

Nº 8
Abril-junio
de 2014

REVISTA DE GESTIÓN, SALUD Y TRABAJO

1 Principales glosas generadas en el hospital San Vicente de Arauca durante el año 2011

2 Calidad del ingreso al programa de control prenatal a las usuarias de la unidad básica Loma de Bolívar, en el período de octubre de 2012 a marzo de 2013

3 Evaluación del programa de clima organizacional en la IPS Somefyr Ltda. de la ciudad de Cúcuta en el período comprendido entre el II semestre de 2012 y el II semestre de 2013

4 Adherencia al programa de control de la hipertensión arterial a partir de variables asociadas a los factores de salud

5 Análisis de la percepción de la calidad de los servicios de salud en el primer nivel de atención

6 Niveles de satisfacción de los usuarios de la unidad renal de hemodiálisis del Hospital Universitario de Neiva Hernando Moncaleano Perdomo y la perspectiva de los funcionarios frente al servicio que prestan



UTADDEO

UNIVERSIDAD DE BOGOTÁ JORGE TADEO LOZANO
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS

Área de Posgrados en Gestión de
Servicios de Salud y Seguridad Social

estarbien



Rectora

Cecilia María Vélez White

Vicerrectora Académica

Margarita María Peña Borrero

Decano Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas

Fernando Copete Saldarriaga

Directora Área de Posgrados en Gestión
de Servicios de Salud y Seguridad Social

María Victoria Ocampo

Director de Publicaciones

Jaime Melo Castiblanco

Coordinación editorial y revisión de textos

Henry Colmenares Melgarejo

Concepto gráfico, diseño y diagramación

Luis Carlos Celis Calderón

Carta del Editor

La calidad de vida ha sido un tema de alta relevancia en todas las sociedades, siendo su comprensión y concepción debatidas desde tiempos antiguos; sin embargo, el relacionarlo con el concepto de salud, aunque pareciera evidente, tiene un enfoque relativamente nuevo.

Como lo afirma Gro Harlem Brundtland, directora general emérita de la OMS, “La vida saludable es resultado del desarrollo sostenible y a la vez es un medio poderoso para conseguirlo”, lo que pone de manifiesto que la salud y el desarrollo se hayan directamente relacionados, y por tanto, la posibilidad de que todos los seres humanos desarrollen capacidades que les permitan ser y hacer lo que desean, impacta positivamente en la condición de salud de la población.

Sin embargo, evaluar cómo es la calidad de vida y la salud de una persona, resulta bastante dificultoso, dado que ellas, son reflejo, tanto, de las percepciones subjetivas que hace el individuo, como de las estructuras e interrelaciones que se tienen con un entorno objetivo, las cuales se hayan mediadas por su historicidad.

Lo anterior dado que, salud y calidad de vida son el resultado de la intercepción de condiciones sectoriales, tales como el acceso oportuno, seguro y continuo a infraestructuras y servicios que requiere cada individuo para mantener o recuperar su salud, y de factores intersectoriales que le permitan a cada ser humano, y a la sociedad, acceder a condiciones sociales que le faciliten el cumplir con su proyecto vital, tales como buena vivienda, educación de calidad, trabajo digno, y recreación y ocio, entre otras.

El reto de compaginar estas dos grandes dimensiones es el desafío que enfrentan los nuevos gerentes y auditores que laboran en el sector salud; es decir, el horizonte de sentido de los dirigentes de las instituciones y empresas de salud es comprender la salud como el mejor sendero para garantizar la calidad de vida de la sociedad sobre la que sus acciones impactan.

El presente número de la revista E+B busca aportar a este desafío, mediante la divulgación de seis artículos, producto de los trabajos de investigación de alumnos de la Especialización en Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud de las ciudades de Bogotá, Cúcuta y Neiva. Los contenidos de los mismos van desde temas de percepción de los servicios, hasta análisis de las glosas presentadas en una institución de salud. Esperamos que la lectura de estos aporte positivamente a su ejercicio profesional y personal.

Giovanni Jiménez
Profesor asociado II
Especialización en Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud

Contenido

1 Principales glosas generadas en el hospital San Vicente de Arauca durante el año 2011	4
2 Calidad del ingreso al programa de control prenatal a las usuarias de la unidad básica Loma de Bolívar, en el período de octubre de 2012 a marzo de 2013	18
3 Evaluación del programa de clima organizacional en la IPS Somefyr Ltda. de la ciudad de Cúcuta en el período comprendido entre el II semestre de 2012 y el II semestre de 2013	26
4 Adherencia al programa de control de la hipertensión arterial a partir de variables asociadas a los factores de salud	50
5 Análisis de la percepción de la calidad de los servicios de salud en el primer nivel de atención	62
6 Niveles de satisfacción de los usuarios de la unidad renal de hemodiálisis del Hospital Universitario de Neiva Hernando Moncaleano Perdomo y la perspectiva de los funcionarios frente al servicio que prestan	76

Principales glosas generadas en el hospital San Vicente de Arauca durante el año 2011

Javier Domingo Luna González*

Carmen Yaneth Velandia Moliniva**

Catalina Beltrán Cogollos***

Rubiela Mejía González****

Resumen

El objetivo de esta investigación es identificar las principales glosas generadas durante el año 2011 en el hospital San Vicente de la ciudad de Arauca (Arauca), la metodología utilizada fue un estudio cuantitativo descriptivo, los datos fueron obtenidos de las áreas de auditoría, facturación y cartera, y se agruparon por trimestre; una vez revisadas las glosas se procedió a clasificarlas en nueve grupos, conformados los grupos se totalizaron las glosas, ya con esta información se realizó una evaluación para lograr establecer cuál era el grupo con mayor incidencia; en el área de facturación de acuerdo a los grupos seleccionados se procedió a determinar la cantidad de recurso que representan estas glosas para la institución. Al finalizar el proceso se pudo determinar que la principal glosa generada son las representadas por las

* Bacteriólogo. Especialización Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud – Cúcuta. Universidad Jorge Tadeo Lozano.

** Terapeuta Respiratoria. Especialización Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud – Cúcuta. Universidad Jorge Tadeo Lozano.

*** Bacterióloga. Especialización Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud – Cúcuta. Universidad Jorge Tadeo Lozano.

**** Bacterióloga. Especialización Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud – Cúcuta. Universidad Jorge Tadeo Lozano.

facturas sin soportes las cuales representa la mayor pérdida, seguida de los grupos de soportes de imágenes diagnósticas y facturas sin autorización, estos tres representan el 58 % del valor total de la glosa de este año.

Palabras clave: glosa, factura, soporte, área de auditoría, área de facturación, cartera.

Abstract

The objective of this research is identify the main glosses generated during 2011 in San Vicente Hospital in Arauca city. The methodology used in this research was a quantitative, descriptive study. Data collected come from three different sources. 1) The auditory area. 2) Invoicing and, 3) portfolio. These were group for trimester. The glosas were review and these were classifying in 9 groups. After the glosas were totalized the information was use to do an evaluation and found which was the group more affected. At the end it was determined that the main gloss generated is represented by unsupported invoices which represent the greatest loss. The second cause is the support groups of diagnostic images and bills without permission; these represent the 58 % in the total glosas in 2011.

Key words: glosas, bills, support, auditory area, invoicing area, portfolio.

Introducción

Hoy en día las entidades prestadoras de servicios de salud se han visto enfrentadas a nuevos retos y esquemas de administración tendientes a desarrollar modelos eficientes que les permitan ser autosuficientes y que se les den la oportunidad de interactuar en el mercado ofreciendo buenos servicios, cumpliendo con los principios que deben regir las empresas sociales del Estado (ESE) y que al mismo tiempo faciliten y demuestren su viabilidad financiera.

Es necesario fijar toda la atención en procesos como la facturación, la cual comprende: contratación hospitalaria, atención al usuario, manejo de manuales, tarifas y guías integrales, gestión de cartera, indicadores de gestión, auditoría de cuentas médicas y sistemas de información y centros de costo.

En la siguiente investigación se busca conocer cuáles son las principales causas que han generado las diferentes glosas en el hospital San Vicente del municipio de Arauca en el año 2011; con el fin de dárselas a conocer a las directivas de esta institución para que tomen las medidas necesarias en pro de su corrección.

Teniendo en cuenta que el proceso de facturación en el hospital San Vicente de Arauca en el 2011, constituye una fuente de información e ingreso, factores ambos necesarios y representativos para la viabilidad de la institución, se proyecta el presente trabajo de investigación con el propósito de identificar las principales causas de glosa y el porcentaje en dinero que ellas representaron para el hospital.

Uno de los principales factores responsables de las dificultades financieras que enfrentan las instituciones prestadoras de salud, especialmente las públicas, es la ausencia de procedimientos que permitan procesar la información de forma eficiente; estas dificultades resultan ser un problema mucho más complejo de lo que debiera de ser, se necesita que se desarrolle un sistema único de salud, para que cada institución prestadora de salud (IPS) no se vea avocada a seguir un procedimiento distinto para cada una, lo cual las hace vulnerables a las glosas de sus facturas.

Para las instituciones del sector de la salud la competitividad, productividad y viabilidad financiera dependen de una gestión efectiva y positiva de sus procesos, que no solo se tenga en cuenta la relación médico, paciente y afines; sino las demás actividades, entre las cuales se encuentran los procesos de facturación, gestión de cartera, auditoría de cuentas entre otros que son fundamentales para lograr satisfacer las necesidades de los usuarios.

La siguiente investigación realizada en el hospital San Vicente de Arauca el cual ha enfrentado dificultades financieras en los últimos años y cada día son más grandes. En vista de que en la actualidad no se conocen estudios que identifiquen las principales glosas que se generan en esta institución, se hace necesario realizar este estudio para establecer cuáles fueron las principales glosas que se presentaron durante el año 2011 en el HSVA y así servir de guía para generar planes que logren disminuirlas, lo que le daría lugar a un aumento en los ingresos de esta empresa social del Estado.

Facturación de los servicios de salud

La facturación de las ESE, clínicas y de los profesionales independientes de diferentes ramas de la salud hoy en Colombia es una necesidad imperante para sobrevivir en el mercado. El no preparar a los colaboradores para tener información de la organización hará que cada minuto estemos perdiendo dinero, porque los usuarios utilizan los servicios las 24 horas del día cuando prestamos asistencia de urgencia, la recomendación es que las personas estén empoderadas con los tres elementos : información, autonomía con fronteras y comunicación.

Aspectos a tener en cuenta para el éxito de la facturación

- Qué documentos se necesitan para la prestación del servicio
- Qué servicios se van a prestar
- Con qué se va a facturar
- Qué documentos se necesitan de soporte para la facturación

Los manuales de facturación nacen como una necesidad de facturar daños corporales ocasionados en los accidentes de tránsito en Colombia; es así como nace el Manual Tarifario del Decreto 2423 de 1996, mal llamado SOAT y que los actores lo tomaron para todo evento de facturación en el Sistema de Protección Social (SPS) aunque el mismo expresara que no establecía los planes de beneficios pero que se podían facturar incluso las

actividades, procedimientos e intervenciones del POS. el extinto Instituto del Seguro Social siempre sacó Acuerdos en los cuales estableció manuales tarifarios que consideró eran más claros que el Decreto 2423 de 1996, aunque tenían el inconveniente de que no se indexaban de acuerdo a lo establecido en la inflación de cada año, por lo cual esto causaba resentimiento en los actores, pero se olvidaba que estos se hacían era para el ISS que era autónomo para establecer sus tarifas según el legislador. De los más utilizados por los actores están el Acuerdo 256 de 2001 y 312 “La Ley 1231 de 2008” por la cual se unifica la factura como título valor como mecanismo de financiación para el micro, pequeño y mediano empresario, y se dictan otras disposiciones”, hace referencia a un comprador o beneficiario del servicio y a un vendedor o prestador del servicio, en algunos de sus apartes hace alusión a el obligado”.(Seminario que y como Facturar).

“La Ley 1231 de 2008 “por la cual se unifica la factura como título valor como mecanismo de financiación para el micro, pequeño y mediano empresario, y se dictan otras disposiciones”, hace referencia a un comprador o beneficiario del servicio y a un vendedor o prestador del servicio, en algunos de sus apartes hace alusión a “el obligado”. En la relación que se establece en el sector salud el beneficiario del servicio es el afiliado y no la entidad obligada a asumir el pago por la prestación del servicio (EPS o Entidad Territorial, entre otros) Dentro del Sistema de Seguridad Social en Salud, implementado a raíz de la expedición de la Ley 100 de 1993, la

Institución Prestadora de Servicios de Salud no está facultada para librar y entregar o remitir al beneficiario del servicio, en este caso el paciente, la factura de que trata la Ley 1231 de 2008 en los términos allí definidos. La misma debe ser librada y entregada o remitida a la entidad obligada al pago (EPS o Entidad Territorial, entre otros) quien es la única que debe aceptarla de manera expresa, precisión que no establece la Ley 1231 por cuanto esta aceptación se radica en el beneficiario del servicio.

Así las cosas y ante la falta de claridad de la norma frente a los sujetos que participan en la relación en el sector salud y con el fin de no generar confusión en dicha relación, se deben continuar aplicando las normas que se han expedido específicamente para este sector:

La Ley 1122 de 2007 en la cual, entre otros aspectos, se regula la relación existente entre responsables del pago y prestadores de servicios de salud, la cual está definida en el artículo 13 de dicha norma, en especial, el literal d), en cuanto atañe a las entidades promotoras de salud (EPS) de ambos regímenes. Dicha disposición regula, entre otros, el tiempo de pago de conformidad con la modalidad contractual que se adopte y el trámite en el caso de formulación de glosas.

El 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”, en la parte pertinente, dispone:

Artículo 21. Soportes de las facturas de prestación de servicios. Los prestadores de servicios de salud deberán presentar a las entidades responsables de pago, las facturas con los soportes que, de acuerdo con el mecanismo de pago, establezca el Ministerio de la Protección Social. La entidad responsable del pago no podrá exigir soportes adicionales a los definidos para el efecto por el Ministerio de la Protección Social.

Artículo 22. Manual Único de Glosas, Devoluciones y Respuestas. El Ministerio de la Protección Social expedirá el Manual Único de Glosas, Devoluciones y Respuestas, en el que se establecerán la denominación, codificación de las causas de glosa y de devolución de facturas, el cual es de obligatoria adopción por todas las entidades.

Glosas: las glosas son objeciones a las cuentas de cobro presentadas por las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), originadas en las inconsistencias detectadas en la revisión de las facturas y sus respectivos soportes, las cuales pueden determinarse al interior de la misma institución o por las entidades con las cuales se hayan celebrado contratos de prestación de servicios, tales como: empresas promotoras de salud (EPS), compañías de seguros, direcciones seccionales de salud y otras IPS.

Cuando en una cuenta de cobro se presentan inconsistencias en lo que respecta a su presentación, consolidación, aplicación de tarifas o cobertura de servicios, entre otros, la entidad contratante devolverá la cuenta a la IPS para su corrección y los prestadores de servicios de

salud, tendrán la obligación de aclarar o corregir las observaciones y dar respuesta a las mismas dentro de un plazo establecido (Decreto 4747, 2007).

Entre las glosas más comunes se encuentran: documentos sin diligenciar o mal diligenciados, documentos enmendados, inconsistencias en los soportes anexos, cobros sin la comprobación de los derechos de usuario (tarjeta, cédula, carné), falta de información estadística, errores en las liquidaciones, tarifas mal aplicadas, sumas mal realizadas, falta de la relación de pacientes, falta de documentos, prestación de servicios adicionales a los establecidos en el contrato, falta de pertinencia técnico-científica entre diagnóstico y procedimientos realizados o servicios prestados.

Las cuentas de cobro pueden glosarse total o parcialmente, dependiendo de la causa que originó la glosa; totalmente, si involucra toda la cuenta e impide la aceptación de los servicios prestados y parcialmente, cuando la glosa se realiza sobre unos servicios o procedimientos específicos, estando la entidad contratante en la obligación de aceptar y reconocer el pago de los servicios no glosados.

Presentación de glosas: para un adecuado manejo y gestión de las glosas, es necesario que en el contrato de prestación de servicios se establezcan, claramente, los requisitos y plazos para su presentación, por parte de la entidad contratante. En caso de no pactarse el plazo, se adopta el estipulado en la normatividad vigente.

La comunicación de la glosa debe contener la relación de facturas o documentos equivalentes glosados, donde se especifique: número del documento, nombre del usuario, servicio glosado y causa de la glosa. Adicionalmente, debe traer anexas las facturas o documentos equivalentes y los soportes presentados por dichos servicios

Trámite de glosas: las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de los servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en el manual único de glosas, y a través de su anotación y envío en el registro conjunto de trazabilidad de la factura cuando este sea implementado. Una vez formuladas las glosas a una factura, no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial.

El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción. En su respuesta a las glosas, el prestador de servicios de salud podrá aceptar las glosas iniciales que estime justificadas y emitir las correspondientes notas crédito, o subsanar las causales que generaron la glosa, o indicar, justificadamente, que la glosa no tiene lugar.

La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes, decidirá

si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas. Los valores por las glosas levantadas deberán ser cancelados dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, informando de este hecho al prestador de servicios de salud. Las facturas devueltas podrán ser enviadas nuevamente a la entidad responsable del pago, una vez el prestador de servicios de salud subsane la causal de devolución, respetando el período establecido para la recepción de facturas. Vencidos los términos y en el caso de que persista el desacuerdo se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos establecidos por la ley (Decreto 4747, 2007).

Evaluación de las glosas: los funcionarios designados para analizar y hacer el trámite de las glosas, deben evaluar si la glosa es o no pertinente.

- Subsanable: se enmienda completando la documentación o información requerida, realizando las correcciones necesarias o formulando las aclaraciones del caso.
- No subsanable: se procede a informar a la entidad contratante, su aceptación.
- Glosa pertinente: corresponde a aquella que es adecuadamente justificada por la entidad contratante. En este evento se procede a verificar si la causa de la glosa es o no subsanable.

Es importante y recomendable llevar un registro minucioso de las causas de glosas y hacer evaluaciones periódicas del mismo, ya que puede permitir identificar la calidad o defi-

ciencia, en algunos de los productos del área asistencial y de las unidades de facturación y cartera; fallas en los procesos técnico-administrativos y técnico-científicos que pueden ser susceptibles de mejoramiento; funcionarios, procesos y áreas críticas para la gestión de la empresa.

Respuesta de glosas: todas las glosas presentadas por las entidades contratantes, deben ser respondidas por la IPS, independientemente de que sean o no subsanables.

La omisión en la respuesta a las glosas presentadas, además de causar las sanciones previstas legalmente, evidencia una deficiencia administrativa que puede ocasionar detrimento del equilibrio económico y de la gestión de la institución. En la respuesta deben relacionarse las glosas aceptadas, el número de la factura o documento equivalente afectado, el valor y la denominación del servicio descontado; cuando haya lugar a correcciones o aclaraciones, deben anexarse los soportes pertinentes. Las glosas no aceptadas deben detallarse con sus respectivas explicaciones.

Materiales y métodos

La presente investigación se realizó en el departamento de Arauca el cual cuenta con una población de 281.435 habitantes según el Dane (2011).

En su capital, Arauca, se ubica el hospital San Vicente de Arauca, empresa social del Estado, como IPS de primer y segundo nivel de complejidad, entidad en la cual se documentó la

investigación. El municipio de Arauca cuenta con 79.531 habitantes, 67.202 en el área de cabecera municipal y 12.329 en el área rural, con un aseguramiento del 99 %.

Se realizó un estudio cuantitativo descriptivo, en el cual se analizarán experiencias donde se identificará, por parte de auditoría qué tipos de glosas se presentaron en el año 2011 por cada trimestre y se analizará también la facturación en el año mencionado con las glosas realizadas en el hospital San Vicente.

Los datos para la realización de este estudio fueron extraídos de las áreas de auditoría, facturación y cartera del hospital San Vicente, previa autorización de su director del y los respectivos coordinadores de cada área de la que se necesitó información; los datos se recolectaron de la siguiente forma:

Área de auditoría

En esta área se analizaron todas las facturas que presentaron glosas de enero a diciembre del año 2011, y se agruparon por trimes-

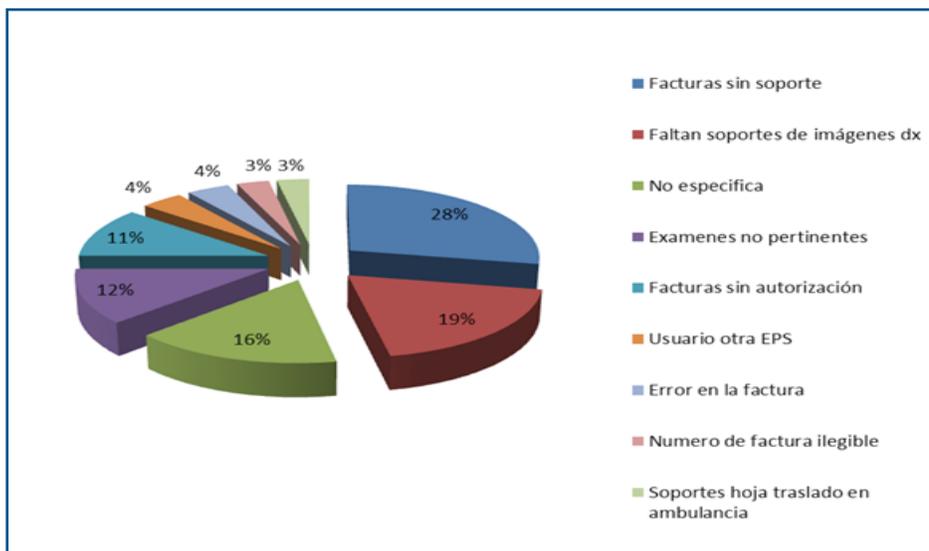
tre; una vez revisadas las glosas se procedió a clasificar en nueve grupos los principales eventos que originaron las glosas. Conformados los grupos se totalizaron las glosas, ya con esta información se realizó una evaluación para lograr establecer cuál era el grupo con mayor incidencia de presentación de glosas durante este año 2011; el tiempo que se necesitó para la recolección y clasificación de esta información fue de cinco (5) meses.

Área de facturación y cartera

En esta área de acuerdo a los grupos seleccionados se procedió a determinar la cantidad de recurso que representan estas glosas para la institución y establecer si el grupo que presentaba mayor incidencia en las glosas era el que representaba la mayor pérdida para la institución, para esto fue necesarios revisar los libros de contabilidad, donde se extrajeron los valores de ingreso de venta de servicios, y el estado de pérdidas y ganancias de la institución durante este año.

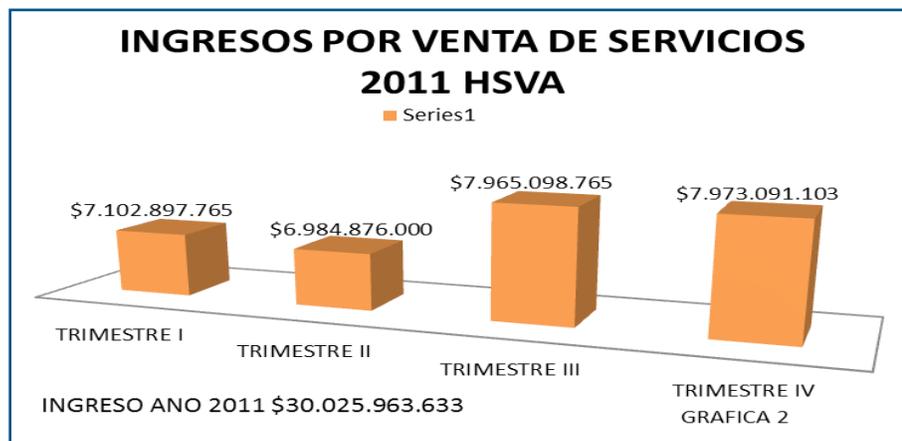
Resultados

Gráfica 1. Principales glosas generadas en el hospital San Vicente de Arauca, año 2011

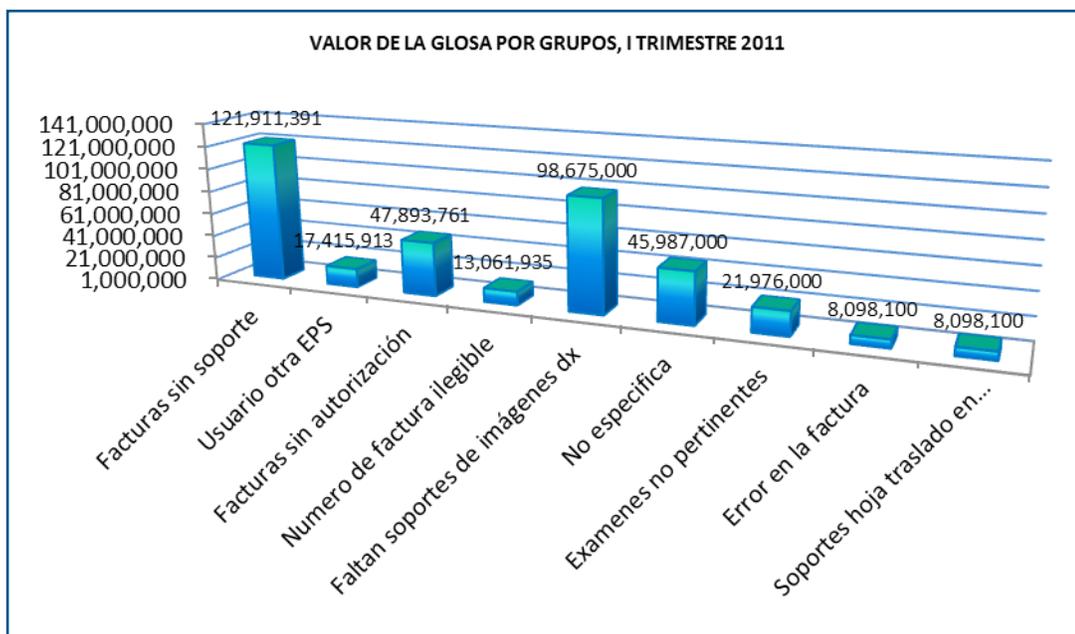


En esta gráfica podemos observar que el grupo con mayor incidencia es el de facturas sin soportes, seguido de las facturas a las que les faltan los soportes de las imágenes diagnósticas, este grupo incluye las facturas en las cuales no se anexaron las lecturas de rayos X, ecografías, tomografías, biopsias, holter, ecocardiogramas y prueba de esfuerzo. En tercer lugar tenemos el grupo denominado no específica, en este grupo se encuentran representadas las facturas que fueron glosadas con relación a concepto de glosa pero sin cantidades.

Gráfica 2. Ingresos por venta de servicios hospital San Vicente de Arauca durante el año 2011

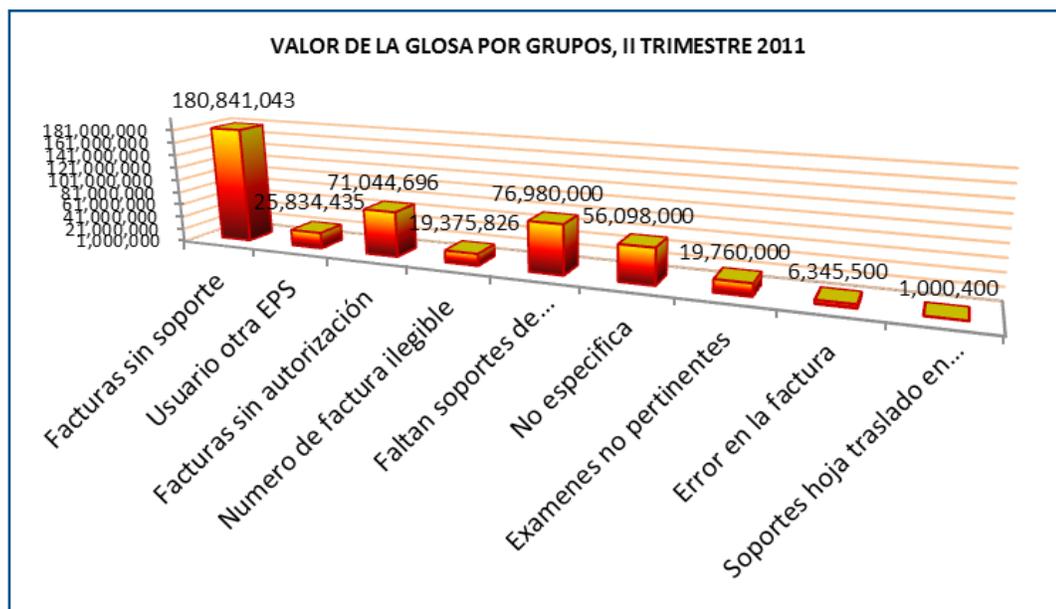


Gráfica 3. Valor de la glosa por cada grupo en el primer trimestre del año 2011



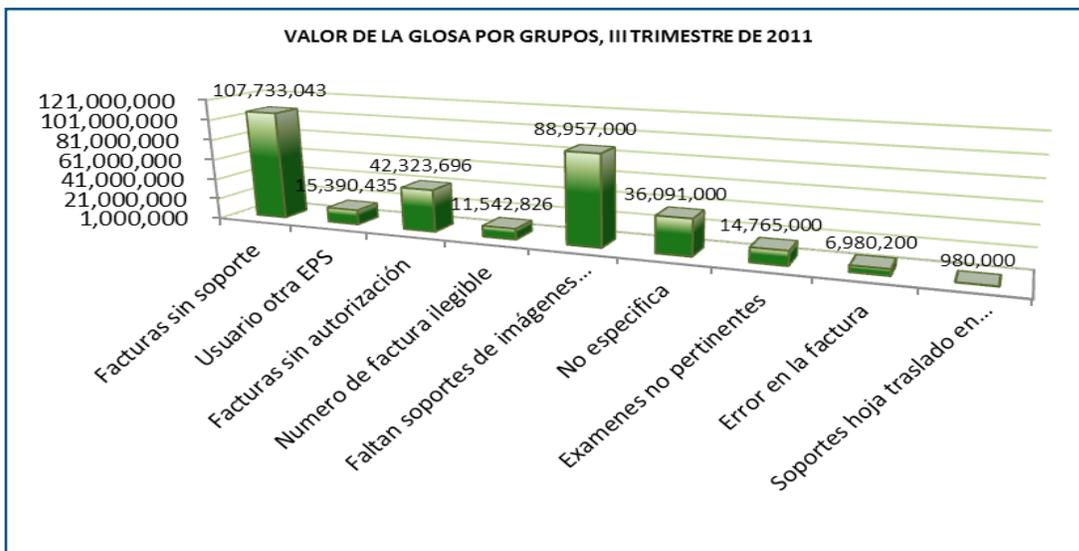
En el primer trimestre el valor total de la glosa fue de \$383'117.200, representando un 5,3 % de lo facturado durante este primer trimestre.

Gráfica 4. Valor de la glosa por cada grupo en el segundo trimestre del año 2011



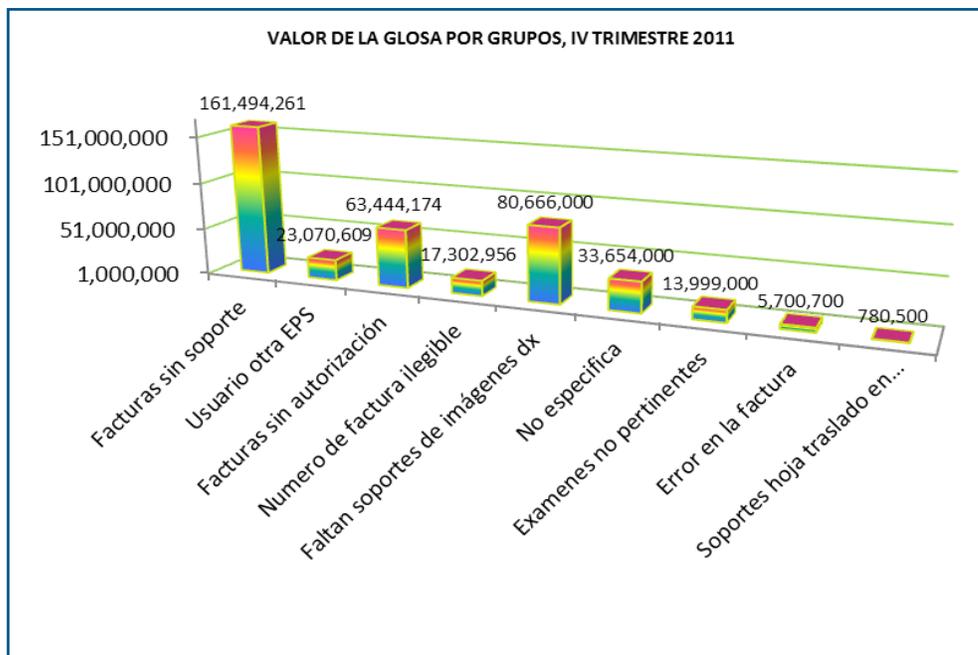
El valor total de los grupos de las glosas en este trimestre asciende a \$457'279.900, y representa un 6,5 % de lo facturado en el segundo trimestre.

Gráfica 5. Valor de la glosa por cada grupo en el tercer trimestre del año 2011



En el tercer trimestre el valor de la glosa fue de \$ 314'763.200, lo que representa un 3,9 % del valor facturado durante este trimestre.

Gráfica 6. Valor de la glosa por cada grupo en el cuarto trimestre del año 2011



En el cuarto trimestre la glosa sumó \$400'112.200, significando un 5,0 % del valor facturado en este trimestre.

Gráfica 7. Valor total de las glosas por grupos año 2011



Las facturas sin soportes representaron para la institución una glosa por un valor de \$571'859.000, seguida de las facturas a las que les hacían falta los soportes de imágenes diagnósticas con \$345'278.000, las facturas sin autorización, que aunque en el porcentaje mostrado en la gráfica 1 ocupa el quinto lugar, su valor la hace que en este caso tenga el tercer lugar con \$224'706.327.

El trimestre con mayor glosa fue el segundo, mientras que en el tercero se presentó el menor valor glosado.

El total glosado por cuenta de estos nueve grupos fue de \$1.555'272.500 para el año 2011, lo que representa el 5,2 % del total de ingresos para este mismo año.

Discusión y recomendaciones

En el estudio realizado se pudieron determinar las principales glosas generadas durante el año 2011 en el HSVA, así mismo se pudo establecer que el valor total de dichas glosas representa el 5,2 % del ingreso total del año en mención; a pesar de que este porcentaje es muy bueno no debemos olvidar que las glosas representan una pérdida para la institución. Se debe resaltar que el proceso de facturación en una institución de salud debe ser tomado como una herramienta fundamental que requiere de instrumentos técnicos como el control estadístico de procesos, y estar siempre orientada hacia un mejoramiento continuo, hay que tener en cuenta que esta sección no es independiente, al contrario, es el área donde confluyen todas las demás que integran la institución.

Dentro de la investigación se logra establecer que el grupo de facturas sin soportes representa la mayor pérdida, seguida de los grupos de soportes de imágenes diagnósticas y facturas sin autorización, estas representan el 58 % del valor total de la glosa de este año, así que implemen-

tando planes de mejoramiento para estos casos específicos se estaría solucionando en gran medida la problemática establecida.

Es necesario que una vez se establezcan los contratos con las EPS, se deje claro los soportes que acompañan la factura de cobro, ya que en la investigación se pudo evidenciar que no se deja especificado los soportes que deben acompañar a la factura y es una de las causas más frecuentes que están generando la glosa.

Se debe socializar con el personal de recepción y facturación los tipos de requisitos que se establecen en dichos contratos, para que el área de recepción de pacientes sea el primer filtro que permita corregir la falta de soportes de las diferentes facturas.

Referencias

- Soto, J. (2007). *Propuesta para disminuir las glosas y optimizar los recursos en el hospital departamental de Cartago*. (Seriado en línea) disponible en: <http://repositorio.utp.edu.co/dspace/bitstream/11059/357/1/65783225718p.pdf>
- Leuro, M., Fortich P. y Fernán E. (2001). *Facturación y Cartera por Venta de Servicios de Salud*. Editorial Grupo Ecomedios. 1^{ra} edición.
- Idárraga, E. (2009). *Qué y Cómo Facturar en Salud*. (Citado el 2 de abril de 2012) disponible en: <http://www.consultorsalud.com/biblioteca/documentos/webinar/Que%20y%20Como%20Facturar%20en%20Salud%202009.pdf>
- Congreso de la República. (2008). Ley 1231. Bogotá. Recuperado de http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2008/ley_1231_2008.html
- Congreso de la República. (2007). Ley 1122. Bogotá. Recuperado de http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2007/ley_1122_2007.html
- Presidencia de la República de Colombia. (2007). Decreto 4747 de 2007. Bogotá. Recuperado de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=27905>
- Contaduría General de la Nación. (2000). Circular Externa N° 035 de 2007. Bogotá. Recuperado de: http://www.nuevalegislacion.com/files/susc/cdj/conc/cext_cgn_35_00.pdf



Calidad del ingreso al programa de control prenatal a las usuarias de la unidad básica Loma de Bolívar, en el período de octubre de 2012 a marzo de 2013

Ginna Paola Ortegón Leal*

Leidy Johanna Quintero Rodríguez**

Eliana Valencia Sánchez***

Resumen

Es un estudio descriptivo que tiene como principal objetivo realizar auditoría del acceso oportuno al programa de control prenatal, a 198 usuarias gestantes que asistieron a la Unidad Básica Loma de Bolívar de la ESE Imsalud de la ciudad de Cúcuta, en el período comprendido de octubre de 2012 a marzo de 2013.

De acuerdo a la Guía de Control Prenatal de Bajo Riesgo se define el control prenatal como el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbi-mortalidad materna y perinatal.

Esta auditoría se basó en estudios comparativos en 198 usuarias, según trimestre de gestación y rango de edades, mediante la verificación de base de datos y aplicación de encuestas. Se obtiene como resultado que del ingreso al programa de 198 mujeres, 137 (69,9 %) comien-

* Enfermera jefe. Correo electrónico: ginnao41@hotmail.com

** Bacterióloga y laboratorista clínica. Correo electrónico: johaqr@hotmail.co

*** Bacterióloga y laboratorista clínica. Correo electrónico: coordsaludpublicatibu@gmail.com

za controles durante su primer trimestre de embarazo, siendo esto oportuno y mostrando una buena captación.

Se concluye que el acceso al programa fue oportuno, ya que el 69,19 % (137 usuarias) fueron captadas en el primer trimestre del embarazo; 42 (21,21 %) en el segundo trimestre, y 19 (9,6 %) en el tercer trimestre. La mayor captación se realizó en las etapas tempranas de la gestación siendo lo anterior de especial importancia para un embarazo sin riesgos y seguro.

Palabras clave: gestación, oportunidad, accesibilidad a los servicios, trimestre de gestación, gestantes.

Abstract

It is a descriptive study that has as main objective to carry out audit of timely access to prenatal control program, 198 pregnant clients who attended the Loma de Bolívar Basic Unit of the ESE Imsalud city of Cúcuta, in the period between October of 2012 to March 2013.

According to the Guide to Low-Risk Prenatal Care prenatal care as a set of actions and systematic procedures and newspapers, for the prevention, diagnosis and treatment of the factors that may determine maternal and perinatal morbidity and mortality is defined.

This audit was based on comparative studies on 198 users, according to trimester of gestation and age range , by checking database and implementation of surveys. As result the program entry of 198 women who entered the program 137 (69.9 %) controls start during their first trimester of pregnancy, being timely and showing good uptake. We conclude that access to the program was timely, since (69.19 %) were captured 137 users in the first trimester of pregnancy; 42 (21.21 %) in the second quarter, 19 (9.6 %) in the third quarter. The increased uptake was performed in the early stages of pregnancy and of particular importance for a safe pregnancy and safe.

Keywords: gestation, chance, services sccessibility, trimester of gestation, pregnant.

Introducción

De acuerdo a su investigación, Mario Parra refiere que en nuestro país la captación de gestantes y el ingreso al control prenatal se ha caracterizado por no ser oportuno (2do. o 3er. trimestre de la gestación) y en número promedio bajo, con un número elevado de maternas que no reciben ninguna atención de salud durante la gestación y solo asisten al centro de salud para el tratamiento de las complicaciones o para la atención del parto, lo cual ha llevado a que se presenten altas tasas de mortalidad materna y perinatal que pudieron evitarse.

Según Julián A. Herrera en sus estudios sobre la evaluación del riesgo obstétrico en el cuidado prenatal, en Colombia la mortalidad neonatal precoz es la que menos cambios ha tenido en los últimos 15 años, así como las secuelas invalidantes en el niño originadas en este período; lo anterior hace que sean apremiantes nuevas acciones o estrategias en el campo perinatal, con tareas dirigidas a mejorar la atención de la gestante en la etapa prenatal, parto y posparto, así como a brindar un cuidado óptimo al recién nacido.

Según la encuesta realizada a las maternas, uno de los principales problemas es que las gestantes a pesar de que la unidad de salud se encuentre relativamente cerca o central a su domicilio, presentan poco interés en ingresar a estos controles; por tal motivo en la Unidad Básica Loma de Bolívar se implementó a través de esta auditoría la captación a estas maternas desde el momento en que se realiza su prueba de embarazo positiva, efectuándose cruce de

información con el laboratorio clínico y promoción y prevención (P y P). Por este motivo se realizó este estudio con el fin de evaluar la oportunidad en el ingreso y así prevenir problema o complicaciones de salud a la madre y al recién nacido y hacer mejoras en el programa.

El objetivo más importante del acceso oportuno al control prenatal es prevenir, orientar, disminuir, detectar y tratar a tiempo factores de riesgo de problemas de salud.

Siendo el objetivo de la auditoría analizar la calidad en cuanto a oportunidad de acceso al programa por parte de la Unidad Básica Loma de Bolívar, San José de Cúcuta, a las gestantes, un ingreso en los tres primeros meses previene, orienta, disminuye, detecta y es de gran ayuda para tratar a tiempo factores de riesgo para la futura madre y el recién nacido.

Mayra Mora, Delia Moya e Ingrid Guiza definen el control prenatal como todas las acciones y procedimientos, sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden coordinar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. De acuerdo a Br. Suellen Díaz O. Br., Josycarl Girart C. la muerte de una madre es una tragedia evitable que afecta una vida joven llena de grandes esperanzas; es una de las experiencias más traumáticas que puede sufrir una familia y afecta seriamente el bienestar, la supervivencia y el desarrollo de los hijos, especialmente de los más pequeños. Todo lo anterior trae como consecuencia el debilitamiento de la estructura social en general.

Materiales y métodos

Esta investigación es analítico-descriptiva; se examinaron, recopilaron, analizaron y sistematizaron los resultados obtenidos mediante bases de datos de los registros de asistencia de control prenatal mes a mes en el período de octubre de 2012 a marzo de 2013. La metodología empleada consistió en la aplicación de encuestas al 50 % de las maternas y al análisis de la base de datos del 100 % de gestantes que ingresaron nuevas al programa en 6 meses (octubre 2012 a marzo 2013), a la Unidad Básica, las cuales se analizaron por trimestre de ingreso, edad de riesgo, oportunidad en la atención, accesibilidad demográfica y satisfacción en la atención brindada.

Resultados y discusión

Resultados base de datos octubre 2012 a marzo de 2013:

Tabla 1. Gestantes según mes de ingreso por trimestre

MES DE INGRESO	PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE	TOTAL
OCTUBRE	14	3	2	19
NOVIEMBRE	31	9	1	41
DICIEMBRE	11	2	4	17
ENERO	17	6	5	28
FEBRERO	41	17	3	60
MARZO	23	5	4	32
TOTAL	137	42	19	198

Fuente de información: base de datos gestantes que ingresaron al control prenatal de octubre de 2012 a marzo de 2013. Elaboración propia de los autores.

En la tabla 1 se observa que la mayor captación de maternas para ingreso al programa de control prenatal fue en el primer trimestre de embarazo (137), de un total de 198 gestantes. Lo que nos permite inferir que la calidad en cuanto a ingreso oportuno es buena.

Tabla 2. Edades según trimestre de gestación

EDADES	PRIMER TRIMESTRE	%	SEGUNDO TRIMESTRE	%	TERCER TRIMESTRE	%
15-25 AÑOS	93	46.9	30	15.1	12	6.1
26-35 AÑOS	36	18.1	11	5.5	5	2.5
36-45 AÑOS	8	9.1	1	0.5	2	1.0

Fuente de información: base de datos gestantes que ingresaron al control prenatal de octubre de 2012 a marzo de 2013. Elaboración propia de los autores.

Según se observa en la tabla 2: entre el rango de las gestantes de 15 a 25 años se encontraron 137 de donde 93 (46,9 %) se encuentran en primer trimestre, 30 (15,1 %) en segundo trimestre, y 12 (6,1 %) en tercer trimestre; de 26 a 35 años, 52 maternas con: 36 (18,1 %) en primer trimestre, 11 (5,5 %) en segundo trimestre y 5 (2,5 %) en tercer trimestre. Y en el rango de 36 a 46 años: 11 maternas con 8 (9,1 %) en primer trimestre, 1 (0,5 %) en segundo trimestre y 2 (1,0 %) en tercer trimestre; la mayor captación para un ingreso temprano se dio en las edades de 15-25 años.

Carmen Esguerra e Irene Esguerra, refieren que el control prenatal es el cuidado que proporciona el equipo de salud a la mujer gestante, con el objeto de garantizar las mejores condiciones de salud para ella y el feto durante la gestación y posteriormente, una óptima atención del parto.

Según resultados se encontró que la oportunidad en el programa de atención prenatal en la Unidad Básica es buena, encontrándose en los seis meses de la investigación al 69,9 % de gestantes que iniciaron controles en el primer trimestre del embarazo, siendo esta la etapa adecuada según Guyton, en su publicación muestra que el ingreso al control prenatal en las primeras 20 semanas es indicado para prevenir, controlar y tratar a tiempo problemas que pueden presentarse tanto a la materna como al hijo.

Dentro del rango de edades de ingreso se presentaron en mayor número en mujeres de 15 a 25 años. Según Plascencia, Josefina Lira y Héctor Oviedo Cruz en su estudio y según nuestras investigaciones las adolescentes son más propensas a presentar mayores complicaciones, pero con ingreso temprano al programa, y como dice Martínez R. en su estudio sobre factores de riesgo en el embarazo, se pueden reducir alteraciones al binomio madre e hijo y esta etapa

temprana ocasiona más problemas de salud que pueden ser prevenidos con un control oportuno y bien orientado.

Según la encuesta (Figura 1) elaborada por los investigadores, con el fin medir la oportunidad al programa, se aplicaron estas a 100 de las gestantes con el objeto de conocer el trimestre en que fue ingresada al programa, cuanto tiempo transcurrió desde su test de embarazo positivo, la atención brindada por el profesional y las causas por las cuales ha incumplido sus controles.

Se obtuvo que las usuarias asisten cumplidamente a sus controles, (79 %), siendo importante porque el profesional podrá detectar a tiempo una posible complicación **y prevenir-la**, y de acuerdo al Centro de Enseñanza del Embarazo le da a la mujer la posibilidad de acceder a la **información esencial sobre su embarazo**, quitándole la angustia ante lo desconocido y dándole la calma que le transmitirá a su pequeño en su interior. De las 100 gestantes encuestadas; 71 ingresaron al programa de control prenatal entre el mes 1 a 3 de gestación, siendo un número importante de ingresos en el primer trimestre a la hora de prevenir riesgos y complicaciones durante el embarazo.

El 89 % de las gestantes encuestadas reconocen la importancia de asistir oportunamente a sus citas de control prenatal mes a mes. Asistir puntualmente puede prevenir riesgos tanto para la madre como para el bebé. Así mismo, la mayor parte de las gestantes tiene su domicilio cerca a la Unidad Básica no siendo este un impedimento para asistir cumplidamente a sus citas de control prenatal.

Figura 1. Encuesta aplicada a las maternas de la Unidad Básica Loma de Bolívar

	UNIVERSIDAD JORGE TADEO LOZANO CONVENIO IFFS FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD GERENCIA Y AUDITORIA DE LA CALIDAD EN SALUD	
ENCUESTA CALIDAD DEL CONTROL PRENATAL		
<p>IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO: Calidad del Ingreso al Programa de Control Prenatal a las Usuaris de la Unidad Básica Loma de Bolívar en el Periodo de Octubre de 2012 a Marzo de 2013.</p> <p>RESPONSABLES: Docente Wilson Giovanni Jaime, Asesor Metodológico, Gimna Paola Orregón Leal, Leidy Johanna Quintero Rodríguez, Eliana Valencia Sánchez.</p> <p>INSTRUCCIONES: A continuación encontrará una serie de preguntas en las cuales deben marcar con un X, seleccionar o responder según sea el caso. Lea detenidamente cada una de las preguntas y responda con honestidad; en caso de duda no vacile en preguntar. La información es totalmente confidencial.</p>		
<p>1. En que trimestre de su embarazo inicio su control prenatal?²</p> <p><input type="checkbox"/> 1. TRIMESTRE <input type="checkbox"/> 2. TRIMESTRE <input type="checkbox"/> 3. TRIMESTRE</p> <p>2. En el momento que inicio su embarazo fue atendida para el ingreso al control prenatal en la unidad básica en qué periodo de tiempo?²</p> <p><input type="checkbox"/> 1. AL MES <input type="checkbox"/> 2. 3 MESES <input type="checkbox"/> 3. 6 MESES O MAS</p> <p>3. Sabe usted la importancia de asistir oportuna y cumplidamente al sus citas de control prenatal?²</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SI <input type="checkbox"/> 2. NO</p> <p>4. Cuanto tiempo transcurrió desde su prueba de embarazo positiva, a su ingreso al programa de control prenatal?²</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Primer trimestre (1-3 meses) <input type="checkbox"/> 2. Segundo trimestre (4-6 meses) <input type="checkbox"/> 3. Tercer trimestre (7-9 meses)</p> <p>5. Que profesional de salud de la unidad básica loma de bolívar la oriento para ingreso al programa de control prenatal?²</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Jefe <input type="checkbox"/> 2. Medico</p> <p>6. La distancia de su domicilio a la unidad básica loma de bolívar la considera?²</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Lejos del domicilio <input type="checkbox"/> 4. Cerca al domicilio</p>	<p>7. ha asistido oportunamente a sus controles prenatales?²</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No</p> <p>EN CASO DE MARCAR NO (MOTIVO DE LA INASISTENCIA)</p> <p>8. Como considera la atención brindada hacia usted por los profesionales de la unidad básica Loma de Bolívar?²</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Buena <input type="checkbox"/> 2. Excelente <input type="checkbox"/> 3. Regular <input type="checkbox"/> 4. Mala</p> <p>OBSERVACIONES</p>	

Fuente de información: base de datos de gestantes que ingresaron al control prenatal entre octubre de 2012 y marzo de 2013. Elaboración propia de los autores.

A pesar de la calidad del servicio ofrecido por la entidad, se identificaron obstáculos para ellas, que impedían la accesibilidad al mismo; adicionalmente, problemas socioeconómicos como falta de recursos financieros para asistir a las citas, falta de tiempo, descuido y también se identificó un pequeño número (11 %) que no asistía oportunamente debido a la lejanía de su domicilio con la entidad de salud.

Las usuarias consideraron que los servicios que recibieron en la institución fueron buenos (88 %), mostrándose de acuerdo con el proceso del programa de control llevado a cabo por los profesionales a cargo. El (87 %) menciona al jefe de enfermería como a un orientador vital en su proceso; sin embargo, se detectó a una usuaria con algunas inconformidades debido a demoras en el servicio por el volumen de personas atendidas.

Conclusiones

Luego de esta evaluación del trabajo se evidencia que aunque la calidad, en cuanto al atributo de oportunidad en el acceso al servicio de control prenatal en la Unidad Básica Loma de Bolívar es buena y muestra acogida por parte de las gestantes, aún existen elementos que hacen que la accesibilidad no sea la adecuada, uno de estos es la falta de recursos para asistir cumplidamente a las citas, algunas tienen su domicilio retirado y no cuentan con el tiempo necesario, debido a sus múltiples obligaciones laborales y familiares, siendo estas condiciones inconvenientes de índole personal y no por falta de la atención de la institución prestadora del servicio de salud.

El objetivo más importante era un ingreso oportuno al control prenatal, dándose cumplimiento al objetivo principal del programa: prevenir, orientar, disminuir, detectar, tratar a tiempo factores de riesgo y problemas de salud, evidenciándose con 137 gestantes que ingresaron al programa en el primer trimestre de su embarazo de 198, que asistieron en los 6 meses de estudio.

Se logró valorar el ingreso oportuno al control prenatal según la normatividad a través de la base de datos de gestantes ingresadas durante el período de estudio, siguiéndose la orientación por parte del médico, el jefe de enfermería y el laboratorio clínico analizándose el programa con el total de 198 maternas atendidas en los meses de octubre de 2012 a marzo de 2013. En donde iniciaron el 69,9 % en el primer trimestre, 21,21 % en el segundo trimestre y 9,6 % en el tercer trimestre.

Según las recomendaciones dadas por los autores se empezó a implementar un método de demanda inducida donde se realizará cruce de información directo entre laboratorio clínico y P y P de la siguiente manera: los paraclínicos realizados durante su control serán entregados directamente al jefe de enfermería encargado del programa y no a la usuaria para llevar un mayor control. Así mismo los test de embarazo con resultado positivo, de esta manera el jefe cita a la paciente y la ingresa al programa inmediatamente contribuyendo al ingreso oportuno.

Referencias

- Br. Díaz O., Suellen, Br. Girart C., Josycarl. (2009). *Control Prenatal Como Antecedente de Importancia en la Morbimortalidad Neonatal Hospital Universitario Dr. "Luis Razetti"*. Barcelona, octubre-diciembre del 2008.
- (Trabajo de grado) Universidad del Oriente.
- Centro de Enseñanza del Embarazo. (2010). Disponible en internet: http://www.nacersano.org/centro/9246_9640.asp
- Esguerra Carmen, Esguerra, Irene. (2000). Causas de Inasistencia al Control Prenatal. *Av. en Enf.*; XI (2): 2-3.
- Guía de Control Prenatal de Bajo Riesgo. (2010). disponible en internet: <http://www.saludtotal.com.co/documentos/BOLET%C3%8DN%20PUNTO%20INFORMATIVO%20CONTROL%20PRENATAL.pdf>
- Guyton, A. (2007). Embarazo y lactancia. En J Hall & A. guyton, *Tratado de fisiología Medica*. Madrid: Elseiver
- Herrera, Julián A. (2012). Evaluación del Riesgo Obstétrico en el Cuidado Prenatal. *Col Med (Valle)* 2012; 43 (1): 1
- Martínez. (2007). Detección oportuna de factores de riesgo del embarazo en la consulta externa del Hospital Escuela U.V. *Rev. Med.* 2007. 7 (1): 10.
- Mora, Mayra; Moya, Delia; Guiza, Ingrid. (2010). Ingreso Temprano al Control Prenatal en la unidad materno Infantil; *Cuidarte*; 1 (1): 44-52.
- Lira Plascencia, Josefina; Oviedo Cruz, Héctor. (2009). Control Prenatal en adolescentes. Disponible en internet: <http://www.revistasmedicasmexicanas.com.mx/download/gineco/2009/marzo/GinecolS47-S86.pdf>
- Parra, Mario. (2013). *El Control Prenatal*, disponible en internet: http://www.bdigital.unal.edu.co/1563/28/Cap_5.pdf

Evaluación del programa de clima organizacional en la IPS Somefyr Ltda. de la ciudad de Cúcuta en el período comprendido entre el II semestre de 2012 y el II semestre de 2013

Sandra Milena Pulido León*

Jesús Gerardo Parada Bonilla**

Fany Anais Torres González***

* Enfermera profesional.

** Psicólogo. M.Sc. en Psicooncología. Estudiante de Doctorado en Ciencias Humanas, Universidad de los Andes (ULA). Mérida. (Venezuela).

*** Administradora de Servicios de Salud.

Resumen

El clima organizacional ha evolucionado a través del tiempo, las diferentes compañías o empresas enfocan la atención sobre este tema que ha permitido motivar el desarrollo de varios estudios a nivel mundial, cobrando gran importancia y reconocimiento para el avance de cualquier organización en el logro de sus objetivos. En este orden de ideas, el diagnóstico del ambiente laboral dentro de las organizaciones ha recibido mayor importancia, porque permite identificar detalladamente cómo se encuentra el ambiente laboral de una empresa u organización. El presente estudio es de metodología cuantitativa descriptiva transversal. La población del presente estudio es de 15 empleados distribuidos así; cuatro administrativos, diez médicos y uno de servicios generales. De los resultados se puede decir que en la institución se tienen claras las tareas definidas, ya que el 77,78 % del talento humano de la IPS Somefyr, está “totalmente de acuerdo” o “de acuerdo”. Según la percepción de los trabajadores frente a la recompensa e incentivos, se puede concluir que están muy de acuerdo con la organización, pues prima la recompensa e incentivos frente a las amenazas y críticas. A nivel de riesgo, la percepción de los

trabajadores considera que la organización ha tomado riesgos en los momentos oportunos conllevando al logro de los objetivos. La organización de igual forma es cautelosa en la toma de decisiones con el fin de lograr la máxima efectividad de los objetivos propuestos. El ambiente laboral es agradable y sin tensiones dentro de la organización, aunque existe una pequeña población que manifiesta estar muy en desacuerdo. Del mismo modo se puede concluir que la relación jefe-trabajador es agradable.

Palabras clave: clima organizacional, ambiente laboral, clima laboral.

Abstract

The organizational climate has evolved over time, different companies or companies focus attention on this issue that has allowed motivate the development of several studies worldwide, gained great importance and recognition for the advancement of any organization in achieving its targets. In this vein, the diagnosis of the work environment within organizations has become more important, because it allows detailed identification as it is the working atmosphere of a company or organization. The present study is cross-sectional descriptive quantitative methodology. The study population is distributed as 15 Employees, 4 Administrative, 10 Doctors, 1 GS. From the results it can be said that the institution has clearly defined tasks and that 77.78 % of human talent in the IPS Somefyr is Strongly Agree or Agree. The perception of workers vs. reward and incentives, we can conclude that they are strongly agreed that the organization, as the reward and incentive bonus against threats and criticism. A level of risk, workers perceived that the organization has taken risks at appropriate times leading to achievement of objectives. The organization is equally cautious in making decisions in order to maximize the effectiveness of the proposed objectives. The atmosphere is nice and works without tensions within the organization, although a small population to be in pretty disagreement manifests. Similarly can be concluded that the boss-worker is nice.

Keywords: Organizational climate, work environment, working environment.

Introducción

La Revolución Industrial, en la segunda mitad del siglo XVIII, se inicia en Inglaterra y se difunde después al continente, una transformación profunda, probablemente, la más radical desde el período neolítico, de los sistemas de trabajo y de la estructura de la sociedad. Todo se transforma: trabajo, mentalidades, grupos sociales. No es un proceso súbito, como el de una revolución política, sino duradero; tampoco es, simplemente, un proceso de industrialización, ya que se producen cambios paralelos en la agricultura y en la sociedad. Desde la revolución industrial, se produce un cambio cuantitativo: del taller con varios operarios se pasa a la gran fábrica con centenares de obreros, de varias docenas de vecinos a la metrópoli de centenares de miles de habitantes. Pero los cambios definidores parecen ser cualitativos. La esencia de la sociedad industrial es que evoluciona de modo continuo; cada cambio suscita la necesidad de otro cambio. El término de revolución industrial lo han empleado varios autores para comprender cómo ha evolucionado a través del tiempo el concepto del empleador y del trabajador, entre ellos se encuentra.

Engels F. (1845) en su obra *Situación de la clase obrera en Inglaterra*, describe “cómo se transformó la sociedad burguesa por el surgimiento del proletariado”. Stuart M. (1848) en sus *Principios de economía política* relata “la riqueza de las naciones por medio de la revolución industrial”. Marx K. (1867) en el libro *El Capital*, lo describe de manera más amplia en donde refiere que “la revolución industrial primero se apodera de la máquina que es instrumen-

to artesanal, y deja aún al hombre, aparte del nuevo trabajo de vigilar la máquina con la vista y corregir sus errores con la mano, el papel puramente mecánico de la fuerza motriz”. Toymbee A. (1884), “populariza la denominación en sus *Conferencias* sobre la revolución industrial, en donde detalla cómo fue la sustitución de la competencia por las normas medievales que habían controlado anteriormente la producción y distribución de la riqueza en Inglaterra” (pág. 135).

El clima organizacional ha evolucionado a través del tiempo, las diferentes compañías o empresas enfocan la atención sobre este tema que ha permitido motivar el desarrollo de varios estudios a nivel mundial, cobrado gran importancia y reconocimiento para el avance de cualquier organización en el logro de sus objetivos. En este orden de ideas, el diagnóstico del ambiente laboral dentro de las organizaciones ha recibido mayor importancia, porque permite identificar detalladamente cómo se encuentra el ambiente laboral de una empresa u organización.

Seisdedos N. (1996), lo indica como “el conjunto de percepciones globales (constructo personal y psicológico) que el individuo tiene de la organización, reflejo de la interacción entre ambos; lo importante es cómo percibe un sujeto su entorno, sin tener en cuenta cómo lo perciben otros; por tanto, es más una dimensión del individuo que de la organización”. García G. (citado en Forehand y Gilmer, 1964), manifiesta que es “un conjunto de características objetivas de la organización, perdurables y fácilmente medibles, que distinguen una entidad laboral de otra. Son unos estilos

de dirección, unas normas y medioambiente fisiológico, unas finalidades y unos procesos de contraprestación” (pág. 160).

Así mismo Méndez A. (citado en Litwin & Stringer, 1968), “Son efectos subjetivos percibidos del sistema formal, el estilo informal de los administradores, y de otros factores ambientales importantes sobre las actitudes, valores, creencias y motivación de las personas que trabajan en una organización dada” (pág. 49).

Los anteriores aportes, permiten analizar que el recurso más importante en cualquier organización es el humano, porque tanto los recursos materiales como la tecnología logran ser adquiridos debido a que su disponibilidad puede ser simple. Por lo tanto la importancia del conocimiento del clima organizacional se basa en la influencia que este ejerce sobre el comportamiento de los trabajadores, siendo fundamental su diagnóstico para el diseño de instrumentos de gestión empresarial. Es evidente que la existencia de un adecuado y óptimo clima organizacional repercutirá positivamente en el desempeño del trabajador y de la empresa en general.

Un adecuado clima organizacional influirá directamente sobre la gestión de la empresa y, por ende, en la satisfacción de sus clientes. Peláez O. (2010) describe algunas variables internas que pueden ser analizadas mediante un estudio de clima organizacional como son: “comunicación, supervisión, carga de trabajo, beneficios, condiciones físicas, identificación con la empresa, percepción de la alta dirección, efectividad organizacional, ética, relación, organización-personal, y otras más”.

La aproximación hacia el conocimiento del estado de estas se realiza a través de la percepción que de ellas tienen los miembros de la organización.

Lemus Jiménez William (2011), detalla las “características del clima organizacional y cómo repercute sobre las motivaciones de los miembros de la organización y sobre su correspondiente comportamiento, donde el comportamiento tiene una gran variedad de consecuencias para la organización como, por ejemplo, productividad, satisfacción, rotación, adaptación, etc.”.

Dentro de las características se encuentran:

Estructura. Hace referencia a la forma en que se dividen, agrupan y coordinan las actividades de las organizaciones en cuanto a las relaciones entre los diferentes niveles jerárquicos, indistintamente de la posición en el nivel. Su fundamento tiene una relación directa con la composición orgánica, plasmada en el organigrama, y que comúnmente conocemos como estructura organizacional. “Dependiendo de la organización que asuma la empresa, para efectos de hacerla funcional será necesario establecer las normas, reglas, políticas, procedimientos, etc., que facilitan o dificultan el buen desarrollo de las actividades en la empresa, y a las que se ven enfrentados los trabajadores en el desempeño de su labor. El resultado positivo o negativo, estará dado en la medida en que la organización visualice y controle el efecto sobre el ambiente laboral”. La conformación de una adecuada estructura organizacional en la empresa, facilita o dificulta el flujo de

las comunicaciones, aspecto transcendental en cualquier tipo de comunidad que aspire a convivir de la mejor manera.

Responsabilidad. Este aspecto necesariamente va ligado a la autonomía en la ejecución de la actividad encomendada y guarda a su vez, una estrecha relación con el tipo de supervisión que se ejerza sobre las misiones dadas a los trabajadores. Para cada uno de los individuos, independientemente del cargo que ocupe o del oficio que realice, si están desarrollando la actividad que les place hacer, su labor siempre será importante, manteniendo la idea de que están aportando un grano de arena a la organización, y esa importancia se mide con una relación directa vinculada con el grado de autonomía asignada, los desafíos que propone la actividad y los compromisos que se asumen con los mejores resultados.

Recompensa. ¿Qué se recibe a cambio del esfuerzo y dedicación y ante todo de los buenos resultados obtenidos en la realización del trabajo? Un salario justo y apropiado, acorde con la actividad desarrollada, constituye el primer incentivo en una relación laboral. Es importante no olvidar que a pesar de que el salario justo y los resultados del trabajo logren el equilibrio esperado, los humanos "reclaman" reconocimiento adicional.

Desafío. En la medida que la organización promueva la aceptación de riesgos calculados con el fin de lograr los objetivos propuestos, los desafíos ayudarán a mantener un sano clima competitivo, necesario en toda organización.

Relaciones. Estas se fundamentarán en el respeto interpersonal a todo nivel, el buen trato y la cooperación, con sustento en base a la efectividad, productividad, utilidad y obediencia, todo en límites precisos, sin que se torne excesivo y llegue a dar lugar al estrés, acoso laboral (*mobbing*) y otros inconvenientes de este estilo.

Cooperación. Está relacionada con el apoyo oportuno, con el nacimiento y mantenimiento de un espíritu de equipo con el propósito de lograr objetivos comunes relacionados a su vez, con los objetivos de la empresa.

Estándares. Un estándar, sabemos, establece un parámetro o patrón que indica su alcance y cumplimiento. En la medida en que los estándares sean fijados con sentido de racionalidad y ante todo de que puedan ser logrados sin exagerar los esfuerzos necesarios para ello, los miembros del grupo percibirán estos, con sentido de justicia o de equidad.

Conflicto. El conflicto siempre será generado por las desavenencias entre los miembros de un grupo. Este sentimiento bien podrá ser generado por motivos diferentes: relacionados con el trabajo o bien con lo social y podrá darse entre trabajadores de un mismo nivel o en la relación con jefes o superiores.

Identidad. Hoy día se conoce como sentido de pertenencia. Es el orgullo de pertenecer a la empresa y ser miembro activo de ella y tener la sensación de estar aportando sus esfuerzos por lograr los objetivos de la organización.

Teniendo en cuenta el anterior concepto, la forma como se perciban cada uno de los elementos que conforman la generación del clima organizacional en la empresa, produce en los individuos una variada gama de actitudes, positivas o negativas, de acuerdo a las circunstancias y a la forma como estas se evalúen. De ahí que el clima organizacional refleja la interacción entre características personales y organizacionales.

El ambiente donde una persona desempeña su labor diariamente, el trato que un jefe puede tener con sus subordinados, la relación entre el personal de la empresa e incluso la relación con proveedores y clientes, complementan el clima organizacional, que en últimas se ve reflejado en los logros de los objetivos planeados por la empresa. El clima laboral revela la percepción de los individuos, siendo esta información fundamental a la hora de valorar los instrumentos de gestión que están siendo utilizados (encuestas, entrevistas, dinámicas en grupo, etc.) y poder diseñar aquellos que sean idóneos para la resolución de posibles conflictos y la consecución de objetivos empresariales. Así mismo, la satisfacción del cliente juega un papel fundamental, porque son estos a los que van dirigidos los esfuerzos del personal de la organización. De igual forma, mantener un clima organizacional favorable es importante ya que puede posibilitar la estabilidad del personal y ayuda a cumplir la misión de la organización.

Por otra parte, se debe analizar si el tipo de contrato tiene algún impacto en el desempeño del trabajador en la organización a la

que pertenece. En Colombia existe la norma del Código Sustantivo del Trabajo en la que su objetivo es lograr la justicia en las relaciones que surgen entre empleadores y trabajadores, dentro de un espíritu de coordinación económica y equilibrio laboral.

En Colombia se encuentran establecidos los diferentes tipos de contrato definidos por el Ministerio de la Protección Social, en los que se define que un contrato es un acuerdo verbal o escrito entre el trabajador y el empleador, en el que se pactan la labor, el sitio, la jornada, la cuantía y la forma de pago. “El contrato de trabajo puede celebrarse por tiempo determinado, por el tiempo que dure la realización de una obra o labor determinada, por tiempo indefinido o para ejecutar un trabajo ocasional, accidental o transitorio. A continuación se ilustran los diferentes tipos de contratos que existen de acuerdo con el Ministerio de la Protección Social y sus principales características” (Graduados Colombia).

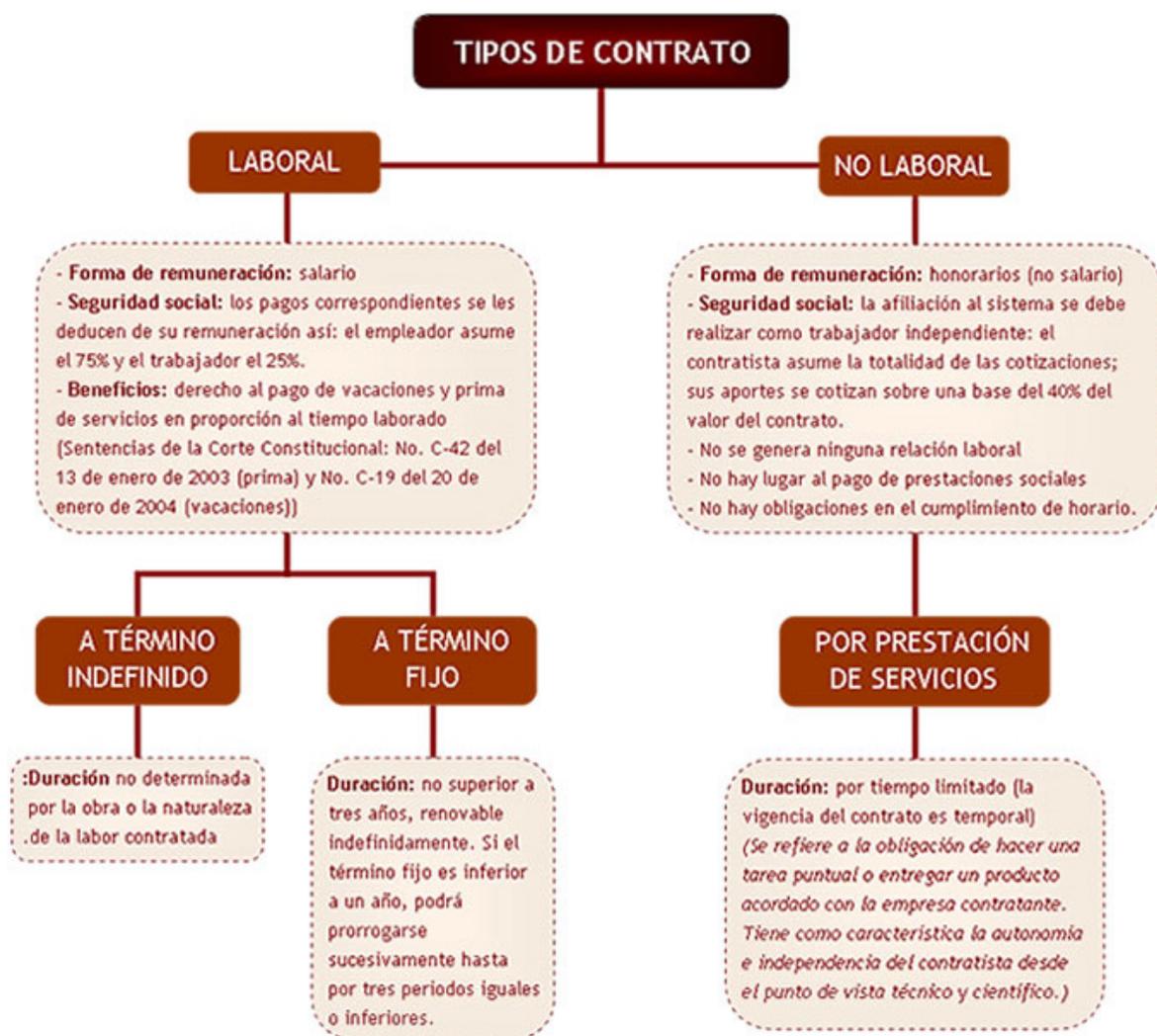


Figura 1. Tipos de contratos en Colombia

Tipos de contratos en Colombia

Contrato a término fijo (Art. 46 del Código Sustantivo de Trabajo y Art. 28 de la Ley 789 de 2002). Es un contrato laboral que tiene un límite temporal especificado de manera clara en el mismo. Puede ser prorrogado indefinidamente, salvo en los casos en los cuales el plazo pactado sea inferior a un año.

Los contratos a término fijo se pueden clasificar en dos modalidades de contratación: contratos con un vencimiento igual o superior a un año y los contratos con un vencimiento menor a un año.

Modalidad 1: igual o superior a un (1) año

Debe constar siempre por escrito.

El término de su duración no puede ser superior a tres (3) años, pero puede ser prorrogable de forma indefinida.

Si hay período de prueba debe constar por escrito al inicio del contrato.

Para su terminación no se requiere aviso previo.

En caso de terminación unilateral del contrato sin justa causa, el empleador deberá pagar al trabajador una indemnización, en los términos establecidos en el Artículo 28 de la Ley 789 de 2002.

Modalidad 2: inferior a un (1) año

Este tipo de contratos únicamente pueden prorrogarse hasta por tres (3) veces, por periodos iguales o inferiores, al cabo de los cuales el término de renovación no podrá ser inferior a un (1) año.

Para su terminación no se requiere aviso previo.

En caso de terminación unilateral del contrato sin justa causa, el empleador deberá pagar al trabajador una indemnización, en los términos establecidos en el Artículo 28 de la Ley 789 de 2002.

Contrato a término indefinido (Art. 47 del Código Sustantivo de Trabajo). El contrato a término indefinido es aquel que no tiene estipulada una fecha de terminación de la obligación entre el empleado y el empleador, cuya duración no está determinada por la de la obra o la naturaleza de la labor contratada, o no se refiera de manera explícita a un trabajo ocasional o transitorio. Puede hacerse por escrito o de forma verbal.

Características

Si se quieren establecer cláusulas específicas para el contrato es necesario formalizar este a través de un contrato escrito.

El empleador se compromete a pagar prestaciones sociales, prima de servicios, descansos remunerados y aportes parafiscales.

En caso de terminación unilateral del contrato sin justa causa, el empleador deberá pagar al trabajador una indemnización, en los términos establecidos en el Artículo 28 de la Ley 789 de 2002.

Contrato de obra o labor (Art. 45 del Código Sustantivo de Trabajo). El contrato es por una labor específica y termina en el momento que la obra llegue a su fin. Este tipo de vinculación es característica de trabajos de construcción y de universidades y colegios con profesores de cátedra, que cumplen su labor una vez haya terminado el período académico. Este contrato es igual en términos de beneficios y descuentos a los contratos indefinidos y definidos, por ser un contrato laboral.

Contrato de aprendizaje (Art. 30 de la Ley 789 de 2002). Este tipo de contrato es una forma especial de vinculación a una empresa y está enfocada a la formación de practicantes, donde este recibe herramientas académicas y teóricas en una entidad autorizada por una universidad o instituto, con el auspicio de una empresa patrocinadora que suministra los medios para que el practicante adquiera formación profesional metódica en el oficio.

La idea de este tipo de contrato es el aprendizaje y que el practicante se incluya al mundo laboral, la remuneración es llamada auxilio de sostenimiento y depende completamente de un convenio entre ambas partes, donde el estudiante no tiene prestaciones sociales. El valor de la remuneración depende de si el practicante es universitario o no, de ser universitario tiene derecho a un salario que debe ser superior o igual al mínimo y si el practicante no es universitario tendrá como base de pago un salario por debajo del mínimo.

Contrato temporal, ocasional o accidental (Art. 6 del Código Sustantivo de Trabajo). Se define el trabajo ocasional, accidental o transitorio, como aquel trabajo de corta duración y no mayor de un mes, que se refiere a labores distintas de las actividades normales del empleador. Es decir, que no tiene que ver con las labores propias que desarrolla el contratante. Por ejemplo, en una oficina de una agencia de viajes aparece una humedad y se hace necesario contratar a un técnico para arreglar el problema. La agencia de viajes necesita un técnico que arregle la pared. El técnico estaría por contrato ocasional porque no va dentro de las tareas rutinarias de la empresa.

Esta forma de contratación puede hacerse por escrito o verbalmente; pero es recomendable hacerlo por escrito, determinando la tarea específica del trabajador para evitar conflictos durante y después de la realización de la labor.

Características

Puede ser verbal o escrito.

Debe relacionarse con actividades ajenas al objeto social del contratante.

Su duración nunca podrá ser mayor a treinta (30) días.

Contrato civil por prestación de servicios. Este tipo de contrato se celebra de manera bilateral entre una empresa y una persona (natural o jurídica) especializada en alguna labor específica. La remuneración se acuerda entre las partes y no genera relación laboral ni obliga a la organización a pagar prestaciones sociales. La duración es igualmente en común acuerdo dependiendo del trabajo a realizar. El empleado recibe un sueldo al cual se le descuenta únicamente por concepto de retención en la fuente.

En un estudio realizado por Uribe A., Garrido J. y Rodríguez A. (2011), ellos describen que “la calidad de vida laboral se puede entender como la percepción que tienen los empleados de la organización de las condiciones del trabajo, del ambiente laboral y de la sinergia entre la vida laboral, personal y familiar”. Según, González. P. & Bravo (1996), (citado por Poza y Prior 1988), la calidad de vida laboral “da cuenta de la forma en que se produce la experiencia laboral tanto en sus condiciones objetivas (seguridad, higiene salario, etc.) como en sus condiciones subjetivas (la forma como vive el trabajador)” (pág. 162).

De igual forma las autoras afirman que “en la actualidad las condiciones laborales no

ofrecen suficientes beneficios a los trabajadores a cambio de los servicios prestados por ellos, por el contrario, son las instituciones las que reciben un mayor beneficio de sus trabajadores. Este desarrollo del entorno organizacional es creado como un marco de referencia que propicia la flexibilización organizacional del trabajo dando como resultado la implantación del capitalismo organizacional, es decir, el establecimiento del paradigma empresarial en instituciones que ofrecen servicios de carácter social. Su referencia es sustentada por las mudanzas del contexto socioeconómico, esto es, por el incremento de beneficios, por la generación constante de la productividad y por la mercantilización de todos los servicios de naturaleza social del mercado” (págs. 104 y 105).

Por otro lado, la cantidad de clientes externos en una organización refleja el cumplimiento de los objetivos misionales, por eso, es necesario tener bien definidos los aspectos que puedan causar conflictos organizacionales para que de esta forma se busquen soluciones pertinentes que impacten positivamente en los procesos que desempeñan. Es necesario investigar el clima laboral en el que se desenvuelven los trabajadores internos, ya que de esto depende el desempeño y la productividad laboral.

Es por eso que surge la necesidad de realizar el presente estudio sobre el clima organizacional, a raíz de ver si los trabajadores que laboran en la IPS Somefyr Ltda., se sienten bien con respecto al bienestar psicológico-físico-social y si están satisfechos con la organización de la institución.

La IPS Somefyr Ltda. es un entidad de carácter privado enfocada a la evaluación, diagnóstico, promoción, prevención y prescripción de los procesos de habilitación y rehabilitación en los sistemas neuromuscular, músculoesquelético y cardiovascular de personas que puedan generar deficiencias o condiciones de discapacidades temporales o permanentes, en la que su propósito principal es orientar a los equipos terapéuticos de rehabilitación integral para lograr que el paciente consiga los máximos niveles de funcionalidad, independencia, calidad de vida y participar en los grupos de manejos interdisciplinarios en las diferentes especialidades y subespecialidades.

De igual forma se aprecia en la institución ausencia de seguimiento continuo del clima organizacional, lo que motivó a las investigadoras a diseñar un proyecto investigativo para contribuir con el fortalecimiento de la empresa ya que la misma se encuentra en proceso de acreditación. Del mismo modo, el estudio pretende ayudar a la IPS Somefyr Ltda., en el mejoramiento de las actividades, por lo que se brindarán apoyo y sugerencias positivas, acordes a las necesidades de los funcionarios con respecto al clima laboral, teniendo en cuenta el grado de satisfacción que tiene cada empleado durante el desempeño de las funciones dentro de la institución prestadora de servicios de salud.

Objetivos de la investigación

El objetivo general que se diseñó para el presente trabajo de investigación fue evaluar el

programa del clima organizacional en la IPS Somefyr Ltda. de la ciudad de Cúcuta, y los objetivos específicos fueron: a) identificar el estado actual del clima organizacional en la IPS Somefyr Ltda., b) describir el grado de motivación de los funcionarios de la IPS y, c) analizar la estructura del clima organizacional en la institución.

Diseño metodológico

El presente estudio es de metodología cuantitativa descriptiva transversal. Cuantitativa porque busca las técnicas e instrumentos de recogida de datos, se exige fiabilidad y validez, con el fin de garantizar la objetividad de la información obtenida. Para su análisis e interpretación, los datos se transforman en unidades numéricas que permiten, a su vez, realizar mediciones y predicciones más exactas. Se aplican fundamentalmente análisis estadísticos que argumentan matemática y objetivamente los resultados. El análisis y tratamiento de datos ocurre después de su recogida, teniendo un carácter estático y deductivo. Su rigurosidad en la investigación, exige criterios de validez, fiabilidad y objetividad, factores esenciales de la investigación, a la vez, que determinan su calidad (Sampiere, 1991). Descriptiva porque se investigarán detalladamente las situaciones predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas que laboran en la IPS Somefyr Ltda.

El diseño investigativo es de carácter transversal, porque se recolectaron los datos en un solo momento, en una medición única y tiem-

po único, para describir las variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Los diseños transaccionales descriptivos tienen como objetivo indagar la incidencia y los valores en que se manifiestan una o más variables. El procedimiento consiste en medir en un grupo de personas u objetos una o (generalmente), más variables y proporcionar su descripción (Sampiere, 1991). La población del presente estudio es de 15 empleados distribuidos así: cuatro administrativos, diez médicos y uno de servicios generales.

Instrumento y recolección de datos

Se aplicó una encuesta, la cual se adoptó y se sometió a evaluación de expertos en la ciudad de Cúcuta, por personal calificado con experiencia en el tema a investigar, en la cual se tuvieron en cuenta las sugerencias y posteriormente se llevaron a cabo las respectivas correcciones, quedando estructurada en dos partes: variables sociodemográficas y clima organizacional, constituida por 9 dimensiones: estructura, responsabilidad, recompensa, riesgo, relaciones/calor, estándares de desempeño, cooperación, apoyo, conflicto e identidad, con un total de 53 ítems; seguidamente se realizó la prueba piloto en una población que guardó las mismas características a la población objeto de estudio (Somefyr Ltda.), posteriormente se realizó un análisis estadístico que determinó confiabilidad y validez del instrumento ($p=50$). Luego, avalado el instrumento, se llevó a cabo la respectiva aplicación en la población objeto, en la que se obtuvieron los siguientes resultados.

Análisis de resultados

De acuerdo a los resultados obtenidos por el instrumento aplicado a la población objeto, se observa que el sexo que predomina en la institución es el femenino representado en un 78 %; de igual forma la mayoría de los funcionarios su estado civil es de casado (78 %), seguido de separado (22 %), con familias conformados de 1 a 3 hijos (67 %) seguido sin hijos (33 %). El nivel académico de los funcionarios predominó el técnico o tecnológico con un (67 %) seguido de universitario (22 %).

Lo anterior permite comprender que todos los integrantes de la organización se encuentran comprometidos económicamente razón por la cual conlleva compromiso y sentido de pertenencia hacia la institución.

En cuanto al clima organizacional se tiene distribuida la encuesta de la siguiente manera:

Estructura: percepción de los trabajadores acerca de los límites que hay en la organización en cuanto a reglas, reglamentos, procedimientos y tramites. Evaluado desde la pregunta 1 a la 10.

Responsabilidad: percepción de los trabajadores en su autonomía en la toma de decisiones. Evaluado de la pregunta 11 a la 17.

Recompensas: percepción de la recompensa del trabajo. Evaluado de la pregunta 18 a la 23.

Riesgo: Sentimientos de los trabajadores a los desafíos que enfrentan dentro de la institución. Evaluado de la pregunta 24 a la 28.

Relación interpersonal: percepción de los trabajadores sobre el ambiente laboral y buenas relaciones. Evaluado de la pregunta 29 a la 33.

Estándares de desempeño: percepción sobre las normas de rendimiento dentro de la organización. Evaluado de la pregunta 34 a la 39.

Cooperación/Apoyo: percepción de trabajo en equipo. Evaluado de la pregunta 40 a la 44.

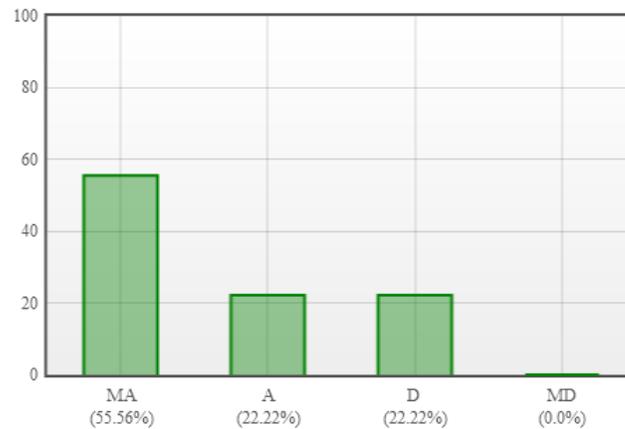
Conflicto: comprensión de dificultades y manejo de las mismas. Evaluado de la pregunta 45 a la 49.

Identidad: sentido de pertenencia de los trabajadores hacia la organización. Evaluado de la pregunta 50 a la 53.

A continuación se ilustran los resultados con base en lo anteriormente descrito.

Gráfica 1

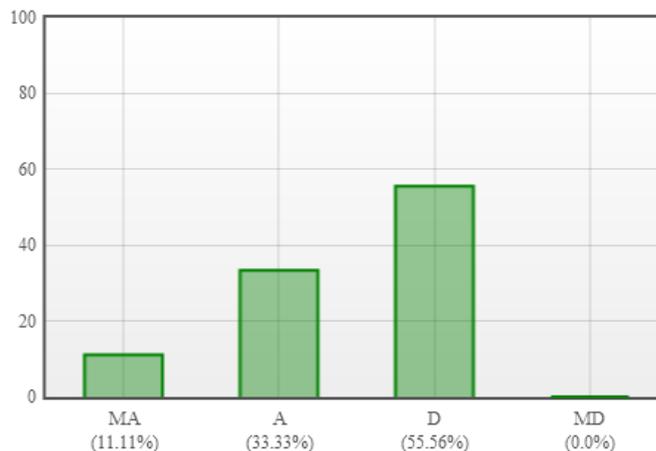
¿EN ESTA ORGANIZACION LAS TAREAS ESTAN CLARAMENTE DEFINIDAS?



La estructura de la organización. Se logró identificar que la institución tiene claras sus tareas definidas en los diferentes cargos permitiendo con ello el funcionamiento integral de la empresa, evidenciado lo anterior en la siguiente gráfica que representa cómo los funcionarios califican en “muy de acuerdo” con tener definidos en qué consiste su manual de funciones representado con un 55,56 %, seguido con el “estar de acuerdo” (22,22 %), siendo positivo para la organización porque permite cumplir con las metas establecidas dentro de su misión.

Gráfica 2

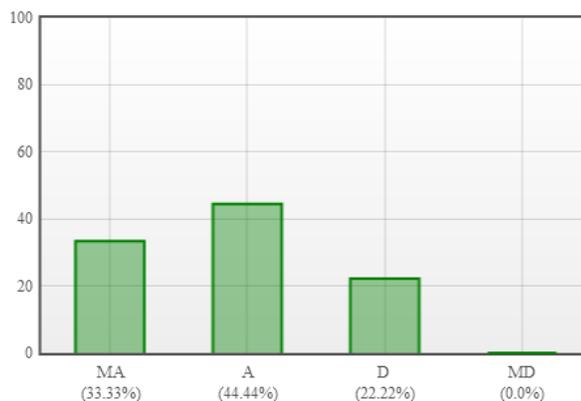
¿EL EXCESO DE REGLAS, DETALLES ADMINISTRATIVOS Y TRAMITES IMPIDEN QUE LAS NUEVAS IDEAS SEAN EVALUADAS (TOMADAS EN CUENTA)?



Dentro de la institución se evidencia que no existe tramitología en cada uno de los procesos que forma parte de la estructura organizacional de la empresa, representado con un 55,56 %, correspondiente a “en desacuerdo” en comparación con algunos funcionarios que perciben “muy de acuerdo” con un 11,11 %, de que sí existe tramite dentro de los procesos.

Gráfica 3

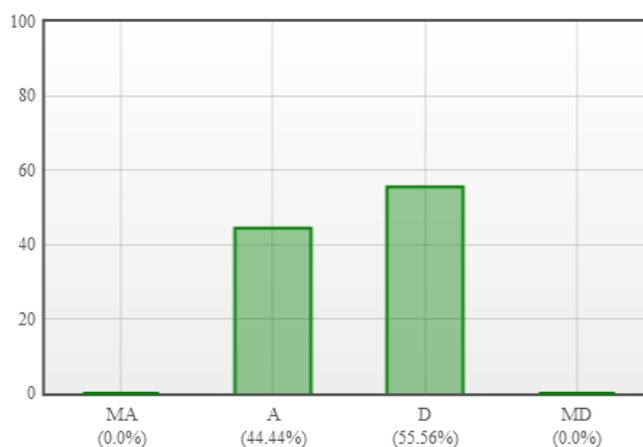
¿NUESTRA FILOSOFIA ENFATIZA QUE LAS PERSONAS DEBEN RESOLVER LOS PROBLEMAS POR SI MISMAS?



La gráfica 3 muestra cómo los trabajadores perciben positivamente la autonomía que desempeñan en la toma de decisiones dentro de la organización de acuerdo al nivel de responsabilidad, con un porcentaje del 44,44 % correspondiente en estar “de acuerdo” en lo arrojado en la encuesta aplicada.

Gráfica 4

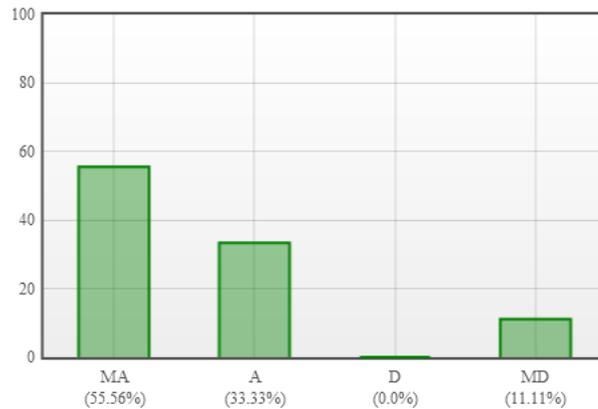
¿EN ESTA ORGANIZACION CUANDO ALGUIEN COMETE UN ERROR SIEMPRE HAY UNA GRAN CANTIDAD DE EXCUSAS?



Además, cuando se presentan errores las personas buscan la solución inmediata y correctiva para fortalecer el desempeño en las áreas que conforman la organización, representado en un 55,56 % “en desacuerdo”, teniendo en cuenta que un grupo de empleados (44,44 %) percibe que no se tienen presentes las dificultades para realizar un respectivo correctivo que conlleve a dicho fortalecimiento.

Gráfica 5

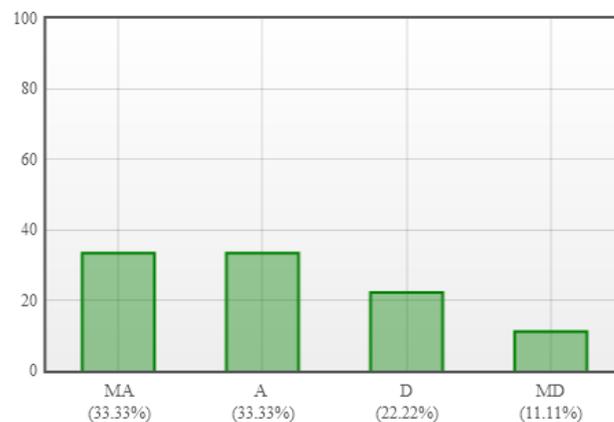
¿LAS RECOMPENSAS E INCENTIVOS QUE SE RECIBEN EN ESTA ORGANIZACION SON MEJORES QUE LAS AMENAZAS Y CRITICAS?



Con relación a la percepción de los trabajadores frente a la recompensa e incentivos, se puede observar que el 55,56 % manifiesta estar “muy de acuerdo” en que en la organización prima la recompensa e incentivos frente a las amenazas y críticas, pero hay un 11,11 % que manifiesta estar “en desacuerdo”.

Gráfica 6

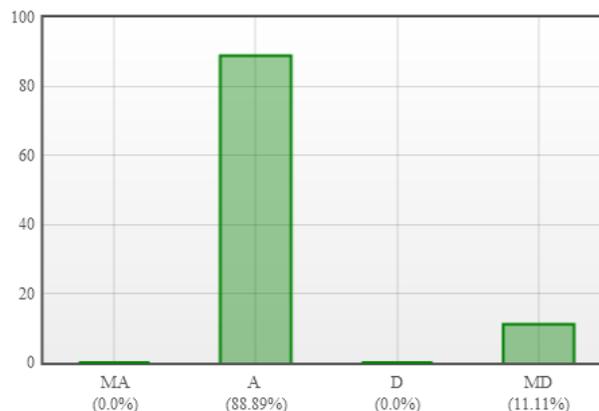
¿AQUI LAS PERSONAS SON RECOMPENSADAS SEGUN SU DESEMPEÑO EN EL TRABAJO?



En la gráfica 6 se puede evidenciar que difiere simultáneamente la manifestación de los trabajadores entre estar “muy de acuerdo” (33,33 %) y “de acuerdo” (33,33 %) con relación a que la organización genera las recompensas con base al desempeño laboral. Del mismo modo existe un 22,22 % “en desacuerdo” y un 11,11 % en “muy en desacuerdo”.

Gráfica 7

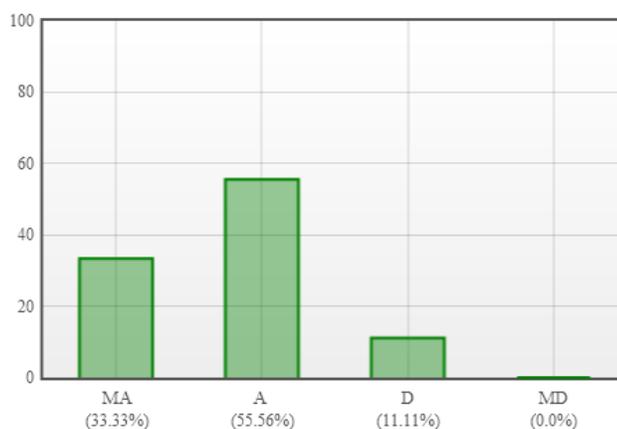
¿ESTA ORGANIZACION HA TOMADO RIESGOS EN LOS MOMENTOS OPORTUNOS?



A nivel de riesgo, la percepción de los trabajadores considera que la organización ha tomado riesgos en los momentos oportunos evidenciándose mediante la gráfica con un 88,89 % en “de acuerdo”, y un 11,11 % manifiesta estar en “muy en desacuerdo”.

Gráfica 8

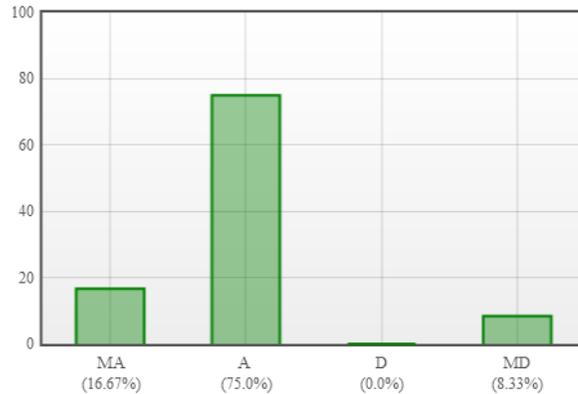
¿LA TOMA DE DECISIONES EN ESTA ORGANIZACION SE HACE CON DEMASIADA PRECAUCION PARA LOGRAR LA MAXIMA EFECTIVIDAD?



La organización es cautelosa en la toma de decisiones con el fin de lograr la máxima efectividad de los objetivos propuestos y se puede apreciar (mediante la gráfica) la manifestación dada por los trabajadores, lo cual refleja que el 55,56 % está “de acuerdo” y el 33,33 % en “muy de acuerdo”. De igual forma hay funcionarios que no perciben lo mismo y se puede evidenciar con los que están “en desacuerdo” (11,11 %).

Gráfica 9

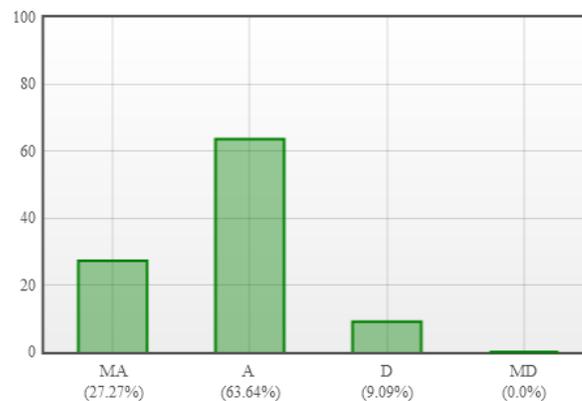
¿ESTA ORGANIZACION SE CARACTERIZA POR TENER UN CLIMA DE TRABAJO AGRADABLE Y SIN TENSIONES?



Según la gráfica 9, los trabajadores perciben un ambiente agradable y sin tensiones dentro de la organización, evidenciado con un calificación de 75 % en “de acuerdo” y un 16,67 % en “muy de acuerdo”. Sin embargo, existe una pequeña población que manifiesta estar en “muy en desacuerdo” (8,33 %).

Gráfica 10

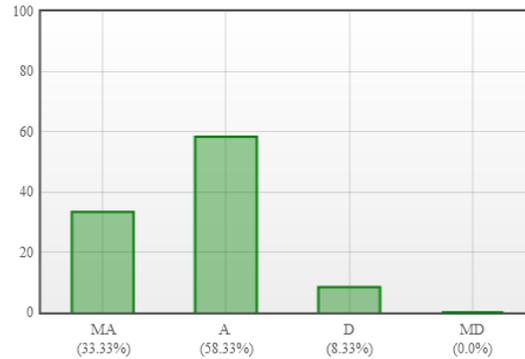
¿LAS RELACIONES JEFE-TRABAJADOR TIENDEN A SER AGRADABLES?



En la presente gráfica se puede observar que la relación jefe-trabajador es agradable, pues el 63,64 % de los trabajadores manifiesta estar “de acuerdo” y un 27,27 % “muy de acuerdo”. Del mismo modo hay una pequeña población de manifiesta no estar de acuerdo con esta manifestación y se puede evidenciar con un 9,09 %.

Gráfica 11

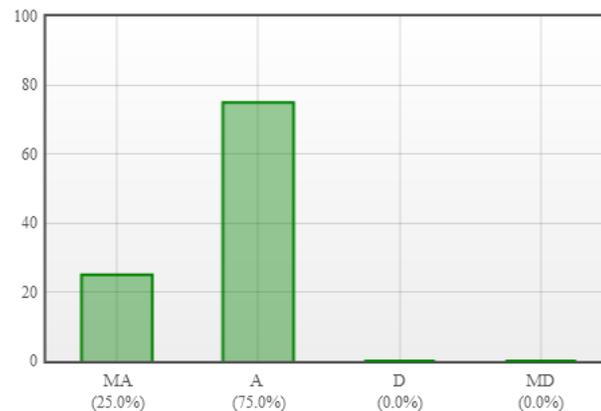
¿LA DIRECCION PIENSA QUE TODO TRABAJO SE PUEDE MEJORAR?



Con relación a los estándares de desempeño, se puede observar que la organización prima en el mejoramiento de las funciones, la percepción de los trabajadores frente a lo que piensa la dirección de la organización es de 58,33 % en “de acuerdo” y un 33,33 % en “muy de acuerdo”.

Gráfica 12

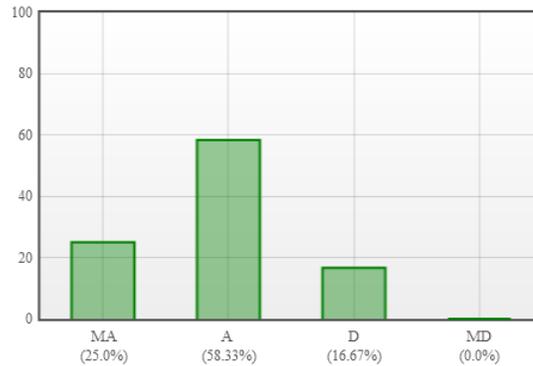
¿LA DIRECCION PIENSA QUE SI TODAS LAS PERSONAS ESTAN CONTENTAS LA PRODUCTIVIDAD MARCARA BIEN?



En la gráfica 12 los trabajadores perciben que la dirección piensa que si los funcionarios están contentos la productividad, se ve bien marcada y se refleja mediante la gráfica con el 75 % en “de acuerdo” y un 25 % en “muy de acuerdo”.

Gráfica 13

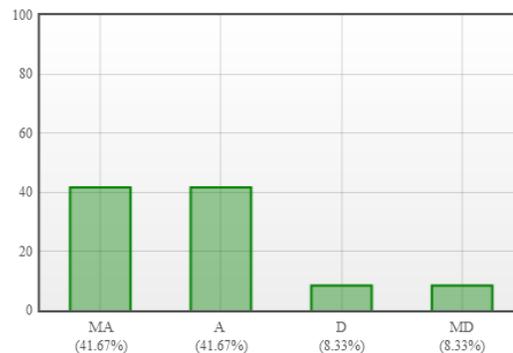
¿MI JEFE Y COMPAÑEROS ME AYUDAN CUANDO TENGO UNA LABOR DIFÍCIL?



Con respecto al trabajo en equipo, los trabajadores manifiestan que en un 58,33 % está “de acuerdo” y un 25% “muy de acuerdo”, referente a que los jefes y compañeros se ayudan cuando las tareas o actividades a desarrollar son muy difíciles; pero un 16,67 % manifiesta no estar de acuerdo.

Gráfica 14

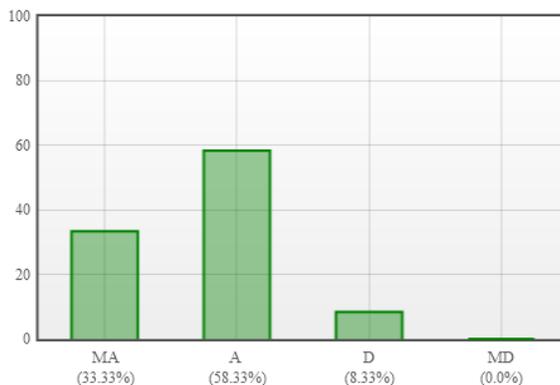
¿LA FILOSOFÍA DE NUESTROS JEFES ENFATIZA EL FACTOR HUMANO, COMO SE SIENTEN LAS PERSONAS, ETC?



En la gráfica 14 los jefes de la organización enfatizan el factor humano, y así lo perciben los trabajadores con un 41,67 % en “muy de acuerdo” y “de acuerdo”; pero hay un población que se considera “en desacuerdo” (8,33 %) y “muy en desacuerdo” (8,33 %).

Gráfica 15

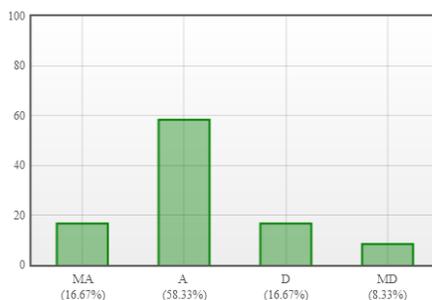
¿SIEMPRE PUEDO DECIR LO QUE PIENSO AUNQUE NO ESTE DE ACUERDO CON MIS JEFES?



Los trabajadores reflejan mediante la grafica anterior que pueden expresar sus opiniones aun sin estar de acuerdo los jefes, y esto se puede evidenciar con un 58,33 % en “de acuerdo”, y un 33,33 % en “muy de acuerdo”. En esta interrogante se valora la percepción que los trabajadores tienen de la organización frente al manejo de los conflictos. Hay una población del 8,33 % “en desacuerdo” para poder expresar sus opiniones ya que sus jefes no están de acuerdo con ellos.

Gráfica 16

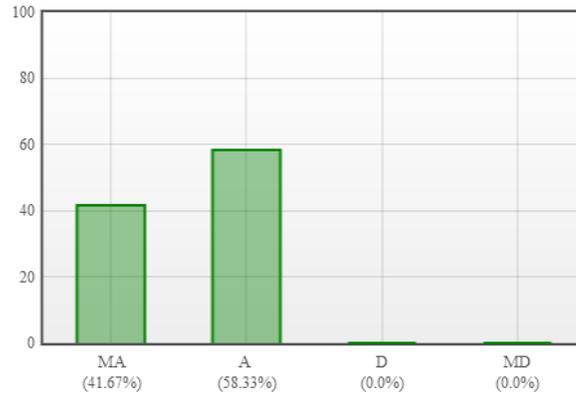
¿LO MAS IMPORTANTE EN LA EMPRESA ES TOMAR DECISIONES DE FORMA MAS FACIL Y RAPIDA POSIBLE?



En la organización lo más importante es tomar decisiones en forma fácil y rápida, con un 58,33 % en “de acuerdo” y un 16,67 % en “muy de acuerdo”; pero hay una población que considera estar “en desacuerdo” con un 16,67 % y “muy en desacuerdo” con un 8,33 %. Este interrogante permite evaluar cómo los trabajadores aprecian el manejo de los conflictos al momento de la toma de decisiones para agilizar los procesos.

Gráfica 17

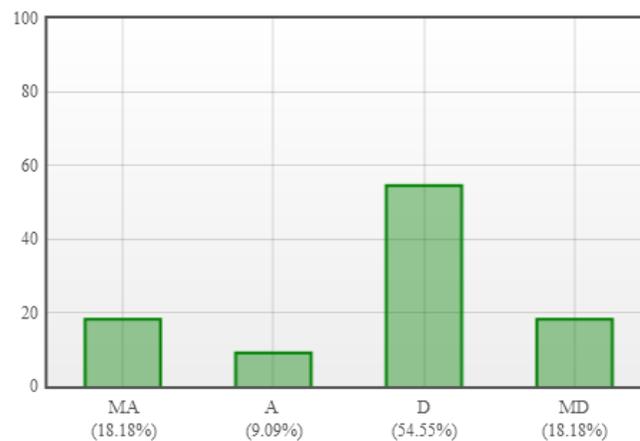
¿LA GENTE SE SIENTE ORGULLOSA DE PERTENECER A ESTA ORGANIZACION?



Los funcionarios de la organización consideran tener un gran sentido de pertenencia hacia ella y esto se puede apreciar a través de la gráfica anterior, donde el 58,33 % está “de acuerdo” y un 41,67 % “muy de acuerdo”. Estos resultados permiten observar que en la organización se genera un ambiente agradable de trabajo y fluye la ejecución de los procesos.

Gráfica 18

¿SIENTO QUE NO HAY MUCHA LEALTAD POR PARTE DEL PERSONAL HACIA LA ORGANIZACION?



En la presente gráfica podemos apreciar que un 54,55 % está “en desacuerdo” con la interrogante, pues con relación a la anterior pregunta, los trabajadores consideran tener un alto grado de sentido de pertenencia, aunque se puede también observar que hay una población (18,18 %) que está en “muy de acuerdo” con que no existe lealtad de los trabajadores hacia la organización.

Conclusiones

Con base en los resultados arrojados por el instrumento aplicado a la población objeto, se observó que el sexo que predomina en la institución es el femenino representado con un 78 %; de igual forma la mayoría de los funcionarios son casados (78 %), seguidos por separados (22 %), con familias conformados de 1 a 3 hijos (67 %) seguidos con sin hijos (33 %). El nivel académico de los funcionarios predominante es el técnico o tecnológico con un (67 %) seguido de universitario (22 %). Lo anterior permite comprender que todos los integrantes de la organización se encuentran comprometidos económicamente razón por la cual conlleva compromiso y sentido de pertenencia hacia la institución.

A continuación se concluyen los resultados obtenidos en cuenta al clima organizacional:

Con respecto a la estructura de la organización, se identificó que la esta tiene claras sus tareas en los diferentes cargos permitiendo el funcionamiento integral de la empresa, siendo un asunto positivo para la organización porque permite cumplir con las metas establecidas dentro de su misión.

Dentro de la institución se evidencia que no existe tramitología en los procesos que forman parte de la estructura organizacional de la empresa, pero algunos funcionarios consideran que sí existe tramite dentro de los procesos.

Con relación a la autonomía que desempeñan los trabajadores en la toma de decisiones dentro de la organización de acuerdo al nivel de responsabilidad, perciben estar de acuerdo.

La percepción de los trabajadores frente a la recompensa e incentivos, se puede concluir que están muy de acuerdo en que en la organización prima la recompensa e incentivos frente a las amenazas y críticas.

A nivel de riesgo, la percepción de los trabajadores considera que la organización ha tomado riesgos en los momentos oportunos conllevando al logro de los objetivos. La organización de igual forma es cautelosa en la toma de decisiones con el fin de lograr la máxima efectividad de los objetivos propuestos.

El ambiente labora es agradable y sin tensiones dentro de la organización, aunque existe una pequeña población que manifiesta estar muy en desacuerdo. Del mismo modo se puede concluye que la relación jefe-trabajador es agradable.

Los estándares de desempeño dentro de la organización priman y se ven reflejados con el mejoramiento de las funciones. Del mismo modo, los trabajadores perciben que la dirección piensa que si los funcionarios están contentos, la productividad se ve bien reforzada.

El trabajo en equipo, referente a que los jefes y compañeros se ayudan cuando las tareas u actividades a desarrollar son muy difíciles, es positivo ya que se cuenta con la colaboración e integración de los funcionarios y/o jefes para el cumplimiento de los objetivos de la organización.

En la organización lo más importante es tomar decisiones en forma fácil y rápida, permitiendo a los trabajadores estimar el manejo de los conflictos al momento de la toma de decisiones para agilizar los procesos.

Los funcionarios de la organización consideran tener un gran sentido de pertenencia lo cual se puede apreciar con los resultados donde la organización genera un ambiente agradable y fluye la ejecución de los procesos.

Recomendaciones

Dados los resultados del instrumento y con base en el mejoramiento continuo del ambiente laboral, se sugieren las siguientes recomendaciones:

Replantear los procesos que mayores trámites generan, con el fin de agilizar las funciones asignadas y por ende, lograr el cumplimiento de los objetivos propuestos.

La organización debe hacer actividades de integración que permitan mejorar el ambiente laboral, con aquellos funcionarios que perciben no sentir agrado en sus puestos de trabajo.

La organización debe reestructurar las funciones de los procesos con el fin de redistribuir las tareas asignadas.

Referencias

Código Sustantivo del Trabajo Colombia. (1950). Ministerio de la Protección Social. Recuperado el 18 de mayo de 2013. Disponible en: www.ilo.org/.../Codigo%20Sustantivo%20del%20Trabajo%20Colombia.pdf,

Engels, F. (1845). *Situación de la Clase obrera en Inglaterra*, Recuperado el 18 de marzo de 2013. Disponible en www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivst/.../situacion.pdf

García, G. (2007). *Clima organizacional: hacia un nuevo modelo. Clima organizacional y gestión humana*. Universidad Pontificia Bolivariana. Seccional Bucaramanga. Colombia. Citado el 18 de mayo de 2013. Disponible en www.unicauca.edu.co/porik_an/imagenes.../No.../articulo6.pdf

- Lemus Jiménez, W. (2011). *Clima organizacional y objetivo de la empresa*. Recuperado el 18 de marzo de 2013. Disponible en: accorh-consultor-wjlemus.blogspot.com/.../clima-organizacional...
- Mendez, C. (2006). "Clima Organizacional en Colombia". Capítulo 2. *Componentes del Clima Organizacional*. Facultad de Administración. Edit. Universidad del Rosario. Disponible en www.books.google.com.co/books?isbn=9588225876
- Pelaes León, O. C. (2010). *Relación entre el clima organizacional y la satisfacción del cliente en una empresa de servicios telefónico*. Tesis de grado académico (no publicada), Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Seisdedos N. (1996). Revista *Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*. Número 2, año 1996. Citado el 18 de mayo de 2013. Disponible en www.psicofundacion.es/index.php?mact=News,cntnt01,detail...
- Uribe-Rodríguez, A. F., Garrido-Pinzón, J. y Rodríguez, A. M. (2011). *Influencia del tipo de contratación en la calidad de vida laboral* (Nº 33), Colombia, acceso: [<http://revistavirtual.ucn.edu.co/>], ISSN 0124-5821 - Indexada Publindex-Colciencias (B), Latindex, EBSCO Information-Services, Redalyc, Dialnet, DOAJ, Actualidad Iberoamericana, Índice de Revistas de Educación Superior e Investigación Educativa (IRESIE) de la Universidad Autónoma de México. (pp. 101-116).

Adherencia al programa de control de la hipertensión arterial a partir de variables asociadas a los factores de salud

Lyly Astudillo*

Tania Lizarazo**

Carlos Alarcón***

* Enfermera. Estudiante Esp. en Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud, U. Jorge Tadeo Lozano – U. Surcolombiana. Neiva, Colombia. e-mail: lidito1304@hotmail.com

** Enfermera. Estudiante Esp. en Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud, U. Jorge Tadeo Lozano – U. Surcolombiana. Neiva, Colombia. e-mail: taniakmila0810@hotmail.com.

*** Enfermero. Estudiante Esp. en Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud, U. Jorge Tadeo Lozano – U. Surcolombiana. Neiva, Colombia. e-mail: k-ed89@hotmail.com

Resumen

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) afectan negativamente el desarrollo económico y social de millones de personas, deteriorando su salud y por ende su calidad de vida (Vinaccia & Orozco, 2005).

El presente artículo nos muestra un estudio descriptivo, retrospectivo, que mediante una muestra intencionada de usuarios asistentes al programa de control de la hipertensión arterial (HTA) en una ESE de baja complejidad, establece la adherencia de los mismos al programa.

Mediante un test de adherencia al tratamiento se obtuvieron los siguientes resultados: 67,7 % es población femenina, 96,8 % habita en la zona urbana del municipio, la edad oscila entre 47 y 92 años, el 58,1 % y el 54,8 % obtuvieron un riesgo cardiovascular bajo y medio al inicio y final del estudio respectivamente, finalmente el 71 % de los estudiados presenta una buena adherencia al programa tomando en cuenta los factores de salud descritos en los instrumentos.

Palabras clave: hipertensión, factores de riesgo y enfermedad crónica (fuente: DeCS).

Abstract

Chronic Non-communicable (NCD) diseases negatively affect economic and social development of millions of people, damaging their health and therefore the quality of life for them.

This article shows a descriptive, retrospective study, using a purposive sample of users attending the program control of blood pressure (HBP) in a low complexity ESE provides adherence of the same program.

Through a test of adherence to treatment the following results were obtained: 67,7 % female population, 96,8 % live in the urban area of the municipality, the age ranges from 47 to 92 years, 58,1 % and 54, 8 % earned a low cardiovascular risk and a half at the beginning and end of the study, respectively, finally 71 % of those studied exhibits good adherence to the program taking into account health factors described in the instruments.

Keywords: Hypertension, Risk Factors and Chronic Disease (fuente: Mesh).

Introducción

Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y progresión generalmente lenta. Son la principal causa de muerte e incapacidad en el mundo. Las más comunes son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la diabetes. De los 35 millones de personas que murieron de enfermedades crónicas en el año 2005, la mitad tenían menos de 70 años y la mitad eran mujeres (World Health Organization, 2010).

Se calcula que las defunciones por las enfermedades infecciosas, las afecciones perinatales y las carencias nutricionales disminuirán un 3 % en los próximos 10 años, se prevé que las muertes debidas a las enfermedades crónicas aumentarán 17 % para 2015 (World Health Organization, 2003).

Estas patologías afectan a la mayoría de naciones pero tienen un impacto considerable sobre poblaciones en situación de vulnerabilidad (económica, política, social, cultural); definidas con un proceso de evolución prolongado, no resuelto espontáneamente y rara vez alcanzan una cura completa, cuentan con etiología múltiple y un desarrollo poco predecible debido a la amplia variedad de factores de riesgo.

Se constituye en una de las primeras causas de consulta médica y solo entre el 3 y el 34 % controlan las cifras tensionales con un tratamiento antihipertensivo y esta cifra se le atribuye a la falta de adherencia al tratamiento (Casas, Chavarro & Cardona, 2013). Un estudio

realizado por Jones ha demostrado que solo entre el 40 % y el 50 % de los pacientes que inician un nuevo tratamiento farmacológico mantienen la medicación a los 6 meses de haberlo iniciado (Caro *et al.*, 1999), y además que el 50 % de los pacientes bajo este tratamiento no toman adecuadamente la medicación (Choo *et al.*, 2001).

Los usuarios diabéticos e hipertensos tienen un alto riesgo de presentar complicaciones, las cuales se ven incrementadas cuando no existe control ni seguimiento adecuado a las patologías mencionadas; siendo claro que aquellos con más factores de riesgo y con más condiciones clínicas asociadas tienen una probabilidad más alta de incidencia (Arias, 2001).

En cuanto al vínculo usuario-profesional de la salud, este último juega un papel importante, al igual que una comunicación eficaz, donde el usuario reciba información clara sobre su patología y tratamiento. Se ha observado que fortalecer el vínculo de confianza aumenta el grado de satisfacción del usuario e incrementa la adherencia a los tratamientos (Guerra, 2012).

Con lo anteriormente expuesto y ubicándose en el ámbito local, es importante identificar los determinantes en salud que influyen positiva o negativamente en la patología crónica, por medio de la revisión de historias clínicas realizadas a usuarios que presenten hipertensión arterial, como la enfermedad crónica no transmisible con mayor incidencia de la ESE Hospital Arsenio Repizo Vanegas del municipio de San Agustín (Huila).

El siguiente artículo es de gran utilidad, porque está encaminado a reconocer la funcionalidad en el primer nivel de atención en el manejo estipulado para los usuarios con hipertensión arterial y el direccionamiento de las acciones tendientes a mantener una condición de salud ya afectada por la patología básica; se han realizado investigaciones sobre la población con ECNT, pero definitivamente ninguna de estas se enfoca en la atención de los primeros niveles según el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) vigente; el desarrollo de la investigación requiere de poca inversión económica, además que cuenta con total disposición de su grupo investigador y no incluye riesgos para el recurso humano participante.

Materiales y metodos

Se utilizó un diseño descriptivo, retrospectivo, realizado a partir de datos presentes en las historias clínicas de usuarios con patología hipertensiva, los cuales fueron atendidos en la ESE Hospital Arsenio Repizo Vanegas del municipio de San Agustín (Huila) durante los meses de enero a junio de 2013. La muestra seleccionada es de 31 usuarios de tipo intencionado teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión definidos en el presente artículo; cabe resaltar que el total de población atendida por la ESE es de 101 usuarios.

- **Criterios de inclusión de la muestra**

Usuarios mayores de 18 años, con diagnóstico de HTA de más de seis meses, que requieran tratamiento farmacológico.

- **Criterios de exclusión de la muestra**

Usuarios con diagnóstico de diabetes mellitus.

- **Instrumentos**

Ficha de caracterización sociodemográfica y de variables clínicas del paciente, el test de adherencia al programa de hipertensión de escala dicotómica (opciones si o no) adoptado por la institución, que incluye preguntas del servicio, educación al paciente y el test de Morisky-Green (Casas Piedrahita *et al.*, 2013). Este último está validado para población colombiana y es de amplio uso en todos los países de habla hispana. El instrumento para esta investigación mostró una consistencia interna de acuerdo al método Kuder-Richardson de 0,622 siendo aceptable.

Resultados

La muestra fue compuesta por 21 mujeres (67,7 %) y 10 hombres (32,3 %) (tabla 1); el 80 % reporta estar casado, el 3,2 % vive en unión libre y el 6,5 % separado, al igual que soltero, y el 3,2 % viudo (tabla 2). La media de la edad está en 62 años, la edad mínima fue de 47 y la máxima de 92 años; la desviación típica es de 11.8.

De la muestra seleccionada el 96,8 % afirma habitar en el área urbana del municipio y el restante 3,2% manifiesta vivir en la zona rural (tabla 3).

Respecto a la clasificación de riesgo cardiovascular al inicio del estudio y conforme la división existente en Colombia, a saber: bajo, medio, alto y muy alto, se encontró que el 54,8 % presenta riesgo cardiovascular medio seguido

del 35,5 % para muy alto, 6,5 % para alto y 3,2 % para bajo; los resultados de la clasificación anterior utilizando los mismos parámetros al finalizar el estudio en cuanto a división porcentual, quedó dividida de la siguiente manera: 51,6 % para riesgo cardiovascular medio seguido del 35,5 % muy alto, 9,7 % alto y finalmente el 3,2 % para bajo (tablas 4 y 5).

En cuanto al tratamiento farmacológico y su adherencia durante la duración del estudio, se evidencia en orden de mayor a menor porcentaje una adherencia baja (32,3 %) seguido de alta (22,6 %), muy alta (19,4 %), media (16,1 %) y por último muy baja (9,7 %) (tabla 6).

El conocimiento de la patología por parte de los usuarios evidencia que el 58,1 % de los mismos posee un conocimiento muy alto de la misma, seguido del 38,7 % para conocimiento alto y 3,2 % para conocimiento bajo (tabla 7).

Para la actividad física que debe llevar cada uno de los usuarios diagnosticados con hipertensión arterial, se evidencia que en el grupo de usuarios el 61,3 % presenta una muy alta realización de la misma seguido del 32,3 % para una actividad física muy baja y un restante 6,5 % para actividad física alta (tabla 8).

El punto final del estudio lo muestra la adherencia general al programa de riesgo cardiovascular para usuarios hipertensos, que separa la misma por baja, media, alta y muy alta donde respectivamente esta ocupa los siguientes porcentajes: 9,7 %, 19,4 %, 45,2 % y 25,8 % (tabla 9).

Posterior a la descripción de cada una de las variables, se llevó a cabo una verificación por medio de llamadas telefónicas al total de usuarios de la muestra con el fin de identificar los motivos de su inasistencia y falta de adherencia al programa; del total, se realizaron 24 llamadas efectivas (77,4 %); en 14 de ellas, equivalentes al 58,4 %, los pacientes manifestaron asistir puntualmente a sus controles y recordaron la fecha de su último control en la institución de salud; el 41,6 % restante (10 usuarios) manifestaron **no** asistir a los controles argumentando lo siguiente:

- Recibe otro tipo de tratamiento, 40 %.
- Compra los medicamentos de forma independiente y por este motivo no asiste a los controles, 30 %.
- Refieren estar bien de salud y no ven la necesidad de asistir a controles, 20 %.
- No recordaron la fecha del control, 10 %.

El 22,6 % restante corresponde a llamadas no efectivas, que hacen referencia a usuarios sin número telefónico, teléfonos apagados o números erróneos.

Análisis de resultados

Un factor importante para el desarrollo favorable de la patología hipertensiva se ve reflejado en el apoyo familiar que recibe el paciente índice (Holguín *et al.*, 2006), conforme al estudio realizado, más del 80 % de los usuarios se encuentran dentro de un grupo familiar actuando como factor protector me-

diante la modificación o corrección de estilos de vida presentes previos a la patología que pudieran generar o no un desarrollo desfavorable en el estado de salud; un acceso oportuno y rápido a los servicios de salud dentro de un área determinada facilita el seguimiento y control de los usuarios hipertensos, actuando así como factor favorable en el desarrollo de la patología, de conformidad con lo evidenciado por área de procedencia de los usuarios según el estudio.

El tratamiento farmacológico de los usuarios hipertensos ayuda en gran medida a la nivelación de las cifras tensionales de los mismos y su adherencia, por parte de los usuarios, es determinante en el éxito o fracaso de cualquier programa de riesgo cardiovascular (Ingaramo *et al.*, 2005). Según el estudio realizado, más de la mitad de los usuarios presenta una adherencia farmacológica desfavorable lo cual genera un factor de riesgo desde el punto de vista de adherencia general al programa.

En contraste con lo anterior el conocimiento al respecto de su patología y la actividad física que se realice por parte del usuario, complementan el éxito o fracaso del tratamiento, en estos dos aspectos el estudio demuestra que los usuarios conocen y practican reduciendo así posibles complicaciones y comportándose como factores protectores de los mismos.

Conforme la normatividad colombiana (resolución 4003 de 2008), si un usuario pertenece a un programa de riesgo cardiovascular, debe ser clasificado según su riesgo para determinar pautas específicas con respecto al tratamiento

y seguimiento, el estudio demuestra que durante el tiempo del mismo no se afectaron los extremos de la clasificación (bajo y muy alto), y en cambio los medios de la clasificación se inclinaron hacia el riesgo cardiovascular alto, aumentando en número dejando al riesgo medio en menor cuantía; se esperaría que durante el seguimiento de los usuarios dentro de un programa de riesgo se mejore su condición o en contraste se mantenga pero que esta no disminuya ya que si lo hace podría significar el fracaso del programa planteado (Carhuallanqui *et al.*, 2010; Caro *et al.*, 1999).

Conclusiones

Resulta relevante para futuros estudios indagar sobre las creencias e imaginarios existentes alrededor del tratamiento farmacológico y la utilización de medicación alternativa para mejorar la patología hipertensiva, además de la frecuencia de consulta en otro personal no profesional como curanderos, pastores, técnico de farmacia, vendedores de hierbas, vecinos, etc.

El impacto del programa a nivel institucional es de vital importancia con el propósito de evidenciar los cambios reales del estilo de vida en los usuarios que presentan la patología.

La articulación de un equipo interdisciplinario (médico, enfermero, psicólogo, trabajador social) debe evidenciarse desde el primer nivel de atención el cual es la puerta de entrada para el diagnóstico de la patología y donde se prevea el mejoramiento y mantenimiento de la misma.

Agradecimientos

El siguiente estudio no habría podido llevarse a cabo sin la colaboración y entrega de los doctores Paulo Cesar González Sepúlveda y Julio César Quintero Vieda, quienes brindaron sus valiosos conocimientos en el tema investigativo.

Tablas

Tabla 1. sexo					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Masculino	10	32,3	32,3	32,3
	Femenino	21	67,7	67,7	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Tabla 2. Estado civil					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Casado	25	80,6	80,6	80,6
	Soltero	2	6,5	6,5	87,1
	Separado	2	6,5	6,5	93,5
	Union libre	1	3,2	3,2	96,8
	Viudo	1	3,2	3,2	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Tabla 3. Área de procedencia					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rural	1	3,2	3,2	3,2
	Urbana	30	96,8	96,8	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Tabla 4. Riesgo cardiovascular al inicio					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Bajo	1	3,2	3,2	3,2
	Medio	17	54,8	54,8	58,1
	Alto	2	6,5	6,5	64,5
	Muy alto	11	35,5	35,5	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Tabla 5. Riesgo cardiovascular al final					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Bajo	1	3,2	3,2	3,2
	Medio	16	51,6	51,6	54,8
	Alto	3	9,7	9,7	64,5
	Muy alto	11	35,5	35,5	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Tabla 6. Adherencia al tratamiento farmacológico					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muy baja	3	9,7	9,7	9,7
	Baja	10	32,3	32,3	41,9
	Media	5	16,1	16,1	58,1
	Alta	7	22,6	22,6	80,6
	Muy alta	6	19,4	19,4	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Tabla 7. Nivel de conocimiento de la enfermedad					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baja	1	3,2	3,2	3,2
	Alta	12	38,7	38,7	41,9
	Muy alta	18	58,1	58,1	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Tabla 8. Actividad física					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muy baja	10	32,3	32,3	32,3
	Alta	2	6,5	6,5	38,7
	Muy alta	19	61,3	61,3	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Tabla 9. Adherencia general					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baja	3	9,7	9,7	9,7
	Media	6	19,4	19,4	29,0
	Alta	14	45,2	45,2	74,2
	Muy alta	8	25,8	25,8	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Referencias

- Arias, Y. G. (2001). La adherencia terapeutica. *Revista Cubana de Medicina General Integral*;17(5):502-5.
- Carhuallanqui, R., Diestra-Cabrera, G., & Tang-Herrera, J. (2010). Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. *Rev Med Hered*, 21(4), 197-201.
- Caro, J. J., Speckman, J. L., Salas, M., Raggio, G., & Jackson, J. D. (1999). Effect of initial drug choice on persistence with antihypertensive therapy: the importance of actual practice data. *Canadian Medical Association Journal*, 160(1), 41-46.
- Casas Piedrahíta, M. C., Chavarro Olarte, L. M., & Cardona Rivas, D. (2013). Adhesión al tratamiento de la hipertensión arterial en dos municipios de Colombia. 2010-2011. *Hacia la Promoción de la Salud*, 18(1), 81-96.
- Choo, P. W., Rand, C. S., Inui, T. S., Lee, M. L. T., Canning, C., & Platt, R. (2001). A cohort study of possible risk factors for over-reporting of antihypertensive adherence. *BMC Cardiovascular Disorders*, 1(1), 6.

- Guerra E. (2012). Adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial. *Avances en Enfermería*, 2012;(2):67-75.
- Holguín, L., Correa, D., Arrivillaga, M., Cáceres, D., & Varela, M. (2006). Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. *Universitas Psychologica*, 5(3), 535-547.
- Ingaramo, R., Vita, N., Bendersky, M., Arnolt, M., Bellido, C., Piskorz, D., *et al.* (). Estudio nacional sobre adherencia al tratamiento (ENSAT). *Rev Fed Arg Cardiol*, 34, 104-111.
- Vega Angarita, O. M., & González Escobar, D. S. (2009). Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería global*, (16), 0-0.
- Vinaccia, S., & Orozco, L. M. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas*, 1(2), 125-37.
- World Health Organization (WHO), Ginebra. (2010). Disponible en: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/
- World Health Organization (WHO), Ginebra. (2003). The WHO STEP wise approach Noncommunicable Diseases and Mental Health Surveillance of risk factors for noncommunicable diseases.

Análisis de la percepción de la calidad de los servicios de salud en el primer nivel de atención

Derly Giraldo*

Tatiana Arango**

Mayra Cerquera***

Resumen

El presente estudio muestra la percepción que tienen los usuarios frente al nivel de calidad de la atención de los servicios de salud prestados por una IPS de primer nivel en el departamento del Huila. Se realizó un estudio descriptivo, cuantitativo, cuya unidad de análisis fueron los usuarios que demandaron el servicio del hospital durante el período de estudio, los cuales fueron encuestados y los principales resultados muestran que en términos generales un 69 % de la población se encuentra satisfecha con el servicio brindado; respecto al proceso de atención el 51 % de la población califica el tiempo de espera para ser atendido como regular (10 a 20 minutos) y un 62 % de la población denota que recibió una buena valoración y examen clínico por parte de los profesionales; y respecto a la infraestructura el 80 % de los usuarios está conforme con las instalaciones del hospital, la dotación del mismo, el aseo del lugar y la organización de la institución.

Palabras clave: satisfacción del paciente, percepción, calidad de la atención de salud e indicadores de calidad de la atención de salud (fuente: Decs).

* Odontóloga. Estudiante Esp. en Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud, U. Jorge Tadeo Lozano – U. Surcolombiana. Neiva, Colombia. e-mail: derlym5@hotmail.com

** Fisioterapeuta. Estudiante Esp. en Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud, U. Jorge Tadeo Lozano – U. Surcolombiana. Neiva, Colombia. e-mail: tarango9014@hotmail.com

*** Fisioterapeuta. Estudiante Esp. en Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud, U. Jorge Tadeo Lozano – U. Surcolombiana. Neiva, Colombia. e-mail: almas903@hotmail.com

Abstract

The present study shows the perception of users compared to the level of quality of care of health services provided by a top-level IPS in the department of Huila. A descriptive quantitative study, the unit of analysis were users who used the service of the Hospital during the study period, which were surveyed and the main results show that overall 69% of the population is satisfied with the service provided, regarding the process of care 51% of the population qualifies waiting time to be seen as fair (10 to 20 minutes) and 62% of the population indicates that received a good assessment and clinical examination by professionals, and for the infrastructure 80% of users are satisfied with the facilities of the Hospital, the crew thereof, cleanliness of the place and the organization of the institution..

Keywords: Patient Satisfaction, Perception, Quality Health Care and Quality Indicators, Health Care.

Introducción

Evaluar la calidad de la atención de los servicios de salud desde la perspectiva del usuario es cada vez más común, a partir de ellos es posible obtener un conjunto de conceptos y actitudes asociadas con relación a la atención recibida, con los cuales se adquiere información que beneficie a las instituciones que otorgan los servicios de salud a los prestadores y a los usuarios en sus necesidades y expectativas.

En las últimas décadas los métodos para monitorizar, inspeccionar y evaluar la atención en salud, han evolucionado; el enfoque cambió de la anatomía médica a la garantía de la calidad y de ahí al mejoramiento de esta y la gerencia para la calidad total.¹

El tema de la percepción de calidad se convierte en un factor de riesgo en un mediano y largo plazo ya que un punto de vista negativo de alguna institución puede influir en la demanda de los servicios médicos. Todo esto surge como parte de la transformación en salud que presentan las instituciones de este sector que requieren de nuevos protocolos, guías y criterios que conlleven a mejorar la prestación de servicios de salud con calidad. Por ello, la intención de la investigación se basó principalmente en desarrollar un análisis de la percepción de la calidad que complemente la ya existente calidad médica ofrecida en la institución. Esto se obtuvo luego de haber hecho un diagnóstico de la actualidad del

hospital revisando la información del SIAU y con entrevistas a los profesionales y representantes de los usuarios.

Existen varias razones por las que se debería considerar la satisfacción como una medida importante de resultado del proceso asistencial,² entre otras, la satisfacción es un instrumento útil para evaluar las consultas y los modelos de comunicación, como, por ejemplo, el éxito en informar o involucrar a los pacientes en la toma de decisiones sobre el tipo de atención. Además, la opinión del paciente puede utilizarse sistemáticamente para mejorar la organización de los servicios a proveer.

Uno de los conceptos más aceptados en lo referente a la satisfacción de los usuarios es la del Dr. Avedis Donabedian "La calidad en atención en salud, consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en forma tal que maximice los beneficios de la salud de la población sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios".³

La insatisfacción de los usuarios en la prestación de los servicios de salud es uno de los defectos en la calidad del servicio prestado que acarrea por lo general, problemas de salud para los pacientes y compromisos legales para los prestadores de este servicio. Las entidades de salud deben cumplir una importante fun-

1 Donabedian, A. (1.989). Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica. Serie Perspectivas en Salud Pública. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.

2 Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction: Important general considerations. *BMJ* 1991;302:887-9. *Eur J Public Health*.

3 Jiménez V.M., Ortega V.M.C., Cruz A.G., Cruz C.M. *et al.* Satisfacción del usuario como indicador de calidad.

ción social y humanitaria en la comunidad y en nuestro país tenemos muchas dificultades con la atención tanto por el recurso humano como por los problemas económicos que se presentan.⁴

La calidad de atención en salud es una de las mayores preocupaciones de quienes tienen la responsabilidad de la prestación de estos servicios y una necesidad de quienes requieren de estos. Es un hecho que toda institución prestadora de servicios de salud debe evaluar con alguna regularidad la calidad de la atención. Cuando se habla de calidad, se hace referencia a satisfacer las necesidades y expectativas tanto del usuario interno como del externo.⁵ La calidad se ha convertido en factor estratégico para lograr una ventaja competitiva en toda entidad y con ella lograr una mejora continua en los resultados; con la calidad buscamos prevenir la aparición de defectos y minimizar el riesgo.

El presente estudio tuvo como objetivo general, analizar la percepción de los usuarios sobre la calidad de la prestación de los servicios de salud brindados por parte del profesional en el hospital San Francisco de Asís del municipio de Elías y como objetivos específicos los siguientes:

1. Determinar el nivel de conocimiento que tienen los usuarios acerca de sus derechos

4 Rodríguez, Héctor Augusto. Calidad en los servicios de salud en Colombia desde la perspectiva del consumidor: Propuesta de Construcción de una escala de medida. En: Colombia: Revista Colombiana de Marketing. Enero, 2000, Vol. 1, Nº 1, p.59-72. (Citado en marzo 11 de 2011).

5 Aranaz, J. y Mira, J.J. (2000). La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. Medicina Clínica. 114 (Supl 3):26-33. Extraído desde http://calite-revista.umh.es/indep/web/satisf_paciente.pdf

y deberes en la institución prestadora de servicios de salud.

2. Conocer el trato personal que recibió en el proceso de atención por parte del profesional y el tiempo que transcurre entre la solicitud de una cita y la asignación de la misma según la unidad de servicio.
3. Describir la percepción que tienen los usuarios con respecto al tiempo de espera para recibir los servicios de salud.
4. Identificar el grado de satisfacción del usuario con la atención y el servicio recibido por la institución prestadora de salud.

Materiales y métodos

El proyecto se realizó utilizando la metodología de marco lógico, el estudio se enfocó a determinar la percepción de los usuarios externos sobre el servicio de atención en salud brindado por el hospital San Francisco de Asís del municipio de Elías. Para recopilar la información, se utilizó como instrumento una encuesta, la cual contó con preguntas que involucran los indicadores básicos de la institución como son los de estructura, de proceso y de resultado; tal es el caso de los derechos y deberes, tipo de servicio de atención, calidad en el proceso de atención según el tipo de servicio, el tiempo de espera para la prestación del servicio, la salida y el seguimiento del usuario al momento que fue atendido y finalmente el grado de satisfacción de este con el servicio recibido. Para ello se tomó una muestra de 150 usuarios de los 3800 en total

que tiene la institución y se les aplicó una encuesta de satisfacción en las distintas áreas de servicio; urgencias, consulta externa, promoción y prevención P y P, laboratorio, odontología, farmacia y facturación.

Para lo anterior se llevó a cabo un estudio descriptivo, cuantitativo, de tipo retrospectivo sobre la percepción que tienen los usuarios sobre la calidad de la atención recibida en el hospital San Francisco de Asís del municipio de Elías Huila. La población de estudio se conformó con las 3800 personas mayores de 15 años de ambos sexos que habitan en el municipio y que asistieron indistintamente a la consulta externa del hospital en el período de junio de 2013 y ellos fueron nuestra unidad de análisis. El muestreo fue no probabilístico debido a que no todos los usuarios de la población tienen la misma probabilidad de ser elegidos y se hizo a través del método de muestreo discrecional ya que a criterio propio se definieron los usuarios sobre los que se cree que pueden aportar al estudio. El total de la muestra fue de 150 usuarios.

Como criterios de selección se utilizaron los siguientes:

Criterios de inclusión

- Mayores de 15 años.
- Que hayan recibido atención en el período seleccionado.
- Deseo voluntario de participar en el estudio.

Criterios de exclusión

- Menores de 15 años.
- Personas que manifiestan el deseo de no participar en el estudio.

Variables

- *Tiempo de espera*: valora la accesibilidad al servicio. El tiempo que esperó desde que tomó el turno hasta recibir la atención.
- *Cumplimiento de horario de atención de la consulta por parte del profesional*: se refiere al acatamiento por parte del profesional del horario en el que debe cumplir su trabajo (carga horaria) y en el cumplimiento del horario de las citas.
- *Satisfacción del usuario*: valora el proceso del servicio y está dado porque el profesional le puso atención a sus dolencias, porque fue examinado, porque explicó lo que tenía, porque entendió las recomendaciones que le dio, porque tuvo privacidad durante la consulta.

- *Percepción que tiene el usuario sobre el trato recibido*: está basada en el trato que le dio el profesional que lo atendió en los diferentes servicios, que recibió en la farmacia, en el interés y la responsabilidad que pusieron los funcionarios en atenderle y brindarle un servicio con calidad.

La fuente de información es primaria y son los usuarios o acompañantes, a los cuales se les aplicó la encuesta que fue llenada por los entrevistadores. Para el presente estudio se utilizó una encuesta instrumento de tipo cuantitativo, elaborado en base a la clasificación propuesta por Donabedian,⁶ para explorar la percepción de la calidad que tienen los usuarios; consta de 13 preguntas, las cuales son cerradas en las que las respuestas en su mayoría son dicotómicas y otras tiene alternativas fundamentadas en la escala de Likert puesto que se refieren a aspectos psicosociales.

Este instrumento ha sido modificado y validado para ser utilizado. Consta de 4 áreas:

1. Encabezado en el cual se hace referencia al tema de estudio y si conoce los derechos y deberes de los usuarios. Preguntas sobre la percepción de la calidad del servicio recibido en el establecimiento de salud. Esta percepción se basa en el análisis de las categorías propuestas por Donabedian.⁷
2. Con relación a la *estructura*, se consideró la limpieza e higiene del centro de salud, dotación e infraestructura.
3. En cuanto al *proceso*, se valoraron las acciones de revisión y diagnóstico, la información y la y comunicación proporcionadas al usuario.
4. Para evaluar los *resultados*, se seleccionó la percepción general acerca de la calidad de la atención recibida.

La validación de la encuesta se realizó a través de una prueba piloto en la cual se aplicaron diez encuestas, con la finalidad de determinar la comprensión del instrumento por parte del usuario externo; además, esta validación permitió comprobar si las preguntas cumplían con el objetivo de reflejar fluidez, pertinencia, precisión y oportunidad, siendo también importante para evaluar el procedimiento de aplicación de la encuesta. Una vez realizada esta prueba se efectuaron los cambios necesarios para garantizar el logro de los objetivos.

6 Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. En: *Explorations in quality assessment and monitoring*. Vol. I. Health Administration Press. Ann Arbor. Michigan. 1996

7 Donabedian, A. (1.989). *Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica*. Serie Perspectivas en Salud Pública. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Resultados y análisis

Los resultados de cada una de las preguntas realizadas en la encuesta están sujetos a diferentes opciones de respuesta como son: si, no o n.s. que corresponde a que no sabe; bueno, regular o malo; fácil, difícil y muy difícil y excelente, buena y regular.

Para iniciar el análisis se presentará una descripción de los resultados de cada una de las preguntas realizadas en la mencionada encuesta. La primera variable corresponde a la información de los derechos y deberes de los usuarios, en la tabla 1 se muestra este resultado.

Tabla 1

I. Información derechos y deberes				
Variable	Si	No	N.S.	Total
Información deberes y derechos	104	31	15	150
Porcentaje	69 %	21 %	10 %	100 %

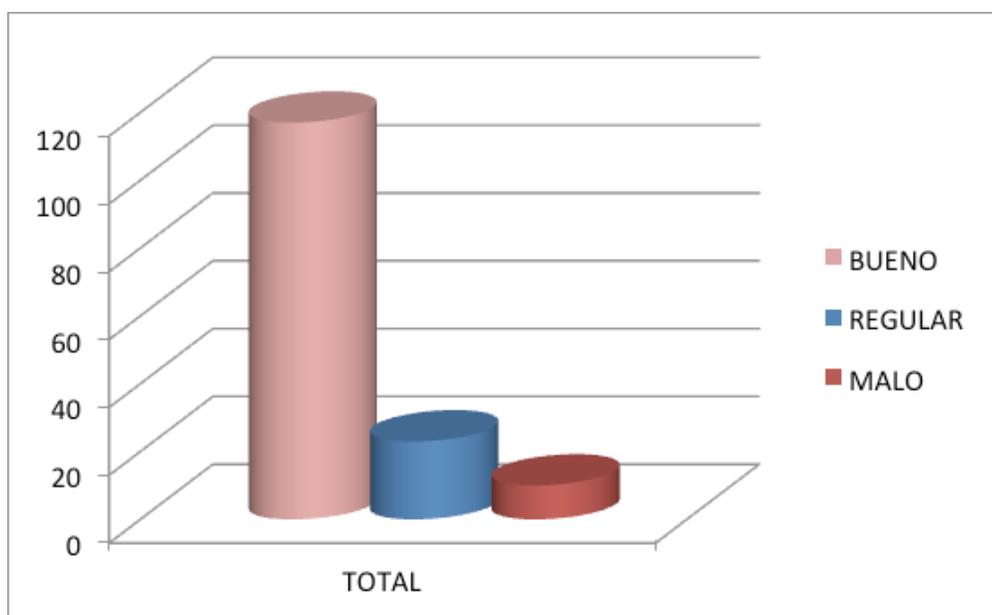
Fuente: encuestas. **Elaboración:** investigadores

La Ley 1438 de 2011 enfatiza que al usuario se le debe hacer entrega oportuna de la información, dar conocimiento claro y conciso de los derechos y deberes que tiene en la institución a la que está asistiendo, un trato digno y amable, la identificación del personal de salud y el resguardo y confidencialidad de la historia clínica entre otros aspectos,⁸ por tanto se evidencia que a pesar de que la mayor parte de los usuarios conoce sus deberes y derechos, el 31 % de los que participaron en la encuesta acudieron a los servicios de la institución y no se les brindó ninguna información sobre los derechos y deberes.

La siguiente información corresponde al trato que recibió el usuario en el proceso de atención en el hospital.

8 República de Colombia, Ministerio de salud, enero de 2011. Tomado de <http://www.minsalud.gov.co/comunicadosPrensa/Paginas/ReformaalasaludLey1438de2011.aspx>

Gráfica 1



Fuente: encuestas. Elaboración: investigadores

Así, en términos generales el 78 % (equivalente a 117 usuarios) manifestó haber recibido buen trato durante la atención del profesional de la entidad, el 15,3 % (equivalente a 23 usuarios) manifestó haber recibido un regular trato durante esta atención y solo un 6,6 % (equivalente a 10 usuarios) calificó un mal trato en la atención por parte del profesional de la entidad de salud. La gráfica 2 muestra este comportamiento.

En cuanto al tiempo que transcurrió entre la solicitud de una cita y la asignación de la misma según la unidad de servicio, se obtuvieron los siguientes resultados.

Tabla 2

Tiempo entre la solicitud y la asignación de la cita	Fácil	Difícil	Muy difícil	No responde	Total
	1 día	2-3 días	Más de 3 días		
Total usuarios	80	23	6	41	150
Porcentaje	53 %	15 %	4 %	27 %	100 %

Fuente: encuestas. Elaboración: investigadores

Lo que quiere decir, como lo muestra la tabla 2, que el 53 % respondió ser fácil el tiempo transcurrido entre la solicitud de una cita y la asignación de la misma en la entidad de salud, el 15 % responde ser difícil este tiempo y tan solo el 4 % equivalente a 6 usuarios respondió ser muy difícil este tiempo para acceder a una cita. 27 % de la población encuestada no responde esta pregunta.

En cuanto a los trámites que debe realizar el usuario en la institución se presentaron los siguientes resultados.

Tabla 3

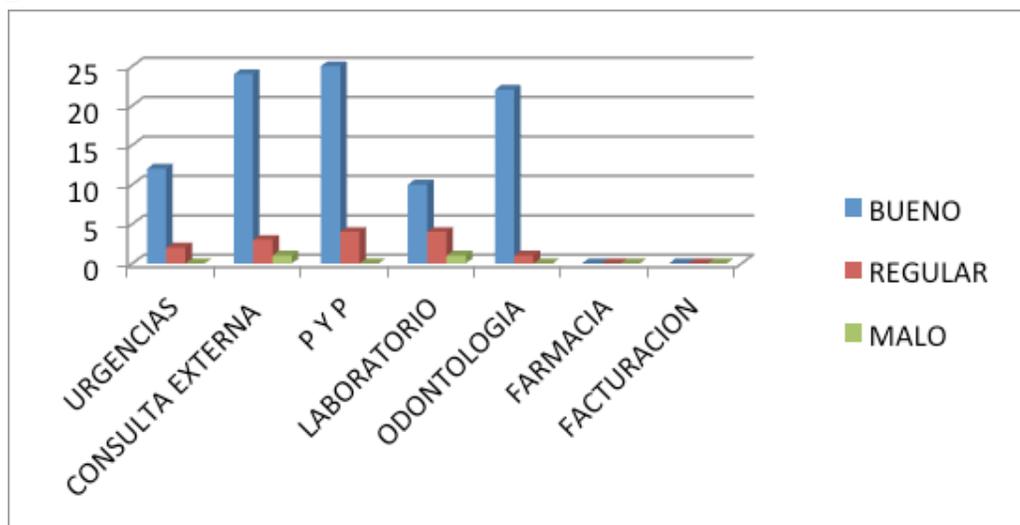
Trámites para la atención	Fácil	Difícil	Muy difícil	Total
Total usuarios	135	12	3	150
Porcentaje	90 %	8 %	2 %	100 %

Fuente: encuestas. Elaboración: investigadores

Se observa que el 90 % (equivalente a 135 usuarios) considera que los trámites que se deben hacer para recibir su atención son fáciles, por lo tanto se razona que los que se deben realizar para la consecución de una cita de atención del servicio en la institución, son de fácil acceso y simples.

El proceso de la valoración y el examen clínico como tal que recibe el usuario por parte de los profesionales que lo atienden refleja el siguiente comportamiento.

Gráfica 2



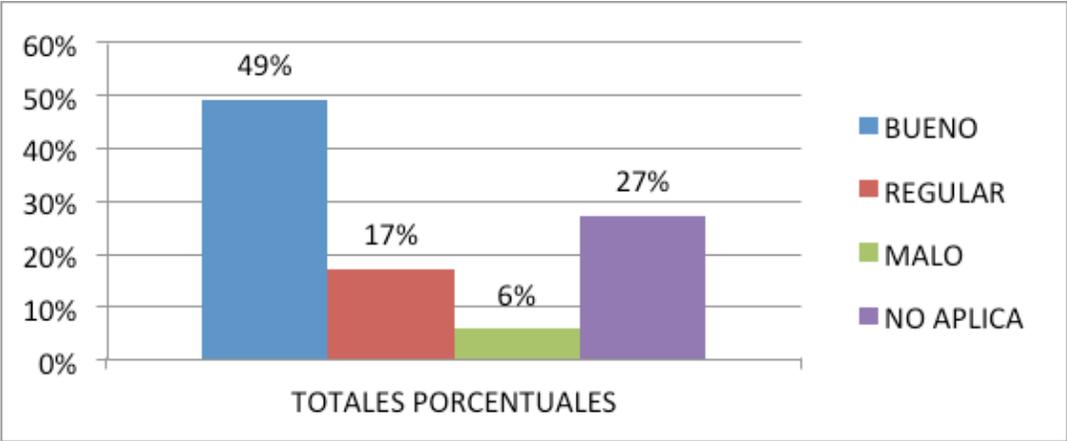
Fuente: encuestas. Elaboración: investigadores

En términos generales se puede resumir que un 62 % (equivalente a 93 usuarios) de quienes respondieron este interrogante, se sienten satisfechos con la valoración clínica y médica expedida por el profesional que los atendió, el 9 % (equivalente a 14 usuarios) consideró que fue regular la valoración clínica y médica, el 1 % (equivalente a 2 usuarios) calificó como mala dicha valorización recibida por el profesional y el 27 %, como se estipuló anteriormente, no respondió a este interrogante ya que no cuenta con este servicio específico. La grafica 2 enseña este comportamiento.

Una de las características de la calidad en cuanto al proceso que se le preguntó al usuario fue la del tiempo de espera.

Gráfica 3

Tiempo de espera



Para su análisis general según la encuesta sobre el total de la muestra practicada en la institución, se observa que el tiempo de espera para la atención está equilibrado entre diez y veinte minutos lo que corresponde a un bueno y regular, queriendo así corroborar que se deben mejorar y optimizar los tiempos de espera.

Examinamos en lo que concierne al indicador de estructura con la prestación del servicio en diferentes aspectos, en primera instancia a la calificación que le da el usuario a los servicios de la institución tales como la comunicación telefónica, la facilidad para llegar al hospital y el horario de atención. La tabla 4 nos muestra el resultado de esta variable.

Tabla 4

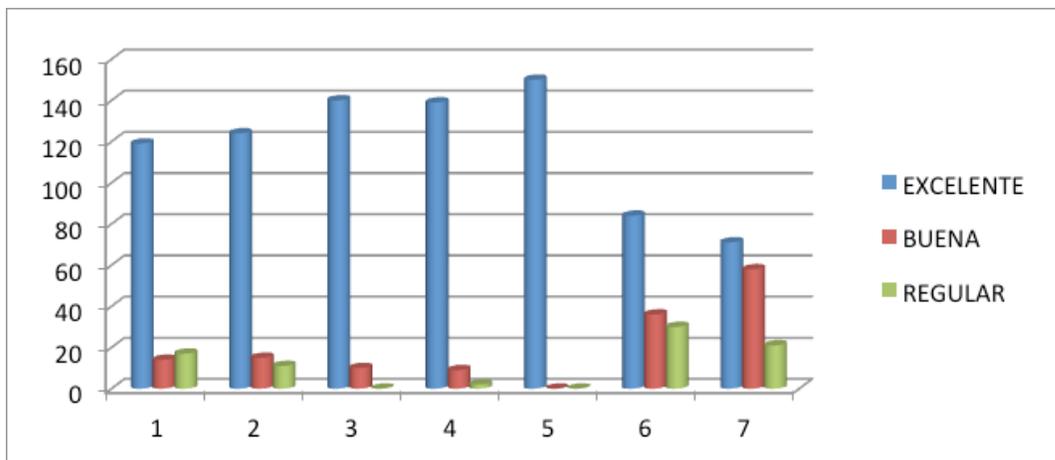
Calificación de acceso a los servicios				
	Excelente	Bueno	Regular	Total
Comunicación telefónica	120	28	2	150
Facilidad para llegar al hospital	101	35	14	150
Horario de atención	82	44	24	150

Fuente: encuestas. Elaboración: investigadores

La gráfica anterior muestra que los usuarios se inclinaron más hacia la excelencia por el servicio de comunicación telefónica ya que 120 usuarios de una muestra de 150 respondieron que el servicio es excelente, 28 usuarios manifestaron que el servicio es bueno y solo 2 usuarios manifestaron que el servicio es regular; en cuanto a la facilidad en llegar al hospital 101, 35 y 14 usuarios manifestaron que es excelente, bueno y regular respectivamente; y en cuanto al horario de atención estos respondieron excelente 82 usuarios, 44 bueno y 24 regular.

Por otra parte se examinaron las condiciones durante la atención del servicio y se identificaron las siguientes variables: instalación y dotación, orden higiene y limpieza, privacidad brindada, confidencialidad hacia su vida privada y su estado de salud, la presentación personal de los funcionarios y la información recibida relacionada con su atención y resolución de dudas e inconvenientes. La gráfica 4 muestra los resultados según la encuesta.

Gráfica 4



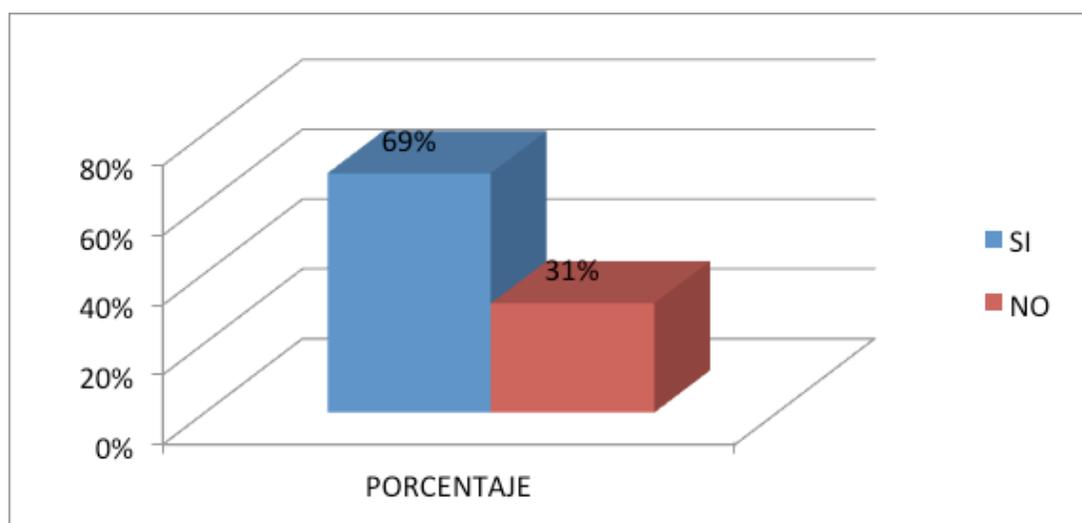
Fuente: encuestas. Elaboración: investigadores

En esta gráfica se observa que en la excelencia plena se encuentra en la presentación personal de los empleados ya que la totalidad de la muestra, es decir 150 personas, manifestó que es excelente, a su vez la resolución de dudas e inquietudes no tuvo la misma suerte ya que se encuentra un equilibrio en las tres respuestas dadas por los usuarios, o sea, denota lo excelente lo bueno y lo regular, por otra parte en cuanto a confidencialidad se refiere nos presenta un alto número de usuarios que lo califican como excelente al igual que la privacidad brindada y las instalaciones y dotaciones de la entidad de salud en general.

Finalmente y quizás la variable más importante a tratar en la presente investigación y que generaliza la medición de la calidad en la prestación del servicio, es la satisfacción con la atención y el servicio recibido por la institución y para ello la gráfica 6 muestra este resultado.

Gráfica 6

Satisfacción del usuario



Fuente: encuestas. Elaboración: investigadores

En cuanto a este indicador, se observa que el 69 % de los usuarios que responden ante esta muestra manifestó estar satisfecho con la atención y el servicio recibido por la institución y el 31 % restante respondió no estar satisfecho, esto debido a diversos factores que anteriormente se habían comentado y que para mejorar sus resultados, basta con establecer y ejecutar políticas de mejora continua en las diversas unidades de servicio y del talento humano, para el funcionamiento eficiente y superior calidad de todos los servicios.

Conclusiones

Teniendo en cuenta lo desarrollado en la investigación donde se recurre a diferentes variables para evaluar y analizar la percepción de la calidad de los servicios de salud prestados en el hospital San Francisco de Asís del municipio de Elías, departamento del Huila, se concluye que los usuarios beneficiarios de este servicio se mantienen conformes en su gran mayoría con la prestación del servicio ya que cerca del 70 % de la muestra se consideran satisfechos con la atención y servicio que recibieron y cerca del 90 % de esta consideró fácil el acceso y los trámites que se realizaron para solicitar algún tipo de servicio en específico, por otra parte solo el 1 % de la muestra consideró mala la valoración clínica y médica que recibió por parte del profesional y finalmente cerca del 80 % de los usuarios de la muestra destacó un buen trato personalizado por el profesional que lo atendió. Adicionalmente se establece que aproximadamente el 70 % de los usuarios de la muestra se mostró satisfecho con la atención y servicio que recibió por lo que se concluye que hay una favorable percepción de la calidad de los servicios de salud prestados por esta institución.

Recomendaciones

Conformar un equipo de gestión y mejoramiento continuo entre los mismos empleados de la institución, basado en un plan de gestión institucional y gestión de la calidad que tome como referencia el presente estudio, que conlleve a mejorar el nivel de calidad global de atención.

Planear, ejecutar y evaluar la prestación del servicio y la atención al cliente haciendo los ajustes necesarios en períodos trimestrales.

Es importante mejorar los procesos de medición de la satisfacción del usuario; como encuestas de satisfacción, buzones de quejas u organización de comités de usuarios, los cuales permiten conocer las percepciones buenas o malas de calidad respecto a los servicios recibidos.

Establecer políticas de estímulos a las unidades de salud que presenten mejores resultados de satisfacción de usuarios y mejor cumplimiento de los planes de mejora.

Implementar un sistema de capacitación eficiente al personal de salud que permita mejorar la actitud y trato al paciente.

Difundir los resultados del presente estudio a través del equipo de gestión y mejoramiento continuo del área, para diseñar un programa de intervención con la participación de todos los trabajadores.

Fomentar y apoyar posteriores estudios de investigación en el tema de calidad vinculando también al usuario interno.

Referencias

- Aranaz, J. y Mira, J. J. (2000). La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Medicina Clínica*. 114 (Supl 3):26-33. Extraído desde http://calite-revista.umh.es/indep/web/satisf_paciente.pdf
- Donabedian, A. (1989). *Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica*. Serie Perspectivas en Salud Pública. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Fitzpatrick, R. (1991). Surveys of patient satisfaction: I-Important general considerations. *BMJ Eur J Public Health*; 302:887-9.
- Jiménez, M., Ortega, V. M. C., Cruz, A. G., Quintero, V. M. M., Mendoza, R. E., & Antunes, D. (2003). Satisfacción del usuario como indicador de calidad. *Revista mexicana de Enfermería*.
- OPS. (2002). *La salud pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción*. OPS. Washington (consultado 23 may 2003). Disponible en: <http://sobe.w3internet.net/spanish/publichealth-americas.html>
- Rodríguez, H. A. (2000). Calidad en los servicios de salud en Colombia desde la perspectiva del consumidor: Propuesta de Construcción de una escala de medida. En: Colombia: *Revista Colombiana de Marketing*. Enero, 2000, Vol. 1, N° 1, pp. 59-72. (Citado en marzo 11 de 2011).
- Ross, A. G., Zeballos, J. L., Infante, A. (2000). La calidad y la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*.
- USAID. (1997). Agencia Estadounidense para el Desarrollo Internacional, Programa de Garantía de la Calidad. Garantía de calidad de la atención de salud en los países en desarrollo: serie de perfeccionamiento de la metodología de garantía de calidad. Nueva York.

Niveles de satisfacción de los usuarios de la unidad renal de hemodiálisis del Hospital Universitario de Neiva Hernando Moncaleano Perdomo y la perspectiva de los funcionarios frente al servicio que prestan

Magda Paola Hernández Peñuela*

Yuli Paola Ledesma Vargas**

Karol Tatiana Vargas***

* Médica. Estudiante Esp. en Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud, U. Jorge Tadeo Lozano – U. Surcolombiana. Neiva, Colombia. e-mail: doc_saudade@yahoo.com

** Enfermera. Estudiante Esp. en Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud, U. Jorge Tadeo Lozano – U. Surcolombiana. Neiva, Colombia. e-mail: paola125_8@hotmail.com

*** Enfermera. Estudiante Esp. en Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud, U. Jorge Tadeo Lozano – U. Surcolombiana. Neiva, Colombia. e-mail: kati2182@hotmail.com

Resumen

El concepto de satisfacción ha adquirido una gran importancia en las últimas décadas, aplicándose a todos los campos donde se establezca una relación entre servicio y cliente. Para medir estos niveles de satisfacción se empleó un método reconocido, el **Servqual**, que aborda cinco dimensiones a saber, confiabilidad, responsabilidad, seguridad, empatía y elementos tangibles que se tuvieron en cuenta para la elaboración de la encuesta. Con este instrumento se busca conocer el nivel de satisfacción del usuario y la perspectiva de los funcionarios sobre cómo prestan el servicio, en este caso en una unidad de hemodiálisis de la ciudad de Neiva, con el fin de saber cuáles son las debilidades en cada una de estas dimensiones y formular líneas de acción que permitan superar las problemáticas observadas. Los resultados obtenidos muestran, al igual que en otras investigaciones, que no hay una diferencia sustancial entre la satisfacción de los usuarios y la perspectiva de los funcionarios, para los usuarios la satisfacción global puntuó en 5,88 y una percepción de los funcionarios frente al servicio que prestan de 6,34, según las medias. Sin embargo, las diferencias se dan dentro de una misma dimensión

donde el nivel de satisfacción global para esta, es menor en los usuarios que en los funcionarios. Es importante entonces para llegar a niveles de calidad óptimos, estimar la satisfacción de los usuarios, trabajar sobre las debilidades, lo que incluye a los funcionarios que en ocasiones pueden tener perspectivas altas del servicio que prestan y estar alejados de la realidad.

Palabras clave: satisfacción, calidad, hemodiálisis, acceso, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad.

Abstract

The concept of satisfaction has acquired great importance in recent decades, to apply to all fields where a relationship is established between client and service. To measure these levels of satisfaction used a validated methodology **Servqual**, which addresses five dimensions namely reliability, responsiveness, assurance, empathy and tangibles were taken into account in the development of the survey. This instrument seeks to understand the level of user satisfaction and the perspective of officials on how to provide the service, in this case in a hemodialysis unit of the city of Neiva, in order to know what are the weaknesses in each of these dimensions and develop courses of action to overcome the problems observed. The results expressed, as in other research, that there is a substantial difference between user satisfaction and perspective of staff, for users overall satisfaction scored at 5.88 and a perception of officials against 6.34 service provided as stockings. It is important then to reach optimal levels of quality, estimating user satisfaction, work on weaknesses, including officials who sometimes can have high prospects of the service provided and be far from reality.

Keywords: Satisfaction, Quality, Hemodialysis Access, Opportunity, Safety, Relevance, Continuity.

Introducción

La satisfacción de los usuarios frente a un servicio o producto constituye un objetivo y también un resultado. En la atención de estos en las redes asistenciales de salud, esta perspectiva no puede pasar inadvertida pues se ha convertido en una preocupación permanente de los servicios de salud tanto públicos como privados. Con relación a los usuarios, es una herramienta funcional para el conocimiento y diagnóstico más certero de las necesidades y expectativas de la población y en proponer alternativas orientadas a su satisfacción. El contraste de estos niveles de satisfacción con la perspectiva del personal que atiende a los usuarios y que representa la expectativa de la administración es una llave hacia la calidad.

La satisfacción como “concepto en alza”¹ es un indicador de rendimiento y por ende de calidad. Esta adjetivación, ha impulsado el desarrollo de múltiples estudios, algunos de ellos en el sector salud, logrando crear escalas de medición fiables, en el caso de Donoso² en Chile o Serrano,³ en México, que hace un estudio desde una perspectiva más individual, evaluando tres dimensiones servicio-instalaciones, organización y acto médico, similar a los objetivos de esta investigación. Sin embargo, hay estudios que incluyen variables aplicadas al sistema de salud, como es el caso de Juan Seclén-Palacin y Christian Darras⁴ en Perú, en donde se relacionó la satisfacción del usuario con el nivel socioeconómico. En Colombia, Freddy Velandia⁵ y otros colaboradores analizaron factores que determinan variaciones en cuanto a la oportunidad y satisfacción en los servicios de salud, usando la

encuesta de calidad de vida del Dane. Ricardo Millán⁶ relaciona esta calidad de vida con síntomas de depresión y ansiedad estableciendo una causalidad entre calidad de vida baja y la aparición de cuadros depresivos y ansiosos.

En el campo de la salud, los datos que se observan en las distintas modalidades de medición de la satisfacción de los usuarios, constituyen una fuente importante para la elaboración y ejecución de medidas técnico-administrativas y toma de decisiones a partir de la identificación de áreas más débiles que necesiten ser abordadas en forma integral por los directivos y equipos técnicos del sector, paso esencial si se quiere llegar a niveles de calidad óptimos. Estos niveles pueden revelar si el sistema de salud cumple con las expectativas de los usuarios. También es necesario involucrar a los funcionarios, pues son estos quienes directamente tienen el contacto con los usuarios y pueden tener expectativas altas frente al servicio que prestan y estar lejos de la realidad.

Según Roberto D’Achiardi,⁷ citando los datos obtenidos en NHANES III, en Colombia en el 2007 se estimaron 4.600 pacientes con enfermedad renal crónica (ERC). Un informe dado por el Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo expresa que en el año 2009 de 22,47 % (388.931)⁸ afiliados al sistema salud, se encontraron con diagnóstico confirmado de ERC. Ante esta realidad nacional, el departamento del Huila se encuentra en rojo junto con otros departamentos que presentan más de 55,6 de prevalencia por cada 100.000 habitantes. Todo el departamento tiene una prevalencia de 66,64 y Neiva de 77,71 por cada

100.000 habitantes. Estos resultados varían de acuerdo al régimen al cual pertenecen los pacientes. Para el régimen contributivo la prevalencia es de 83,19 en el departamento y en la capital se estima en 80,6 por cada 100 mil habitantes, frente a un 43,46 para el departamento y 73,34 para la capital huilense en el régimen subsidiado. Según el censo del 2005, el Huila tiene 1'111.989 habitantes, de los cuales 315.952 viven en Neiva.⁹ Este panorama anima la labor investigativa orientada no solo a conocer, sino también a buscar alternativas que permitan mitigar estas problemáticas, si entendemos que la salud pública es de "responsabilidad estatal y ciudadana, de protección de la salud como un derecho esencial, individual, colectivo y comunitario logrado en función de las condiciones de bienestar y calidad de vida".¹ Los hospitales, clínicas, centros de salud y unidades especializadas deben tener en cuenta estos indicadores que son esenciales a la hora de brindar un servicio que lleve al paciente a una mejor calidad de vida.

El Ministerio de Salud, mediante el decreto 1011 de 2006 reglamenta los indicadores de salud: "acceso, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad".¹¹ Estos indicadores serán las dimensiones que aborde el trabajo de investigación con relación estricta a una unidad de hemodiálisis.

El estudio busca hacer una descripción estadística de los niveles de satisfacción de usuarios de una unidad de hemodiálisis de la ciudad de Neiva, y confrontarla con la perspectiva que tienen los funcionarios que prestan el servicio. Los resultados arrojados pueden evidenciar dentro de las dimensiones

que se abordan en los servicios de salud en Colombia arriba mencionados, cuáles presentan mayor resistencia en el momento de satisfacer las necesidades de los usuarios, lo que permite posteriormente plantear alternativas hacia la mejora del servicio.

Metodología

Este estudio, es de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal. Para la población se tomó la totalidad, dado el reducido número de pacientes en la unidad de hemodiálisis donde se encuestó a los usuarios acerca del servicio, igual que a los funcionarios.

Para la elaboración de la encuesta se tuvo como base el modelo **Servqual**, que es una herramienta actual y se ha utilizado para medir niveles de satisfacción en muchas áreas como la financiera¹², el turismo¹³, la contaduría y administración¹⁴ y la salud¹⁵, entre otras. Este modelo mide el nivel de satisfacción en un rango de uno a siete, donde uno representa el grado de insatisfacción más bajo y siete el grado de satisfacción más óptimo. Se procedió de igual manera para la encuesta dirigida a los funcionarios. El modelo postula 5 dimensiones¹⁶ que se adaptaron dado el objeto del estudio, tomando en cuenta las características de calidad en los servicios de salud, expuestas en el decreto 1011 de 2006.

La construcción de la prueba tuvo en cuenta entonces las características presentes en el decreto antes mencionado y las dimensiones que abarca el modelo SERVQUAL. Es preciso poner de manifiesto que este ejercicio no es

una sumatoria de metodologías, sino una construcción consciente de las dificultades a la hora de evaluar una apreciación subjetiva, como lo es la satisfacción. De esta forma quedan operacionalizadas las dimensiones.

Dimensión	Descripción	Aspecto medible	Ítems que evalúan el aspecto
Elementos tangibles	Esta dimensión está relacionada con la apariencia de las instalaciones físicas, equipo, personal y material de comunicación. Son los aspectos físicos que el usuario percibe en la organización. Cuestiones tales como limpieza y modernidad son evaluadas en los elementos personas, infraestructura y objetos.	Área de acceso a la unidad e información visual y oral por parte de los funcionarios del servicio de hemodiálisis del Hospital Universitario de Neiva.	1, 2, 8, 10, 15
Empatía	La empatía es la capacidad de brindar cuidado y atención personalizada a los usuarios. Cuando el trato entre funcionario y usuario es amable y personal. También se evalúan los equipos y su correcto funcionamiento.	Atención del personal, recursos en equipos médicos que permiten brindar un servicio de calidad, oportuno y amable.	6, 9, 11, 13, 16
Seguridad	Son los aspectos que previenen eventos adversos y que dentro de la unidad de hemodiálisis están relacionados con la bioseguridad, tranquilidad de los pacientes en cuanto a sus pertenencias y la restricción de acceso a la unidad a personas ajenas a la misma.	Restricciones de bioseguridad y confianza con respecto al personal.	3, 14, 17, 19
Confiabilidad	Para esta dimensión se expone la confiabilidad como la habilidad de desarrollar el servicio prometido eficazmente y con exactitud. Se indaga a los usuarios sobre si se ha presentado interrupción en los tratamientos, por falta de algún servicio, el sostenimiento o mejoramiento del estado de salud. Desde esta perspectiva, se estaría evaluando la confiabilidad del tratamiento y los recursos humanos y técnicos en favor de los resultados.	Eficacia del tratamiento en consideración a los recursos técnicos y humanos de la unidad de hemodiálisis.	
Responsabilidad	Para los usuarios que se atienden en la unidad que ya tienen un diagnóstico y tratamiento asignado, la responsabilidad es básica para que el tratamiento se brinde de manera continua y puntual según el programa asignado y la revisión constantes por parte de los especialistas del mismo, con el fin de brindar información oportuna y real a los pacientes.	Vigilancia del tratamiento de hemodiálisis y continuidad del programa asignado.	5, 12, 20, 22

Esta encuesta fue puesta a consideración de profesionales relacionados con el área del conocimiento sobre la que se hace este trabajo investigativo.

Después de revisar las sugerencias hechas por los jurados, la encuesta se aplicó a cuatro personas que sufrían de alguna enfermedad crónica (diabetes, hipertensión) y cuatro a trabajadores del área de la salud que laboraban en áreas asistenciales especializadas (dos trabajadores de una unidad renal distinta a la del estudio, un funcionario de una unidad oncológica y uno que labora en una unidad de cuidado crítico adulto).

El instrumento posteriormente se aplicó a la población estudio, primero a los usuarios que asisten al servicio de hemodiálisis del Hospital Universitario de Neiva en la sala de espera momentos antes de la conexión y posteriormente a los trabajadores en horario laboral buscando un espacio apto para el mismo.

Se crearon dos bases de datos con los resultados de los instrumentos las cuales se trabajaron según la metodología de la forma **Servqual** para su respectivo análisis.

Resultados

A manera general, los resultados expresan que en la unidad de hemodiálisis del Hospital Universitario de Neiva Hernando Moncaleano Perdomo, los niveles de satisfacción de los usuarios son óptimos, con algunas disonancias que serán analizadas a continuación. Estos son los resultados.

Tabla 1. Resultados de la encuesta aplicada a los usuarios de la unidad de hemodiálisis con sus respectivas medias y desviación estándar

Ítem	Cuestionario	Suma	Media	Desviación estándar
1	La unidad cuenta con instalaciones cómodas, agradables y limpias.	123	6,15	0,67
2	Los empleados de la unidad exhiben buena presentación personal y son agradables en el momento de dialogar con ellos.	118	5,9	0,72
3	La clínica brinda un ambiente que lo hace sentirse cómodo durante su estancia.	109	5,45	0,60
4	La unidad cuenta con todos los recursos y servicios que necesita.	130	6,5	0,51
5	Como funcionario considera que el personal especializado da información clara y precisa a los usuarios sobre el manejo de la enfermedad fuera de la unidad de hemodiálisis, en pro del tratamiento.	93	4,65	0,49

6	Cuando realiza una solicitud en lo referente al tratamiento es atendido de manera adecuada y con pronta respuesta.	102	5,1	0,72
7	El tratamiento asignado cumple con sus expectativas.	118	5,9	0,97
8	El personal brinda la información adecuada en el momento de acceder al servicio.	118	5,9	0,85
9	Siente confianza respecto al personal que lo atiende en la unidad.	129	6,45	0,51
10	Considera usted que el tiempo de espera para acceder al servicio es adecuado.	82	4,1	0,72
11	Cuando se encuentra en la unidad de hemodiálisis y siente incomodidad por algún evento, tiene la suficiente confianza para acudir al personal encargado.	115	5,75	0,85
12	Cumple la clínica de manera puntual y adecuada el cronograma o las citas asignadas al tratamiento.	122	6,1	0,45
13	El personal siempre está dispuesto a atenderlo y ayudarlo.	119	5,95	0,76
14	El personal que lo atiende durante el tratamiento cuenta con los elementos de bioseguridad como gorro, tapabocas, guantes y bata.	133	6,65	0,49
15	Cuenta la unidad con información visual sobre lugares y servicios.	135	6,75	0,44
16	Su tratamiento no ha sido interrumpido a la fecha pues la unidad cuenta con todos los recursos necesarios para brindar un excelente servicio.	138	6,9	0,45
17	Siente seguridad con sus pertenencias en la unidad.	128	6,4	0,50
18	El personal médico especialista en nefrología chequea constantemente su tratamiento y lo informa sobre el mismo.	125	6,25	0,44
19	Confía en que en la unidad nunca entrará alguien que no esté autorizado para hacerlo.	138	6,9	0,45
20	Los exámenes requeridos por el personal médico han sido suministrados eficientemente.	120	6	0,00
21	La información suministrada sobre la enfermedad ha sido clara y sincera.	110	5,5	0,51
22	La clínica informa mediante vía oral, escrita o telefónica la siguiente cita.	73	3,65	0,49

Ahora se exponen los resultados obtenidos de la encuesta a los funcionarios.

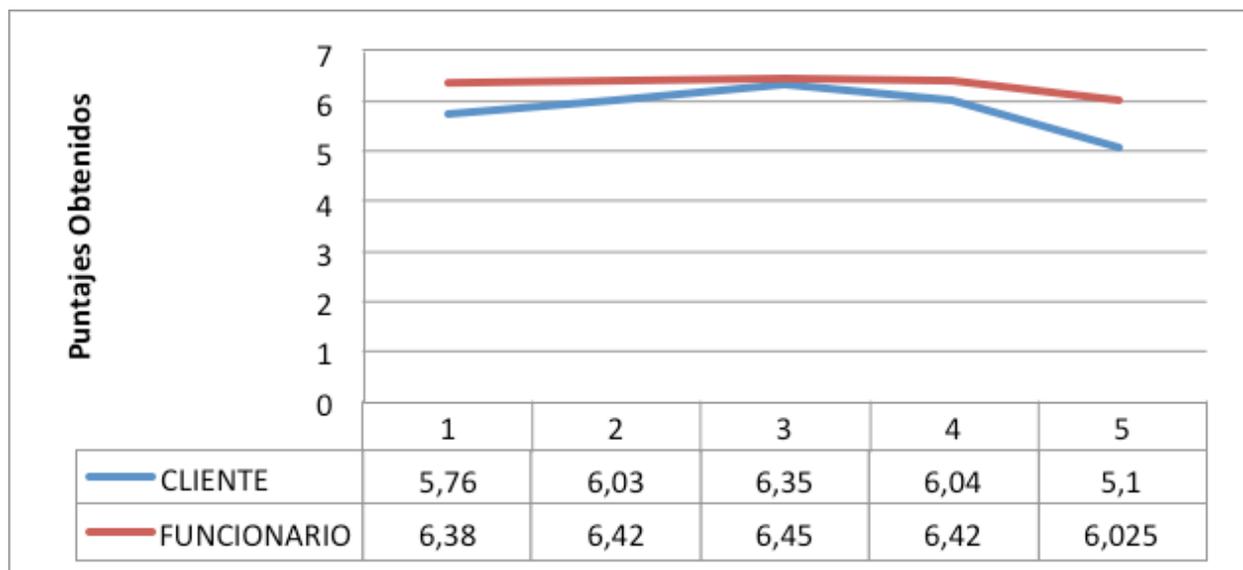
Tabla 2. Resultados de la encuesta aplicada a los funcionarios de la unidad de hemodiálisis con sus respectivas medias y desviación estándar

Ítem	Cuestionario	Suma	Me- dia	Desvia- ción estándar
1	Considera usted que la unidad cuenta con instalaciones cómodas y agradables.	62	6,2	0,79
2	Cree usted que proyecta una buena imagen ante los usuarios.	62	6,2	0,79
3	Como funcionario propicia un ambiente cómodo para la estancia de los usuarios.	57	5,7	0,48
4	Brinda usted con los recursos que tiene la unidad un servicio óptimo.	66	6,6	0,52
5	Como funcionario considera que el personal especializado da información a los usuarios sobre el manejo de una posible crisis fuera de la unidad de hemodiálisis, en pro de tratamiento.	67	6,7	0,48
6	Cuando el usuario realiza una solicitud en lo referente al tratamiento se le atiende de manera adecuada y con pronta respuesta.	57	5,7	0,82
7	Los tratamientos asignados a los usuarios son evaluados constantemente de tal forma que no generen falsas expectativas en los usuarios.	63	6,3	0,67
8	Brinda una información adecuada al usuario, en el momento en que accede al servicio.	66	6,6	0,52
9	Siente como profesional que genera confianza en los usuarios.	65	6,5	0,53
10	Realiza con eficiencia los trámites para que los usuarios accedan a tiempo al servicio.	61	6,1	0,57
11	Cuando los usuarios que se encuentran dentro de la unidad de hemodiálisis manifiestan su inconformidad con actitud ofuscada, usted los atiende con una actitud adecuada.	64	6,4	0,52
12	Cumple la clínica de manera puntual y adecuada el cronograma o las citas asignadas al tratamiento.	60	6	0,00
13	Se encuentra siempre dispuesto a atender y ayudar a los usuarios.	66	6,6	0,52
14	Utiliza los elementos de bioseguridad como gorro, tapabocas, guantes y bata.	68	6,8	0,42
15	Cuenta la unidad con información visual sobre lugares y servicios.	68	6,8	0,42
16	Su trabajo lo realiza de tal forma que evita que a un usuario le sea interrumpido el servicio.	69	6,9	0,32
17	Siente que los usuarios pueden estar seguros con sus pertenencias en la unidad.	65	6,5	0,53
18	Considera que el personal médico especialista en nefrología chequea constantemente los tratamientos de los usuarios e informa a estos sobre dicha evaluación.	65	6,5	0,53
19	Nunca deja que personas ajenas a la unidad entren sin autorización a lugares no permitidos.	68	6,8	0,63
20	Cree que los exámenes asignados a los usuarios se realizan de manera eficiente.	59	5,9	0,57
21	La información suministrada a los usuarios sobre la enfermedad es clara y sincera.	63	6,3	0,67
22	Se le recuerda a los usuarios por vía oral, escrita o telefónica la siguiente cita.	55	5,5	0,71

Se obtuvo un nivel de satisfacción global de 5,88 y una percepción de los funcionarios frente al servicio que prestan de 6,34, según las medias. Ninguna dimensión puntuó menos de cinco, siendo el puntaje más bajo 5,1 para continuidad en los resultados obtenidos de los usuarios encuestados y el más alto 6,35 para la dimensión seguridad, que también es la más alta en los puntajes de los funcionarios. Esto quiere decir, que tanto los usuarios como los funcionarios ven esta dimensión como una fortaleza en la unidad que presta el servicio de hemodiálisis.

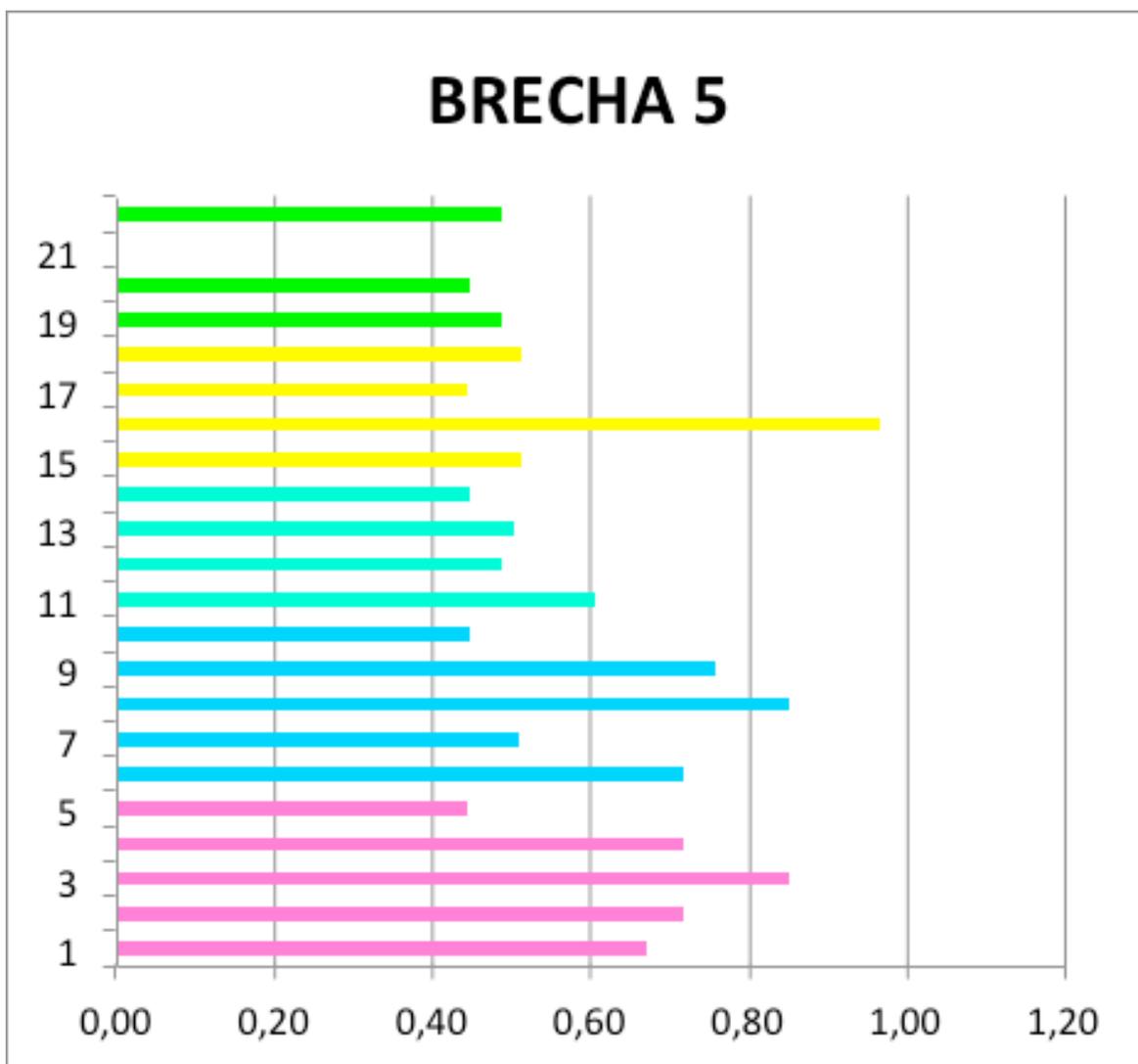
Cabe anotar que la expectativa es más alta por parte de los funcionarios, y que nunca estuvo por debajo de las medias obtenidas por los usuarios. Esto se evidencia en la siguiente gráfica.

Gráfica 1. Comportamientos de las medias por dimensiones entre usuarios en contraste con los resultados obtenidos para los funcionarios.



El modelo **Servqual** permite hacer un análisis de las brechas determinadas por las desviaciones estándar. Los ítems con los resultados más alejados positivamente de cero, presentan mayor dificultad. Esto quiere decir que a la hora de diseñar un plan de acción con el fin de fortalecer las debilidades se tienen que tener en cuenta estos resultados. Estos son los puntajes obtenidos tanto para usuarios como para funcionarios.

Gráfica 2. Desviaciones estándar obtenidas de las encuestas realizadas a los usuarios de la unidad de hemodiálisis del Hospital Universitario de Neiva.



Dimensiones	Elementos tangibles					Empatía					Seguridad				Confiabilidad				Responsabilidad			
Preguntas	1	2	8	10	15	6	9	11	13	16	3	14	17	19	4	7	18	21	5	12	20	22

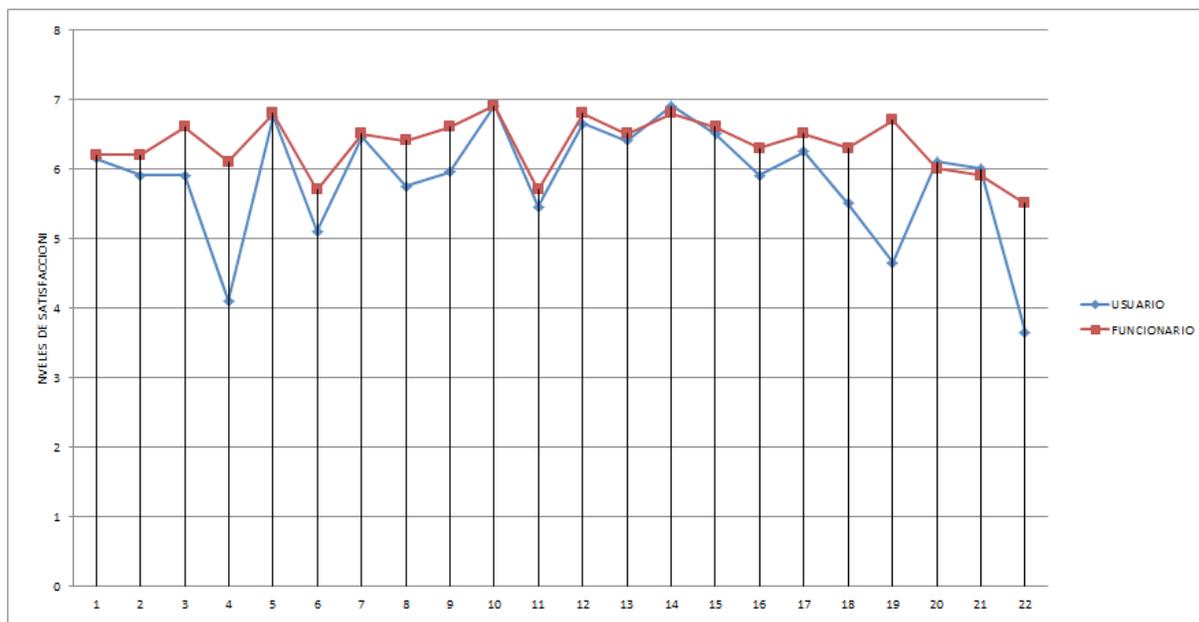
De acuerdo con esta gráfica, las dimensiones que presentan mayor dificultad son las de elementos tangibles y empatía con desviaciones por encima de 0,8 y en la dimensión confiabilidad el ítem 18 que indaga sobre la constante revisión por parte del personal médico de los resultados y avances del tratamiento.

Gráfica 3. Desviaciones estándar obtenidas de las encuestas realizadas a los funcionarios de la unidad de hemodiálisis del Hospital Universitario de Neiva.

Dimensiones	Elementos tangibles					Empatía					Seguridad				Confiabilidad				Responsabilidad			
Preguntas	1	2	8	10	15	6	9	11	13	16	3	14	17	19	4	7	18	21	5	12	20	22

A diferencia de la gráfica anterior, los funcionarios presentan datos más dispersos pasando del 0,80 el ítem 6 de la dimensión que evalúa la empatía. Aquí se pregunta sobre la rapidez con que se da solución a peticiones de los usuarios. Es contrario en la dimensión de responsabilidad donde en el ítem 12, que evalúa sobre el cumplimiento de los cronogramas, la desviación es cero, manifestando una percepción elevada por parte de los funcionarios.

Gráfica 4. Comparación de las medias obtenidas para usuarios y funcionarios de la unidad de hemodiálisis.



PREGUNTAS	1	2	8	10	15	6	9	11	13	16	3	14	17	19	4	7	18	21	5	12	20	22
USUARIO	6,15	5,9	5,9	4,1	6,75	5,1	6,45	5,75	5,95	6,9	5,45	6,65	6,4	6,9	6,5	5,9	6,25	5,5	4,65	6,1	6	3,65
FUNCIONARIO	6,2	6,2	6,6	6,1	6,8	5,7	6,5	6,4	6,6	6,9	5,7	6,8	6,5	6,8	6,6	6,3	6,5	6,3	6,7	6	5,9	5,5
	ELEMENTOS TANGIBLES: Área de acceso a la unidad e información visual y oral por parte de los funcionarios del servicio de hemodiálisis.					EMPATÍA: Atención del personal, recursos en equipos médicos que permiten brindar un servicio de calidad, oportuno y amable.					SEGURIDAD: Restricciones de bioseguridad y acceso a la unidad.				CONFIABILIDAD: Eficacia del tratamiento en consideración de los recursos técnicos y humanos de la unidad de hemodiálisis.				RESPONSABILIDAD: Vigilancia del tratamiento de hemodiálisis y continuidad del programa asignado..			

Se observa como se ha dicho con anterioridad que los datos se comportan de manera similar, es decir, que hay coherencia entre el nivel de satisfacción de los usuarios de la unidad de hemodiálisis y la perspectiva de los funcionarios. La dimensión elementos tangibles presenta la mayor diferencia en el ítem 8 y la dimensión responsabilidad en los ítems 5 y 22. Más adelante se hará una descripción más detallada de dimensión por dimensión.

En cuanto a la dimensión *elementos tangibles* que evalúa los elementos área de acceso a la unidad de hemodiálisis, se observa una mayor discrepancia en los datos obtenidos. Existe una diferencia frente al tiempo de espera, dado que los usuarios lo califican como medio (4,1), frente a una muy buena percepción que tienen los funcionarios (6,1). Los otros resultados se comportan de manera similar.

La segunda dimensión *empatía*: que pregunta sobre el personal y recursos en equipos que permiten brindar un servicio oportuno y eficaz. Evaluada con 5 ítems en el servicio, se obtuvieron los resultados más bajos en el ítem 6 que pregunta sobre la resolución de inquietudes de los funcionarios frente a su tratamiento. Sin embargo, en el ítem 9 donde se pregunta sobre si el personal está dispuesto a dar solución a los requerimientos de los usuarios los puntajes se igualan, la desviación es alta en los funcionarios para el ítem 9, lo que puede sugerir que no todo el personal da respuesta a las solicitudes de los usuarios con igual prontitud y certeza.

En la siguiente dimensión que es *seguridad*: restricciones de bioseguridad y acceso a la unidad los puntajes son muy similares, con medias que sugieren que la calidad del servicio es óptima. Los funcionarios hacen uso de las normas de seguridad para sí mismos y para los usuarios lo que crea un una atmósfera de confianza y seguridad que se evidencia en la similitud de los datos obtenidos con puntajes similares.

En la dimensión *confiabilidad*, que estima la eficacia del servicio (respecto al tratamiento considerado) de los recursos técnicos y humanos de la unidad de hemodiálisis, las medias de los usuarios sin calificarla como un servicio de baja calidad, si están por debajo de la percepción de los funcionarios.

En cuanto a la dimensión *responsabilidad*: estrategias de vigilancia del tratamiento de hemodiálisis y continuidad del programa asignado, fue donde se presentó la mayor diferencia entre los puntajes obtenidos por la evaluación hecha por los usuarios frente a la percepción de los funcionarios. En esta dimensión se observan comportamientos diferentes, la percepción del funcionario está en niveles óptimos frente a medias obtenidas de los puntajes dados por los usuarios que están por debajo de los niveles de satisfacción aceptables. Esto demanda especial interés pues en esta dimensión se pregunta sobre la continuidad en el servicio, lo que incluye el cumplimiento de los cronogramas para citas programadas y el aviso previo de las mismas. En este caso la información podría no estar llegando a los usuarios.

Discusión

La satisfacción en el campo de los servicios de salud y otros, se obtiene “cuando el usuario percibe que el servicio prestado supera sus expectativas”.¹⁷ Trabajos realizados sobre atención en servicios de salud han revelado que atributos como “tiempo que se dedica a cada paciente” y la “espera para ser atendido”,¹⁸ han adquirido especial valor para los usuarios. Estos aspectos incluidos en las dimensiones de responsabilidad y empatía evaluados en las encuestas ofrecen puntajes de satisfacción y aunque la percepción de los funcionarios es superior, la diferencia no es significativa, lo que es valioso en un servicio de hemodiálisis donde los pacientes son crónicos y el tratamiento ambulatorio.

En el estudio realizado por Jorge Riveros en Chile, donde se estudia la gestión de la unidad de salud contrastando la satisfacción de los usuarios y los funcionarios frente al servicio, los resultados apuntan a que no existen diferencias significativas entre ambas percepciones. Sin embargo, se da importancia a la participación de los usuarios frente a los servicios de salud y las exigencias que se desprenden de los mismos, pues los datos obtenidos son una “información valiosa para mejorar la toma de decisiones de la gestión, desde la identificación de puntos fuertes y puntos débiles de la misma, para cada hospital estudiado”.¹⁹

Los datos obtenidos en ambas encuestas de forma similar, no presentan mayor diferencia, la importancia se encuentra en la funcionalidad de los resultados para los administrativos a la hora de planificar, estableciendo directri-

ces más certeras mitigando las problemáticas para alcanzar estándares de calidad exigidos por el gobierno. Las políticas públicas, como en el estudio de Donoso en Chile, justifican la creación de un protocolo confiable a la hora de evaluar la satisfacción de los usuarios de servicios de salud a escalas nacionales, si se entiende la salud desde una responsabilidad conjunta entre Estado e individuos. Centros especializados, como las unidades de hemodiálisis, pueden buscar medios que permitan evaluar su funcionamiento a través de la satisfacción de los usuarios.

El contraste de los resultados obtenidos en los niveles de satisfacción de los usuarios y los obtenidos para funcionarios, permite conocer la interacción entre la unidad que presta el servicio y los usuarios. Dado que los entes administrativos no interactúan regularmente con los usuarios, sí lo hace el personal que trabaja para la unidad. Conocer la expectativa frente al servicio que está prestando permite evaluar si se está realizando de manera óptima y si hay coherencia entre la labor exigida y la labor prestada.

Aunque la satisfacción se desglosa de apreciaciones subjetivas, esto no evita que se puedan operacionalizar. Hay que realizar estudios entre Estado y el sector particular, primero para crear protocolos confiables para evaluar la satisfacción de los usuarios de servicios de salud, y segundo, incentivar al sector privado para que estos servicios sean prestados con calidad y de acuerdo a las políticas públicas y que estas políticas se retroalimenten haciéndose cada vez más eficaces.

Agradecimientos

Al doctor Julio César Quintero, por acompañarnos en este procesos investigativo, aportándonos conocimiento y orientación profesional de calidad.

A los funcionarios de la unidad renal del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva.

A los usuarios del servicio arriba mencionado por su disposición y contribución con la información para el desarrollo de este trabajo de investigación.

Referencias

1. Rey Martín, C. (2000). La satisfacción del usuario: un concepto en alza. *Anales de Documentación*, (3) 139-153. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63500309>
2. Donoso, N. *et al.* (2009). Medición de satisfacción de los usuarios en la Red Pública de Chile. Recuperado de: <http://www.ssmso.cl/tmparchivos/transparente/ParticipacionCiudadana/SatisfaccionUsuarial/MEDICIONNACSATISFAC.pdf>
3. Serrano-del Rosal, R. & Loriente-Arín, N. (2008). La anatomía de la satisfacción del paciente. *Salud Pública de México*, 50(2) 162-172. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10650209>
4. Seclén-Palacin, J. & Darras, C. (2005). Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados. Perú, 2000. *Anales de la Facultad de Medicina*, 66(2) 127-141. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=37966207>
5. Velandia, F., Ardón, N., Jara, M. I., Cárdenas, J. M. & Pérez, N. (2001). Oportunidad, satisfacción y razones de no uso de los servicios de salud en Colombia, según la encuesta de calidad de vida del Dane. *Colombia Médica*, 32(1) Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28332102>
6. Millán-González, R., Gómez-Restrepo, C., Gil Laverde, F. A., Oviedo Lugo, G. F. & Villegas Salazar, F. (2009). Calidad de vida relacionada con la salud y prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos en pacientes en hemodiálisis, en seis unidades renales de Bogotá, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(4) 622-634. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80615450004>
7. D'Achiardi Rey, R., Vargas, J. G., Echeverri, J. E., Moreno, M. & Quiroz, G. (2011). Factores de riesgo de enfermedad renal crónica. *Revista Med*, 19(2) 226-231. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91023681009>

8. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. (2009). Enfermedad Renal Crónica en 2009. Cuenta de Alto Costo. Recuperado de <http://www.cuentadealtocosto.org>
9. Dane. (2005). Colombia, Censo General 2005, resultados población conciliada (a 30 de junio de 2005). Recuperado de <http://www.dane.gov.co/>
10. Ministerio de Salud. <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/SaludPublica.aspx>
11. Alcaldía Mayor de Bogotá. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=19975>
12. Morillo Moreno, M. d. C., Morillo Moreno, M. C. & Rivas Olivo, D. E. (2011). Medición de la calidad del servicio en las instituciones financieras a través de la escala de Servqual. *Contaduría y Administración*, (234) 101-130. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=39518484006>
13. Serrano Bedia, A. M., López Fernández, M. C. & Gómez López, R. (2007). Gestión de la calidad y turismo: revisión e implicaciones para futuras investigaciones. *Cuadernos de Turismo*, (20) 251-266. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=39802011>
14. Dávila M. E., Coronado Q. J., & Cerecer, C. (2012). Las dimensiones de la calidad del servicio en el proceso de distribución y comercialización de energía eléctrica. *Contaduría y Administración*, 57(3) 175-195. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=39523153008>
15. Calixto-Olalde, M. G., Okino Sawada, N., Hayashida, M., Costa Mendes, I. A., Trevizan, M. A. & Godoy, S. d. (2011). Escala Servqual: validación en población mexicana. *Texto & Contexto Enfermagem*, 20(3) 326-333. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71421157014>
16. El modelo Servqual, incluye 5 dimensiones a saber: confiabilidad, responsabilidad, seguridad, empatía, bienes materiales o tangibles. Tomado de una recopilación que hace el licenciado Eduardo Castillo González, master en Marketing y Gestión Comercial, docente de la Universidad Bio-Bio de Chile. Recuperado de: <http://www.gestiopolis.com/marketing/servqual-medicion-calidad-servicio.pdf>
17. Hernández M. M., Encarnación, O., García A., Mora C. J., Lorenzo M. S., & López R. K. (2005). Satisfacción del paciente en una unidad de hemodiálisis: Objetivo de calidad asistencial en enfermería. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol* 8(2): 90-96. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-13752005000200002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1139-13752005000200002>.
18. Mira J. J., Rodríguez-Marín R. P., Ybarra J., Pérez-Jover J., Palazón I., & Llorca E. (2002). Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. *Rev Calidad Asistencial*, 17:273-283. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=s->

ci_arttext&pid=S1139-13752005000200002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1139-13752005000200002>.

19. Riveros S., Jorge, Berné M., Carmen, & Múgica G., José M. (2010). Gestión y satisfacción en servicios de salud de Chile: Contraste entre las percepciones de los funcionarios y los usuarios. *Revista Médica de Chile*, 138(5), 630-638. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000500015&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0034-98872010000500015.

Pautas para colaboradores de la revista

La Revista de Gestión, Salud y Trabajo E + B, publicación electrónica del área de posgrados de Gestión de Servicios de Salud y Seguridad Social, de la Facultad de Ciencias Económicas-Administrativas de la Universidad Jorge Tadeo Lozano, considerará para su publicación trabajos inéditos, ensayos, revisiones de tema y resúmenes de investigaciones, en español y/o inglés, que sean propuestos por estudiantes de pregrado y posgrado, profesores, egresados y todos los interesados en aportar al avance del conocimiento en las temáticas de economía, gestión, salud y trabajo. La revista tiene una periodicidad trimestral.

Las personas interesadas en colaborar con la publicación deben tener en cuenta las siguientes pautas:

La recepción de los artículos se realizará durante todo el año.

Los trabajos serán evaluados de acuerdo con los siguientes criterios: rigor conceptual y metodológico, redacción, claridad y coherencia en la argumentación y uso de fuentes bibliográficas. Los resultados de la evaluación se le enviarán al autor, informándole si su artículo ha sido aceptado o las causas de su no aceptación.

El autor deberá enviar el artículo mediante un archivo electrónico en formato Word al correo electrónico: marthai.rianoc@utadeo.edu.co

Los artículos se deben presentar en formato Word, con un máximo de 15 páginas, tamaño carta, incluyendo tablas, ilustraciones, notas y referencias bibliográficas. Debe tener espacio interlineado 1.5, Letra Times New Roman, 12 puntos.

Las referencias bibliográficas deben estar en formato APA (quinta edición).

El autor debe incluir los siguientes datos: nombre completo, correo electrónico, títulos académicos y si lo desea empresa donde labora. También deberá enviar una foto de perfil en formato .jpg (máximo 2 MB).

El resumen debe tener una extensión máxima de 150 palabras. Debe especificar mínimo cuatro y máximo seis palabras clave. El mismo deberá ser presentado en los idiomas español e inglés.

Las tablas deben tener un encabezado específicamente descriptivo, estar citadas en el texto, y las abreviaturas y símbolos explicados al pie de la tabla.

Los gráficos deben enviarse en formato .jpg, .ai o .ps con una resolución de 1028 x 1200.

Los encabezados de cada sección se escribirán en negritas, a la izquierda y en mayúscula sostenida.

El Comité Editorial se reserva el derecho de realizar las modificaciones pertinentes para la edición y diagramación del artículo.



www.utadeo.edu.co



UTADEO

UNIVERSIDAD DE BOGOTÁ JORGE TADEO LOZANO
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS

Área de Posgrados en Gestión de
Servicios de Salud y Seguridad Social

estarbien