

**MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD EN  
CLIENTE EXTERNO E INTERNO  
UCI LA ESTANCIA POPAYÁN, 2008 - 2009**

**MARGARITA MARIA CHEMAS BONILLA  
YANETH MARCELA MUÑOZ ANGEL**

**Trabajo de grado**

**Directora  
Enf. Mag. Dora Zamora**

**UNIVERSIDAD EAN CONVENIO UNIVERSIDAD DEL CAUCA  
FACULTAD DE POSTGRADOS  
ESPECIALIZACION EN ADITORIA Y GARANTIA DE LA CALIDAD EN  
SALUD CON ENFASIS EN EPIDEMIOLOGIA  
IV COHORTE  
POPAYAN  
2009**

**MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD EN  
CLIENTE EXTERNO E INTERNO  
UCI LA ESTANCIA POPAYÁN, 2008 - 2009**

**MARGARITA MARIA CHEMAS BONILLA  
YANETH MARCELA MUÑOZ ANGEL**

**UNIVERSIDAD EAN CONVENIO UNIVERSIDAD DEL CAUCA  
FACULTAD DE POSTGRADOS  
ESPECIALIZACION EN ADITORIA Y GARANTIA DE LA CALIDAD EN  
SALUD CON ENFASIS EN EPIDEMIOLOGIA  
IV COHORTE  
POPAYAN  
2009**

**Nota de aceptación**

---

---

---

---

---

---

---

**Firma del presidente del jurado**

---

**Firma del jurado**

---

**Firma del jurado**

Dedicamos este triunfo a todas las personas que confiaron en nuestras capacidades profesionales y fueron un constante apoyo, especialmente a nuestras familias y a la Unidad de Cuidado Intensivo Clínica La Estancia.

Margarita Maria Chemas Bonilla

Yaneth Marcela Muñoz Angel

## **AGRADECIMIENTOS**

Los autores del presente documento creen pertinente expresar los más sinceros agradecimientos a todas las personas y entidades que de una u otra manera contribuyeron al óptimo desarrollo de la presente investigación, en especial a:

A los pacientes de la UCI la Estancia y sus familias por su colaboración.

Al personal asistencial y administrativo de la UCI Clínica La Estancia Popayán, a los colegas, médicos, fisioterapeutas, auxiliares de enfermería, servicios generales, vigilantes y administrativos por la participación en el desarrollo de nuestro estudio.

A la enfermera Dora Zamora por su ánimo de compartir información oportuna quien estuvo siempre dispuesta a brindarnos sus invaluable conocimientos.

A nuestras familias quienes nos brindaron su continuo apoyo.

## CONTENIDO

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>17</b>
<b>1. MARCO CONCEPTUAL</b>	<b>25</b>
1.1. CALIDAD	25
1.2. CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD	31
1.3. EVALUACION DE LA CALIDAD EN SALUD	33
1.4. PAUTAS DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD	34
1.4.1. Atención en salud	35
1.4.2. Calidad de la atención en salud	36
1.4.3. Mejoramiento continuo de la calidad	37
1.4.4. Atención centrada en el cliente	41
1.4.5. La seguridad del paciente	42
1.4.6. Incentivos	43
1.5. SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD DELSOGCS. Dcto. 1011/2006	45
1.5.1. Características del SOGCS	45
1.5.2. Componentes del SOGCS	46
1.5.3. Entidades responsables del SOGCS	47
1.6. CLIENTE EXTERNO E INTERNO	48
1.6.1. Cliente externo	48
1.6.2. Cliente interno	48
1.6.3. Cliente interno y externo, diferencias y semejanzas	51
1.7. DESCRIPCION DEL AREA DE ESTUDIO UCI LA ESTANCIA POPAYAN	56
1.7.1. Misión	56
1.7.2. Visión	56

1.7.3. Valores corporativos	57
1.7.4. Portafolio de servicios	57
<b>2. METODOLOGIA</b>	<b>59</b>
2.1. TIPO DE DISEÑO	59
2.2. UNIVERSO Y MUESTRA	59
2.3. CRITERIOS DE INCLUSION	59
2.4. VARIABLES	60
2.4.1. Sociodemográfica	60
2.4.2. Satisfacción laboral	60
2.4.3. Sociodemográfica	61
2.4.4. Calidad de la atención	61
2.5. TECNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS	61
2.5.1. Recolección de la información	61
2.5.2. Resultados y análisis de la información	62
2.6. CONSIDERACIONES ETICAS	62
<b>3. RESULTADOS</b>	<b>63</b>
3.1. VARIABLE SOCIODEMOGRAFICA CLIENTE INTERNO UCI LA ESTANCIA POPAYAN	63
3.1.1. Edad y sexo cliente interno	63
3.1.2. Ocupación y condición laboral	64
3.1.3. Grupo ocupacional y tiempo de servicio	64
3.2. VARIABLE DE SATISFACCION LABORAL CLIENTE INTERNO UCI LA ESTANCIA POPAYAN	65
3.2.1. Apreciación del trabajo actual	65
3.2.2. Información oportuna a cerca del desempeño	66
3.2.3. Apreciación del trabajo en general	67
3.2.4. Recursos necesarios para el buen desempeño del puesto	68
3.2.5. Interacción con el jefe inmediato	69

3.2.6. Decisiones en conjunto con los trabajadores	70
3.2.7. Apreciación de oportunidades de progreso	71
3.2.8. Oportunidades de capacitación para desarrollo de habilidades asistenciales	72
3.2.9. Apreciación de remuneraciones e incentivos	73
3.2.10. Sueldo o remuneración	74
3.2.11. Apreciación de la interrelación con los compañeros de trabajo	75
3.2.12. Cooperación entre compañeros	76
3.2.13. Apreciación del ambiente de trabajo	77
3.2.14. Ambiente para expresar opiniones sin represalias	78
3.2.15. Nivel de satisfacción general	79
3.3. VARIABLE SOCIODEMOGRAFICA CLIENTE EXTERNO	80
3.3.1. Entidad a la que pertenece	80
3.3.2. Apreciación en la oportunidad del servicio	81
3.3.3. Apreciación de la información dada por el personal	82
3.3.4. Apreciación de la amabilidad y respeto del personal	83
3.3.5. Apreciación a cerca de la calidad y presentación de los alimentos	84
3.3.6. Apreciación a cerca de la comodidad de la UCI	85
3.3.7. Sugerencias cliente externo	86
4. DISCUSION	88
5. CONCLUSIONES	96
6. RECOMENDACIONES	98
BIBLIOGRAFIA	100
ANEXOS	102

## LISTA DE FIGURAS

	Pag.
<b>Figura 1.</b> Porcentaje rango de edad y sexo, cliente interno UCI La Estancia Popayán 2009.	63
<b>Figura 2.</b> Grupo ocupacional y condición laboral, cliente interno UCI La Estancia Popayán 2009.	64
<b>Figura 3.</b> Grupo ocupacional y tiempo de servicio, cliente interno UCI La Estancia Popayán 2009	65
<b>Figura 4.</b> Apreciación del trabajo actual, cliente interno UCI La Estancia Popayán 2009.	66
<b>Figura 5.</b> Ambiente para expresar opiniones sin represalias, cliente interno UCI la estancia Popayán 2009.	67
<b>Figura 6.</b> Trabajo en general, cliente interno UCI La Estancia Popayán 2009.	68
<b>Figura 7.</b> Recursos necesarios para el buen desempeño en el puesto, cliente interno UCI La Estancia Popayán 2009.	69
<b>Figura 8.</b> Apreciación de la interacción con el jefe inmediato, cliente interno UCI La Estancia Popayán 2009.	70
<b>Figura 9.</b> Decisiones en conjunto con los trabajadores, cliente interno UCI La Estancia Popayán 2009.	71

<b>Figura 10.</b> Apreciación de las oportunidades de progreso, cliente interno UCI La Estancia Popayán 2009.	<b>72</b>
<b>Figura 11.</b> Oportunidades de capacitación para el desarrollo de habilidades asistenciales, cliente interno UCI La Estancia Popayán 2009.	<b>73</b>
<b>Figura 12.</b> Apreciación de las remuneraciones e incentivos, cliente interno UCI La Estancia Popayán 2009.	<b>74</b>
<b>Figura 13.</b> Sueldo o remuneración, cliente interno UCI La Estancia Popayán 2009.	<b>75</b>
<b>Figura 14.</b> Apreciación de la interrelación con los compañeros de trabajo, cliente interno UCI La Estancia Popayán 2009.	<b>76</b>
<b>Figura 15.</b> Cooperación entre compañeros, cliente interno UCI La Estancia. Popayán 2009.	<b>77</b>
<b>Figura 16.</b> Apreciación del ambiente de trabajo, cliente interno UCI La Estancia Popayán 2009.	<b>78</b>
<b>Figura 17.</b> Ambiente para expresar opiniones sin represalias cliente interno UCI La Estancia Popayán 2009.	<b>79</b>
<b>Figura 18.</b> Nivel de satisfacción general, cliente interno UCI La Estancia Popayán 2009.	<b>80</b>
<b>Figura 19.</b> Entidad a la que pertenece, cliente externo UCI La Estancia Popayán 2009.	<b>81</b>

<b>Figura 20.</b> Apreciación en la oportunidad en el servicio, cliente externo UCI La Estancia Popayán 2009.	<b>82</b>
<b>Figura 21.</b> Apreciación de la información dada por el personal, cliente externo UCI La Estancia Popayán 2009	<b>83</b>
<b>Figura 22.</b> Apreciación de la amabilidad y respeto del personal, según cliente externo UCI La Estancia Popayán 2009	<b>84</b>
<b>Figura 23.</b> Apreciación a cerca de la calidad y presentación de los alimentos, cliente externo UCI La Estancia Popayán 2009.	<b>85</b>
<b>Figura 24.</b> Apreciación acerca de la comodidad de la UCI Clínica La Estancia, cliente externo UCI La Estancia Popayán 2009.	<b>86</b>

## LISTA DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
<b>Tabla 1.</b> Mejoramiento de la calidad de la atención en salud, sugerencias cliente externo	<b>87</b>

## LISTA DE ANEXOS

	Pág.
<b>Anexo A.</b> ENCUESTA DE SATISFACCION CLIENTE INTERNO UCI LA ESTANCIA POPAYAN	<b>102</b>
<b>Anexo B.</b> ECUESTA DE SATISFACCION CLIENTE EXTERNO UCI LA ESTANCIA POPAYAN	<b>104</b>
<b>Anexo C.</b> PROPOSITO	<b>105</b>

## RESUMEN

El trabajo sobre mejoramiento de la calidad de la atención en salud en cliente externo e interno UCI la estancia Popayán se realizó entre diciembre de 2008 y enero de 2009, donde se revisaron las encuestas de satisfacción de los pacientes ingresados a la UCI en este lapso de tiempo y donde se entrevistó el personal asistencial y administrativo que labora en esta Unidad quienes decidieran participar voluntariamente del estudio.

Se entrevistaron pacientes y funcionarios con el objetivo general de caracterizar el Sistema de garantía de la calidad de la atención en salud dirigido a la satisfacción del cliente interno y externo en la Unidad de Cuidado Intensivo La Estancia Popayán y como objetivos específicos se plantearon los siguientes: identificar el nivel de satisfacción del cliente externo frente a la calidad en la atención, conocer el grado de satisfacción laboral del personal que integra la Unidad de cuidado intensivo la Estancia Popayán y medir la percepción que tiene el cliente interno de la organización, el funcionamiento y la situación de la Unidad. De esta forma el diseño y posterior implementación de un programa estandarizado de garantía de calidad de la atención en salud, dirigido a la satisfacción del cliente externo e interno, es el propósito esperado con la realización de este trabajo.

Es un estudio descriptivo, de diciembre de 2008 a enero de 2009. La población del estudio fueron 102 personas definidos como cliente interno, pero se trabajó con una muestra de 63 personas quienes decidieron participar voluntariamente en el estudio. Para el cliente externo se tuvo en cuenta todos los usuarios o familiares de usuarios que fueron internados en la UCI La Estancia durante Diciembre de 2008 y enero de 2009 correspondiente a 121 pacientes, pero se trabajó con una muestra de 39 pacientes quienes voluntariamente diligenciaron la encuesta de satisfacción de cliente externo.

Para la recolección de la información, se aplicó una encuesta estructurada y avalada por la UCI La estancia Popayán y que fue diligenciada por los pacientes o sus familiares. Para el cliente interno se aplicó la encuesta de satisfacción del personal de salud que fue diligenciada por todos los funcionarios objetos del estudio (Validación de esta encuesta Ministerio de salud Perú).

Respecto a la variable socio demográfica para cliente interno se obtuvo los siguientes resultados: el rango de edad que predomina es de 26 a 33 años con un 34% de prevalencia, el rango de edad va entre 18 a 58 años, siendo el 81% de género femenino. El 49% de la población son auxiliares de enfermería, seguido de los enfermeros que corresponde al 21% de la población, el porcentaje restante corresponde a servicios generales, administrativos, fisioterapeutas y médicos con: 11%, 8%, 7% y 5% respectivamente. Se obtuvo que el 67% del personal está contratado por nomina, el 29% por OPS y el porcentaje restante es personal en entrenamiento avanzado. El 41% de ellos lleva de 1 a 3 años de servicio dentro de la Unidad.

La variable de satisfacción laboral de cliente interno arrojó los siguientes resultados: en relación a trabajo actual, trabajo en general, interacción con el jefe inmediato, oportunidades de progreso, remuneraciones e incentivos, interrelación con los compañeros de trabajo y ambiente de trabajo se obtuvo que el 80% está satisfecho frente a un 9% de insatisfacción y a un 11% de indiferencia, se concluye con esto que el ambiente de la unidad es propicio para el buen desempeño de las labores, contribuyendo así al mejoramiento de la calidad de la atención en salud.

Para cliente externo en relación a la variable socio demográfica que incluyó el tipo de afiliación se obtuvo que el 33% de los clientes externos está afiliado a

Cooomeva, seguido de Saludcoop con un 23%, Nueva EPS y Asmet con 15%, 8% AIC y 3% Policía Nacional y Emsanar.

Respecto a la variable definida como satisfacción de la calidad en la atención satisfacción de la calidad de la atención se obtuvo que en relación a la oportunidad del servicio, el 92% considera que es bueno y el 8% que es regular. Frente a la información recibida por los funcionarios de la clínica de forma general el 98% de los clientes externos piensa que es buena, el porcentaje restante piensa que es regular. A cerca de la percepción de la amabilidad y respeto que recibió, el 99% están satisfechos mientras que el 1% piensa que es regular. Con relación a la calidad y presentación de los alimentos, el 82% de los clientes externos opinan que es adecuada, el 13% que es regular y el 5% que es mala. En cuanto a comodidad el 56% piensa que es buena y el 44% que es regular. Las sugerencias recibidas del cliente externo están encaminadas al mejoramiento de la infraestructura, rutas de acceso, información y ampliación del horario de visitas.

## INTRODUCCIÓN

La medicina crítica es quizás la más joven entre todas las especialidades médicas. Se puede decir que nació en la década de los años 1950, como consecuencia de la necesidad de prestar soporte ventilatorio a las personas afectadas por una epidemia de poliomielitis en algunos de los países europeos y en Estados Unidos.

Desde esa época hasta nuestros días, la medicina crítica ha tenido un desarrollo vertiginoso, en el cual, van unidos la excelente atención personalizada a los pacientes, los profundos conocimientos de la fisiopatología del paciente en estado crítico, los avances deslumbrantes de la tecnología, de la biología molecular, de la monitorización, manejo y tratamiento, de la ética, y en fin, de todo aquello que hace apasionante el cuidado del paciente crítico.

América Latina no ha sido ajena a este desarrollo. Las primeras unidades de cuidado intensivo fueron fundadas a finales de la década de 1960 y comienzos de los años 1970. Hoy podemos asegurar, que todos los países de Latinoamérica poseen unidades de cuidado intensivo, manejadas por intensivistas, dotadas con tecnología suficiente para brindar un adecuado manejo a los pacientes que lo requieran.

Los gastos porcentuales del Producto Bruto Interno para la salud en América Latina, de acuerdo con la OPS, oscilan entre 6.2% y 9.4%, mientras que en Canadá y Estados Unidos, es el 13%. Esto refleja las dificultades que tiene la región para tener recursos suficientes, que permitan entregar los servicios que necesita la población, en especial, los servicios de alto costo, como es, el cuidado crítico. Un ejemplo de esto es el bajo número de camas de terapia intensiva de Latinoamérica en relación con los países desarrollados.

Como es difícil conseguir los recursos para disminuir la brecha, se han hecho una serie de trabajos, tanto a nivel gubernamental como de las sociedades de cuidado intensivo, para optimizar el recurso existente. Como estrategias, se han creado guías para re direccionar los pacientes críticamente enfermos, creando más camas de cuidado intermedio, las cuales requieren menos recursos tanto humanos como físicos. Se han estratificado las Unidades de terapia intensiva, por niveles de complejidad, de acuerdo con la región y la población, mejorando los sistemas de comunicación, telemedicina, traslado de pacientes, etc. Todo lo anterior, está encaminado a definir las necesidades reales de camas de cuidado intensivo en la región.<sup>1</sup>

Las unidades de cuidados intensivos (UCI) de adultos en Colombia, por lo general, son espacios cerrados y regulados por los profesionales de la salud. Esto significa que “los de dentro” (pacientes y profesionales de la salud) mantienen poco contacto (físico, emocional y de comunicación) con los “de fuera” (familiares/allegados de los pacientes) y que éstos no tienen facilidad para acceder al interior de la unidad. La relación se restringe a los horarios de visita y al momento de la información médica. El médico es quién lidera la relación con los familiares.

En la bibliografía más reciente sobre las UCI, en concreto acerca de la satisfacción de familiares y pacientes y acerca de los procesos informativos, subyace la idea de que los familiares son elementos externos a la unidad. Esta idea se expresa, mayormente, de dos maneras: bien a través de una falta de autocrítica hacia los sistemas cerrados, bien en forma de deseo de cambio hacia una mayor adaptación de las dinámicas de las unidades a las necesidades de los familiares.

---

<sup>1</sup> Desarrollo del cuidado intensivo en latinoamerica. E. Celis Rodriguez, S. Rubiano. Universidad del Bosque, hospital niversitario Fundacion Santa Fe de Bogota

La idea de atención de salud a la población general y en concreto a los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos debe aproximarse a las definiciones propuestas por diferentes autores, como King o Leininger, que contemplan a la persona de manera global e incluyen en el cuidar los componentes culturales, tanto personales como del entorno.

Esta es una perspectiva teórica y política que se ha ido desarrollando a lo largo de los últimos 40 años pero que aun no se ha interiorizado en los entornos clínicos, dado que éstos no se articulan en torno al usuario sino en torno a los profesionales y a la gestión del riesgo. Un ejemplo concreto (entre muchos más a todos los niveles), es la forma en que están organizadas las UCI, con una estructura que rompe la conexión de la persona con su entorno y que está pensada casi exclusivamente para facilitar el trabajo de médicos y enfermeras.

Es así como concepto de la calidad asistencial ha estado presente en los propios servicios a través de las medidas de morbilidad y mortalidad, tipo de educación de los profesionales, médicos y enfermeras o incluso de costos sanitarios. En la actualidad este interés se encuentra en situación creciente demostrada no sólo por la actividad de los servicios de salud, sino por los consumidores de esos servicios.<sup>2</sup>

La calidad de la atención asistencial presenta dos dimensiones: La dimensión técnica, que se refiere a la aplicación del conocimiento médico y de las disciplinas relacionadas para resolver los problemas de salud de los pacientes; la dimensión interpersonal, que es la interacción que se da entre el profesional de salud y el usuario al momento de proveer la atención. Los componentes de la calidad del cuidado están en relación con el proveedor y el usuario, como base para desarrollar una interacción efectiva durante todo el tiempo que

---

<sup>2</sup> The relationship between Intensive Care Unit nurses and patients' relatives: Trends for change

Concha Zaforteza, Denise Gastaldo, Pilar Sánchez-Cuenca, Joan E. de Pedro, Pedro Lastra.  
Departament d'Infermeria i Fisioteràpia de la Universitat de les Illes Balears.  
Faculty of Nursing and Centre for International Health, University of Toronto, Canada

abarca el cuidado, uso de información para la toma de decisiones, buena competencia técnica y buena organización del servicio. Algunos autores como Avides Donabedian refieren que la calidad no es absoluta, ni perfecta puede ser buena, regular y mala en la medida que la cosa analizada presenta un conjunto de características y sólo la buena calidad es la que satisface al usuario. Deming señala que la calidad está en relación con satisfacción del usuario. La calidad es multidimensional, es imposible definir calidad de un producto o servicio en términos de una simple característica.

Por otro lado existen enfoques de la valoración de la calidad desde los trabajadores de Donabedian, se ha aceptado de forma general que la calidad de la atención sanitaria puede evaluarse en tres aspectos que la integran: la estructura, el proceso y los resultados. La auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en salud tiene prolongados antecedentes en nuestro país. Entender a la Auditoría como una herramienta de gestión de la calidad y, a su vez, como una herramienta de la gestión gerencial, implica que la auditoría y la organización, así como los auditados deben conocer los elementos básicos que determinan las etapas crecientemente evolutivas que han caracterizado el desarrollo del arte, así como saber utilizar las metodologías e instrumentos propuestos en las experiencias exitosas, armonizándolas con sus condiciones específicas y adaptándolas de manera responsable y creativa.

El propósito de estas Pautas indicativas de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, en desarrollo del título IV del Decreto 1011 de 2006, es el de orientar a los diferentes actores del sistema hacia una adecuada manera de implementar dichos procesos y promover para el país una nueva etapa en la gestión de los procesos de calidad, en la cual se asimilen las experiencias nacionales e internacionales, superando las evaluaciones superficiales y convirtiendo a la Auditoría para el Mejoramiento de

la Calidad de la Atención en Salud en una herramienta de gestión que impacte en el mejor desempeño del sistema y en la salud de la población.<sup>3</sup>

La Unidad de Cuidado Intensivo La Estancia Popayán es una sociedad anónima con autonomía administrativa, que genera un avance científico y técnico que permite atender con optima calidad integrando III nivel alrededor del servicio de medicina crítica y cuidados intensivos, con pacientes de riesgo inminente de muerte y enfermedades tributarias de soporte vital avanzado. El promedio días estancia de la unidad de cuidado intensivo corresponde a 4 días, el porcentaje ocupacional es del 85%, con un giro cama de 4; por cada 100 pacientes hospitalizados fallecen 14; el promedio de reingreso es de 5 pacientes en el mes y el porcentaje de satisfacción corresponde al 97% de los usuarios atendidos para el año 2008. Su staff de base lo conforman intensivistas con formación básica en Anestesiología y Cirugía General, además por pertenecer a una Clínica de alta complejidad, tiene disponibilidad de todas las subespecialidades durante 24 horas al día y 7 días a la semana. La principal función es prestar servicio de la más alta calidad técnica y humana a los pacientes en estado crítico y a sus familias, pero además cumple con la obligación de difusión del conocimiento a través de los programas de entrenamiento en programas de pregrado y postgrado de la Universidad del Cauca y con proyectos de investigación de colaboración local, nacional y mundial. Se conoce que la UCI es probablemente el lugar de los servicios sanitarios donde los familiares sufren más. Se sabe que los deseos de los familiares y allegados acerca del entorno de la UCI implican contacto con el paciente y los profesionales del equipo de salud (cercanía, tener esperanza, estar informados y saber que su familiar está en buenas manos) y por eso pensamos que las acciones encaminadas a promover la atención a los familiares de los pacientes críticos tendrán mayor probabilidad de éxito si existe una cierta predisposición por parte de las personas hacia el cambio conceptual que supone incluir a los familiares en las dinámicas del paciente. Por esta

---

<sup>3</sup> Auditoria en salud. Malagon

razón la Unidad de cuidado intensivo La Estancia Popayán, en su proceso de certificación, con miras a la acreditación requiere del diseño y posterior implementación de un programa estandarizado de garantía de calidad de la atención en salud, dirigido a la satisfacción del cliente externo e interno, propósito esperado con la realización de este trabajo.

El objetivo general del estudio es caracterizar el Sistema de garantía de la calidad de la atención en salud dirigido a la satisfacción del cliente interno y externo en la Unidad de Cuidado Intensivo La Estancia Popayán entre diciembre de 2008 y enero de 2009. Los objetivos específicos son identificar el nivel de satisfacción del cliente externo frente a la calidad en la atención, conocer el grado de satisfacción laboral del personal que integra la Unidad de cuidado intensivo la Estancia Popayán y medir la percepción que tiene el cliente interno de la organización, el funcionamiento y la situación de la Unidad.

El problema del estudio se planteó así: Tiene la Unidad de Cuidado Intensivo La Estancia Popayán un programa estandarizado de garantía de calidad de la atención en salud dirigido a la satisfacción de cliente interno y externo de la institución?

Es un estudio descriptivo, de diciembre de 2008 a enero de 2009. La población del estudio fueron 102 personas definidos como cliente interno, pero se trabajo con una muestra de 63 personas quienes decidieron participar voluntariamente en el estudio. Para el cliente externo se tuvo en cuenta todos los usuarios o familiares de usuarios que fueron internados en la UCI La Estancia durante Diciembre de 2008 y enero de 2009 correspondiente a 121 pacientes, pero se trabajo con una muestra de 39 pacientes quienes voluntariamente diligenciaron la encuesta de satisfacción de cliente externo.

Para la recolección de la información, se aplico una encuesta estructurada y avalada por la UCI La estancia Popayán y que fue diligenciada por los

pacientes o sus familiares. Para el cliente interno se aplicó la encuesta de satisfacción del personal de salud que fue diligenciada por todos los funcionarios objetos del estudio (Validación de esta encuesta Ministerio de salud Perú).

Respecto a la variable socio demográfica para cliente interno se obtuvo los siguientes resultados: el rango de edad que predomina es de 26 a 33 años con un 34% de prevalencia, el rango de edad va entre 18 a 58 años, siendo el 81% de género femenino. El 49% de la población son auxiliares de enfermería, seguido de los enfermeros que corresponde al 21% de la población, el porcentaje restante corresponde a servicios generales, administrativos, fisioterapeutas y médicos con: 11%, 8%, 7% y 5% respectivamente. Se obtuvo que el 67% del personal está contratado por nomina, el 29% por OPS y el porcentaje restante es personal en entrenamiento avanzado. El 41% de ellos lleva de 1 a 3 años de servicio dentro de la Unidad.

La variable de satisfacción laboral de cliente interno arrojó los siguientes resultados: en relación a trabajo actual, trabajo en general, interacción con el jefe inmediato, oportunidades de progreso, remuneraciones e incentivos, interrelación con los compañeros de trabajo y ambiente de trabajo se obtuvo que el 80% está satisfecho frente a un 9% de insatisfacción y a un 11% de indiferencia, se concluye con esto que el ambiente de la unidad es propicio para el buen desempeño de las labores, contribuyendo así al mejoramiento de la calidad de la atención en salud.

Para cliente externo en relación a la variable socio demográfica que incluyó el tipo de afiliación se obtuvo que el 33% de los clientes externos está afiliado a Coomeva, seguido de Saludcoop con un 23%, Nueva EPS y Asmet con 15%, 8% AIC y 3% Policía Nacional y Emsanar.

Respecto a la variable definida como satisfacción de la calidad en la atención satisfacción de la calidad de la atención se obtuvo que referente a la

oportunidad del servicio, el 92% considera que es bueno y el 8% que es regular. Frente a la información recibida por los funcionarios de la clínica de forma general el 98% de los clientes externos piensa que es buena, el porcentaje restante piensa que es regular. A cerca de la percepción de la amabilidad y respeto que recibió, el 99% están satisfechos mientras que el 1% cree que es regular. Con relación a la calidad y presentación de los alimentos, el 82% de los clientes externos opinan que es adecuada, el 13% que es regular y el 5% que es mala. En cuanto a comodidad el 56% piensa que es buena y el 44% que es regular. Las sugerencias recibidas del cliente externo están encaminadas al mejoramiento de la infraestructura, rutas de acceso, información y ampliación del horario de visitas.

## 1. MARCO CONCEPTUAL

### 1.1. CALIDAD

En un sentido etimológico el concepto de calidad proviene del latín QUALITIS que significa el conjunto de cualidades que constituyen la manera de ser de una persona o cosa, y es sinónimo de cualidad, clase, aptitud, excelencia, categoría, casta, nobleza, superioridad entre otras muchas acepciones. (Ardón, N. y Jara, M. I. 1998) 00000 más atrás

La calidad no es un concepto simple y su significado varía dependiendo de las condiciones históricas, culturales, etc. Según Donabedian “La evaluación de la calidad debe apoyarse en una definición conceptual y operativa de lo que significa calidad de la atención médica”. En este aspecto fundamental se presentan muchos problemas, pues la calidad de la atención es una idea extraordinariamente difícil de definir” y agrega “Hay algunos que consideran que la calidad del cuidado de la salud es una propiedad tan compleja y misteriosa, tan variable de significado entre una y otra situación, que no es asignable a una especificación previa. Algunos otros tienen otro punto de vista creyendo que la calidad puede llegar a tal especificación que puede ser comprada y vendida por ‘kilos’”. (Donabedian, A. 1993).

Según Juran “Hay muchas frases cortas entre las que elegir”, pero la frase corta es una trampa. No se conoce ninguna definición breve que traiga como consecuencia un acuerdo real sobre lo que quiere decir calidad. Sin embargo, es vital el acuerdo real; no podemos planificar la calidad a menos que primero nos pongamos de acuerdo en lo que quiere decir calidad.”

Muchos conceptos diferentes han de ser incluidos de manera que la definición cubra todos los aspectos importantes de la calidad asistencial. La experiencia nos ha demostrado que no hay una simple medida de la calidad que abarque todos

estos aspectos, diferentes apreciaciones pueden discrepar sobre la calidad de determinados procesos asistenciales, dependiendo desde el punto de vista del que se le mire, el interés del proveedor de los servicios (IPS, profesional), del pagador (EPS, ARS, paciente) o del receptor (paciente), los desacuerdos pueden surgir al hacerse hincapié en diferentes valores o aspectos de la calidad. Frecuentemente, por lo tanto, un estudio concreto de garantía de calidad se centra sobre un determinado aspecto para conseguir su mejora.

Al revisar algunos de los principales abordajes que mejor se adapten a las necesidades específicas del entorno en el cual deba desarrollarse la actividad específica de Calidad, lo más importante para tener en claro es que la definición del concepto de calidad que se adopte para el programa de calidad debe ser lo suficientemente concreta como para permitir que las evaluaciones que se hagan del desempeño puedan medir la calidad de éste en términos claramente cuantificables y que ofrezcan validez y reproducibilidad.

Desde el punto de vista del modelo industrial, la calidad tiende a definirse en función de la aceptación del producto por el cliente: Juran la define como “idoneidad o aptitud o para el uso” (Juran, J.M. 1990); en tanto que para Ishikawa es la “satisfacción de los requisitos de los consumidores de ese producto o servicio”. (Ishikawa, K. 1985).

Desde el punto de vista de los diversos esfuerzos desarrollados en el campo asistencial, las definiciones han ido variando desde abordajes tan cualitativos como los expresados en los Criterios de Lee y Jones hasta definiciones como la del Institute of Medicine: calidad del cuidado de la salud es “la medida en que los servicios de salud tanto los enfocados a los individuos como a las poblaciones mejoran la probabilidad de unos resultados de salud favorables y son pertinentes al conocimiento actual profesional”. (Suñol, R. 1998).

“Donabedian define la Calidad de la atención como "el tipo de atención que se espera que va a maximizar el bienestar del paciente, una vez tenido en cuenta el

balance de ganancias y pérdidas que se relacionan con todas las partes del proceso de atención". (Donabedian, A. 1984).

Para su análisis, Donabedian señala tres puntos de vista diferentes según los elementos que la integran (aspectos técnico-científicos, interpersonales y del entorno), los factores resultantes (grado de atención, costos y riesgos y beneficios) y quién la define. Desde una óptica exclusivamente científica, técnica o profesional, la calidad de la atención médica sería el grado en que se consiguiera restaurar la salud de un paciente teniendo en cuenta solamente la ciencia y la tecnología médicas. En este caso, la atención médica de calidad se definiría como el tratamiento que alcanzara el mejor equilibrio entre los beneficios y los riesgos. Cuando, desde una perspectiva individual, es el usuario el que define la calidad de la atención médica, intervendrían sus expectativas y valoración sobre los costos, los beneficios y riesgos que comporte la asistencia. Este enfoque obligaría al paciente a implicarse en la toma de decisiones a partir de la información proporcionada por el profesional sanitario. Desde una óptica social, en la definición de la calidad de la asistencia médica se considerarían los mismos factores que al enunciarla desde la perspectiva individual. Pero habría que estimar nuevos criterios: El beneficio o la utilidad netos para toda una población, el modo de distribución del beneficio a toda la comunidad y procurar producir, al menor costo social, los bienes y servicios más valorados por la sociedad." (Saturno, P. 1990).

En lo referente a desarrollo histórico internacional de R. Suñol Y J. Bañeres, se ha incluido la transcripción de tales criterios que en su momento constituyeron un importante hito en la conceptualización de la calidad asimismo, a la luz del análisis de la teoría del Dr. Donabedian, se encuentra que la calidad de la atención trae consigo una interrelación entre dos componentes: la atención técnica y la relación interpersonal, de la cual se derivan componentes adicionales y subcomponentes, los cuales se terminan agrupando en tres diferentes aproximaciones para la evaluación: la estructura, el proceso y los resultados de dicha atención. Esta conclusión también podría tener diferentes aproximaciones

desde el punto de vista de los entes reguladores del administrador, del prestador del servicio y por último del usuario. (Donabedian, A. 1990).

Con base en las definiciones anteriores se deduce que la calidad implica dimensiones tales como la dimensión técnica. Al no tener un gran desarrollo, la dimensión técnica requiere de la mejor aplicación del conocimiento a nivel de la idoneidad profesional y la tecnología, a nivel de los procedimientos y equipos disponibles en favor del paciente. Refiriéndose a la calidad técnica, Avedis Donabedian, reitera que consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de un modo que rinda los máximos beneficios para la salud sin aumentar de forma proporcional los riesgos. (Public Health Policy, 1998). En la dimensión técnica adquiere gran relevancia el tema de la seguridad. Con ella se busca que al tratar un paciente se consiga el mayor beneficio y el menor riesgo posible, por lo que en las medidas de calidad se debe ponderar el grado en que se logró el equilibrio más favorable entre ellos y se enfatiza que no deben lograrse beneficios para un paciente a costa de aumentar los riesgos a él o a terceros.

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

Hacer calidad es un imperativo ético de la vida. El reto para los profesionales de la salud es mantener una alta calidad en su desempeño, y el vehículo para ello es el establecimiento de procesos de control total de calidad como medida para evaluar y probar que se está entregando un cuidado óptimo, eficaz, efectivo, con la satisfacción absoluta del paciente Otra razón a tener en cuenta es el mandato legal. Las Leyes son la expresión normativa de lo que una sociedad es; por lo tanto, son el punto final y no el comienzo de los desarrollos históricos. Hay que tenerlo en cuenta porque al desarrollar programas de calidad en cumplimiento de normatividad no se debe perder de vista la racionalidad económica: “hacer

calidad es un imperativo ético de la vida profesional sin lugar a dudas, en este sentido significa retomar el ideal del ser profesional para desarrollar esfuerzos en un proceso de alcanzarlo en la práctica profesional de la vida cotidiana; sin embargo, y a pesar de la altruista que esto pueda parecer, no es la única, tal vez ni siquiera la principal explicación de porqué están tan “a la moda” actual los programas de calidad, hay otra razón, que aunque no tan altruista, quizá tiene mayor peso práctico, sin que en ningún momento digamos que menos importancia que la anterior: hay una razón de necesidad económica: lo que la evolución de la humanidad de las últimas décadas ha evidenciado hasta la saciedad es que los diferentes métodos para el control de la calidad se han mostrado altamente ineficientes en el propósito de establecer barreras externas al prestador del servicio: hemos descubierto que finalmente es más rentable convencer al proveedor del servicio de que hay que hacerlo bien, y darle los medios y las técnicas para ello, que montarle 1000 inspectores policíacos a su alrededor; finalmente, y como consecuencia de lo anterior hay una tercera razón: el mandato legal para que se hagan esfuerzos en la mejora de la calidad de los servicios de salud; es importante tener en cuenta esto, puesto que las Leyes como tal simplemente son la expresión normativa de lo que una sociedad es, por lo tanto, son el punto final y no el comienzo de los desarrollos históricos, hay que tenerlo en cuenta, porque al desarrollar programas de calidad en cumplimiento de la normatividad, nunca debemos perder de vista la racionalidad económica y de otro tipo que les ha dado origen. (Restrepo, F. R. Video “La Ruta de la Calidad”)

A partir de esta conceptualización, un experto norteamericano, W. Edwards Deming (1992), describe la calidad como “un grado predecible de uniformidad y confiabilidad de un producto a bajo costo y acorde con el mercado.” Esto solo será posible si se establece un control estadístico de la calidad, si se logra el cambio en la cultura organizacional y se compromete a los trabajadores en los procesos de producción de la empresa. Una observación que acompaña esta definición establece que al determinar si un producto o servicio satisface su aplicación debe considerarse el efecto de tal producto o servicio a la sociedad.

De acuerdo con Rafael Ignacio Pérez Uribe (1992), la calidad es la satisfacción de las necesidades a diferentes niveles a partir de la producción de un bien o servicio para y por el hombre. (Pérez, R.. 1992)

Para Gómez (1991) por ejemplo, la calidad puede definirse como “la satisfacción de un consumidor utilizando para ello adecuadamente los factores humanos, económicos, administrativos y técnicos de tal forma que se logre un desarrollo integral y armónico del hombre de la empresa y de la comunidad” (Gómez, E. 1991). Esto significa que la calidad no está circunscrita exclusivamente al producto sino que se puede ampliar a aspectos tan variados como la calidad de vida, la calidad humana, calidad de la administración, calidad del sistema de la comercialización, calidad del servicio y calidad del cliente.

En términos generales, la calidad puede definirse como el conjunto de características de un bien o servicio que logra satisfacer las necesidades y expectativas del cliente. (OPS. Programa de garantía y mejoramiento de la calidad en los servicios de salud en América Latina).

Finalmente, la Ley 100 de 1993 estableció la Calidad como uno de los fundamentos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con el objeto de garantizar a los usuarios una Calidad de la atención en salud oportuna, integral, continua y humanizada.

Aunque en la mayoría de los países se han dictado normas sobre la prestación de los servicios de cuidado crítico, en lo que hace referencia a la disponibilidad de recursos humanos y físicos, las diferentes sociedades de cuidado crítico han participado activamente en el diseño, implementación y evaluación de estas políticas.

Algunas sociedades han llegado a establecer en sus portales programas que permiten establecer indicadores de calidad de las unidades de terapia intensiva del país, que han permitido establecer estrategias de mejoramiento.

Como estos programas son iniciativas recientemente instauradas, los resultados no han sido publicados en su totalidad (Giordano A. (SUMI-Uruguay) Comunicación personal), (Celis E., Rubiano S. (AMCI-Colombia) Trabajo en Curso), (Besso J. (Venezuela) Comunicación personal).

## **1.2. CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD**

Teniendo en cuenta los anteriores puntos de vista, muchos expertos se han esforzado en establecer de manera clara y precisa la definición de la calidad en salud; sin embargo, quien más ha trabajado este concepto es el Dr. Avedis Donabedian, quien desde finales de los años 60's y hasta la fecha se ha convertido en la máxima autoridad mundial sobre la calidad de la atención médica. Él define la calidad en salud así: "la calidad en salud es una propiedad de la atención médica que puede ser obtenida en diversos grados. Es la obtención de los mayores beneficios con menores riesgos para el paciente en función de los recursos disponibles y de los valores sociales imperantes" (Donabedian). A. 1980)

Para una conceptualización más completa de calidad en salud se necesita considerar la relación entre el valor de la mejoría del estado de salud y los recursos necesarios para producir dicha mejoría. Donabedian al respecto especifica que "la atención médica se da como el tratamiento que proporciona un profesional de la salud a un episodio de enfermedad claramente establecido, en un paciente dado, del cual se originan dos aspectos, el primero, como la atención técnica que es la aplicación de la ciencia y tecnología para la resolución de un problema de salud y el segundo como la relación interpersonal, que es la interacción social y económica entre el profesional de la salud y el paciente" (Donabedian, A. 1990).

En las definiciones anteriores se deduce que la calidad implica varias dimensiones, las cuales son la dimensión técnica, la seguridad, el servicio y el costo racional, donde la dimensión técnica es la más importante, ya que consiste en la mejor aplicación del conocimiento a nivel de la idoneidad profesional y la

tecnología a nivel de los procedimientos y equipos disponibles en favor del paciente. Refiriéndose a la calidad técnica, Avedis Donabedian reitera que consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de un modo que rinda los máximos beneficios para la salud sin aumentar de forma proporcional los riesgos. (Public Health Policy. 1998).

La calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable entre los riesgos y beneficios. El modelo entonces propuesto por Avedis Donabedian abarca tres aspectos de control de la calidad: estructura, proceso y resultados. (Donabedian, A. 1985).

Otra de las dimensiones que se toman en cuenta para evaluar la calidad es la dimensión de la seguridad: se busca que al tratar un paciente se consiga mayor beneficio que riesgo para él mismo; por tanto, en las medidas de calidad respectivas se debe ponderar en qué grado se logró el equilibrio más favorable entre ellos y se enfatiza que no deben lograrse beneficios para un paciente a costa de aumentar los riesgos a él o a terceros. En la tercera dimensión de la calidad, a nivel del servicio, se considera importante la oportunidad y continuidad con que se presta la atención, siendo muy importante la relación interpersonal con el paciente, las características del lugar en que se preste el servicio y la facilidad de acceso que se tenga para la prestación del servicio. La cuarta dimensión es el costo racional de la atención, entendiendo su relación con los beneficios y riesgos que se derivan de ello, ya que al mejorar la calidad puede implicar incrementar los costos, pero también, el hacer uso innecesario o inadecuado de servicios se generan aumentos que no aumentan la calidad. (SDS, Guía. 2000).

Por su parte Lee R. J., en forma de “ocho artículos de fe”, enuncia como atributos que serán bases científicas para la práctica médica la prevención, la colaboración de los consumidores, de proveedores, el tratamiento del individuo en su totalidad, la relación estrecha y continuidad entre paciente y médico y el acceso integral para toda la población como variables que influyen

directamente en la calidad de la salud. (Ardón, N. y Jara, M.I. 1998).

En este sentido, entonces, la calidad en salud puede ser casi cualquier cosa que se quiera que sea, si bien por lo común es un reflejo de los valores y metas vigentes en el sistema de atención médica y en la sociedad. Sin embargo, es importante que la calidad de la atención que se brinda en salud sea regulada y evaluada constantemente bajo criterios estandarizados, para así garantizar un servicio sanitario óptimo.

### **1.3. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD**

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

Para poder evaluar la calidad de la atención se deben definir los criterios, indicadores y estándares, ya que estos deben adaptarse y formularse de acuerdo a la situación particular que se va a evaluar y los objetivos que se persiguen, porque el gran reto de los sistemas de salud para establecer una metodología de evaluación apropiada y adaptada a las necesidades y oportunidades de diversas áreas radica en establecer criterios unificados acerca de lo que consiste la atención en salud. (Ardón, N. y Jara, M.I. 1998).

Las metodologías documentadas en gran parte dirigen su enfoque ante todo al conocimiento de los aspectos que determinan la evaluación de la calidad y toman en cuenta tres elementos de aproximación fundamentales: la estructura

(atributos de los sitios en que se presta la atención), el proceso (incluye a todos los proveedores de la atención y sus habilidades para brindarla) y los resultados (los beneficios que obtiene el paciente). El método clínico, la revisión por pares y la auditoría médica (fundamentada en la revisión de la historia clínica) siguen siendo utilizados por algunos autores, a pesar de que reconocen que los registros médicos por sí solos no sirven de base para establecer criterios de evaluación de la atención que se brinde al paciente. (Ardón, N. y Jara, M. 1998).

En las Pautas Indicativas promulgadas se desarrollan los conceptos teóricos del modelo de auditoría para el mejoramiento de la atención, los cuales son:<sup>4</sup>

- La auditoría tiene un enfoque sistémico.
- La auditoría debe ser considerada como una herramienta de la Gestión de Calidad, y esta a su vez, como una herramienta de la Gestión Gerencial que impacte en el mejor desempeño del sistema y en la salud de la población.
- La auditoría se fundamenta en dos pilares: el mejoramiento continuo y la Atención centrada en el cliente.

#### **1.4. PAUTAS DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD**

La Auditoría se define como un componente de mejoramiento continuo en nuestro Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, entendida como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad “concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el

---

<sup>4</sup> Decreto 1011 de 2006, artículo 32.

Suñol, R. Clasificación de los Métodos,

Seminario Internacional en Evaluación y Mejora de la Calidad, Bogotá, 1966

Sistema Único de Habilitación”,<sup>5</sup> lo cual, con los últimos planteamientos atinentes a clasificación de los métodos, expresados por Donabedian a sus alumnos, implica que las metodologías a través de las cuales se implementan, se incluyen en la categoría de métodos de evaluación de problemas de calidad, entendido el concepto de problema de calidad como un resultado de calidad deseable que no se consigue o un resultado no deseable que se presenta durante la prestación de los servicios y que está relacionado con la atención precedente.

El contexto en el cual se desarrolla la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en Salud está caracterizado por los siguientes elementos conceptuales:

**1.4.1. Atención en salud.** La auditoría en particular y el Sistema de Garantía de Calidad en general de nuestro país apuntan específicamente hacia la atención en salud definida como “el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población”, lo cual debe entenderse en los siguientes términos:

- Que el concepto de atención en salud y el proceso de mejoramiento de la calidad deben trascender en su alcance el ámbito de los servicios asistenciales. En efecto, el cuidado de la salud de los colombianos debe concebirse como un esfuerzo articulado en el cual concurren el sector salud, los usuarios de los servicios y los diversos sectores productivos del país.
- Que la atención en salud, como parte del proceso de cuidado de la salud, comprende el conjunto de actividades que realizan los organismos de dirección, vigilancia, inspección y control, tanto en el ámbito nacional como en

---

<sup>5</sup> Decreto 1011 de 2006, artículo 2.

Decreto 1011 de 2006, artículo 2.

los territorios, las EAPB y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los profesionales independientes de salud y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura.

De acuerdo con lo anterior, en el propósito común de garantizar la calidad de la atención en salud, concurrirán de acuerdo con sus objetivos y competencias, todas las organizaciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**1.4.2. Calidad de la atención en salud.** La Calidad de la Atención en Salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud se define como: “la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios”.

Esta definición contiene varios elementos que se deben analizar:

- Introduce el concepto básico de la calidad entendida como una relación Entre beneficios, riesgos y costos, lo cual significa que la definición de la calidad debe estar basada en el conocimiento de la evidencia científica y en el establecimiento de una relación entre estos aspectos; pues la calidad no puede ser ajena a la eficacia, la efectividad y la eficiencia.
- Se concede una gran importancia a la accesibilidad y la equidad como condiciones complementarias entre sí, e indispensables para contribuir al logro de resultados deseables en salud. En efecto, el primer reto en materia de calidad de un servicio, en cualquier sector de la economía, consiste en garantizar el acceso a la población usuaria. Adicionalmente, en la medida en que el acceso se restrinja a cualquier grupo humano de esa población, los resultados diferenciales serán una prueba de la inequidad de dichos servicios.

En este contexto, resulta de singular importancia la acción coordinada entre las EPS, las IPS y las Entidades Territoriales de salud.

- El concepto de nivel profesional óptimo debe entenderse como la interacción de un conjunto de factores estructurales y de proceso orientados a la obtención de un resultado. Igualmente, se incluyen en este concepto la eficacia, efectividad y pertinencia de las intervenciones en salud de acuerdo con guías de atención basadas en la mejor evidencia científica disponible.
- La definición también hace referencia a la necesidad de tomar en consideración los recursos disponibles, ya que no se justifica que el costo de mejorar la calidad resulte superior al costo de la mala calidad.
- Igualmente, se inserta el concepto de calidad a nivel de las poblaciones, pues mientras que al nivel del individuo es cierto el concepto comúnmente aceptado de que solamente se puede exigir y brindar medios y no resultados, al nivel de las poblaciones sí es altamente posible la medición de dichos resultados y su variabilidad.
- Finalmente, se incorpora, como un elemento transversal del concepto de Calidad, la perspectiva de una atención en salud centrada en el usuario, como la racionalidad que debe orientar el desarrollo de todas las acciones enmarcadas en el concepto de Garantía de calidad. De acuerdo con la definición, se considera que la adhesión y satisfacción del usuario son los resultados esperados de la atención en salud.

**1.4.3. Mejoramiento continuo de la calidad.** La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud es un componente de mejoramiento continuo en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud; esto tiene implicaciones conceptuales y metodológicas:

- El Mejoramiento Continuo de la Calidad (MCC) comprende un conjunto de principios que deben llevar a las organizaciones a pensar más allá de la evaluación de la calidad o de establecer guías o protocolos de seguimiento que sirven únicamente para la inspección.
- El MCC debe ser visto como un proceso de Autocontrol, centrado en el cliente y sus necesidades, que lo involucra en sus actividades, y que consiste en la identificación permanente de aspectos del proceso que resulten susceptibles de mejoramiento, con el fin de establecer los ajustes necesarios y superar las expectativas de dichos clientes.
- La filosofía de mejoramiento continuo nace en la industria como el resultado del desarrollo y aplicación de herramientas y métodos de calidad, por personas como Edward Deming, Joseph Juran y Philip Crosby en los Estados Unidos y en el Japón, se introduce en salud a raíz de los trabajos de Donald Berwick<sup>6</sup> en la década de los 90, integrándose y potenciándose con los conceptos y métodos provenientes del modelo asistencial<sup>6</sup>, incluidos los planteamientos pioneros de EA Codman. Las acciones de mejoramiento deben involucrar a todas las personas en la organización.
- El MCC ocasiona una inversión económica relativamente pequeña, comparativamente inferior a la de otros enfoques, por cuanto implica una filosofía de vida laboral, personal y social, centrada en esfuerzos de mejoramiento constante, y aunque los mejoramientos aislados son pequeños,

---

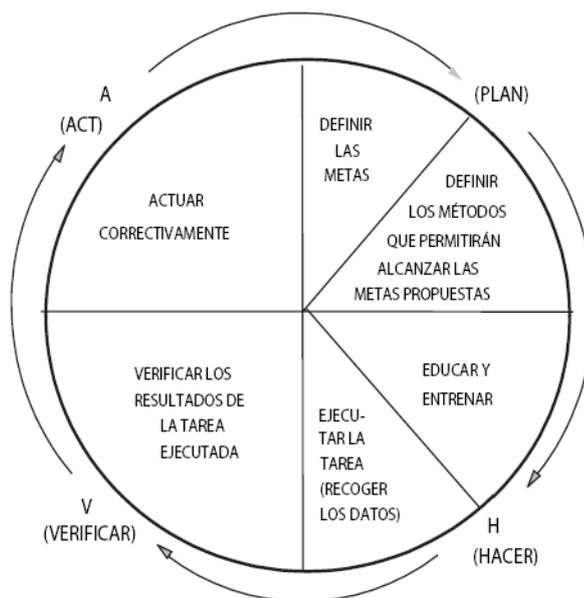
<sup>6</sup> “Origen, evolución y características de los programas de la Gestión de la Calidad en los servicios de salud”, Rosa Suñol / Joaquim Bañeres en Saturno P., ¿Qué es la Calidad? Publicado en Calidad Asistencial en Atención Primaria, Tomo I, Murcia, 1998.  
Donabedian, Avedis. Continuidad y Cambio en la búsqueda de la Calidad, Revista de Calidad Asistencial, 1994; 1:31-39.

el proceso origina resultados dramáticos a través del tiempo, además de constituir un modelo de bajo riesgo.

- El MCC procura convertir en cultura organizacional el mejoramiento de los procesos: hace esfuerzos para trabajar en las personas, en su estado de ánimo, en la comunicación, en el entrenamiento, el trabajo en equipo, el compromiso y la disciplina. Es un enfoque de sentido común que fomenta el pensamiento orientado a procesos, ya que los procesos deben perfeccionarse para que mejoren los resultados. El hecho de no lograr los resultados indica que hay una falla en el proceso. Es responsabilidad de la gerencia identificar y corregir los errores debidos al proceso.

Una buena forma de representar el enfoque del Mejoramiento Continuo es el ciclo de mejoramiento o PHVA.<sup>7</sup> En este método gerencial básico se fundamenta el modelo de auditoría para el mejoramiento de la calidad de atención en salud. En forma gráfica, el ciclo se presenta en el Grafico 1

**Grafico 1.** Ciclo PHVA



<sup>7</sup> También denominado ciclo de Shewart, o Ciclo de Deming, o Ciclo PDCA.

La aplicación del ciclo es un continuo en el tiempo; a continuación se explica cada uno de los cuadrantes:

- Planear (P): Esta fase está compuesta de dos etapas. La primera tiene por objeto identificar metas (qué). La segunda tiene que ver con la definición de los medios (cómo), es decir, las maneras de alcanzar las metas.
- Hacer (H): Esta es la fase de ejecución de los medios establecidos en la fase inicial; a su vez, tiene dos etapas: la primera se orienta a la formación de las personas en las formas o “cómos” establecidos para cumplir la meta; la segunda se presenta formalmente como la ejecución de lo planeado, pero tiene que ver, adicionalmente, con la recolección de los datos.
- Verificar (V): Esta es la fase de verificación de los resultados. Aquí, sobre la base de la evaluación del comportamiento de los indicadores que se han construido o de la aplicación de los métodos de evaluación de la calidad, incluidos aquellos que forman parte de la auditoría para el mejoramiento de la calidad, se valida la ejecución de la etapa anterior gracias a los hechos y datos recogidos.
- Actuar (A): En esta cuarta fase es preciso actuar en relación con todo el proceso.

Existen básicamente dos posibilidades; en el caso de que la meta haya sido conseguida, es necesario estandarizar la ejecución con el ánimo de mantener los resultados del proceso. La otra opción es que no se haya cumplido con la meta, en cuyo caso resulta necesario corregir y ajustar el proceso, para volver a girar el ciclo hasta que la meta sea alcanzada.

Las acciones de auditoría se desarrollan identificando las oportunidades de mejora, priorizando, haciendo análisis causal, implantando las acciones de

mejora y reevaluando, lo cual quiere decir que las acciones de auditoría deben responder a un plan de mejora en el cual la fase de verificar se transforma en actuar en un continuo que repite cuantas veces sea necesario el ciclo de mejora hasta garantizar al usuario la prestación de servicios con calidad. Esta es su relación con el ciclo PHVA.

**1.4.4. Atención centrada en el cliente.** El otro pilar del Sistema de Garantía de Calidad es la atención centrada en el cliente; la norma entiende como cliente al usuario, es decir, al cliente externo.

No significa esto que a la luz del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud no sea importante la satisfacción del cliente interno, lo es y mucho, sobre todo en la medida en que su satisfacción es un prerrequisito para obtener los resultados centrados en el usuario.

En la actualidad la integridad y la continuidad son aspectos necesarios para el buen resultado de la atención y el bienestar de la población. Para lograr este objetivo se requiere que las organizaciones cambien la forma de planear, realizar y evaluar los procesos el esfuerzo debe estar dirigido a la atención y entrega del servicio en forma planeada e integral, acompañada de una gestión transparente para el usuario y su familia e incorporando las necesidades del paciente y su familia en el diseño, ejecución, evaluación y mejoramiento de los procesos de atención. Esta forma de evaluación implica que la organización debe coordinar y articular todas las actividades desde que el usuario llega a la institución hasta que sale.

Los principios en que se fundamenta la atención centrada en el cliente son:

- Las instituciones, sus programas y sus servicios deben identificar con precisión quiénes son sus clientes y cuáles son sus necesidades y expectativas de cuidado y servicio.

- La evaluación de los procesos no se realiza por dependencias, sino de manera transversal, con los equipos de trabajo que participan en el resultado de los procesos, de tal forma que se reflejen todos los niveles y áreas de la organización involucradas en cada proceso.
- El respaldo y el compromiso gerencial son factores claves para el éxito de los procesos de mejoramiento de la calidad. Así, los directivos de las instituciones juegan un papel preponderante en el desarrollo de esta cultura.

**1.4.5. La seguridad del paciente.** Los sistemas de atención en salud han alcanzado un importante desarrollo y son complejos. Aún acciones de atención en salud aparentemente simples se desarrollan mediante la operativización de secuencias de procesos múltiples y en los cuales intervienen muchos profesionales y trabajadores de la salud, durante los cuales pueden presentarse fallas en la calidad impactando en la seguridad del paciente.

Es necesario ser conscientes entonces de que los sistemas de atención en salud son sistemas de alto riesgo y que por lo tanto en ellos deben analizarse permanentemente tanto de manera retrospectiva cuales han sido los errores que se han cometido y han culminado en un daño al paciente (eventos adversos) o que podrían haberlo hecho (incidentes o casi - evento adverso), como de manera proactiva cuáles son las fases en los procesos de atención en las cuales se podrían presentar fallas para prevenirlas de manera sistemática a través del establecimiento de barreras de seguridad (modo de falla).

La seguridad del paciente debe involucrar acciones hacia el paciente y la familia en los temas de información cuando ocurre un evento adverso y de apoyo durante el despliegue de las acciones requeridas para remediar o mitigar sus consecuencias.

La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud debe constituir una de las herramientas clave para proteger la seguridad del

paciente: elegir prioritariamente fuentes de trabajo que impacten en ella, desplegar metodologías que favorezcan el análisis causal y el análisis de las fallas para desatar acciones de mejoramiento efectivas y eficientes.

Igualmente durante el despliegue de las acciones de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención debe facilitar la creación de una cultura organizacional autocrítica y proactiva ante los errores y que sea solidaria con los pacientes y sus familias.

**1.4.6. Incentivos.** El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad se construye como un sistema de incentivos para la calidad, las acciones que se deriven de la implementación de la auditoría para el mejoramiento de la calidad deben generar incentivos. Se define Sistema de incentivos para la garantía de la calidad como “el Sistema que permita, estimule y retribuya una buena atención a la salud y que desaliente al mismo tiempo comportamientos inadecuados de cualquier índole, ya sea por parte de los médicos, de los usuarios o de los administradores” (Donabedian, 1996).

También se parte de la premisa de que un Sistema de Garantía de Calidad, independientemente del nivel de gestión en el cual opere, tiene como finalidad asegurar que las condiciones bajo las cuales se proporciona la atención médica – estructura y proceso – sean las más propicias para lograr que el paciente reciba el mayor beneficio al menor riesgo y costo, es decir, que reciba una atención de calidad, (Ruelas, 1994). La garantía de la calidad está dada en gran parte por la forma en que se diseña y opera el sistema de salud y el permanente monitoreo y evaluación de los procesos y resultados de la atención.

Un incentivo se define como un estímulo que, al aplicarse a nivel de un individuo, organización o sector, mueve, incita o provoca una acción. Este estímulo puede ser de carácter material (dinero), simbólico (reconocimiento),

social (aceptación por los demás), de poder o posición (prestigio), etc. Puede significar un beneficio o recompensa o un costo o castigo. Dado lo anterior, debe ser claro que los incentivos pueden tener un carácter positivo cuando premian a quien muestra el comportamiento deseado, o negativo cuando castigan a quien se desvía de dicho comportamiento.

Los incentivos para el mejoramiento de la calidad disponibles como instrumentos de política pública se clasificaron de la siguiente manera:

- **Incentivos económicos “puros”:** el mejoramiento de la calidad es motivado por la posibilidad de obtener ganancias económicas, ya sea porque la calidad genera mayores ventas y/o aumenta los márgenes de rentabilidad.
- **Incentivos de prestigio: la calidad** se mantiene o se mejora con el fin de mantener o mejorar la imagen o reputación.
- **Incentivos legales:** se desmotiva el desmejoramiento de la calidad por medio de sanciones.
- **Incentivos de carácter ético y profesional:** en el caso particular de la prestación de servicios de salud, existen incentivos para el mejoramiento de la calidad propios del sector: la calidad se mantiene o se mejora en aras de cumplir con una responsabilidad por representar los intereses del paciente.

Donabedian propone, como principios mínimos que deben tener los incentivos para la calidad en el sector de la salud, la congruencia con lo que concebimos como calidad, la consistencia con los valores y tradiciones profesionales profundamente arraigados, la vinculación entre las diferentes partes del Sistema y la persistencia para obtener unos resultados sólidos y previsibles. Ruelas, por su parte, recomienda como principios orientadores de los incentivos que estos generen una cultura de calidad, que hagan manifiesta la

racionalidad económica de la calidad –calidad implica ahorro – y que otorguen visibilidad y reconocimiento al buen desempeño<sup>8</sup>.

## **1.5. SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD SOGCS. DECRETO 1011 DE 2006**

Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

**1.5.1. Artículo 3o.- Características del SOGCS.** Las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados. Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:

**Accesibilidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**Oportunidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de

**Seguridad.** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

---

<sup>8</sup> CGH. Informe revisión de bases conceptuales y experiencias nacionales e internacionales del modelo de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. Junio de 2005

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

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

**1.5.2. Artículo 4o.- Componentes del SOGCS.** Tendrá como componentes los siguientes:

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

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

**Parágrafo 2o.-** Las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada, los Prestadores de Servicios de Salud y las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, están obligadas a generar y suministrar los datos requeridos para el funcionamiento de este Sistema, de conformidad con las directrices que imparta el Ministerio de la Protección Social.

**1.5.3. Artículo 5o.- Entidades responsables del funcionamiento del SOGCS.** Las siguientes, son las entidades responsables del funcionamiento del SOGCS:

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

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

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

**Entidades Departamentales y Distritales de Salud.** En desarrollo de sus propias competencias, les corresponde cumplir y hacer cumplir en sus respectivas jurisdicciones, las disposiciones establecidas en el presente decreto y en la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de la Protección Social, divulgar las disposiciones contenidas en esta norma y brindar asistencia a los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales para el cabal cumplimiento de las normas relativas a la habilitación de las mismas.

**Entidades Municipales de Salud.** En desarrollo de sus propias competencias, les corresponde brindar asistencia técnica para implementar la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud en los Prestadores de

Servicios de Salud de su jurisdicción y también realizar la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud a los Prestadores de Servicios de Salud, que prestan servicios de salud a la población no afiliada.

## **1.6. CLIENTE EXTERNO E INTERNO**

Un Cliente es la Organización o persona que recibe un producto.

Un Producto es el Resultado de un proceso.

Y un Proceso el Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman entradas en salidas.

De la unión de los tres conceptos anteriores resultaría acertado plantear que toda organización o persona que acuda a otra con vistas a recibir el resultado del proceso que se genere en esta puede ser considerado un cliente. O dicho de otra forma toda persona u organización que llegue a otra con necesidades por satisfacer y esta última mediante la realización de un conjunto de actividades transforme las insatisfacciones presentadas por la primera en satisfacciones podrá ser denominada cliente.

**1.6.1. Cliente externo.** Es una persona que no pertenece a la empresa, que adquiere sus bienes o servicios.

**1.6.2. Cliente interno.** Los miembros del personal de una organización pueden considerarse "clientes internos" porque reciben productos y servicios esenciales para su labor por parte de sus compañeros de trabajo. Los gerentes deben escuchar y responder a las necesidades de los proveedores iniciales, supervisores y otros clientes internos en la misma forma en que escuchan y responden a las necesidades de los clientes externos (4,5).

La satisfacción de los trabajadores de las instituciones sanitarias es un elemento que forma parte de la definición de la calidad de la atención prestada. Aunque se cuestione su relación directa sobre la calidad de la atención al

cliente externo, nadie discute que al medir la satisfacción laboral se está comprobando la calidad de la organización y de sus servicios internos.

Una buena gestión sobre las personas mejorará la calidad de los procesos clave y, en general, de las actividades de la organización, lo que se proyectará en los resultados, en la satisfacción de los clientes y en el impacto en la comunidad.

El personal de salud siente mayor satisfacción personal y profesional con su trabajo cuando puede ofrecer atención de buena calidad y sentir que su labor es valiosa. Por ejemplo, tanto los profesionales de salud clínicos como comunitarios convinieron en que el aspecto de mayor satisfacción en el trabajo es ayudar a las personas y el reconocimiento comunitario que reciben por ello. Con la evaluación de la satisfacción de los trabajadores se pretende conocer qué logros está alcanzando la organización en relación con las personas que la integran. Este conocimiento permitirá plantear objetivos concretos, relativos al grado de satisfacción laboral del personal, y desplegar las acciones necesarias para alcanzarlos.

El objetivo de la investigación de la satisfacción del trabajador es medir la percepción que las personas tienen de la organización y su funcionamiento, y más concretamente de su situación dentro de ella, para cuantificar en consecuencia el grado de satisfacción o insatisfacción que les genera. Este tipo de mediciones ya se vienen realizando a nivel interno en algunas cooperativas desde hace tiempo en Europa, ya que se trata de uno de los patrones básicos considerados por la European Foundation for Quality Management (EFQM), la fundación europea para la gestión de la calidad.

La medición por indicadores directos se realiza mediante encuestas de opinión, preguntando por el impacto que los factores analizados tienen en los sentimientos de satisfacción y/o insatisfacción de las personas. Se analizan una serie de aspectos tales como retribución salarial, sentimiento de utilidad y pertenencia a la empresa, nivel de comunicación interna, gestión directiva, etc. Como complemento del análisis de las percepciones directas de las personas,

se analizan también datos registrables que se encuentran directamente relacionados con la satisfacción, como absentismo laboral, evolución de la productividad, conflictividad, quejas y reclamaciones, gasto de la empresa en formación, etc. Estos apartados constituyen los indicadores indirectos.

En cuanto a la frecuencia con que se deberían hacer este tipo de mediciones, Iñigo Larrea y Mikel Lezamiz resaltan que "los factores que motivan y hacen que un trabajador esté a gusto en la empresa no son muy variables, lo que hacen es indicar tendencias, por lo que no se puede hablar de un determinado periodo de tiempo".

"Quizás depende más de los posibles cambios que se puedan producir en una empresa en un momento dado, y cuya incidencia en los trabajadores sea medible una vez haya transcurrido cierto tiempo". No obstante consideran que un análisis cada uno o dos años sí sería recomendable.

Las encuestas generalmente, permiten tomar decisiones a partir de la identificación de puntos críticos, pero es necesario profundizar con otros instrumentos complementarios que permitan mejorar en el análisis de las causas que están generando la insatisfacción y tomar medidas correctivas.

Una vez extraídos los resultados y analizadas las posibles causas que originan sentimientos de descontento, se analizan la cultura existente y se identifican los factores motivacionales así como las barreras que se oponen a un alto rendimiento en el personal de la organización; el equipo de gestión plantea los caminos a seguir para mejorar esos aspectos. Es de vital importancia que en el plan de gestión se tengan en cuenta las deficiencias encontradas y se emprendan actuaciones específicas encaminadas a resolver los puntos críticos. De otra parte es necesario tener en cuenta, que el grado de aceptación de resultados por parte de los funcionarios no siempre es el adecuado, lo que puede generar mayor desconfianza entre los trabajadores, al ver que no se aplican medidas correctivas frente a las áreas deficitarias encontradas, por ello es importante tomar en cuenta que cuando se entrega en cuestionario a un trabajador, por lo general es necesario preguntarse previamente si toda esa

serie de preguntas luego van a servir para algo y si realmente van a mejorar las cosas si él expone su punto de vista.

Los investigadores consideran que son los trabajadores los que se muestran más escépticos ante la posibilidad del cambio, y por ello destacan la necesidad de involucrarlos en las acciones de mejora para que sean ellos mismos los que comprueben que, al menos, se han tomado medidas para el cambio. No obstante, es importante tener en cuenta que muchos de estos cambios no serán cosa de un día y se deben producir de forma progresiva en el largo plazo. El otorgar a los trabajadores de salud la autoridad para resolver problemas y mejorar los servicios, como se hace en muchos de los métodos para mejorar la calidad, eleva la moral. Por ejemplo, en los programas donde se habilitó a los profesionales de salud para que desarrollaran sus propias soluciones a los problemas locales, se redujo la ausencia de estos empleados. En cambio, si los miembros del personal de salud sienten que las condiciones impiden que ofrezcan atención de buena calidad, es más probable que se desalienten y que dediquen casi todos sus esfuerzos a otros trabajos.

**1.6.3. Cliente interno y externo, diferencias y semejanzas.** A pesar que hace más de una década que Karl Albrecht y Jack Carson popularizaran el término de Cliente Interno en sus libros “La Excelencia de los Servicios” y “La Revolución de los Servicios”, su uso no ha logrado generalizarse y es que no para todo el mundo resulta evidente que el que hasta hace poco y por siempre no fue más que el trabajador, asalariado, peón, obrero y a lo sumo, recurso humano, de momento resulte cliente. Los que así razonan afirman “Cliente es quien paga” y estos no pagan sino que cobran.

Aún cuando conceptualmente, utilizando los conceptos anteriores, resulte sustentable el término de cliente interno no todo el mundo aceptará esta definición y es que entre ambos tipos de cliente existen diferencias que los separan notablemente entre las que se encuentran:

- Las necesidades que satisfacen:

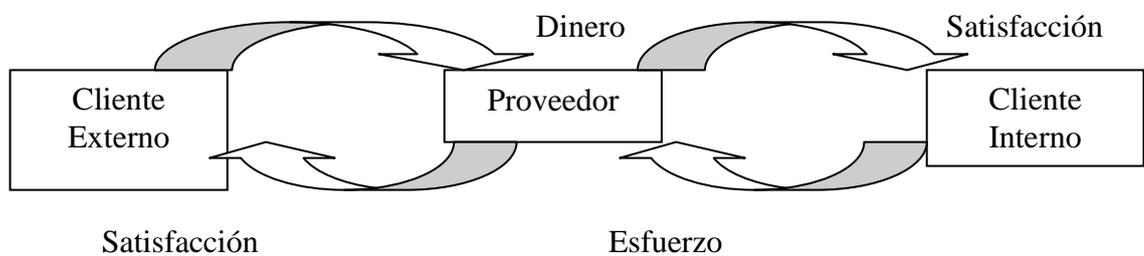
El cliente habitual normalmente acude a la organización a satisfacer una necesidad mayoritaria y fácilmente identificada: alimentación, transportación, sed, recreación, recuperación del estado óptimo de salud, etc., mientras que en el caso del cliente interno para la mayoría de las personas, aún para muchos de los propios clientes internos, sólo acuden a las organizaciones para adquirir dinero, cuando en realidad, buscan satisfacer necesidades de afiliación, seguridad, autoestima, autorrealización, poder. Puede darse el caso que en determinadas condiciones prioricen indistintamente una u otra necesidad, pero eso no que el cliente interno busque la satisfacción de sus necesidades de forma independiente, sino que para este las mismas y su forma de satisfacerlas se encuentran más clara. Ambos tipos de clientes al recibir un producto generalmente satisfacen no una única necesidad sino un conjunto de estas. En el caso del cliente externo la amplitud del conjunto con mayor frecuencia resulta más amplia y conocida, si bien al consumir un refresco se satisface la sed como necesidad primaria y notable, también se puede estar satisfaciendo una necesidad social o de afiliación si el acto de beber se realiza en colectivo o una necesidad de estatus si se compra un refresco de marca o caro o en un renombrado establecimiento y hasta una necesidad de autorrealización si tiempos atrás el consumidor no podía acceder al tipo de bebida que hoy degusta. Cuando se trata del cliente interno, a pesar de que múltiples son los autores (Maslow, Mac. Gregor) que han descrito el conjunto de necesidades que se pueden satisfacer mediante el trabajo para la mayoría de las personas el único o el fin fundamental que persigue un trabajador es la satisfacción de una necesidad fisiológica mediante la obtención del dinero y rara vez reconocen en los otros las necesidades de seguridad, sociales, de autorrealización y auto estima.

- Las formas en que retribuyen la satisfacción de sus necesidades.

Mientras para todos resulta claro que la forma fundamental que posee el cliente externo para retribuir la satisfacción de una necesidad es el dinero, sin ignorar las otras, no todos se percatan que es mediante el propio esfuerzo físico y

mental que el cliente interno retribuye la satisfacción de una necesidad. La mayoría sienten que le hacen un favor al pagarle al trabajador por su trabajo y al dejarlo trabajar, mientras ruegan porque el cliente externo les haga el favor de dejarlo servirle. En su miopía no se percatan que si el interno no hubiera necesitado satisfacer necesidades mediante el trabajo y en consecuencia no hubiese pagado con su esfuerzo por la satisfacción de estas necesidades entonces no estarían ellos en condiciones de ofrecer un producto y recuperar el dinero pagado. Al igual que el cliente externo paga más que el costo del producto recibido, el cliente interno recibe menos dinero que el equivalente al esfuerzo realizado siendo el pago excedente del cliente externo la materialización del valor agregado por el cliente interno y en consecuencia la única vía de ganancia, son pues cara y cruz de la moneda que se llama ganancia.

Grafico 2. Formas de retribución en la satisfacción de las necesidades



- El poder de elección del cliente.

“El cliente es el Rey” afirman los que saben que dependen del cliente externo y reconocen a este como único cliente, y no dejan de tener cierta razón, dependen de él para materializar su ganancia y este lo sabe, pero como casi siempre no existe un único proveedor de un producto o servicio y como además cada vez más las diferencias entre los distintos proveedores son menores y más difíciles de lograr en los productos en sí, la tratan de lograr en la personalización del producto al tipo del cliente exaltando de esta forma la

importancia del cliente externo. Esta situación otorga gran poder al cliente externo quien cuando no se sienta totalmente satisfecho con un proveedor lo abandonará y buscará otro. No corre igual suerte el cliente interno, pues tiene que enfrentarse a un mercado donde los proveedores de trabajo resultan escasos y sus similares, los otros clientes internos están dispuestos a cualquier cosa por conseguir un trabajo donde satisfacer sus necesidades. Los que tienen trabajo ruegan por no perderlo pues de hacerlo tal vez no podrían volver a encontrarlo. Cuando un proveedor de fuente de empleo reconoce en uno de sus trabajadores una aptitud única o poco frecuente hace lo imposible por conservarlo concediéndole entonces el trato de cliente que siempre ha merecido y que rara vez le han otorgado.

En resumen el cliente externo goza de poder de elección pues su oferta para el proveedor es más escasa que lo que este último aporta, mientras que el cliente interno rara vez tiene poder de elección pues su oferta es abundante y lo que demanda escaso.

- La duración del proceso de satisfacción de las necesidades.

Esta característica a pesar de ser la última tal vez sea la más importante pues es la que más influye en que no se reconozca por todos la existencia del cliente interno.

La duración del ciclo del servicio mediante el cual el cliente externo recibe el producto que satisface sus necesidades resulta relativamente muy corta en comparación con la del ciclo del servicio que satisface las necesidades del cliente interno.

Usualmente los clientes externos consumen cualquier tipo de producto o reciben un servicio de atención personal de forma esporádica, incluso cuando la interacción es diaria, generalmente el intervalo de tiempo que le dedican a interactuar con el servicio para satisfacer una necesidad específica resulta pequeño en comparación con el total de horas del día, esto hace que durante ese breve periodo de tiempo el cliente externo se vea obligado a realizar una

valoración de la calidad del producto o servicio recibido en función de la relación entre lo que obtuvo y lo que esperaba obtener.

Esta brevedad induce a que el cliente sea más objetivo en su valoración y resulte muy difícil lograr modificar el proceso valorativo de este mediante la realización de cambios en sus expectativas, necesidades o en la propia valoración de lo recibido. Todo este proceso planteado podría resumirse como la contracción del ciclo del servicio mediante una comprensión de los momentos de verdad.

En contraposición a lo antes descrito está el proceso mediante el cual el cliente interno satisface sus necesidades. En este caso el cliente interno generalmente interactúa con el ciclo del servicio casi todo los días y como mínimo 8 de las 24 horas del día. De tal forma que el cliente interno rara vez espera que sus necesidades sean satisfechas de forma inmediata sino durante el transcurso del tiempo, esto hace que sus necesidades, sus prioridades y expectativas se modifiquen en el transcurso de este periodo, durante el cual se logra que la valoración del cliente interno sea más subjetiva, pasiva y sujeta a una mayor influencia de quien oferta el servicio (empleador). Este otro caso podría resumirse como la dilatación del ciclo del servicio mediante la expansión de los momentos de verdad.

Otro argumento más a favor del cliente interno radica en el hecho de que como es sabido el concepto de proceso presenta un carácter relativo pues puede considerarse un proceso todas las actividades que se realizan en una entidad desde la recepción de la materia prima hasta el del producto terminado o el área de venta o por el contrario pueden considerarse procesos cada una de las áreas donde se realice algún tipo de operación durante la recepción, almacenamiento o transformación del producto inicial hasta convertirlo en producto final, por lo que entonces cada una de las áreas independientes dentro de la entidad podrían considerarse cliente de su predecesora en el proceso de transformación y por lo tanto sería un cliente interno, de igual forma

dentro de una misma área cada obrero que realice una operación o conjunto de estas de forma independiente puede considerarse como ejecutor de un proceso y todo el que dependa de él será su cliente por lo que esto también será un elemento más que valide la existencia del cliente interno.

## **1.7. DESCRIPCION DEL AREA DE ESTUDIO UCI LA ESTANCIA POPAYAN**

La Unidad de Cuidado Intensivo La Estancia Popayán es una sociedad anónima con autonomía administrativa, que genera un avance científico y técnico que permite atender con optima calidad integrando III nivel alrededor del servicio de medicina critica y cuidados intensivos, con pacientes de riesgo inminente de muerte y enfermedades tributarias de soporte vital avanzado. Su staff de base lo conforman intensivistas con formación básica en Anestesiología y Cirugía General, además por pertenecer a una Clínica de alta complejidad, tiene disponibilidad de todas las subespecialidades durante 24 horas al día y 7 días a la semana. La principal función es prestar servicio de la más alta calidad técnica y humana a los pacientes en estado crítico y a sus familias, pero además cumple con la obligación de difusión del conocimiento a través de los programas de entrenamiento en programas de pregrado y postgrado de la Universidad del Cauca y con proyectos de investigación de colaboración local, nacional y mundial.

**1.7.1. Misión.** Brindar un servicio calificado en cuidados intensivos, contando con recursos de excelencia humana, profesional multidisciplinario, con tecnología de avanzada para los pacientes críticos de toda la comunidad, y proveer enseñanza medica científica en la especialización de medicina crítica y cuidados intensivos

**1.7.2. Visión.** En el 2011 ser la unidad de cuidados intensivos líder, de rentabilidad estable, acreditada, en constante crecimiento como referente

regional ofreciendo servicios de alta eficiencia, generando programas docente asistenciales continuados en cuidado intensivo

### **1.7.3. Valores corporativos.**

- **VOCACIÓN:** Es el impulso interno que nos empuja a realizar determinadas acciones o cosas y nos ayuda a descubrir cuál es la meta que se tiene en la vida.
- **COMPROMISO:** Asumimos las acciones con esfuerzo, dedicación y empeño, generando confianza de nuestro servicio hacia los clientes.
- **RESPONSABILIDAD:** Estamos comprometidos en asumir y cumplir nuestros deberes y obligaciones para alcanzar los propósitos de la Institución.
- **EFICACIA:** Garantizando solucionar de manera integral las principales necesidades y expectativas en salud de la población en el Departamento del Cauca.
- **HONESTIDAD:** Actuando de conformidad a las normas morales, éticas y religiosas, según la sociedad a la que se pertenece, y a las leyes y normas jurídicas.
- **AFFECTIVIDAD:** Representada en la disponibilidad que cada ser humano tiene para brindar a los demás un trato amable y cordial, dentro de una relación de beneficio mutuo

**1.7.4. Portafolio de servicios.** La unidad de cuidado intensivo cuenta con 10 cubículos, cada uno de ellos equipado con monitor con modulo de presión invasiva, ventilador mecánico, cama de 3 planos, cinco bombas de infusión con doble canal, una bomba de nutrición enteral, tomas de corriente suficientes, sistema de succión con vacío y aire comprimido, mueble para preparación de medicamentos y almacenamiento de pertenencias. Dispensador de gel antiséptico, guardián para elementos corto punzantes, canecas de residuos contaminados y comunes. Adicionalmente se cuenta con una máquina de gases arteriales, electrocardiógrafo, desfibrilador, ecógrafo, equipo de rx

portátil, calentador térmico para mantas, calentador térmico para fluidos y vacuum.

La Unidad de Terapia Intensiva cuenta con 102 personas:

- 1 Director Científico – Gerente Administrativo
- 3 Médicos Especialistas
- 5 Médicos generales – tiempo completo
- 1 Coordinador de Enfermería
- 17 Jefes de Enfermería
- 40 Auxiliares de Enfermería
- 2 Fisioterapeuta– medio tiempo
- 7 Fisioterapeutas – tiempo completo
- 4 Secretarias clínicas – tiempo completo
- 1 Asistente Administrativa
- 1 Asistente Financiero
- 1 camillero
- 1 mensajero
- 1 Auxiliar de Servicios
- 1 Auxiliar de Fisioterapia
- 1 Auxiliar de Fisioterapia – medio tiempo
- 8 Servicios Generales – tiempo completo
- 3 Servicios Generales – medio tiempo
- 1 facturadora
- 1 auditor
- 2 Pasantes SENA

## **2. METODOLOGIA**

### **2.1. TIPO DE DISEÑO**

Estudio descriptivo

### **2.2. UNIVERSO Y MUESTRA**

La población del estudio fueron 102 personas definidos como cliente interno, pero se trabajó con una muestra de 63 personas quienes decidieron participar voluntariamente en el estudio. Para el cliente externo se tuvieron en cuenta todos los usuarios o familiares de usuarios que fueron internados en la UCI La Estancia durante Diciembre de 2008 y enero de 2009 correspondiente a 121 pacientes, pero se obtuvo una muestra de 39 pacientes quienes voluntariamente diligenciaron la encuesta de satisfacción de cliente externo.

### **2.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Para cliente interno: personal que desee participar voluntariamente en el estudio, que sus labores sean desempeñadas en la UCI, con un periodo de antigüedad mínimo de 3 meses y con vinculación laboral, o que se encuentre en formación avanzada.

Para cliente externo: pacientes o familiares que deseen participar voluntariamente en el estudio, se encuentre hospitalizado en la UCI o que sea familiar de un paciente hospitalizado con un periodo mayor a 24 horas.

## 2.4. VARIABLES

Para la recolección de la información del cliente interno se tienen las siguientes variables. (Ver anexo A).

**2.4.1. Socio demográfica.** incluye los siguientes aspectos: edad, sexo, grupo ocupacional, tipo de contratación y tiempo laboral.

**2.4.2. Satisfacción laboral.** Incluye las siguientes categorías:

**Trabajo Actual:** lugar o área donde se le ha designado para cumplir con su labor asignada, evalúa el nivel autonomía, variedad de habilidades, identificación y significado del puesto o actividad realizada, así como la retroalimentación recibida.

**Trabajo en General:** labor que demanda todos los conocimientos que tiene el trabajador y que lo involucra con todo el personal del establecimiento, también considera aspectos de carácter estructural general y de organización del trabajo en particular

**Interacción con el Jefe Inmediato:** Referida a interacciones de los equipos en términos de líder- colaborador, direccionamiento, monitoreo y soporte a las actividades.

**Oportunidades de progreso:** situaciones que puede aprovechar para superarse o acceder a otro nivel, expectativas de capacitación y desarrollo

Remuneraciones e incentivos: pago u otros reconocimientos que se recibe por tiempo durante el cual debe desarrollar sus labores asignadas.

**Interrelación con sus compañeros de trabajo:** personal que labora en el mismo establecimiento, en cualquier área. Considera las relaciones interpersonales en el desarrollo de sus labores

**Ambiente de Trabajo:** Sensación de pertenencia del trabajador a la institución, mecanismos de comunicación dentro y fuera de la organización, toma de decisiones tanto a nivel individual y grupal.

Para la recolección de la información del cliente externo se tuvieron en cuenta las siguientes variables: (Ver anexo B).

**2.4.3. Socio demográfica.** Incluye el tipo de afiliación en salud del paciente.

**2.4.4. Calidad de la atención.** Incluye las siguientes categorías:

**Oportunidad del servicio.** Satisfacción de las necesidades de salud en el momento requerido, utilizando los recursos apropiados de acuerdo con las características y severidad de cada caso.

**Atención solicitada.** Complacencia del usuario con al atención recibida, con los servicios y con los resultados de la atención.

**Información recibida.** Comunicación entre el grupo médico y de enfermería dirigida a la familia, acerca de la condición clínica del paciente.

**Amabilidad y respeto.** Referidos a la disposición y voluntad del personal para ayudar a los usuarios y proveerlos de un servicio cordial y respetuoso.

**Calidad y presentación de los alimentos.** Sensación del cliente frente a la procedencia y el manejo que le da el proveedor a los alimentos

**Comodidad del servicio.** Recursos materiales, equipos, materiales de comunicación e instalaciones con las que cuenta el Servicio.

## **2.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS**

**2.5.1. Recolección de la información.** Para la recolección de la información, se aplicó una encuesta estructurada y avalada por la UCI La estancia Popayán y que fue diligenciada por los pacientes o sus familiares. Para el cliente interno se aplicó la encuesta de satisfacción del personal de salud que fue diligenciada por todos los funcionarios objeto del estudio (Validación de esta encuesta Ministerio de salud Perú)

**2.5.2. Resultados y análisis de la información.** La tabulación de la información se hizo mediante el programa office Excel 2007. Para los resultados de este trabajo se tuvo en cuenta las medidas de tendencia central, presentadas por medio de tablas y gráficas, que permitieron apreciar en forma rápida los contenidos de las diferentes variables a estudio, así como el respectivo cruce entre las mismas, para de esta manera facilitar la comprensión.

## **2.6. CONSIDERACIONES ETICAS**

- Confidencialidad
- Respeto
- Integridad

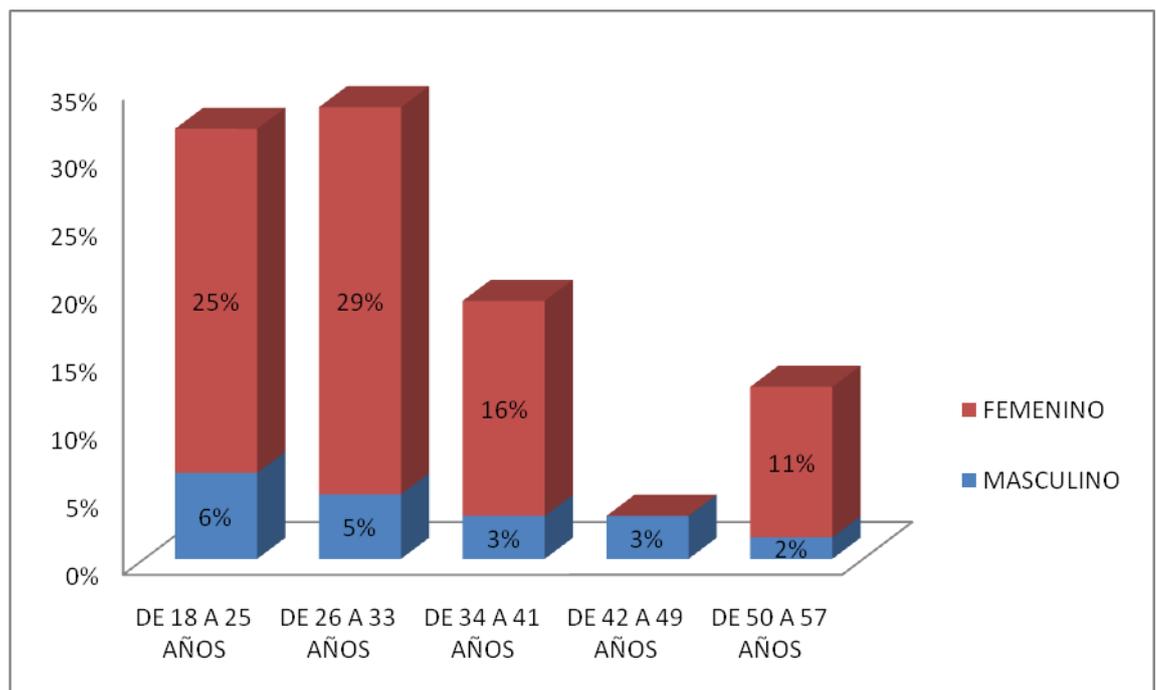
### 3. RESULTADOS

Los resultados obtenidos en el trabajo mejoramiento de la calidad de la atención en salud, cliente interno y externo UCI La estancia Popayán, 2008 – 2009 fueron los siguientes:

#### 3.1. VARIABLE SOCIODEMOGRAFICA CLIENTE INTERNO UCI LA ESTANCIA POPAYAN

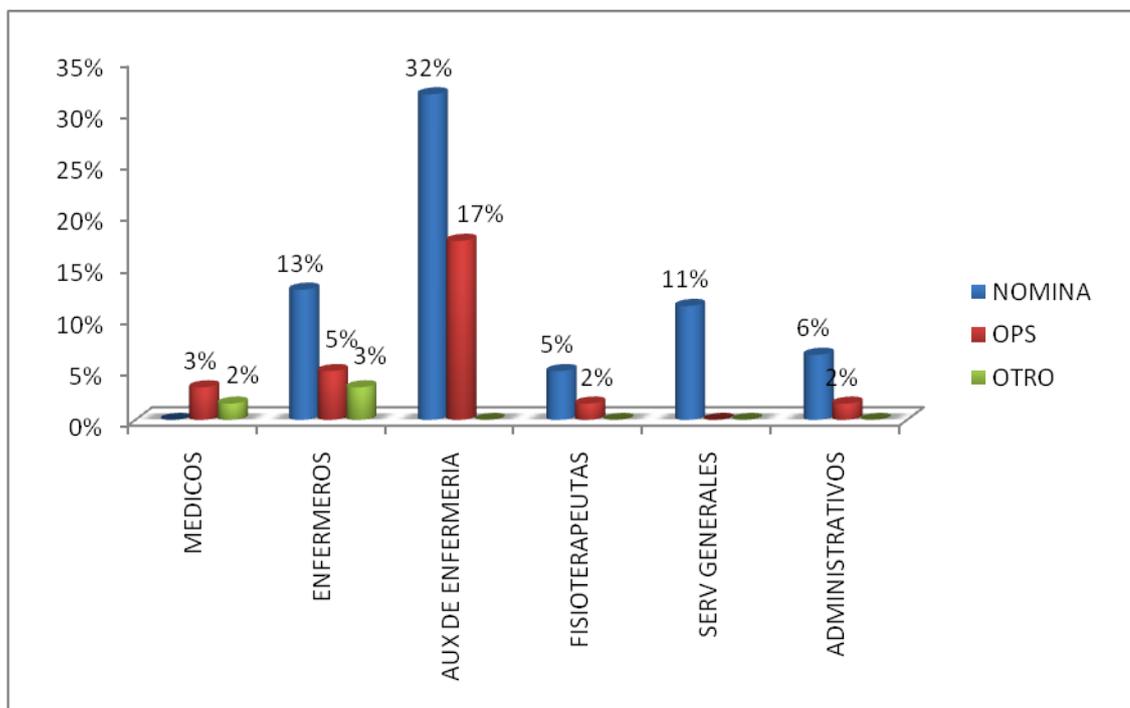
**3.1.1. Rango porcentual de edad y sexo cliente interno.** El rango de edad que predomina entre el cliente interno de la UCI la Estancia Popayán es de 26 a 33 años con un 34%, 29% de ellos femenino y 5% de ellos masculino. El 66% de la población se encuentra en edad productiva. (Ver figura1).

**Figura 1.** Porcentaje rango de edad y sexo, cliente interno UCI La Estancia Popayán 2009.



**3.1.2. Ocupación y condición laboral.** El 49% de la población son auxiliares de enfermería de los cuales el 65% están contratados por nómina y el porcentaje restante está contratado por orden de prestación de servicio. El 5% de la población corresponde el gremio médico siendo el 60% contratados por orden de prestación de servicio, el porcentaje restante corresponden a las personas en entrenamiento avanzado. (Ver figura 2).

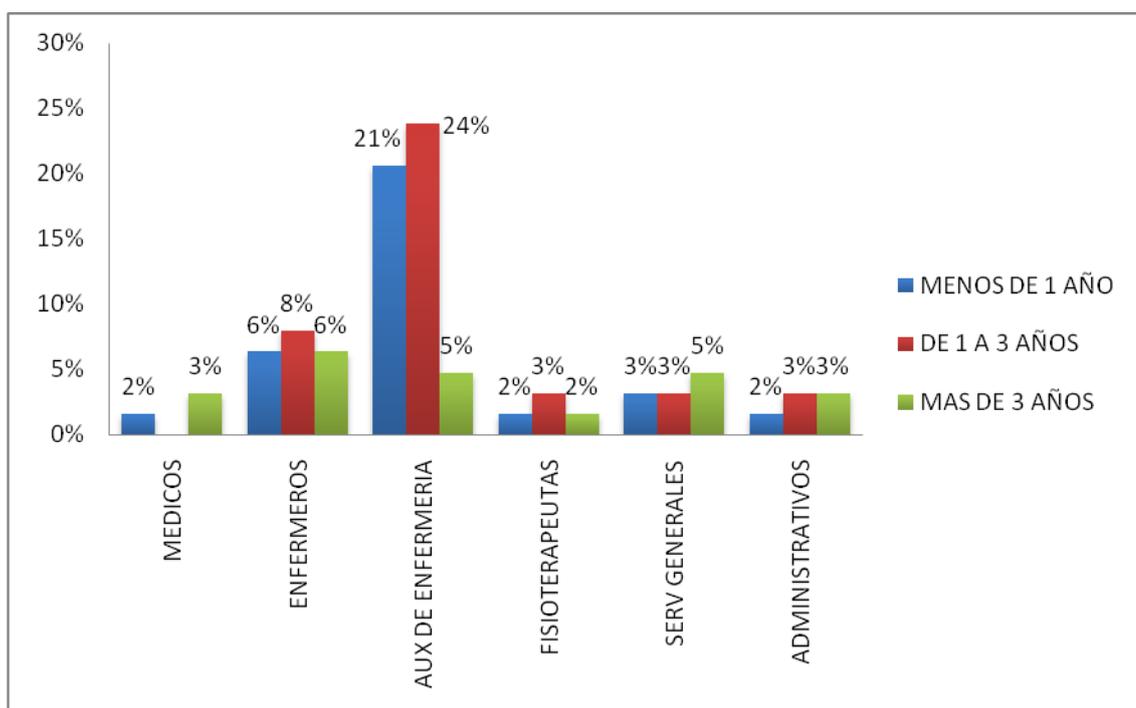
**Figura 2.** Grupo ocupacional y condición laboral, cliente interno UCI La Estancia Popayán 2009.



**3.1.3. Grupo ocupacional y tiempo de servicio.** El 24% de la población total corresponde a auxiliares de enfermería que llevan laborando dentro de la unidad de uno a tres años, seguido del 21% que corresponde al mismo grupo ocupacional con un tiempo menor de un año, el 41% de la población total lleva laborando entre uno y tres años en la unidad, el 24% lleva más de tres años de labores y el porcentaje restante menos de un año, el grupo que menos rota es

el de los enfermeros con un porcentaje del 6% de labores mayores a 3 años, y el personal auxiliar de enfermería es el que más rota con un porcentaje de 21% de labores menores a 1 año. (Ver figura 3).

**Figura 3.** Grupo ocupacional y tiempo de servicio, cliente interno UCI La Estancia Popayán 2009.

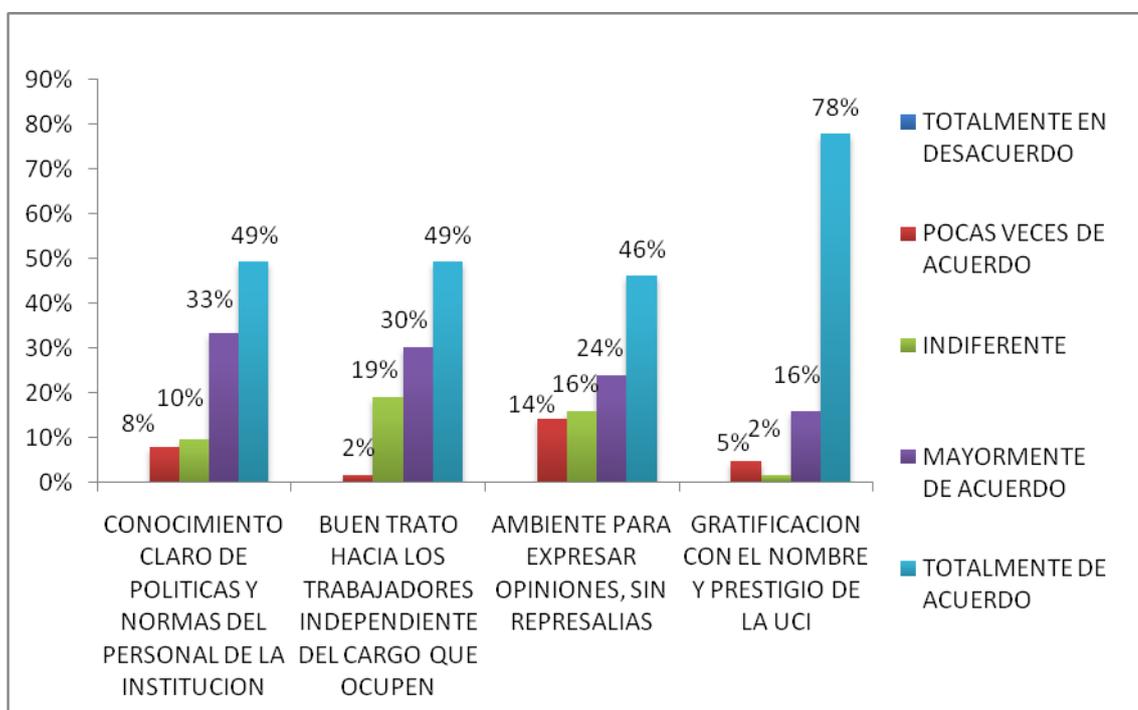


### 3.2. VARIABLE DE SATISFACCION LABORAL CLIENTE INTERNO UCI LA ESTANCIA POAPAYAN

**3.2.1. Apreciación del trabajo actual.** En relación a la organización del trabajo dentro del servicio el 44% de la población se encuentra mayormente de acuerdo con la afirmación y el 8% pocas veces de acuerdo. A cerca de la afirmación relacionada con el desarrollo de habilidades, el 73% de la población se encuentra totalmente de acuerdo con el ítem y el 3% pocas veces de acuerdo, siendo el primer porcentaje apreciación de personal auxiliar de enfermería y el 3% opinión del personal médico en su mayoría. Frente a la

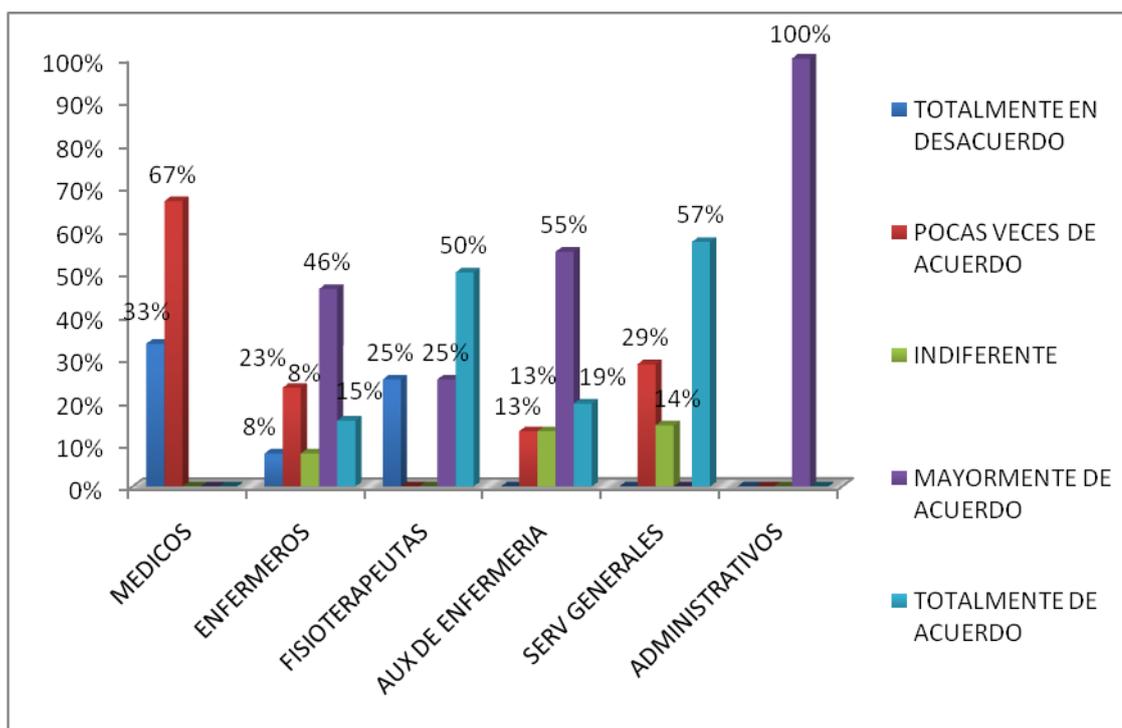
afirmación sobre información oportuna a cerca del desempeño el 46% de la población se encuentra mayormente de acuerdo y el 5% totalmente en desacuerdo, se aclara que en este último punto están incluidos los jefes de la unidad que están supeditados a los directivos de la clínica (Ver figura 4).

**Figura 4.** Apreciación del trabajo actual, cliente interno UCI La Estancia Popayán 2009.



**3.2.2. Información oportuna a cerca de desempeño.** Frente a la información oportuna que tiene el cliente interno a cerca del desempeño por grupo ocupacional se encuentra que el 100% de los administrativos están mayormente de acuerdo con la afirmación, seguido de los médicos con un 67% pocas veces de acuerdo y el 33% de médicos restante totalmente en desacuerdo el 99% de los médicos consideran que no tienen suficiente información acerca de su desempeño, igual que el 25% de los fisioterapeutas que están totalmente en desacuerdo sobre la oportunidad que les ofrecen respecto a la información acerca de su desempeño. (Ver figura 5).

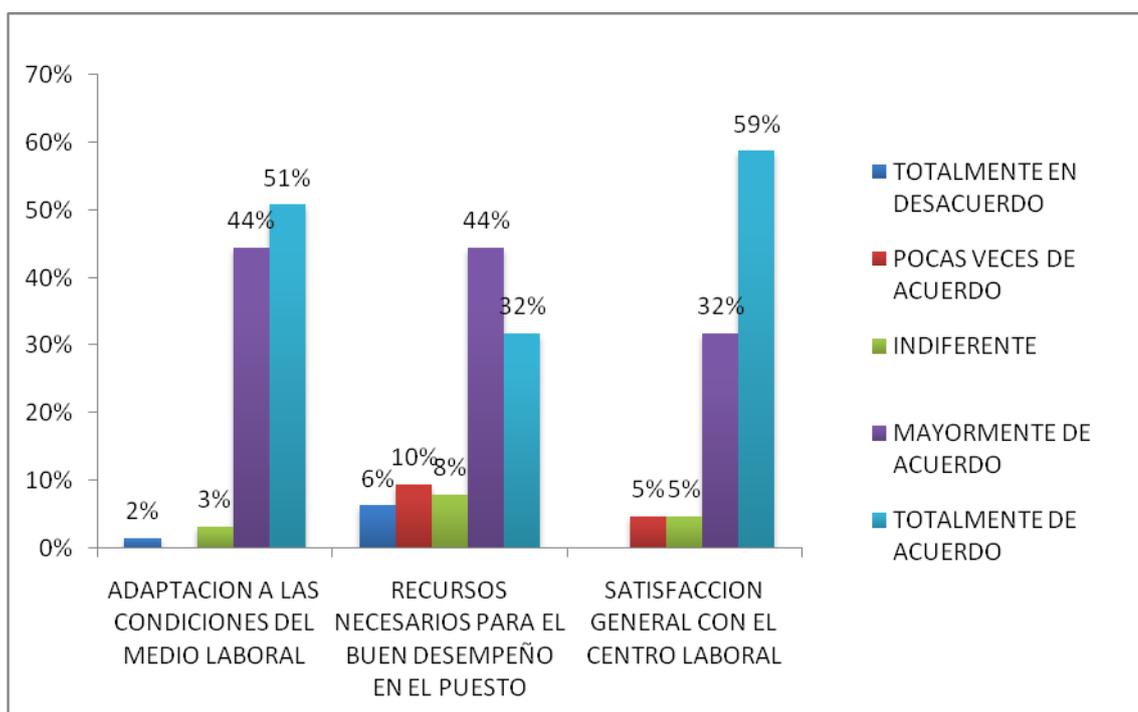
**Figura 5.** Ambiente para expresar opiniones sin represalias, cliente interno UCI la estancia Popayán 2009.



**3.2.3. Apreciación del trabajo en general.** En relación a la apreciación del trabajo en general, relacionado con la adaptación a las condiciones del medio laboral encontramos que el 51% de la población se encuentra totalmente de acuerdo y el 2% totalmente en desacuerdo, esto nos muestra que el 95% de la población tiene capacidad de adaptarse a las condiciones del servicio, indicando que la unidad ofrece un buen ambiente laboral, en cuanto a los recursos necesarios para el buen desempeño en el puesto, el 44% de la población se encuentra mayormente de acuerdo y el 6% totalmente en desacuerdo, además hay un 8% que se encuentra indiferente ante esta afirmación, indicando que la unidad cuenta con los recursos necesarios para un desempeño de las funciones de cada uno de sus funcionarios, demostrado un 76% de conformidad. respecto a la satisfacción general con el centro laboral el

59% de la población se encuentra totalmente de acuerdo, un 5% se encuentra indiferente, se relaciona esto con la falta de claridad en los objetivos frente a su labor y la información que recibe a cerca de su desempeño. (Ver figura 6).

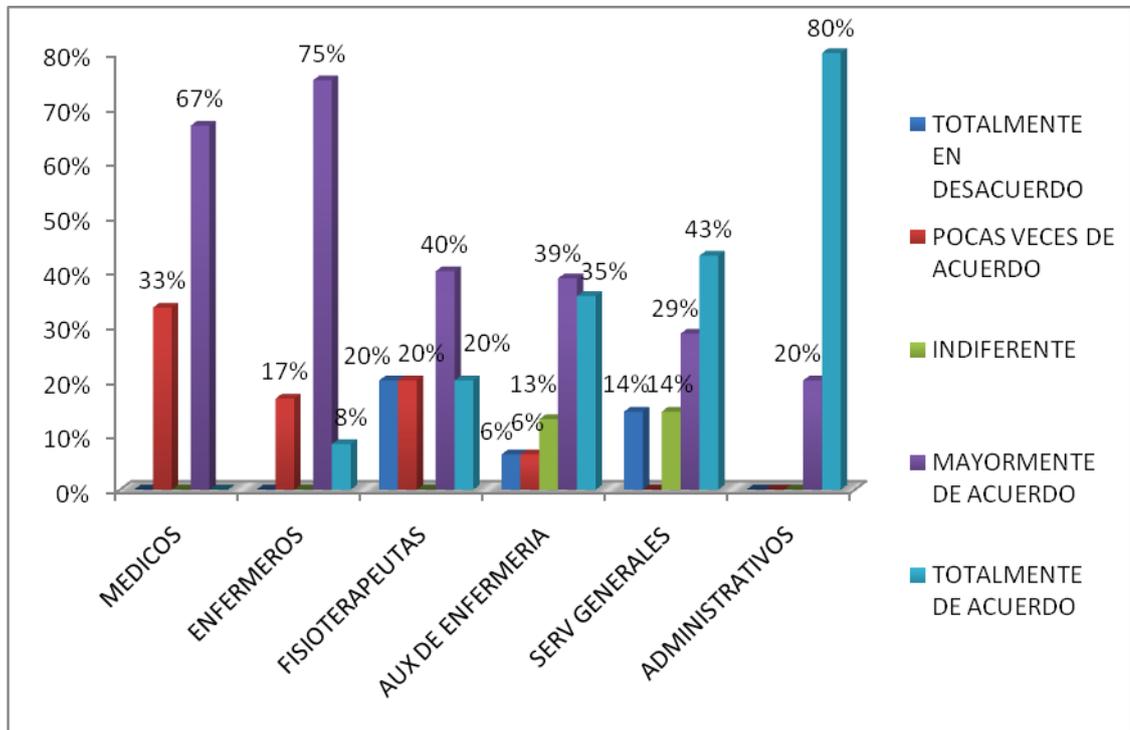
**Figura 6.** Apreciación del trabajo actual, cliente interno UCI La Estancia Popayán 2009.



### 3.2.4. Recursos necesarios para el buen desempeño en el puesto.

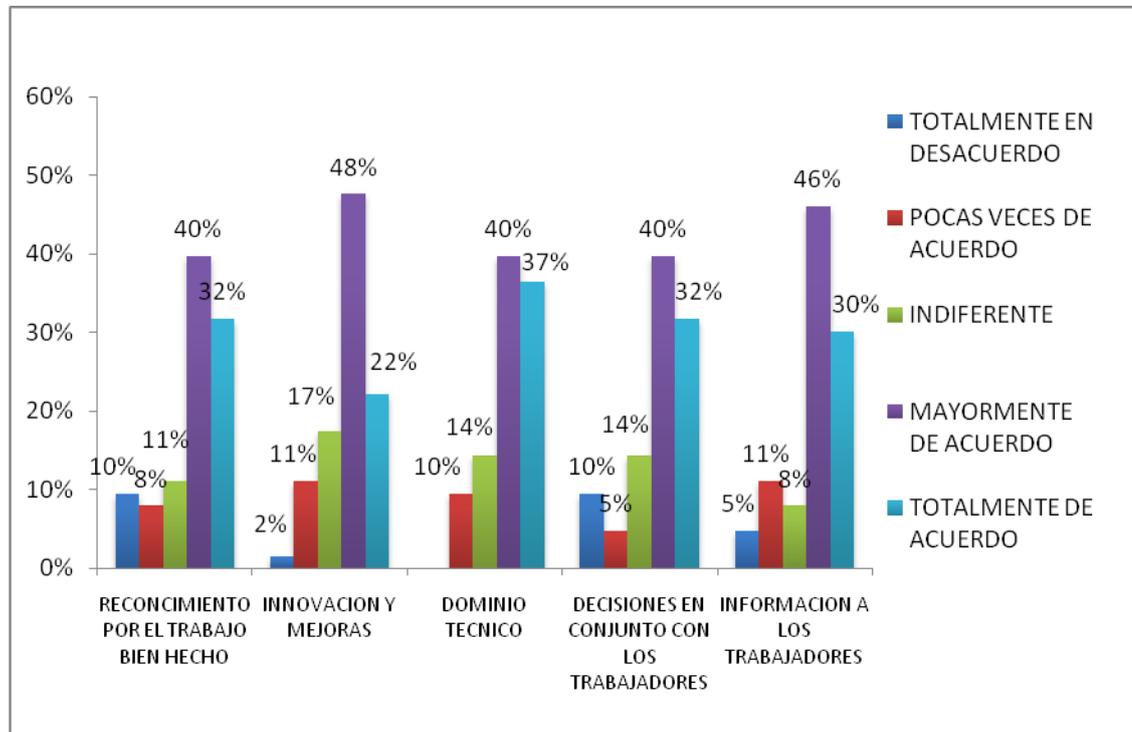
Respecto a la apreciación a cerca de los recursos necesarios para un buen desempeño en el puesto y su relación con el grupo ocupacional el gremio médico y de enfermeros están mayormente de acuerdo con respecto a los recursos físicos con que cuenta la unidad. En el gremio de servicios generales y auxiliares de enfermería hay un alto porcentaje de indiferencia, en contraste con el personal administrativo que se encuentra satisfecho con los recursos ofrecidos por la institución para el buen desempeño de su labor. (Ver figura 7).

**Figura 7.** Recursos necesarios para el buen desempeño en el puesto, cliente interno UCI La Estancia Popayán 2009.



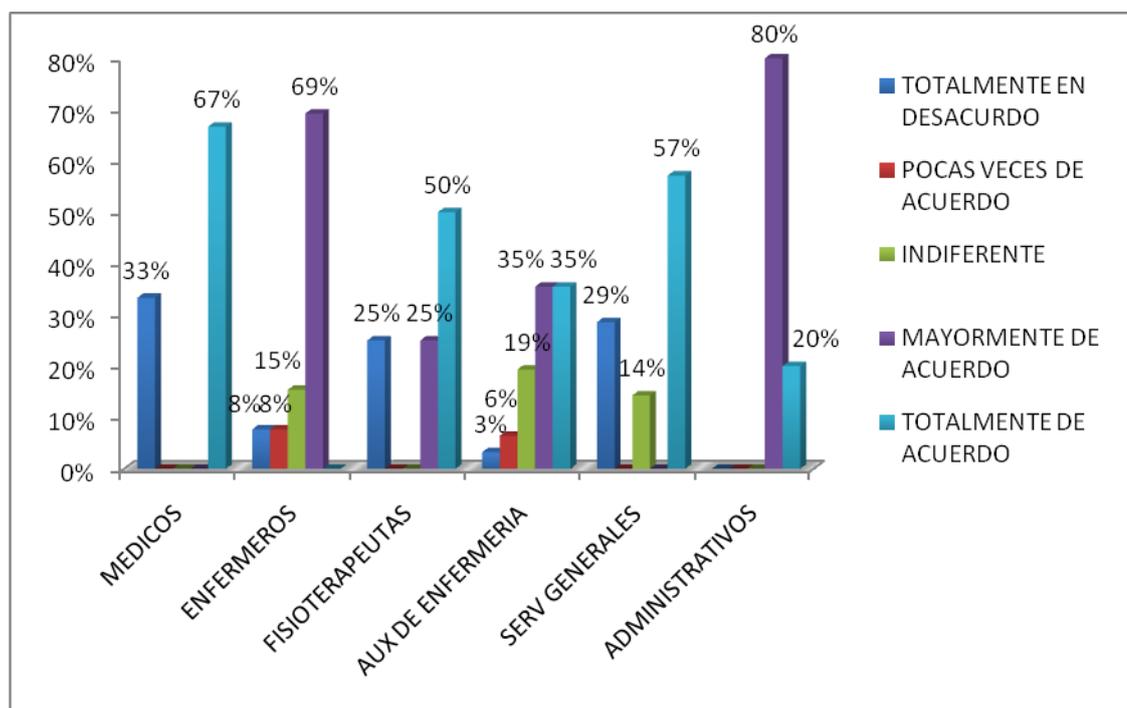
**3.2.5. Interacción con el jefe inmediato.** Respecto a la apreciación de la interacción con el jefe inmediato y la afirmación de reconocimiento por el trabajo bien hecho, el 40% de la población se encuentra mayormente de acuerdo y el 10% totalmente en desacuerdo, en cuanto a la innovación y mejoras, el 48% esta mayormente de acuerdo, y el 2% totalmente en desacuerdo. frente a la afirmación dominio técnico el 40% esta mayormente de acuerdo y el 10% pocas veces de acuerdo. frente a las decisiones en conjunto con los trabajadores, el 46% de la población está mayormente de acuerdo con la afirmación y el 11% de la población está pocas veces de acuerdo con la afirmación. (Ver figura 8).

**Figura 8.** Apreciación de la interacción con el jefe inmediato, cliente interno UCI La Estancia Popayán 2009.



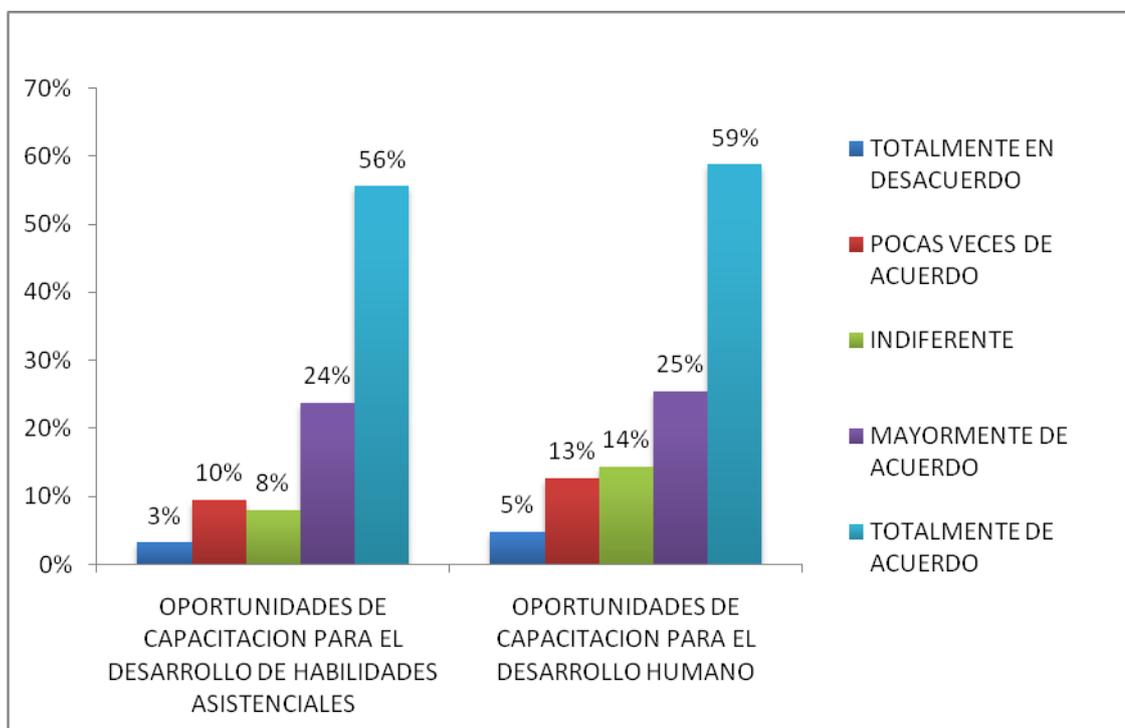
**3.2.6. Decisiones en conjunto con los trabajadores.** En relación a las decisiones que se toman en conjunto con los trabajadores con respecto al grupo ocupacional de médicos el 67% se encuentra totalmente de acuerdo contra un 33% que se encuentra totalmente en desacuerdo. El 100% de los administrativos se encuentra satisfecho frente a esta afirmación, el 69% de los enfermeros están mayormente de acuerdo con la afirmación frente a un 15% de indiferencia, el 75% de los fisioterapeutas se encuentra conforme con la afirmación frente a un 25% que se encuentra totalmente en desacuerdo, el 70% de los auxiliares están conformes con la afirmación y el 19% indiferentes. En servicios generales el 57% está totalmente de acuerdo y el 29% totalmente en desacuerdo, frente a esta dualidad se aclara que este gremio está iniciando bajo nueva contratación por outsorsing y no tuvieron claridad para responder esta afirmación. (Ver figura 9).

**Figura 9.** Decisiones en conjunto con los trabajadores, cliente interno UCI La Estancia Popayán 2009.



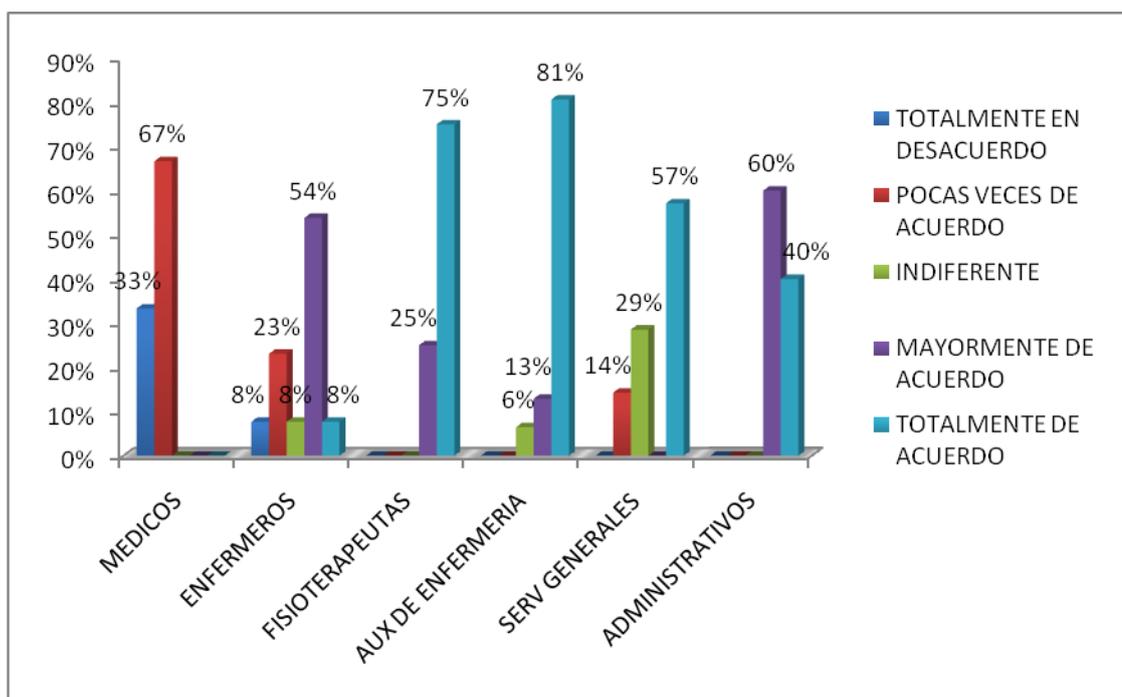
**3.2.7. Apreciación de oportunidades de progreso.** Respecto a la apreciación de las oportunidades de capacitación para el desarrollo de habilidades asistenciales, el 56% está totalmente de acuerdo frente a esta afirmación y el 3% en total desacuerdo, frente a las oportunidades de capacitación para el desarrollo humano el 59% está totalmente de acuerdo y el 5% totalmente en desacuerdo. (Ver figura 10).

**Figura 10.** Apreciación de las oportunidades de progreso, cliente interno UCI La Estancia Popayán 2009.



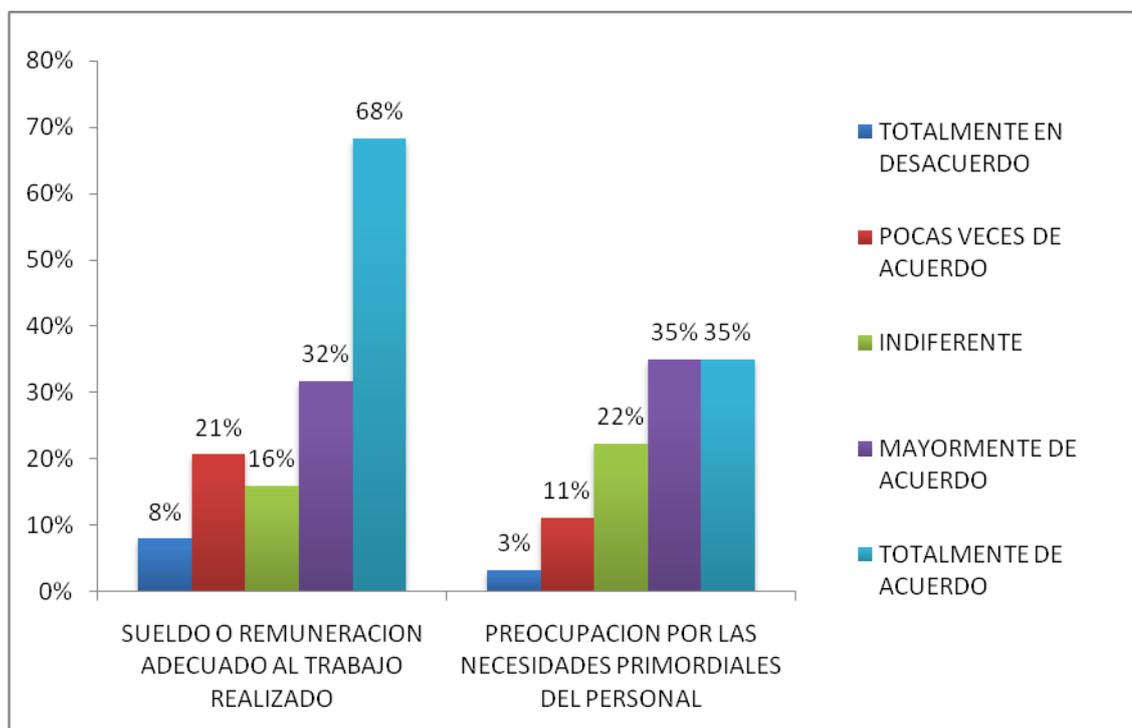
**3.2.8. Oportunidades de capacitación para el desarrollo de habilidades asistenciales.** Frente a las oportunidades de capacitación para el desarrollo de habilidades asistenciales el 81% de los auxiliares de enfermería están de acuerdo la afirmación frente a un 6% de indiferencia. El 100% de los fisioterapeutas está de acuerdo con la afirmación, igualmente los administrativos. respecto al gremio médico, se percibe un 100% de insatisfacción, el 62% de los enfermeros están de acuerdo con la afirmación frente al 31% de los enfermeros que se encuentran insatisfechos, con esto se percibe que el gremio médico y de enfermería relaciona oportunidades de capacitación con actividades programadas fuera de la unidad (Cursos, congresos, formación avanzada), por el contrario el personal auxiliar y de fisioterapia relaciona este ítem con los programas de educación continuada programados dentro de la unidad. (Ver figura 11).

**Figura 11.** Oportunidades de capacitación para el desarrollo de habilidades asistenciales, cliente interno UCI La Estancia Popayán 2009.



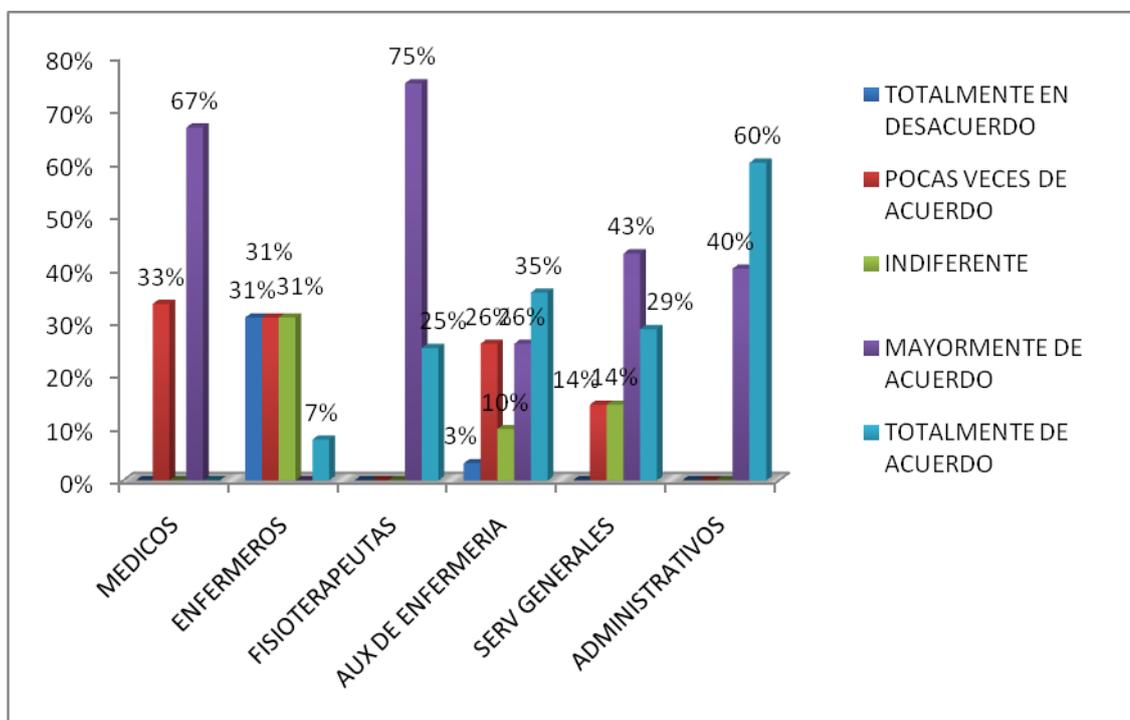
**3.2.9. Apreciación de remuneraciones e incentivos.** En relación a la apreciación del cliente interno con respecto al sueldo o remuneración por el trabajo realizado, el 68% de la población piensa que la remuneración es adecuada frente a un 29% que manifiesta que es inadecuada. A cerca de la percepción que tiene el cliente interno ante las respuestas de la unidad en las necesidades primordiales del personal el 70% esta satisfecho frente a un 14% de insatisfacción. (Ver figura 12).

**Figura 12.** Apreciación de las remuneraciones e incentivos, cliente interno UCI La Estancia Popayán 2009.



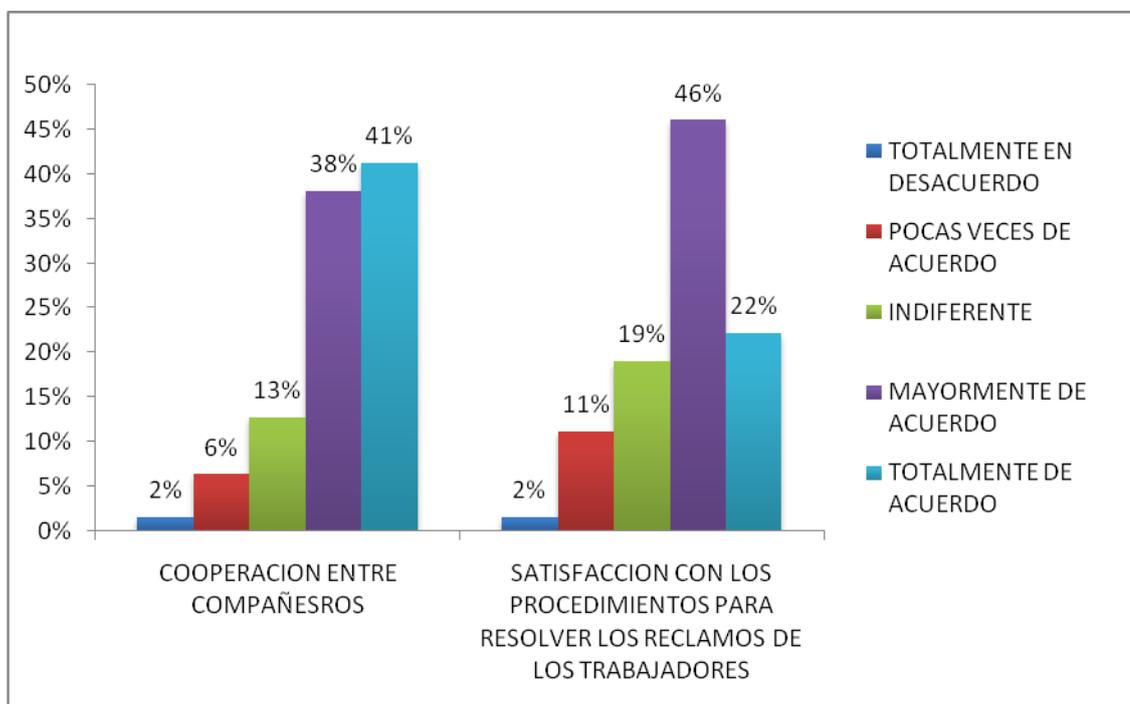
**3.2.10. Sueldo o remuneración.** Respecto a la percepción a cerca del sueldo o remuneración frente al grupo ocupacional el 100% de médicos y administrativos están satisfechos por la remuneración que reciben por su trabajo, el 67% de los médicos se encuentra mayormente de acuerdo, frente a un 33% que dicen estar pocas veces de acuerdo, en el grupo de enfermeros el 62% se encuentran insatisfechos con la remuneración y el 31% indiferentes el 61% de los auxiliares de enfermería se sienten bien remunerados frente a un 31% de insatisfacción. el personal de servicios generales muestra satisfacción en un 72% y el 14% indiferencia. (Ver figura 13).

**Figura 13.** Sueldo o remuneración, cliente interno UCI La Estancia Popayán 2009.



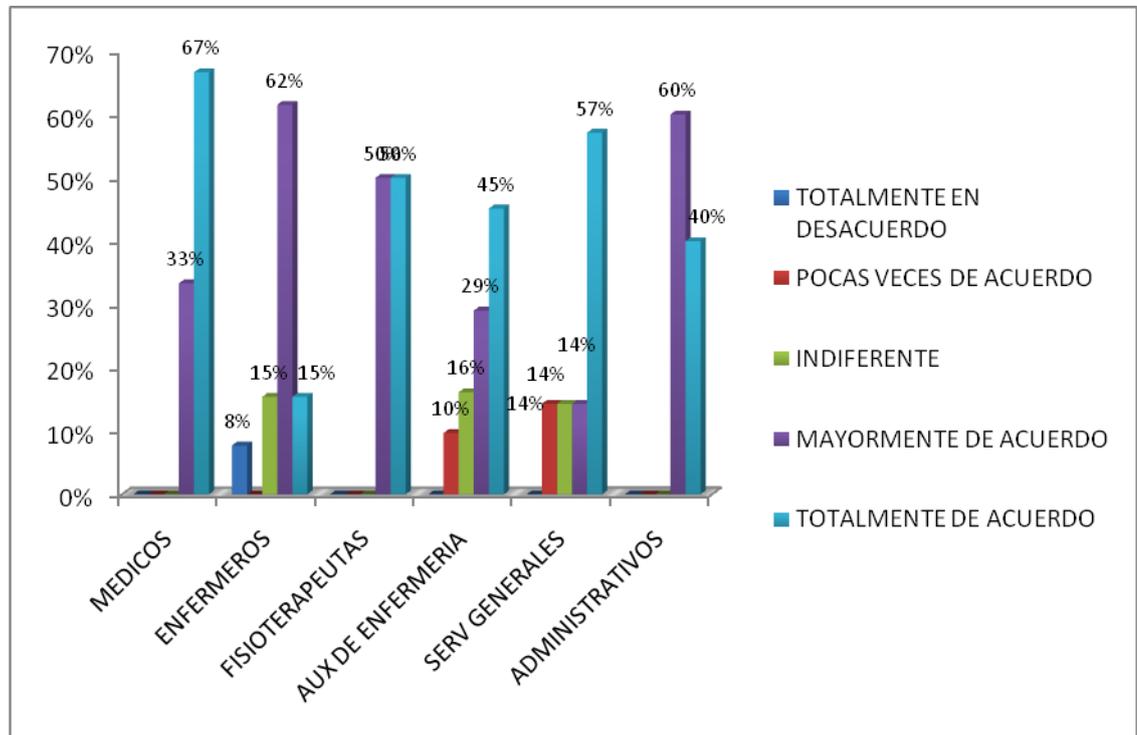
**3.2.11. Apreciación de la interrelación con los compañeros de trabajo.** En relación a la apreciación de la interrelación con los compañeros de trabajo y respecto a la cooperación entre compañeros el 79% está satisfecho frente a un 13% de indiferencia y un 8% de insatisfacción. Respecto a la satisfacción con los procedimientos para resolver los reclamos de los trabajadores el 68% está satisfecho, frente al 13% de insatisfacción y el 19% de indiferencia. ( Ver figura 14).

**Figura 14.** Apreciación de la interrelación con los compañeros de trabajo, cliente interno UCI La Estancia Popayán 2009.



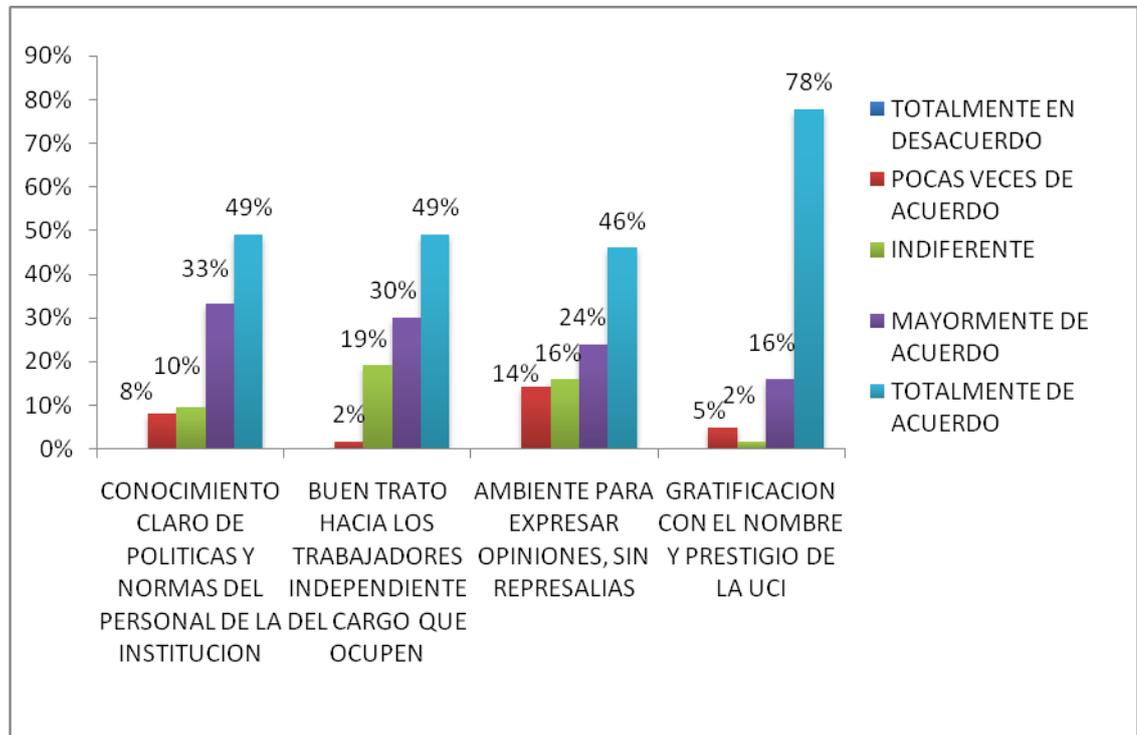
**3.2.12. Cooperación entre compañeros.** Frente a la cooperación entre compañeros el 100% manifiesta su conformidad al igual que los administrativos y fisioterapeutas, mientras que el 77% de los enfermeros están satisfechos frente a un 8% en desacuerdo y un 15% de indiferencia, los auxiliares se encuentran 74% de acuerdo, 16% indiferentes y el 10% pocas veces de acuerdo, en servicios generales el 71% están satisfecho, 14% indiferentes y 14% pocas veces de acuerdo. (Ver figura 15).

**FIGURA 15.** Apreciación de la cooperación entre compañeros, cliente interno UCI La Estancia Popayán 2009.



**3.2.13. Apreciación del ambiente de trabajo.** Frente a la apreciación del ambiente de trabajo, con respecto al conocimiento claro de políticas y normas del personal de la institución, el 82% del cliente interno están de acuerdo, el 8% pocas veces de acuerdo y el 10% indiferentes. A cerca del buen trato hacia los trabajadores independiente del cargo, el 79% están satisfechos, el 2% pocas veces de acuerdo y el 19% indiferentes. relacionado con el ambiente para expresar opiniones sin represalias el 70% dicen sentirse satisfechos, el 14% pocas veces de acuerdo y el 16% indiferentes. a cerca de la gratificación que se siente con el nombre y el prestigio de la UCI el 94% esta de acuerdo frente a un 5% que se encuentra pocas de acuerdo y un 2% de indiferentes.(Ver figura 16).

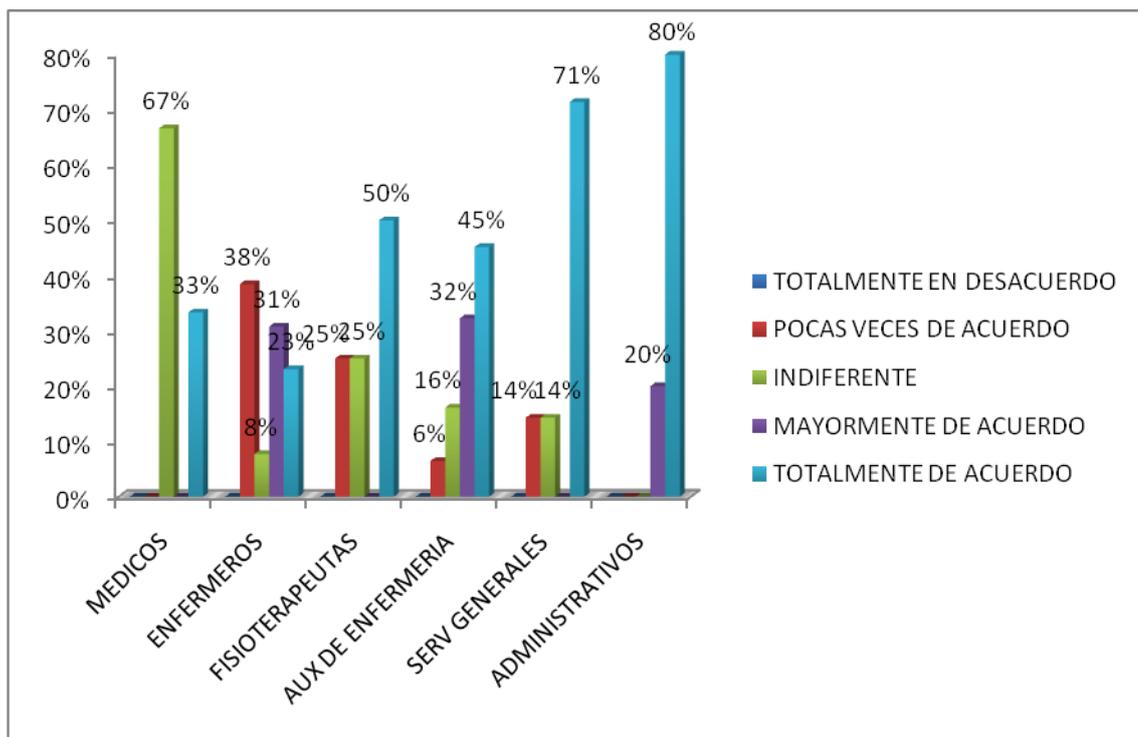
**Figura 16.** Apreciación del ambiente de trabajo, cliente interno UCI La Estancia Popayán 2009.



**3.2.14. Ambiente para expresar opiniones sin represalias.** Respecto al ambiente para expresar opiniones sin represalias los médicos son indiferentes a esta afirmación en un 67% mientras que el 33% se encuentra totalmente de acuerdo. Los enfermeros piensan que son libres de expresar opiniones sin temor a represalias en un 54%, y el 38% dice que pocas veces sienten libertad para expresarse, los fisioterapeutas están totalmente de acuerdo en un 50% frente a un 25% que expresa su indiferencia y un porcentaje igual se encuentra pocas veces de acuerdo, los auxiliares de enfermería el 77% cree tener libertad para expresarse sin temor a represalias, con un 16% de indiferencia, en cuanto a servicios generales el 71% esta totalmente de acuerdo con la libertad de expresión, el 14% opina desacuerdo y el mismo porcentaje indiferencia. En

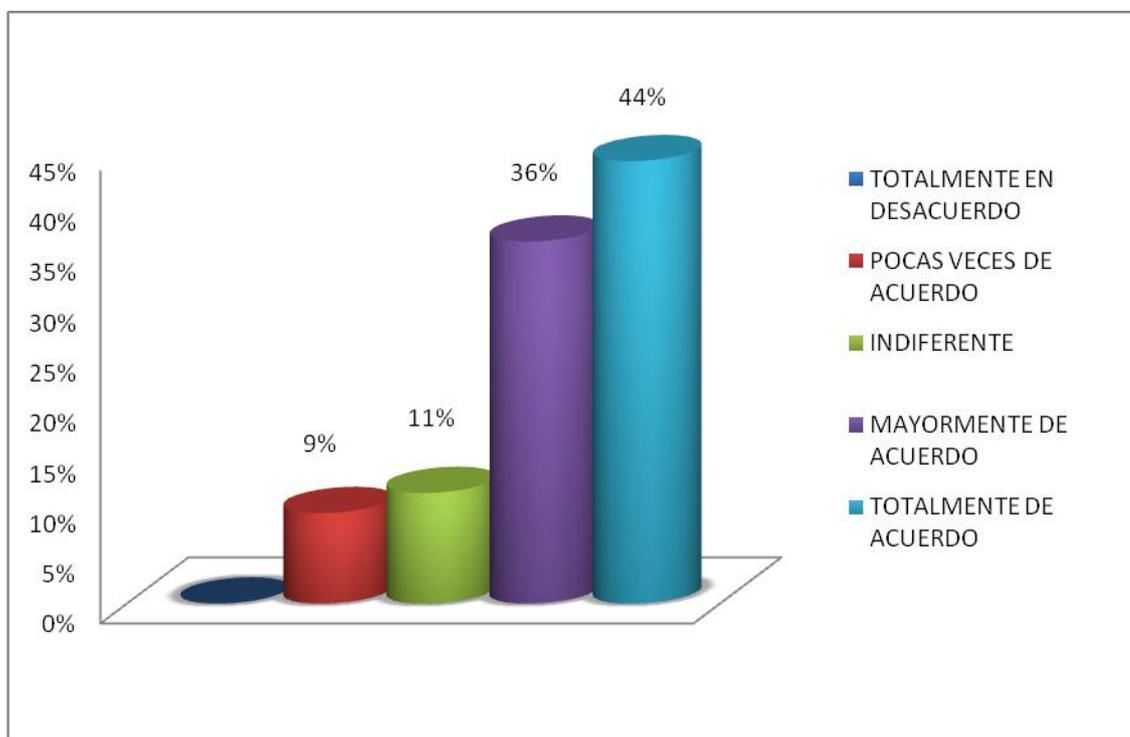
relación a los administrativos el 100% manifiesta su conformidad. (Ver figura 17).

**Figura 17.** Apreciación del ambiente para expresar opiniones sin represalias cliente interno UCI La Estancia Popayán 2009.



**3.2.15. Nivel de satisfacción general.** Respecto al nivel de satisfacción general del cliente interno se encuentra que el 80% esta satisfecho frente a un 9% de insatisfacción y a un 11% de indiferencia. (Ver figura 18).

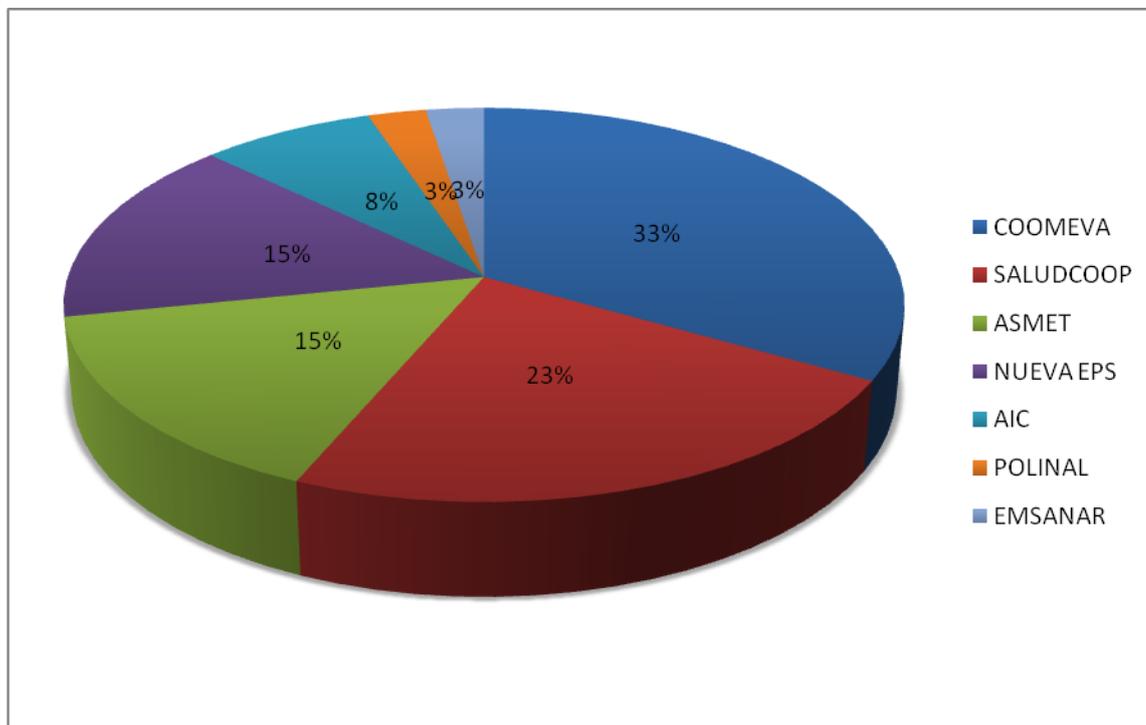
**Figura 18.** Nivel de satisfacción general, cliente interno UCI La Estancia Popayán 2009.



### 3.3. VARIABLE SOCIODEMOGRAFICA CLIENTE EXTERNO

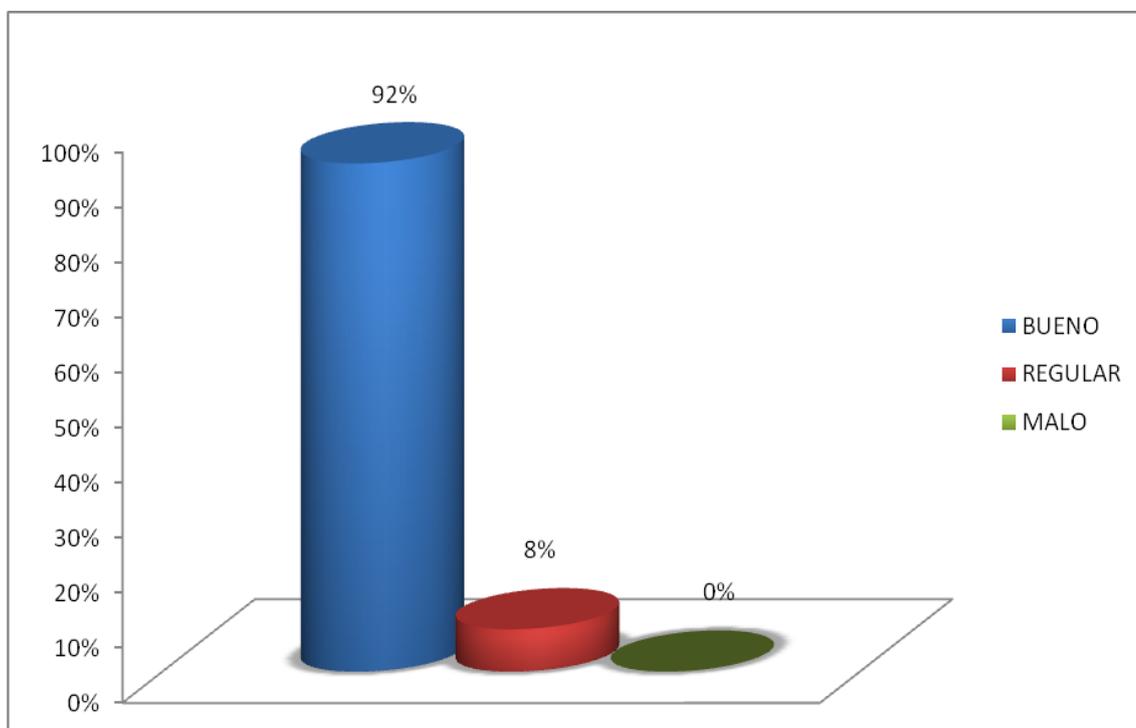
**3.3.1. Entidad a la que pertenece.** De 39 encuestas realizadas en el mes de diciembre de 2008 y enero de 2009, el 33% de los clientes externos están afiliados a Coomeva, seguido de Saludcoop con un 23%, Nueva EPS y Asmet con 15%, 8% AIC y 3% Policía nacional y Emsanar 3% cada uno. (Ver figura 19).

**Figura 19.** Entidad a la que pertenece, cliente externo UCI La Estancia Popayán 2009.



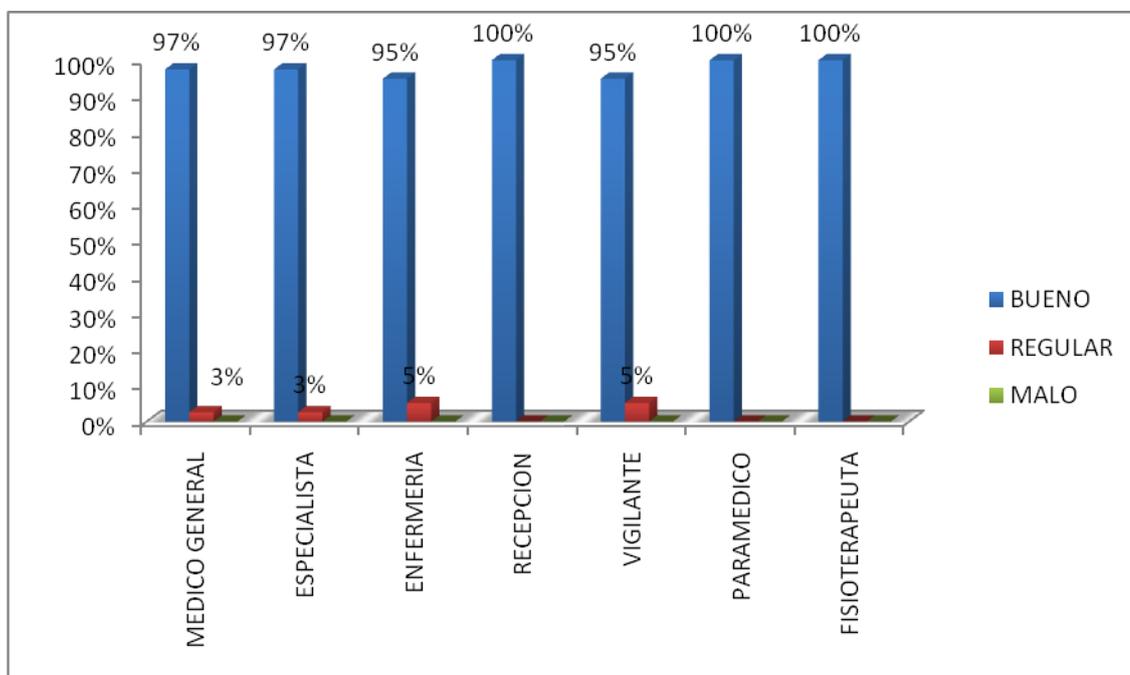
**3.3.2. Apreciación en la oportunidad del servicio.** Según la apreciación del cliente externo en la oportunidad del servicio, el 92% de la población estudiada, considera que es buena y el 8% que es regular. (Ver figura 20).

**Figura 20.** Apreciación en la oportunidad en el servicio, cliente externo UCI La Estancia Popayán 2009.



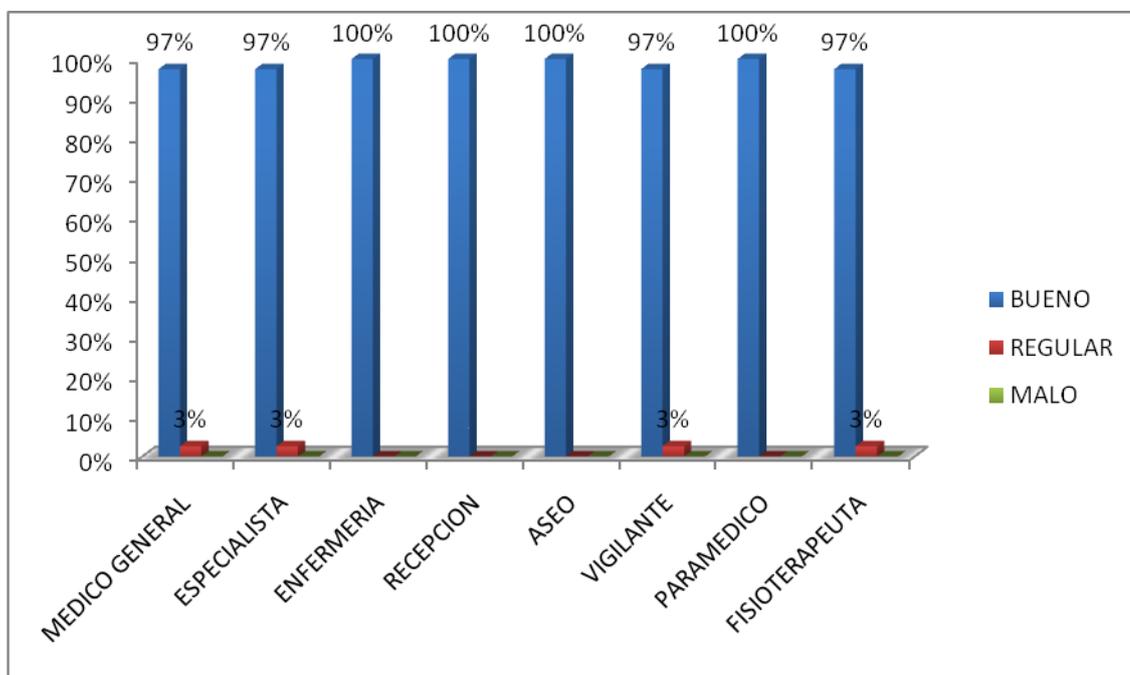
**3.3.3. Apreciación de la información dada por el personal.** Respecto a la apreciación del cliente externo con relación a la información dada por el personal se observa que en el gremio de médicos especialistas y generales el 3% de las personas que conformaron la muestra, piensan que la información es regular y el 97% restante dicen que es buena, en cuanto a los enfermeros y vigilantes el 95% de la población piensa que la información es buena y el 5% regular, respecto a fisioterapeutas, recepción y paramédicos, el 100% considera que la información brindada es buena. (Ver figura 21).

**Figura 21.** Apreciación de la información dada por el personal, cliente externo UCI La Estancia Popayán 2009.



**3.3.4. Apreciación de la amabilidad y respeto del personal.** En relación a la apreciación del cliente externo respecto a la amabilidad y respeto del personal, el 97% de ellos piensa que los médicos especialistas y generales al igual que los fisioterapeutas y vigilantes ofrecen una buena atención y el 3% restante opinan que es regular, en cuanto a la amabilidad y respeto ofrecida por enfermería, paramédicos, recepción y aseo el 100% de la población piensa que es buena. (Ver figura 22).

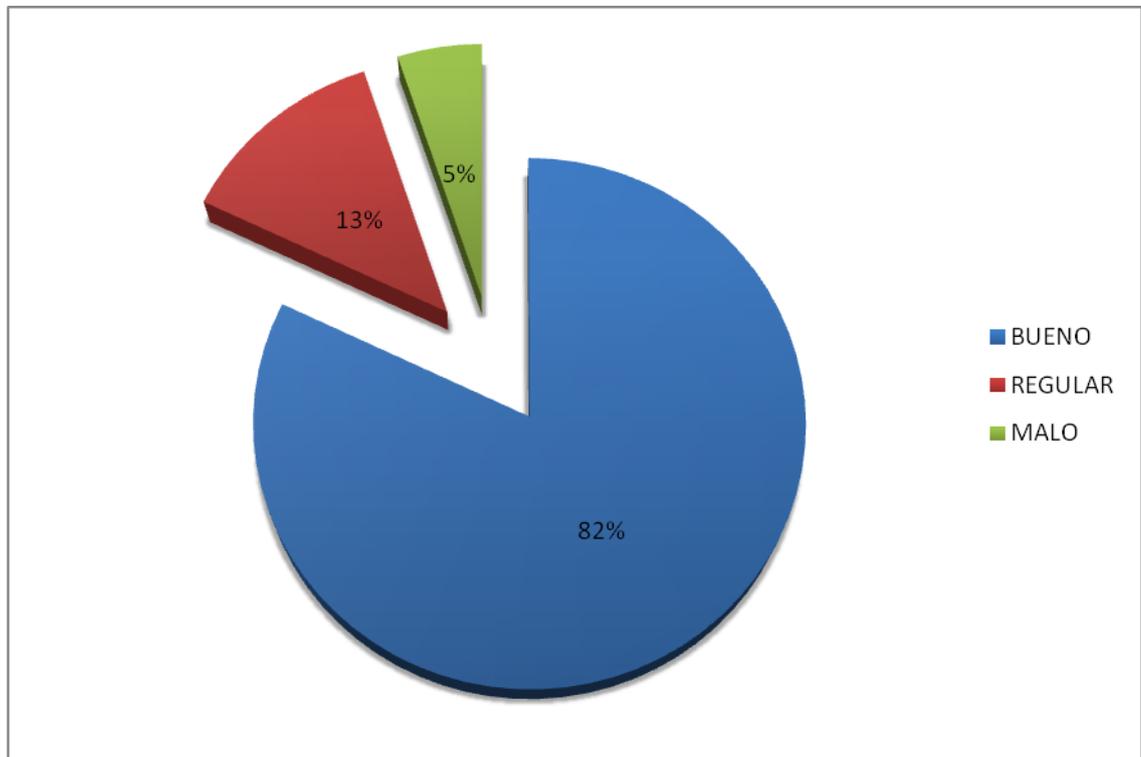
**Figura 22.** Apreciación de la amabilidad y respeto del personal, según cliente externo UCI La Estancia Popayán 2009.



### 3.3.5. Apreciación a cerca de la calidad y presentación de los alimentos.

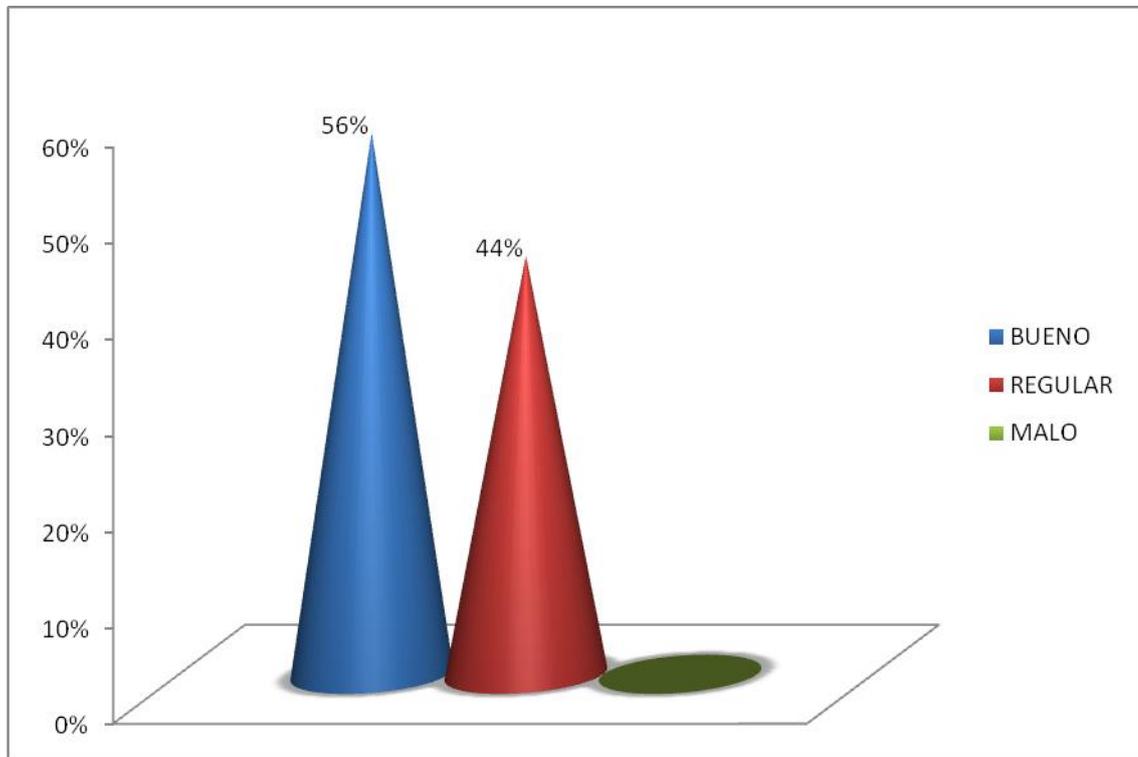
Respecto a la apreciación a cerca de la calidad y presentación de los alimentos, el 82% de los clientes externos opinan que es adecuada, el 13% que es regular y el 5% que es malo. (Ver figura 23).

**Figura 23.** Apreciación a cerca de la calidad y presentación de los alimentos, cliente externo UCI La Estancia Popayán 2009.



**3.3.6 Apreciación acerca de la comodidad de la UCI.** Respecto a la percepción del cliente externo a cerca de la comodidad de la UCI, el 56% piensan que es buena, y el porcentaje restante opina que es regular. (Ver figura 24).

**Figura 24.** Apreciación acerca de la comodidad de la UCI Clínica La Estancia, cliente externo UCI La Estancia Popayán 2009.



**3.3.7. Sugerencias cliente externo.** Las siguientes son las sugerencias percibidas en las encuestas de satisfacción del cliente interno. (ver tabla 1).

**Tabla 1.** Mejoramiento de la calidad de la atención en salud, sugerencias cliente externo

<b>SUGERENCIA</b>	<b>%</b>
<b>Ambiente externo</b>	
Mejorar sistema de seguridad para el paso de peatones	5,1
Asegurar el traslado de los pacientes en ambiente externo	7,8
Mejora en las vías de acceso en la clínica	5,1
Ausencia de cestas de basura en el exterior de la unidad	10,2
Asegurar parqueadero gratuito para los visitantes	5,1
Los funcionarios que fuman no deben hacerlo en el exterior de la unidad	2,6
<b>Ambiente interno</b>	
Ampliación de cubículos	5,1
Ampliación de sala de espera y baños de la misma	10,2
<b>Trámites administrativos</b>	
Agilizar trámites administrativos para reducir el tiempo de traslado	5,1
Ampliación del horario y del numero de familiares por visita	10,2
Evitar procedimientos de rutina a la hora de la visita	2,6
Incrementar la frecuencia de cambios de posición	2,6
<b>Hotelería y confort</b>	
Presentación de alimentos en cierre hermético	2,6
Procurar administración de alimentos que coincidan con el horario de visita	2,6
<b>Información</b>	
Informar a los familiares previo al traslado de los pacientes a otro servicio	5,1
Ampliación de la información telefónica	2,6
Prudencia en la información telefónica	5,1
Disposición a cualquier hora para ofrecer información medica	5,1
Mas cordialidad en la información brindada por los vigilantes	2,6
Procurar cadena de custodia con todos los elementos personales del paciente	<b>2,6</b>
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>

#### 4. DISCUSIÓN

El rango de edad que predomina entre el cliente interno de la UCI la Estancia Popayán es de 26 a 33 años, predomina el género femenino dentro de la unidad y está relacionado con el gremio de enfermeras y auxiliares. El tipo de contratación por nómina es el más relevante en la unidad, permitiendo con esto observar que gran parte del personal goza de estabilidad laboral y dispone de las ventajas que le genera este tipo de contratación. La UCI La Estancia Popayán, fue fundada hace más de tres años y aún cuenta con gran parte del personal que participó de la apertura de ella, y que se siente participe de los logros y las dificultades que se han presentado, refiriendo con esto su satisfacción dentro de las labores que realiza cada gremio

En la segunda parte de la encuesta del cliente interno se obtuvo que respecto a la apreciación del trabajo actual hay inconformidad en los aspectos relacionados con la organización adecuada del trabajo dentro del servicio e información oportuna a cerca del desempeño, en relación a las deficiencias encontradas en cuanto a la organización del servicio, se sustenta que gran parte de estos inconvenientes son suscitados a raíz de las limitaciones de la estructura física que se viven actualmente dentro de la unidad pero que serán solventadas luego de la reubicación de la UCI, proceso que se está llevando a cabo y se estima sea culminado en unos meses. Se observa además que gran parte del personal tiene los objetivos claros de su desempeño, permitiendo crear una imagen notoria de la Unidad en lo referente a valores, principios e idoneidad.

Respecto a la apreciación del trabajo en general se cuenta con que gran parte de la población entrevistada muestra su conformidad al respecto, a excepción del aspecto relacionado con la disposición de los recursos necesarios para el buen desempeño en el puesto, inconformidad sentida principalmente en el gremio de profesionales médicos, enfermeros y fisioterapeutas, que relacionan

su insatisfacción principalmente con la no disponibilidad de centros especializados dentro de la ciudad que permitan la remisión o apoyo terapéutico o diagnóstico en el momento en que sea necesario complementar estudios o procedimientos para definir conductas, y generalmente se requiere de remisiones a otros centros de la región fuera de la ciudad, implicando esto costos adicionales para el paciente, sus familias y las EPS.

Referente a la apreciación que tiene el cliente interno de su relación con el jefe inmediato, se percibe satisfacción en gran parte de la población entrevistada, pero sumado a esto se encuentran opiniones relativas a la indiferencia, mostrando que como en gran parte de las empresas las decisiones son tomadas de forma unilateral por los directivos y el cliente interno es consciente de esto, sin embargo frente al reconocimiento por el trabajo bien hecho, se observa satisfacción, permitiéndonos así entrever que el cliente interno se siente satisfecho por esta causa, lo que se ve reflejado en la atención dada a los clientes externos, como lo anota en su artículo Reyner Pérez Campdesuñer<sup>9</sup> “si bien la satisfacción del cliente interno no depende del grado en que el externo este satisfecho no se puede decir lo mismo en el otro sentido, cada vez que un trabajador se encuentra satisfecho se encuentra en mejores condiciones de prestar un servicio de calidad no sólo por que presenta mejor trato y amabilidad, es más ágil y diligente, posee una elevada autoestima por lo que muestra un mejor porte y aspecto. La satisfacción del cliente interno no sólo influye en la satisfacción del externo por lo antes expuesto sino que además cada vez que un trabajador se siente satisfecho esta en mejores condiciones de no dejarse condicionar por la falta de recursos y fallas tecnológica u organizativas, no sólo no se deja condicionar sino que posee la capacidad para producir soluciones o paliativos a cada deficiencia que surja”.

---

<sup>9</sup> La satisfacción de clientes internos y externos. ¿ Cuán independientes son?  
Reyner Pérez Campdesuñer

En oportunidades de progreso es importante resaltar el concepto de más del 50% del personal que considera estar totalmente de acuerdo con el desarrollo de programas de capacitación en habilidades asistenciales y desarrollo humano indicando la necesidad sentida del cliente interno de ampliar sus conocimientos no solo técnico científicos sino también de atención con calidad y la respuesta acertiva de la Unidad al ofrecer este tipo de oportunidad para sus funcionarios.

Según la apreciación del cliente interno a cerca de las remuneraciones e incentivos hay un porcentaje no despreciable de personas que piensan que el sueldo o remuneración no es adecuado para el trabajo realizado, frente a esto la Unidad de Cuidado Intensivo La Estancia creo un bono adicional para algunos grupos con el objetivo de estimular el trabajo, además, dentro de la Planeación Estratégica del 2009, se han contemplado un sinnúmero de aspectos relacionados con la atención del cliente interno como organizar un esquema de actividades recreativas y lúdicas financiadas por la institución, dirigidas al personal de un servicio que genera estrés laboral significativo por ser unidad de cuidado critico.

Respecto a la interrelación con los compañeros de trabajo se percibe conformidad en gran parte de la población, sin embargo hay otras personas que piensan que no es importante este aspecto dentro de su desempeño y mostraron su indiferencia al respecto, con lo anterior se demuestra la necesidad de crear terapias de grupo que incentiven el compañerismo, la solidaridad y el trabajo en equipo con lo que se mejora la prestación del servicio hacia el paciente y se disminuye el tiempo y el esfuerzo laboral.

Para el cliente interno el ambiente de trabajo en general es adecuado, pero se percibe insatisfacción en aspectos relacionados con espacios para expresar opiniones sin represalias, lo que debe analizarse más a fondo para poder manejar y mejorar aún más las relaciones interpersonales con los jefes y

superiores y de este modo lograr una plena satisfacción del cliente interno y por ende el ofrecimiento de una atención con calidad para el cliente externo.

Entonces, la muestra evaluada en el estudio dentro de todos los aspectos relacionados con el cliente interno deja entrever un nivel de satisfacción del 80%, relacionado con el ambiente y el modelo de trabajo instaurado en la unidad, que por considerarse un espacio donde se generan altos niveles de estrés, debe permitir al cliente interno un adecuado entorno para realizar sus actividades es así como Enrique Urrea en su artículo acerca de la neurología ocupacional en las unidades de cuidado intensivo muestra que el hábitat es uno de los referentes básicos de las personas y la psicología del trabajo ha demostrado ampliamente que el ambiente laboral influye en el rendimiento personal y en el nivel de satisfacción laboral, las Unidades de Cuidado Intensivo (UCI) tienen unas características muy particulares que influyen tanto en las condiciones físicas, como psicológicas que las hacen altamente traumáticas para pacientes y personal asistencial. Además de los factores de riesgo conocidos para el personal asistencial, que según algunos trabajos se dividen en tres grandes áreas: biológicas, ergonómicas y locativas. El ambiente impersonal y opresivo, extremadamente tecnificado, con multitud de aparatos sofisticados, aislamiento, silencio (roto solamente por las señales auditivas de los monitores) y rutinización de los cuidados, a lo que se añade el contacto frecuente y ominoso de la muerte, crea un clima psicológico de ansiedad importante. Ansiedad en los pacientes, la familia y el equipo asistencial. Se señalan como motivos desencadenantes de la ansiedad la extrema gravedad de los pacientes, la lentitud o falta de respuesta terapéutica, las complicaciones en la evolución, el riesgo permanente de muerte, la lucha contra reloj en algunos casos, la irreversibilidad de las consecuencias en un fallo técnico y la impotencia terapéutica en algunos casos. Todo lo anterior caracteriza a un medio laboral con carga física y emocional, frustración frecuente y responsabilidad excesiva.

En numerosos estudios se han definido varios de los posibles factores de estrés presentes en el medio laboral. Entre ellos figuran el trabajo por turnos, la utilización escasa de la capacidad, el trabajo insuficiente y el aburrimiento, el trabajo excesivo, el conflicto de funciones, la desigualdad de salarios, las dudas sobre el porvenir profesional, las relaciones laborales, la calidad del material y el peligro físico. Desde el punto de vista de la Neurología Ocupacional estos riesgos pueden generar dos grandes alteraciones de importancia: las alteraciones del sueño derivadas por trabajos nocturnos rotativos y el síndrome de desgaste profesional o síndrome de “burn-out” caracterizado por sentimientos de desgaste emocional y pérdida de la energía son los síntomas Cardinales de la enfermedad.<sup>10</sup>

La satisfacción del cliente interno en general se ve reflejada en los indicadores de calidad de la UCI La Estancia durante el año 2008.

**INDICADORES:**

Nº de ind.	Resultado promedio/mes	Nombre del Indicador
1	97%	Tasa de Satisfacción UCIA
2	85%	Porcentaje Ocupacional UCIA
3	41%	Utilidad UCIA
4	29%	Rentabilidad UCIA
5	14%	Tasa de Mortalidad Intrahospitalaria Después de 48 horas UCIA
6	10%	Tasa de Infección Intrahospitalaria UCIA
7	1%	Tasa de Eventos Adversos UCIA
8	5	Tasa de Reingreso UCIA
9	4	Promedio Día de Estancia UCIA
10	4	Giro Cama UCIA

<sup>10</sup> Neurología ocupacional en las unidades de cuidado intensivo  
 Enrique Urrea, Sergio Francisco Ramírez

La Federación Panamericana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva, propone indicadores de calidad para las Unidades de Cuidados Intensivos, dirigidas a evaluar la calidad permitiendo llegar a conclusiones eficientes; tales como registro de ingresos y egresos, mortalidad, infecciones adquiridas, satisfacción del cliente, entre otros.

Los indicadores de calidad en Cuidados Intensivos pueden ser clasificados como en cualquier otra área de servicios en aquellos que miden estándares de estructura, proceso y resultados, los indicadores de mayor utilidad son los que miden los resultados globales y algunos aspectos parciales pero trascendentes del proceso de atención.

La búsqueda de la calidad en Cuidados Intensivos es un reto para todos los profesionales del equipo sanitario, de tal forma que médicos y enfermeros más que en ninguna otra parte, deben trabajar conjuntamente en proyectos que mantengan un óptimo nivel asistencial.

Es importante que los profesionales que laboran en Unidades de Cuidados Intensivos conozcan los procesos, los protocolos de los procedimientos que se realizan, evalúen periódicamente los indicadores de calidad y lo constituyan como parte del monitoreo, y seguimiento de la calidad que se brinda.

Frente al cliente externo, la unidad de cuidado intensivo tiene contrato con EPS en su gran mayoría, pero adicionalmente se ingresan pacientes de régimen subsidiado y del ente territorial, contando esta unidad con 10 camas de las 20 ofrecidas dentro del departamento del Cauca, y notándose que la demanda es mayor que la oferta y necesario remitir pacientes a otros departamentos cercanos como el Valle del Cauca. Se percibe de esta manera que el departamento del Cauca necesita ampliación o creación de Nuevas Unidades de cuidado intensivo que logren suplir las necesidades de la región.

Respecto a la oportunidad en el servicio se observa satisfacción de los usuarios, sin embargo hay un bajo porcentaje que califican este aspecto como regular, sin embargo dentro de las sugerencias no se encontró ninguna alusiva a la oportunidad, se supone entonces que pudo haber un mal diligenciamiento de la encuesta donde el usuario relaciona oportunidad de la atención desde el momento mismo del ingreso por el servicio de urgencias de la clínica la Estancia.

A cerca de la información dada por el personal de la unidad a familiares y pacientes, se percibe que casi la totalidad de los entrevistados están satisfechos con este aspecto, sin embargo hay opiniones que sugieren inconformidad por parte de la información que brinda el personal de enfermería y vigilantes, sin embargo por políticas de la institución la única persona autorizada para ofrecer información clínica es el médico especialista, correlacionando este aspecto estudios realizados dentro de otras instituciones <sup>9</sup> donde el objetivo fue conocer cuáles son las expectativas de futuro que perciben las enfermeras de UCI al respecto de la relación y los cuidados a los familiares. Este estudio hace parte de un proyecto más amplio titulado “Factores que influyen en la relación entre enfermeras de UCI con los familiares del paciente crítico”. Es un estudio cualitativo realizado en 3 unidades de cuidados intensivos de 3 hospitales de la red pública de la isla de Mallorca. <sup>11</sup>

Se obtuvo como resultado: las enfermeras consideran que su papel como informadoras es insuficiente y algunas desean participar más en el proceso de atención a los familiares. Algunas desean también flexibilizar las normas restrictivas de las unidades. Hay cierta resistencia a la centralidad de los(as)

---

<sup>11</sup> Concha Zaforteza, Denise Gastaldo, Pilar Sánchez-Cuenca, Joan E. de Pedro, Pedro Lastra.  
Departament d'Infermeria i Fisioteràpia de la Universitat de les Illes Balears.  
Faculty of Nursing and Centre for International Health, University of Toronto,  
Canada

médicos(as) en el proceso de información o en la creación de normas para la relación con los familiares. Se concluye entonces una voluntad de cambio, aunque con distintos grados de compromiso, hacia una mayor implicación de las enfermeras en la atención a los familiares del paciente crítico; como hace referencia la Enf. Carla Pérez en su estudio “Enfermería implementación y funcionamiento en Unidad de Cuidado Intensivo”, la función de enfermería es fundamental en el estado crítico de salud del paciente, dando apoyo emocional tanto al paciente como a los familiares, por lo tanto hay que permitir el contacto de los familiares con el enfermo, pero siempre cumpliendo las normas internas de la Unidad.

Respecto a la amabilidad y respeto del personal hacia familiares y pacientes, gran parte de la población entrevistada expreso su satisfacción, pero frente a la calidad y presentación de los alimentos se observa insatisfacción percibida además en las sugerencias, donde se recomienda utilizar empaques herméticos y carros eléctricos que permita mantener la temperatura adecuada de los alimentos, adicionalmente coordinar horario de alimentación que coincida con la hora de visita y permita al acompañante incrementar el contacto con el enfermo.

A cerca de la comodidad de la UCI se observo alto grado de insatisfacción frente a lo relacionado con instalaciones físicas, urbanismo y áreas comunes: frente a estos inconvenientes la unida está planeando trasladarse a un área que facilita el acceso de los pacientes y familiares a demás que permite la comunicación intra institucional con lo que se disminuyen los riesgos inherentes al traslado inseguro de pacientes. Respecto a las vías de acceso se están desarrollando planes que incluyen alcaldía, planeación municipal y policía de tránsito con lo que se permitiría mejorar la congestión del área.

## 5. CONCLUSIONES

El grupo etáreo que prevalece dentro de la unidad se encuentra entre 26 y 33 años y la mayoría son del género femenino; lo que nos indica que la población que labora en la Unidad de Cuidado Intensivo La Estancia Popayán, se encuentra en edad productiva.

Gran parte de la población de cliente interno está contratada como nomina, concluyéndose que la UCI La Estancia es una institución generadora de empleo que ofrece estabilidad a sus trabajadores.

Las principales causas de inconformidad del cliente externo, están relacionadas con área física, seguidas de la falta de información por parte de los funcionarios, lo que indica que la interrelación entre el personal que labora en la unidad y los familiares debe mejorarse y no limitarse exclusivamente a la información del médico a cerca de aspectos clínicos.

Hay insatisfacción del cliente externo frente a la presentación y calidad de los alimentos, con esto se percibe la necesidad sentida de cambiar las características y forma de servirlos.

En aspectos como oportunidad, amabilidad y respeto el cliente externo muestra su satisfacción, percibido en los indicadores cuando se muestra el porcentaje de satisfacción al usuario.

Se observa que el cliente externo que consulta a la UCI La estancia según las encuestas se encuentra satisfecho con la atención.

Las inconformidades observadas en el estudio tuvieron mayor porcentaje en: área física, seguidas de la falta de información por parte de los funcionarios y calidad y presentación de los alimentos.

## 6. RECOMENDACIONES

La UCI de puertas abiertas es una propuesta visionaria de cambio dentro de la unidad que requiere área física adecuada personal entrenado y cliente externo conector del sistema, este es un modelo que aporta al mejoramiento de la calidad en salud porque satisface una de las principales limitaciones y falencias de pacientes y familiares, así que se plantea como estrategia de mejoramiento para su implementación progresiva

El apoyo espiritual con la asistencia de un ministro es de gran importancia para el paciente, por eso se sugiere permitir que sin distinción de clero se admita a los familiares ingresar a la hora de la visita con un representante de su preferencia religiosa, sin embargo de forma interna se sugiere la consecución de un sacerdote o capellán que pueda prestar sus servicios de forma regular en la unidad.

Mejorar el ambiente interno de la sala de espera con elementos que permitan al familiar pasar un momento más cálido y le hagan más corta su espera, por ejemplo dispensador de agua y café, revisteros.

Rediseñar plegables o información escrita a acerca de las actividades rutinarias que se realizan con el paciente, horas de visita, restricciones, necesidades de elementos y otra serie de datos que permiten al familiar aclarar su situación y necesidades dentro de la unidad, música ambiental, etc

El apoyo psicológico mejora el nivel de estrés de pacientes y familiares, por eso se sugiere la contratación de una psicóloga que asista los procesos de duelo, y este presente en las horas de visita, con el fin de mejorar el proceso de aceptación y ampliar el modelo de abordaje a los pacientes y familiares.

El alto nivel de estrés que se percibe por el trabajo diario de la unidad, sugiere implementar propuestas de salud ocupacional que reduzcan los efectos producidos por las actividades diarias.

Los canales de información deben mejorarse en relación a desempeño y toma de decisiones en conjunto.

La principal limitación que se presentó al desarrollar este trabajo se tiene: las encuestas utilizadas en la UCI La Estancia no son suficientemente específicas, por lo tanto los datos obtenidos a partir de ellas no son concretos.

## BIBLIOGRAFIA

1. García MT, Ruiz J, Sánchez C. Descripción de la “nueva” unidad de cuidados intensivos del Hospital Río Hortega de Valladolid. *Enferm Intensiva* 2000; 11 (4): 170-178.
2. Bunch EH. Delayed clarification: information, clarifications and ethical decisions in critical care in Norway. *J Adv Nurs* 2000; 32 (6): 1485-1491.
3. Bernat MD, Tejedor R, Sanchis J. ¿Cómo valoran y comprenden los familiares la información proporcionada en una unidad de cuidados intensivos?. *Enferm Intensiva* 2000; 11(1): 3-9.
4. Fins JJ, Solomon MZ. Communication in intensive care settings: the challenge of futility disputes. *Crit Care Med* 2001; 29(2) Supplement: N10-N15.
5. Tomey AM, Alligood MR. Modelos y teorías en enfermería (4<sup>o</sup> ed). Barcelona: Harcourt –Brace; 1999.
6. Harvey M. Evolving toward but not to meeting family needs. *Crit Care Med* 1998; 26 (2): 206-207.
7. Wilkinson P. A qualitative study to establish the self-perceived needs of family members of patients in a general intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs* 1995; 11: 77-86.
8. Jamerson PA, Scheibmeir M, Bott MJ, Crighton F, Hinton RH, Cobb AK. The experience of families with a relative in the intensive care unit. *Heart Lung* 1996; 25 (6): 467-474.
9. Heyland DK, Rocker G, Dodek P, Kutsogiannis DJ, Konopad E, Cook DJ, et al. Family satisfaction with care in the intensive care unit: results of a multiple center study. *Crit Care Med* 2002; 30 (7): 1413-1418.
10. Holmes D, Gastaldo D. Nursing as means of governmentality. *J Adv Nurs* 2002;38:557-65

11. Foucault M. Truth and power. En: Gordon C. Editor. Michel Foucault: power/knowledge. Hertfordshire (England): Harvester Wheatsheaf; 1980. p. 109-133.
12. Zaforteza C, de Pedro JE, Gastaldo D, Lastra P, Sánchez-Cuenca P. ¿Qué perspectiva tienen las enfermeras de unidades de cuidados intensivos de su relación con los familiares del paciente crítico? Enfermería Intensiva 2003; 14 (3):109-119.
13. Riley R, Manias E. Foucault could have been an operating room nurse. J Adv Nurs 2002; 39 (4): 316-324.
14. Alberdi R. Estrategias de poder y liderazgo para desarrollar el compromiso social de las enfermeras. Rev ROL Enferm 1998; 239-240. p. 27-31.
15. Lozano L, Abner . manual de temas selectos de medicina critica. Neiva 2002; p. 298 – 320.
16. Albarran J, Schooles J. Nursin in critical care. Blackwell publishing 2006. P 33 – 41
17. Rashad Massoud, Karen Askov, Jolee Reinke, Lynne Miller Franco, Thada Bornstein, Elisa Knebel y Catherine MacAulay. Un paradigma moderno para mejorar la calidad de la atención de salud.
18. Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (2007). Ministerio de protección social .
19. Ministerio de la protección social Decreto numero 1011 de 2006 3 abril 2006
20. Dirección general de salud de las personas Dirección ejecutiva de servicios de salud Dirección de garantía de la calidad y acreditación. Ministerio de salud del Perú 2002.
21. Andrés rodríguez. Preston university caracas- Venezuela. Gerencia de atención al cliente.

**ANEXO A**  
**ENCUESTA DE SATISFACCION DEL PERSONAL DE SALUD**  
**UCI LA ESTANCIA POPAYAN**

---

**OBJETIVO:** Identificar el grado de implementación del Sistema de garantía de la calidad de la atención en salud en la Unidad de Cuidado Intensivo La Estancia Popayán para cliente externo e interno.

**Instrucciones Generales**

Esta encuesta de opinión sobre la organización es absolutamente anónima, no escriba su nombre, código o cualquier otro tipo de identificación ya que se busca que usted responda con la más amplia libertad y veracidad posible

**Parte I:** Está dedicada a la información de carácter general acerca de su situación actual como trabajador de La UCI La Estancia:

(Preguntas 1 a la 3).

**Parte II:** Está dedicada a medir la apreciación que tiene Ud. como trabajador acerca de las políticas empleadas en la organización.

(Preguntas 1 a la 22).

**Parte III:** Tiene por finalidad recoger sugerencias y críticas constructivas acerca de la organización, que usted considere necesarias precisar por escrito

**Parte I**

**INFORMACIÓN GENERAL**

FECHA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ años

SEXO: Masculino  femenino

En las siguientes preguntas marque la alternativa que más se acerque a su situación actual como trabajador de la UCI La estancia Popayán:

1. ¿A qué grupo ocupacional pertenece?

- a) Médico       b) Enfermero       c) Fisioterapeuta   
d) auxiliar de enfermería       e) servicios generales       g) administrativo

2. ¿Cuál es su condición laboral?

- a) Nomina       b) OPS       c) Otro

3. ¿Cuál es su tiempo de servicios en la Unidad?

- a) Menos de 1 año       b) De 1 a 4 años.       c) De 4 años o más.

**Parte II:**

A continuación tiene usted una lista de afirmaciones o puntos de vista relacionados con el trabajo, cargo o puesto que Usted desempeña. Por favor califique cada una de las frases usando una escala de puntuación del 1 al 5, de tal manera que el puntaje que asigne denote su conformidad con lo que ha declarado.

El puntaje y la clave de respuesta a cada afirmación se asignará de acuerdo a la siguiente tabla:

CODIGO	ESTOY...
5	TOTALMENTE DE ACUERDO CON LA OPINIÓN
4	MAYORMENTE DE ACUERDO CON LA OPINIÓN
3	INDIFERENTE A LA OPINIÓN
2	POCAS VECES DE ACUERDO CON LA OPINIÓN
1	TOTALMENTE EN DESACUERDO CON LA OPINIÓN

Con relación a las siguientes preguntas, marque con una aspa (X) sobre el código que responda de mejor manera a las interrogantes que se formulan:

(Luego de haber entendido las instrucciones dé vuelta a la hoja y por favor, conteste TODAS las preguntas)

ITEM	QUE APRECIACION TIENE USTED DE SU CENTRO LABORAL	PUNTAJE				
<b>TRABAJO ACTUAL</b>						
1	Los objetivos y responsabilidades de mi puesto de trabajo son claros, por tanto sé lo que se espera de mí.	1	2	3	4	5
2	El trabajo en mi servicio está bien organizado.	1	2	3	4	5
3	En mi trabajo, siento que puedo poner en juego y desarrollar mis habilidades	1	2	3	4	5
4	Se me proporciona información oportuna y adecuada de mi desempeño y resultados alcanzados	1	2	3	4	5
<b>TRABAJO EN GENERAL</b>						
5	Siento que puedo adaptarme a las condiciones que ofrece el medio laboral de mi centro de trabajo	1	2	3	4	5
6	La institución me proporciona los recursos necesarios, herramientas e instrumentos suficientes para tener un buen desempeño en el puesto.	1	2	3	4	5
7	En términos Generales me siento satisfecho con mi centro laboral	1	2	3	4	5
<b>INTERACCION CON EL JEFE INMEDIATO</b>						
8	Los Directivos y/o Jefes generalmente me reconocen por un trabajo bien hecho.	1	2	3	4	5
9	Los Directivos y/o Jefes solucionan problemas de manera creativa y buscan constantemente la innovación y las mejoras.	1	2	3	4	5
10	Los Directivos y Jefes demuestran un dominio técnico y conocimientos de sus funciones.	1	2	3	4	5
11	Los Directivos y Jefes toman decisiones con la participación de los trabajadores del establecimiento	1	2	3	4	5
12	Los directivos del centro laboral hacen los esfuerzos necesarios para mantener informados oportunamente a los trabajadores sobre los asuntos que nos afectan e interesan, así como del rumbo de la institución.	1	2	3	4	5
<b>OPORTUNIDADES DE PROGRESO</b>						
13	Tengo suficiente oportunidad para recibir capacitación que permita el desarrollo de mis habilidades asistenciales para la atención integral.	1	2	3	4	5
14	Tengo suficiente oportunidad para recibir capacitación que permita mi desarrollo humano.	1	2	3	4	5
<b>2REMUNERACIONES E INCENTIVOS</b>						
15	Mi sueldo o remuneración es adecuada en relación al trabajo que realizo	1	2	3	4	5
16	La institución se preocupa por las necesidades primordiales del personal	1	2	3	4	5
<b>INTERRELACION CON LOS COMPAÑEROS DE TRABAJO</b>						
17	Los compañeros de trabajo, en general, estamos dispuestos a ayudarnos entre nosotros para completar las tareas, aunque esto signifique un mayor esfuerzo.	1	2	3	4	5
18	Estoy satisfecho con los procedimientos disponibles para resolver los reclamos de los trabajadores.	1	2	3	4	5
<b>AMBIENTE DE TRABAJO</b>						
19	Tengo un conocimiento claro y transparente de las políticas y normas de personal de la institución.	1	2	3	4	5
20	Creo que los trabajadores son tratados bien, independientemente del cargo que ocupan	1	2	3	4	5
21	El ambiente de la institución permite expresar opiniones con franqueza, a todo nivel sin temor a represalias	1	2	3	4	5
22	El nombre y prestigio de UCI la Estancia es gratificante para mí	1	2	3	4	5

### Parte III

#### SECCIÓN DE COMENTARIOS Y SUGERENCIAS

##### INSTRUCCIONES

Si existen asuntos especiales que Usted desea destacar escriba sus comentarios. POR FAVOR: NO FIRME. (Recuerde que esta encuesta es anónima).

Siéntase en libertad de expresar su opinión sobre el tema(s) que le preocupen y desee hacer de conocimiento:

---



---



---



---

Gracias por su colaboración

## ANEXO B.

### Encuesta de satisfacción del cliente externo.

Es de gran importancia para nosotros, conocer **COMO SE SIENTE** con nuestro servicio; y de esta Manera usted contribuye en la construcción de la Clínica la Estancia que todos queremos.

Entidad a la que pertenece \_\_\_\_\_

Servicio \_\_\_\_\_

1. Califique la oportunidad en el servicio

Bueno Regular Malo

\_\_\_\_ \_

Si su respuesta es Regular o Malo Por qué?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Qué opina usted sobre la información dada por:

Bueno Regular Malo

Md. General

\_\_\_\_ \_

Especialista

\_\_\_\_ \_

Enfermería

\_\_\_\_ \_

Fisioterapia

\_\_\_\_ \_

Recepción

\_\_\_\_ \_

Vigilante

\_\_\_\_ \_

Paramédico

\_\_\_\_ \_

Si su respuesta es Regular o Malo Por qué?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Califique la amabilidad, respeto que le brindaron:

Bueno Regular Malo

Md. General

\_\_\_\_ \_

Especialista

\_\_\_\_ \_

Enfermería

\_\_\_\_ \_

Fisioterapia

\_\_\_\_ \_

Recepción

\_\_\_\_ \_

Vigilante

\_\_\_\_ \_

Paramédico

\_\_\_\_ \_

Si su respuesta es Regular o Malo Por qué?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Cuéntenos cómo fue la calidad y la presentación de los alimentos.

Bueno Regular Malo

\_\_\_\_ \_

Si su respuesta es Regular o Malo Por qué?

\_\_\_\_\_

5. Cómo califica la comodidad en la Clínica la Estancia S.A.

Bueno Regular Malo

\_\_\_\_ \_

Ampliación de la información si es necesario.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si se desea tener respuesta favor consignar los siguientes datos:

Nombre completo \_\_\_\_\_

c.c. \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Servicio que solicitó \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**ESPACIO RESERVADO PARA CLINICA LA ESTANCIA**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ANEXO C. PROPOSITO.

### CUMPLIMIENTO DE NORMAS PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

Para cumplir con las normas de garantía de calidad, una institución prestadora de servicios de salud, requerirá entre otras cosas, de:

1. Procesos de formación y educación de sus funcionarios y profesionales para lograr el mejoramiento de la atención ofrecida a los usuarios.
2. Proceso de educación a los usuarios para estimular en ellos un comportamiento saludable y una racional utilización de los servicios.
3. Ofrecimiento de incentivos a los profesionales que presten servicios de buena calidad.

- **Comodidad de los usuarios.** Incluye algunos de los factores que contribuyen a facilitar a los usuarios la utilización de los servicios de la institución: vías de acceso a la institución, señalización externa e interna, parqueo, rampas para illas y camillas, recepción y sala de espera, dotación sala de espera, servicios sanitarios, cafetería, farmacia, área de consulta.
- **Información.** En el mundo moderno la información es aspecto clave en todas las actividades humanas, incluyendo naturalmente la salud. La complejidad creciente de los servicios hospitalarios requiere de muy eficaces sistemas de información, tanto hacia el entorno (proyección de servicios, mercadeo) como hacia el interior de ella misma. Una de las mayores inquietudes del paciente y su familia es la que concierne al conocimiento oportuno y completo de todos los componentes del acto médico (diagnostico, tratamiento, pronostico) y es precisamente este atributo uno de los más afectados por el creciente deterioro de la relación medico paciente. Incluye: oficina de información al público, plegables de instrucción para los pacientes y familiares, información sobre servicios adicionales ofrecidos, buena señalización interna, información fácil sobre tarifas y estado de cuentas, información médica diaria sobre evolución del paciente.

### BIOETICA DEL PACIENTE EN ESTADO CRÍTICO

1. **Derechos del paciente y calidad de vida.** No es fácil encontrar indicadores para la cuantificación de esta variable, ya que es de carácter disyuntivo (se respetan o no los derechos del paciente), por lo cual no se establece ninguna escala de calificación.

Se trata entonces de averiguar de manera integral, si la institución respeta o no los derechos del paciente, y si su filosofía y principios de acción están encaminados a la preservación y mejoramiento de la calidad de vida de sus pacientes.

Dentro de los parámetros que debemos tener en cuenta para formarnos este juicio, tenemos los siguientes:

- a. El paciente recibe un trato respetuoso por parte del personal científico, auxiliar y administrativo.
- b. El paciente no es discriminado en razón de su raza, convicciones políticas o religiosas o estatus económico, salvo la normal estratificación de servicios por costos o tarifas.
- c. El paciente dispone de condiciones favorables para el respeto de su privacidad.
- d. Toda la información relacionada con la situación de salud del paciente se maneja de manera confidencial.
- e. El sueño y reposo del paciente no son interrumpidos, sino en caso de absoluta necesidad y en su propio beneficio.
- f. El paciente o su familia son informados de manera regular y permanente de su estado de salud, evolución y pronóstico, por parte de su médico tratante.
- g. La estancia del paciente en el hospital se limita al tiempo estrictamente necesario, evitando toda demora injustificada de los procesos de diagnóstico y tratamiento.
- h. La voluntad del paciente y su familia es estrictamente respetada en aquellos casos donde ellos piden no tomar medidas terapéuticas extremas, por el carácter irreversible, de la enfermedad (enfermedades terminales).
- i. El paciente independientemente de su pronóstico, recibe esmerada atención para el alivio de sus molestias (dolor, tos, disnea).
- j. El paciente es previamente informado sobre los distintos riesgos inherentes a los procedimientos médico quirúrgicos a que debe ser sometido, y da su autorización para su práctica.
- k. El paciente decide libre y voluntariamente sobre su participación en actividades docentes.

**2. Calidad de vida y salud.** Cuando se hace el análisis del proceso vital del ser humano, necesariamente lo relacionamos con dos atributos: la cantidad de vida que se asimila a su duración en años y que se mide por el indicador de expectativa de vida al nacer y la calidad que se mide por unos indicadores fácilmente cuantificables, como pueden serlo el nivel de ingresos, la vivienda, la educación y la seguridad social, y otras características más difíciles de cuantificar por tener características de alta subjetividad, tales como el concepto de bienestar, la

satisfacción laboral, la calidad del entorno familiar y la conformidad con el funcionamiento del organismo y el estado de salud en general.

Entre el 70 y el 80% de las muertes en el mundo de hoy, se deben a tres causas principales: enfermedades cardio y cerebro vasculares, cáncer y trauma.

Hemos pasado pues, del predominio de las enfermedades infecciosas al de las enfermedades crónicas y degenerativas, evento que necesariamente influye sobre la calidad de vida de los últimos años de existencia.

En efecto las enfermedades crónicas se caracterizan por su larga duración, con remisiones y recaídas alternativas. Generan en términos generales alto grado de incapacidad no solo laboral, sino también para el cumplimiento de funciones personales y sociales propias del ser humano (aseo, mantenimiento personal, relaciones personales e intrafamiliares). Igualmente por su larga duración, por el grado de dependencia que ellas causan y por la necesidad apremiante de servicios médicos y auxiliares que demandan, implica un enorme costo en dinero, que agota los presupuestos familiares y corroe los sistemas de seguridad social en todo el mundo.

La calidad de vida en estas circunstancias se deteriora notoriamente, no solo para el enfermo, sino también para su familia. El impacto sobre esta constituye un factor de perturbación para la vida diaria, ya que la atención del enfermo requiere la contratación de personas que se hagan cargo de él, o su internamiento en instituciones para enfermos crónicos y terminales, opciones ambas con un alto costo económico, que la mayoría de familias no están en condiciones de asumir.

Y ya que hablamos de la calidad de vida, debemos referirnos también a la calidad de la muerte. Anteriormente el paciente moría en casa, rodeado de afecto y la compañía de su familia, con los consuelos de la religión y aliviado por su médico de cabecera. Ahora muere en la unidad de cuidados intensivos, solo desnudo, manejado no como una persona, sino como un número de historia clínica y conectado a máquinas que tratan inútilmente de impedir lo inevitable.

Enorme importancia tiene en la actualidad y se ve a diario en todos los lugares del mundo, todo lo relacionado con los derechos del paciente y la conducta del médico en relación con la prolongación artificial de la vida.

Independiente de las discusiones de carácter derecho a morir con dignidad, se acepta universalmente que el médico, aunque no debe ejecutar acciones directas que aceleren la muerte del paciente, tampoco está obligado a practicar técnicas y procedimientos conducentes a la prolongación de una vida que muestra señales de estar llegando a su fin, sin posibilidades

de recuperación, acontecimientos perfectamente identificables a la luz de los actuales conocimientos médicos.

En vía de la ilustración vale la pena recordar algunos de los eventos que más frecuente y dramáticamente influyen en el deterioro de la calidad de vida biológica del ser humano, de orden descendente:

1. Muerte cerebral: como consecuencia del cese total de la función y del flujo sanguíneo cerebral, con función cardiopulmonar dependiente de asistencia destilatoria.
2. Perdida o disminución apreciable de las facultades intelectuales (juicio, memoria, voluntad, afectividad) en demencias (enfermedad de Alzheimer) y accidentes cerebro vasculares catastróficos.
3. Parálisis severas: (cuadriplejia, paraplejia)
4. Dolor intratable: (carcinomatosis, neuralgias pos herpética)
5. Enfermedades desmielinizantes y degenerativas: (esclerosis en placas, esclerosis lateral amiotrofica, enfermedad de Parkinson)
6. Disnea progresiva (EPOC, insuficiencia cardiaca)
7. Depresión y ansiedad: trastornos maniaco depresivos, psicosis.
8. Incontinencia urinaria
9. Cortos circuitos digestivos (gastrostomías, ileostomías, colostomías)
10. Trastornos del sueño (insomnio, terrores nocturnos)

El médico por su parte, debe ofrecer todo su apoyo al paciente, teniendo como marco de acción el antiguo y siempre vigente aforismo según el cual el médico “puede curar algunas veces, aliviar en muchas oportunidades y consolar siempre”. En la relación medico paciente terminal igual o más importante que su capacidad científica, es su actitud humana, su generosidad y su solidaridad con el enfermo y su familia, quienes ven el médico el principal punto de apoyo en la etapa más difícil y dolorosa de la vida.

La vida familiar es una parte esencial de la salud de los individuos, cuando una persona es ingresada a un hospital, la participación familiar debe continuar activamente en lo que respecta a llevar a cabo el cuidado y terapias de duelo.

En las unidades de cuidado intensivo este ha sido un gran problema dado a la estructura original y filosofía de tales unidades donde la presencia de los miembros de la familia está limitada y las visitas son extremadamente restringidas. Esto se baso en la idea que los miembros de la familia son un factor de riesgo debido a la probabilidad de infecciones, de descanso interrumpido y causante de cambios sicológicos tales como taquicardia, arritmia, hipertensión ,ansiedad, etc. Además, el personal justifica esta restricción aduciendo que las

visitas interfieren con el cuidado de enfermería y que las alteraciones emocionales generadas por los familiares producen estrés emocional y agotamiento (Hicken and Lewandowsky, 1995). Debido a los cambios emocionales en el paciente, en los últimos años muchos investigadores han querido mostrar que tales efectos adversos no existen, y han decidido publicarlo (Simpson and Shaver 1997). Se ha demostrado que la presencia de los miembros de la familia ha beneficiado el efecto de la recuperación de los pacientes, además de contribuir a la recuperación de la familia.

**3. Deshumanización con el paciente crítico.** Deshumanizar como su nombre lo indica, es disminuir o privar de los elementos específicamente humanos a una persona. En la UCI no se debe permitir que ningún intensivista o enfermera, por excelente que sea su preparación científica, de trato duro e inhumano a sus pacientes; no se puede colocar a la ciencia y a la tecnología por encima de los pacientes, sino al servicio de ellos.

Enumeremos algunos hechos y conductas que indican cierta deshumanización hacia el paciente:

- Al paciente se le aísla del mundo real:

Se aísla físicamente al paciente del mundo exterior, señalándole su cuarto o cubículo y restringiéndole visitas, aun la de su familia.

Se aísla verbalmente al paciente, por causa del lenguaje que usan los médicos y/o una barrera mecánica en su boca (tubo endotraqueal)

Se priva de sus vestidos porque se mantienen semi desnudos (pañal desechable) e incluso desnudos

- Al paciente se le hace perder su sentido de intimidad:

Lo examinan muchas personas, es raro el médico que corre la cortina, o le indica al paciente el procedimiento que va a realizar cuando está consciente.

Se le controla n las comidas y necesidades fisiológicas

Debe comer delante de extraños y no propiamente los que le gusta

- Al paciente se le despersonaliza:

La historia de su vida suele leerla y conocerla muchas personas

No se le conoce por su nombre si no como “el paciente de la cama 3 o el paciente del infarto o de la sepsis”

El médico hereda el control que el paciente ha perdido

- El paciente se vuelve impotente para todo:

Es manejado por auxiliares y enfermeras y debe aprender a manejar su superioridad

Le falla la memoria, el sueño, el ánimo, el apetito, todo.

Pierde el control del tiempo y del espacio y entra en una alteración interior temporal, que con frecuencia llega a no saber si es de día o es de noche, que día de la semana es, etc.

Tiene que suplicar los favores más elementales

Debe ser ayudado para todo aun para las necesidades más elementales y vergonzosas.

No se le responden todas las preguntas o se le dan evasivas.

- Le rodea por dentro y por fuera la inseguridad

No se sabe lo que van hacer ni cuando

Se le alarga la hospitalización, empieza a dudar de los médicos, los medicamentos, de todo, de todos.

La espera de exámenes lo vuelve ansioso, cuando llegan los resultados, se lo explican y no entiende.

- Lo acompaña una inmensa soledad:

Porque le quitan de su lado los seres queridos.

Se ve rodeado con frecuencia de gente desconocida que aumenta su sensación de soledad.

Siente pasar los días y las noches, estas se le hacen interminables.

A pesar de que todas estas decisiones y medidas son con la mejor pronta voluntad para lograr su pronta recuperación debemos mostrar solidaridad, apoyo, respeto, amor y seguridad en nuestras atenciones; todo esto se puede hacer mas inteligible con lo que pregonaba Paracelso "El médico debe saber lo que hace y hacerlo siempre con amor" con esta actitud se puede mitigar todas esas sensaciones desagradables.

**4. La muerte en las unidades de cuidados intensivos.** En la UCI existen muchas barreras para poder cubrir adecuadamente lo aspectos humanos que necesita el paciente para poder ofrecerle una muerte más digna.

- Por la dependencia de cuidados que recibe el enfermo. Un enfermo se ve privado de tranquilidad y paz, no solo porque está sometido a una atención continuada, sino porque se le aplican tratamientos agresivos.

Sin embargo, es bueno que ya este evaluando la necesidad o no de aplicar determinadas técnicas invasivas a pacientes irrecuperables, debido a no ver resultados esperanzadores de supervivencia.

- Por la disposición arquitectónica de la UCI. La convivencia del paciente moribundo con otros pacientes en un espacio abierto interfiere en que este tenga intimidad para preparar y organizar su propia muerte.

- Sobre el propio ámbito de referencia. La hostilidad de las alarmas, las voces, las prisas, no solo en la urgencia, sino también a lo largo del día, pueden imprimir angustia y miedo en los últimos momentos del moribundo
- Por la excesiva tecnología. El alto grado de sofisticación que han experimentado estas unidades pueden potenciar fácilmente el distanciamiento en las relaciones profesional – enfermo, creando un entorno humano poco satisfactorio a las demandas del paciente.
- Dificultad de conciliar la complejidad asistencias y técnica con factores humanos. Porque el personal de la UCI no siempre puede advertir en que momento el paciente moribundo necesita el cambio de actitud profesional: priorizar las demandas de compañía y afecto frente a la sobrecarga de estrés, limitación de tiempo y despliegue de actividades con que se actúa en el trabajo diario.
- Sobre el control real de su situación. Las pautas de sedación analgesia dirigidas a calmar el dolor o adaptar el enfermo al ventilados empeñan esta control real, porque apenas pueden transmitir con claridad sus necesidades y apetencias.

Este aspecto adquiere mayor relevancia si se trata de pacientes que evolucionan críticamente en la unidad en un estado irreversible.

- Normas internas de la UCI. En el crítico momento las normas entendidas como patrón disciplinario rígido, deben flexibilizarse permitiendo una mayor conjunción personal y social del moribundo con el entorno, para no envolver el sinsabor de la pérdida con la vivencia de alejamiento con un grado importante de frustración y desamparo total.

Aunque los profesionales en la UCI desafían la muerte en su trabajo diario, no deben acostumbrarse a ella.

De la misma manera que han sido capaz de cuidar las necesidades del paciente durante 24 horas, ahora deben saber responder con entereza frente al último cuidado que necesita.

Los profesionales también deben mostrarse competitivos con los familiares y allegados en estos momentos de dolor. No solo necesitan apoyo emocional, sino también orientación sobre los trámites legales y administrativos que se requieren para retirar el cadáver del Hospital.

- Cuidados después del fallecimiento. Los profesionales de la UCI deben realizar un trabajo rápido, de forma silenciosa procurando que los demás enfermos no queden afectados por el fallecimiento, y deben actuar respetuosamente en todo el procedimiento porque el enfermo “es la primera vez que se muere”, y aunque muerto es un ser humano.

**5. UCI de puertas abiertas.** Tradicionalmente, salvo excepciones, el paciente internado en una unidad de cuidados intensivos está solo en su cama, separado por biombos o paneles de sus compañeros de infortunio, conectado a múltiples dispositivos de monitoreo y “sueros”, asistido por médicos, enfermeros, auxiliares y fisioterapeutas, y “el enfermo está solo y espera”. Espera ansioso el momento de estar con sus seres queridos en el conocido “Horario de Visitas”.

Si bien el Horario de Visitas tiene por objeto la seguridad de los pacientes al permitir mantener acotado el ingreso de personas no relacionadas con el cuidado del mismo, algunos centros han comenzado a modificar estos conceptos un tanto rígidos. Estos cambios se van insinuando de a poco, como permitir la presencia de un familiar muy cercano al lado de un paciente anciano desorientado y excitado en vez de administrarle sedantes, etc.

Estos cambios, muy latinos en su esencia (los latinos somos muy demostrativos de nuestros afectos) parecen haber sido entendidos hasta cierto punto por los “fríos” norteamericanos, al punto tal de haberse publicado en la revista médica de cuidados intensivos más prestigiosa del mundo, *Critical Care Medicine*, las “Guías de Soporte Familiar en Unidades de Cuidados Intensivos Centradas en el Paciente” el pasado 6 de febrero.

¿Qué quiere decir esto? En primer lugar, que vamos a ver progresivamente un cambio de roles en las series de televisión o películas que tratan temas médicos. Ese será el ariete mediante el cual estas nuevas Guías se abran paso en la opinión pública, fortaleciendo su aceptación y aplicación o desencadenándolas, de la misma forma en que se hizo con la vestimenta informal para los médicos. En otros términos: de tanto ver algo se termina aceptándolo como normal.

El American College of Critical Care Medicine (ACCM) ha elaborado estas Guías para tratar pacientes adultos, pediátricos y recién nacidos en Unidades de Cuidados Críticos de la siguiente manera:

**6. La enfermería y la medicina con los pacientes y sus familias.** Estos cambios comenzaron en 2001, cuando se aconsejó que los servicios de cuidados intensivos dejen de centrar su manejo de los pacientes en la clínica o enfermedad y se centren en el paciente, compartiendo las decisiones respecto a su cuidado y tratamiento con él, respetando sus elecciones, sentimientos y creencias. Ahora, las recomendaciones se han ampliado, incluyendo a la familia del paciente, asumiendo que esto va a influir positivamente en forma notoria en la evolución y bienestar de todos: pacientes, médicos y familias.

Veamos algunos puntos de estas nuevas 43 recomendaciones:

Los pacientes y sus familias deben estar permanentemente informados y activamente comprometidos en la toma de decisiones médicas y en su cuidado. Esta actitud disminuye el stress y la angustia, tanto del paciente y sus familiares como del médico. Pese a los intentos de los médicos, las familias se sienten frecuentemente no informadas y no participantes en la toma de decisiones del “día a día” del cuidado de sus seres queridos. Para el modelo de atención centrado en el paciente, las familias deben participar activamente con los profesionales. Se deben efectuar reuniones o entrevistas con la familia lo antes posible y la mayor cantidad de veces que se pueda para reducir el stress familiar y mejorar la comunicación, tanto en su consistencia como en la sensibilidad cultural, usando términos que la familia pueda entender.

La mejoría en la comunicación permitirá incluso el uso de tratamientos complejos. Se debe debatir en términos adecuados a su cultura para hablar en términos de realidad, de modo tal que todo consentimiento o rechazo a un tratamiento sea consecuencia de una decisión tomada con cabal conocimiento y comprensión de lo que ello implica. La presencia de familiares en una revista de sala e incluso durante una resucitación puede ayudar a las familias a sobrellevar la muerte de un ser querido. Se deben permitir visitas abiertas y flexibles, para lograr el bienestar del paciente. Los carteles con indicaciones de lugares de tránsito deben ser amigables y comprensibles.

Las salas de espera deben estar cerca de donde están los pacientes y deben permitir la espera cómoda y entretenida de las familias. El ambiente para las familias debe respetar la privacidad y mejorar el soporte social con habitaciones de una sola cama, luz natural y acceso a la naturaleza. Las familias deben recibir educación o instrucciones claras y comprensibles antes de visitar la enfermo. Las mascotas adecuadamente inmunizadas pueden ser llevadas a cuidados intensivos, e incluso pueden comenzar a desarrollarse estrategias de terapia asistida por mascotas.

El cuidado del paciente debe estar coordinado e integrado por un grupo interdisciplinario de profesionales. Se debe educar y asistir a los médicos para reducir los efectos de las interacciones con la familia en su propia salud. El soporte familiar ante la muerte debe ser anterior, durante y posterior a la misma. El incluir y comprometer a la familia como parte integrante del equipo multidisciplinario de cuidados intensivos es esencial para una pronta recuperación de la salud o para optimizar el proceso de muerte de los paciente críticamente enfermos; el soporte psicológico y la salud espiritual de la familia es un componente esencial del modelo asistencial centrado en el paciente.

El personal debe ser entrenado en reconocer y satisfacer las necesidades de las familias ante el stress y las familias deben ser alentadas a participar activamente en el cuidado directo de los pacientes en la medida de lo posible, brindándoles amplia información de cómo hacerlo.

El sistema de salud debe proveer confort físico y soporte emocional para el paciente y los miembros de su familia. Brindar o ayudar a brindar soporte espiritual, animando y respetando la religión, el culto o las tradiciones culturales, ayuda al paciente y a sus familiares a luchar contra la enfermedad y la muerte. Más allá del consejo espiritual propio del ministro de la religión que sea que habitualmente concurre al servicio, se debe preguntar y facilitar la satisfacción de las tradiciones espirituales y necesidades culturales del paciente y sus familias.

Los integrantes del equipo de salud deben tener una clara comprensión de los conceptos del paciente sobre la enfermedad y de sus creencias o cultura. El stress del personal debe combatirse mediante una información compartida sobre los objetivos del tratamiento, de modo tal que los mensajes a las familias y pacientes sean consistentes y unificados, sin lugar a interpretaciones erróneas, lo que a su vez alivia la angustia del personal ante las quejas, agravios o agresiones que puedan recibir aunque una “buena muerte” ocurra. Cuando sea posible, el personal debe interiorizarse de la cultura del paciente y su familia, con énfasis en lograr un lenguaje apropiado, sus normas culturales y respeto a las decisiones del paciente, lo que puede lograrse mediante frecuente comunicación entre el personal y los familiares.

El soporte espiritual y religioso debe estar orientado a las necesidades del paciente y la familia en forma regular, permitiendo la participación de ministros y trabajadores sociales junto al personal. Si un paciente pide rezar con un ministro de su culto y el mismo se siente comfortable, debe permitírsele.

Los integrantes del equipo de salud comprenden y aplican los tratamientos apropiados para los diversos pacientes. Los pacientes internados en Cuidados Intensivos que estén impedidos de comunicarse con los médicos o de participar en las decisiones sobre su propio cuidado hacen obligatorio que esa responsabilidad recaiga sobre otros, generalmente sus familiares inmediatos, que pasan a tomar esas decisiones por él. Puede permitirse a las familias asistir a las revistas y hacer preguntas relevantes sobre el cuidado del paciente. Debe estructurarse el proceso de apoyo para los familiares que hayan presenciado un proceso de resucitación. En algunos casos, puede permitirse la presencia de familiares durante una resucitación, lo que los ayudará a elaborar la muerte de su ser querido. Debe evaluarse la comprensión de la familia del pronóstico y del plan de tratamiento y se la debe educar sobre síntomas o signos de inminencia de muerte de una manera culturalmente apropiada. El acompañamiento y seguimiento luego de

una pérdida deben estar disponibles luego de la muerte de un paciente. El entrenamiento en cuidados paliativos debe formar parte del programa de la educación en cuidados críticos.

En resumen: en el tratamiento de un enfermo internado en cuidados intensivos existen nuevas reglas que modifican las tradiciones en el proceso de toma de decisiones, la contención de la angustia familiar y el stress del PERSONAL SANITARIO, el soporte cultural, espiritual y religioso, las visitas familiares y el entorno de cuidado, la presencia de la familia en discusiones, resucitaciones y cuidados paliativos. Cada día, los requerimientos de los pacientes y sus familias son mayores para los miembros de los equipos de salud. Ahora, como puede apreciarse, muchos de esos requerimientos (especialmente los vinculados a las cuestiones afectivas) comienzan a satisfacerse. Se verá ahora si los pacientes y sus familias desean y pueden ejercer sus nuevos roles, que implican los beneficios solicitados pero también les significan nuevas responsabilidades no fáciles de ejercer.

“La enfermería y la medicina, sin humanismo, no merecen ser ejercidas”.

# CREANDO UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO



## Cafetería

La cafetería está localizada en el primer piso cerca de la entrada principal. Ofrece una variada gama de alimentos, incluida comida caliente, ensaladas, sandwiches y sopas. El horario de atención es de 7 a.m. a 10:00 p.m., Todos los días.

## Fumar

Fumar está permitido solamente fuera de la Clínica. Hay bancas y áreas resguardadas en los alrededores del edificio para tal efecto. También hay un área de fumadores en la terraza del edificio.

## Atención Pastoral

La visita de su propio pastor, cura, ministro, sacerdote es bienvenida. También tenemos disponible un capellán dentro de la Unidad para cubrir las necesidades espirituales de los pacientes y familiares. Por favor notifique a la enfermera si usted desea hablar con nuestro capellán.

## Equipamiento

Para la seguridad de los pacientes y sus familias, hemos instalado cámaras de video en las cubículos. El monitoreo de estas cámaras no puede ser visto desde la estación de enfermería, solamente en la central de vigilancia de la UCI, Estas cámaras son para el monitoreo de los pacientes. Para proteger la privacidad de los pacientes durante la atención y procedimientos médicos, las cámaras son apagadas.

*Creando  
maravillas  
a través de  
la excelencia,  
el servicio,  
la innovación  
y el cuidado*

## Consejos Útiles

A continuación le suministramos algunos consejos útiles para asistirlo:

**Descanse.** Le aconsejamos a su familia que regrese a su casa a descansar durante la noche.

**Pertenencias.** Le sugerimos con énfasis que su

familia lleve los artículos de valor y pertenencias a su casa. Si Usted lo desea, también pueden ser guardados en un área de seguridad de la UCI.

**Personal.** La Unidad disponen de personal de Enfermería capacitado, con entrenamiento certificado para atender las necesidades de enfermos en estado crítico. El personal de enfermería puede cambiar de turno entre dos y tres veces al día.

**Corredores/Pasillos.** Solicitamos a las familias que no permanezcan en la sala de espera cuando no se encuentren visitando al paciente. Necesitamos mantener los pasillos libres en caso de alguna emergencia y proveer privacidad a todos los pacientes.

**Fotografías.** Fotografías de amistades y familiares tomadas en la habitación son bienvenidas. Estas fotografías pueden tener un efecto muy positivo.

**Flores/Plantas.** Plantas o flores vivas no son permitidas en UCI y UCIC, dado que los pacientes se encuentran bajo riesgo de infección. A pesar de que el espacio es limitado, postales son aceptadas y ayudan a decorar y alegrar el cubículo del paciente.

## Consulta de los Pacientes

El Médico o el enfermero encargado aceptará preguntas las 24 horas del día de personas designadas por usted como paciente o a familiares directos si usted no está en condiciones de decidir. De acuerdo con la ley, el personal de las UCIs, no puede brindar ninguna información telefónica del paciente, excepto el número de habitación, localización, y condición general del paciente (Ej., estable, inestable, etc.). Cualquier información adicional vía telefónica, será solamente brindada a un representante personal verificado del paciente. Esto es realizado para proteger su privacidad y reducir interrupciones en el trabajo de cuidar de su salud. No hay teléfonos disponibles en las habitaciones de los pacientes. Las llamadas telefónicas serán transferidas a la sala de visitas. Las llamadas pueden ser realizadas directamente a través de las líneas telefónicas de acceso familiar o de las salas de visitas.

**Línea de Sala de  
Unidad Acceso Familiar Espera/Visitas**  
Unidad de Cuidado Intensivo  
8 33 10 00 Ext. 1614  
Unidad de Cuidado Coronario  
8 33 10 00 Ext. 1406

*Por favor evite llamar durante  
el cambio de turno; 7-8:30 a.m. 2-3:00 p.m. y 8:30-10:30 p.m.*

## Sala de Espera/Visita

La sala de espera/visitas está disponible para todos los familiares y amigos de los pacientes en UCI y UCIC. La sala de espera/visitas de UCI está localizada en el segundo piso del edificio. La sala de

espera/visitas de UCIC está localizada en el cuarto piso del edificio.

Café, agua aromática y teléfonos públicos están disponibles en las Salas de Espera/Visitas.

No está permitido que los familiares y visitantes coman en las habitaciones de los pacientes.

Se solicita a los familiares que usen los teléfonos disponibles en las Salas de Espera/Visita, y no los de la estación de enfermería. Teléfonos celulares (móviles) no pueden ser usados dentro de ninguna de las Unidades.

Baños para los visitantes están localizados en el primer piso del edificio cerca de la puerta principal. Por favor no use los baños designados sólo para el personal del Hospital.

*cualquier información que pueda servir de ayuda para proveerle el mejor cuidado. Estamos honrados que Usted haya elegido la UCI Clínica La Estancia S.A. en este momento de necesidad*

## Reglamentaciones de Visitas

Le solicitamos se adhiera a las siguientes reglamentaciones de visitas:

- Solamente dos miembros de la familia directa (cónyuge, padres, hijos, hermano/a, abuelos, otro miembro familiar significativo, o un miembro alternativo elegido) pueden realizar la visita al mismo tiempo.

- El personal de las Unidades puede solicitar a los miembros de la familia que esperen en la sala de espera/visitas cuando el cuidado/atención del paciente o los procedimientos médicos y de cuidado lo requieran.

- No se admiten visitas de niños menores de 12 años.

Niños mayores de 12 años deben ingresar acompañados de un mayor durante la visita.

- Durante la visita, por favor permanezca en el cubículo del paciente. Para mantener la privacidad de los pacientes, por favor no permanezca parado en los corredores de las Unidades. Por favor no se sienta en el piso de los corredores/salas. Los visitantes se restringen a dos (2) personas al mismo tiempo por paciente en atención.

- Las visitas se permiten durante todo el horario, excepto durante el cambio de turno; 7-8:30 a.m.-3:00 p.m. y 8:30-10:30 p.m.

Los reportes médicos y de cuidado serán entregados a las 12 m y a las 5 p.m a los familiares directos en la Oficina de la Unidad. Esto permite una tranquila transferencia en la responsabilidad del cuidado del paciente, y ayuda a mantener la confidencialidad del paciente. Las puertas automáticas serán bloqueadas durante los cambios de turno o en el caso de la realización de algún tratamiento de emergencia o procedimiento en cualquiera de las Unidades. Cuando esto ocurre, se solicita a los visitantes que se trasladen fuera del Área de Cuidado Intensivo, hacia el área de espera. Durante la eventualidad en que el paciente esté

inestable, muy crítico o este falleciendo, excepciones a estas reglamentaciones, pueden ser realizadas bajo la decisión del Enfermero al cuidado del paciente.

## Estacionamiento

Lugar para estacionamiento se encuentra disponible en las afueras de la clínica. Con Horarios de funcionamiento: Lunes a Sábado desde las 7 a.m. hasta las 9:00 p.m.

## WELCOME

*Bienvenido a las Unidades de Cuidado Intensivo de la Clínica La Estancia. Nuestro personal está comprometido en proveerle el mejor cuidado y ayudarlo en este momento tan difícil. Por favor déjenos saber sus preguntas o comentarios. Comparta con nosotros*



Popayán, 9 de marzo de 2009

Universidad

EAN

Popayán

**MARGARITA MARIA CHEMAS BONILLA y YANETH MARCELA MUÑOZ ANGEL,**  
autorizamos a la Universidad EAN en convenio Universidad del Cauca, realice la publicación en Internet, del trabajo titulado: Mejoramiento de la calidad de la atención en salud, cliente interno y externo UCI La Estancia Popayán, 2008 – 2009 que fue presentado como requisito para optar a título de auditoria y garantía de la calidad de la atención en salud con énfasis en epidemiología.

Margarita Maria Chemas Bonilla

cc. 25276282

Yaneth Marcela Muñoz Angel

cc. 34318218

Popayán, diciembre 10 de 2008

Dra. **RAQUEL OREJUELA**

Auditora de Calidad

UCI La Estancia S.A.

Asunto. Solicitud de permiso estudio de investigación.

**MARGARITA MARIA CHEMAS BONILLA** y **YANETH MARCELA MUÑOZ ANGEL**, solicitamos a usted nos autorice realizar dentro de la Unidad de Cuidado Intensivo de la Clínica La Estancia una investigación donde se tendrán en cuenta los clientes internos y externos de la unidad que deseen participar en el estudio denominado **“MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD EN CLIENTE EXTERNO E INTERNO UCI LA ESTANCIA POPAYÁN, 2008 – 2009”**, el cual se llevará a cabo en el periodo comprendido entre diciembre de 2008 y enero de 2009. se aclara que el propósito de la investigación es con fines estrictamente académicos como requisito para la culminación del postgrado de auditoria y garantía de calidad de la atención en salud, Universidad EAN en convenio con Universidad del Cauca.

Cordialmente,

MARGARITA MARIA CHEMAS

cc. 25.276.282

YANETH MARCELA MUÑOZ

cc 34.318.218

---

**Visto bueno: Dra. Raquel Orejuela**