INCIDENCIA DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DE LAS IPS PROVINCIALES EN LA CALIDAD DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER, 2015

NEYLLA MARCELA AVILA FLÓREZ

UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
MAESTRÍA EN GESTIÓN DE ORGANIZACIONES
BOGOTÁ, D.C.
2016

INCIDENCIA DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DE LAS IPS PROVINCIALES EN LA CALIDAD DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER, 2015

Tesis de grado realizada para optar al título de Magíster en Gestión de Organizaciones

NEYLLA MARCELA AVILA FLÓREZ

Director de Tesis
Efraín Hernando Pinzón Reyes
Ph.D. (c) en Ingeniería
Magíster en Ingeniería de la Universidad Industrial de Santander UIS

UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
MAESTRÍA EN GESTIÓN DE ORGANIZACIONES
BOGOTÁ, D.C.
2016

Nota de aceptación:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Firma del presidente del jurado

_____

Firma de jurado

_____

Firma de jurado

BOGOTÁ, D.C., 2016

Dedicatoria

A Dios, por regalarme la oportunidad de crecer en esta hermosa maestría y sostenerme en este camino: al principio muy confuso, todo el tiempo muy demandante y al final es tan sólo el comienzo.

A mis padres Marlen y Marco Antonio, por guiarme y por enseñarme con su ejemplo a perseverar.

A mi hermano Marco Sergio, que su labor como médico le regale las más grandes satisfacciones. Lo quiero mucho.

Agradecimientos

La autora expresa su profunda gratitud:

A Yesid Jiménez, tengo todo por agradecerle.

A cada uno de los usuarios que participaron en esta investigación. Conocer de cerca sus experiencias desentrañó mi humanidad y me llenó aún más para desarrollar este proyecto.

A mi director de Tesis, el Doctor Efraín Hernando Pinzón Reyes, por brindarme su apoyo desde la concepción de esta investigación, por compartir sus conocimientos y por dirigir esta tesis.

Al investigador Gustavo Alonso Cabrera Arana, docente de la Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez” de la Universidad de Antioquia, por autorizar el uso del instrumento PECASUSS.

Al Doctor Jose Orlando Quintero Correa, Gerente (E) de la ESE Hospital Universitario de Santander, por abrir las puertas de la Institución para desarrollar esta investigación.

A la Secretaría de Salud Departamental, por permitirme evolucionar en mi ejercicio profesional. Agradezco especialmente al Dr. Aymer Alvarado Gutiérrez por todo su apoyo.

Al Doctor Javier Andrés Zárate Caicedo, Jefe de facturación de la ESE HUS, por la orientación brindada desde la concepción de esta investigación.

A la Doctora Silvia Juliana Amorocho y a los funcionarios del SIAU, por el apoyo brindado para la aplicación de las encuestas. Retroalimentar con cada uno de ustedes me dejó un gran aprendizaje.

A Sandra Milena Amaya Toro, gracias por todas las orientaciones brindadas.

A mis compañeros, por apoyarnos mutuamente en nuestra formación profesional. Conocerlos ha sido un premio en este camino.

A mis docentes, por su compromiso para con nuestra formación.

Mil gracias.

Resumen

La presente investigación parte del interés por conocer si la capacidad resolutiva de las IPS provinciales en el Departamento de Santander incide en la calidad percibida de los usuarios del Hospital Universitario de Santander. Desde la disciplina de la gestión, se pretende aportar un insumo académico que permita a los diferentes actores del sistema de salud en el Departamento de Santander (IPS de la red pública y privada, aseguradores, autoridades nacionales, departamentales y locales, entre otros) establecer estrategias para la consolidación del modelo de red de servicios de salud, y aportar a la mejor atención para el usuario como razón de ser del sistema de salud.

La investigación se desarrolla desde el dominio “socio-organizativo” de la calidad percibida; se define como un estudio descriptivo en el que a partir del Instrumento PECASUSS - Percepción de la Calidad según Usuarios del Servicio de Salud – y una caracterización de las IPS Provinciales, se da respuesta a la tesis planteada.

Para su desarrollo se abordan tres capítulos: el primero abarca el Planteamiento de la Investigación, desde un marco de referencia conceptual, normativo, teórico y contextual. El segundo capítulo contiene el desarrollo de la investigación, los resultados de la caracterización de las IPS provinciales, los resultados de la aplicación del instrumento PECASUSS, la discusión de las variables objeto de investigación y la propuesta de lineamientos orientados a aumentar la calidad del servicio en la ESE Hospital Universitario de Santander y mejorar la capacidad resolutiva de la red. Por último, el tercer capítulo contiene las conclusiones que deja el desarrollo de la investigación.

Palabras clave: Calidad, Calidad de la Atención en Salud, Calidad percibida, Capacidad resolutiva, Modelo de Red de Servicios de Salud, PECASUSS, ESE Hospital Universitario de Santander.

Abstract

This research emerge of interest to know if the response capacity of the provincial IPS in the Department of Santander affects the perceived quality of the users of the University Hospital of Santander. From the discipline of management it is to provide an academic input to enable the different actors of the health system in the Department of Santander (IPS public and private network, insurers, national, departmental and local authorities, among others) establish strategies for strengthening the network model health services, and provide the best care for the user as a reason for the health system.

This research is developed from the "socio- organizational" domain of perceived quality; It defined as a descriptive study in which from PECASUSS Instrument - as Perceived Quality Health Service Users - and a characterization of the Provincial IPS, it responds to the thesis put forth.

For development addressed three chapters: the first covers the research approach, from a conceptual framework, regulatory, theoretical and contextual. The second chapter contains the development of research, the results of the characterization of provincial IPS, the results of the application of PECASUSS instrument, the discussion of the variables investigated and the proposed guidelines aimed at increasing the quality of service at the ESE University Hospital of Santander and improve the response capacity of the network. Finally, the third chapter contains the conclusions that leaves the development of research.

Keywords: Quality, Quality of Health Care, Perceived quality, response capacity, Model Health Services Network, PECASUSS, ESE Hospital Universitario de Santander.

Contenido

Introducción

Capítulo I: Planteamiento de la Investigación **16**

1. Problema de Investigación **16**

1.2 Planteamiento del Problema 16

1.3 Formulación del Problema 18

2. Objetivos **19**

2.1 Objetivo General 19

2.2 Objetivos Específicos 19

3. Justificación **20**

4. Marco de Referencia **23**

4.1 Marco Conceptual 23
4.1.1 Atención de salud. 23
4.1.2 Calidad de la atención de salud. 23
4.1.3 Capacidad resolutiva de sistemas locales de salud. 23
4.1.4 Empresas administradoras de planes de beneficios. EAPB 23
4.1.5 Pago por capitación. 24
4.1.6 Prestadores de servicios de salud. 24
4.1.7 Percepción de la calidad de los servicios de salud. 24
4.1.8 Redes integradas de servicios de salud. 24
4.1.9 Referencia y contrarreferencia. 24
4.1.10 Registro especial de prestadores de servicios de salud (REPS). 25
4.1.11 Unidad de pago por capitación (UPC). 25

4.2 Marco Normativo 26

4.3 Marco Teórico 30
4.3.1 Definición de Calidad. 30
4.3.2 Filosofías de la Calidad. 34
4.3.2.1 La Filosofía Deming. *35*
4.3.2.1.1 Los 14 puntos de Deming. *36*
4.3.2.2 La filosofía de Juran. *38*
4.3.2.3 La filosofía de Crosby. *39*
4.3.2.4 Otros filósofos de la Calidad. *40*
4.3.2.4.1 A. V. Feigenbaum. *40*
4.3.2.4.2 Kaoru Ishikawa. *41*
4.3.2.4.3 Genichi Taguchi. *41*
4.3.3 Calidad de la Atención en Salud. 42

4.3.4 Calidad percibida. 52
4.3.4.1 Perspectiva de los profesionales de salud sobre la calidad percibida 53
4.3.5 Calidad de la atención en salud en Colombia. 55

4.4 Marco Contextual 59
4.4.1 Sistema General de Seguridad Social en Salud. 59
4.4.1.1 Mapa de actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. 59
4.4.2 Modelo de red de prestación de servicios de salud en el Departamento de Santander. 64
4.4.2.1 Prestadores de servicios de salud en el Departamento de Santander. 64
4.2.2.2 Aseguramiento en el Departamento de Santander. 65
4.2.2.3 Capacidad resolutiva en el Departamento de Santander. 65
4.2.2.4 Diseño de la red de servicios en el Departamento de Santander. 66
4.2.2.4.1 Tipología de las instituciones. *70*
4.4.2.5 Conformación de la red y rol de las Instituciones a nivel Municipal y Departamental 73
4.4.3 ESE Hospital Universitario de Santander 78
4.4.3.1 Generalidades. 78
4.4.3.2 Estructura Organizacional. 80
4.4.3.3 Misión. 80
4.4.3.4 Visión. 81
4.4.3.5 Área de Influencia de la ESE Hospital Universitario. 81
4.4.3.6 Sistema Único de Acreditación de la ESE HUS. 82
4.4.3.7 Políticas Institucionales. 82
4.4.3.8 Programas de la ESE Hospital Universitario de Santander 83
4.4.3.9 Rol de la ESE HUS en el Modelo de Prestación de Servicios. 83
4.4.3.10 Portafolio de Servicios del Hospital Universitario de Santander. 85

5 Metodología de Investigación 87

5.1 Tipo de investigación y alcance 87

5.2 Diseño Metodológico 87

5.3 Enfoque 88

5.4 Muestreo 88
5.4.1 Muestra. 88
5.4.2 Población. 88

5.5 Método de Recolección de Datos 89
5.5.1 Base de datos CRUE. 89
5.5.2 Sistema de Información REPS. 89
5.5.3 PECASUSS. 89
5.5.3.1 Subdimensiones de calidad PECASUSS. 90
5.5.4 Técnica de recolección de datos. 92

Capítulo II: Desarrollo de la Investigación **94**

6. Caracterización IPS Provinciales **94**

6.1 Referencia de la red hospitalaria al Hospital Universitario de Santander en la vigencia 2015 94

6.1.1 Remisiones de las IPS provinciales hacía la ESE Hospital Universitario de Santander durante la vigencia 2015. 98

6.2 Análisis Capacidad Resolutiva 101

7. Percepción de Calidad de los usuarios del Hospital Universitario de Santander **103**

7.1 Contexto de la muestra seleccionada 103

7.2 Resultados 103

8. Discusión de las variables capacidad resolutiva y calidad percibida **135**

9. Propuesta de lineamientos **144**

9.1 Propuesta lineamientos para la ESE Hospital Universitario de Santander 144

9.2 Propuesta de lineamientos para el Departamento de Santander 145

Capítulo III: Conclusiones **146**

Referencias **150**

Anexo 1: Base de Datos Referencias 2015

Anexo 2: Base de Datos Caracterización IPS

Anexo 3: Retroalimentación Instrumento PECASUSS

Lista de Tablas

Tabla 1 Mapa de Actores Sistema General de Seguridad Social en Salud 60
Tabla 2 Mapa de Actores Territorial del Sistema General de Seguridad Social en Salud 63
Tabla 3 Distribución poblacional por provincias 67
Tabla 4 Municipios con Monopolio Público 67
Tabla 5 Naturaleza Jurídica IPS Santander 68
Tabla 6 Capacidad Instalada en el Departamento de Santander, según REPS 68
Tabla 7 Fases Implementación Modelo red 69
Tabla 8 Red de Prestación de Servicios de Salud 74
Tabla 9 Centro de Referencia Red de Servicios Provincial 77
Tabla 10 Red Provincial Alta Complejidad 77
Tabla 11 Portafolio de Servicios ESE HUS 86
Tabla 12 Remisiones por nivel de complejidad 95
Tabla 13 Especialidades remitidas al HUS 95
Tabla 14 Remisiones IPS Provinciales hacía HUS, 2015 99
Tabla 15 Distribución de una muestra de 155 usuarios encuestados según el servicio demandado en la ESE Hospital Universitario de Santander 103
Tabla 16 Días de aplicación de 155 encuestas a usuarios de la ESE Hospital Universitario de Santander, 2016 103
Tabla 17 Horas/día de aplicación de 155 encuestas a usuarios de la ESE Hospital Universitario de Santander, 2016 104
Tabla 18 Características de 155 usuarios entrevistados en febrero de 2016 para conocer la calidad percibida en la ESE Hospital Universitario de Santander 104
Tabla 19 Aspectos de la calidad de los servicios de salud percibidos por el total de 155 usuarios entrevistados en la ESE Hospital Universitario de Santander, 2016 106
Tabla 20 Resumen calificación subdimensiones calidad 115

Tabla 21 Subdimensiones de Calidad de los servicios, percibidos por los 155 usuarios de la ESE Hospital Universitario de Santander, según grupo de control. 117
Tabla 22 Calificación Subdimensiones de calidad según el servicio 123
Tabla 23 Razones de adherencia a la IPS 130
Tabla 24 Razones para no volver a demandar los servicios de la IPS 131
Tabla 25 Sugerencias de mejora en la IPS 132

Lista de Figuras

Figura 1 Tipologías de Baja Complejidad 72

Figura 2 ESE Hospital Universitario de Santander HUS 78

Figura 3 Organigrama ESE HUS 80

Introducción

En Colombia, la calidad de la atención se ha definido en función del usuario. El Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS, la define como la provisión de servicios de salud a los usuarios de forma accesible, equitativa y con un nivel profesional óptimo, considerando el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el fin de lograr la satisfacción de los usuarios.

El Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad SOGC surge como una estrategia interinstitucional cuyo objetivo es proveer de servicios de salud a los usuarios de manera accesible y equitativa, lograr la adhesión y la satisfacción de dichos usuarios. Es así como dicho sistema se encuentra conformado por el componente de Habilitación, Auditoría, Acreditación y el Sistema de información para la calidad.

Parte de los problemas emergentes en la prestación de los servicios de salud en Colombia, es el incipiente desarrollo del Sistema de Información para la calidad del SOGC. En razón a esto, en el año 2004 el Gobierno Nacional y el Banco Interamericano de Desarrollo suscribieron un contrato de cooperación para ejecutar un Programa para la reorganización, rediseño y modernización de las redes de prestación de servicios de salud en el país, direccionado por el Ministerio de la Protección Social, cuyo objetivo es apoyar la transformación de los hospitales públicos a fin de lograr el mejoramiento de su eficiencia y calidad.

En el año 2005 con la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, el Gobierno Nacional trazó un marco para la acción articulada entre y de los actores de las redes público-privadas con la academia, centros de investigación, entidades territoriales, agentes reguladores, aseguradores e indispensablemente los usuarios para que la información sobre la calidad de la prestación de servicios se convierta en un bien colectivo de naturaleza pública, de tal modo que permita orientar las

decisiones de los agentes del sistema, modernizar la forma de su operación y consolidar las redes de prestación de servicios para optimizar recursos, mejorar el acceso y consolidar un sistema de incentivos en el país, reflejando, en últimas, el interés del Gobierno Nacional hacia una efectiva y digna atención en salud para los ciudadanos de la República de Colombia.

Apuntando al propósito de dicha política, se desarrolla en Colombia la primera metodología para medir calidad percibida cuya denominación es el PECASUSS – Percepción de Calidad según Usuarios de Servicios de Salud – a cargo de la Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez" de la Universidad de Antioquia. Dicha metodología se ejecutó en el año 2006, se validó en el año 2008 y la medición final se realizó en el año 2010.

A partir de la Metodología del PECASUSS, se desarrolla en el Primer Informe de Calidad de la Atención en Salud para Colombia "INCAS Colombia 2009" como instrumento de base para la valoración de la situación de la calidad de los servicios de salud en el país, y la consolidación del Sistema de Información para la Calidad en el SOGC.

En el marco de la presente investigación, se realiza la medición de calidad percibida a partir del Instrumento PECASUSS a 155 usuarios del Hospital Universitario de Santander durante el mes de febrero de 2016. Los resultados obtenidos ofrecen un panorama sobre la percepción de los usuarios, sus expectativas al momento de demandar un servicio de salud, los atributos de calidad de mayor valoración por parte del usuario, las razones de adherencia a la ESE y las sugerencias de mejora desde su postura como usuario. Esta medición también permite identificar la relación con la variable de capacidad resolutiva a fin de atender la pregunta de investigación planteada. Finalmente la investigación propone una seria de retos para los diferentes actores del sistema de salud, y por supuesto la academia no es ajena.

Capítulo I: Planteamiento de la Investigación

1. Problema de Investigación

1.2 Planteamiento del Problema

La problemática actual de la prestación de los servicios de salud en Colombia ha sido objeto de múltiples investigaciones y evidenciada desde aproximaciones comunes. El Ministerio de la Protección Social (2005) a través de la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud indica que esta problemática puede ser clasificable en dos grupos: **problemas acumulados** o heredados que se identificaron antes del nuevo sistema de seguridad social y siguen vigentes y, **problemas emergentes** fruto de las nuevas condiciones del sistema de salud colombiano. Entre los problemas acumulados se encuentra la baja capacidad resolutiva, la inflexibilidad del régimen laboral del sector público, el pasivo prestacional de los hospitales, la ausencia de formas de evaluación e incorporación de tecnología, la falta de un sistema integral de información en salud, la ausencia de un sistema de rendición de cuentas, la debilidad en los procesos de articulación de departamentos y municipios, debilidad en la gestión y la falta de universalidad en el aseguramiento. Entre los problemas emergentes se identifican la fragmentación y atomización en la prestación de servicios, el incipiente sistema de información del sistema obligatorio de garantía de calidad, la ausencia de un sistema de incentivos de investigación y desarrollo tecnológico, el desequilibrio en la relación entre aseguradores y prestadores, las limitaciones en sistemas de contratación-pago por la compra de servicios de salud y el desequilibrio entre la oferta de servicios de salud frente a la demanda.

El Departamento de Santander, conforme a las competencias de Dirección del Sistema de Salud Territorial se adhiere a la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud y parte de reconocer su realidad ante la problemática detectada.

La Gobernación de Santander (2013) a través del Modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud manifiesta que si bien se ha superado las dificultades en el funcionamiento de la red con la Reorganización de nueve (9) Empresas Sociales del Estado, que representan el 100% en la atención a la población del Departamento, para los servicios de mediana y alta complejidad, persiste el riesgo por la escasa capacidad resolutiva en las acciones de la baja complejidad, evidenciado principalmente por la limitada articulación de los hospitales de baja complejidad con los de mediana y alta complejidad, la situación de iliquidez de algunas IPS del Departamento, alta rotación del talento humano adicionando problemas de idoneidad y competencias, inexistencia de políticas institucionales para la implementación y sostenibilidad de las prioridades nacionales en salud pública, ineficiente gestión administrativa de algunas ESE's públicas con predominio en la baja complejidad en procesos administrativos como (contratación, facturación, cartera y costos), sistemas de información en red aún incipientes, debilidad en la implementación del Sistema de Garantía de Calidad, concentración de talento humano especializado para la atención en la mediana y alta complejidad, deterioro y cumplimiento de la vida útil de equipos biomédicos, infraestructura no acorde con los requerimientos actuales del Sistema General de Garantía de la Calidad y dificultades de conectividad en las comunicaciones y la accesibilidad vial con las capitales de provincia y con la capital del Departamento.

La ESE Hospital Universitario de Santander es la IPS departamental de la alta complejidad tipo B y alto costo, ubicada en la ciudad de Bucaramanga la cual atiende población procedente de las provincias Soto, Mares y García Rovira, usuarios remitidos de la ESE Hospital Manuela Beltrán del Socorro (alta complejidad tipo A) y habitantes residentes en las provincias de Guanentá, Comunera y Vélez. De igual forma, la ESE H. Universitario de Santander presta algunos servicios de alto costo para la población pobre en lo no cubierto para todo el Departamento de Santander, además es el único prestador de servicios de alto costo para pacientes quemados y oncología del nororiente colombiano. (Modelo de Red, 2013)

El enfoque de atención centrado en el usuario y el mejoramiento continuo de la calidad son definidos por la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud como los referentes ideales al ofertar servicios de salud, entendiendo la calidad de la atención en salud como la provisión de servicios accesibles, equitativos, con un nivel profesional óptimo que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y la satisfacción del usuario.

1.3 Formulación del Problema

La capacidad resolutiva de las IPS púbicas Municipales y Provinciales resulta un determinante relevante para este estudio, dado que si una o varias de estas instituciones no son eficientes en la prestación de los servicios se pueden dar procesos de remisión innecesarios hacia la IPS Departamental, generando saturación para la prestación del servicio, insatisfacción y baja capacidad de respuesta, entre otros aspectos. De igual forma la incidencia de la capacidad resolutiva de las IPS Municipales y Provinciales se pueden prolongar en la prestación del servicio manteniendo la ineficiencia en los procesos de referencia y contra-referencia, por deficiencia en recursos físicos y humanos idóneos para dar continuidad al tratamiento.

Es importante en esta mirada conocer la percepción que tienen los usuarios de los servicios de salud sobre la calidad del servicio que están recibiendo en el Hospital Universitario de Santander, y realizar la validación de la adhesión y la satisfacción a la que se refiere la política. Por esta razón, esta investigación pretende evaluar la incidencia que sobre la calidad del Hospital Universitario de Santander HUS puede tener la capacidad resolutiva de las IPS Departamentales y el modelo de prestación de servicios en red.

En este contexto, resulta válido cuestionarse ¿Qué incidencia sobre la calidad de los servicios del Hospital Universitario de Santander tiene las IPS Provinciales de la red pública?

2. Objetivos

2.1 Objetivo General

Analizar la incidencia de la capacidad resolutiva de las IPS provinciales en la calidad de los servicios de la E.S.E. Hospital Universitario de Santander.

2.2 Objetivos Específicos

1. Caracterizar los servicios en salud que deja de suministrar las IPS provinciales y son atendidos por el Hospital Universitario de Santander.

2. Identificar la satisfacción del usuario respecto a la calidad de los servicios de salud de la ESE Hospital Universitario de Santander.

3. Analizar el impacto que tiene la sobrecarga de prestación de servicios sobre la calidad en el Hospital Universitario de Santander.

4. Proponer lineamientos orientados a aumentar la calidad del servicio en la ESE Hospital Universitario de Santander y mejorar la capacidad resolutiva de la red.

3. Justificación

Los retos que deben enfrentar las organizaciones son muy diversos y de manera sistémica germinan en la sociedad actual; en palabras de Corbi (1992) la sociedad del conocimiento es *"esta sociedad que por su misma naturaleza y propósito, está formada por grupos que se ven forzados a aprender continuamente, que se ven obligados a adaptarse continuamente a nuevos problemas, nuevas perspectivas, nuevas soluciones en todos los campos. Es una sociedad que tiene que aprender continuamente y que tiene que aprender deprisa."* Por su perspectiva estamos en frente de las organizaciones del conocimiento pues una organización es los individuos que la componen y tal como lo expone Ernesto Gore en la obra de Peter Senge (2005) "*Una organización que aspire a sobrevivir en el contexto actual es un diálogo con su público. Capaz de interpretar las demandas que recibe y de responder a ellas. Pero para poder dialogar con el mercado, una organización debe ser capaz de mantener su propio diálogo interno*."

La percepción de los usuarios sobre la calidad de los servicios es una herramienta para que las organizaciones además de interpretar las demandas y responder a ellas, se anticipen a satisfacer las expectativas de los stakeholders e identifiquen nuevos escenarios. Por su parte, las organizaciones prestadoras de servicios de salud, ya sea de naturaleza privada o pública, no son indiferentes a las exigencias de la sociedad actual.

El enfoque de atención centrada en el usuario – referente ideal en la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud – lleva a que la opinión, el diálogo con el público – el usuario - cobre valor de manera creciente en los prestadores de servicios de salud, y tal como lo mencionan Vargas y Hernández (2013) la calidad de la atención en salud se vinculada a una serie de variables, que gerencialmente pueden controlarse; sin embargo, la percepción del usuario del servicio, entrega

claves fundamentales, referidas a la calidad de la atención ofrecida por los hospitales, en consideración a sus expectativas (p.663).

A la luz de la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, la atención en salud es de calidad cuándo ésta es accesible y equitativa, satisface al usuario y logra su adhesión. Para que esto ocurra se debe generar la interacción entre los elementos del entorno que la determinan; elementos de base como la capacidad resolutiva de la red de prestadores – para esta investigación la red provincial - es la variable que se pretende relacionar a fin de conocer si tiene incidencia en la percepción de la calidad de los usuarios del Hospital Universitario de Santander.

El Departamento de Santander, se encuentra conformado por las redes pública y privada; donde la red pública representa el 17% de instituciones prestadoras de servicios con las cuales se ofrece cobertura de servicios de salud aproximadamente a 2.040.988 habitantes, incluidas las acciones de salud pública, aportando su capacidad ofertada en el 100% del Territorio de Santander, y como único prestador en el 71% de los municipios del Departamento. (Modelo red, 2013, p.138)

Las Empresas Sociales del Estado, es decir la red pública, representan la mínoría de los Prestadores de Servicios de Salud en el Departamento, pero a la vez son los únicos que hacen presencia Institucional en la mayoría de los municipios permaneciendo aún sin el equilibrio financiero para dar la atención en salud a la comunidad. El Hospital Universitario de Santander es la cabeza de la red pública departamental por lo que se convierte en el prestador, en el que en mayor dimensión, recaen las problemáticas acumuladas y emergentes de la prestación de los servicios de salud.

Todo lo anterior conlleva a desarrollar una investigación para identificar la incidencia de la capacidad resolutiva en la calidad de la prestación de los servicios en una Institución Hospitalaria de alta complejidad perteneciente a la red pública y además

cabeza de red, a fin de contribuir a la apertura de nuevas estrategias para la Gestión de la Organización en beneficio de la comunidad, y avanzar en la ampliación de los campos del conocimiento para aportar insumos académicos aplicados en el contexto local y territorial.

4. Marco de Referencia

4.1 Marco Conceptual

En el marco de la presenta investigación se precisa en los elementos conceptuales de mayor relevancia a fin de comprender los planteamientos expuestos:

4.1.1 Atención de salud.

Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población. (Decreto 1011 de 2006)

4.1.2 Calidad de la atención de salud.

Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios. (Decreto 1011 de 2006)

4.1.3 Capacidad resolutiva de sistemas locales de salud.

Medida en que los sistemas o redes de servicios de un área geográfica definida está resolviendo los problemas de salud más frecuentes de la población. La capacidad de respuesta se entiende como la potencialidad del sistema de absorber las necesidades de atención de salud de su población. (www.bvs.org.ar)

4.1.4 Empresas administradoras de planes de beneficios. EAPB

Se consideran como tales, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado (Administradoras del Régimen Subsidiado), Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada. (Decreto 1011 de 2006)

4.1.5 Pago por capitación.

Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas. (Decreto 4747 de 2007)

4.1.6 Prestadores de servicios de salud.

Se consideran como tales las instituciones prestadoras de servicios de salud y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud y que se encuentran habilitados. Para efectos del presente decreto, se incluyen los profesionales independientes de salud y los servicios de transporte especial de pacientes que se encuentren habilitados. (Decreto 4747 de 2007)

4.1.7 Percepción de la calidad de los servicios de salud.

Expresiones de valor, adherencia y satisfacción del usuario ante los servicios de salud recibidos. (Ministerio de la Protección Social, 2006)

4.1.8 Redes integradas de servicios de salud.

Las redes integradas de servicios de salud se definen como el conjunto de organizaciones o redes que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar servicios de salud individuales y/o colectivos, más eficientes, equitativos, integrales, continuos a una población definida, dispuesta conforme a la demanda. (Ley 1438 de 2011, Art. 60)

4.1.9 Referencia y contrarreferencia.

Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes,

garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago. La **referencia** es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, de respuesta a las necesidades de salud. La **contrarreferencia** es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contrarremisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica. (Decreto 4747 de 2007)

4.1.10 Registro especial de prestadores de servicios de salud (REPS).

Es la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud que se encuentren habilitados. (Decreto 2309 de 2002)

4.1.11 Unidad de pago por capitación (UPC).

Es el valor per cápita que reconoce el Sistema General de Seguridad Social en Salud a cada EPS por la organización y garantía de la prestación de los servicios de salud contenidos en el Plan Obligatorio de Salud, sin distinción o segmentación alguna por niveles de complejidad o tecnologías específicas (www.minsalud.gov.co)

4.2 Marco Normativo

El Ministerio de Salud y Protección Social en 2005 determinó los lineamientos estratégicos sobre los cuales se debe regir la prestación de los servicios en Colombia a través de la formulación de la **Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud** cuyo objetivo es garantizar el acceso, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los servicios que se prestan a la población. Dicha política se enmarca en tres ejes estratégicos: En el eje de acceso, se destacan las estrategias de consolidación de las redes de prestación de servicios de salud, el mejoramiento de la capacidad resolutiva en la prestación de servicios de baja complejidad y de urgencias, y el aumento de cobertura de aseguramiento a la población pobre y vulnerable. El eje de calidad está centrado en la adecuada implementación del sistema obligatorio de garantía de calidad y el fomento al desarrollo del talento humano. El eje de eficiencia, se refiere a la red de prestadores públicos de servicios de salud, de tal manera, que las estrategias se dirigen al mejoramiento de las condiciones de carácter estructural y funcional de estas instituciones para garantizar su viabilidad.

En 2006 el Gobierno Nacional emite el Decreto 1011 de 2006 a través del cual se establece el **Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud SOGCS** definido como el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país. El SOGCS se enfoca en la atención centrada en el usuario y define cinco criterios para la atención en salud: accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad. Entre los componentes del SOGCS se encuentran:

El sistema único de habilitación es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla

el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB.

La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud: los programas de auditoria deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación.

El sistema único de acreditación es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

El sistema de información para la calidad. El Ministerio de la Protección Social diseñará e implementará un "Sistema de Información para la Calidad" con el objeto de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud y de las EAPB, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

A fin de evaluar los criterios de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la prestación de los servicios de salud de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud emite la Circular Externa No. 030 de 2006 mediante la cual imparte instrucciones en materia de **indicadores de calidad** y reporte de información con periodicidad semestral. Dicha circular establece una serie de indicadores específicos para IPS, EPS y empresas de medicina prepagada. Particularmente para los prestadores, los indicadores de calidad se encuentran relacionados con oportunidad en la asignación de citas (medicina general y especializada), proporción de cancelación de cirugías programadas, oportunidad en la atención (consulta de urgencias, servicios de imagenología, consulta de odontología general), oportunidad en la realización de cirugía programada, tasa de reingreso de pacientes hospitalizados, proporción de pacientes con hipertensión arterial controlada, tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas, tasa de infección intrahospitalaria, vigilancia de eventos adversos, y tasa de satisfacción global siendo este último indicador el relacionado con la percepción de la calidad de los usuarios.

En 2011 mediante la Ley 1438 de 2011 el Gobierno Nacional reforma el **Sistema General de Seguridad Social en Salud** y establece en el artículo 62 que las Entidades Territoriales, Municipios, Distritos, Departamentos y la Nación, según corresponda, en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud a través de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en salud, organizarán y conformarán las redes integradas incluyendo prestadores públicos, privados y mixtos que presten los servicios de acuerdo con el Plan de Beneficios a su cargo. Por lo tanto las Entidades Territoriales en función de sus competencias deben desarrollar programas de reorganización, rediseño y modernización de redes.

Así mismo define que las instituciones prestadoras de servicios de salud podrán asociarse mediante convenios administrativos, consorcios u otra figura jurídica con Instituciones Prestadoras de Salud públicas, privadas o mixtas. En ejercicio de su

autonomía determinarán la forma de integración y podrán hacer uso de mecanismos administrativos y financieros que las hagan eficientes, observando los principios de libre competencia.

El Departamento de Santander en el año 2004 estructuró el Modelo de red de servicios de salud, el cuál ha sido implementado por fases. Actualmente se encuentra en la sexta fase del ajuste con el Modelo de red 2013.

4.3 Marco Teórico

La estructura de la fundamentación teórica extrae las concepciones que de calidad y su relación con la percepción manejan diferentes autores, los aportes al enfoque de gestión, la configuración de estos conceptos en términos de la atención en salud y buena parte de lo que ha sido la dinámica del tema en Colombia.

4.3.1 Definición de Calidad.

Para iniciar el abordaje de la teoría, se contextualiza a partir del marco histórico propuesto por Álvarez (2004) en el cuál se identifica las diferentes etapas en la evolución del concepto de la Calidad.

En 1946 la industria norteamericana implanta el modelo de Control de Calidad Estadística como resultado del llamado "Control de Calidad Moderno", que surge a consecuencia de la baja calidad del servicio que les prestaban las empresas japonesas. Luego, en la década de los años cincuenta se da inicio a la difusión del proceso del control de la calidad SQC (Statistical Quality Control) con la creación del premio Deming por parte de expertos norteamericanos y científicos e ingenieros japoneses. Es así como en la década de los años sesenta se incorporan nuevos conceptos para la gerencia en el proceso de calidad, surge en Japón el término de Total Quality Control (TQC) y el denominado ciclo PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar). (p. 101)

Entre los años setenta y ochenta cambia el enfoque de las empresas japonesas a partir de la internacionalización de los mercados, enfocando el concepto de calidad hacía la satisfacción del cliente externo e interno unido con economías a escala, calidad durante todo el proceso y reducción de sus costos. (p. 101)
Como resultado de las diferentes apreciaciones se llega al concepto de TQM (Total Quality Management) el cual se basa en la ideas del doctor Noriaki Kano. Este

concepto se convierte en factor de éxito para las empresas japonesas, razón por la cual muchos países lo acogen y se convierte en el paradigma de la administración vigente actualmente. (p. 101)

En otra búsqueda de conceptualización autores como Seawright y Young (1996), resumen la dinámica de la definición continua del término “calidad”, un concepto elusivo, que incluye muchos significados e interpretaciones. Para los autores, “Las múltiples dimensiones del concepto a veces se traducen en una falta de coincidencia entre las expectativas de calidad de los consumidores y el gerente, siendo necesario contar con un marco de definiciones de calidad que permita una comunicación lo suficientemente precisa.” (p. 108)

Seawright y Young (1996) construyeron una lista modificada sobre la base de la propuesta por Garvin [1984] para organizar las diversas explicaciones de la calidad. Esta lista se encuentra organizada en siete categorías principales de las definiciones de la calidad: *trascendente, basada en las manufacturas, basada en el producto, basada en el usuario, basada en el valor, multidimensionales y estratégico.*

La *calidad trascendente* se describe como una condición de excelencia en general (Tuchman 1980); sin embargo los criterios de excelencia en general no permiten la comparabilidad porque son subjetivos. Aun así, la percepción de la calidad es importante. A partir de Shewhart (1931) “el padre del control estadístico de calidad”, la calidad se define en términos de la bondad del producto, lo que supone que esta idea de “bondad” se puede aplicar a todo tipo de productos y servicios. Ante esta postura, Seawright y Young (1996) afirman que este concepto es demasiado indefinido para fines prácticos, y que el juicio de calidad trascendente se basa en las percepciones individuales de clientes y es externo a la empresa. (p.108)

El concepto de *calidad basada en la manufactura* se centra en la producción de conformidad con las especificaciones de diseño objetivo o dentro de las tasas de defectos de producción aceptables, siendo los diseñadores internos quienes fijan comúnmente las especificaciones de diseño. Los autores afirman que este concepto también se puede extender a los servicios. “Crosby [1979] definió la calidad como la conformidad con los requisitos, pero indicó que los requisitos pueden ser o bien en las especificaciones de diseño internas o estándares externos especificados por el cliente”. (p.109)

La *calidad basada en el producto* se define como un “constructo objetivamente mensurable” en el que se privilegia la cantidad de algún producto o servicio, su atributo o característica. Los autores Seawright y Young (1996) afirman que en las primeras definiciones de calidad basada en el producto desde la literatura económica, escritores como Schmalensee (1970) y Cisne (1971) evaluaron la calidad como durabilidad, o una larga vida útil del producto. A partir de este concepto, se suponía que los aumentos en los niveles de las características del producto son equivalentes a los incrementos en la calidad. Por otro lado también afirman que otras características relacionados con la calidad son la fiabilidad, la utilidad (Feigenbaum 1983), el rendimiento y las características (Garvin, 1984). (p. 109)

La *calidad basada en el usuario* se fundamenta en la satisfacción de las necesidades de los usuarios. Seawright y Young (1996) afirman que pese al hincapié que hacen algunos autores en el cumplimiento de las necesidades del cliente [Hagan 1984; Dobyns y Crawford - Mason 1991], lograr medir y agrupar las percepciones del consumidor es extremadamente difícil.

Bajo esta percepción, se menciona la postura de Juran (1951) quién fuera uno de los primeros en definir calidad en términos de la atención al cliente, definiéndola como "aptitud para el uso". En esta misma línea, Feigenbaum define la calidad como "El total de las características del producto y servicio compuesto por

el marketing, ingeniería, fabricación y mantenimiento a través del cual el producto y el servicio en uso satisfará las expectativas del cliente" [1983, p. 7]. Puntualmente, para Seawright y Young (1996) “la satisfacción del cliente es la base de las definiciones de calidad basada en el usuario. [Edwards 1968; Ishikawa 1984; Kuehn y Día 1962]”. (p.109)

En reciprocidad con lo anterior surge el concepto de *calidad basada en el valor* como una extensión de las definiciones basadas en el usuario, en el que la satisfacción del cliente se considera al mismo tiempo que el precio. Los autores afirman que en las definiciones basadas en el valor, “la calidad se define como la excelencia, o la aptitud para el uso, a un precio aceptable [Broh 1982 ; Ishikawa y Lu 1985]”. (p. 109)

La *calidad multidimensional* combina los aspectos de la calidad del producto y calidad del servicio. En esta perspectiva se retoma a Garvin (1984) quién combinó numerosos aspectos de la calidad del producto en ocho dimensiones generales: *rendimiento, prestaciones, fiabilidad, conformidad, durabilidad, facilidad de mantenimiento, la estética y la calidad percibida.* Por su parte, Parasuranam, Berry y Zeithaml (1991) identificaron cinco dimensiones del servicio de calidad: *elementos tangibles, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía.*

En contexto con la definición de la Calidad Multidimensional, Seawright y Young (1996) se refieren al Premio Nacional de Calidad Malcolm Baldrige, el cual se fundamenta en siete áreas de criterios de calidad [Instituto Nacional de Estándares y Tecnología 1993]: *liderazgo, información y el análisis, plan estratégico de la calidad, desarrollo de gestión de recursos humanos, gestión de procesos de calidad, calidad de resultados de funcionamiento y atención y satisfacción del cliente.* (pp. 109-110)

La *calidad estratégica* se centra en los beneficios estratégicos que resultan de un producto y la calidad del servicio. En esta definición Porter (1980) afirma que la calidad es una manera de diferenciar un producto de la competencia y que a su vez

esto genera una ventaja competitiva sostenible que le permite a la empresa ganar más que las ganancias promedio. Seawright y Young (1996) resumen el concepto afirmando que un producto o servicio que supere la calidad de las ofertas de la competencia pueden aumentar la cuota de mercado de una empresa [Buzzell y Wiersma 1981] y mejorar la percepción de los clientes sobre el producto [Deming 1986]. Porter [1980] afirma que la diferenciación del producto debe tener lugar en áreas que son importantes para el cliente, extendiendo así la interpretación de Garvin. (p. 110).

A partir de lo anterior Seawright y Young (1996) concluyen afirmando que cada definición de la calidad tiene su lugar en la implementación de la gestión total de la calidad y que la clave para los gerentes es determinar qué dimensiones son importantes para el cliente y cuál es la definición que utilizan para lograr los objetivos. Otra de sus reflexiones se orienta a que cuando la calidad del producto cumple con las necesidades de los clientes, la satisfacción será alta y que las múltiples definiciones de calidad no operan de forma independiente, por el contrario todas ellas pueden contribuir a la posición competitiva de una empresa, y contribuir de forma conjunta. (p. 111).

4.3.2 Filosofías de la Calidad.

Desde las aproximaciones de Evans y Lindsay (2008) en la obra Administración y Control de la Calidad, sostienen que W. Edwards Deming, Joseph M. Juran y Philip B. Crosby son considerados verdaderos *“gurús de la administración”* en la revolución de la calidad, sus estudios sobre la medición, la administración y la mejora de la calidad han tenido un impacto significativo en incontables administradores y corporaciones enteras en todo el mundo.

4.3.2.1 La Filosofía Deming.

De acuerdo a Evans y Lindsay (2008) ningún individuo ha tenido más influencia en la administración de la calidad que el Dr. W. Edwards. Deming (1900 – 1993). La influencia de Deming en la industria japonesa fue tan importante que la Union of Japanese Scientists and Engineers (UJSE, por sus siglas en inglés) estableció en 1951 el *Deming Application Prize*, para reconocer a las empresas que mostraban un alto nivel de logro en las prácticas de calidad.

Deming hablaba de sobre la importancia del liderazgo de la alta dirección, las asociaciones entre clientes y proveedores y la mejora continua en los procesos de manufactura y desarrollo de productos. Evans y Lindsay (2008) mencionan que en su último libro Deming afirmó que *"un producto o servicio tiene calidad si ayuda a alguien y goza de un mercado adecuado y sustentable*." La teoría explica que desde el punto de vista de Deming, la variación es la principal culpable de la mala calidad y para lograr una reducción en la variación, recurrió a un ciclo permanente que consta de diseño del producto o servicio, manufactura o prestación del servicio, pruebas y ventas, seguido de estudios de mercado y luego rediseño y mejora. Deming afirmó que una calidad más alta lleva a una mayor productividad que, a su vez, da lugar a una fuerza competitiva a largo plazo. (p.92)

> La Teoría de "reacción en cadena" de Deming afirma que las mejoras en la calidad originan menores costos porque el resultado es menos reproceso, menos errores, menos demoras y mejor uso del tiempo y el material. A su vez, los costos más bajos dan lugar a mejoras en la productividad. Con una mejor calidad y precios más bajos, una empresa puede lograr mayor participación en el mercado y, de esta manera, subsistir, ofreciendo cada vez más empleos. (Evans & Lindsay, 2008, p.94)

Deming propuso 14 puntos para la gestión de la calidad, sin embargo Evans & Lindsay (2008) sostienen que casi al final de su vida, resumió las bases de los 14 puntos en lo que llamó “un sistema de conocimiento profundo” el cual ofrece las perspectivas críticas necesarias para diseñar prácticas administrativas eficaces y tomar decisiones en el complejo ambiente de negocios de hoy día. (p. 95).

El sistema de Deming de conocimiento profundo consta de cuatro partes relacionadas: Valoración del sistema, Comprensión de la variación, Teoría del conocimiento y Psicología. (p. 96)

4.3.2.1.1 Los 14 puntos de Deming.

El primero es *crear una visión y demostrar compromiso:* Una organización debe definir sus valores, su misión y visión del futuro para ofrecer a sus administradores y empleados una dirección a largo plazo.

El segundo es *aprender la nueva filosofía*, desde los altos ejecutivos hasta las bases de la empresa; entender el propósito de la inspección, para la mejora de los procesos y reducción de los costos.

El tercero es *entender la inspección* para Deming la inspección era el principal medio de control de la calidad; las empresas empleaban a docenas e incluso cientos de personas de tiempo completo que inspeccionaban la calidad.

El cuarto es *dejar de tomar decisiones con base únicamente en los costos* por cuánto los departamentos de compra se rigen por la reducción de costos y la competencia entre proveedores sin tomar en cuenta la calidad.

El quinto es *mejorar en forma continua y permanente* tanto el sistema de producción y servicio.

El sexto es *instituir la capacitación* Las personas son el recurso más valioso de una organización; quieren hacer un buen trabajo, pero con frecuencia no saben cómo.

El séptimo es *enseñar e instituir el liderazgo* Deming reconoció que uno de los principales impedimentos para la mejora era la ausencia de liderazgo. El trabajo de la administración es el liderazgo, no la supervisión.

El octavo es *eliminar el temor* Eliminar el temor constituye la base de muchos de los 14 puntos de Deming. El temor se manifiesta de muchas maneras: temor a represalias, al fracaso, a lo desconocido, a perder el control y al cambio.

El noveno es *Optimizar los esfuerzos de los equipos* El trabajo en equipo ayuda a eliminar las barreras entre los departamentos y las personas. Los obstáculos entre las áreas funcionales se presentan cuando los administradores temen perder el poder.

El décimo es *eliminar las exhortaciones* Muchos primeros intentos por mejorar la calidad se enfocaban sólo en el cambio conductual. Sin embargo, los carteles, lemas y programas de motivación que piden cero defectos, hacerlo bien desde la primera vez, mejorar la productividad y la calidad, etc., están dirigidos a las personas equivocadas.

El décimo primero e*s eliminar las cuotas numéricas para la producción y la administración por objetivos* en cambio, aprender e instituir métodos para mejorar y aprender las capacidades de los procesos y cómo mejorarlos.

El décimo segundo es *eliminar las barreras que evitan que las personas se sientan orgullosas de su trabajo* según Deming la gente en la planta e incluso en la administración a menudo recibe un trato como si fuera “una mercancía”.

El décimo tercero es *fomentar la educación y la automejora* se enfoca en educación general amplia y continua para el desarrollo personal. Las organizaciones deben invertir en sus empleados en todos los niveles para garantizar el éxito a largo plazo.

El décimo cuarto es *emprender acciones para lograr la transformación* Cualquier cambio cultural empieza con la dirección e incluye a todos. Cambiar una cultura organizacional, casi siempre significa enfrentar un escepticismo y una resistencia que muchas empresas encuentran difícil de manejar. (Evans & Lindsay, 2008, pp. 101-106)

4.3.2.2 La filosofía de Juran.

Joseph Juran (1904-) al igual que Deming, ejerció una gran influencia en la industria japonesa, enseñó los principios de calidad a los japoneses en la década de 1950 que aún se conservan vigentes por ser el eje central de la cultura de la calidad moderna. Juran comprendió que para captar la atención de los directores, las cuestiones relacionadas con la calidad se deben expresar en el idioma que ellos entienden: el dinero, inclinando su discurso en términos de costos de calidad. En el nivel operativo se enfocó en aumentar el cumplimiento con las especificaciones mediante la eliminación de defectos. (Evans & Lindsay, 2008)

La definición de Juran sobre su concepto de la calidad lleva a considerarla desde las perspectivas interna y externa: la calidad se relaciona con el desempeño del producto que da como resultado la satisfacción del cliente y productos sin deficiencias, lo que evita la insatisfacción del cliente. Desde esta perspectiva, la manera como se diseñan, fabrican y entregan productos y servicios y el servicio en campo contribuyen a la *adaptación al uso* – su sencilla definición de calidad- . Juran establece dos niveles para la búsqueda de la calidad: la misión de la empresa como un todo es lograr una alta calidad de diseño y la misión de cada departamento en la empresa es lograr calidad de alto cumplimiento. (Evans & Lindsay, 2008)

Las recomendaciones de Juran se concentran en tres procesos de calidad principales, llamados la **Trilogía de calidad**: *planificación de la calidad,* el proceso de preparación para cumplir los objetivos de calidad; *control de calidad,* el proceso de satisfacer los objetivos de calidad durante las operaciones, y *mejora de la calidad,* el proceso de alcanzar niveles de desempeño sin precedentes. (Evans & Lindsay, 2008, p.108)

Evans y Lindsay (2008) afirman que muchos aspectos de las filosofías de Deming y Juran son semejantes. El enfoque hacia el compromiso de la alta dirección, la

necesidad de mejora, el uso de técnicas para el control de la calidad y la importancia de la capacitación son fundamentales para ambas filosofías. Sin embargo, éstas no concuerdan en todos los puntos. Por ejemplo, Juran creía que Deming estaba equivocado al decir a los administradores que eliminaran el temor. Según Juran: “El temor puede sacar lo mejor de las personas.” (p. 108)

4.3.2.3 La filosofía de Crosby.

Según Evans y Lindsay (2008) la esencia de la filosofía de la calidad de Philip B. Crosby (1926-2001) se resume en lo que él llama los “Absolutos de la administración de calidad” y los “Elementos fundamentales de la mejora”. Los Absolutos de la administración de calidad de Crosby incluyen los siguientes puntos:

Calidad significa cumplimiento con los requisitos, no elegancia. Crosby sostiene que una vez especificados los requisitos, la calidad se juzga sólo basándose en si han sido alcanzados. Por tanto, es preciso que la administración defina con claridad estos requisitos y no suponer que el personal operativo los sobrentiende. (p.109)

No existen los llamados problemas de calidad. Las personas o departamentos que ocasionan los problemas son los mismos que deben identificarlos. En otras palabras, la calidad se origina en las áreas operativas y no en el departamento de calidad y, por consiguiente, la responsabilidad por esa clase de problemas recae en esas áreas. (p.109)

La economía de la calidad no existe; siempre es más barato hacer bien el trabajo desde la primera vez. Crosby apoya la premisa de que la “economía de la calidad” no tiene ningún significado. La calidad no cuesta. Lo que cuesta dinero son las acciones relacionadas con no hacer bien las cosas desde la primera vez. (p.109)

La única medida de desempeño es el costo de la calidad, que es el gasto derivado del no cumplimiento. Crosby señaló que la mayor parte de las empresas gastan 15 a 20 por ciento del dinero de sus ventas en costos relacionados con la calidad. (p.109)

Evans y Lindsay (2008) sostienen que a pesar de sus diferencias significativas para ejecutar el cambio organizacional, las filosofías de Deming, Juran y Crosby tienen más semejanzas que diferencias. Cada una considera la calidad como imperativo en la competitividad futura en los mercados globales; hace el compromiso de la alta dirección una necesidad absoluta; demuestra que las prácticas de la administración de calidad ahorran, no cuestan, dinero; establece que la calidad es responsabilidad de la administración y no de los trabajadores; recalca la necesidad de una mejora continua y sin fin; reconoce la importancia del cliente y las relaciones estrechas entre la administración y los trabajadores, y reconoce la necesidad de cambiar la cultura organizacional, así como las dificultades relacionadas con este cambio. (p.110)

4.3.2.4 Otros filósofos de la Calidad.

4.3.2.4.1 A. V. Feigenbaum.

Se le acuña el concepto Control de la Calidad Total definido como "…*un sistema eficaz para integrar el desarrollo de la calidad, el mantenimiento de la calidad y los esfuerzos de mejora de la calidad de los diversos grupos en una organización, a fin de permitir la producción y el servicio en los niveles más económicos posibles que den lugar a la total satisfacción del cliente*" (p. 111).

Su filosofía se resume en tres pasos hacía la calidad: *Liderazgo de la calidad* como un esfuerzo continuo en la administración que se basa en la planificación firme y no en la reacción ante las fallas; *Tecnología de calidad moderna* propone la integración del personal de oficina, así como ingenieros y trabajadores de la planta para resolver los problemas de calidad al ser este personal quienes de modo continuo evalúan y ponen en práctica técnicas nuevas para satisfacer a los clientes en el futuro y *Compromiso de la organización* la importancia de la calidad se da la medida de la capacitación continua y la motivación de todos los trabajadores, así

como una integración de la calidad en la planificación de negocios. (Evans & Lindsay, 2008, p. 111)

4.3.2.4.2 Kaoru Ishikawa.

Influyó en el desarrollo de una perspectiva de la calidad participativa ascendente, que se convirtió en la marca distintiva del enfoque japonés en la administración de calidad. Ishikawa se basó en el concepto de calidad total de Feigenbaum y promovió una mayor participación de todos los empleados, desde la dirección hasta el personal de planta, reduciendo la dependencia en los profesionales y los departamentos de calidad; creía que la calidad empieza con el cliente y, por tanto, entender sus necesidades es la base para mejorar, y que las quejas se deben buscar activamente.

Entre los elementos claves de su filosofía se encuentran: la calidad empieza con la educación y termina con la educación; el primer paso en la calidad es conocer las necesidades del cliente; el estado ideal del control de calidad ocurre cuando la inspección ya no es necesaria; eliminar el origen y no los síntomas; el control de calidad es responsabilidad de los trabajadores y las divisiones; no confundir los medios con los objetivos; poner la calidad en primer lugar y establecer sus perspectivas de las utilidades a largo plazo; la mercadotecnia es la entrada y la salida de la calidad; los directivos no deben demostrar enojo cuando sus subordinados presentan los hechos; 95% de los problemas en una empresa se solucionan con herramientas sencillas de análisis y solución de problemas; los datos sin información de difusión (es decir, la variabilidad) son falsos. (Evans & Lindsay, 2008, p.112)

4.3.2.4.3 Genichi Taguchi.

Sostuvo que la definición de calidad basada en la manufactura como cumplimiento con los límites de especificación presenta errores inherentes, al afirmar que el valor real de la característica de calidad maneja intervalos, así el cliente acepta cualquier

valor dentro de ese intervalo pero no se sentirá satisfecho si queda fuera de ese intervalo de tolerancia. Afirma que los costos no dependen del valor real de la característica de calidad, siempre que caiga dentro de la tolerancia especificada. Según el enfoque de Taguchi, mientras menor sea la variación respecto a la especificación nominal, mejor será la calidad. A su vez, los productos son más consistentes y los costos totales son menores. (Evans & Lindsay, 2008, p. 113)

4.3.3 Calidad de la Atención en Salud.

Una vez abordada la teoría desde los referentes, se plantea el enfoque que destaca la relación entre calidad y servicio, la relación entre la calidad en la atención en salud y el usuario, y en particular la percepción del usuario sobre los atributos del servicio recibido.

Una lectura de esta estrecha relación son las preocupaciones que refleja una persona cuando se enfrenta a un proceso de atención en salud, sobre todo en un entorno que genera una serie de emociones encontradas como la ansiedad, la frustración y demás. Lansky (1998) (como se citó en Ministerio de la Protección Social, 2008) propone una categorización de las necesidades de un usuario cuándo usa o busca un servicio de salud:

> *Lo básico:* que significa una preocupación por el acceso a los servicios que necesita, con un trato respetuoso y esperando entender lo que le digan.
>
> *Mantenerse saludable*: lo cual no es más que el deseo de tener el nivel más saludable posible.
>
> *Mejorarse*: es decir, en caso de enfermedad, cómo lograr recuperarse y volver a sus actividades normales.
>
> *Aprender a vivir con la enfermedad*: sobre todo en enfermedades crónicas.
>
> *Cambiar las necesidades*: esto es, si alguien dentro del núcleo familiar muere o sufre una discapacidad, cómo enfrentar esa nueva forma de vida, minimizando el dolor y manteniendo a la familia unida. (p. 207 - 208)

En esta mirada se debe resaltar la importancia de incorporar criterios relacionados con el cliente, a la hora de definir calidad: satisfacción, quejas, empatía, entre otros.

Una de las mejores aproximaciones a la conceptualización de la calidad en la atención en salud es el postulado del profesor Avedis Donabedian[1]. Para Frenk (2001) Avedis Donabebian es el pensador más influyente en el campo de la calidad de la atención a la salud. Frenk (2001) afirma que desde su primer trabajo, ya clásico, publicado en 1966, introduce los conceptos de estructura, proceso y resultados que hasta nuestros días permanecen como el paradigma dominante para la evaluación de la calidad de la atención a la salud. Otro autor, Petraci (2005) afirma que “Donabedian fue uno de los primeros autores que destacó la relevancia de la calidad de la atención y elaboró una teoría que expandió los límites del paradigma biomédico, basado en la mejora física y fisiológica de las condiciones individuales de salud y la aplicación adecuada de la ciencia y tecnología médicas” (“la calidad de la atención,” prr. 1)

Donabebian (1966) (como se cita en Rev. Calidad Asistencial, 2001) introduce a la conceptualización con la siguiente afirmación: “La evaluación de la calidad debe apoyarse en una definición conceptual y operativa de lo que significa la "calidad de la atención médica”. En este aspecto fundamental se presentan muchos problemas, pues la calidad de la atención es una idea extraordinariamente difícil de definir.” (S. 11)

[1] Avedis Donabedian, M.D., M.P.H. (1919 – 2000) Su producción intelectual comprende más de 20 libros y 100 artículos. Médico de la Universidad Americana de Beirut; Maestría en Salud Pública Universidad de Harvard (1955), Profesor Emérito Distinguido de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Michigan. Miembro del Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos de América y Miembro Honorario del Real Colegio de Médicos Generales del Reino Unido y de la Academia Nacional de Medicina de México. (Frenk, In Memorian Avedis Donadebian, 2000)

En este apartado Donabedian (1966) infiere por su ejercicio de indagación conceptual que "… los criterios de calidad no son nada más que juicios de valor que se aplican a distintos aspectos, propiedades, componentes o alcances de un proceso denominado atención médica" y continúa diciendo que la definición de calidad "puede ser casi cualquier cosa que se quiera que sea, si bien por lo común es un reflejo de los valores y metas vigentes en el sistema de atención médica y en la sociedad más amplia de la que ésta es una parte". (S. 11)

Otra de sus primeras deducciones sobre el concepto la realiza a partir de Klein *et al.*[5], afirmando que "los autores llegaron a la conclusión de que la atención del paciente, al igual que la moral, no se puede considerar como un concepto unitario" y termina diciendo "...al parecer es probable que nunca se llegue a un único criterio general para medir la calidad de la atención del paciente" (S.11)

En esta primera parte, Donabedian (1966) sostiene que "las dimensiones y los criterios que se elijan entre los muchísimos posibles para definir la calidad tendrán, por cierto, profunda influencia en los enfoques y métodos que se empleen para evaluar la atención médica". (S.11)

En esta misma perspectiva, Frenk (2001) afirma que:

La calidad de la atención médica se enfrenta a un panorama de indefiniciones conceptuales, de carencias metodológicas e incluso de resistencias abiertas. Los intentos por evaluar dicha calidad se han enfrentado a estructuras de poder gremial sustentadas en recursos y mitos como la ignorancia del público en relación a los procesos mórbidos y su incapacidad para definir sus necesidades. (Rev. Calidad Asistencial, S.28).

En principio, Donabedian (1986/2001) distingue dos grandes dominios de la investigación sobre la calidad de la atención médica: el dominio de la *"investigación clínica"* y el dominio de la *"investigación socio-organizativa"*, a fin de establecer

ciertas condiciones de concepto, de política y de responsabilidad primaria. Sostiene también que todo investigador de la calidad, ya sea clínico o socio-organizativo tiene que elucidar el concepto de la calidad misma y sobre este tema puntualiza en lo siguiente:

En particular, nos gustaría saber cómo conciben y definen la calidad los participantes clave en la atención a la salud: cómo la perciben los pacientes, o los médicos, o los administradores, o quienes formulan las políticas; cuáles son los puntos de semejanza o discrepancia, y cómo pueden conciliarse los diversos puntos de vista. (Rev. Calidad Asistencial, 2001, S.65)

Ahora bien, adentrando en las primeras aproximaciones del concepto, Donabedian (1999/2001) refiriéndose a su primera publicación en *"Evaluating the quality of medical care"* (Milbank Mem Fund Q 1966;44:166-206) afirma:

En mi trabajo inicial, había definido bastante deliberadamente la calidad de una manera que evitaba la medición tanto de resultados como de los costes monetarios de la atención. De este modo simplifiqué mi misión, pero me gané muchas críticas. Se hizo necesario, por tanto, explicar más tarde la importancia de los resultados y el coste para la calidad y su evaluación. (Rev. Calidad Asistencial, 2001, S142)

Todo lo mencionado hasta ahora permite comprender que el concepto ha sido un constructo logrado en una primera fase que necesariamente irá evolucionando a medida que se trabaje en ello.

En 1980 Avedis Donabedian propuso una definición de calidad asistencial que según Suñol, ha llegado a ser clásica y que formulaba de la siguiente manera: "Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes" (Fundación Avedis Donabedian)

Para Frenk (2001) Donabedian define la calidad como "una adecuación precisa de la atención a las necesidades particulares de cada caso", con una evidente implicación para los servicios colectivos. (S. 28)

Para Suñol (2001) la definición implícita de calidad desde Donabedian es aquella estrategia que consigue una mejor salud (y la reflexión sobre la amplitud de las definiciones de salud y de calidad que pueden utilizarse) y el circulo concéntrico que muestra los diferentes niveles (S.79).

Los niveles del círculo concéntrico a los que se refiere Suñol (2001) son abordados a continuación:

Según Donabedian (1966), son tres los componentes de la calidad asistencial a tener en cuenta. *El componente técnico*, el cual es la aplicación de la ciencia y de la tecnología en el manejo de un problema de una persona de forma que rinda el máximo beneficio sin aumentar con ello sus riesgos. Por otra parte, *el componente interpersonal*, el cual está basado en el postulado de que la relación entre las personas debe seguir las normas y valores sociales que gobiernan la interacción de los individuos en general. Estas normas están modificadas en parte por los dictados éticos de los profesionales y las expectativas y aspiraciones de cada persona individual. Finalmente, el tercer componente lo constituyen los *aspectos de confort*, los cuales son todos aquellos elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención más confortable (Fundación Avedis Donabedian).

Donabedian, (1992/2001) hace hincapié en este concepto y afirma:

Conceptualizaré que la atención sanitaria se divide básicamente en dos partes principales: el trabajo técnico y la relación interpersonal. Los consumidores tienen mucho que decir de ambas y también sobre las circunstancias en que se desarrolla el trabajo y se produce la interacción o el intercambio. Llamaré a este tercer elemento "los temas de confort” (S201)

Sobre este mismo tema, en otra de sus publicaciones Donabedian (1988/2001) (como se cita en Rev. Calidad Asistencial, 2001) sostiene:

La actuación técnica depende de los conocimientos y juicios utilizados para llegar a las estrategias de asistencia adecuadas y de la destreza en ejecutar dichas estrategias. La corrección de la actuación técnica se juzga en comparación con lo mejor de la práctica. Lo mejor de la práctica, a su vez, ha ganado esa distinción porque, considerando el promedio, se cree que produce la mayor mejora en la salud. (S.81)

En cuanto a la conducta del proceso interpersonal, Donabedian (1988/2001) menciona que también debe estar en consonancia con las expectativas y estándares individuales y sociales, tanto si éstos ayudan como si obstaculizan la actuación técnica. “La discreción, la intimidad, la elección informada, el cuidado, la empatía, la honestidad, el tacto y la sensibilidad constituyen, entre otras, las virtudes de la relación interpersonal.” (S.81). Donabedian (1988/2001) complementa su postulado diciendo “La ciencia y el arte de la asistencia sanitaria, ya que éstos se aplican tanto a la asistencia técnica como a la conducción del proceso interpersonal, están en el centro de la familia metafórica de círculos concéntricos” (S.81)

Donabedian (1988/2001) hace uso de los círculos concéntricos para representar las tres dimensiones de la calidad y se refiere a los elementos de confort como aquellos que rodean al centro: “las comodidades de la asistencia, entendiendo éstas como las cualidades deseables de los centros en donde se proporciona la asistencia. Estas comodidades incluyen, entre otros, la conveniencia, el confort, la tranquilidad y la intimidad”. (S81)

Por otro lado, uno de los aportes más significativos de Donabedian, tal como ha sido mencionado por los autores citados, es su propuesta de estructura, proceso y resultado.

La *Estructura* implica las cualidades de los centros en los que la asistencia se produce. Esto incluye las cualidades de los recursos materiales (como facilidades, equipamiento y dinero), de los recursos humanos (número y cualificación del personal), y de la estructura organizativa (como la organización del equipo médico, métodos de control de calidad y métodos de reembolso).

El *Proceso* implica lo que en realidad se hace al dar y recibir la asistencia. Incluye las actividades del paciente al buscar y llevar a cabo la asistencia y las actividades del facultativo al hacer el diagnóstico y recomendar o ejecutar un tratamiento.

El *Resultado* implica los efectos de la asistencia en el estado de salud del paciente y de la población. Las mejoras en los conocimientos del paciente y los cambios en su comportamiento sanitario se incluyen en una definición amplia del estado de salud, al igual que el grado de satisfacción del paciente respecto de la asistencia. (Donabedian, 1988) (Rev. Calidad Asistencial, 2001, S83)

Desde otro enfoque Donabedian (1993/2001) plantea la calidad de la atención sanitaria como el resultado de dos elementos: los atributos fundamentales de la ciencia y la tecnología de la atención sanitaria; y las formas en que la ciencia y la tecnología se aplican en la práctica sanitaria. El primero de ellos describe las herramientas, y el segundo describe la manera de emplearlas.

La calidad de la atención fruto de la interacción de estos dos elementos cuenta con *siete atributos* principales:

Eficacia: La capacidad de la ciencia y la tecnología sanitaria para aportar mejoras en la salud, cuando se utiliza en las circunstancias más favorables.

Efectividad: El grado en el que las mejoras de salud, actualmente disponibles, se alcanzan en realidad.

Eficiencia: La capacidad de reducir el coste de la asistencia sin limitar las mejoras en el estado de salud.

Optimización: El equilibrio entre las mejoras de salud y los costes de consecución de esas mejoras.

Aceptabilidad: Conformidad con los deseos y expectativas de los pacientes y miembros familiares responsables.

Legitimidad: Conformidad con las preferencias sociales según se expresan en los principios éticos, valores, normas, mores, leyes y reglamentos.

Equidad: Conformidad con el principio que determina qué es justo en la distribución de la atención y sus beneficios entre los miembros de una población. (Rev. Calidad Asistencial, 2001, S.108)

A manera de recapitulación, Donabedian (1990/2001) expresa que la calidad de la atención es un concepto con muchos elementos que pueden agruparse bajo los siete pilares sobre los que se sustenta y por los cuáles se reconoce y juzga.

La calidad de la asistencia se juzga por el cumplimiento de una serie de expectativas o estándares que tienen tres orígenes: a. la ciencia de la atención sanitaria que determina la eficacia, b. valores y expectativas individuales que determinan la aceptabilidad y c. valores y expectativas sociales que determinan la legitimidad. Como consecuencia de lo anterior, la calidad no puede juzgarse únicamente por en términos técnicos, sólo por profesionales sanitarios; las preferencias de los pacientes individuales y de la sociedad en general deben tenerse también en consideración. La búsqueda de cada uno de los atributos de la calidad puede reforzarlos mutuamente, ya que la asistencia efectiva es normalmente más aceptable y legítima. La búsqueda de un atributo puede ir en contra de la búsqueda de otro, por lo que hay que perseguir y establecer un equilibrio. Los conflictos más importantes surgen cuándo las preferencias sociales son distintas de las preferencias individuales, básicamente porque la sociedad especifica de manera distinta aquello que es óptimo y equiparable. (Rev. Calidad Asistencial, 2001, S99)

Desde la perspectiva de un modelo integrador de las relaciones entre el estado de salud, la calidad de la atención y la utilización de recursos, Donabedian (1983/2001) afirma que la calidad de la atención médica se define en términos de resultados, medidos como las mejorías esperadas en el estado de salud que pueden atribuirse a la atención. (Rev. Calidad Asistencial, 2001, S40)

> Específicamente, la atención de la mejor calidad es aquella que produce la mayor mejoría prevista en el estado de salud, entendiendo la salud en términos generales en sus dimensiones física, fisiológica y psicológica. El concepto de calidad tiene dos componentes básicos: una definición y evaluación del estado de salud y de los cambios o diferencias en el estado de salud, y una definición de la atención médica vinculada a cualquier producto determinado expresado en forma de un estado de salud. (Rev. Calidad Asistencial, 2001, S41)

Desde otra mirada, Donabedian (1978/2001) sostiene que la definición de la calidad de la atención implica la especificación de tres factores: el fenómeno que constituye el objeto de interés; los atributos del fenómeno sobre el cual se va a emitir un juicio y los criterios y las normas que coloquen a cada atributo en una escala que vaya de lo mejor posible a lo peor. (Rev. Calidad Asistencial, 2001, S29).

Con relación al fenómeno del objeto de interés, Donabedian (1987/2001) aclara que existen dos escuelas de pensamiento: una que se refiere a este fenómeno en función del desempeño de los profesionales que atienden a las personas que se han convertido en sus pacientes; y otra escuela que focaliza el objeto de interés como un programa o incluso un sistema de atención médica. (Rev. Calidad Asistencial, 2001). En relación con esto, Donabedian afirma:

> Según este punto de vista, al juzgarse la calidad de la atención debe evaluarse no sólo lo que sucede a los que la reciben, sino también cuantas personas se encuentran privadas de ella. La evaluación también debe determinar si la distribución de atención médica, entre quienes la necesitan,

> permite que tanto los individuos como las poblaciones reciban el tipo de atención del cual se pueden esperar beneficios óptimos. En otras palabras, el acceso y otros aspectos de la distribución de los recursos, así como los efectos externos, han llegado a convertirse en características fundamentales para evaluar la calidad. Sin embargo, hay que señalar que estas características no están totalmente ausentes de la perspectiva más restringida, ya que los factores que influyen en el acceso a la atención lo hacen también en la posibilidad de continuar siendo un paciente dispuesto a cooperar. Además, el problema de la distribución de recursos está relacionado con la forma en que los profesionales y técnicos distribuyen su tiempo entre los múltiples pacientes que demandan atención. (Rev. Calidad Asistencial, 2001, S.29)

En este contexto, Donabedian reconoce el rol de los consumidores en la garantía de la calidad en los servicios de salud. Según Saturno (2001) Donabedian concluye que es el usuario quien debe decidir lo que está bien o mal en relación al intercambio personal, las amenidades y los resultados deseables de la atención.

Con respecto a este tema, Donabedian (1992/2001) otorga al consumidor tres papeles principales: el primero, el de “colaboradores”, el segundo el de “objetivos” y tercero y último, el de “reformadores” con papeles secundarios para cada función:

> *Consumidores como colaboradores de la garantía de Calidad:* Los consumidores contribuyen en la garantía de la calidad de tres formas: definiendo la calidad, evaluando la calidad y facilitando la información que permite que otros la evalúen.
>
> *Los consumidores como objetivos de garantía de calidad*: Los consumidores se pueden convertir en objetivos de garantía de calidad de dos maneras: como co-productores de atención y como vehículos de control.
>
> *Consumidores como reformadores dela atención médica:* Creo que los consumidores pueden cambiar el sistema de salud de cuatro maneras como

mínimo: a través de la participación directa, mediante el apoyo administrativo, a través de los mercados y con la acción política. (Rev. Calidad Asistencial, 2001, S102)

4.3.4 Calidad percibida.

Petracci (2005) explica en su trabajo de investigación (que es abordado en el siguiente numeral) que las teorías que explican la formación de las expectativas son la teoría de la consistencia interna y la teoría de asimilación del efecto de contraste. En sus palabras, *la teoría de la consistencia* indica que las expectativas son más importantes que el verdadero desempeño del producto/servicio ya que las personas evitarán, a toda costa, las inconsistencias con sus creencias y ajustarán sus percepciones del desempeño de los productos para que se igualen a las expectativas que tenían previamente. Petracci (2005) afirma que según esta teoría, aunque la calidad de un producto/servicio mejore, la evaluación será negativa si los sujetos parten de una baja expectativa. Vis a vis, evaluarán positivamente a un producto/servicio si su expectativa es alta aunque el desempeño sea malo o no sea el esperado. En cambio, los partidarios de l*a teoría del efecto de contraste* afirman que si las expectativas son irreales y demasiado altas y el desempeño real no las cumple, el efecto de contraste hará que el sujeto evalúe al producto/servicio como peor de lo que realmente es. (Nota al pie [8], p.29)

El Ministerio de la Protección Social (2009) define que la calidad percibida se puede entender como el juicio de un consumidor acerca de la excelencia total o superioridad de un producto o servicio. A su vez aclara que este concepto es diferente de la calidad objetiva, ya que vincula la perspectiva del consumidor/ comprador; “hace referencia a un nivel superior de abstracción, más que a un atributo específico del producto o servicio; es una evaluación global similar a una actitud, relacionada pero no equivalente a la satisfacción, y corresponde a un juicio

hecho usualmente dentro de un conjunto evocado por el consumidor" (Losada & Rodríguez, 2007) (como se cita en MPS, 2009, p.319).

Con respecto al concepto de calidad técnica, el Ministerio de la Protección Social (2006) afirma que se relaciona con las condiciones específicas de seguridad, efectividad, eficiencia y oportunidad en las que los servicios de salud son estructurados y finalmente brindados; "la calidad percibida se relaciona con particularidades de los receptores de dichos servicios como son sus motivos, intenciones, emociones, valores, actitudes, conocimientos, habilidades y experiencias." (p. 35). En esta misma línea, el MPS en concordancia con los referentes teóricos, afirma que esta dimensión de la calidad de servicios en salud - la percibida - es un desafío para cualquiera que la aborde sobre todo por la validez tanto de métodos como de procesos, técnicas, instrumental e indicadores requeridos. (MPS. 2006, p.35).

4.3.4.1 Perspectiva de los profesionales de salud sobre la calidad percibida

En esta fase del marco teórico se toma como referencia una investigación *sobre la perspectiva de los profesionales de la salud sobre la calidad percibida por los usuarios/as: dos opiniones en coincidencia* a fin de lograr aproximar o contrastar dichos resultados con los hallazgos de la presente investigación.

La investigación realizada por Mónica Petracci en el año 2005 se enfocó en comprender qué piensan dos tipos de proveedores de salud – ginecólogos/obstetras/tocoginecólogos y clínicos/generalistas de Hospitales Públicos en Buenos Aires, Argentina acerca de la calidad percibida por los usuarios de los servicios de salud.

El artículo busca, en primer término, encontrar ejes que contribuyan a la reflexión sobre el concepto y la producción teórica y empírica de la calidad de la atención. En segundo lugar, busca interrelacionar las opiniones de profesionales y usuarios a través del análisis de los resultados de un estudio empírico cuyas preguntas centrales fueron las siguientes: ¿qué piensan los profesionales sobre la calidad percibida por los usuarios? ¿Cuál es su concepción de calidad de la atención y derechos, especialmente de derechos sexuales y reproductivos? (Petracci, 2005)

Uno de los hallazgos de los estudios sobre calidad de la atención es la evaluación positiva y el alto nivel de satisfacción expresado por los usuarios sobre la atención recibida en los servicios de salud. Esa evaluación positiva, de acuerdo a las dimensiones planteadas por Donabedian, se basa más en la dimensión interpersonal de la calidad de la atención que en las dimensiones técnica y ambiental. Los médicos entrevistados coinciden con la evaluación de la calidad de la atención de los usuarios. (…) Los argumentos que justifican esa coincidencia están centrados en tres figuras: el médico, como consecuencia de su vocación de servicio; el hospital público, como consecuencia de la presencia del Estado para garantizar la atención de la salud a la población con problemas de accesibilidad; y finalmente, el usuario. Este último, como consecuencia de la sabiduría que otorga la experiencia, estaría en condiciones de realizar una evaluación acorde al servicio recibido. (Petracci, 2005, “síntesis y conclusiones” p.20)

Petracci (2005) también afirma “Que los usuarios, al optar por las categorías de respuesta de un instrumento, efectúen una evaluación positiva de la calidad de atención no significa que desconozcan o nieguen las deficiencias o que dejen de formular quejas.” (p,9)

Sobre los resultados de su investigación, Petracci (2005) sostiene:

> Los profesionales de la salud, en coincidencia con las y los usuarios, evalúan positivamente la dimensión interpersonal de la calidad de la atención de los

> hospitales públicos. Esa coincidencia se produce porque, para los profesionales entrevistados, es la vocación de servicio de los médicos la que asegura el mantenimiento de una adecuada calidad de la atención a pesar de todos los obstáculos atravesados por el hospital público. Ese aspecto, ligado a la misión profesional, no toma en cuenta la perspectiva de derechos ni la posibilidad de construir ciudadanía informando a los usuarios sobre sus derechos, especialmente en el campo de la salud sexual y reproductiva. (Petracci, 2005, “síntesis y conclusiones” p.22)

Frente a sus expectativas como investigadora, Petracci (2005) expone su postura:

> Numerosos ejemplos dan cuenta de procesos de calidad y modelos de gestión implementados, de diseños para medir la calidad percibida y de resultados de esas mediciones. Ahora bien, en no pocas oportunidades, la presentación de esos hallazgos nos coloca en un lugar incómodo. Hicimos una investigación pensando que va a permitir aflorar la insatisfacción por los innumerables problemas que, ciertamente, aquejan al sistema de salud y muy especialmente al hospital público [2], y nos decepciona encontrar que los usuarios/as tienen una positiva percepción de la calidad de la atención. Pienso que esa situación es un desafío interesante para revisar la teoría, el diseño, la formulación de las preguntas, de los instrumentos y el análisis de los resultados. (p.2)

4.3.5 Calidad de la atención en salud en Colombia.

Una vez revisadas las aproximaciones al concepto de calidad y al concepto de calidad de la atención en salud desde la fundamentación teórica, se expone los usos del concepto y su aplicación en el contexto nacional desde la Institucionalidad.

En Colombia la definición vigente corresponde a la establecida en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud - SOGCS en dónde la

Calidad de la Atención en Salud se entiende como “la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios” (Ministerio de la Protección Social, Decreto 1011 de 2006)

Esta lectura incorpora el concepto básico de la calidad entendida como una relación entre beneficios, riesgos y costos, lo cual significa que la definición de la calidad debe estar basada en el conocimiento de la evidencia científica y en el establecimiento de una relación entre estos aspectos; pues la calidad no puede ser ajena a la eficacia, la efectividad y la eficiencia. (MPS, 2007, p.19)

En este contexto, el MPS (2007) sostiene que la acción coordinada entre las EPS, las IPS y las Entidades Territoriales de salud resulta de gran importancia por cuánto su gestión compromete la accesibilidad y la equidad a la población usuaria. Adicionalmente, en la medida en que el acceso se restrinja a cualquier grupo humano de esa población, los resultados diferenciales serán una prueba de la inequidad de dichos servicios. (p. 19)

Alineado con Donabedian, la institucionalidad define que el concepto de nivel profesional óptimo debe entenderse como la interacción de un conjunto de factores estructurales y de proceso orientados a la obtención de un resultado, incluyendo en este concepto la eficacia, efectividad y pertinencia de las intervenciones en salud de acuerdo con guías de atención basadas en la mejor evidencia científica disponible. En este mismo sentido, la definición también hace referencia a la necesidad de tomar en consideración los recursos disponibles, ya que no se justifica que el costo de mejorar la calidad resulte superior al costo de la mala calidad. (MPS, 2007, p.19)

Bajo este enfoque, el MPS (2007) reconoce que se inserta el concepto de calidad a nivel de las poblaciones, pues mientras que al nivel del individuo es cierto el

concepto comúnmente aceptado de que solamente se puede exigir y brindar medios y no resultados, al nivel de las poblaciones sí es altamente posible la medición de dichos resultados y su variabilidad. (p. 19)

Finalmente, se incorpora, como un elemento transversal del concepto de calidad, la perspectiva de una atención en salud centrada en el usuario, como la racionalidad que debe orientar el desarrollo de todas las acciones enmarcadas en el concepto de Garantía de calidad. De acuerdo con la definición, se considera que la adhesión y satisfacción del usuario son los resultados esperados de la atención en salud. (MPS, 2007, p.19)

En el marco de la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud y en particular, en la consolidación del Sistema de Información para la Calidad, el Ministerio de la Protección Social (2009) desarrolló el Primer Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud para Colombia "INCAS Colombia 2009" el cuál define que la calidad es lograr el mayor nivel posible de satisfacción en las expectativas de atención en salud de los colombianos, en condiciones de efectividad técnica y seguridad de los servicios provistos, dentro de un SGSSS socialmente legítimo, que garantice el acceso equitativo a las atenciones en salud en un marco de eficiencia (p. 19)

El INCAS Colombia 2009 señala que en Colombia, existen algunos antecedentes importantes en la medición de la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud resaltando en particular dos investigaciones desarrolladas: en primer lugar la investigación de la Defensoría del Pueblo, en 2003 y 2005, en las que se evaluaron los servicios de salud que brindan las empresas promotoras de salud (EPS), a partir de cuatro dimensiones básicas de los servicios que éstas brindan, que "conjugan los principios básicos del derecho a la salud, en materia de atención" (Defensoría del Pueblo, 2005): Acceso a los servicios, libre escogencia, oportunidad y percepción de usuarios. Esta evaluación les permitió integrar un indicador único de

medición, el Índice de Satisfacción de Usuarios en Salud – ISUS, y expresar los resultados tanto para usuarios del régimen subsidiado como del contributivo. (MPS, 2009, p. 97)

La otra investigación que resulta más significativa en el contexto del INCAS Colombia 2009 y de igual forma en la presente investigación es el realizado por el Programa de Apoyo a la Reforma de Salud PARS, que tenía como objetivo general "identificar las percepciones y expectativas de la población colombiana sobre las variables o factores de la prestación de servicios de salud que son importantes para evaluar la calidad de un servicio" (Ministerio de Salud-Banco Interamericano de Desarrollo, 2000). Los contenidos de la encuesta fueron seleccionados a partir de las variables mencionadas en la literatura especializada sobre la calidad de los servicios de salud (AHRQ, 2000) y los estudios empíricos sobre las preferencias de las personas frente a estos elementos en otros países (Marshall, Shekelle, Brook & Leatherman, 2000). A partir de estas variables se preguntó a los usuarios sobre la estructura (amenidades), el proceso (relaciones interpersonales, calidad técnica y costo), los resultados (que incluye preguntar sobre el prestigio de las instituciones) y el uso de los servicios. (MPS. 2009, p.97)

En Colombia, en 2006, 2008 y 2010, el Ministerio de la Protección Social adelantó una encuesta dirigida a medir en un conjunto de hospitales públicos la percepción de la calidad según usuarios de los servicios de salud, identificada con el acrónimo "PECASUSS" (Ministerio de la Protección Social, 2006), por medio de entrevistas a usuarios que salían de los servicios de atención en dichos hospitales. Los atributos de la calidad de la atención en salud considerados en la medición son explicados en el Método de investigación.

4.4 Marco Contextual

4.4.1 Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En Colombia el sistema general de seguridad social en salud fue creado, mediante la ley 100 de 1993, cuyo propósito es la universalización de los servicios de salud. El sistema de salud se plantea con dos regímenes de afiliación: el régimen contributivo, para los ciudadanos con capacidad de pago, y el régimen subsidiado, para la población pobre, niveles 1 y 2 del SISBEN.

4.4.1.1 Mapa de actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En este sistema de salud, las Entidades Prestadoras de Salud EPS, actúan como intermediarias, toda vez que son responsables de la afiliación, el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Estado. Las EPS tanto del régimen contributivo como del subsidiado reciben fondos del FOSYGA, además el régimen subsidiado recibe fondos de los Entes Territoriales.

Las EPS deben garantizar a sus afiliados la prestación de los servicios definidos en el plan obligatorio de salud POS ya sea directamente o mediante la contratación con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS y/o los profesionales de la salud.

Por su parte, las Instituciones Prestadoras de Salud IPS son personas naturales o jurídicas, públicas, mixtas o privadas que de acuerdo a este modelo de gestión, funcionan por demanda, no disponen de un presupuesto previo. Los recursos son pagos cuándo prestan el servicio y lo facturan a las EPS.

A continuación en la Tabla No. 1 se expone las interacciones de los diferentes actores del sistema:

Tabla 1 Mapa de Actores Sistema General de Seguridad Social en Salud

ACTOR	NOMBRE DEL ACTOR		ROL MISIONAL	INTERÉS
ENTIDADES TERRITORIALES	DEPARTAMENTOS		Ejercer la Inspección, vigilancia y control del sistema en su jurisdicción. Comportarse como asegurador frente a la población pobre no afiliada y ante la población pobre afiliada al régimen subsidiado en el cubrimiento de eventos no cubiertos por los planes obligatorios de salud POS.	Acceso efectivo al goce de los servicios de salud por parte del usuario. Cumplimiento de los roles definidos para cada actor del sistema.
	MUNICIPIOS			
ASEGURADOR	EAPB – Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EPS)	Régimen Contributivo	Garantizar el acceso efectivo y la calidad en la prestación de los servicios de salud. Representar al afiliado ante el prestador y los demás actores. Cumplir con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud POS. Garantizar al afiliado la opción de escoger entre las diferentes opciones de IPS existentes en la red ofrecida en su área de influencia.	Satisfacción de los usuarios. Equilibrio en los costos y rentabilidad Cumplimiento del compromiso de los prestadores frente a su red constituida.
		Régimen Subsidado		
PRESTADORES	Instituciones Prestadoras de Salud IPS	Prestadores Públicos ESEs	Establecer el portafolio de servicios y cumplirlo conforme a la habilitación. Garantizar la seguridad del paciente aplicando el Sistema de Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Salud SOGS Realizar la adecuada referencia y contrareferencia de los pacientes.	Satisfacción y seguridad del usuario. Adecuado flujo de recursos para la prestación. Incorporación de las nuevas tecnologías en salud.
		Prestadores Privados		
USUARIOS	Empleados activos		Escoger libremente su asegurador y prestador de servicios, así como los profesionales de la salud para que lo atiendan. Derecho a recibir una atención oportuna e integral, continua, coordinada, eficiente, con portabilidad y de calidad. Derecho a recibir atención en condiciones de confidencialidad. Su historia clínica debe gozar de reserva y confidencialidad.	Efectivo goce del servicio de salud. Recibir los servicios de promoción y prevención, detección de temprana y protección específica. Mejoría en la reparación del daño a su salud.
	Pensionados			
	Sindicatos			

Fuente: Elaboración Propia a partir del marco legal

El contexto nos enseña que actualmente se ha creado un mercado de la salud que tiene como objetivos generar un servicio con mayor calidad e integralidad, pero con un control del costo; por lo tanto las Empresas Promotoras de Salud buscan obtener los servicios de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud por medio de contratos que les permitan lograr estos objetivos.

Bajo el enfoque de gestión del modelo actual de salud, las EPS obtienen una posición dominante. Cuentan con un flujo de fondos constante por cada usuario (aún si éste hace o no uso del servicio) y supeditan a las IPS por cuánto el asegurador es quién define los precios del servicio y las condiciones de contratación, que para efectos del sistema, puede llegar a hacerse bajo la modalidad de capitación, evento o pago por caso, o conjunto integral de atenciones o paquete. Todo esto genera un desequilibrio entre aseguradores y prestadores llegando a generar que en la atención se privilegie la cantidad que la calidad.

Otro aspecto relevante en la relación EPS – IPS – Usuario es el desequilibrio entre la oferta y la demanda dado que en ciertas zonas del territorio nacional no existe oferta que cubra la demanda del servicio y en otros casos, las IPS no ofertan la totalidad de los servicios habilitados en su portafolio de servicios. En cuanto a la oferta en las diferentes zonas del país, ha de resaltarse, tal como se manifestó en la justificación de la presente investigación, que la red pública se convierte en ocasiones, en el único prestador que hace presencia Institucional permaneciendo aún sin el equilibrio financiero para dar la atención en salud a la comunidad.

La fragmentación de los servicios es otra de las discrepancias entre aseguradores y prestadores, que finalmente recae en el usuario, al tener que desplazarse a diferentes IPS porque los servicios son fragmentados. En este mismo sentido, el usuario no cuenta con opciones para escoger su IPS, y en otros casos tampoco puede elegir su EPS específicamente si pertenece al régimen subsidiado.

Por otra parte, pese a que las EPS deben garantizar el acceso efectivo a los servicios y representar al afiliado, la realidad nos muestra que es el mismo asegurador quién limitan el acceso a los servicios con excesivos trámites administrativos y en contraste, es el prestador quién debe mediar por el usuario para que el asegurador autorice los servicios.

En la tabla No. 2 se plasma el mapa de actores del sistema general de seguridad social en salud, en el contexto territorial y sus interacciones.

Tabla 2 Mapa de Actores Territorial del Sistema General de Seguridad Social en Salud

ACTOR	NOMBRE DEL ACTOR		
ENTIDADES TERRITORIALES	GOBERNACIÓN DE SANTANDER		
	87 MUNICIPIOS		
ASEGURADOR	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	93,6% Cobertura Total en Aseguramiento en el Departamento de Santander.	43,7% afiliados en el Departamento[2]
	RÉGIMEN SUBSIDIADO		52% afiliados en el Departamento
PRESTADORES	RED PÚBLICA HOSPITALARIA DEPARTAMENTAL	83[3] Empresas Sociales del Estado ESEs	**ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER** Alta Complejidad **Categoría 3B**
			RED PROVINCIAL Mediana Complejidad y Alta Complejidad **Categoría 2 y 3A**
			RED MUNICIPAL Baja Complejidad en sus cuatro (04) tipologías **Categoría A,B,C,D**
	IPS PRIVADAS	Prestadores privados entre IPS, profesionales independientes, transporte especial de pacientes e instituciones con objeto social diferente en el Departamento de Santander.	
USUARIOS	2.061.079[4] Total DANE 2015	1.027.563 AFILIADOS AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	
		901.577 AFILIADOS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO	

Fuente: Elaboración Propia a partir del Marco Contextual

Del anterior mapa de actores es de aclararse que si bien el Modelo de red 2013 reporta que el 43,7% de los afiliados corresponde al régimen contributivo y el 52% afiliados al régimen subsidiado, los datos reportados por el Grupo de Sistemas Integrados de Información de la Secretaría de Salud a corte 31 de diciembre de

[2] Modelo RED 2013, pag 54

[3] El Plan de Desarrollo Departamental 2016 – 2019 reporta que en total son 91 IPS de la red pública, sin embargo se toma como referencia la información contenida en el Modelo RED 2013.

[4] Grupo Sistema Integrado de Información, Secretaría de Salud Santander, 2015

2015, evidencian que la proporción ha variado siendo mayoritariamente dominante el régimen contributivo tal como se aprecia en el dominio “usuarios” del mapa.

En el contexto territorial se aprecia que la baja complejidad se encuentra fraccionada en 4 tipos de IPS (A, B, C y D) lo que refleja que desde el primer nivel de atención, los servicios de salud no se ofrecen de manera completa; esto conlleva a una recarga en la mediana complejidad como siguiente nivel y finalmente en la alta complejidad.

4.4.2 Modelo de red de prestación de servicios de salud en el Departamento de Santander.

4.4.2.1 Prestadores de servicios de salud en el Departamento de Santander.

El Plan de Desarrollo Departamental 2016-2019 reporta que de acuerdo al Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, el Departamento de Santander cuenta con un total de 2.498 prestadores así: 2.216 IPS Públicas y Privadas, 1.195 Profesionales independientes, 10 inscripciones de transporte especial de pacientes, adicionalmente 272 inscripciones de instituciones con objeto Social diferente como Universidades, Centros Vida (Adulto Mayor) y entidades adaptadas para un total de 12.752 servicios habilitados, existen 91 instituciones prestadoras de servicios de salud en la Red pública con sus respectivas sedes, distribuidas en alta complejidad 0.9%, mediana complejidad 2.7% y 96% de baja complejidad ubicada en un 95% fuera del área metropolitana; siendo este un número significativo de instituciones que requieren acompañamiento, asistencia técnica y verificación de los estándares de calidad competencias propias del Departamento.

4.2.2.2 Aseguramiento en el Departamento de Santander.

En aseguramiento, la cobertura en Santander en los últimos cuatro años pasó del 89.9% al 93.6%; mostrando un crecimiento del 3.7 %, lo cual da como resultado la ampliación de la proporción de población asegurada en el departamento y en la misma medida en el nivel nacional. Sin embargo, algunos municipios tienen coberturas de aseguramiento por debajo del 89%. (Plan Desarrollo Departamental, 2016)

4.2.2.3 Capacidad resolutiva en el Departamento de Santander.

En el análisis de funcionamiento de la red en el Departamento, persiste el riesgo por la escasa capacidad resolutiva en las acciones de los prestadores de salud de la red pública, lo cual se evidencia principalmente en la limitada articulación de los hospitales de baja complejidad con los de mediana y alta complejidad de atención, la alta rotación del talento humano, el incipiente sistema de información en red, la debilidad en la implementación del sistema obligatorio de garantía de calidad, la concentración de talento humano especializado para la atención en la mediana y alta complejidad en el área metropolitana, así como el deterioro y cumplimiento de la vida útil de equipos biomédicos e infraestructura. (Plan Desarrollo Departamental, 2016)

Es importante mencionar que actualmente cuarenta y cinco (45) ESEs del Departamento de Santander que han sido categorizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, atendiendo su situación financiera durante las vigencias 2013, 2014 y 2015, como entidades que presentan RIESGO MEDIO o RIESGO ALTO, actualmente se encuentran presentando Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero (PSFF) avalados por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público (36 entidades), presentando Planes de Gestión Integral del Riesgo (PGIR) ante la Superintendencia Nacional de Salud (6 entidades), y en proceso de aprobación del

PSFF ante el Ministerio de Hacienda y Crédito Público (3 entidades). (Plan Desarrollo Departamental, 2016)

4.2.2.4 Diseño de la red de servicios en el Departamento de Santander.

El Departamento de Santander, en función de sus competencias establecidas en la ley 715/2001 artículo 54, diseñó e implementó desde el año 2004 la Red de Servicios de Salud del Departamento, como parte del Programa de Reorganización, rediseño y modernización de las redes de prestación de servicios de salud.

Dicha norma textualmente preceptúa: El servicio de salud a nivel territorial deberá prestarse mediante la integración de redes que permitan la articulación de las unidades prestadoras de servicios de salud, la utilización adecuada de la oferta en salud y la racionalización del costo de las atenciones en beneficio de la población, así como la optimización de la infraestructura que la soporta. (Ley 715 de 2001, Art. 54)

La red de servicios de salud se organiza por niveles de complejidad relacionados entre sí mediante un sistema de referencia y contrarreferencia que provee las normas técnicas y administrativas, con el fin de prestar al usuario servicios de salud acordes con sus necesidades, atendiendo los requerimientos de eficiencia y oportunidad, de acuerdo con la reglamentación que para tales efectos expida el Ministerio de Salud. (Ley 715 de 2001, Art. 54)

El Departamento de Santander se encuentra conformado por 87 municipios. La población del Departamento supera los 2 millones de habitantes, concentrada en las áreas Soto Norte y Soto Sur (su capital y 18 municipios circunvecinos). En la Tabla No. 3 se presenta la distribución de la población por provincias:

Tabla 3 Distribución poblacional por provincias

RED	Población 2013	%
COMUNERA	94.312	5%
GARCÍA ROVIRA	73.796	4%
GUANENTINA	140.010	7%
MARES	311.691	15%
SOTO NORTE	589.313	29%
VELEZ	149.569	7%
SOTO SUR	669.626	33%
TOTAL	2.028.317	100%

Fuente: DANE, estimación población 2013. Tomado del Concepto Técnico Sub. Prestación Servicios (MPS, 2013)

Se estima que 75 municipios cuentan únicamente con oferta pública de servicios de salud, es decir el 87% de los municipios NO cuenta con prestadores privados que complementen la oferta de prestadores de servicios de salud. En complemento con lo anterior, en la Tabla No. 4 se resumen la proporción de municipios con Monopolio público en el Departamento de Santander:

Tabla 4 Municipios con Monopolio Público

RED	MUNICIPIOS	MONOPOLIO	%
COMUNERA	17	16	94%
GARCÍA ROVIRA	11	11	100%
GUANENTINA	18	15	83%
MARES	6	4	67%
SOTO NORTE	9	8	89%
SOTO SUR	9	6	67%
VELEZ	16	15	94%
TOTAL	86	75	87%

Fuente: DANE, estimación población 2013. Tomado del Concepto Técnico Sub. Prestación Servicios (MPS, 2013)

En el Departamento de Santander están registradas 730 instituciones prestadoras de servicios de salud. Mayoritariamente con un 88% las IPS en el Departamento son de naturaleza privada (641 IPS). En la Tabla No. 5 se resumen la distribución de la naturaleza jurídica de las IPS:

Tabla 5 Naturaleza Jurídica IPS Santander

NATURALEZA JURÍDICA	IPS
Públicas	87
Privadas	641
Mixtas	2
TOTAL	**730**
Profesionales Independientes	984

Fuente: Concepto Técnico Sub. Prestación Servicios (MPS, 2013)

El Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud REPS para el Departamento de Santander registra 403 quirófanos, 179 salas de partos, 475 ambulancias y 9933 camas repartidas tal como se muestra en la Tabla No. 6:

Tabla 6 Capacidad Instalada en el Departamento de Santander, según REPS

SALAS	PÚBLICA	PRIVADA	MIXTA	TOTAL
Quirófano	81	305	17	403
Sala de Partos	144	35	0	179
Ambulancias Básicas	216	174	1	391
Ambulancias Medicalizadas	1	83	0	84
CAMAS	**PÚBLICA**	**PRIVADA**	**MIXTA**	**TOTAL**
Pediátricas	602	659	32	1.293
Adultos	1.829	2.693	524	5.046
Obstetricia	641	413	0	1.054
Cuidado Intensivo Neonatal	50	145	0	195
UCI Neonatal	11	106	0	117
Cuidado Intermedio Pediátrico	0	25	0	25
UCI pediátrica	8	49	0	57
Cuidado Intermedio Adulto	31	306	51	388
UCI adulto	58	351	32	441
Unidad de Quemados Adulto	0	17	0	17
Psiquiatría	350	230	0	580
Farmacodependencia	87	588	0	675
Unidad de Quemados Pediátrico	0	15	0	15
Cuidado Agudo Mental	0	16	0	16
Cuidado Intermedio Mental	0	14	0	14
Total Camas	**3.667**	**5.627**	**639**	**9.933**

Fuente: REPS del SOGC, Tomado del Concepto Técnico Sub. Prestación Servicios (MPS, 2013)

De la anterior información, es necesario aclarar que una vez revisado el Reporte REPS de Capacidad instalada para el Departamento de Santander a corte abril de 2016, se observan las siguientes variaciones:

- Unidad de Quemados Adultos (Red pública): 10 camas
- Unidad de Quemados Pediátrico (Red pública): 4 camas
- Cuidado Agudo Mental (Red pública): 156 camas
- Ambulancia Medicalizada (Red pública) 14

El Departamento de Santander ha desarrollado en fases la implementación del Programa de Reorganización, rediseño y modernización de la red de prestación de servicios de salud, tal como se relaciona en la Tabla No. 7:

Tabla 7 Fases Implementación Modelo red

Fase	Convenio y Vigencia	IPS
I	266 de 2004	Liquidación ESE Hospital Universitario Ramón González Valencia de Bucaramanga y Creación de la ESE Hospital Universitario de Santander.
II	Otro Sí de 2005 del 266 de 2005	Liquidación del Hospital San Juan de Dios de Piedecuesta y de las ESE Hospital Santo Domingo de Málaga, Hospital San Juan de Dios de San Gil y Hospital San Juan de Dios de Vélez. Creación de las ESE: Hospital Local de Piedecuesta, Hospital Regional de García Rovira de Málaga, hospital Regional de San Gil y Hospital Regional de Vélez.
III	390 de 2006	Liquidación de la ESE Hospital San Rafael de Barrancabermeja y creación de la ESE Hospital Regional del Magdalena Medio de Barrancabermeja.
IV	Otro Sí de 2007	Liquidación de la ESE Hospital Local de Guadalupe, Hospital San Roque de Charalá y Hospital San Juan de Dios del Socorro. Creación de las ESE: Hospital Nuestra Señora de Guadalupe, Hospital Luis Carlos Galán de Charalá y Hospital Regional Manuela Beltrán del Socorro.
V	391 de 2009	Liquidación de las ESE Hospital San Juan de Dios de San Vicente de Chucurí y Hospital Integrado La Merced de Zapatoca.
VI	2013	División de la RED Provincia de Soto en la sub red Soto Norte y sub red Soto Sur. El Hospital Local del Norte de la ESE ISABU es el centro de referencia de la subred Soto Norte y la ESE Hospital San Juan de Dios de Floridablanca es el centro de referencia de la subred Soto Sur.

		Incrementar el Nivel de Complejidad del Hospital Regional del Magdalena Medio de Barrancabermeja y Hospital Regional García Rovira, a Nivel 3A. Incluir el servicio de Hemodiálisis (Diálisis Peritoneal) en la ESE Hospital Regional de San Gil. Fusionar Administrativamente 22 ESEs del orden municipal, el cuál será adelantando en las siguientes fases: - Liquidación de las ESEs Hospital San Antonio de California, San Rafael de Matanza y Centro de Salud de Nuestra señora del Carmen de Vetas. - Creación de una Nueva IPS de Orden Departamental de I nivel de complejidad para asumir la prestación de los servicios en los municipios de California, Matanza y Vetas. - Fusión de la ESE Andrés Calma Pimentel del Municipio del Palmar a la ESE Hospital Regional Manuela Beltrán del Socorro - Se mantendrán las restantes 18 ESEs y harán parte de la siguiente fase de ajuste, que estará sujeto al cumplimiento de lo determinado en el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero.

Fuente: Adaptación propia a partir del Concepto Técnico Sub. Prestación Servicios (MPS, 2013)

En este contexto, en el año 2013 el Departamento de Santander reorganiza la RED de servicios en Siete (7) Redes Básicas en salud, tomando como referente los núcleos de desarrollo provincial. Cada una de estas Redes tiene un Hospital de Referencia, de Mediana complejidad, que conforman, la Red de Complejidad media, a través de su integración Horizontal, y alta Complejidad, como último eslabón de la Red de Prestación de servicios.

4.2.2.4.1 Tipología de las instituciones.

La Red del Departamento cuenta con 3 niveles de complejidad segregados en tipologías para algunas complejidades.

En baja complejidad se encuentra cuatro tipos de instituciones (Ver figura No. 1): **El tipo A** corresponde a una unidad básica de atención. En intervenciones individuales prestará servicios de medicina general ambulatoria, atención prioritaria de medicina

general con disponibilidad 24 horas que supla las consultas de urgencia de la población en su jurisdicción (dado por la baja frecuencia de uso de este servicio), odontología general, toma e interpretación de RX odontológico, transporte básico de pacientes, procedimientos menores, toma de muestras de laboratorio, atención farmacéutica, actividades extramurales y actividades de promoción de la salud, detección temprana y protección especial. De igual manera realizará intervenciones colectivas con la realización de los planes de intervenciones colectivas de salud pública.

Adicional a los servicios anteriores, **el tipo B** complementa su portafolio con laboratorio básico y urgencias, ambas con disponibilidad 24 horas. Está en capacidad de atender partos (dependiendo de la ubicación geográfica), monitoreo fetal, electro cardiograma y sala de procedimientos menores.

El tipo C tiene un portafolio similar al anterior pero cuenta con servicios de apoyo diagnóstico de imagenología: RX, ecografía obstétrica y monitoreo fetal, y atención farmacéutica todo el día. También deben apoyar a instituciones Tipo A y B en ciertos servicios que permita complementar sus servicios y mejorar la resolutividad de la atención.

Las instituciones **tipo D** se diferencian de las tipo C ya que ofrecen los servicios de optometría, psicología y terapias física y respiratoria. Conjuntamente con participación del centro de referencia de mediana complejidad y la coordinación de la Secretaría de Salud de Santander podrá realizar jornadas quirúrgicas programadas y consultas de medicina especializada de pediatría, ginecología, obstetricia, medicina interna, cirugía general y anestesia.

A continuación en la figura No. 1 se detalla las características de la tipología de IPS de la baja complejidad:

Figura 1 Tipologías de Baja Complejidad

<table>
<tr><th>Tipo A</th><th>Tipo B</th><th>Tipo C</th><th>Tipo D</th></tr>
<tr><td colspan="4">Actividades de Promoción de la salud, detección temprana y protección específica y actividades del plan de intervenciones colectivas de salud pública</td></tr>
<tr><td colspan="4">Medina General Ambulatoria</td></tr>
<tr><td colspan="4">Consulta Prioritaria de Medicina General</td></tr>
<tr><td colspan="4">Odontología General</td></tr>
<tr><td colspan="4">Toma e interpretación de Rayos X odontológico</td></tr>
<tr><td colspan="4">Toma de muestras de laboratorio</td></tr>
<tr><td colspan="4">Consulta prioritaria de Medicina General</td></tr>
<tr><td colspan="4">Procedimientos menores</td></tr>
<tr><td colspan="4">Atención farmacéutica</td></tr>
<tr><td colspan="4">Actividades extramurales</td></tr>
<tr><td colspan="4">Transporte de pacientes básico</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="3">Laboratorio Clínico 24 Horas (baja complejidad)</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="3">Urgencias de medicina general (24 horas)</td></tr>
<tr><td></td><td>Atención de partos (opcional por ubicación geográfica)</td><td colspan="2">Atención de partos</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2">Monitoreo fetal y electrocardiografía</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2">Hospitalización</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2">Atención farmacéutica 24 horas</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>Imágenes Diagnósticas: Rayos X (posible ecografía obstétrica)</td><td>Imágenes Diagnósticas: Rayos X</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>Terapia física y respiratoria</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>Optometría</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>Psicología</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>Consulta de medicina especializada de pediatría, ginecoobstetricia, medicina interna, cirugía general y anestesia
Jornadas quirúrgicas programadas</td></tr>
</table>

Fuente: Concepto Técnico Subdirección Prestación Servicios (MPS, 2013)

El portafolio de las instituciones de mediana complejidad se diferencia del tipo C porque disponen de los servicios ambulatorios y hospitalarios de las especialidades básicas (medicina interna, pediatría, cirugía general, anestesia, ginecobstetricia, ortopedia y anestesiología) y cuentan con algunas subespecialidades, según el perfil epidemiológico de la población y los requerimientos de sus provincias. Además cuentan con laboratorio de mediana complejidad de 24 horas y atención obstétrica de bajo y mediano riesgo.

Las instituciones de **alta complejidad** pueden ser de dos tipos: **El tipo A** cuentan con servicios ambulatorios, quirúrgicos y hospitalarios especializados, atención en las sub especialidades de cirugía pediátrica, gastroenterología, cardiología y urología, servicio quirúrgico de mediana y alta complejidad en las especialidades y subespecialidades descritas, servicio de apoyo diagnóstico y terapéutico de alta tecnología y grado de especialización, banco de sangre y UCI (opcional).

El tipo B se complementa con Atención en subespecialidades de vascular periférico, hematología, oncología, nefrología, infectología, neurología y todas las demás que se requieran (conforme a la viabilidad de un estudio de demanda), servicios quirúrgico de mediana y alta complejidad en las especialidades y subespecialidades descritas, UCI adultos, neonatal y pediátrica y unidad de quemados.

4.4.2.5 Conformación de la red y rol de las Instituciones a nivel Municipal y Departamental

La red departamental se enfoca en el Modelo de redes integradas, conformada por siete (07) subredes provinciales, tal como se observa en la Tabla No. 8:

Tabla 8 Red de Prestación de Servicios de Salud

RED	Municipio	IPS	Tipo IPS	Tipo de nodo en el Municipio
SANTANDER	**BUCARAMANGA**	**ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER**	**3B**	**3B**
	BUCARAMANGA	**ESE HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO**	**2**	**2**
SOTO SUR	**FLORIDABLANCA**	**ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS**	**2**	**2**
	BUCARAMANGA	ESE ISABU SUR (Red básica de centros de salud)	1C	1C
	FLORIDABLANCA	ESE CLINICA GUANE	1C	1C
	GIRÓN	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	1D	1D
	LEBRIJA	ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN DE DIOS	1C	1C
	LOS SANTOS	ESE NUESTRA SEÑORA DE LAS NIEVES	1C	1C
	PIEDECUESTA	ESE HOSPITAL LOCAL DE PIEDECUESTA	1C	1C
	SANTA BÁRBARA	ESE CENTRO DE SALUD SANTA BÁRBARA		1B
	ZAPATOCA*	HOSPITAL LA MERCED DE ZAPATOCA	1C	1C
	BETULIA	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	1B	1B
	SAN VICENTE CHUCURÍ*	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	1C	1C
	SABANA DE TORRES	ESE HOSPITAL INTEGRADO SABANA DE TORRES	1D	1D
SOTO NORTE	**BUCARAMANGA**	**ESE ISABU HOSPITAL LOCAL DEL NORTE**	**2**	**2**
	TONA	ESE SAN ISIDRO DE TONA	1C	1C
	VETAS	NUEVA ESE DEPARTAMENTAL	1C	1B
	MATANZA			1C
	CALIFORNIA			1B
	CHARTA	ESE UCATA		1B
	SURATÁ	ESE HOSPITAL SAN SEBASTIÁN		1B
	RIONEGRO	ESE SAN ANTONIO	1C	1C
	EL PLAYÓN	ESE HOSPITAL SANTO DOMINGO SAVIO	1C	1C
GARCÍA ROVIRA	**MÁLAGA**	**ESE HOSPITAL REGIONAL GARCÍA ROVIRA**	3A	3A
	MOLAGAVITA	ESE CS NUESTRA SEÑORA LA ESPERANZA		1B
	CONCEPCIÓN	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL		1B
	CAPITANEJO	ESE HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ	1C	1C
	MACARAVITA	ESE HOSPITAL MACARAVITA		1B
	SAN MIGUEL	ESE CENTRO DE SALUD SAN MIGUEL		1B
	SAN JOSÉ DE MIRANDA	ESE HOSPITAL NTRA SRA DE LOS REMEDIOS	1C	1C
	CARCASÍ	ESE CENTRO DE SALUD CARCASÍ	1B	1B
	CERRITO	ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DEL CERRITO	1B	1B
	ENCISO	IPS CENTRO DE SALUD JESUS DE NAZARET	1C	1C
	SAN ANDRÉS	ESE HOSPITAL SAN JOSE	1C	1C
	GUACA	ESE HOSPITAL SANTA ANA DE GUACA		1B

Continúa

Sub RED	Municipio	IPS	Tipo IPS	Tipo de nodo en el Municipio
GUANENTINA	**SAN GIL**	**ESE HOSPITAL REGIONAL DE SAN GIL**	2	2
	CABRERA	ESE CENTRO SALUD SAN PEDRO DE CABRERA		1A
	SAN JOAQUIN	ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN JOAQUIN		1A
	PINCHOTE	ESE SAN ANTONIO DE PADUA		1A
	VALLE DE SAN JOSÉ	ESE HOSPITAL SAN JOSE		1B
	PÁRAMO	ESE CS MUNICIPIO PÁRAMO		1A
	OCAMONTE	ESE DE OCAMONTE	1B	1B
	VILLANUEVA	ESE CENTRO DE SALUD CAMILO RUEDA	1C	1C
	BARICHARA	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	1C	1C
	ARATOCA	ESE HOSPITAL JUAN PABLO II	1C	1C
	JORDÁN			1A
	CURITÍ	ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN ROQUE	1C	1C
	CHARALÁ	ESE HOSPITAL LUIS CARLOS GALÁN SARMIENTO	1C	1C
	ENCINO	ESE CENTRO DE SALUD ENCINO	1C	1C
	COROMORO	ESE COROMORO	1C	1C
	MOGOTES	ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN PEDRO CLAVER	1C	1C
	ONZAGA	ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN VICENTE DE PAÚL	1C	1C
COMUNERA	**SOCORRO**	**ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRÁN**	3A	3A
	PALMAS DEL SOCORRO			1A
	HATO			1A
	PALMAR			1B
	CONFINES	ESE CENTRO DE SALUD SAN CAYETANO		1B
	CONTRATACIÓN	ESE SANATORIO	1C	1C
	EL GUACAMAYO	ESE CENTRO DE SALUD JUAN SOLERI	1C	1C
	GALÁN	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	1C	1C
	GUADALUPE	ESE HOSPITAL NTRA SRA DE GUADALUPE	1B	1B
	AGUADA	ESE CENTRO DE SALUD HERMANA GERTRUDIS		1A
	SAN BENITO	ESE SAN BENITO		1A
	SIMACOTA	ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN ROQUE	1C	1C
	CHIMA	ESE HOSPITAL SAN ROQUE	1C	1C
	SUAITA	ESE HOSPITAL INTEGRADO CAICEDO Y FLÓREZ	1C	1C
	GÁMBITA			1A
	OIBA	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL OIBA	1C	1C
	JESÚS MARÍA	CS SAGRADO CORAZÓN DE JESUS		1B
	GUAPOTÁ	ESE SAN CAYETANO		1B

Continúa

Sub RED	Municipio	IPS	Tipo IPS	Tipo de nodo en el Municipio
VELEZ	**VELEZ**	**ESE HOSPITAL REGIONAL DE VÉLEZ**	2	2
	GUAVATÁ	ESE CENTRO DE SALUD GUAVATA		1A
	BARBOSA	ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO	1D	1D
	ALBANIA	CENTRO DE SALUD BLANCA ALICIA HERNÁNDEZ	1C	1C
	GUEPSA	ESE CENTRO DE SALUD SAN ROQUE	1B	1B
	FLORIÁN	IPS CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ DE FLORIÁN	1C	1C
	BOLÍVAR	ESE HOSPITAL LOCAL DE BOLÍVAR	1C	1C
	CHIPATÁ	CENTRO DE SALUD DIVINO NIÑO JESÚS	1B	1B
	EL PEÑÓN	ESE CENTRO DE SALUD EL PEÑÓN	1C	1C
	LA BELLEZA	IPS CENTRO DE SALUD SAN MARTÍN	1C	1C
	LA PAZ	ESE NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ	1C	1C
	LANDAZURI	ESE HOSPITAL INTEGRADO LANDÁZURI	1C	1C
	SUCRE	IPS CENTRO DE SALUD DE SUCRE	1C	1C
	SANTA HELENA DEL OPÓN	IPS CS SANTA HELENA DEL OPÓN	1C	1C
	PUENTE NACIONAL	ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN ANTONIO	1C	1C
	JESÚS MARÍA			1A
MARES	**BARRANCABERMEJA**	**HOSPITAL REGIONAL DEL MAGDALENA MEDIO**	**3A**	**3A**
	BARRANCABERMEJA	ESE BARRANCABERMEJA	1C	1C
	EL CARMÉN CHUCURÍ	ESE HOSPITAL EL CARMEN	1D	1D
	PUERTO WILCHES	ESE EDMUNDO GERMÁN ARIAS DUARTE	1C	1C
	CIMITARRA	ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN	1C	1C
	PUERTO PARRA	ESE CENTRO DE SALUD DE PUERTO PARRA	1C	1C
	SABANA DE TORRES	HOSPITAL INTEGRADO SABANA DE TORRES	1D	1D
	BETULIA	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	1B	1B
	SAN VICENTE CHUCURÍ*	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	1C	1C

Fuente: Concepto Técnico Sub. Prestación Servicios (MPS, 2013)

Nota:
En negrilla: Las IPS que son centro de referencia
En fondo gris: Las IPS que se encuentran sujetas a ser fusionadas
Con asterisco: Las IPS que operan con un externo

En resumen, el Sistema de referencia-contrareferencia de pacientes está definido por provincia entre las instituciones de baja complejidad y el centro de referencia de mediana complejidad definido para cada subred, tal como se muestra en la Tabla No. 9:

Tabla 9 Centro de Referencia Red de Servicios Provincial

SUBRED	**CENTRO DE REFERENCIA DE MEDIANA COMPLEJIDAD**
SOTO SUR	ESE Hospital San Juan de Dios de Floridablanca
SOTO NORTE	ESE ISABU – Hospital Local del Norte
GARCÍA ROVIRA	ESE Hospital Regional García Rovira de Málaga
GUANENTINA	ESE Hospital Regional de San Gil
COMUNERA	ESE Hospital Regional Manuela Beltrán del Socorro
VELEZ	ESE Hospital Regional de Vélez
MARES	ESE Hospital Regional del Magdalena Medio de Barrancabermeja

Fuente: Concepto Técnico Sub. Prestación Servicios (MPS, 2013)

Para la alta complejidad, los centros de referencia son:

Tabla 10 Red Provincial Alta Complejidad

SUBRED	CENTRO DE REFERENCIA DE ALTA COMPLEJIDAD TIPO A	CENTRO DE REFERENCIA DE ALTA COMPLEJIDAD TIPO B
SOTO SUR	ESE Hospital Universitario de Santander	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
SOTO NORTE	ESE Hospital Universitario de Santander	
GARCÍA ROVIRA	ESE Hospital Regional de García Rovira	
GUANENTINA	ESE Hospital Regional Manuela Beltrán	
VELEZ	ESE Hospital Regional Manuela Beltrán	
MARES	ESE Hospital Regional Magdalena Medio	

Fuente: Concepto Técnico Propuesta Sub. Prestación Servicios (MPS, 2013)

4.4.3 ESE Hospital Universitario de Santander

Figura 2 ESE Hospital Universitario de Santander HUS

Fuente: Vanguardia Liberal

4.4.3.1 Generalidades.

Ubicado en la ciudad de Bucaramanga en la Carrera 33 No. 28 – 126, la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, (E.S.E HUS), fue creada mediante el Decreto 0025 de Febrero 4 de 2005, como una Entidad Social del Estado prestadora de servicios de salud descentralizada, de orden Departamental con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, adscrita a la Secretaria de Salud de Santander, luego de ser liquidado el Hospital Ramón González Valencia el 4 de febrero de 2005. Presta servicios de salud de segundo y tercer nivel y alta complejidad como centro de referencia de la red hospitalaria a nivel de Santander y Departamentos vecinos (Norte de Santander, Arauca, César, Bolívar).

La estructura física la constituye un edificio de doce pisos con una capacidad de 384 camas hospitalarias, distribuidas entre hospitalización, observación, consulta externa, servicio de urgencias, quirófanos y partos, según Resolución No. 000146 de 13 de abril de 2011, en donde se internan usuarios que requieren diagnóstico y tratamiento en las diferentes especialidades médicas y médico quirúrgicas.

La ESE HUS cuenta con una moderna unidad de cuidados en quemados, única en el nororiente colombiano, con capacidad para albergar 13 adultos y 8 pediátricos. La Unidad de Cuidados Intensivos para adultos cuenta con 12 camas, la Unidad de Cuidado Intensivo neonatal y pediátrica cuenta con 8 camas, igualmente la institución cuenta con una Unidad especializada en tratamientos oncológicos, quimioterapia y radioterapia, dotada con alta tecnología en equipos de monitoreo invasivo y no invasivo y personal médico y asistencial altamente calificado.

La ESE cuenta con catorce quirófanos, de los cuales diez están habilitados actualmente, y tres salas de partos dotadas con alta tecnología para prestar los servicios de cirugía en sus diferentes especialidades quirúrgicas y/o ginecobstétricas. Ofrece servicio de imagenología y laboratorio clínico, consulta médica general y especializada que se prestan en dos sedes ambulatorias dotadas de 13 consultorios en total.

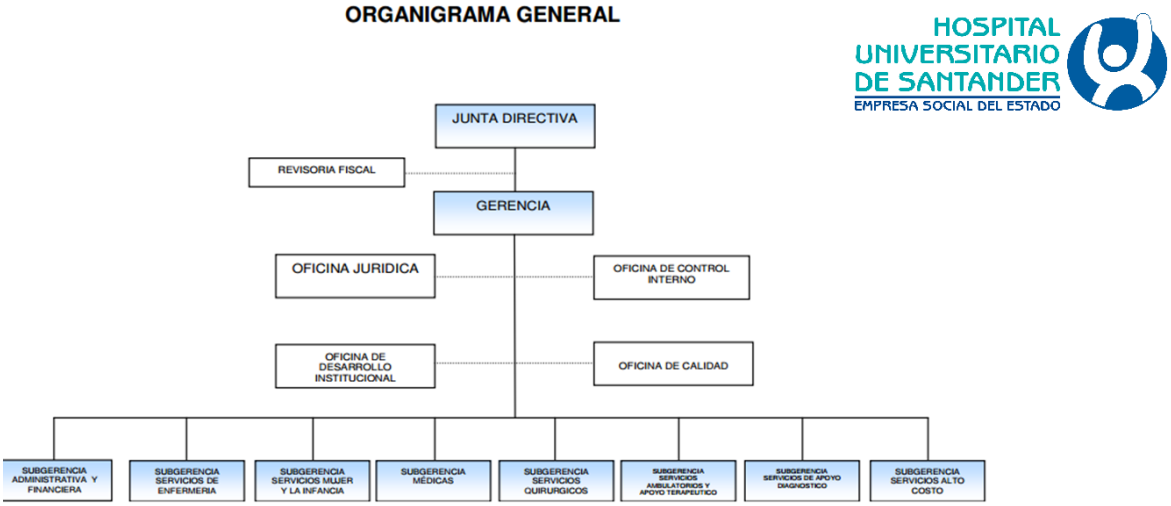
Así mismo cuenta con el Hemocentro de Santander, antes Banco Metropolitano de Sangre, el único centro de acopio de unidades de sangre público del departamento de Santander.

Actualmente la institución se encuentra adelantando obras de reforzamiento estructural, motivo por el cual los servicios de consulta de medicina general y medicina especializada se prestan en sedes externas al edificio principal. Igualmente el área administrativa se encuentra desagregada en cinco sedes aledañas al edificio principal.

4.4.3.2 Estructura Organizacional.

Por su dimensión y diseño organizacional, la ESE Hospital Universitario de Santander es una organización compleja, en la que se observa que la división del trabajo y la diferenciación es alta. La Institución se encuentra organizada bajo una estructura organizacional jerárquica con una diferenciación vertical y horizontal claramente definida. La organización cuenta con 8 subunidades (subgerencias) que a su vez desglosan sus niveles de jerarquía.

Figura 3 Organigrama ESE HUS



Fuente: ESE HUS

4.4.3.3 Misión.

*"*Somos la E.S.E. Hospital Universitario de Santander, institución que presta servicios de salud de mediana y alta complejidad, con énfasis en docencia e investigación, basados en criterios éticos, técnicos, científicos y de gestión integral, que nos constituye como centro de referencia de la red pública y privada del nororiente colombiano y el resto del país, involucrando la participación de talento humano competente que realiza sus actividades con sentido humano y alineado con los valores y principios organizacionales. Para lograr lo anterior la organización está

comprometida con el trato digno y humanizado de sus pacientes y familias, la provisión de entornos de atención segura apoyados con tecnología de avanzada."

4.4.3.4 Visión.

"Para el año 2020 la E.S.E Hospital Universitario de Santander se consolidara como una institución prestadora de servicios de salud de alta complejidad, acreditada, competitiva y líder en la generación de conocimiento humano, con enfoque de seguridad, humanización y responsabilidad social."

"La E.S.E. Hospital Universitario de Santander será líder en el uso eficiente y transparente de los recursos para la ejecución de sus procesos, que aseguren sostenibilidad financiera, mejoramiento continuo de las condiciones laborales y evidentes márgenes de rentabilidad económica y social."

4.4.3.5 Área de Influencia de la ESE Hospital Universitario.

La población del Departamento de Santander, constituye el 98% del total del Área de influencia del Hospital Universitario de Santander, con 2.020.664 personas que representan el 4.8% de la población total de Colombia, su distribución por genero sigue la tendencia nacional con el 49.4% son hombres y el 50.6% son mujeres.

Santander está concentrada con el 74.6% de la población habita en el área urbana con 1.276.384 y el 25.4% restante en área rural. El 63% de la población departamental se localiza en Bucaramanga, Floridablanca, Girón y Piedecuesta, las 744.280 personas restantes lo hacen en otros 82 municipios con vocación rural.

La E.S.E HUS, se constituye en un Hospital centro de referencia de mediana y alta complejidad para la provincia de Soto Norte y centro de referencia de alta complejidad del Departamento de Santander, Sur del Departamento de Bolívar, Norte de Santander y Arauca. De acuerdo a la distribución poblacional del

departamento, el origen geográfico de la población atendida proviene en un 60 a 80% del área metropolitana de Bucaramanga y soto norte. (Tomado de: ESE HUS, 2013)

4.4.3.6 Sistema Único de Acreditación de la ESE HUS.

En cumplimiento a la Ley 1438 de 2012, Artículo 100 numeral 100.1 y al Plan de Gestión 2012 – 2016 de la ESE Hospital Universitario por medio del cual se establece el compromiso de la alta dirección en la implementación del Sistema Único de Acreditación, se define que para el año 2016 la Institución contará con la Acreditación a fin de mantener la condición de Hospital Universitario,

La Alta Dirección se comprometió con la implementación del Sistema Único de Acreditación dando cumplimiento a la Ley 1438 de 2012, Artículo 100 numeral 100.1 en cual establece que para el año 2016 la Institución debe encontrarse habilitado y Acreditado para no perder el reconocimiento como como Hospital Universitario, siendo este es una de metas del Plan de Gestión 2012-2016 de la Gerencia.

4.4.3.7 Políticas Institucionales.

De acuerdo a la Resolución 721 de 2013, el Hospital Universitario de Santander declara las siguientes políticas institucionales que identifican el compromiso para la prestación de servicios de salud y la implementación del Sistema Único de Acreditación:

Política de Atención en Salud centrada en el usuario
Política de Calidad
Política de humanización
Política de prestación de servicios
Política de gestión de la tecnología
Política de gestión del riesgo

Política de seguridad del paciente

Política de talento humano, seguridad y salud en el trabajo

Política de gestión ambiental

4.4.3.8 Programas de la ESE Hospital Universitario de Santander

La ESE Hospital Universitario de Santander ofrece a la población pobre y vulnerable del noriente colombiano los siguientes programas institucionales de manera permanente:

Programa de enfermedades infecciosas, HIV/SIDA: atención interdisciplinaria a la persona que convive con el VIH y a su cuidador

Programa madre canguro: atención integral a los neonatos prematuros y de bajo peso al nacer

Programa unidad de atención a víctimas de minas antipersona y munición sin explotar: la ESE HUS a través de la unidad de prótesis y órtesis ofrece servicios de rehabilitación integral de personas víctimas de minas antipersonal y munición sin explotar, personas con discapacidad generada por la violencia o por otra causa.

Programa misión médica Milwaukee (WISCONSIN): realizado con apoyo del College Medical of Wisconsin ofrece procedimientos quirúrgicos para patologías de labio fisurado, paladar hendido, nevus, neurofibromatosis, malformaciones de mano y craneofaciales, secuelas de quemaduras, secuelas de cáncer.

Programa Unidad de audiología: servicio integral para la prevención, evaluación y rehabilitación de los impedimentos auditivos.

4.4.3.9 Rol de la ESE HUS en el Modelo de Prestación de Servicios.

El Modelo de red 2013 define que la ESE HUS es la referencia de la alta complejidad, con servicios de mediana y alta complejidad urgentes y ambulatorios. Desempeña las siguientes actividades, de acuerdo con el portafolio habilitado para su nivel de complejidad entre otras:

- Servicios de hospitalización, quirúrgicos de mediana y alta complejidad incluidos en el Plan Obligatorio de Salud en forma directa o contratada de aquellas poblaciones que por razones geográficas acceden más fácilmente a Bucaramanga.
- Entidad receptora para los servicios de mediana y alta complejidad urgentes y ambulatorios, para el pobre no asegurado y aquellos servicios no incluidos en el POS-S, debidamente remitidos de los hospitales públicos de los municipios de las provincias del Departamento, así como de aquellos hospitales públicos de no ser atendidos por la no disponibilidad de dichos servicios en los Hospitales de Complejidad 3A (Hospital Regional de García Rovira, Hospital Regional Manuela Beltrán del Socorro y Hospital Regional del Magdalena Medio)
- Remitir a la ESE Hospital Psiquiátrico San Camilo de Bucaramanga para los servicios de salud mental.
- Entidad receptora para aquellas personas con patologías de urgencias atendidas en el ámbito Pre-hospitalario ya sea directamente o por intermedio de los organismos de socorro dentro de su área de influencia.
- Centro de atención y clasificación de heridos en caso de una emergencia o desastre, realizando estabilización y transporte hacia otros centros asistenciales de los pacientes clasificados como rojos. Atender los pacientes considerados como verdes y negros dentro de la clasificación del Triage; los pacientes amarillos serán atendidos en este centro de acuerdo a la disponibilidad de los servicios de mediana complejidad quirúrgica o serán remitidos a otro centro asistencial.
- En caso de no contar con los servicios necesarios, es la entidad remitente de pacientes no asegurados y subsidiados hacia otras IPS para aquellos servicios de alta complejidad y alto costo no incluidos en el POS-S, previa autorización de la Secretaría de Salud Departamental.
- Así mismo, de acuerdo con las circunstancias, puede ser el referente para la mediana complejidad para el área metropolitana, en aquellos casos de urgencias, en los cuales el Hospital de Floridablanca y el Hospital Local del Norte sea insuficiente.

4.4.3.10 Portafolio de Servicios del Hospital Universitario de Santander.

En la Tabla No. 11 se resumen los servicios que son ofertados por el hospital, de igual forma se relaciona aquellos servicios que actualmente no se están ofertando y los servicios que se encuentran con oferta insuficiente:

Tabla 11 Portafolio de Servicios ESE HUS

NIVEL COMPLEJIDAD	SERVICIOS	NO OFERTA	SI OFERTA	OFERTA INSUFICIENTE
MEDIANA	CONSULTA Y CIRUGIA DE OFTALMOLOGIA INCLUSIVE SUBESPECIALIZACIONES			X
	CONSULTA Y EXAMENES DIAGNOSTICOS DE UROLOGIA		X	
	CONSULTA DE DERMATOLOGIA		X	
	ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA	X		
BAJA	CONSULTA DE PSICOLOGIA		X	
	TERAPIAS: LENGUAJE, OCUPACIONAL, FISICA Y RESPIRATORIA		X	
	OPTOMETRIA Y SUMINISTRO DE LENTES	X		
SALUD MENTAL	CONSULTA Y TRATAMIENTO EN SALUD MENTAL EN REGIONALES Y AREA METROPOLITANA	X		
ALTA	CONSULTA Y CIRUGIA DE OFTALMOLOGIA			X
	CONSULTA Y CIRUGIA DE OTORRINOLARINGOLOGIA		X	
	CONSULTA Y CIRUGIA DE UROLOGIA (URODINAMIA Y LIPTOTRICIA)			X
	CONSULTA Y CIRUGIA DE PATOLOGIAS CARDIOVASCUALARES	X		
	CONSULTA Y CIRUGIA DE ORTOPEDIA		X	
	CONSULTA Y TRATAMIENTO DE GASTROENTEROLGIA (ENDOSCOPIAS)		X	
	CONSULTA Y TRATAMIENTO DE PATOLOGIAS REUMATOLOGICAS		X	
	ONCOLOGIA (TRATAMIENTO INTEGRAL)		X	
	CIRUGIA Y ONCOLOGIA PEDIATRICA		X	
	CIRUGIA ESTEREO ATAXICA (NEUROCIRUGIA)	X		
	NEUROPEDIATRIA, NEUMOPEDIATRIA Y GENERAL, ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA Y GENERAL		X	
	NEFROLOGIA		X	
	NEFROPEDIATRIA	X		
	MANEJO DE PACIENTES CON PATOLOGIA PULMONAR CRONICA (INCLUYE PRUEBAS DE CAPACIDAD PULMONAR)		X	
	MANEJO DE MALFORMACIONES CARDIACAS	X		
	ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA		X	
	UCI ADULTOS, PEDIATRICAS Y NEONATAL			X
	HEMODINAMIA		X	
	DIALISIS RENAL			X
	TRANSPLANTES	X		
	RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR		X	
	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA		X	
	ECOGRAFIA DE ALTA COMPLEJIDAD		X	
	MAMOGARAFIA		X	
	MEDICINA NUCLEAR	X		
	LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO		X	
	PRUEBAS ESPECIALIZADAS PARA VIH - SIDA		X	
	MEDICAMENTOS PARA USO AMBULATORIO	X		
	GENETICA (CARIOTIPO Y COMPLEMENTO)		X	
BAJA, MEDIANA Y ALTA	TRANSPORTE DE PACIENTES (MEDICALIZADO Y BASICO)		X	
	ATENCION PREHOSPITALARIA	X		
	PATOLOGIA		X	

Fuente: Hospital Universitario de Santander, 2016

5 Metodología de Investigación

5.1 Tipo de investigación y alcance

La presente investigación es un estudio con alcance descriptivo por cuánto se pretende recoger información sobre la variable de percepción de calidad y la variable capacidad resolutiva. Según Hernández, Fernández, & Baptiste (2010) “Los **estudios descriptivos** buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis”. (p.80).

Desde este enfoque metodológico se pretende dar respuesta a la pregunta de investigación: ¿Qué incidencia sobre la calidad de los servicios del Hospital Universitario de Santander tiene las IPS Provinciales de la red pública?

5.2 Diseño Metodológico

El diseño Metodológico de la presente investigación corresponde a Estudio de Caso. Hernández *et al* (2010) afirman que el estudio de caso poseen sus propios procedimientos y clases de diseños. Los definen como “estudios que al utilizar los procesos de investigación cuantitativa, cualitativa o mixta; analizan profundamente una unidad para responder al planteamiento del problema, probar hipótesis y desarrollar alguna teoría (Hernández Sampieri y Mendoza, 2008)” (pg.163). En este sentido, se delimita bajo el enfoque de investigación no experimental transeccional o transversal. “Los diseños de **investigación transeccional** o **transversal** recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.” (Hernández *et al*, 2010, p.151)

5.3 Enfoque

La investigación se desarrolla bajo el enfoque mixto. Hernández *et al* (2010) afirman:

Los métodos mixtos representan un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada (metainferencias) y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio (Hernández Sampieri y Mendoza, 2008) (p. 546).

5.4 Muestreo

5.4.1 Muestra.

Muestreo por conveniencia
Grupo de control

5.4.2 Población.

- Usuarios de cualquier edad, sexo, condición social, procedencia y afiliación al SGSSS durante el periodo de recolección de datos definida para febrero de 2016, que al momento de aplicar la encuesta se encontraron demandando servicios electivos o de urgencias en el Hospital Universitario de Santander y accedieron a participar en el estudio. Los usuarios serán segregados en dos grupos de control: usuarios remitidos/usuarios no remitidos a fin de identificar variaciones en la percepción.
- Siete (07) IPS provinciales – Centros de referencia de la Mediana Complejidad según el Modelo de Red de Prestación de Servicios de Salud en el Departamento de Santander, durante el periodo de recolección de datos definida para la vigencia 2015.

5.5 Método de Recolección de Datos

5.5.1 Base de datos CRUE.

Base de datos de usuarios remitidos al Hospital Universitario de Santander durante la vigencia 2015, reportados por el Centro Regulador de Urgencias CRUE de la Secretaría de Salud Departamental.

5.5.2 Sistema de Información REPS.

Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud: El sistema de información suministra la información de los servicios habilitados en cada IPS objeto del presente estudio.

A partir de la base de datos y del sistema de información, se realiza la caracterización cualitativa de los servicios que fueron remitidos al Hospital Universitario durante la vigencia 2015 a fin de valorar la coherencia socio-organizativa en términos de servicios habilitados en la IPS remisora y el diseño del Modelo de red de servicios.

5.5.3 PECASUSS.

Acrónimo de Percepción de Calidad Según Usuarios de Servicios de Salud. El PECASUSS es un instrumento para evaluar la percepción de calidad validado en Colombia y único para Latinoamérica, desarrollado bajo la dirección del Ministerio de la Protección Social, por la Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez” de la Universidad de Antioquia, en el marco del Programa para la reorganización, rediseño y modernización de las redes de prestación de servicios de salud en el país.

En el año 2006 se desarrolló la metodología para el levantamiento de la línea base de la calidad percibida por los usuarios; en el año 2008 se llevó a cabo la medición intermedia y en el año 2010 la medición final; dicha investigación se

desarrolló en respuesta al contrato de cooperación suscrito en el año 2004 entre la República de Colombia y el Banco Interamericano de Desarrollo.

La metodología fue validada mediante selección sistemática en 48 IPS's públicas en el territorio nacional, de las cuáles 3 IPS's corresponden al III nivel, 11 al II nivel y 34 al I nivel de atención, con una muestra de 4021 usuarios encuestados.

El instrumento comprende 29 reactivos de los cuáles 3 corresponden a datos generales de la IPS, 7 corresponden a datos del usuario (excluyendo nombre e identificación) y los 19 restantes corresponden al cuerpo de la encuesta, siendo los dos últimos reactivos preguntas abiertas.

El cuerpo de la encuesta se encuentra aglutinado en una serie de subdominios específicos: accesibilidad, efectividad, oportunidad, continuidad, adhesión y otros (trato del personal administrativo y asistencial, características estético – funcionales de la institución, aseo y estado de las instalaciones)

5.5.3.1 Subdimensiones de calidad PECASUSS.

Cada variable ofrece 5 opciones de respuestas, en una escala de cero a cinco, siendo cero pésimo y cinco excelente. A continuación se detallan las subdimensiones de calidad:

1. El trámite que hizo para ser atendido (a): Corresponde a la percepción que el usuario tuvo sobre dificultades presentadas para acceder al servicio este día o el día que ingresó por urgencias u otro servicio. Por ejemplo: exigencia de documentos no requeridos habitualmente; que como usuario no aparece en la agenda de citas o que no aparece en la base de datos u otras dificultades semejantes.

2. Si pagó para ser atendido (a): Busca identificar si la persona encuestada tuvo que realizar algún pago para obtener el servicio requerido; en caso de ser así, se refiere a la percepción que el usuario tiene del monto que canceló para acceder al servicio en la institución.

3. Cuánto tiempo tuvo que esperar desde que llegó hasta que lo atendieron: Precisa el tiempo *en minutos* que el usuario debe esperar entre su llegada a la institución por el servicio que demanda hasta el momento en que es atendido.

4. El Tiempo que tuvo que esperar, le pareció Es la percepción cualitativa que el usuario tiene de la magnitud de la espera previamente reportada en minutos.

5. La solución que le dieron a su necesidad de salud por la que consultó este hospital, le pareció: Percepción que el usuario tiene sobre la solución dada al problema de salud que motivó su llegada a la institución.

6. Las respuestas del personal de la Institución ante sus inquietudes o preguntas le parecieron: Corresponde a la apreciación que el usuario tiene sobre la(s) respuesta(s) recibida(s) a inquietudes que tuvo sobre su situación, su enfermedad, exámenes o procedimientos a realizar, diligencias en su EPS, ARS o cualquier pregunta similar.

7. El aseo de la Institución, le pareció: Es la apreciación que el usuario tiene sobre el aseo o la limpieza de las instalaciones de la institución

8. La planta física del hospital, le pareció: Percepción que tiene el usuario del estado físico y visible de las instalaciones de la institución

9. Las salas de espera, sillas, camas y camillas, si las vió o las usó, le parecieron: Corresponde a la percepción que tiene el usuario de la dotación de la institución en cuanto a la comodidad de camas, camillas, muebles, sillas y equipos en habitaciones, consultorios y salas de espera o de circulación.

10. El trato que recibió del personal asistencial: Apreciación que el usuario tiene sobre el trato recibido del personal responsable de la atención (médicos, enfermeras, auxiliares, bacteriólogas) el día o en los días en que, si fue el caso, permaneció hospitalizado.

11. El trato recibido del personal administrativo: Corresponde a la apreciación que el usuario manifiesta sobre la forma como el personal administrativo o auxiliar de la institución (porteros, secretarias, cajeros, auxiliares, entre otros) lo trató.

12. La Cooperación entre los funcionarios del Hospital: Identifica como percibe el usuario la coordinación entre personas del mismo hospital para solucionar su necesidad

13. La capacidad de los profesionales: Identifica como percibió el usuario la capacidad de los profesionales médicos y enfermeras, entre otros, para solucionar el problema que motivó su demanda de atención en salud.

14. La orientación que recibió para los cuidados de su salud en casa: Corresponde a la percepción que el usuario tiene sobre la suficiencia de las indicaciones que recibió -adicionales a las acciones médicas o de enfermería específicas- para continuar con el manejo de su motivo de atención en su domicilio.

15. Como califica la calidad del servicio recibido, de cero a cinco siendo cero pésimo y cinco excelente: Corresponde a la calificación numérica que el usuario da a la atención recibida.

16. En general, la atención recibida le ha dejado: Corresponde al grado de satisfacción global del usuario con el servicio recibido hasta la hora de la encuesta.

17. Volvería al Hospital: Corresponde a la decisión que el usuario tomaría al momento de requerir una nueva atención para solucionar algún problema relacionado con su salud o la de un allegado.

5.5.4 Técnica de recolección de datos.

Encuesta personal en la institución: se aborda al usuario previa identificación, explicando el propósito del estudio y la importancia de respuestas ciertas y precisas. Se procede a la aceptación informada para responder la encuesta cara a cara.

Se plastifica la página que contiene el cuerpo de la encuesta, se comparte con el usuario y se lee cada una de las preguntas con sus opciones de respuesta, haciendo claridad en los casos en el que usuario lo solicite y tomando nota de cualquier información extraordinaria o anormal observada durante la aplicación de la encuesta, que influya en la percepción.

Las respuestas son consignadas en hojas independientes impresas por ambos lados. En cada página se puede registrar hasta 7 usuarios y un total de 14 respuestas de usuarios por cada hoja de respuesta.

La información se recoge en las áreas asignadas previa autorización del jefe de cada servicio. La encuesta se aplica en un sitio apropiado de manera que no se presenten dificultades ni interrupciones.

Capítulo II: Desarrollo de la Investigación

6. Caracterización IPS Provinciales

6.1 Referencia de la red hospitalaria al Hospital Universitario de Santander en la vigencia 2015

Durante la vigencia 2015, el Centro Regulador de Urgencias CRUE de la Secretaría de Salud de Santander, reporta **8.736** remisiones reguladas desde las diferentes IPS de la red pública y privada del Departamento y fuera del Departamento hacía el Hospital Universitario de Santander. (Ver Anexo 01)

En la vigencia 2015 la **red pública** remitió hacía el Hospital Universitario de Santander un total de **8.301** referencias, lo que representa el **95,0%** del total de las remisiones. (Ver Anexo 01)

A manera de observación se encuentra que el informe desagrega las IPS por nivel de complejidad, encontrando que el Hospital Local del Norte se sigue catalogando como IPS de I nivel de atención y los Hospitales Regionales de Magdalena Medio de Barrancabermeja y García Rovira como IPS de II nivel de atención. Esta clasificación difiere de lo estipulado en el Modelo RED de 2013 que define nivel II para el HLN y nivel 3A para los hospitales regionales.

Con respecto a las remisiones de pacientes bajo el criterio de “nivel de complejidad”, la caracterización permitió identificar que el 74% del total de casos remitidos hacía el Hospital Universitario regulado por el CRUE en la vigencia 2015, proceden de la baja complejidad. En la Tabla No. 12 se presenta el resumen de las remisiones:

Tabla 12 Remisiones por nivel de complejidad

NIVEL COMPLEJIDAD	NATURALEZA				TOTAL REMISIONES	%
	PÚBLICA	%	PRIVADA	%		
Baja	6414	99,2	48	0,7	6462	74,0
Mediana	1776	95,0	93	5,0	1869	21,4
Alta	82	64,6	45	35,4	127	1,5
Sin dato	29	10,4	249	89,6	278	3,2
TOTAL	8301	95,0	435	5,0	8736	100

Fuente: Elaboración Propia a partir de Secretaría de Salud de Santander, CRUE 2015

La tabla No. 12 permite observar que, de las remisiones procedentes de la baja complejidad, mayoritariamente provienen de la red pública hospitalaria.

A continuación, en la Tabla No. 13 se presenta el compendio de las principales especialidades remitidas hacía el Hospital Universitario de Santander procedente de la red pública y privada durante la vigencia 2015, conforme a la información suministrada por el Centro Regulador de Urgencias CRUE**.**

Tabla 13 Especialidades remitidas al HUS

PRINCIPALES ESPECIALIDADES REQUERIDAS POR LAS IPS QUE REMITEN PACIENTES AL HUS AÑO 2015	
ESPECIALIDADES	**N° REMISIONES**
MEDICINA INTERNA	2.349
CIRUGIA GENERAL	1.640
GINECOLOGIA	960
ORTOPEDIA	584
CIRUGIA PLASTICA	747
NEUROCIRUGIA	650
PEDIATRIA	770
CIRUGIA PEDIATRICA	187
OTORRINOLARIGOLOGIA	66
OFTALMOLOGIA	205
UNIDAD DE QUEMADOS	82
HEMATOLOGIA	32
GASTROENTEROLOGIA	48
CIRUGIA VASCULAR	29
NEFROLOGIA	26

CARDIOLOGIA	20
CIRUGIA MAXILOFACIAL	16
NEUMOLOGIA	8
UROLOGIA	133
TOTAL	**8.552**

Fuente: Secretaría de Salud de Santander, CRUE 2015

Nota
En rojo: Servicios no ofertados – No habilitados por el HUS
En naranja: servicios oferta insuficiente HUS

A partir del Portafolio de Servicios del Hospital Universitario de Santander (ver tabla No. 11) y de la información suministrada por el REPS (ver anexo No. 02), las especialidades de cardiología, cirugía vascular y neurocirugía no se ofertan y/o no se encuentran habilitadas en el HUS. Estos casos son remitidos al Hospital Universitario quién debe ubicar al usuario en la IPS que cuente con el servicio en el Departamento o fuera de él.

Por otra parte, la especialidad de oftalmología y urología son ofertados de manera insuficiente. (Ver tabla No. 11)

Para este tipo de casos el Departamento de Santander cuenta con una red complementaria con IPS privadas, de manera que el Hospital Universitario remite a los usuarios según la necesidad requerida de la siguiente manera:

Red de servicios en Cardiología es la Fundación Cardiovascular en Floridablanca y el Instituto del corazón en Bucaramanga.

Red de servicios en urología litotripsia

- Clínica Metropolitana de Bucaramanga
- Fundación Oftalmológica de Santander Carlos Ardila Lulle FOSCAL.
- Clínica Bucaramanga
- Uromedica Ltda

Red de servicios en Oftalmología es

- Fundación Oftalmológica de Santander
- Clínica Oftalmológica Integral Ltda. COI.
- Clínica Saludcoop
- Maranatha Excimer Láser Unidad Oftalmológica Ltda.
- Centro Médico quirúrgico Bayos
- Instituto Medico Oftalmológico de Colombia Ltda.

Red de servicios en Diálisis Renal

- Fresenius Medical Care Colombia.
- Nefrólogos Asociados
- Servicio de Terapia Renal de Santander
- Unión Temporal de Nefrólogos del Oriente Colombiano
- RTS Ltda. Sucursal Bucaramanga
- Clínica la Magdalena Barrancabermeja.
- Clínica Primero de Mayo Barrancabermeja.

A partir de los resultados obtenidos en esta fase de la caracterización, se procede a realizar un análisis puntual de las remisiones procedentes de las IPS Centros de Referencia Mediana y Alta Complejidad (IPS provinciales) hacia el Hospital Universitario de Santander en la vigencia 2015, de acuerdo a la información suministrada por el CRUE, bajo el criterio de la habilitación de los servicios.

6.1.1 Remisiones de las IPS provinciales hacía la ESE Hospital Universitario de Santander durante la vigencia 2015.

El criterio definido para el análisis es el siguiente:

IPS Observadas: Centros de Referencia de Mediana y Alta Complejidad de la red pública (Ver anexo 02)

Servicios Observados: Servicios habilitados en IPS de origen en las diferentes modalidades (Ver anexo 02)

En la tabla No. 14 se presenta los resultados del análisis:

Tabla 14 Remisiones IPS Provinciales hacía HUS, 2015

ESEs	HLN		HSJD F/BLANCA		HRMB SOCORRO		HR SAN GIL		HR VÉLEZ		HRGR MÁLAGA		HR MAGDALENA MEDIO		TOTAL
SERVICIOS	**Remisiones**	**Modalidad Habilitación**	**Remisiones**	**Modalidad Habilitación**	**Remisiones**	**Modalidad Habilitación**	**Remisiones**	**Modalidad Habilitación**	**Remisiones**	**Modalidad Habilitación**	**Remisiones**	**Modalidad Habilitación**	**Remisiones**	**Modalidad Habilitación**	
Cardiología					2	Consulta Externa			3	Consulta Externa					5
Cirugía General	446	Consulta Externa Quirúrgico	226	Consulta Externa Quirúrgico	4	Consulta Externa Quirúrgico	13	Consulta Externa Quirúrgico	11	Consulta Externa Quirúrgico	21	Consulta Externa Quirúrgico	13	Consulta Externa Quirúrgico	734
Cirugía Maxilofacial	2	Quirúrgico													2
Cirugía Pediátrica	24	Quirúrgico	12	Quirúrgico	4	Consulta Externa Quirúrgico	5	Consulta Externa Quirúrgico							45
Cirugía Plástica	100	Quirúrgico			8	Quirúrgico	2	Consulta Externa Quirúrgico							110
Cirugía Vascular Periférica y Angiología					2	Quirúrgico									2
Gastroenterología	8	Consulta Externa	10	Consulta Externa	3	Consulta Externa Quirúrgico									21
Ginecoobstetricia	114	Consulta Externa Quirúrgico (Cirugía ginecológica) Internación (obstetricia)	97	Consulta Externa Quirúrgico (Cirugía ginecológica) Internación (obstetricia)	6	Consulta Externa Quirúrgico (Cirugía ginecológica) Internación (obstetricia)			8	Consulta Externa Quirúrgico (Cirugía ginecológica) Internación (obstetricia)	4	Consulta Externa Quirúrgico (Cirugía ginecológica) Internación (obstetricia)	12	Consulta Externa Quirúrgico (Cirugía ginecológica) Internación (obstetricia)	241
Imágenes Diagnósticas			1	Apoyo diagnóstico											1

Medicina General	1	Consulta Externa													1
Medicina Interna	526	Consulta Externa	202	Consulta Externa	5	Consulta Externa	28	Consulta Externa	24	Consulta Externa	52	Consulta Externa	53	Consulta Externa	890
Medicina Nuclear	2	No habilitado	2	No habilitado			1	No habilitado							5
Neurocirugía					11	Consulta Externa Quirúrgico									11
Neurología					6	Consulta Externa Quirúrgico									6
Neurología Pediátrica							1	No habilitado							1
Oftalmología	43	Consulta Externa Quirúrgico													43
Ortopedia y Traumatología	136	Consulta Externa Quirúrgico (cirugía ortopedia)	48	Consulta Externa Quirúrgico (cirugía ortopedia)	2	Consulta Externa			4	Consulta Externa	15	Consulta Externa Quirúrgico (cirugía ortopedia)	34	Consulta Externa Quirúrgico (cirugía ortopedia)	239
Otorrinolaringología	11	Consulta Externa Quirúrgico							1	Consulta Externa					12
Pediatría	144	Consulta Externa Internación (general pediátrica)	32	Consulta Externa Internación (general pediátrica)	1	Consulta Externa Internación (general pediátrica)	21	Consulta Externa Internación (general pediátrica)	12	Consulta Externa			20	Consulta Externa Internación (general pediátrica)	230
Urología	15	Consulta Externa Quirúrgico													15
Radiología e Imágenes Diagnósticas			1	Apoyo Diagnóstico											1
Total Remisiones	1572		631		54		71		63		92		132		**2615**

Fuente: Elaboración Propia a partir de Base de Datos Referencia 2015, CRUE Secretaría de Salud Departamental y Documento REPS 2016 ESE HUS y ESEs Mediana Complejidad

En fondo naranja: Servicio Oferta Insuficiente HUS
En fondo rojo: Servicio no habilitado – no ofertado HUS

6.2 Análisis Capacidad Resolutiva

A partir de los resultados obtenidos en esta primera fase, se presenta el análisis de la variable capacidad resolutiva aclarando en primera medida que los criterios definidos excluyen la pertinencia médica por encontrarse fuera del alcance de la presente investigación; en este sentido los resultados aquí reflejados muestran un panorama desde el enfoque socio-organizativo a partir del el modelo de RED 2013 y del Registro Especial de Prestadores REPS.

En general, durante la vigencia 2015 la ESE Hospital Universitario de Santander tuvo una sobrecarga de **2615** servicios procedentes de la red provincial, que no guardan coherencia a la luz del sistema de habilitación de las IPS que remiten, ni coherencia con el enfoque del modelo de Red 2013 de prestación de servicios de salud.

El Hospital Local del Norte es la Institución que mayor remisiones realiza al Hospital Universitario (dejando fuera de este resumen aquellas remisiones que se efectúan directamente de los centros de salud - 302 remisiones - tal como se puede apreciar en la base de datos del Centro Regulador de Urgencias (Ver anexo 01), seguido por el Hospital de Floridablanca, lo que indica que en el área metropolitana se concentra mayoritariamente la demanda de la atención en salud.

La especialidad Medicina Interna registró el mayor número de remisiones hacía el Hospital Universitario, seguido en su orden de Cirugía General, Ginecoobstetricia, Ortopedia y Traumatología, y Pediatría. Cada uno de estos servicios se encuentran habilitados en la IPS remitente en sus correspondientes modalidades.

Por otra parte, oftalmología y urología son especialidades que se ofertan de manera insuficiente en el Hospital Universitario. El compendio evidencia que el HUS recibió 43 remisiones de oftalmología y 15 remisiones de urología procedentes del Hospital

Local del Norte, pese a que dicha institución cuenta con la habilitación de estos servicios bajo la modalidad de consulta externa y quirúrgico, respectivamente.

En cuanto a los servicios no ofertados o no habilitados por el HUS, se observa remisiones de la especialidad de Cardiología, Cirugía Vascular Periférica y Angiología, Medicina Nuclear, Neurocirugía y Neurología Pediátrica. En estos casos el Hospital Universitario debe ubicar al usuario en la IPS que cuente con el servicio en el Departamento o fuera de él.

7. Percepción de Calidad de los usuarios del Hospital Universitario de Santander

7.1 Contexto de la muestra seleccionada

Durante el mes de febrero de 2016, se tomó un muestreo por conveniencia a 155 usuarios de los diferentes servicios de la ESE Hospital Universitario de Santander. De acuerdo al servicio demandado, la muestra de usuarios se distribuyó como se aprecia en la Tabla No. 15:

Tabla 15 Distribución de una muestra de 155 usuarios encuestados según el servicio demandado en la ESE Hospital Universitario de Santander

Servicio Demandado	n	%	% acum.
Consulta Externa Especializada	51	32,9	32,9
Hospitalización	60	38,7	71,6
Oncología	14	9,0	80,6
Sala de partos	7	4,5	85,1
Urgencias	23	14,8	100,0
Total	**155**	**100,0**	

7.2 Resultados

Las Tablas 16 y 17 resumen la distribución de días y la relación de días/horas de las encuestas aplicadas:

Tabla 16 Días de aplicación de 155 encuestas a usuarios de la ESE Hospital Universitario de Santander, 2016

Día de la Semana	n	%	% acum.
Lunes	22	14,2	14,2
Martes	23	14,8	29,0
Miércoles	24	15,5	44,5
Jueves	38	24,5	69,0
Viernes	34	21,9	91,0
Sábado	14	9,0	100,0
Total general	155	100,0	

Tabla 17 Horas/día de aplicación de 155 encuestas a usuarios de la ESE Hospital Universitario de Santander, 2016

Hora encuesta	Días de la semana						Total general
	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	
9	0	3	0	8	10	2	23
10	2	5	0	11	9	4	31
11	7	3	7	7	4	4	32
12	3		3	3	1	4	14
13	0	2	0	0	0	0	2
14	6	7	5	3	5	0	26
15	4	3	5	3	4	0	19
16	0	0	4	3	1	0	8
Total general	22	23	24	38	34	14	155

La Tabla No. 18 resume las características demográficas y sociales generales de los 155 usuarios encuestados.

Tabla 18 Características de 155 usuarios entrevistados en febrero de 2016 para conocer la calidad percibida en la ESE Hospital Universitario de Santander

Variable	n	%	% acum.
1. Sexo			
Masculino	40	25,8	25,8
Femenino	115	74,2	100,0
2. Edad			
19 y menos	17	11,0	11,0
20-29	34	21,9	32,9
30-39	39	25,2	58,1
40-49	28	18,1	76,1
50-59	18	11,6	87,7
60 y más	19	12,3	100,0
3. Servicio Consultado			
Consulta Externa Especializada	51	32,9	32,9
Hospitalización (Cirugía General)	10	6,5	39,4

Hospitalización (Especialidades Quirúrgicas)	10	6,5	45,8
Hospitalización (Ginecoobstetricia)	20	12,9	58,7
Hospitalización (Medicina Interna)	9	5,8	64,5
Hospitalización (Pediatría)	11	7,1	71,6
Oncología	14	9,0	80,6
Sala de partos	7	4,5	85,2
Urgencias	20	12,9	98,1
Urgencias (pediatría)	3	1,9	100,0
4. Afiliación al SGSSS			
Contributivo Beneficiario	5	3,2	3,2
Contributivo Cotizante	3	1,9	5,2
Sin afiliación	23	14,8	20,0
Subsidiado	124	80,0	100,0
5. Nivel Educativo			
Ninguno	7	4,5	4,5
Primaria	60	38,7	43,2
Secundaria	64	41,3	84,5
Técnico/Tecnológico	18	11,6	96,1
Profesional	6	3,9	100,0
Posgrado	0	0	100,0
6. Ocupación Actual			
Ama de casa	69	44,5	44,5%
Estudiante	14	9,0	53,5
Trabajador Dependiente	11	7,1	60,6
Trabajador Independiente	34	21,9	82,6
Desempleado	13	8,4	91,0
Pensionado	1	0,6	91,6
Otro (economía informal)	13	8,4	100,0
7. Estrato socio-económico			
Uno	66	42,6	42,6
Dos	54	34,8	77,4
Tres	15	9,7	87,1
Cuatro	5	3,2	90,3
Cinco	1	0,6	91,0
Seis	0	0	91,0
Sin estratificación municipal reportable	14	9,0	100,0

Los resultados de las características sociodemográficas muestran que mayoritariamente, con un 74,2% de los usuarios encuestados (115 usuarios) corresponde al género femenino; el 25,2 % (39 usuarios) corresponde a usuarios entre 30 a 39 años de edad; el 80% de los usuarios (124 usuarios) manifestaron estar afiliados al régimen subsidiado; el 41,3% (64 usuarios) afirmaron haber realizado estudios de secundaria; un 44,5% de los usuarios encuestados (69 usuarios) reportaron que su ocupación principal es Ama de casa, y el estrato socio económico mayoritariamente reportado es el 1 con un 42,6% (66 usuarios) (Tabla No. 18)

La Tabla No. 19 muestra las respuestas sobre calidad percibida indagadas por el PECASUSS:

Tabla 19 Aspectos de la calidad de los servicios de salud percibidos por el total de 155 usuarios entrevistados en la ESE Hospital Universitario de Santander, 2016

Variable	n	%	% acum.
1. Trámite para ser atendido			
Muy complicado	18	11,6	11,6
Complicado	29	18,7	30,3
Ni complicado ni sencillo	34	21,9	52,3
Sencillo	62	40,0	92,3
Muy sencillo	11	7,1	99,4
No sabe/No responde	1	0,6	100,0
2. Pago para ser atendido	Hecho por 11 usuarios, o sea el 7,1% del total de encuestados		
Muy caro	1	9,1	9,1
Caro	5	45,5	54,6
Ni caro ni barato	3	27,3	81,9
Barato	2	18,2	100,0
Muy barato	0	0	100,0

3. Minutos esperados	R: mínimo 0 a máximo 360 min		
Más de 181 (o más de 3 horas)	26	16,8	16,8
De 121 a 180	10	6,5	23,2
De 61 a 120	22	14,2	37,4
De 31 a 60	25	16,1	53,5
De 11 a 30	23	14,8	68,4
10 o menos	47	30,3	98,7
No sabe/No responde	2	1,3	100,0
4. El tiempo esperado pareció			
Muy largo	32	20,6	20,6
Largo	33	21,3	41,9
Ni largo ni corto	54	34,8	76,8
Corto	30	19,4	96,1
Muy corto	5	3,2	99,4
No sabe/No responde	1	0,6%	100,0%
5. Solución a la necesidad			
Muy mala	4	2,6	2,6
Mala	6	3,9	6,5
Ni mala ni buena	21	13,5	20,0
Buena	80	51,6	71,6
Muy buena	38	24,5	96,1
No sabe/No responde	6	3,9	100,0
6. Respuestas / Orientaciones			
Muy inapropiadas	11	7,1	7,1
Inapropiadas	4	2,6	9,7
Ni inapropiadas ni apropiadas	18	11,6	21,3
Apropiadas	95	61,3	82,6
Muy apropiadas	27	17,4	100,0
7. Aseo de la Institución			
Muy malo	7	4,5	4,5
Malo	9	5,8	10,3
Ni malo ni bueno	26	16,8	27,1
Bueno	90	58,1	85,2
Muy bueno	23	14,8	100,0

8. Estado de la planta física			
Muy descuidada	5	3,2	3,2
Descuidada	12	7,7	11,0
Ni descuidada ni cuidada	50	32,3	43,2
Cuidada	75	48,4	91,6
Muy cuidada	8	5,2	96,8
No sabe/No responde	5	3,2	100,0
9. Elementos de sala y cuartos			
Muy incómodos	10	6,5	6,5
Incómodos	10	6,5	12,9
Ni cómodos ni incómodos	45	29,0	41,9
Cómodos	68	43,9	85,8
Muy cómodos	22	14,2	100,0
10. Trato de los asistenciales			
Muy malo	2	1,3	1,3
Malo	1	0,6	1,9
Ni malo ni bueno	15	9,7	11,6
Bueno	63	40,6	52,3
Muy bueno	72	46,5	98,7
No sabe/No responde	2	1,3	100,0
11. Trato de los administrativos			
Muy malo	3	1,9	1,9
Malo	3	1,9	3,9
Ni malo ni bueno	14	9,0	12,9
Bueno	81	52,3	65,2
Muy bueno	51	32,9	98,1
No sabe/No responde	3	1,9	100,0
12. Cooperación entre funcionarios			
Muy mala	2	1,3	1,3
Mala	5	3,2	4,5
Ni mala ni buena	21	13,5	18,1
Buena	100	64,5	82,6
Muy buena	27	17,4	100,0

13. Capacidad de los profesionales			
Muy baja	2	1,3	1,3
Baja	8	5,2	6,5
Ni baja ni alta	19	12,3	18,7
Alta	80	51,6	70,3
Muy alta	39	25,2	95,5
No sabe/No responde	7	4,5	100,0
14. Orientación para cuidado en casa	Hecho por 84 usuarios, o sea el 54,2% del total de encuestados		
Muy insuficiente	0	0	0
Insuficiente	5	6,0	6,0
Ni insuficiente ni suficiente	7	8,3	14,3
Suficiente	58	69,0	83,3
Muy suficiente	14	16,7	100,0
15. Calificación del servicio recibido	Media 4,1		
Cero	1	0,6	0,6
Uno	0	0	0,6
Dos	3	1,9	2,6
Tres	33	21,3	23,9
Cuatro	48	31,0	54,8
Cinco	69	44,5	99,4
No Sabe/No responde	1	0,6	100,0
16. Satisfacción con la atención			
Muy insatisfecho	3	1,9	1,9
Insatisfecho	4	2,6	4,5
Ni insatisfecho ni satisfecho	32	20,6	25,2
Satisfecho	77	49,7	74,8
Muy satisfecho	37	23,9	98,7
No Sabe/No responde	2	1,3	100,0
17. Volvería al Hospital			
Si	141	91,0	91,0
No	13	8,4	99,4
No Sabe/No responde	1	0,6	100,0

Con respecto a las variables de la subdimensión de calidad, se encuentra que para la variable *cómo percibe que fue el trámite para ser atendido* el 40% los usuarios (62) manifiestan que fue **Sencillo**, seguido de la opción **Ni complicado ni sencillo** con un 21,9% (34 usuarios). Sin embargo, se observa en general que el 52,3% de los usuarios encuestados valoraron como apenas neutra o negativa su percepción frente a esta variable. Por otra parte se encuentra que la mayoría de los usuarios relacionan esta variable directamente con el tiempo que demoran en recibir la primera atención y que los usuarios que ingresan en ambulancia son quienes más perciben que el trámite es sencillo o muy sencillo. (Tabla No. 19, pregunta No. 1)

Ante a la pregunta *pagó para ser atendido* una minoría del 7,1% de los usuarios encuestados (11) respondieron que si han tenido que pagar en algún momento, quienes a su vez el 45,5% (5 usuarios) dijeron que les pareció **Caro.**

Al preguntar sobre los *minutos esperados para recibir la atención*, se observa que es una variable muy fragmentada según el servicio. En el servicio de Hospitalización de ginecoobstetricia la mayoría de las usuarias informaron que la atención fue inmediata; ocurre lo mismo en sala de partos, urgencias de pediatría y hospitalización pediatría. En contra parte, los servicios dónde reportaron mayor demora es urgencias, oncología y consulta externa. En el caso de urgencias los usuarios manifiestan que si bien llegan a recibir la atención básica, deben esperar días e incluso semanas para ser llevados a piso por ausencia de camas. A su vez en el servicio de hospitalización se conoció casos puntuales de usuarios quienes para el momento de la aplicación de la encuesta llevaban esperando días e incluso semanas para una cirugía. En esta variable se reporta que el 30,3% de los usuarios encuestados (47) debieron esperar **10 minutos o menos**, seguido de 16,8% de los usuarios (26) quienes respondieron que han tenido que esperar **más de 181 minutos (o más de tres horas).** En conclusión, el límite inferior y el límite superior de esta variable ocuparon el primer y el segundo puesto de la calificación, respectivamente. Vale la pena mencionar que el 1,3% (2 usuarios) no respondieron

a esta pregunta al manifestar que no tenían conciencia de su estado de salud en el momento de ingresar al hospital. (Tabla No. 19, pregunta No. 3)

La pregunta referente a *cómo le pareció el tiempo esperado* es subjetiva al estado de salud del usuario al momento de demandar el servicio, lo que determina su percepción. Mayoritariamente con un 34,8% (54 usuarios) respondieron que el tiempo esperado les pareció *Ni largo ni corto,* quienes justificaban su respuesta asegurando que de todas formas en cualquier parte se debe esperar. Las opciones *Largo y Muy largo* ocupan la segunda y tercera calificación, con un 21,3% (33) y 20,6% (32) respectivamente. En esta variable en general se observa que el 76,8% de los usuarios encuestados valoraron su aceptación como negativa o apenas neutra. De otro lado, 6 usuarios (3,9%) no respondieron esta pregunta al argumentar que todavía no tenían razón certera de su condición de salud, de manera que su tiempo de espera no había terminado. (Tabla No. 19, pregunta No. 4)

La variable *cómo percibe la solución brindada a su estado de salud* puntuó mayoritariamente un 51,6% (80 usuarios) como **Buena**, seguido de la opción **Muy buena** con un 24,5% (38 usuarios); sin embargo se observa que en general el 20% de los usuarios valoraron su aceptación como negativa o apenas neutra. Esta variable es relacionada por los usuarios como la preparación que tiene el personal médico y la manera como se sienten satisfechos con la atención médica y la mejoría en su estado de salud. (Tabla No. 19, pregunta No. 5)

La variable de la percepción acerca de las *respuestas y las orientaciones recibidas* por parte de los funcionarios del Hospital, registra que un 61,3% de los usuarios (95) manifiestan que han sido **Apropiadas**, seguido de la opción **Muy apropiadas** con un 17,4% (27 usuarios). En general se encuentra que el 21,3% de los usuarios valoraron su aceptación como negativa o apenas neutra. (Tabla No. 19, pregunta No. 6)

La percepción acerca del **aseo de la institución** es otra de las variables condicionadas al servicio. En este caso los usuarios manifiestan que en urgencias el aseo es muy malo, especialmente en los baños (además de contar únicamente con dos baños); en hospitalización mejora la condición del aseo, sin embargo la percepción sigue siendo de mal aseo en los baños. En servicios como imágenes diagnósticas y el hemocentro el aseo es calificado como excelente. En esta variable se obtiene que el 58,1% de los usuarios encuestados (90) manifestaron que el aseo es **Bueno**, seguido de un 16,8% (26) quienes reportaron que el aseo es **Ni malo ni bueno**. En general para esta variable el 27,1% de los usuarios encuestados valoraron su aceptación como negativa o apenas neutra. (Tabla No. 19, pregunta No. 7)

La percepción del *estado de la planta física* del hospital fue una pregunta difícil de responder por los usuarios ya que al momento de la aplicación de la encuesta el hospital se encuentra en remodelaciones y adecuaciones. Ante la pregunta, el mismo usuario aclara la situación, y en algunos casos la acompañada con la expresión “ha mejorado”. Los usuarios manifestaron que la planta física se encuentra **Cuidada** en un 48,4% (75 usuarios), seguido de la opción **Ni descuidada ni cuidada** con un 32,3% (50 usuarios). En algunas ocasiones para esta variable se observa que el usuario responde en función de las opciones de respuesta, pero de fondo su percepción se orienta más en términos de acondicionamiento tal como ventilación, iluminación, privacidad, capacidad e incluso estética. En el análisis general de esta variable se obtiene que el 43,2% de los usuarios valoraron su aceptación como negativa o apenas neutra. (Tabla No. 19, pregunta No. 8)

Los elementos de sala y cuartos es una variable condicionada al servicio y al tipo de mobiliario. En servicios como urgencias los usuarios se refieren más a la suficiencia que a la comodidad. Por otra parte, la percepción varía si quién responde es el mismo paciente o es un familiar, por cuanto el mobiliario puede llegar a ser cómodo para el uno, más no para el otro (generalmente es más cómodo para el

paciente que para el familiar). Ante esta variable el 43,9% de los usuarios encuestados (68) respondieron que el mobiliario es **Cómodo,** seguido de un 29% (45 usuarios) quienes respondieron que es **ni cómodo ni incómodo**. En general para esta variable, el 41,9% de los encuestados valoraron su aceptación como negativa o apenas neutra. (Tabla No. 19, pregunta No. 9)

El trato de los asistenciales es una variable que agrupa médicos, enfermeras y demás personal asistencial, sin embargo la percepción del usuario es muy variable entre el uno y el otro. En todo caso, el trato del personal médico tiene mayor percepción positiva en comparación con el trato recibido por las enfermeras; ante esta situación se le solicitó al usuario calificar de manera general. Los servicios en los que las enfermeras tienen menor favorabilidad son urgencias y hospitalización pediátrica. Con un 46,5% (72 usuarios) el trato de los asistenciales es **Muy bueno**, seguido de un 40,6% (63 usuarios) que calificaron **Bueno.** (Tabla No. 19, pregunta No. 10)

El trato del personal administrativo fue calificado como **Bueno** con un 52,3% (81 usuarios), seguido de **Muy bueno** con un 32,9% (51 usuarios). Si bien esta variable también agrupa los diferentes niveles jerárquicos de funcionarios administrativos, la opinión no se encuentra tan fragmentada en comparación con la variable anterior. Ente las razones de mayor favorabilidad expresada por los usuarios es la cercanía y el apoyo que reciben por parte de la oficina de atención al usuario, puesto en manifiesto en expresiones como “ahora es más fácil que a uno lo atiendan” o “hay unas niñas que lo cogen a uno de la mano y lo llevan hasta dónde uno necesita para que le solucionen” (Tabla No. 19, pregunta No. 11)

La variable que pregunta sobre la *cooperación entre los funcionarios del hospital* para solucionar la necesidad de salud del usuario, es una pregunta que demanda un análisis por parte del encuestado. Se encuentra que esta variable es muy pocas veces analizada de manera consiente por los mismos usuarios, quienes debían

hacer un esfuerzo para hilar su experiencia y dar su percepción. Con un 64,5% (100 usuarios) manifestaron que la cooperación es **Buena**, seguido de un 17,4% (27 usuarios) quienes calificaron que era **Muy Buena**. (Tabla No. 19, pregunta No. 12)

Con respecto a la pregunta sobre la *percepción de la capacidad de los profesionales,* se observa que antes de enunciar las opciones de respuesta, de entrada los usuarios respondían “excelente”, “muy buena”, “los médicos son muy buenos”, colocando en evidencia que en el imaginario colectivo la capacidad del personal médico de la institución cuenta una gran aceptación. En un 51,6% de usuarios encuestados (80) la **capacidad es Alta**, seguida de un 25,2% (39) quienes respondieron que la capacidad es **Muy alta.** (Tabla No. 19, pregunta No. 13)

La pregunta sobre si *ha recibido orientación para el cuidado en casa* fue respondida por el 54,2% de los usuarios encuestados (84), teniendo en cuenta que en algunos casos los usuarios aún se encontraban demandando el servicio y al momento de aplicar la encuesta no se les había suministrado dicha orientación. En un 69% de los usuarios encuestados (58) calificaron como *Suficiente*, seguido de *Muy suficiente* con un 16,7% (14 usuarios). (Tabla No. 19, pregunta No. 14)

La pregunta en dónde se le solicita al usuario que *califique de 0 a 5 la calidad del servicio recibido,* siendo cero pésimo y cinco excelente, obtuvo mayoritariamente la calificación **5** con un 44,5% (69 usuarios), seguido de la calificación **4** con un 31,0% (48 usuarios). La calificación cero fue puntuada por un 1 usuario (0,6%) quién para el momento de la aplicación de la encuesta se encontraba demandando el servicio de urgencias y argumentaba que llevaba un mes internada en ese servicio, habiendo adquirido además una infección. (Tabla No. 19, pregunta No. 15)

Con respecto a la pregunta sobre el *nivel de satisfacción en general*, el 49,7% de los usuarios encuestados (77) respondieron estar **Satisfechos**, seguido de **Muy Satisfecho** con el 23,9% (37 usuarios), sin embargo en el análisis general de esta

variable se observa que el 25,2% valoraron su aceptación como negativa o apenas neutra.

De manera general se observa que de las 16 preguntas de la subdimensión de calidad, 11 preguntas (69%) fueron puntuadas con la calificación 4 que categoriza la valoración positiva y 3 preguntas (19%) con la calificación 5 que categoriza la valoración Muy positiva.

La Tabla No. 20 resume la puntuación más alta obtenida en cada variable, seguido de la segunda puntuación más alta:

Tabla 20 Resumen calificación subdimensiones calidad

Variable	**Puntuación más alta**	**Segunda Puntuación más alta**
1. Trámite para ser atendido	(4) Sencillo	(3) Ni complicado ni sencillo
2. Pago para ser atendido	(2) Caro	(3) Ni caro ni barato
3. Minutos esperados	(6)[5] 10 o menos	(1) Más de 181 (o más de 3 horas)
4. El tiempo esperado pareció	(3) Ni largo ni corto	(1) Muy largo; (2) Largo
5. Solución a la necesidad	(4) Buena	(5) Muy buena
6. Respuestas / Orientaciones	(4) Apropiadas	(5) Muy apropiadas
7. Aseo de la Institución	(4) Bueno	(3) Ni malo ni bueno
8. Estado de la Planta Física	(4) Cuidada	(3) Ni descuidada ni cuidada
9. Elementos de sala y cuartos	(4) Cómodos	(3) Ni cómodos ni incómodos
10. Trato de los asistenciales	(5) Muy bueno	(4) Bueno
11. Trato de los administrativos	(4) Bueno	(5) Muy bueno
12. Cooperación entre funcionarios	(4) Buena	(5) Muy buena
13. Capacidad de los profesionales	(4) Alta	(5) Muy alta
14. Orientación para cuidado en casa	(4) Suficiente	(5) Muy suficiente
15. Calificación del servicio recibido	(5) Cinco	(4) Cuatro
16. Satisfacción con la atención	(4) Satisfecho	(5) Muy satisfecho

[5] Esta opción se homologa al puntaje 5

Las variables que guardan proporción de mejor puntuación positiva entre la primera y la segunda opción son: *solución a la necesidad, respuestas/orientaciones, trato de los asistenciales, trato de los administrativos, cooperación entre los funcionarios, capacidad de los profesionales, orientación para cuidados en casa, calificación del servicio recibido y satisfacción con la atención.* (Tabla No. 20)

Entre las variables que obtienen una buena puntuación como primera opción y una puntuación más baja como segunda opción se encuentran: *trámite para ser atendido, aseo de la institución, estado de la planta física y elementos de salas y cuartos.* (Tabla No. 20)

Las variables de menor puntuación corresponden a *Pagó para ser atendido y percepción del tiempo esperado para ser atendido*. Frente a esta última variable, como segunda puntuación empatan las siguientes dos calificaciones de menor puntaje (1) Muy largo y (2) Largo. (Tabla No. 20)

Sucede también que la variable *Minutos esperados* obtiene como respuesta dominante la puntuación más alta (6) 10 o menos, pero la segunda puntuación es la respuesta de menor puntaje (1) Más de 181 (o más de 3 horas). (Tabla No. 20)

La Tabla No. 21 presenta la comparación de las sub dimensiones de calidad percibida, bajo el enfoque del grupo de control: usuarios que informaron ser remitidos de otra IPS y usuarios no remitidos.

Tabla 21 Subdimensiones de Calidad de los servicios, percibidos por los 155 usuarios de la ESE Hospital Universitario de Santander, según grupo de control.

Variable	Usuarios Remitidos		Usuarios No remitidos	
	n	%	n	%
1. Trámite para ser atendido				
Muy complicado	6	12,2	12	11,3
Complicado	9	18,3	20	18,8
Ni complicado ni sencillo	9	18,3	25	23,6
Sencillo	19	38,8	43	40,5
Muy sencillo	5	10,2	6	5,7
No sabe/No responde	1	2,0	0	0,0
	49	100,0	106	100,0
2. Pago para ser atendido (7,1% de n)				
Muy caro	1	16,7	0	0
Caro	2	33,3	3	60,0
Ni caro ni barato	2	33,3	1	20,0
Barato	1	16,7	1	20,0
Muy barato	0	0,0	0	0
	6	100,0	5	100,0
3. Minutos esperados				
Más de 181 (o más de 3 horas)	10	20,4	16	15,0
De 121 a 180	4	8,2	6	5,7
De 61 a 120	6	12,2	16	15,0
De 31 a 60	3	6,1	22	20,7
De 11 a 30	8	16,3	15	14,1
10 o menos	17	34,7	30	28,3
No sabe/No responde	1	2,0	1	0,9
	49	100,0	106	100,0
4. El tiempo esperado pareció				
Muy largo	8	16,3	24	22,6
Largo	12	24,5	21	19,8
Ni largo ni corto	13	26,5	41	38,7
Corto	11	22,4	19	17.9
Muy corto	4	8,1	1	0,9
No sabe/No responde	1	2,0	0	0,0
	49	100,0	106	100,0

5. Solución a la necesidad				
Muy mala	2	4,0	2	1,9
Mala	3	6,1	3	2,8
Ni mala ni buena	3	6,1	18	17,0
Buena	18	36,8	62	58,5
Muy buena	19	38,8	19	17,9
No sabe/No responde	4	8,1	2	1,9
	49	100,0	106	100,0
6. Respuestas / Orientaciones				
Muy inapropiadas	5	10,2	6	5,7
Inapropiadas	2	4,1	2	1,9
Ni inapropiadas ni apropiadas	3	6,1	15	14,1
Apropiadas	26	53,1	69	65,1
Muy apropiadas	13	26,5	14	13,2
	49	100,0	106	100,0
7. Aseo de la Institución				
Muy malo	4	8,2	3	2,8
Malo	4	8,2	5	4,7
Ni malo ni bueno	9	18,4	17	16,0
Bueno	23	46,9	67	63,2
Muy bueno	9	18,4	14	13,2
	49	100,0	106	100,0
8. Estado de la planta física				
Muy descuidada	3	6,1	2	1,9
Descuidada	3	6,1	9	8,5
Ni descuidada ni cuidada	15	30,6	35	33,0
Cuidada	20	40,8	55	51,9
Muy cuidada	5	10,2	3	2,8
No sabe/No responde	3	6,1	2	1,9
	49	100,0	106	100,0
9. Elementos de sala y cuartos				
Muy incómodos	4	8,2	6	5,7
Incómodos	2	4,1	8	7,5
Ni cómodos ni incómodos	13	26,5	32	30,2
Cómodos	20	40,8	48	45,3
Muy cómodos	10	20,4	12	11,3
	49	100,0	106	100,0

10. Trato de los asistenciales				
Muy malo	1	2,0	1	0,9
Malo	1	2,0	0	0,0
Ni malo ni bueno	3	6,1	12	11,3
Bueno	19	38,8	44	41,5
Muy bueno	24	49,0	48	45,3
No responde	1	2,0	1	0,9
	49	100,0	106	100,0
11. Trato de los administrativos				
Muy malo	2	4,1	1	0,9
Malo	1	2,0	2	1,9
Ni malo ni bueno	2	4,1	12	11,3
Bueno	25	51,0	56	52,9
Muy bueno	18	36,7	33	31,1
No sabe/No responde	1	2,0	2	1,9
	49	100,0	106	100,0
12. Cooperación entre funcionarios				
Muy mala	1	2,0	1	0,9
Mala	1	2,0	4	3,8
Ni mala ni buena	2	4,1	19	17,9
Buena	32	65,3	68	64,1
Muy buena	13	26,5	14	13,2
	49	100,0	106	100,0
13. Capacidad de los profesionales				
Muy baja	1	2,0	1	0,9
Baja	2	4,1	6	5,7
Ni baja ni alta	6	12,2	13	12,3
Alta	20	40,8	60	56,6
Muy alta	17	34,7	22	20,8
No sabe/No responde	3	6,1	4	3,8
	49	100,0	106	100,0
14. Orientación para cuidado en casa (54,2% de n)				
Muy insuficiente	0	0,0	0	0,0
Insuficiente	1	4,5	4	6,5
Ni insuficiente ni suficiente	2	9,1	5	8,1
Suficiente	15	68,2	43	69,4
Muy suficiente	4	18,2	10	16,1
	22	100,0	62	100,0

15. Calificación del servicio recibido				
Cero	1	2,0	0	0,0
Uno	0	0,0	0	0,0
Dos	0	0,0	3	2,8
Tres	10	20,4	23	21,7
Cuatro	12	24,5	36	34,0
Cinco	26	53,0	43	40,6
No Sabe/No responde	0	0,0	1	0,9
	49	100,0	106	100,0
16. Satisfacción con la atención				
Muy insatisfecho	2	4,1	1	0,9
Insatisfecho	1	2,0	3	2,8
Ni insatisfecho ni satisfecho	8	16,3	24	22,6
Satisfecho	20	40,8	57	53,8
Muy satisfecho	18	36,7	19	17,9
No Sabe/No responde	0	0,0	2	1,9
	49	100,0	106	100,0
17. Volvería al Hospital				
Si	44	89,8	97	91,5
No	5	10,2	8	7,5
No Sabe/No responde	0	0,0	1	0,9
	49	100,0	106	100,0

Con base en los resultados obtenidos a partir de la segregación por grupo de control, (Tabla No. 21) se puntualiza en lo siguiente:

La variable *trámite para ser atendido* fue mayoritariamente **sencillo** tanto para los usuarios remitidos y para aquellos no remitidos, en concordancia con el consolidado general; sin embargo se observa que para los usuarios remitidos la opción **Complicado** y **Ni complicado ni sencillo** puntuaron en igual proporción como segunda calificación, mientras que para los usuarios no remitidos la segunda opción fue **Ni complicado ni sencillo**, comportándose en este último caso igual que el consolidado general. (Tabla No. 21, pregunta No. 1)

El *pago para ser atendido* difiere entre usuarios remitidos y no remitidos. En el caso de los usuarios remitidos, la opción mayoritaria fue **Caro** y **Ni caro ni barato** en igual porcentaje. Los usuarios No remitidos respondieron mayoritariamente **Caro**. (Tabla No. 21, pregunta No. 2)

Los minutos esperados entre usuarios remitidos y no remitidos coinciden con el consolidado general, siendo mayoritariamente la opción **10 o menos**. Como segunda opción los usuarios remitidos reportaron **Más de 181 (o más de 3 horas)**, registrando el mismo comportamiento del consolidado general, mientras que los usuarios no remitidos reportaron de **31 a 60 minutos**. (Tabla No. 21, pregunta No. 3)

El tiempo esperado en ambos casos se comporta como el consolidado general, siendo **Ni largo ni corto** la opción mayoritaria. Para los usuarios remitidos la segunda opción fue Largo. Para los usuarios no remitidos la segunda opción fue **Muy largo.** (Tabla No. 21, pregunta No. 4)

La variable *solución a la necesidad* difiere con el consolidado general entre los dos grupos de control. En el consolidado general (Tabla No. 19, pregunta No. 5) esta variable calificó mayoritariamente **Buena.** En el grupo de control, para los usuarios Remitidos la respuesta mayoritaria es **Muy Buena**, mientras que los usuarios No remitidos la respuesta mayoritaria sigue siendo **Buena** tal como fue la percepción general. Esta diferencia tiene relación con la percepción de los usuarios remitidos de otras instituciones de menor complejidad, quienes en algunas ocasiones comentan que la atención recibida en el Hospital Universitario es mucho mejor comparado con la IPS de dónde vienen. (Tabla No. 21, pregunta No. 5)

Las *Respuestas/Orientaciones* recibidas fueron calificadas mayoritariamente para los dos grupos de control como **Apropiadas**, encontrándose alineada al consolidado general. Frente a la segunda opción los usuarios remitidos reportaron

Muy apropiadas, mientras que los usuarios no remitidos reportaron **Ni apropiadas ni apropiadas.** (Tabla No. 21, pregunta No. 6)

El *Aseo de la institución* fue calificado mayoritariamente por los dos grupos de control como **Bueno**. Para los usuarios remitidos la segunda opción empata con **Ni malo ni bueno** y **Muy bueno**; mientras que para los usuarios no remitidos la segunda opción reportada fue **Ni malo ni bueno**. (Tabla No. 21, pregunta No. 7)

Las variables *Estado de la planta física, Elementos de sala y cuartos, trato de los asistenciales, trato de los administrativos, Cooperación entre funcionarios, Capacidad de los profesionales, Orientación para cuidado en casa y Calificación del servicio recibido* coinciden con el consolidado general tanto para respuesta mayoritaria y para la segunda respuesta, en los dos grupos de control. (Tablas No. 19 y No. 21)

Finalmente, la variable *satisfacción con la atención* puntúa mayoritariamente como **Satisfecho** para los dos grupos de control, sin embargo para los usuarios no remitidos, la segunda opción corresponde a la respuesta **Ni insatisfecho ni satisfecho**, mientras que para los usuarios remitidos la segunda opción es **Muy satisfecho**. (Tabla No. 21, pregunta No. 16)

Teniendo en cuenta que en la ESE Hospital Universitario de Santander la prcepción sobre la calidad se condiciona al servicio, se presenta en la Tabla No. 22 la calificación de cada subdimensión de acuerdo al servicio demandado por el usuario.

Tabla 22 Calificación Subdimensiones de calidad según el servicio

Variable	Consulta Externa Especializada		Hospitalización		Oncología		Sala de partos		Urgencias	
1. Trámite para ser atendido	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Muy complicado	3	5,9	7	11,7	1	7,1	1	14,3	6	26,1
Complicado	11	21,6	8	13,3	7	50,0	0	0,0	3	13,0
Ni complicado ni sencillo	12	23,5	11	18,3	4	28,6	1	14,3	6	26,1
Sencillo	22	43,1	25	41,7	2	14,3	5	71,4	8	34,8
Muy sencillo	3	5,9	8	13,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
No sabe/No responde	0	0,0	1	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	51	100,0	60	100,0	14	100,0	7	100,0	23	100,0
2. Pago para ser atendido (7,1% de n)	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Muy caro	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0
Caro	3	60,0	1	33,3	0	0,0	1	100,0	0	0,0
Ni caro ni barato	1	20,0	1	33,3	1	100,0	0	0,0	0	0,0
Barato	1	20,0	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Muy barato	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	5	100,0	3	100,0	1	100,0	1	100,0	1	100,0
3. Minutos esperados	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Más de 181 (o más de 3 horas)	5	9,8	8	13,3	0	0,0	0	0,0	13	56,5
De 121 a 180	3	5,9	3	5,0	4	28,6	0	0,0	0	0,0
De 61 a 120	10	19,6	5	8,3	5	35,7	0	0,0	2	8,7
De 31 a 60	20	39,2	5	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
De 11 a 30	10	19,6	6	10,0	4	28,6	2	28,6	1	4,3
10 o menos	3	5,9	31	51,7	1	7,1	5	71,4	7	30,4
No sabe/No responde	0	0,0	2	3,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	51	100,0	60	100,0	14	100,0	7	100,0	23	100,0
4. El tiempo esperado pareció	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Muy largo	12	23,5	7	11,7	2	14,3	0	0,0	11	47,8
Largo	16	31,4	11	18,3	3	21,4	1	14,3	2	8,7
Ni largo ni corto	19	37,3	18	30,0	8	57,1	3	42,9	6	26,1
Corto	4	7,8	19	31,7	1	7,1	2	28,6	4	17,4
Muy corto	0	0,0	4	6,7	0	0,0	1	14,3	0	0,0
No sabe/No responde	0	0,0%	1	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0

	51	100,0	60	100,0	14	100,0	7	100,0	23	100,0
5. Solución a la necesidad										
Muy mala	0	0,0	1	1,7	0	0,0	1	14,3	2	8,7
Mala	2	3,9	2	3,3	0	0,0	0	0,0	2	8,7
Ni mala ni buena	7	13,7	8	13,3	3	21,4	0	0,0	3	13,0
Buena	30	58,8	27	45,0	6	42,9	6	85,7	11	47,8
Muy buena	8	15,7	21	35,0	4	28,6	0	0,0	5	21,7
No sabe/No responde	4	7,8%	1	1,7	1	7,1	0	0,0	0	0,0
	51	100,0	60	100,0	14	100,0	7	100,0	23	100,0
6. Respuestas / Orientaciones	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Muy inapropiadas	1	2,0	5	8,3	0	0,0	0	0,0	5	21,7
Inapropiadas	3	5,9	1	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ni inapropiadas ni apropiadas	6	11,8	6	10,0	3	21,4	1	14,3	2	8,7
Apropiadas	36	70,6	33	55,0	7	50,0	5	71,4	14	60,9
Muy apropiadas	5	9,8	15	25,0	4	28,6	1	14,3	2	8,7
	51	100,0	60	100,0	14	100,0	7	100,0	23	100,0
7. Aseo de la Institución	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Muy malo	0	0,0	1	1,7	1	7,1	0	0,0	5	21,7
Malo	2	3,9	6	10,0	1	7,1	0	0,0	0	0,0
Ni malo ni bueno	5	9,8	10	16,7	4	28,6	3	42,9	4	17,4
Bueno	40	78,4	29	48,3	5	35,7	4	57,1	12	52,1
Muy bueno	4	7,8	14	23,3	3	21,4	0	0,0	2	8,7
	51	100,0	60	100,0	14	100,0	7	100,0	23	100,0
8. Estado de la planta física	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Muy descuidada	0	0,0	1	1,7	1	7,1	0	0,0	3	13,0
Descuidada	3	5,9	3	5,0	2	14,3	1	14,3	3	13,0
Ni descuidada ni cuidada	13	25,5	22	36,7	4	28,6	4	57,1	7	30,4
Cuidada	32	62,7	28	46,7	4	28,6	1	14,3	10	43,5
Muy cuidada	1	2,0	5	8,3	1	7,1	1	14,3	0	0,0
No sabe/No responde	2	3,9	1	1,7	2	14,3	0	0,0	0	0,0
	51	100,0	60	100,0	14	100,0	7	100,0	23	100,0
9. Elementos de sala y cuartos	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Muy incómodos	0	0,0	3	5,0	0	0,0	1	14,3	6	26,1
Incómodos	5	9,8	2	3,3	0	0,0	0	0,0	3	13,0

Ni cómodos ni incómodos	14	27,5	13	21,7	8	57,1	3	42,9	7	30,4
Cómodos	30	58,8	25	41,7	3	21,4	3	42,9	7	30,4
Muy cómodos	2	3,9	17	28,3	3	21,4		0,0		0,0
	51	100,0	60	100,0	14	100,0	7	100,0	23	100,0
10. Trato de los asistenciales	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Muy malo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	8,7
Malo	1	2,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ni malo ni bueno	5	9,8	6	10,0	1	7,1	0	0,0	3	13,0
Bueno	20	39,2	21	35,0	4	28,6	6	85,7	12	52,2
Muy bueno	23	45,1	33	55,0	9	64,3	1	14,3	6	26,1
No sabe/No responde	2	3,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	51	100,0	60	100,0	14	100,0	7	100,0	23	100,0
11. Trato de los administrativos	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Muy malo	0	0,0	0	0,0	1	7,1	0	0,0	2	8,7
Malo	2	3,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,3
Ni malo ni bueno	3	5,9	4	6,7	4	28,6	0	0,0	3	13,0
Bueno	31	60,8	29	48,3	4	28,6	7	100,0	10	43,5
Muy bueno	15	29,4	24	40,0	5	35,7	0	0,0	7	30,4
No sabe/No responde	0	0,0	3	5,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	51	100,0	60	100,0	14	100,0	7	100,0	23	100,0
12. Cooperación entre funcionarios	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Muy mala	0	0,0	1	1,7	0	0,0	0	0,0	1	4,3
Mala	1	2,0	2	3,3	0	0,0	0	0,0	2	8,7
Ni mala ni buena	6	11,8	5	8,3	4	28,6	2	28,6	4	17,4
Buena	41	80,4	36	60,0	5	35,7	5	71,4	13	56,5
Muy buena	3	5,9	16	26,7	5	35,7		0,0	3	13,0
	51	100,0	60	100,0	14	100,0	7	100,0	23	100,0
13. Capacidad de los profesionales	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Muy baja	1	2,0	1	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baja	1	2,0	4	6,7	1	7,1	0	0,0	2	8,7
Ni baja ni alta	8	15,7	4	6,7	3	21,4	1	14,3	3	13,0
Alta	30	58,8	25	41,7	6	42,9	5	71,4	14	60,9
Muy alta	6	11,8	26	43,3	3	21,4	1	14,3	3	13,0
No sabe/No responde	5	9,8	0	0,0	1	7,1	0	0,0	1	4,3
	51	100,0	60	100,0	14	100,0	7	100,0	23	100,0

14. Orientación para cuidado en casa (54,2% de n)	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Muy insuficiente	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Insuficiente	2	5,3	1	3,7	2	14,3	0	0,0	0	0,0
Ni insuficiente ni suficiente	3	7,9	1	3,7	2	14,3	1	33,3	0	0,0
Suficiente	30	78,9	17	63,0	7	50,0	2	66,7	2	100,0
Muy suficiente	3	7,9	8	29,6	3	21,4	0	0,0	0	0,0
	38	100,0	27	100,0	14	100,0	3	100,0	2	100,0

15. Calificación del servicio recibido	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cero	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,3
Uno	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Dos	1	2,0	1	1,7	0	0,0	0	0,0	1	4,3
Tres	12	23,5	12	20,0	3	21,4	0	0,0	6	26,1
Cuatro	20	39,2	14	23,3	5	35,7	3	42,9	6	26,1
Cinco	18	35,3	33	55,0	5	35,7	4	57,1	9	39,1
No Sabe/No responde	0	0,0	0	0,0	1	7,1	0	0,0	0	0,0
	51	100,0	60	100,0	14	100,0	7	100	23	100,0

16. Satisfacción con la atención	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Muy insatisfecho	0	0,0	1	1,7	0	0,0	0	0,0	2	8,7
Insatisfecho	3	5,9	1	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ni insatisfecho ni satisfecho	11	21,6	9	15,0	4	28,6	1	14,3	7	30,4
Satisfecho	31	60,8	23	38,3	8	57,1	4	57,1	11	47,8
Muy satisfecho	5	9,8	26	43,3	1	7,1	2	28,6	3	13,0
No Sabe/No responde	1	2,0	0	0,0	1	7,1	0	0,0	0	0,0
	51	100,0	60	100,0	14	100,0	7	100,0	23	100,0

17. Volvería al Hospital	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Si	49	96,1	52	86,7	13	92,9	7	100,0	20	87,0
No	2	3,9	8	13,3	0	0,0	0	0,0	3	13,0
No Sabe/No responde	0	0,0	0	0,0	1	7,1	0	0,0	0	0,0
	51	100,0	60	100,0	14	100	7	100,0	23	100,0

A partir de los resultados obtenidos en la Tabla No. 22, se observa que la variable **Trámite para ser atendido** tuvo un comportamiento diferente para el servicio de

Oncología, en el cual la respuesta dominante fue **Complicado**, mientras que la respuesta general fue sencillo. En este servicio, 4 usuarios (de 7) manifestaron que el trámite era complicado por la EPS. (Tabla No. 22, pregunta No. 1)

La variable **Pago para ser atendido** presenta un comportamiento muy variado según cada servicio: en el servicio de Consulta Externa la mayoría expresó que el pago es **Caro**; en Hospitalización se presentó el mismo puntaje entre **Caro, Ni caro ni barato y Barato**; en Oncología sólo un usuario respondió esta pregunta quién la calificó como **Ni caro ni barato**; en Sala de partos sólo un usuario respondió esta pregunta quién calificó **Caro** y en urgencias sólo un usuario respondió esta pregunta quién calificó **Muy caro**. (Tabla No. 22, pregunta No. 2)

La variable **minutos esperados** presenta un comportamiento muy variado según cada servicio: en el servicio de Consulta Externa la mayoría expresó de **31 a 60 minutos**; en Hospitalización la respuesta dominante fue **10 o menos**; en Oncología de **61 a 120**; en sala de partos **10 o menos** y en urgencias **más de 181 (o más de tres horas)**, siendo urgencias el servicio que obtuvo la menor calificación en esta variable. (Tabla No. 22, pregunta No. 3)

Frente a la variable **el tiempo esperado pareció** se observa que los servicios de Consulta Externa, Oncología y Sala de partos se comportan igual al general consolidado, siendo la respuesta dominante **Ni largo ni corto**. Por su parte el servicio de Hospitalización presenta mayoritariamente la opción **Corto** mientras que el servicio de urgencias registró mayoritariamente la opción **Muy largo,** en relación directa con los resultados de la variable anterior. (Tabla No. 22, pregunta No. 4)

Las variables **Solución a la necesidad, Respuestas/Orientaciones y Aseo de la institución** se comportan de igual manera al consolidado general para los diferentes servicios, siendo estas las respuestas más homogéneas en la muestra. (Tabla No. 22)

La variable **Estado de la planta física** se comporta en igual manera con el consolidado general en los servicios de Consulta Externa, Hospitalización y Urgencias, siendo **Cuidada** la respuesta mayoritaria. Se observa que en el servicio de Oncología existe un empate entre **Ni descuidada ni cuidad y Cuidada**, mientras que en sala de partos la respuesta dominante fue **Ni descuidada ni cuidada.** (Tabla No. 22, pregunta No. 8)

La variable **elementos de sala y cuartos** se comportan de igual manera con el consolidado general para los servicios de Consulta Externa y Hospitalización, siendo **Cómodo** la respuesta mayoritaria. En el servicio de Oncología y sala de partos la respuesta mayoritaria fue **Ni cómodos ni incómodos**, mientras que en Urgencias se presenta un empate entre las respuestas **Ni incómodo ni cómodo** y **Cómodo.** (Tabla No. 22, pregunta No. 9)

La variable **Trato de los Asistenciales** se comporta en igual formal al consolidado general en los servicios de Consulta Externa, Hospitalización y Oncología, siendo **Muy bueno** la respuesta mayoritaria. En los Servicios de Sala de partos y Urgencias la calificación mejora, siendo mayoritaria **Bueno**. (Tabla No. 22, pregunta No. 10)

La variable **Trato de los Administrativos** se comporta en igual forma al consolidado general en los servicios de Consulta Externa, Hospitalización, Sala de partos y Urgencias, siendo **Bueno** la respuesta mayoritaria. En el caso de Oncología, la calificación mejora siendo la respuesta mayoritaria **Muy bueno**. (Tabla No. 22, pregunta No. 11)

La variable **Cooperación entre funcionarios** se comporta en igual forma al consolidado general para todos los servicios, siendo **Buena** la respuesta mayoritaria. Se observa que en el Servicio de Oncología las respuestas **Buena y Muy buena** ocuparon el mismo lugar. (Tabla No. 22, pregunta No. 12)

La variable **Capacidad de los profesionales** se comporta en igual forma al consolidado general para los servicios de Consulta Externa, Oncología, Sala de partos y Urgencias, siendo **Alta** la respuesta mayoritaria. En el servicio de Hospitalización la percepción mejora siendo la respuesta mayoritaria **Muy alta**. (Tabla No. 22, pregunta No. 13)

La variable **Orientación para cuidado en casa** se comporta en igual forma al consolidado general en todos los servicios, siendo **Suficiente** la respuesta mayoritaria.

La variable **Calificación el servicio recibido** se comporta en igual forma al consolidado general en los servicios de Hospitalización, Oncología, Sala de partos y Urgencias, siendo **cinco** la respuesta mayoritaria. En Consulta Externa la respuesta mayoritaria fue **cuatro**. En Oncología se observa un empate entre **cuatro y cinco.** (Tabla No. 22, pregunta No. 15)

La variable Satisfacción con la atención se comporta en igual forma a la variable anterior. Los servicios de Consulta Externa, Oncología, Sala de partos y Urgencias registraron como opción mayoritaria **Satisfecho**. En el servicio de Hospitalización la percepción de esta variable mejora al registrarse como respuesta mayoritaria **Muy satisfecho**. (Tabla No. 22, pregunta No. 16)

Razones de adherencia a la IPS expuesta por los usuarios:

Un subgrupo mayoritario de 141 (91,0%) del total de 155 participantes expresó su motivación para volver a demandar los servicios de la IPS; 13 participantes (8,4%) esperan no volver; finalmente 1 participante (0,6%) no indicó respuesta decidida sobre esta pregunta.

La Tabla No. 23 resume las principales razones de adherencia identificadas:

Tabla 23 Razones de adherencia a la IPS

Razón de adherencia		n	%	% acum.
Buena atención recibida	**Buena atención recibida** Expresado por los usuarios tácitamente como "buena atención", *"el servicio es bueno".*	61	35,5	35,5
	Presencia y disponibilidad operativa de equipamientos y médicos especialistas Expresado por los usuarios como *"he recibido toda la atención que he necesitado; el Hospital cuenta con todos los equipos y aquí están los especialistas"*	17	9,9	45,3
	Reconocimiento Específico de la calificación profesional del personal asistencial Expresado por los usuarios como *"excelente atención médica; excelentes médicos, aquí están los mejores especialistas"*	15	8,7	54,1
	Buen trato (personal asistencial y personal administrativo)	13	7,6	61,6
	Demanda satisfecha Expresado por los usuarios por haber sido atendidos, dando referencia a que en esta IPS recibe por lo menos la atención.	5	2,9	64,5
	Oportunidad en el servicio Expresado tácitamente como un servicio oportuno y dónde más rápido le atienden	4	2,3	66,9
	Buen Tratamiento Médico Expresado como "*He obtenido buenos resultados, son eficientes"*	4	2,3	69,2
	Buena alimentación	1	0,6	69,8
Inexistencia de otra opción institucional para demandar servicios de salud Expresado por los usuarios como *"no hay otra opción, debo acogerme a dónde me remita la EPS"*		15	8,7	78,5
En caso de ser estrictamente necesario Esta afirmación fue expresada como *"por una necesidad; si toca"* o bien por arraigos culturales de *"no puedo decir que de esta agua no beberé"*		8	4,7	83,2
Necesidad inaplazable de atender su situación particular de salud o de enfermedad Expresado como *"porque lo necesito, porque estoy enfermo"*		6	3,5	86,7
Tradición familiar y confianza Expresado por los usuarios como el hecho de haber nacido en el hospital, haber sido atendido en ocasiones anteriores (o un familiar) y por tenerle confianza al Hospital		6	3,5	90,2

Por considerarse que es la IPS de las personas pobres o en cierta condición asumida de marginalidad social Expresado por los usuarios como *"porque es la única institución que tiene el pobre" "no hay plata para particular" "si tuviera plata pago en otra parte" "porque aquí no tengo que pagar nada"*	5	2,9	93,1
No manifiesta la razón de su adherencia	5	2,9	96,0
Preferencia de esta IPS frente a otras Expresado por los usuarios por sentir que es mejor esta IPS en comparación de dónde viene; o que en otra IPS es igual o peor	4	2,3	98,3
Evidente mejora del servicio de la Institución Expresado como *"el hospital ha mejorado, ahora es más organizado"*	2	1,2	99,5
Especialidad geográficamente exclusiva. Por ser la única IPS en el territorio que ofrece la especialidad médica que demanda el paciente	1	0,6	100,0

Por otra parte, entre los 13 participantes que expresaron su decisión de no volver a la IPS, se identificaron las razones expuestas en la Tabla No. 24:

Tabla 24 Razones para no volver a demandar los servicios de la IPS

Razón para no volver		n	%	% acum.
Mala Calidad en general en la atención	**Demora en la atención** Puesto en manifiesto por los usuarios como demasiada congestión, esperas prolongadas (incluso semanas en piso esperando cirugía) y complicaciones para que le atiendan	5	33,3	33,3
	Personal asistencial negligente y deshumano	3	20	53,3
	Manifiesta haber adquirido infecciones en el Hospital	1	6,7	60,0
Desea pagar un seguro médico para que lo atiendan en otra parte		2	13,3	73,3
Quiere una muerte digna		1	6,7	80
Carencia de información certera sobre su estado de salud Manifestado por los usuarios como *"no me dan razón de qué tengo y que me van a hacer"*		1	6,7	86,7
Manifiesta venir en contra de su voluntad		1	6,7	93,4
No manifiesta su razón para no volver		1	6,7	100,0

Sugerencias de mejora por parte de los usuarios en la prestación del servicio en la IPS

De los 155 encuestados, 121 usuarios (78%) expresaron asuntos o elementos susceptibles de mejora en la IPS. En la Tabla No. 25 se presenta las razones identificadas:

Tabla 25 Sugerencias de mejora en la IPS

Sugerencia		n	%	% acum.
Agilización de los Servicios	**Reducción de los trámites administrativos** Expresado por los usuarios como *"más orden para atender, menos filas, menos tiempo de espera, demora en facturación"*	15	9,3	9,3
	Acortamiento del tiempo que transcurre entre la solicitud de una cita y la efectiva recepción de la atención *(mayoritariamente en el servicio de consulta externa)* Expresado por los usuarios como *"muy demorado de una cita a otra, que asignen citas más seguido"*	7	4,3	13,6
	Demora en la atención médica Expresado mayoritariamente por los usuarios del servicio de urgencias quienes manifiestan que llevan días e incluso semanas esperando que les resuelvan su situación de salud, quitándole la oportunidad a un paciente con mayor prioridad.	5	3,0	16,6
Mejorar la dimensión física de la infraestructura existente Expresado principalmente en las siguientes razones: mayor ventilación en las habitaciones; mayor privacidad, dotar de baños privados en las habitaciones; habitaciones más agradable para los niños; el hospital no cuenta con cafetería; adecuar el techo de la sala de espera de consulta externa; terminar las obras porque se encuentran muy atrasadas.		26	16,0	32,6
Urgencias Expresado tácitamente por los usuarios quienes mencionaron que se requiere ampliar el servicio, mayor dotación de sillas y camillas (mobiliario escaso e incómodo), mayor orden, más personal asistencial, mejor trato humano, atención más rápida y manifiestan en general que el ambiente es muy pesado.		17	10,5	43,1
Humanización del trato al usuario, bien por el personal administrativo o personal el asistencial *(mayoritariamente por las enfermeras en el servicio de urgencias y hospitalización de pediatría)*		16	9,9	53,0

Mayor dotación de mueblería básica para la comodidad de los usuarios en silletería, camas, camillas, entre otros Puesto en manifiesto como la dificultad de subir a piso ante la eminente falta de camas. En el servicio de urgencias expresan que las camillas no son suficientes; mal estado de los carros de medicamentos y las mesas para alimentarse en el servicio de hospitalización; dotar de televisores en habitaciones y salas de espera; dotar de sillas en las habitaciones para los visitantes.	11	6,8	60,0
Presencia de más personal asistencial en la IPS, en especial médicos especialistas	7	4,3	64,3
Mayor dotación de equipos técnicos para la realización de procedimientos *(mayoritariamente en el servicio de oncología)* Los usuarios manifiestan que ante los daños de los equipos deben trasladarse a otra IPS. Para el caso de oncología para niños, expresan que debería estar todos los equipos en un mismo sitio dentro del hospital para no tener que desplazar al paciente.	6	3,7	68,0
Cumplimiento de agenda y citas por parte de los médicos especialistas Expresado por los usuarios como la no puntualidad por parte de los médicos especialistas al momento de las citas (mayoritariamente en consulta externa),	6	3,7	71,7
La alimentación Los usuarios se refieren a que la comida no es agradable, mal sabor, fría y algunas veces salada	5	3,0	74,7
Dar información certera sobre la situación de salud del paciente Los usuarios manifiestan que no se les informa concretamente sobre su estado de salud, desconocen los procedimientos que les deben realizar y en algunas ocasiones les programan cirugías y finalmente no se les realiza.	5	3,0	77,7
Negligencia por parte de los funcionarios Los usuarios manifiestan (mayoritariamente en el servicio de urgencias) que el personal permanece chateando y no cumplen sus funciones. En hospitalización de pediatría manifiestan que el personal asistencial no permanece pendiente, prefiriendo en este caso el servicio de UCI o urgencias pediátricas.	5	3,0	80,7
Reducir la presencia de estudiantes y practicantes Los usuarios manifiestan que los aprendices deben tener mayor prudencia, no dar opiniones sobre el estado de salud del paciente y que los médicos son muy jóvenes	5	3,0	83,7
Mejorar los protocolos de asepxia y toma de muestra Expresado por los usuarios que temen adquirir infecciones en el hospital, especialmente en salas de cirugía.	4	2,5	86,2
Falta de coordinación con la EPS	3	1,9	88,1

Para la asignación de citas y entrega de medicamentos.			
Mayor orden por parte del personal asistencial Los usuarios manifiestan que el personal asistencial es desordenado, en casos no escriben bien los procedimientos y los repiten.	3	1,9	90,0
Alojamiento para los familiares que vienen de afuera y orientar mejor al paciente respecto a trámites	3	1,9	92,0
Hacer más fácil los trámites para los familiares **Reducir las filas para ingresar a las visitas**, (que no los dejen haciendo fila en la calle) y horarios más flexibles. Igualmente manifiestan que si bien el mobiliario es cómodo para el paciente, no ocurre lo mismo para los familiares.	3	1,9	93,9
Pago a los empleados Los usuarios expresan su inconformidad ante los atrasos en el pago de los salarios.	2	1,2	95,1
Mejorar el aseo general en las instalaciones (especialmente en baños)	2	1,2	96,3
El call center no contesta Dificultades para conseguir una cita a través de call center (prefieren ir personalmente hasta el hospital)	2	1,2	97,5
Clasificar a los pacientes por condición social Expresado como la sensación de vulnerabilidad ante la eminente necesidad de compartir habitación con personas de diferente condición social.	1	0,6	98,1
Juntas médicas El usuario manifiesta que antes de citar a un paciente para una junta médica, los médicos hayan leído las historias clínicas a fin de no hacer esperar al paciente durante largos periodos de tiempo.	1	0,6	98,7
Campañas de sensibilización de buen trato Un usuario indica que el Hospital realice campañas de buen trato por parte de los usuarios hacia el personal de la IPS	1	0,6	99,3
Ofrecer tinto Ante las largas esperas en el servicio de Consulta Externa, el usuario manifiestan que no tienen dinero para comprar el café de la máquina	1	0,6	100,0

8. Discusión de las variables capacidad resolutiva y calidad percibida

A partir de la caracterización de los servicios remitidos por las IPS provinciales al Hospital Universitario de Santander a la luz del Modelo de red 2013 y a la habilitación de los servicios, se analiza lo siguiente:

Pese a que el Departamento de Santander cuenta con un modelo de red actualizado a 2013 y definido bajo los criterios de cobertura y accesibilidad, los resultados reflejan que la red sigue funcionando bajo el modelo anterior. Las remisiones procedentes de la baja complejidad representan el 74% del total de casos remitidos hacía el Hospital Universitario, siendo esto un motivo de baja calidad y baja capacidad resolutiva de los núcleos de red de baja y mediana complejidad. Adicionalmente los resultados de la caracterización de las IPS provinciales arrojaron una sobrecarga en la prestación de los servicios del Hospital Universitario de Santander de 2615 remisiones procedentes de la red provincial durante la vigencia 2015, que no guarda coherencia con el sistema de habilitación de las IPS provinciales y con el modelo de red.

El modelo de red define 4 tipo de instituciones para la baja complejidad, cada una de ellas con “subniveles de complejidad” de acuerdo a su capacidad instalada, desde el tipo A hasta el tipo D (siendo A el de menor capacidad y D el que ofrece los servicios completos de la baja complejidad). Tal segregación refleja que al no cumplir con una misma categoría, la capacidad resolutiva para atender las demandas más frecuentes en la atención de salud se limita desde el primer nivel de atención, trasladando esta condición a los niveles de mediana y alta complejidad, conllevando al usuario a una situación de inequidad.

Nuestra realidad de país frente al Sistema de Salud ha de contribuir a esta postura inicial. El enfoque actual de gestión del modelo de salud en Colombia obedece al “modelo de suma cero” de Porter y Teisberg (2004) (como se cita en Martínez, 2013) característico por disminuir los costos totales de atención en el que “… los costos

se traspasan del pagador al paciente, del plan de salud al hospital, del hospital al médico, y del asegurado al no asegurado". (p.41). En nuestro caso, desde el primer nivel de atención, el médico general pierde la capacidad de resolver: formula los pocos medicamentos que le deja formular el POS y en casos de mayor urgencia remite a valoración por especialista (sin que esto garantice que el usuario sea atendido, ni que le suministren el tratamiento que requiere). La teoría no se aparta de esta realidad; Donabedian (1978/2001) nos habla del dilema entre el coste de la atención y la posición del médico:

> De ahí que el médico tenga que enfrentarse a los intereses y deseos del paciente individual y las obligaciones que la sociedad le impone. El deseo, comprensible, de evadir este dilema moral puede explicar, en parte, la resistencia que han mostrado los médicos ante los intentos de imponer normas públicas para la calidad de la atención. Por desgracia, el médico parece estar condenado a que su trabajo se encuentre siempre ceñido a este dilema. En tiempos pasados, debía abstenerse de hacer lo que consideraba mejor para el paciente, cuando éste no podía sufragar los gastos; ahora quizá deba abstenerse de realizar algo que pudiera ser útil al paciente porque la sociedad lo limita. Pero antes, si sufría con esta situación, lo hacía en privado, mientras que hoy en día teme ser atacado públicamente. (Rev. Calidad Asistencial, S30)

Sumado a lo anterior, la investigación desarrollada permite identificar que los centros de referencia de la Mediana Complejidad remiten al Hospital Universitario de Santander especialidades que se encuentran habilitadas en sus portafolios de servicios; lejos de descongestionar al HUS para lograr oportunidad en la prestación del servicio, están generando una sobrecarga, que como ya se mencionó fue de 2615 servicios en la vigencia 2015 (Ver Tabla No. 14). Frente a estos hallazgos se plantean las siguientes hipótesis:

- Por temas inherentes al diagnóstico y la pertinencia médica, se presentan casos en los que los Hospitales provinciales remiten al Hospital Universitario de

Santander pacientes que podrían ser atendidos en esas instituciones por demandar servicios que se encuentran habilitados.

- Una condición particular es la escasez de camas en la red provincial, convirtiéndose hipotéticamente en un motivo para remitir al Hospital Universitario en dónde esta situación no es diferente.
- Los Hospitales centros de referencia habilitan servicios que no prestan o no se encuentran en capacidad de prestar. Esto podría obedecer a los intereses particulares generados por la modalidad de pago por capitación. El artículo 4 del Decreto 4747 de 2007, establece que en esta modalidad el prestador de servicios recibe un pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un período de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecidos. La unidad de pago UPC está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrá derecho a ser atendidas. Lo anterior supone que contar con un portafolio más amplio mejora los ingresos en la contratación bajo esta modalidad.

Si bien parte de los requisitos que debe cumplir el prestador para contratar es además de habilitar el servicio, soportar la suficiencia que tiene para prestarlo a partir de su capacidad instalada, esta hipótesis representa un llamado para las IPS para que presten los servicios que habilitan y un reto para las autoridades sanitarias en replantear la rigurosidad en el otorgamiento de las habilitaciones.

Por otra parte, tal como se expone en el marco contextual, las IPS no disponen de un presupuesto previo sino que funcionan por demanda; el flujo de caja se encuentra supeditado por los aseguradores. Esta condición inicial supone ser parte de los motivos de este modus operandi.

Retomando el Modelo RED, se observa que dicho modelo es explícito al mencionar que el Hospital Universitario de Santander será la entidad receptora de aquellos casos que no son resueltos por los hospitales públicos que no cuenten con algunos servicios de urgencias o no cuenten con disponibilidad servicios de mediana y alta complejidad, de acuerdo con las circunstancias. Ante tal condición, en un evento de

este tipo prima el criterio de seguridad del paciente y en ningún momento otros criterios relacionados.

Abordar el Modelo de RED 2013 permite identificar que éste no se ha implementado en su totalidad, en parte porque la creación de una nueva IPS del orden Departamental de 1er nivel de complejidad, implica que los Alcaldes (en este caso de los municipios de California, Matanza y Vetas) tengan la voluntad de “entregar” su hospital municipal lo que genera ruido y un evidente conflicto de intereses.

Otro de los hallazgos es que el concepto de redes integradas no ha sido implementado en el actual Modelo de RED, el cual supone que las ESEs tengan la capacidad de prestar servicios de salud equitativos e integrales en un espacio poblacional determinado. De ser así, los Hospitales deberían llevar su oferta de servicios en los escenarios intramurales y extramurales en las diferentes provincias y municipios. Implementar las redes integradas obliga a una adecuada estructuración de los servicios de la baja complejidad con capacidad resolutiva para atender las demandas más frecuentes en la atención de la salud de la población a cargo, condición que limita el desarrollo de esta apuesta, por cuánto en el escenario actual de la baja complejidad es eminente las dificultades en cuanto a capacidad resolutiva. Ante esta situación el modelo de red plantea la restructuración de 22 ESEs del orden municipal a fin de lograr mejorar su resolución y la articulación con la mediana y alta complejidad. Este tema está sujeto al cumplimiento del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero.

Este panorama lleva a remitirse al pensamiento complejo y en particular a Morin (1984) quién sostiene que *“El todo es más y, al mismo tiempo, menos que la suma de las partes”.*

A partir de Morin (1984) la relación de causalidad nos muestra que el Modelo de red de servicios de salud en el Departamento de Santander, es más que la suma de las instituciones que la conforman, la suma de los conocimientos sobre cada una

de esas instituciones es insuficiente para comprender nuestra realidad en materia de salud; y a su vez es menos que la suma de cada una de las instituciones que la conforman porque contar con un modelo de red no significa que se alcance a comprender todas las cualidades y virtudes de cada una las partes; y así mismo contar con un número determinado de instituciones no significa cumplir los objetivos de la red, sino por el contrario es contar con un número de instituciones que efectivamente resuelva su nivel de complejidad, máxime si se tiene en cuenta que se descubre una característica de inequidad al permitirse cuatro categorías de instituciones que prestan servicio de baja complejidad.

Es así como el “todo” es más y a la vez es menos que los esfuerzos individuales de cada una de las partes por cumplir el objetivo común. La capacidad resolutiva desde el primer nivel de complejidad desprende una relación de causalidad en los demás niveles de atención que en términos de la presenta investigación SI representa una sobrecarga en el Hospital Universitario de Santander, siendo esta institución la menos favorecida en el actual modelo de red. Sin embargo no se puede desconocer que la capacidad resolutiva es una dinámica supeditada al enfoque de gestión del actual modelo de salud, en palabras de Porter y Tiesberg el modelo de “suma cero”.

A partir de la calidad percibida de los usuarios del Hospital Universitario de Santander a la luz de las subdimensiones de calidad del instrumento PECASUSS, se analiza lo siguiente:

Mayoritariamente la percepción que tienen los usuarios sobre las subdimensiones de calidad es Buena o Muy buena, ratificado en los resultados consolidados. En este sentido, se planteó analizar un grupo de control para identificar si la percepción varía entre los usuarios que manifestaron ser remitidos y aquellos que no, teniendo en cuenta que el fin de la investigación es conocer la incidencia de la capacidad resolutiva en la calidad percibida, los usuarios que habrían pasado por el proceso de referencia (desde la baja y mediana complejidad), aportarían a vislumbrar la

hipótesis de esta investigación. Los resultados del grupo de control evidencian que no existe diferencia significativa en la calidad percibida.

Vale la pena mencionar que la percepción de la calidad en el Hospital Universitario se encuentra muy fraccionada según el servicio tal como se observa en la Tabla No. 22. Estos hallazgos llevan a plantear la siguiente hipótesis:

- Dado el nivel de complejidad de la organización y desde la calidad percibida, la Institución se encuentra conformada por suborganizaciones. El tema de calidad no ha sido implementado en un su totalidad, encontrándose seguramente asociado a temas de cultura y subcultura organizacional, y al clima organizacional como por ejemplo la satisfacción o insatisfacción respecto a la remuneración fijada a los funcionarios, la oportunidad en el pago, la incertidumbre de trabajador en su continuidad por la modalidad de vinculación a través de contratos tercerizados, la comunicación, los estímulos, las prestaciones, entre otros. Con respecto a este último tema, es necesario mencionar que al momento de la aplicación de la encuesta, el pago del sueldo de los funcionarios del Hospital presentaba demoras.

Ante los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento PECASUSS resulta necesario precisar sobre los siguientes puntos de interés:

Si bien los resultados ofrecen un panorama favorable en la mayoría de las variables, las características sociales de los usuarios (80% del régimen subsidiado, 42,6% estrato 1 y 34,8% estrato 2, o por ejemplo 44,5% son amas de casa y en un porcentaje menor son desempleados o pertenecen a la economía informal) sumado a la inexistencia de otra Institución pública de alta complejidad en el Departamento, llevan a relacionar su nivel de abstracción y juicio frente a la calidad percibida a la teoría de la consistencia interna de percepción, la cual indica que el usuario llega ajustar su percepción y así evaluará positivamente el producto/servicio aunque el desempeño sea malo o no sea el esperado. En esta teoría la expectativa se ajusta o se adapta al servicio recibido.

Desde otra mirada, ha de reconocerse los esfuerzos institucionales para la acreditación, lo que genera un efecto favorable hacía la aceptación de los servicios por parte de los usuarios quienes entre sus respuestas comentaban que el hospital ha mejorado.

El potencial de mejoramiento de la calidad percibida existe como lo revelan porcentajes de 52,3% de usuarios que valoraron como negativa o apenas neutra su percepción frente al trámite para ser atendidos; 23,3% de usuarios que informaron que el tiempo de espera para recibir la primera atención es de mínimo 121 minutos e incluso más de 3 horas; en este mismo sentido el 76,8% de usuarios que calificaron su aceptación frente al tiempo de espera como apenas neutro (ni largo ni corto) o negativo (largo y muy largo); el 27,1% de los usuarios valoraron como negativa o apenas neutra su aceptación del aseo de la institución; el 43,2% de los usuarios valoraron como negativa o apenas neutra su aceptación del estado del mobiliario de salas y cuartos y el 25,2% de los usuarios valoraron como negativa o apenas neutra su satisfacción con la atención recibida.

Por otra parte, frente a las razones de adherencia en porcentajes menores se encuentra la inexistencia de otra opción institucional de carácter público para demandar servicios de salud. Entre los usuarios que manifestaron su decisión de no volver a la IPS HUS el 60% refirieron razones de mala calidad tales como demora en la atención, personal asistencial negligente y deshumano y la amenaza por haber adquirido infecciones intrahospitalarias.

Entre las sugerencias de mejora se ratifica la necesidad de mejorar la dimensión física del hospital (16%), agilizar los servicios (16,6%) y en específico el servicio de urgencias (10,5%) y la humanización del trato hacía el usuario (9,9%). Frente a esta última sugerencia, vale la pena fortalecer la política de humanización de la ESE Hospital Universitario de Santander.

Los hallazgos de la aplicación del PECASUSS en el Hospital Universitario permiten inferir que entre las subdimensiones de calidad existe diferencia en términos de importancia para el usuario y su percepción. A partir de Donabedian (1966) se identifica que en la presenta investigación el “componente interpersonal” prima sobre la el “componente técnico” y sobre los “aspectos de confort”. Sin embargo, también se aprecia que aparte de la importancia que otorgan los usuarios al *componente interpersonal*, el personal médico del Hospital Universitario goza de un *statuos quo* muy bien posicionado en el imaginario del colectivo, lo que también suma en la calidad percibida y realza la importancia del *componente técnico* desde la percepción del usuario.

El trato recibido por el personal médico, la solución a la necesidad de salud y la percepción de la capacidad de los profesionales son variables que traducen la satisfacción del usuario con la atención médica y la manera cómo percibe la mejoría de su estado de salud. Esto nos remite a la triada de estructura, proceso y resultado de Donabedian; pese a las dificultades observadas en estructura y proceso tales como inconvenientes con el acceso a los servicios, los trámites excesivos, tiempo de espera prolongados, dificultades de infraestructura, entre otras, el componente interpersonal en primera medida, junto con el componente técnico, fueron las variables que definieron la calidad percibida en la ESE HUS.

En función de la triada estructura, proceso y resultado de Donabedian, la capacidad resolutiva en el marco de la presente investigación se considera transversal a la estructura y al proceso y en últimas al resultado.

Es importante en esta mirada conocer la perspectiva de los profesionales de la salud frente a la percepción de los usuarios. Los resultados del PECASUSS en el Hospital Universitario de Santander (2016) se comportan de manera similar a los resultados del estudio de Petracci (2005) sobre de la perspectiva de los profesionales de la salud ante la percepción de calidad de los usuarios de hospitales públicos en

Argentina, encontrando que “Los profesionales de la salud, en coincidencia con las y los usuarios, evalúan positivamente la dimensión interpersonal de la calidad de la atención de los hospitales públicos” (p.22).

Petracci (2005) sostiene:

> Los argumentos que justifican esa coincidencia están centrados en tres figuras: el médico, como consecuencia de su vocación de servicio; el hospital público, como consecuencia de la presencia del Estado para garantizar la atención de la salud a la población con problemas de accesibilidad; y finalmente, el usuario. Este último, como consecuencia de la sabiduría que otorga la experiencia, estaría en condiciones de realizar una evaluación acorde al servicio recibido. (pp.21-22)

Con respecto a la coincidencia entre profesionales y usuarios, según Petracci (2005) la vocación de servicio de los médicos, es la que asegura el mantenimiento de una adecuada calidad de la atención a pesar de todos los obstáculos atravesados por el hospital público. Sucede de manera similar en la percepción obtenida en el HUS 2016 mediante el PECASUSS, aclarando que mayoritariamente los usuarios perciben la vocación muy bien definida en los médicos más no en los demás profesionales asistenciales, especialmente en las enfermeras.

En razón a los hallazgos de las variables, la capacidad resolutiva de las IPS provinciales pese a representar una sobrecarga en la prestación de los servicios del Hospital Universitario de Santander, no incide en la calidad perciba por los usuarios. Por el contrario, el usuario que ha experimentado el proceso de referencia desde un nivel menor de complejidad manifiesta que prefiere ser remitido al HUS al argumentar que de la IPS de dónde viene es “mala” o “peor”; llevando a plantear la hipótesis de que la ESE Hospital Universitario de Santander HUS es capaz en cierta medida, de sobrellevar la carga para que la atención sea menos penosa para los usuarios.

9. Propuesta de lineamientos

A partir de los hallazgos encontrados en la presente investigación, se presenta la siguiente propuesta de lineamientos orientados a aumentar la calidad del servicio en la ESE Hospital Universitario de Santander y a mejorar la capacidad resolutiva de la red de servicios de salud en el Departamento de Santander.

9.1 Propuesta lineamientos para la ESE Hospital Universitario de Santander

Incluir de manera permanente en sus actividades, la realización de auditoría de pertinencia clínica y socio-organizativa de las remisiones de los pacientes que ingresan al Hospital, con el propósito de contar con información trazable de la sobrecarga de servicios que está asumiendo el Hospital Universitario para definir estrategias en el corto, mediano y largo plazo como IPS de la alta complejidad en el Departamento de Santander. Esta investigación permite identificar que, desde el dominio socio-organizativo y a partir de la base de datos de remisiones del CRUE de la Secretaría de Salud Departamental, en la vigencia 2015 la sobrecarga en la prestación de servicios para el Hospital Universitario de Santander fue de 2615 remisiones procedentes de los 7 centros de referencia de la red pública hospitalaria, al no ser pertinentes dichas remisiones a la luz del modelo de red 2013 de prestación de servicios de salud en el Departamento de Santander y a la luz de los servicios habilitados en los 7 centros de referencia conforme a la base de datos REPS.

Determinar un costeo sobre los servicios demandados por los pacientes remitidos de los centros de referencia que cuentan con el servicio habilitado, con el fin de determinar costos de no calidad en la red prestadora.

9.2 Propuesta de lineamientos para el Departamento de Santander

Ejercer la adecuada inspección y vigilancia del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad para evitar que se presente 4 tipologías en las IPS de baja complejidad de manera que desarrolle de forma completa los servicios de salud del nivel I de atención, igualando estas IPS a las características de la tipología D establecidas en el actual modelo de red, para de esta forma evitar situaciones de inequidad para los usuarios del servicio y la congestión de las IPS de mediana y alta complejidad.

El Departamento debe orientar sus esfuerzos para que la red de servicios de salud funcione de acuerdo a la fase actual del modelo. Los resultados reflejan que el modelo de red 2013 no se ha implementado completamente y en consecuencia permanece la problemática de baja capacidad resolutiva, que a su vez limita la puesta en marcha del concepto de redes integradas.

Capítulo III: Conclusiones

La investigación desarrollada, desde el dominio “socio-organizativo” de la calidad percibida en salud en el Hospital Universitario de Santander, parte del reconocimiento de la problemática actual del sistema de salud en el contexto nacional y territorial, y del interés por aportar desde la disciplina de la gestión un insumo académico que permita a los diferentes actores del sistema de salud en el Departamento de Santander (IPS de la red pública y privada, aseguradores, autoridades nacionales, departamentales y locales, entre otros) establecer estrategias para la consolidación del modelo de red de servicios de salud, y en últimas, aportar a la mejor atención para el usuario como razón de ser del sistema de salud.

Es así como la postura teórica, la caracterización de las IPS provinciales y los resultados obtenidos de la medición de la percepción de la calidad por parte de los usuarios se interrelacionan para concluir que la capacidad resolutiva de las IPS provinciales, pese a representar una sobrecarga en la prestación de los servicios del Hospital Universitario de Santander, no incide en la calidad perciba por los usuarios.

Al emprender la investigación se asume que son muchas las inconformidades de los usuarios de un Hospital público. Sorprendentemente los resultados de la calidad percibida dan un nuevo viraje lejos de la postura inicial, ya que son los usuarios quienes realmente califican desde su percepción, desde su experiencia (ya sea como paciente y/o acompañante), desde sus expectativas, sus paradigmas, sus sesgos, sus sentimientos, su estado de salud física y mental, su condición económica y social - tan sólo por mencionar algunas variables - su verdadero nivel de satisfacción con el servicio recibido.

Desde la postura teórica y contextual, lo anterior tiene su origen en las teorías de la percepción, en las dimensiones de la calidad percibida, en las necesidades del

usuario cuándo se enfrenta a un proceso de atención en salud, entre otras. A partir de esto, se concluye que la calidad percibida está ligada, en palabras de Frenk (2001) a la “ignorancia del público y la incapacidad para definir sus necesidades”. Ciertamente, tal como ya se ha mencionado, los usuarios ajustan sus perspectivas así el desempeño del servicio no sea el esperado, a partir de capacidad – o incapacidad – de generarse unas expectativas, a partir de la satisfacción de unas necesidades no definidas y de ignorar su rol como consumidor en el sistema. En el momento de una atención en salud lo más importante para el usuario es subsanar sus preocupaciones, si quiera lo básico, es decir lograr al menos el acceso a los servicios que necesita, con un trato respetuoso y esperando entender lo que le digan.

En relación con su necesidad, el usuario otorga una posición “privilegiada” al componente interpersonal de la calidad percibida y su valoración no alcanza a dimensionar como debiera ser el componente técnico y el componente de confort. En todo caso, la calidad técnica y los aspectos de confort deben igualarse al componente interpersonal en la resolución de los problemas de salud, por cuánto la calidad agrupa elementos de eficacia, efectividad, eficiencia, optimización, aceptabilidad, legitimidad y equidad y no únicamente el cumplimiento de las expectativas acotadas del usuario. Tampoco puede juzgarse únicamente en términos técnicos. Tal como lo define Donabedian (1990/2001) “La búsqueda de un atributo puede ir en contra de la búsqueda de otro, por lo que hay que perseguir y establecer un equilibrio”.

En esta fase de la investigación se acoge la postura de Petracci (2005) en cuanto al choque que genera para los investigadores encontrar que los usuarios tienen una evaluación positiva de la percepción de la calidad de la atención, pese a los innumerables problemas que aquejan el sistema de salud, esperando que este tipo de investigaciones reflejara la insatisfacción. Esto representa un desafío interesante

para revisar la teoría, el diseño, la formulación de las preguntas, de los instrumentos y el análisis de los resultados.

En cuanto a los instrumentos para medir calidad percibida, es un avance significativo que en Colombia se cuente con un instrumento validado siendo el único en Latinoamérica. El proceso de validación del PECASUSS terminó en el año 2010 bajo los criterios de la rigurosidad académica-científica. Los hallazgos de esta validación muestran una evaluación positiva de la percepción de calidad de los usuarios pero también evidencia los aspectos en los que el usuario reclama mejoría. Puede estar ocurriendo que los esfuerzos estén dirigidos en medir calidad percibida a los usuarios que de una u otra forma han accedido al servicio médico, dejando fuera de la medición la percepción de la demanda insatisfecha. Tal como lo sostiene Donabedian (1978/2001) “al juzgarse la calidad de la atención debe evaluarse no sólo lo que sucede a los que la reciben, sino también cuantas personas se encuentran privadas de ella” (S29). De esta manera se lograría una aproximación en la identificación de la insatisfacción de los usuarios.

Como aporte al instrumento PECASUSS se remite a la Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez” de la Universidad de Antioquia, la retroalimentación a juicio de la experiencia de su aplicación en la presente investigación (Ver anexo 03)

Es importante resaltar que parte de la aceptabilidad reflejada en los resultados de las subdimensiones de calidad reflejan el esfuerzo por alcanzar la acreditación en el Hospital Universitario de Santander, lo que se traduce en alcanzar estándares superiores de calidad en la prestación de los servicios, sin desconocer que los usuarios exigen mejoras de todo tipo, tal como se plasmó en este documento, y como lo sostiene Petracci (2005) “el hecho de que un usuario opte por calificar positivamente los atributos de la calidad percibida no indica que desconozca o niegue las deficiencias o deje de formular quejas”.

En términos de calidad percibida, los resultados obtenidos en la presente investigación aportan al Hospital Universitario de Santander un panorama actual de las necesidades y exigencias de sus usuarios, las oportunidades de mejora como institución próxima a acreditarse, la exigencia de validar las políticas institucionales, en particular por lo evidenciado en esta investigación, urge validar la política de humanización. El diálogo con su público a partir de esta investigación, también le deja al Hospital Universitario conocer la gratitud que le profesa sus usuarios.

En términos de capacidad resolutiva, la investigación aporta al Hospital Universitario de Santander una aproximación de la sobrecarga en los servicios aportado por la red provincial y la incoherencia de la referencia abordada desde el dominio socio-organizativo a partir del Modelo de red y el Registro Especial de Prestadores de Servicios REPS. Se convierte en un tema de interés para la Institución monitorear esta variable de manera permanente y estimar los costos de no calidad derivados del funcionamiento actual de la red.

Para el Departamento de Santander esta investigación genera una perspectiva del funcionamiento actual del modelo de red y representa un reto institucional que convoca a los diferentes actores a participar en su consolidación. Representa un reto de consolidación de servicios equitativos para toda la comunidad sin que haya lugar a discriminación con las tipologías de caracterización de las IPS públicas, especialmente en la baja complejidad.

Para las IPS de la red pública representa un llamado a la responsabilidad social en el sentido de cumplir con los niveles de complejidad y de prestar efectivamente todos sus servicios habilitados.

"Estamos todavía en la infancia de la evaluación de la calidad. Se necesitan muchas más investigaciones básicas… Todos estamos invitados a participar en esta empresa."

(Donabedian, 2000)

Referencias

Álvarez, C. E. (2004). Calidad Total y Cultura Corporativa. Estudio de tres empresas en Colombia. *Universidad del Rosario*, p.101.

Decreto 1011 de 2006. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

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.

Donabedian, A. (1966/2001). Evaluación de la Calidad de la atención médica S11 - Monográfico Avedis Donadebian. *Revista Calidad Asistencial, 2001. Vol.16*. Obtenido de http://www.fadq.org/?page_id=2541

Donabedian, A. (1982/2001). Calidad, Coste y Salud, un modelo integrador. S40 - Monográfico Avedis Donadebian. *Revista Calidad Asistencial, 2001. Vol.16*. Obtenido de http://www.fadq.org/?page_id=2541

Donabedian, A. (1986/2001). La Investigación sobre la calidad de la atención médica S64 - Monográfico Avedis Donadebian. *Revista Calidad Asistencial, 2001. Vol.16*. Obtenido de http://www.fadq.org/?page_id=2541

Donabedian, A. (1988/2001). La calidad de la asistencia. Cómo podría ser evaluada? S80 - Monográfico Avedis Donadebian. *Revista Calidad Asistencial, 2001. Vol 16*. Obtenido de http://www.fadq.org/?page_id=2541

Donabedian, A. (1992/2001). Garantía de Calidad en la Atención en Salud: el papel del consumidor S102. - Monográfico Avedis Donadebian. *Revista Calidad Asistencial, 2001. Vol.16*. Obtenido de http://www.fadq.org/?page_id=2541

Donabedian, A. (1993/2001). La calidad en la atención Sanitaria: de quién es la responsabilidad? S108 - Monográfico Avedis Donadebian. *Revista Calidad Asistencial, 2001. Vol. 16*. Obtenido de http://www.fadq.org/?page_id=2541

Donabedian, A. (2000/2001). Evaluación de la Competencia Médica S137. - Monográfico Avedis Donadebian. *Revista de Calidad Asistencial, 2001. Vol.16*. Obtenido de http://www.fadq.org/?page_id=2541

Evans, J. R., & Lindsay, W. M. (2008). *Administración y Control de la Calidad* (7a. edición ed.). México, D.F.: Cengage Learning Editores.

Frenk, J. (noviembre - diciembre de 2000). In Memorian Avedis Donabedian. *Salud Pública de México, 42*(6).

Frenk, J. (2001). Comentario Criterios y métodos de evaluación de la calidad asistencial S28 - Monográfico Avedis Donabedian . *Revista Calidad Asistencial, Vol. 16* Obtenido de http://www.fadq.org/?page_id=2541.

Fundación Avedis Donabedian. (s.f.). *La Calidad de la Atención.* Fundación Avedis Donadebian.

Gobernación de Santander. (2013). *Modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud en el Departamento de Santander.* Bucaramanga, Santander.

Gobernación de Santander. (2016). *Plan de Desarrollo Departamental 2016 - 2019 "Santander nos une".* Bucaramanga.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptiste Lucio, M. d. (2010). *Metodología de la Investigación* (Quinta Edición ed.). México D.F.: McGraw Hill.

Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Martínez Betancur, O. (Enero - Marzo de 2013). Competencia en el sector salud entre juegos de "suma cero" y de "suma positiva". *Acta médica Colombiana, 38*(1).

Ministerio de la Protección Social. (2006). *Línea de base de calidad percibida por usuarios/Programa de reorganización, rediseño y modernización de redes de servicios.* Medellin: Universidad de Antioquia.

Ministerio de la Protección Social. (2007). *Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.* Bogotá, D.C.: Imprenta Nacional de Colombia.

Ministerio de la Protección Social. (2008). *Calidad en Salud en Colombia Los Principios.* Bogotá, D.C.: Editorial Scripto Ltda.

Ministerio de la Protección Social. (2009). *1er. Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud "INCAS Colombia 2009".* Bogotá, D.C.

Ministerio Protección Social. (2005). *Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud.* Bogotá, D.C.

Ministerio Protección Social. (julio de 2013). *Concepto Técnico Propuesta de Actualización de la Red de Prestación de Servicios de Salud de Santander.*

Petracci, M. (septiembre de 2005). La perspectiva de los profesionales de la salud sobre la calidad percibida por los usuarios/as: Dos opiniones en coincidencia. *Revista Question, 7*. Obtenido de www. perio.unlp.edu.ar/question.

Seawright, K. W., & Young, S. T. (1996). A Quality Definition Continum. *Interfaces, 26*(3), 107-113. Obtenido de http://www.jstor.org/stable/25062136

Vargas Gonzalez, V., Valecillos, J., & Hernández, C. (2013). Calidad en la prestación de servicios de salud: Parámetros de Medición. *Revista de Ciencias Sociales*, 663-671.