

.DIAGNÓSTICO DE LOS MOMENTOS DE VERDAD EN LOS SERVICIOS DE
URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO
ORIENTE E.S.E, UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD RAFAEL URIBE
URIBE Y SU POSTERIOR PROPUESTA DE TRANSFORMACIÓN CULTURAL

Presentado por:

JOHANNA ALEXANDRA ÁVILA RONCANCIO

MÓNICA JULIETH CARVAJAL MOGOLLÓN

VIVIANNE JAENNETH MÁRQUEZ FERNANDEZ

ENSAYO DE GRADO - CASO EMPRESARIAL

UNIVERSIDAD SERGIO ARBOLEDA
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD
COHORTE XXXIII
COLOMBIA
2016

TABLA DE CONTENIDO

1. Propósito.....	3
2. Descripción de la problemática.....	4
3. Hipótesis Inicial.....	4
4. Contextualización Organizacional.....	5
4.1.1 Ubicación Geográfica.....	6
4.1.2 Misión.....	6
4.1.3 Visión.....	6
4.1.4 Principios y Valores.....	7
4.1.5 Mapa de Procesos.....	7
4.1.6 Organigrama.....	8
5. Marco Conceptual.....	12
6. Justificación.....	37
7. Objetivos.....	40
8. Alcance.....	41
9. Metodología.....	42
10. Oferta de valor.....	45
11. Factibilidad.....	47
12. Costos proyecto de grado.....	48
13. Aplicabilidad.....	49
14. Resultados.....	50
15. Propuesta Plan de mejora – Proyecto Inspira.....	54
16. Conclusiones.....	58
17. Referencias.....	61

1. Propósito

Un grupo de estudiantes de la especialización de Gerencia en Servicios de Salud de la Universidad Sergio Arboleda, ha considerado oportuno investigar los momentos de verdad en la atención de los servicios de urgencias de la subred integrada de servicios de salud centro oriente E.S.E, unidad de prestación de servicios de salud Rafael Uribe Uribe, y con el resultado de la tabulación de la investigación mixta(cuali- cuantitativa), desarrollar un programa de transformación cultural con base en los resultados obtenidos por medio de la aplicación del instrumento de medición de las expectativas y percepciones, cuyo resultado impacte positivamente tanto a los profesionales que prestan el servicio, como a los usuarios, quienes tienen un comportamiento al hacer uso de este.

El programa de transformación cultural pretende aumentar el nivel de satisfacción y esto se podrá lograr a través de la creación de un modelo integral, en donde se le de identidad al proceso, logrando un cambio cultural con nuevos atributos de servicio.

2. Descripción de la problemática

Se pretende realizar un estudio descriptivo con el objetivo de analizar la calidad de atención en el Servicio de Urgencias de la UPSS Rafael Uribe Uribe, teniendo en cuenta la percepción que tienen los usuarios, funcionarios y colaboradores de algunos aspectos relacionados con la atención en el servicio.

3. Hipótesis Inicial

Los ¹momentos de verdad en los servicios de urgencias de la Subred integrada de servicios de salud Centro Oriente E.S.E que se viven actualmente, deben ser sometidos a un proceso de intervención y transformación cultural, teniendo en cuenta que la satisfacción en relación al trato humanizado, tanto en usuarios como en colaboradores posiblemente es “bajo”, teniendo en cuenta el ciclo actual del servicio, de la UPSS Rafael Uribe Uribe.

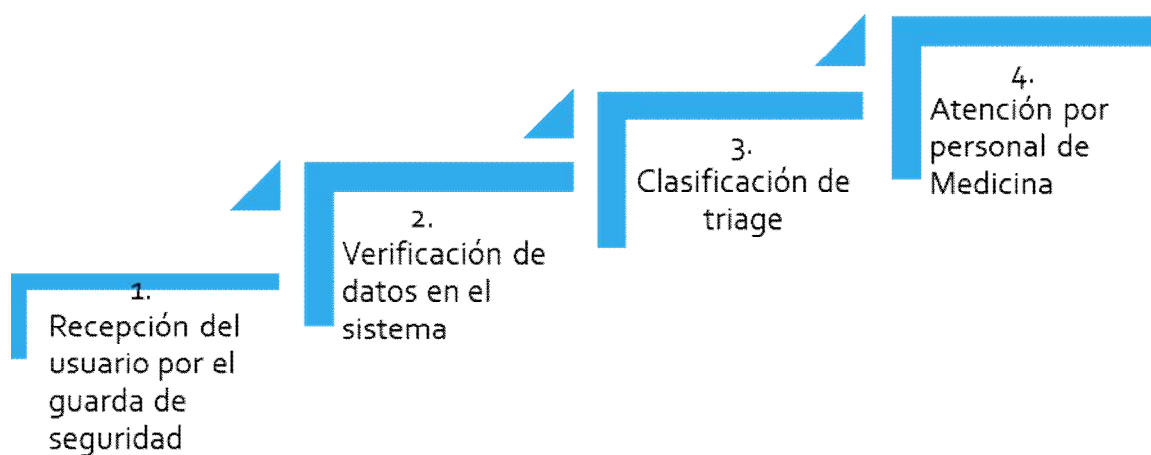


Imagen No 1. Elaboración propia.

¹ El preciso instante en que el cliente se pone en contacto con nuestro servicio y sobre la base de este contacto se forma una opinión acerca de la calidad del mismo.

4. Contextualización Organizacional

De acuerdo con lo contemplado en el acuerdo 001 del 4 de septiembre de 2000 “por el cual se adopta el Estatuto del Hospital Rafael Uribe Uribe Empresa Social del Estado”, tiene como objeto la prestación de servicios de salud, entendidos como un servicio público a cargo del Estado y como parte integral del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se acordó la fusión del Hospital Olaya y Hospital San Jorge juntos de I Nivel de atención, en una E.S.E fortalecida y constituida para la prestación del servicio de las localidades Rafael Uribe Uribe, y Antonio Nariño, con el nombre de HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE, bajo la dirección del Dr. Héctor Javier Quiñones Albarracín, tras el proceso de meritocracia al cual se postularon 150 aspirantes.(www.eserafaeluribe.gov.co,2013).

El hospital quedó conformado por: 2 CAMIS: Olaya y Diana Turbay; 6 UPAS Unidades Primarias de Atención en Salud: Lomas, San Jorge, Quiroga, Bravo Páez, Chircales, San José Obrero y la Unidad Básica de Atención:-UBA Móvil.

Posteriormente en el año 2016 y por medio del acuerdo 641 de 2016, por el cual se efectúa la reorganización del Sector Salud de Bogotá, Distrito Capital, se modifica el Acuerdo 257 de 2006 y se expiden otras disposiciones”

El Acuerdo tiene por objeto efectuar la reorganización del sector salud en el Distrito Capital definiendo las entidades y organismos que lo conforman, para lo cual se determinará la fusión de algunas entidades y la creación de otras, dentro de las cuales se encuentran Las Empresas Sociales del Estado de: Rafael Uribe, San Cristóbal, Centro Oriente, San Blas, La Victoria y Santa Clara se fusionan en la Empresa Social del Estado denominada “**Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.**” objeto del presente estudio.

4.1.1 Ubicación Geográfica

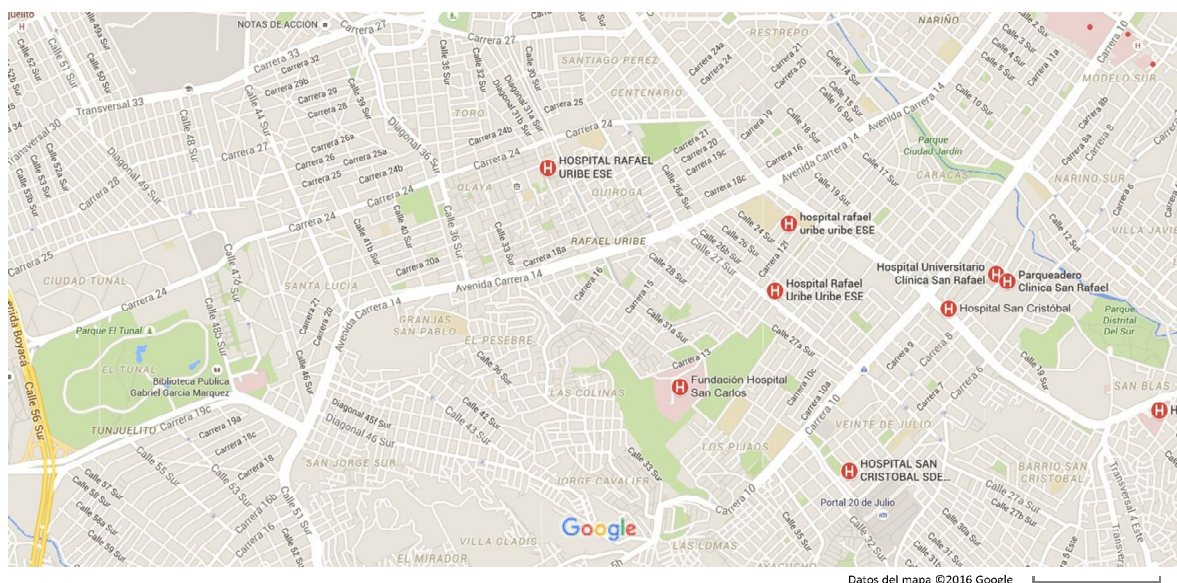


Imagen No 2. Ubicación geográfica Hospital Rafael Uribe Uribe E.S.E.

4.1.2 Misión

Somos el Hospital Rafael Uribe Uribe Empresa Social del Estado, prestamos servicios de salud individuales y colectivos, dirigidos a los usuarios, sus familias, la comunidad y el entorno, desarrollando procesos de Atención Primaria en Salud, con calidad y humanización, en el marco del modelo de prestación de servicios en red, contribuyendo con el mejoramiento de la calidad de vida. (www.eserafaeluribe.gov.co, 2013)

4.1.3 Visión

En el 2017 seremos reconocidos por la excelencia en la prestación de servicios de Salud y referentes en el desarrollo innovador del modelo de Atención Primaria en Salud logrando la sostenibilidad financiera. (www.eserafaeluribe.gov.co, 2013)

4.1.4 Principios y Valores

Vocación de Servicios.

Trabajo en Equipo.

Conducta, Ética y Transparencia.

Calidez.

Respeto. (www.eserafaeluribe.gov.co, 2013)

4.1.5 Mapa de Procesos



Imagen No 3 Mapa de Procesos (www.eserafaeluribe.gov.co, 2013).

4.1.6 Organigrama

	HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE E.S.E.		ARH OT 001
	TIPO DE DOCUMENTO:	OTRO	VER. 001
	MACROPROCESO:	APOYO	04 de Octubre de 2000
	PROCESO:	GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS	PAG. 1 DE 1
	NOMBRE:	ESTRUCTURA ORGANICA	

ESTRUCTURA ORGÁNICA

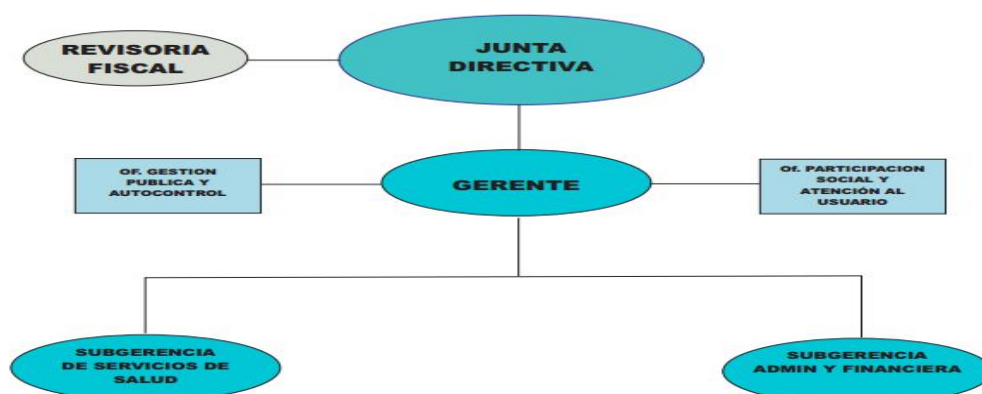


Imagen No 4. Organigrama Institucional. (www.eserafaeluribe.gov.co, 2013).

En cuanto al aseguramiento en salud, según el boletín de aseguramiento (SDS) a Noviembre de 2015 muestra que el 27,48% de la población se encuentra afiliado al Régimen Subsidiado, el 72,02% se encuentra afiliado al Régimen Contributivo, el 1,9% pertenece al Régimen De Excepción y el restante 4.19% es Población Pobre No Asegurada (PPNA).

Como población objetivo de acuerdo a la contratación actual del Hospital correspondiente al 56% del Régimen Subsidiado, 100% de la Población Pobre No Asegurada (Vinculados) y 30% del Régimen Contributivo obteniendo la siguiente población potencial a atender:

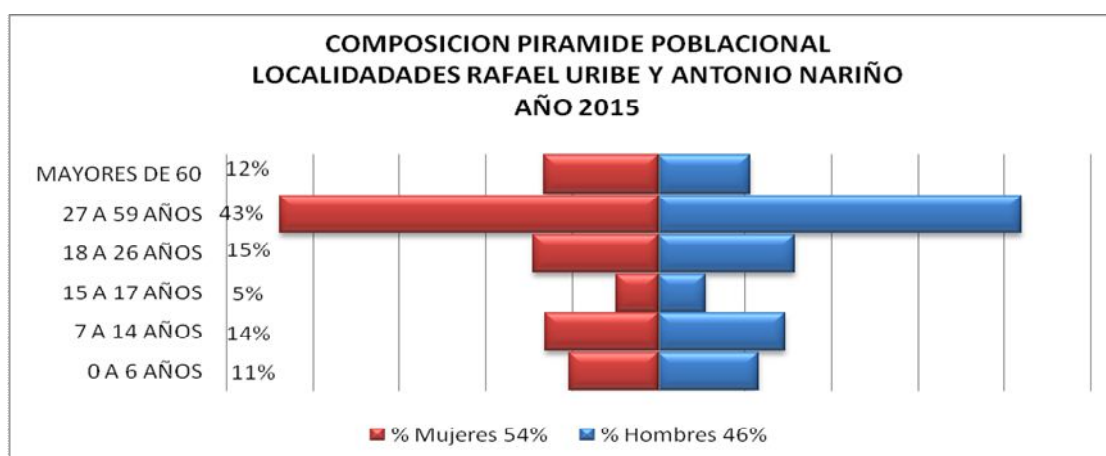
Tabla 1. Población por aseguramiento HRUU

GRUPO ETAREO	2015						TOTAL	
	SUBSIDIADA		VINCULADA		CONTRIBUTIVA			
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
0 A 6 AÑOS	3.709	3.422	1058	976	6120,43	5651,78	10.887	10.049
7 A 14 AÑOS	4.768	4.406	1352	1250	7722,16	7142,38	13.842	12.799
15 A 17 AÑOS	1.719	1.592	490	455	2842,48	2643,06	5.051	4.690
18 A 26 AÑOS	4.994	4.740	1427	1355	8300,02	7884,70	14.721	13.980
27 A 59 AÑOS	13.190	14.217	3783	4079	22180,12	23936,29	39.153	42.232
MAYORES DE 60	3.240	4.177	940	1213	5646,56	7299,72	9.827	12.689
TOTAL POR GENERO	31.619	32.554	9.050	9.327	52.812	54.558	93.481	96.439
	64.174		18.377		107.370		189.920	

Tabla No 1 .Población por aseguramiento.

El total de la población de las localidades Rafael Uribe Uribe y Antonio Nariño para el año 2015, según proyecciones del DANE, es de 484.048 habitantes, de los cuales, el 53.6% son mujeres y el 46.4% son hombres, la siguiente gráfica muestra la pirámide poblacional:

Imagen 5. Pirámide Poblacional ambas localidades



Fuente: Elaboración Propia

Se observa que cerca el 45% de la población de ambas localidades son menores de 26 años y el restante 55% es mayor de 27 años de los cuales el 12% corresponde a mayores de 60 años.

En cuanto al aseguramiento en salud, según el boletín de aseguramiento (SDS) a Noviembre de 2015 muestra que el 27,48% de la población se encuentra afiliado al Régimen Subsidiado, el 72,02% se encuentra afiliado al Régimen Contributivo, el 1,9% pertenece al Régimen De Excepción y el restante 4.19% es Población Pobre No Asegurada (PPNA).

Como población objetivo de acuerdo a la contratación actual del Hospital correspondiente al 56% del Régimen Subsidiado, 100% de la Población Pobre No Asegurada (Vinculados) y 30% del Régimen Contributivo.

Determinación del tiempo de espera para la atención médica

1. GENERALIDAD DEL INDICADOR							
Nombre del Indicador	Propósito (lo que se quiere medir)	Formula	Unidad de medida	Tendencia esperada	Semafización		
Oportunidad en la atención de urgencias en minutos para triage 2.	Monitorear los tiempos de atención en el servicio de urgencias de acuerdo con la priorización definida en el triage, por medio de la optimización de la capacidad técnica científica con el fin de estabilizar al paciente y definir conducta	Sumatoria total del número de minutos en el período transcurridos entre la solicitud de atención en la consulta de urgencias y el momento en el cual es atendido el paciente en consulta (Triage 2)/Total de consultas atendidas por urgencias en el período (Triage 2)	Minutos	Decreciente	Excelente	Acceptable	No Permissible
					≥90%	80-89	< 80

Fuente de información	Responsable de la información	Frecuencia de recolección	Frecuencia de Análisis	Responsable del análisis	Ideal	Meta
Informe de triage oficina de recursos tecnológicos y estadística. Aplicativo triage	Profesional de recursos tecnológicos y estadística	Mensual	Mensual	Lider de centro	30,00	30,00

5 Marco Conceptual

5.1 Sistema de salud de Colombia

El sistema de salud colombiano está compuesto por un amplio sector de seguridad social y un decreciente sector exclusivamente privado. Su eje central es el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) con sus dos regímenes, el régimen contributivo (RC) y el régimen subsidiado (RS). El RC afilia a los trabajadores asalariados y pensionados y a los trabajadores independientes con ingresos iguales o superiores a un salario mínimo. El RS afilia a todas las personas sin capacidad de pago. En 2010 las coberturas fueron de 39.7% y 51.4% de la población total, respectivamente. Los Regímenes Especiales (RE) afilian a los trabajadores de las Fuerzas Militares, la Policía Nacional, la Empresa Colombiana de Petróleos (ECOPETROL), el Magisterio y las universidades públicas.(Guerrero R, revista scielo, 2011)

En 2010 sólo 4.3% de la población permanecía fuera del sistema de seguridad social en salud. El RC opera con base en una cotización de sus afiliados. El RS opera con base en un subsidio cruzado del RC más otros fondos fiscales procedentes de impuestos generales. La afiliación al SGSSS es obligatoria y se hace a través de las entidades promotoras de salud (EPS), públicas o privadas, que se encargan de ofrecer, como mínimo, el Plan Obligatorio de Salud (POS) o bien el POS-S para los afiliados al RS. Las EPS entregan los fondos reunidos de las cotizaciones al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), el cual devuelve a las EPS el monto.(Guerrero R, revista scielo, 2011)

Equivalente a la unidad de pago por capitación (UPC) ajustado por riesgo, de acuerdo con el número de afiliados que tengan. El pago capitado en el RS es análogo (aunque no se ajusta por riesgo) y se denomina UPC-S. Los proveedores de atención son las instituciones prestadoras de servicios (IPS), que pueden estar o

no integradas a las EPS, pero que en todo caso son contratadas por éstas. El sector exclusivamente privado es utilizado preponderantemente por la clase alta que, aún cotizando en alguna EPS, contrata seguros privados o acude a la consulta privada. Una porción de la población de ingresos medios, por carecer de cobertura o por no tener acceso oportuno al SGSSS, se ve obligada a acudir a la consulta privada haciendo pagos de bolsillo. (Guerrero R, revista scielo, 2011)

Estructura y cobertura:

El sistema de salud colombiano está compuesto por un amplio sector de seguridad social financiado con recursos públicos y un decreciente sector privado. Su eje central es el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). La afiliación al sistema es obligatoria y se hace a través de las entidades promotoras de salud (EPS), públicas o privadas, que reciben las cotizaciones y, a través de las instituciones prestadoras de servicios (IPS), ofrecen el Plan Obligatorio de Salud (POS) o el POS-S para los afiliados al régimen subsidiado (RS). El sector exclusivamente privado es utilizado por la clase alta y un sector de la población de ingresos medios que, por carecer de cobertura o en busca de mejores condiciones de acceso que ofrece el SGSSS, acude a la consulta privada. (Guerrero R, revista scielo, 2011).

¿Quiénes son los beneficiarios?

La Constitución Política de 1991 estableció el derecho de todos los colombianos a la atención a la salud como un servicio público cuya prestación se realiza bajo la dirección, coordinación y control del Estado con la participación de agentes públicos y privados. La Ley 60 de 1993 dio impulso al mandato constitucional mediante normas que dieron origen a la descentralización del sistema. La Ley 100 del mismo año creó el actual SGSSS. (Guerrero R, revista scielo, 2011)

Hay dos regímenes de aseguramiento que pretenden dar cobertura a toda la población: el régimen contributivo (RC) y el régimen subsidiado (RS), vinculado

entre sí a través de un fondo de recursos llamado Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA). Todos los asalariados o pensionados, al igual que todos los trabajadores independientes con ingresos iguales o superiores a un salario mínimo, tienen la obligación de afiliarse al RC. Para hacerlo, pueden elegir libremente una EPS pública o privada. La contribución obligatoria equivale a 12.5% de los ingresos laborales, pero en el caso de los trabajadores asalariados o pensionados, estos sólo pagan el equivalente a 4% de su salario, mientras que el empleador (o pagador de pensión) se encarga de pagar el restante 8.5%. Los trabajadores independientes deben pagar la totalidad de la contribución. Las EPS se encargan de afiliar y registrar a los usuarios, recaudar las cotizaciones, y organizar y garantizar la prestación del POS. En 2010 la cobertura del RC fue de 39.4% de la población. El RS, por su parte, se encarga del aseguramiento de todas las personas sin capacidad de pago y no cubiertas por el RC. La identificación de dicha población es competencia municipal y se lleva a cabo mediante la aplicación de la encuesta del Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para los Programas Sociales (SISBEN). Los recursos para el financiamiento del RS son reunidos a través del FOSYGA y equivalen a uno y medio puntos porcentuales provenientes de 12.5% de la cotización del régimen contributivo que se suman a fondos provenientes de otras fuentes fiscales y parafiscales. Los beneficiarios del RS acuden a las EPS de dicho régimen. La cobertura del RS en 2010 alcanzó a 51.4% de la población.¹⁰ Además de los beneficiarios del SGSSS, existen varios grupos que gozan de otros esquemas de seguridad social (4.9% de la población del país) y que pertenecen a los regímenes especiales. Tal es el caso del Magisterio, las Fuerzas Militares, la Policía Nacional, y quienes laboran en las universidades públicas y en la Empresa Colombiana de Petróleos (ECOPETROL). Adicionalmente se consideró la participación en el SGSSS de personas que lo harán en forma transitoria mientras se logra la universalidad en la afiliación. Son aquellos que por incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiarios del régimen subsidiado tendrán derecho a los servicios de atención de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado. De acuerdo con los registros del

sistema, en 2010 el total de beneficiarios de algún tipo de aseguramiento en salud representaba 95.7% de la población.¹⁰ El SGSSS, a través del RS, ha logrado afiliar y dar cobertura a los sectores empobrecidos. No obstante, aún existe una porción de la población de ingresos medios que carece de cobertura, ya sea porque se encuentra transitoriamente desempleada o porque, tratándose de trabajadores independientes, no alcanzan la estabilidad laboral necesaria para pagar regularmente 12.5% de sus ingresos como cotización al SGSSS. En todo caso, esta población todavía se ve obligada a acudir a la consulta privada haciendo pagos de bolsillo. (Guerrero R, revista scielo, 2011)

DIEZ HITOS EN LA HISTORIA DEL SISTEMA COLOMBIANO DE SALUD

1945 Creación de la Caja Nacional de Previsión Social

1946 Creación del Instituto Colombiano de los Seguros Sociales

1954 Creación de las Cajas de Compensación Familiar

1975 Creación del Sistema Nacional de Salud

1990 Descentralización de la salud a nivel municipal

1991 Incorporación a la Constitución Política del derecho de todos los colombianos a la atención a la salud como un servicio público bajo la dirección, coordinación y control del Estado.

1993 Creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Ley 100)

2002 Creación del Ministerio de Protección Social mediante la fusión del Ministerio de Salud y el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

2006 Establecimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad

2007 Aprobación de la Ley 1122 que introduce modificaciones al SGSSS / Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010

¿En qué consisten los beneficios?

El aseguramiento corre a cargo de las EPS y el objetivo del SGSSS es que los beneficios de los regímenes subsidiado y contributivo lleguen a ser los mismos.

Cada EPS conforma y ofrece a sus afiliados una red de IPS públicas y/o privadas: consultorios, laboratorios, hospitales y todos los profesionales que individualmente o agrupados ofrecen sus servicios de atención a la salud. Los hospitales públicos, por su parte, se han ido transformando en organizaciones autónomas, denominadas Empresas Sociales de Estado, que venden sus servicios a las EPS. Como mínimo, la red de IPS públicas y/o privadas conformada por cada EPS debe cubrir el llamado POS, que cubre tanto al afiliado cotizante como a su grupo familiar en lo que se refiere a todas las actividades de promoción y fomento de la salud y prevención de la enfermedad que se prestan en el primer nivel de atención. Los beneficios incluyen también la atención inicial de urgencias, atención al recién nacido, y consulta médica general y odontológica. Previa referencia por parte del médico general, también se incluyen la consulta médica especializada, exámenes de laboratorio, medicamentos, hospitalización, intervenciones quirúrgicas de baja com- salud pública de México / vol. 53, suplemento 2 de 2011 S149 Sistema de salud de Colombia Artículo de revisión plejidad, tratamientos de rehabilitación física, y diversas terapias, prótesis y órtesis. El POS cubre la atención de algunas enfermedades de alto costo, dentro de las que se incluyen el sida, la enfermedad renal crónica y el cáncer. Además, quienes cotizan en el régimen contributivo tienen derecho a prestaciones económicas suplementarias en casos de licencia por maternidad y de incapacidad por enfermedad. En Colombia, el POS-C ha sido más amplio que el POS-S desde su definición en el año 1994. Sin embargo sucesivos mandatos legales y jurisprudenciales han ordenado la unificación de ambos planes. En 2010 el POS-C cubrió más de 660 medicamentos y 5 832 actividades, procedimientos e intervenciones en salud y servicios hospitalarios.¹¹ Existen tanto cuotas moderadoras como copagos que los afiliados tienen que realizar de acuerdo con tabuladores y tarifas ajustados por servicios y por grupos de ingresos. Las cuotas moderadoras tienen por objeto regular la utilización de los servicios y estimular su uso racional al tiempo que se promueve la inscripción de los afiliados en los programas de atención integral desarrollados por las EPS. Estos copagos tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema. Algunos servicios están exentos de

cobro, particularmente los de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, así como los de prescripción regular, como el tratamiento de la epilepsia, la hipertensión, el asma y la diabetes. En el caso del régimen contributivo, el afiliado cotizante no está obligado a hacer copagos por atención hospitalaria, pero sí los miembros de su núcleo familiar. Por lo que respecta a la participación de los usuarios en las cotizaciones, de acuerdo con la clasificación por niveles del SISBEN, los niveles 1 y 2, que corresponden a la población más pobre, gozan de subsidio total. El nivel 3 obtiene, en principio, subsidios parciales, si bien en la práctica hay subsidio total. De igual manera, quienes han sido identificados dentro del nivel 1 del SISBEN están exentos del pago de copagos y cuotas moderadoras. Las personas con capacidad de pago pueden adquirir voluntariamente seguros de salud privados y complementarios, siempre y cuando cumplan primero su obligación de cotizar al SGSSS. Los accidentes de trabajo y las enfermedades de origen profesional se cubren mediante un seguro aparte del POS que los empleadores están obligados por ley a contratar. (Guerrero R, revista scielo, 2011)

Financiamiento: ¿Quién paga?

Los servicios de salud se financian con contribuciones de los trabajadores asalariados e independientes afiliados a las EPS, con contribuciones del gobierno y con contribuciones de los empleadores. Todas estas contribuciones se reúnen en el FOSYGA, el cual las redistribuye a las EPS según la cantidad de afiliados que tienen en cada uno de los dos regímenes, contributivo o subsidiado. En el caso del subsidiado, los recursos del FOSYGA se suman a las transferencias fiscales de la nación a los municipios para completar la financiación de los servicios. Las EPS a su vez pagan los servicios a las IPS bajo diferentes modalidades: retrospectivo por evento, prospectivo por grupo diagnóstico y, en ocasiones, por capitación a los prestadores de ciertos servicios. ¿A cuánto asciende el gasto en salud? El gasto total en salud en Colombia está compuesto por el gasto público directo, el gasto en seguridad social en salud y el gasto privado en salud. El gasto público directo es el

que realizan el Ministerio de la Protección Social (MPS) y sus entidades adscritas, las entidades territoriales de salud (direcciones seccionales y locales de salud y hospitales públicos) en relación con: la atención de personas aún no afiliadas al sistema mediante gastos de administración e inversión que funcionan como subsidio a la oferta, el saneamiento ambiental y los servicios de salud pública dirigidos a la comunidad, los gastos de dependencias y programas oficiales y el FOSYGA.

También incluye el gasto en seguridad social correspondiente al régimen subsidiado, el cual funciona como subsidio a la demanda. El gasto en seguridad social en salud corresponde al régimen contributivo y está basado en cotizaciones. Éste se realiza a través de las EPS (públicas y privadas) y los regímenes especiales. El gasto privado total comprende el gasto imputado en atención de salud por los seguros privados voluntarios (pólizas de salud y de accidentes personales), los planes de medicina prepagada y el gasto directo de las familias o gasto de bolsillo. Según información del MPS, el gasto total en salud como porcentaje del PIB entre 1993 y 2003 en promedio fue de 8.5%.¹² Sin embargo, se notan dos periodos con marcadas diferencias. Entre 1993 y 1997 se registró un crecimiento del gasto que se fue reduciendo hasta que, a partir de 1998 y hasta 2003, se registra un decrecimiento. Un comportamiento similar tuvo el gasto público directo, el gasto privado y el gasto per cápita en dólares constantes del año 2000. Este último alcanzó un valor máximo de US\$ 317 en 1997, reduciéndose a US\$ 111 en 2003, lo cual en parte refleja una marcada devaluación de la moneda a partir de 1998. (Guerrero R, revista scielo, 2011)

El gasto público en seguridad social en salud ha mantenido una tasa de crecimiento positiva entre 1993 y 2003, excepto en 2000, como reflejo de la crisis económica de 1999, y en 2002. Como consecuencia, aumentó la participación del gasto público en seguridad social en salud al tiempo que disminuyeron el gasto privado y el gasto de bolsillo, lo cual podría deberse a los incrementos en la cobertura del sistema. El 39.6% del gasto total en salud correspondió al gasto

público y 44.5% al gasto en seguridad social en salud del régimen contributivo. El 15.9% restante corresponde al gasto privado que incluye el gasto de bolsillo (7.5% del gasto total en salud), los seguros privados y la medicina prepagada. Por otro lado, es importante resaltar que en el periodo 1996-2003 el porcentaje del gasto total en salud dedicado a atención en salud fue de 66.2%, mientras que 17.0% correspondió a gastos administrativos, 8.0% a inversión y 8.8% fue dedicado a otros usos. De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud, en 2008 el gasto total en salud en Colombia representó 5.9% del PIB. (Guerrero R, revista scielo, 2011)

¿Cómo se distribuyen estos recursos?

El funcionamiento del régimen contributivo del SGSSS establece que los recursos deben entregarse a la EPS que los trabajadores elijan libremente. Las EPS se encargan de afiliar y registrar a los usuarios, así como de organizar y garantizar la prestación del POS. Las EPS también remiten las cotizaciones de los trabajadores al FOSYGA, el cual les devuelve una unidad de pago por capitación (UPC) por cada persona de la familia afiliada. La UPC debe ser equivalente al valor actuarial, por grupo de edad y sexo, de los servicios del POS. Las Direcciones de Salud de los municipios contratan a las EPS que trabajan para el RS y les pagan mediante la UPC del RS la UPC-S. Estas EPS pueden ser de tres tipos, EPS del RC funcionando para el RS, Cajas de Compensación Familiar o Empresas Solidarias de Salud, que son organizaciones comunitarias. Todas las EPS contratan los servicios de atención a la salud con las IPS en el sector privado y los hospitales públicos de acuerdo con el tipo de planes de salud que hayan ofrecido a sus afiliados. La Ley 1122 de 2007

Obliga a que, en el RS, al menos 60% del valor de los servicios se contrate con hospitales públicos siempre y cuando se cumplan ciertas condiciones de calidad. Algunas EPS incluyen dentro de su propia estructura a las IPS que atienden a sus afiliados, aunque la Ley 1122 limitó el grado en que las IPS pueden pertenecer o

estar verticalmente integradas a las EPS. Por último, en el caso de los regímenes especiales, estos han conservado sus propios mecanismos de financiamiento, administración y, en algunos casos, también de prestación de servicios.

En 2009 había 35 EPS del régimen subsidiado y 37 del régimen contributivo. (Guerrero R, revista scielo, 2011)

Recursos ¿Con qué infraestructura y equipo se prestan los servicios de salud?

Los prestadores se constituyen legalmente en IPS públicas o privadas. Pueden ser desde médicos individuales hasta grandes hospitales o clínicas. Para efectos del registro especial de prestadores de servicios de salud (REPSS) establecido en el Decreto 1011 de abril 3 de 2006, las IPS son los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud. Una IPS puede tener más de una sede. El profesional independiente es toda persona natural egresada de un programa de educación en salud y con facultades para actuar de manera autónoma en la prestación del servicio de salud. En 2010 había un total de 46 358 prestadores de servicios de salud según el REPSS.¹⁶ De éstos, 10 390 eran IPS (9 277 privadas y 1 113 públicas), 34 933 eran profesionales independientes, 341 eran de transporte especial (ambulancias) y 694 tenían un objeto social diferente.

De acuerdo con la clasificación de los niveles de atención (I, II y III) del Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del POS (Resolución 5261 de 1994), en 2010 el sistema de salud colombiano estaba compuesto por alrededor de 56 597 sedes de prestación de servicios. De éstas, 4 162 eran públicas; 3 362 son nivel I, 490 del nivel II y 45 del nivel III. Hay 265 sedes sin clasificar. En 2010 el sistema de salud colombiano tenía registrados 1 219 prestadores de servicios con naturaleza jurídica pública. Entre ellos había 964 empresas sociales del Estado con 3 584 sedes, 27 140 camas, 1 743 salas y 1 504 ambulancias. Del total de sedes, 79.4% eran de nivel I, 10.9% de nivel II y sólo 2.5% del nivel III (además de 7.2% que no están definidas). De acuerdo con el REPSS, la cantidad de camas

disponibles en 2010 era de alrededor de 68 000, lo cual arroja una razón de 1.5 camas por 1 000 habitantes. Hay un subconjunto de prestadores que cumple los estándares más altos del sistema de garantía de la calidad y se denominan IPS acreditadas.¹⁷ En julio de 2010 se contaba con 19 de estos prestadores. (Guerrero R, revista scielo, 2011)

¿Con qué recursos humanos se prestan los servicios?

De acuerdo con proyecciones del CENDEX, en 2010 había en Colombia alrededor de 226 600 profesionales del sector salud.¹⁸ De este total, 77 000 son médicos, lo que arroja una razón de 1.7 médicos por 1 000 habitantes. Le siguen en importancia numérica las enfermeras (42 000), los terapeutas (40 000) y los odontólogos (40 000). El Ministerio de Educación Nacional se encarga de definir y mantener actualizados los criterios de calidad para el registro calificado y la acreditación de

Los programas de formación en el campo de la salud teniendo en cuenta las recomendaciones del Consejo Nacional del Talento Humano en Salud. Hasta septiembre de 2010 este ministerio tenía registrados 1 513 programas de salud, 58 técnicas profesionales, 78 tecnológicas, 349 universitarias de pregrado, 937 especializaciones, 76 maestrías y 15 doctorados.¹⁹ Las llamadas medicinas alternativas y complementarias pueden ser practicadas por los profesionales autorizados para ejercer en el área de la salud siempre y cuando acrediten la certificación académica de su competencia por una institución de educación superior legalmente reconocida por el Estado. ¿Cuánto se gasta en medicamentos y cuál es el nivel de acceso a ellos? Dadas las particularidades del sistema de salud colombiano, en el mercado de medicamentos coexisten dos submercados: el institucional, para los afiliados al sistema de seguridad social, y el privado. En el mercado institucional los medicamentos son entregados por las IPS (normalmente los hospitalarios) o por farmacias adscritas a la EPS del afiliado (normalmente los ambulatorios), y no existe ninguna posibilidad de sustitución entre medicamentos,

ya que dentro del SGSSS la prescripción de medicamentos se hace bajo su nombre genérico y con base en el listado establecido por ley. Esta medida busca promover la competencia entre productores de moléculas iguales y hacer que los médicos orienten al paciente con base en criterios no ligados a marcas comerciales. En el mercado privado, el médico prescribe el medicamento bajo su nombre genérico o marca y el consumidor toma la decisión de comprar uno u otro motivado por precio, fidelidad, etc.

Ambos mercados son regulados por el Estado y existen normas generales y particulares para el mercado institucional. (Guerrero R, revista scielo, 2011)

¿Quién genera la información y quién produce la investigación?

Hay diversas fuentes de información en salud. La más importante es el MPS, a través de diferentes sitios virtuales vinculados a su página electrónica, como el Observatorio de Recursos Humanos, el Programa de Apoyo a la Reforma de Salud, el Registro de los Afiliados al Sistema Integral de Seguridad Social, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (información sobre habilitación, auditoría, acreditación y calidad de prestadores), el Sistema de Información de Precios de Medicamentos y el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud de la Dirección General de Calidad de Servicios, con información reportada por las Entidades Territoriales de Salud sobre prestadores públicos y privados por nivel de complejidad y capacidad. El Departamento Nacional de Planeación y el Sistema de Vigilancia en Salud Pública también producen estadísticas del sector salud. La investigación, por su parte, es coordinada por el Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación (Colciencias). Sin embargo, el MPS y el Instituto Nacional de Salud (INS) también cumplen funciones de investigación. Rectoría ¿Quién pone orden en el sector salud y cómo se regula la atención? El MPS determina la política del Sistema de Protección Social en general y del sector salud en particular. El MPS se creó a partir de la fusión de los

ministerios de Salud y Trabajo. En 2010 el gobierno nacional solicitó facultades legales al Congreso para separar los ministerios y crear nuevamente el de salud. A partir de 2009, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) ha sido reemplazado en su papel como regulador general del sistema de salud a nivel nacional por la Comisión de Regulación en Salud (CRES), quedando sólo como un órgano asesor y consultor. La nueva Comisión de Regulación en Salud, conformada por cinco expertos de tiempo completo elegidos para un período de tres años, además de dos ministros o viceministros, cumple las funciones de regulación anteriormente atribuidas al CNSSS. Algunas de las funciones de la CRES son la definición del valor de la UPC y del contenido del POS incluyendo el establecimiento de un listado de medicamentos esenciales y genéricos, y la regulación de los copagos y las cuotas moderadoras. (Guerrero R, revista scielo, 2011)

La Superintendencia Nacional de Salud (SNS) está legalmente facultada para realizar actividades de inspección, vigilancia y control en prácticamente todos los niveles del funcionamiento de los diversos actores que participan en el sector salud a fin de garantizar la operatividad del SGSSS. Por su parte, los distritos y municipios cuentan con sus propias direcciones locales de salud, son responsables de hacer el diagnóstico de la situación de salud de la población y se encargan de la vigilancia del sistema de salud pública en sus respectivas jurisdicciones. (Guerrero R, revista scielo, 2011)

¿Quién vigila las actividades que impactan la salud?

Además de las funciones de la SNS descritas arriba, el INS y el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) tienen a su cargo la vigilancia, regulación, inspección y el control de alimentos, medicamentos e insumos para la salud, dispositivos médicos, bancos de sangre, tejidos y órganos. Desde 2004, el INVIMA cuenta también con un comité evaluador de pruebas diagnósticas. De cualquier manera, el MPS es quien dicta las políticas al respecto

y establece las normas al ejercer la dirección general del sistema. El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar también participa en actividades relacionadas con la seguridad alimentaria en torno a la protección al consumidor mediante el control de calidad y la inocuidad de alimentos, la prevención y tratamiento de enfermedades infecciosas, la investigación y evaluación en aspectos nutricionales. La Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública se encarga de diagnosticar y detectar los factores de riesgo y desde 2006 tiene la responsabilidad de la vigilancia en salud pública. Por su parte el INS, además de cumplir con funciones como coordinador de investigación científica, laboratorio de referencia nacional y coordinador de la red nacional de laboratorios de salud pública, es el encargado del desarrollo, producción y distribución de productos biológicos, químicos, biotecnológicos y reactivos para el diagnóstico biomédico. (Guerrero R, revista scielo, 2011)

¿Quién evalúa?

Según la ley, corresponde al MPS formular y aplicar los criterios de evaluación de la eficiencia en la gestión de las EPS, las IPS del SGSSS y de las direcciones seccionales, distritales y locales de salud. En el marco de la iniciativa “La salud pública en las Américas” impulsada por la Organización Panamericana de la Salud,

En Colombia se han llevado a cabo varias evaluaciones del desempeño de las llamadas “funciones esenciales de salud pública” tanto a nivel nacional como de algunos departamentos y de la capital. Desde enero de 2007 el MPS tiene la facultad de establecer los mecanismos necesarios para realizar evaluaciones a fin de determinar el nivel de desempeño alcanzado en aspectos relacionados tanto con la gestión del sistema de salud como de los resultados que en términos de bienestar de la población arrojan las actividades de los diferentes actores que intervienen en el mismo. Sin embargo, estos mecanismos aún no establecen una evaluación permanente del sistema en términos de indicadores finales de impacto

en la salud de la población, sino más bien del cumplimiento de metas intermedias. (Guerrero R, revista scielo, 2011)

¿Cómo participan los ciudadanos en la gestión y evaluación del sistema?

La Ley 100 de 1993 establece que el SGSSS debe estimular la participación de los usuarios en la organización y el control de las instituciones que lo constituyen. Los afiliados al SGSSS tienen el derecho de formar asociaciones de usuarios que los representen ante las EPS y las IPS. El gobierno, por su parte, reconoce su obligación de fortalecer la capacidad negociadora, la protección de los derechos y la participación comunitaria de los afiliados al SGSSS. Asimismo, los afiliados tienen derecho a ejercer vigilancia y control sobre la calidad y la eficiencia de los servicios de salud mediante veedurías comunitarias elegidas popularmente. La SNS tiene entre sus funciones promover la participación ciudadana a través de diversos mecanismos. La designación del Defensor del Usuario en Salud (DUS) también es responsabilidad de la SNS. El DUS funge como vocero de los afiliados ante las EPS en los departamentos por lo que se refiere a quejas sobre la prestación de los servicios y es financiado con contribuciones aportadas por las mismas EPS. Los ciudadanos acuden masivamente a la tutela, una acción judicial sumaria cuyo propósito es proteger los derechos fundamentales, para solicitar servicios de salud. Los jueces suelen fallar a favor del usuario y ordenar la prestación de servicios, con cargo a los recursos del sistema. ¿Cómo perciben los usuarios la calidad de la atención a la salud? De acuerdo con la Encuesta Nacional de Calidad de Vida realizada en 2008, 14.5% de los encuestados reportaron haber estado enfermos en algún momento durante los últimos 30 días previos a la encuesta.²¹ De ellos, 77.9% acudieron a un médico general, especialista, odontólogo, terapeuta o institución de salud. Entre estos, 18.7% debieron costear la enfermedad con recursos propios y/o familiares, 58% la entidad de seguridad social a la que está afiliado les cubrió los costos de atención y tan solo un 0.9% hizo uso de medicina prepagada. Entre quienes no solicitaron atención médica, las razones para no hacerlo fueron, en primer lugar (47.0%) que el caso era leve y, en

segundo lugar (24%) la falta de dinero. El Primer Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud INCAS Colombia 2009, presenta indicadores de calidad para el primer semestre de 2009 relacionados con accesibilidad, calidad técnica, gerencia del riesgo y satisfacción tanto para aseguradoras como prestadores.²² En cuanto a la oportunidad para la asignación de citas de consulta médica general, el menor tiempo de espera promedio lo tuvieron las EPS del régimen subsidiado con 2.6 días y las peor libradas fueron la Medicina prepagada con 3.0 días y el régimen contributivo con 3.2 días. El número promedio de días de espera para la asignación de cita de consulta médica especializada fue de 4.9 días en el régimen subsidiado, 9.8 en el régimen contributivo y 3.1 en la medicina prepagada. Las EPS del régimen contributivo tuvieron la más alta calificación en la entrega oportuna de medicamentos con una calificación de 93.3% versus 88.4% del régimen subsidiado. Respecto a la tasa de satisfacción global medida como el número de afiliados satisfechos sobre el total de afiliados encuestados, la medicina prepagada obtuvo una tasa de 94.5%, seguida por las EPS del régimen contributivo, con 93.6% y el régimen subsidiado con 82%. (Guerrero R, revista scielo, 2011)

5.2 LA HUMANIZACIÓN EN EL CUIDADO DE PACIENTES

Para lograr una atención de alta calidad: La humanización es un tema de importancia para las personas que trabajan en el área de la salud, porque el objeto principal es el ser humano con todas sus necesidades como son: ayuda para lograr la adaptación, compañía, explicaciones acerca de su situación de salud, incertidumbre por el futuro; por tanto nosotros debemos brindarle una atención integral de calidad, tanto en lo físico, emocional y espiritual tratando al paciente con respeto y dignamente como persona no como un número o patología que tiene derechos como el de ser escuchado, saber acerca del tratamiento y procedimientos que se le vayan a realizar, como también mantener la confidencialidad, respetar sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tenga de la

enfermedad que padece. El paciente se siente solo independiente de si está grave o no, tratar en lo posible de que tenga la compañía de sus familiares para que sea más llevadera su situación con el apoyo de sus seres queridos. El objetivo como profesionales de la salud es humanizar el trabajo fundamentado en el reconocimiento de la dignidad intrínseca del paciente, de tal manera que él sienta que es el centro de la atención, valorado como persona con todos sus derechos. (Silva, 2008).

La humanidad ha conocido el dolor, el sufrimiento y la enfermedad en todas las épocas de la historia. Si ignoramos al hombre lo marginamos, si no lo reconocemos como persona, sino como número, lo reducimos a la condición de objeto, de aparato, de instrumento; se debe tener en cuenta que en una Institución de Salud el paciente es el centro principal.

En el medio hospitalario el ingreso de pacientes es algo rutinario; por tanto, el personal de salud no brinda el tiempo, ni las explicaciones suficientes a la persona que por primera vez llega a una Institución de Salud. Entonces, se presenta el fenómeno del hospital donde prevalece un trato carente de humanización en el servicio, situación que se vive en todo el mundo, en los países en que la asistencia de salud se encuentra más avanzada. El enfermo es el más oprimido. (Silva, 2008).

Lo que diferencia al personal que labora en el campo de la salud de otros oficios es precisamente que se Trabaja CON SERES HUMANOS, que cuando se encuentran en estado de enfermedad, su “moral”, está en bajo nivel es cuando la persona necesita más amor, comprensión y de ayuda psicológica; lo importante no es tanto lo que se hace por ellos sino como lo hacemos, no se trata entonces, de un simple acto profesional, de un qué hacer, sino que hay que ir más allá. (Silva, 2008).

“SER HUMANO ES TENER SENSIBILIDAD, COMPASIÓN DE LAS DESGRACIAS AJENAS”. Humanizarse es ablandarse, hacerse benigno, compadecerse de los demás, es escuchar con atención al paciente, compartir su pena y aflicción mostrarle salidas en su laberinto de dudas, acompañarlo, estrecharle sus manos. (Silva, 2008).

5.3 MODELO SERVQUAL

Por otra parte y adentrándonos en los tipos de modelos que existen para evaluar la percepción en la prestación del servicio y la calidad que caracteriza al mismo en cada uno de los momentos de verdad que hacen parte del ciclo del servicio, retomamos los planteamientos recopilados por Duque E (2005) en su artículo Revisión del Concepto de Calidad del Servicio y sus Modelos de Medición.

Dentro de los modelos más reconocidos para llevar a cabo la evaluación de la calidad del servicio se encuentra la Escuela americana como se describe a continuación:

“Escuela Americana: Es un modelo desarrollado por Parasuraman, Zeithaml y Berry llamado SERVQUAL. Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985, 1988) partieron del paradigma de la desconfirmación, al igual que Grönroos, para desarrollar un instrumento que permitiera la medición de la calidad de servicio percibida.

Luego de algunas investigaciones y evaluaciones, tomando como base el concepto de calidad de servicio percibida, desarrollaron un instrumento que permitiera cuantificar la calidad de servicio y lo llamaron SERVQUAL. Este instrumento les permitió aproximarse a la medición mediante la evaluación por separado de las expectativas y percepciones de un cliente, apoyándose en los comentarios hechos por los consumidores en la investigación. Estos comentarios apuntaban hacia diez dimensiones establecidas por los autores y con una importancia relativa que,

afirman, depende del tipo de servicio y/o cliente. Inicialmente identificaron diez determinantes de la calidad de servicio, así:

Elementos tangibles: Apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal y materiales.

Fiabilidad: Habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa.

Capacidad de respuesta: Disposición para ayudar a los clientes y para proveerlos de un servicio rápido.

Profesionalidad: Posesión de las destrezas requeridas y conocimiento del proceso de prestación del servicio.

5. Cortesía: Atención, respeto y amabilidad del personal de contacto.

6. Credibilidad: Veracidad, creencia y honestidad en el servicio que se provee.

7. Seguridad: Inexistencia de peligros, riesgos o dudas.

8. Accesibilidad: Lo accesible y fácil de contactar.

9. Comunicación: Mantener a los clientes informados, utilizando un lenguaje que puedan entender, así como escucharlos.

10. Compresión del cliente: Hacer el esfuerzo de conocer a los clientes y sus necesidades.

Estas diez dimensiones no son necesariamente independientes unas de otras (Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1988, p. 26) y realizaron estudios estadísticos, encontrando correlaciones entre las dimensiones iniciales, que a su vez permitieron reducirlas a cinco.

Confianza o empatía: Muestra de interés y nivel de atención individualizada que ofrecen las empresas a sus clientes (agrupa los anteriores criterios de accesibilidad, comunicación y compresión del usuario)

2. Fiabilidad: Habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa.

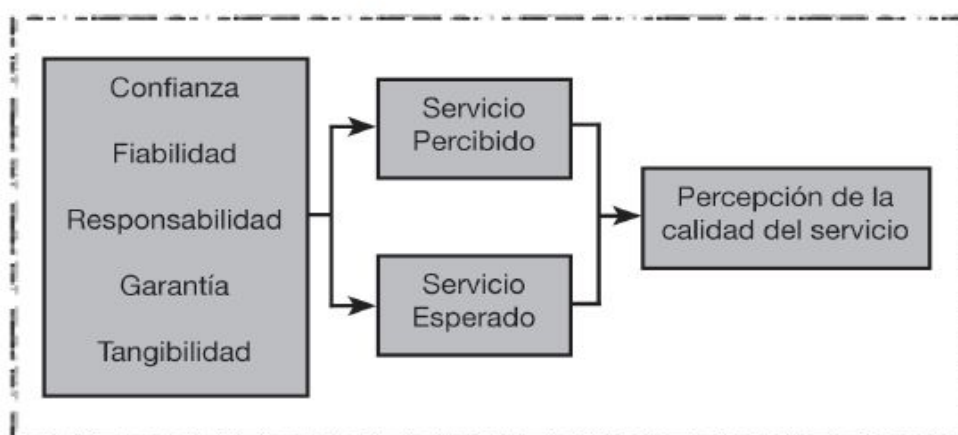
3. Responsabilidad: Seguridad, conocimiento y atención de los empleados y su habilidad para inspirar credibilidad y confianza (agrupa las anteriores dimensiones de profesionalidad, cortesía, credibilidad y seguridad).

4. Capacidad de respuesta: Disposición para ayudar a los clientes y para prestarles un servicio rápido.

5. Tangibilidad: Apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal y materiales de comunicación.

A través de procedimientos estadísticos, agrupan variables y permiten generalizar de mejor forma el modelo, logrando mayor representatividad.

Gráfico 4. Modelo SERVQUAL



Fuente: Zeithaml, Berry y Parasuraman (1988 p. 26). Zeithaml y Parasuraman (2004, p. 16).

Imagen No 6.

Duque (2005) Sin embargo, también parten del planteamiento del hallazgo de una serie de vacíos, desajustes o gaps en el proceso. Estos influyen en la percepción del cliente y son el objeto de análisis cuando se desea mejorar la calidad percibida.

Así, las percepciones generales de la calidad de servicio están influidas por estos vacíos (gaps) que tienen lugar en las organizaciones que prestan servicios.

Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985, p. 44) citados por Duque (2005) definen vacío o gap como una serie de discrepancias o deficiencias existentes respecto a las percepciones de la calidad de servicio de los ejecutivos y las tareas asociadas con el servicio que se presta a los consumidores. Estas deficiencias son los factores que afectan a la imposibilidad de ofrecer un servicio que sea percibido por los clientes como de alta calidad.

Gap 1: Diferencia entre las expectativas de los usuarios y las percepciones de los directivos.

Gap 2: Diferencia entre las percepciones de los directivos y las especificaciones o normas de calidad.

Gap 3: Diferencia entre las especificaciones de la calidad del servicio y la prestación del servicio.

Gap 4: Diferencia entre la prestación del servicio y la comunicación externa.

Gap 5: Diferencia entre las expectativas del consumidor sobre la calidad del servicio". (Duque, 2005, pág. 71)

Por otra parte y Teniendo en cuenta que el presente estudio se llevara a cabo en el servicio de urgencias, es necesario contextualizar el termino de Emergencias entendido como el órgano técnico administrativo encargado de otorgar prestación médica de emergencia en forma permanente e inmediata durante las 24 horas del día a todas las personas que soliciten la prestación de este servicio en la Unidad de prestación de servicios de salud Rafael Uribe Uribe.

En la Medicina de Urgencias y Emergencias se utiliza el factor tiempo como un criterio fundamental en la denominación de los eventos. Según este criterio se define como Emergencia: situación de inicio o aparición brusca que presenta un riesgo vital o de función básica que necesita asistencia inmediata (minutos). Esta situación obliga a poner en marcha recursos y medios especiales para prevenir un desenlace fatal. Ejemplos de estas situaciones son: paro cardio-respiratorio, neumotórax a tensión, de tal manera el Ministerio de Salud y Protección Social en el marco de la Ley Estatutaria dispuso nuevos criterios para la clasificación de pacientes en el servicio de urgencias que se denomina triage, el cual es y será de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud que tengan habilitado este servicio.

Entre los objetivos del triage está asegurar una valoración rápida y ordenada de todos los pacientes que llegan a los servicios de urgencias, identificando a aquellos que requieren de una atención inmediata. (SOCIAL., 2015)

Esto permitirá que los pacientes sean clasificados según la prioridad clínica y así disminuir el riesgo de muerte, complicaciones o discapacidad de aquellos que acudan a estos servicios. También, brindar información completa al paciente y su familia sobre en qué consiste su clasificación de triage y los tiempos de espera para su atención. En ese orden de ideas, la Resolución 5596 del 24 de diciembre de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social estipuló cinco categorías de triage, con la salvedad que los tiempos establecidos de atención no aplicarán en situaciones de emergencia o desastre con múltiples víctimas, que se describen a continuación: (SOCIAL., 2015)

Triage I: requiere atención inmediata. La condición clínica del paciente representa un riesgo vital y necesita maniobras de reanimación por su compromiso ventilatorio, respiratorio, hemodinámico o neurológico, pérdida de miembro u

órgano u otras condiciones que por norma exijan atención inmediata. (SOCIAL., 2015)

Triage II: la condición clínica del paciente puede evolucionar hacia un rápido deterioro o a su muerte, o incrementar el riesgo para la pérdida de un miembro u órgano, por lo tanto, requiere una atención que no debe superar los treinta (30) minutos. La presencia de un dolor extremo de acuerdo con el sistema de clasificación usado debe ser considerada como un criterio dentro de esta categoría. (SOCIAL., 2015)

Triage III: la condición clínica del paciente requiere de medidas diagnósticas y terapéuticas en urgencias. Son aquellos pacientes que necesitan un examen complementario o un tratamiento rápido, dado que se encuentran estables desde el punto de vista fisiológico aunque su situación puede empeorar si no se actúa. (SOCIAL., 2015)

Triage IV: el paciente presenta condiciones médicas que no comprometen su estado general, ni representan un riesgo evidente para la vida o pérdida de miembro u órgano. No obstante, existen riesgos de complicación o secuelas de la enfermedad o lesión si no recibe la atención correspondiente. (SOCIAL., 2015)

Triage V: el paciente presenta una condición clínica relacionada con problemas agudos o crónicos sin evidencia de deterioro que comprometa el estado general de paciente y no representa un riesgo evidente para la vida o la funcionalidad de miembro u órgano. (SOCIAL., 2015)

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**


capitalsalud
eps-s
Te entiende. Te atiende.

Estimado usuario

El triage es el sistema de selección y clasificación de los pacientes en el servicio de urgencias. A través de la Resolución 5596 del 24 de diciembre de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social estipuló cinco categorías de triage, para determinar la prioridad de la atención de los usuarios:

TRIAJE I
Requiere atención inmediata. La condición clínica del paciente representa un riesgo vital y necesita maniobras de reanimación por su compromiso ventilatorio, respiratorio, hemodinámico o neurológico, pérdida de miembro u órgano u otras condiciones que por norma exijan atención inmediata.

TRIAJE II
La condición clínica del paciente puede evolucionar hacia un rápido deterioro o a su muerte, o incrementar el riesgo para la pérdida de un miembro u órgano, por lo tanto, requiere una atención que no debe superar los treinta (30) minutos. La presencia de un dolor extremo de acuerdo con el sistema de clasificación usado debe ser considerada como un criterio dentro de esta categoría.

TRIAJE III
La condición clínica del paciente requiere de medidas diagnósticas y terapéuticas en urgencias. Son aquellos pacientes que necesitan un examen complementario o un tratamiento rápido, dado que se encuentran estables desde el punto de vista fisiológico aunque su situación puede empeorar si no se actúa.

TRIAJE IV
El paciente presenta condiciones médicas que no comprometen su estado general, ni representan un riesgo evidente para la vida o pérdida de miembro u órgano. No obstante, existen riesgos de complicación o secuelas de la enfermedad o lesión si no recibe la atención correspondiente.

TRIAJE V
El paciente presenta una condición clínica relacionada con problemas agudos o crónicos sin evidencia de deterioro que comprometa el estado general de paciente y no representa un riesgo evidente para la vida o la funcionalidad de miembro u órgano.

Los tiempos de atención establecidos, no aplicarán en situaciones de emergencia o desastre con múltiples víctimas.

www.capitalsalud.gov.co

 CapitalsaludEPS  @Capitalsalud  Capital Salud Eps-s  CapitalSaludEps

VIGILADO SuperSalud OTICINA DE COMUNICACIONES 2015

Imagen No 7, Fuente www.capitalsalud.gov.co

Con la claridad de estos conceptos podemos definir el CICLO DE SERVICIO, como los momentos de verdad.

El momento de la verdad* es: El preciso instante en que el usuario se pone en contacto con nuestro servicio y sobre la base de este contacto se forma una opinión acerca de la calidad del mismo.

Un momento de la verdad, no necesariamente lo determina el contacto humano. Cuando el cliente llega al lugar del servicio y entra en contacto con cualquier elemento de la empresa (infraestructura, señalamientos, oficinas, etc.), es también un momento de la verdad.

Para poder ofrecer un mejor servicio al cliente, se requiere controlar cada momento de la verdad.

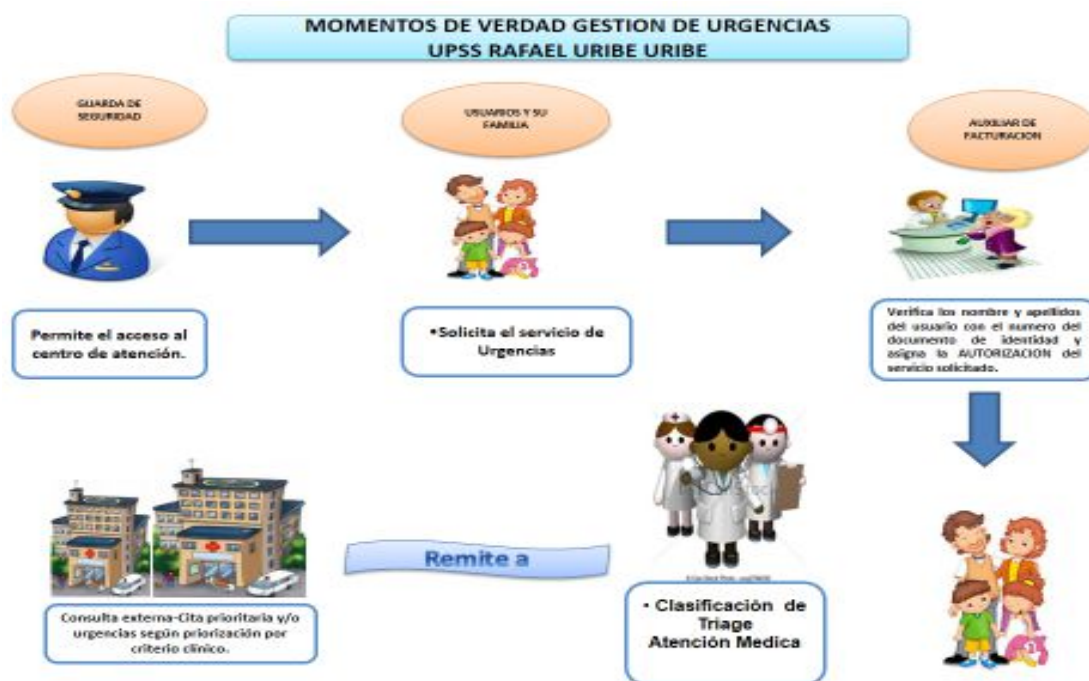
El usuario desconoce las estrategias, procesos, sistemas, áreas, departamentos, problemas y éxitos de la empresa, sólo conoce lo que la empresa hace por él en ese momento y a partir de ello califica la calidad del servicio.

Los momentos de la verdad no se presentan al azar, generalmente ocurren en una secuencia lógica y medible, lo que permite identificar con precisión las mejoras requeridas para proporcionar los servicios. (Silva, 2008).

El servicio debe buscar como estrategia que todos esos momentos se dirijan a la satisfacción de las necesidades prácticas y personales del usuario. Cuando las necesidades del usuario no son satisfechas en un momento de la verdad, se le conoce como momento crítico de la verdad. (Silva, 2008).

Los momentos críticos de la verdad son los momentos de la verdad clave o crucial. Los que inciden en la satisfacción del usuario de manera esencial y si no son manejados correctamente conducen al descontento, pérdida de confianza y posible pérdida del usuario, varían de acuerdo a la naturaleza del servicio ofrecido.

El ciclo de servicio es la secuencia completa de los momentos de la verdad que el usuario experimenta al solicitar un servicio.



El ciclo de servicio se activa cada vez que un usuario se pone en contacto con nuestro servicio. Así como hay centenares de momentos de la verdad en un día determinado, hay también ese número de ciclos de servicio.

El ciclo de servicio nos permite visualizar la panorámica general de nuestros momentos de la verdad, identificar el momento de la verdad en el que se participa directamente con los usuarios, así como determinar áreas de oportunidad que permitan mejorar el servicio. (consult, 2015).

6. Justificación

En la Unidad de Prestación de Servicios de Salud Rafael Uribe Uribe, se han realizado avances importantes para ofrecer servicios de calidad que permitan la satisfacción del usuario.

El interés de la calidad de la atención médica tiene su origen en la insatisfacción expresada por los usuarios de los Servicios de Salud brindados por las Empresas Prestadoras de Servicios de Salud, por lo que la institución, ha planteado estrategias tendientes al rescate de la calidad, lo que implica el incremento en la satisfacción del usuario, vista como indicador de la calidad de los servicios recibidos.

La percepción del personal de salud y por supuesto la del usuario, conforman las cinco grandes dimensiones del concepto de calidad en los servicios de salud, donde en la actualidad se aplican estrategias como:

1. MANUAL DE INDUCCION
2. CODIGO DE BUEN GOBIERNO
3. PROGRAMA DE HUMANIZACION
4. Plataforma virtual de aprendizaje, retroalimentación, capacitación y educación
“PARCE” www.eserafaeluribe.gov.co/web2013/index.php.
<http://190.100.15.4>
5. PROTOCOLO DE ABORDAJE DE PACIENTE DIFICIL
6. MANUAL PRACTICO DE RESOLUCION DE CONFLICTOS
7. GESTANDO ESPACIOS DE TERNURA
8. HOSPITAL HUMANO
9. ZONA DE ENCUENTRO
10. ESTRATEGIAS DE BUEN TRATO
11. DONACION DE ORGANOS Y TEJIDOS.

La opinión tanto de los usuarios, funcionarios y colaboradores, es la que ha sido tomada en cuenta durante esta investigación, para documentar algunos aspectos que por su sencillez, no pierden su vigencia e importancia en la valoración de la atención recibida en el servicio de Urgencias.

Para llevar a cabo la presente investigación, se utiliza el Ciclo de Servicio, que incluye todos los puntos de interacción entre el usuario y la organización, con el propósito de identificar momentos de verdad, que impactan al usuario y le generen una impresión de la calidad del servicio recibido.

Los instrumentos utilizados evalúan el nivel de importancia y satisfacción de los usuarios en relación a los aspectos relevantes identificados en el ciclo de servicio, dentro de los que destacan, los tiempos de espera para la atención, trato por parte de los funcionarios, acceso a información y el estado de las instalaciones de los servicios (tangibles) de salud definidos como los atributos de satisfacción: Empatía, Seguridad, Responsabilidad, Confiabilidad.

El propósito del presente estudio es identificar los elementos que los usuarios valoran en su paso por el servicio, para finalmente, presentar una propuesta de solución a los problemas encontrados.

Los usuarios de un Servicio de Urgencias tienen particularidades relacionadas con los problemas de salud que presentan, en su mayoría agudos, que requiere una pronta solución, por tanto son más sensibles y necesitan el calor humano de una mano amiga.

En materia de calidad y calidez en el servicio, los elementos que nos suelen parecer más simples, pueden ser de suma importancia para el usuario y si bien es cierto, que esta investigación se realizó en el área de urgencias de la Institución y aunque sus resultados no se pueden extrapolar a todas las instituciones del Distrito Capital, podrían llegar a ser un buen reflejo de lo que espera gran parte de los usuarios de otras Áreas de salud.

El derecho al respeto es fundamental en todos los servicios que se presten, los trabajadores sociales, profesionales de la salud y las otras personas que intervienen en las respuestas iniciales

deben recibir capacitación, ya que el trato del usuario hacia el prestador de salud y viceversa debe ser basado bajo principios éticos y morales, donde prima el respeto al ser humano.

7. Objetivos

7.1 Objetivo General

Definir los momentos de verdad y proponer un modelo de transformación cultural, en la gestión de Urgencias de la Unidad de Prestación de Servicios de Salud Rafael Uribe Uribe E.S.E, que permita brindar y obtener un trato digno y una atención para los usuarios, su familia y el personal de salud, con calidad y empatía.

7.2 Objetivos Específicos

- Determinar el núcleo problema en la gestión de urgencias de la subred integrada de servicios de salud centro oriente E.S.E, unidad de prestación de servicios de salud Rafael Uribe Uribe.
- Exponer a las directivas de la institución los resultados obtenidos en la medición de los atributos de satisfacción de usuarios y funcionarios con el fin de realizar planes de mejora que lleven a un mayor nivel de calidad en la prestación del servicio.
- Ejecutar dentro de la institución la propuesta de transformación cultural dentro de un modelo de intervención que permita contribuir al mejoramiento y humanización del servicio y a la satisfacción laboral dentro de de la subred integrada de servicios de salud centro oriente E.S.E, unidad de prestación de servicios de salud Rafael Uribe Uribe.
- Fortalecer las habilidades del personal encargado y proveer estrategias encaminadas a trabajar por la humanización de los servicios de salud.
- Brindar y recibir un trato afectuoso que responda a las dimensiones físicas, emocionales y sociales tanto de los usuarios como del personal asistencial de los servicios de urgencias.

8. Alcance

Con el presente estudio de caso se busca llevar a cabo inicialmente por medio de la aplicación de un instrumento de medición, una revisión del estado actual de variables que son transversales dentro de las organizaciones que prestan servicios de salud, tales como:

1. Confiabilidad
2. Empatía
3. Seguridad
4. Tangibles
5. Responsabilidad.

En este caso de la subred integrada de servicios de salud centro oriente E.S.E, unidad de prestación de servicios de salud Rafael Uribe Uribe, específicamente en su servicio de urgencias; dicha medición dará lugar a determinar los aspectos que son objeto de transformación cultural, con el fin de prestar un servicio que se caracterice por un mayor nivel de calidad y humanización que beneficien tanto a los funcionarios y colaboradores que hacen parte del servicio de urgencias, como a los usuarios que reciben dicho servicio.

Posteriormente se desarrollaran etapas como la evaluación de los resultados obtenidos por medio de la medición descrita anteriormente, su explicación causa-efecto(árbol de problemas), la presentación de una propuesta de intervención para las variables que se determinen están generando ruido dentro de la organización y su respectivo seguimiento para garantizar el impacto positivo a nivel cultural que queremos lograr en el servicio de urgencias de la subred integrada de servicios de salud centro oriente E.S.E, unidad de prestación de servicios de salud Rafael Uribe Uribe.

Este estudio hace un análisis de la situación actual del servicio de urgencias, y propone un planteamiento de soluciones basado en los aspectos de la calidad de atención que más valora el usuario y el funcionario, que sean factibles para la institución, de tal manera que no incluye grandes inversiones en remodelaciones o nuevas edificaciones.

Se pretende mejorar la calidad de la atención de frente a las necesidades y expectativas de usuarios, funcionarios y colaboradores.

9. Metodología

El presente estudio tiene como fin conocer la percepción de calidad de la atención, que tienen los usuarios del servicio de urgencias.

Se realizó una investigación descriptiva, transversal con el fin de aplicar en el corto plazo las recomendaciones dadas, como producto del estudio realizado.

Todo modelo de Medición del Nivel de Satisfacción del Usuario de un servicio o producto supone la existencia de un concepto hipotético llamado “Satisfacción del Usuario”, el cual debe ser inferido a partir de la indagación sobre diferentes aspectos de la experiencia de servicio que habitualmente vive el usuario (Atributos de Calidad) los cuales se enuncian como preguntas de un cuestionario ante las que el entrevistado expresa su calificación.

Estos atributos fueron identificados por los usuarios, colaboradores y funcionarios a partir del Ciclo del Servicio y se definen así:

1. “Empatía: Muestra de interés y nivel de atención individualizada que ofrecen las empresas a sus clientes (agrupa criterios de accesibilidad, comunicación y comprensión del usuario)
2. Seguridad: Habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa.
3. Responsabilidad: Seguridad, conocimiento y atención de los empleados y su habilidad para inspirar credibilidad y confianza (agrupa las anteriores dimensiones de profesionalidad, cortesía, credibilidad y seguridad).
4. Confiabilidad / Capacidad de respuesta: Disposición para ayudar a los clientes y para prestarles un servicio rápido.

5. Tangibilidad: Apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal y materiales de comunicación”. (Duque, 2005, pág. 71)

De acuerdo con este modelo, el Nivel de Satisfacción del Usuario con el servicio depende de la calificación que otorgue a los procesos y la satisfacción con éstos, a su vez, de la calificación dada a los atributos.

A partir de los resultados cuantitativos se puede ilustrar en una gráfica bidimensional la relación entre el nivel de satisfacción reportado y la importancia de los procesos y atributos definidos dentro de la medición.

La matriz resultante ofrece una perspectiva sobre las acciones a seguir con el objetivo de mejorar la percepción del servicio por parte de los usuarios.

Tipo de muestreo: Aleatorio simple.

Cálculo y definición de la muestra: Para la investigación se tiene una población infinita, pues no existe un dato estadístico que arroje número de usuarios que reciben y ofrecen servicios de salud.

Para recopilar la información, se utilizará un instrumento con el listado de aspectos a valorar por el usuario en relación a la calidad de atención en el servicio de urgencias.

Se toma en cuenta el nivel de importancia y satisfacción, utilizando una escala numérica, se determinó para la calificación de cada atributo de satisfacción, siendo 1 (muy baja) y 5 (muy alto).

Para esto, se obtuvo información de primera mano, mediante la observación y aplicación de instrumento en cada uno de los Camis (Diana Turbay, Chircales y Olaya).

La técnica estadística utilizada para el análisis de la información será la moda y cruce de variables.

Además se construirá una gráfica con los resultados de los atributos de satisfacción y de acuerdo a los problemas encontrados se realizará un análisis mediante la técnica de árbol de problemas.

10. Oferta de valor

Por medio de los resultados obtenidos durante la investigación de mercados de tipo mixto, aplicado tanto a los usuarios como a los funcionarios, se realiza el diseño de un mapa que nos describirá el nivel de satisfacción actual de los momentos de verdad, de los cuales se desprenderá la oferta de valor, la cual consiente en lo siguiente:

- Determinación del grado de Satisfacción de los Usuarios en la gestión de Urgencias de la UPSSS RUU.



- Determinación del grado de Satisfacción de los Funcionarios y colaboradores en la gestión de Urgencias de la UPSSS RUU.



La mayor oferta de valor será el diseño de un plan de mejora que apunte al aumento en la percepción del nivel de satisfacción en la prestación del servicio, de acuerdo a los resultados obtenidos a través del instrumento de medición aplicado.

11. Factibilidad

La investigación de factibilidad del estudio de caso, nos permite determinar si el proyecto que se está desarrollando, es útil para la subred integrada de servicios de salud centro oriente E.S.E, unidad de prestación de servicios de salud Rafael Uribe Uribe. La búsqueda de estos objetivos debe contemplar los recursos disponibles o aquellos que la empresa puede proporcionar, nunca deben definirse con recursos que la empresa no es capaz de dar.

Estos objetivos son los siguientes:

- Reducción de errores y mayor precisión en los procesos.
- Reducción de costos mediante la optimización o eliminación de recursos no necesarios.
- Actualización y mejoramiento de los servicios a usuarios.
- Reducción en el tiempo de procesamiento y ejecución de tareas.
- Automatización optima de procedimientos manuales.

12. Costos proyecto de grado

CONCEPTO	ESPECIFICACIONES	VALOR TOTAL
1.Desplazamiento	Transporte	\$ 90.000
2.Documentación científica	Internet, Bibliotecas	\$ 120.000
3.Material para encuestadores	Impresiones ,fotocopias	\$ 70.000
4.Impresión ensayo de grado	Impresión, anillado	\$100.000
6. Honorarios profesionales	Hora profesional que aplica las encuestas	\$2000.000
7. Refrigerio	Refrigerios para reuniones bimensuales de cada intervención Refrigerio especial para la apertura de la intervención	\$344.000
8. Honorarios profesionales que dirigen la intervención	Hora profesional que dirige la intervención	\$ 4.000.000
9.Comunicaciones	llamadas telefónicas	\$ 30.000
10.Servicios básicos	Energía	\$ 50.000
TOTAL		\$ 6.804.000

13. Aplicabilidad

VENTAJAS	DESVENTAJAS
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Contribuir a la institución (la subred integrada de servicios de salud centro oriente E.S.E, unidad de prestación de servicios de salud Rafael Uribe Uribe) en la creación de cultura en todos los Niveles de la organización para brindar servicios de salud con alcance: seguridad del paciente, Manejo del dolor, información, calidez, fidelización, comunicación asertiva y mejoramiento continuo de los procesos. ❖ Fortalecer el conocimiento y habilidades del personal de salud en la atención al paciente, desde el enfoque de humanización, seguridad y servicio diferencial en la prestación del servicio. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ El personal de salud que está en el servicio de urgencia cuenta con poco tiempo, para asistir a las diferentes capacitaciones que hacen parte del plan de mejoramiento, lo que impide el desarrollo del modelo que se plantea en nuestro estudio.

14. Resultados

La población de estudio fueron los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias de la Unidad de Prestación de Servicios de Salud Rafael Uribe Uribe, que atiende a los usuarios del régimen subsidiado de las localidades 15 y 18 del Distrito Capital y los funcionarios y colaboradores del servicio enunciado.

Se entrevistaron 86 usuarios, colaboradores y funcionarios durante varios días y horas diferentes, en los meses de mayo y junio de 2016; las semanas se seleccionaron en forma aleatoria.

Variables

Se utilizó la variable calidad del servicio, basada en tiempos de espera para la atención y el trato y comunicación asertiva por parte del personal del servicio.

Se tomó en cuenta el grado de satisfacción y de importancia que el usuario tiene de diferentes atributos de calidad que se presentan durante su visita al servicio de urgencias enfocados en: confiabilidad, seguridad, responsabilidad, empatía y tangibles (estructura física).

Recolección de datos

Se elaboró la graficación de un ciclo de servicio, para la atención en urgencias, se anotaron todos los puntos de contacto que tiene el cliente con la institución y que le dejan una impresión de la calidad de atención, es decir los momentos de verdad vividos por el usuario en su recorrido por el servicio desde su ingreso hasta la salida del mismo.

Para recopilar la información del presente estudio, se diseñó un instrumento de medición, el cual se revisó y se aplicó a 86 usuarios, funcionarios y colaboradores que incluye variables relacionadas con el proceso de atención en el servicio de urgencias.

La aplicación del instrumento se realizó personalmente, entrevistando exclusivamente a la persona que fue atendida, en el caso de las personas menores de edad, se entrevistó el acompañante.

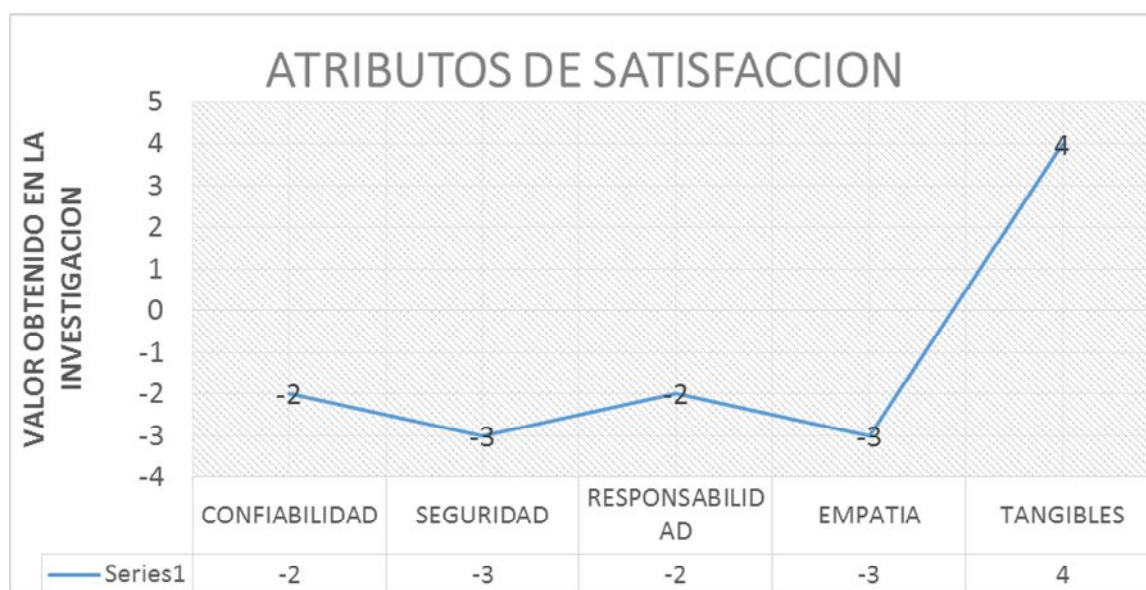
Las entrevistas trataron aspectos relacionados con la importancia y satisfacción que tienen los usuarios de diferentes atributos de calidad identificados en el ciclo de servicio.

Se utilizó la observación estructurada para realizar una descripción sistemática del proceso que siguen los pacientes durante su estancia en este.

Se realizaron graficas obtenidas a partir de los atributos de satisfacción establecidos, basadas en los resultados del instrumento aplicado y se identificaron las situaciones que requieren de concentrar esfuerzos debido a que son de gran importancia para el usuario, pero que no han logrado altos niveles de satisfacción en él.

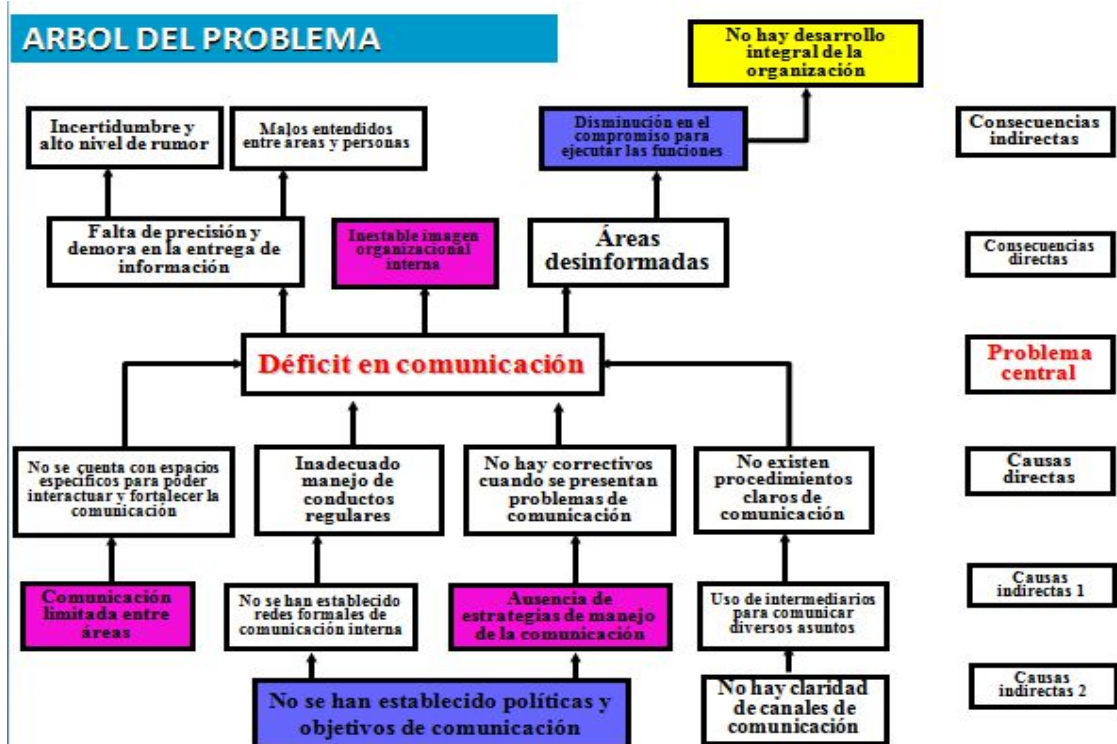
De manera simultánea se realiza aplicación del instrumento a los funcionarios y colaboradores que hacen parte de todos y cada uno de los turnos en los servicios de urgencias de los tres Camis(Diana Turbay, Chircales y Olaya), evaluando su nivel de satisfacción incluidas las mismas variables establecidas para los usuarios.

De esta manera se establecen puntos en común, que permiten establecer los aspectos relevantes a intervenir tanto para funcionario, como para el usuario.



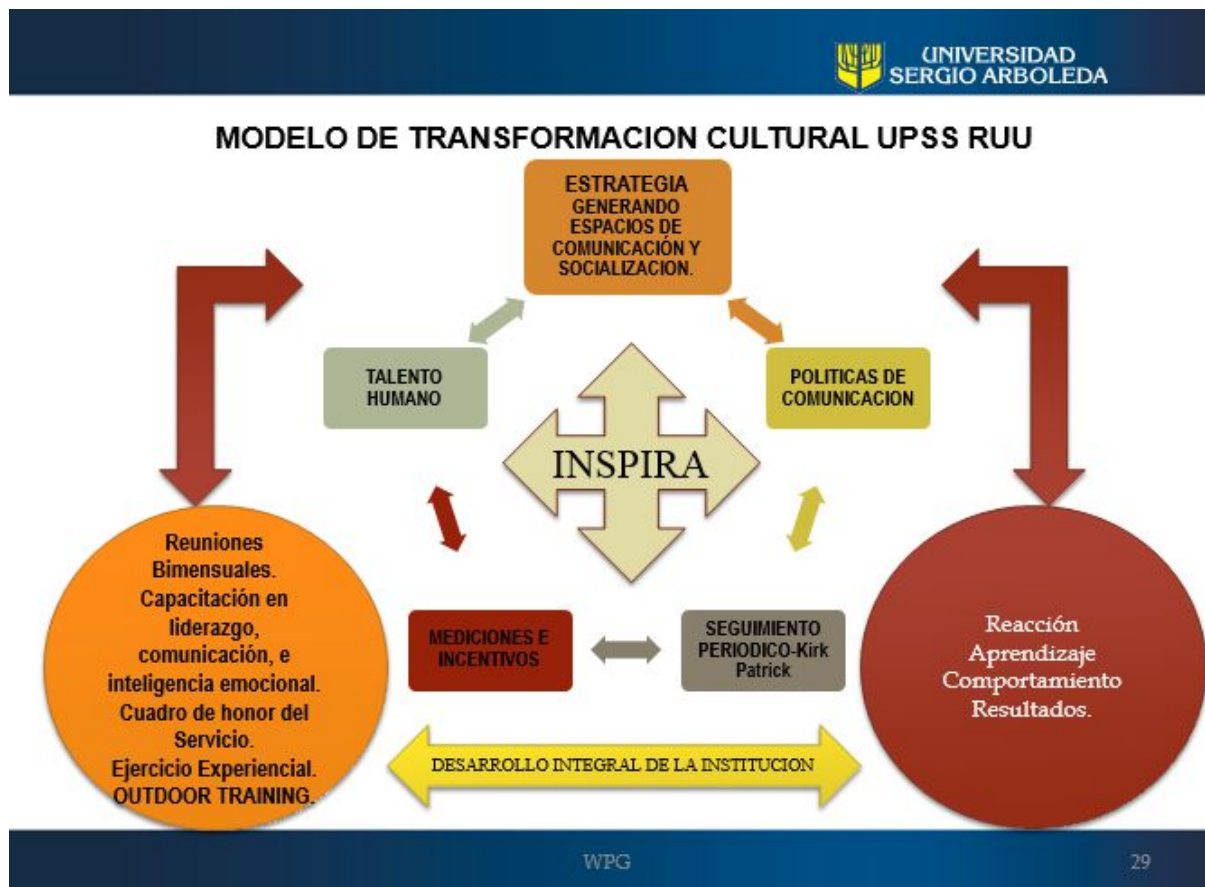
Posteriormente se realizó un análisis causa y efecto tipo "árbol de problemas", de las variables con menor puntaje, con el fin de establecer hipótesis de las posibles causas de insatisfacción.

² El árbol de Problemas es una técnica que se emplea para identificar una situación negativa (problema central) la cual se intenta solucionar, utilizando una relación tipo causa-efecto (Unesco, 2010)



15. Propuesta Plan de mejora – Proyecto Inspira

MODELO QUE PROPONEMOS



Se puede definir TRANSFORMACION CULTURAL como la acción y efecto de hacer cambiar de forma, determinados factores de comportamiento dentro de la organización y que propende por mejorar cada proceso que hace parte del crecimiento y desarrollo de la misión y visión de la misma.

GENERANDO ESPACIOS DE COMUNICACIÓN Y SOCIALIZACIÓN

Objetivo General

Propiciar un ambiente de comunicación asertiva y participativa, mediante la implementación y fortalecimiento de herramientas que permitan mantener informado a todo el personal y a los usuarios, creando así una cultura de comunicación que permita el beneficio y satisfacción conjunta de todos los integrantes del Hospital Rafael Uribe Uribe – Área de urgencias.

Objetivos Específicos.

1. **Promover una cultura** de comunicación asertiva entre los diferentes miembros de la organización y los usuarios.
2. **Generar procesos** de comunicación interna a través del establecimiento de redes formales, para mantener informados a los colaboradores y usuarios de asuntos fundamentales.
3. **Reducir** la percepción de conflicto entre los miembros del equipo mediante el uso de herramientas de solución de problemas.
4. **Establecer** protocolos de información para que la comunicación sea constante.
5. **Implementar** herramientas y espacios que permitan fortalecer y desarrollar en los colaboradores parámetros de participación, intervención y liderazgo.

Metodología

Fase 1: En primer lugar se hará una socialización con la Dirección de Recursos Humanos y la Gerencia de la propuesta de intervención para obtener posibles limitantes y el alcance que se tendrá en cuenta para la ejecución.

Fase 2: Psicoeducación, estableciendo las reglas de la intervención al total de empleados.

Fase 3: Gimnasio o entrenamiento en comunicación, acciones comunicativas asertivas.

Fase 4: Implementación de una política de comunicación clara estableciendo normas, reglas y canales de comunicación adecuados.

Actividades

1. Realizar una reunión bimensual con todo el personal que integra el área de urgencias del Hospital Rafael Uribe Uribe, en donde se realice una breve presentación de los avances y temas de interés general, con el fin de socializar las actividades que cada uno desarrolla y las decisiones que se han tomado.
2. Llevar a cabo charlas sobre comunicación y liderazgo en donde se involucre a todo el personal, con el fin de que cuenten con información actual y se renueve con la que ya cuenta cada uno acerca de estos temas y así puedan interiorizar la importancia de aplicar de la mejor manera dichas herramientas.
3. Implementar un cuadro de honor que sea actualizado 4 veces al año, con el objetivo de dar reconocimiento social al personal en el área de urgencias que se destaque durante el lapso.
4. Realizar en el año como mínimo un ejercicio experiencial fuera de las instalaciones del Hospital, dentro de la modalidad de (outdoor training), con el fin de fortalecer variables que concurren al desarrollo del árbol de objetivos como lo es el trabajo en equipo, las características de un líder, la comunicación asertiva entre otros.

Seguimiento

Se propone así mismo al finalizar la aplicación del plan de mejora llevar a cabo un seguimiento por medio del modelo que se describe a continuación con el fin de medir el impacto y el mejoramiento en la transformación cultural del Hospital Rafael Uribe Uribe.

Modelo de evaluación de Kirk Patrick - cuatro niveles

REACCIÓN: Como los delegados **opinan acerca de la formación o la experiencia de aprendizaje**. Ejm. Reacción verbal, cuestionarios.

APRENDIZAJE: Es la medida del **aumento del conocimiento** - antes y después. Ejm. Entrevistas y observaciones.

COMPORTAMIENTO: Es el grado de **aprendizaje aplicado** de nuevo en el trabajo – ejecución, cambio en el comportamiento

RESULTADOS: Es **el efecto en el entorno empresarial** como el resultado de la mejora del rendimiento.

16. Conclusiones

Para poder evaluar el nivel de importancia y satisfacción del usuario, se utilizó una matriz con los atributos de calidad relevantes referidos por los usuarios con anterioridad en la identificación de los momentos de verdad.

Con este fin se entrevistaron 43 usuarios presentes en el Servicio de Urgencias de los Camis Diana Turbay, Chircales y Olaya, de los resultados de este estudio, se concluye que los usuarios del Servicio de Urgencias, otorgan una importancia alta a todos los aspectos relacionados con la interacción del personal que brinda el servicio.

Se evidenció que el aspecto menos importante es el estado físico de las instalaciones, es decir el que se clasifica dentro del modelo servqual como tangibles.

El trato de los funcionarios es el aspecto con que los usuarios están más satisfechos. Los atributos con menor nivel de satisfacción, son: el tiempo de espera en la remisión médica, así como también la poca información recibida al ingreso del establecimiento en cuanto a trámites administrativos.

Los atributos más importantes y con bajo nivel de satisfacción para el usuario, se consideraron prioritarios en el planteamiento de soluciones con el fin de atender las necesidades y expectativas del usuario.

Este estudio incluye la caracterización de los usuarios del servicio, población por género y edad de dos localidades Rafael Uribe y Antonio Nariño.

CICLO VITAL	MUJERES	%Mujeres	HOMBRES	%Hombres
0 A 6 AÑOS	25.525	10%	27.645	12%
7 A 14 AÑOS	32.344	13%	34.974	15%
15 A 17 AÑOS	11.929	5%	12.835	5%
18 A 26 AÑOS	35.575	14%	37.453	16%
27 A 59 AÑOS	107.816	44%	99.923	42%
MAYORES DE 60	32.714	13%	25.315	11%
SUBTOTAL	245.903	100%	238.145	100%

El total de la población de las localidades Rafael Uribe Uribe y Antonio Nariño para el año 2015, según proyecciones del DANE, es de 484.048 habitantes, de los cuales, el 53.6% son mujeres y el 46.4% son hombres.

Se observa que cerca el 45% de la población de ambas localidades son menores de 26 años y el restante 55% es mayor de 27 años de los cuales el 12% corresponde a mayores de 60 años.

En cuanto al aseguramiento en salud, según el boletín de aseguramiento (SDS) a Noviembre de 2015 muestra que el 27,48% de la población se encuentra afiliado al Régimen Subsidiado, el 72,02% se encuentra afiliado al Régimen Contributivo, el 1,9% pertenece al Régimen De Excepción y el restante 4.19% es Población Pobre No Asegurada (PPNA).

Como población objetivo de acuerdo a la contratación actual del Hospital correspondiente al 56% del Régimen Subsidiado, 100% de la Población Pobre No Asegurada (Vinculados) y 30% del Régimen Contributivo. Los problemas agudos, son la principal causa de consulta, dentro de los que destacan las infecciones de vías respiratorias, trastornos gastrointestinales y problemas osteomusculares.

Primeras causas de Consulta

DIAGNOSTICO	< 1 año	de 1 a 4 años	de 5 a 14 años	de 15 a 44 años	de 45 a 59 años	> de 60 años	TOTAL	%
Hipertensión Esencial (primaria)				786	5.459	17.875	24.120	37,1
Rinofaringitis aguda (resfriado común)	274	1104	780	658	365	380	3.561	5,5
Gastritis - Dispepsia	2	11	96	900	828	739	2.576	4,0
Cefalea y Migraña	1	25	347	1.250	541	225	2.389	3,7
Diabetes Mellitus			12	185	766	1.034	1.997	3,1
Parasitosis intestinal	7	337	784	497	156	87	1.868	2,9
Dolor abdominal	3	87	338	871	329	162	1.790	2,8
Infección de Vías Urinarias	9	65	167	808	355	243	1.647	2,5
Dolor lumbar			59	671	556	331	1.617	2,5
Epilepsia	2	29	55	824	363	131	1.404	2,2
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica				39	160	705	904	1,4
Enfermedad Diarreica Aguda	31	167	143	121	53	41	556	0,9

El tiempo promedio de espera para la atención médica fue inferior a 30 minutos, aunque se encontró diferencia estadísticamente significativa asociada a la hora de llegada al servicio, siendo menor el tiempo cuando se consulta en las primeras horas de mañana, con un aumento progresivo hacia el mediodía.

Este estudio hace un análisis de la situación actual del servicio de urgencias, y propone un planteamiento de soluciones basado en los atributos de satisfacción que más valora el usuario, con el fin de mejorar el proceso.

El aspecto más relevante a intervenir dentro de los funcionarios de la gestión de urgencias de la UPSS Rafael Uribe Uribe, es la comunicación, por lo cual proponemos un modelo de intervención y seguimiento del cual haga parte de manera primordial este aspecto.

17. Referencias

- Barboza, J. (2013) Servicios de Salud enfocados en el Paciente/Cliente. Varios países. Recuperado de <http://www.barbozamarketing.com/articulos/servicios-de-salud-enfocados-en-el-pacientecliente/>
- Duque, E. (2005) Revisión del concepto de calidad del servicio y sus modelos de Medición INNOVAR, revista de ciencias administrativas y sociales. Universidad Nacional de Colombia. Enero a Junio de 2005, Pág. 64 – 80.
- Guerrero, R M. e. (2011). *Sistema de salud de Colombia*. Recuperado el 2016 de 07 de 17, de Salud Publica Mex: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s2/10.pdf>
- Kirkpatrick's, D. Learning Evaluation Model (1959); review and contextual material Alan Chapman (1995-2014) modelo de evaluación de - cuatro niveles, Recuperado de <http://www.businessballs.com/kirkpatricklearningevaluationmodel.htm>
- Lozano, L. (SF). El momento de la verdad / servicio a clientes. Mexico. Recuperado de <http://www.zeusconsult.com.mx/artmverdad.htm>.
- Silva, I. C. P., & Osejo, C. M. C. (2014). LA HUMANIZACIÓN EN EL CUIDADO DE PACIENTES para lograr una atención de alta calidad. *Revista UNIMAR*, 26(1). Recuperado de <http://www.umariana.edu.co/ojs-editorial/index.php/unimar/article/view/77>