisfacción realizada a los usuarios de la muestra determinada para éste estudio; así como a través de la revisión de documentos e informes mensuales, la observación directa y el dialogo informal que se realizó con los funcionarios del Hospital; obteniéndose lo siguiente:

El análisis de las condiciones del ambiente interno de la Institución conduce a determinar fortalezas y debilidades y el análisis del ambiente externo, es decir las múltiples condiciones que influyen en la institución determina (as oportunidades y amenazas.

FORTALEZAS

• Horario de atención

Se adecúa a la necesidad y oportunidad que tiene el usuario que proviene de Veredas distantes y que es el grupo del área rural las que más demandan los servicios del Hospital.

Como se mencionara en el análisis institucional el horario para consulta externa es de miércoles a Domingo; arrojando resultados positivos tanto para el personal de la institución, como para la comunidad en general. El horario fue establecido desde varios años atrás y contó con la opinión de los usuarios tanto del área rural como la urbana, quienes tuvieron en cuenta

características especiales del municipio como es el día de mercado (Domingo) en donde se aprovecha el desplazamiento de las personas que habitan en las veredas más distantes para que tengan la prioridad de ser atendidas.

« Sistema de Identificación de Beneficiarios. (SISBEN)

La aplicación del Sistema de Identificación de Beneficiarios (SIBEN) permite establecer cual es la población más necesitada del Municipio.

La condición de asegurados al sistema subsidiado y de acuerdo a como lo plantea la ley 100, tienen la posibilidad de pagar de acuerdo a su nivel socioeconómico definido a través del Sistema de Identificación de Beneficiarios (SISBEN). La población que no está subsidiada, pero tiene tarjeta de SISBEN también accede a los servicios de acuerdo a su clasificación permitiendo así contar mínimo con los servicios del primer nivel de atención.

• Clima Organizacional

La existencia de un buen clima Organizacional permite que se implementen programas de mejoramiento con la participación de todos los funcionarios.

Esto se refleja en las buenas relaciones entre el personal, el trato es amable, situación esta que se da con facilidad por el número pequeño de personas que laboran en el Hospital, lo que les ha permitido programar

reuniones sociales como la celebración de los cumpleaños y el día especial de cada profesional.

- **Capacidad Técnica**

Relacionada con la idoneidad de personal que labora en el Hospital es de alta calidad humana y Técnico-Científica.

Las investigadoras de éste trabajo para verificar ésta capacidad técnica, intercambiaron opiniones con el personal en cuanto a estudios, experiencias, actitudes, cruzando esta información con lo manifestado por los usuarios en la encuesta de satisfacción en donde un gran porcentaje se siente bien ante el trato que se le da, así como del tratamiento recibido.

- ® **Eficiencia de los Servicios**

Los servicios prestados son eficientes, acorde con los recursos humanos y físicos con que se cuenta.

Esta eficiencia se evidenció a través del cumplimiento de los programas que se realizan en el Hospital, a pesar de las limitaciones en la sistematización de los procesos, el personal encargado cumple con las actividades programadas mensualmente. El cumplimiento a las acciones programadas para los usuarios llega a las metas propuestas.

Como el estudio se realizó de manera general en lo administrativo, no se revisaron datos estadísticos puntuales de cada uno de los servicios, solo se tuvo en cuenta datos globales.

® **Responsabilidad Social**

Esta relacionada con el compromiso social que se tiene para con la población del Municipio de San Joaquín.

El equipo de funcionarios resalta esta variable como fortaleza, teniendo en cuenta el compromiso que cada uno de ellos tiene frente a la labor que realiza y el interés permanente de mejorar la prestación del servicio para satisfacción del usuario y lograr así un mejoramiento en el estado de salud de la Comunidad.

® **Estilo Gerencial**

Aunque no se tiene autonomía administrativa se cuenta con el conocimiento y el interés de lograr cambios institucionales que conduzcan a una mejor atención y a una mayor complejidad en los servicios.

El estilo Gerencial lo definen como participativo, se propician espacios de opinión así no se tengan establecidos comités o grupos formales.

DEBILIDADES

® **Adjudicación de citas**

Para adjudicar citas se debe establecer un procedimiento que favorezca a los usuarios tanto del área urbana como la rural.

Como se puede observar en el análisis con los usuarios, la asignación de las citas fue lo que más ocasionó insatisfacción entre los encuestados, haciéndose más relevante las citas odontológicas. Según los funcionarios

se debe a que la demanda es mayor que la capacidad de respuesta lo que demora la asignación de las citas. En consulta externa solo se asignan citas a las personas que en largas colas madrugan a solicitarla, así mismo hay algunas prioridades los Domingos para las personas del área rural limitando la oportunidad para la población urbana.

No se tienen establecidos mecanismos para la asignación de fichos y las citas se dan solo a nivel personal.

- **Oportunidad en la atención**

Está definida por la demora para ser atendido, no se establecen los procedimientos que agilicen los procesos.

Esta oportunidad se refleja en el servicio de consulta externa y odontología, una de las causas es por no contar con un sistema de asignación de citas

- **Tecnología básica para el servicio prestado .**

No se cuenta con los equipos, ni los procedimientos técnicos para el mejoramiento del servicio.

La situación actual que viven los Hospitales como es la de los recursos económicos, no le ha permitido al Hospital San Joaquín programar la adquisición de nuevos equipos para el cumplimiento en la atención de los servicios de primer nivel. Tampoco se cuenta con un programa preventivo de equipos que garantice el funcionamiento de estos en un periodo más largo.

- **Dotación de los Consultorios**

Se requiere de equipos para una mejor atención, que permita pensar en un futuro cercano plantear la opción de un segundo nivel de atención.

Esta debilidad esta relacionada con la anterior, la cual se ve afectada por las limitaciones económicas. Solo se cuenta con lo básico para prestar el servicio de primer nivel de atención.

- ® **Facturación**

El sistema de facturación es débil, requiere de programas sistematizados para una mejor agilidad en los resultados.

A pesar de que se aplica el proceso para la facturación de los servicios no se hace dentro de los lineamientos que sugiere el Ministerio de Salud por no contar con los recursos tanto humano como físicos.

- **Desarrollo de programas de Formación y Capacitación**

No se cuenta con un plan de capacitación continua para los funcionarios, que responda a las necesidades del servicio.

La información y capacitación que reciben los funcionarios está sujeta a la invitación que realiza la Secretaría de Salud Departamental dentro de las programaciones de actividades.

El que se actualiza lo hace a nivel personal ante la ausencia de un programa institucional propio que esté acorde con las necesidades del servicio.

- **Centralización Administrativa**

El Hospital debe convertirse en una Empresa Social del Estado con autonomía administrativa y financiera, proyectado a ampliar la cobertura de los servicios.

El no estar descentralizado le impide el manejo directo de los recursos, situación que genera demora en la tramitología ocasionando la inoportunidad en los servicios y el cumplimiento de los programas en las fechas establecidas; así mismo, es una gran limitante para la toma de decisiones. El tema de la descentralización preocupa a la dirección y al personal en general porque no hay claridad en los compromisos que se adquieren por parte del Municipio y del Hospital mismo referente a carga prestacional.

- **Sistematización de Procesos**

Ante la ausencia de manuales de procedimientos los procesos no son sistematizados, lo que impide detectar las fallas continuas de los diferentes servicios.

Las personas conocen los procedimientos y los realizan, pero no se evalúan por no contar con protocolos formalizados que permita el seguimiento permanente en su cumplimiento.

- **Ausencia de Manuales de Funciones y Procedimientos**

A pesar de que se siguen procedimientos en los diferentes servicios no están establecidos los protocolos de cada una de las áreas en cumplimiento a los requisitos exigidos en los procesos de calidad en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

- **Definición de Indicadores de Evaluación**

Los programas requieren de una estandarización e indicadores permanentes para una evaluación más eficiente hacia la toma de decisiones.

Existen unos indicadores mínimos establecidos para cada uno de los servicios pero no son suficientes para realizar un análisis más amplio que proyecta la institución a un programa de mejoramiento en la gestión de la calidad.

- **Area de Información al Usuario.**

Ausencia de un sistema de información y atención al usuario que canalice las quejas y proyecte actividades de manera integral con participación de Institución-Comunidad.

Este mecanismo de participación esta contemplado como norma en el decreto 1757 de 1994 en la que obliga a todas las instituciones promotoras, administradoras y prestadoras de salud, establecer el servicio de atención al usuario, el servicio de recepción de quejas y reclamos, la medición de la

satisfacción de los usuarios, la formulación de un plan de garantía de la calidad de los servicios, garantizar la seguridad de los usuarios y abrir espacios de participación social.

® **Mantenimiento de Equipos**

Los equipos requieren ser revisados de una manera periódica para evitar su deterioro y prevenir los daños que se puedan presentar ante el uso permanente.

Ante la ausencia de recursos económicos para la reposición de los equipos es indispensable establecer un programa de mantenimiento preventivo hacia los pocos equipos que se cuentan.

• **Declaración de Misión, Visión y Objetivos**

El control de gestión se debe hacer partiendo de la planeación estratégica de la entidad en cumpliendo de los objetivos propuestos.

Dentro del planeamiento estratégico toda institución en este caso de salud debe construir con participación de todos sus colaboradores la misión y visión, que son las que definen por una parte el punto focal hacia el cual deben congregarse las energías y recursos para cumplir efectivamente la razón de ser de la Institución y visualiza la proyección futura a la que aspira llegar la entidad.

- **Educación de los Usuarios**

En la nueva legislación de salud, los usuarios tienen definidos unos espacios de participación dentro del Sistema de Seguridad Social que les permite intervenir en la planeación, ejecución, control y vigilancia de la atención que se brinda al usuario.

Así mismo la institución está en la obligación de dar a conocer los deberes y derechos del usuario, la red de servicio, el portafolio de servicios y las herramientas teóricas y prácticas para que la comunidad ejerza sus derechos en las diferentes instancias en las cuales participa en la toma de decisiones.

OPORTUNIDADES

- **Demanda del Servicio**

El Hospital San Joaquín es la única institución que brinda el primer nivel de atención en el Municipio, lo cual obliga a que los gerentes de diferentes Empresas Administradoras del Régimen Subsidiado contraten los servicios para sus afiliados. En igual forma los recursos destinados al Plan de Atención Básica que llegan al municipio se contratan con el Hospital.

- **Imagen Corporativa**

La opinión que tienen los usuarios y la comunidad en general sobre la calidad humana, la capacidad técnica, el sentido de pertenencia y compromiso de sus funcionarios genera en la institución una identidad

propia, reconocida y valorada por los que utilizan o no los servicios de Salud.

® **Posición Competitiva**

El ser únicos en la prestación del servicio en el Municipio le exige cada día mejorar más la atención y proyectar la implementación de nuevos servicios dentro de un marco de calidad de la gestión que les permita estar preparados en un momento dado para competir en el mercado de la salud.

- **Perfil Epidemiológico**

Conocer la situación de salud del municipio permite planear y programar sobre prioridades establecidas con criterio epidemiológico, con un enfoque de alto componente preventivo sobre causas y factores condicionantes o de riesgo.

AMENAZAS

- **Situación Socio Económica**

Las condiciones de pobreza y marginalidad de sus habitantes es una limitante para acceder a la atención en Salud.

- **Violencia Social**

La inseguridad que se presenta ante la situación de violencia que vive el país y sus municipios tras la aparición y conformación de grupos e individuos que alteran la tranquilidad de las comunidades.

- **Topografía de la región**

La ubicación de las veredas en sitios montañosos y alejados con vías en mal estado incide en la accesibilidad y oportunidad del servicio.

- © **Oportunidad en el pago de las Administradores del Régimen Subsidiado.**

Las Administradores del Régimen Subsidiado (ARS) retrasan los pagos a las instituciones prestadores de salud ocasionando inoportunidad en el servicio

- **Recursos del Situado Fiscal**

Las políticas establecidas sobre la asignación de recursos para el sector salud incide directamente en el funcionamiento de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

•> **Situación Política del País**

La crisis política, económica y social, por la que atraviesa el país son factores determinantes en el desarrollo del sistema de Seguridad Social en Salud.

Una vez definidos las D O F A, se procedió a elaborar la matriz cruzada de estos factores para determinar las estrategias de mejoramiento y sus prioridades como base para formular la propuesta.

MATRIZ CRUZADA DE FACTORES INTERNOS-EXTERNOS

| Fortalezas | Debilidades |
|--------------------------------|---|
| 1. Horario de atención | *1. Adjudicación de citas. |
| 2. Clima Organizacional | 2. Oportunidad en la atención. |
| 3. Capacidad Técnica | 3. Tecnología. |
| 4. Eficiencia en los servicios | 4. Dotación de los Consultorios. |
| 5. Responsabilidad Social | 5. Facturación. |
| 6. Estilo Gerencia! | 6. Desarrollo de programas de formación. |
| | h. Centralización Administrativa. |
| | h. Sistematización de Procesos y tramites. |
| | h. Ausencia de manuales de Procedimiento. |
| | 10. Definición de indicadores de Evaluación. |
| | 11. Area de información. |
| | 12. Mantenimiento de equipos. |
| | 13. Declaración de Misión, Visión, objetivos. |
| | 14. Educación de los Usuarios. |

| Oportunidades | FO | OD |
|---|--|--|
| 1. Demanda del Servicio. 2. Imagen Corporativa, 3. Posición Competitiva. 4. Perfil epidemiológico, 5. Clientes del Sector, | „ Implementar estrategia de mercadeo. FiOiF2F ₄ O ₂ F ₂ O ₂ „ Motivar el recurso humano mediante programas de capacitación. F4O3 o Instalar un buzón de sugerencias en la sala de espera. F ₆ O ₂ . Convocar reuniones mensuales de personal para evaluar cumplimiento de metas propuestas. F5O2. | e Organizar la asignación de citas y Fichos según orden de llegada, i O ₂ Di a Sistematización de Tramites y : procesos. O ₃ D ₈ ; O ₁ D ₅ . Dotar los consultorios de los elementos mínimos. O ₃ D ₁ o Creación del SLAU en la institución. O ₃ DH «, Realizar campañas educativas al usuario. Dj4Oi;Di4O5 . Asumir planeación estratégica. 1 DgO ₂ ;Di ₃ O ₂ . * Adoptar una metodología de evaluación. O ₃ Di ₀ . |
| Amenazas | FA | DA |
| 1. Situación Socioeconómica. 2. Violencia Social. 3. Topografía de la Región. 4. Oportunidad en el pago de las ARS. 5. Asignación Situado fiscal. 6. Situación Política del País. 7. Competencia. 8. Legislación en Salud. | « Estrategias de mercadeo. F ₂ A ₁ , Desplazamiento a programas de promoción a las Veredas. FgA ₃ ® Limitación de Servicios a Clientes morosos F ₆ A ₄ ® Elaboración oportuna del presupuesto. F7A5 | • Establecer la misión, la Visión, objetivos. D ₁₃ A ₇ » Organizar asignación de citas DiA ₃ ; DgA ₃ . „ Propiciar la descentralización administrativa. D7A& . Conversión del Hospital en Empresa Social del Estado. D ₇ A7;D ₇ As. . Desarrollar campañas educativas al usuario. D ₁ A ₇ .. |

Las fortalezas definidas como una condición, capacidad o recurso que el Hospital posee y puede utilizar para alcanzar sus objetivos se correlacionaron con las oportunidades que es la situación favorable que se presenta en el entorno de la institución y que puede ser percibida como una tendencia hacia el futuro.

Si se cuenta con un horario de atención aceptado por los usuarios, capacidad técnica y una demanda asegurada con una imagen corporativa, el objetivo de la institución sería aumentar la cobertura de clientes, lo cual lo conduce a mejorar ingresos, por lo tanto la implementación de una estrategia de mercadeo es uno de las iniciativas a tener en cuenta para incluir en el plan de mejoramiento institucional.

Contar con un talento humano con capacidad técnica y calidad en el trato al usuario es una justificación válida para implementar programas de bienestar de incentivos y reconocimiento.

De acuerdo al análisis realizado, las debilidades encontradas fueron mayor que las fortalezas, la cual condujo a que los funcionarios tuvieran en cuenta esta situación para establecer las prioridades a abordar dentro de esta propuesta como un inicio a un proceso de mejoramiento institucional, también se tuvo en cuenta la viabilidad de ejecutarlos de una manera inmediata dentro de esta primera etapa y que favorecieran inicialmente a lograr la satisfacción del usuario.

El cruce de las debilidades que es la carencia o limitación que obstaculiza el logro de los objetivos con las oportunidades determinaron unas estrategias que si son implementadas por la institución a corto plazo necesariamente conducirían a mejorar los procesos de las actividades realizadas, a aumentarla

satisfacción del usuario y a establecer un mecanismo de control de gestión como un sistema de evaluación permanente a través de indicadores.

La inconformidad manifestada por los usuarios estuvo reflejada en la asignación de las citas. Si se relaciona esta con la gran demanda que se tiene en el servicio, ocasionaría en la comunidad insatisfacción en la oportunidad, por lo tanto el objetivo de la institución estará encaminado a establecer el procedimiento en la atención del servicio de consulta externa que defina el proceso desde la solicitud de la cita, hasta cuando el usuario sale del Hospital.

La ausencia de manuales de manejo y de protocolos implica para la institución, el no contar con un sistema de seguimiento a los procesos que se realizan en las diferentes actividades, y la ausencia de cumplimiento a los requisitos mínimos para acreditar el servicio, repercute directamente en la prestación del servicio.

Cumplir con las normas legales relacionadas con los espacios de participación social, referentes a la creación y puesta en funcionamiento de la oficina de atención e información al usuario (SIAU), incluido el proceso de recepción y trámite de quejas y reclamos es uno de los objetivos inmediatos del Hospital para darle respuesta y solución a las debilidades relacionadas con la atención y educación al usuario.

En el análisis de las fortalezas con las amenazas definida, éstas como la situación desfavorable que se presenta en el entorno del Hospital y que tiende a limitar el desarrollo de las mismas, se definieron estrategias que conducen a aumentar la cobertura de clientes y servicios como son mercadeo y trabajo extramural en promoción y prevención en las veredas más distantes, para lo cual se hace necesario realizar un cronograma e incluirlo en el plan de acción. Relacionadas debilidades con las amenazas se resalta que es prioridad para el Hospital establecer un modelo de planeación estratégica que genere un proceso permanente de planeación- evaluación- retroalimentación, lo cual le permitiría a la institución definir o redefinir sus cursos de acción y ordenar los procesos de cambio para la organización hacia el futuro y fortalecerla para afrontar nuevos retos sin desconocer las amenazas del entorno.

Como se puede observar dentro de este análisis realizado con la participación de los funcionarios se fueron priorizando las estrategias de acuerdo a los recursos, a la viabilidad de respuesta, al manejo de la información y a las inquietudes de los usuarios.

8. CONCLUSIONES

Según lo manifestado por los usuarios encuestados el servicio que se presta el Hospital Integrado San Joaquín es eficaz y con calidad humana, aunque presenta algunas debilidades como son: La demora en la atención: situación que afecta principalmente al usuario del área rural; la falta de asignación de fichos; ausencia de otro profesional de odontología; el no contar con un sistema de información formal en donde se tramiten las quejas e inquietudes; el desplazamiento hacia otros Municipios en busca de atención de mayor complejidad y la oportunidad en la asignación de algunos medicamentos.

Estos factores hacen que los usuarios no se encuentren completamente satisfechos.

- Las debilidades manifestadas por los usuarios están relacionadas directamente con los resultados del análisis realizado en el ámbito interno; una vez revisado los documentos y observada la organización y funcionamiento del Hospital, se encontró que:

J No existe un plan de mejoramiento institucional

J Los procedimientos se realizan, pero no se encuentran manuales e indicadores de evaluación de gestión.

✓ El área de información funciona, pero no como un sistema integral.

J Los procesos no están sistematizados.

- e El no ser una Empresa Social del Estado es una limitante para no contar con autonomía administrativa y financiera y no tener una proyección futura para ampliar los servicios hacia un segundo nivel de atención.
- ® En lo relacionado con Participación Social en Salud el Hospital Integrado San Joaquín no tiene implementado ningún espacio de participación como lo establece el Decreto 1757/94.

9. PROPUESTA DE MEJORAMIENTO

Se pretende a través de este proyecto presentar una propuesta orientada hacia el mejoramiento de la gestión que realiza el Hospital Integrado San Joaquín y fomentar en los directivos y funcionarios el interés por una permanente búsqueda de mecanismos que permitan mejorar la calidad de la atención.

Los planteamientos formulados se hicieron sobre la base de los resultados obtenidos en el diagnóstico situacional, en el que se priorizaron los problemas comunes, llegando a formular acciones para éste proyecto relacionados con la atención al usuario; los criterios de evaluación de los servicios y los métodos y las estrategias para verificar su cumplimiento y un manual de manejo para el servicio de consulta externa bajo el enfoque de estructura, proceso y resultados. Se escogió éste servicio por ser el de mayor demanda por parte de los usuarios.

Estas acciones serán el inicio de un plan de mejoramiento que la Institución debe asumir a corto, mediano y largo plazo.

9.1: IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE ATENCIÓN E INFORMACIÓN AL USUARIO (SIAU)

El Sistema de Atención al Usuario es un espacio donde:

1. La comunidad acude a solicitar información y capacitación sobre la utilización de los servicios de salud que ofrece la Institución prestadora y lo referente al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
2. La comunidad formula peticiones o quejas por la calidad de la atención recibida de la Institución de Salud.
3. El ciudadano y sus organizaciones participan en el mejoramiento de la prestación y atención de los servicios de Salud.
4. Se coordina y se asesora la participación Social en Salud.
5. Se establecen canales de comunicación y coordinación con el Servicio de Atención a la Comunidad (SAC) Municipal y demás entidades locales.

Que ¿Servicios Presta?

- Recepción de quejas, inquietudes y peticiones
 - Tramite de las quejas
 - Resolución de las quejas
- ® Análisis y revisión de quejas
- ® Aplicación de correctivos
- Información y Educación a los usuarios sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud, deberes y derechos entre otros

- Apoyo a trámites Sociales del Usuario

® Medición de la Satisfacción del usuario

® Coordinación y asesoría a los procesos de participación Social en salud (conformación de las juntas Directivas, Asociaciones de Usuarios, Comités de Ética Hospitalaria, Veeduría y demás grupos).

¿Cómo se conforma el Sistema de Información y Atención al Usuario y cual es su estructura?

- El Sistema de Información y Atención al Usuario estará ubicado dentro de la estructura orgánica del Hospital Integrado San Joaquín dependiendo preferiblemente de la Dirección.
 - Si en el Hospital existe una dependencia que preste servicios similares, a los propuestos por el SIAU, esta asumirá dichas funciones.
 - El Hospital podrán a través de la Junta Directiva mediante acuerdo crear el cargo y asignar los recursos para su funcionamiento.
- ® En un momento dado se podrá contratar o delegar en un funcionario de carácter técnico el cumplimiento de las funciones del SIAU, que esté en capacidad de acoger y concretar propuestas con los usuarios, haciendo con ello realidad el acercamiento entre la Institución y la Comunidad.
- ® El Sistema de Información y Atención al Usuario deberá estar conformado mínimo por un profesional del área de las Ciencias Sociales y una Secretaria.
- Dentro de los recursos físicos debe contar con:

1. Una oficina de fácil acceso para los usuarios
2. Línea telefónica mínimo 8 horas diarias
3. Implementos de oficina
4. Material Bibliográfico (Constitución Nacional, Ley 100, Ley 60, Decretos reglamentarios, Acuerdos del Consejo Nacional de Sistema General de Seguridad Social en Salud, Lineamientos sobre políticas de Participación Social en Salud).

¿Cuáles son las estrategias operativas del Sistema de Información y Atención al Usuario?

La operatividad del Servicio de Información y Atención al Usuario (SIAU) se da a través de:

1. Atención de Quejas, Reclamos e Inquietudes.

Para la atención de las quejas y reclamos se propone el siguiente procedimiento, el cual también está representado en un flujograma (ver anexo #2).

- Las inquietudes, quejas y peticiones se reciben a través de una recepción, quien selecciona la competencia de una manera inmediata.

La radica o la remite al SAC Municipal, la Personería, etc. Según la competencia.

- Si la queja está relacionada con la Institución Prestadora de Salud, se procede a clasificarla de la siguiente manera:

- Solicitud de información:

Cuando el consultante requiere información e instrucción que facilite su acceso a la atención en Salud, de acuerdo con el régimen y plan correspondiente del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- Insatisfacción del Usuario:

Cuando a criterio del consultante, la atención a que tiene derecho fue negada total o parcialmente o ésta no reúne las expectativas esperadas.

- Intermediación:

Corresponde a las solicitudes de los usuarios que superan el marco de los beneficios contemplados en el régimen al cual están afiliados y al plan a que tienen derecho, pero su alcance condiciona el acceso a la Atención en Salud.

- Las quejas se consignaran en un registro de peticiones. Estos formatos serán consecutivos y debe llevar una numeración para su identificación.

® Las quejas tendrán dos comportamientos:

/ La primera cuando tiene solución inmediata se realiza el reporte final y se consigna en el consolidado.

J La segunda cuando se requiere realizar diligencias preliminares; el funcionario encargado del SIAU hará el tramite correspondiente y las recomendaciones finales.

- ® Durante las diligencias preliminares, se establecerá coordinación interna con las áreas vinculadas al caso en estudio, así como se contara con el apoyo de los funcionarios de la Institución, según lo requiera.
- ® Las quejas que son de decisión del Director se elevarán a ésta instancia y el encargado del SIAU hará el seguimiento correspondiente para darle respuesta al usuario.

El reporte final de las quejas se registrará en el consolidado de peticiones para el respectivo monitoreo y evaluación.

- El consolidado se envía trimestralmente a Ja Oficina del Servicio de Atención al Cliente (SAC) Municipal.
- Las decisiones que se tomen en cada uno de los casos deben ir registradas por escrito y el interesado debe tener una respuesta formal por parte de la Institución.

2. Información y Educación al Usuario

El Hospital está obligado a suministrar a los usuarios la información necesaria para tratar de satisfacer sus solicitudes, regular y armonizar las relaciones, asegurador- prestador - usuario -comunidad, relacionados con las condiciones; administrativas, legales, técnico- científicas, éticas y los deberes y derechos que se adquieren por el hecho de contratar, ofrecer, prestar y recibir servicios de atención en salud.

La información básica a suministrar será:

| RELATIVAS A LA PRESTACION | RELATIVAS A LOS DEBERES Y DERECHOS |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> © Planes de beneficios del POS y POS-S. © Servicios, honorarios y ventajas ofrecidas por el Hospital © Nombre de los profesionales que prestan servicios en el Hospital. © Programa de Promoción de la Salud y prevención de la enfermedad. ® Organización y funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud (S.G.S.S.S.) ♦ Instrucciones sobre procedimientos diagnósticos o terapéuticos. | <ul style="list-style-type: none"> © Deber de cuidar y proteger la Institución. © Derecho a ser informado sobre su condición de salud. ® Oportunidad de expresar sus percepciones sobre el servicio. © Constitución de la red de servicios y funcionamiento del sistema de Referencia y Contrarreferencia. Participación de los usuarios en la vigilancia y control de la gestión, prestación, Calidad y Servicio. • Organismos internos de Participación Social en Salud. |

La información llegará al usuario a través de conferencias, charlas, entrevistas, visitas directas etc. y se utilizarán volantes, folletos, cartillas, afiches, carteleras, etc.

3. Conocer y mejorar el nivel de satisfacción de los usuarios.

Los objetivos que se pretenden aquí son:

- Conocer cuál es el grado de calidad de los servicios recibidos, vistos desde la perspectiva de los usuarios.
- Identificar los aspectos críticos que deterioran la calidad de los servicios ofrecidos. Precisar fortalezas y debilidades.
- ® Realimentar la Institución para el establecimiento de planes de mejoramiento continuo de los servicios.

0 Dar cumplimiento a la normatividad vigente definida en el Decreto 2174

sobre la obligatoriedad de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de realizar actividades de exploración y medición de la satisfacción de los usuarios de los servicios de atención en Salud.

Para evaluar la calidad desde la perspectiva del Usuario se propone:

v' Encuesta de Satisfacción a Usuarios.

- ✓ Conformación de los grupos de enfoque de acuerdo a las áreas de servicios.

4. Fortalecimiento de la Participación Social en Salud.

0 Asesorar la conformación de las juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado.

® Asesorar la conformación y funcionamiento de las Asociaciones de Usuarios.

o Asesorar la conformación y funcionamiento de los Comités de ética Hospitalaria.

- Asesorar la conformación de las veedurías ciudadanas en Salud.

9.2. CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS

La herramienta básica para evaluar la calidad de la atención y/o gestión son los criterios de evaluación con sus correspondientes estándares. Sin ellos no hay evaluación de calidad posible.

El criterio es un elemento predeterminado por el equipo de salud, con el cual se puede medir, valorar, comparar importantes aspectos de la estructura, del proceso de atención y de la gestión final.

Los criterios habitualmente utilizados son los criterios explícitos y normativos, es decir aquellos en que está absolutamente claro lo que se va a evaluar. Muchos de ellos consideran las normas u otros documentos de regulación (Protocolos, Manuales) preexistentes. Los criterios están basados en el conocimiento científico, la literatura especializada y la experiencia profesional.

El estándar es el grado de cumplimiento del criterio, que se autoexige el equipo de salud y se expresa siempre en porcentaje.

El estándar se establece considerando:

- a) La relevancia de la que se quiere evaluar.
- b) La gravedad de la situación y
- c) Los recursos disponibles.

Establecido el criterio de evaluación y el estándar, el indicador se construye fácilmente ya que es la expresión matemática del criterio de evaluación.

- El indicador es una medida cuantitativa, utilizada para medir, valorar, comparar y controlar importantes aspectos de las actividades de gestión, prestación de servicios directos o de los sistemas de apoyo que inciden en la calidad de los resultados que afectan a los usuarios.
- Un indicador es una guía que permite llamar la atención sobre importantes aspectos que dependiendo de los resultados obtenidos, ameritan una revisión a fondo a través del proceso de evaluación, nos dicen si algo esta bien o mal.

Es absolutamente necesario contar con indicadores porque:

- Las administraciones requieren de indicadores que les permitan logros en materia de salud, hacer estudios de tendencias.
- Es necesario vigilar la ejecución de planes y programas.
- Es necesario medir la calidad de vida y el estado de salud de la población.
- Es fundamental medir la calidad y productividad de los servicios de salud.
- Es imprescindible mantener un buen sistema de vigilancia epidemiológica.
- Es esencial contar con información específica, oportuna y válida, proveniente del monitoreo que constituya insumo para la toma de decisiones ajustadas a las necesidades de salud.

A continuación se plantearon unos ejemplos que se pueden asumir para el Hospital San Joaquín relacionados con la atención al usuario.

Ejemplos:

1. Dimensión de la Calidad: Accesibilidad

Actividad: información al usuario.

1.1 Criterio de evaluación

Debe existir una oficina de información al usuario.

Estándar 100%

Indicador: Existe oficina de información. Sí o No.

1.2 Criterio de evaluación

Los funcionarios del Hospital dependiendo del servicio portaran su credencial visible sobre su uniforme.

Estándar 2001-80%

2002-90%

2003- 100%

Indicador: % de funcionarios del Hospital que portan su credencial visible sobre el uniforme.

2. Dimensión de la Calidad: Satisfacción del usuario

Actividad: satisfacción del usuario

2.1 Criterio de evaluación

En la oficina de atención al usuario habrá un formato de quejas, reclamos y sugerencias y además se aplicaron encuestas de satisfacción.

Estándar 100%

Indicador: Si existe o no esta herramienta y si se han aplicado las encuestas de satisfacción.

De acuerdo a los servicios que presta el Hospital Integrado San Joaquín se identificaron los criterios de evaluación aplicables a cada uno de ellos según su complejidad, determinados como requisitos esenciales por la Resolución 4252 de 1997, para lograr la acreditación.

Servicio Consulta Externa

0 Cuenta con sala de espera y consultorios para la atención de la demanda.

® Existe un médico responsable del servicio

e La atención es prestada por personal profesional, y auxiliar de acuerdo al tipo de consulta que ofrece.

- Se abre historia clínica a todos los usuarios atendidos por primera vez en el servicio.
- Las historias clínicas están disponibles en los consultorios el día y la hora de consulta.

« Se elabora el registro diario de consulta externa,

e La jornada de atención es lo suficientemente amplia para la atención de la demanda.

- Las citas para atención general están disponibles en un plazo no mayor de 48 horas.
- El tiempo de los usuarios en la sala de espera no es mayor de 10 minutos.

® Se hace análisis de los datos estadísticos sobre los diferentes tipos de consulta.

- ® Existen, se aplican y se revisan periódicamente los protocolos de manejo de las principales patologías.
- ® El responsable del servicio revisa periódicamente las historias clínicas para verificar su concordancia con los protocolos.
- Existe un buzón para quejas y sugerencias y éstas son tenidas en cuenta por el responsable del servicio para el mejoramiento del mismo.
- © Se lleva registro de represamiento de consulta.

Servicio de Urgencias

- ® Cuenta con una área específica
- © Existe un médico responsable del servicio.
- ® La atención es prestada por médico general y auxiliar de enfermería,
o Se registran a todos los usuarios que ingresan al servicio.
- ® Se elabora historia clínica de urgencias a todos los usuarios que ingresan al servicio.
- Se elabora el registro diario de consulta de urgencias.
- ® Dispone de Servicios de apoyo diagnóstico las 24 horas.
- ® La conducta de los pacientes en observación se define en un plazo no mayor de 24 horas.
- ® Dispone de Servicio de comunicación y transporte de usuarios las 24 horas.

» Existen, se revisan y se aplican los protocolos de las patologías más frecuentes en el servicio.

® Se analizan periódicamente las historias clínicas para verificar su concordancia con los protocolos de manejo.

o Se analizan y se utilizan para la planeación de las actividades del servicio, las principales causas de morbilidad.

- El tiempo de espera de los usuarios no es mayor de 10 minutos.
- El servicio de urgencias se encuentra inscrito a una red de urgencias.

e Existe buzón de quejas y sugerencias y estas son tenidas en cuenta para el mejoramiento del servicio.

- Se lleva registro y se investigan las complicaciones que se presentan en el servicio.

Servicio de Hospitalización

- Cuenta con habitaciones individuales y múltiples hasta con 4 camas.
- Existe un médico responsable del servicio.
- La atención es prestada las 24 horas por médico general y auxiliar de enfermería.

® Todo paciente esta bajo la responsabilidad de un médico tratante.

- Se pasa revista médica diaria y se anota la evolución en la historia clínica.
- Están disponibles los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico las 24 horas.

- > Existen, se revisan y se aplican los protocolos de manejo de las patologías más frecuentes de egresos hospitalarios.

- Ⓜ Se analizan periódicamente las historias clínicas para verificar su concordancia con los protocolos de manejo.

- Se analizan los informes estadísticos para la planeación de los servicios.

- Ⓜ Cuenta con un sistema interno de llamado para el personal de enfermería.

- Se registran e investigan las complicaciones y accidentes de los pacientes en el servicio.

Servicio de Sala de Partos

- Cuenta con un área exclusiva

- Ⓜ Existe médico responsable del servicio de Ginecobs-tétrica

- « La atención es prestada las 24 horas por médico general y auxiliar de enfermería.

- Se registra a todos los usuarios que ingresan al servicio.

- 0 Se abre historia obstétrica a todas las usuarias hospitalizadas.

- Se hace seguimiento a las usuarias en su trabajo de parto y se registra en la historia clínica.

- Ⓜ Dispones de servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento las 24 horas.

- Se tiene establecido un sistema de información permanente a los familiares.

e Existen, se revisan y se aplican los protocolos para el manejo de la paciente obstétrica y el recién nacido.

® Se analizan periódicamente las historias clínicas para verificar su concordancia con los protocolos de manejo.

e Se cuenta para la atención de las usuarias con médicos obstetras, pediatras y enfermeras profesionales.

® Se registran y se investigan accidentes y complicaciones de pacientes en sala de partos.

Servicio de Laboratorio Clínico

® Cuenta con un área exclusiva destinada para éste servicio.

® Existe un profesional responsable del servicio.

- El servicio es prestado por bacteriólogo y auxiliares de laboratorio.

® Se lleva registro diario de todas las pruebas realizadas.

® Existen y se entregan a los pacientes indicaciones inscritas sobre la preparación de exámenes especiales.

® Los resultados, excepto los exámenes especiales, se entregan en un periodo no mayor de 24 horas.

- Existen, se aplican y se revisan periódicamente las normas y procedimientos.
- Se hace análisis periódico de los datos estadísticos y sus resultados son tenidos en cuenta para la planeación del servicio.

- ® El personal que labora en el servicio conoce y cumple las medidas de bioseguridad establecidas por la institución.
- ® Se encuentra inscrito a la red de laboratorios.
- @ Se realiza control, de garantía de calidad, interno.
- ® El responsable del servicio participa en el comité de infecciones.
- El laboratorio se encuentra inscrito a un programa externo de calidad.

Servicio de Enfermería

- ® Cuenta con cuadros de turnos para la distribución de personal.
- ® Se registran por parte del personal de enfermería todas las novedades del paciente en la historia clínica.
- ® Se realiza la entrega de turno en forma verbal, escrita y documentada en la historia clínica.
- Enfermería participa en los aspectos educativos y preventivos del paciente, su familia y la comunidad.
- Existen y se cumplen los manuales de procedimientos de enfermería.
- ® Se realizan reuniones periódicas de participación y coordinación con todo el personal.
- La Enfermera Jefe del Departamento participa y brinda información a todo el personal de enfermería de las metas, proyectos y realizaciones de la institución.

Servicio de Farmacia

a Cuenta con área exclusiva destinada para este servicio.

- ® Cuenta con personal responsable del servicio.
- ® El servicio garantiza el suministro oportuno de medicamentos.
- ® Se lleva inventario para el control de medicamentos.
- ® Se lleva control de la fecha de vencimiento de los medicamentos.
- ® Disponen los servicios de la Institución de stock de droga para urgencias.
- ® Existen y se aplican las normas administrativas del servicio.

La Dirección

« Cuenta con un área destinada a la Dirección.

® Cuenta con un director de tiempo completo, con formación en el área de la salud.

- El organigrama esta acorde con la estructura administrativa y vigente.

« Se elabora anualmente el plan general de la Institución.

- Se tienen claramente establecidos los objetivos, la misión y los valores de la institución, se hace su difusión permanente y se vela por su cumplimiento.

» Las políticas y programas de la institución son acordes con su misión, valores y objetivos.

» En horas y días no hábiles hay un responsable de Dirección que toma la vocería del Hospital.

® El Director visita periódicamente los servicios y dialoga con sus funcionarios.

- La Dirección recibe y analiza los informes y estadísticas de los diferentes servicios.

® El Director mantiene informado al personal sobre el desarrollo de los planes, programas y cumplimiento de las metas.

© Existen y operan comités u otros mecanismos que aseguren el correcto funcionamiento y coordinación de la institución.

® La Dirección tiene determinadas claramente sus fortalezas y debilidades y éstas se tienen en cuenta para la fijación de las políticas, metas y la elaboración de planes y programas.

0 Se motiva al personal hacia una política de mejoramiento de la calidad.

A manera de ejemplo se realiza un ejercicio en el que se relacionan algunos criterios relacionados con las estrategias de esta propuesta y sus respectivos métodos para verificar el cumplimiento de los mismos.

| Servicio | Criterios | Métodos de comprobación | Cumplimiento | |
|------------------|--|--|--------------|----|
| | | | No | Si |
| Consulta Externa | <ul style="list-style-type: none"> • Existen, se aplican y se revisan periódicamente los protocolos de manejo de las principales patologías. • Se elabora el registro diario de consulta. • El tiempo de los usuarios en la sala de espera no es mayor de 10 minutos. | <ul style="list-style-type: none"> • Solicite los protocolos del servicio y revise que la fecha de elaboración no sea mayor de 3 años. Confróntelos con una muestra de historias Clínicas. • Solicite las planillas donde se hace el registro verifique que estén al día. • A una muestra de usuarios en la sala de espera pregunte sobre el tiempo que llevan esperando ser atendidos. | 0 | 0 |

| | | | | |
|-----------------------------|--|---|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ® Se lleva un registro de represamiento de Consulta. © Las citas para atención general están disponibles en un plazo no mayor de 48 horas. | <ul style="list-style-type: none"> © Solicite al responsable del servicio el registro de dicho represamiento en caso de que este exista. © Interrogue al medico responsable del servicio y al encargado de dar las citas sobre la oportunidad en el otorgamiento de las mismas. Interrogue a los usuarios. | | |
| Servicio de urgencias | <ul style="list-style-type: none"> © Cuenta con un área exclusiva. © Se registra a todos los usuarios que ingresan al servicio. © Se analizan y se utilizan para la planeación de las actividades del servicio, las principales causas de morbilidad. • Se lleva registro y se investigan las complicaciones que se presentan en el servicio. | <ul style="list-style-type: none"> © El área destinada al servicio es exclusiva y debe contar como mínimo con: área de recepción y espera, sutura, consultorios, observación y deposito. La vía de acceso es independiente del resto de la Institución. © Verifique la existencia de un libro donde debe registrarse todos los usuarios que ingresan debe anotarse como mínimo: fecha, hora de llegada, salida, nombre, edad, sexo, impresión diagnóstica, destino del usuarios © Interrogue al responsable del servicio si se analizan los informes estadísticos de los principales causas de morbi-mortalidad para la planeación de las actividades. Solicite los últimos informes. © Solicite al responsable del servicio el registro de las complicaciones e indague sobre las medidas correctivas tomadas al respecto. | 0 | 0 |
| Servicio de Hospitalización | <ul style="list-style-type: none"> © Cuenta con habitaciones individuales y múltiples hasta con 4 camas. « La atención es prestada las 24 horas por medico general y auxiliar de enfermería. © Existen, se revisan y se aplican los protocolos de manejo de las patologías mas frecuentes de egresos Hospitalarios. © Cuenta con un sistema interno de llamado para el personal de enfermería, © Se analizan periódicamente las historias clínicas para verificar su concordancia con los protocolos de manejo. | <ul style="list-style-type: none"> • Observe en algunos servicios de la institución la distribución de las camas por habitación. « Verifique con el responsable del servicio de personal la existencia de los cargos para los profesionales y auxiliares de enfermería y el cumplimiento de los requisitos.. © Solicite los protocolos que se tengan en el servicio revise que la fecha de elaboración o ultima revisión no sea mayor de 3 años. Confronte su concordancia con una muestra de historias clínicas. © Verifique la existencia y funcionamiento de un sistema de llamado interno para el personal de enfermería por parte de los usuarios. © Indague al medico responsable del servicio sobre el análisis de los casos de mayor relevancia confrontándolos con los protocolos establecidos, e un mes | 0 | 0 |
| Sala de Partos | <ul style="list-style-type: none"> © Se tiene establecido un sistema de información permanente a los familiares. | <ul style="list-style-type: none"> • Interrogue al responsable y algunos funcionarios del servicio sobre el funcionamiento de dicho sistema. Si es posible corrobore con familiares | | |

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | <p>o Existen, se revisan y se aplican los protocolos para el manejo de la paciente obstétrica y el recién nacido.</p> | <p>de las usuarias que estén el en servicio. • Verifique la existencia, actualización y aplicación de protocolos de anejo para diferentes patologías de la paciente obstétrica y recién nacido.</p> | | |
|--|---|--|--|--|

El Director del Hospital o los que él designe, evaluará en cada uno de los servicios el cumplimiento o no de los estándares, conjuntamente con el responsable de cada área. Así mismo analizará las situaciones encontradas frente a los estándares aplicados, e identificará los principales riesgos que esto puede ocasionar al usuario y a la Institución.

Para establecer la Calificación se tendrá en cuenta los siguientes parámetros:

Los estándares de cada servicio se encuentran divididos en dos categorías:

1. Los estándares mínimos obligatorios, definen el piso o base mínima sin cuyo cumplimiento se considera que existen riesgos importantes para la atención. En este ejercicio están identificados con una O.

En conjunto representan en cada servicio el 60% del total de puntos posibles.

2. Los estándares no obligatorios, representan el ideal de cumplimiento alcanzable por la institución, en este manual. En conjunto representan el 40% del total de puntos posibles en cada servicio.

El Director y su equipo colaborador, luego de aplicar el instrumento, determinará el número de estándares cumplidos obligatorios y no obligatorios, el número de estándares aplicables y el porcentaje total de cumplimiento.

La institución se considera acreditada cuando, cumpla la totalidad de los estándares mínimos obligatorios y la suma total de su puntaje sea igual o superior al 70%.

Se considera acreditada provisionalmente cuando la Institución cumpla la totalidad de los estándares mínimos obligatorios y la suma total de su puntaje oscile entre 60% y 69%.

Se considera no acreditada cuando la Institución no cumpla la totalidad de los estándares mínimos obligatorios.

Se sugiere al nivel de recomendación incluir en la segunda parte del plan de Mejoramiento que va a asumir la Institución, los indicadores de medición para cada uno de los criterios establecidos en esta Propuesta.

A continuación se presenta como parte de esta propuesta para la Dirección del Hospital un modelo de un manual de manejo para el servicio de consulta externa relacionada con la estructura, los procesos y resultados.

Este manual es un instrumento de evaluación de la atención que debe prestar el servicio de Consulta externa.

9.3 MANUAL DE CONSULTA EXTERNA

9.3.1 Estructura:

La consulta externa es un servicio fundamentalmente para pacientes ambulatorios, tiene a su cargo los programas de medicina preventiva. Se contará con un equipo interdisciplinario conformado por: médico general, enfermeras, odontólogos, auxiliares de enfermería y odontología, terapia y personal administrativo, ofreciendo en el Hospital atención básica de medicina general, odontología general, pequeña cirugía, terapia respiratoria, rehabilitación física, insectología y curaciones.

Se prestarán los servicios a todos los afiliados de miércoles a domingo y se debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Disponer de una oficina de información al usuario.
- ® Capacitación permanente del personal del servicio.
- ® Actos médicos con responsabilidad y conocimiento basados en una filosofía de carácter ético y moral.
- Debe existir un sistema de remisión de pacientes en forma expedita y rápida evitando pérdida de tiempo y de recurso, para esto se necesita un sistema adecuado de información y de comunicación.
- Los programas de salud y de atención médica deben ser planificados de acuerdo con las necesidades y recursos locales, funcionando Integrados y coordinados con los diferentes niveles.

- El primer contacto del servicio y las que le sigan, deben realizarse siempre en las mejores condiciones de relaciones humanas, armonizando opiniones y actividades para el mejoramiento de las condiciones de Salud del Usuario.

Teniendo en cuenta los anteriores aspectos se plantea en el servicio de consulta externa lo siguiente:

- ® Debe contar con consultorios para atender medicina general, cirugía general, medicina interna, especializada etc., se recomienda que estos estén contruidos en material durables y fácilmente aseables, con instalaciones de muy diversa índole (hidráulica, eléctrica, etc.), con requisitos de fácil inspección y reparación, adecuada iluminación, aireación, señalización y con amplitud para fácil circulación de pacientes en silla de ruedas y servicios sanitarios para usuarios.
- Debe contar con una sala de espera que contenga un tablero para avisos, reloj, sillas confortables, basureros, música ambiental en lo posible y decoración adecuada.
- La red eléctrica debe ser revisada periódicamente con especial cuidado para evitar riesgos y daños de los equipos.

Los indicadores a tenerse en cuenta para evaluar serán: el de disponibilidad y accesibilidad.

| Indicador | Definición | Fuente |
|----------------|---|---|
| Disponibilidad | <p>Relación entre los recursos existentes (humanos, físicos y financieros) con que se cuenta para atender la población asignada.</p> <p>- # de médicos generales asignados x servicio y programa</p> <hr/> <p># Total de Población asignada</p> <p>- # de horas médico contratados</p> <hr/> <p>Total población asignada</p> <p>- # de consultorios</p> <hr/> <p>población asignada</p> | <p>® Cuadro de asignación de citas</p> <p>® Registro y planilla diaria.</p> <p>® Análisis de los Recursos</p> |
| Accesibilidad | Es la condición de la población usuaria para poder ser atendida por el servicio de Consulta Externa. | Encuesta a población Asignada, |

9.3.2 PROCESO :

Se pretende establecer que cada una de las actividades administrativas, operativas y científicas, se encuentren dentro de los parámetros de calidad, eficiencia y oportunidad, respondiendo las expectativas de la satisfacción de los usuarios.

El servicio prestado debe ser oportuno, preciso, cumplido, personalizado, igualitario, amable y eficiente satisfaciendo las expectativas y necesidades de los usuarios.

Para la solicitud de la cita debe existir una zona de recepción, en donde se registren las solicitudes de atención en un formato que contenga lo siguiente:

J Nombre del Usuario

J Día hora solicitud

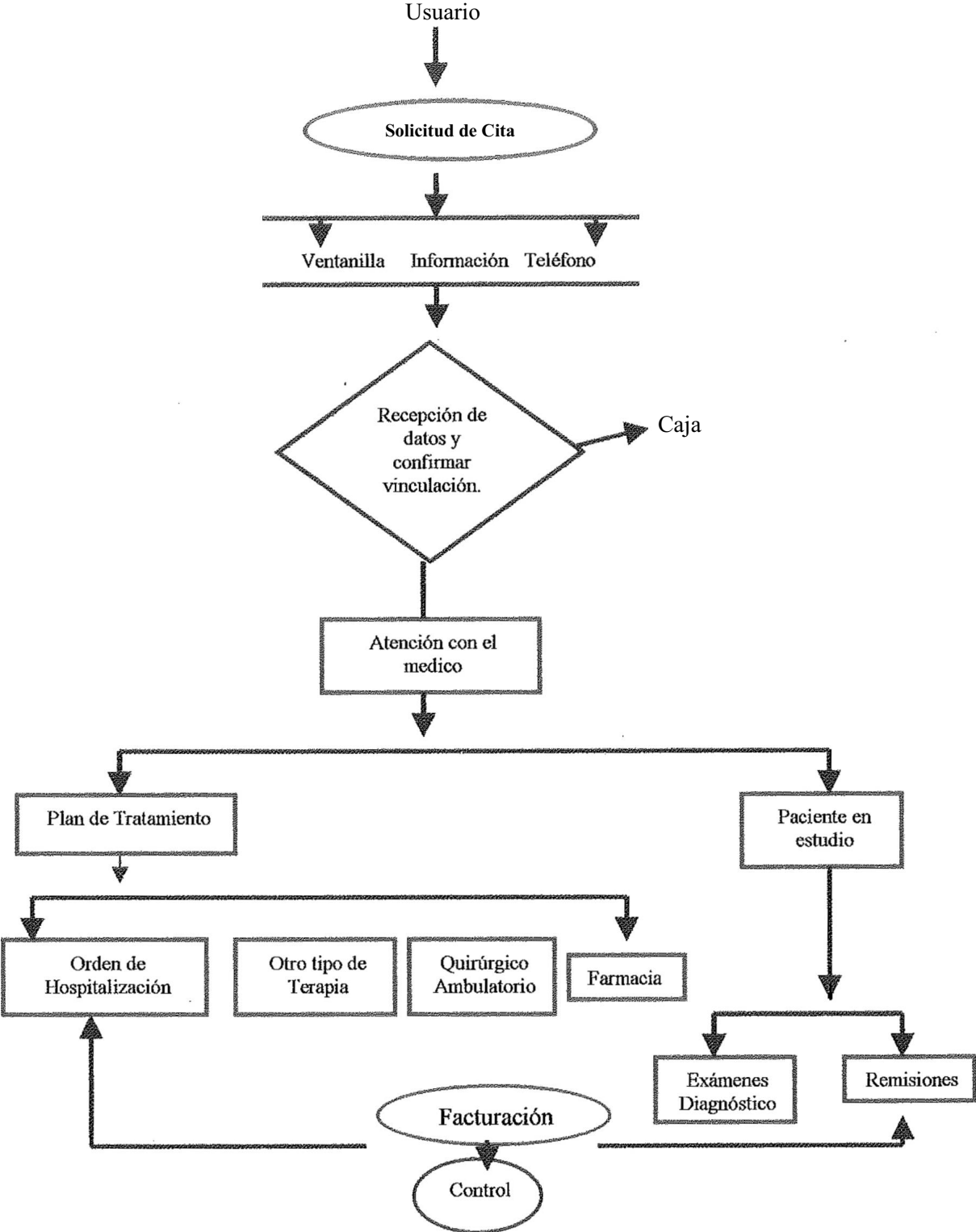
J Asignación cita-médico

J Tipo de Consulta

J Observaciones.

De acuerdo a la demanda el Hospital puede repartir fichos de una manera ágil y que no le proporcione al usuario incomodidades como son las largas colas a tempranas horas de la mañana. Lo ideal sería que el usuario solicite su cita directamente o por teléfono.

El Flujoograma propuesto para el servicio de Consulta externa será:



e Se llevará un registro diario de cumplimiento de citas.

« El usuario subsidiado para recibir la atención debe presentar el carné de afiliación a la Administradora del Régimen Subsidiado (ARS) y el vinculado el carné del Sistema de Identificación de Beneficiarios (SISBEN).

® El estándar establecido es del 10% para el cumplimiento de la presentación del documento solicitado.

® La consulta de primera vez siempre será atendida por el médico general, quien determinará si el usuario deberá ser atendido directamente o remitido al especialista a otro nivel si así lo amerita.

» En caso de que el afiliado no pueda asistir a la cita será asignada a otro usuario que lo requiera.

0 La cita repetida es la que se programa cuando el usuario se encuentra en estudio para análisis, evaluación y definición de la conducta a seguir en caso de que requiera ayudas diagnósticas o remisión a especialista para que éste emita un concepto del estado del usuario.

• Para que un paciente ingrese a un programa de una patología específica requiere de la valoración y autorización del médico tratante la cual se registrará en la historia clínica y la auxiliar de enfermería le expedirá un carné en original y copia entregando al usuario el original, solicitándole se acerque a recibir instrucciones e información por parte del coordinador del programa y la copia se envía posteriormente a las encargadas del programa en que fue inscrito el usuario.

- ® La historia clínica deberá encontrarse en el consultorio respectivo en el momento de la atención.
- ® La papelería requerida estará disponible en cada consultorio.
- ® La asignación y programación de la cita será en hora fija.
- Se deberá dar educación e información al paciente sobre sus condiciones de salud y tratamiento a seguir.
- ® El médico tratante una vez establecido la conveniencia y oportunidad de la remisión elaborará la solicitud respectiva con la siguiente información mínima:

J Identificación del paciente, examen físico y evolución del caso.

J Procedimientos diagnósticos y terapéuticos practicados con sus respectivos resultados.

v' Tratamientos efectuados y ordenes con sus correspondientes resultados.

J Diagnóstico presuntivos y/o confirmados de la situación de salud del paciente.

J Objeto de la remisión

Z Justificación de la remisión e Indicaciones sobre conductas posibles.

Algunos indicadores a tener en cuenta para evaluar el proceso son:

| Indicador | Definición | Fuente |
|--------------------|--|---|
| © Tiempo de espera | La condición variable de la población de poder utilizar o ser atendido por el servicio de consulta externa cuando su estado de salud lo requiera en forma oportuna. | Registro auxiliar de citas. Revisión Historia clínica con pruebas selectivas. |
| » Frecuencia | Porcentaje de pacientes atendidos en la consulta externa en el mes. $\frac{\# \text{ de Consultas}}{\text{Total población asignada}}$ | Consolidado mensual. |
| © Extensión de uso | Es la proporción de la población que usa el servicio en un periodo de tiempo determinado. $\frac{\# \text{ de Consultas de 1. Vez}}{\# \text{ Total población asignada}} \times 1000$ $\frac{\# \text{ de consultas de subsidiados}}{\text{ti Total de población asignada}}$ | Consolidados mensuales. |
| • Utilización | Es la relación entre recurso utilizado y recurso disponible para una actividad. $\frac{\# \text{ de horas Consultorio utilizado}}{\# \text{ de horas Consultorios contratados}}$ | Consolidados mensuales. |
| • Calidad | Es el conjunto de características que debe garantizar la entidad contratada en el proceso de atención a los usuarios desde el punto de vista Técnico y Humano. | o Justificación del diagnóstico relacionándolo con solicitudes de laboratorio. • Correlación del diagnóstico con el Tratamiento. • Evaluación del diligenciamiento de las historias clínicas. |

9.3.3 RESULTADOS

Se pretende determinar el impacto en la calidad integral del servicio prestado por el Hospital, generándose las recomendaciones de mejoramiento.

Algunos indicadores de resultados que se proponen son:

| | | |
|--|---|---|
| ® Calidad Profesional | e Idoneidad estudio de hoja de vida de los profesionales. <ul style="list-style-type: none"> • Capacidad profesional Actitudes Conocimiento Habilidades Practicas <ul style="list-style-type: none"> • Valor agregado al servicio Relaciones interpersonales. Comunicación. Plan de tratamiento. | ® Hoja de Vida « Examen Teórico <ul style="list-style-type: none"> • Presencia de complicaciones, incapacidades. • Evaluación del servicio clínico. « Encuesta de satisfacción. |
| # De incapacidades expedidas en Consulta Externa en e mes por patología / // Total de incapacidades expedidas en Con. Ext | Consolidado Mensual. | |
| ti de citas incumplidas en el mes / # de citas dadas por servicio en el mes | Consolidado Mensual. | |
| # de remisiones expedidas en el mes / # Total de Pacientes atendidos en el mes. | Consolidado Mensual. | |
| # Total de consultas atendidas en el mes / # de horas contratadas para consulta en el mes | Consolidado Mensual. | |

10. RECOMENDACIONES

- o La propuesta de mejoramiento que se presenta en éste trabajo son lineamientos generales que deben ser aplicados y puesto en marcha para seguimiento y evaluación.

- » Para posteriores estudios de satisfacción del usuario se sugiere que se aplique la encuesta en cada uno de los servicios del Hospital para ser más puntual en las sugerencias de mejoramiento.

- e El plan de mejoramiento tiene que ser liderado por la dirección del Hospital con la participación y compromiso de todos los funcionarios.

- El manual propuesto es de manejo de la Dirección, el cual puede enriquecerse o completarse, según la necesidad del servicio.

- Como complemento a lo realizado se requiere que los directivos y el personal colaborador impulsen los manuales de los demás servicios que presta el Hospital.

BIBLIOGRAFIA

1. AFP PROVIDA. Manual para monitores de calidad y productividad, Bogotá, 1995.
2. Barrera Rey Otto E. Control de Gestión en Salud. Dpto de medicina Preventiva y Salud Pública; Facultad de Salud. UIS 1992 P. 16
3. Bustos Mejía Alvaro Enrique. Calidad en salud y auditoria Clínica. 1995
4. Ministerio de Salud. La seguridad social en salud. Impreso en Dupligráficos Bogotá, 1994.
5. Ministerio de salud. Programa de mejoramiento de los servicios de salud en Colombia.,1999
6. Ministerio de Salud. Decreto 2174/96. Sistema obligatorio Garantía de Calidad. Santafé de Bogotá.
7. Organización Panamericana de la Salud. Sistema de garantía de calidad de Servicios de Salud. Santa Fe de. Bogotá, 1995
8. Pabón Hipólito. Evaluación de los servicios de salud. Edición 2da.
9. UIS. Administración Hospitalaria. Modulo 18.1992
10. Valencia Solarte E y otros. Metodología de la planeación estratégica. Min. Salud Bogotá, 1988.

ANEXO 1

ENCUESTA A USUARIOS

Señor usuario, el Hospital Integrado San Joaquín está interesado en conocerla opinión de usted sobre la atención prestada en los diferentes servicios, con el fin de aplicar los correctivos dentro de un proceso de mejoramiento que la institución está llevando a cabo.

Su respuesta clara y precisa es un gran aporte para la mejora en los servicios.

Encuesta No. _____

Edad _____ Sexo: M F

Lugar de procedencia: Vereda _____ Municipio _____

Régimen de afiliación:

Contributivo

Subsidiado _____

Vinculado _____

Marque con una X la casilla correspondiente a su respuesta.

1. ¿Ha tenido dificultad en la atención con el carné del seguro que usted posee?

Sí _____

No _____

Cuál? _____

2. ¿En el momento que usted entra al Hospital existe quién le dé información acerca del servicio que usted necesita?

Sí. No

3. ¿Cómo es la atención recibida por:

- | | | | |
|---------------------------|------------|--------------|-----------|
| ☉ Médico | Buena_____ | Regular_____ | Mala_____ |
| ⊙ Enfermera | Buena_____ | Regular_____ | Mala_____ |
| ⊙ Personal de citas | Buena_____ | Regular_____ | Mala_____ |
| ⊙ Personal de laboratorio | Buena_____ | Regular_____ | Mala_____ |
| ⊙ Personal de farmacia | Buena_____ | Regular_____ | Mala_____ |
| ⊙ Odontólogo | Buena_____ | Regular_____ | Mala_____ |

4. El profesional que lo atendió le explicó el diagnóstico y tratamiento a seguir:

Si No_____

Entendió la explicación Sí No

5. El tratamiento impuesto por el médico fue efectivo (usted se mejoró)

Sí_ No

6. Cuando su caso es delicado es citado nuevamente a control. Hay continuidad en el tratamiento: Sí No

7. Cuánto tiempo transcurrió entre la hora de la cita y el momento en que fue atendido:

- ◆ Inmediatamente _____
- ◆ Menor de 15 minutos_____
- ◆ Más de 15 minutos

8. Cuánto tiempo le dedicó el profesional que lo atendió:

- ◆ Más de 15 minutos
- ◆ Hasta media hora _____
- ◆ Entre media y una hora ____
- ◆ Más de una hora_____

9. Encontró los medicamentos formulado por el profesional en la farmacia del Hospital:

Sí No

Cuantos le formularon _____

Cuantos le entregaron _____

10. Encuentra señalización en los consultorios y otros sitios del Hospital:

Sí No

11. El sitio de espera le pareció:

Agradable _____

Desagradable _____

12. El consultorio donde lo atendieron le pareció:

Agradable _____

Desagradable _____

13. ¿A usted se le asigna un ficho cuando viene al médico u otro servicio, con la hora en que será atendido?

Sí No

14. ¿El Hospital tiene fácil acceso para ancianos y minusválidos?

Sí No

15. Califique el aseo de la institución:

- | | | |
|---|---------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> Sala de espera | Bueno _____ Regular _____ | Malo _____ |
| <input type="checkbox"/> Baños | Bueno _____ Regular _____ | Malo _____ |
| ◆ Consultorios | Bueno _____ Regular _____ | Malo _____ |
| ◆ Corredores | Bueno _____ Regular _____ | Malo _____ |

16. ¿Le parece adecuada las áreas locativas de la institución?

0 Sí _____

\$ No _____

17. Considera usted que el servicio de laboratorio es:

Buno Regular Malo

18. ¿Está satisfecho con el servicio de odontología?

Sí.No

19. Para usted el servicio de Hospitalización es:

Bueno

Regular

Malo

20. De acuerdo a la atención recibida se siente usted:

Totalmente satisfecho

Parcialmente satisfecho _____.

Insatisfecho

21. Cuales aspectos cree usted que se debe mejorar en el servicio:

Observaciones:

ANEXO No. 2

FLUJOGRAMA ATENCIÓN DE OVEJAS, RECLAMOS E INQUIETUDES

