

**PASANTÍA
PROPUESTA PARA LA CREACIÓN DE UN AREA ESPECIALIZADA
PARA ATENCIÓN DE ADULTO MAYOR
EN EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR
ESE NIVEL III**

**CARMENZA LARGO GALVIS
CODIGO: 20031020008**

**UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA
FACULTAD DE GERONTOLOGÍA
BOGOTÁ, D.C.
2008**

**PASANTÍA
PROPUESTA PARA LA CREACIÓN DE UN AREA ESPECIALIZADA
PARA ATENCIÓN DE ADULTO MAYOR EN EL
HOSPITAL SIMON BOLIVAR
ESE NIVEL III**

**CARMENZA LARGO GALVIS
CODIGO: 20031020008**

TRABAJO DE GRADO: PASANTÍA

**ROGER CARLOS HERNÁNDEZ ESCUDERO
ASESOR METODOLÓGICO**

**GLADYS RUEDA PUERTO
ASESORA CIENTIFICA**

**UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA
FACULTAD DE GERONTOLOGÍA
BOGOTÁ, D.C.
2008**

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
1. MARCO TEORICO CONCEPTUAL	4
1.1 SALUD UN DERECHO HUMANO	4
1.2 GENERALIDADES DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	5
1.3 EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL	6
1.4 FUNDAMENTOS DEL SERVICIO PÚBLICO	7
1.5 CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL	8
1.6 TEORÍA DE LOS SISTEMAS	9
1.6.1 Características de los sistemas	12
1.6.2 Tipos de sistemas	13
1.7 TEORÍA DE LA CONTINGENCIA	15
1.8 CONCEPTO DE SERVICIO	15
1.8.1 Sistema de servucción.	16
1.9 CONCEPTUALIZACIÓN DE CALIDAD	18
1.10 CARACTERÍSTICAS INHERENTES A LA CALIDAD	20
1.11 FACTORES DE CALIDAD EN UN SERVICIO DE SALUD PARA PERSONAS MAYORES.	21
1.12 GERENCIA DE LA ATENCIÓN CENTRADA EN EL USUARIO O CLIENTE	24
1.13 CARACTERIZACIÓN DEL CLIENTE	26
1.14 PARTICIPANTES VINCULADOS AL SISTEMA	33
1.15 LOS PROCESOS EN LAS ORGANIZACIONES	34
2. MARCO LEGAL	38
3. MARCO INSTITUCIONAL	47
3.1 UBICACIÓN	48

3.2 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	49
4. EJECUCION DE LA PASANTIA	51
6. CONCLUSIONES	70
7. RECOMENDACIONES	72
ANEXOS	81

LISTA DE ANEXOS

Pág.

Anexo A. Mapa de procesos Hospital Simón Bolívar III nivel	82
Anexo B. Portafolio de Servicios del Hospital Simón Bolívar	83
Anexo C. Encuesta de Satisfacción Consulta Externa Hospital Simón Bolívar	84
Anexo D. Encuesta de Satisfacción Hospitalización Hospital Simón Bolívar ESE IIINivel	86
Anexo E. Encuesta de Satisfacción Servicio de Urgencias Hospital Simón Bolívar ESE III Nivel	88
Anexo F. Procedimientos creados y complementados con enfoque gerontológico	
	¡Error! Marcador no definido.

LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Niveles de clasificación del Sisben	31
Cuadro 2. Plan de Acción General	52
Cuadro 3. Desarrollo del plan de acción	57
Cuadro 4. Desarrollo del plan de acción	62
Cuadro 5. Desarrollo del plan de acción	69
Cuadro 6. Caracterización del área especializada	75

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Modelo genérico de sistema abierto.	14
Figura 2. Elementos del sistema de Servuccion.	17
Figura 3. Modelo molecular.	18
Figura 4. Triangulo del Servicio.	24
Figura 5. Modelo de un sistema de gestión de la calidad basado en procesos.	35
Figura 6. Ubicación Geográfica del Hospital Simón Bolívar	48

Nota de aceptación:

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Bogotá, D.C. 20 de Noviembre de 2008

Dedicatoria

Agradezco primero a Dios que me dio la oportunidad de culminar esta meta, luego a mi entorno que me dio las facultades para pensar en mi futuro y sobre todo a mi esposo por su paciencia y tolerancia, a mis padres por su apoyo incondicional, mis profesores quienes me acompañaron y me aconsejaron en todo momento.

Gracias a la vida que tengo y a mis amigos que más quiero. Si no fuera por ellos mi sueño no lo habría cumplido.

No tengo letras para seguir diciendo el gran regocijo que me da poder terminar esta carrera en donde profesores y compañeros dejan parte de su vida, para dar vida a las ilusiones de niño y que hoy en día se hacen realidad.

Solo se que este camino es solo el comienzo de una gran historia. De virtudes y gracias para mi y mi familia.

Muchas gracias.

Carmenza Largo Galvis

AGRADECIMIENTOS

En la vida se cumplen sueños, hoy doy gracias a Dios que me ha dado la oportunidad de culminar lo que hace cinco años era un sueño.

Agradezco inmensamente al Doctor Héctor Manuel Lemus Montañes quien me dio la oportunidad de desarrollar mi trabajo de grado, al personal de la Oficina de atención al usuario del Hospital Simón Bolívar que me apoyaron con su conocimiento, su tiempo y sus consejos, a todos los funcionarios que me apoyaron durante la ejecución de mi pasantía.

A Darío Vargas quien me apoyo con paciencia y tolerancia, a mis padres y familiares que me colaboraron durante mi proceso de formación.

Al Doctor Omar Peña, a los Docentes de la Facultad de Gerontología que son partícipes de este trabajo, a mis compañeros con quienes se compartieron momentos inolvidables.

INTRODUCCIÓN

La atención centrada en el usuario, paciente o cliente es un enfoque gerencial que ha sido utilizado en los servicios de salud de países como Canadá, Estados Unidos y algunos de Europa, identificado como factor crítico de la misma. Busca responder a las necesidades de las personas que buscan satisfacer necesidades, observando al cliente durante su paso por la Institución, planeando e implementando integralmente la prestación de un servicio humanizado. Es así como, metodologías y herramientas gerenciales se han ido perfeccionando logrando identificar lo que sienten y piensan sus usuarios o clientes sobre el servicio que han adquirido.

La medición de la satisfacción del cliente, como herramienta en el control de la calidad, desempeña un papel importante en el mejoramiento de las Instituciones. Cuando el trabajo es dirigido desde la perspectiva del cliente, se entiende mejor la naturaleza y la dimensión de los vacíos de calidad que existen en las distintas áreas y departamentos de las instituciones de salud. Una vez las instituciones empiezan a valorar la perspectiva del usuario cliente, se despierta un interés por profundizar y articular sistemáticamente los procesos.

Según el profesor Donabedian¹ la satisfacción del paciente, además de ser en sí un objetivo y el resultado de la atención en salud, puede verse también como una contribución a otros objetivos y resultados. Es más probable, por ejemplo que un paciente satisfecho coopere eficazmente con el médico y acepte y siga sus instrucciones.

La satisfacción también influye en la fidelidad de los usuarios con la institución; logrando que el usuario satisfecho vuelva a buscar nuevamente el servicio prestado, no solo para él, sino para sus familiares, amigos y conocidos. Así, las instituciones están obligadas a examinar porqué los usuarios escogen unas y eximen otras, ya que la selección estará ligada a la forma como los usuarios perciben el servicio recibido y, por tanto, si están satisfechos o no.

Teniendo en cuenta lo anterior, en relación con la prestación de servicios de salud que ofrecen las instituciones públicas y partiendo del hecho que la población de personas mayores a nivel mundial está cada vez en aumento y por ende demandando una mayor cobertura y especialización en la calidad en servicios de

¹ DONABEDIAN, Avedis. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. México D.F.: La prensa Médica Mexicana, S.A. de C.V., 1991. p. 31.

salud; acordes a las características de dicha población; Se planteo como iniciativa el tema de esta pasantía donde el problema central corresponde a la prestación de los servicios que ofrece el Hospital Simón Bolívar ESE (empresa Social del Estado) III Nivel, ubicado en Bogotá en la localidad de Usaquén a las personas mayores, partiendo del hecho que aún no se encuentra dentro de su estructura organizacional un área especializada y con el personal capacitado para la atención de los usuarios mayores que recurren solicitando alguno de sus servicios. Esto se ve reflejado en las estadísticas del año 2007 que indica una afluencia de 73.605 (setenta y tres mil seiscientos cinco) usuarios mayores atendidos en los tres servicios: Consulta externa, Hospitalización y Urgencias de un total de 234.000 pacientes el 46% de la población son personas mayores.

A partir de lo anterior y de acuerdo al diagnóstico que se ha realizado desde la Oficina de Atención al Usuario, se estableció como objetivo general: *Crear un área especializada de atención a la Persona Mayor usuaria de los servicios de salud del Hospital Simón Bolívar ESE III Nivel*, operacionalizado en los siguientes objetivos específicos: el primero de ellos, *crear y/o complementar los procedimientos específicos, necesarios para la atención de las Personas Mayores usuarias de los servicios de salud del Hospital Simón Bolívar*. El segundo *Implementar los procedimientos creados y/o complementarlos en un tiempo específico para medir el grado de satisfacción de las Personas Mayores usuarias de los servicios de salud del Hospital Simón Bolívar* y el tercero *evaluar y ajustar los procedimientos planteados para la atención de las Personas Mayores usuarias de los servicios de salud del Hospital Simón Bolívar, sugiriendo de esta manera, la creación de un área especializada que brinde mejor atención y calidad para la persona mayor usuaria de los servicios y logrando descongestión en los servicios de urgencias, consulta externa y hospitalización..*

Al crear un área especializada para la atención de personas mayores en el Hospital Simón Bolívar este brindará mayor eficiencia y calidad en el servicio obteniendo como resultado, la satisfacción de sus clientes mayores y el reconocimiento dentro de las entidades públicas prestadoras de servicios de salud, optimizando costos en procesos y obstaculización del servicio acorde la visión planteada desde la plataforma estratégica y la política de calidad de la Institución y crear servicios innovadores para la atención de las personas mayores .

Para el cumplimiento de los objetivos específicos fue necesario desarrollar tres fases: la primera denominada creación y/o complementación de los procedimientos específicos, la segunda fase implementación de los procedimientos y la tercera fase fue la evaluación de los procedimientos.

El producto final de la pasantía realizada, se presenta en este documento que consta de siete capítulos: el primero contiene el marco teórico conceptual donde se encontrarán temas como las generalidades del Sistema de Seguridad Social, los fundamentos del servicio público partiendo de los principios generales consagrados en la constitución, las características básicas del Sistema General de Seguridad Social, posteriormente el trabajo muestra el énfasis en dos teorías administrativas que han surgido por las nuevas demandas del mercado que traen sujeto un enfoque descriptivo planteando nuevos sistemas acompañados del desarrollo de procesos dentro de una organización, estableciendo así un mercado dinámico identificando como premisa que lo mas importante es el usuario cliente.

Posteriormente, se tratan temas relacionados con el servicio al cliente, la conceptualización de calidad desde una visión general enfatizando en las características inherentes a la calidad en salud establecidas en el Art. 3 del Decreto 2174 de 1996; de igual manera una breve reseña de la gerencia de la atención centrada en el usuario cliente caracterizando los usuarios pertenecientes al Régimen Subsidiado; Además lo planteado por Braulio Mejía en cuanto a lo que se debe desarrollar acerca de los procesos en las organizaciones de acuerdo al uso de los procedimientos, métodos y tecnología con una serie de actividades necesarias para transformar la institución.

El segundo capítulo denominado Marco Legal se refiere a los estándares mínimos para la prestación de servicios a Personas Mayores que de una u otra manera pueden aportar a dar sustento a la pasantía realizada.

El tercer capítulo denominado Marco Institucional hace referencia a la reseña histórica del Hospital Simón Bolívar, ubicación geográfica, los beneficiarios de los servicios y el diseño de su estructura organizacional en que esta apoyada para dar cumplimiento a la misión y visión institucional.

El cuarto capítulo comprende la ejecución de la pasantía donde encontramos el plan de acción propuesto, el desarrollo de cada una de las fases establecidas y los resultados arrojados por el estudio.

El capítulo sexto contiene las conclusiones de dicha pasantía; y el séptimo capítulo contiene las recomendaciones para la Universidad de San Buenaventura y el Hospital Simón Bolívar.

1. MARCO TEORICO CONCEPTUAL

En este capítulo se desarrollaron los contenidos teóricos conceptuales sobre los que se apoyó la pasantía, tales como: el Sistema General de Seguridad Social enfatizando en los fundamentos del servicio público. Así mismo, las características básicas del Sistema General de seguridad Social que rigen la prestación de servicios en el Hospital Simón Bolívar III Nivel. Posteriormente, la teoría Sistémica planteada por Ludwing Bertalanffy² presentando la relación entre las organizaciones y los sistemas abiertos y la teoría de la Contingencia. Además, algunos conceptos que se deben tener en cuenta para prestar servicios de salud con calidad y la gerencia de la atención centrada en el cliente.

1.1 SALUD UN DERECHO HUMANO

La salud es un derecho humano fundamental en la medida que está fuertemente ligada con la dignidad, ***“todo individuo debe tener derecho al disfrute del más alto nivel posible de la salud física y mental, ya que sin este disfrute no está en capacidad de hacer frente a los avatares de su propia existencia y de luchar en igualdad de condiciones por procurarse una vida digna”³***.

De esta manera, se comprende que la fuente de todos los derechos humanos, es la dignidad humana, lo que deriva en que los derechos económicos, sociales y culturales, en donde el derecho a la salud es uno de ellos, deben guiar las leyes, políticas y actividades de estos derechos.

Realizar el disfrute de la salud, que le permita a los seres humanos vivir dignamente, requiere por parte de los Estados además de suscribir oficialmente

² CHIAVENTO, Adalberto. Introducción a la teoría general de la administración. Mac Graw Hill, México. 1990, p. 140-145.

³ Los instrumentos del Derecho a la salud por la OG N°. 14 del CDESC y el relator especial son: La Declaración de los derechos Humanos, el pacto internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de DESC (Protocolo de San Salvador). Así mismo en instrumentos específicos referidos a grupos vulnerables como la Convención Internacional contra todas las formas de discriminación contra las mujeres, la Convención sobre los derechos del niño, la convención internacional contra todas las formas de discriminación racial. A nuestra consideración también debe tenerse en cuenta el Convenio N° 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre la protección de pueblos indígenas y tribales

los tratados internacionales en materia de derechos humanos, desarrollar políticas públicas que materialicen la realización de este derecho.

En nuestro caso particular, el Estado Colombiano es suscriptor de los principales tratados internacionales que asumen la salud como derecho humano, por lo cual tiene un conjunto de obligaciones que deben llevar a que el país cumpla plenamente con el derecho a la salud para toda la población, sin ningún tipo de discriminación y desigualdad.

1.2 GENERALIDADES DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

La reforma del sistema de salud, posee una relación directa con la garantía de los derechos humanos que el Estado debe proveer a los ciudadanos, fundamentalmente lo relacionado con el derecho a la salud.

De igual manera esta reforma tiene en cuenta la descentralización administrativa y fiscal, la lucha contra la pobreza y el aumento de coberturas en la prestación de servicios de salud, siempre en la búsqueda de una mejor condición de vida para la población pobre y vulnerable con alto riesgo de enfermar y morir y con factores condicionantes como la ubicación geográfica y los riesgos ambientales, las condiciones socioeconómicas que requieren de una solución oportuna y eficaz, política que para la actual administración es una prioridad en la gestión.

A través del análisis concienzudo de las solicitudes de los usuarios del sistema en el distrito, realizado en la Secretaria de salud se identificaron los tipos de barreras: económicas, geográficas, administrativas y culturales, que inciden en el acceso a los servicios de salud de la población.

Para la eliminación de las barreras de acceso y el ejercicio del derecho a la salud, a partir del año 2006 se viene desarrollando el proyecto de descentralización de los procedimientos de aseguramiento en la atención al usuario “cuyo objetivo es: “promover y facilitar las condiciones de acceso de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de la descentralización, la cualificación del proceso de atención al usuario y la coordinación intra e intersectorial,” en tres fases: que consideran la articulación intrainstitucional e interinstitucional, articulación a nivel local, descentralización y la sostenibilidad del proyecto.

Se establecieron líneas de intervención por medio de las cuales se trabaja la reingeniería de proyectos, el fortalecimiento institucional, las actividades educativas e informativas con trabajo interinstitucional e intersectorial e incluyendo el control social.

Para el logro de objetivos del proyecto se considera el empoderamiento de los actores del sistema, fundamentalmente a la comunidad para facilitarle el acceso al sistema general de seguridad social en salud y el ejercicio responsable de sus derechos y deberes.

1.3 EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

En relación con el Sistema de Seguridad Social integral, el Artículo 1° plantea:

El sistema de seguridad social integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecta.

El sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios, materia de esta Ley, u otras que se incorporen normativamente en el futura⁴.

Con respecto a la seguridad social Artículo 7; sobre el ámbito y acción “El sistema de seguridad social integral garantiza el cubrimiento de las contingencias económicas y de salud, y la prestación de servicios sociales complementarios, en los términos y bajo las modalidades previstas por esta ley”⁵.

Los objetivos del sistema general de Seguridad Social en Salud son regular el servicio público esencial en salud y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención.

Las competencias para prestación pública de los servicios de salud y la organización de la atención en salud en los aspectos no cobijados en la presente Ley se regirán por las disposiciones legales vigentes, en especial por la Ley 10 de 1990 y la Ley 60 de 1993. Las actividades y competencias de salud pública se regirán por las disposiciones vigentes en la materia, especialmente la Ley 9 de 1979 y la ley 60 de 1993, excepto la regulación de medicamentos que se regirá por lo dispuesto en la presente Ley.

⁴ COLOMBIA, Ley 100/93. Sistema de Seguridad Social Integral. Bogotá.: Título preliminar. Sistema de Seguridad Social Integral. Capítulo I. Principios Generales, Art 1-4. Edición 2007.

⁵ Ibíd., p. 54.

1.4 FUNDAMENTOS DEL SERVICIO PÚBLICO

Además de los principios generales consagrados en la Constitución Política, son reglas del servicio público de salud, rectoras del Sistema General de Seguridad Social en salud las contenidas en el Artículo 153 (Fundamentos del servicio público) las siguientes:

- **Equidad:** el sistema general de seguridad en salud proveerá gradualmente servicios de salud de igual calidad, a todos los habitantes en Colombia, independientemente de su capacidad de pago. Para evitar la discriminación por capacidad de pago o riesgo, el sistema ofrecerá financiamiento especial para aquella población más pobre y vulnerable así como mecanismos para evitar la selección adversa.
- **Obligatoriedad:** la afiliación al Sistema General de Seguridad en Salud es obligatorio para todos los habitantes en Colombia. En consecuencia, corresponde a todo empleador la afiliación a sus trabajadores a este sistema y del Estado facilitar la afiliación a quienes carezcan de vínculo con algún empleador o de capacidad de pago.
- **Protección Integral:** el sistema general de seguridad en salud brindará atención en salud integral 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, de conformidad con lo previsto en el artículo 162 respecto del plan Obligatorio de Salud.
- **Libre Escogencia:** el sistema general de seguridad en salud permitirá la participación de diferentes entidades que ofrezcan la administración y la prestación de los servicios de salud, bajo las regulaciones y vigilancia del Estado y asegurará a los usuarios la libertad en la escogencia entre las Entidades promotoras de Salud y las Instituciones prestadoras de servicios de Salud, cuando ello sea posible según las condiciones de oferta de servicios. Quienes atenten contra este mandato se harán acreedores a las sanciones previstas en el artículo 230 de esta Ley.
- **Autonomía de Instituciones:** las instituciones prestadoras de servicios de salud tendrán, a partir del tamaño y complejidad que reglamenta el Gobierno, personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente, salvo los casos previstos por la presente ley.
- **Descentralización Administrativa:** la organización del Sistema General de Seguridad Social en salud será descentralizada y de ella harán parte la direcciones, seccionales, distritales y locales de salud. Las instituciones públicas de orden nacional que participen del sistema adoptarán una estructura organizacional, de gestión y de decisiones técnicas, administrativas y financieras que fortalezca su operación descentralizada.

- Participación Social: el Sistema General de Seguridad Social en Salud estimulará la participación de los usuarios en la organización y control de las instituciones del Sistema general de seguridad social y del sistema en su conjunto. El gobierno Nacional establecerá los mecanismos de vigilancia de las comunidades sobre las entidades que conforman el sistema. Será obligatoria la participación de los representantes de las comunidades de usuarios en las juntas directivas de las entidades de carácter público.
- Concertación: el sistema propiciará la concertación de los diversos agentes en todos los niveles y empleará como mecanismo formal para ello a los Consejos Nacionales, departamentales, distritales y municipales de Seguridad Social en Salud.
- Calidad: el sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y prácticas profesionales. De acuerdo con la reglamentación que expida el Gobierno, las instituciones prestadoras deberán estar acreditadas ante las entidades de vigilancia.

Además de los principios anteriores se debe:

- Evitar que los recursos destinados a la seguridad Social en salud se utilicen para fines diferentes.
- Garantizar la asignación prioritaria del gasto público para el servicio público de Seguridad Social en salud, como parte fundamental del gasto público social.

1.5 CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL

De acuerdo con el Artículo 156 de la ley que hace referencia a las CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL. El Sistema General de seguridad Social en salud tendrá características competentes a este estudio según la ley 100 de 1993.

De las características que nos presenta el sistema se tomaron las siguientes:

- Todos los afiliados al Sistema General de seguridad Social en salud recibirán un plan integral de protección de la salud, con atención preventiva, médico quirúrgica y medicamentos esenciales, que será denominados el Plan Obligatorio de Salud.

- Las entidades Promotoras de salud tendrán a cargo la afiliación de los usuarios y la administración de la prestación de los servicios de las instituciones prestadoras. Ellas están en la obligación de suministrar, dentro de los límites establecidos en el numeral 5 del artículo 180, a cualquier persona que desee afiliarse y pague la cotización o tenga el subsidio correspondiente, el plan Obligatorio de salud, en los términos que reglamenta el Gobierno.
- Los afiliados al sistema elegirán libremente la Entidad Promotora de Salud, dentro de las condiciones de la presente Ley, Así mismo, escogerán las instituciones prestadoras de servicios y/o los profesionales adscritos o con vinculación laboral a la Entidad Promotora de Salud, dentro de las opciones por ella ofrecidas.
- Los afiliados podrán conformar alianzas o asociaciones de usuarios que los representarán ante las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
- Con el objeto de asegurar el ingreso de toda la población al Sistema en condiciones equitativas, existirá un régimen subsidiado para los más pobres y vulnerables que se financiará con aportes fiscales de la Nación, de los departamentos, los distritos y los municipios, el Fondo de Solidaridad y garantía y recursos de los afiliados en la medida de su capacidad.
- Existirá un Fondo de Solidaridad y Garantía que tendrá por objeto, de acuerdo con las disposiciones de esta Ley, garantizar la compensación entre personas e distintos ingresos y riesgo y la solidaridad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, cubrir los riesgos catastróficos y los accidentes de tránsito y demás funciones complementarias señaladas en esta Ley.

De acuerdo a lo establecido en el párrafo para la prestación de los servicios del Plan Obligatorio de Salud, todas las Entidades Promotoras de salud establecerán un sistema de referencia y contra referencia para que el acceso a los servicios de alta complejidad se realicen por el primer nivel de atención, excepto en los servicios de Urgencias. El Gobierno nacional, sin perjuicio del Sistema que corresponda a las entidades territoriales establecerá las normas⁶.

1.6 TEORÍA DE LOS SISTEMAS

Las dos grandes teorías que han surgido por las nuevas demandas del mercado que traen sujeto un enfoque descriptivo que plantea sistemas abiertos acompañados del desarrollo de procesos dentro de la organización siendo así un

⁶ Ibid., p. 63.

mercado dinámico, que constantemente sus acciones se encuentran influenciadas por el medio; y que no permiten identificar que dentro de las organizaciones no hay nada absoluto, a continuación hablaremos sobre la teoría de los sistemas y posteriormente lo planteado por la teoría de la contingencia.

Según el alemán Ludwing Von Bertalanffy, la teoría de los sistemas es un ramo específico de la teoría general de sistemas, la cuál surgió de sus trabajos desarrollados entre 1950 y 1968, busca solucionar problemas o intentar soluciones prácticas, pero si producir teorías y formulaciones conceptuales que pueden crear condiciones de aplicación en la realidad empírica⁷.

Los supuestos básicos de la teoría general de sistemas son:

- Existe una nítida tendencia hacia la integración de diversas ciencias naturales y sociales.
- La integración parece orientarse a una teoría de sistemas.
- Dicha teoría de sistemas puede ser una manera más amplia de estudiar los campos no físicos del conocimiento científico, especialmente en ciencias sociales.
- Con la teoría de los sistemas, al desarrollar principios unificadores que atraviesan verticalmente los universos particulares de las diversas ciencias involucradas, nos aproximamos al objetivo de la unidad de la ciencia.
- Esto puede generar una integración muy necesaria en la educación científica.
- La teoría general de los sistemas, no pueden ser descritos en términos de sus elementos separados; su comprensión se presenta cuando se estudian globalmente.

La teoría general de los sistemas se fundamenta en tres premisas básicas:

- Los sistemas existen dentro de sistemas: cada sistema existe dentro de otro más grande.
- Los sistemas son abiertos: es consecuencia de lo anterior. Cada sistema que se examine, excepto el menor o mayor, recibe y descarga algo en los otros sistemas, generalmente en los contiguos. Los sistemas abiertos se caracterizan por un proceso de cambio infinito con su entorno, que son los otros sistemas. Cuando el intercambio cesa, el sistema se desintegra, esto es, pierde sus fuentes de energía.
- Las funciones de un sistema dependen de su estructura: para los sistemas biológicos y mecanismos esta afirmación es intuitiva. Los tejidos musculares por ejemplo, se contraen porque están constituidos por una estructura celular que permite contracciones.

⁷ CHIAVENATOS, Op. cit., 9. 147.

El interés de la teoría general de los sistemas, son las características y parámetros que se establece para todos los sistemas. Aplicada en administración, la empresa se ve como una estructura que se reproduce y se visualiza a través de un sistema de toma de decisiones, tanto individual como colectivamente.

Desde el punto de vista histórico se verifica que la teoría de la administración científica usó el concepto de sistemas hombre- máquina, pero se limitó al nivel de trabajo frágil. La teoría de las relaciones humanas amplió el enfoque hombre – máquina a las relaciones entre personas dentro de la organización. Provocó una profunda revisión de criterios y técnicas gerenciales.

La teoría estructuralista concibe la empresa como un sistema social, reconociendo que hay un tanto un sistema formal como uno informal dentro de un sistema total integrado. La teoría del comportamiento trajo la teoría de la decisión, donde la empresa se ve como un sistema de decisiones, ya que todos los participantes de la empresa toman decisiones dentro de una maraña de relaciones de intercambio, que caracterizan al comportamiento organizacional.

La teoría de colas fue profundizada y se formularon modelos de situaciones típicas de prestación de servicios, en los que es necesario programar la cantidad óptima de servidores para una esperada afluencia de clientes.

Las teorías tradicionales han visto la organización humana como un sistema cerrado. Eso ha llevado a no tener en cuenta el ambiente, provocando poco desarrollo y comprensión de la retroalimentación (feedback), básica para sobrevivir.

El enfoque antiguo fue débil, ya que primero trató con pocas de las variables significantes de la situación total y segundo muchas veces se ha sustentado con variables impropias.

El concepto de sistemas no es una tecnología en sí, pero es la resultante de ella. El análisis de las organizaciones vivas revela “lo general en lo particular” y muestra, las propiedades generales de las especies que son capaces de adaptarse y sobrevivir en un ambiente típico. Los sistemas vivos sean individuos o organizaciones, son analizados como sistemas abiertos, que mantienen un continuo intercambio de materia/ energía/ información con el ambiente. La teoría de los sistemas permite reconceptuar los fenómenos dentro de un enfoque global, para integrar asuntos que son, en la mayoría de las veces de naturaleza completamente diferente.

Conceptualmente los sistemas son un conjunto de elementos, dinámicamente relacionados formando una actividad para alcanzar un objetivo, operando sobre datos/ energía/ materia, para proveer información/ energía/ materia.

1.6.1 Características de los sistemas: Sistema es un todo organizado y complejo; un conjunto o combinación de cosas o partes que forman un todo complejo o unitario. Es un conjunto de objetos unidos por alguna forma de interacción o interdependencia. Los límites o fronteras entre el sistema y su ambiente admiten ciertas arbitrariedades.

Es así como Bertalanffy aduce que los sistemas son un conjunto de unidades recíprocamente relacionadas. De ahí se deducen dos conceptos: propósitos (u objeto) y globalismo (o totalidad).

El propósito u objetivo: todo sistema tiene uno o algunos propósitos. Los elementos (u objetos) y como estos se relacionan tratando siempre de cumplir el objetivo.

Globalismo y totalidad: un cambio en una de las unidades del sistema, la probabilidad reproducirá cambios en las otras. El efecto total se presenta como un ajuste a todo un sistema. Hay una relación de causa/ efecto. De estos cambios y ajustes, se derivan dos fenómenos: entropía y homeostasia.

Entropía: es la tendencia de los sistemas a desgastarse a desintegrarse, para el relajamiento de los estándares y un aumento de la aleatoriedad. La entropía aumenta con el correr del tiempo. Si aumenta la información, disminuye la entropía, pues la información es la base de la configuración y el orden. De aquí nace la negentropía, o sea, la información como medio o instrumento de ordenación del sistema.

Homeostasia: es el equilibrio dinámico entre las partes del sistema. Los sistemas tienen una tendencia a adaptarse con el fin de alcanzar un equilibrio interno frente a los cambios externos del entorno.

Una organización podrá ser entendida como un sistema o subsistema o un supersistema, dependiendo del enfoque. El sistema total es aquel representado por todos los componentes y relaciones necesarios para la realización de un objetivo, dado un cierto número de restricciones. Los sistemas pueden operar tanto en serie como en paralelo.

1.6.2 Tipos de sistemas: En cuanto a su constitución, pueden ser físicos o abstractos:

Sistemas físicos o concretos: compuestos por equipos, maquinaria, objetos y cosas reales.

Sistemas Abstractos: compuestos por conceptos, planes, hipótesis e ideas. Muchas veces solo existen en el pensamiento de las personas.

En cuanto a la naturaleza, pueden ser cerrados o abiertos:

- **Sistemas Cerrados:** no presentan intercambio con el medio ambiente que los rodea, son herméticos a cualquier influencia del ambiente. No reciben ningún recurso externo y nada producen que sea enviado hacia fuera. En rigor, no existen sistemas cerrados. Se da el nombre de sistemas cerrados a aquellos sistemas cuyo comportamiento es determinístico y programado y que opera con muy pequeño intercambio de energía y materia con el ambiente. Se aplica el término a los sistemas completamente estructurados, donde los elementos y relaciones se combinan de una manera peculiar y rígida produciendo una salida invariable, como las máquinas.
- **Sistemas Abiertos:** presentan intercambio con el ambiente, a través de entradas y salida. Intercambian energía y materia con el ambiente. Son adaptativos para sobrevivir. Su estructura es óptima cuando el conjunto de elementos del sistema se organiza, aproximándose a una operación adaptativa. La adaptabilidad es un continuo proceso de aprendizaje y de auto organización.

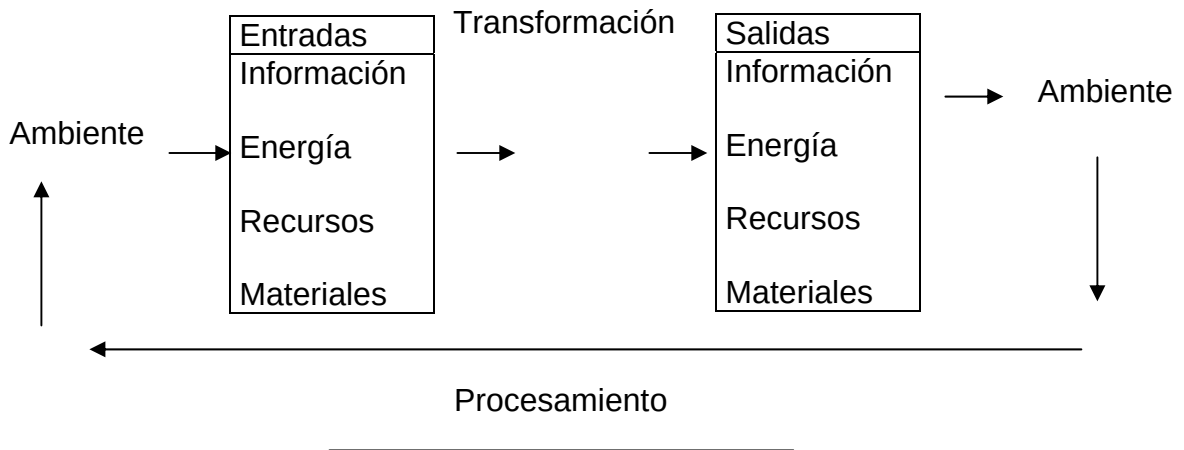
Los sistemas abiertos no pueden vivir aislados. Los sistemas cerrados, cumplen con el segundo principio de la termodinámica que dice que una cierta cantidad llamada entropía, tiende a aumentar al máximo.

Existe una tendencia general de los eventos en la naturaleza física en dirección a un estado de máximo desorden. Los sistemas abiertos evitan el aumento de la entropía y pueden desarrollarse en dirección a un estado de creciente orden y organización. El concepto de sistemas abierto se puede aplicar a diversos niveles de enfoque: al nivel del individuo, del grupo, de la organización y de la sociedad.

A continuación se encuentran un ejemplo de un sistema abierto (ver figura 1. Modelo genérico de sistema abierto) el cual nos muestra la relación y sinergia que existe entre el medio ambiente y la información que se recibe de el, para luego ser

procesada o transformada y nuevamente ser entregada al medio.

Figura 1. Modelo genérico de sistema abierto.



Con esta teoría de los sistemas, es posible desarrollar principios unificadores que involucren la gran diversidad de las ciencias.

Esto puede generar una integración muy necesaria en la educación científica⁸. Además la teoría de los sistemas no puede ser descrita individualmente para ello se fundamenta en las tres premisas básicas:

- Los sistemas existen dentro del sistema: las moléculas existen dentro de las células, las células dentro de los tejidos, los tejidos dentro de los órganos, los órganos dentro del organismo, los organismos dentro de colonias y así sucesivamente.
- Los sistemas abiertos: es una consecuencia de la premisa anterior. Cada sistema que se examine recibe y descarga algo en los otros sistemas.
- Las funciones de un sistema dependen de su estructura: para los sistemas biológicos y mecánicos esta afirmación es intuitiva⁹.

De acuerdo a lo anterior, una institución hospitalaria es un sistema abierto que se sustenta en otros sistemas como el estado, los sistemas de seguridad social en salud, y a su vez, existen subsistemas como las unidades o áreas del hospital todas queriendo brindar un servicio al cliente que puedan retroalimentar positivamente.

⁸ CHIAVENATOS, Adalberto. Introducción a la teoría general de la administración. México.: Mac Graw Hill, 1990, p. 45.

⁹ Ibid., p. 52.

A continuación encontramos lo planteado por la teoría de la contingencia:

1.7 TEORÍA DE LA CONTINGENCIA

Por otra parte se tratará la Teoría de la Contingencia planteada por Thomson y Laurence¹⁰ en el año de 1963, enfatiza que no hay nada de absoluto en las organizaciones o en administración. Todo es relativo, todo es dependiente. Explica que existe una relación funcional entre las condiciones del ambiente y las técnicas administrativas apropiadas para el alcance eficaz de los objetivos de la organización.

Nació a partir de una serie de investigaciones hechas para verificar cuales son los modelos de estructura organizacional más eficaces en determinados tipos de industria, los investigadores buscaron confirmar si las organizaciones eficaces de determinados tipos de industria seguían los supuestos de la teoría clásica, como la división del trabajo, la amplitud del control, la jerarquía de autoridad. La estructura de una organización y su funcionamiento son dependientes de la interfase con el ambiente¹¹.

De acuerdo Thomson y su teoría, las relaciones de un sistema de salud pueden ser dinámicas según su interacción de unas con otras y de acuerdo a ello su resultado.

1.8 CONCEPTO DE SERVICIO

Según Humberto Serna Gómez¹², es entendido como el conjunto de estrategias que una compañía diseña para satisfacer, mejor que sus competidores, las necesidades y expectativas de sus clientes externos. El servicio al cliente tiene unas características que lo diferencian ampliamente de otros productos. Siendo estas:

- El servicio es un **intangible**. Es eminentemente perceptivo, así tenga algunos elementos objetivos.

¹⁰ Ibid., p. 160 -165.

¹¹ Ibid., p. 65.

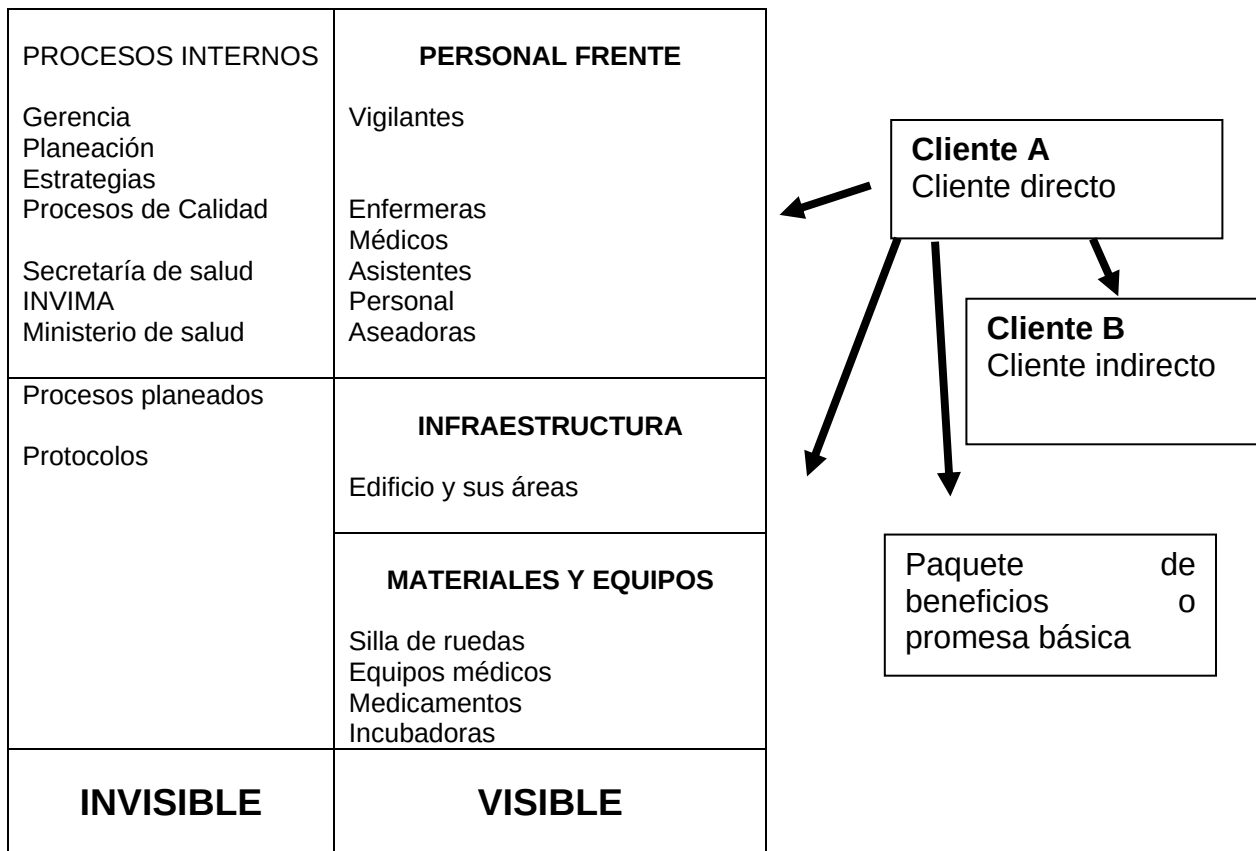
¹² SERNA, Gómez Humberto. Servicio al Cliente. Métodos de auditoria y medición. Bogotá, Colombia: Editorial 3R. 1999, p. 17-18.

- Es **perecedero**. Se produce y consume instantáneamente
- Es **continuo**. Quien lo produce es a su vez el proveedor de servicio
- Es **integral**. En la producción del servicio es responsable toda la organización. Por ello, todos los colaboradores de la empresa son parte fundamental en la calidad del ciclo del servicio, que genera la satisfacción o insatisfacción de los clientes.
- La oferta del servicio **promesa básica** es el estándar para medir la satisfacción de los clientes. “El cliente siempre tiene la razón cuando exige que cumplamos lo que prometemos”.
- Por ende, el **foco** del servicio es la satisfacción plena de la necesidad y expectativas de los clientes
- La presentación integral del servicio genera **valor agregado**, el cual asegura la permanencia y lealtad del cliente. Él, en los nuevos mercados, compra valor agregado.

1.8.1 Sistema de servucción. De una manera sencilla, puede definirse la Servucción, como el proceso de elaboración de un servicio, es decir, toda la organización de los elementos físicos y humanos en la relación cliente-empresa, necesaria para la realización de la prestación de un servicio y cuyas características han sido determinadas desde la idea concebida, hasta la obtención del resultado como tal. (Ver figura 2 Elementos del sistema de servucción)¹³.

¹³ Thomson. Fundamentos de marketing de servicios. Conceptos, estrategias y casos. Segunda edit. México, Ingramex. 2002.

Figura 2. Elementos del sistema de Servucción.



Fuente: Karl Albrecht, Lawrence J, Bradford, La Excelencia en el Servicio, 3 R Editores.

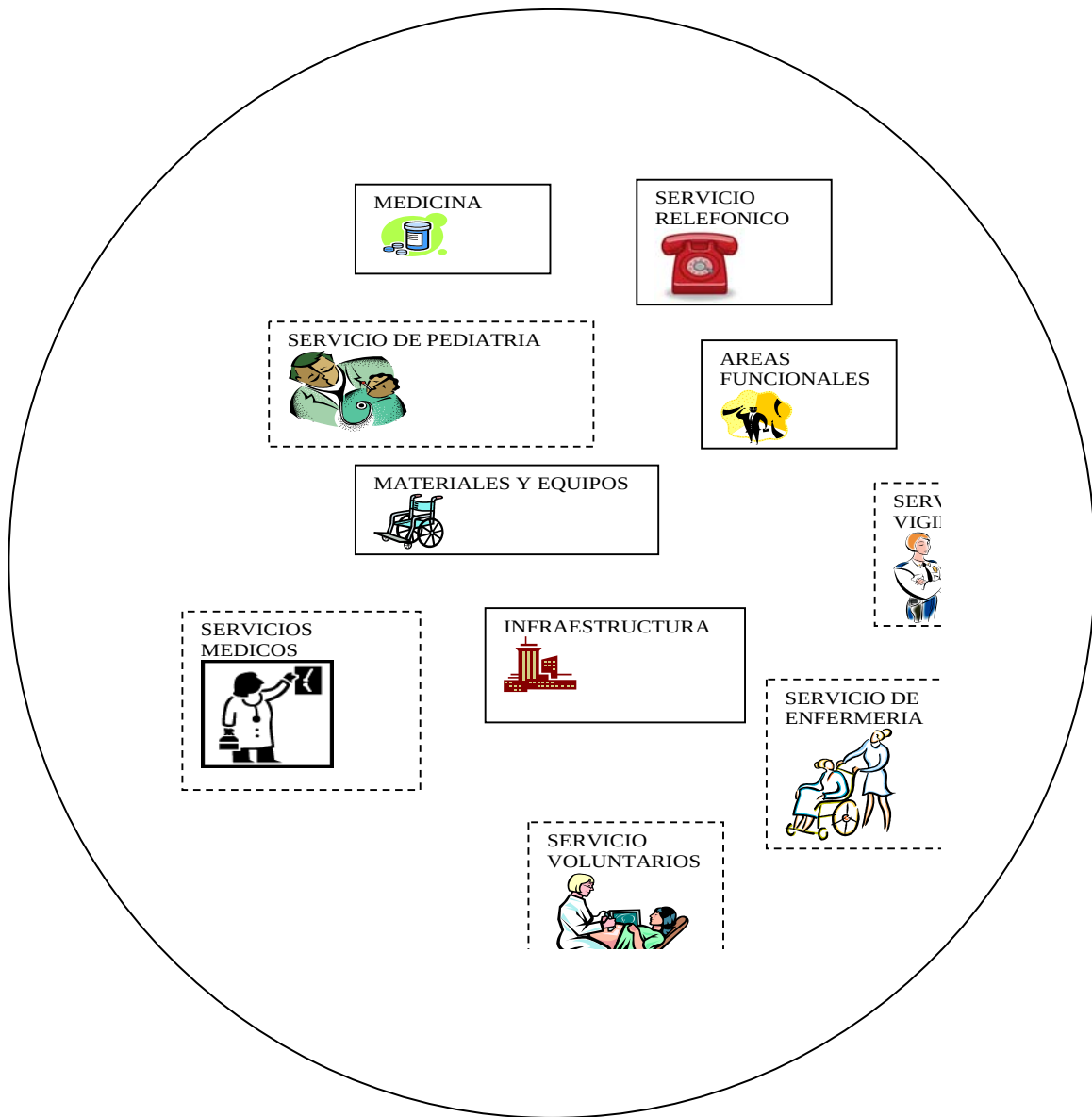
Otra teoría a tener en cuenta durante el proceso I partiendo de los planteado por DOUGLAS HOFFMAN el Modelo Molecular es la representación gráfica de los aspectos tangibles e intangibles en una institución de servicios y es útil para ser tenidos en cuenta por el personal y hacer de ellos momentos estelares promovidos por filosofías de calidad institucional.

El ejemplo práctico en una institución hospitalaria puede ser el siguiente:

Línea punteada: aspectos intangibles.

Línea corrida: aspectos tangibles (ver figura 3)

Figura 3. Modelo molecular hospitalario.



Fuente: DOUGLAS HOFFMAN, JHON EG BATENSON, Fundamentos de marketing de servicios, segunda edición Thompon.

1.9 CONCEPTUALIZACIÓN DE CALIDAD

La calidad, en este tiempo, es nombrada por todos, puede significar fracaso o éxito en el mundo contemporáneo. Hoy significa más confiabilidad de un producto o servicio, lo cual muestra el esfuerzo para lograr la satisfacción de deseos, necesidades, expectativas del cliente, por lo cual, se deben involucrar todos los miembros de una organización.

El término se originó en el año 1880 en los Estados Unidos, pero el concepto actual se desarrolló en Japón. Edward Deming y Joseph Juran dedicaron varios años a reeducar a los japoneses un mejoramiento de calidad.

La calidad desde finales de la segunda guerra Mundial, se ha convertido en una cultura, lo cual nos permite realizar una búsqueda conceptual desde diferentes posiciones y/o organizaciones: “se entiende por calidad en la prestación de servicios las características con que se prestan dichos servicios. Esta determinada por la estructura y los procesos de la atención, que deben buscar optimizar los beneficios y minimizar los riesgos para la salud del usuario”¹⁴.

Desde la organización Mundial de la Salud definen calidad en los servicios de salud, como: el desempeño apropiado (acorde a las normas) de las intervenciones que se saben que son seguras, que la sociedad en cuestión puede costear y que tiene la capacidad de producir un impacto sobre la mortalidad, la morbimortalidad la incapacidad y la desnutrición.

Otra definición es la planteada por la Organización Panamericana de la Salud plantea la calidad en los servicios de salud es: la satisfacción de las necesidades razonables de los usuarios, con soluciones técnicamente óptimas.

Según de Dr., Avedis Donabedian¹⁵, la calidad técnica en los servicios de salud es: la atención mediante la cual se espera poder proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar, después de haber tomado en cuenta el balance de las ganancias y pérdidas esperadas, que acompañan el proceso de atención en todas sus partes.

¹⁴ PARAMO, José Ernesto. Auditoria de la Salud. Curso Teórico Práctico en diez módulos. Medellín, Colombia.: 2002, p. 35.

¹⁵ Ibíd., p. 35.

Deming W.E en el año 1900 plantea que la calidad es “hacer lo correcto en la forma correcta, de inmediato”; según la Organización Mundial de la Salud nos plantea un alto nivel de excelencia profesional, el uso eficiente de los recursos, el mínimo riesgo para los pacientes y por último el impacto final que tendrá la salud”¹⁶.

Se dice que hay calidad en la prestación de los servicios de salud cuando los atributos contenidos en dicha prestación hacen que la misma sea oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua de acuerdo con los estándares aceptados en procedimientos y prácticas profesionales.

De acuerdo a la ISO 900:2000, el término “calidad” puede utilizarse acompañado de adjetivos tales como, pobre, buena o excelente; la calidad en la atención en salud es el conjunto de características administrativas, técnicas, científicas, humanas u de “servicio” que debe tener la atención en salud para alcanzar los efectos deseados, en términos de la satisfacción de las necesidades y de las expectativas del usuario y de los proveedores.

1.10 CARACTERÍSTICAS INHERENTES A LA CALIDAD

Las características inherentes a la calidad de la atención en salud son las establecidas en el Artículo 3° del Decreto 2174 de 1996:

- Características Generales: son características donde juega un papel importante lo técnico- científico, lo humano, lo financiero y sus materiales.
- Características principales: se encuentran inmersas dentro de ellas la accesibilidad, la oportunidad, la seguridad y la racionalidad técnica.
- Características Adicionales: conformada por la idoneidad y competencia del profesional, la disponibilidad y suficiencia de recursos, la eficacia, la integralidad, la continuidad, la atención humanizada y la satisfacción del usuario con la atención recibida”¹⁷.

¹⁶ Ibíd., p.36 – 37.

¹⁷ Ibíd., p. 39 - 42.

1.11 FACTORES DE CALIDAD EN UN SERVICIO DE SALUD PARA PERSONAS MAYORES.

En el siguiente cuadro se encuentran definidos la descripción de los factores de calidad del servicio desde el punto de vista de Serna Gómez Humberto, frente a los factores de calidad para la persona mayor en un servicio de salud ajustado por Gladis Rueda Puerto, docente de la Universidad de San Buenaventura, Facultad de Gerontología Bogotá. Octubre 2008.

FACTORES DE CALIDAD DEL SERVICIO	DESCRIPCION	FACTORES DE CALIDAD PARA LA PERSONA MAYOR EN UN SERVICIO DE SALUD
Atención	Factor de calidad de servicio referente a la forma como se aborda el cliente para añadir valor a su satisfacción	Factor que proporcional a la persona mayor comodidad desde el momento en que llega a la institución de salud sintiendo que es importante para todos y cada uno de los funcionarios de la organización manifestado a través de su lenguaje verbal y no verbal, actitudes y acciones y rapidez del servicio.
Cortesía	Factor de calidad del servicio referente a las actitudes de ayuda, amabilidad, gesticulación del cliente interno con el cliente externo	Factor que proporciona a la persona mayor desde el primer contacto que tiene con el cliente interno o funcionario las maneras más generosas de calidez, seguimiento y humanidad durante toda la estancia en la institución acompañada de alegría y educación.
Competencia	Factor de calidad del servicio referente a la capacidad y perfil adecuado del cliente interno con respecto al	Factor que proporciona la institución facilitando que todos los funcionarios se encuentren muy bien

	cliente externo	capacitados, tanto normatividad, como en atención a la persona mayor, es decir que se tenga un conocimiento sobre el proceso de envejecimiento para atención adecuada y específica.
Oportunidad	Factor de calidad del servicio referente al tiempo de atención esperado por el cliente externo	Factor que facilita la atención para las personas mayores en el menor tiempo posible es decir priorizada en toda la institución.
Infraestructura	Factor de calidad del servicio referente a las condiciones físicas, estructurales de seguridad y comodidad para la prestación del servicio	Factor que entiende que la entidad reacondiciona su infraestructura pensando en las necesidades, deseos y expectativas de la persona mayor facilitando su acceso para recibir los servicios de salud.
Capacitación	Factor de calidad del servicio referente a la educación y adecuación técnica y profesional interna de personal para atender al cliente externo	Factor que permite que la institución contrate y mantenga el personal capacitado e idóneo para prestar servicios de salud especializados para la persona mayor.
Información	Factor de calidad del servicio referente a la claridad de los conocimientos inherentes del personal de la institución para prestar el servicio	Factor que facilita al personal la forma de brindar y cubrir las necesidades y solicitudes de información desde todas las áreas capacitándolo a cerca de la persona mayor acorde al proceso de envejecimiento y salud
Tecnología	Factor de calidad del servicio referente al apoyo necesario para mejorar la oportunidad, seguridad y confianza en la prestación del servicio	Factor que facilita que la institución cuente con el recurso tecnológico avanzado buscando mejorar la tramitología a las personas mayores en tiempo y calidad.
	Factor de calidad del servicio referente a todos los	Factor que facilita que la organización implemente

Seguridad	aspectos que involucren la idoneidad e integridad personal de todos los clientes en la prestación del servicio	estrategias que brinden seguridad en cuanto a infraestructura, seguridad personal y de confiabilidad de la institución a la persona mayor desde todos sus servicios.
Confianza	Factor de calidad del servicio referente a generar lealtad del cliente por el valor agregado que el conjunto institucional inspira	Factor dado por los funcionarios para que presten un servicio a la persona mayor lo hagan de manera honesta, sincera y efectiva
In siut	Todos los factores anteriores reunidos	Factor que tiene en cuenta todos los aspectos anteriores estableciendo altos niveles de satisfacción y generación de lealtad y afiliación de cliente mayor.

Fuente: Tomado de Mercadeo Interno, Humberto Serna Gómez y ajustado por Gladis Rueda Puerto, docente de la Universidad de San Buenaventura, Facultad de Gerontología Bogotá. Octubre 2008.

En realidad la calidad se encuentra inmersa en los productos y/o servicios ya que el servicio determinará todos los tipos de interacción que usted tenga con el cliente. Si usted tiene la idea común de que el servicio consiste simplemente en darles a los clientes lo que ellos desean, se sentirá acorralado cada vez que un cliente pida algo que usted no le pueda proporcionar. Pero sí usted amplía su definición e incluye en ella satisfacer la multitud de necesidades menos obvias del cliente, nunca se verá en la situación de no poder prestarles a sus clientes alguna clase de servicio.

Al estudiar los diferentes sistemas de calidad, se puede observar que proponen en general la investigación de los clientes internos y externos, entendidos como la finalidad de la empresa, para satisfacer sus necesidades, al igual que el diseño y rediseño del producto y/o servicio y su proceso. Para lograrlo debe contar con proveedores, materiales y equipos integrados a la empresa como parte de ella. La Calidad en un proceso integral y de mejoramiento continuo.

Entonces, se tendría que pensar en los beneficios de implementar tales sistemas, los beneficios concretos tienen que ver con el impacto en la productividad, satisfacción del cliente y las utilidades. En cada caso, se verá una moral más alta de los empleados, mejores climas organizacionales, procesos mas eficientes, mayor tiempo para innovación y creatividad, el resultado final son los productos y servicios más adecuados, entendiendo que la implementación de este concepto

hace parte integral de las estrategias de una organización.

1.12 GERENCIA DE LA ATENCIÓN CENTRADA EN EL USUARIO O CLIENTE

“Gerencia del servicio” es un término que ha llegado a ser muy frecuentemente utilizado con el fin de describir una filosofía de trabajo basado en la excelencia del servicio; a pesar de que el término se define por si solo, es válido también presentar una definición conceptual del mismo. En este orden de ideas la Gerencia del Servicio es un enfoque total de la organización que hace de la calidad del servicio, cuando lo recibe el cliente, la fuerza motriz número uno para la operación de un negocio¹⁸. Vista desde esta perspectiva, la gerencia del servicio es un concepto transformativo, una filosofía, un proceso de pensamiento, un conjunto de valores y actitudes y finalmente, un conjunto de métodos.

Ligados a la conceptualización de la Gerencia del Servicio como modelo encontramos puntos básicos que se deben considerar al pretender implementar este modelo dentro de cualquier entidad. Uno de los aspectos primordiales que facilitan a los directivos su labor con respecto a las acciones a desarrollar, es el denominado triángulo del Servicio planteado por Karl Albrecht. Este incluye tres elementos claves cuyo adecuado manejo se encuentra íntimamente relacionado con el éxito en la implementación de la Gerencia del servicio dentro de una organización.

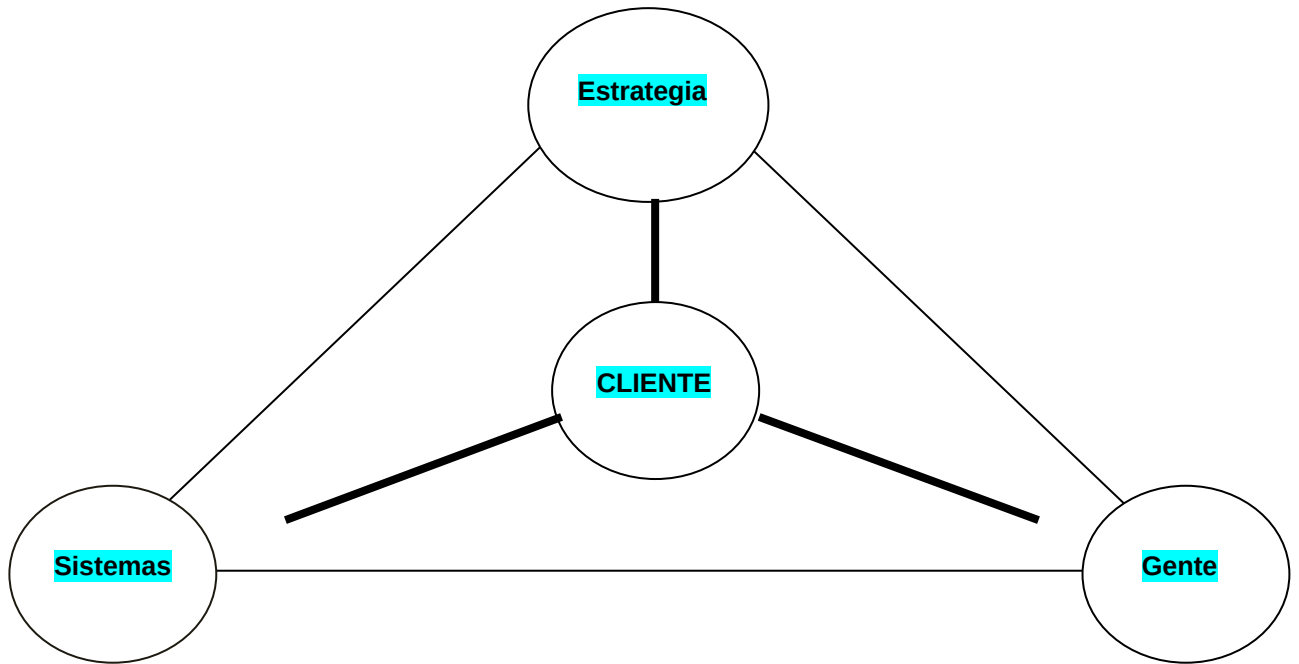
Consideremos cada uno de los componentes del triángulo del servicio:

- **La estrategia:** es el lineamiento que orienta la acción de las personas de la organización hacia las prioridades reales del cliente. Es un “concepto que describe el valor que se va a ofrecer”. Al plantearla se consideran tres aspectos básicos: los resultados de la investigación de mercados, la misión y los valores de la entidad.
- **La gente:** se pretende que centren su atención en la satisfacción de las necesidades de quien utiliza el servicio, incluyendo a todos los ejecutivos, gerentes y empleados de la organización.
- **Sistemas:** estos deben estar diseñados para la conveniencia del cliente o usuario y no de la entidad. Incluye las instalaciones, las políticas, procesos, procedimientos y métodos, logrando mostrar la interrelación entre los clientes y los sistemas de la organización.

¹⁸ ALBRECHT Karl y Zemke Ron, La Gerencia del Servicio, Legis S.A., Santafé de Bogotá D.C., 1992, p. 26.

- **El cliente:** son la razón de ser de las organizaciones. (Ver figura 4)

Figura 4. Triangulo del Servicio.



Karl Albrecht, Lawrence J, Bradford, La excelencia en el servicio, 3 R, 1997. Colombia.

Quizás uno de los conceptos más frecuentes utilizados es el de momentos de verdad, este es un término que Jan Carlson en 1984 adoptó de la tauromaquia, y que hace referencia a que las compañías sólo existen en la mente de los usuarios cuando se relacionan directamente con aspectos específicos de su funcionamiento. En este sentido, un momento de verdad es “un episodio en el cual, el cliente entra en contacto con cualquier aspecto de la organización y tiene una impresión sobre la calidad del servicio”.

Es importante anotar, que en los momentos de verdad no necesariamente se presenta un contacto interpersonal; los anuncios de los servicios que prestamos, la demarcación de las áreas de atención al público, la señalización en los hospitales y el estado de los equipos utilizados, son entre otros, aspectos que le permiten a los usuarios hacerse a una imagen de la calidad de nuestro servicio.

Efectivamente, no todos los momentos de verdad tienen la misma importancia, la relevancia de estos depende, entre otros aspectos, del objetivo de nuestro

negocio, de la situación específica a manejar y de las características personales de quienes utilizan los servicios que ofrecemos; aquellos episodios que revisten de la mayor importancia son llamados momentos críticos de verdad; así en un hotel la entrega de una habitación es momento crítico; en un banco la realización de una transacción y, en un servicio de salud, la consulta con el médico, el momento en que se presenta una solicitud urgente de atención por parte de una enfermera o aquel en el cual se hace un reclamo, se constituye en momentos críticos de verdad para los clientes/usuarios del servicio.

A partir de la conjunción de los momentos de verdad, se forma un ciclo de servicios. Si queremos una definición conceptual de este término, lo podemos describir como “la cadena continua de acontecimientos que debe atravesar un usuario/cliente cuando experimenta solicitar la prestación de un servicio”¹⁹.

Es importante tener en cuenta que la percepción natural del ciclo de servicios es casi patrimonio exclusivo de los clientes usuarios, ya que en general en las entidades, la operación del servicio se analiza desde el punto de vista de estructura organizacional, departamentos y especialidades que deben participar en la prestación del servicio; para que todo lo anterior sea posible dentro de las organizaciones y se den los diferentes procesos hablaremos de las dos clases de clientes: Externo e Interno.

- **Clientes Externos:** son las personas que son atendidas, personalmente o por teléfono, cuando le compran productos y servicios. Son clientes en el sentido tradicional de la palabra. Sin ellos no habría venta, negocios, salarios.
- **Clientes Internos:** “la otra mitad de los clientes son las personas que trabajan dentro de la organización o empresa y cuentan con usted para obtener los servicios, los productos y la información que necesitan para realizar su trabajo. No son clientes en el sentido tradicional, pero requieren de la misma cuidadosa atención que se les da a los clientes externos”²⁰.

1.13 CARACTERIZACIÓN DEL CLIENTE

Para este trabajo se tuvo en cuenta el cliente, usuario perteneciente al Régimen Subsidiado*. Para ello su definición nos entrara en el tema: Cliente Interno: Todos los métodos y herramientas que se utilizan para mejorar la calidad de la atención y por ende la satisfacción del usuario cliente, están influidas por las actitudes de

¹⁹ KARL, Albrecht- Lawrence J- Bradford. “La excelencia en el servicio”, Editorial 3R.1998. p. 29.

²⁰ GENDRON, George. Servicio al cliente. Editorial, Norma, 2001, p. 65.

* Régimen Subsidiado es el conjunto de disposiciones que reglamentan el ingreso al sistema a través del subsidio en salud.

quienes brindan el servicio.

Es curioso, cómo la mayoría de las instituciones de servicio, y especialmente en la salud, las personas (celadores, secretarias, recepcionistas, encargados de puestos de información, etc.), con menos experiencia y conocimiento sobre el usuario, son las que tienen el manejo directo con él. Ellas son las que están a cargo de los momentos de verdad²¹ más importantes de la prestación del servicio. Es como si la calidad y el grado de apoyo para dicho contacto de dejaran al azar, sin tender en cuenta las actitudes de estas personas hacia el usuario y su capacidad de darle una respuesta adecuada. Así como de la correcta actitud, dependerá, el éxito de cualquier proceso de mejoramiento.

Una actitud es una disposición del ánimo, resultante de sentimientos, sensaciones y deseos, con relación a un hecho o circunstancia, que influye sobre la percepción y el comportamiento. La enorme potencialidad de una actitud la podemos observar en ejemplos como el comportamiento de los enamorados: son creativos, entusiastas, disciplinados, expresivos, alegres, paciente, comprensivos vs la conducta de una persona agobiada por los problemas.

Aunque la experiencia pasada (sentimientos) sea una influencia importante para determinada actitud frente a algo, el elemento trascendental de ella y que podemos cambiar, son los deseos. Cuando se habla de deseos, no es otra cosa que hablar de ideales y éstos están a su vez referidos a las propias creencias y valores.

En el caso de los profesionales de la salud (médicos, enfermeras etc.), en las escuelas de medicina y las demás ciencias de la salud, se ha dado un gran énfasis al manejo físico y desarrollado técnico- científico, sin embargo, no se enseña la actitud a los estudiantes a establecer una buena relación con el usuario, o de darle confianza y seguridad, sobre todo a ofrecerle un poco de calor humano. Generalmente se piensa que el usuario que utiliza los servicios de salud debe deshacerse de los sentimientos y emociones, especialmente las negativas.

Si se está hablando de prestar servicios humanos, se debe tener claro que se hace a través de seres humanos. Sin embargo, ¿alguna vez los gerentes se han preguntado cómo se sienten los empleados que tienen el contacto con el usuario? ¿se les presta una atención adecuada? ¿se siente personas importantes o están cubiertos con telarañas de indiferencia? ¿saben dónde está su problemática, sus creencias y sus angustias?

²¹ Según Carlzon, los momentos de verdad se entienden aquellos contactos que hace el usuario con una organización o servicio.

La prestación del servicio directo al cliente implica una exigencia humana en término de trabajo emocional y puede llegar a convertirse en una experiencia agitada y conflictiva.

Parece que algunas personas pueden tolerar contactos bastante frecuentes mucho más que otras. Algunas simplemente encuentran demasiado incómodo y psicológicamente agotador tratar con un flujo continuo de extraños, por horas y horas. En otras palabras, la gente debe aprender a explorar sus habilidades para implementarlas en su trabajo.

El recargo del trabajo emocional, lleno de tensión, puede manifestarse en actitudes y comportamientos que se reflejan de muchas maneras significativas:

- Sentimiento de apatía, cansancio, alejamiento psicológico, hostilidad hacia la gente que constituye la fuente de la sobrecarga, es decir, los usuarios.
- Fatiga física, tensión, niveles elevados de estrés, malhumor e irritabilidad.
- Indiferencia al trabajo y al usuario: la conducta de “me importa un comino”, que aleja al cliente; pérdida de interés por la calidad del trabajo; falta de orgullo personal o sentido de realización.

Por lo anteriormente planteado, se debe enfatizar en la selección de los profesionales y empleados, creando una fuerza de trabajo orientada al servicio es una meta a largo plazo. Aunque en el trabajo los empleados responden al ambiente que los rodea y al liderazgo de la alta dirección para ofrecer servicios con calidad, es conveniente ubicar a las personas en cargos de servicio que se adapten a la labor que van a desempeñar.

La selección no es fácil, porque además de definir el conocimiento, los hábitos y las habilidades, se requiere evaluar el calor humano, su preocupación por los clientes, su voluntad de servicio, sus habilidades de relaciones interpersonales y su adaptabilidad emocional, entre otras.

Para la selección de personal se debe tener bien definido el perfil del aspirante, los trabajadores con una gran orientación hacia el usuario cliente tiene mayor probabilidad de adaptarse exitosamente a las exigencias interpersonales del trabajo que tiene contacto con el cliente. El gerente es el responsable de conversar la gente más calificada para la relación con el usuario, reubicar a los que no en otras actividades y no permitir en el trabajo actitudes que deterioren la imagen del servicio.

Teniendo en cuenta la versatilidad de las habilidades que se requieren para seleccionar a los profesionales y empleados que tendrán contacto directo con los usuarios, a continuación se mencionan algunas características que pueden tener impacto o pueden causar un momento de verdad crítico:

- Excelente relación interpersonal.
- Paciencia- tolerancia.
- Dominio de personal.
- Capacidad para educar al cliente.
- Capacidad de observar.
- Capacidad de escucha.
- Apertura al cambio.
- Capacidad de aprender y desaprender.
- Agilidad- velocidad.
- Consistencia.
- Humildad- sencillez.
- Certeza- seguridad y decisión.
- Iniciativa- recursiva.
- Manejo de la expresión corporal.
- Humor – capacidad de reír.
- Ganas – entusiasmo- pasión.
- Disciplina- perseverancia- constancia.
- Optimismo- alegría.
- Capacidad de trabajo en equipo- cooperación.

Quién es cliente externo de nuestra institución al que se le prestan servicios de salud

Cliente externo (Persona Mayor): Por definición son las personas mayores de 60 años (en los países más desarrollados son los mayores de 65 años).

En la actualidad podemos distinguir que en la etapa de la vejez encontramos 4 tipos de ancianos que están determinados por la edad en que se encuentran.

- **Anciano joven:** se encuentra entre 60 y 69 años, etapa en que las personas mayores señalan una importante transición, ya que deben adaptarse a una nueva estructura de funciones para manejar las pérdidas y las ganancias de dicha década.
- **Anciano de mediana edad:** se encuentra entre los 70 y 79 años, etapa en la que se presentan transformaciones mas grandes, se deben enfrentar pérdidas (mueren amigos, hermanos. Esposa (o) etc.) y se observa mayor presencia de

enfermedades, por lo tanto esto tiene implicaciones a nivel social identificándose la disminución de la participación en las organizaciones formales.

- **Anciano viejo:** se encuentra entre los 80 y 89 años, etapa en la que observa la creciente dificultad para adaptarse e interactuar con su entorno, muchos necesitan ayuda para mantener los contactos sociales y culturales.
- **Anciano muy viejo:** se encuentra entre los 90 y 99 años, en esta etapa es muy difícil diferenciar características propias, aunque las enfermedades se complican y se acentúan los cambios anteriormente mencionados²².

Revisando un poco la conceptualización de esta etapa de la vida (vejez) con la realidad del hospital Simón Bolívar, se encuentran varios componentes que interfirieren de forma negativa en el acceso a la salud, tales como son los factores económicos, la falta de apoyo familiar, y por las organizaciones la falta de priorización que se le debe brindar a esta población.

La población beneficiaria del subsidio se identifica de dos tipos:

- Aquellas identificadas por el SISBEN o sistema de selección de beneficiarios para programas sociales en los niveles uno y dos.
- Aquellas que se consideran población especial como los desplazados, reinsertado, desmovilizados, indígenas, indigentes, personas (niños y adultos) en protección, que han sido certificados por las Entidades correspondientes y enviado su listado a la Secretaria Distrital de Salud, para su incorporación en la base de datos. Todos ellos ingresan al régimen subsidiado a través de un listado censal.
- **El Sisbén:** es el Sistema de Información de Selección de Beneficiarios de Subsidio. Su principal herramienta es una encuesta que evalúa 72 variables y clasifica la población en seis niveles como se encuentra reportado en el cuadro 1.

²² GRACE J, Graig, Desarrollo Psicológico, séptima edición. Editorial Prentice Hall.1997. p.641.

Cuadro 1. Niveles de clasificación del Sisbén

ANTIGUA METODOLOGIA	NUEVA METODOLOGIA
• NIVEL 1... 0 A 36 • NIVEL 2... 36 A 48 • NIVEL 3... 48 A 58 • NIVEL 4... 58 A 68 • NIVEL 5... 68 A 81 • NIVEL 6... 81 A 100	• NIVEL 1... 0 A 11.00 • NIVEL 2... 11.01 A 22.00 • NIVEL 3... 22.01 A 43.00 • NIVEL 4... 43.01 A 65.00 • NIVEL 5... 65.01 A 79.00 • NIVEL 6... 79.01 A 100

De acuerdo con la información planteada anteriormente los beneficiarios de las EPS-S (empresas prestadoras de servicios subsidiados) se deben tener los siguientes requisitos:

- Que la EPS-S presta servicios de salud en la localidad donde viven.
 - Conocer cuales son los hospitales, clínicas e instituciones de salud con las cuales tienen contrato la EPS-S seleccionada.
 - Toda EPS-S presta los mismos servicios de salud contemplados en el plan obligatorio de salud subsidiado (POS-S).
 - El diligenciamiento del formulario no tiene costo.
 - Se debe elegir una sola EPS-S.
 - Que la EPS-S tenga una oficina de atención al usuario cerca de su domicilio.
 - Afiliar a todo su grupo familiar.
 - Una vez escogida la EPS-S e iniciado el periodo de contratación respectivo, el afiliado no podrá revocar su voluntad de afiliación durante los próximos tres años.
- **Documento de identificación de los beneficiarios del régimen subsidiado:**
Los potenciales beneficiarios y afiliados al Régimen Subsidiado se identificarán:
- Mediante el Registro Civil, certificado nacido vivo, tarjeta de identidad, cédula de ciudadanía, o cédula de extranjería en los casos de residentes extranjeros y, en los casos de excepciones, de acuerdo con lo establecido en las Resoluciones 890 y 1375 de 2002 del Ministerio de Salud y demás normas que la modifiquen, adiciones o sustituyan.
 - En el caso de las personas indigentes que no posean documento de identidad permanecerán en el régimen Subsidiado siempre y cuando las autoridades

tradicionales del Cabildo, certifiquen la existencia o permanencia de estos miembros afiliados al Régimen Subsidiado.

- Los menores de dieciocho (18) años que no cuenten con documento de identidad permanecerán en el Régimen Subsidiado siempre y cuando, en su núcleo familiar, la madre o el padre posean documento de identidad y se identificarán mediante el número de identificación de la madre o el padre afiliado y un consecutivo.
- **Carnetización:** Los beneficiarios que elijan libremente la EPS-S, deben recibir el carne de salud que le garantice la prestación de los servicios de salud.

El carné es un documento personal e intransferible, el cual debe presentarse cada vez que requiera los servicios de salud.

Cada miembro de la familia debe recibir un carne de salud, con la información de identificación, dirección, teléfono, nivel SISBEN, y puerta de entrada, es decir, la institución de primer nivel que le prestará los servicios de salud.

- **DEBERES Y DERECHOS DE LOS AFILIADOS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO**
- Recibir la prestación de los servicios de salud del primer nivel de atención en la localidad.
- Recibir total e inmediatamente los medicamentos después de finalizada la consulta y en caso de no ser entregados, la EPS-S, debe garantizar la entrega en su totalidad al día siguiente de su solicitud en la dirección de su residencia.
- Atención de urgencias de manera inmediata.
- Que las citas de medicina general y odontología se le asignen dentro de los días siguientes a su solicitud.
- Recibir toda la atención incluida en el plan obligatorio de salud subsidiado, en las Empresas Sociales del Estado, sin que requieran autorización escrita.
- Acudir y participar en las campañas orientadas a crear un entorno saludable sin riesgo para la salud.

- Recibir educación para el cuidado de su salud y la de su familia, y mantener un entorno sano sin riesgo para la salud.
- Recibir orientación del profesional de salud para cumplir con las citas solicitadas y los controles que se requieran.
- Recibir atención oportuna y así evitar complicaciones o consecuencias graves.
- Vincular a toda su familia, para que reciban los servicios de salud necesarios para mantenerse integralmente sano.
- Hacer uso racional de los recursos instalaciones y dotaciones de la institución de salud, donde demande servicios.
- Realizar un aporte económico denominado copago por algunos servicios de salud de acuerdo al nivel del SISBEN.
- Conservar y presentar el carne de salud.
- Informar oportunamente sobre las novedades, cambios de dirección, retiros, ingresos y fallecimientos.
- Presentar sugerencias verbales o escritas, en las asociaciones de usuarios con el fin de garantizar que los servicios contenidos en el plan obligatorio de salud subsidiado de presten con calidad.

1.14 PARTICIPANTES VINCULADOS AL SISTEMA

Conforme a lo definido en la ley 100 de 1993 en su Art. 157 y la ley 715 de 2001, la población participante vinculada pobre y vulnerable” son aquellas personas que por motivos de incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiarios del Régimen subsidiado tendrán derecho a los servicios de atención de salud que presten las IPS públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado”.

Como población participante vinculada se encuentran las siguientes:

- Población especial: Indígenas, indigentes, menores en abandono, población desmovilizada reinsertada ó reincorporada, población inimputable u población

encubierta.

- Personas identificadas en nivel 1 y 2 SISBEN no afiliados al régimen subsidiado.
- Afiliados al régimen subsidiado, para la prestación de servicios no incluidos en el plan obligatorio de salud subsidiado eventos NO POSS.
- Personas identificadas en nivel 3 SISBEN
- Población no identificada por SISBEN, a quienes se les aplica el “instrumento de identificación provisional para la atención como participante vinculado”, en cada una de las ESE u hospitales de la red pública de Bogotá.

1.15 LOS PROCESOS EN LAS ORGANIZACIONES

Según José Ernesto Páramo²³, plantea el enfoque basado en procesos desde lo establecido en la norma internacional NTC-ISO 9001-2000, promueve la adopción de este enfoque cuando se desarrolla, implementa y mejora la eficacia de un sistema de gestión de calidad, para aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de los requisitos como lo establece la norma.

Partiendo de la premisa que si una organización quiere funcionar de manera eficaz, tiene que identificar y gestionar varias actividades relacionadas entre si. una actividad que utilice recursos, los cuales se gestionan con el fin de permitir que los elementos de entrada se transformen en resultados, considerándose un proceso.

La aplicación de un sistema de procesos dentro de una organización, junto con la identificación e interacción de estos procesos, así como su gestión, puede denominarse “enfoque basado en procesos”.

La ventaja de adoptar el enfoque basado en procesos es el control continuo que proporciona sobre los vínculos entre los procesos individuales dentro del sistema de procesos.

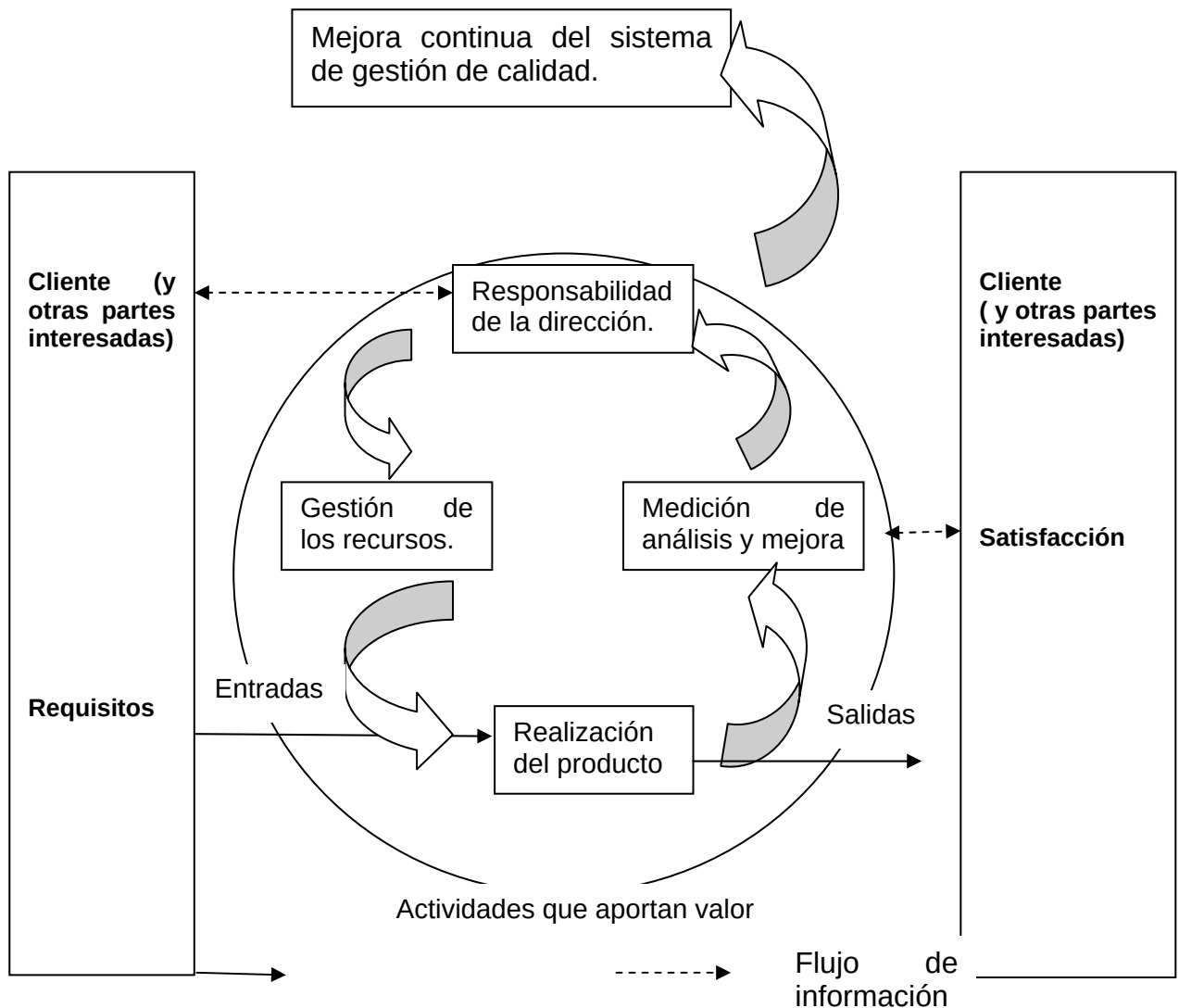
Un enfoque de este tipo, cuando se utiliza dentro de un sistema de gestión de calidad, enfatiza la importancia de

- La comprensión y el cumplimiento de los requisitos.
- La necesidad de considerar los procesos en término que aporten valor.
- La obtención de resultados del desempeño y eficacia del proceso.
- La mejora continua de los procesos con base en mediciones objetivas.

²³ PARAMO, José Ernesto. Guía de interpretación y aplicación para instituciones prestadoras de servicios de salud. Medellín, Colombia.: 2002, p. 56-58.

El modelo de sistema de gestión de la calidad basada en procesos que se aprecia en la figura 5, muestra que los clientes juegan un papel significativo para definir los requisitos de entrada; el seguimiento de la satisfacción del cliente requiere la evaluación de la información relativa a la percepción del cliente acerca de si la organización ha cumplido sus requisitos.

Figura 5. Modelo de un sistema de gestión de la calidad basado en procesos.



Fuente: Guía de interpretación y aplicación para instituciones prestadoras de servicios de salud ISO 9001: 2000.

Este modelo describe que todo lo que tiene que ver con la calidad inicia con el

cliente y termina con el cliente, es decir, está determinado por el cliente.

Este proceso se inicia con la entrada al sistema de gestión de calidad que hace referencia a los requisitos de su cliente, paciente y/o usuario, lo que necesita; esta entrada alimenta el proceso de planeación y realización del producto o servicio, en el cual se desarrollan diversas actividades propias de su IPS para la prestación de un servicio de salud. Finalmente se convierte en salidas en forma de producto servicio con lo que se espera satisfacer los requisitos de su cliente, paciente y/o usuario.

En este modelo su cliente nos retroalimenta con la información que brinda acerca del grado de satisfacción, como se observa en la flecha punteada, que se devuelve a medición análisis y mejora, convirtiéndose en un retroalimentador vital para el desempeño de la organización.

También, observamos como la responsabilidad de la dirección analiza y estudia la información aportada por el proceso de medición, análisis y mejora, permitiendo tomar decisiones y disponiendo de los recursos adecuados para garantizar la calidad de su producto y/o servicio.

Con los datos obtenidos en medición, análisis y mejora se puede emprender la “mejora continua del sistema de gestión de calidad” a partir de la solución de la conformidades, las acciones correctivas y preventivas, la revisión de los procesos y la revisión de la totalidad del sistema de gestión de la calidad.

El resto del modelo representa las actividades fundamentales que permiten garantizar la prestación de servicios de salud.

Como se observa, el modelo planteado busca conseguir un buen aprovechamiento y control de todos los recursos de los que dispone cualquier empresa, se debe realizar un análisis exhaustivo sobre todos los procesos que influyen en el acabado final del servicio, de esta manera lograr una mejor comprensión que permitirá tomar las decisiones necesarias para poder economizar esfuerzos y energía.

1.16 TEORIA DE PROCESOS

Para realizar el proceso, es decir, el protocolo para instituciones de Salud, se referencia a Braulio Mejía quien dice que un proceso es “la organización de personas, procedimientos (métodos) y máquinas (tecnología), dentro de una serie de actividades (funciones, decisiones) necesarias par transformar materiales información en un resultado final específico²⁴. Por lo tanto podemos decir que no

²⁴ MEJIA, Braulio. Gestión de procesos. Serié gerencia en salud. Santa Fé de Bogotá, Colombia.

existe un servicio o un producto sin que exista un proceso, igualmente no hay procesos sin producto o sin servicio.

Los procesos tienen un inicio y un final, es preciso determinar estos elementos puesto que permitirán fijar responsabilidades en la ejecución del trabajo y definir acertadamente el proceso. Así mismo, en todo proceso debe existir una secuencia, un orden determinado lo que es fundamental en la racionalización del proceso.

Además, Mejía establece tres clases de procesos, que son: proceso interfuncional es aquel que recorre toda la organización poniendo en juego diferentes áreas del servicio; siguiente es el proceso interdepartamental que es el que recorre por varios departamentos y el ultimo es el de procesos vitales son los que constituyen la esencia de la organización, es el objetivo social y misión de la empresa. De igual manera, Mejía dice “ordenar los procesos en forma secuencial permite comprender su verdadera dimensión tornándolos mas eficientes y la mejor forma de entender un proceso es por medio de un flujograma o diagramación²⁵”.

Un flujograma es un método para describir gráficamente un proceso mediante la utilización de símbolos, líneas y palabras similares; permite conocer y comprender los procesos a través de los diferentes pasos, documentos y unidades administrativas comprendidas.

Los indicadores de proceso deben establecerse de manera que mediante los cuáles podamos verificar el cumplimiento de los parámetros de eficacia de cada proceso con el fin de realizar un seguimiento de objetivos; de esta manera podremos localizar los puntos susceptibles de mejora.

Para fijar los indicadores hay que basarse en información directa del trabajo diario para obtener un punto de vista lo más real posible. Una vez logrado esto hay que establecer los límites a partir de los cuáles consideraremos los resultados como anomalías y definiendo unas pautas de responsabilidad, precisión simplicidad.

1998, p.21.
²⁵ Ibíd., p. 83.

2. MARCO LEGAL

El siguiente capítulo encontramos la visión global del aumento poblacional y como el Estado debe promover la construcción de políticas que apoyen a la población mayor que se encuentra cada día en aumento, estableciendo que las organizaciones cumplan con estándares mínimos de calidad para la prestación de un servicio con calidad a las Personas Mayores

En cuanto a Política Pública de Adulto Mayor presenta que en el año 2006, el Ministerio de la Protección Social en conjunto con el Instituto de Envejecimiento de la Pontificia Universidad Javeriana, realizó el documento: “Envejecer en Colombia, Aportes para una Política en Vejez y Envejecimiento”²⁶, para revisar la situación de los adultos mayores colombianos, la normatividad existente, el conocimiento construido en el tema y las limitaciones y posibilidades institucionales.

Desde finales de 2006, hasta el presente, el Ministerio de la Protección Social, junto con la Fundación Saldarriaga Concha, después de haber recopilado toda la información de las mesas de trabajo previas, elaboró el documento de Política de envejecimiento y vejez. La concertación del documento se hizo durante el segundo semestre de 2007 y en este momento, se encuentra concertada y difundida a las entidades territoriales y en proceso de convertirse en documento CONPES.

La Política Nacional de Envejecimiento y Vejez está dirigida a toda la población residente en Colombia y en especial a la población mayor de 60 años, con énfasis en aquella que se encuentra en condiciones de extrema pobreza, dependencia y vulnerabilidad social, económica, de género, y étnica. Tiene como reto el envejecimiento demográfico, el envejecimiento femenino, la enfermedad, la discapacidad, la dependencia, la calidad de vida de los adultos mayores, la exclusión social, el imaginario cultural adverso y las representaciones sociales discriminatorias del envejecimiento y la vejez, y la erradicación del hambre y de la pobreza extrema en la población adulta mayor en condiciones de vulnerabilidad.

Considerando además el Enfoque Diferencial²⁷, las acciones derivadas de la política deben priorizar la atención de los adultos mayores de 50 años con limitaciones físicas permanentes, sensoriales o mentales, de las mujeres mayores de 60 años en condiciones de pobreza extrema, de los afrocolombianos e indígenas mayores de 60 años y de los adultos mayores en situación de

²⁶ Universidad Javeriana. Instituto de Envejecimiento. Envejecer en Colombia, Aportes para una Política en Vejez y Envejecimiento. 2006.

²⁷ Meertens Donny. Encrucijadas urbanas. Población desplazada en Bogotá y Soacha: Una mirada diferenciada por género, Edad y Etnia. ACNUR, 2002. Define el Enfoque Diferencial como “[...] método de análisis que toma en cuenta las diversidades e inequidades en nuestra realidad con el propósito de brindar una adecuada atención y protección de los derechos [...]”

desplazamiento forzado²⁸.

El objetivo de la política de envejecimiento y vejez es prevenir, mitigar y superar las condiciones sociales que impactan en forma negativa la calidad de vida de la población adulta mayor y crear condiciones para un envejecimiento activo de toda la población; para ello, se basa en 4 ejes: Eje 1: Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores; Eje 2: Protección Social Integral; Eje 3: Envejecimiento Activo y Eje 4: Formación del Talento Humano e Investigación.

Para cada uno de los ejes se encuentran planteadas las líneas estratégicas y las metas nacionales. La implementación de la Política Nacional tiene responsabilidades definidas para los 3 niveles territoriales (Nacional, Departamental - Distrital y Municipal), para entidades de todos los órdenes, así como también para la familia y la sociedad en general.

Los estándares contemplan aspectos como:

1. Aspectos legales Deberes y derechos del adulto mayor
2. Aspectos de talento humano – competencias de los trabajadores cuidadores Especializados
3. Procesos sustentados en la prestación de los servicios fallecimiento
4. Evaluación de los servicios –quejas y reclamos
5. Registro y estadísticas de usuario
6. Criterios de institucionalización
7. Disponibilidad tecnológica
8. Aspectos logísticos Almacenamiento de agua Cocinas baños, protecciones
9. Programas de mantenimiento, físicos, locativos, nutrición
10. Dotación Privacidad
11. Planes de emergencia, seguridad
12. Planes y programas específicos por áreas, lavandería, ropería, etc.

Las estadísticas muestran claramente las necesidades ascendentes de este segmento poblacional, así:

²⁸ Ministerio de la Protección Social. Dirección General de Promoción Social. Lineamientos Técnicos para la ejecución de proyectos territoriales de atención integral del adulto mayor, 2008

Años	Proporción de población por grupo de edad				
	0-4	5-14	15-59	60-74	75+
1950	17,9	24,7	52,4	4,1	0,9
1975	15,0	28,4	51,0	4,6	1,0
2000	11,3	21,4	60,4	5,1	1,8
2025	8,2	16,2	62,1	10,5	3,0
2050	6,8	13,5	58,1	14,1	7,5

Fuente: estadística DANE 2005

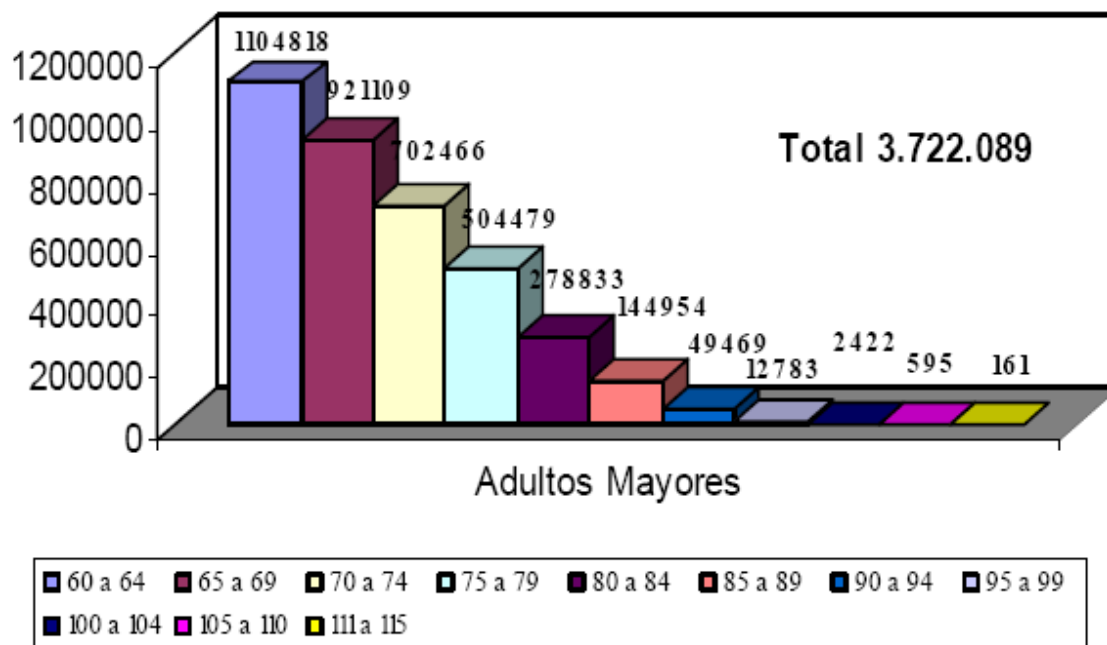
Lo anterior se plantea en varios documentos de análisis, como uno de los retos más importantes de transformación de las políticas sociales. “La profunda modificación en las tendencias demográficas requiere que hoy se le preste atención para el desarrollo futuro de la sociedad. Estos cambios tienen incidencia en la organización social, en los valores y normas de comportamiento individual de la familia, tiene implicaciones en el campo socioeconómico y en los sistemas de educación, salud y seguridad social entre otras cosas”²⁹.

En defensa de lo anteriormente expuesto interviene directamente la **Gerontología** como la disciplinaria que en sus aplicaciones inherentes al proceso de envejecimiento desde el momento mismo de la concepción y entendiéndose este, como el estudio del proceso de envejecimiento a través del ciclo vital individual hasta la vejez como tal, teniendo como soporte científico y teórico práctico la optimización de la calidad de vida de las personas en su proceso de envejecimiento, con estas bases el Gerontólogo esta capacitado para definir un proceso de envejecimiento activo, de acuerdo a su discapacidad y enfermedad describiendo el carácter prioritario de intervención gerontológica.

La formación científica, humana específica, investigativo y gerencial, de acuerdo a las necesidades de la población envejeciente.

²⁹ Documento de Colombia en el Foro de Santa Cruz de la Sierra - Bolivia, EL ENVEJECIMIENTO Y SU ATENCIÓN EN COLOMBIA: UN BALANCE Y PERSPECTIVAS, 2001

Población censada mayor de 60 años



Fuente: estadística DANE 2005

El **gerontólogo** conforme a la resolución 000449 del 8 de febrero de 1.993, está capacitado para definir un proceso de envejecimiento activo, de acuerdo a su discapacidad y enfermedad describiendo el carácter prioritario de intervención gerontológica, como la de generar programas adecuados en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, rehabilitación o recuperación de la salud en los diferentes entes del Estado o privados; cumpliendo funciones como profesional de acuerdo a la valoración e impresión diagnóstica de la Persona Mayor proporcionando las herramientas y facilitando a los profesionales y especialistas de la salud o de otra áreas específicas uno de los soportes científicos que serán de gran ayuda al adecuado tratamiento³⁰.

Según mención al Artículo 00110 de la secretaria de Salud sobre las condiciones mínimas en la prestación del servicio a la Persona Mayor y cita el artículo 49 de la Constitución Política de Colombia que establece la atención en Salud y saneamiento ambiental, a cargo del Estado y que le corresponde ejercer inspección, control y vigilancia.

El artículo 49 de la Constitución hace referencia a la prestación de servicios de salud y establece políticas para la prestación de servicios por entidades privadas y

³⁰ Manual práctico perfil de desempeño profesional, Velásquez Ospina Hugo León, Edición 1 octubre 2001.

particulares, el gerontólogo debe velar en cuanto se hace referencia a la atención, prestación o asistencia en salud, valorando los programas de atención integral a las personas mayores y que se cumplan las ofertas del estado para con la población envejeciente aportando soluciones que justifiquen la creación de servicios y productos del estado para las personas mayores.

El perfil del desempeño del gerontólogo esta sostenido por el Ministerio de Salud Pública mediante la Resolución número 000449 del 8 de febrero de 1.993 en ejercicio de sus facultades legales en especial las conferidas por los decretos 1650 de 1.974 y 354 de 1.975, resuelve en su artículo Primero, delegar en los jefes de los servicios Seccionales de Salud, la función de inscribir o registrar en el área de su jurisdicción el título profesional en Gerontología y a su vez expedir la resolución para el ejercicio de su profesión.

Partiendo del problema evidenciado durante la ejecución de la pasantía la Ley mencionada anteriormente en su Capítulo II titulado como; Otros Beneficios y más concretamente en el artículo 9o. donde hace referencia a la VENTANILLA PREFERENCIAL, como una iniciativa para que las entidades públicas que tengan servicio de atención al público, como es el caso del Hospital Simón Bolívar deberán establecer dentro de los seis (6) meses siguientes a la promulgación de la presente ley, una ventanilla preferencial para la atención a las personas mayores de 62 años con el fin de facilitar y agilizar las gestiones que realicen.

De igual manera esta Ley en su artículo 12 menciona las CONSULTAS MÉDICAS. Donde se consigna que sin perjuicio de los derechos que les asisten a los niños y a las niñas, las Empresas Promotoras de Salud deberán asignar los servicios de consulta externa médica, odontológica y por médico especialista y apoyos diagnósticos a los afiliados mayores de 62 años dentro de las 48 horas siguientes a la solicitud por parte de estos.

Esta Ley también contempla en su artículo 13. Sobre la FÓRMULA DE MEDICAMENTOS, cuando la Entidad Promotora de Salud no suministre de manera inmediata los medicamentos recetados que estén incluidos en el Plan Obligatorio de Salud a las personas mayores de 62 años, deberá garantizar su entrega en el lugar de residencia del afiliado dentro de las 72 horas siguientes, salvo si esta es de extrema urgencia a la solicitud por parte de este.

La Superintendencia Nacional de Salud es la encargada para la vigilancia y cumplimiento de las disposiciones instituidas en los artículos 12 y 13, imponiendo las sanciones a que haya lugar de conformidad con el ámbito de sus competencias.

De igual manera el *Ministerio de Protección Social* ha fijado los estándares mínimos con los que deben trabajar las instituciones que accedan a prestar servicios a personas mayores de acuerdo a la siguiente disposición:

Estándares mínimos para la prestación de servicios a personas mayores

El Ministerio de la Protección Social, consiente de la necesidad de establecer criterios que regulen la oferta y garanticen una mejor calidad, eficiencia y oportunidad en la prestación de los servicios de promoción social por parte de los centros, a la población mayor de 60 años, presenta este documento con el fin de ofrecer a las comunidades interesadas, lineamientos para el mejoramiento de la calidad de los centros de promoción social para adultos mayores existentes y para la implementación de nuevos centros de promoción social para adultos mayores.

Debido a las condiciones históricas en las cuales se han desarrollado este tipo de instituciones en todo el país, es necesario establecer un proceso de mejoramiento de la calidad para lo cual, las Direcciones Generales de Promoción Social y Calidad de Servicios se han basado en la experiencia del Ministerio, en la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud; este proceso permitirá que los centros, ajusten sus procesos y procedimientos a las circunstancias actuales y a los desarrollos técnicos y normativos vigentes.

Como señala el documento Informe de Colombia...³¹ “aunque en el país hay numerosas organizaciones privadas, que ofrecen sus servicios a las personas y familias vulnerables, se conoce muy poco sobre la naturaleza de estas entidades, sus coberturas y modos de financiación. A pesar de la ausencia de una estrategia nacional definida para estas entidades, junto con los entes públicos y cofinanciando los programas, han ido conformando una red social que ha mitigado el impacto de la crisis y es así como, según el censo de 2005 (DANE), el 98.8% de los colombianos mayores de 65 años conviven con sus familias, lo cual avala el enunciado de la CEPAL, referente a que en Latinoamérica la familia, sigue siendo el ente cuidador principal del adulto mayor”.

No obstante lo anterior, en Colombia la atención familiar del adulto mayor rápidamente se ha ido desplazando hacia otros cuidadores (personas o centros, también llamados instituciones o servicios de atención), dadas las circunstancias familiares actuales y especialmente por la vinculación de la mujer al mercado laboral. Se espera entonces, que el documento contenga elementos prácticos que guíen a las personas interesadas en este segmento poblacional y a las entidades territoriales que deben ejercer sus funciones de inspección, vigilancia y control de

³¹ Informe de Colombia sobre la estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del plan de acción internacional de Madrid sobre el envejecimiento. Ministerio de la Protección Social, Brasilia, 2007

los Centros de Promoción Social

Como antecedentes el Ministerio presenta La Ley 790 de 2002, crea el Ministerio de la Protección Social y el Decreto 205 de 2003 le establece dentro de sus funciones "9. Definir políticas tendientes a facilitar la divulgación para el reconocimiento y pleno conocimiento de los derechos de las personas en materia de empleo, trabajo, previsión y seguridad social y protección social, así como la información relativa a los avances en materia de cuidado, protección y mejoramiento de la calidad de vida.... 19. Dirigir y evaluar las políticas y directrices encaminadas a articular la gestión de las entidades descentralizadas del sector, para garantizar la socialización de los riesgos económicos y sociales que afectan a la población, en especial la más vulnerable...."³².

Dentro de ésta entidad se crea la Dirección General de Promoción Social, encargada entre otras funciones de "3. Establecer los criterios, requisitos y estándares de intervención, de obligatorio cumplimiento, para las personas naturales y jurídicas que desarrollen actividades de protección social de los grupos sociales con alta vulnerabilidad". Las Resoluciones 002 de 2003 y 0996 de 2007 organizan los Grupos de Trabajo para el cumplimiento de dichas funciones³³.

Asimismo el Decreto 205 establece las funciones de la Dirección General de Calidad de Servicios, dentro de las cuales señala "2. Estudiar, proponer y velar por el cumplimiento de las normas sobre garantía de la calidad de la prestación de los servicios de salud y promoción social en sus componentes de habilitación, acreditación, auditoría e información para la calidad".

En el año 2006, el Ministerio de la Protección Social, a través de la Dirección General de Promoción Social, en cumplimiento de sus funciones y acorde con los principios de descentralización, integralidad, corresponsabilidad, solidaridad, participación y eficacia, realizó una licitación para contratar un estudio para la formulación técnica de estándares de calidad para los centros de atención al adulto mayor. El Centro de Gestión Hospitalaria fue la institución seleccionada para la realización del proyecto.³⁴

A finales de 2007, en conjunto con la Dirección General de Calidad de Servicios, se realizó una revisión y ajuste de los estándares propuestos por el CGH y con base en los antecedentes señalados, además de las directrices de la Política Nacional del Adulto Mayor³⁵, se produce el presente documento.

³² Decreto 205 de 2003 Por el cual se determinan los objetivos, la estructura orgánica y las funciones del Ministerio de la Protección Social y se dictan otras disposiciones.

³³ Resoluciones 002 de 2003 y 0996 de 2007. Creación y organización de Grupos Internos de Trabajo.

³⁴ CENTRO DE GESTION HOSPITALARIA. Requisitos mínimos de funcionamiento para las Instituciones que prestan servicios de atención y protección integral a los adultos mayores en las diferentes modalidades. 2006

³⁵ Ministerio de la Protección Social. Política Nacional del Adulto Mayor. 2007

El Ministerio en su documento presenta las siguientes definiciones o conceptos básicos sobre los cuales se construyen estos lineamientos; algunos de ellos, se retoman de los documentos técnicos como el estudio contratado al Centro de Gestión Hospitalaria y de los “Lineamientos Técnicos para la ejecución de proyectos territoriales de atención integral del Adulto Mayor”³⁶.

Adulto mayor: Persona sin distingo de género, mayor de 60 años.

Envejecimiento: “Proceso normal por el que atraviesa el ser humano a lo largo del ciclo vital. Esto replantea el antiguo concepto de entender que las personas inician su proceso de envejecimiento a partir de una edad avanzada determinada (por ejemplo, a los 60 o 70 años); el proceso se inicia en la concepción y termina con la muerte”³⁷.

Vejez: “Representa el ciclo final del proceso de envejecimiento. Por ello, las condiciones en esta etapa dependen del desempeño, logros y frustraciones, de los períodos precedentes. Algo similar sucedería con otras etapas de edad avanzada. La adultez dependerá también de la preparación brindada en la juventud y la niñez, etc. El rasgo de la vejez radica en que las personas ya no tienen muchas posibilidades de mejorar su calidad de vida. La disminución natural de la capacidad física y el esquema de valoración social imperante en las sociedades occidentales (competencia, productividad, individualismo, etc.), generan marcadas restricciones de tipo económico y social para los adultos mayores”.³⁸ Se considera entonces como una etapa del proceso de envejecimiento, así como la infancia y la juventud.

Bienestar del adulto mayor: Adulto mayor con satisfacción de las necesidades físicas, biológicas, psicológicas, sociales, emocionales, mentales y espirituales, considerando sus hábitos y capacidades.

Centros de promoción social para adultos mayores: Son los centros (llamados también instituciones o servicios de atención) que prestan diferentes tipos de atención y cuidado a los adultos mayores. Son espacios favorables para la capacitación, recreación y el desarrollo de proyectos de vida y productivos y destinados al bienestar del adulto mayor.

Clases de Servicios que ofrecen los centros de promoción social para adultos mayores: de acuerdo con el tipo de usuario al cual se le brinde el servicio y los recursos con los que cuente, pueden ser: servicios habitacionales o Residenciales,

³⁶ Ministerio de la Protección Social. Lineamientos Técnicos para la ejecución de proyectos territoriales de atención integral del Adulto Mayor 2007

³⁷ Documento de Colombia en el Foro de Santa Cruz de la Sierra - Bolivia, EL ENVEJECIMIENTO Y SU ATENCIÓN EN COLOMBIA: UN BALANCE Y PERSPECTIVAS, 2001

³⁸ *Ibíd.*

de cuidados, de asesoría y educación, de recreación y socialización. Actualmente empiezan a funcionar en el país, centros especializados en atención domiciliaria y servicios telefónicos de asistencia. Cuando los centros ofrecen servicios de salud, estos deben estar habilitados de acuerdo con lo establecido en el Decreto 1011 de 2006 o la norma que la modifique o sustituya.

Sistema de Protección Social: La Ley 789 del 27 de diciembre de 2002³⁹ crea el Sistema de Protección Social y lo define como “el conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y a mejorar la calidad de vida de los colombianos, especialmente de los más desprotegidos. Para obtener como mínimo el derecho a: la salud, la pensión y al trabajo”.

Promoción Social: el Plan de Desarrollo establece que es "el conjunto de acciones del estado, la sociedad y la familia así como las instituciones y los recursos dirigidos a la superación de la privación y a la expansión de las oportunidades de los grupos pobres y vulnerables, bajo un marco de corresponsabilidad. Por su parte, el Sistema de Promoción Social, comprende el conjunto de entidades y organismos públicos y privados, normas y procedimientos que están en función del diseño, formulación, inspección, vigilancia, control y la ejecución de las acciones de promoción social, incluyendo el Sistema Nacional de Bienestar Familiar, bajo la dirección del Ministerio de la Protección Social"⁴⁰. Bajo este enfoque, se propone en este documento que los centros de atención se denominen **Centros de Promoción Social para el adulto mayor**.

Calidad de la atención social para el adulto mayor: Se entiende como la provisión de servicios de Promoción social a los adultos mayores individuales o colectivos, de manera accesible y equitativa, a través de un nivel personal óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

Estándar: Declaración que define las expectativas de desempeño, estructura o proceso que son esenciales en un centro o servicio, para mejorar la calidad de la atención

³⁹ Ley 789 de 2002: Por la cual se dictan normas para apoyar el empleo y ampliar la protección social y se modifican algunos artículos del Código Sustantivo de Trabajo.

⁴⁰ Ley 1151 de 2007 por la cual se expide el Plan nacional de Desarrollo 2006-2010

3. MARCO INSTITUCIONAL

El Hospital Simón Bolívar fundado el 24 de julio de 1982 es una Empresa Social del Estado de III nivel de atención, adscrita a la Secretaría Distrital de Salud; Por su estratégica ubicación al nororiente de la ciudad, hace parte de la red norte y funciona como hospital de referencia para ésta y los 21 hospitales que conforman la red pública de Bogotá siendo además, referente a nivel nacional dada la complejidad y especialización de sus servicios.

El afán de prestar servicios con calidad le han permitido alcanzar un alto índice de calidad y desarrollo técnico- científico, destacándose en la formación de profesionales de la salud con la concertación de convenios docente- asistenciales con prestigiosas universidades del país, contribuyendo a satisfacer plenamente el derecho a la salud de los colombianos y la población que lo requiera.

El Hospital Simón Bolívar ESE III nivel de atención cuenta con 354 camas, 314 para el servicio de Hospitalización y 40 en el servicio de urgencias (40 Adultos y 10 pediátricas).

El hospital se registró para el proceso de habilitación de la Secretaría Distrital de Salud conforme lo exigen las normas legales vigentes contando para ello con los 25 servicios que tiene establecidos en su portafolio de servicios (ver anexo B).

Dentro de la plataforma estratégica encontramos la misión y visión del Hospital Simón Bolívar:

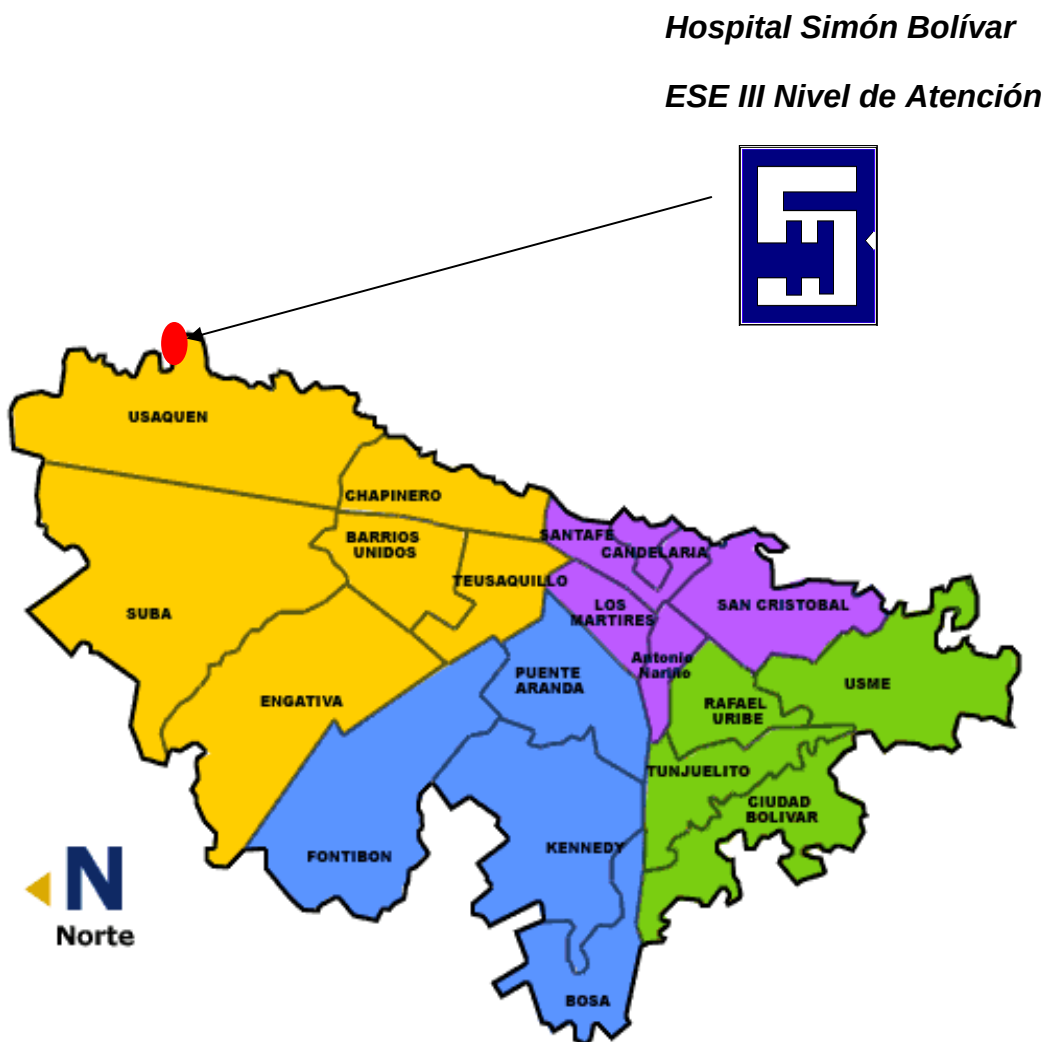
MISIÓN: Prestar servicios de salud de alta complejidad con calidad científica, calidez humana y principios éticos a la población que lo requiera, contando con el personal idóneo, apoyándose en la formación académica y en el desarrollo de la investigación, contribuyendo a la preparación del recurso humano en salud competente y comprometido.

VISIÓN: En el 2010 el Hospital Simón Bolívar hará parte de los líderes en la prestación de servicios de salud de alta complejidad por su calidad y cobertura, siendo artífice de la formación del recurso humano en salud, quien sin perder su sentido social, será económica y financieramente autosostenible.

3.1 UBICACIÓN

El Hospital Simón Bolívar se encuentra ubicado en la Carrera 7° N°. 165- 00 en el Barrio San Cristóbal Norte, en la ciudad de Bogotá, el teléfono al que se puede solicitar información es el pbx: 6767940/ 61 fax: 6797911 y su e-mail: hospital.simonbolivar@uolpremieum.net. (Ver figura 6).

Figura 6. Ubicación Geográfica del Hospital Simón Bolívar



3.1.2 Los beneficiarios son:

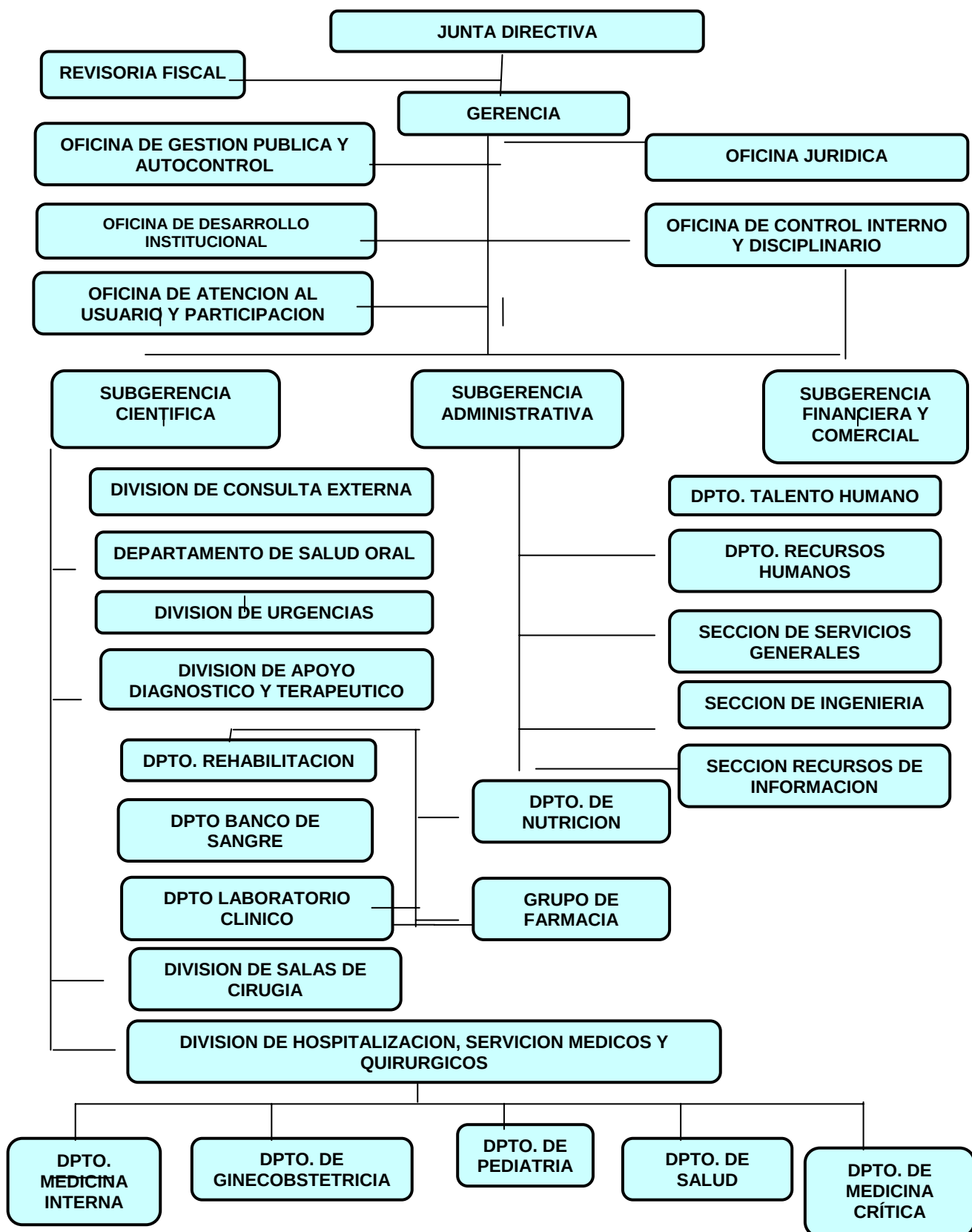
- A la población Vinculada al Sistema de salud.
- Usuarios afiliados a las Empresas Promotoras de Salud (EPS).
- *Usuarios afiliados a las Administradoras del Régimen Subsidiado (EPS-S).*
- Víctimas de Accidentes de tránsito, catastróficos o eventos terroristas.
- Población que requiera la atención inicial por el servicio de Urgencias.
- Usuarios afiliados a las Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP).
- Particulares.

A continuación se presenta una breve descripción de la estructura organizacional con que cuenta el Hospital Simón Bolívar:

3.2 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

El Hospital Simón Bolívar presenta una estructura organizacional jerárquica lineal donde la Junta Directiva se encuentra a la cabeza de la organización, seguida de la Gerencia y las oficinas de apoyo como la Revisoría Fiscal, Oficina Jurídica, Oficina de Gestión Pública y autocontrol, Oficina de desarrollo Institucional, Oficina de control interno y Disciplinario y la Oficina de Atención al usuario y Participación Social; seguida de las Oficinas reguladoras de Departamentos como la Subgerencia Científica, Subgerencia Administrativa y Subgerencia Financiera y comercial y finalmente por los departamentos Operativos. (Ver figura 7 estructura organizacional del Hospital Simón Bolívar).

Figura 7. Estructura organizacional del Hospital Simón Bolívar



4. EJECUCION DE LA PASANTIA

En este capítulo se encuentra la ejecución de la pasantía; durante un año de experiencia. Inicialmente se propuso un plan de acción general que se conformó de tres fases, las cuales se desarrollaron con base en los planes de acción correspondientes a cada una, en un periodo de 4 meses.

Iniciando en la primer fase con la creación y/o complementación de los procedimientos específicos y las actividades realizadas para cumplir el objetivo, que son necesarios para la atención de las personas mayores, continuando con la segunda fase, la capacitación y complementación, buscando medir el grado de satisfacción pre y post aplicación de procedimientos diseñados mediante la aplicación de una encuesta estructurada y culminando con la tercera fase, donde se evaluaron y ajustaron los procedimientos planteados. (Ver cuadro 2)

Cuadro 2. Plan de Acción General de la pasantía.

OBJETIVO GENERAL:

Proponer la creación de un área especializada de atención para la PERSONA MAYOR usuaria de los servicios de salud del Hospital Simón Bolívar, asegurando la calidad de la prestación.

FASES	OBJETIVOS ESPECIFICOS	ACTIVIDAD	LOGRO
I Crear y/o complementar los procedimientos específicos.	Crear y/o complementar los procedimientos específicos, necesarios para la atención de las Personas Mayores usuarias de los servicios de salud del Hospital Simón Bolívar.	Definir los procedimientos desde una visión Gerontológica para la atención a la Persona Mayor	Creación y/o complementación de procedimientos con Enfoque Gerontológico.
II Implementación de los procedimientos.	Implementar los procedimientos creados y/o complementarlos en un tiempo específico para medir el grado de satisfacción de las Personas Mayores usuarias de los servicios de salud del Hospital Simón Bolívar.	Medir el grado de satisfacción de las Personas Mayores frente a los nuevos procedimientos	Capacitar e implementar los procedimientos pertinentes
III Evaluación de los procedimientos.	Evaluar y ajustar los procedimientos planteados para la atención de las Personas Mayores usuarias de los servicios de salud del Hospital Simón Bolívar.	Retroalimentar y ajustar los procedimientos.	Ajustar los procedimientos establecidos para las Personas Mayores del Hospital Simón Bolívar

A continuación, se hace una descripción de las acciones requeridas en cada una de las fases anteriormente mencionadas y que dan cuenta de la forma como se fue desarrollando la pasantía en el Hospital Simón Bolívar.

FASE I

En la primera fase, cuyo objetivo fue crear y/o complementar los procedimientos específicos, necesarios para la atención de la persona mayor usuaria de los servicios de salud del Hospital Simón Bolívar, la primera actividad consistió en la presentación oficial del proceso a la entidad y la asesora científica.(Ver cuadro 3)

Posteriormente se solicitaron los procedimientos escritos del Hospital correspondientes a los procesos operativos de (Urgencias, Hospitalización y Consulta Externa). (Ver anexo A) mapa de procesos Hospital Simón Bolívar, presentando un informe ejecutivo del cual se ajustarían las necesidades gerontológicas del usuario mayor. El objetivo de este informe fue realizar el análisis de los procedimientos existentes en los tres servicios del hospital, urgencias, hospitalización y consulta externa. Este se realizó el 10 de Agosto de 2008, visitando el servicio de Calidad del Hospital a través del consolidado existente y realizando el análisis respectivo de los cuales constan a su vez de 400 procedimientos existentes, donde se encuentran también 1200 formatos y 800 documentos entre los que se pueden destacar: guías, instructivos, protocolos y manuales, encontrando las siguientes especificaciones:

- No existen procedimientos específicos para la atención de la Persona Mayor
- La prestación de servicios a personas mayores se realiza a través de tres puntos de ingreso (Urgencias, Hospitalización y Consulta externa) al Hospital Simón Bolívar.
- De la información que se suministre a la persona mayor dependen los procedimientos de atención del Hospital donde se generan momentos de verdad estelares para el cliente Mayor.
- Se prestaron servicios a 19.668 usuarios durante el año 2007, en todas las edades de los cuales 6369 usuarios son Personas Mayores, es decir que corresponde al 36% de la población atendida.

Para la creación de procedimientos y complemento de los mismos, se tuvieron en cuenta criterios tales como calidez en su prestación, oportunidad, puntualidad y rapidez, suficiencia de personal para prestación del servicio, el suministro de información de los servicios ofertados y prestados y mejora en la información sobre la entrega de los medicamentos procesos que impliquen pasos adicionales

para aquellos servicios en los que la Persona Mayor se enfrenta los momentos de verdad estelares, es decir, momentos en que el usuario decide tomar o no el servicio de acuerdo a la orientación y guía que reciba del funcionario, ya que son definitivos para la realización de un trámite durante la visita ya sea ambulatoria y/o hospitalaria o de urgencias (Ver Anexo E), a continuación se encuentra la relación de los procedimientos que fueron creados y/o complementados con enfoque gerontológico para los tres servicios hospitalización, consulta externa y urgencias, logrando ubicar momentos de verdad críticos para que la persona mayor tenga acceso a los servicios en salud.

PROCEDIMIENTOS CREADOS

- **PR-001-001** Ventanilla de Archivo.
- **PR-002-002** Ventanilla de Pagarés.
- **PR-003-003** Entrega de fichas asignación de citas.
- **PR-004-004** Modulo de información.
- **PR-005-005** Ventanilla entrega de laboratorios.
- **PR-006-006** Asignación De citas y toma de exámenes de radiología.
- **PR-007-007** Modulo de información de urgencias.
- **PR-008-008** Suministro de Oxígeno domiciliario.

PROCEDIMIENTOS COMPLEMENTADOS

- **PR-440-001** Ingreso paciente ambulatorio a cirugía programada.
- **PR-324-003** Admisión y egreso de pacientes para cirugía ambulatoria.
- **PR-360-005** Admisión pacientes a sala de observaciones urgencias.
- **PR-340-005** Admisión pacientes a sala observación urgencias.
- **PR-360-009** Facturación atención inicial de urgencias.
- **PR-360-013** Egreso de pacientes de urgencias.
- **PR-360** Atención básica durante la consulta.
- **PR-380-001** Visita a pacientes e información a familiares.
- **PR-350-04** Orientación Prequirúrgica.
- **PR-240-003** Vigilancia.

(Ver anexo 5 procedimientos creados y/o complementados)

Deseando comparar y confirmar la prestación de otros servicios de salud frente al servicio del Hospital Simón Bolívar con dos Entidades Prestadoras de Servicios Hospitalarios Certificados, se tomaron como par de referencia: ***El Instituto de***

Ortopedia Infantil Roosevelt como entidad prestadora de servicio particular y el **Hospital EL TUNAL** como entidad pública.

Se realizaron entonces, observaciones por parte de la pasante en condición de acompañante de una paciente en el **Hospital del Tunal**. Esta observación tomó medio día, realizando un análisis comparativo entre instituciones del mismo nivel de complejidad (III y IV), con el fin de evaluar la atención brindada a la usuaria, quien solicita la realización de un examen de Endoscopia de Vías Digestivas Altas y cita para ser valorada por la especialidad de Gastroenterología. Aspectos encontrados

- Hora de llegada: 6:30 a.m.
- Primer contacto (Vigilante): 7:00 a.m.
- Hora de atención módulo de información: 7:10 a.m.
- Hora de atención en ventanilla facturación Gastroenterología (para endoscopia): 7:58 a.m.
- Solicitud cita para gastroenterología la cual fue asignada para el día 22 de Octubre de 2007.
- Total tiempo de atención 1 hora 28 minutos

De acuerdo a los factores de calidad de servicio hospitalario, se observa un primer momento de verdad (vigilante) frío y descortés, tiempo de atención establecido es a partir de las 7: 00 am. encontrando que el funcionario de FACTURACION inicia labores a las 7: 58 am, y al momento de solicitar información de trámite a seguir, el personal encargado no tiene claro el proceso ya que se direcciona erradamente a la usuaria. Además del tiempo establecido para asignación de citas el cual es a partir de las 7:00 am encontrando que el funcionario de ASIGNACION DE CITAS inicia labores a las 7: 25 am., se encuentra que el funcionario encargado AUXILIAR DE ENFERMERIA de suministrar información a la usuaria sobre el procedimiento a realizar (endoscopia) no realiza ningún contacto verbal con la paciente entregando consentimiento informado para su diligenciamiento sin ninguna orientación además encontrando una oportunidad de cita mayor a 15 días.

Observando entonces, sobre un paciente escogido al azar observando la calidad del servicio y el adecuado manejo de los momentos de verdad, se puede inferir que: no se observa socialización o estandarización del proceso de atención al usuario mayor. sin evidenciar la sensibilización pertinente de los funcionarios sobre atención cálida, especializada y humanizada requerida.

En el ***Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt*** con una paciente, quién estaba cumpliendo una cita de fisioterapia solicitada telefónicamente a su EPS (contributiva) Compensar; al igual que el ejercicio realizado en el hospital del Tunal, se observa que los funcionarios conocen el proceso de atención, se cuenta con un alto grado de compromiso y humanización en cada uno de los funcionarios, se observa resolución oportuna de las necesidades del usuario, así

- Hora de llegada: 11:20 am.
- Primer contacto vigilante: 11:30 am.
- Se procede a iniciar proceso de facturación de cita en el servicio de consulta externa, no se encontró a funcionario encargado de facturación ni de información.
- La funcionaria de servicios generales brinda orientación para ubicar el módulo de información.
- Se ubica módulo de información para resolución de inquietud.
- Se revisa la documentación.
- Se orienta a usuaria hacia el Call Center quienes reprograman cita en la otra institución, la cual fue asignada para el 24 de octubre.

Se evidencia que la atención del funcionario de vigilancia fue amable y cordial. Los funcionarios encargados de facturación e información no se encontraban en el puesto de trabajo, sin embargo, se encontró apoyo adecuado para su ubicación. Se observa que los funcionarios conocen el proceso de atención. Se observa un alto grado de compromiso y humanización en cada uno de los funcionarios. Se observa resolución oportuna de las necesidades del usuario.

Concluyendo, se observa la necesidad en las instituciones observadas, de realizar capacitación a los funcionarios sobre atención humanizada, cálida y oportuna. Se sugiere que las instituciones públicas evalúen los procesos a fin de iniciar planes de mejoramiento, mediante evaluaciones de la percepción del usuario y encuestas que midan la satisfacción de este. De igual manera, mejorar en las instituciones la oportunidad de citas. Se sugiere que la socialización de los procesos de atención realizándolo a todos los niveles de la institución, con el fin de que los funcionario sea capaz de orientar y apoyar al usuario, especialmente al usuario mayor soportado en procesos acordes.

Cuadro 3. Desarrollo del plan de acción

FASE I

OBJETIVO GENERAL:

Proponer la creación de un área especializada de atención para la PERSONA MAYOR usuarias de los servicios de salud del Hospital Simón Bolívar, asegurando la calidad en la prestación del servicio.

OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDAD	FECHA	METODO
Crear y/o complementar los procedimientos específicos, necesario para la atención de la Persona Mayor usuaria de los servicios de salud del Hospital Simón Bolívar	Reconocer y observar la institución de práctica Presentación docente	Agosto 1 de 2007	Reunión
	Solicitar los procesos escritos del Hospital para su análisis	Agosto 10 de 2007	Analizar concluir sobre de los procesos
	Revisar el mapa de procesos del servicio de Urgencias, Consulta externa, Hospitalización	Agosto del 17 al 31 de 2007	Analizar el documento
	Realizar la comparación en la prestación del servicio entre un Hospital del mismo nivel de complejidad como E.S.E con certificación y el instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt como entidad prestadora de servicio particular con certificación.	Septiembre 7-28 de 2007	Realizar el Ciclo de servicio
	Establecer los criterios de selección de procedimientos de cada uno de los servicios y los nuevos a elaborar	Septiembre 7 de 2007	Ciclo de servicios
	Analizar los procedimientos de cada servicio para agregar el valor Gerontológico.	Octubre 5- 19 de 2007	Realizar el Ciclo de servicios
Entrega de resultados	Revisión de los procesos establecidos, y ajustes adicionales	Octubre 26 -3 de 2007	Evaluar y ajustar los procesos

FASE II

A continuación se hace una descripción de las acciones requeridas durante la segunda fase anteriormente mencionada y que dan respuesta a la forma como se desarrollaron los nuevos procedimientos. (Ver cuadro 4)

En la segunda fase, cuyo objetivo fue Implementar los procedimientos creados y/o complementados en un tiempo específico para medir el grado de satisfacción de las Personas Mayores usuarias de los servicios de salud del Hospital Simón Bolívar, la primera actividad consistió en la presentación y permiso a los Jefes de cada servicio –hospitalización, urgencias y consulta externa.

El siguiente paso consistió en informar al personal operativo y asistencial, catorce funcionarios (14 funcionarios) dentro de los cuales se encuentra 2 médicos 3 Auxiliares de enfermería y 9 funcionarios del área administrativa de los procedimientos que se complementaron en los diferentes servicios solicitando su apoyo para implementar los nuevos, comentándoles la importancia de la experiencia y la razón por la cual debían realizar nuevas actividades.

Siguiendo con lo establecido en el plan de acción, se socializaron los procedimientos a los 14 funcionarios de los servicios de urgencias, hospitalización y consulta externa que hacían parte activa de la ejecución de los nuevos procedimientos.

A partir del 1 de Enero del 2008, fecha en la que se implementaron los procedimientos, se seleccionaron aleatoriamente 67 personas mayores que hicieron uso de los servicios de salud del Hospital Simón Bolívar (ver anexo E hoja de registro), en alguno de sus tres servicios: Urgencias, Consulta Externa y Hospitalización a las cuales se le aplicó la encuesta estructurada para medir el grado de satisfacción pre implementación de los procedimientos. (Ver anexo F encuesta de satisfacción de consulta externa; (ver anexo C) encuesta de satisfacción de hospitalización; (ver anexo D) encuesta de satisfacción de Urgencias.

Al analizar los datos tomados en los tres servicios se puede concluir lo siguiente antes de implementar los procedimientos:

PRE IMPLEMENTACION - SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN-

- De acuerdo a las 25 encuestas aplicadas antes de la implementación de los procedimientos propuestos para el servicio de **Hospitalización** se encontró que:

- El 96% de las personas mayores atendidas no cuentan con ventanillas permanentes para solicitar atención.
- Para acceder a los servicios de hospitalización se tardan de 1 a 2 horas.
- El 48% de los pacientes manifiestan que fueron bien atendidos, y el otro 48% manifiestan que la atención brindada fue regular.
- La atención médica en un 72% es buena y en un 20% es regular.
- Al utilizar el servicio de facturación, la atención fue regular.
- El 44% de personas mayores manifiestan que la atención recibida por el servicio de vigilancia es regular, y el otro 44% la atención recibida fue buena.
- Durante la estancia hospitalaria si fue respondido el llamado al personal solicitado en un 52%, en cambio el 48% manifiesta que no fue respondido el llamado.
- Manifestaron que la dieta formulada por el médico es regular en cuanto a su presentación, temperatura y sabor.
- La entrega de medicamentos se debe esperar entre 1 a 2 horas y que no se los entregan completos.
- La atención brindada por en el servicio de hospitalización es buena en un 48%, es regular en un 40%.
- La información brindada por el médico tratante se realiza de manera incompleta en un 68%.
- Las personas mayores encuestadas manifiestan en el 60% que el servicio de lavandería (cambio de tendidos) fue regular.

PRE IMPLEMENTACION SERVICIO DE URGENCIAS

De acuerdo a las 19 encuestas aplicadas antes de la implementación de los procedimientos propuestos para el servicio de **urgencias** se encontró que:

- El 68% de las personas atendidas no cuentan con ventanillas permanentes para la atención.

- El tiempo para acceder al servicio de triage fue de 30 minutos a 1 hora.
- Para ingresar al servicio de admisiones de urgencias el tiempo de espera fue de 30 minutos a 1 hora.
- El tiempo de atención para acceder al servicio médico oscila entre 1 y 2 horas.
- El 47% de las personas mayores manifiestan que el tiempo utilizado para realizar los trámites de salida duró de 1 a 2 horas.
- El tipo de atención que recibieron del médico fue regular, así mismo como la atención recibida por el facturador, la vigilancia.
- La información para los trámites de salida no fue completa.
- La información sobre su enfermedad fue incompleta, como la información brindada posterior a la consulta y a los familiares y/o acompañantes.
- El aseo de los consultorios, pasillos, baños y servicio de lavandería fue regular.

PRE IMPLEMENTACION SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA.

De acuerdo a las 23 encuestas aplicadas antes de la implementación de los procedimientos propuestos para el servicio de **Consulta Externa** se encontró que:

- El 100% de de los usuarios no cuentan con ventanillas especiales permanentemente.
- El tiempo de facturación se encuentra entre 30 minutos y 1 hora, y un 27% tarda más de 1 hora para facturar un servicio.
- Para recibir la atención médica se requiere esperar de 30 minutos a 1 hora.
- La atención recibida por el personal de enfermería. el facturador fue regular
- La atención recibida por el personal médico y de vigilancia fue buena.
- Los funcionarios que asignaron la ficha y la cita también prestaron un servicio regular.

- El examen que se realizó durante la consulta fue incompleto.
- La información brindada sobre enfermedad y su tratamiento fue incompleta.
- La entrega de medicamentos se tardan entre 1 a 2 horas y que no se los entregan completos.
- El aseo de las instalaciones hospitalarias fue regular e inadecuado.

Cuadro 4. Desarrollo del plan de acción

FASE II

OBJETIVO GENERAL:

Proponer la creación de un área especializada de atención para la PERSONA MAYOR usuarias de los servicios de salud del Hospital Simón Bolívar, asegurando la calidad en la prestación del servicio.

OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDAD	FECHA	METODO
Implementar los procedimientos creados y/o complementarlos en un tiempo específico.	Solicitar a los Jefes de servicio el permiso para desarrollar las actividades programadas.	Diciembre 6 al 20 de 2008	Reunión
	Informar al personal operativo sobre el proceso que se llevaría.	Diciembre 24 al 30 de 2008	Reunión
	Socializar los procedimientos por servicio e implementación de los mismos.	Enero 1 al 29 de Febrero de 2008	Capacitación
	Elegir aleatoriamente personas mayores para la aplicación de dicha encuesta.	Marzo 3 al 28 de 2008	Hoja de registro para los tres servicio
Medir el grado de satisfacción de las Personas Mayores frente a los nuevos procedimientos	Aplicación de la encuesta estructurada por servicio pre implementación de procedimientos (Consulta externa, urgencias y Hospitalización) Análisis y conclusiones	Marzo 4 al 31 de marzo de 2008	Diligenciar encuesta estructurada

FASE III

En esta parte, se realiza descripción de las acciones requeridas durante la tercera fase, cuyo objetivo específico, de esta Fase fue evaluar y ajustar los procedimientos planteados para la atención de las Personas Mayores usuarias de los servicios de salud del Hospital Simón Bolívar. (Ver cuadro 5).

En la primera actividad se evaluaron los procedimientos implementados según las necesidades de los usuarios seleccionados en la fase II, esto fue un ejercicio práctico, utilizando el método ciclo de servicios (ver anexo E) -Formato ciclo de servicios- el desarrollo del procedimiento inicialmente establecido; ajustando los procedimientos de acuerdo a las necesidades de los usuarios.

Se aplicaron las encuestas estructuradas en los tres servicios del Hospital Simón Bolívar, Hospitalización, Consulta Externa y Urgencias; a las 67 personas mayores de la fase anterior con el fin de establecer el grado de satisfacción comparado y posteriormente poder implementar los procesos ajustados.

La tabulación de la información se realizó por medio del programa de EPIDINFO el cual, muestra de manera numérica y gráfica el grado de satisfacción de las personas que reciben atención en los diferentes servicios del hospital.

Posteriormente se realiza la medición y comparación de los resultados con los cuales se plantea la propuesta de construcción de un **área especializada de atención para la persona mayor del Hospital Simón Bolívar**, incluyendo su caracterización.

El análisis de los datos post implementación de nuevos procedimientos y los implementados:

ANALISIS POST IMPLEMENTACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE CONSULTA EXTERNA

De acuerdo a las 23 encuestas aplicadas posteriormente a la implementación de los procedimientos en el servicio de **Consulta Externa** se puede inferir que:

- El 95% de los usuarios cuentan con ventanillas especiales permanentemente.
- El tiempo de facturación se encuentra entre 30 minutos y 1 hora, y un 27% tarda más de 1 hora para facturar un servicio.

- Para recibir la atención médica se requiere esperar de 15 a 30 minutos.
- La atención del personal de enfermería, médico, facturador y de vigilancia fue buena durante la realización del trámite.
- Los funcionarios que asignaron la ficha y la cita también recibieron una atención buena y en un 8% excelente.
- El examen que se realizó durante la consulta fue completo.
- La información brindada sobre enfermedad y su tratamiento fue completa.
- La entrega de medicamentos se tardan entre 0 a 30 minutos y el otro 62% se los entregaron completos.
- El 58% de personas encuestadas manifiestan que el aseo de las instalaciones es adecuado, y un 41% manifestó que el aseo de las instalaciones es regular.

POS IMPLEMENTACION DE PROCEDIMIENTOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS

De acuerdo a las 19 encuestas aplicadas posterior a la implementación de los procedimientos en el servicio de **urgencias** se infiere que:

- El 100% de las personas atendidas manifestaron tener a disposición ventanillas para la atención.
- El tiempo para acceder al servicios de triage fue de 15 a 30 minutos.
- Para ingresar al servicio de admisiones de urgencias el tiempo de espera fue de 30 minutos a 1 hora.
- El tiempo de atención para acceder al servicio médico osciló entre 15 a 30 minutos.
- El 47% de las personas mayores manifiestan que el tiempo utilizado para realizar los trámites de salida duró de 15 a 30 minutos.
- El tipo de atención que recibieron del médico fue buena, así mismo como la atención recibida por el facturador.
- El 10% manifestó que la atención recibida por el servicio de vigilancia fue excelente.

- El 26% de las personas encuestadas manifestó que la información brindada sobre su enfermedad y su tratamiento fue completa.
- La información que se brindó posterior a la consulta y a los familiares y/o acompañantes fue completa.
 - El aseo de los consultorios, pasillos, baños y servicio de lavandería fue adecuado

POS IMPLEMENTACION DE PROCEDIMIENTOS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

De acuerdo a las 25 encuestas aplicadas posterior a la implementación de los procedimientos en el servicio de **Hospitalización** se infiere que:

- El 96% de las personas mayores atendidas en el Hospital Simón Bolívar manifiestan contar con ventanillas permanentes para solicitar atención.
- Para acceder a los servicios de hospitalización se tardan de 30 a 1 horas.
- El 60% de los pacientes manifiestan que fueron bien atendidos,
- La atención médica en un 60% es buena y en un 20% es regular.
- Al utilizar el servicio de facturación fueron bien atendidos.
- El 80% de personas mayores manifiestan que la atención recibida por el servicio de vigilancia es bueno, y el otro 20% que la atención recibida fue excelente.
- Durante la estancia hospitalaria si fue respondido el llamado al personal solicitado en un 72%, en cambio el 28% manifiesta que no fue respondido el llamado.
- Manifestaron que la dieta formulada por el médico es buena en cuanto a su presentación, temperatura y sabor.
- La entrega de medicamentos se debe esperar de 30 a 1 hora y que no se los entregan completos.
- La atención brindada por en el servicio de hospitalización es buena en un

56%, es regular en un 38%.

La información brindada por el médico tratante fue completa en un 68%.

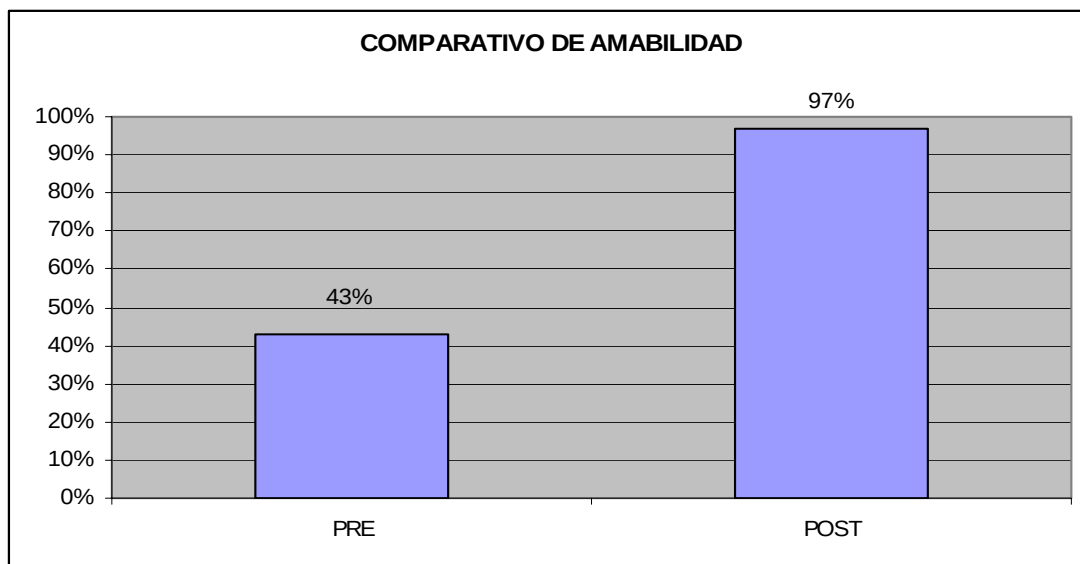
El servicio de lavandería fue regular, y el otro 40% manifestó que es adecuado e la institución.

A continuación se encuentra el análisis comparativo basado en los resultados de las encuestas aplicadas en los tres servicios hospitalización, consulta externa y urgencias evidenciándose lo siguiente:

ANALISIS COMPARATIVO PRE Y POST IMPLEMENTACION

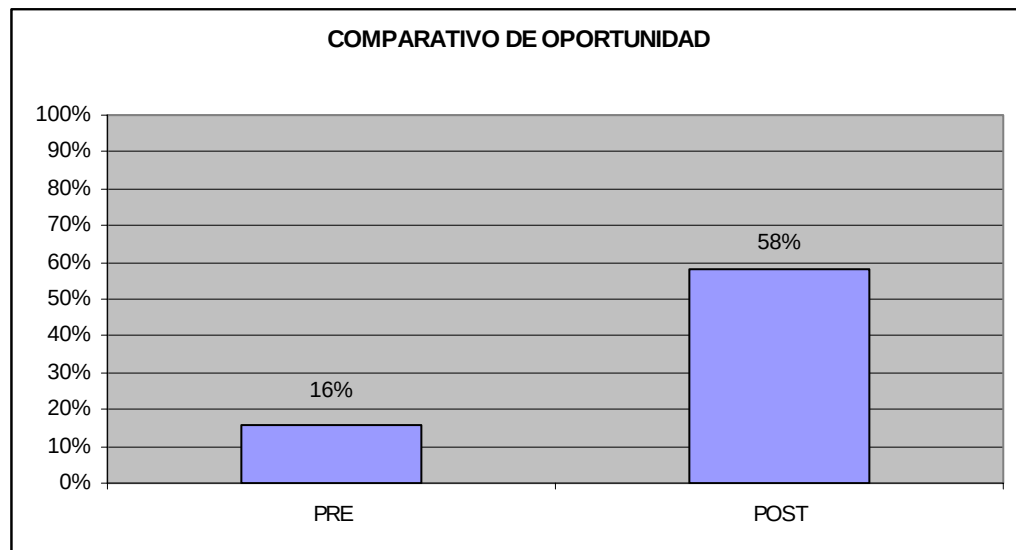
Después de realizar el análisis pre y post implementación de los procedimientos se observa un marcado aumento en la satisfacción manifestada por la persona mayor en los aspectos evaluados, así:

AMABILIDAD



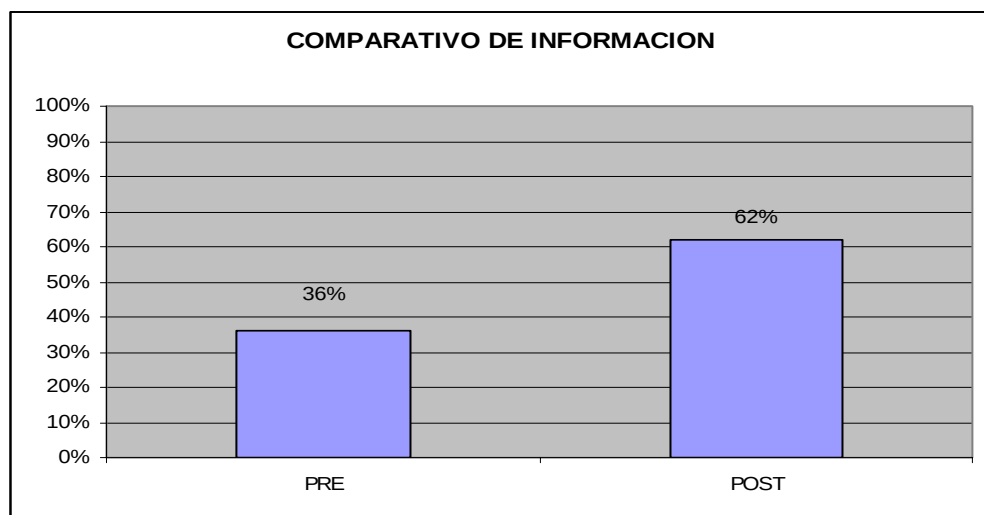
La satisfacción manifestada por el usuario en cuanto al trato recibido por parte del personal asistencial y administrativo presentó un aumento significativo variando de 43% a 97%.

OPORTUNIDAD



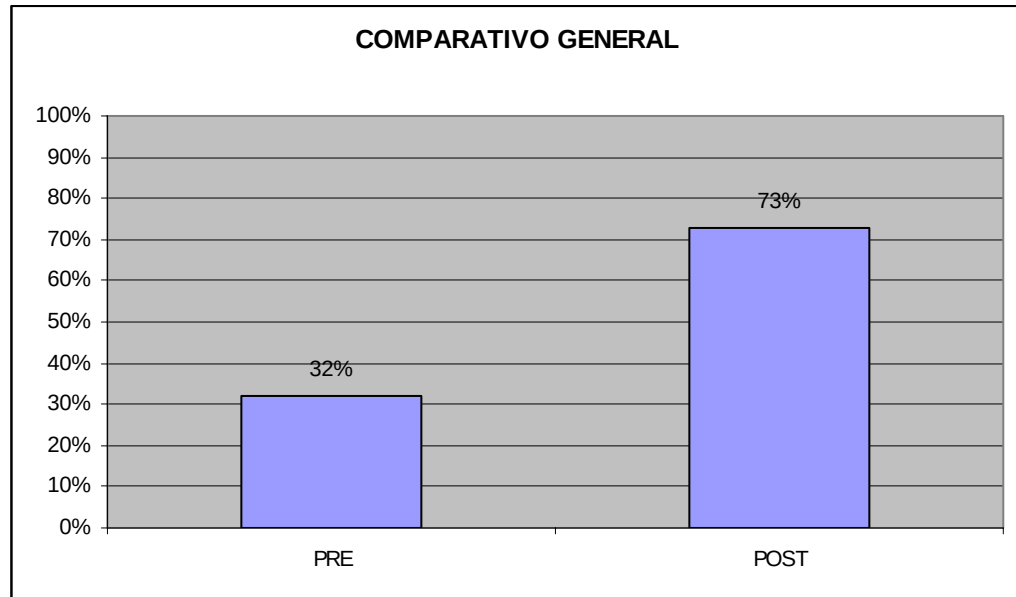
La satisfacción manifestada por el usuario en cuanto a la oportunidad para acceder a los servicios de salud presentó un aumento significativo variando de 16% a 58%

INFORMACION E INFORMACIÓN



La satisfacción manifestada por el usuario en cuanto a la información recibida presentó un aumento significativo variando de 36% a 62%.

SATISFACCION GENERAL



La satisfacción general manifestada por el usuario en cuanto a oportunidad, amabilidad e información recibida aumento de un 32% a 73%. En los tres servicios consulta externa, urgencias y hospitalización.

De acuerdo a todo lo anterior, es importante y significativa la propuesta para la creación del área de atención especializada para las personas mayores que solicitan servicios en el Hospital Simón Bolívar, la cual se construyó partiendo de las necesidades de la Persona Mayor, con base en los conocimientos teórico-prácticos que da la Gerontología, la integralidad de la persona con enfoque administrativo en una institución prestadora de servicios de salud pública. (ver cuadro 6 caracterización del área especializada)

Cuadro 5. Desarrollo del Plan de Acción

FASE III

OBJETIVO GENERAL:

Proponer la creación de un área especializada de atención para la persona mayor usuarias de los servicios de salud del Hospital Simón Bolívar, asegurando la calidad en la prestación del servicio.

OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDAD	FECHA	METODO
Evaluar y ajustar los procedimientos planteados para la atención de las Personas Mayores usuarias de los servicios de salud del Hospital Simón Bolívar.			
	Ajustar los procedimientos implementados	Mayo1 al 31 de 2008	Revisión documental
	Aplicación de la encuesta estructurada por servicio post implementación de procedimientos en (Consulta externa, urgencias y Hospitalización	Junio 16 al 25 de 2008	Diligenciar encuesta estructurada
	Tabulación de encuestas	Junio 30 a Julio 31 de 2008	Tabulación
	Medición de la información	Agosto 1 al 31 de 2008	Análisis
	Comparación de resultados (encuestas aplicadas pre y post)	Septiembre 1 al 30 de 2008	Análisis de datos
Presentación de resultados	Conclusiones Presentación magistral , entrega de propuesta de creación del área	Octubre 4 de 2008	Presentación magistral

6. CONCLUSIONES

1. Se crearon y complementaron los procedimientos específicos del Hospital Simón Bolívar para la atención de las personas mayores, los creados fueron:

Ventanilla de Archivo, Ventanilla de Pagares, Entrega de fichas asignación de citas, Modulo de información, Ventanilla entrega de laboratorios, asignación de citas y toma de exámenes de radiología, modulo de información de urgencias y Suministro de Oxígeno domiciliario.

Para la implementación de los procedimientos con enfoque gerontológico se tuvieron en cuenta los siguientes

Ingreso paciente ambulatorio a cirugía programada, admisión y egreso de pacientes para cirugía ambulatoria., admisión pacientes a sala de observaciones urgencias, admisión pacientes a sala observación urgencias, facturación atención inicial de urgencias, egreso de pacientes de urgencias, atención básica durante la consulta, visita a pacientes e información a familiares, orientación Prequirúrgica, y el procedimiento de Vigilancia.

2. Se implementaron los procedimientos en los servicios de urgencias, hospitalización y consulta externa encontrando que la satisfacción general manifestada por los usuarios en cuanto a oportunidad, amabilidad e información recibida aumentó de un 32% a 73%.
3. Se evaluaron y ajustaron los procedimientos tales como: ventanilla de archivo, entrega de fichas, asignación de citas, toma de exámenes de laboratorio, modulo de información, egreso de pacientes de urgencias, atención básica durante la consulta, visita e información a los familiares y el procedimiento de vigilancia ya que se presentaron momentos de verdad estelares para acceder a los servicios de salud por cualquiera de sus tres servicios: consulta externa, hospitalización y urgencias, observándose un gran aumento en la satisfacción manifestada de las personas mayores así: amabilidad de un 43% a 97%; oportunidad de un 16% a 58% , información de un 36% a 62%.
4. Implementar la propuesta le permite al Hospital Simón Bolívar prestar servicios de salud con calidad, y ser pionero en las entidades públicas de contar con un área especializada para la atención de la Persona Mayor, contribuyendo al mejoramiento en la calidad de vida de esta población.

5. En un porcentaje significativo el grado de satisfacción de las personas mayores atendidas en el Hospital Simón Bolívar se incremento en los tres servicios hospitalización, consulta externa y urgencias, debido a la implementación de los procedimientos propuestos de un 32% a 73%.
6. El proceso para acceder al servicio de salud es demasiado largo y costoso para la persona Adulta Mayor; puesta que la tramitología se hace más extensa, ocasionado que se asignen con mucha postergación las citas y procedimientos solicitados por la persona mayor.
7. No se encuentran establecidos los procedimientos específicos para la atención de la persona mayor en los tres servicios consulta externa, urgencias y hospitalización.
8. Los servicios que tienen más incidencia en los costos y demora es el de adjudicación de citas, módulo de información, laboratorio clínico y en mayor proporción el de facturación no se cuenta con procedimiento específico para la atención de la persona mayor, que sea más efectivo.
9. La Capacidad con que cuenta el Hospital Simón Bolívar es insuficiente para la cantidad de usuarios potenciales del sector; aunque el hospital hace grandes esfuerzos par cubrir las necesidades de los usuarios que atiende en sus tres servicios no cuenta con la cantidad de personal capacitado en Geriatría, ni Gerontología que ayude a mejorar el servicio en la especificidad que necesita.
10. Se evidencia la importancia de implementar los procedimientos en pro de prestar un servicio con calidad para las personas mayores por sus condiciones de vulnerabilidad.

7. RECOMENDACIONES

- Se recomienda al Hospital Simón Bolívar que se implemente la propuesta del área especializada para la atención de la persona mayor, como producto final de la pasantía.
- Capacitar al personal acerca del manejo del usuario Adulto Mayor y las técnicas especializadas sobre la forma y el suministro de la comunicación asertiva.
- Capacitar al personal de vigilancia en trato cortesía y técnica de comunicación hacia el usuario Adulto mayor, público en General, sabiendo que ellos son la imagen y primer momento de verdad que tiene el usuario frente a la Institución.
- Socializar los procedimientos a los funcionarios, logrando establecer vínculos de comunicación entre las diferentes áreas con que cuenta el hospital Simón Bolívar.
- Cambiar y mejorar los procedimientos que se implementaron y complementaron desde el área de atención al usuario, apoyándolas con procesos de calidad.
- Se sugiere que se haga seguimiento a los procedimientos establecidos desde el área establecida, para medir el grado de satisfacción de las personas mayores.
- Realizar actividades de sensibilización y humanización a los funcionarios sobre el proceso de envejecimiento y su influencia en el medio hospitalario.

El quehacer del gerontólogo dentro de las Empresas Sociales del Estado, se refleja durante la ejecución de este trabajo, a través de dos roles:

1. *El rol Administrativo:* se refleja al interior de la organización en todo el proceso de gestión de la pasantía, durante la cual se implementaron ocho procedimientos con los cuales se brindó a la población un servicio preferencial, sin que implicara un sobre costo para el área financiera del hospital ni para el usuario.

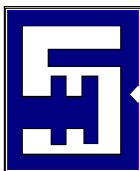
Así mismo, durante el proceso de pasantía se realizó una intervención administrativa en las áreas de consulta externa, urgencias y hospitalización, en las cuales se identificaron los momentos de verdad, que permitieron diseñar y complementar los procedimientos, mejorando el nivel de satisfacción de los adultos que hacen uso de estos servicios.

2. *El rol Asistencial:* se encuentra inmerso en la prestación de un servicio de salud, permitiendo trabajar interdisciplinariamente, orientando y apoyando a la persona mayor en los aspectos relacionados con la atención en salud como:

- Orientación posterior a la consulta médica
- Seguimiento al suministro de medicamentos
- Intervención en el entorno socio familiar
- Asistencia al usuario sobre el acceso a los servicios en salud.

Estas intervenciones permitieron que los usuarios manifestaran un mayor grado de satisfacción como se observó en las encuestas realizadas durante la pasantía (**ver anexo G**).

Cuadro. 6 Caracterización del área especializada



**CARACTERIZACION PROCESO DEL AREA
ESPECIALIZADA DE ATENCION PARA LA PERSONA MAYOR**



OBJETIVO: Brindar a la Persona Mayor orientación y apoyo con enfoque gerontológico para la realización de los trámites administrativos relacionados con la atención en los servicios de salud, sin dejar de lado la integralidad del cliente.

DUEÑO DEL PROCESO: Gerontólogo

INICIO		FIN
Solicitudes de la Persona Mayor		Orientación, apoyo y resolución a las solicitudes de la Persona Mayor.
ENTRADAS		SALIDAS
Historia clínica (gerontológica) Historia clínica Bases de datos (SDS, DAPD, DNP, FOSYGA) Solicitudes interdisciplinarias		Ubicación Administrativa de la Persona Mayor Identificación de la seguridad social de la Persona Mayor. Respuesta de conducta administrativa.
RECURSOS	REQUISITOS A CUMPLIR	INTERRELACION DE PROCESOS
Recurso humano	Constitución política de 1991 Artículo 00110 de la secretaria de Salud sobre las condiciones mínimas en la prestación del servicio a la Persona Mayor	PROVEEDORES: Consulta externa, Urgencias, Hospitalización, Talento humano, sistemas de información, calidad y planeación de la dirección.

Infraestructura	Leyes como la 1117 de 2007, cuyo objeto es conceder a las personas mayores de 62 años algunos beneficios específicos garantizando sus derechos,	CLIENTE: Consulta externa, Urgencias, Hospitalización, sistemas de información, calidad y planeación de la dirección
	Ley 100 de 1993 por la cual se crea el sistema general de seguridad social.	
Equipos tecnológicos	Ley 1122 de enero de 2007 por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema de Seguridad en salud.	
	Acuerdo 306 de 2005 por medio del cual se define el plan obligatorio de salud del régimen subsidiado.	
Papelería	Acuerdo 72 y 74 de 1993 CNSSS por medio del cual se adiciona el plan de beneficios del régimen subsidiado.	
	Ley 87 de 1993 establece que el control es el sistema integrado por el esquema de organización, el conjunto de planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adaptados por una entidad.	

PRINCIPALES ACTIVIDADES		
PLANEAR	HACER	VERIFICAR - ACTUAR
Plan de acción anual Programación de capacitaciones a funcionarios. Programación de capacitaciones a Personas Mayores. Programación de capacitaciones jefes de servicio.	Información y orientación a la persona mayor. Registro de base de datos. Diligenciamiento de historia clínica gerontológica. Comprobación de derechos en salud. Atención de interconsultas por la especialidad que lo requiera. Apoyo en tramitar y agilizar autorizaciones con las EPS-S Coordinar actividades con las Personas Mayores Divulgación de Información al cliente interno y externo.	Aplicación de encuestas de satisfacción. Estadística de la población atendida en el área especializada.
INDICADORES		SEGUIMIENTO DEL PROCESO
Encuestas: N° de encuestas aplicadas/ total de encuestas aplicadas X 100.		Seguimiento a la satisfacción de la Persona Mayor
Solicitudes:		

N° de solicitudes con respuesta / total de solicitudes recibidas X 100		Seguimiento a las acciones de mejora
PROCEDIMIENTOS CONTENIDOS POR EL AREA		
DOCUMENTOS		
<u>CREADOS</u> • PR-001-001 Ventanilla de Archivo. • PR-002-002 Ventanilla de Pagares. • PR-003-003 Entrega de fichas asignación de citas. • PR-004-004 Modulo de información. • PR-005-005 Ventanilla entrega de laboratorios. • PR-006-006 Asignación De citas y toma de exámenes de radiología. • PR-007-007 Modulo de información de urgencias. • PR-008-008 Suministro de Oxigeno domiciliario.		<u>COMPLEMENTADOS</u> • PR-440-001 Ingreso paciente ambulatorio a cirugía programada. • PR-324-003 Admisión y egreso de pacientes para cirugía ambulatoria. • PR-360-005 Admisión pacientes a sala de observaciones urgencias. • PR-340-005 Admisión pacientes a sala observación urgencias. • PR-360-009 Facturación atención inicial de urgencias. • PR-360-013 Egreso de pacientes de urgencias. • PR-360 Atención básica durante la consulta. • PR-380-001 Visita a pacientes e información a familiares. • PR-350-04 Orientación Prequirúrgica. • PR-240-003 Vigilancia.

BIBLIOGRAFIA

ALBRECHT Karl y Zemke Ron, LA GERENCIA DEL SERVICIO, Legis S.A., Santafé de Bogotá D.C., 1992, 237 p..

CHIAVENATOS, Adalberto. Introducción a la teoría general de la administración. Mac Graw Hill, México: 1990, P. 45.

Fundación Amigos Solidarios “Nunca Solo”. Derechos y Protecciones del Adulto Mayor. Ediciones Doctrina y Ley Ltda. Bogotá, Colombia. 2006, 534 p.

GENDRON, George. *Servicio al cliente*. Editorial, Norma, 2001

GOMEZ, Saavedra Eduardo, Control total de la calidad, RAM, Editores 2000; Guía para participantes, UN PASO ADELANTE, Corporación calidad. 2001.

GRACE J. Graig, Desarrollo Psicológico, Prentice Hall, 1997, P. 759-

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN. Normas Colombianas para la presentación de tesis de grado. Bogotá: ICONTEC., 2006, (NTC 1486 quinta actualización, 1487 segunda actualización, 1160 segunda actualización, 1308 segunda actualización, 1307 segunda actualización).

KARL, Albrecht- Lawrence J- Bradford. “La excelencia en el servicio”, Editorial 3R.1998.

Ley 100/93. Sistema de Seguridad Social Integral. Edición 2007. Título preliminar. Sistema de Seguridad Social Integral. Capítulo I. Principios Generales, Art 1-4.

MALDONADO Cortes Edgardo Andrés, Compilador. Código de Policía de Bogotá: Acuerdo 079 de 2003. Bogotá: Ediciones Jurídicas Gustavo Ibáñez, 2003, Artículo 44. 391 p.

MEJIA, Braulio. Gestión De Procesos. Serie Gerencia En Salud. Santa Fe de Bogotá, Colombia.1998.

ORJUELA, Norma. “Humanice la Prestación de sus Servicios de Salud”, Editorial Corona. 2001.

PARAMO, José Ernesto. Auditoria de La Salud. Curso Teórico Práctico en Diez Módulos. Medellín, Colombia.2002.

SERNA, Gómez Humberto. Servicio al Cliente. Métodos de auditoria y medición. Editorial 3R: Bogotá, Colombia. 1999, 222 p.

THOMSON. Fundamentos de marketing de servicios. Conceptos, estrategias y casos. Segunda edit. México, Ingramex. 2002.

VELÁSQUEZ, Ospina Hugo León, Manual práctico perfil de desempeño profesional, , Edición 1 octubre 2001.

Decreto 205 de 2003 Por el cual se determinan los objetivos, la estructura orgánica y las funciones del Ministerio de la Protección Social y se dictan otras disposiciones.

Resoluciones 002 de 2003 y 0996 de 2007. Creación y organización de Grupos Internos de Trabajo.

CENTRO DE GESTION HOSPITALARIA. Rrequisitos mínimos de funcionamiento para las Instituciones que prestan servicios de atención y protección integral a los adultos mayores en las diferentes modalidades. 2006

Ministerio de la Protección Social. Política Nacional del Adulto Mayor. 2007

Ministerio de la Protección Social. Lineamientos Técnicos para la ejecución de proyectos territoriales de atención integral del Adulto Mayor 2007

Documento de Colombia en el Foro de Santa Cruz de la Sierra - Bolivia, EL ENVEJECIMIENTO Y SU ATENCIÓN EN COLOMBIA: UN BALANCE Y PERSPECTIVAS, 2001

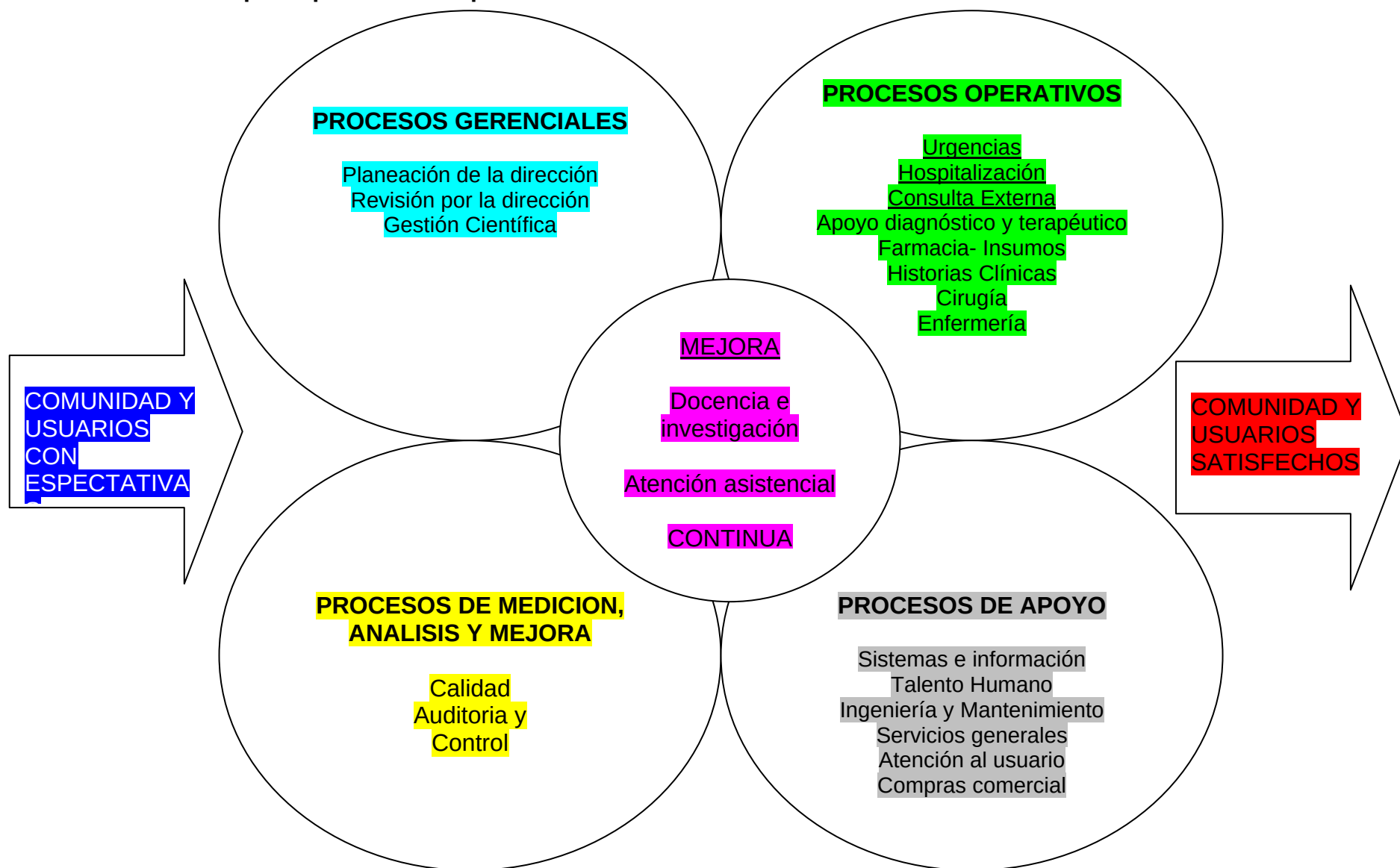
Ley 789 de 2002: Por la cual se dictan normas para apoyar el empleo y ampliar la protección social y se modifican algunos artículos del Código Sustantivo de Trabajo.

Ley 1151 de 2007 por la cual se expide el Plan nacional de Desarrollo 2006-2010

Universidad Javeriana. Instituto de Envejecimiento. Envejecer en Colombia, Aportes para una Política en Vejez y Envejecimiento. 2006.

ANEXOS

Anexo A. Mapa de procesos Hospital Simón Bolívar III nivel



Anexo B. Portafolio de Servicios del Hospital Simón Bolívar



Anexo C. Encuesta de Satisfacción Consulta Externa Hospital Simón Bolívar ESE III Nivel



OBJETIVO:

Conocer el grado de satisfacción de las Personas Mayores que acceden a los servicios de salud en Consulta Externa del Hospital Simón Bolívar ESE III nivel.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

1. MARQUE CON UNA X EL SERVICIO EN EL QUE FUE ATENDIDO:

1.1	Facturación de consulta externa.	1.7	Caja Principal
1.2	Modulo de información	1.8	Ventanillas de asignación de citas
1.3	Laboratorio Clínico	1.9	Servicio de vigilancia
1.4	Consultorios de consulta externa	1.10	Consultorio de Quirúrgicos
1.5	Farmacia de consulta externa	1.11	Radiología
1.6	Archivo	1.12	Oficina de Atención al usuario

ACCESO Y OPORTUNIDAD

2. ¿TUVO A SU DISPOSICIÓN VENTANILLAS ESPECIALES PARA SOLICITAR SU ATENCIÓN?

1. SI	2. NO
-------	-------

3. ¿CUANTO TIEMPO SE DEMORO PARA FACTURAR LA CITA SOLICITADA?

1 INMEDIATA	2 15 A 30 MINUTOS	3 30' A 1 HORA
4 1 HORA A 2 HORAS	5 Mayor A 2 HORAS	

4. ¿CUANTO TIEMPO SE DEMORO PARA ACCEDER AL SERVICIO MEDICO?

1 INMEDIATO	2 15 A 30 MINUTOS	3 30 A 1 HORA
4 1 HORA A 2 HORAS	5 MAYOR A 2 HORAS	

EL PERSONAL QUE LE ATENDIÓ FUE:

5. EL PERSONAL DE ENFERMERIA LO ATENDIO :

1. Excelente	2. Bien	3. Regular	4. Mal
--------------	---------	------------	--------

6. EL MEDICO LO ATENDIO:

1. Excelente	2. Bien	3. Regular	4. Mal
--------------	---------	------------	--------

7. EL FACTURADOR LO ATENDIO:

1. Excelente	2. Bien	3. Regular	4. Mal
--------------	---------	------------	--------

8. EL PERSONAL DE VIGILANCIA LE ATENDIO:

1. Excelente	2. Bien	3. Regular	4. Mal
--------------	---------	------------	--------

9. LOS ORIENTADORES O FUNCIONARIOS QUE ASIGNARON LA FICHA LO ATENDIERON:

1. Excelente	2. Bien	3. Regular	4. Mal
--------------	---------	------------	--------

10. SI SOLICITO CITA PRESENCIAL LOS FUNCIONARIOS QUE ASIGNARON LA CITA LE ATENDIERON:

1. Excelente	2. Bien	3. Regular	4. Mal
--------------	---------	------------	--------

11. ¿CÓMO CONSIDERA USTED QUE LE PRACTICARON UN EXAMEN EN SU CITA MEDICA?

1. COMPLETA	2. INCOMPLETA	3. NO LO REALIZARON
-------------	---------------	---------------------

INFORMACION

12. CONSIDERA QUE LA ORIENTACIÓN SUMINISTRADA POR EL FUNCIONARIO DE ASIGNACIÓN DE FICHAS FUE:

1. COMPLETA	2. INCOMPLETA	3. NO LE DIO INFORMACION
-------------	---------------	--------------------------

13. DURANTE LA CONSULTA LE BRINDARON INFORMACIÓN SOBRE SU ENFERMEDAD:

1. COMPLETA	2. INCOMPLETA	3. NO LE DIO INFORMACION
-------------	---------------	--------------------------

14. DURANTE LA CONSULTA LE BRINDARON INFORMACION SOBRE SU TRATAMIENTO

1. COMPLETA	2. INCOMPLETA	3. NO LE DIERON INFORMACION
-------------	---------------	-----------------------------

15. ¿SI UTILIZO EL SERVICIO DE FARMACIA, EN CUANTO TIEMPO LO ATENDIERON?

1. 0 A 30'	2. 30 A 60'	3. 1 HORA A 2 HORAS	4. MAYOR A DOS HORAS
------------	-------------	---------------------	----------------------

16. ¿EN FARMACIA LE ENTREGARON LOS MEDICAMENTOS?

1. COMPLETOS	2. INCOMPLETOS	3. NO SE LOS ENTREGARON
--------------	----------------	-------------------------

LOGISTICA HOSPITALARIA

17. CONSIDERA USTED QUE LA LIMPIEZA DE LAS INSTALACIONES, CONSULTORIOS, PASILLOS, BAÑOS ES:

1. ADECUADAS	2. REGULARES	3. INADECUADAS
--------------	--------------	----------------



**Anexo D. Encuesta de Satisfacción Hospitalización
Hospital Simón Bolívar
ESE III Nivel**



OBJETIVO:

Conocer el grado de satisfacción de las Personas Mayores que acceden los servicios de salud de Hospitalización del Hospital Simón Bolívar ESE III nivel.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

1. MARQUE CON UNA X EL SERVICIO EN EL QUE FUE HOSPITALIZADO

1.1	QUIRURGICOS	1.4	UNIDAD DE SALUD MENTAL	1.7	UNIDAD DE SALUD MENTAL
1.2	GINECOLOGIA	1.5	UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO.	1.8	SALA DE PARTOS
1.3	MEDICINA INTERNA	1.6	URGENCIAS	1.9	UNIDAD DE QUEMADOS

ACCESO Y OPORTUNIDAD

2. ¿TUVO A SU DISPOSICIÓN VENTANILLAS ESPECIALES PARA INGRESAR AL SERVICIO DE HOPITALIZACION?

2. SI	3. NO
-------	-------

4. ¿CUANTO TIEMPO SE DEMORO PARA INGRESAR AL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN?

1 INMEDIATA	2 15 A 30 MINUTOS	3 30' A 1 HORA
4 1 HORA A 2 HORAS	5. Mayor A 2 HORAS	

EL PERSONAL QUE LE ATENDIÓ FUE:

5. EL PERSONAL DE ENFERMERIA LO ATENDIO :

1. Excelente	2. Bien	3. Regular	4. Mal
--------------	---------	------------	--------

6. EL MEDICO LO ATENDIO:

1. Excelente	2. Bien	3. Regular	4. Mal
--------------	---------	------------	--------

7. EL FACTURADOR LO ATENDIO:

1. Excelente	2. Bien	3. Regular	4. Mal
--------------	---------	------------	--------

8. EL PERSONAL DE VIGILANCIA LE ATENDIO:

1. Excelente	2. Bien	3. Regular	4. Mal
--------------	---------	------------	--------

9. DURANTE LA HOSPITALIZACION SU LLAMADO FUE ATENDIDO POR EL PERSONAL SOLICITADO:

1. SI	2. NO
-------	-------

10. DE ACUERDO CON LA DIETA FORMULADA POR EL MEDICO, COMÓ LE PARECIO: SABOR, PRESENTACION Y TEMPERATURA DE LAS COMIDAS?

1. Excelente	2. Bien	3. Regular	4. Mal
--------------	---------	------------	--------

11. ¿SI UTILIZO EL SERVICIO DE FARMACIA, EN CUANTO TIEMPO LO ATENDIERON?

1. 0 A 30'	2. 30 A 60'	3. 1 HORA A 2 HORAS	4. MAYOR A DOS HORAS
------------	-------------	---------------------	----------------------

12. ¿EN FARMACIA LE ENTREGARON LOS MEDICAMENTOS?

1. COMPLETOS	2. INCOMPLETOS	3. NO SE LOS ENTREGARON
--------------	----------------	-------------------------

13. ¿CONSIDERA QUE LA INFORMACION DADA SOBRE LOS TRAMITES (diligenciamientos de la salida y el pago de la cuenta) A SEGUIR PARA EL EGRESO DEL PACIENTE FUE?

1. COMPLETA	2. INCOMPLETA	3. NO LE DIERON INFORMACION
-------------	---------------	-----------------------------

14. ¿CONSIDERA USTED QUE LA ATENCIÓN SUMINISTRADA EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN FUE:

1. Excelente	2. Bien	3. Regular	4. Mal
--------------	---------	------------	--------

15. ¿CONSIDERA QUE LA INFORMACION DADA POR EL MEDICO EN EL MOMENTO DE SU EGRESO DEL HOSPITAL FUE:

1. COMPLETA	2. INCOMPLETA	3. NO LE DIERON INFORMACION
-------------	---------------	-----------------------------

LOGISTICA HOSPITALARIA

16. ¿CONSIDERA USTED QUE LA LIMPIEZA DE LAS INSTALACIONES, CONSULTORIOS, PASILLOS, BAÑOS FUE:

1. ADECUADAS	2. REGULARES	3. INADECUADAS
--------------	--------------	----------------

17. ¿DURANTE SU ESTANCIA EL SERVICIO DE LAVANDERIA FUE?

1. ADECUADO	2. REGULAR	3. INADECUADO
-------------	------------	---------------

Anexo E. Encuesta de Satisfacción Servicio de Urgencias Hospital Simón Bolívar ESE III Nivel



OBJETIVO:

Conocer el grado de satisfacción de las Personas Mayores que acceden los servicios de salud de Urgencias del Hospital Simón Bolívar ESE III nivel.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

ACCESO Y OPORTUNIDAD

1. ¿TUVO A SU DISPOSICIÓN VENTANILLAS ESPECIALES PARA SOLICITAR SU ATENCIÓN?

1. SI	2. NO
-------	-------

3. ¿CUANTO TIEMPO SE DEMORO PARA ACCEDER AL SERVICIO DE TRIAGE?

1. INMEDIATO	2. 15 A 30 MINUTOS	3. 30 A 1 HORA	4. 1 HORA A 2 HORAS	5. MAYOR A 2 HORAS
--------------	--------------------	----------------	---------------------	--------------------

4. ¿CUÁNTO TIEMPO SE DEMORO PARA ACCEDER A ADMISIONES?

1. INMEDIATO	2. 15 A 30 MINUTOS	3. 30 A 1 HORA	4. 1 HORA A 2 HORAS	5. MAYOR A 2 HORAS
--------------	--------------------	----------------	---------------------	--------------------

5. ¿CUÁNTO TIEMPO SE DEMORO PARA ACCEDER AL SERVICIO MEDICO?

1. INMEDIATO	2. 15 A 30 MINUTOS	3. 30 A 1 HORA	4. 1 HORA A 2 HORAS	5. MAYOR A 2 HORAS
--------------	--------------------	----------------	---------------------	--------------------

6. ¿CUÁNTO TIEMPO SE DEMORO PARA REALIZAR LOS TRAMITES DE SALIDA?

1. INMEDIATO	2. 15 A 30 MINUTOS	3. 30 A 1 HORA	4. 1 HORA A 2 HORAS	5. MAYOR A 2 HORAS
--------------	--------------------	----------------	---------------------	--------------------

EL PERSONAL QUE LE ATENDIÓ FUE:

7. EL PERSONAL DE ENFERMERIA LO ATENDIO :

1. Excelente	2. Bien	3. Regular	4. Mal
--------------	---------	------------	--------

8. EL MEDICO LO ATENDIO:

1. Excelente	2. Bien	3. Regular	4. Mal
--------------	---------	------------	--------

9. EL FACTURADOR LO ATENDIO:

1. Excelente	2. Bien	3. Regular	4. Mal
--------------	---------	------------	--------

10. EL PERSONAL DE VIGILANCIA LE ATENDIO:

1. Excelente	2. Bien	3. Regular	4. Mal
--------------	---------	------------	--------

11. ¿CONSIDERA QUE LA INFORMACION DADA SOBRE LOS TRAMITES (diligenciamientos de la salida y el pago de la cuenta) A SEGUIR PARA EL EGRESO DEL PACIENTE FUE?

1. COMPLETA	2. INCOMPLETA	3. NO LE DIERON INFORMACION
-------------	---------------	-----------------------------

INFORMACION

12. ¿LE PERMITIERON EXPRESAR SU PROBLEMA DE SALUD O EL MOTIVO POR EL CUAL VINO?

1. SI	2. NO
-------	-------

13. ¿CONSIDERA QUE LA INFORMACION QUE SE LE BRINDO SOBRE SU ENFERMEDAD FUE:

1. COMPLETA	2. INCOMPLETA	3. NO LE DIO INFORMACION
-------------	---------------	--------------------------

14. ¿LA INFORMACION QUE SE LE BRINDO POSTERIOR A SU CONSULTA FUE:

1. COMPLETA	2. INCOMPLETA	3. NO LE DIO INFORMACION
-------------	---------------	--------------------------

15. ¿LA INFORMACION QUE LE BRINDO EL MEDICO SOBRE SU TRATAMIENTO FUE:

1. COMPLETA	2. INCOMPLETA	3. NO LE DIO INFORMACION
-------------	---------------	--------------------------

16. ¿SE LE INFORMO A SU FAMILIAR Y/O ACOMPAÑANTE SOBRE SU ESTADO DE SALUD Y CONDUCTA MEDICA A SEGUIR?

1. SI	2. NO
-------	-------

LOGISTICA HOSPITALARIA

17. CONSIDERA USTED QUE LA LIMPIEZA DE LAS INSTALACIONES, CONSULTORIOS, PASILLOS, BAÑOS ES:

1. ADECUADAS	2. REGULARES	3. INADECUADAS
--------------	--------------	----------------

18. ¿DURANTE SU ESTANCIA EL SERVICIO DE LAVANDERIA FUE?

1. ADECUADO	2. REGULAR	3. INADECUADO
-------------	------------	---------------