

**MEDICIÓN DE LOS ATRIBUTOS Y COMPONENTES DE LA CALIDAD  
INVOLUCRADOS EN LAS PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS Y  
SUGERENCIAS DE LOS USUARIOS DE UNA INSTITUCION DE PRIMER NIVEL  
DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2014 EN BUCARAMANGA**

**ANA MILENA RIBERO BLANCO  
JORGE MARIO PALMEZANO SUÁREZ**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
FACULTAD DE SALUD  
ESCUELA DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA  
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD  
BUCARAMANGA  
2015**

**MEDICIÓN DE LOS ATRIBUTOS Y COMPONENTES DE LA CALIDAD  
INVOLUCRADOS EN LAS PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS Y  
SUGERENCIAS DE LOS USUARIOS DE UNA INSTITUCION DE PRIMER NIVEL  
DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2014 EN BUCARAMANGA**

**ANA MILENA RIBERO BLANCO  
JORGE MARIO PALMEZANO SUAREZ**

**Trabajo de grado presentado como requisitos  
para optar al título de Especialista en  
Administración de Servicios de Salud**

**DIRECTORA:  
DOCTORA DORA INÉS PARRA**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
FACULTAD DE SALUD  
ESCUELA DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA  
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD  
BUCARAMANGA  
2015**

## **AGRADECIMIENTOS**

Los Autores expresan sus agradecimientos a:

Directivos, Docentes y Administrativos de la Facultad de Salud de la Universidad Industrial de Santander (UIS), por permitirnos cursar en este claustro universitario nuestros estudios de Especialización.

Dora Inés Parra, Directora del Proyecto, por su colaboración desinteresada y por su contribución intelectual, que nos facilitaron la realización y culminación de este trabajo.

La Empresa Social del Estado, Instituto de Salud de Bucaramanga (E.S.E.- ISABU), por el suministro de información requerida y básica para efectuar el trabajo de investigación.

Otras personas, quienes con su aporte y colaboración, ayudaron en la cristalización de esta idea.

*Esta monografía la dedicamos con todo nuestro amor a nuestras madres y nuestras familias que con su sacrificio y esfuerzo han facilitado el futuro de nuestra carrera. Han sido momentos de mucho trabajo y estrés, pero ellos siempre han estado brindándonos su comprensión, cariño y apoyo.*

*A nuestros compañeros, quienes sin esperar nada a cambio compartieron su conocimiento, alegrías y tristezas que permitieron hacer el logro de este objetivo más fácil. Gracias también a todas aquellas personas que durante estos años estuvieron a nuestro lado apoyándonos para que el sueño de esta especialización se haga realidad.*

**GRACIAS A TODOS.**

## CONTENIDO

	pág.
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>17</b>
<b>1. PROBLEMA</b>	<b>19</b>
<b>1.1 ANÁLISIS DEL PROBLEMA</b>	<b>19</b>
<b>1.2 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b>	<b>21</b>
<b>2. JUSTIFICACIÓN</b>	<b>23</b>
<b>3. OBJETIVOS</b>	<b>24</b>
<b>3.1 OBJETIVO GENERAL</b>	<b>24</b>
<b>3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>24</b>
<b>4. MARCO REFERENCIAL</b>	<b>25</b>
<b>4.1 MARCO CONTEXTUAL</b>	<b>25</b>
4.1.1 Misión	25
4.1.2 Visión	25
4.1.3 Principios y Valores	25
4.1.4 Proceso de calidad en los servicios	28
<b>4.2 MARCO TEÓRICO</b>	<b>31</b>
4.2.1 Generalidades de la calidad de atención en salud	31
4.2.2 Atributos de la calidad	34
4.2.3 Componentes de la calidad	38
4.2.4 Estrategia para una buena calidad	40
4.2.5 Metodología para lograr la calidad	44
4.2.6 Sistema de información para la calidad	46
4.2.7 Función de los Sistemas de Información para la Calidad	48
4.2.8 Herramientas a ser utilizadas para la recolección de datos	49
4.2.9 Indicadores	50
4.2.10 Sistema Integral de Atención al Usuario (SIAU)	54
4.2.11 El personal de información y atención al usuario	56
4.2.12 Asociaciones de usuarios	59

4.2.13 Procedimiento para la conformación de la asociación de usuarios	59
4.2.14 Operación de la asociación de usuarios	60
4.2.15 Funciones de la asociación de usuarios	62
4.2.16 Formas de coordinación de la asociación de usuarios con otras Instancias de participación social	63
4.2.17 Políticas de funcionamiento de la asociación de usuarios	64
<b>4.3 MARCO LEGAL</b>	<b>64</b>
<b>5. DISEÑO METODOLÓGICO</b>	<b>68</b>
<b>5.1 TIPO DE ESTUDIO</b>	<b>68</b>
<b>5.2 ÁREA DE ESTUDIO</b>	<b>68</b>
<b>5.3 FUENTES Y TÉCNICAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS</b>	<b>68</b>
<b>5.4 PROCEDIMIENTOS</b>	<b>68</b>
<b>6. DESARROLLO DEL ANÁLISIS DE LA MEDICIÓN</b>	<b>70</b>
<b>6.1 RECOPIACIÓN Y ANÁLISIS DE LAS PQRS RADICADAS EN LA ESE ISABU DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2014</b>	<b>70</b>
6.1.1 Análisis de cada PQRS	71
<b>6.2 ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES ATRIBUTOS Y COMPONENTES DE LA CALIDAD IMPLÍCITOS EN LAS PQRS</b>	<b>78</b>
6.2.1 Análisis de las quejas	78
6.2.2 Análisis de las peticiones	82
6.2.3 Análisis de los reclamos	84
6.2.4 Análisis de las sugerencias	86
<b>6.3 OPORTUNIDADES DE MEJORA DEL SISTEMA INTEGRAL DE ATENCIÓN AL USUARIO (SIAU) EN LA E.S.E. ISABU</b>	<b>87</b>
<b>6.4 SUGERENCIAS DE ACCIONES PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN DE LA INSTITUCIÓN OBJETO DE ESTUDIO</b>	<b>89</b>
6.4.1 Tendientes a disminuir las debilidades de los atributos y componentes de la calidad implícitos en las PQRS	89
6.4.2 Acciones de mejora relacionadas con el proceso de medición (SIAU)	90
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>91</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>94</b>

## LISTA DE FIGURAS

	<b>pág.</b>
Figura 1. Medios para presentar PQRS	20
Figura 2. Número total de PQRS en cada centro de trabajo durante el Primer semestre del 2014	70
Figura 3. Clasificación según tipo de PQRS	71
Figura 4. Número total de quejas por cada centro de trabajo durante el Primer semestre del 2014	72
Figura 5. Número total de peticiones por cada centro de trabajo durante el primer semestre del 2014	74
Figura 6. Número total de reclamos por cada centro de trabajo durante el primer semestre del 2014	76
Figura 7. Número total de sugerencias por cada centro de trabajo durante el primer semestre del 2014	77
Figura 8. Causas del motivo de queja demora en la atención	79
Figura 9. Causas del motivo de queja maltrato por parte del funcionario	82
Figura 10. Causas del motivo de petición falla en la entrega de los medicamentos e insumos	83
Figura 11. Causas del motivo de petición cambio de personal	84
Figura 12. Causas del motivo de reclamo inadecuada entrega de los medicamentos	85
Figura 13. Causas del motivo de reclamo mala información al usuario	86
Figura 14. Causas del motivo de sugerencia falta de servicios e insumos	87

## LISTA DE TABLAS

		<b>pág.</b>
Tabla 1.	Motivos de las quejas durante el primer semestre del 2014	73
Tabla 2.	Motivos de las peticiones durante el primer semestre del 2014	75
Tabla 3.	Motivos de los reclamos durante el primer semestre del 2014	76
Tabla 4.	Motivos de las sugerencias durante el primer semestre del 2014	77

## LISTA DE ANEXOS

	<b>pág.</b>
Anexo A. Verificación del proceso sistema de información y atención al usuario	94
Anexo B. Formato para seguimiento de PQRS	96
Anexo C. Autorización E.S.E. ISABU para utilizar información	98

## RESUMEN

**TITULO:** MEDICIÓN DE LOS ATRIBUTOS Y COMPONENTES DE LA CALIDAD INVOLUCRADOS EN LAS PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS Y SUGERENCIAS DE LOS USUARIOS DE UNA INSTITUCION DE PRIMER NIVEL DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2014 EN BUCARAMANGA \*

**AUTORES:** RIBERO BLANCO, Ana Milena, PALMEZANO SUAREZ, Jorge Mario \*\*

**PALABRAS CLAVES:** Atributos y componentes de la calidad, SIAU, quejas, PQRS.

**DESCRIPCIÓN:** Medir los atributos y componentes de la calidad de las PQRS (peticiones, quejas, reclamos y sugerencias) de los usuarios de una institución de primer nivel durante el primer semestre del 2014. Se realizó análisis de los atributos y componentes de la calidad de atención implicadas en el sistema de PQRS y se describen fallas del proceso de medición. El marco metodológico introdujo a la forma como se realizó el análisis de las distintas PQRS para poder identificar las oportunidades de mejora basados en los atributos y componentes de la calidad. Se tuvo en cuenta lo que el personal asistencial comunica acerca de la manera como se maneja el tema y los documentos recabados de la institución. Por medio de este abordaje se logró conocer las necesidades de los usuarios, la manera de recolección de las PQRS, los procesos del SIAU y algunas de sus debilidades.

En las PQRS se encuentra que las quejas son las más prevalentes. Los motivos de las quejas que sobresalen son la demora en la atención, mal trato por parte de los funcionarios y dificultad para conseguir citas. Se documenta una inadecuada clasificación de las PQRS que dificulta el estudio. Los componentes y atributos relevantes fueron la oportunidad, cortesía y profesionalismo. La institución cuenta con un manual de atención del usuario donde se tiene definida plataforma estratégica de la Institución y responsabilidades sociales pero no se describe con claridad los pasos a seguir ni realiza ampliación de la información de las PQRS.

Se sugiere una mejor clasificación de las PQRS y un mejor seguimiento de las mismas. Es importante trabajar en la mejoría de la oportunidad, control de los tiempos, y dar capacitaciones para corregir el maltrato a los pacientes. Se sugiere lista de chequeo para verificación del proceso sistema de información y atención al usuario.

---

\* Trabajo de Grado

\*\* Universidad Industrial de Santander. Facultad de Salud, Escuela de Medicina, Departamento de Salud Pública, Especialización en Administración de Servicios de Salud. Directora Dora Inés Parra

## ABSTRACT

**TITLE:** MEASURING THE ATTRIBUTES AND QUALITY COMPONENTS INVOLVED IN THE REQUESTS, COMPLAINTS, CLAIMS AND SUGGESTIONS OF USERS OF A FIRST LEVEL HEALTH INSTITUTION DURING THE FIRST SEMESTER OF 2014 IN BUCARAMANGA\*

**AUTHORS:** RIBERO BLANCO, Ana Milena, PALMEZANO SUAREZ, Jorge Mario\*\*

**KEY WORDS:** Attributes and quality components, SIAU, complaints,

**DESCRIPTION:** Measurement of quality attributes and components of RCCS (requests, complaints, claims and suggestions) of the users of a first level health institution in the first half of 2014. Analysis of the attributes and components of quality of care involved was conducted in RCCS and system failures described measurement process. The methodological framework introduced the way to conduct the analysis of the RCCS. This to identify opportunities of improvement based on the quality attributes and component. It took into account information declared by workers of the institution about how the subject and the documents obtained from the institution are managed. Through this approach was achieved to discover user's needs, the way of collection of the RCCS, SIAU processes and some of their weaknesses.

In the RCCS, complaints are the most prevalent. The reasons for the complaints that stand out are delays in receiving and taking care of patients, mistreatment by officials and difficulty of getting appointments. It also was found, an inadequate classification of RCCS which makes difficult this research. The Components and relevant attributes were the opportunity, courtesy and professionalism. The institution has a user care manual where there are a strategic platform defined and the social responsibility policy but it does not clearly describe the steps to take and does not give any deep details of the information of the RCCS.

It is suggested to develop a better classification of the RCCS and better way of monitor it. It is important to work on improving the opportunities, control time, and provide proper training to eliminate the mistreatment of patients. Additionally, it is suggested to develop a checklist for information system and the customer care process.

---

\* Graduation Monograph

\*\* Universidad Industrial de Santander. Faculty of Health, School of Medicine, Department of Public Health. Specialization in Health Services Administration. Director. Dora Inés Parra

## INTRODUCCIÓN

La salud siempre ha sido una preocupación del ser humano a lo largo de la historia, ya que de algún modo mejora la calidad y la esperanza de vida de la humanidad. Es por esto que, como agentes involucrados en el sistema de salud se tiene una responsabilidad muy grande, que involucra no sólo mejorar el estado de salud de los pacientes, sino también optimizar los recursos disponibles. Una de las formas de mejorar su uso puede ser con el aprovechamiento de la información que suministran las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias (PQRS) de los pacientes, las cuales involucran generalmente atributos y componentes de la calidad.

En esta monografía, se describen algunos conceptos de la calidad involucrados en el análisis de las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias (PQRS), que con frecuencia son referidos por los usuarios de las Instituciones de Salud. También se detallan las metodologías que se usan, para medir estos aspectos y así mejorar la prestación de los servicios de salud.

Además se aborda, el papel del Sistema Integral de Atención al Usuario (SIAU), en el manejo que se debe dar a las PQRS, teniendo cuenta que el SIAU, es “la primera iniciativa gerencial diseñada por el Ministerio de Salud para contribuir al estudio del mercado en las IPS, que tiene como punto de partida la información que proporcionan los usuarios a través de las PQRS sobre la prestación de los servicios en las instituciones que hacen parte de los diversos niveles del Sistema General de Seguridad Social en Salud”<sup>1</sup>.

De otra parte, se presenta el análisis de las PQRS de una organización de salud de primer nivel de atención en periodo determinado. Este problema fue considerado de

---

<sup>1</sup> SALDARRIAGA, Margarita y MUÑOZ, Kleyre. Construcción del sistema de información y atención al usuario “SIAU”, en el Laboratorio Clínico LACID. Colombia, Apartado, 2008. p. 25

importancia debido al impacto que sobre la calidad en la prestación de los servicios de salud puede tener estos aspectos.

El objetivo de esta monografía es el de realizar una medición de los principales atributos y componentes de la calidad involucrados en las PQRS, para con esto buscar sugerencias y acciones de mejora que sean de utilidad para la Institución de salud involucrada, contribuyendo de esta manera al mejoramiento de la calidad de los servicios de esta organización. Dicha medición, contribuirá a la toma de decisiones y planteamiento de planes de mejora que conlleven al logro de una óptima calidad en la prestación de servicios.

## **1. EL PROBLEMA**

### **1.1 ANÁLISIS DEL PROBLEMA**

El SIAU es un instrumento utilizado dentro de las instituciones de salud que contribuye a mejorar la atención de cada uno de los servicios, dado que mide la satisfacción de los usuarios externos por medio del seguimiento continuo a las PQRS.

Las Peticiones, son una solicitud de manera escrita o verbal frente alguna situación, con el fin de dar solución oportuna e inmediata a su inconveniente con la prestación del servicio; las quejas son una manifestación verbal o escrita de la insatisfacción por un usuario del servicio; los Reclamos son una manifestación verbal o escrita de insatisfacción hecha por un usuario sobre el servicio prestado en la Entidad Promotora de Salud (EPS) e Institución Prestadora de Salud(IPS) y Sugerencias, es un consejo o propuestas que formula el usuario de manera verbal o escrita para el mejoramiento de la prestación del servicio de salud.

Estos documentos contienen información que involucra varios atributos y dimensiones de la calidad en la prestación de los servicios de salud, es por ello, que las instituciones interesadas en el mejoramiento continuo de sus procesos de atención, poseen un sistema de información al usuario eficiente, que les permite captar y analizar todos los posibles factores que influyen en la calidad.

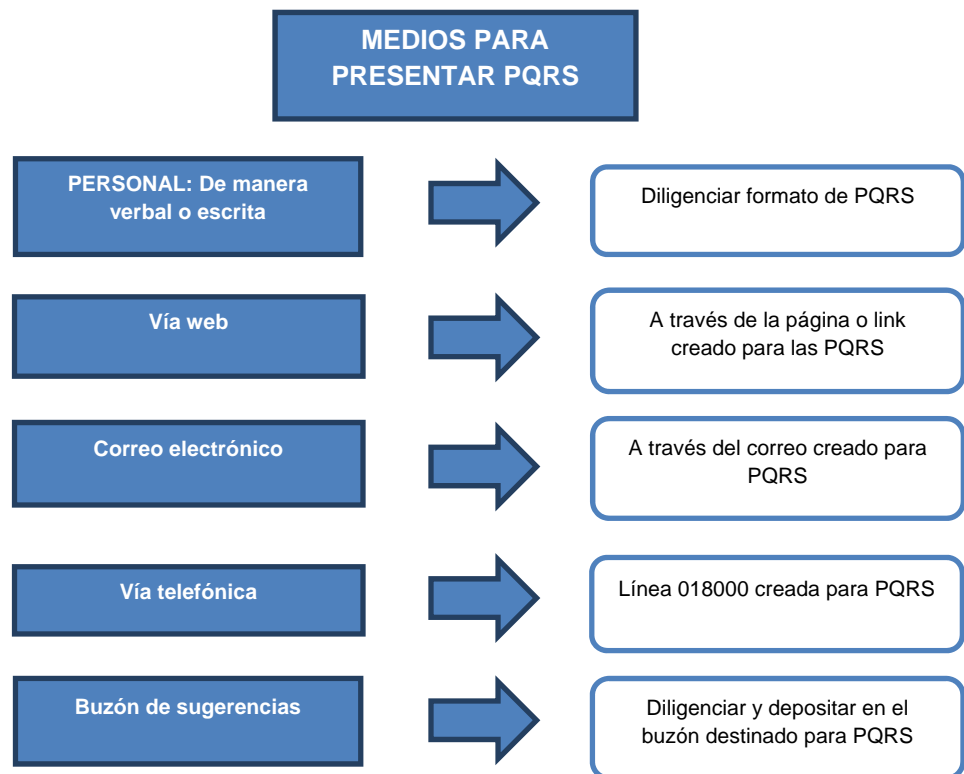
Dentro los atributos y componentes de la calidad que pueden ser identificados en las PQRS, se encuentran: la falta de oportunidad del servicio, la cortesía y el profesionalismo entre otros.

Las PQRS pueden ser recibidas por los diferentes medios (verbal o escrito, web, E-

mail, vía telefónica, y buzón de sugerencias), como una forma de retroalimentación con el ciudadano-cliente y pueden llegar a generar acciones de mejoras dentro del proceso de atención de una institución. Se tramitan después de 7 días, pues requieren de una respuesta elaborada, para que el ciudadano-cliente quede satisfecho.

A continuación se presenta una gráfica con los medios empleados para presentar las PQRS. (Véase Figura 1).

**Figura 1. Medios para presentar PQRS**



Fuente: TUNJA. GOBERNACIÓN DE BOYACÁ. Secretaria de Gestión Social Tunja.

## 1.2 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El establecimiento de los principios de “libre competencia, libertad de elección, eficacia y eficiencia” como paradigmas que enmarcan la garantía de la prestación de los servicios de salud en las empresas promotoras de salud (EPS), implica trabajar en busca de la plena satisfacción de los usuarios, resaltando la calidad y ventajas de los servicios que ofrecen directamente y a través de su red de prestadores, lo cual puede colocar a las instituciones en condiciones de privilegio dentro del mercado de salud de la región<sup>2</sup>. Es por ello que, se debe evaluar o medir de manera periódica cómo los usuarios están percibiendo el servicio, en este sentido, esta monografía tiene como propósito contribuir al mejoramiento de este proceso, una vez analizada la información proveniente de las PQRS de una institución de salud de primer nivel de atención.

La medición de los atributos y componentes de la calidad pretenden orientar la gestión por parte de la IPS de primer nivel, para la obtención de beneficios y resultados de calidad hacia la comunidad, mediante la innovación, el control constante a la prestación de los servicios de salud, el mejoramiento de la calidad de atención de sus usuarios, la selección objetiva de sus proveedores y el continuo mejoramiento de las habilidades para promover un uso adecuado de la red de servicios por medio de actividades encaminadas a educar, informar y orientar a los usuarios y funcionarios sobre la oferta de servicios, las condiciones determinadas del mismo.

El proceso comunicativo que comienza desde el primer contacto con los usuarios, debe ser reforzado con un sistema de información, en donde se dan a conocer

---

<sup>2</sup> COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Re-Crear la Prestación de Servicios de Salud en las empresas Sociales del Estado en el sistema de Seguridad Social. Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud. (en línea). Dirección General para el desarrollo de la prestación de los servicios de salud, 2 de Marzo de 2000. (Citado el: 25 de Junio de 2015.). Disponible en internet: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/RE-CREAR.pdf>.

aspectos relacionados con los servicios que se brindan, su calidad, ventajas, garantía, requisitos y condiciones para la prestación, los mecanismos de organización y participación social, mecanismos de defensa de los derechos, para hacer un mejor uso de los servicios de salud.

El proceso de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias se describe como un sistema que capta la satisfacción de la comunidad, después de recibir el servicio, por distintos medios que la entidad debe proveer. Esa manifestación de la comunidad es recibida, registrada y clasificada de acuerdo a los procesos que estén siendo afectados, para luego ser direccionada y posteriormente solucionada en los términos legales; finalmente se debe ofrecer una respuesta y retroalimentación.

## 2. JUSTIFICACIÓN

Debido a la gran competencia que existe hoy en día entre las distintas instituciones de salud, es importante a la hora de competir ser catalogados como una entidad prestigiosa, pues cada día las exigencias hacia los servicios que se prestan van a ser mayores y el usuario siempre espera que éstos sean de la mejor calidad, por ello, la Ley 100 de 1993 en Colombia, obliga a las instituciones a establecer un servicio de atención a los usuarios y de recepción de quejas y reclamos para evaluar el nivel de satisfacción. Además, el Sistema Obligatorio de Garantía para la Calidad en Salud (SOGC), obliga a medir la calidad del servicio, de manera constante en búsqueda del mejoramiento continuo.

El SIAU contiene herramientas que permiten obtener información sobre las reales necesidades que tiene el usuario en la prestación de servicios de salud y así generar planes de mejoramiento que faciliten finalmente suplir estas necesidades. Este Sistema se convierte en la principal herramienta para detectar fallas en la prestación del servicio, con el objetivo de orientar la organización al cliente, de tal forma que los usuarios participen en el mejoramiento de la gestión, logrando la preferencia hacia los servicios y así obtener su fidelidad. Es por esto, que se debe trabajar constantemente en el mejoramiento continuo de este sistema, ya que es la base para detectar oportunidades de mejora en el mismo.

El presente trabajo, muestra cómo a partir del análisis de las PQRS recibidas por el SIAU, se pueden evidenciar componentes y atributos de la calidad, implícitos en la prestación del servicio de una institución de salud, lo que demuestra la importancia de este sistema dentro de la organización. Por ello, las fallas en la captación y solución de estas PQRS, pueden afectar la calidad de la institución, impidiendo un verdadero análisis de la situación y un progreso continuo de los procesos de atención.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Medir los atributos y componentes de la calidad involucrados en las PQRS de los usuarios, de una institución de primer nivel de atención durante el primer semestre del 2014.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Realizar análisis de los atributos y componentes de la calidad de atención implicadas en el sistema de Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias (PQRS) de los usuarios, de una institución de salud de primer nivel de atención de la ciudad de Bucaramanga, durante el primer semestre del 2014.
- Describir las oportunidades de mejora del proceso de medición de las PQRS en la institución objeto de análisis.
- Sugerir acciones que faciliten el mejoramiento continuo de la prestación de los servicios en la institución objeto de análisis.

## 4. MARCO REFERENCIAL

### 4.1 MARCO CONTEXTUAL

Esta monografía tiene como objeto de análisis, la información contenida en el reporte de las PQRS de un ente de salud público que ofrece servicios de primer nivel de atención, del cual se obtuvo permiso del representante legal. A continuación se describe las características organizacionales y de prestación de esta institución.

El Instituto de Salud de Bucaramanga (ISABU), es un Institución Prestadora de Salud del sector público, descentralizado, del orden municipal, es decir, con patrimonio propio obteniendo la modalidad de Empresa Social del Estado (E.S.E), cuya función es la prestación de servicios de salud en atención primaria y funciona en la infraestructura física del Hospital Local del Norte.

**4.1.1 Misión.** Prestar servicios de salud con énfasis en atención primaria, orientados hacia la satisfacción y seguridad del usuario y con vocación docencia servicio.

**4.1.2 Visión.** En el 2020 ser reconocidos por la calidad en los servicios, lograda con el trabajo en equipo y la práctica de los valores institucionales.

**4.1.3 Principios y Valores.** La Empresa Social del Estado, Instituto de Salud de Bucaramanga (ESE ISABU), cuenta con un grupo de personas altamente comprometidas con la Institución y el servicio a la comunidad, donde el amor hacia su trabajo es el pilar fundamental del servicio, para que así la ESE ISABU pueda ser un actor fundamental en el mejoramiento de la calidad de vida de los conciudadanos y ejercer un auténtico liderazgo social, edificado este proceso sobre

las bases de los principios y valores adoptados por la entidad mediante Resolución No. 00196 de septiembre 22 de 2007.

- Compromiso. La responsabilidad de nuestras labores, tareas, actividades y la obligación en el cumplimiento de los deberes se ve en el sentido de pertenencia que tenemos hacia nuestra institución como se dice con la camiseta puesta buscando con ello llegar a la misión para la cual fue creada la ESE ISABU. Contamos con funcionarios comprometidos moralmente hacia nuestra entidad quienes exhiben comportamientos que van alineados con los objetivos misionales ya que se asumen esos objetivos como propios, es así que encontramos empleados y personas que prestan sus servicios que van más allá de la línea del deber y toman iniciativas que resultan beneficiosas para la entidad.

- Transparencia. La verdadera amistad lleva a que el vínculo entre compañeros sea sincero y leal, apuntando esto al crecimiento personal e institucional. Es por ello que el factor humano en nuestra empresa es prioridad aprestándonos a la unión, a la fraternidad y al interés por nuestro compañero(a) de labores sin distinción alguna, demostrando así la integración total de la familia ESE ISABU.

- Compañerismo. Con este valor estamos demostrando el alto grado de integración interna y externa, cuando nos adherimos total e limitadamente a una causa, situación o circunstancia lo que nos implica asumir y compartir beneficios y riesgos. En nuestra institución unimos lazos para cobijar de nuestros servicios y voluntad de trabajo a nuestros usuarios y comunidad en general cuando su estado de indefensión en cuanto a la salubridad se requiere.

- Solidaridad. Con este valor estamos demostrando el alto grado de integración interna y externa, cuando nos adherimos total e limitadamente a una causa, situación o circunstancia lo que nos implica asumir y compartir beneficios y riesgos. En nuestra institución unimos lazos para cobijar de nuestros servicios y voluntad de

trabajo a nuestros usuarios y comunidad en general cuando su estado de indefensión en cuanto a la salubridad se requiere.

- Respeto. El respeto es un valor fundamental para hacer posibles las relaciones de convivencia y comunicación eficaz entre las personas ya que son condición indispensable para el surgimiento de la confianza en la sociedad, igualmente este valor permite que los funcionarios y quienes prestan sus servicios en nuestra institución puedan reconocer, aceptar, apreciar y valorar las cualidades de todas las personas, es por ello que reconocemos y respetamos los derechos y formas de pensamiento tanto de compañeros de labor como de nuestros usuarios permitiendo así que se viva en paz, en una sana convivencia con base en normas y principios.

- Tolerancia. Contamos con la capacidad de escuchar y aceptar a los demás, comprendiendo el valor de las distintas formas de entender la vida, sin permitir estas formas que atenten contra los derechos de los demás. Es por ello que nuestra consigna es que permanezca la armonía a pesar de la indiferencia contribuyendo así a la cultura de la paz, por eso aceptamos la riqueza infinita de las diversas formas de pensamiento y expresión de las personas, se aplica este principio para con los usuarios, con los jefes, los subalternos y compañeros (as) de trabajo.

- Liderazgo. En nuestra empresa nos formamos como líderes basados en el conocimiento, la confianza, modelos de conducta y la integridad que nos lleva a la capacidad de conducir a los demás para alcanzar un objetivo o meta, teniendo claro que como líderes tomamos decisiones que afectan la institución de manera positiva, es por ello que cada uno de los que hacemos parte de la ESE ISABU somos cabeza visible, con carisma para tomar decisiones acertadas con la mayor responsabilidad hacia los compañeros(as) y la empresa.

**4.1.4 Proceso de calidad en los servicios.** Actualmente el ISABU cuenta con un grupo interdisciplinario de calidad y dentro de sus actividades se viene desarrollando procesos de calidad, encaminados a lograr una prestación de servicios con calidad, teniendo en cuenta la satisfacción global de los usuarios.

El servicio de Información y Atención al Usuario (SIAU), es una iniciativa gerencial diseñada por el ISABU, para fortalecer la calidad de los servicios, la cual tiene como punto de partida la información que proporcionan los usuarios en las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones. Utiliza criterios de la calidad para atender en forma personalizada a los usuarios, garantizando la oportuna canalización y respuesta en un término de 15 días hábiles. Garantizando el adecuado trámite de sus peticiones. Se pretende con esta guía aportar el paso a paso y aplicar el ciclo PHVA.

La ESE ISABU, la coordinación del SIAU, capacita a las alianzas usuarios el primer miércoles de cada mes en el Auditorio del Hospital Local del Norte de 2:00 pm. a 5:00 pm., capacitación dirigida a todos los líderes, en donde se abarcan las siguientes temáticas:

- Derechos y deberes.
- Sistema general de seguridad social en salud.
- Gestión institucional.
- Rendición de cuentas.
- Otros.

• **Información al usuario.** La ESE ISABU cuenta con oficina de atención al usuario en cada centro de salud, las cuales son asistidas por personal idóneo para esta actividad (Apoyo Administrativo SIAU). La oficina principal de la coordinación del SIAU se encuentra ubicada en el Hospital Local del Norte en el área Administrativa, en donde el usuario recibe atención personalizada.

El objetivo general de la oficina del SIAU es garantizar solución o respuesta oportuna, eficiente y eficaz a las necesidades del usuario con respecto a solicitud de servicios, información, peticiones, quejas o reclamos, de interés general o particular y medir la satisfacción del usuario, contribuyendo a apoyar y fomentar el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud que presta la E.S.E ISABU en concordancia con su misión, dando cumplimiento a los requisitos de ley y de la institución, con un tiempo de respuesta no superior a 15 días a las peticiones, quejas y reclamos.

• **Deberes y Derechos del Usuario en la ESE ISABU.** Dentro de los derechos de los pacientes se tienen:

1. Su derecho a elegir libremente al médico y en general a los profesionales de la salud, como también a las instituciones de salud que le presten atención requerida, dentro de los recursos disponibles del país.
2. Tener comunicación clara y completa con el médico, sobre: su enfermedad, procedimiento, pronóstico, tratamientos y sus riesgos. Aceptar o rechazar por escrito los procedimientos.
3. Su derecho a recibir un trato digno, respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tengan sobre la enfermedad que sufren.
4. Su derecho a que todos los informes de la historia clínica sean tratados de manera confidencial y secreta y que solo con su autorización puedan ser conocidos.
5. Su derecho a que se le preste durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible, pero respetando los deseos del paciente en el caso de enfermedad irreversible.
6. Su derecho a revisar y recibir explicaciones de los costos por los servicios obtenidos, tanto por parte de los profesionales de la salud como por las instituciones sanitarias. Al igual que el derecho a los costos de emergencia, los servicios que reciban no estén condicionados al pago anticipado de honorarios.
7. Su derecho a recibir o rehusar apoyo espiritual o moral cualquiera que sea el culto religioso que profesa.
8. Su derecho a que se le respete su voluntad de participar o no en investigaciones por el personal científicamente calificado, siempre y cuando se haya enterado acerca de los objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos previsibles e incomodidades que el proceso investigativo pueda ampliar.

9. Su derecho a que se le respete la voluntad de aceptación a rehusar la donación de sus órganos para que estos sean trasplantados a otros enfermos.

10. Su derecho a morir con dignidad y a que se le respete su voluntad de permitir que el proceso de la muerte siga con su curso natural en la fase terminal de su enfermedad.

Respecto de los deberes de los pacientes, se encuentran:

1. Respetar la institución, los procesos y al personal. Observar y apoyar normas de convivencia, aislamiento, limpieza y seguridad institucional.

2. Brindar la información necesaria, clara y completa, solicitada por el equipo de salud. Dar su consentimiento informando en los formatos establecidos para la entidad, asumiéndolos riesgos y complicaciones.

3. Respetar el credo religioso de la entidad y de las demás personas. Buscar en todo el bien común. Presentar sus quejas y reclamos y felicitaciones al personal que lo atiende.

4. Colaborar con la confidencialidad de la información relacionada con su proceso de atención.

5. Informar al médico o a la enfermera sobre las decisiones y deseos del paciente y su familia en caso de una enfermedad terminal: no realizar reanimaciones, medidas extraordinarias y el alta involuntaria.

6. Asumir los copagos, excedentes y otros servicios no cubiertos por su empresa de salud.

7. Solicitar la ayuda espiritual y acompañamiento pastoral cuando lo crea necesario.

8. Aceptar o rechazar por escrito la participación en investigaciones médicas.

9. Dar por escrito el consentimiento de aceptar la donación o la no donación de órganos según lo establecido por la ley.

10. Asegurar la compañía del paciente durante su enfermedad y muerte.

## 4.2 MARCO TEORICO

La calidad según lo referido por la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>3</sup> fomenta en las instituciones de salud, la prestación de servicios de salud oportunos, eficaces, no discriminatorios y accesibles a todas las personas en pro del mejoramiento de su calidad de vida. Evaluar continuamente la satisfacción de los usuarios como mecanismo para mejorar e informar a la población sobre los compromisos, actividades y resultados del Sistema de Calidad para el Servicio de Atención Integral de Salud que contribuye a la regulación del sistema y de las instituciones que lo integran.

Es por ello, que todas las instituciones deben esforzarse por brindar servicios o productos de calidad, pues de ahí depende que éstas contribuyan al mejoramiento del estado de salud de las personas que se encuentran dentro del Sistema. En este sentido, se requiere que las IPS garanticen que cada paciente reciba los servicios apropiados de acuerdo a su condición de salud, con el fin de lograr el mejor resultado con el mínimo de riesgo y la máxima satisfacción del mismo.

**4.2.1 Generalidades de la calidad de atención en salud.** Muchos expertos se han esforzado en establecer de manera clara y precisa la definición de la calidad en salud; sin embargo, quien más ha trabajado este concepto es el Doctor Avedis Donabedian, quien desde finales de los años sesenta y hasta la fecha se ha convertido en la máxima autoridad mundial sobre la calidad de la atención médica. Él define la calidad en salud como “una propiedad de la atención médica que puede ser obtenida en diversos grados. Es la obtención de los mayores beneficios con

---

<sup>3</sup>ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Centro de Prensa. Derecho a la Salud.(en línea) Organización Mundial de la Salud, Noviembre de 2013. [Citado el: 23 de Junio de 2015.] Disponible en internet: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>.

menores riesgos para el paciente en función de los recursos disponibles y de los valores sociales imperantes”<sup>4</sup> .

Para una conceptualización más completa de calidad en salud se necesita considerar la relación entre el valor de la mejoría del estado de salud y los recursos necesarios para producir dicha mejoría<sup>5</sup>. Donabedian al respecto especifica que:

La atención médica se da como el tratamiento que proporciona a un profesional de la salud a un episodio de enfermedad claramente establecido, en un paciente dado, del cual se originan dos aspectos: el primero, como la atención técnica, que es la aplicación de la ciencia y tecnología para la resolución de un problema de salud y el segundo como la relación interpersonal, que es la interacción social y económica entre el profesional de la salud y el paciente<sup>6</sup>.

Para este análisis, Donabedian señala tres puntos de vista diferentes que integran los aspectos técnicos-científicos, interpersonales y del entorno, los factores resultantes (grado de atención, costos, riesgos y beneficios) y quién la define<sup>7</sup>. Desde una óptica, la calidad de la atención médica sería el grado en que se consiguiera restaurar la salud de un paciente, teniendo en cuenta solamente la ciencia y la tecnología médica.

En este caso, la atención médica de calidad se definiría como “el tratamiento que alcanzará el mejor equilibrio entre los beneficios y los riesgos. Cuando, desde una perspectiva individual, es el usuario el que define la calidad de la atención médica, intervendrían sus expectativas y valoración sobre los costos, los beneficios y

---

<sup>4</sup> ARADON CENTENO, Nelson Roberto y CUBILLOS NOVELA, Andrés. Sistema para el Monitoreo de la calidad de la atención en salud por Indicadores en los Hospitales de I,II,III Nivel de Atención. En Perú: Revista Visual Gerencia en Salud. Bogota : s.e., 2003. Vol. V.

<sup>5</sup> Ibíd.

<sup>6</sup> DONABEDIAN, Avadis. Garantía y Monitoreo de la Calidad de la Atención Médica. En: Revista del Instituto de Salud Pública "Perspectivas". Mexico: s.e., 1990.

<sup>7</sup> Ibíd.

riesgos que comporte la asistencia”. Este enfoque obligaría al paciente a implicarse en la toma de decisiones a partir de la información proporcionada por el profesional sanitario.

“Desde una óptica social, en la definición de la calidad de la asistencia médica se considerarían los mismos factores que al enunciarla desde la perspectiva individual, pero habría que estimar nuevos criterios: el beneficio o la utilidad neta para toda una población, el modo de distribución del beneficio a toda la comunidad y procurar producir, al menor costo social, los bienes y servicios más valorados por la sociedad”<sup>8</sup>.

La calidad de la atención desde el punto de vista de la teoría de Donabedian trae consigo una interrelación entre dos componentes: la atención técnica y la relación interpersonal, de la cual se derivan componentes adicionales y subcomponentes, los cuales se terminan agrupando en tres diferentes aproximaciones para la evaluación: la estructura, el proceso y los resultados de dicha atención. Esta conclusión también podría tener diferentes aproximaciones desde el punto de vista de los entes reguladores del administrador, del prestador del servicio y por último del usuario<sup>9</sup>.

Con base en las definiciones anteriores, se deduce que la calidad implica dimensiones tales como la dimensión técnica<sup>10</sup>. Al no tener un gran desarrollo en Colombia, la dimensión técnica requiere de la mejor aplicación del conocimiento a nivel de la idoneidad profesional y la tecnología a nivel de los procedimientos y equipos disponibles en favor del paciente.

---

<sup>8</sup> SATURNO, P.J., QUINTANA O., y VARÓN. ¿Qué es la Calidad? Tratado de Calidad Asistencial en Calidad Primaria. Barcelona: Du Pont Pharma, 1996.

<sup>9</sup> DONABEDIAN, Avadis. Op. cit.,

<sup>10</sup> ARADON CENTENO, Nelson Roberto y CUBILLOS NOVELA, Andrés. Op. cit.

Refiriéndose a la calidad técnica, Avedis Donabedian reitera que consiste “en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de un modo que rinda los máximos beneficios para la salud sin aumentar de forma proporcional los riesgos”<sup>11</sup>. En la dimensión técnica adquiere gran relevancia el tema de la seguridad, con lo cual se busca conseguir el mayor beneficio y el menor riesgo posible, por lo que en las medidas de calidad se debe ponderar el grado en que se logró el equilibrio más favorable entre ellos y se enfatiza que no deben lograrse beneficios para un paciente, a costa de aumentar los riesgos a él o a terceros.

En la tercera dimensión de la calidad a nivel del servicio, es necesario considerar la oportunidad y continuidad con que se presta la atención, siendo importante la relación interpersonal con el paciente, las características del lugar en que se preste el servicio y la facilidad de acceso que se tenga para la prestación de éste<sup>12</sup>.

Por lo tanto, hacer “calidad es también un imperativo ético de la vida”<sup>13</sup>, por lo que el reto de los profesionales de la salud, es mantener una alta calidad en su desempeño, y el vehículo para ello es el establecimiento de procesos de control total de calidad, como medida para evaluar y probar que se está entregando un cuidado óptimo, eficaz, efectivo, con la satisfacción absoluta del paciente.

**4.2.2 Atributos de la calidad.** Para Avedis Donabedian, padre de la calidad de atención en salud, existen dos elementos fundamentales para garantizar la calidad: monitoreo y un adecuado sistema<sup>14</sup>. Mientras que para Enrique Ruelas Barajas, H. Reyes Zapata y otros, son 5 los elementos fundamentales para permitir garantizar

---

<sup>11</sup> MILTON T, Clara y DIRECTIVAS. La calidad de la atención en la era de la atención administrada. Políticas de Salud Pública. Bogotá: s.e., 1998.

<sup>12</sup> DELGADO HIDALGO, Mónica. Calidad del servicio de odontología del Hospital Universitario de Maracaibo (SAHUM). Maracaibo: s.e., 2008.

<sup>13</sup> ARADON CENTENO, Nelson Roberto y CUBILLOS NOVELA, Andrés. Op. cit..

<sup>14</sup> DONABEDIAN, Avadis. Op. cit..

la calidad: evaluación, monitoreo, diseño, desarrollo y cambio<sup>15</sup>. Para el desarrollo de cualquiera de los elementos mencionados se necesitan unos pilares fundamentales para la calidad en salud. Según Donabedian los siete pilares en que se sustenta la calidad se les reconoce como atributos, entre los cuales se encuentran:

- **Eficacia.** Se define como la capacidad de la ciencia y el arte de la atención en salud sanitaria para conseguir mejoras en la salud y bienestar. Significa la mejor actuación posible, en las condiciones más favorables, según el estado del paciente y unas circunstancias inalterables<sup>16</sup>.

- **Efectividad.** “Es la mejora de la salud alcanzada o que se espera conseguir en circunstancias normales de la práctica cotidiana. Esta no se altera si el curso de la enfermedad es progresivo”<sup>17</sup>. Hasta aquí sólo se contempla la mejora o daño que la atención en salud ha producido o se prevé que pueda causar, sin introducir los costos de esto. Si los consideramos entran en juego otros dos atributos: la eficiencia y la optimización. Se refiere a que las mejorías posibles, en las condiciones de salud, son obtenidas.

- **La relación médico -paciente.** Algunos pacientes se preocupan más por el trato de la atención que van a recibir por parte de los profesionales y técnicos de la salud que por la parte técnica de la atención. Esta relación es importante en la satisfacción del usuario y contribuye a la efectividad, incorporando la cooperación del paciente en la asistencia.

---

<sup>15</sup> FERNANDEZ ABARCA, Ramón R. Círculo de la Calidad como estrategia de un programa de la atención médica en el Instituto Nacional de Perinatología. Salud Publica. Mexico: s.e., 1990.

<sup>16</sup> DONABEDIAN, Avedis Los siete Pilares de la Calidad. En: Revista Calidad Asistencial. México, 2001.

<sup>17</sup> KERGUELEN BOTERO, Carlos Alfonso. Calidad en la Saud en Colombia, Los principios. Ministerio de la Protección Social. Bogotá: s.e., 2008.

- **El confort de la atención.** Son las propiedades de los centros donde se presenta la asistencia, adecuándolos y haciéndolos más cómodos.
  
- **Eficiencia.** Capacidad de obtener la mayor mejoría, en condiciones de salud, al menor costo posible. Si existen dos estrategias igualmente eficaces o efectivas la menos costosa es la más eficiente<sup>18</sup>. Es el costo que representa cualquier mejora de la salud.
  
- **Optimización.** Se refiere a la más favorable relación entre costo y beneficio. Es la consecuencia de relacionar los beneficios con los costos de la atención, significando el valor monetario de las mejorías en salud, de manera que se obtenga el más ventajoso balance<sup>19</sup>.
  
- **Aceptabilidad.** Es la adaptación de la atención a los deseos<sup>20</sup>, expectativas y a los valores de los pacientes y sus familias. Esto tiene que ver con la accesibilidad, relación médico-paciente, confort, preferencias del paciente sobre los efectos de la atención y preferencias del paciente sobre los costos de la atención. Los pacientes tienen unas expectativas acerca de los efectos de la asistencia sobre su propia salud y bienestar y la manera de conseguir estos efectos. Esta depende de las valoraciones subjetivas del paciente en cuanto a efectividad, eficiencia y optimización aunque no de manera absoluta.
  
- **Accesibilidad.** Depende de las distintas valoraciones de profesionales, los distintos significados de los estados de salud y enfermedad según las personas en función de sus requisitos ocupacionales, situaciones sociales o psicológicas.

---

<sup>18</sup> BETANCOURT, Diego Palacios. Política Nacional de prestación de Servicios de Salud . Ministerio de la Protección social . Bogotá: s.e., 2005.

<sup>19</sup> DONABEDIAN, Avedis. Defining and Measuring the Quality of Healthcare. En: Assessing Quality Healthcare. Perspectives for Clinicians. Baltimore: s.e., 1993.

<sup>20</sup> Ibíd., p. 596-597

Algunos expertos refieren que es un componente de la bondad de la atención o un factor que contribuye a recibir la atención en sí misma con la posibilidad de que sea buena, mala o indiferente en calidad<sup>21</sup>.

- **Legitimidad.** Reconocimiento de los servicios por parte de la comunidad o sociedad. Y está en relación con: la preocupación por la aceptabilidad de los individuos, preocupación por el bienestar de la colectividad (vacunas, planificación familiar, enfermedad transmisibles, enfermedad mental etc.), responsabilidad por el bienestar general. Algunos piensan en ésta como la aceptabilidad de la atención por parte de la comunidad o la sociedad en general. Esta se refiere a la conformidad con las preferencias sociales expresadas en principios éticos, normas, valores, moral, leyes y regulaciones<sup>22</sup>. Cuando los individuos reciben atención o no la pueden recibir, no son éstos necesariamente los que se benefician o sufren. Al producirse beneficios o daños a terceros, el planteamiento de qué es lo apropiado por parte de la sociedad, será distinto de lo que los individuos considerarían.

- **Equidad.** Es el principio por el que se determina qué es justo en la distribución de la atención en salud y sus beneficios entre los miembros de una población<sup>23</sup>. La equidad es un principio adicional, un compromiso moral, en cumplimiento del cual algunos pueden recibir una atención que podría aportar grandes mejoras en la salud si fuera utilizada por otras personas.

Otros aspectos contemplados son:

- Oportunidad o capacidad de respuesta: Es la voluntad o disponibilidad para brindar servicio en el tiempo asignado, procesando operaciones rápidamente y respondiendo a las demandas.

---

<sup>21</sup> Ibíd., p. 43

<sup>22</sup> Ibíd., p. 43

<sup>23</sup> Ibíd., p. 43

- Seguridad: Se refiere a que toda intervención asistencial, preventiva, diagnósticas o terapéutica, debe ejecutarse sin causar lesiones adicionales que pueden evitarse.
- Atención centrada en el paciente (Satisfacción del Usuario): La atención debe ser respetuosa, de las preferencias, necesidades, y valores de los pacientes. Esto debe guiar todas las decisiones del paciente.
- Continuidad: Garantía que los usuarios reciben las intervenciones requeridas mediante la secuencia lógica y racional de actividades basadas en el conocimiento científico y sin interrupciones innecesarias.

**4.2.3 Componentes de la calidad.** Cada cliente tiene exigencias diferentes y puede percibir el servicio como bueno o malo según sea su necesidad en el momento, la persona quien lo atendió, el día en que consultó etc. Sin embargo, para muchos autores, existen algunos componentes fundamentales a la hora de prestar un servicio para que sea percibido como de calidad, estos son:

- Seguridad. Es la inexistencia de dudas, peligros o riesgos durante la utilización de un servicio.
- Credibilidad. Es la creencia y veracidad del cumplimiento de lo prometido, y se ve reflejada en las palabras y los actos del profesional.
- Comunicación. Es la capacidad de escuchar a los clientes y de informarles en un lenguaje sencillo.
- Comprensión del cliente. Es el esfuerzo hecho para conocer al cliente y sus necesidades según sea su caso.

- Accesibilidad. Es la facilidad con la que el usuario puede usar el servicio en el momento que lo requiera.
- Cortesía. Es la amabilidad, atención, simpatía y respeto del personal que presta el servicio.
- Profesionalismo. Es el conocimiento de la prestación del servicio y la posesión de las habilidades o destrezas requeridas por las personas encargadas de prestar el servicio.
- Capacidad de respuesta. Disposición para ayudar a los clientes y proporcionar un servicio rápido y oportuno.
- Fiabilidad. Es la prestación del servicio prometido de forma correcta permanente, sin contratiempos, ni problemas. Este componente se ata directamente a la seguridad y a la credibilidad.
- Elementos tangibles. Se refiere a la apariencia de las instalaciones y equipos que dan soporte a la prestación del servicio.

Joseph M. Juran, consultor del Siglo XX y recordado como experto en la calidad y gestión de calidad decía que: “en lugar de esperar a que los productos o servicios estuvieran terminados para proceder a encontrar los defectos, se debería analizar todo el proceso de producción o desarrollo con el fin de prevenir en lugar de corregir”<sup>24</sup>. También exponía que la calidad debe darse por autonomía, desde el gerente hasta el personal de planta debe tener como meta la calidad en lo que se desempeña de manera individual y en equipo, y por el contrario no debe delegarse.

---

<sup>24</sup> JURAN, J.M. Juran y el liderazgo para la calidad. Un Manual para directivos. Madrid : Días de Santos, 1990.

Juran en su libro “Juran on Planning for quality” menciona que la calidad de los servicios se puede obtener siguiendo los siguientes pasos<sup>25</sup>:

- Identificar quiénes son los clientes.
- Determinar las necesidades de los clientes que ya identificó.
- Interpretar estas necesidades según la empresa.
- Optimizar las características del servicio, para satisfacer necesidades del cliente y empresa.
- Desarrollar un proyecto capaz de producir el producto o servicio deseado.
- Optimizar el proceso.
- Demostrar que el proceso, puede producir el servicio o producto en condiciones operativas.
- Llevar a cabo el proceso a fuerzas productivas.

**4.2.4 Estrategia para una buena calidad.** Resulta importante mejorar el proceso de las PQRS, para brindar soluciones de calidad a los clientes. Las mejoras en la calidad llevan a menores costos, derivados de menor cantidad de re-procesos. A pocos errores, habrá pocos retardos, y mejor uso de los recursos. Cuanto menor sean los costos, y mejor la calidad, se permite que la organización continúe en desarrollo hacia el crecimiento. Para lograr tales resultados, se necesita un cambio radical cultural que involucre a toda la institución, llena de objetivos claros, fuerte liderazgo, y un elevado compromiso gerencial hacia el éxito de la organización<sup>26</sup>.

Para garantizar un punto de partida rumbo al éxito en la calidad, Deming propone 14 puntos:

---

<sup>25</sup> BLANCO, J.L. Administración de la Calidad . México: Trillas , 2012.

<sup>26</sup> JURAN, J.M. Op. cit..

1. Crear constancia en el propósito de mejorar continuamente los productos y servicios.
2. Adaptar la organización a la nueva economía en la que vivimos.
3. Evitar la inspección masiva de productos.
4. Comprar por calidad, no por precio. Estrechar los lazos con los proveedores.
5. Mejorar continuamente en todos los ámbitos de la organización.
6. Formar y entrenar a los trabajadores para mejorar el desempeño del trabajo.
7. Adoptar e implementar el liderazgo.
8. Eliminar el miedo a efecto de que las personas trabajen seguras y den lo mejor de sí mismas.
9. Romper las barreras entre departamentos
10. Eliminar eslogan y consignas para los trabajadores, sustituyéndolos por acciones de mejora
11. Eliminar estándares de trabajo, incentivos y trabajo a destajo, pues son incompatibles con la mejora continua.
12. Eliminar las barreras que privan a la gente de estar orgullosa de su trabajo.
13. Estimular a la gente para su mejora personal.
14. Poner a trabajar a todos, valiéndose de una metodología sistémica, que consiste en, planificar, hacer, verificar y actuar.

Así como son importantes las mejoras en el ámbito cultural y estructural de la organización, también es fundamental realizar mejorías en el enfoque gerencial como potencial actor de cambio. Para esto se conoce la llamada trilogía de Joseph M. Juran, que se basa en tres aspectos fundamentales: planificación, control y mejora de la calidad.

Juran plantea la calidad partiendo de su correcta gestión en la línea, apuntada previamente por Armand Feigenbaum (en posteriores entradas). Basa su concepto de gestión en la integración de la planificación, el control y la mejora continua. Esta propuesta es conocida como la trilogía de la calidad.

La Planificación de la Calidad, incluye la determinación de los clientes, diferenciando entre clientes externos e internos (en posteriores entradas), la determinación de las expectativas de tales clientes que sirvan para el desarrollo de

las especificaciones de los productos y servicios, así mismo el desarrollo y la optimización de los procesos que permitan obtener tales productos/servicios y que satisfagan estas expectativas, así como los controles a realizar de tal manera que se asegure la producción.

El control de la calidad, comprende la aplicación práctica de los procesos de control previamente planificados y que aseguren la fabricación de acuerdo a las especificaciones. Además, percibe la toma de datos, la comparación con respecto a las referencias dadas y la actuación sobre las diferencias.

La mejora continua de la calidad, hace referencia a las actividades de análisis a partir de los resultados de calidad y su aplicación práctica para la mejora. Comprende la identificación de causas de problemas, el establecimiento de prioridades en relación con los problemas observados, la búsqueda de soluciones y su posterior implantación y seguimiento.

Se apuntan, pues, en los trabajos de Juran las bases de la gestión de la calidad moderna, introduciendo conceptos tales como el cliente interno, así como la aplicación práctica en la Gestión de la Calidad del establecimiento de prioridades. En la planificación, la organización propone objetivos en torno a límites tolerables de la mano con el costo de la calidad, en otras palabras, cuántos recursos está dispuesta a sacrificar la organización para sostener un determinado nivel de calidad. En el control, la empresa debe hacer acciones sobre el monitoreo, el proceso y la ejecución del servicio, esto para corregir defectos en forma oportuna y al mismo tiempo va haciendo mejoras sistemáticas para el costo de la calidad. Por último, en la tercera etapa de mejoramiento, se comienza a rediseñar los procesos con el propósito de alcanzar niveles de mejora sustanciales.

Existe una metodología que enfoca todos los aspectos expuestos anteriormente y es una unificación de los principios enunciados por Deming, Juran y Crosby y tiene

como nombre la metodología Total Quality Management<sup>27</sup>. Esta se enfoca en incrementar la satisfacción del cliente, dando valor a partir de actividades desarrolladas, y orientando a reducir aspectos que reduzcan los costos de la mala calidad. Esta tiene tres pilares:

- **Enfoque en el cliente y en el resto de la sociedad afectada por la organización.** La organización debe comprender las necesidades de los clientes, pues estos son los principales jueces de la calidad del servicio. Deben construir relaciones solidas y sostenibles, analizando críticamente aquellos atributos que mayormente contribuyen a incrementar el valor percibido por ellos.

Estar enfocado en el cliente, no implica simplemente tener contentos a los clientes finales o a los consumidores de un servicio. Este procedimiento necesita un conocimiento profundo de cada uno de los sectores, áreas, y equipos de trabajo, dentro de la organización. Cada persona bien sea, operario, supervisor, jefe del servicio, gerente o proveedor externo debe ser visto como un cliente interno. Esto quiere decir que si el proveedor no se encuentra satisfecho con su cliente, en este caso la organización, lo más probable es que la organización pierda a un cliente interno y/o su comportamiento con la organización no sea el mejor.

- **Participación activa de los empleados y trabajo en equipo.** La dirección ejecutiva debe desarrollar sistemas y procedimientos, que genere un ambiente de trabajo en equipo y participación. Se puede afirmar que los empleados que poseen un amplio conocimiento de sus tareas, son los más capacitados para mejorarlas. Los empleados deben ser capaces de tomar decisiones, y aprender de sus errores, así como de sus aciertos. Es importante un constante ambiente de aprendizaje

---

<sup>27</sup> LERNER, Alan.. Estrategias y abordajes metodológicos empleados para incrementar la mejora continua en las organizaciones. Degerencia.(en línea). Septiembre de 2010. (Citado el: 3 de Marzo de 2015). Disponible en internet: <http://www.degerencia.com/articulo/estrategias-y-abordajes-para-incrementar-la-mejora-continua-en-las-organizaciones>.

organizacional, con un continuo proceso de asimilación e introducción de nuevos conceptos adaptados al servicio y por tanto a la empresa en general.

- **Un proceso de mejoramiento continuo.** Busca incorporar estrategias y/o herramientas para mejorar los procesos a través de incrementar la productividad y la efectividad de los procesos, también busca aumentar velocidad de respuesta, reduciendo las demoras y conflictos en el proceso. Se generan nuevos productos y servicios, disminución de defectos, errores, desperdicios, y costos de la mala calidad.

**4.2.5 Metodología para lograr la calidad.** Para conformar un buen proceso de calidad en una institución hay que tener unos lineamientos claros: cuál es el conocimiento de la metodología o herramienta a utilizar dentro de la organización y el enfoque de mejora que buscándose espera. Estas directrices deben ir acompañadas de algunos factores facilitadores como son: el liderazgo, la creatividad y la innovación. Adicionalmente, se debe conseguir un cambio de mentalidad acerca del propósito y el significado de la calidad en las organizaciones. De la misma forma, es importante que las personas con buenos conocimientos en la materia, transfieran esta información al resto de la organización; y de esta forma hacer a los otros partícipes del proceso y de las mejoras a realizar. De este modo se optimicen los recursos para lograr el mejor resultado.

La gestión del cambio de mentalidad genera un valor agregado para la organización, ya que facilita el trabajo de los colaboradores y de la implementación de nuevas estructuras y estrategias. Con esta gestión, se puede decir que día a día la institución va generando una cultura de mejora continua que permitirá el progreso en el nivel de calidad de los servicios ofrecidos.

Entre esos ciclos de mejora continua se encuentra el Ciclo de Gestión de la Calidad o el Círculo de Deming, planteado por Edward Deming que habla de estrategias para mejorarla calidad en cuatro pasos<sup>28</sup>:

- **Planificar.** Identificar en qué situación nos encontramos y a donde se quiere llegar, para ello se recomienda: a) la identificación de los posibles temas, seleccionar el tema y definir los objetivos; b) observar y documentar la situación actual con la recogida de datos; c) analizar la situación en que nos encontramos con el análisis de los datos, y d) determinar las posibles causas.

- **Hacer.** Aplicar el modelo teórico, definiendo los medios que se han de utilizar y la forma de realización, para lo cual será fundamental la formación del personal que lo va a aplicar.

- **Verificar.** Comprobar los resultados obtenidos con las hipótesis planteadas en la etapa de planificación, para confirmarlas o desecharlas.

- **Actuar.** Si las hipótesis han sido confirmadas, se deben de afianzar las acciones que se han tomado para eliminar las causas, analizando la situación antes y después de las modificaciones, y establecer las condiciones que permitan mantenerlas. Si por el contrario han sido rebatidas, se tendrá que examinar de nuevo todo el ciclo.

Por tanto, el primer paso es la identificación del problema que nos da a pensar entre lo que es y lo que debería ser. Existen características que definen un problema de calidad en el servicio y estas son<sup>29</sup>:

---

<sup>28</sup> DEMING, William Edward. La Nueva Economía: para la industria, el gobierno y la Educación. Madrid: Días de Santos, 1997.

<sup>29</sup> GALÁN MORERA, Ricardo, MALAGÓN LONDOÑO, Gustavo y LAVERDE, Poton. Auditoria de salud para una gestión eficiente. 2 ed., Bogotá: s.e., 2003.

- Que sea medible y susceptible de ser valorada numéricamente.
- Que tenga solución, ya que de lo contrario el problema se encuentra mal definido o por sus características específicas requiere un tratamiento diferente al de la metodología del ciclo de gestión de calidad.
- Que sea estratégico, ya que involucra a más de un actor en el proceso de atención

Alguna de las herramientas para medir el problema de la no calidad son las siguientes:

- **Encuestas de satisfacción.** Es más subjetivo. Es una manera de obtener información precisa acerca de si su empresa ha logrado satisfacer las expectativas de sus clientes, qué tan bien se ha desempeñado su empresa frente a sus competidores y de qué manera podrían mejorarse los procesos de su empresa para satisfacer mejor las necesidades de sus clientes. Esta encuesta da a conocer la percepción del paciente respecto al servicio que se le está brindando. Para hacer este tipo de encuestas se necesita utilizar la escala de Likert en donde se debe considerar factores como edad, sexo, nivel cultural, etcétera. Para después hacer el análisis estadístico.
- **Cédula de verificación (inspección).** Es más objetivo, se miran aspectos concretos de la atención y grado de cumplimiento, también se miran adherencias a procedimientos donde se evalúa si cumple o no el criterio.
- **Grupos focales.** Investigación cualitativa. Permite identificar el déficit de satisfacción y las expectativas de los usuarios en relación con un servicio determinan.

**4.2.6 Sistema de Información para la Calidad.** Un Sistema de Información de la Calidad (SIC), es un método organizado para recolectar, almacenar y reportar la

información sobre la calidad para ayudar a los tomadores de decisiones en todos los niveles. Es importante la definición que da Gómez en 1986 sobre información de la calidad en donde dice que: "Comprende un conjunto de actividades dirigidas a la obtención en tiempo y forma de los datos acerca del comportamiento de los principales índices de calidad de la productos, así como de los indicadores que refleja la calidad de los mismos"<sup>30</sup>.

Es importante, ya que se está hablando sobre la definición, diferenciar el concepto de información y dato. George W. Reynolds en el año 2000 distingue los conceptos de información y dato así<sup>31</sup>:

- **Los datos:** Son la colección desorganizada de hechos que no han sido procesados en información, dato es el hecho crudo, cuyas conclusiones pudieran ser desentrañadas. Estos hechos pueden describir persona, cosa lugar, ideas, procesos o eventos.

- **Información:** Es el conocimiento adquirido por causa del procesamiento de datos. El dato es la personificación material de la información, constituye su base. Los datos en general son necesarios en tanto que pueden transformarse en información por esto, por su escancia, ocurren solo cuando están relacionados con una tarea fijada que será resuelta por algún usuario con estos datos.

---

<sup>30</sup> BERNILLON, Alain y CERITTI, Oliver. Implementar y gestionar la calidad total. Gestion 2000. Barcelona: s.e., 1989.

<sup>31</sup> REYNOLS, George Washington. Principios del sistema de informacion . Internacional Thompson Editore. Cuarta edición . Madrid: s.e., 2000.

**4.2.7 Función de los Sistemas de Información para la Calidad.** “Los sistemas de información son las plataformas de apoyo para el desarrollo de las actividades propias del sistema físico, que es cualquier organización”<sup>32</sup>. Esto se da mediante el desempeño de funciones como:

- **Recogida de datos:** Es el primer paso. Se trata de capturar información que se debe almacenar, para luego procesar. Es importante que esta recolección sea confiable.
  
- **Evaluación de la calidad y relevancia de los datos:** Esto quiere decir, que se debe filtrar la información recogida, evaluar su real importancia y así evitar información errónea también se debe verificar que sean reales.
  
- **Manipulación o proceso de datos:** Es como tal la transformación útil para los usuarios. Esto se hace utilizando el diseño realizado por los encargados del sistema de información.
  
- **Almacenamiento:** Se debe guardar la información de forma segura pero disponible cuando se requiera utilizar.
  
- **Distribución:** Transporte de la información que precisa el usuario, cumpliendo los requisitos de lugar y tiempo que aquel requiera.
  
- **Presentación:** Dar la información correcta con el formato más apropiado para su utilización.

---

<sup>32</sup> CHRIS, Edwards. Fundamentos del sistema de informacion. Barcelona: Prentice Hall, 1998. Vol. II.

**4.2.8 Herramientas a ser utilizadas para la recolección de datos.** Unos de los instrumentos más utilizados para la recolección de datos y que si se usan adecuadamente llevan a un correcto análisis y toma de decisiones son:

- **Los cuestionarios.** Estos son documentos redactados en forma de interrogatorio donde se obtiene información que se requiera para determinar satisfacción del cliente y competitividad. Debe tener un encabezado con información básica del usuario y del encuestador. Nombre, edad, sexo, estado civil, dirección, fecha entre otros. También se plantean objetivos e instrucciones.

Los cuestionarios se pueden clasificar en<sup>33</sup>: Encuestas, La clisa (evalúa el último momento de verdad vivido por el cliente, se aplica en el instante después que el cliente es atendido y requiere de máximo 5 minutos), el cliente incognito, encuestas por correo, la tele-auditoría y la observación “in situ” (observar el comportamiento de las variables que intervienen en el ciclo del servicio, se realiza utilizando el cliente incognito y puede hacer parte de un método complementario de auditoría).

- **La entrevista.** Esta consiste en una serie de preguntas abiertas pero enfocadas hacia el problema o la información que se desea obtener, bajo la visión del cliente. Estas preguntas pueden ser dirigidas, estructuradas o no estructuradas. El entrevistador debe ser una persona con conocimiento pertinente, capaz de escuchar y crear un adecuado ambiente de entrevista.

- **El grupo foco.** En este se toma un grupo de referencia, que cumpla con características puntuales para el análisis y toma de decisiones que se desea. Se busca determinar las necesidades y expectativas de los clientes a partir de un grupo. Para esto se necesita una persona con habilidades en manejo de grupo.

---

<sup>33</sup> MORENO, Hermes. SIAU" Presentacion de PowerPoint. Medellin: Universidad CES, 2008.

**4.2.9 Indicadores.** Los indicadores son variables que intentan medir u objetivar en forma cuantitativa o cualitativa, sucesos colectivos (especialmente sucesos biogeográficos), para así poder respaldar acciones políticas, evaluar logros y metas. La OMS los ha definido como "variables que sirven para medir los cambios"<sup>34</sup>

Ellos son necesarios para poder objetivar una situación determinada y a la vez poder evaluar su comportamiento en el tiempo mediante su comparación con otras situaciones que utilizan la misma forma de apreciar la realidad. En consecuencia, sin ellos se tendrían dificultades para efectuar comparaciones.

Los indicadores de salud son instrumentos de evaluación que pueden determinar directa o indirectamente modificaciones, dando así una idea del estado de situación de una condición.

Si se está evaluando un programa para mejorar las condiciones de salud de la población infantil, se puede determinar los cambios observados utilizando varios indicadores que revelen indirectamente esta modificación. Indicadores posibles de utilizar pueden ser el estado de nutrición (por ejemplo, peso en relación con la estatura), la tasa de inmunización, las tasas de mortalidad por edades, las tasas de morbilidad por enfermedades y la tasa de discapacidad por enfermedad crónica en una población infantil.

Algunos indicadores pueden ser sensibles a más de una situación o fenómeno. Por ejemplo, la tasa de mortalidad infantil es indicador del estado de salud de la población sensible también para evaluar el bienestar global de una población.

---

<sup>34</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2000. 1981.

Sin embargo, puede no ser específico respecto de ninguna medida sanitaria determinada porque la reducción de la tasa puede ser consecuencia de numerosos factores relacionados con el desarrollo social y económico.

Los indicadores de salud y relacionados con la salud, con frecuencia utilizados en diversas combinaciones, se emplean en particular para evaluar la eficacia y los efectos.

Un indicador ideal debe tener atribuciones científicas de validez (debe medir realmente lo que se supone debe medir), confiabilidad (mediciones repetidas por distintos observadores deben dar como resultado valores similares del mismo indicador), sensibilidad (ser capaz de captar los cambios) y especificidad (reflejar sólo cambios ocurridos en una determinada situación).

En la práctica los indicadores disponibles no son tan perfectos y constituyen una aproximación de una situación real.

Fuentes de información. Un indicador requiere del uso de fuentes confiables de información y rigurosidad técnica en su construcción e interpretación.

Las principales fuentes de datos universalmente propuestas para el cálculo de indicadores usados en salud pública son:

- Registros de sucesos demográficos (registro civil).
- Censos de población y vivienda (1992, 2002).
- Registros ordinarios de los servicios de salud.
- Datos de vigilancia epidemiológica.
- Encuestas por muestreo (encuestas poblacionales).
- Registros de enfermedades.

- Otras fuentes de datos de otros sectores (económicos, políticos, bienestar social).

Estas fuentes constituyen generalmente las fuentes primarias de información, vale decir, aquéllas que recogen sistemáticamente información con una finalidad determinada. Si estos datos no son confiables o simplemente no existen, se pueden buscar fuentes alternativas que generalmente son estimadores indirectos del valor real.

Cuando se debe recoger información específica respecto de una situación por no disponer de información de datos rutinarios, se hace referencia al uso de fuentes de información secundarias.

Los indicadores pueden ser simples (por ejemplo, una cifra absoluta o una tasa de mortalidad) o compuestos, es decir, contruidos sobre la base de varios indicadores simples, generalmente utilizando fórmulas matemáticas más complejas.

Por ejemplo, son indicadores complejos la expectativa de vida de una población, los años de vida potencial perdidos (AVPP) e indicadores más recientes como los "Disability Adjusted Lost Years" (DALY'S, AVAD en español) que intentan objetivar globalmente el verdadero impacto de la pérdida prematura del estado de salud en la población.

Existen diversos rubros relacionados con la salud en los cuales con frecuencia se elaboran indicadores. A continuación se citan algunos ejemplos de ellos en cada rubro:

Indicadores que evalúan: La política sanitaria, las condiciones socioeconómicas, las prestaciones de atención de salud y el estado de salud.

- **Indicadores de política sanitaria.** Ejemplo de éste tipo de indicadores lo constituye la asignación de recursos, expresada como la proporción del producto nacional bruto invertido en actividades relacionadas con servicios de salud. La distribución de recursos con relación a población es otro indicador que puede ser expresado como la relación entre el número de camas de hospital, médicos u otro personal de salud y el número de habitantes en distintas regiones del país.

- **Indicadores sociales y económicos.** Se pueden mencionar la tasa de crecimiento de la población, su producto geográfico bruto, la tasa de alfabetismo de adultos, indicadores de las condiciones de vivienda, de pobreza, de disponibilidad de alimentos. Las fuentes de información para elaborar estos indicadores suelen estar disponibles en instituciones relacionadas con seguridad social, políticas económicas y planificación y demográficas.

- **Indicadores de prestación de salud (de actividad):** por ejemplo, la disponibilidad de servicios, su accesibilidad (en términos de recursos materiales), indicadores de calidad de la asistencia, indicadores de cobertura. Pueden ser desagregados por subgrupos de población de acuerdo a políticas de focalización de recursos en determinados grupos. Indicadores de cobertura: la cobertura se refiere al porcentaje de una población que efectivamente recibe atención en un período definido. Por ejemplo, la cobertura de vacunación BCG (Tuberculosis) en recién nacidos en 1998 fue de 96,1%.

- **Indicadores del Estado de Salud:** estos indicadores son los más usados. Se pueden distinguir operacionalmente al menos cuatro tipos de indicadores:

- **Mortalidad:** son ampliamente utilizados ya que la muerte es un fenómeno universal, ocurre una sola vez y se registra habitualmente en forma sistemática.

- Natalidad: en este rubro son importantes los indicadores que miden la capacidad de reproducción de una población. Existe una asociación positiva entre altas tasas de natalidad y nivel sanitario, socioeconómico y cultural. Son importantes también, los indicadores que reflejan el estado de la salud materno-infantil, como por ejemplo, la tasa de bajo peso al nacer, la que requiere de un registro confiable de nacimientos (vivos o muertos o defunciones fetales).
  
- Morbilidad: son indicadores que intentan estimar el riesgo de enfermedad (carga de morbilidad), cuantificar su magnitud e impacto. Los eventos de enfermedad pueden no ser fáciles de definir y pueden prolongarse y repetirse en el tiempo, lo que plantea dificultades en la elaboración de indicadores de morbilidad.
  
- Calidad de vida: son indicadores generalmente compuestos que intentan objetivar un concepto complejo que considera aspectos como: capacidad funcional de las personas, expectativa de vida, y nivel de adaptación del sujeto en relación con su medio. Son ejemplos sencillos de este tipo de mediciones la "calidad material de la vida" que se construye a partir de la mortalidad infantil, la expectativa de vida al nacer y la capacidad de leer y escribir.

**4.2.10 Sistema Integral de Atención al Usuario (SIAU).** “El Sistema Integral de Atención al Usuario (SIAU) de Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias (PQRS), está definido como el conjunto de mecanismos institucionales que permiten y aseguran a los ciudadanos una participación efectiva en el seguimiento y control a la gestión que desarrollan las Instituciones de salud”<sup>35</sup>. Este tiene como finalidad garantizar el cumplimiento de la ley, las metas, objetivos y políticas trazados, así como el mejoramiento continuo de sus procesos y procedimientos. Adicionalmente, se puede establecer la manera de resolver todas las inquietudes que surgen de las sugerencias emitidas por los grupos de interés. Dicho de otra

---

<sup>35</sup> COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto 1011, del 11 de abril de 2006.

manera “El Sistema de Peticiones, Quejas y Reclamos (PQR), se establece como la recepción, distribución, control eficiente y eficaz y una adecuada atención y solución integral de las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias realizadas por los grupos de interés que satisfaga las necesidades y retroalimente el sistema de mejoramiento interno”<sup>36</sup>.

Es importante saber los requisitos que se deben cumplir para presentar una petición, queja, reclamo, sugerencia (PQRS) sobre los servicios prestados por una Institución Prestadora de Salud (IPS); o sobre el desempeño de nuestros funcionarios, para ello tenga en cuenta lo siguiente:

• **Petición.** Es la solicitud que se presenta ante la entidad con el fin de requerir su intervención en un asunto concreto. Requisitos:

- La petición deberá contener, por lo menos:
- Los nombres y apellidos completos del solicitante y de su representante o apoderado, si es el caso y documento de identidad.
- Dirección de notificación y teléfono de contacto.
- Objeto de la petición.
- Las razones en que se fundamenta.

• **Queja.** Es la manifestación por medio de la cual se ponen en conocimiento de la entidad, conductas irregulares o comportamientos contrarios a derecho, cometidos por los funcionarios en el ejercicio de sus funciones. Requisitos:

- La queja deberá contener por lo menos:
- Los nombres y apellidos complementos del quejoso con indicación del documento de identidad.
- Dirección de notificación y teléfono de contacto.

---

<sup>36</sup> COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto 2542 del 2 de Julio de 1998

- Relación clara y detallada de los presuntos hechos irregulares y los soportes que puedan servir de soporte a la queja presentada.

No se dará trámite a las quejas que sean manifiestamente temerarias o se refiera a hechos irrelevantes o de imposible ocurrencia o sean presentados de manera incorrecta o difusa. La entidad no adelantará trámite alguno por quejas anónimas, excepto cuando se acredite por lo menos sumariamente la veracidad de los hechos denunciados o cuando se refiera en concreto a hechos o personas claramente identificables.

- **Reclamo.** Es la manifestación de la insatisfacción sobre la deficiencia en el servicio prestado por la entidad, o el incumplimiento o irregularidad de alguna de las características de los productos o servicios ofrecidos por el Ministerio del Interior. Requisitos: El reclamo deberá contener, por lo menos:

- Los nombres y apellidos completos del reclamante y de su representante o apoderado, si es el caso, con indicación de los documentos de identidad.
- Dirección de notificación y teléfono de contacto.
- Relación clara y detallada de los hechos generadores del respectivo reclamo y de las pruebas y documentos que puedan servir de sustento a la solicitud

- **Sugerencia.** Es la propuesta o consejo que realiza el ciudadano para que las IPS (Institución prestadora de servicios de salud) mejoren la prestación de sus servicios de salud.

**4.2.11 El personal de información y atención al usuario.** Las personas que integran el sistema de información y atención al usuario, tienen una gran responsabilidad frente al buen manejo de la información y a su adecuada canalización. Se requiere de personas con gran sentido de pertenencia a la

institución, calidad humana y conocimientos necesarios para implementar mejoras en la institución. Algunas de sus funciones son<sup>37</sup> :

- Atender en forma personalizada a los usuarios, garantizando la oportuna canalización y resolución de las peticiones.
- Hacer uso de los formatos institucionales de registro de peticiones (quejas, sugerencias, reclamos), como instrumento básico para la operación y mejoramiento de los procesos.
- Volver operativos los diferentes medios de comunicación que permitan un análisis cualitativo y cuantitativo de las necesidades del usuario a través de encuesta, sondeos, y el buzón de sugerencias.
- Diseñar y desarrollar estrategias orientadas hacia la humanización de los servicios al desarrollo de herramientas de protección de los derechos y deberes derivados de la afiliación al sistema.
- Promocionar el portafolio de servicios y establecer nuevas concepciones en la relación paciente – prestador.
- Recibir, clasificar, procesar, sistematizar, analizar e informar con criterio cualitativo y cuantitativo la información proveniente del usuario, grupo o comunidad que alimentan el proceso de toma de decisiones.

---

<sup>37</sup> HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. SOGCS. Manual de Sistema de información y atención al usuario (SIAU). Valdivia, Antioquia: Hospital San Juan de Dios, 2013.

- Desarrollar estrategias tendientes a garantizar el cumplimiento de las decisiones acordadas a partir de la información del SIAU, por los niveles superiores de la E.S.E.
  
- Consolidar el servicio de atención a la comunidad a través de acciones concertadas que favorezcan su participación activa en el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.
  
- Poner a disposición del sistema administrativo de la E.S.E. la información proveniente de los usuarios con el fin de favorecer su integración equitativa de la oferta y la demanda de los servicios de salud.
  
- Velar porque se entregue información adecuada al usuario frente al adecuado uso de los enseres de la institución y la adecuada clasificación de residuos hospitalarios.
  
- Fortalecer la relación Institución – Usuarios – Comunidad.
  
- Promover actividades de sensibilización en el campo de los derechos y deberes en salud de los usuarios: Campañas institucionales internas y externas.
  
- Favorecer el desarrollo de los compromisos hacia los usuarios por parte de los prestadores de servicios.
  
- Conocer a los usuarios, grupos y comunidad que acceden a nuestros servicios.
  
- Ayudar a reducir costos y mejor uso de los servicios.

- Divulgar las normas legales que fundamentan la creación del Servicio de Información y Atención al Usuario en todas las instancias: Gerencia, Administración, Usuarios y Funcionarios.
- Dar respuesta oportuna a todas las PQRS y presentar informar consolidado de estas mensualmente al área de sistemas integrados de calidad y control interno así como también al equipo directivo.
- Entrenar adecuadamente al personal que diligenciara la encuesta de satisfacción institucional.

**4.2.12 Asociaciones de usuarios.** “Son una agrupación de personas que están afiliados al régimen contributivo y subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que utilizan los servicios de una determinada institución que presta servicios de salud, que deciden organizarse para velar porque los derechos y deberes que tienen los usuarios frente al servicio en condiciones de calidad, trato digno y oportunidad sean cumplidos. Además, también permiten conducir las sugerencias, inquietudes, quejas y reclamos que los distintos usuarios tienen frente a la forma como se les brinda el servicio con el fin de mejorar la satisfacción de cada uno de los usuarios y alcanzar una mayor eficiencia en las instituciones de salud”<sup>38</sup>.

**4.2.13 Procedimiento para la conformación de la asociación de usuarios.** En ellas se llevará a cabo la elección del comité de usuarios, se debe elegir tres miembros principales con sus respectivos suplentes, se elige representantes a las diferentes instituciones locales que soliciten. Estas asambleas se realizarán en los primeros 20 días del mes de Enero cada año, el primer año tendrá carácter de elección de miembros y el segundo año será de carácter informativo. La mesa directiva de la asamblea elabora al acta y junto con la lista de asistencia se radica

---

<sup>38</sup> COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 1797 de 1994

ante la Dirección Local de Salud a más tardar una semana después de realizada la asamblea. Es importante dejar constancia que la convocatoria pública a través de un medio de alta divulgación local.

Cada 2 años cuando se eligen los miembros de la Junta Directiva de la Asociación de Usuarios, la mesa directiva de la asamblea elabora el Acta y lleva ante cámara de comercio para realizar el registro, esto a más tardar una semana después de realizada; de ello se remitirá copia escaneada en medio magnético y diligenciará el formato técnico estandarizado por la superintendencia nacional de salud, a través del enlace electrónico que para esto ha dispuesto en su página Web durante los diez (10) días de los meses de Enero, Abril, Julio y Octubre.

El acta debe contener la identificación de sus integrantes, calidad del afiliado, dirección de residencia, contacto telefónico y el periodo para el que se haya constituido. Se debe levantar actas de cada reunión de comité con la firma de todos los participantes, igualmente actas de cada Asamblea. La copia de estas actas debe ser escaneada en formato PDF y enviada a la oficina central, los originales harán parte del archivo de la asociación en cada municipio. El Comité municipal de usuarios debe ser reglamentado y capacitado para trabajar en las diferentes actividades y cumplir con las funciones de la Asociación de Usuarios en su municipio. Este Comité debe designar un representante para la apertura de buzones. De cada apertura debe quedar un acta numerada cronológicamente, igualmente de cada reunión del Comité Municipal de Usuarios.

**4.2.14 Operación de la asociación de usuarios.** Después de constituida la asociación de usuarios, debidamente registrada y legalizada, es importante tener en cuenta que para la realización de asambleas anuales de usuarios se convocan a las mismas personas que asistieron a la asamblea de conformación y que se encuentran registradas como miembros de la asociación de usuarios, además se debe elegir representantes entre los afiliados e incluirlos en el registro de miembros

de la asociación de usuarios. Cada dos años se debe registrar. La estructura y funcionamiento de la asociación de usuarios está definida debidamente aprobado y registrado en cámara de comercio.

Es responsabilidad de cada gerente, garantizar el cumplimiento proporcionando a la asociación los medios y recursos necesarios para tal fin. La unidad operativa de la asociación de usuarios son los comités municipales de usuarios en cada municipio, quienes asumen las siguientes responsabilidades:

- Capacitación a los usuarios en temas relacionados con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y derechos y deberes.
- Solicitar su actualización permanente para llevar la información a los usuarios.
- Colaborar al usuario en la formulación de peticiones, brindándole seguridad y confidencialidad a su documento.
- Realizar la apertura de buzón y análisis de cada petición encontrada y hacer las respectivas sugerencias de solución al Profesional de Aseguramiento respectivo.
- Realizar reuniones periódicas para estudiar y analizar los problemas que se presentan en el municipio en la prestación de servicios y enviar estas sugerencias al comité directivo regional de cada EPS, para buscar soluciones con el gerente regional.
- Vigilar la aplicación de encuestas de satisfacción en su municipio. Vigilancia al proceso de carnetización.

- De cada actividad realizada por el comité municipal de usuarios debe quedar constancia en actas, las cuales se archivan ordenadamente en la oficina municipal, se envía copia a la oficina de la regional.

**4.2.15 Funciones de la asociación de usuarios.** La Asociación de Usuarios es un mecanismo de intermediación entre los usuarios y la entidad que les presta los servicios. En este sentido realizará las siguientes acciones:

- Redirigir a los usuarios al área que corresponda al interior de la IPS para que puedan recibir asesoría completa sobre los requisitos para acceder a los servicios.
- Ser un canal más de comunicación efectivo para conocer las inquietudes y sugerencias de los usuarios relativos con actividades de servicio al cliente o relativos a la calidad, oportunidad de los servicios, para que sean escalados con las directivas de la institución para ser tenidas en cuenta.
- Recoger las sugerencias, recomendaciones, inquietudes y peticiones de los usuarios, realizadas a través de sus representantes, referidos a aspectos de Servicio al cliente y de calidad de los servicios brindados por la organización.
- Dar a conocer los proyectos orientados a los usuarios y retroalimentación.
- Sugerir ideas que mejoren la calidad y oportunidad en la prestación de los servicios de salud, en pro de la defensa de los derechos de los usuarios.
- Verificar que las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias ante la IPS sean respondidas de manera oportuna.
- Por medio de dos de sus representantes participar en El comité de ética en representación de los usuarios, llevando a ésta, las sugerencias de los mismos

para que en la toma de decisiones sean escuchadas, procurando mejorar la calidad en la prestación de los servicios que respondan a las necesidades de los usuarios.

- Participar en el Comité de Participación Comunitaria COPACO del municipio, o el espacio de participación social que cumplan sus funciones, aportando las demandas y sugerencias de los usuarios.
  
- Participar como usuarios en el Consejo Municipal de Seguridad Social en Salud.
  
- Realizar acciones de educación a los asociados sobre seguridad social en salud, derechos y deberes de los usuarios, servicios de la IPS.
  
- Actuar en coordinación con la oficina de quejas y reclamos de la institución y con el Comité de Ética y de acuerdo a los lineamientos y directrices.

**4.2.16 Formas de coordinación de la asociación de usuarios con otras instancias de participación social.** Se tienen las siguientes formas de coordinación:

- **COPACO (Comité de participación Comunitaria) o la Organización que haga sus veces.** La Asociación de Usuarios además de tener un representante en el COPACO deberá canalizar las inquietudes relacionadas con los problemas de salud detectados y sus alternativas de solución.
  
- **Comités Ética.** Además de tener representación en él, la Asociación de Usuarios, canalizará a través de este, la quejas, reclamos o inquietudes de los usuarios, relacionadas con faltas a la Ética profesional, o la calidad de la atención, y en general cumplimiento de los deberes y derechos de los usuarios.

- **Oficina atención del usuario.** La asociación o los usuarios individualmente podrá a través de la oficina de información y atención al usuario, canalizar las inquietudes, quejas y reclamos o podrán a través de esta oficina.

**4.2.17 Políticas de funcionamiento de la asociación de usuarios.** Las actividades que realicen los comités municipales de usuarios serán exclusivamente dirigidas a los usuarios y teniendo en cuenta que las políticas son:

- El objeto social de la asociación de usuarios siempre debe respetarse.
- La participación de los usuarios en la asociación debe ser libre, voluntaria y enmarcada al cumplimiento de sus deberes como usuarios del sistema.
- Generar propuestas de mejoramiento que beneficie a los usuarios en general y no de manera particular.
- La asociación es un grupo de usuarios interesados única y exclusivamente por la defensa de los usuarios y la calidad en la prestación de los servicios.

### **4.3 MARCO LEGAL**

El SIAU o Sistema Integral de Atención al Usuario, tiene como alcance orientar decisiones gerenciales para solucionar problemas, aplicando herramientas de gestión y control de la calidad para el mejoramiento institucional.

- **La Resolución 2542 de 1998 del Ministerio de Salud.** Reglamenta el “Sistema Integral de Información para el Sistema General de Seguridad Social en Salud-SIIS.” Algunos de sus ideas se encuentran en los siguientes artículos:

Artículo 1. La presente resolución reglamenta: a) los datos que debe manejar el Sistema Integral de Información del Sistema General de Seguridad Social en Salud que son generados por sus diferentes integrantes, su denominación, estructura y características; b) los

mecanismos operativos para la transferencia de los datos; c) la disposición y administración de los datos; y d) las responsabilidades que asumen cada uno de los integrantes del SGSSS en el Sistema Integral de Información, independientemente de su naturaleza jurídica, y todas aquellas entidades e instituciones de salud y de seguridad social de regímenes especiales, que conforman el Sistema de Salud.

Artículo 2. Definición: Adoptase como definición del Sistema Integral de Información del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SIIS, el conjunto interrelacionado de usuarios, normas, procedimientos y recursos del Sistema que generan y disponen información sobre los procesos esenciales de afiliación, financiamiento, prestación de servicios, vigilancia de la salud pública y participación social y los procesos de gerencia y administración institucional en cada uno de los integrantes del Sistema.

Artículo 3. Estandarización de datos del sistema. Las instituciones objeto de la presente reglamentación, están obligadas a generar y disponer los datos requeridos por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, ceñidos a los estándares que establezca el Ministerio de Salud, en relación con la denominación, estructura, características, disposición, conservación y depuración de los datos.

- **Ley 190 del 6 de junio de 1995, Estatuto anticorrupción.** En los artículos 53-55 se expone el sistema de quejas y reclamos en las entidades públicas.
- **Decreto 2232 de 1995.** En el artículo 7 al 9 describe el reglamento dentro del sistema de quejas y reclamos.
- **Decreto 1757 de 1994.** En el artículo del 3-6, expone las diferentes formas de participación ciudadana dentro de los servicios de atención al usuario.
- **Ley 100 de 1993.** En esta Ley en los artículos 159 y 198 al 200 expone las garantías de los afiliados en el sistema general de seguridad social en salud.

- **Directiva presidencial 05 de 1995.** Describe cuales son las dependencias encargadas de recibir, tramitar y resolver quejas y reclamos en las entidades públicas.
- **Circular 009 de 1996.** De la Superintendencia Nacional de Salud, en la cual se define el sistema de quejas y reclamos.
- **Decreto 1011 del año 2006.** Donde se define el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en el sistema general de seguridad social en salud a nivel nacional.
- **Resolución 3374 del año 2000.** Donde se estipula el sistema RIPS (registro individual de procedimientos en salud) a nivel nacional entre aseguradoras y prestadores.
- **Resolución 581 de febrero de 2004.** Donde se define el sistema de habilitación de ARS.
- **Resolucion1043 de 2006.** Sobre Habilitación de IPS.
- **Resolución 1445 de 2006.** Sobre Acreditación en salud.
- **Circular 030 del año 2006.** De la Superintendencia de Salud, donde se define los indicadores de calidad mínimos a prestar semestralmente por aseguradores y prestadores a nivel nacional.
- **Circular Única de agosto de 2007.** En la cual se reúnen en un solo cuerpo normativo todas las instrucciones generales de la Superintendencia que se encuentran vigentes, con los siguientes propósitos:

- Recopilar, revisar, modificar y actualizar todas circulares externas y cartas circulares expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud.
  
- Facilitar a los destinatarios de su misión de inscripción, vigilancia y control, el cumplimiento, comprensión y consulta de las instituciones expedida por esta superintendencia.
  
- Proporcionar a sus funcionarios un instrumento jurídico unificado y coherente que determine con precisión las reglas aplicables a las situaciones concretas que se inscriben dentro de su ámbito de competencia.

## **5. DISEÑO METODOLÓGICO**

### **5.1 TIPO DE ESTUDIO**

Este es un trabajo descriptivo de corte transversal que pretende analizar los documentos que los pacientes allegan al ISABU denominados PQRS producto de la atención que presta este ente en los distintos centros de salud y El Hospital Local del Norte, con el fin de que a partir de este análisis se propongan acciones de mejora.

### **5.2 ÁREA DE ESTUDIO**

Área administrativa y asistencial en la ESE ISABU en Bucaramanga.

### **5.3 FUENTES Y TÉCNICAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS**

La información fue obtenida de fuentes secundarias denominadas peticiones, quejas, felicitaciones, solicitudes, reclamos y sugerencias realizadas por los usuarios y que fueron presentas o radicadas de la ESE ISABU.

### **5.4 PROCEDIMIENTOS**

Con el fin de dar cumplimiento a los objetivos propuestos en esta monografía y contribuir al mejoramiento de la institución objeto de análisis, se plantearon los siguientes pasos, los cuales se desarrollaron en el siguiente capítulo:

- Se realizó la recopilación y análisis de las PQRS radicadas en la ESE ISABU durante el primer semestre del 2014, para cada uno de los servicios.

- Luego se identificaron los atributos y componentes de la calidad implicados en las PQRS.
- De otra parte, se describió las oportunidades de mejora del Sistema Integral de Atención al Usuario (SIAU) en la actualidad.
- Finalmente, se sugirieron acciones para el mejoramiento continuo de los procesos de atención de la institución objeto de estudio.

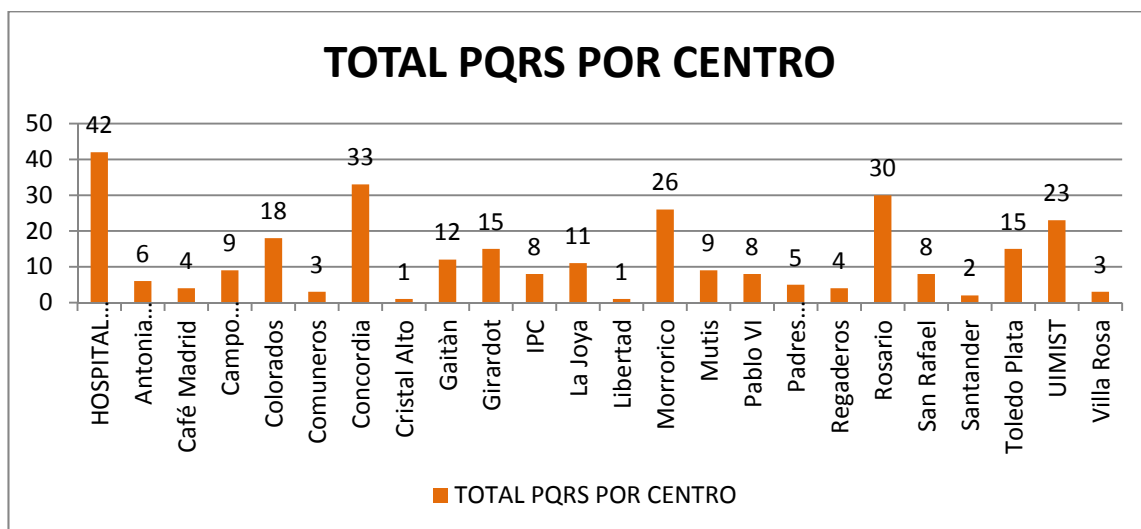
## 6. DESARROLLO DEL ANÁLISIS DE LA MEDICION

En este capítulo se pretende presentar una descripción y análisis de las PQRS encontradas, su relación con los atributos y componentes de la calidad.

### 6.1 RECOPIACIÓN Y ANÁLISIS DE LAS PQRS RADICADAS EN LA E.S.E. ISABU, DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2014

En el primer semestre del 2014 (Enero, Marzo y Mayo), en el ISABU, se presentó una gran preocupación por un aumento considerable en el número de PQRS reportadas por los usuarios que acuden a esta institución, los cuales corresponden a los dos regímenes: población subsidiada y parte del contributivo. Esta Figura 2 muestra que el mayor número de PQRS se presenta en el Hospital Local Del Norte (HLN), seguido del Centro de Salud la Concordia, y posteriormente en el Centro de Salud Rosario, Morrорico y UIMIST.

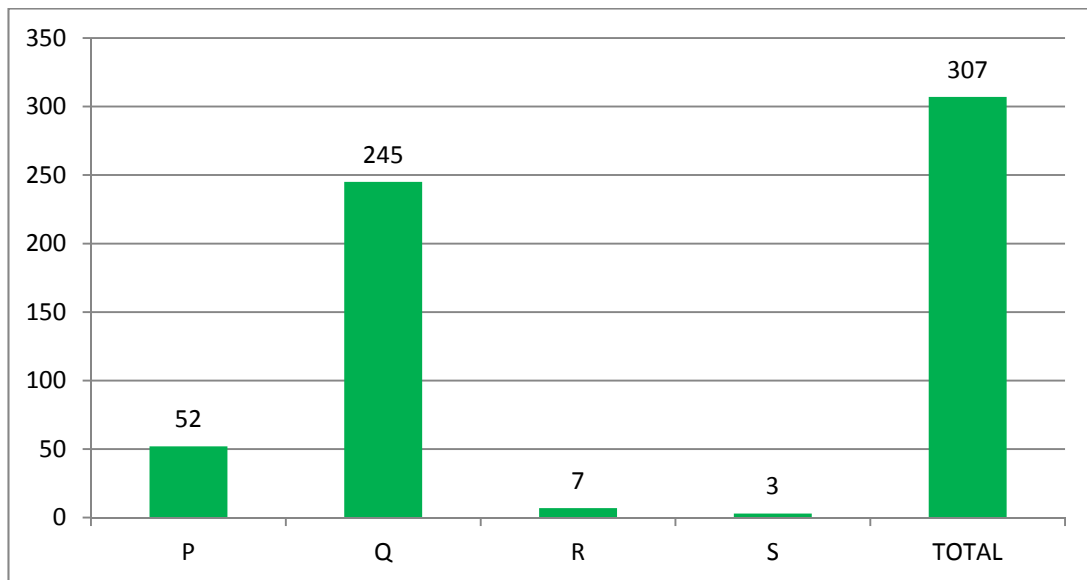
**Figura 2. Número total de PQRS en cada centro de trabajo durante el primer semestre del 2014**



Fuente: Cálculos del estudio, realizado por los autores. Bucaramanga, 2015

**6.1.1 Análisis de cada PQRS.** Con el fin de discriminar y precisar acerca de qué tipo de PQRS era la más prevalente y hacer un análisis preciso, a continuación se presenta la Figura 3 donde se observa que las quejas, son las PQRS más frecuentes en la E.S.E ISABU, las cuales corresponde a 245 casos, lo que representa el 65% de estos documentos, que sumado a las peticiones, reclamos y demás constituyen alrededor del 87% de los requerimientos del cliente en comparación con las felicitaciones que fue del 18%, por esta razón, a continuación se hace referencia solo a las PQRS y no a las felicitaciones.

**Figura 3. Clasificación según tipo de PQRS**

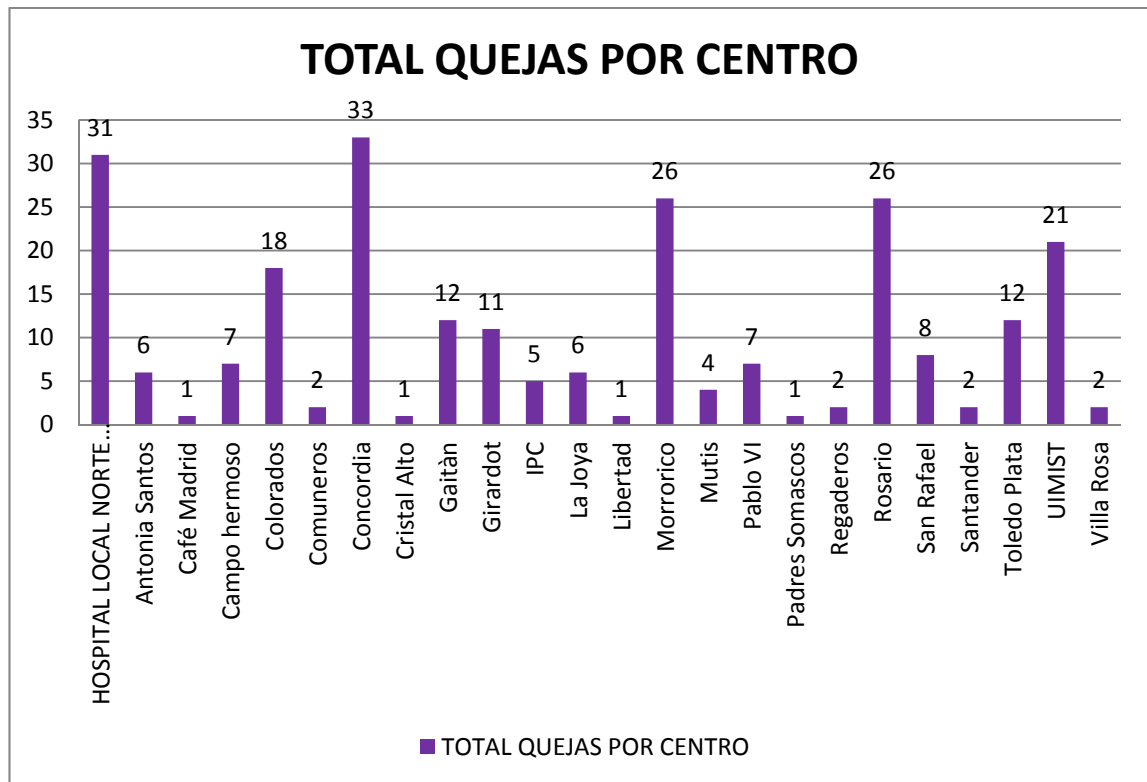


Fuente: Cálculos del estudio, realizado por los autores. Bucaramanga, 2015

- **Análisis de las quejas.** En cuanto a las quejas, en la Figura 4 se observa que el centro de salud de la Concordia es donde con mayor frecuencia se presentaron estas con un 13.5%, seguido del HLN 12.6%, Morrórico 10.6%, Rosario 10.6% y UIMIST 8.5%. Analizando la información e indagando con los funcionarios de estos centros de salud, se encontró que por ejemplo en la Concordia ha experimentado frecuentes rotaciones y escasos de personal médico. Por otra parte, en el HLN, el

número de pacientes aumentó respecto a los años anteriores, lo que ha generado aumento del personal médico.

**Figura 4. Número total de quejas por cada centro de trabajo durante el primer semestre del 2014**



Fuente: Cálculos del estudio, realizado por los autores. Bucaramanga, 2015

Con el fin precisar sobre los motivos que originaron estas quejas, en la tabla 1 se observa que estos correspondieron a: Demora en la atención 46.1%, Maltrato por parte de los funcionarios 12.7%, Dificultad para conseguir citas 9%, Cambio de personal 6.5% y otros 12.2%.

Se encontró que muchas de las quejas clasificadas como otros corresponden a problemas con la oportunidad como la demora en la atención, al maltrato por parte

de los funcionarios y a dificultad para conseguir citas. Esta categoría no se pudo clasificar adecuadamente ya que la información que se tiene no es del todo clara.

Según la Tabla 1 si se trabaja para disminuir el número de quejas de los 4 primeros motivos, se estaría solucionando el 80% de las quejas.

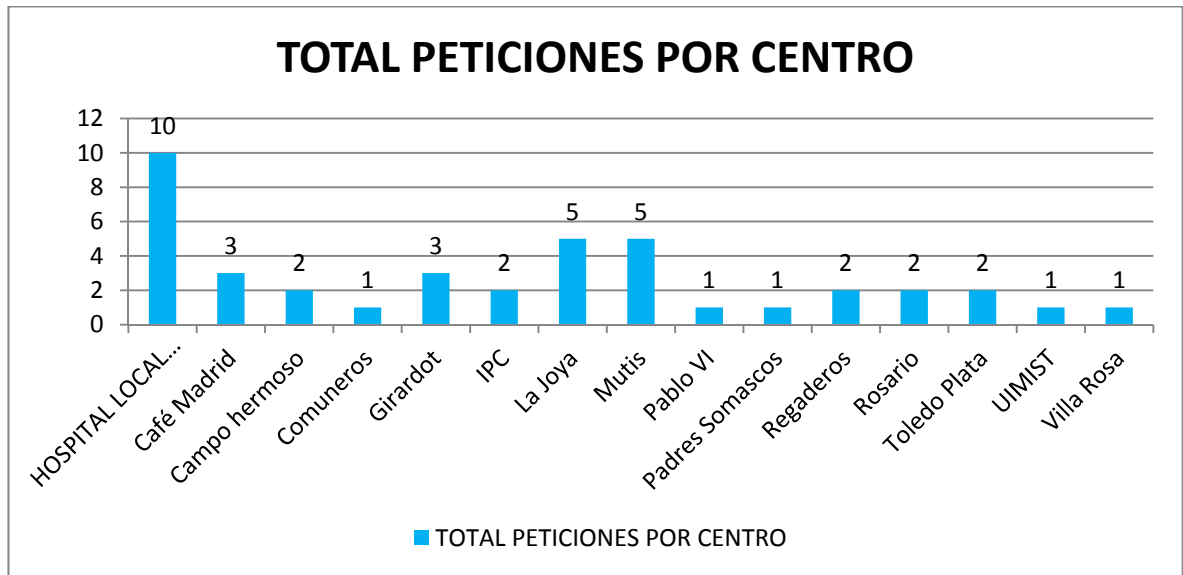
**Tabla 1. Motivos de las quejas durante el primer semestre del 2014**

Clasificación	Total general		Acumulado
	Casos	Porcentaje	
Demora en la atención (Oportunidad)	<b>113</b>	46,1%	46,1%
Mal trato por parte de los funcionarios (Profesionalismo, cortesía, atención centrada en el paciente)	<b>31</b>	12,7%	58,8%
Otros	<b>30</b>	12,2%	71,0%
Dificultad para conseguir citas (Oportunidad)	<b>22</b>	<b>9,0%</b>	<b>80,0%</b>
Cambio de personal (Competencia y eficiencia)	<b>16</b>	6,5%	86,5%
Falla entrega de medicamentos e insumos (elementos tangibles)	<b>12</b>	4,9%	91,4%
Mala información al usuario (comunicación)	<b>9</b>	3,7%	95,1%
Inadecuada entrega de medicamentos (Fiabilidad)	<b>6</b>	2,4%	97,6%
Falta de plan de contingencia (Capacidad de respuesta)	<b>2</b>	0,8%	98,4%
Posible efecto adverso	<b>2</b>	0,8%	99,2%
Ética médica (Relación médico-paciente, atención centrada en el paciente)	<b>1</b>	0,4%	99,6%
Solicitud para otra entidad (accesibilidad, confort en la atención)	<b>1</b>	0,4%	100,0%
<b>TOTAL QUEJAS</b>	<b>245</b>	<b>100,0%</b>	

Fuente: Cálculos del estudio, realizado por los autores. Bucaramanga, 2015

- **Análisis de las peticiones.** En cuanto a este aspecto se representa el número de peticiones en la Figura 5. Se observa que el centro de trabajo que más tuvo peticiones fue el HLN19.2% seguido del Centro de Salud La Joya 9.6% y Mutis 9.6%.

**Figura 5. Número total de peticiones por cada centro de trabajo durante el primer semestre del 2014**



Fuente: Cálculos del estudio, realizado por los autores. Bucaramanga, 2015

En la Tabla 2 se observa que los principales motivos de las peticiones correspondieron a: Falta de servicios e insumos 39%, demora en la atención 17.1%, cambio de personal 14.6%, dificultad para conseguir citas 4.9% y otro 14.6%. Al revisar exhaustivamente el motivo de petición clasificado como “otros” en su mayoría se refiere a la solicitud de más médicos o personal.

Teniendo en cuenta la Tabla 2 si se proyecta las causas para disminuir el número de quejas de los 4 primeros motivos, se estaría solucionando el 85.4% de las peticiones.

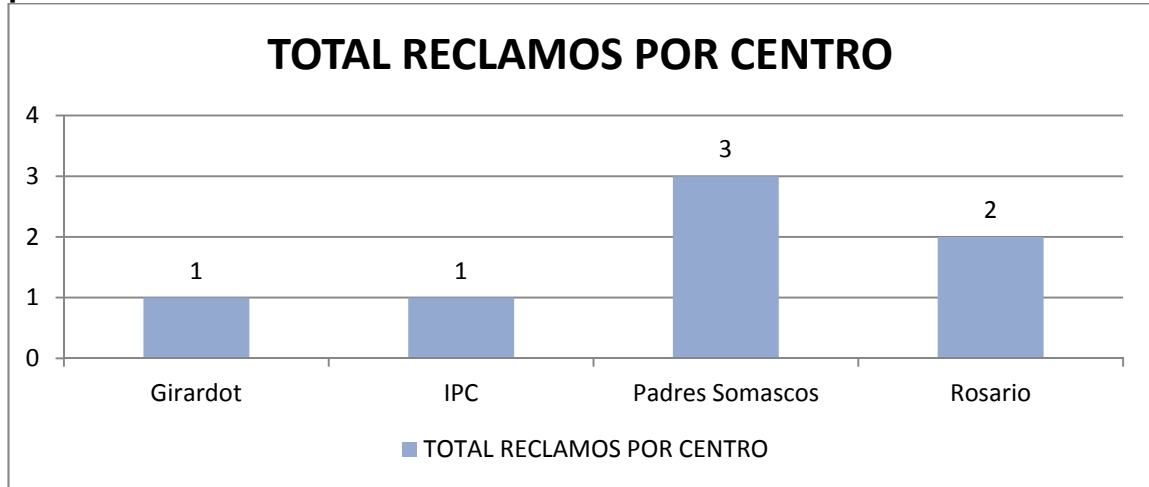
**Tabla 2. Motivos de las peticiones durante el primer semestre del 2014**

Clasificación	Total general		Acumulado
	Casos	Porcentaje	
Falla en entrega de medicamentos e insumos (elementos tangibles)	16	39,0%	39,0%
Cambio de personal (Competencia, eficiencia)	6	14,6%	53,7%
Otros	6	14,6%	68,3%
Demora en la atención (oportunidad)	7	17,1%	85,4%
Dificultad para conseguir citas (Oportunidad)	2	4,9%	90,2%
Mala información al usuario (comunicación)	2	4,9%	95,1%
Mal trato por parte de los funcionarios (profesionalismos, Cortesía, atención centrada en el paciente)	1	2,4%	97,6%
Solicitud para otra entidad (accesibilidad, confort en la atención)	1	2,4%	100,0%
<b>TOTAL PETICIONES</b>	<b>41</b>	<b>100,0%</b>	

Fuente: Cálculos del estudio, realizado por los autores. Bucaramanga, 2015

- **Análisis de los reclamos.** En cuanto a los reclamos en la Figura 6 se observa que los Centros de Trabajo Padres Somascos con 43% y Rosario 28.5%, son los lugares donde más se presentaron reclamos.

**Figura 6. Número total de los reclamos por cada centro de trabajo durante el primer semestre del 2014**



Fuente: Cálculos del estudio, realizado por los autores. Bucaramanga, 2015

En la Tabla 3 se muestran los motivos del reclamo y el que cuenta con mayor importancia es la demora en la atención 28%, el resto de motivos como inadecuada entrega de medicamentos, mala información al usuario, falta de plan de contingencia, cambios de personal y otros cuentan con el mismo porcentaje cada uno 14%.

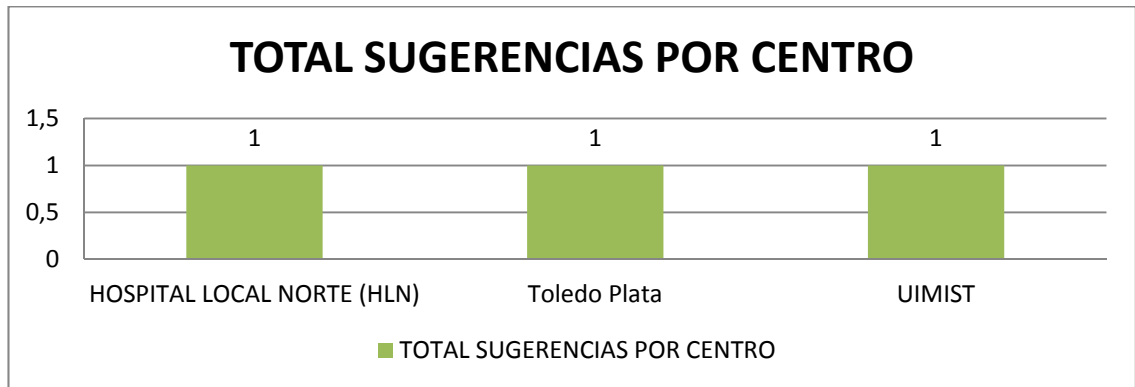
**Tabla 3. Motivos de los reclamos durante el primer semestre del 2014**

Clasificación	Total general		Acumulado
	Casos	Porcentaje	
Demora en la atención (oportunidad)	2	28,6%	28,6%
Falla en la entrega de medicamentos e insumos (fiabilidad)	1	14,3%	42,9%
Mala información al usuario (comunicación)	1	14,3%	57,1%
Falta de plan de contingencia (capacidad de respuesta)	1	14,3%	71,4%
Cambio de personal (competencia y eficiencia)	1	14,3%	85,7%
Otros	1	14,3%	100,0%
<b>TOTAL RECLAMOS</b>	<b>7</b>	<b>100,0%</b>	

Fuente: Cálculos del estudio, realizado por los autores. Bucaramanga, 2015

- **Análisis de las sugerencias.** En la Figura 7 se encuentra la información obtenida sobre las sugerencias. Tanto los centros de salud Toledo Plata, UIMIST y Hospital Local del Norte obtuvieron la misma cantidad de sugerencias correspondiendo cada uno al 14%. Esta corresponde a la minoría de las PQRS

**Figura 7. Número total de sugerencias por cada centro de trabajo durante el primer semestre del 2014**



Fuente: Cálculos del estudio, realizado por los autores. Bucaramanga, 2015

A continuación se muestra la tabla 4 donde se puede observar que el motivo “otros” correspondió al 66.7% este se refería especialmente al componente de la calidad denominado como accesibilidad.

**Tabla 4. Motivos de las sugerencias durante el primer semestre del 2014**

Clasificación	Total general		Acumulado
	Casos	Porcentaje	
Otros	2	66,7%	66,7%
Falta en la entrega de medicamentos insumos (elementos tangibles)	1	33,3%	100,0%
<b>TOTAL SUGERENCIAS</b>	<b>3</b>	<b>100,0%</b>	

Fuente: Cálculos del estudio, realizado por los autores. Bucaramanga, 2015

## 6.2 ANALISIS DE LOS PRINCIPALES ATRIBUTOS Y COMPONENTES DE LA CALIDAD IMPLÍCITOS EN LAS PQRS

**6.2.1 Análisis de las Quejas.** En relación a los principales motivos de las quejas, a continuación se presenta la espina de pescado para cada uno de ellos, teniendo como referente los atributos y componentes de la calidad implícitos en éste.

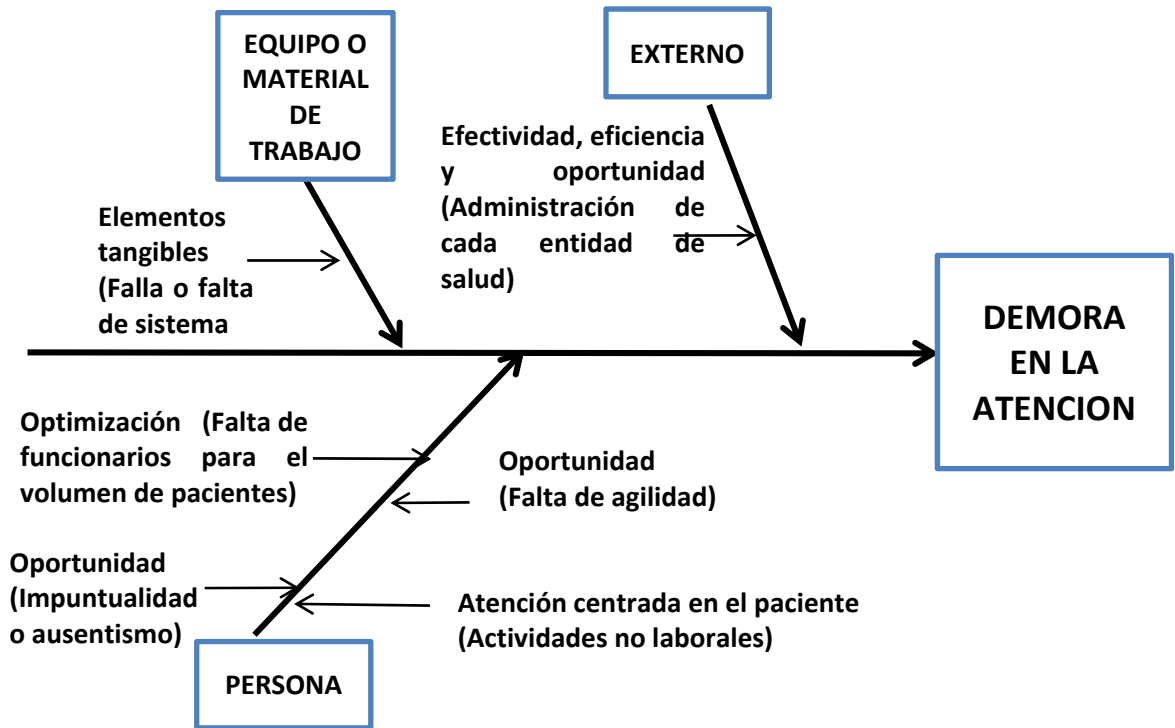
- **Demora en la atención.** Aunque en las quejas analizadas éste fue uno de los motivos con mayor proporción 42%, los documentos analizados no contenía la información suficiente para indagar sobre las causas de esta demora, sin embargo, de lo que se pudo sustraer se identifica en la espina de pescado de la Figura 8.

La demora en la atención al usuario o al paciente que acude para solicitar un servicio, se ve relacionada con el incumplimiento de algunos atributos y componentes para la calidad. En este caso, se ve afectada claramente la oportunidad o la capacidad de respuesta, los elementos tangibles, la optimización, la atención centrada en el paciente, la eficiencia y por consiguiente la efectividad. La demora en la atención al paciente puede generar grandes disgustos, ansiedad, tensión laboral, y hasta serias consecuencias para la salud.

Es importante evaluar las causas en la demora, las cuales en su mayoría son por la falta de funcionarios (médicos y enfermeras) para atender el volumen de pacientes que solicitan el servicio, al igual que falta de remplazos médicos como plan de contingencia, la falta de agilidad, entrenamiento y destrezas de los funcionarios (facturación, médicos y enfermería), incumplimiento o impuntualidad en los horarios por parte de los funcionarios, distracción en actividades no laborales, falta o falla en el sistema para facturar y/o dar citas, demoras en asignar cita por parte de su entidad de salud por asuntos administrativos, entre otros.

En la Figura 8, se presentan las causas que dieron origen a la demora en la atención según la información recaba.

**Figura 8. Causas del motivo de queja demora en la atención**



Fuente: Cálculos del estudio, realizado por los autores. Bucaramanga, 2015

De acuerdo a las causas que motivaron esta queja, se encontró que la oportunidad fue la que mayor peso tuvo dentro del diagrama, es por ello que se debe trabajar para mejorar en este aspecto, haciendo un plan de mejora, ya que éste constituye una de las razones de la demora en la atención. Se pudo analizar que la razón era por ausentismo laboral de los funcionarios, impuntualidad o falta de agilidad en la resolución de actividades o debido a fallas en el sistema.

- **Mal trato por parte de los funcionarios.** En las quejas esta fue el segundo de los motivos con mayor proporción 12,7%. Lo que se pudo sustraer de los documentos y de indagar a los funcionarios se identifica en la espina de pescado de la Figura 9.

El mal trato por parte de los funcionarios al usuario se ve relacionado con falla en los siguientes atributos y componentes de la calidad: atención centrada en el paciente, conocimiento del paciente, comunicación, comprensión del cliente, cortesía y profesionalismo. El día a día de una institución de salud como el Hospital Local del Norte y los centros de salud, es la atención al paciente, quien acude para que le brinden un servicio.

Las instituciones de salud en Colombia deben estar enfocadas en el usuario y sus necesidades, identificando los principales grupos de riesgo y trabajar en equipo, para lograr resultados en los procesos de salud que mejoren la calidad de vida y que mantengan con el tiempo la prioridad de la participación del usuario y su familia en la IPS.

Su principal fortaleza debe ser la oportunidad, calidad y pertinencia de los servicios, los cuales requieren de un compromiso de todos los que intervienen en los procesos para que los recursos sean altamente eficientes y que garanticen el costo-efectividad de los diferentes servicios, que se prestan en la Institución.

El usuario tiene derechos como trato humanizado, concebida como un imperativo ético para el sistema de salud, y no solamente como un atributo de servicio, producto o información, de cada una de las instituciones de salud o actores que la conforman. Su autocuidado y la seguridad del paciente. También se protegen ampliamente en todos los servicios los derechos fundamentales como el cuidado integral en salud.

Los afiliados y sus necesidades conducen a diseñar políticas, programas y velar por las relaciones asociadas con la dignidad de todo ser humano, se habla de humanización. La IPS debe asegurar un talento humano, orientando su labor hacia la humanización de los servicios de salud teniendo claro que el talento humano es un pilar fundamental dentro de su direccionamiento y con base a esto se crea la

necesidad de buscar conductas que impacten positivamente en el crecimiento personal y profesional de cada uno de sus colaboradores, fomentando los valores de la plataforma organizacional, del Hospital Local del Norte, buscando estrategias de humanización y la responsabilidad social, encaminando su labor hacia una prestación de servicios con calidad y calidez. La relación con cada uno de nuestros usuarios debe estar basada en el contexto de la ética, los principios y valores tanto institucionales como personales, de este modo se pretende atender a los usuarios para suplir sus necesidades a nivel físico, emocional, intelectual y social.

Analizando la información, la gran mayoría de quejas por este motivo provenían del personal encargado del ingreso administrativo del usuario a la institución, seguido del personal médico, enfermería, vigilantes, archivo y por ultimo laboratorio. Véase Figura 9.

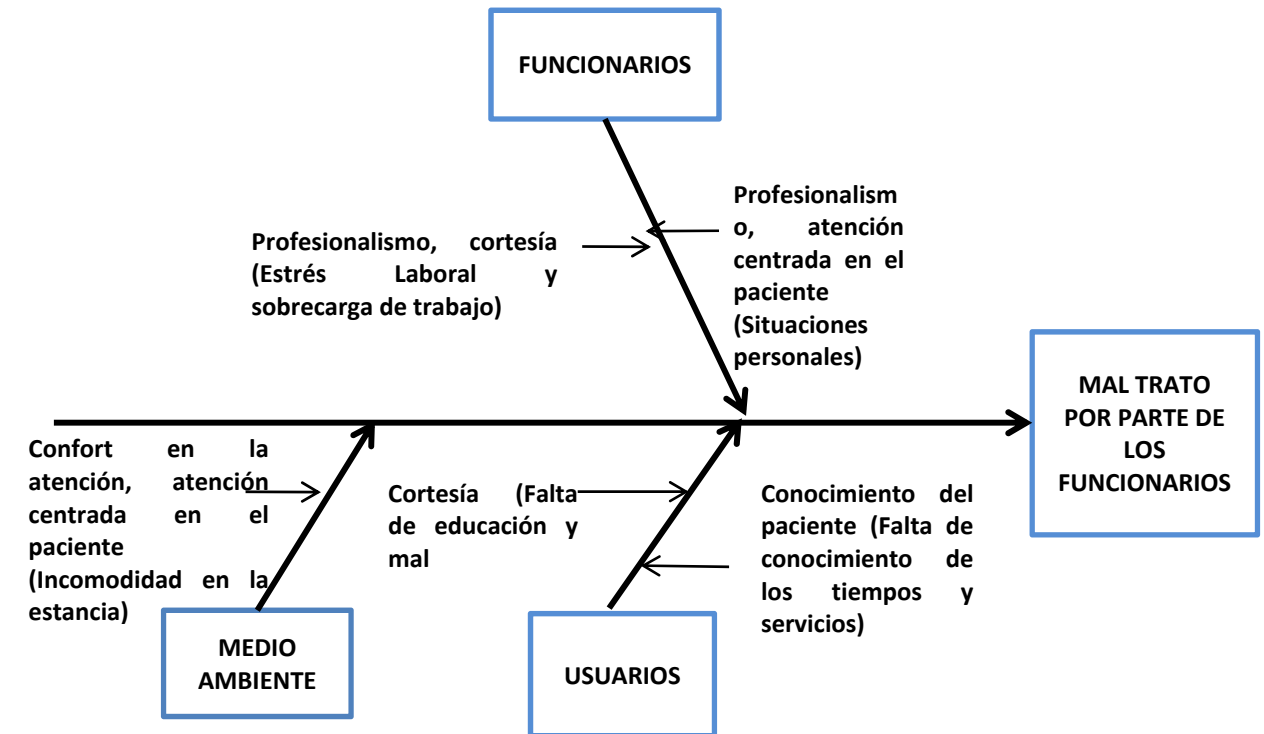
En cuanto al mal trato por parte de los funcionarios, se encontró que la atención centrada en el paciente, la cortesía y la falta de profesionalismo fueron los componentes que más sobresalieron dentro de la espina de pescado como causantes.

Uno de los ejes del Sistema único de acreditación, es la humanización en la cual se debe trabajar por el bienestar integral del paciente y su familia en marcado dentro de los procesos de una atención basada en el respeto de los derechos humanos de los pacientes.

El programa de humanización que se vaya a implementar en cada Institución debe estar basado en una cultura corporativa con valores y principios humanísticos, éticos y morales como se tiene en la ESE ISABU que se conviertan como eje para poder planear una atención con calidad en los servicios de salud reconociendo la voluntad y el compromiso de sus integrantes, quienes se constituyen en pieza fundamental para cumplir con la cultura de mejoramiento continuo y alta ética

profesional fortaleciendo el contacto con el usuario y sus familiares, proyectando calidez y un trato digno y respetuoso.

**Figura 9. Causas del motivo de queja maltrato por parte del funcionario**



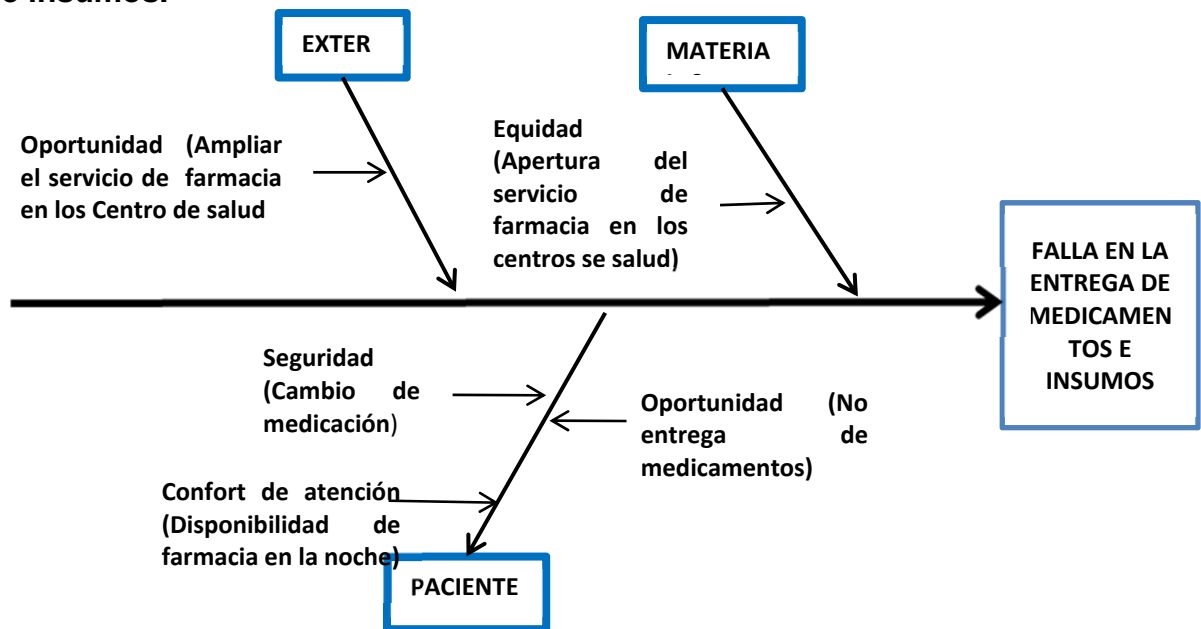
Fuente: Cálculos del estudio, realizado por los autores. Bucaramanga, 201

**6.2.2 Análisis de las peticiones.** En relación a los principales motivos de las peticiones, a continuación se presenta la espina de pescado para cada uno de ellos, teniendo como referente los atributos y componentes de la calidad implícitos en este.

- **Falla en la entrega de medicamentos insumos.** Véase Figura 10. Aunque en las peticiones analizadas se considera la de mayor proporción, la cual corresponde al (39%) de las causas del problema. Esta causa está relacionada con la situación financiera que actualmente vive la red hospitalaria a este nivel afectando el crecimiento y envejecimiento de la cartera; lo cual genera detrimento del patrimonio del Hospital porque no se recibe el pago oportuno de los servicios brindados.

La no entrega de los servicios e insumos al usuario o al cliente que acude para solicitar un servicio se ve relacionada con el incumplimiento de algunos atributos y componentes para la calidad. En este caso se ve afectada la oportunidad y continuidad con el tratamiento instaurado al paciente. Véase Figura 10.

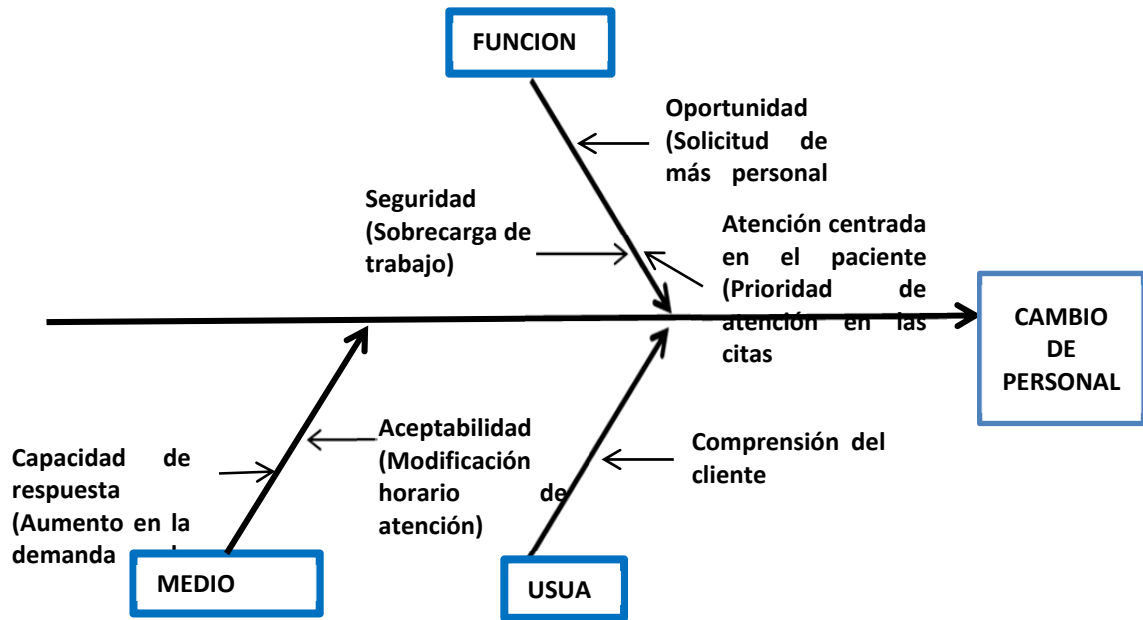
**Figura 10. Causas del motivo de petición falla en la entrega de medicamentos e insumos.**



Fuente: Cálculos del estudio, realizado por los autores. Bucaramanga, 2015

- Cambio del personal.** Los factores de riesgo psicosocial han sido definidos como las características relacionadas con la organización del trabajo que pueden afectar a la salud de los trabajadores, por lo que la prevención de riesgos laborales debe asegurar que las variables organizativas cumplan requisitos preventivos. En este sentido, se insiste en que es necesario establecer sistemas organizacionales. Una falla en la entrega de medicamentos puede generar un evento adverso y/o incidente dependiendo del daño causado al paciente al igual que la no entrega del medicamento y/o entrega oportuna generara inconformidad en el usuario. Véase Figura 11.

**Figura 11. Causas del motivo de petición cambio de personal**



Fuente: Cálculos del estudio, realizado por los autores. Bucaramanga, 2015

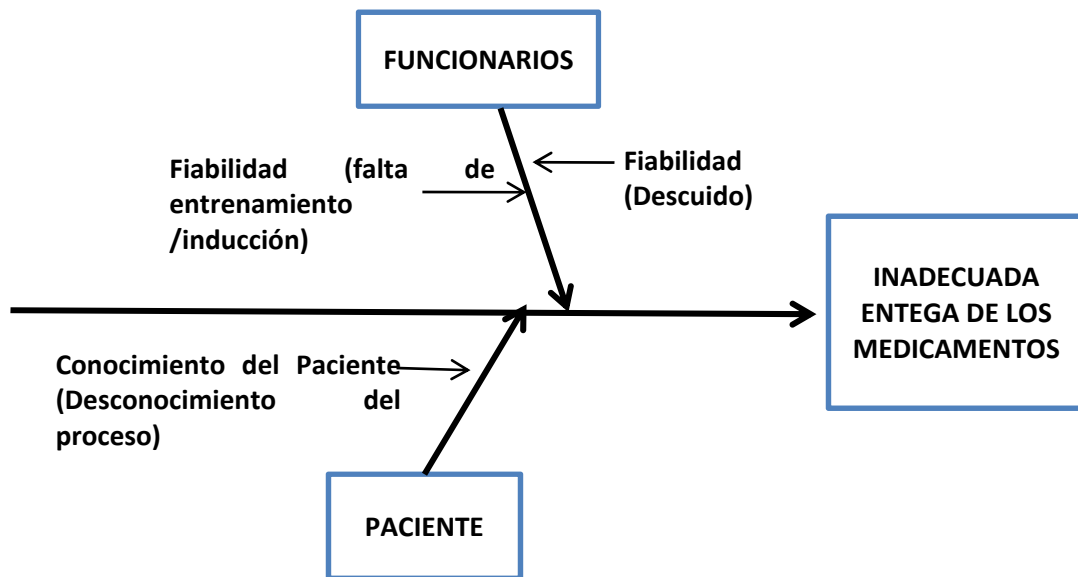
**6.2.3 Análisis de los reclamos.** En cuanto a los principales motivos de reclamos, mostrados en la espina de pescado, teniendo como referente los atributos y componentes de la calidad, se encontró como hallazgo que un mismo motivo o razón se encuentra dentro de la diferente clasificación de manera repetitiva, como ejemplo la “demora en la atención” se encuentra como principal motivo tanto en las quejas como en los reclamos (28%).

- **Inadecuada entrega de medicamentos.** En los documentos analizados que se referían a la inadecuada entrega de medicamentos, no se encontró suficiente información para conocer los motivos, sin embargo, lo poco que se logró extraer indicaba que esto se debía a la falta de entrenamiento y/o inducción adecuada para un correcto despacho de medicamentos, descuido a la hora de entregar un medicamento y desconocimiento por parte del paciente acerca de los tiempos de

entrega como vencimiento de la formula después de 3 días, la entrega cada mes de los medicamentos cuando la fórmula es por 2,3 o más meses. Véase Figura 12.

Teniendo en cuenta las causas que motivaron este reclamo se pudo encontrar que la fiabilidad es el componente que más se ve comprometido, teniendo en cuenta que la fiabilidad es la prestación del servicio prometido de forma correcta permanente, sin contratiempos, ni problemas. Este componente se liga directamente a la seguridad y a la credibilidad.

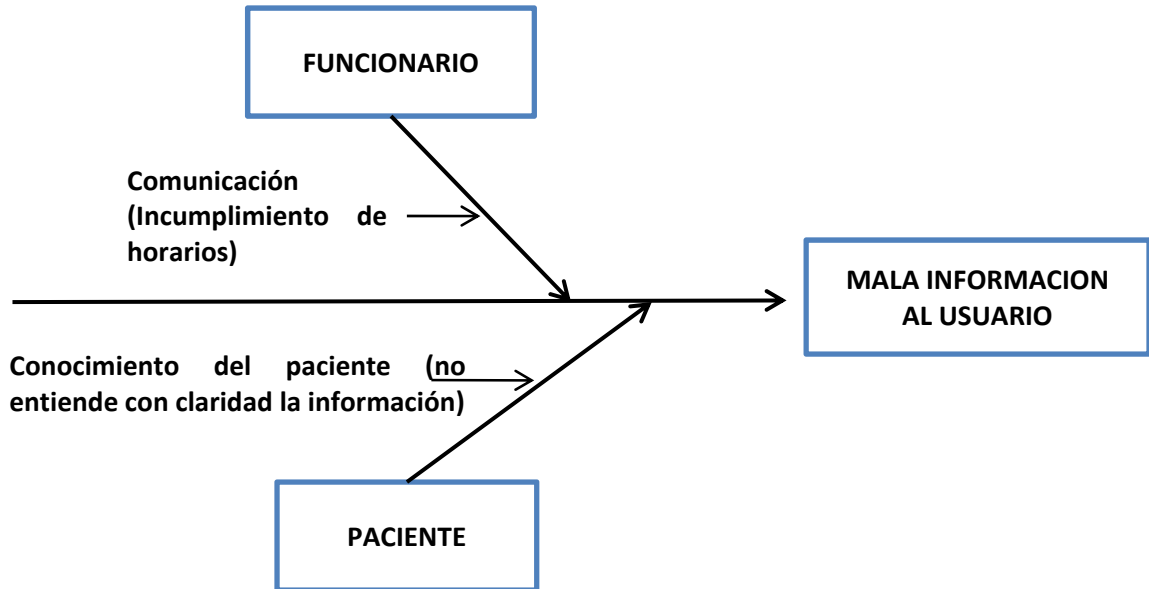
**Figura 12. Causas del motivo de reclamo inadecuada entrega de los medicamentos**



Fuente: Cálculos del estudio, realizado por los autores. Bucaramanga, 2015

- Mala información al usuario.** Se encontró que este ítem de mala información al usuario, cuenta con un porcentaje del (14.3%), teniendo como factores importantes causantes de dicha No conformidad de la prestación del servicio. Los atributos y componentes de la calidad que más se vieron relacionados fueron: la falta de comunicación y de conocimiento del paciente, en su mayoría los principales reclamos fueron por falta o mala de información en los horarios de atención e información incomprensible. Véase Figura 13.

**Figura 13. Causas del motivo de reclamo mala información al usuario**



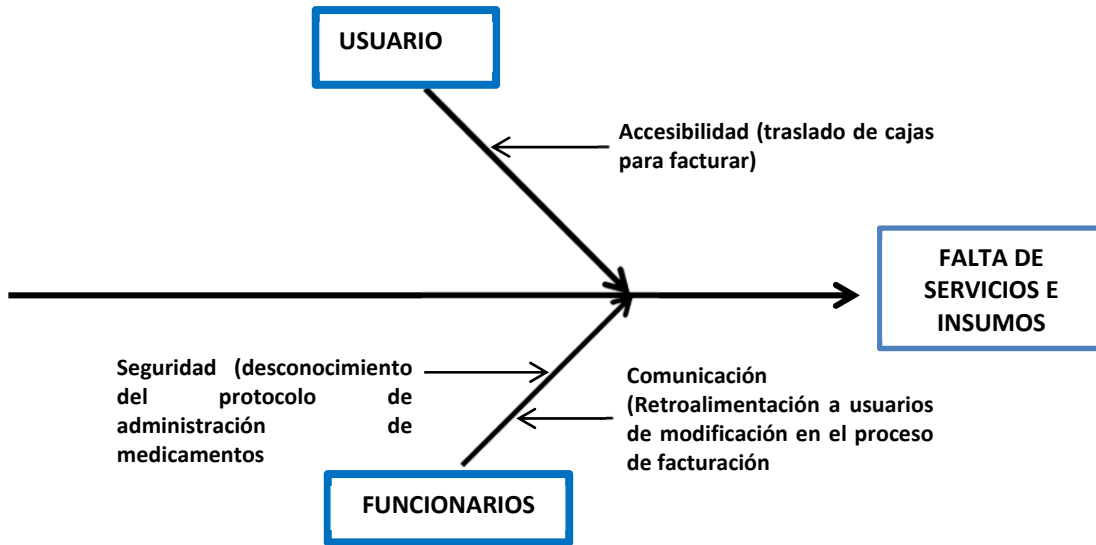
Fuente: Cálculos del estudio, realizado por los autores. Bucaramanga, 2015

#### **6.2.4 Análisis de las sugerencias.** Se tienen las siguientes sugerencias:

- **Falta de servicios e insumos.** En cuanto a la falta de servicios e insumos como sugerencias se describen principalmente algunos componentes y atributos de la calidad mostrados en la Figura 14: la falla en la accesibilidad por traslado de la caja de facturación a un lugar poco exequible para el usuario, falla en la comunicación por la no información de cambios en los servicios farmacéuticos y la seguridad del paciente por desconocimiento de protocolos.

En este punto se encontró que la no disponibilidad de los insumos y materiales puede causar fallas en los servicio especialmente en los momentos de emergencia. Por otro lado, se logró extraer del personal administrativo que el pago inoportuno de las EPSs ocasionan inconvenientes en la demanda de suministros e interrupción de los proveedores debido al no pago oportuno de la prestación del servicio, y por consiguiente ocasiona estrés laboral e interfiere en el clima laboral de la Institución.

**Figura 14. Causas del motivo de sugerencias falta de servicios e insumos**



Fuente: Cálculos del estudio, realizado por los autores. Bucaramanga, 2015

### **6.3 OPORTUNIDADES DE MEJORA DEL SISTEMA INTEGRAL DE ATENCIÓN AL USUARIO (SIAU) EN LA E.S.E ISABU**

La E.S.E ISABU cuenta con los buzones de sugerencias que están ubicados en la los centros de Salud de atención, en 5 zonas: Centro de Salud el Rosario, Centro de Salud Antonia Santos, Centro de Salud Girardot, Centro de Salud la Joya, Centro de Salud Villa Rosa, y la principal en la UIMIST, los cuales son abiertos cada 8 días.

La E.S.E ISABU cuenta con un manual de atención del usuario, donde se tiene definida la plataforma estratégica de la Institución, las responsabilidades sociales de la E.S.E., para que exista una interacción y relación armónica con los diferentes grupos de interés, dando respuesta a las expectativas sociales y ambientales de manera que contribuya a la mejora de los procesos internos.

Se define dentro de este manual la política de calidad que procura la mejora continua de los procesos y orientados hacia la satisfacción del usuario. Se diseña dentro de este manual la caracterización del proceso de PQRS, en busca de garantizar una respuesta oportuna, eficiente y eficaz y encaminada al logro de las necesidades del usuario para contribuir a apoyar y fomentar el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud que se prestan en concordancia con su misión y dando cumplimiento a los requisitos del cliente.

Se describen también en este documento los diversos procedimientos por cada una de las atenciones que allí se prestan como la evaluación de la satisfacción del usuario, apertura de buzones, servicios de información y atención al usuario, registros de peticiones, encuestas de opinión. También se describe las cualidades y perfiles del responsable del proceso con el cual se toman decisiones en la alta Gerencia.

A pesar que el SIAU de ISABU cuenta con un manual, en este manual no se describe con claridad los pasos a seguir ni se profundiza acerca de proceso que se le da a las PQRS.

Durante la revisión de las PQRS del ISABU, se observó que no se realiza ampliación de la información contenida en las PQRS reportadas por los usuarios. Según argumentos de los funcionarios, las respuestas a las PQRS generalmente se efectúan de manera presencial no quedando evidencia de la gestión. Tampoco hay seguimiento del trabajo que realizan las personas responsables del SIAU, ni listas de chequeo para la estandarización de los procedimientos allí establecidos, lo cual no permite un verdadero análisis de la situación y una toma de decisiones acertada.

## **6.4 SUGERENCIAS DE ACCIONES PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN DE LA INSTITUCIÓN OBJETO DE ESTUDIO**

### **6.4.1 Tendientes a disminuir las debilidades de los atributos y componentes de la calidad implícitos en las PQRS.**

- Se sugiere una nueva clasificación de los motivos de las PQRS pues se encuentra que un mismo motivo o razón se encuentra dentro de la diferente clasificación de manera repetitiva lo cual puede crear confusión.
- Creación de planes de contingencia para suplir la incapacidad de algún funcionario asistencial o el aumento de volumen de pacientes con el fin de mejorar la oportunidad. (Se sugiere crear disponibilidad de los médicos de consulta por días para urgencias según necesidad).
- Medir los tiempos de espera en la atención de consulta para dar al usuario oportunidad de atención.
- Medir llegadas y salidas de los funcionarios con el fin de tener mayor control.
- Capacitaciones frecuentes orientadas al manejo al cliente, profesionalismo, atención centrada en el paciente y cortesía.
- Mejoría de las instalaciones con el fin de generar mayor confort en los pacientes.
- Se sugiere realizar seguimiento continuo a las Peticiones, Quejas y Reclamos recibidos por los diferentes medios estandarizados, como una forma de retroalimentación con el cliente y/o funcionario, esto se realiza para efectuar acciones de mejoras dentro del proceso.

#### **6.4.2 Acciones de mejora relacionadas con el proceso de medición (SIAU)**

- Generar documentos que evidencian la gestión de las respuestas a las PQRS y no solo de manera verbal.
  
- Generar documentos que evidencien el seguimiento del trabajo que realizan las personas responsables del SIAU.
  
- Se sugiere lista de chequeo para verificación del proceso sistema de información y atención al usuario. (Véase Anexo A)
  
- Se sugiere formato para seguimiento de PQRS (Véase Anexo B).
  
- En cada puesto de trabajo debe existir el Manual del proceso de PQRS y el manual de perfiles de PQRS para poder desempeñar los diferentes servicios del HLN debido a que dentro de las cinco primeras PQRS son mal trato por parte de los funcionarios.
  
- Debido a la gran cantidad de PQRS planteadas por los usuarios en el HLN generar una reingeniería del proceso con el fin de que esos planes de mejora que se derivan tengan seguimiento y cumplimiento oportuno y por ende éxito especialmente en el HLN.

## BIBLIOGRAFÍA

ARADON CENTENO, Nelson Roberto y CUBILLOS NOVELA, Andrés. Sistema para el Monitoreo de la calidad de la atención en salud por Indicadores en los Hospitales de I,II,III Nivel de Atención. En Perú: Revista Visual Gerencia en Salud. Bogotá : s.e., 2003. Vol. V.

BERNILLON, Alain y CERITTI, Oliver. Implementar y gestionar la calidad total. Gestion 2000. Barcelona: s.e., 1989.

BETANCOURT, Diego Palacios. Política Nacional de prestación de Servicios de Salud . Ministerio de la Protección social . Bogotá: s.e., 2005.

BLANCO, J.L. Administración de la Calidad . México: Trillas , 2012.

CHRIS, Edwards. Fundamentos del sistema de información. Barcelona: Prentice Hall, 1998. Vol. II.

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 1011 (11, abril, 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. Diario Oficial. Bogotá, D.C., 2006, no. 46230.

----- . Re-Crear la Prestación de Servicios de Salud en las empresas Sociales del Estado en el sistema de Seguridad Social. Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud. (en línea). Dirección General para el desarrollo de la prestación de los servicios de salud, 2 de Marzo de 2000. (Citado el: 25 de Junio de 2015.). Disponible en internet: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/RE-CREAR.pdf>

----- . Decreto 2542 del 2 de Julio de 1998

----- . Decreto 1797 de 1994

DELGADO HIDALGO, Mónica. Calidad del servicio de odontología del Hospital Universitario de Maracaibo (SAHUM). Maracaibo: s.e., 2008

DEMING, William Edward. La Nueva Economía: para la industria, el gobierno y la Educación. Madrid: Días de Santos, 1997.

DONABEDIAN, Avedis Los siete Pilares de la Calidad. En: Revista Calidad Asistencial. México, 2001.

-----. Defining and Measuring the Quality of Healthcare. En: Assessing Quality Healthcare. Perspectives for Clinicians. Baltimore: s.e., 1993.

-----. Garantía y Monitoreo de la Calidad de la Atención Médica. En: Revista del Instituto de Salud Pública "Persepectivas". Mexico: s.e., 1990.

FERNANDEZ ABARCA, Ramón R. Círculo de la Calidad como estrategia de un programa de la atención médica en el Instituto Nacional de Perinatología. Salud Pública. Mexico: s.e., 1990.

GALÁN MORERA, Ricardo, MALAGÓN LONDOÑO, Gustavo y LAVERDE, Poton. Auditoría de salud para una gestión eficiente. 2 ed., Bogotá: s.e., 2003.

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. SOGCS. Manual de Sistema de información y atención al usuario (SIAU). Valdivia, Antioquia: Hospital San Juan de Dios, 2013.

JURAN, J.M. Juran y el liderazgo para la calidad. Un Manual para directivos. Madrid : Días de Santos, 1990.

KERGUELEN BOTERO, Carlos Alfonso. Calidad en la Salud en Colombia, Los principios. Ministerio de la Protección Social. Bogotá: s.e., 2008

LERNER, Alan.. Estrategias y abordajes metodológicos empleados para incrementar la mejora continua en las organizaciones. Degerencia.(en línea). Septiembre de 2010. (Citado el: 3 de Marzo de 2015). Disponible en internet: <http://www.degerencia.com/articulo/estrategias-y-abordajes-para-incrementar-la-mejora-continua-en-las-organizaciones>.

MILTON T, Clara y DIRECTIVAS. La calidad de la atención en la era de la atención administrada. Políticas de Salud Pública. Bogotá: s.e., 1998.

MORENO, Hermes. SIAU" Presentación de PowerPoint. Medellín: Universidad CES, 2008

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Centro de Prensa. Derecho a la Salud.(en línea) Organización Mundial de la Salud, Noviembre de 2013. [Citado el: 23 de Junio de 2015.] Disponible en internet: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>.

-----. Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2000. 1981.

REYNOLDS, George Washington. Principios del sistema de información. Internacional Thompson Editore. Cuarta edición . Madrid: s.e., 2000.

SALDARRIAGA, Margarita y MUÑOZ, Kleyre. Construcción del sistema de información y atención al usuario "SIAU", en el Laboratorio Clínico LACID. Colombia, Apartado, 2008

SATURNO, P.J., QUINTANA O., y VARÓN. ¿Qué es la Calidad? Tratado de Calidad Asistencial en Calidad Primaria. Barcelona: Du Pont Pharma, 1996.

**Anexo A. Verificación del Proceso Sistema de Información y Atención al Usuario**

<b>FECHA AUDITORIA:</b>	
<b>NOMBRE IPS:</b>	<b>MUNICIPIO:</b>
<b>SEDE:</b>	<b>SERVICIO:</b>

<b>Objetivo:</b> Evaluar el cumplimiento de las actividades plasmadas en la Guía de auditoría del SIAU y verificación de su cumplimiento para determinar acciones ya sean preventivos o correctivos.					
<b>Criterios: PROGRAMA SIAU</b>					
<b>Nº</b>	<b>CRITERIOS</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>N/A</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
1	Verifique si la Institución cuenta con un proceso de Peticiones-quejas-reclamos y sugerencias (PQRS)				
2	Verifique el proceso fue aprobado por Resolución (observar la evidencia)				
3	Verifique si se cuenta con un área destinada para recepcionar las PQRS				
3	Verificar como se recepcionar la queja				
4	Verifique si se tiene un formato establecido para recepcionar la queja				
5	Verifique como se realiza el manejo de archivo de las quejas				
6	Verifique si la queja es analizada previo a la entrega de la respuesta al usuario.				
7	Verifique si se hacen participes los funcionario implicados en la queja				
8	Verificar si se cuenta con un sistema de medición de la conformidad del usuario con la respuesta de la queja				
9	Verificar si son clasificadas las quejas				
10	Verificar si se tiene un tiempo establecido mínimo y máximo para dar respuesta a la queja				
11	Verificar si existe una cartelera de SIAU- están fijados los derechos y deberes de los usuarios				
12	Verifique si se genera un plan de mejora para intervenir el problema y observar evidencias de socialización con el área en cuestión				
13	Verificar si se tienen establecidos indicadores seguimiento y tiempos de análisis (observar evidencia)				

14	Verifique si se tiene un proceso de monitorización de este proceso				
15	Verificar si se efectúan encuestas de satisfacción de los servicios-se tabulan y son analizadas				
16	Verifique si se tiene establecida una meta de aplicación de encuestas y con qué periodicidad				
17	Verificar si de esos análisis de encuestas se genera un plan de mejora y se socializa con el personal de la Institución (observe si es plasmado en la cartelera)				
18	Verifique si se cuenta con un funcionario que socializa la información				
19	Verificar cual es la estrategia utilizada para dar a conocer los deberes y derechos de los usuarios				
20	Evalúe el desempeño en el proceso de quejas				
	<b>TOTAL</b>				
	<b>PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO</b>				
	<b>CALIFICACION</b>				

<b>ESCALA DE CALIFICACION</b>	
Excelente:	> 95%
Buena:	80 - 94%
Regular:	60 - 79%
Deficiente:	< 59%

**RECOMENDACIONES:**

## **Anexo B. Formato para seguimiento de PQRS**

		MES:													
No.	Fecha Recepción	USUARIOS	TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TELEFONO DEL USUARIO	RECEPCIONA	SEGURO - EPS	DESCRIPCIÓN	CATEGORIZACION (Queja, reclamo, sugerencia, petición, felicitación)	Remitido a	TRAMITE	RESPUESTA DADA AL USUARIO	CONSECUTIVO	FECHA DE RESPUESTA	SEGUIMIENTO	INDICADOR
														(CERRADO - ABIERTO)	
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
21															

## Anexo C. Autorización E.S.E ISABU para utilizar información.

Bucaramanga 22 de Junio de 2015

Firma  
Radicado: 00005519  
Recibido: 23/06/2015 - 11:26 a.m.  
abenitez  
ESE ISABU



**DOCTOR  
PAULO CESAR PEDRAZA GOMEZ  
GERENTE ESE ISABU**

**REF: SOLICITUD DE PERMISO**

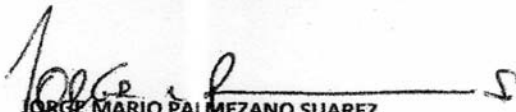
Cordial Saludo

Me permito solicitar autorización para efectuar un análisis del proceso de PQRS (peticiones, quejas, reclamos y solicitudes), dicho estudio es para ser utilizado como monografía de grado para optar el título como Administrador de Servicios de Salud que nos confiere la universidad Industrial de Santander, la idea es sugerir una propuesta de mejoramiento teniendo en cuenta el Decreto 1011 del 2006. Que hace énfasis en el sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud (SOGC), en cada uno de los procesos definidos en la Institución.

Esperamos una respuesta positiva a nuestra solicitud.

Agradeciendo la atención prestada.

Atentamente

  
JORGE MARIO PALMEZANO SUAREZ  
C.C 1.065.576.231 de Valledupar

GERENCIA	1000.39.01
COMUNICACIONES	PAGINA 1 DE 1

Bucaramanga, Agosto 03 de 2015

Señor:  
**JORGE MARIO PALMEZANO SUAREZ** ✓  
Ciudad

Firma \_\_\_\_\_  
Radicado: **00006774**  
Enviado: 04/08/2015 - 8:41 a.m.  
abenitez  
ESE ISABU



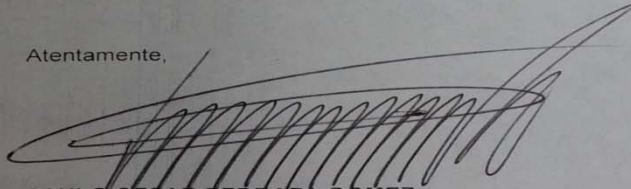
**ASUNTO: RESPUESTA A SOLICITUD PARA REALIZAR ANALISIS Y ESTUDIO DEL PROCESO DE PQRS DE LA ESE ISABU.**

Cordial saludo,

Por medio de la presente me permito comunicarle que es de interés de la ESE ISABU efectuar el análisis y estudio de las PQRS presentadas en el Proceso SIAU, que conlleven a una propuesta de mejoramiento enfocada a la calidad en la prestación de los servicios ofertados por nuestra institución.

Por lo anterior se requiere que se contacte con la Coordinadora del SIAU Dra. Sandra Liliانا Galvis Moreno, cuya oficina se encuentra ubicada en el primer piso del Hospital Local del Norte  
Tel: 6405757 Ext. 140.

Atentamente,



**PAULO CESAR PEDRAZA GOMEZ**  
GERENTE  
ESE ISABU

Elaboró: Sandra Liliانا Galvis Moreno - Contratista Profesional - Coordinación SIAU ESE ISABU 