

**SATISFACCIÓN DEL PACIENTE CON RESPECTO A LA CALIDAD DE
ATENCIÓN RECIBIDA DURANTE SU TRATAMIENTO EN LAS CLÍNICAS
DE POSGRADO DE ORTODONCIA DEL COLEGIO ODONTOLÓGICO
COLOMBIANO EN EL PRIMER SEMESTRE DEL 2007**

BENAVIDES GOMEZ CLAUDIA LUCIA
CAMACHO DIAZ HAELE ADRIANA
PINTO BRUZON DIANA MILENA
RODRIGUEZ ORCASITA IZBETH MILAGRO
SOCHA MANRRIQUE DIEGO FERNANDO
SUAREZ RUEDA LUIS CARLOS

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
BOGOTA DC
2007

**SATISFACCIÓN DEL PACIENTE CON RESPECTO A LA CALIDAD DE
ATENCIÓN RECIBIDA DURANTE SU TRATAMIENTO EN LAS CLÍNICAS
DE POSGRADO DE ORTODONCIA DEL COLEGIO ODONTOLÓGICO
COLOMBIANO EN EL PRIMER SEMESTRE DEL 2007**

BENAVIDES GOMEZ CLAUDIA LUCIA
CAMACHO DIAZ HAEI ADRIANA
PINTO BRUZON DIANA MILENA
RODRIGUEZ ORCASITA IZBETH MILAGRO
SOCHA MANRRIQUE DIEGO FERNANDO
SUAREZ RUEDA LUIS CARLOS

ASESOR CIENTÍFICO

DRA. MARTHA LUCIA CAYCEDO
OD. ESP. EPIDEMIOLOGÍA

ASESOR ESTADÍSTICO

MAGNOLIA MORENO
ESTADÍSTICA

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
BOGOTA DC

2007

DEDICATORIA

Este trabajo fue dedicado en primer lugar a nuestros padres que hicieron posible el hecho de contribuir en el mejoramiento de la atención en los pacientes que día a día asisten a la clínica del colegio odontológico colombiano y en segundo lugar a todo el grupo docente que fueron partícipes en la realización de este trabajo.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos especialmente la colaboración constante de todos los doctores quienes dieron lo mejor de si para lograr el mejor resultado de este trabajo, también a todo el personal administrativo, estudiantes del postgrado de ortodoncia y pacientes de la clínica, quienes fueron la base fundamental de nuestro proyecto y a la Doctora Sonia quien fue la precursora inicial de este proyecto.

TABLA DE CONTENIDO

1. ASECTOS TEORICOS SIENTIFICOS	12
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.2 JUSTIFICACION	13
1.3 PROPOSITO	13
1.4 MARCO REFERENCIAL	14
1.4.1 MARCO CONCEPTUAL	14
1.4.2 MARCO LEGAL	18
1.4.3 MARCO TEORICO	20
CALIDAD TOTAL	20
¿RELACION MEDICO PACIENTE O MEDICO CLIENTE?	30
LEY 100 DE 1993	37
LEY 1122 DEL 2007	59
1.5 OBJETIVOS	69
1.5.1 OBJETIVO GENERAL	69
1.5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	70
2. ASPECTOS METODOLOGICOS	71
2.1 TIPO DE ESTUDIO	71
2.2 OBJETO DE ESTUDIO	71

2.3POBLACION ESTUDIO	71
2.4MUESTRA	72
2.5CUADRO DE VARIABLES	72
2.6INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS	72
2.7PROCEDIMIENTO	72
2.8ANALISIS ETADISTICO	74
3. RESULTADOS	75
4. DISCUSIÓN	86
5. CONCLUSIONES	87
6. RECOMENDACIONES	88
BIBLIOGRAFIA	

LISTAS ESPECIALES

Tabla 1: cuadro de variables

Anexo 2: instrumentó de recolección de datos

INTRODUCCIÓN

El Colegio odontológico Colombiano como institución educativa que ofrece los servicios de atención a los pacientes en el área de ortodoncia, esta en constante búsqueda de la identificación de fortalezas, carencias y oportunidades de mejoramiento en su sistema de garantía de calidad. Por lo tanto es importante conocer ¿Cuál es el nivel de satisfacción percibida por los pacientes respecto a la calidad de atención en la clínica de postgrado de ortodoncia del Colegio Odontológico Colombiano sede Centro en el I semestre del 2007?

El estudio es de tipo descriptivo observacional transversal donde se busca conocer si el paciente se encuentra realmente satisfecho al ser atendido en el departamento de postgrado de ortodoncia del Colegio Odontológico Colombiano, la población son los pacientes atendidos en las clínicas de postgrado de ortodoncia de la institución. La muestra se realizó por conveniencia para un total de 100 pacientes, donde se tuvo en cuenta los siguientes criterios: los de inclusión fueron: Pacientes que acuden a las clínicas que estén dispuestos a colaborar con el estudio de ortodoncia en el primer semestre del 2007. Y de exclusión: Paciente que lleven menos de 3 citas en el tratamiento.

Se realizó un instrumento de recolección de datos, con el fin de cuestionar a los pacientes sobre la atención recibida durante su tratamiento. En este se tuvieron en cuenta variables como: Edad, género, estrato, Infraestructura, recurso Humano,

Área Física Acceso a la clínica Trato del Personal Administrativo adecuado Orden y aseo del consultorio Atención por parte del odontólogo, Dudas resueltas por el operador, Relación odontólogo paciente, Cumplimiento de la consulta, Tiempo entre valoración y tratamiento, Tiempo que lleva en tratamiento, Alternativas de tratamiento, Satisfacción con los cambios en el tratamiento, Cambios de operador, Atención por fuera de la institución, Costo de tratamiento, Forma de pago, Recomendación del servicio

Se realizó una prueba piloto con 10 pacientes que fueron encuestados con el fin de aprobar el instrumento de recolección de datos. Aplicando test retres que se trata de realizar 2 veces la prueba piloto al mismo paciente,

Durante las tres semanas siguientes, al momento de llegar los pacientes a la consulta de ortodoncia, a cada uno de ellos se le entregó el instrumento de recolección de datos con el fin de ser diligenciado y entregado al final de la cita. Se le explico al paciente que nos encontrábamos realizando un estudio para evaluar la percepción de la calidad en la atención del paciente.

Finalmente luego de haber encuestado a la totalidad de los pacientes, se realizó la recolección de datos los cuales fueron tabulados en una hoja de Microsoft Excel para luego ser procesada en el software estadístico SPSS versión 12.0, la prueba es realizada con un nivel de significancia del 5% ($\alpha=0.05$). Y posteriormente se hizo un análisis de frecuencias simple, correlación de Spearman y prueba Chi cuadrado con el fin de determinar si existe dependencia o asociación entre variables.

1. ASPECTOS TEORICOS CIENTIFICOS

1.1 Planteamiento del problema

La calidad en atención a los usuarios de los servicios odontológicos actualmente es una prioridad para los prestadores de servicios de salud, La normatividad vigente en el país establece la adopción e implementación de procesos que garanticen la calidad en la prestación de estos servicios, Se entiende como calidad de atención como el conjunto de características técnico científicas, materiales y humanas que debe tener la atención de salud que se provea a los beneficiarios, para que así se puedan alcanzar los efectos posibles con los que se obtenga el mayor número de años de vida saludables y aun costo que sea social y económicamente viable para las entidades que presten el servicio y para los pacientes, siempre teniendo presente la efectividad, eficiencia, eficacia, oportunidad, continuidad, suficiencia, formación, y sobre todo transparencia. Por ello se deben situar las fortalezas y debilidades en el momento de ofrecer el servicio, hay que tener en cuenta que (17) Esta investigación es la oportunidad de mostrarle a la universidad un documento el cual sirva para crear un balance y tener una evaluación de cómo se sienten los pacientes que acuden a consulta en nuestra institución educativa y el porque de algunas inconformidades que ellos tienen y que la facultad no las sabe; por esto nos cabe preguntar:

¿El paciente se encuentra realmente satisfecho al ser atendido en el departamento de postgrado de ortodoncia del Colegio Odontológico Colombiano?

1.2 Justificación

La buena atención de un paciente en la consulta odontológica es de suma importancia para la planeación y organización de estrategias que conlleven a la buena captación de pacientes para el progreso y desarrollo de las instituciones de salud. En los últimos años la facultad ha tenido una serie de cambios que van encaminados al mejoramiento de la atención y además de esto a tener unas normas de calidad de servicio y verificar su cumplimiento. Lo importante es que este documento sirva de referencia para que a partir de él se genere información que permita la toma de decisiones dirigidas a proporcionar y mejorar la calidad en el presente y futuro de la atención que se preste a los pacientes en las clínicas de odontología

1.3 Propósito

El fin de este estudio es observar que tan satisfecho se encuentra el paciente con la atención recibida durante la consulta en la clínica de ortodoncia del Colegio Odontológico Colombiano. Además, que este documento sirva de orientación para

mejorar la prestación del servicio y así asegurar una permanencia y captación de los pacientes.

1.4 MARCO REFERENCIAL

1.4.1 Marco Conceptual

PLANEACIÓN:

Es un conjunto de decisiones que se toman para ser realizadas en un futuro.

La planeación es el arte de convertir el futuro deseable en probable, incluyendo la selección de misiones, visiones, objetivos y acciones para lograrlos a través de un análisis y unas propuestas.

CALIDAD:

Es la satisfacción de las necesidades del cliente y sus expectativas, de igual manera es lograr desempeñar, evaluar y entregar un servicio de satisfacción total tanto para el que lo hace como para el que lo recibe con un margen mínimo de errores.

AUDITORIA ODONTOLOGICA:

Es la evaluación retrospectiva y sistemática de la atención odontológica por medio de los análisis de los registros clínicos de la labor diaria del consultorio, donde se supervisa, educa y ayuda a sus miembros a realizar una buena atención profesional y así controlar y mejorar la calidad del servicio en el momento de proporcionarlo.

DESEMPEÑO:

Cumplir con las funciones que correspondan a cada cargo o empleo

CONFIABILIDAD:

Tener la seguridad que lo que va a recibir está bien hecho y sin fallos.

CONFORMIDAD:

Estar de acuerdo con lo que se le va a realizar o con lo que ya recibió

DURABILIDAD:

Que el procedimiento que se realice sea efectivo para que pueda permanecer por mucho tiempo

SERVICIO:

Conjunto de actividades que buscan responder a una o más necesidades de un cliente.

OPORTUNIDAD.

Corresponde a la satisfacción de las necesidades de salud en el momento requerido, utilizando recursos apropiados de acuerdo con las características y severidad de cada caso.

CONTINUIDAD.

Se refiere a la aplicación en secuencia lógica de las acciones que corresponden a cada una de las etapas del proceso de la atención bajo la responsabilidad de un equipo de salud.

INTEGRIDAD:

Provisión suficiente y oportuna de los recursos requeridos para atender las necesidades de salud en forma integral en sus aspectos de promoción, prevención, curación, recuperación y rehabilitación

SATISFACCION DEL USUARIO:

Complacencia del usuario con la atención recibida, con los prestadores de los servicios y con los resultados de la atención.

EFICIENCIA:

Es la capacidad de reducir al máximo los costos de la atención sin reducir significativamente el grado de mejoramiento de la salud.

ACEPTABILIDAD:

Es la conformidad de la atención global con los deseos y las expectativas de los pacientes y los familiares incluyendo aspectos como la conformidad con los efectos y costos del tratamiento.

EQUIDAD:

Es la conformidad con los principios que rigen la justa distribución del cuidado de la salud y sus beneficios entre todos los miembros de la población.

ASPECTOS ÉTICOS:

Realizar los procedimientos de la forma correcta, basado en principios éticos.
Hacer lo que se debe.

CALIDAD CIENTÍFICO-TÉCNICA:

Competencia del profesional para utilizar de forma idónea los más avanzados conocimientos y los recursos a su alcance para producir salud y satisfacción en la población atendida. Debe considerarse tanto en su aspecto estricto de habilidad técnica, como en el de la relación interpersonal establecida entre el profesional y el paciente. (12)

1.4.2 MARCO LEGAL

Ley 100 de 1993.

Numeral 1 dice “equidad: el sistema de seguridad social de salud proveerá gradualmente servicios de salud de igual calidad a todos los habitantes de Colombia independientemente de su capacidad de pago y riesgo”,

Numeral 3 “protección integral: el sistema general social en salud brindara atención en salud integral en cuanto a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia”.

Numeral 9 dice “calidad: el sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y de acuerdo con los estándares aceptados en procedimientos y practicas profesionales. De acuerdo con la reglamentación que expida el gobierno, las instituciones deberán ser acreditadas ante las entidades de vigilancia”. (5)

Decreto 2309 del 2002, establece el sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud, definiendo como componentes del sistema: el sistema único de habilitación, la auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud, el sistema único de acreditación y el sistema de información para la calidad. (4)

Ley 715 del 2001, en su artículo 42, establece como responsabilidad de la nación definir el sistema único de habilitación, el sistema de garantía de calidad y el sistema único de acreditación de instituciones prestadoras de salud, entidades promotoras de salud y otras instituciones que manejen recursos del SGSSS. (6)

Resolución 01474 del 2002, define las funciones de la entidad acreditadora y adopta los manuales de estándares del sistema único de acreditación.

De la normatividad anterior se concluye que la calidad de atención es un requisito fundamental de la prestación de servicios de salud en el país, lo cual conlleva a la necesidad de implantar un sistema de garantía de calidad en todas las instituciones prestadoras de servicio de salud, que pueda ser evaluada regularmente para lograr mejoras progresivas de dicha calidad. Si bien es cierto, que el tema de calidad ha sido una preocupación permanente de todo profesional de la salud, es explicable que frente a las exigencias de la ley colombiana, exista un nuevo interés por implementarlo en las instituciones prestadoras de servicios de salud. (10)

Resolución 1122 artículo 23 del 2007 Hace algunos años se ha dado mayor prioridad a la atención de los pacientes tratando de lograr atender con la celeridad y la frecuencia que requiera la complejidad de las patologías de los usuarios. Así mismo las citas médicas deben ser fijadas con la rapidez que requiere un tratamiento oportuno por parte de la EPS, en aplicación de los principios de accesibilidad y calidad correspondiente (7)

Resolución 1122 artículo 39 del 2007 Para verificar que esto se cumpla se crea el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud como un conjunto de normas, agentes, y procesos el cual estará en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud. Entre los objetivos de esta se encuentran Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud; Vigilar el cumplimiento de las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud y promover el mejoramiento integral del mismo.

Proteger los derechos de los usuarios, en especial, su derecho al aseguramiento y al acceso al servicio de atención en salud, individual y colectiva, en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad en las fases de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud. (8)

Decreto 1011 del 2006 Según el sistema de garantía de la calidad las acciones encaminadas a mejorar los resultados de la atención a los usuarios se debe basar en: Accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, Continuidad. (8)

1.4.3 MARCO TEORICO

CALIDAD TOTAL

Desde la década de los años cincuenta surge el concepto de calidad por parte de sus fundadores, los doctores: Demign, Juran y Crosby. Se le ha dado diferentes significados, según Frank Price, se conoce como "la satisfacción de las

expectativas del cliente”, “el grado de armonía entre la expectativa y la realidad” o “dar al cliente lo que desea hoy, a un precio que le agrada pagar, a un costo que pueda soportar, y darle aun algo mejor mañana”. : “la calidad en salud es una propiedad de la atención médica que puede ser obtenida en diversos grados. Es la obtención de los mayores beneficios con menores riesgos para el paciente en función de los recursos disponibles y de los valores sociales imperantes” (14).

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. Donabedian al respecto especifica que “la atención médica se da como el tratamiento que proporciona 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” (16)

La calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable entre los riesgos y beneficios. El modelo entonces propuesto por Avedis Donabedian abarca tres aspectos de control de la calidad: estructura, proceso y resultados. (15)

Se deduce que la calidad implica varias dimensiones, las cuales son la dimensión técnica, la seguridad, el servicio y el costo racional, donde la dimensión técnica es la más importante, ya que consiste en 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. 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. Otra de las dimensiones que se toman en cuenta para evaluar la calidad es la dimensión de la seguridad: se busca que al tratar un paciente se consiga mayor beneficio que riesgo para él mismo; por tanto, en las medidas de calidad respectivas se debe ponderar en que grado 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, se considera importante la oportunidad y continuidad con que se presta la atención, siendo muy 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 del servicio. La cuarta dimensión es el costo racional de la atención, entendiendo su relación con los beneficios y riesgos que se derivan de ello, ya que al mejorar la calidad puede implicar incrementar los costos, pero también, el hacer uso innecesario o inadecuado de servicios se generan aumentos que no aumentan la calidad.

Por su parte Lee R. J., en forma de “ocho artículos de fe”, enuncia como atributos que serán bases científicas para la práctica médica la prevención, la colaboración de los consumidores, de proveedores, el tratamiento del individuo en su totalidad,

la relación estrecha y continuidad entre paciente y médico y el acceso integral para toda la población como variables que influyen directamente en la calidad de la salud. (1)

La calidad en salud puede ser casi reflejo de los valores y metas vigentes en el sistema de atención médica y en la sociedad. Sin embargo, es importante que la calidad de la atención que se brinda en salud sea regulada y evaluada constantemente bajo criterios estandarizados, para así garantizar un servicio sanitario óptimo.

Evaluación de la calidad en salud. En las instituciones que prestan servicios de salud se debe propender por que las acciones y programas de garantía de calidad se desarrollen en varios ámbitos del sistema de salud, desde el servicio clínico individual hasta la red nacional de establecimientos y servicios. Se hace entonces indispensable desarrollar mecanismos permanentes para medir y evaluar tanto cuantitativa como cualitativamente y desde el punto de vista de los financiadores, observadores, prestadores y usuarios del sistema. Para esto se deben establecer estándares que permitan comparar permanentemente el sistema y la percepción que de él tienen los usuarios, todo esto con el fin de establecer procesos de mejoramiento continuo que eleven la calidad dentro del sistema y hacia los usuarios del mismo.

Para poder evaluar la calidad de la atención se deben definir los criterios, indicadores y estándares, ya que estos deben adaptarse y formularse de acuerdo a la situación particular que se va a evaluar y los objetivos que se persiguen, porque el gran reto

de los sistemas de salud para establecer una metodología de evaluación apropiada y adaptada a las necesidades y oportunidades de diversas áreas radica en establecer criterios unificados acerca de lo que consiste la atención en salud. (1)

Las metodologías documentadas en gran parte dirigen su enfoque ante todo al conocimiento de los aspectos que determinan la evaluación de la calidad y toman en cuenta tres elementos de aproximación fundamentales: la estructura (atributos de los sitios en que se presta la atención), el proceso (incluye a todos los proveedores de la atención y sus habilidades para brindarla) y los resultados (los beneficios que obtiene el paciente). El método clínico, la revisión por pares y la auditoria médica (fundamentada en la revisión de la historia clínica) siguen siendo utilizados por algunos autores, a pesar de que reconocen que los registros médicos por sí solos no sirven de base para establecer criterios de evaluación de la atención que se brinde al paciente. (1)

Al realizar la evaluación de la calidad a nivel de la *estructura* se tiene como objeto el análisis sobre las características de las instalaciones, equipos, tecnología, recurso humano técnico y auxiliar, recursos financieros y sistema de información interna y externa. Las ventajas de esta evaluación residen en la posibilidad de alcanzar información objetiva, de gran validez y confiabilidad. Su mayor desventaja está en que no se puede deducir de la calidad de la estructura, la buena calidad de la atención. Al realizar la evaluación de la calidad a nivel del *Proceso* se reúne información sobre la calidad de los servicios ofrecidos por los profesionales de la institución, y sobre el grado de coordinación e integración entre

las distintas dependencias encargadas del diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, y del soporte administrativo financiero, donde cobra gran importancia la existencia y aplicación de las guías o protocolos de manejo diagnóstico y terapéutico. Por tanto, para realizar una buena evaluación de procesos se debe tener mecanismos de seguimiento de la atención, tendientes a garantizar la calidad del servicio. Y por último, al realizar la evaluación de la calidad en los *Resultados*, se relaciona con la preocupación de si la prestación del servicio ha reportado beneficios para el usuario. El resultado se evalúa mediante indicadores que miden la conservación o mejoría en el estado de salud del paciente, la presencia o ausencia de complicaciones, la muerte o invalidez en distinto grado. Se evalúa igualmente la satisfacción obtenida por el proveedor y el usuario de los servicios. Las ventajas de esta evaluación son la efectividad del cuidado en salud, que los resultados en términos generales son más concretos y la cuantificación mas exacta, y los estudios pueden ser mas universales y comparables en razón de la validez y confiabilidad de sus resultados. Sin embargo, como desventajas se tiene que los resultados dependen mas de la capacidad técnico-científica del personal de salud que de la calidad integral de la atención; además, los resultados pueden ser no muy significantes en la valoración del proceso integral de la atención y finalmente los resultados de la satisfacción de usuarios y proveedores tienen un alto grado de subjetividad, resultando difícil su cuantificación. (17)

Los criterios enfocados hacia la estructura involucran los recursos con que cuentan los proveedores de la salud; los criterios del proceso incluyen el objeto primario de evaluación, ya que comprende las actividades que se llevarán a cabo por y entre profesionales y pacientes, y entre los criterios de resultado se incorpora el cambio del estado actual y futuro de la salud del paciente. (1)

Inicialmente las actividades relacionadas con la Calidad de los servicios sanitarios se centraron, en la evaluación de los servicios sanitarios. Las primeras experiencias consistieron en la acreditación de los centros sanitarios e instituciones docentes, evaluando los aspectos estructurales en los que se desarrollaban estas actividades. En un momento posterior y en forma paralela al crecimiento del sistema de acreditación de centros sanitarios, se desarrolló la metodología necesaria para evaluar la práctica clínica, observando directamente, o bien aplicando métodos estructurados como la auditoria Médica en el que se utilizan criterios explícitos que permitirían comparar la Calidad entre diversos centros.

En el país, tras la implementación del SGSSS, se han creado expectativas en torno al cambio real que éste involucra especialmente en materia de la calidad de la prestación de los servicios de salud por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), más aún luego del decreto 1011 de 2006 con el cual se organizó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, se establece que cada IPS debe incorporar dentro de sus actividades diarias la cultura de la Calidad y el desarrollo del sistema a partir de la creación interna de un subsistema de

información soportado con el consolidado de la información estadística de la Institución, para poder evaluar no sólo el desempeño del servicio sino también la calidad con la que se presta.

Por ello, se está promoviendo a nivel gubernamental que las instituciones prestadoras de servicios realicen el montaje de sus sistemas de garantía de calidad, para que puedan someterse a evaluaciones externas, como es la de los requisitos esenciales y la de acreditación. Con los requisitos esenciales se pretende que al ser éstos estándares básicos para la prestación de los servicios de salud, se constituyan el primer escalón de calidad y por tanto la primera evaluación de calidad a la que debe estar sometida una IPS. Con la acreditación se pretende que mediante una institución no gubernamental se acredite que una Institución Prestadora de Servicios cumple con estándares elevados de calidad.(8)

Todo acto médico implica el intento científico de curar una enfermedad y el esfuerzo humano de cuidar a un paciente (14).

Humano por definición, es aquello perteneciente o relativo al hombre o propio de él o también se aplica a la persona que se compadece de las desgracias de sus semejantes. Luego la concepción de cliente o usuario que excluye el enfoque ético y humanístico del cual debe impregnado todo acto médico, no tendrá el alcance de calidad total en la atención médica.

El enfoque humanístico, constituye una condición innata que debe tener una base ética y Odontológica, para que aun sin estudiar estas materias que hoy se ofrecen,

se conduzca instintivamente por la senda adecuada, en el ejercicio de su misión, y el estudiarla enriquezca y desarrolle lo que ya tiene en sí (19).

La concepción de la dualidad enfermedad-dolencia, es indispensable en todo acto médico. Definida la enfermedad, como el conjunto de cambios que el médico debe objetivar mediante el empleo del examen físico o de exámenes auxiliares, y dolencia, lo que la persona enferma siente y experimenta con todo su agregado de ansiedad por la interpretación que hace de su problema. Por lo tanto durante el acto médico, el "diagnosticar sirve a la vez para explicar la enfermedad y comprender la dolencia de un paciente para lo cual es necesario ponernos en su lugar, de interpretar plenamente su sufrimiento, angustia y preocupaciones" (13).

Bajo esta premisa la concepción de cliente estaría ligada a curar la enfermedad y la concepción de paciente al enfoque dual enfermedad-dolencia.

El médico debe tener por esencia un sentido humano, impregnado de la técnica exquisita. En consecuencia para ser un buen médico se requiere de una calidad muy excelsa de vocación ligada a la ética. La medicina no debe ser jamás objeto de lucro, precepto que deriva de la necesidad de vocación (2).

Por lo cual si el médico es un ser social con derecho a recobrar un honorario por su servicio prestado, este debe ser prudente y concertado y sin el objetivo de lucrar.

Gregorio Marañón expresa que: *"la medicina tiene aspectos que lo colocan en el rango que de las actividades que exigen una vocación de superior categoría y para ser médico en teoría se requiere una calidad muy excelsa de vocación"* (19).

El enfoque de calidad propuesto por Deming e Ishikawa, ampliamente difundidas en el mundo y aplicados en las empresas así como el creciente desarrollo tecnológico, las exigencias de un mercado competitivo incluso en las instituciones prestadoras de salud así como el incremento de la complejidad en los sistemas de salud, ha generado en estas entidades una gran preocupación por mejorar la calidad de los servicios. Sin embargo han quedado de lado valores imprescindibles e inherentes del acto médico. En este sentido es necesario realizar esfuerzos no solo para lograr la optimización de los recursos tangibles, sino también deberá impulsarse a través de las Universidades la formación de médicos con base ética y humanística.

Este proceso de formación de profesionales idóneos debe iniciarse desde la selección de los mismos, no solo con el criterio de conocimientos, sino también con el reconocimiento de sus actitudes, su vocación y cualidades innatas susceptibles de desarrollarse. Durante su formación no solo deberá desarrollarse conocimientos o impulsar la investigación también es necesario cultivar durante toda su formación los aspectos éticos humanísticos así como una gran sensibilidad social.

Según Patricio Wagner (12), los principios de beneficencia, autonomía y justicia son percibidas con validez y vigentes en el conjunto de la vida social así como eficaz y correcta para la toma de decisiones en el campo de la moral médica. Según el principio de beneficencia, el profesional de salud debe poner el máximo empeño en atender al paciente y a hacer cuanto pueda para mejorar la salud, de

la forma que aquel considere más adecuada. En este principio se basa el Juramento Hipocrático. El segundo principio de Autonomía, involucra al ser humano como un sujeto y no como un objeto y restablece su capacidad de decisión y el respeto por el ser humano. Bajo este principio el ser humano la concepción de cliente tendría más connotación de objeto. El tercer principio de justicia que aboga por servicios médicos de calidad, dignos y básicos.

¿RELACIÓN MEDICO-PACIENTE O MEDICO-CLIENTE?

En las circunstancias actuales es cada vez más frecuente encontrar descontento y desconfianza de los pacientes hacia sus médicos; las razones de este hecho están relacionados con una inadecuada relación médico-paciente. La comunicación verbal no es el único mecanismo de la relación entre médico y paciente, factores tales como actitud, la expresión y los movimientos corporales forman parte de la capacidad del médico para establecer una comunicación no verbal (13). Es frecuente la queja del tiempo insuficiente que el médico ofrece a su paciente para establecer una comunicación y empatía adecuada. En este aspecto los médicos que laboran en muchas entidades prestadoras de salud en nuestro país, son exigidos a rendir mayor producción, con menos recursos; descuidando la calidad. Luego existiría la tendencia a una relación médico-cliente, de trato muy superficial y de poca confianza (12).

Según el enfoque dualista de enfermedad dolencia, el tiempo y firma de la relación médico-paciente, redundará en beneficio de la satisfacción del paciente y la "confianza en su doctor".

William Osler dice: *"para que el don de humanidad sea efectivo en la práctica médica, no solo se requiere de la comprensión del paciente y el intento de servirlo se necesita técnicas específicas para la expresión. El don de humanidad es ampliamente un arte de palabras y actitudes"*. Las Universidades juegan un rol importante, en la enseñanza de la relación médico-paciente, durante toda la formación de los médicos.

Dentro de los que trabajan con el concepto de calidad, surge otro concepto denominado costo de la calidad. Varios autores los resumen de la siguiente manera:

Costos de prevención: gastos para impedir que se produzcan errores y todo se haga bien desde un comienzo

Costos de inspección y control: gastos para controlar que se cumplan todos los parámetros de calidad.

Costos de falla internas: los gastos por falta de calidad

Costos de fallas externas: los gastos en que se incurre para recuperar la buena imagen perdida (labor de promoción, actividad demostrativa).

Estos últimos tienen especial relevancia en los servicios de salud, en donde a diferencia de la industria esta paga con pérdida, en dinero, mientras la primera lo

hace con pérdidas de vidas, aspecto de gravedad social y moral que implica no solo el desprestigio definitivo de la institución, sino su condena ética y penal.

Se mencionó anteriormente que la calidad del producto o servicio, no depende exclusivamente de la plantación de la empresa, la infraestructura física, el presupuesto, los equipos si no también del recurso humano que es el factor definitivo de la calidad. Este debe entrenarse sobre:

Objetivos generales de la institución o servicio

El compromiso de calidad de la institución

La calidad en servicios específicos

El mejoramiento continuo de calidad

Todo esto con el fin de preservar y mantener la institución a toda costa. Estos aspectos deben ser manejados y aplicados con gran responsabilidad por aquellos que tienen el compromiso de la dirección general o la de los servicios. (21)

Joseph M Juran plantea una trilogía de calidad que se basa en tres procesos:

Planeación de la calidad: implica un ejercicio de ingeniería con compromiso de todos los componentes generales de la organización

Control de la calidad: vigilar que se cumplan los parámetros o normas de calidad, evita que se debiliten con recomendaciones o sugerencias constantes que deben ser aplicadas de inmediato.

Mejoramiento de la calidad: representa un cuidadoso esfuerzo de motivación y educación continua del recurso humano de todos los niveles. (26)

Según Deming, *"la mejora de la calidad se consigue con el control estadístico de todos los procesos"*. Según Ishikawa, el control de la calidad es *"desarrollar, manufacturar y mantener un producto de calidad que sea el mas económico, el mas útil y siempre satisfactorio para el consumidor"*. Sin lugar a dudas este enfoque de calidad ha resultado exitoso para muchas empresas lucrativas, en términos de mayor rentabilidad.

La aplicación de este enfoque de calidad en la prestación de servicios de salud, bajo el concepto de Cliente; como el usuario de los bienes y Producto; como el resultado de un proceso o actividad capaz de satisfacer las necesidades de los consumidores, no tendría los resultados deseados, utilizando el mismo indicador de calidad medido por la satisfacción del cliente, puesto que en todo servicio de salud se encuentran impregnados el espíritu profesional y a nivel hospitalario el espíritu institucional, dentro de un marco doctrinario coherente y adecuado en segundo lugar porque en los servicio de salud, no se comercializan, objetos sino esta de por medio el ser humano.

Otorgar atención médica conforme a las normas de calidad, conocimientos de la medicina y tecnología vigentes; con oportunidad, amabilidad, trato personalizado, comunicación permanente entre los participantes en el acto médico o paramédico de un ambiente confortable que permita mejorar el nivel de salud y la satisfacción del usuario y del trabajador que contribuyan a mejorar la calidad de vida.

El enfoque de calidad propuesto por Deming e Ishikawa, ampliamente difundidas en el mundo y aplicados en las empresas así como el creciente desarrollo

tecnológico, las exigencias de un mercado competitivo incluso en las instituciones prestadoras de salud así como el incremento de la complejidad en los sistemas de salud, ha generado en estas entidades una gran preocupación por mejorar la calidad de los servicios. Sin embargo han quedado de lado valores imprescindibles e inherentes del acto médico. En este sentido es necesario realizar esfuerzos no solo para lograr la optimización de los recursos tangibles, sino también deberá impulsarse a través de las Universidades la formación de médicos con base ética y humanística.

Este proceso de formación de profesionales idóneos debe iniciarse desde la selección de los mismos, no solo con el criterio de conocimientos, sino también con el reconocimiento de sus actitudes, su vocación y cualidades innatas susceptibles de desarrollarse. Durante su formación no solo deberá desarrollarse conocimientos o impulsar la investigación también es necesario cultivar durante toda su formación los aspectos éticos humanísticos así como una gran sensibilidad social. (21)

Según *Palmer R*, los principios de beneficencia, autonomía y justicia son percibidas con validez y vigentes en el conjunto de las vidas sociales así como eficaces y correctas para la toma de decisiones en el campo de la moral médica. Según el principio de beneficencia, el profesional de salud debe poner el máximo empeño en atender al paciente y a hacer cuanto pueda para mejorar la salud, de la forma que aquel considere más adecuada. En este principio se basa el Juramento Hipocrático. El segundo principio de Autonomía, involucra al ser

humano como un sujeto y no como un objeto y restablece su capacidad de decisión y el respeto por el ser humano. Bajo este principio el ser humano la concepción de cliente tendría más connotación de objeto. El tercer principio de justicia que aboga por servicios médicos de calidad, dignos y básicos.

En las circunstancias actuales es cada vez más frecuente encontrar descontento y desconfianza de los pacientes hacia sus médicos; las razones de este hecho están relacionados con una inadecuada relación médico-paciente. La comunicación verbal no es el único mecanismo de la relación entre médico y paciente, factores tales como actitud, la expresión y los movimientos corporales forman parte de la capacidad del médico para establecer una comunicación no verbal. Es frecuente la queja del tiempo insuficiente que el médico ofrece a su paciente para establecer una comunicación y empatía adecuada. En este aspecto los médicos que laboran en muchas entidades prestadoras de salud en nuestro país, son exigidos a rendir mayor producción, con menos recursos; descuidando la calidad. Luego existiría la tendencia a una relación médico-cliente, de trato muy superficial y de poca confianza

La calidad total en el servicio por parte de las organizaciones de salud, debe establecerse básicamente en la preparación previa, que garantice un excelente servicio basado en óptimos conocimientos y tecnología, en la agilidad y rapidez con que se ejecute la atención al usuario y finalmente en la confiabilidad y oportunidad de la información de las pruebas clínicas y demás exámenes que se

requieran para establecer un buen diagnóstico y manejo del paciente, buscando los mayores beneficios con los menores riesgos para su bienestar.

Para llegar a esto es necesario supervisar ciertos factores como lo son:

Misión: objetivo o meta del programa, alrededor del cual debe volcarse todo esfuerzo de planificación y programación.

Visión: resulta del estudio y consideraciones sobre pertinencia, oportunidad, ventajas, desventajas, localización, posibilidades del programa.

Formulación estratégica: representa el conjunto de medidas o acciones que permiten el cumplimiento de la misión, dentro de las posibilidades y limitaciones de la empresa.

Ingeniería de servicios: disponibilidad del recurso humano y facilidades materiales para el cumplimiento del plan.

Implementación: representa el cumplimiento permanente de las normas para el logro de la misión, con el mejoramiento continuo en los procedimientos empleados.

Operación: acción de conjuntos de todos los medios al alcance para obtener la meta fijada.

Orientación al cliente: el cliente debe saber que va a recibir y como lo va a recibir. El cliente debe esperar el producto o servicio con positividad y motivación suficiente. (9)

Ley 100 de 1993

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.

DECRETA:

TITULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1°. Campo de aplicación. Las disposiciones del presente decreto se aplicarán a los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

Así mismo, a los prestadores de servicios de salud que operen exclusivamente en cualquiera de los regímenes de excepción contemplados en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001, se les aplicarán de manera obligatoria las disposiciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SOGCS, de que trata este decreto, excepto a las Instituciones del Sistema de Salud pertenecientes a las Fuerzas Militares y a la Policía Nacional, las cuales podrán acogerse de manera voluntaria al SOGCS y de manera obligatoria, cuando quieran ofrecer la prestación de servicios de salud a Empresas Administradoras de Planes de Beneficios,

EAPB, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, o con Entidades Territoriales.

Parágrafo 1°. Salvo los servicios definidos por el Ministerio de la Protección Social y para los cuales se establezcan estándares, no se aplicarán las normas del SOGCS a los Bancos de Sangre, a los Grupos de Práctica Profesional que no cuenten con infraestructura física para la prestación de servicios de salud, a los procesos de los laboratorios de genética forense, a los Bancos de Semen de las Unidades de Biomedicina Reproductiva y a todos los demás Bancos de Componentes Anatómicos, así como a las demás entidades que producen insumos de salud y productos biológicos, correspondiendo de manera exclusiva al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, de conformidad con lo señalado por el artículo 245 de la Ley 100 de 1993, la vigilancia sanitaria y el control de calidad de los productos y servicios que estas organizaciones prestan.

Artículo 2°. Definiciones. Para efectos de la aplicación del presente decreto se establecen las siguientes definiciones:

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

Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud. Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

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

Condiciones de capacidad tecnológica y científica. Son los requisitos básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud

Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, EAPB. Se consideran como tales, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado (Administradoras del Régimen Subsidiado), Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada.

Prestadores de Servicios de Salud. Se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes.

Para los efectos del presente decreto se consideran como instituciones prestadoras de servicios de salud a los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud.

Profesional independiente. Es toda persona natural egresada de un programa de educación superior de ciencias de la salud de conformidad con la Ley 30 de 1992 o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, con facultades para actuar de manera autónoma en la prestación del servicio de salud para lo cual podrá contar con personal de apoyo de los niveles de formación técnico y/o auxiliar.

Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SOGCS. Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

Unidad sectorial de normalización en salud. Es una instancia técnica para la investigación, definición, análisis y concertación de normas técnicas y estándares de calidad de la atención de salud, autorizada por el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo.

Los estándares de calidad propuestos por esta Unidad se considerarán recomendaciones técnicas de voluntaria aplicación por los actores del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, los cuales podrán ser adoptados mediante acto

administrativo por el Ministerio de la Protección Social, en cuyo caso tendrán el grado de obligatoriedad que este defina.

TITULO II

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD DE ATENCION EN SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, SOGCS

Artículo 3°. Características del SOGCS. Las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerequisite para alcanzar los mencionados resultados.

Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:

1. Accesibilidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
2. Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.
3. Seguridad. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por

minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

4. Pertinencia. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

5. Continuidad. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

Artículo 4°. Componentes del SOGCS. Tendrá como componentes los siguientes:

1. El Sistema Único de Habilitación.
2. La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.
3. El Sistema único de Acreditación.
4. El Sistema de Información para la Calidad.

Parágrafo 1°. El Ministerio de la Protección Social ajustará periódicamente y de manera progresiva, los estándares que hacen parte de los diversos componentes del SOGCS, de conformidad con el desarrollo del país, con los avances del sector y con los resultados de las evaluaciones adelantadas por las Entidades Departamentales, Distritales de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud.

Parágrafo 2°. Las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada, los Prestadores de Servicios de Salud y las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, están obligadas a generar y

suministrar los datos requeridos para el funcionamiento de este Sistema, de conformidad con las directrices que imparta el Ministerio de la Protección Social.

Artículo 5°. Entidades responsables del funcionamiento del SOGCS. Las siguientes, son las entidades responsables del funcionamiento del SOGCS:

1. Ministerio de la Protección Social. Desarrollará las normas de calidad, expedirá la reglamentación necesaria para la aplicación del presente decreto, velará por su permanente actualización y por su aplicación para el beneficio de los usuarios, prestará asistencia técnica a los integrantes del Sistema con el propósito de orientarlos en el cumplimiento de sus responsabilidades y emitirá concepto en aspectos técnicos cuando lo soliciten las Entidades Territoriales y los prestadores de servicios de salud siempre que el Ministerio lo considere pertinente.

También corresponde al Ministerio de la Protección Social velar por el establecimiento y mantenimiento de la compatibilidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud con otros Sistemas de Gestión de Calidad.

2. Superintendencia Nacional de Salud. Ejercerá las funciones de vigilancia, inspección y control dentro del SOGCS y aplicará las sanciones en el ámbito de su competencia.

3. Entidades Departamentales y Distritales de Salud. En desarrollo de sus propias competencias, les corresponde cumplir y hacer cumplir en sus respectivas jurisdicciones, las disposiciones establecidas en el presente decreto y en la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de la Protección Social,

divulgar las disposiciones contenidas en esta norma y brindar asistencia a los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales para el cabal cumplimiento de las normas relativas a la habilitación de las mismas.

4. Entidades Municipales de Salud. En desarrollo de sus propias competencias, les corresponde brindar asistencia técnica para implementar la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud en los Prestadores de Servicios de Salud de su jurisdicción y también realizar la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud a los Prestadores de Servicios de Salud, que prestan servicios de salud a la población no afiliada.

Parágrafo. Lo previsto en el presente artículo se cumplirá sin perjuicio de que las entidades deban cumplir otras normas relacionadas con sistemas de calidad.

TITULO III

CAPITULO I

Sistema Único de Habilitación

Artículo 6°. Sistema Único de Habilitación. Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB.

Artículo 25. Información a los usuarios. Los prestadores de servicios de salud fijarán en lugares visibles al público, el distintivo que defina el Ministerio de la Protección Social, mediante el cual se identifique que los servicios que ofrece se encuentren habilitados. Igualmente mantendrán en lugar visible al público el certificado de habilitación una vez haya sido expedido.

TITULO IV

AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO

DE LA CALIDAD DE LA ATENCION DE SALUD

Artículo 32. Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud. Los programas de auditoria deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema único de Habilitación.

Los procesos de auditoria serán obligatorios para las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las EAPB.

La auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica:

1. La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.
2. La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.

3. La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

Parágrafo. Para todos los efectos de este decreto debe entenderse que la auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en la Atención de Salud incluye el concepto de auditoria Médica a que se refiere el artículo 227 de la Ley 100 de 1993 y las normas que lo modifiquen o sustituyan.

Artículo 33. Niveles de operación de la auditoria para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud. En cada una de las entidades obligadas a desarrollar procesos de auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud, el modelo que se aplique operará en los siguientes niveles:

1. Autocontrol. Cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que estos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización.

2. Auditoria Interna. Consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiriera la cultura del autocontrol.

Este nivel puede estar ausente en aquellas entidades que hayan alcanzado un alto grado de desarrollo del autocontrol, de manera que este sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoria interna.

3. Auditoria Externa. Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoria interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoria de segundo orden. Las entidades que se comporten como compradores de servicios de salud deberán desarrollar obligatoriamente la auditoria en el nivel de auditoria externa.

Artículo 34. Tipos de acciones. El modelo de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud se lleva a cabo a través de tres tipos de acciones:

1. Acciones Preventivas. Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoria sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma.

2. Acciones de Seguimiento. Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoria, que deben realizar las personas y la organización a la prestación de sus servicios de salud, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad.

3. Acciones Coyunturales. Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoria que deben realizar las personas y la organización retrospectivamente, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y a la prevención de su recurrencia.

Artículo 35. Énfasis de la auditoria según tipos de entidad. El Modelo de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud será implantado de conformidad con los ámbitos de acción de las diversas entidades y con énfasis en los aspectos que según el tipo de entidad se precisan a continuación:

1. EAPB. Estas entidades deberán adoptar criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para propender por el cumplimiento de sus funciones de garantizar el acceso, seguridad, oportunidad, pertinencia y continuidad de la atención y la satisfacción de los usuarios.

2. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Estas instituciones deberán adoptar criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán las acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para garantizar los niveles de calidad establecidos en las normas legales e institucionales.

3. Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud. Estas entidades deberán asesorar a las EAPB y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en la implementación de los programas de Auditoria para el Mejoramiento

de la Calidad de la Atención de Salud, con el propósito de fomentar el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud en su jurisdicción. De igual manera, cuando obren como compradores de servicios para la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud deberán adoptar un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.

Parágrafo. Este modelo se aplicará con base en las pautas indicativas expedidas por el Ministerio de la Protección Social.

Artículo 36. Procesos de auditoría en las EAPB. Las EAPB establecerán un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud que comprenda como mínimo, los siguientes procesos:

1. Autoevaluación de la Red de Prestadores de Servicios de Salud. La entidad evaluará sistemáticamente la suficiencia de su red, el desempeño del sistema de referencia y contrarreferencia, garantizará que todos los prestadores de su red de servicios estén habilitados y que la atención brindada se dé con las características establecidas en el artículo 3° de este decreto.

2. Atención al Usuario. La entidad evaluará sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos, al acceso, oportunidad y a la calidad de sus servicios.

Artículo 37. Procesos de auditoría en las instituciones prestadoras de servicios de salud. Estas entidades deberán establecer un Programa de Auditoría para el

Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, que comprenda como mínimo, los siguientes procesos:

1. Autoevaluación del Proceso de Atención de Salud. La entidad establecerá prioridades para evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios desde el punto de vista del cumplimiento de las características de calidad a que hace referencia el artículo 3° del presente decreto.

2. Atención al Usuario. La entidad evaluará sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos y a la calidad de los servicios recibidos.

Artículo 38. Procesos de auditoría externa de las EAPB sobre los prestadores de servicios de salud. Las EAPB incorporarán en sus Programas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, procesos de auditoría externa que les permitan evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios por parte de los Prestadores de Servicios de Salud. Esta evaluación debe centrarse en aquellos procesos definidos como prioritarios y en los criterios y métodos de evaluación previamente acordados entre la entidad y el prestador y deben contemplar las características establecidas en el artículo 3° de este decreto.

Artículo 39. Procesos de auditoría en las entidades departamentales, distritales y municipales de salud. Las entidades departamentales, distritales y municipales de salud en su condición de compradores de servicios de salud para la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, establecerán un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud sobre los

mismos procesos contemplados para las EAPB. Para los procesos de auditoría externa sobre los Prestadores de Servicios de Salud se les aplicarán las disposiciones contempladas para las EAPB.

De igual manera, les corresponde asesorar a las EAPB y a los Prestadores de Servicios de Salud, sobre los procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.

Artículo 40. Responsabilidad en el ejercicio de la auditoría. La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud debe ejercerse tomando como primera consideración la salud y la integridad del usuario y en ningún momento, el auditor puede poner en riesgo con su decisión la vida o integridad del paciente.

TITULO V

SISTEMA UNICO DE ACREDITACION

Artículo 41. Sistema Único de Acreditación. Es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

Parágrafo. Todo Prestador de Servicios y EAPB deberá contar con la Certificación de Cumplimiento de las Condiciones para la Habilitación como condición para acceder a la acreditación.

Artículo 42. Principios del Sistema Único de Acreditación. El Sistema Único de Acreditación se orientará por los siguientes principios:

1. Confidencialidad. La información a la cual se tenga acceso durante el proceso de acreditación, así como, los datos relacionados con las instituciones a las cuales les haya sido negada la acreditación, son estrictamente confidenciales, salvo la información que solicite el Ministerio de la Protección Social relacionada con el número de entidades que no fueron acreditadas. No obstante, la condición de Institución acreditada podrá hacerse pública, previa autorización de esta.

2. Eficiencia. Las actuaciones y procesos que se desarrollen dentro del Sistema Único de Acreditación procurarán la productividad y el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles con miras a la obtención de los mejores resultados posibles.

3. Gradualidad. El nivel de exigencia establecido mediante los estándares del Sistema Único de Acreditación será creciente en el tiempo, con el propósito de propender por el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud.

Artículo 43. Entidad acreditadora. El Sistema Único de Acreditación estará liderado por una única entidad acreditadora, seleccionada por el Ministerio de la Protección Social de conformidad con lo estipulado en las normas que rigen la contratación pública, quien será la responsable de conferir o negar la acreditación.

Parágrafo. El Sistema Único de Acreditación se aplicará con base en los lineamientos que expida el Ministerio de la Protección Social.

Artículo 44. Manual de Estándares del Sistema Único de Acreditación. La Entidad Acreditadora aplicará los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación que para el efecto proponga la Unidad Sectorial de Normalización y adopte el Ministerio de la Protección Social, los cuales deberán revisarse y ajustarse, en caso de ser necesario, por lo menos cada tres (3) años.

TITULO VI

SISTEMA DE INFORMACION PARA LA CALIDAD

Artículo 45. Sistema de Información para la Calidad. El Ministerio de la Protección Social diseñará e implementará un “Sistema de Información para la Calidad” con el objeto de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud y de las EAPB, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El Ministerio de la Protección Social incluirá en su página web los datos del Sistema de Información para la Calidad con el propósito de facilitar al público el acceso en línea sobre esta materia.

Artículo 46. Objetivos del Sistema de Información para la Calidad. Son objetivos del Sistema de Información para la Calidad, los siguientes:

1. Monitorear. Hacer seguimiento a la calidad de los servicios para que los actores, las entidades directivas y de inspección, vigilancia y control del Sistema realicen el monitoreo y ajuste del SOGCS.
2. Orientar. Contribuir a orientar el comportamiento de la población general para la selección de la EAPB y/o la Institución Prestadora de Servicios, por parte de los usuarios y demás agentes, con base en información sobre su calidad.
3. Referenciar. Contribuir a la referenciación competitiva sobre la calidad de los servicios entre las EAPB y las Instituciones Prestadoras de Servicios.
4. Estimular. Propende por apoyar e incentivar la gestión de la calidad basada en hechos y datos.

Artículo 47. Principios del Sistema de Información para la Calidad. Son principios del Sistema de Información para la Calidad, los siguientes:

1. Gradualidad. La información que debe entregarse será desarrollada e implementada de manera progresiva en lo relacionado con el tipo de información que se recolectará y se ofrecerá a los usuarios.
2. Sencillez. La información se presentará de manera que su capacidad sea comprendida y asimilada por la población.
3. Focalización. La información estará concentrada en transmitir los conceptos fundamentales relacionados con los procesos de toma de decisiones de los usuarios para la selección de EAPB y de Institución Prestadora de Servicios de Salud de la red con base en criterios de calidad.

4. Validez y confiabilidad. La información será válida en la medida en que efectivamente presente aspectos centrales de la calidad y confiable en cuanto mide calidad en todas las instancias en las cuales sea aplicada.

5. Participación. En el desarrollo e implementación de la información participarán de manera activa las entidades integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

6. Eficiencia. Debe recopilarse solamente la información que sea útil para la evaluación y mejoramiento de la calidad de la atención en salud y debe utilizarse la información que sea recopilada.

Artículo 48. Datos para el SOGCS. Las EAPB, las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud, están obligados a generar y suministrar los datos requeridos para el funcionamiento del SOGCS, de conformidad con las directrices que imparta el Ministerio de la Protección Social.

Parágrafo. El Ministerio de la Protección Social establecerá los indicadores de calidad del SOGCS que serán de obligatorio reporte por parte de las instituciones obligadas al cumplimiento del presente decreto.

TITULO VII

INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL

Artículo 49. Inspección, vigilancia y control del Sistema Único de Habilitación. La inspección, vigilancia y control del Sistema único de Habilitación, será responsabilidad de las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud, la cual

se ejercerá mediante la realización de las visitas de verificación de que trata el artículo 21 del presente decreto, correspondiendo a la Superintendencia Nacional de Salud, vigilar que las Entidades Territoriales de Salud ejerzan dichas funciones.

Artículo 50. Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.

Es responsabilidad de las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, sin perjuicio de las competencias que le corresponden a la Superintendencia Nacional de Salud, adelantar las acciones de vigilancia, inspección y control sobre el desarrollo de los procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones. Estas acciones podrán realizarse simultáneamente con las visitas de habilitación.

Por su parte, la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá la vigilancia, inspección y control sobre el desarrollo de los procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad por parte de las EAPB y de las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

Para tales efectos, tanto la Superintendencia Nacional de Salud como las Entidades Departamentales y Distritales de Salud podrán realizar visitas de inspección y solicitar la documentación e informes que estimen pertinentes.

En caso de incumplimiento, las entidades competentes adelantarán las acciones correspondientes y aplicarán las sanciones pertinentes, contempladas en la ley, previo cumplimiento del debido proceso.

Artículo 51. Inspección, vigilancia y control del Sistema Único de Acreditación. Para efectos de ejercer las funciones de inspección, vigilancia y control del Sistema único de Acreditación, la Superintendencia Nacional de Salud diseñará y aplicará los procedimientos de evaluación y supervisión técnica, necesarios para realizar el seguimiento del proceso de acreditación y velar por su transparencia.

Artículo 52. Sistema de Información para la Calidad. Las acciones de inspección, vigilancia y control del contenido, calidad y reporte de la información que conforma el Sistema de Información para la Calidad, estará a cargo de las Direcciones Departamentales y Distritales y de la Superintendencia Nacional de Salud en lo de sus competencias.

TITULO VIII

MEDIDAS DE SEGURIDAD Y SANCIONES

Artículo 53. Aplicación de las medidas sanitarias de seguridad. El incumplimiento de lo establecido en el presente decreto, podrá generar la aplicación de las medidas sanitarias de seguridad previstas en las normas legales, por parte de las Entidades Territoriales de Salud en el marco de sus competencias, con base en el tipo de servicio, el hecho que origina el incumplimiento de las disposiciones contenidas en el presente decreto y su incidencia sobre la salud individual y colectiva de las personas.

Artículo 54. Sanciones. Sin perjuicio de la competencia atribuida a otras autoridades, corresponde a las Entidades Territoriales de Salud, adelantar los procedimientos y aplicar las sanciones a que haya lugar de acuerdo con lo

previsto en el artículo 577 y siguientes de la Ley 09 de 1979 y las normas que las modifiquen o sustituyan.

TITULO IX

DISPOSICIONES FINALES

Artículo 55. Transición. Todos los Prestadores de Servicios de Salud que e al momento de entrar en vigencia el presente decreto estén prestando servicios de salud, tendrán el plazo que defina el Ministerio de la Protección Social,

Para presentar el Formulario de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud ante la autoridad competente, fecha a partir de la cual caducarán los registros anteriores. Si vencido el término señalado, no se ha efectuado la inscripción el prestador no podrá continuar la operación.

Artículo 56. Actualización de los estándares del SOGCS. El Ministerio de la Protección Social podrá ajustar periódicamente y de manera progresiva los estándares que hacen parte de los diversos componentes del SOGCS de acuerdo con los estudios y recomendaciones de la Unidad Sectorial de Normalización en Salud.

Artículo 57. Vigencia y derogatorias. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias, en especial los Decretos 77 de 1997 y el Decreto 2309 de 2002. (3)

LEY 1122 DE 2007

(Enero 9)

Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

CAPITULO I

Disposiciones generales

Artículo 1°. *Objeto.* La presente ley tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

CAPITULO VI

Salud Pública

Artículo 32. *De la salud pública.* La salud pública está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de

las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad.

Artículo 33. *Plan Nacional de Salud Pública.* El Gobierno Nacional definirá el Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio, el cual quedará expresado en el respectivo Plan Nacional de Desarrollo. Su objetivo será la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar.

Artículo 34. *Supervisión en algunas áreas de Salud Pública.* Corresponde al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, como autoridad sanitaria nacional, además de las dispuestas en otras disposiciones legales

CAPITULO VII

Inspección, Vigilancia y Control

Artículo 35. *Definiciones.* Para efectos del presente capítulo de la ley, se adoptan las siguientes definiciones:

A. Inspección: La inspección, es el conjunto de actividades y acciones encaminadas al seguimiento, monitoreo y evaluación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y que sirven para solicitar, confirmar y analizar de manera puntual la información que se requiera sobre la situación de los servicios de salud y sus recursos, sobre la situación jurídica, financiera, técnica-científica,

administrativa y económica de las entidades sometidas a vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud dentro del ámbito de su competencia.

Son funciones de inspección entre otras las visitas, la revisión de documentos, el seguimiento de peticiones de interés general o particular y la práctica de investigaciones administrativas.

B. Vigilancia: La vigilancia, consiste en la atribución de la Superintendencia Nacional de Salud para advertir, prevenir, orientar, asistir y propender porque las entidades encargadas del financiamiento, aseguramiento, prestación del servicio de salud, atención al usuario, participación social y demás sujetos de vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, cumplan con las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud para el desarrollo de este.

C. Control: El control consiste en la atribución de la Superintendencia Nacional de Salud para ordenar los correctivos tendientes a la superación de la situación crítica o irregular (jurídica, financiera a, económica, técnica, científico-administrativa) de cualquiera de sus vigilados y sancionar las actuaciones que se aparten del ordenamiento legal bien sea por acción o por omisión.

Artículo 36. *Sistema de Inspección, Vigilancia y Control.* Créase el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud como un conjunto de normas, agentes, y procesos articulados entre sí,

El cual estará en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con sus competencias constitucionales y legales, sin perjuicio de las facultades asignadas al Instituto Nacional de Salud y al Invima.

Artículo 37. *Ejes del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Salud.* Para cumplir con las funciones de inspección, vigilancia y control la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá sus funciones teniendo como base los siguientes ejes:

1. Financiamiento. Su objetivo es vigilar por la eficiencia, eficacia y efectividad en la generación, flujo, administración y aplicación de los recursos del sector salud.
2. Aseguramiento. Su objetivo es vigilar el cumplimiento de los derechos derivados de la afiliación o vinculación de la población a un plan de beneficios de salud.
3. Prestación de servicios de atención en salud pública. Su objetivo es vigilar que la prestación de los servicios de atención en salud individual y colectiva se haga en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
4. Atención al usuario y participación social. Su objetivo es garantizar el cumplimiento de los derechos de los usuarios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud,

Así como los deberes por parte de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud; de igual forma promocionar y desarrollar los mecanismos de participación ciudadana y de protección al usuario del servicio de salud.

5. Eje de acciones y medidas especiales. Su objetivo es adelantar los procesos de intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar las entidades

vigiladas que cumplen funciones de explotación u operación de monopolios rentísticos cedidos al sector salud, Empresas Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud de cualquier naturaleza, así como para intervenir técnica y administrativamente las direcciones territoriales de salud. Tratándose de liquidaciones voluntarias, la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá inspección, vigilancia y control sobre los derechos de los afiliados y los recursos del sector salud. En casos en que la Superintendencia Nacional de Salud revoque el certificado de autorización o funcionamiento que le otorgue a las Empresas Promotoras de Salud o Administradoras del Régimen Subsidiado, deberá decidir sobre su liquidación.

6. Información. Vigilar que los actores del Sistema garanticen la producción de los datos con calidad, cobertura, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia.

7. Focalización de los subsidios en salud. Vigilar que se cumplan los criterios para la determinación, identificación y selección de beneficiarios y la aplicación del gasto social en salud por parte de las entidades territoriales.

Artículo 38. *Conciliación ante la Superintendencia Nacional de Salud.* La Superintendencia Nacional de Salud podrá actuar como conciliadora, de oficio o a petición de parte, en los conflictos que surjan entre sus vigilados y/o entre estos y los usuarios generados en problemas que no les permitan atender sus obligaciones dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, afectando el acceso efectivo de los usuarios al servicio de salud. Los acuerdos conciliatorios tendrán efecto de cosa juzgada y el acta que la contenga, donde debe

especificarse con toda claridad las obligaciones a cargo de cada una de ellas, prestará mérito ejecutivo.

Parágrafo. En el trámite de los asuntos sometidos a conciliación, la Superintendencia Nacional de Salud aplicará las normas generales de la conciliación previstas en la Ley 640 de 2001.

Artículo 39. *Objetivos de la Superintendencia Nacional de Salud.* La Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus atribuciones de inspección, vigilancia y control, desarrollará, además de los señalados en otras disposiciones, los siguientes objetivos:

- a) Fijar las políticas de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud;
- b) Exigir la observancia de los principios y fundamentos del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud;
- c) Vigilar el cumplimiento de las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud y promover el mejoramiento integral del mismo;
- d) Proteger los derechos de los usuarios, en especial, su derecho al aseguramiento y al acceso al servicio de atención en salud, individual y colectiva, en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad en las fases de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud;

- e) Velar porque la prestación de los servicios de salud se realice sin ningún tipo de presión o condicionamiento frente a los profesionales de la medicina y las instituciones prestadoras de salud;
- f) Velar por la eficiencia en la generación, recaudo, flujo, administración, custodia y aplicación de los recursos con destino a la prestación de los servicios de salud;
- g) Evitar que se produzca el abuso de la posición dominante dentro de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud;
- h) Promover la participación ciudadana y establecer mecanismos de rendición de cuentas a la comunidad, que deberá efectuarse por lo menos una vez al año, por parte de los actores del Sistema.

Artículo 40. *Funciones y facultades de la Superintendencia Nacional de Salud.* La Superintendencia Nacional de Salud, además de las funciones y facultades ya establecidas en otras disposiciones, cumplirá dentro del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control, las siguientes:

- a) Adelantar funciones de inspección, vigilancia y control al Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, y demás actores del sistema, incluidos los regímenes especiales y exceptuados contemplados en la Ley 100 de 1993;
- b) Inspeccionar, vigilar y controlar que las Direcciones Territoriales de Salud cumplan a cabalidad con las funciones señaladas por ley, conforme a los principios que rigen a las actuaciones de los funcionarios del Estado, e imponer las sanciones a que haya lugar. En virtud de la misma potestad mediante decisión motivada, de oficio o a petición de parte podrá avocar el conocimiento de aquellos

asuntos que se tramitan en las entidades territoriales de salud, cuando se evidencia la vulneración de dichos principios;

c) Con sujeción a las normas contenidas en el Código Contencioso Administrativo, señalará los procedimientos aplicables a los vigilados de la Superintendencia Nacional de Salud respecto de las investigaciones administrativas sancionatorias que deba surtir, respetando los derechos del debido proceso, defensa, o contradicción y doble instancia;

d) Introducir mecanismos de autorregulación y solución alternativa de conflictos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud;

e) Ejercer la competencia preferente de la inspección, vigilancia y control frente a sus vigilados, en cuyo desarrollo podrá iniciar, proseguir o remitir cualquier investigación o juzgamiento de competencia de los demás órganos que ejercen inspección, vigilancia y control dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, garantizando el ejercicio de la ética profesional, la adecuada relación médico paciente y el respeto de los actores del sistema por la dignidad de los pacientes y de los profesionales de la salud;

f) Sancionar en el ámbito de su competencia y denunciar ante las instancias competentes las posibles irregularidades que se puedan estar cometiendo en el Sistema General de Seguridad Social de Salud;

g) Vigilar, inspeccionar y controlar que se cumplan los criterios para la determinación, identificación y selección de beneficiarios y aplicación del gasto social en salud por parte de las Entidades Territoriales;

h) Vigilar que las Instituciones aseguradoras y prestadoras del Sistema General de Seguridad Social en Salud adopten y apliquen dentro de un término no superior a seis (6) meses, un Código de conducta y de buen gobierno que oriente la prestación de los servicios a su cargo y asegure la realización de los fines de la presente ley;

i) Autorizar la constitución y/o habilitación y expedir el certificado de funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado;

j) Las demás que conforme a las disposiciones legales se requieran para el cumplimiento de sus objetivos.

Parágrafo. Para el cumplimiento de su función de inspección y vigilancia, la Superintendencia Nacional de Salud podrá contratar la realización de programas o labores especiales con firmas de auditoría.

Artículo 41. *Función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud.* Con el fin de garantizar la efectiva prestación del derecho a la salud de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud y en ejercicio del artículo 116 de la Constitución Política, la Superintendencia Nacional de Salud podrá conocer y fallar en derecho, con carácter definitivo y con las facultades propias de un juez, en los siguientes asuntos:

a) Cobertura de los procedimientos, actividades e intervenciones del plan obligatorio de salud cuando su negativa por parte de las entidades promotoras de

salud o entidades que se les asimilen, ponga en riesgo o amenace la salud del usuario;

b) Reconocimiento económico de los gastos en que haya incurrido el afiliado por concepto de atención de urgencias en caso de ser atendido en una IPS que no tenga contrato con la respectiva EPS cuando haya sido autorizado expresamente por la EPS para una atención específica y en caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud para cubrir las obligaciones para con sus usuarios;

c) Conflictos que se susciten en materia de multifiliación dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud;

d) Conflictos relacionados con la libre elección que se susciten entre los usuarios y las aseguradoras y entre estos y las prestadoras de servicios de salud y conflictos relacionados con la movilidad dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Parágrafo 1°. La Superintendencia Nacional de Salud sólo podrá conocer y fallar estos asuntos a petición de parte. No podrá conocer de ningún asunto que por virtud de las disposiciones legales vigentes deba ser sometido al proceso de carácter ejecutivo o acciones de carácter penal.

Parágrafo 2°. El procedimiento que utilizará la Superintendencia Nacional de Salud en el trámite de los asuntos de que trata este artículo será el previsto en el artículo 148 de la Ley 446 de 1998.

Artículo 42. *Defensor del usuario en salud.* Créase la figura del defensor del usuario en salud que dependerá de la Superintendencia Nacional de Salud en coordinación con la Defensoría del Pueblo. Su función será la de ser vocero de los afiliados ante las respectivas EPS en cada departamento o en el Distrito Capital, con el fin de conocer, gestionar y dar traslado a las instancias competentes de las quejas relativas a la prestación de servicios de salud.

Créase el fondo-cuenta, dependiente de la Superintendencia Nacional de Salud, encargado de recaudar y administrar los recursos destinados a la financiación de los costos que demande la defensoría del usuario. Dicho fondo se alimentará con los recursos girados por las EPS para el sostenimiento del mismo. El Ministerio de la Protección Social reglamentará todo lo relacionado con el número de defensores, la elección de los mismos quienes deben ser elegidos por los usuarios y la forma como deben contribuir, cada EPS para la financiación de dicho Fondo.

(24)

1.5 OBJETIVOS

1.5.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar la satisfacción del usuario en frente a la calidad del servicio odontológico en las clínicas de Ortodoncia del Colegio Odontológico Colombiano durante el primer semestre del año 2007

1.5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar las características sociodemográficas de los usuarios de los servicios de la en las clínicas de ortodoncia del colegio odontológico colombiano durante el primer semestre del año 2007 en cuanto a: edad, género, estrato socioeconómico,
- Determinar la percepción de los usuarios en cuanto a su satisfacción sobre la infraestructura del servicio, comodidad y accesibilidad y atención del personal administrativo.
- Describir la percepción de los usuarios en lo relacionado con la satisfacción sobre la atención y grado de responsabilidad del operador
- Identificar la percepción del usuario en cuanto al desarrollo y costo del tratamiento.

2 ASPECTOS METODOLÓGICOS

2.1 TIPO DE ESTUDIO:

Descriptivo observacional transversal

2.2 OBJETO DE ESTUDIO:

Satisfacción del paciente en cuanto a los servicios prestados en la clínica de postgrado de ortodoncia del Colegio Odontológico Colombiano

2.3 POBLACION DE ESTUDIO:

BLANCO: Usuarios que se encuentran en tratamiento de ortodoncia de las clínicas de ortodoncia del colegio odontológico colombiano

ACCESIBLE: pacientes en tratamiento de ortodoncia de las clínicas del colegio odontológico colombiano

ELEGIBLE: para seleccionar el grupo de estudio se tuvo en cuenta los siguientes criterios de selección:

Inclusión: Pacientes que acuden a las clínicas que estén dispuestos a colaborar con el estudio de ortodoncia en el primer semestre del 2007

Exclusión: paciente que lleven menos de 3 citas en tratamiento

Pacientes que acuden a las clínicas que no estén dispuestos a colaborar con el estudio de ortodoncia en el primer semestre del 2007.

2.4 MUESTRA:

Por conveniencia

2.5 CUADRO DE VARIABLES:

Tabla 1

2.6 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS:

Anexo 1

2.7 PROCEDIMIENTO

Se realizo un instrumento de recolección de datos, con el fin de cuestionar a los pacientes sobre la atención recibida durante su tratamiento. En este se tuvieron en cuenta variables como: Edad, género, estrato, Infraestructura, recurso Humano, Área Física Acceso a la clínica Trato del Personal Administrativo adecuado Orden

y aseo del consultorio Atención por parte del odontólogo, Dudas resueltas por el operador, Relación odontólogo paciente, Cumplimiento de la consulta, Tiempo entre valoración y tratamiento, Tiempo que lleva en tratamiento, Alternativas de tratamiento, Satisfacción con los cambios en el tratamiento, Cambios de operador, Atención por fuera de la institución, Costo de tratamiento, Forma de pago, Recomendación del servicio

Se realizó una prueba piloto con 10 pacientes que fueron encuestados con el fin de aprobar el instrumento de recolección de datos. Aplicando test retres que se trata de realizar 2 veces la prueba piloto al mismo paciente,

Durante las tres semanas siguientes, al momento de llegar los pacientes a la consulta de ortodoncia, a cada uno de ellos se le entregó el instrumento de recolección de datos con el fin de ser diligenciado y entregado al final de la cita. Se le explico al paciente que nos encontrábamos realizando un estudio para evaluar la percepción de la calidad en la atención del paciente.

Finalmente luego de haber encuestado a la totalidad de los pacientes, se realizó la recolección de datos los cuales fueron tabulados en una hoja de Microsoft Excel para luego ser procesada en el software estadístico SPSS versión 12.0, la prueba es realizada con un nivel de significancia del 5% ($\alpha=0.05$). Y posteriormente se hizo un análisis de frecuencias simple, correlación de Spearman y prueba Chi cuadrado con el fin de determinar si existe dependencia o asociación entre variables.

2.8 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realiza estadística descriptiva, análisis de frecuencias simple, correlación de Spearman y prueba Chi cuadrado con el fin de determinar si existe dependencia o asociación entre variables.

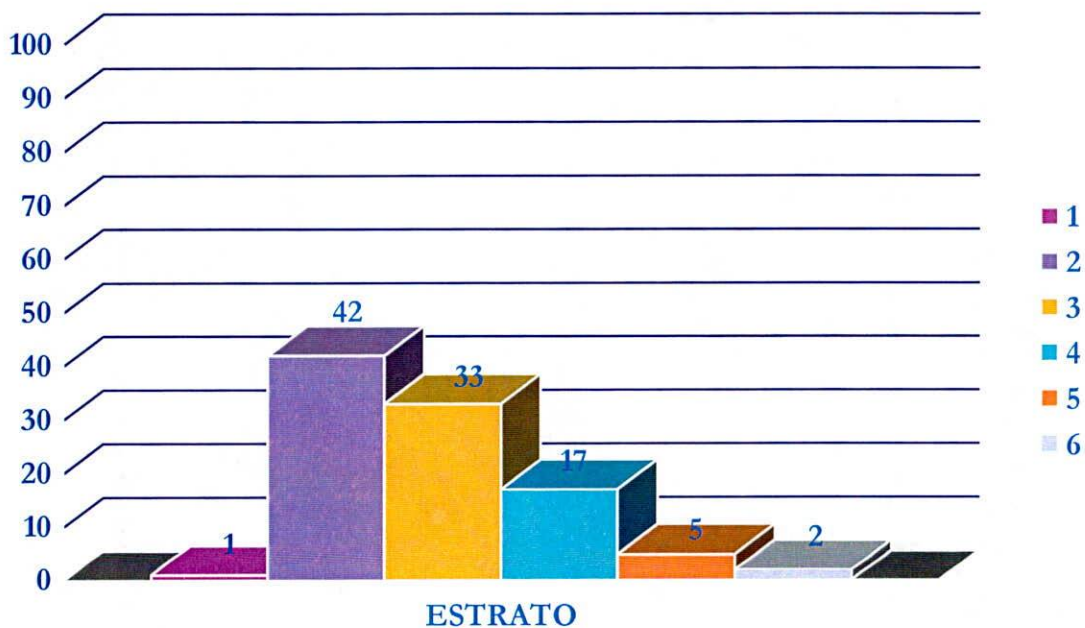
La información fue tabulada en una hoja de Microsoft Excel para luego ser procesada en el software estadístico SPSS versión 12.0, la prueba es realizada con un nivel de significancia del 5% ($\alpha=0.05$).

3. RESULTADOS

La muestra fue compuesta por 100 pacientes que asisten a la clínica de ortodoncia, de los cuales el 55% fueron mujeres. La edad promedio es 22.32 +/- 6.19 años (rango de 11 a 50), el 60% de ellos con edades entre 18 y 25 años.

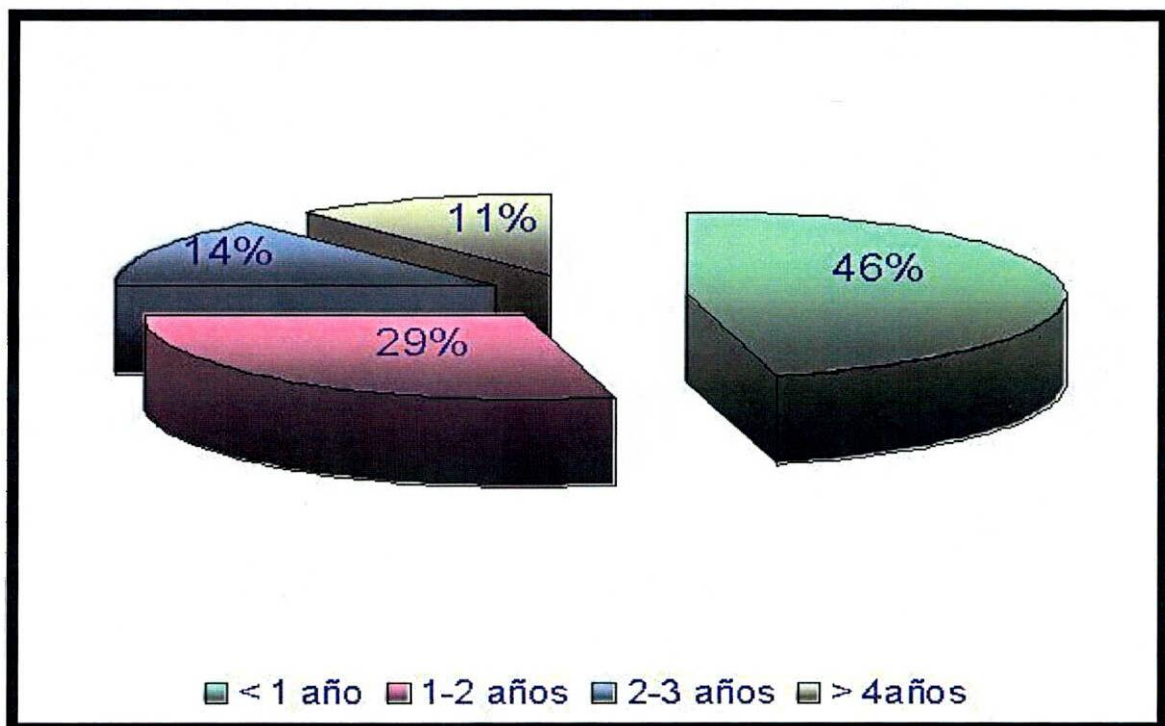
El estrato socioeconómico de mayor predominancia es el 2, con el 42% seguido por el 3 con el 33% y 4 con el 17%.

Gráfico No 1: Distribución del estrato de los pacientes que asisten a la clínica de ortodoncia del Colegio odontológico Colombiano. I semestre 2007



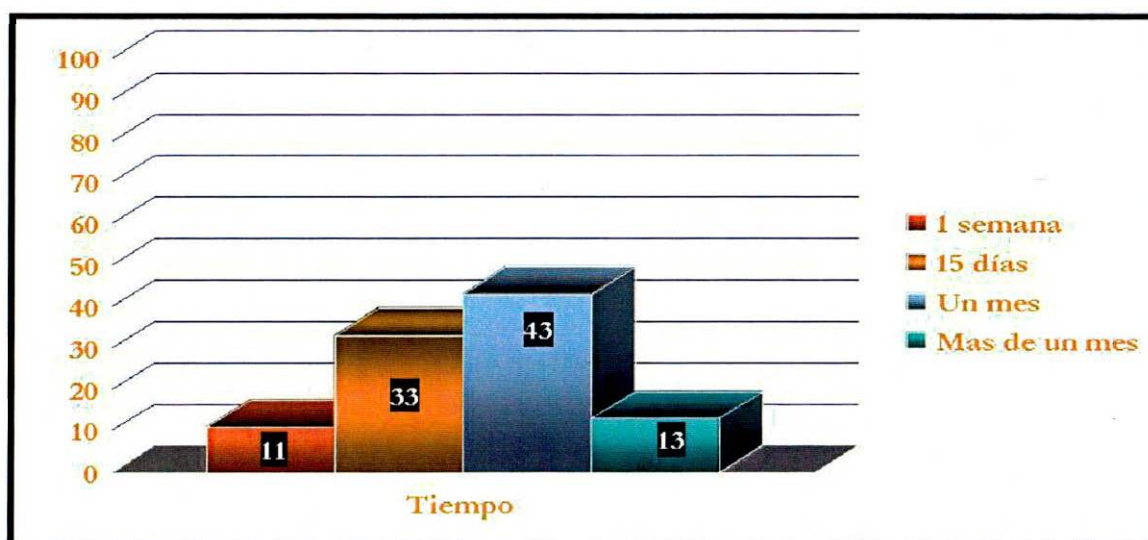
El 46% de los pacientes llevan menos de un año y el 29% entre 1 y 2 años.

Grafico No 2 Tiempo De Tratamiento de los pacientes que asisten a la clínica de ortodoncia del Colegio odontológico Colombiano. I semestre 2007



El tiempo transcurrido entre la valoración y el inicio del tratamiento fue un mes en el 43% de los pacientes y 15 días en el 33%.

Grafico No 3: Tiempo transcurrido entre la valoración y el inicio del tratamiento de los pacientes que asisten a la clínica de ortodoncia del Colegio odontológico Colombiano. I semestre 2007



El 64% de los pacientes fueron informados acerca de las alternativas. El 78% está satisfecho con los cambios recibidos.

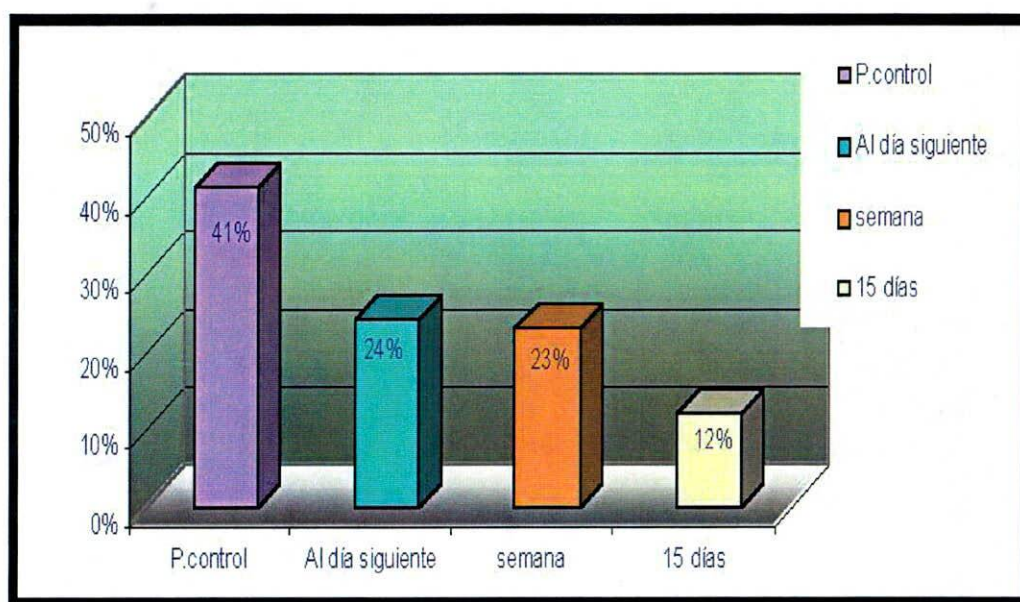
El 60% califica como buena la atención recibida por el odontólogo, el 38% como excelente y solo al 2% le parece deficiente. La relación odontólogo paciente es considerada por el 86% buena, por el 11% regular y mala solo por el 3%.

El 79% se siente bien con el trato recibido por el personal administrativo.

Las dudas del 89% de los pacientes han sido resueltas, el 43% considera puntual la atención en su cita y el 40% reporta tener que esperar de 10 a 15 minutos.

Cuando se presenta alguna eventualidad, el 41% de los pacientes es atendido hasta el próximo control, el 24% reporta ser atendido al día siguiente, el 23% a la semana y el 12% a los 15 días.

Gráfico No.4 Atención recibida en una eventualidad de los pacientes que asisten a la clínica de ortodoncia del Colegio odontológico Colombiano. I semestre 2007



El 52% de los pacientes no ha tenido cambios en el operador; el 17% ha sido atendido por el operador fuera de la institución.

El 74% de los pacientes esta de acuerdo con el costo del tratamiento, el 81% se siente a gusto con la forma de pago.

El ambiente o área física del consultorio es considerado bueno en el 66% de los casos, regular por el 28% y malo solo por el 6%.

El acceso a la clínica es considerado adecuado por el 88% de los pacientes e inadecuado por el restante 12%.

El 94% reporta encontrar el consultorio en orden y aseo.

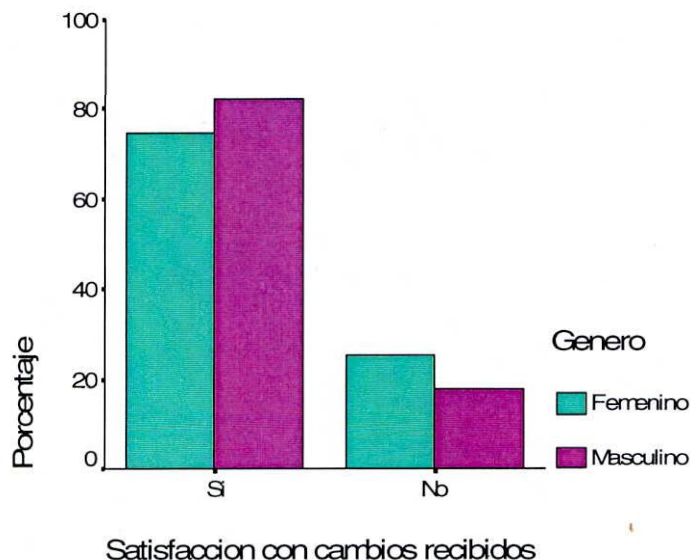
El 83% de los pacientes volvería a recomendar el servicio.

Se encuentra mayor proporción de hombres en los estratos 2 y 3, mientras en los estratos 1, 4 y 6 predominan las mujeres.

Las mujeres se muestran más de acuerdo en las alternativas de tratamientos que los hombres

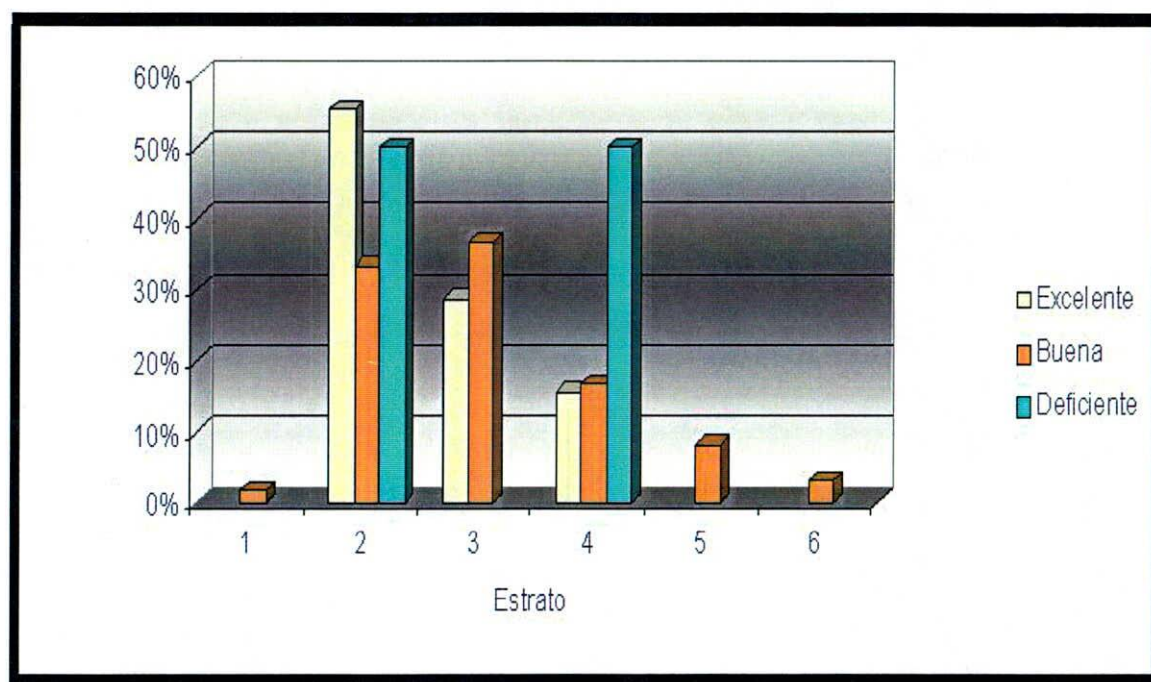
Respecto a la satisfacción con los cambios recibidos los hombres se encuentran mas satisfechos que las mujeres.

Grafico 5. Satisfacción con los cambios recibidos según género de los pacientes que asisten a la clínica de ortodoncia del Colegio odontológico Colombiano. I semestre 2007



La atención recibida por el odontólogo es calificada como excelente en su mayoría por pacientes estrato 2, mientras los de estrato 4 la califican como deficiente.

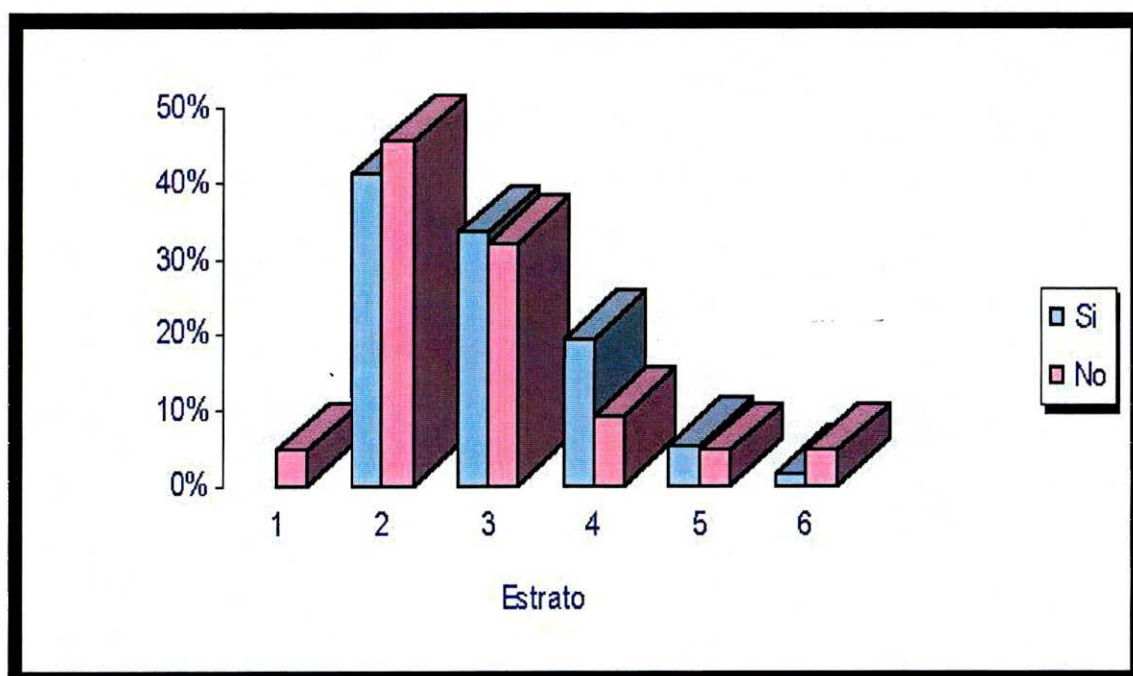
Gráfico No 6. Atención recibida por el odontólogo según estrato de los pacientes que asisten a la clínica de ortodoncia del Colegio odontológico Colombiano. I semestre 2007



En cuanto a las alternativas de tratamientos los pacientes de estratos 1 y 2, están de acuerdo, mientras en los estratos 3, 4, 5 y 6 se destaca el no como respuesta.

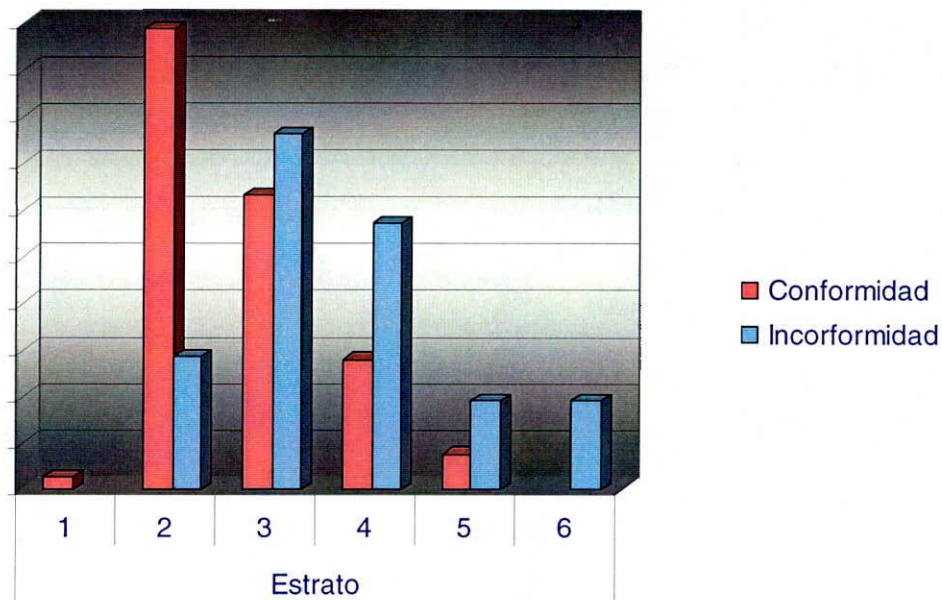
En los pacientes de estrato 2 una alta proporción no se encuentran satisfechos con los cambios obtenidos, mientras en los estratos 3 y 4 si lo están.

Gráfico No 7. Satisfacción con cambios recibidos según estrato de los pacientes que asisten a la clínica de ortodoncia del Colegio odontológico Colombiano. I semestre 2007



El estrato 2 considera que recibe un buen trato por parte del personal administrativo, los pacientes de estratos altos consideran lo contrario. Esta asociación es significativa según la prueba Chi-cuadrado con un Valor $P=0.007$.

Gráfico No 8. Trato recibido por administrativos según estrato de los pacientes que asisten a la clínica de ortodoncia del Colegio odontológico colombiano. I semestre 2007



Según la prueba Chi-cuadrado se encuentran asociados el género y el trato recibido por el personal administrativo con un Valor $P=0.028$. Los hombres se sienten bien con el trato mientras las mujeres no.

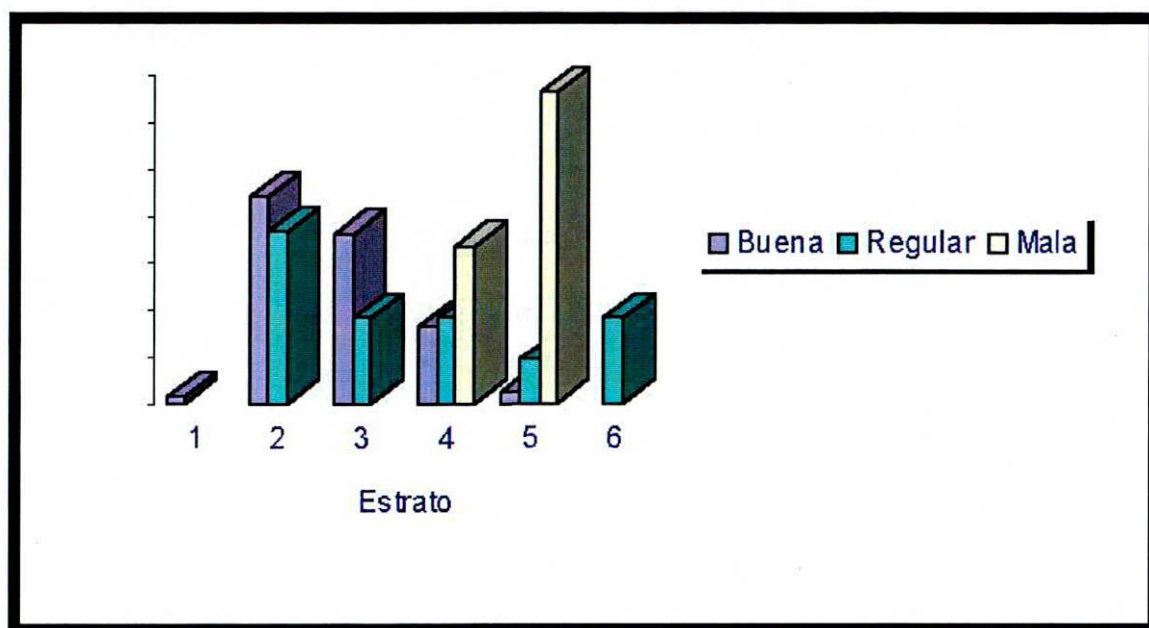
Se encuentran significativamente asociadas el género y el acceso a la clínica con un Valor $P=0,035$. Este es adecuado para los hombres pero inadecuado para las mujeres

Existe asociación significativa entre el estrato socioeconómico y la relación odontólogo-paciente, con un Valor $P=0.00$. En los estratos bajos esta relación es

considerada buena o regular, mientras en los estratos 4 y 5 es mala, aunque en el estrato 6 la relación es regular.

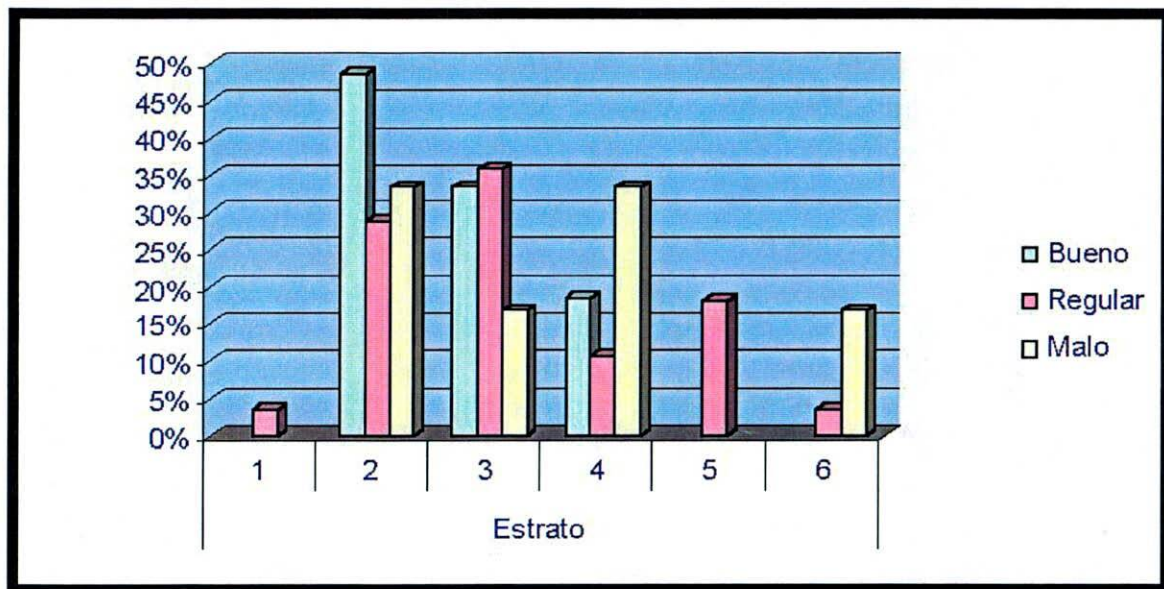
Gráfico No 9. Relación odontólogo paciente según estrato de los pacientes que asisten a la clínica de ortodoncia del Colegio odontológico Colombiano.

I semestre 2007



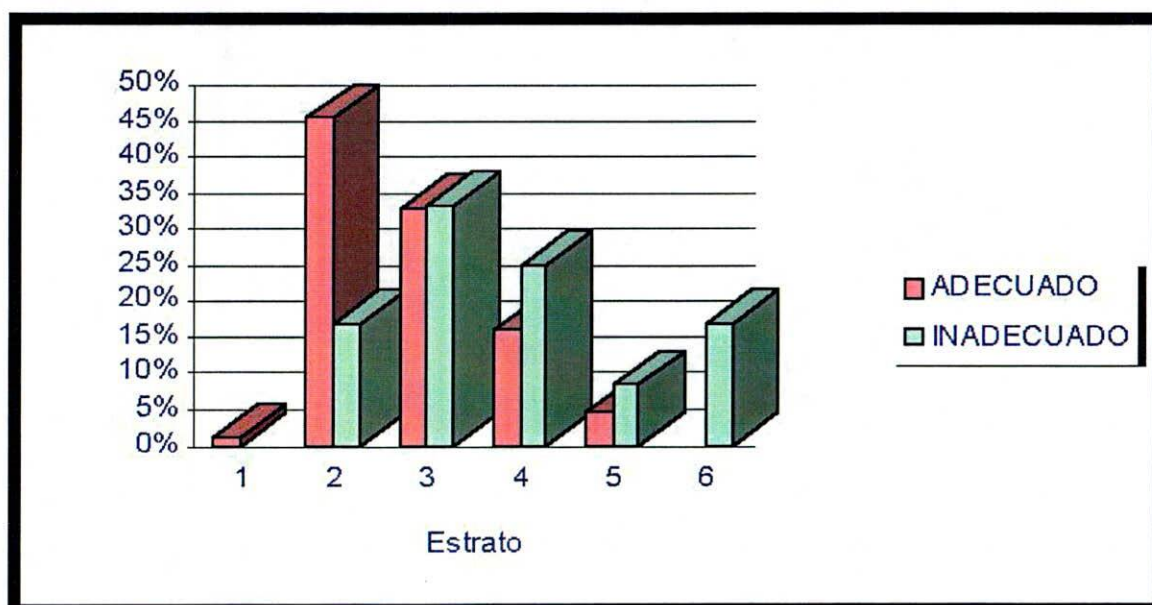
Existe asociación significativa entre el ambiente o área física del consultorio y el estrato socioeconómico, con un Valor $P=0.002$. Las personas de estratos 4, 5 y 6 lo consideran malo.

Gráfico 10. Área física del consultorio según estrato de los pacientes que asisten a la clínica de ortodoncia del Colegio odontológico Colombiano. I semestre 2007



El acceso a la clínica depende significativamente del estrato socioeconómico con valor $P=0.003$. Los estratos bajos lo consideran adecuado y los estratos altos inadecuados.

Gráfico 11. Acceso a la clínica según estrato de los pacientes que asisten a la clínica de ortodoncia del Colegio odontológico Colombiano. I semestre 2007



Se encuentran significativamente correlacionado el ambiente de área física con la atención del odontólogo (41.5%), cambios en el operador con tiempo de tratamiento (38.5%), la relación con el odontólogo con volver a recomendar el servicio (35.9%), el costo del tratamiento con volver a recomendar el servicio (33.9%) y la relación odontólogo paciente y la atención del operador fuera de la institución (34.8%).

4. DISCUSIÓN

Se observó la falta de interés de los pacientes en el momento de responder la encuesta, así como el corto tiempo para el diligenciamiento de la misma por parte de los usuarios.

Encontramos que el paciente está satisfecho en relación al trato por parte del operador, personal administrativo, área física, costo y forma de pago de su tratamiento, dando como hallazgo importante la recomendación del servicio por parte del paciente. Debido a los resultados obtenidos, consideramos importantes mantener una constante evaluación a lo que refiere la satisfacción del paciente con respecto a la atención en las clínicas de ortodoncia del Colegio Odontológico Colombiano y así asegurar una permanencia y captación de los pacientes.

5. CONCLUSIONES

El promedio de edad de los pacientes atendidos en la clínica de ortodoncia se encuentra en un rango de 22. +/- 6 Años. En la consulta predomina el género femenino. El estrato socioeconómico que mayor asiste es el 2, seguido por el 3.

El promedio de tiempo transcurrido entre la valoración y el inicio del tratamiento es de un mes, la mayoría de los pacientes llevan menos de un año en consulta y fueron informados sobre las posibles alternativas de tratamiento. Se sienten satisfechos con los cambios obtenidos, la atención recibida por el odontólogo es buena, sus dudas han sido resueltas, y consideran puntual la atención en su cita.

Cuando se presenta alguna eventualidad, los pacientes son atendidos hasta el próximo control, el 52% de ellos no ha tenido cambios del operador; y un bajo porcentaje de estos ha sido atendido por fuera de la institución y un alto porcentaje los usuarios se sienten a gusto con el costo del tratamiento y con la forma de pago.

El ambiente o área física del consultorio es considerado adecuado. La mayoría de pacientes reporta encontrar el consultorio en orden y aseado. De igual manera se siente bien con el trato recibido por el personal administrativo y el acceso a la clínica. “por estas razones recomendarían el servicio”

6. RECOMENDACIONES

Se debe considerar la relación odontólogo-paciente como elemento central; para esto el personal debe utilizar un lenguaje claro y poco técnico, mantener una actitud y expresión que genere confianza.

Consideramos importante mantener una constante evaluación referente a la satisfacción del paciente con respecto a la atención recibida en las clínicas de ortodoncia para así asegurar una permanencia y captación de los pacientes

BIBLIOGRAFIA

1. AGUIRRE-GAS H. EVALUACIÓN Y GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA. SALUD PÚBLICA MEX 1991; 33:623-629.MALAGÓN LONDOÑO-GALÁN, Y OTROS. AUDITORIA EN SALUD, 1998
2. CITATION CLASSIC DE LA SEMANA. CURRENT CONTENTS. SOC BEHAV SCI 1983; 15(6):18.
3. COLOMBIA, DECRETO 1011 COLOMBIA. 2006
4. COLOMBIA, *DECRETO 2309 DEL 2002*
5. COLOMBIA, *LEY 100 DE 1993*
6. COLOMBIA, *LEY 715 DEL 2001, EN SU ARTÍCULO 42*
7. COLOMBIA, LEY 1122 ART. 23. COLOMBIA. 2007
8. COLOMBIA, LEY 1122 ART. 39. COLOMBIA. 2007
9. COLOMBIA, LEY 1122 DEL 2007
10. COLOMBIA, *RESOLUCIÓN 01474 DEL 2002,*
11. DEMING W. A QUALIDADES E A CONSUMIDOR. EN: QUALIDADES: A REVOLUÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO. RIO DE JANEIRO. EDITORA MARQUES SARAVIA SA. 1990.
12. DEMING W. CALIDAD, PRODUCTIVIDAD Y COMPETITIVIDAD. ESPAÑA. DÍAZ DE SANTOS. 1989

13. DONABEDIAN A. EVALUATING THE QUALITY OF MEDICAL CARE. MILBANK MEMORIAL FUND Q, 1966; 44:166-206.
14. DONABEDIAN A. EVALUATING PHYSICIAN COMPETENCE. BULL WORLD HEALTH ORGAN, 2000; 78(6):857-860.
15. DONABEDIAN A. EXPLORATIONS IN QUALITY ASSESSMENT AND MONITORING. VOL. 1. THE DEFINITION OF QUALITY AND APPROACHES TO ITS ASSESSMENT, 1980; VOL. II. THE CRITERIA AND STANDARDS OF QUALITY, 1982; VOL. III. THE METHODS AND FINDINGS OF QUALITY ASSESSMENT AND MONITORING: AN ILLUSTRATED ANALYSIS. ANN ARBOR: HEALTH ADMINISTRATION PRESS, 1985
16. DONABEDIAN A. GARANTÍA Y MONITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA: UN TEXTO INTRODUCTORIO. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA, MÉXICO. 1990
17. DONABEDIAN A. IN SEARCH OF HOME. *FINDINGS* 2000; 15(2):25.
18. DONABEDIAN A. RESPONSE. BAXTER AMERICAN FOUNDATION HEALTH SERVICES RESEARCH PRIZE, 1986.
19. FRENK J. PERSPECTIVES. BULL WORLD HEALTH ORGAN 2000; 78(6):857.
20. ISHIKAWA K. ¿QUÉ ES EL CONTROL TOTAL DE LA CALIDAD? EDITORIAL NORMA. 1996.
21. JURAN M. JURAN Y EL LIDERAZGO PARA LA CALIDAD. MADRID. DÍAZ SANTOS. 1990

22. MALAGÓN L, AUDITORIA EN SALUD PARA UNA GESTIÓN EFICIENTE, ED. MÉDICA PANAMERICANA, COLOMBIA, 1988
23. MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ. UNIDAD COORDINADORA DE ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD. COMPENDIO DEL CURSO DE CAPACITACIÓN PARA EVALUACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD. 1999.
24. NOVAES H, PAGANINI J. ESTÁNDARES E INDICADORES PARA LA ACREDITACIÓN DE HOSPITALES EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. WASHINGTON D.C. OPS; 1994
25. PAGANINI JM. LA RELACIÓN ENTRE ESTRUCTURA, PROCESO Y RESULTADO. CALIDAD Y EFICIENCIA DE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA. WASHINGTON DC. OPS/OMS. 1993.
26. PALMER R. EVALUACIÓN DE LA ASISTENCIA AMBULATORIA. PRINCIPIOS Y PRÁCTICA. MADRID: MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO; 1989
27. RAMIREZ-SÁNCHEZ TJ. PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO: PERSPECTIVAS DE LOS USUARIOS. SALUD PÚBLICA MEX 1998; 40:3.
28. ZLATAR M. ESPÍRITU Y DOCTRINA EN LAS INSTITUCIONES HOSPITALARIAS. TEMA EXPUESTO EN EL III SIMPOSIO SOBRE FILOSOFÍA DE LA MEDICINA. UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA. DICIEMBRE DE 1998.

LISTAS ESPECIALES

Tabla 1: cuadro de variables

Variable	Operacionalización	Tipo de variable	Escala de medición
Sociodemográficas			
Edad	anos cumplidos	Cuantitativa	Discreta
Genero	F M	Cualitativa	Nominal
Estrato	1,2,3,4,5,6	Cualitativa	Ordinal
Infraestructura			
Área Física	B, M, R	Cualitativa	Ordinal
Acceso a la clínica	Adecuado Inadecuado	Cualitativa	Nominal
Trato del Personal Administrativo adecuado	Si No	Cualitativa	Nominal
Orden y aseo del consultorio	Si No	Cualitativa	Nominal
Recurso humano			
Atención por parte del odontólogo	Excelente Buena mala	Cualitativa	Ordinal

Dudas resueltas por el operador	Si no	Cualitativa	Nominal
Relación odontólogo paciente	Buena Regular mala	Cualitativa	Ordinal
Cumplimiento de la consulta	Puntual Entre 10 y 15 minutos Mas de 15 minutos	Cuantitativa	Ordinal

Tratamiento

Tiempo entre valoración y tratamiento	Una semana 15 días un mes mas de un mes	Cuantitativa	Ordinal
Tiempo que lleva en tratamiento	Fecha de inicio de tratamiento	Cuantitativa	Discreta
Alternativas de tratamiento	Si No	Cualitativas	Nominal
Satisfacción con los cambios en el tratamiento	Si no	Cuantitativa	Nominal

Administrativas

Cambios de operador	Si No	Cuantitativa	Nominal
Atención por fuera de la institución	Si No	Cualitativa	Nominal
Costo de tratamiento	Si no	Cuantitativa	Nominal
Forma de pago	Si No	Cuantitativa	Nominal

Recomendación del servicio	Si no	cualitativa	Nominal
----------------------------	----------	-------------	---------

Anexo 1

Encuesta

SATISFACCIÓN DEL PACIENTE CON RESPECTO A LA CALIDAD DE ATENCIÓN RECIBIDA DURANTE EL TRANCURSO DE SU TRATAMIENTO EN LAS CLÍNICAS DE POSTGRADO DE ORTODONCIA DEL COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

Encuesta no _____

Fecha: día _____ mes _____ año _____

Género: 1. Femenino ☐ 2. Masculino ☐

Edad: _____ años.

Estrato: 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____

Fecha inicio tratamiento _____

Favor responder la siguiente encuesta con la mayor sinceridad

1. Cuánto tiempo transcurrió entre la valoración y el inicio de su tratamiento (colocación de aparatología)

1 Semana _____
15 Días _____
1 Mes _____
Más de un mes _____

2. Cuánto tiempo lleva con su tratamiento?

3. Conoce las posibles alternativas de tratamiento?

Si _____ No _____

4. Está satisfecho con los cambios que ha recibido en su tratamiento?

Si _____ No _____

Por qué?

5. La atención recibida por odontólogo fue

Excelente _____

Bueno _____
Deficiente _____

6. Sus dudas han sido resueltas?

Si _____ No _____

Por qué?

7. Cómo es la relación odontólogo-paciente?

Buena _____

Regular _____

Mala _____

Por qué, explique

8. Cuándo se presenta alguna eventualidad (se cae un braket, se rompe un caucho, etc.) Cuánto tiempo transcurre para ser atendido?

Al día siguiente _____

1 Semana _____

15 Días _____

Hasta el próximo control _____

9. Ha tenido cambios de operador durante su tratamiento?

Si _____ No _____

Cuántos cambios, Por qué?

10. Ha sido atendido por su operador por fuera de la institución?

Si _____ No _____

Por qué?

11. Está conforme con el costo de su tratamiento?

Si _____ No _____

Por qué?

12. Está conforme con la forma de pago de su tratamiento?

Si _____ No _____

Por qué?

13. Considera apropiado el trato recibido por parte del personal administrativo (secretaria, venta de turnos, etc.) ?

Si___ No___
Por qué?

14. El ambiente o área física de la consulta le pareció:

Buena _____
Regular _____
Mala _____
Por que? _____

15. El acceso a la clínica lo considera adecuado?

Si___ No___
Porque?

16. Considera que el odontólogo es ordenado y aseado durante su consulta?

Si___ No___
Por qué?

17. Acudiría nuevamente o recomendaría el servicio?

Si___ No___