

**EVALUACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LAS INSTITUCIONES
USUARIAS DE LA DIRECCIÓN TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS EN LA
PRESTACIÓN DE SERVICIOS RELACIONADOS CON SOLICITUD DE
INFORMACIÓN**

**DIANA CAROLINA RÍOS VALENCIA
JAIME ALBERTO PALACIO**

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA EN SISTEMAS DE SALUD**

**PEREIRA
2011**

**EVALUACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LAS INSTITUCIONES
USUARIAS DE LA DIRECCIÓN TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS
EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS RELACIONADOS CON
SOLICITUD DE INFORMACIÓN**

DIANA CAROLINA RÍOS VALENCIA

JAIME ALBERTO PALACIO

**Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar al título de
Especialista en Gerencia en Sistemas de Salud**

Asesor

Doctor Ricardo Gómez Ossa

Especialista en Gerencia en Sistemas de Salud

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA EN SISTEMAS DE SALUD
PEREIRA**

2011

CONTENIDO

	Pág.
GLOSARIO	6
RESUMEN	9
INTRODUCCIÓN	10
1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	11
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	12
2. JUSTIFICACIÓN	13
3. OBJETIVOS	14
3.1 OBJETIVO GENERAL	14
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
4. MARCO DE REFERENCIA	16
4.1 MARCO TEÓRICO	16
4.1.1 Reseña histórica Dirección Territorial de Salud de Caldas	16
4.2 MARCO INSTITUCIONAL	18
4.2.1 Misión	18
4.2.2 Visión	19
4.2.3 Organigrama	19
4.2.4 Objetivos Institucionales	20
4.2.5 Valores Institucionales	22
4.2.6 Principios Rectores	23

4.2.7 Consideraciones de la Dirección Territorial de Salud de Caldas	25
4.3 MARCO CONCEPTUAL	28
4.3.1 Antecedentes	28
4.3.2 Definición de las variables a evaluar	33
4.3.3 Antecedentes históricos de la garantía de la calidad en salud	36
4.3.4 Sistema de garantía de calidad en servicios de salud	40
4.3.5 Marco jurídico y normativo de la calidad	41
4.3.6 Contexto en el marco de seguridad social	45
4.3.7 Calidad de la prestación de servicios de salud	46
4.3.8 Evaluación de la Calidad	46
4.3.9 Satisfacción de usuario	47
4.4 MARCO DE ANTECEDENTES	51
4.5 DECLARACIONES	52
4.5.1 Declaración Bioética	52
4.5.2 Declaración Ambiental	53
4.5.3 Declaración Social	53
5. DISEÑO METODOLÓGICO	55
5.1 TIPO DE PROYECTO	55
5.2 DISEÑO DEL ESTUDIO	55
5.3 FUENTES DE INFORMACIÓN	57
5.4 TIPO DE ANÁLISIS	57
5.5 UNIVERSO Y POBLACIÓN	57
5.6 MUESTRA	57
5.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	57
5.7.1 Instrumento	58
5.7.2 Diseño de la encuesta	59
5.7.3 Escala de calificación de la encuesta	59
5.7.4 Variables	60

5.8 SISTEMA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	62
5.9 PROCESAMIENTO DE DATOS	62
5.10 PLAN DE ANÁLISIS	62
6. RESULTADOS Y CONCLUSIONES	64
6.1 CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN	64
6.1.1 Caracterización de la población por cargo	64
6.1.2 Caracterización de la población por municipio	65
6.2 CARACTERIZACIÓN POR VARIABLES SOLICITUD DE INFORMACIÓN	65
6.2.1 Caracterización de acuerdo a las dependencias a las cuales se les solicitó información	65
6.2.3 Caracterización por medios utilizados para la solicitud de información a la Dirección Territorial de Salud de Caldas	66
6.3 CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN POR PERCEPCIÓN DE SATISFACCIÓN	68
6.3.1 Accesibilidad según el cargo del encuestado	68
6.3.2 Oportunidad según el cargo del encuestado	69
6.3.3 Claridad según el cargo del encuestado	70
6.3.4 Calidad según el cargo del encuestado	71
6.3.5 Suficiencia según el cargo del encuestado	72
CONCLUSIONES	74
RECOMENDACIONES	75
BIBLIOGRAFÍA	76

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Cargo de los encuestados	64
Tabla 2. Dependencias a las cuales se solicitó información por última vez	66
Tabla 3. Medios utilizados para la solicitud de información a la Dirección Territorial de Salud de Caldas	67
Tabla 4. Percepción de accesibilidad según cargo del encuestado	68
Tabla 5. Percepción de Oportunidad según el cargo del encuestado	69
Tabla 6. Percepción de Claridad según el cargo del encuestado	70
Tabla 7. Percepción de calidad según cargo del encuestado	71
Tabla 8. Percepción de Suficiencia según el cargo del encuestado	72

GLOSARIO

CONTINUIDAD: grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.¹

DTSC: Dirección Territorial de Salud de Caldas.

EVALUACIÓN: es una acción a través de la cual se estimula el proceso administrativo y especialmente la planeación a largo y mediano plazo. Tiene como objetivo medir y controlar los resultados por las acciones realizadas en un periodo definido y analizar los factores que determinaron el logro total o parcial de las metas previstas por la institución.

Permite tomar medidas correctivas oportunamente en el transcurso de la ejecución de las acciones y actividades, contribuye a la actualización del diagnóstico a través del conocimiento y de las modificaciones ocurridas en la demanda y oferta de los servicios, así como de los factores condicionantes. En esta forma retroalimenta el proceso de toma de decisiones en las instituciones de salud, permitiendo ajustes en las orientaciones de las políticas, fijación de objetivos, estrategias y dando bases para la reprogramación.

Planteado lo anterior y procurando una mayor oportunidad a quienes más la necesitan, se hace necesario una descripción de los servicios de salud en términos de disponibilidad y aceptabilidad, de medidas de eficiencia y eficacia, de beneficio de las diversas intervenciones de los servicios de salud, como de la enumeración de situaciones de salud inadmisibles.

¹ MEJÍA GARCÍA, Braulio. Auditoria médica para la garantía de la calidad. Santafé de Bogotá: Ecoe Ediciones, 1997.

Para lograrlo se hace necesario una evaluación de la calidad de la atención en salud con un análisis del grado de satisfacción del usuario, del prestador de los servicios y de la institución, la formación de los recursos humanos, el desarrollo científico del personal y la información necesaria para actuar en el sentido de mejorar y mantener la buena calidad de la atención y el grado de cumplimiento de los resultados producidos.²

EFICACIA: es la calificación de la forma como una actividad o un servicio responde a los requerimientos y expectativas de la población demandante del servicio.³

EFICIENCIA: es la calificación de la forma como la estructura y procesos de un servicio logran el producto final. La eficiencia de un proceso está determinada por la relación entre los recursos asignados y los resultados obtenidos.⁴

PERTINENCIA: grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.⁵

SEGURIDAD: conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probadas, que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.⁶

² *Ibíd.*

³ *Ibíd.*

⁴ *Ibíd.*

⁵ REPÚBLICA DE COLOMBIA. Decreto 2309 de 2002. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Título II. Características del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Artículo 6, hoja 4.

⁶ *Ibíd.*

SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN: es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos, mediante los cuales se establece, se registra, se verifica y se controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el sistema, los cuales son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales.⁷

SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN: es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, de las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las entidades adaptadas y las entidades de medicina prepagada, estas que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.⁸

USUARIOS (Customers): los usuarios o clientes son definidos con relación a un determinado proceso. Son los que reciben el producto o servicio resultante de un proceso. En esos términos pueden ser usuarios internos o externos respectivamente, cuando el producto es intermedio, o cuando se trata de un producto final de la actividad de la organización.⁹

⁷ Ibíd.

⁸ Ibíd.

⁹ www.bus.org.ar/pdf/calidadensalud.pdf.

RESUMEN

Establecer y validar la calidad de un servicio, determinar su valoración, así como diseñar y aplicar instrumentos para evaluar la percepción y expectativas de calidad por parte de sus usuarios, a los fines de considerarlas en el rediseño del servicio, debería constituirse en parte importante del trabajo de administrar servicios de salud con efectividad. Y cuando se aplica la orientación que proporciona una medición de la calidad del servicio, se puede contribuir a propiciar criterios hacia el mejoramiento de los mismos y hacia la atención más satisfactoria para los beneficiarios del servicio evaluado.

En esta investigación se realizó una medición del grado de satisfacción de las instituciones usuarias de la Dirección Territorial de Salud desde la perspectiva de accesibilidad, oportunidad, claridad, calidad y suficiencia en la prestación de servicios relacionados con solicitud de información, orientada básicamente en obtener la percepción de cada una de las variables que permitieron conocer si la información suministrada responde a las necesidades de sus usuarios. Se diseñó un instrumento, que debidamente validado, fue aplicado al censo de instituciones para un total de 50 personas pertenecientes a los diferentes municipios de Caldas, donde se estableció la aplicación para el funcionario con mayor frecuencia de visitas o contactos con la Dirección Territorial de Salud de Caldas (DTSC).

En las encuestas se tomaron en consideración las variables de accesibilidad, oportunidad, claridad, calidad y suficiencia de tal forma que se lograra expresar en términos operacionales un concepto tan subjetivo como lo es la satisfacción del servicio. Se pudo demostrar, que existe un nivel alto de satisfacción en cuanto a la información suministrada por la DTSC, pero se evidenció también que la accesibilidad a la información a través de los medios electrónicos se encontró limitada y subvalorada como un medio eficiente para obtener información.

INTRODUCCIÓN

Las funciones de la Dirección Territorial de Salud de Caldas, como establecimiento público del orden departamental, están distribuidas en las cuatro subdirecciones: Gestión Administrativa, Prestación de Servicios, Salud Pública y Aseguramiento. Todas ellas tienen una relación cliente – proveedor similar a la de una empresa comercial, en donde esta basa sus estrategias partiendo del cliente y con un conocimiento previo de éste.

Partiendo del punto de vista de que el cliente tiene preguntas que hacer, reclamos que presentar, se requiere de un canal de comunicación con la empresa, la cual debe ser fluida, entendible y oportuna.

En este contexto, el trabajo sobre la satisfacción de las entidades usuarias de la Dirección Territorial de Salud de Caldas sirve de referencia a los niveles directivos, en pro de desarrollar acciones para el mejoramiento continuo.

Se determina el nivel de satisfacción tanto de las Empresas Sociales del Estado, las direcciones locales de salud como de las Alcaldías de los municipios del Departamento de Caldas, en lo relacionado con la accesibilidad, oportunidad, claridad, calidad y suficiencia de la información suministrada por los funcionarios de la Dirección Territorial de Salud de Caldas.

Las precisiones que se hacen en el presente análisis, permitieron realizar un diagnóstico de la situación actual de la Dirección Territorial de Salud de Caldas con respecto a la solicitud de información que brindan a las Empresas Sociales del Estado, las direcciones locales de salud y las Alcaldías de los municipios de Caldas y concretar conclusiones y recomendaciones.

1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Dirección Territorial de Salud de Caldas, como establecimiento público del orden Departamental, tiene varias funciones, las cuales están orientadas por cuatro subdirecciones, así:

1. **Subdirección de Gestión Administrativa.** Encargada de dirigir y coordinar las acciones relacionadas con la administración de la dirección en gestión financiera, contratación, gestión de recurso humano y conservación y mantenimiento de la planta física y los recursos.
2. **Subdirección de Salud Pública.** Encargada de coordinar, supervisar y controlar las acciones de salud pública que realicen en su jurisdicción las EPS, las demás entidades que administren el régimen subsidiado, las entidades transformadas y adaptadas y aquellas que hacen parte de los regímenes especiales, así como las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud e instituciones relacionadas.
3. **Subdirección de Prestación de Servicios.** Encargada de asesorar a las EPS e IPS en el desarrollo de sus sistemas de garantía de calidad.
4. **Subdirección de Aseguramiento.** Encargada de apoyar la coordinación de las acciones entre los diferentes integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (EPS. ARS, Alcaldías, IPS, Ministerio de Protección Social, DTSC, usuarios, red de controladores, consejo territorial).

Otro aspecto importante en la atención al cliente, es la calificación de su satisfacción, “al cliente no solo hay que oírlo; hay que pedirle que califique e indique los índices de satisfacción con el servicio que recibe”, *“las empresas que no conozcan los índices de satisfacción de sus clientes desaparecen”*.

Es por estas razones que se hace necesario medir el nivel de satisfacción o insatisfacción de los usuarios de la DTSC frente a la información que prestan a las Empresas Sociales del Estado, las Direcciones Locales de Salud y las alcaldías del departamento de Caldas a través de las Subdirecciones de Aseguramiento, Salud Pública y Prestación de Servicios.

Según los conceptos anteriores, los criterios que se consideran más importantes de evaluar respecto de la satisfacción de los usuarios definidos son la claridad (comprensión del servicio), la accesibilidad (posibilidad real de uso del servicio), calidad (evaluación del cumplimiento de estándares de calidad), la suficiencia (idoneidad de la información) la oportunidad (tiempo adecuado para dar respuesta a solicitudes personales, telefónicas y escritas) en el servicio.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el grado de satisfacción de las instituciones usuarias de la Dirección Territorial de Salud desde la perspectiva de accesibilidad, oportunidad, claridad, calidad y suficiencia en la prestación de servicios relacionados con solicitud de información?

2. JUSTIFICACIÓN

Las funciones de la Dirección Territorial de Salud de Caldas, como establecimiento público del orden departamental, están distribuidas en las cuatro subdirecciones: Gestión Administrativa, Prestación de Servicios, Salud Pública y Aseguramiento. Todas ellas tienen una relación cliente-proveedor similar a la de una empresa comercial, donde ésta basa sus estrategias partiendo del cliente y con un conocimiento previo de éste.

La Dirección Territorial de Salud de Caldas, dentro de todas las funciones descritas, tiene además la función de suministrar información a los diferentes actores del sistema de salud, de aquí la importancia de medir el grado de percepción de la satisfacción ante esta función con el fin de generar un proceso de mejora continua.

Partiendo del punto de vista de que el cliente tiene preguntas que hacer y reclamos que presentar, se requiere de un canal de comunicación, el cual debe ser claro, conciso y oportuno.

En este contexto, evaluar el grado de satisfacción de las entidades usuarias de la Dirección Territorial de Salud de Caldas, permite a los niveles directivos desarrollar acciones para el mejoramiento continuo, ya que no se han presentado estudios previos que midan dicha función y que actualmente son de interés para esta institución.

Se pretende entonces determinar el nivel de satisfacción tanto de las Empresas Sociales del Estado, las Direcciones Locales de Salud como de las Alcaldías de los municipios de Caldas en lo relacionado con la oportunidad, accesibilidad, calidad, suficiencia y claridad de la información suministrada por los funcionarios de la Dirección Territorial de Salud de Caldas.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Medir la satisfacción de las Direcciones Locales de Salud, las alcaldías y las Empresas Sociales del Estado de los municipios de Caldas, en la prestación de servicios relacionados con solicitud de información a la Dirección Territorial de Salud de Caldas para el año 2010.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar la población estudio encargada de medir la satisfacción en la prestación de servicios relacionados con solicitud de información a la Dirección Territorial de Salud de Caldas para el año 2010.
2. Establecer la percepción de accesibilidad que tienen las entidades usuarias por parte de la prestación de servicios de la Dirección Territorial de Salud de Caldas para el año 2010.
3. Identificar la percepción de la oportunidad en la atención desde la perspectiva de las entidades usuarias de la Dirección Territorial de Salud de Caldas en el año 2010.
4. Determinar la satisfacción con la claridad con que las entidades usuarias reciben la información suministrada por la Dirección Territorial de Salud de Caldas para el año 2010.
5. Evaluar la percepción de la calidad en la prestación del servicio y el cumplimiento de los estándares.

6. Determinar la percepción de la suficiencia con que las instituciones usuarias reciben la información suministrada por la Dirección Territorial de Salud de Caldas para el año 2010.

4. MARCO DE REFERENCIA

4.1 MARCO TEÓRICO

4.1.1 Reseña histórica Dirección Territorial de Salud de Caldas. La historia de la Dirección Territorial de Salud de Caldas se remonta a principios del siglo, con la creación del departamento de Caldas, el 11 de abril de 1905, cuyo primer ente encargado de velar por la salud de los caldenses fue el Departamento de Beneficencia.

En 1913, mediante Ordenanza N° 29 se crea la Oficina Médico Legal y de Higiene Pública. En este mismo año y según ordenanza N° 32, se establece un Dispensario de Sanidad, el cual fue instalado en un local escogido por dos médicos nombrados por la Junta de Higiene.

En el mes de abril de 1921, según consta en la Ordenanza N° 34, la Asamblea Departamental de Caldas crea en cada uno de los pueblos del departamento, una Junta de Sanidad, que sería la encargada de la higiene en su municipio y por supuesto, de los habitantes del mismo.

En 1943, mediante ordenanza N° 03 se crea la Dirección de Higiene y Asistencia Pública.

Como se ha podido apreciar entonces, en las Ordenanzas y los Decretos, realmente era un poco confuso saber de quién dependía la salud en aquellos años, tan pronto la Asamblea Departamental aprobaba alguna Ordenanza, ésta podía o bien ser ejecutada con dinero del Gobierno Nacional por el departamento o en su defecto por cada organismo municipal, igual sucedía con el nombramiento de los médicos.

Para el año de 1963, el Ministerio de Salud ve la necesidad de realizar un estudio con el fin de diseñar un Sistema Nacional de Salud, tomando como base los niveles de dirección nacional, seccional y regional y los de atención regionalizada.

Por Decreto Nacional N° 786 de marzo 25 de 1966, se entrega al Servicio Seccional de Salud de Caldas con la Beneficencia de Manizales, los hospitales de todo el departamento, los asilos de ancianos, las instituciones de rehabilitación, las entidades de asistencia social, los organismos dependientes de la Secretaría Departamental de Salud Pública de Caldas, los Distritos de Salud y los Centros y Puestos de Salud en todo el departamento.

En el mes de noviembre del mismo año y de acuerdo con un contrato firmado entre la Nación y el departamento de Caldas, la Junta Departamental de Beneficencia deja de funcionar, por haber sido sustituida por la Junta Seccional de Salud Pública.

Con la presencia del Ministerio de Salud Pública, se aprueba el 31 de julio de 1967, el contrato básico sobre descentralización administrativa, lo que implica alcanzar más autonomía para manejar el Servicio de Salud y que los problemas se puedan resolver acertadamente en las Juntas Seccionales de Salud.

Por medio de la Ordenanza N° 02 del 19 de octubre de 1990, se da cambio de nombre al hasta entonces Servicio de Salud de Caldas, en la Unidad Administrativa Especial denominada Dirección Seccional de Salud de Caldas (D.S.S.C.), con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio, adscrita al despacho de la gobernación.

Luego de la promulgación de la Ley 10 en 1990, la Dirección Seccional de Salud, desarrolla las actividades propias de la Ley e integra posteriormente las correspondientes a la Ley 60 de 1993 y la Ley 100 del mismo año. En este sentido

su esfuerzo se dirige a la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

A partir del año 1998, para lograr las competencias que le corresponden como ente rector del Sistema de Seguridad Social en Salud del departamento, la DSSC conforma grupos funcionales, para asumir el desarrollo del Plan de Atención Básica, la Seguridad Social, especialmente en lo relacionado con el régimen subsidiado, la coordinación de la Red de Servicios, el apoyo a la descentralización municipal de salud, los grupos de vigilancia y Control Promoción y Prevención del POS, Información y Estadística y de Contratación e Interventoría.

En el año 2002, la Dirección Seccional de Salud de Caldas requiere para su modernización reorganizarse como un ente que combine los enfoques de asesoría, asistencia técnica, vigilancia y control con el fin de ejercer funciones administrativas y de coordinación en pro del desarrollo del sector salud y del Sistema de Seguridad Social en el departamento de Caldas. Es por esto que por medio de la Ordenanza 446 de abril 29 de 2002 se transforma la Unidad Administrativa Especial denominada Dirección Seccional de Salud de Caldas en Dirección Territorial de Salud de Caldas.¹⁰

4.2 MARCO INSTITUCIONAL

4.2.1 Misión. La Dirección Territorial de Salud de Caldas, es un organismo de Dirección, cuyo principal objetivo es velar por el desarrollo del sector salud y del sistema de seguridad social en salud en el departamento de Caldas, siendo garantía del aseguramiento, la prestación de servicios de salud y el desarrollo de la salud pública, buscando permanentemente calidad y efectividad, con la tecnología apropiada y generando espacios de participación e investigación.

¹⁰ www.saluddecaldas.gov.co.

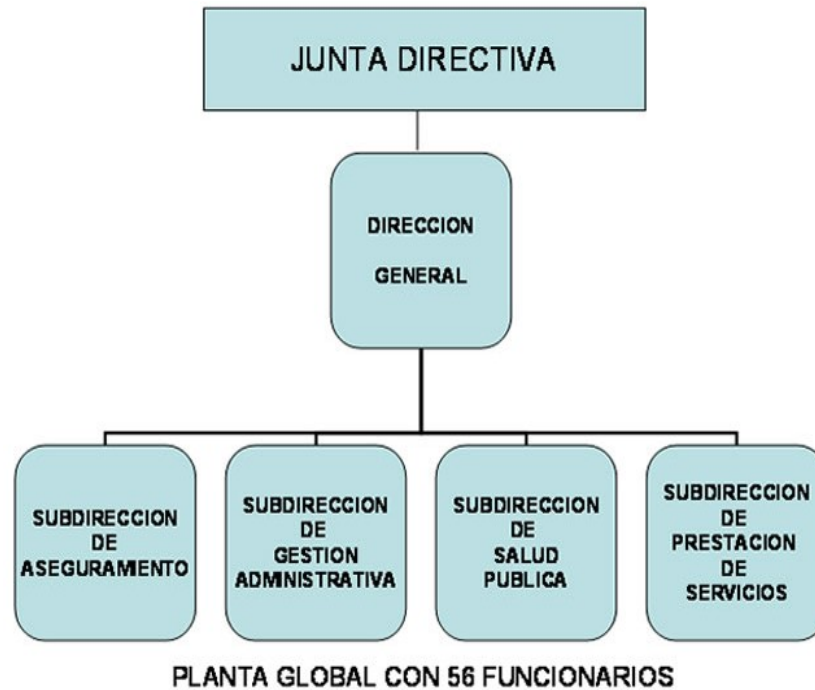
Se fundamenta en el desarrollo humano continuo, basado en la responsabilidad social, respeto por la dignidad humana, el reconocimiento, la tolerancia, la ética y la solidaridad.

4.2.2 Visión. La Dirección Territorial de Salud de Caldas, en su condición de instituto descentralizado del orden departamental, continuará siendo líder y rector del Sistema de Seguridad Social en Salud en el departamento de Caldas, contando con un talento humano con alto nivel de liderazgo, organizado en una estructura dinámica cuyo esfuerzo se orientará hacia el respeto, la dignidad humana, la universalidad, la integridad, la eficiencia, eficacia, solidaridad, calidad y equidad en cada uno de sus procesos.

Brindará asesoría y asistencia técnica a los entes territoriales del departamento y a las instituciones que administran y prestan servicios de salud. Cumplirá servicios de vigilancia y control sobre los procesos de salud que se desarrollen en los ámbitos institucional y comunitario, asegurando la rentabilidad social y la calidad de los servicios.

4.2.3 Organigrama. La figura a continuación muestra el organigrama de la Dirección Territorial de Salud de Caldas.

Organigrama de la Dirección Territorial de Salud de Caldas



4.2.4 Objetivos Institucionales

- Desarrollar y consolidar el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Departamento de Caldas, con la ejecución de los planes de desarrollo del sector salud, aprobados para cada cuatrienio de gobierno, por la honorable Asamblea Departamental.
- Implementar la política del Plan Departamental Salud Pública de intervenciones colectivas en el departamento de Caldas, logrando acceso a los servicios individuales y colectivos de promoción, prevención, protección y recuperación de la salud.

- Garantizar la prestación adecuada de servicios de salud a la población, con la conformación de redes de prestación de servicios de salud debidamente aprobadas por el Ministerio de la Protección Social. de manera eficiente, oportuna y con calidad, eliminando las barreras que la limitan.
- Consolidar el sistema de garantía de calidad, implementación del MECI y del PAMEC en todas las IPS del departamento, garantizando la asistencia técnica y el acompañamiento, así como la Inspección Vigilancia y Control IVC de los procesos y procedimientos.
- Realizar la habilitación y verificaciones de todas las instituciones prestadoras de servicios de salud, tanto públicas como privadas, aplicando la normatividad vigente para el efecto.
- Liderar los procesos de aseguramiento en el departamento, bases de datos del régimen subsidiado, Inspección Vigilancia y Control a las aseguradoras, prestadoras, y servir como modulador del sistema de aseguramiento en la región.
- Realizar la contratación con la red pública y privada (cuando la red pública es insuficiente o inexistente para determinados servicios), para los servicios y eventos no POS, así como para la atención de la población pobre no asegurada, y atención de tutelas por orden judicial.
- Propender por la sostenibilidad financiera de las instituciones públicas del sector salud del Departamento, y de no ser viables financieramente pero eficientes y necesarias en la prestación de los servicios de salud, apoyarlas financieramente dando aplicación a la Ley 1122 del 2007.

- Fortalecer la participación social y la autonomía territorial.
- Desarrollar e implementar el Sistema Integral de Información en Salud.

4.2.5 Valores Institucionales

Liderazgo: es una lucha constante por ser cada vez más competitivos, lo que generará que las personas que laboran en la Institución, sean eficientes y capaces de dar mucho de sí para el cumplimiento de las metas institucionales.

Honestidad: entendido como el actuar diario de los integrantes de la Dirección Territorial de salud con honradez, cumplimiento y rectitud ante las funciones que le son confiadas por la institución.

Humanidad: entendida como la sensibilidad ante el dolor ajeno y del reconocimiento del otro como parte integral de nuestro entorno, sin discriminación y con humildad.

Compromiso: entendido como la asunción de sus responsabilidades, buscando que la institución alcance la excelencia y el cumplimiento de sus objetivos.

Responsabilidad: es el actuar con un concepto transparente del deber, para cumplir con las tareas encomendadas en cada una de las subdirecciones.

Idoneidad: todo el personal que labore al servicio de la Dirección Territorial de salud de Caldas, demostrará la capacidad, conocimientos y experiencia, para el ejercicio de su cargo.

Trabajo en equipo: las personas que laboran en la institución, trabajarán en pro de lograr los planes estratégicos propuestos para cumplir con las necesidades de los usuarios y de la empresa.

Respeto: es aceptar y comprender, tal y como son los usuarios y compañeros de trabajo, es valorar su forma de pensar aunque no sea igual que la nuestra, reconociendo sus derechos y obligaciones con dignidad.

4.2.6 Principios Rectores

Ética: entendida como el deber ser de los funcionarios en la atención de los usuarios, de forma clara, transparente, profesional, desinteresada y con un profundo respeto por el otro.

Humanismo: es la condición individual de cada funcionario de la institución, de saberse acreedor de un saber que es capaz de compartir y difundir, enmarcado en los criterios de confianza, respeto y dignidad.

Calidad: es el conjunto de características que deben tener las entidades administradoras de salud, en el proceso de atención a sus usuarios, desde el punto de vista técnico y humano, para alcanzar los efectos deseados, tanto para los proveedores como para los usuarios. Está relacionada con la atención efectiva, oportuna, personalizada, humanizada y continua, de acuerdo con patrones aceptados sobre procedimientos científico-técnicos y administrativos, y mediante la utilización de tecnologías apropiadas, de acuerdo con las especificaciones de cada subdirección y las normas vigentes sobre la materia.

Integralidad: es el proceso mediante el cual se alcanza la unidad y la coordinación entre los diversos subsistemas o áreas de la empresa, para alcanzar la misión y visión empresarial.

Desde el punto de vista de la administración de la salud, la integralidad es la característica del servicio que lo capacita para identificar todas las necesidades del sector salud, y de procurar los medios para subsanar las debilidades y apuntalar las fortalezas de la institución.

Oportunidad: es la característica del servicio de intervenir con sus acciones a su debido tiempo, en el proceso de atención al usuario.

Accesibilidad: es la condición variable de la población de poder utilizar o ser atendido por los servicios de salud. No solo es tener recursos para atender la población, es que la población conozca los servicios de la población usuaria.

Eficiencia: definida como la mejor utilización de los recursos humanos, tecnológicos, materiales, y financieros, con el fin de mejorar las condiciones de salud de la población usuaria.

Equidad: entendida como la atención a los usuarios en la medida en que lo determinen sus necesidades particulares de salud, las disposiciones que rigen la seguridad social en salud y los recursos institucionales, sin que medien otros criterios que condicionen la atención o discriminen la población.

Compromiso social: entendido como la firme disposición de la empresa, de contribuir al desarrollo integral de la población, poniendo todo lo que esté a su alcance para responder a las necesidades sociales afines con su razón de ser. Por esta situación la institución realizará actividades que orienten e informen a los usuarios sobre sus derechos y deberes, capacitará a los veedores y asociación de usuarios, para que ejerzan adecuadamente sus funciones.¹¹

¹¹ Ibíd.

4.2.7 Consideraciones acerca de la Dirección Territorial de Salud de Caldas.

Respecto a la Dirección Territorial de Salud de Caldas, se deben considerar los siguientes aspectos generales, enmarcados en el presente proyecto de investigación:

De acuerdo con los estatutos, se establece el objeto de esta entidad, el cual es: *“Dirigir, coordinar y vigilar el sector salud en Caldas, atendiendo disposiciones nacionales sobre la materia”*.¹² Igualmente se establecen las funciones de la Dirección Territorial de Salud de Caldas, de las cuales las directamente relacionadas con el objetivo de la presente investigaciones son:

De conformidad con el artículo 11 de la Ley 10 de 1990:

- Prestar asistencia técnica, administrativa y financiera a los municipios y a las entidades e instituciones que prestan el servicio de salud en el territorio de su jurisdicción.
- Coordinar y supervisar la prestación del servicio de salud en el correspondiente ente territorial.
- Contribuir a la formulación y adopción de los planes y programas del sector salud en su jurisdicción, en armonía con las políticas, planes y programas nacionales.
- Sugerir los planes, programas y proyectos que deben incluirse en los planees y programas nacionales.

¹² Gobernación de Caldas, Decreto 00422, 2002, art 2.

- Autorizar en forma provisional la prestación de servicios de salud, en desarrollo de los principios de subsidiariedad y complementariedad e instituciones que operen en el territorio de su jurisdicción.

De conformidad con el artículo 176 de la Ley 100 de 1993, la inspección y vigilancia de la aplicación de las normas técnicas, científicas, administrativas y financieras que expida el Ministerio de Salud, sin perjuicio de las funciones de inspección y vigilancia atribuidas a las demás autoridades competentes.

De conformidad con la Ley 715 de 2001, artículo 43:

A. Funciones de dirección del sector salud, en el ámbito departamental

20. Formular planes, programas y proyectos para el desarrollo del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud en armonía con las disposiciones del orden nacional.

21. Adoptar, difundir, implementar, ejecutar y evaluar en el ámbito departamental las normas, políticas, estrategias, planes, programas y proyectos del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en salud que formule y expida la nación, o en armonía con estas.

22. Prestar asistencia técnica y asesoría a los municipios e instituciones públicas que presten servicios de salud en su jurisdicción.

B. Funciones de prestación de servicios de salud

32. Adoptar, difundir, implantar, ejecutar la política de prestación de servicios de salud, formulada por la nación.

33. Organizar, dirigir, coordinar y administrar la red de instituciones prestadoras de Servicios de Salud Públicos en el departamento.

35. Efectuar el registro de los prestadores públicos y privados de servicios de salud, recibir la declaración de requisitos esenciales para la prestación de los servicios y adelantar la vigilancia y el control correspondientes.

36. Vigilar el cumplimiento de las normas técnicas dictadas por la nación, para la construcción de obras civiles, dotaciones básicas y mantenimiento integral de las Instituciones prestadoras de servicios de Salud y de los centros de bienestar del anciano.

C. Funciones de salud pública

38. Adoptar, difundir, implantar y ejecutar la política de salud pública formulada por la nación.

41. Formular y ejecutar el plan de atención básica departamental.

42. Monitorear y evaluar la ejecución de los planes y acciones en salud pública de los municipios de su jurisdicción.

43. Dirigir y controlar en el departamento el sistema de vigilancia en salud pública.

D. Funciones de aseguramiento de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

47. Ejercer la vigilancia y el control del aseguramiento en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y en los regímenes de excepción definidos en la Ley 100 de 1993.

4.3 MARCO CONCEPTUAL

4.3.1 Antecedentes. El Sistema de Salud existente en Colombia hasta 1993, como los demás Sistemas Nacionales de Salud promovidos por la OPS en los años 60 y 70, y creados en la mayor parte de los países latinoamericanos, se caracterizó por su manejo centralizado, no solamente en lo relacionado con las funciones de planeación, rectoría y manejo, sino también en todo lo concerniente con las funciones administrativas y operativas de los servicios de salud, con gran subordinación de los niveles municipales de la administración pública y del sector privado.

El Sistema Nacional de Salud creado en Colombia en 1973 y reglamentado en 1975, se caracterizaba principalmente por:

- Centralización de las funciones de direccionamiento, financiación y control por parte de Ministerio de Salud.
- Administración desconcentrada de personal y de algunas instituciones en los Servicios Seccionales de Salud.
- Ninguna o muy poca injerencia de los entes territoriales (departamentos y municipios) en los procesos de dirección y operación.
- Concentración de la dirección técnica de los servicios en Unidades Regionales, dependientes del Ministerio de Salud.
- Operación de los hospitales sin autonomía administrativa, totalmente dependientes del Ministerio de Salud.

- Escaso o nulo desarrollo financiero, con un alto grado de inequidad y de ineficiencia. El 50 por ciento de los subsidios se concentraba en los estratos más pobres y el 80 por ciento del total del gasto en los niveles II y III.

El proceso de descentralización del sector público de la salud se inició en Colombia, con el Decreto 77 de 1987 y la Ley 10 de 1990; y posteriormente con la Ley 60 de 1993. Finalmente, se articuló con la reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud de diciembre de 1993, con la aprobación de la ley 100. Estos procesos, están fundamentados y enmarcados en la Constitución Política de Colombia.¹³

La Ley 10 de 1990 introdujo cambios importantes al adecuar al sector a las tendencias descentralizadoras hacia la municipalidad, modificando fundamentalmente la oferta de servicios de salud, pero sin lograr cambiar el modelo. Se planteó nuevamente la necesidad de reorientar la acción sectorial, pero no se crearon las condiciones que la hicieran posible; de ahí que la práctica de las instituciones y los profesionales de la salud no tuvo modificaciones sustanciales.¹⁴

En 1991, con la aprobación de la nueva Constitución Política, se estableció la seguridad social como un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado, que aplica los principios de descentralización, universalidad, solidaridad, equidad, eficiencia y calidad que debe tener el servicio de salud en Colombia. Esta nueva disposición modificó el Sistema Nacional de Salud vigente desde 1975, organizado básicamente en tres subsistemas: a) salud pública; b) los Seguros Sociales (administrado por el

¹³ www.profamilia.org.co/encuestas/02consulta/14sistema/01afiliacion.html

¹⁴ MAYA MEJÍA, José María. La promoción de la salud: una necesidad que no debe mitificarse. En: Revista CES Odontología, 1995, vol. 8, no. 2.

Instituto de los Seguros Sociales y las cajas de previsión); y c) el Subsistema Privado de Servicios.¹⁵

La Ley 60 de 1993 posibilitó un cambio en el modelo de salud, al separar los recursos y las responsabilidades de los entes del sector, y definió las competencias y los recursos para los diferentes entes territoriales. El hospital dejó de ser el centro del sistema, trasladándose a la dirección local de salud. Igualmente deja de ser el responsable del nivel de salud de la comunidad y centra su acción en su recuperación, la cual debe lograr con acciones técnicas y humanas de alta calidad pertinente y accesible oportunamente a los grupos humanos que confían en él sus problemas de salud. La secretaría o dirección local de salud asume el compromiso de lograr un mejor nivel de salud y vida para la población a través de acciones propias y concertadas con otros sectores del desarrollo a nivel local. Por primera vez hay un espacio real para la promoción de la salud.¹⁶

La ley 100 de 1993 continúa el proceso de cambio en el sector, pero actuando principalmente sobre la demanda de servicios. Posibilita la universalidad con solidaridad al crear nuevos recursos para el sector, estimula la eficiencia y la calidad y destina recursos específicamente para la promoción de la salud.¹⁷

Se creó el nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud y dentro de éste se estableció la Acreditación en Salud como mecanismo voluntario para mejorar la calidad de los servicios de salud, mediante el Artículo 186 de la Ley 100 de 1993, disposición que fue ratificada por el Artículo 42.10 de la Ley 715 de 2001.¹⁸

¹⁵ INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS. Sistema Único de Acreditación en Salud. Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/>

¹⁶ MAYA MEJÍA, Op. Cit.

¹⁷ *Ibíd.*

¹⁸ INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS, Op. Cit.

La Ley 715 de 2001 dictó algunas normas en materia de recursos y competencias para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, por parte de cada uno de los actores del sistema.

En el artículo 44 se encuentran definidas las actividades a desarrollas por parte de los municipios las cuales comprenden:

- La dirección del sector en el ámbito municipal
- El aseguramiento de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud
- Competencias en Salud Pública.

En el artículo 60 de esta Ley, se define la financiación de las direcciones territoriales de salud.¹⁹

La Ley 1122 de 9 de enero de 2007 realizó algunos ajustes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, con el fin de mejorar la prestación de los servicios a los usuarios, por lo que las principales modificaciones fueron basadas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control, así como la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

Para lograr lo anterior se incrementaron las cotizaciones del régimen contributivo y el porcentaje que los entes territoriales debían destinar a la afiliación de la población pobre, de los recursos del Sistema General de Participaciones, de las rentas cedidas y de ETESA, buscando incremento de la cobertura del Régimen Subsidiado, disminuyendo la proporción que corresponde al Gobierno Nacional,

¹⁹ Ley 715 de 2001, del 21 de diciembre de 2001: el Congreso

pero no lograría la cobertura universal por la exclusión de la población entre 19 y 24 años soltera, desempleada y no estudiantil y el nivel III del SISBEN. Así mismo se le dieron nuevas funciones a la Superintendencia Nacional de Salud en aspectos de inspección, vigilancia y control, que correspondían al poder judicial.²⁰

La Resolución 3042 de 2007 reglamentó la organización de los Fondos de Salud de las entidades territoriales, la operación y registro de las cuentas maestras para el manejo de los recursos de los fondos de salud.²¹

El Decreto 4747 de 2007 regula aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo.²²

El Decreto 3039 de 2007, adoptó el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, el cual se estableció para obligatorio cumplimiento de todos los entes interesados en salud, incluido el municipio.²³

La Resolución 0425 de 2008 define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del plan de salud territorial, y las acciones que integran el plan de salud pública de intervenciones colectivas, a cargo de las entidades territoriales.²⁴

El Acuerdo 415 de 2009 modifica la forma y condiciones de operación del régimen subsidiado del sistema general de seguridad social en salud.²⁵

²⁰ TAFUR, Luis Alberto, M.D. Controversia a la reforma de la Ley 100 de 1993, Ley 1122 de enero de 2007. Disponible en:

colombiamedica.univalle.edu.co/Vol38No2/html/v38n2a2.html

²¹ Resolución 3042 de 2007.

²² Decreto 4747 de 2007.

²³ Decreto 3039 de 2007.

²⁴ Resolución 0425 de 2008.

²⁵ Acuerdo 415 de 2009.

4.3.2 Definición de las variables a evaluar

4.3.2.1 Accesibilidad. Corresponde a la posibilidad de acceder a un servicio en términos geográficos y económicos, de acuerdo con las necesidades del usuario.²⁶ Se traduce por la facilidad o la real posibilidad con la que el usuario puede utilizar el servicio en el momento en que lo desee o lo necesite. Hay por lo menos tres tipos:

- Materiales (distancia, transporte, horarios)
- Económicas (costos de viaje, de los honorarios)
- Sociales o Culturales (barreras por pautas culturales, del idioma, etc.)²⁷

El concepto de accesibilidad ha sido muy utilizado desde los años 60; momento en el que se acordó la necesidad de concretar el desarrollo social de los países latinoamericanos (en el marco de la Alianza para el Progreso). A partir de ahí se planteó el crecimiento por áreas, y salud fue una de las más relevantes para concretar esta meta. Esta preocupación por el “desarrollo social” partía de la base de que sería necesario crédito externo y tiempo para poder igualar a todos los países del mundo. La preocupación por el avance del socialismo fue uno de los motivos que precipitaron estas políticas.²⁸

La accesibilidad ha sido definida como la forma en que los servicios de salud se acercan a la población. Este concepto fue entendido como un problema de la oferta y es necesario, desde esta óptica, eliminar las barreras que se puedan interponer. Dichas barreras fueron caracterizadas como: geográficas, si se entiende que la imposibilidad de acercar los servicios a la población es por un problema geográfico, ya sea un accidente geográfico o una barrera construida por el hombre (por ejemplo, una autopista).

²⁶ MEJÍA GARCIA, Op.cit.

²⁷ www.bus.org.ar/pdf/calidadensalud.pdf.

²⁸ Universidad de Buenos Aires. Revista Anuario de Investigación. Facultad de Psicología, 2007.

4.3.2.2 Oportunidad. Posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios con respecto a la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios. Se puede entender además como el tiempo adecuado para dar respuesta a solicitudes personales, telefónicas y escritas.²⁹

4.3.2.3 Claridad. Hay que escuchar al usuario para determinar cuáles son sus deseos y necesidades y darle la información necesaria. Debe evitarse darle mucha información y saturarlo; es mejor dar una información concreta y precisa para que el usuario entienda.³⁰

4.3.2.4 Suficiencia. Es la satisfacción oportuna de los requerimientos del usuario, en forma adecuada a sus necesidades y de manera integral con la mejor atención posible.³¹

4.3.2.5 Calidad

- **Definición de Calidad**

Desde su definición puede ser apreciada en tres niveles básicos: a) la estructura, definida como el agregado de todos los recursos involucrados en la producción de los servicios de salud. Se incluyen los aspectos físicos (planta física, equipos), el personal (calificación, capacitación), materiales, reglas, manuales, estándares y recursos financieros, entre otros; b) el proceso, que representa las distintas actividades involucradas en la producción de la atención; y c) los resultados, que son los productos finales del proceso de atención en los servicios de salud.³²

²⁹ MEJÍA GARCÍA, Op. Cit.

³⁰ MÁRQUEZ PARIENTE, Sol y AUCASSI ROJAS, Marcelino. Calidad de atención en servicios de salud. En:

<http://usuarios.lycos.es/enfermeriaperu/gesenfer/calidatenserv1.htm>.

³¹ MEJÍA GARCÍA, Op., cit.

³² www.bvs.org.org/pdf/calidadensalud.pdf

La calidad es un producto colectivo de todos los participantes en el proceso productivo con la finalidad de dimensionar su desempeño.

La calidad es trabajo de todos y de cada uno de los que intervienen en cada etapa del proceso.

La calidad es la estrategia fundamental para alcanzar competitividad y, por consiguiente, como el valor más importante que debe presidir las actividades de la alta gerencia.

La calidad pasa a ser estrategia de competitividad en el momento en el que la Alta Gerencia toma como punto de partida para su planeación estratégica los requerimientos del usuario y la calidad de los productos y servicios de los competidores. Se trata de planear toda la actividad de la empresa, en tal forma de entregar al usuario servicios que respondan a sus requerimientos y que tengan una calidad superior a la que ofrecen los competidores.³³

Por control de calidad se entiende un sistema de procedimientos para producir en forma económica bienes y servicios que satisfagan los requerimientos del usuario. Un producto o un servicio tienen calidad en la medida en que satisfacen las expectativas del cliente

La calidad es el grado de adecuación de un producto o servicio al uso que desea darle el consumidor.

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

³³ www.pueblos-espana.org/castilla+y+leon/soria/deza/foro-tema/62692/

La calidad “*es la satisfacción de las necesidades del cliente y sus expectativas razonables*”.³⁴

Calidad: es lograr productos y servicios con cero errores.

Calidad: es hacer bien las cosas desde la primera vez.

Calidad: es diseñar, producir y entregar un servicio de satisfacción total.

Calidad: no es un problema, es una solución.

- **Ventajas de la calidad**

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

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

4.3.3 Antecedentes históricos de la garantía de la calidad en salud. Aunque en los últimos años el concepto de calidad en salud se ha puesto de moda, este no es tan reciente puesto que mucho antes de que Edward Deming y Joseph Juran, estudiaran e incorporaran la calidad en los procesos de producción industrial, los profesionales de la salud pusieron en marcha metodologías para evaluar la calidad e introducir procesos de mejoramiento continuo.³⁵

³⁴ BERRY, Thomas. Como gerenciar la transformación hacia la calidad total, Mc Graw Hill, 1996.

³⁵ RODRÍGUEZ, William. Salud. ¿cómo organizar la calidad? Ministerio del Trabajo y seguridad Social, Instituto de Seguros Sociales, Colombia, 1996.

Las prácticas actuales para mejorar la calidad en salud tienen varios orígenes:

- El método científico utilizado por los profesionales de la salud para determinar eficiencia de medicamentos, evaluación de técnicas de diagnóstico y evaluación del éxito en las decisiones quirúrgicas. Los profesionales de la salud están capacitados para elaborar hipótesis y probarlas; de allí que el mejoramiento de la calidad es parte de la misma formación profesional.
- Modelos que surgieron de la actividad institucional. La gestión de calidad total o el mejoramiento continuo de la calidad son ejemplos de modelos industriales. Los médicos en Norteamérica comenzaron a utilizar estos modelos en los años 80 y se continúan desarrollando cada vez más.

Algunos de los nombres claves en los modelos industriales de mejoramiento, son Deming, Juran y Crosby. Deming contribuyó con la calidad en la industria japonesa después de la Segunda Guerra Mundial. Él creía en las estadísticas como la base para la calidad en la gestión y pensaba que la calidad podía mejorarse si se mejoraban los procesos. Juran, otro líder en el movimiento por la calidad, planteó la filosofía que se conoce como la Trilogía de Juran:

- Planificación de la calidad
- Control de calidad
- Mejoramiento de la calidad.

La filosofía de la calidad de Crosby es la de estándares para lograr la total ausencia de errores. Él plantea objetivos claros para su tarea de mejoramiento de la calidad.

Los primeros reportes sobre calidad se remontan a mediados del siglo pasado cuando se pusieron en marcha controles de calidad en la atención anestésica en la Gran Bretaña.

Abraham Flexner (ingeniero industrial), quién se ocupó de los programas académicos de medicina, fijó estándares para el curriculum de las facultades de medicina; estandarizó normas y procedimientos e introdujo el concepto de la idoneidad del recurso humano para garantizar la calidad de los servicios. “*Recurso humano de calidad produce servicios de calidad*” (1910), modelos que surgieron de la actividad institucional.

La gestión de calidad total o el mejoramiento continuo de la calidad son ejemplos de modelos industriales. Los médicos en Norteamérica comenzaron a utilizar estos modelos en los años 80 y se continúan desarrollando cada vez más.³⁶

En 1912 la sociedad de cirujanos de los Estados Unidos de América, haciendo eco de lo que hizo Flexner, organiza el primer programa de estandarización de hospitales basado en cinco conceptos:

1. Estándares para mejorar la historia clínica, obliga a seguir pautas organizadas del proceso lógico de atención. Normalización de historia clínica.
2. Calificación e idoneidad del recurso humano.
3. Normalización de pautas de tratamiento.

³⁶ MEJÍA GARCÍA, Op, cit.

4. Auditoria médica. "Audit medical". "El peer Review". Análisis semejante entre pares, son criterios definidos por las sociedades científicas de los diferentes gremios en USA y por la "Join Commission" quien la maneja en la actualidad

5. La práctica médica es de medios no de resultados. Aspecto que ha venido cambiando y al respecto se encuentra cómo actualmente se le exige a los ginecobstetras garantizar resultados en el recién nacido. En cirugía estética y en ortodoncia también se exigen buenos resultados.

En 1916 Codman propone para USA el primer Programa Nacional de Normalización Hospitalaria

En 1951 se crea en Norteamérica la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales.

En la década de los 60, el Seguro Social mexicano inicia programas de evaluación de calidad en salud.

En España se inician esfuerzos para la acreditación de hospitales en el año de 1965.

En Canadá, en 1983, el gobierno le exige a los hospitales poner en marcha programas de garantía de calidad.

En 1985 se crea la Sociedad Internacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

Tal como puede observarse, la garantía de la calidad en los servicios de salud ha sido un tema de especial importancia en todo el mundo, debido a las innumerables

ventajas que ofrece, tanto a los usuarios como a las entidades prestadoras de servicios de salud. Sin embargo, en Colombia su implantación y desarrollo tiene pocos años, debido fundamentalmente a la carencia de una reglamentación de las entidades gubernamentales correspondientes.

El Instituto de Seguros Sociales, entre 1983 y 1987, empezó a generar marcos teóricos sobre la calidad de los servicios de salud consignados en el documento Garantía de Calidad de los Servicios de Salud, documento básico.

En 1983, el Instituto de Seguros Sociales realizó estudios de mortalidad para determinar las muertes previsibles; así mismo se realizaron evaluaciones sobre historias clínicas y utilización de camas, con el fin de diagnosticar las circunstancias y poner en marcha aspectos de prevención.

La puesta en marcha de los modelos de garantía total y mejoramiento continuo, han generado importantes cambios en el sector salud. Es así como la Ley 100 de 1993 y el Decreto reglamentario 2174 de 1996, organizan el sistema de garantía de calidad en salud y ordenan su implantación en las entidades de salud del país.³⁷

4.3.4 Sistema de garantía de calidad en servicios de salud. De acuerdo con el Decreto 2174 de noviembre de 1996, el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad es: 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.

También podría establecerse que un Sistema de Garantía de Calidad es: el conjunto de instituciones, normas, requisitos, procesos y procedimientos

³⁷ Ibid.

organizados para contribuir a mejorar la calidad de la atención, la satisfacción del cliente interno y del cliente externo, propiciando así una mayor demanda de servicios y mejores resultados económicos para la institución.³⁸

4.3.5 Marco jurídico y normativo de la calidad. El sistema de garantía de la calidad tiene sus bases legales en una serie de disposiciones gubernamentales.

- **Ley 100 de 1993**

Es la Ley marco del actual Sistema de Seguridad Social que garantiza las prestaciones económicas, de salud y ampliación de coberturas para toda la población. Así mismo, establece los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación comunitaria.

En el artículo 153 numeral 9, se determina:

El sistema establecerá mecanismos de control de los servicios para garantizar a los usuarios calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional. De acuerdo con la reglamentación que expida el gobierno, las instituciones prestadoras deberán estar acreditadas ante las entidades de vigilancia.

En el artículo 186, se establece: *“el gobierno nacional propiciará la conformación de un sistema de acreditación de las instituciones prestadoras de servicios de salud para brindar información a los usuarios sobre su calidad y proponer su mejoramiento”.*

En el artículo 188, se establece que el Ministerio de Salud: *“definirá normas de calidad y satisfacción al usuario, y que las entidades prestadoras de servicios de salud no podrán discriminar la atención de los usuarios”.*

³⁸ RODRÍGUEZ, William, op. Cit.

En el artículo 199, se determina que el Ministerio de Salud: *“definirá normas de calidad y satisfacción del usuario. Organizará tiempos de espera por servicios de acuerdo a la patología y necesidades del paciente”*.

El artículo 227 estipula que es facultad del gobierno nacional *“expedir normas relativas a la organización de un sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud, incluyendo la auditoría médica de obligatorio desarrollo, en las entidades promotoras de salud, con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios. La información producida de conocimiento público”*. Este último artículo da los fundamentos para la auditoría médica como instrumento para garantizar la calidad del servicio.

- **Decreto 1757 de 1994**

Establece las formas de participación social en la prestación de servicios de salud. Las instituciones deben implantar mecanismos que canalicen las inquietudes y demandas de los usuarios así como los responsables de las quejas y las respuestas a las mismas.

Determinan la creación de comités de ética, con la participación de la comunidad, para proponer medidas que mejoren la oportunidad y la calidad en la prestación de servicios.

- **Ley 23 de 1981**

Llamada Ley de Ética Médica, establece el conjunto de normas de la relación del médico con los pacientes, con sus colegas, con las instituciones de salud, con la sociedad y el Estado.

Así mismo fija pautas acerca de la historia clínica y el secreto profesional. El resultado adverso de una actuación médica no siempre es un problema de ética médica, en su análisis deben tenerse en cuenta las circunstancias que rodean los

hechos, así como los recursos de toda índole con que cuenta el profesional para desarrollar sus actividades.

- **Resolución 5261 de 1994**

Establece una serie de definiciones que determina la calidad en la prestación de servicios, así:

Calidad de la atención es el conjunto de características técnico-científicas, materiales y humanas que debe tener la atención en salud que se provea a los beneficiarios, para alcanzar los efectos posibles con los que se obtenga el mayor número de años de vida saludable y a un costo que sea social y económicamente viable para el sistema y sus afiliados. Sus características son oportunidad, agilidad, accesibilidad, continuidad, suficiencia, integridad, racionalidad lógico científica, costo-efectividad, eficiencia, humanización, información, transparencia, consentimiento y grado de satisfacción de los usuarios. Evaluación de calidad es la medición del nivel de calidad de una actividad, procedimiento o guía de atención integral.

- **Decreto 2174 de 1996**

Se definen las principales características de la calidad de la atención en salud: accesibilidad, oportunidad, seguridad y racionalidad técnica. Igualmente las características adicionales de idoneidad y competencia profesional, disponibilidad y suficiencia de recursos, eficacia, eficiencia, integridad, continuidad, atención humanizada y la satisfacción del usuario con la atención recibida. Todas estas características deben estar contenidas y definidas en los diferentes sistemas de garantía de calidad establecidos por todas las instituciones prestadoras de servicios, y señala los cinco componentes que un sistema de garantía debe tener:

1. Cumplimiento de los requisitos esenciales para la prestación de los servicios de salud.

2. Diseño y ejecución de un plan de mejoramiento de la calidad.
3. Desarrollo de un sistema de información que incluya componentes de oferta de servicios, uso por parte de los usuarios, perfil epidemiológico y situación de salud de los usuarios atendidos.
4. Procesos de auditoría médica.
5. Desarrollo de procesos que permitan conocer el nivel de satisfacción de los usuarios y atender las reclamaciones y sugerencias que se presenten.

Todo lo anterior conlleva la obligatoriedad de implantar un sistema de garantía de calidad en salud, en todas las instituciones prestadoras de servicios de salud.

▪ **Artículo 14. De la auditoría médica**

Las entidades promotoras de salud y entidades que se asimilen y los prestadores de servicios de salud, deberán establecer procesos de auditoría médica de conformidad con las pautas indicativas que al respecto elaboren el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud.

Entiéndase por auditoría médica la evaluación sistémica de la atención en salud, con el objetivo fundamental de mejorar la calidad de los servicios. Significa la comparación entre calidad observada y la calidad deseada de acuerdo con las normas técnico-científicas y administrativas previamente estipuladas para la atención en salud. Para tal efecto podrán ser utilizados diferentes procedimientos de seguimiento, evaluación e identificación de problemas y de soluciones en la prestación de los servicios.

4.3.6 Contexto en el marco de seguridad social. Es una época de grandes transformaciones en la que todos los paradigmas se han ido modificando. Se deben conocer algunas características del entorno para tener conciencia del cambio de cultura organizacional, en la cual la calidad se convierte en una meta anhelada por cualquier institución de salud. Algunos elementos del entorno que pueden determinar como amenazas y oportunidades son:

4.3.6.1 Cambios dramáticos del sector salud. A partir de la Constitución de 1991 y la expedición de la Ley 100 de 1993 con sus decretos reglamentarios, se ha generado una gran transformación del sector salud, lo que ha conllevado enormes retos a las instituciones en cuanto a su organización, administración, atención al paciente y aspectos de financiación, obligándolas a transformarse y modernizarse, para poder cumplir las crecientes expectativas del usuario.

4.3.6.2 Intermediación de la atención del usuario. Otro de los cambios propiciados por la Ley 100 de 1993, es la antigua relación médico paciente, agregándole un nuevo elemento a la relación, constituido por las empresas promotoras de salud, teniendo en cuenta que todo paciente debe estar afiliado a una EPS, ya sea como contribuyente o como subsidiado.

Esta circunstancia obliga a las instituciones de salud a mantener una relación doble en cuanto a garantía de calidad, ya sea con el paciente o con unas EPS o con ambas.³⁹

4.3.6.3 Auditoría externa. Las diferentes EPS, al contratar la atención de salud de sus afiliados, han empezado a ejercer una estricta auditoría a los diversos procesos asistenciales y administrativos obligando a las instituciones de salud a afinar los procesos de oferta y hacerlos compatibles con las necesidades y expectativas de los usuarios. Esta circunstancia, sin duda, ha acelerado el proceso

³⁹ MEJÍA GARCÍA, Op. Cit.

de transformación de las instituciones en las cuales los aspectos de excelencia en el servicio no siempre ocupaban un lugar prioritario.⁴⁰

4.3.6.4 Clientes más exigentes. Uno de los cambios que se han producido con la Ley 100 de 1993, es el aumento del nivel de exigencias de los usuarios. Hoy en día el usuario de los servicios de salud es una persona más informada, más consciente de sus derechos, requiere una atención oportuna, personalizada, eficiente, suficiente y a costos razonables.⁴¹ La Ley ha determinado la creación de oficinas de información al usuario, así como un manejo rápido de sus quejas y reclamos.

4.3.6.5 Mayores costos tecnológicos. Para poder responder con calidad y eficiencia a las numerosas demandas y expectativas, las instituciones de salud deben efectuar grandes inversiones en equipos de diagnóstico y tratamiento para brindar atención de mejor calidad, acorde con las patologías y requerimiento de salud de los usuarios.⁴²

4.3.7 Calidad de la prestación de servicios de salud. La calidad de la atención en salud está dada por la interacción entre el funcionario – usuario – sociedad, colocando al alcance del usuario lo mejor que el desarrollo técnico, económico, científico y humano permite, de manera que se obtenga el máximo beneficio para el usuario, disminuyendo en lo posible los riesgos secundarios de la atención.⁴³

4.3.8 Evaluación de la Calidad. La evaluación de la calidad se realiza con base en variables gerenciales, según el enfoque de sistemas, el cual busca medir las condiciones estructurales de los servicios, desde los parámetros físicos,

⁴⁰ Ibíd.

⁴¹ Ibíd.

⁴² Ibíd.

⁴³ Ibíd.

determinación del recurso humano y del desarrollo científico del mismo, o del desempeño de los equipos.

Otras condiciones del cómo se realiza, se hacen a través de indicadores del proceso, función de la sensibilidad de la tareas o especificaciones de la atención médica, de accesibilidad a la institución, del tiempo de espera, de la gentileza en el trato, o por la indicación o aplicación apropiada de la terapéutica; incluye el conocimiento del grado de satisfacción del usuario, del prestador de los servicios y de la institución.

4.3.9 Satisfacción de usuario. Bienestar de los pacientes frente al nivel técnico de la atención, las características de la interacción social con el personal de salud y las condiciones del espacio en el que se brinda la atención. Se incluyen dimensiones ambientales, institucionales, la forma de pago y el costo de la atención recibida. El núcleo central de la valoración termina residiendo en la satisfacción que se genera en una interacción social, en la integralidad del trato personal.⁴⁴

Los conceptos de calidad y satisfacción se han encontrado en el centro del debate entre los investigadores de estos temas. Rust y Oliver (1994), afirmaban que:

La faceta más interesante que afrontan entonces los estudiosos del marketing de servicios era la interacción entre la calidad, la satisfacción y el valor. El debate de los años noventa se centraba en si la calidad es antecedente de la satisfacción o viceversa. Algunos autores sugieren, a partir de sus trabajos empíricos, que la calidad percibida es un precursor de la satisfacción, mientras que otros mantienen que la satisfacción es un antecedente de la calidad. Sin embargo, la aproximación que se estima más adecuada considera una relación dinámica, donde la calidad percibida es un antecedente de la satisfacción y un mayor nivel de satisfacción del cliente reforzará sus percepciones de calidad

⁴⁴http://www.calidadensalud.org.ar/index.php?option=com_content&task=view&id=17&Itemid=38

“La calidad percibida considera al cliente como el único juez de la calidad y se describe como el grado y la dirección de la discrepancia entre las percepciones del resultado y las expectativas del consumidor acerca del servicio” (Oliver, 1980).

La calidad de la atención en salud se basa en un conjunto de factores que no son fáciles de medir. Algunos autores señalan que los principales determinantes de la calidad en salud son: talento humano, recursos físicos y financieros, políticas y programas, tecnología, procesos médicos y administrativos, desempeño y eficacia en el servicio e interacción con el Sistema General de Seguridad Social en Salud

El hecho de que los métodos existentes no satisfacen plenamente las necesidades de medición de la calidad en el área de la salud, queda reflejado en la siguiente frase de Myers, citado por la Organización Panamericana de la Salud (1992) en el que señala que: *“...no existe ninguna otra organización (aparte de un hospital) cuya administración sea tan frustrante e ineficaz debido a su incapacidad para juzgar la calidad de su producto”.*

Algunos investigadores han concentrado sus fuerzas en determinar si la satisfacción de los usuarios es un buen índice para determinar la calidad de los servicios, sin embargo, *“...se observa que la satisfacción con el servicio está influenciada por la calidad global, pero también con el servicio esencial, es decir, con el servicio médico..., por lo que la conclusión básica que se desprende, es que la calidad percibida del servicio es un antecedente de la satisfacción, no observándose ninguna relación en sentido inverso”*

Aunque existen varias formas de realizar una evaluación sobre la satisfacción de los usuarios o pacientes de los servicios de salud, la mayoría de éstas se basan en un enfoque multidimensional, que incluye diversos aspectos tal cómo: entrega

de información, accesibilidad, burocracia, humanización, atención a problemas psicosociales.⁴⁵

4.3.9.1 Qué es la satisfacción. En si la satisfacción del cliente se podría definir como la percepción que el cliente tiene de que fueron alcanzadas o sobrepasadas sus expectativas en relación al producto o servicio. En otras palabras, es el conjunto de sensaciones que tiene al cliente sobre el bien que compró, al utilizar el producto y saber que funciona con normalidad, además que el servicio que le prestó fue de primera categoría, por lo cual es una actividad que no se debe dejar pasar nunca por alto, se debe convertir en una proceso continuo, que permita obtener información relacionada con la percepción del cliente en relación con el producto o servicio. Esto con el objetivo de realizar mejoras que permitan mantener a los clientes satisfechos, pues es bien sabido que clientes satisfechos compran más.

Para poder lograr la satisfacción de los usuarios, no se debe olvidar algunos de los principales factores como son la calidad y el servicio que se brinda; sin embargo, el objetivo final no sólo es producir un producto de calidad y un excelente servicio al cliente, también se debe crear clientes leales y satisfechos que se mantengan a través del tiempo.⁴⁶

4.3.9.2 Cómo se mide la satisfacción. Un principio básico que se debe tomar en cuenta es, que si algo no se mide no se puede mejorar, éste es un axioma muy cierto; por lo que para poder lograr medir la satisfacción del cliente se debe conocer si las expectativas han sido alcanzadas y superadas, y ¿cómo saberlo? Muy fácil ¡pregúntele a sus clientes! Ellos brindan toda la información que se

⁴⁵ RIVEROS SUDY, Jorge y BERNE MANERO, Carmen. Estudio de la satisfacción en servicios públicos de salud. Caso de un hospital del sur de Chile. Universidad de Zaragoza (España). Ponencia presentada en el marco del proyecto de investigación S 2003-68 de la Dirección de Investigación de la Universidad Austral de Chile.

⁴⁶www.herramientasparapymes.com/%C2%BFcomo-medir-la-satisfaccion-del-cliente-parte-i

necesita para mejorar; pero se debe realizar la investigación con ellos, ya que todos los clientes son personas distintas y cada uno puede tener percepciones diferentes.

Se debe ser conscientes que existen dos tipos de datos que se pueden recabar mediante alguna de las herramientas: cualitativos y cuantitativos. La diferencia entre ambos tipos reside en que los datos cualitativos pretenden entender de manera subjetiva la experiencia del cliente, es a través de observaciones, entrevistas, etc.; mientras que los datos cuantitativos son medibles, porque se recolectan de acuerdo a un estándar predeterminado, como lo es una escala numérica (1 =Excelente 5 = Pésimo), usando encuestas, etc. Algunas de las herramientas más utilizadas para poder conocer la percepción de los clientes son: las entrevistas personales, entrevistas telefónicas, cuestionarios y encuestas, grupos de enfoque.⁴⁷

- **Entrevistas personales**

Esto es lo que refiere Daniel Borrego en su documento: ¿Cómo medir la satisfacción del cliente?, Parte I:

Las entrevistas personales pueden estar basadas en una estructura previamente diseñada con un orden a seguir por parte del personal que realiza la entrevista. En relación con la medición de la satisfacción del usuario se recomienda seguir los siguientes tres lineamientos:

- *Desarrollar una pequeña introducción o presentación, así como el objetivo de la entrevista*
- *Realizar de manera escrita cada una de las preguntas y el orden en el cual desea que sean seguidas. Puede optar por realizar preguntas subjetivas o preguntas con escalas ya definidas, pero siempre recordando cual es el objetivo de la entrevista*
- *Contestar usted las preguntas a manera de prueba y verifique el orden.*⁴⁸

⁴⁷ Ibíd.

⁴⁸ Ibíd.

4.5 MARCO DE ANTECEDENTES

Jorge Riveros Sudy y Carmen Berne Manero. Estudio de la satisfacción en servicios públicos de salud. Caso de un hospital del sur de Chile. Universidad de Zaragoza (España). Ponencia presentada en el marco del proyecto de investigación S 2003-68 de la Dirección de Investigación de la Universidad Austral de Chile.

Este trabajo estudió la satisfacción de los clientes de un hospital público del sur de Chile, a través de las percepciones de los usuarios sobre distintos aspectos de gestión y elementos del servicio. El objetivo final fue el de implementar reformas para la mejora del sistema, sobre una base de datos elaborada mediante encuesta, se realizó un análisis factorial exploratorio y un análisis de regresión para obtener los factores que determinan en mayor medida el grado de satisfacción. El trato otorgado por el personal del hospital a los usuarios y pacientes tuvo mayor incidencia en cuanto a la satisfacción con distintos aspectos de la gestión del establecimiento hospitalario. Se evidenció además que los tiempos de atención al usuario es el aspecto del servicio que mayor incide en la satisfacción global con el servicio recibido.

Rosa María Ortiz Espinosa; Sergio Muñoz Juárez y Erick Torres Carreño. Satisfacción de los usuarios de 15 hospitales de Hidalgo, México. Revista española de salud pública versión impresa, v.78, no.4, Madrid, julio-agosto, 2004, ISSN 1135-5727.

El objetivo de este trabajo fue evaluar la satisfacción del usuario de los servicios institucionales del sector salud, a través de su opinión. Se trató de un estudio transversal realizado en 15 hospitales en Hidalgo, México. Se utilizó una encuesta anónima y confidencial.

En México, la norma técnica para la evaluación de la calidad de la atención médica de 1990 en su artículo 6 refiere que la calidad de la atención médica deberá incorporar el grado de satisfacción de las necesidades de salud y las características en la prestación del servicio, en relación con las expectativas del usuario interno, externo y de la institución.

Los resultados de este estudio muestran que la satisfacción de la atención depende de una serie de circunstancias de orden cultural, social y económico, y que la percepción de insatisfacción estuvo relacionada con escasa información sobre el padecimiento actual, con omisiones en las acciones de exploración y diagnóstico, con inadecuadas relaciones interpersonales, en especial de los médicos, y con el complicado trámite para obtener la consulta. Todas ellas se reflejan en la intención de no regresar a solicitar atención al mismo hospital.

4.5 DECLARACIONES

4.5.1 Declaración Bioética. Desde tiempos remotos ha preocupado la insatisfacción, que relataban tanto los médicos y profesionales de la salud, como los usuarios de los servicios médicos y también el gobierno, de aquí que sea necesario adoptar un concepto diferente para interpretar la calidad de la atención de la salud: ya no va a ser sólo la calidad científico-técnica la única variable para juzgar dicha calidad sino que se le acopla inevitablemente la calidad bioética y la calidad humana. Para ello, es imprescindible que todos los profesionales conozcan de bioética y mantengan una atención especial en el contenido humano de la atención prestada, además del alto contenido científico de la misma.

La tarea del presente trabajo investigativo es sumamente difícil, pues usualmente no está incorporada la costumbre de reflexionar sobre la calidad y el contenido de la atención que se brinda.

Poder abordar un cambio profundo en la coordinación y organización de la salud, debe realizarse contemplando tradiciones históricas, pero también deben aportar una filosofía que le dé al cambio una real trascendencia.

Esta concepción y esta filosofía aportan un contenido imprescindible, en especial cuando se observa la profunda deshumanización y mercantilización en la atención de la salud.

4.5.2 Declaración Ambiental. Se procederá durante el desarrollo del presente trabajo a desarrollar las buenas prácticas medioambientales haciéndolo extensible al uso de materiales y elementos de consumo que permitan reducir los impactos negativos; y el desarrollo de las actividades de este proyecto con el máximo respeto por el entorno y en las mejores condiciones que permita minimizar la contaminación del ambiente.

4.5.3 Declaración Social. *“La atención a la salud debe alcanzar al individuo en su entorno ecológico y social, y para ello se hace cada vez más necesario agrupar y coordinar los esfuerzos de los distintos profesionales y técnicos en equipos de trabajo multidisciplinarios en los diferentes servicios que se prestan a la comunidad”*.⁴⁹

La calidad de los servicios de salud se relacionan con diversas circunstancias sociales, un buen servicio de salud debe estar apoyado en toda una filosofía acerca de la salud y la enfermedad, y de sus determinantes, y brindarse desde instituciones con los recursos y programas apropiados para los problemas de la población a los que se dirigen.

⁴⁹Sociedad Cubana de Ciencias de la Salud.
<http://files.sld.cu/sccs/files/2010/04/educacion-en-el-trabajo5.pdf>

Un elemento básico es que esos servicios sean accesibles en términos legales y culturales a la población, en el marco de una estructura racional y organizada por niveles de atención que integran la promoción, la prevención, la asistencia de los enfermos y la rehabilitación. Un servicio de calidad además de ser accesible, debe expresar una correspondencia con los avances tecnológicos existentes y contar con el personal calificado.

Sin embargo, puede ocurrir que servicios que reúnan esas características no produzcan satisfacción en quienes los reciban a causa de "fallas humanas", de insuficiencias en el modo en que produce la relación con los usuarios de aquí la importancia social de realizar este proyecto investigativo pues entendiendo que la satisfacción del paciente como una medida de eficacia e incluso del control objetivo de la calidad de los servicios de salud aporta socialmente a construir una sociedad más equitativa y con más oportunidades de progresar.⁵⁰

⁵⁰ ROJAS RODRÍGUEZ, Milvia Socorro. Nivel de satisfacción social del trabajo de los enfermeros emergentes del hospital clínico quirúrgico. Ciudad Habana. En: [http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.9.\(3\)_09/p9.html](http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.9.(3)_09/p9.html)

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 TIPO DE PROYECTO

El presente trabajo es un proyecto de investigación de tipo descriptivo, de corte transversal, al cual se le realizó un análisis cuantitativo de las variables para medir la calidad de la atención de los usuarios, expresada en términos de: accesibilidad, oportunidad, claridad, calidad y suficiencia de la información, suministrada por la Dirección Territorial de Caldas en el año 2010.

5.2 DISEÑO DEL ESTUDIO

Para el diseño del presente trabajo investigativo se inició identificando la población objeto que con más frecuencia solicita información a la Dirección Territorial de Salud y los medios por los cuales se realizan dichas solicitudes. Se obtuvo una base de datos suministrada por la institución, que señala el cargo, municipio, teléfonos de contacto y direcciones de correo electrónico; se procedió a elaborar el diseño de la encuesta para la recolección de la información primaria de tal manera que su aplicación fuera clara y sencilla, ya que se decidió realizarla a través de medio telefónico, debido a las dificultades logísticas para el desplazamiento a cada municipio.

Las encuestas cuantitativas, como método de investigación, son el medio más empleado para conocer la satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos; con base en lo reportado por la bibliografía, se utilizan los indicadores descritos para diseñar una encuesta cuantitativa con una escala de 1 a 5: siendo 1 la de menor puntuación (menor grado de satisfacción) y 5 la mayor puntuación (mayor grado de satisfacción). Las variables empleadas fueron: accesibilidad, oportunidad, claridad, calidad y suficiencia.

Se trabajó con el censo de instituciones a través de la base de datos suministrada por la Dirección Territorial de Salud de Caldas; se encuestó a una persona por entidad y dos por municipio, para ello se contrató a una Administradora de Empresas con experiencia en la realización de encuestas y se diseñó una matriz en Excel para tabular los resultados.

El criterio de inclusión para responder la encuesta fue dirigido al representante legal o gerente, especificando que podría ser diligenciada por el funcionario con mayor frecuencia de visitas o contactos con la Dirección Territorial de Salud de Caldas; los encuestados fueron informados por las directivas de la Dirección Territorial de Salud de dicha encuesta, lo que facilitó la realización de la misma y la receptividad por parte de los encuestados.

El criterio de exclusión fue poca colaboración de los funcionarios y la comunicación con las personas no apropiadas para aplicar a dicha encuesta, por lo cual se eliminaron cuatro encuestas correspondientes a los municipios de Aguadas, la Dorada, Marquetalía y Palestina; para un total de 50 encuestas validadas.

Se realizó una prueba piloto en la cual se determinó la validez y confiabilidad del instrumento elaborado para la recolección de la información, se realizaron algunas modificaciones básicamente para agrupar los cargos de los encuestados y poderlos representar en categorías, lo que facilitó el análisis de la información.

Para la validación de la información obtenida a través de las encuestas, se elaboró un aplicativo en Excel para representar dichos datos a través de tablas dinámicas con el fin de mostrar los resultados obtenidos y realizar el análisis de los mismos.

5.3 FUENTES DE INFORMACIÓN

- Plataforma Estratégica de la Dirección Territorial de Salud de Caldas
- Base de datos de usuarios DTSC
- Informes Institucionales
- Procesos y procedimientos
- Tecnología y comunicación.

5.4 TIPO DE ANÁLISIS

Análisis sistémico de la institución.

5.5 UNIVERSO Y POBLACIÓN

La población a estudiar se identificó a través de un muestreo por conveniencia de Empresas Sociales del Estado, Direcciones Locales de Salud y Alcaldías de los municipios de Caldas.

5.6 MUESTRA

El presente estudio se trabajó a través de un muestreo por conveniencia; para ello se encuestó a una persona por entidad. El criterio de inclusión para responder a la encuesta fue dirigida al representante legal o gerente, especificando que podría ser diligenciada por el funcionario con mayor frecuencia de visitas o contactos con la Dirección Territorial de Salud de Caldas.

5.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Se utilizó un formato de encuesta para la recolección de la información primaria que se elaboró en una matriz de Excel para tabular los datos simultáneamente con la realización de la encuesta telefónica.

5.7.1 Instrumento. Se desarrolló la encuesta que se presenta a continuación:

PERFIL DEL ENCUESTADO

Nombre del encuestado _____

CARGO _____

ENTIDAD _____

TELÉFONO _____

MUNICIPIO _____

AREA EN LA QUE TRABAJA _____

¿En los últimos 3 meses ha solicitado información a la DTS? Si _____ No _____

¿A qué dependencia fue la última solicitud de información? _____

Medio que utilizó para solicitar esta información _____

Califique de 1 a 5 siendo 1 la de menor puntuación (menor grado de satisfacción) y 5 la mayor puntuación (mayor grado de satisfacción)

0. Accesibilidad: valore de 1 a 5 como fue el acceso a la información que requirió. 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

1. Oportunidad: califique de 1 a 5 el tiempo que tardó en recibir la información.
1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

2. Claridad: califique de 1 a 5 la claridad de la información recibida.

1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____

3. Calidad: califique de 1 a 5 la calidad de la información recibida.

1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____

4. Suficiencia: califique de 1 a 5 la suficiencia de la información recibida.

1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____

5.7.2 Diseño de la encuesta. Se utilizó la modalidad de cuestionario con preguntas cerradas para recolectar la información y valores cuantitativos para calificar el servicio en cuanto a solicitud de información suministrada por la Dirección Territorial de Salud de Caldas

5.7.3 Escala de calificación de la encuesta. De 1 a 5. Siendo 1 la de menor puntuación (menor grado de satisfacción) y 5 la mayor puntuación (mayor grado de satisfacción)

5.7.4 Variables

Objetivo	Variable	Tipo de variables	Escala	Pregunta en el cuestionario	Respuesta
Caracterizar la población estudio encargada de medir la satisfacción en la prestación de servicios relacionados con solicitud de información a la Dirección Territorial de Salud de Caldas para el año 2010				<ul style="list-style-type: none"> - Cargo - Entidad - Teléfono - Municipio - Área en la que trabaja 	
Establecer la percepción de accesibilidad que tiene las entidades usuarias en la atención por parte de la prestación de servicios de la Dirección Territorial de Salud de Caldas para el año 2010	Accesibilidad	Cuantitativa	1 a 5 Siendo 1 la de menor puntuación (menor grado de satisfacción) y 5 la mayor puntuación (mayor grado de satisfacción)	Valore de 1 a 5 como fue el acceso a la información que requirió	1 a 5 Siendo 1 la de menor puntuación (menor grado de satisfacción) y 5 la mayor puntuación (mayor grado de satisfacción)
Identificar la percepción de la oportunidad en la atención desde la perspectiva de las entidades usuarias de la Dirección Territorial de Salud de Caldas en el año 2010	Oportunidad	Cuantitativa	1 a 5 Siendo 1 la de menor puntuación (menor grado de satisfacción) y 5 la mayor puntuación (mayor grado de satisfacción)	Califique de 1 a 5 el tiempo que tardo en recibir la información	1 a 5 Siendo 1 la de menor puntuación (menor grado de satisfacción) y 5 la mayor puntuación (mayor grado de satisfacción)

Objetivo	Variable	Tipo de variables	Escala	Pregunta en el cuestionario	Respuesta
Determinar la satisfacción con la claridad con que las entidades usuarias reciben la información suministrada por la Dirección Territorial de Salud de Caldas para el año 2010	Claridad	Cuantitativa	1 a 5 Siendo 1 la de menor puntuación (menor grado de satisfacción) y 5 la mayor puntuación (mayor grado de satisfacción)	Califique de 1 a 5 la claridad de la información recibida	1 a 5 Siendo 1 la de menor puntuación (menor grado de satisfacción) y 5 la mayor puntuación (mayor grado de satisfacción)
Evaluar la percepción de la calidad en la prestación del servicio y cumplimiento de los estándares	Calidad	Cuantitativa	1 a 5 Siendo 1 la de menor puntuación (menor grado de satisfacción) y 5 la mayor puntuación (mayor grado de satisfacción)	Califique de 1 a 5 la calidad de la información recibida	1 a 5 Siendo 1 la de menor puntuación (menor grado de satisfacción) y 5 la mayor puntuación (mayor grado de satisfacción)
Determinar la percepción de la suficiencia con que las entidades usuarias reciben la información suministrada por la Dirección Territorial de Salud de Caldas para el año 2010	Suficiencia	Cuantitativa	1 a 5 Siendo 1 la de menor puntuación (menor grado de satisfacción) y 5 la mayor puntuación (mayor grado de satisfacción)	Califique de 1 a 5 la suficiencia de la información recibida	1 a 5 Siendo 1 la de menor puntuación (menor grado de satisfacción) y 5 la mayor puntuación (mayor grado de satisfacción)

5.8 SISTEMA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se utilizó el medio telefónico para realizar la aplicación de la encuesta, para esto se destinó una línea telefónica celular con tiempo ilimitado para asegurar el éxito de la comunicación; para la recolección de la información se utilizó una matriz en Excel que se diligenció en el momento de realizar la encuesta en los 27 municipios del departamento de Caldas, se realizaron 2 encuestas por cada municipio, sin embargo para los municipios de Aguadas, la Dorada, Marquetalia y Palestina solo se pudo realizar una sola encuesta debido a dificultades en la comunicación y poca colaboración del personal indicado para responder a dicha solicitud. En total se realizaron 50 encuestas.

5.9 PROCESAMIENTO DE DATOS

Se utilizó un aplicativo de Excel para el diseño de la base de datos, el procesamiento y el análisis de la información. Para la edición del texto del informe final se utilizó el programa Microsoft Word, para el diseño de gráficos y tablas dinámicas el programa Microsoft Excel y para la socialización y presentación el programa de Power Point.

5.10 PLAN DE ANÁLISIS

El análisis de la información se realizó clasificando la misma de acuerdo con:

- El componente de calidad evaluado (calidad - suficiencia - claridad - oportunidad - accesibilidad)
- El tipo de entidad encuestada (Empresas Sociales del Estado – Direcciones Locales de Salud y Alcaldía de cada municipio)

Basado en la información suministrada por las personas encuestadas, se procedió a analizar y cuantificar los datos recolectados para confrontarla con la información histórica, el marco conceptual, el marco de referencia y el marco legal, para finalmente plantear las correspondientes observaciones, conclusiones y recomendaciones que den respuesta al problema formulado.

6. RESULTADOS Y CONCLUSIONES

6.1 CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN

6.1.1 Caracterización de la población por cargo. Muestra el cargo de los entrevistados para medir la satisfacción de las DLS y ESE de los municipios de Caldas, en servicios relacionados con solicitud de información a la Dirección Territorial de Salud de Caldas 2010.

Tabla 4. Cargo de los encuestados

Grupo Cargo	Total	%
Aseguramiento	1	2,0%
Epidemiología	3	6,0%
SAC	1	2,0%
Salud Pública	27	54,0%
Secretario de Despacho	18	36,0%
Total general	50	100%

Fuente: Encuesta trabajo de grado

En la tabla 1 se describen los cargos de la población encuestada donde se puede observar que, 54% correspondiente a 27 funcionarios del total de la población corresponden a cargos relacionados con salud pública, entre los que se encuentran: Coordinador del Plan Local de Salud Pública, Coordinador Salud Pública, Coordinador Programas Salud Sexual, Reproductiva y AIEPI, Jefe de la Unidad de Salud Pública, Vigilancia en Salud Pública.

Se encuestaron 18 secretarios de Despacho correspondientes a 36% de la población, entre los cuales se encontraron para algunos municipios: Secretario de Gobierno, Secretario de Asuntos Sociales y Secretario de Desarrollo Social

encargados de asumir las funciones correspondientes a salud. El resto de la población corresponde a los cargos de aseguramiento correspondientes al 2%, Epidemiología con el 6% y Coordinador del Servicio de Atención a la Comunidad con el 2%.

6.1.2 Caracterización de la población por municipio. Se caracteriza la población objeto; es decir, los 27 municipios pertenecientes al departamento de Caldas, para los cuales se encuestaron a dos personas por municipio; sin embargo en el municipio de Aguadas, La Dorada, Palestina y Marquetalía sólo se realizó una encuesta, ya que no fue posible la comunicación con el funcionario; lo que arrojó un total de 50 encuestas realizadas.

En cuanto a los municipios que solicitaron información a la Dirección Territorial de Salud de Caldas en los últimos tres meses, se encontró que 44 dependencias de los 27 Municipios encuestados solicitaron información, y que sólo 6 dependencias no habrían solicitado o establecido comunicación en los últimos tres meses.

6.2 CARACTERIZACIÓN POR VARIABLES SOLICITUD DE INFORMACIÓN

6.2.1 Caracterización de acuerdo a las dependencias a las cuales se les solicitó información. Dependencias a las cuales se solicitó información por última vez para medir la satisfacción de las Empresas Sociales del Estado, DLS y Alcaldías de los municipios de Caldas, en servicios relacionados con solicitud de información a la Dirección Territorial de Salud de Caldas 2010.

Tabla 5. Dependencias a las cuales se solicitó información por última vez.

Ultima	Total	%
Aseguramiento	15	30%
Despacho	1	2%
Epidemiología	5	10%
Prestación de Servicios	3	6%
Régimen Subsidiado	1	2%
Sac	1	2%
Salud Pública	22	44%
Todas	2	4%
Total general	50	100%

Fuente: Encuesta trabajo de grado

En la tabla 2 se muestran las dependencias a las cuales se solicitó información por última vez, se observa que 44% corresponde al área de salud pública, seguida por aseguramiento con 30%, epidemiología con 10%, todas las dependencias con 4% y el resto, como lo son Despacho, prestación de servicios, régimen subsidiado, coordinador del servicio de atención a la comunidad corresponde al 12%. Los hallazgos encontrados se correlacionan con la descripción de las actividades de la institución y con las funciones principales de la Secretaria de Salud, a las dependencias de Aseguramiento y Salud Pública.

6.2.3 Caracterización por medios utilizados para la solicitud de información a la Dirección Territorial de Salud de Caldas. Presenta los medios utilizados por las ESE, DLS y alcaldías de los municipios de Caldas para acceder en servicios relacionados con solicitud de información a la Dirección Territorial de Salud de Caldas 2010.

Tabla 6. Medios utilizados para la solicitud de información a la Dirección Territorial de Salud de Caldas.

Medios	Total	%
Correo Físico	16	30%
Cuenta de Fax	3	6%
Presencial	8	15%
Teléfono	22	42%
Correo Electrónico	4	8%

Fuente: Encuesta trabajo de grado

Se muestra en la tabla 3 los medios utilizados por las ESE, DLS Y alcaldías de los municipios de Caldas, para solicitar la información a la Dirección Territorial de salud de Caldas; evidenciándose que el medio más utilizado es el telefónico con un porcentaje del 42%, seguido por el correo físico con 30%, el presencial con un 15% y el resto como lo son el fax y correo electrónico con el 14%.

Dichos hallazgos permiten ver como aún no se utilizan los medios electrónicos como el correo y el fax como un mecanismo eficaz para acceder a la información, y como aún no se entiende que dichos medios proporcionan cobertura a regiones donde la comunicación por redes terrestres es prácticamente imposible, o sumamente costosa, además de permitir la aceleración de los tiempos de trabajo y el contacto permanente. Por el contrario, entonces, se evidencia el teléfono y el medio presencial como los recursos más usados para la comunicación, lo que hace ver que aún no ha cambiado la dinámica ante estas formas de comunicación.

6.3 CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN POR PERCEPCIÓN DE SATISFACCIÓN

6.3.1 Accesibilidad según el cargo del encuestado. Analiza la caracterización de la percepción de accesibilidad según el cargo del encuestado, para medir la satisfacción de las ESE, DLS y alcaldías de los municipios de Caldas, en servicios relacionados con solicitud de información a la Dirección Territorial de Salud de Caldas 2010.

Tabla 4. Percepción de accesibilidad según cargo del encuestado.

Accesibilidad												
	1		2		3		4		5		Total	Total
Grupo Cargo	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Aseguramiento									1	100	1	100
Epidemiología					1	33,33	2	66,67			3	100
Sac									1	100	1	100
Salud Pública			1	3,70	4	14,81	15	55,56	7	25,93	27	100
Secretario de Despacho	2	11,11	4	22,22	4	22,22	8	44,44			18	100
Total general	2	4,00	5	10,00	9	18,00	25	50,00	9	18,00	50	100

Fuente: Encuesta trabajo de grado

La tabla 4 muestra como para el grupo de salud pública con 27 funcionarios encuestados y con un porcentaje de 55%, y secretarios de despacho con 18 funcionarios encuestados y con un porcentaje de 44%, la accesibilidad a la información tuvo una calificación de 4, lo que supone mayor percepción de satisfacción en estas dependencias en cuanto a la accesibilidad a la información que presenta la Dirección Territorial de Salud de Caldas a los usuarios.

Los hallazgos muestran que la variable de accesibilidad, según los grupos cargos, presenta una calificación alta y supone mayor grado de satisfacción para los usuarios de la Dirección Territorial de Salud de Caldas en cuanto al acceso y a la respuesta a solicitudes de información.

Solo dos funcionarios correspondientes al grupo de Secretario de Despacho calificaron en 1; es decir, en menor grado de satisfacción el acceso a las solicitudes de información suministradas por la Dirección Territorial de Salud de Caldas.

6.3.2 Oportunidad según el cargo del encuestado. Caracterización de la percepción de oportunidad según el cargo del encuestado para medir la satisfacción de las ESE, DLS y alcaldías de los municipios de Caldas, en servicios relacionados con solicitud de información a la Dirección Territorial de Salud de Caldas 2010.

Tabla 5. Percepción de Oportunidad según el cargo del encuestado

Oportunidad	1		2		3		4		5		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Aseguramiento							1	100			1	100
Epidemiología					1	33,33	2	66,67			3	100
Sac									1	100	1	100
Salud Pública			1	3,70	6	22,22	13	48,15	7	25,93	27	100
Secretario de Despacho	3	16,67	3	16,67	4	22,22	8	44,44			18	100
Total general	3	6,00	4	8,00	11	22,00	24	48,00	8	16,00	50	100

Fuente: Encuesta trabajo de grado

La tabla 5 muestra la percepción de la oportunidad que tienen los usuarios en la solicitud de información suministrada por la Dirección Territorial de Salud de Caldas, en el cual los funcionarios pertenecientes al grupo de salud pública y secretarios de despacho calificaron entre 3 y 4 con un porcentaje de 70% y 66% respectivamente, la oportunidad a la información. Se determina que la percepción de satisfacción para la variable de Oportunidad fue calificada en los rangos 3 y 4 con 22% y 48% respectivamente, y solo para 3 usuarios pertenecientes al grupo de secretario de despacho la calificación fue de 1.

Estos hallazgos demuestran un grado alto de satisfacción de las ESE, DLS y alcaldías de los municipios de Caldas, en cuanto a la oportunidad con la que la Dirección Territorial de Salud de Caldas responde a las solicitudes de información.

6.3.3 Claridad según el cargo del encuestado. Caracterización de la percepción de claridad según el cargo del encuestado para medir la satisfacción de las ESE, DLS y alcaldías de los municipios de Caldas, en servicios relacionados con solicitud de información a la Dirección Territorial de Salud de Caldas 2010.

Tabla 6. Percepción de Claridad según el cargo del encuestado.

Claridad	1		2		3		4		5		Total		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%		
Aseguramiento							1	100					1	100
Epidemiología							3	100					3	100
Sac									1	100			1	100
Salud Pública			1	3,70	4	14,81	12	44,44	10	37,04			27	100
Secretario de Despacho	2	11,11	2	11,11	1	5,56	10	55,56	3	16,67			18	100
Total general	2	4,00	3	6,00	5	10,00	26	52,00	14	28,00	50	100		

Fuente: Encuesta trabajo de grado

Según la tabla 6, en cuanto a la variable claridad según el cargo del encuestado, se evidencia una calificación de 4 con 55% para los Secretarios de Despacho y 44% para el grupo de Salud Pública. En calificaciones entre 1 y 2 se encuentra el secretario de despacho con un porcentaje de 11%.

Los resultados generales de la tabla determinan un 80% de satisfacción con una calificación entre 4 y 5, en cuanto a la claridad con que la Dirección Territorial de Salud de Caldas responde a las solicitudes de información requeridas por las ESE, DLS y alcaldías de los Municipios de Caldas.

6.3.4 Calidad según el cargo del encuestado. Caracterización de la percepción de calidad según cargo del encuestado para medir la satisfacción de las ESE, DLS y alcaldías de los municipios de Caldas, en servicios relacionados con solicitud de información a la Dirección Territorial de Salud de Caldas 2010.

Tabla 7. Percepción de calidad según cargo del encuestado.

Calidad										
Grupo Cargo	2		3		4		5		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Aseguramiento							1	100	1	100
Epidemiología			1	33,33	2	66,67			3	100
Sac							1	100	1	100
Salud Pública			3	11,11	16	59,26	8	29,63	27	100
Secretario de Despacho	3	16,67	1	5,56	11	61,11	3	16,67	18	100
Total general	3	6,00	5	10,00	29	58,00	13	26,00	50	100

Fuente: Encuesta trabajo de grado

La tabla 7 indica la variable de calidad según el cargo del encuestado, que para el grupo de los secretarios de despacho la calificación fue de 4 con 61% y al mismo

tiempo una calificación baja de 2 con 16%; el grupo de salud pública con una calificación de 4 y un porcentaje de 59%.

Estos hallazgos indican que la percepción de calidad en la solicitud de información, para la mayoría de los usuarios se encuentra en una buena calificación (entre 4 y 5), con un porcentaje de satisfacción de 84%

6.3.5 Suficiencia según el cargo del encuestado. Caracterización de la percepción de Suficiencia según el cargo del encuestado para medir la satisfacción de las ESE, DLS y Alcaldías de los municipios de Caldas, en servicios relacionados con solicitud de información a la Dirección Territorial de Salud de Caldas 2010.

Tabla 8. Percepción de Suficiencia según el cargo del encuestado.

Suficiencia												
	1		2		3		4		5		Total	
Grupo Cargo	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Aseguramiento									1	100	1	100
Epidemiología					2	66,67	1	33,33			3	100
Sac									1	100	1	100
Salud Pública			1	3,70	7	25,93	13	48,15	6	22,22	27	100
Secretario de Despacho	2	11,11	2	11,11	5	27,78	8	44,44	1	5,56	18	100
Total general	2	4,00	3	6,00	14	28,00	22	44,00	9	18,00	50	100

Fuente: Encuesta trabajo de grado

Según la tabla 8, en cuanto a la variable de suficiencia según el cargo del encuestado, se presenta 44% para el grupo de Secretario de Despacho y 48% obtenido por el grupo de Salud Pública con una calificación de 4 para ambos grupos. Con un porcentaje menor se calificó la suficiencia por el grupo de secretario de despacho con el 22% en calificaciones entre 1 y 2.

Los resultados generales de la tabla para medir la percepción de la suficiencia según el cargo del encuestado determina que, 62% con una calificación entre 4 y 5 por parte de las ESE, DLS y alcaldías de los municipios de Caldas, presentan un grado alto de satisfacción en cuanto a la suficiencia con que la Dirección Territorial de Salud de Caldas responde a las solicitudes de información.

CONCLUSIONES

Se aplicó el instrumento a los 27 municipios pertenecientes al departamento de Caldas para un total de 50 encuestas realizadas, de las cuales, según los datos obtenidos en la medición del servicio relacionado con solicitud de información a la Dirección Territorial de Salud de Caldas, se evidencia que existen diferentes niveles de percepción de la satisfacción de los usuarios con respecto a las variables planteadas; dichas variables a medir como lo fue la accesibilidad, oportunidad, claridad, calidad y suficiencia, obtuvieron calificaciones entre 4 y 5, lo que demuestra un alto nivel de satisfacción de las instituciones usuarias que solicitan información a la Dirección Territorial de salud de Caldas.

Analizar la percepción de satisfacción en los diferentes servicios de salud permite reconocer la importancia de adaptarse a las necesidades y exigencias de los usuarios con el fin de brindar un servicio que esté en permanente retroalimentación y que permita lograr un desempeño efectivo de las instituciones.

RECOMENDACIONES

Se muestra conveniente reforzar los medios electrónicos como una herramienta eficiente para las solicitudes y respuestas de información de los usuarios, tales como el correo electrónico y el fax, ya que estos permiten mejorar la eficiencia de los servicios de información.

Según los resultados obtenidos, se evidenció una insatisfacción de aproximadamente 10% para los grupos cargo de salud pública y secretarios de despacho de los diferentes municipios de Caldas, para lo cual se recomienda incentivar y fortalecer las estrategias de comunicación con las cuales estos usuarios encuentren mejores respuestas a dichas solicitudes, permitiendo mejorar la atención y el servicio por parte de todos los funcionarios de la DTSC.

La Dirección Territorial de Salud de Caldas, como el principal ente que brinda información y apoyo a las diferentes instituciones de salud del departamento de Caldas, deberá fortalecer los diferentes componentes evaluados en este trabajo, de tal forma que le permitan cumplir con el buen funcionamiento del servicio y conservar su imagen institucional.

BIBLIOGRAFÍA

BERRY, Thomas. Cómo gerenciar la transformación hacia la calidad total. Mc Graw Hill, 1996.

GOBERNACIÓN DE CALDAS. Decreto 00422 de 2002. Por medio del cual se expiden los Estatutos de la Dirección Territorial de Salud de Caldas. Publicado en: Gaceta Departamental de Caldas N° 6187- mayo 30 de 2002.

KERGUELEN BOTERO, Carlos Alfonso. Calidad en salud en Colombia, los principios. Bogotá DC: Ministerio de la Protección Social, 2008. 233 p. ISBN 978-958-8361-49-9.

MAYA MEJÍA, José María. La promoción de la salud: una necesidad que no debe mitificarse. En: Revista CES Odontología, 1995. vol. 8, no. 2.

MEJÍA GARCÍA, Braulio. Auditoria médica para la garantía de la calidad. Santafé de Bogotá: Ecoe Ediciones, 1997.

ORTÍZ ESPINOSA, Rosa María; MUÑOZ JUÁREZ, Sergio y TORRES CARREÑO, Erick. Satisfacción de los usuarios de 15 hospitales de Hidalgo, México. En: Revista española de salud pública versión impresa, v. 78, no.4, Madrid, julio-agosto, 2004, ISSN 1135-5727.

PALACIO TAMAYO, Luis Fernando. Manual de legislación en salud y seguridad social. Sistema Obligatorio de la Garantía de Calidad (SOGC), 2005.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. Congreso de la República. Ley 23 de 1981. Por lo cual se dictan normas en Materia de Ética Médica.

_____. Ley 10 de 1990. Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones.

_____. Ley 60 de 1993. Por la cual se dictan normas orgánicas sobre la distribución de competencias de conformidad con los artículos 151 y 288 de la Constitución Política y se distribuyen recursos según los artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones.

_____. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

_____. Decreto 1757 de 1994. Por el cual se organizan y establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el numeral 11 del artículo 4o del Decreto Ley 1298 de 1994. Publicado en el Diario Oficial No. 41.477, del 5 de agosto de 1994. Nota de Vigencia: Decreto aclarado por el Decreto 1616 de 1995.

_____. Decreto 2174 de 1996. Por el cual se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Publicado en Diario Oficial No. 42.931, del 3 de diciembre de 1996. Nota de Vigencia: Derogado por el Decreto 2309 de 2002.

_____. Ley 715 de 2001. Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. Fecha de expedición: diciembre 21 de 2001. Fecha de entrada en vigencia: diciembre 21 de 2001. Publicado en Diario Oficial 44654 del 21 de diciembre de 2001.

_____. Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Reglamentada parcialmente por el Decreto Nacional 313 de 2008, Modificada por el art. 36, Decreto Nacional 126 de 2010, en lo relativo a las multas

REPÚBLICA DE COLOMBIA. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 415 de 2009. Por medio del cual se modifica la forma y condiciones de operación del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Publicado en Diario Oficial N° 47476 de 18 de septiembre de 2009.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Decreto 77 de 1987. Por el cual se expide el Estatuto de Descentralización en beneficio de los municipios. Publicado en Diario Oficial No. 37757 de 15 de enero de 1987

REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ministerio de la Protección Social. Decreto 2309 de 2002. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

_____. Decreto 3039 de 2007. Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Publicado en Diario Oficial N° 46716 el 10 de Agosto de 2007

_____. Decreto 4747 de 2007. Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones. Publicado en el Diario Oficial 46835 de diciembre 07 de 2007.

_____. Resolución 3042 de 2007. Por la cual se reglamenta la organización de los Fondos de Salud de las Entidades Territoriales, la operación y registro de las

cuentas maestras para el manejo de los recursos de los Fondos de Salud y se dictan otras disposiciones. Publicada en Diario Oficial N° 46742 de 5 de septiembre de 2007.

_____. Resolución 0425 de 2008. Por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales. Publicada en Diario Oficial N° 46902 de 14 de febrero de 2008.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ministerio de Salud. Resolución No. 5261 de 1994. Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

REVISTA ANUARIO DE INVESTIGACIONES. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, 2007, vol. 14.

RIVEROS SUDY, Jorge y BERNE MANERO, Carmen. Estudio de la satisfacción en servicios públicos de salud. Caso de un hospital del sur de Chile. Universidad de Zaragoza (España). Ponencia presentada en el marco del proyecto de investigación S 2003-68 de la Dirección de Investigación de la Universidad Austral de Chile.

RODRÍGUEZ, William. Salud. ¿Cómo organizar la calidad? Ministerio del Trabajo y seguridad Social, Instituto de Seguros Sociales, Colombia, 1996.

VERGEL G., Julio Cesar. Estándares de acreditación para Direcciones Territoriales de Salud. En: Revista Calidoscopio, una mirada a la calidad de la salud, 2008, vol. 7.

Consultas Web

GLOSARIO DE CALIDAD EN SALUD. Recuperado de:
www.bvs.org.ar/pdf/calidadensalud.pdf

GONZALEZ, Alexis. Fuentes de información y los datos de la investigación. Recuperado el 12 de julio de 2010 de:
<http://www.unimar.eduve/gonzalesalexis/tesis.web>.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS. Sistema Único de Acreditación en Salud. Recuperado el 12 de julio de 2010 de:
[http://www.acreditacionensalud.org.co/\)](http://www.acreditacionensalud.org.co/)

MÁRQUEZ PARIENTE, Sol y AUCASSI ROJAS, Marcelino. Calidad de atención en servicios de salud. Recuperado en diciembre de 2010 de:
<http://usuarios.lycos.es/enfermeriaperu/gesenfer/calidatenserv1.htm>.

MELÉNDEZ HERNÁNDEZ, Edelsys. Cómo escribir una tesis. Escuela Nacional de Salud Pública, 2006. Recuperado el 12 de julio de 2010 de:
http://files.sld.cu/rehabilitacion/files/2010/09/como_escribir_tesis-06.pdf

PALLARES, María. La flecha - tu diario de ciencia y tecnología. Proactividad, ¿qué es? Recuperado el 12 de julio de 2010 de:
http://www.laflecha.net/articulos/empresas/que_es_proactividad?page=1.

PROFAMILIA. Afiliación al sistema nacional seguridad en salud: niveles, percepciones y uso de servicios. Recuperado el 10 de mayo de 2010 de:
www.profamilia.org.co/encuestas/02consulta/14sistema/01afiliacion.html

ROJAS RODRÍGUEZ, Milvia Socorro. Nivel de satisfacción social del trabajo de los enfermeros emergentes del hospital clínico quirúrgico. Ciudad Habana. Recuperado de: [http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.9.\(3\)_09/p9.html](http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.9.(3)_09/p9.html)

TAFUR, Luis Alberto, M.D. Controversia a la reforma de la Ley 100 de 1993, Ley 1122 de enero de 2007. Recuperado en julio de 2009 de: colombiamedica.univalle.edu.co/Vol38No2/html/v38n2a2.html

http://www.calidadensalud.org.ar/index.php?option=com_content&task=view&id=17&Itemid=38

<http://files.sld.cu/sccs/files/2010/04/educacion-en-el-trabajo5.pdf> Sociedad Cubana de Ciencias de la Salud

www.herramientasparapymes.com/%C2%BFcomo-medir-la-satisfaccion-del-cliente-parte-i

www.pueblos-espana.org/castilla+y+leon/soria/deza/foro-tema/62692

www.saluddecaldas.gov.co

<http://es.wikipedia.org/wiki/Calidad>. Calidad. Consultado el 12 de julio de 2010