

**CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD PERCIBIDA POR EL CLIENTE  
EXTERNO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE  
VALENCIA E.S.E DURANTE EL PERIODO DE ABRIL A JUNIO DE 2007**

**MARTHA LUCÍA CAICEDO ZÚÑIGA  
MARÍA MERCEDES PAREDES  
ONEIDA RINCÓN QUIÑONES**

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA - ESCUELA DE ADMINISTRACIÓN DE NEGOCIOS  
POSTGRADO EN AUDITORIA Y GARANTIA DE LA CALIDAD EN SALUD CON  
ENFASIS EN EPIDEMIOLOGIA  
POPAYAN  
2007**

**CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD PERCIBIDA POR EL CLIENTE  
EXTERNO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE  
VALENCIA E.S.E DURANTE EL PERIODO DE ABRIL A JUNIO DE 2007**

**MARTHA LUCÍA CAICEDO ZÚÑIGA  
MARÍA MERCEDES PAREDES  
ONEIDA RINCÓN QUIÑONES**

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de  
ESPECIALISTA EN AUDITORIA Y GARANTIA DE LA CALIDAD EN SALUD CON  
ENFASIS EN EPIDEMIOLOGIA

Director : Dr. ORLANDO CASTRO MOLANO

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA - ESCUELA DE ADMINISTRACIÓN DE NEGOCIOS  
POSTGRADO EN AUDITORIA Y GARANTIA DE LA CALIDAD EN SALUD CON  
ENFASIS EN EPIDEMIOLOGIA  
POPAYAN  
2007**

**Nota de Aceptación**

---

---

---

---

---

---

---

Firma del presidente del jurado

---

Firma del jurado

---

Firma del jurado

Popayán, noviembre de 2007

## CONTENIDO

	Pág.
TÍTULO	1
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
2. OBJETIVOS	3
2.1 OBJETIVO GENERAL	3
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	3
3. JUSTIFICACIÓN	5
4. MARCO TEÓRICO	6
4.1 HISTORIA DE LA CALIDAD	6
4.2 CALIDAD EN SALUD	8
4.2.1 En Colombia: primeros antecedentes en el país	10
4.2.2 Antecedentes del Hospital Susana López de Valencia	13
4.2.3 Historia de la calidad del Hospital Susana López de Valencia	15
4.3 MARCO LEGAL	16
5. TIPO DE ESTUDIO	21
5.1 TIPO DE ESTUDIO	21
5.2. UNIVERSO	21
5.3. POBLACIÓN OBJETIVO	21
5.4. MUESTRA	21
5.5. VARIABLES	22
5.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	26
5.6.1 Variables Sociodemográficas	26
5.6.2 Variables del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad	27
6. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	30
7. RESULTADOS Y ANÁLISIS	31
8. CONCLUSIONES	50

	Pág.
9. RECOMENDACIONES	52
BIBLIOGRAFÍA	54

## LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Distribución según sexo de los usuarios intervenidos quirúrgicamente en el Servicio de Cirugía del Hospital Susana López de Valencia E.S.E., en los meses de abril, mayo y junio de 2007.	31
Cuadro 2. Edad de los usuarios intervenidos quirúrgicamente en el Servicio de Cirugía del Hospital Susana López de Valencia E.S.E., en los meses de abril, mayo y Junio de 2007.	32
Cuadro 3. Distribución según Régimen de Seguridad Social de los usuarios intervenidos quirúrgicamente en el Servicio de Cirugía del Hospital Susana López de Valencia E.S.E., en los meses de abril, mayo y Junio de 2007.	33
Cuadro 4. Distribución según Procedencia de los usuarios intervenidos quirúrgicamente en el Servicio de Cirugía del Hospital Susana López de Valencia E.S.E., en los meses de abril, mayo y Junio de 2007.	33
Cuadro 5. Distribución según tipo de cirugía de los usuarios intervenidos quirúrgicamente en el Servicio de Cirugía del Hospital Susana López de Valencia E.S.E., en los meses de abril, mayo y Junio de 2007.	34
Cuadro 6. Distribución según el destino de los usuarios intervenidos quirúrgicamente en el Servicio de Cirugía del Hospital Susana López de Valencia E.S.E., en los meses de abril, mayo y Junio de 2007.	34
Cuadro 7. Días de Estancia Hospitalaria de los usuarios intervenidos quirúrgicamente en el Servicio de Cirugía de El Hospital Susana López de Valencia E.S.E., en los meses de abril, mayo y Junio de 2007.	35

	Pág.
Cuadro 8. Tiempo de espera para Cirugía Programada de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el servicio de cirugía de El Hospital Susana López de Valencia E.S.E., en los meses de abril, mayo y Junio de 2007.	36
Cuadro 9. Tiempo de espera para Cirugía de Urgencia de los usuarios intervenidos quirúrgicamente en el Servicio de Cirugía en el Hospital Susana López de Valencia E.S.E., en los meses de abril, mayo y Junio de 2007.	37
Cuadro 10 Distribución según especialidad de las intervenciones quirúrgicas del Servicio de Cirugía, en el Hospital Susana López de Valencia E.S.E., en los meses de abril, mayo y Junio de 2007.	37
Cuadro 11. Distribución según presencia de inconvenientes para la programación de cirugía en El Hospital Susana López de Valencia E.S.E., en los meses de abril, mayo y Junio de 2007.	38
Cuadro 12. Relación existente entre la especialidad y la presencia de inconvenientes para la programación de cirugía en el Hospital Susana López de Valencia E.S.E., en los meses de abril, mayo y Junio de 2007.	38
Cuadro 13 Distribución según la causa de los inconvenientes para la Programación de la cirugía, en El Hospital Susana López de Valencia E.S.E., en los meses de abril, mayo y Junio de 2007.	39
Cuadro 14. Distribución según presencia de inconvenientes para la realización de cirugía en El Hospital Susana López de Valencia E.S.E., en los meses de abril, mayo y Junio de 2007.	40
Cuadro 15. Distribución según la causa de los inconvenientes para la realización de la cirugía, en El Hospital Susana López de Valencia E.S.E., en los meses de abril, mayo y Junio de 2007.	40

	Pág.
Cuadro 16. Distribución según los inconvenientes presentados inherentes a la Institución para realización de la cirugía, en El Hospital Susana López de Valencia E.S.E., en los meses de abril, mayo y Junio de 2007.	41
Cuadro 17. Relación existente entre la especialidad y la presencia de inconvenientes para la realización de cirugía en el Hospital Susana López de Valencia E.S.E., en los meses de abril, mayo y Junio de 2007.	42
Cuadro 18. Relación existente entre la especialidad y las causas de inconvenientes para la realización de la cirugía en El Hospital Susana López de Valencia E.S.E., en los meses de abril, mayo y Junio de 2007.	43
Cuadro 19. Relación entre especialidad y los inconvenientes presentados inherentes a la Institución para la realización de cirugía en El Hospital Susana López de Valencia E.S.E., en los meses de abril, mayo y Junio de 2007.	44
Cuadro 20. Seguridad que les generó las instalaciones y equipos a los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Servicio de Cirugía, en el Hospital Susana López de Valencia E.S.E., en los meses de abril, mayo y Junio de 2007.	44
Cuadro 21. Seguridad que le generó la información suministrada por el Médico que lo intervino quirúrgicamente previo a la cirugía, en el Hospital Susana López de Valencia E.S.E., en los meses de abril, mayo y Junio de 2007.	45
Cuadro 22. Grado de confianza generado por el personal Médico y de Enfermería para permitir que lo intervinieran quirúrgicamente en El Hospital Susana López de Valencia E.S.E., en los meses de abril, mayo y Junio de 2007.	45

	Pág.
Cuadro 23. Relación entre especialidades y el grado de confianza generado por el personal Médico y de Enfermería en los usuarios intervenidos quirúrgicamente, en el Hospital Susana López de Valencia E.S.E., en los meses de abril, mayo y Junio de 2007.	46
Cuadro 24. Distribución de usuarios que consideran que la Institución le suministró todas las actividades, intervenciones y procedimientos necesarios desde el ingreso hasta la salida de la Institución, en el Hospital Susana López de Valencia E.S.E., en los meses de abril, mayo y Junio de 2007.	47
Cuadro 25. Distribución de usuarios que consideran que el personal de salud le informó sobre la continuidad y recomendaciones del tratamiento una vez usted salió del Servicio, en el Hospital Susana López de Valencia E.S.E., en los meses de abril, mayo y Junio de 2007.	47
Cuadro 26. Distribución de usuarios que consideran que la Institución empleó todos los recursos humanos, tecnológicos y de infraestructura adecuados en el procedimiento quirúrgico realizado en el Hospital Susana López de Valencia E.S.E., en los meses de abril, mayo y Junio de 2007.	48
Cuadro 27. Distribución del grado de satisfacción del usuario frente a la atención recibida en el Servicio de Cirugía, en el Hospital Susana López de Valencia E.S.E., en los meses de abril, mayo y Junio de 2007.	48
Cuadro 28. Relación entre especialidades y el grado de satisfacción del usuario frente a la atención recibida en el Servicio de Cirugía, en el Hospital Susana López de Valencia E.S.E., en los meses de abril, mayo y Junio de 2007.	49

## **TÍTULO**

**CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD PERCIBIDA POR EL CLIENTE EXTERNO EN EL SERVICIO DE CIRUGIA DEL HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E. DURANTE EL PERIODO DE ABRIL A JUNIO DE 2007.**

## **1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El Ministerio de Protección Social mediante el Decreto 1011 del 3 de abril del 2006 modificó el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS), el cual se aplicará a todas las instituciones administradoras y prestadoras de servicios de salud, entre ellas el Hospital Susana López de Valencia E.S.E. 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 características de oportunidad, accesibilidad, seguridad, continuidad, pertinencia. El Hospital ha venido trabajando en la implementación de estrategias tendientes a cumplir con las características de la norma, no obstante, se desconoce cual ha sido el grado de implementación del sistema y la percepción del cliente externo.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GENERAL**

Caracterizar la calidad de la atención en salud en el Servicio de Cirugía a través de las características del SOGC en el Cliente Externo del Hospital Susana López de Valencia E.S.E.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Caracterizar sociodemográficamente los usuarios del Servicio de Cirugía del Hospital Susana López de Valencia.
  
- Caracterizar la estancia hospitalaria de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Servicio de Cirugía del Hospital Susana López de Valencia.
  
- Describir la oportunidad en la atención al cliente externo ambulatorio que acude al Servicio de Cirugía desde la fecha de solicitud de la Cirugía Programada y el momento en el cual es realizada.

- Describir la oportunidad en la atención al cliente externo de urgencias desde que se definió la conducta quirúrgica hasta el momento de la cirugía.
  
- Determinar los principales problemas que se presentan en la accesibilidad del usuario al Servicio de Cirugía tanto ambulatorio como el de urgencias.
  
- Identificar el grado de seguridad percibida por el cliente externo durante su atención en el Servicio de Cirugía.
  
- Determinar las falencias en la continuidad de la atención del Cliente Externo en el Servicio de Cirugía.
  
- Describir la percepción del Cliente Externo en cuanto a la obtención de los servicios que necesitaron para su adecuada atención.

### **3. JUSTIFICACIÓN**

Generalmente las acciones de calidad en la prestación de servicios por parte de los organismos del Estado se han dirigido a procesos de atención, trámite de quejas, visitas de inspección a la infraestructura y seguimiento inicial en la atención de urgencias.

Estos procesos se han enfocado en evaluar las dificultades de calidad ocasionadas en las deficiencias en el cumplimiento de las disposiciones de infraestructura y en menor proporción hacia los procesos y resultados. Las acciones no han sido suficientes para garantizar el cumplimiento de las disposiciones mínimas e impulsar el desarrollo de una cultura de calidad en las instituciones, debido en gran parte a la falta de recursos asignados hacia el mejoramiento de la calidad lo que no ha permitido instaurar los procesos y medir los resultados del mejoramiento en la calidad de los servicios de salud.

Debido a que el Hospital Susana López de Valencia está implementado el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, se hace necesario realizar la medición de dicho sistema con base en los criterios dados en el Decreto 1011 de 2006 al cliente externo que acude al Servicio de Cirugía, como un aporte al mejoramiento continuo del sistema dentro de la Institución que permita la toma de acciones correctivas y preventivas.

## 4. MARCO TEÓRICO

### 4.1 HISTORIA DE LA CALIDAD

Una de las características del mundo a finales del presente siglo ha sido sin lugar a duda, el esfuerzo mancomunado para lograr la calidad en productos y servicios como un imperativo para no sucumbir ante el peso y fuerza de la competencia, de una parte y por otra ante la necesidad y exigencia cada vez mayores del usuario.

Tener clientes plenamente conformes y satisfechos es la razón de ser de la calidad y su gestión.

En este sentido, el concepto de calidad viene 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<sup>1</sup>.

La calidad no es un concepto simple y su significado varia dependiendo de la época, de las condiciones históricas y culturales.

---

<sup>1</sup> ARDON, N. y JARA, M. I 1998.

La historia de la calidad se remonta a las épocas de la Biblia cuando Dios dijo “Dios vio que todo lo que había hecho estaba bien”<sup>2</sup>

El hombre primitivo creó las herramientas y la calidad de estas respondían a sus necesidades; posteriormente llega el mercado de productos donde el trueque era el medio para intercambiarlos, la calidad era fácilmente evaluable por que las partes implicadas siempre estaban presentes en el momento de realizar un intercambio. Con el desarrollo del comercio se perdió el contacto directo entre las partes, la calidad se evalúa con respecto a una garantía y unas especificaciones. Con la aparición de la industria se aseguró con normas artesanales la calidad. Poco a poco la producción industrial fue aumentando los costos y disminuyendo la calidad de los productos, y las personas participaban en una parte de la producción desconociendo la totalidad del producto.

El control total de la calidad surge en los años 50, por la necesidad de las empresas de hacer un control de calidad de los productos involucrando no a un grupo sino a la totalidad de ella. Hacia los años 60 se identificó que el control del proceso es muy importante en la calidad final del producto.

En el periodo moderno, en Japón se empieza a hablar del control de la calidad donde le da mayor importancia a la inspección para asegurar la calidad y la distribución de los productos, compitiendo en precios dejando en segundo lugar la satisfacción del cliente, en este periodo surgen las teorías de Deming y Juran.

---

<sup>2</sup> SAGRADA BIBLIA. Génesis 1.31

Según Juran, “no podemos planificar la calidad a menos que primero nos pongamos de acuerdo en lo que quiere decir calidad”.

El modelo industrial define la calidad en función de la aceptación del producto por el cliente: Juran la define como: “idoneidad o aptitud o para el uso”<sup>3</sup>, en tanto que para Ishikawa es la “satisfacción de los requisitos de los consumidores de ese producto o servicio”<sup>4</sup>.

En los años 90 se reduce el personal de calidad y se involucra todas las personas que participan del proceso por que se considera que es responsabilidad de todos, se promueve los círculos de calidad, la filosofía de la calidad total y del cliente interno.

## **4.2 CALIDAD EN SALUD**

El concepto de calidad en salud se remonta al siglo XVII, donde Sir William Pety realizó un trabajo de evaluación comparando dos grupos con la misma patología y tratados con diferentes medicamentos.

En los años 1800 aparecen informes de mortalidad relacionados con los primeros casos de muerte por administración de anestesia lo que contribuyó a que se le diera más importancia a la prestación de servicios con calidad, mejorando el

---

<sup>3</sup> JURAN, J.M. 1990 p.

<sup>4</sup> ISHIKAWA, K. 1985. p..

entrenamiento médico, los equipos de anestesia y capacitación de los riesgos anestésicos del personal en salud.

En 1954 se creó en Estados Unidos la Comisión Conjunta para la acreditación de los hospitales utilizando índices numéricos conocidos como estándares.

En el año de 1965 España inicia los procesos de estandarización y acreditación de calidad en los servicios de salud. Las primeras experiencias consistieron en la acreditación de los centros sanitarios e instituciones docentes, posterior y en forma paralela al crecimiento del sistema de acreditación de centros sanitarios, se desarrolló la metodología para evaluar la práctica clínica, se utilizaron criterios explícitos que permitían establecer estándares asistenciales, la acreditación cobró importancia porque además de dar prestigio suponía una vía importante para acceder a fuentes de financiación<sup>5</sup>.

A partir de la década de los 70 la evaluación de la calidad se complementa haciendo énfasis en la mejora. El incremento de los costos asistenciales justificó la implementación de programas externos de evaluación de la eficiencia en la atención y facilitó el desarrollo de métodos basados en la evaluación.

En la década de los 80 se incorporaron y adoptaron conceptos de gestión de la calidad, estructurando los programas con 3 actividades definidas: planificación,

---

<sup>5</sup> MALAGÓN LONDOÑO, Gustavo, GALÁN MORERA, Ricardo. et.al. Auditoría en Salud para una gestión eficiente. 1ª ed. Bogotá: Médica Internacional Panamericana, 1999. p. 594.

ejecución de la tarea y comprobación; el principal aporte ha sido la incorporación de la cultura de la calidad<sup>6</sup>.

Para Donabedian la calidad de la atención trae consigo una interrelación entre dos componentes, 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<sup>7</sup>.

El reto para los profesionales de la salud es mantener una alta calidad en su desempeño, y el medio 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<sup>8</sup>.

**4.2.1 En Colombia: primeros antecedentes en el país.** En Colombia, como en otros países, antes de la década de los 70, no se conocen estudios propios publicados y disponibles sobre la calidad de atención en salud.

Posteriormente, entre finales de los setenta y finales de los ochenta, aparecen algunas publicaciones de los organismos Oficiales, como el Ministerio de Salud, el Instituto de los Seguros Sociales y la Superintendencia Nacional de Salud. Prácticamente ninguna otra entidad pública o privada del sector, realizaba estudios globales que permitieran, a través de indicadores universales, evaluar,

---

<sup>6</sup> ISHIKAWA, K. Op.cit. 1985

<sup>7</sup> DONABEDIAN, A. Evaluación de la calidad de la atención médica. Publicación científica No. 534. Organización Panamericana de la Salud, 1992.

<sup>8</sup> MALAGÓN LONDOÑO, GALÁN MORERA. Op.cit. p.

comparar y controlar la calidad de la atención en salud. En forma aislada se realizaban algunas monografías académicas en las universidades. Algunos intermediarios del sector salud y empresas de medicina prepagada realizaban encuestas de satisfacción del cliente, elaborando índices de reclamaciones por categoría. “Esto es útil, pero insuficiente para analizar adecuadamente las características de calidad del servicio”<sup>9</sup>.

Con el Modelo de Evaluación para el Sistema nacional de Salud (MOESS) y el PRIDES aparecieron en el país las primeras metodologías para abordar la evaluación de los sistemas de salud con un enfoque sistemático y fundamentalmente basados en la cuantificación de aspectos específicos del cuidado, en algunos casos, incluso comparándolos contra estándares, se entendía calidad como “el cumplimiento de unos criterios y características, que de antemano se formulan, y deben tener los servicios que se prestan, en términos de oportunidad, accesibilidad, continuidad y precisión”, ubicando el análisis de la calidad como la evaluación que se realiza según los autores “sobre los servicios finales propios de las entidades seleccionadas como trazadoras”.

El ISS, Instituto de los Seguros Sociales en Colombia, antiguamente llamado Instituto Colombiano de los Seguros Sociales (ICSS) en 1978 estableció su estructura orgánica con base en el decreto 1166 de 1978, creando la Oficina Asesora de Calidad. Es importante destacar que, los aproximadamente 28 años de historia y experiencias del ISS en Colombia sobre la calidad y su evaluación, deben ser tenidos en cuenta en este trabajo, especialmente si se ha definido un espacio de “antecedentes” para la evolución de la Calidad en Colombia<sup>10</sup>.

---

<sup>9</sup> GALÁN, M., MALAGÓN L. y PONTÓN, I. Auditoria en Salud. Bogotá: Médica Panamericana, 1997.

<sup>10</sup> DONABEDIAN, A. Op.cit. p.

El Decreto 1011 del 3 de abril de 2006 define las características del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad que deben tener todas las instituciones aseguradoras y prestadoras de servicios de salud, las cuales se definen a continuación:

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

2. Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

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

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

5. Continuidad. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> COLOMBIA. Decreto 1011 del 3 de abril de 2006.

**4.2.2 Antecedentes del Hospital Susana López de Valencia.** El Hospital Nivel II Susana López de Valencia se encuentra localizado dentro del área geográfica del Departamento del Cauca, Municipio de Popayán, en el Barrio La Ladera al sur occidente de la capital en zona urbana.

El 30 de Diciembre de 1952 la Alcaldía de Popayán, mediante el Decreto Número 97 destinó un lote de terreno de 50.000 m<sup>2</sup> en el lado norte del predio “La Ladera” para la construcción del Hospital de Tuberculosis que fue aprobada por la Gobernación del Cauca según Decreto Número 7 del 5 de Enero de 1953.

En principio prestó sus servicios en lo relacionado con Rayos X (certificados pulmonares) y consultorio especial para el tratamiento hospitalario y ambulatorio para enfermedades pulmonares.

Inicialmente se llamó Hospital de Vías Respiratorias y luego se bautizó en memoria de la Señora Susana López de Valencia por su apoyo a esta obra en calidad de Primera Dama de la República.

Los cambios que sobrevinieron a raíz del terremoto en Popayán (1993) afectaron todo el funcionamiento de la ciudad. La emergencia hospitalaria creada por este fenómeno hizo que la Institución se adecuara para atender a todas las personas necesitadas de asistencia médica utilizando los espacios seguros debido al daño severo del 60% de las instalaciones.

Mediante Ordenanza No. 001 del 1º de Enero de 1995, la Honorable Asamblea del Departamento del Cauca ordenó: “Créase el Hospital Susana López de Valencia como Empresa Social del Estado que tendrá por objeto la prestación de los servicios de salud en el Segundo Nivel de Atención, como servicio público de seguridad social, con patrimonio independiente y personería jurídica en colaboración con el Servicio de Salud del Cauca y dentro del Sistema de Salud”.

Las grandes exigencias del medio para responder a las necesidades de atención en salud de la población, obligaron a un rápido crecimiento de la institución no solo en los aspectos clínicos sino también en los administrativos.

El Servicio de Cirugía del Hospital Susana López de Valencia empezó a funcionar desde Agosto de 1996, inicialmente se realizaba intervenciones de cirugía general dos veces por semana. Contaba con una enfermera Jefe y cuatro auxiliares de enfermería. Progresivamente se fueron aumentando las horas de cirugía general y anestesia e igualmente se aumentó el personal.

A partir de Junio del 2002 empezó a funcionar el Servicio de Cirugía las 24 horas y actualmente cuenta con 3 quirófanos donde operan todas las especialidades correspondientes al Nivel II y en algunas oportunidades de Nivel III. El personal actual está conformado por Anestesiólogos, Cirujanos Generales, Cirugía de Tórax, Gineco-obstetras, Ortopedistas, Cirugía de Mano, Cirugía Plástica, Urología, Oftalmólogos, Pediatras, dos Enfermeras Jefes y doce Auxiliares de Enfermería.

**4.2.3 Historia de la calidad del Hospital Susana López de Valencia.** En el año 2001 el gerente de la institución junto con el comité de gerencia deciden postular al Hospital Susana López de Valencia para el “premio calidad en salud” de ese año, con el único objetivo de compararse con otras instituciones para evaluar el nivel de desempeño del hospital.

Posteriormente a mediados del 2003 designó un grupo de funcionarios coordinadores de área para realizar el diplomado ISO 9001 versión 2000 con miras a certificarse en un futuro con esta norma. Se estableció un convenio con el SENA para lograr el patrocinio de una firma consultora externa para llevar a cabo el proceso de certificación.

A finales del año 2003 se da inicio a la implementación formal del Sistema de Gestión de Calidad, continuando con el direccionamiento hacia el fortalecimiento del hospital basado en procesos, motivando el mejoramiento continuo.

En el mes de mayo del 2004 la Dirección Departamental de Salud del Cauca habilita el hospital, para ofrecer todos los servicios incluidos en el portafolio. Se continúa con la estructuración de los procesos encaminados hacia la certificación del Sistema de Gestión de la Calidad bajo la Norma ISO 9001- versión 2000 y la NTC-GP 1000:2004

En el segundo semestre del año 2005 se recibe una preauditoría por el ICONTEC quien realizó algunas observaciones para el mejoramiento. Hasta la fecha se ha fortalecido el Sistema de Calidad dentro de la Institución contando con la colaboración de un grupo multidisciplinario que trabaja arduamente para cumplir

con los requisitos del cliente externo que es el fin del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

### **4.3 MARCO LEGAL**

Al revisar la normatividad colombiana en materia de salud, se puede observar que ésta es bastante extensa y ha contemplado múltiples aspectos, el tema de la calidad de los servicios de salud no ha sido tratado de manera específica y directa sino hasta hace aproximadamente doce años.

La Ley 10 del 10 de enero de 1990, mediante la cual se reorganizó el Sistema Nacional de Salud reafirma la necesidad de contar con normas de calidad de los servicios de salud que deban ser objeto de seguimiento por la Superintendencia Nacional de Salud y las entidades de seguridad y previsión social (Art. 1), incluyendo dentro de esta normatividad el régimen de referencia y contrarreferencia de pacientes, según los niveles de atención<sup>12</sup>.

Es de resaltar que la Ley 10 de 1.990 establece como requisito especial para el reconocimiento de personería jurídica de las instituciones o fundaciones de utilidad común y para las corporaciones o asociaciones sin ánimo de lucro, cuyo objeto sea la prestación de servicios de salud, que cumplan con las “condiciones de calidad tecnológica y científica para la atención médica, de suficiencia patrimonial y de capacidad técnico-administrativa, que previamente determine el Gobierno

---

<sup>12</sup> Normatividad auditoria sistema obligatorio de garantía de calidad en salud. [En línea] URL: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VbeContent/CategoryDetail.asp?IDCategorr=1416&Name=Normatividad%20Auditoria%20SOGC>. (Consulta, febrero 20 de 2007).

Naciona<sup>13</sup>. Este concepto es retomado posteriormente por la Ley 715 del 2001, el Decreto 2309 de 2002 y las Resoluciones Reglamentarias, actualmente con el Decreto 1011 de 2006 y la Resolución 1145 y 1446 actualmente vigentes. Adicionalmente, esta normatividad dispone la obligatoriedad de evaluar la Calidad de la Atención, mediante la identificación de procesos críticos y el diseño de indicadores y estándares que permitan evaluar estos procesos.

Mediante la Ley 100 de 1.993 se establece que uno de los fundamentos del servicio público de salud sea la calidad (Art. 153, N. 9 Ley 100 de 1.993) y la relaciona con mecanismos de evaluación y control de los servicios de salud que garanticen unas condiciones de calidad, en términos de atención oportuna, personalizada, humanizada, integral y continua, según los estándares nacionales y los procedimientos en la práctica profesional.

La Ley 1122 del 9 de Enero de 2007 hace algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en la cobertura y financiación de los diferentes regímenes de afiliación, así como en el área de Salud Pública centralizando las decisiones y evitando el despilfarro de recursos en municipios y departamentos; también contempla modificaciones sobre la contratación en EPS, IPS, ARS. Incrementa las cotizaciones del régimen contributivo y el porcentaje que los entes territoriales deben destinar a la afiliación de la población pobre. Además, se dan nuevas funciones a la Superintendencia Nacional de Salud en aspectos de inspección, vigilancia y control<sup>14</sup>.

---

<sup>13</sup> DONABEDIAN, A. Op.cit. p.

<sup>14</sup> Ibid.

Además de establecer la Calidad como un fundamento del S.G.S.S.S., la Ley 100 de 1.993 en sus artículos 186, 199, 227 y 232 dispone que reglamentará el Sistema de Acreditación para brindar información a los usuarios sobre la calidad de la prestación de servicios de salud y promover su mejoramiento, como también que definirá normas para medir la satisfacción de los usuarios, los tiempos máximos de espera por servicios, según patologías y necesidades del paciente. Así mismo, los artículos 227 y 232 disponen la obligatoriedad de los Sistemas de Garantía de Calidad y auditoría por parte de las IPS y EPS, con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios<sup>15</sup>.

Con base en esta legislación el Ministerio de Protección Social reglamentó el Sistema de Garantía de Calidad en los Prestadores de Servicios de Salud, en el cual se estableció como de uno de los objetivos generales, la necesidad de estimular el desarrollo de un Sistema de Información sobre la Calidad para facilitar la labor de auditoría, de vigilancia y control, como también para informar a los usuarios. (Artículo 5, N. 4, Decreto 2174 de 1.996)<sup>16</sup>.

Paralelamente, y con el objeto de instruir a sus vigilados sobre la aplicación de la normatividad en materia de Calidad, la Superintendencia Nacional de Salud expidió varias circulares, como son: la Circular Externa No. 014 del 28 de diciembre de 1995, sobre la Atención de Urgencias; la Circular Externa 022 del 13 de noviembre de 1.996, sobre las competencias del Nivel Departamental sobre Inspección, Vigilancia y Control (IVC) del Sistema General Seguridad Social en Salud (S.G.S.S.S.) que dispone que las actividades de inspección, control y vigilancia de la calidad en la prestación de los servicios de salud buscan verificar que los prestadores del Servicio Público de Salud realicen sus actividades de

---

<sup>15</sup> Ibid.

<sup>16</sup> Ibid.

acuerdo con el marco jurídico que los regula, en especial frente al cumplimiento de los principios rectores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, contenidos en la Ley 100 de 1993, dentro de los que está el de Calidad.

El Decreto 2309 de octubre 15 de 2002, derogó el decreto 2174 de 1996 que definía el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud. Tuvo una vigencia de menos de 4 años, luego se expide el decreto 1011 de abril 3 de 2006, mediante el cual “se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud”, actualmente vigente. En el Artículo 3 de dicho decreto se definen las características del S.O.G.C., con el objeto de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, así: Accesibilidad, Oportunidad, Seguridad, Pertinencia y Continuidad<sup>17</sup>.

Resolución 1043 del 2006 por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones<sup>18</sup>.

Resolución 001445 del 2006 por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones<sup>19</sup>.

---

<sup>17</sup> Ibid.

<sup>18</sup> Ibid.

<sup>19</sup> Ibid.

Resolución 001446 de 2006 por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los Indicadores de Monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en salud<sup>20</sup>

Norma Técnica NTC GP 1000:2004 por el cual se crea el Sistema de Gestión de la Calidad para la rama ejecutiva del poder público y otras entidades Prestadoras de servicios.

Circular 0030 de 2006 por la cual la Superintendencia Nacional reemplaza las circulares externas 028 de 2006 y 023 de 2005 imparte instrucciones en materia de indicadores de calidad para evaluar y mejorar la atención en salud<sup>21</sup>.

Circular 0045 de Oct. de 2006 Adopta los formularios de inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud y de reporte de novedades del sistema único de habilitación<sup>22</sup>.

Con base en esta información, estas Entidades deben implementar acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales, en las que evalúen de manera continua y sistemática, la concordancia entre los parámetros establecidos y los resultados obtenidos, para el cumplimiento de sus funciones, garantizar el acceso, la seguridad, la oportunidad, la pertinencia y la continuidad de la atención y la satisfacción de los usuarios.

---

<sup>20</sup> Ibid.

<sup>21</sup> Ibid.

<sup>22</sup> Ibid.

## **5. TIPO DE ESTUDIO**

### **5.1 TIPO DE ESTUDIO**

Descriptivo, prospectivo de corte transversal.

### **5.2 UNIVERSO**

Cliente Externo que acude al Hospital Susana López de Valencia de Popayán.

### **5.3 POBLACIÓN OBJETIVO**

Cliente Externo que acude al Servicio de Cirugía del Hospital Susana López de Valencia de Popayán.

### **5.4 MUESTRA**

La muestra se determinó por conveniencia con un total de 100 usuarios que fueron intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Susana López de Valencia E.S.E.,

durante el periodo comprendido entre los meses de abril a Junio de 2007 en Popayán.

## **5.5 METODOLOGÍA**

Para el estudio se utilizó una muestra no probabilística, se definió por conveniencia el tamaño de la misma a 100 sujetos intervenidos quirúrgicamente en el Servicio de Cirugía del Hospital Susana López de Valencia E.S.E. en los meses de abril, mayo y Junio de 2007.

Para determinar la atención en salud percibida por el Cliente Externo a través de las características del SOGC en el Servicio de Cirugía del Hospital Susana López de Valencia se diseñó una encuesta, la cual fue ajustada y validada mediante una prueba piloto; donde se evaluaron todas las dimensiones relacionadas con la atención al cliente, contempladas en el Manual de Habilitación del Ministerio de la Protección Social de Colombia.

La prueba piloto permitió a los investigadores normalizar el protocolo de abordaje a los sujetos de la investigación, identificando un lenguaje adecuado y acorde con el nivel cultural de cada paciente. No se especificaron límites de tiempo para el diligenciamiento asistido de las encuestas.

Se definió igualmente compartir con el paciente una información muy clara sobre los objetivos del estudio y se obvió la tramitación del consentimiento informado

por ser una encuesta de satisfacción y no un estudio que incluyera variables personales del usuario. El sujeto tenía el derecho de aceptar su participación en el estudio e inclusive de negarse a responder las preguntas exploradas.

Para el diligenciamiento de la encuesta se determinó realizarlo en el momento del egreso de los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente durante los meses de abril a mayo de 2007.

La encuesta en su primera parte corresponde a datos sociodemográficos como sexo, edad, procedencia, tipo de afiliación en salud y Diagnóstico. La segunda parte evalúa las características del sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad. (Ver Anexo A).

La Oportunidad se evaluó para el caso de Cirugía Programada midiendo el tiempo transcurrido en días desde la fecha de solicitud de la cirugía y el momento en que fue realizada.

En el caso de Cirugía de Urgencias se evaluó midiendo el tiempo transcurrido en horas desde que se definió la conducta quirúrgica hasta el momento de realización de la cirugía.

La Accesibilidad se evaluó con los ítems 3 y 4 del Instrumento. En el ítem 3 se hace referencia a la existencia de inconvenientes para Cirugía Programada. Incluye inconvenientes por verificación de derechos (vigencia de carnet, órdenes de apoyo, autorizaciones, documentos de identificación), falta de información

externa a la Institución (inconvenientes presentados entre el paciente y su aseguradora) e inherentes a la Institución (disponibilidad insuficiente de especialistas requeridos para la intervención).

El ítem 4 evaluamos los inconvenientes presentados el día de la realización de la cirugía y aplica tanto para Cirugía Programada como de Urgencias. Incluye inconvenientes en portería, inherentes al usuario (enfermedad, no asistencia, mala preparación) e inherentes a la Institución. Este último se amplía de la siguiente manera: no asistencia del especialista, falta de medicamentos e insumos, falta de alguna valoración prequirúrgica requerida y congestión en el quirófano.

Respecto a la Seguridad se realizaron 3 preguntas:

- La primera hace referencia a la percepción del usuario del buen o mal estado de las instalaciones y equipos que ofrece la Institución para su atención, generando en éste seguridad, desconfianza o indiferencia.
  
- La segunda pregunta interroga sobre la información suministrada por el especialista que realizó la intervención quirúrgica; se refiere específicamente a la explicación clara del consentimiento informado y el impacto que generó en el paciente de seguridad, desconfianza, indiferencia o no le dieron información.
  
- La tercera pregunta pretende cuantificar el grado de confianza que generó el personal Médico y de Enfermería en el paciente para permitir que lo intervinieran quirúrgicamente, para ello se utilizó una escala de 1 a 5 con las siguientes equivalencias:  
1= Muy deficiente

2= Deficiente

3= Regular

4= Buena

5= Excelente

La continuidad se evaluó preguntando al usuario si consideraba que la Institución había suministrado todas las actividades, procedimientos e intervenciones necesarias desde el ingreso hasta la salida de la Institución.

La segunda pregunta para evaluar continuidad, se enfocó hacia las recomendaciones (postquirúrgicas, cuidados en casa, toma adecuada de medicación y controles posteriores ordenados por el especialista) dadas por el personal de salud al egreso del servicio y si dicha información fue clara, confusa, no entendió o no se la dieron.

La pertinencia se evaluó con base en la percepción del paciente respecto a si la Institución empleó todos los recursos humanos, tecnológicos y de infraestructura adecuada para el procedimiento quirúrgico que le realizaron.

Por último se realizó una pregunta para medir la satisfacción en general de la atención recibida en el Servicio de Cirugía, empleando la escala de 1 a 5 con las siguientes equivalencias:

1= Muy deficiente

2= Deficiente

3= Regular

4= Bueno

5= Excelente

Los resultados de las encuestas fueron procesados en el programa SPSS, se presentaron por medio de cuadros permitiendo realizar un análisis descriptivo univariado y bivariado.

La investigación se ejecutó mediante un presupuesto que permitió su desarrollo total. (Ver Anexo B.)

## 5.6 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

### 5.6.1 Variables Sociodemográficas

<b>Nombre de variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Operacionalización</b>
Sexo	Accidente gramatical relativo al sexo	Cualitativa nominal	Masculino = 1 Femenino = 2
Procedencia	Origen de donde vienen	Cualitativa nominal	Urbana =1 Rural =2
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual.	Cuantitativa	# de años
Tipo de afiliación	Régimen de salud al cual pertenece el usuario	Cualitativa nominal	Vinculado = 1 Subsidiado = 2 Contributivo =3 SOAT = 4

### 5.6.2 Variables del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad

Nombre de Variable	Definición	Tipo de Variable	Operacionalización
Oportunidad en realizar cirugía programada.	Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios de cirugía programada que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.	Numérica continua	# de días
Oportunidad en realizar cirugía de urgencia	Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios de cirugía de urgencias que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.	Numérica continua	# de horas
Accesibilidad en la programación de la cirugía	Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar el servicio de cirugía programada que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Cualitativa nominal	Si =1 No = 2 Verificación de derechos = 1 Falta de información externa a la Institución = 2 Inherente a la institución = 3
Accesibilidad en la realización de la cirugía	Es la posibilidad que tiene el usuario de que se le realice la cirugía que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Cualitativa nominal	Si =1 No = 2 Portería = 1 Inherentes al usuario = 2 Inherentes a la institución = 3

<b>Nombre de Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Tipo de Variable</b>	<b>Operacionalización</b>
Accesibilidad inherente a la institución	Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Cualitativa ordinal	No asistencia del especialista = 1 Falta de medicamentos e insumos. = 2 Falta de alguna valoración pre-quirúrgica = 3 Congestión en el quirófano = 4
Seguridad en infraestructura, equipos	Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías percibidos por el usuario en la atención.	Cualitativa ordinal	Seguridad = 1 Desconfianza = 2 Indiferente = 3
Información del personal tratante	Seguridad percibida por el usuario de la información suministrada por el personal de salud.	Cualitativa ordinal	Seguridad = 1 Desconfianza = 2 Indiferente = 3 No le dieron = 4
Confianza en el personal	Grado de confianza generado por el personal de salud que atiende al usuario.	Cualitativa ordinal	Excelente = 5 Bueno = 4 Regular = 3 Deficiente = 2 Muy deficiente = 1
Continuidad en el proceso de atención	Intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades percibido por el usuario.	Cualitativa nominal	Si = 1 No = 2
Continuidad en manejo ambulatorio	Recomendaciones e información completa y entendible sobre manejo ambulatorio postquirúrgico suministradas por personal de salud al usuario.	Cualitativa ordinal	Clara = 1 Confusa = 2 No entendible = 3 No le dieron = 4

<b>Nombre de Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Tipo de Variable</b>	<b>Operacionalización</b>
Pertinencia percibida en el proceso de atención.	Percepción del usuario de la utilización adecuada de recursos humanos, tecnológicos y de infraestructura necesarios en su atención.	Cualitativa nominal	Si = 1 No = 2
Grado de satisfacción del usuario	Es el estado de ánimo de una persona, que resulta de comparar el rendimiento percibido de un producto o servicio con sus expectativas.	Cualitativa ordinal	Excelente = 5 Bueno = 4 Regular=3 Deficiente = 2 Muy Deficiente = 1



## 7. RESULTADOS Y ANALISIS

Los siguientes son los resultados obtenidos de la muestra conformada por 100 pacientes usuarios del Servicio de Cirugía del Hospital Susana López de Valencia E.S.E. durante el período comprendido entre el 1 de abril al 30 de Junio de 2007, cuyas intervenciones correspondieron a las especialidades de Ginecología y Obstetricia, Cirugía General y Ortopedia.

El 74% de la población encuestada son mujeres, debido a que dentro de la muestra las cirugías ginecobstétricas poseen el mayor porcentaje de las tres especialidades elegidas. (Ver Cuadro 1).

**Cuadro 1. Distribución según sexo de los usuarios intervenidos quirúrgicamente en el Servicio de Cirugía del Hospital Susana López de Valencia E.S.E., en los meses de abril, mayo y junio de 2007.**

<b>Género</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Masculino	26	26,0
Femenino	74	74,0
Total	100	100,0

Fuente: Esta investigación

El promedio de edad de los encuestados es de 33,06 años, una mediana de 33 años y una desviación estándar de 13,99 años. (Ver Cuadro 2).

**Cuadro 2. Edad de los usuarios intervenidos quirúrgicamente en el Servicio de Cirugía del Hospital Susana López de Valencia E.S.E., en los meses de abril, mayo y Junio de 2007.**

<b>Medida</b>	<b>Valor</b>
Promedio	33,06
Mediana	33
Desviación Estándar	13,99

Fuente: Esta investigación

El 72% de los usuarios del estudio están afiliados al régimen subsidiado, el 17% son vinculados, el 9 % tiene régimen contributivo y el 2% restante corresponden a eventos cubiertos por el SOAT. (Ver Cuadro 3).

En Colombia según datos del año 2006 la población afiliada al régimen subsidiado era del 42,99%, al régimen contributivo el 36,28% y el porcentaje de la población no asegurada era del 20,73%<sup>23</sup>. La mayoría de los eventos que se atienden en el Hospital son NO POSS, por lo tanto le corresponde a la Secretaria Departamental de Salud cancelar estos servicios.

---

<sup>23</sup> ASÍ VAMOS EN SALUD. Revista. Octubre de 2007.

**Cuadro 3. Distribución según Régimen de Seguridad Social de los usuarios intervenidos quirúrgicamente en el Servicio de Cirugía del Hospital Susana López de Valencia E.S.E., en los meses de abril, mayo y Junio de 2007.**

<b>Régimen</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Vinculado	17	17,0
Subsidiado	72	72,0
Contributivo	9	9,0
SOAT	2	2,0
Total	100	100,0

Fuente: Esta investigación

El 60% de la población encuestada proviene de áreas urbanas y el 40% provienen de áreas rurales sin discriminación de municipios (Ver Cuadro 4).

**Cuadro 4. Distribución según Procedencia de los usuarios intervenidos quirúrgicamente en el Servicio de Cirugía del Hospital Susana López de Valencia E.S.E., en los meses de abril, mayo y Junio de 2007.**

<b>Procedencia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Urbana	60	60,0
Rural	40	40,0
Total	100	100,0

Fuente: Esta investigación

El 58% de la muestra corresponde a cirugías de Urgencia (Ver Cuadro 5).

Este comportamiento es explicable ya que El Hospital Susana López de Valencia es un centro de referencia del Departamento y atiende gran población Ginecobstétrica, que se constituye en el mayor número de urgencias que ingresan a la Institución.

**Cuadro 5. Distribución según tipo de cirugía de los usuarios intervenidos quirúrgicamente en el Servicio de Cirugía del Hospital Susana López de Valencia E.S.E., en los meses de abril, mayo y Junio de 2007.**

<b>Tipo de Cirugía</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Urgencia	58	58,0
Programada	42	42,0
Total	100	100,0

Fuente: Esta investigación

El 53% de los usuarios intervenidos quirúrgicamente fueron hospitalizados. (Ver Cuadro 6).

**Cuadro 6. Distribución según el destino de los usuarios intervenidos quirúrgicamente en el Servicio de Cirugía del Hospital Susana López de Valencia E.S.E., en los meses de abril, mayo y Junio de 2007.**

<b>Destino</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Hospitalizado	53	53,0
Ambulatorio	47	47,0
Total	100	100,0

Fuente: Esta investigación

Los pacientes operados en el Servicio de Cirugía fueron hospitalizados un 53%, con un promedio de estancia de 0,86 días, una mediana de 1 día y una desviación estándar de 1,18 días. (Ver Cuadro 7). Con lo anterior se puede analizar que el Hospital Susana López de Valencia realiza cirugías de mediana y baja complejidad, con corta estancia y por ende se entiende que las complicaciones postquirúrgicas inmediatas son mínimas.

**Cuadro 7. Días de Estancia Hospitalaria de los usuarios intervenidos quirúrgicamente en el Servicio de Cirugía de El Hospital Susana López de Valencia E.S.E., en los meses de abril, mayo y Junio de 2007.**

<b>MEDIDA</b>	<b>VALOR</b>
Promedio	0,86
Mediana	1,00
Desviación estándar	1,18

Fuente: Esta investigación

El tiempo de espera para Cirugía Programada fue en promedio depurado de 17 días, con una mediana de 22 días y una desviación estándar de 9 días. (Ver Cuadro 8).

El 75% de los usuarios se ubica en el cuartil 75, entre 1 y 28 días de espera.

De los tiempos de espera para Cirugía Programada del Hospital Susana López de Valencia existen datos al respecto que se reportan trimestralmente al ministerio de la protección social, cuyos rangos y calificación han sido determinados internamente, donde el promedio general de espera para el segundo trimestre del

2007 es de 23 días. Consideramos que estos tiempos son susceptibles de trabajo para mejoramiento, el estándar nacional es de 14,3 días y el tiempo de espera para los hospitales acreditados es de 5,1 días<sup>24</sup>

**Cuadro 8. Tiempo de espera para Cirugía Programada de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el servicio de cirugía de El Hospital Susana López de Valencia E.S.E., en los meses de abril, mayo y Junio de 2007.**

Medida	Valor
Promedio depurado	17
Mediana	22
Desviación estándar	9
Cuartil 25	18
Cuartil 75	28

Fuente: Esta investigación

El tiempo de espera para Cirugía de Urgencia fue en promedio de 9 horas, con una mediana de 6 horas y una desviación estándar de 11,6 horas (Ver Cuadro 9).

A nivel de la Institución no hay datos de estudios previos al respecto, ni de documentos donde se estandarice la oportunidad para cirugía de urgencia; encontramos en nuestro estudio un promedio de espera que no es óptimo ya que el 75% de los usuarios se ubican en el cuartil 75. Consideramos que cuando un paciente necesita ser operado de urgencias esta se le debe garantizar en el menor tiempo posible desde su ingreso a la Institución.

<sup>24</sup> [www.minproteccionsocial.gov.co](http://www.minproteccionsocial.gov.co)

**Cuadro 9. Tiempo de espera para Cirugía de Urgencia de los usuarios intervenidos quirúrgicamente en el Servicio de Cirugía en el Hospital Susana López de Valencia E.S.E., en los meses de abril, mayo y Junio de 2007.**

<b>Medida</b>	<b>Valor</b>
Promedio	10,6
Promedio depurado	9,0
Mediana	6,0
Desviación estándar	11,6
Cuartil 25	4,0
Cuartil 75	12,0

Fuente: Esta investigación

El Hospital Susana López de Valencia atiende gran volumen de pacientes ginecobstetricas de baja y mediana complejidad. El 52% de la muestra tomada corresponde a cirugías de Ginecobstetricia. (Ver Cuadro 10).

**Cuadro 10 Distribución según especialidad de las intervenciones quirúrgicas del Servicio de Cirugía, en el Hospital Susana López de Valencia E.S.E., en los meses de abril, mayo y Junio de 2007.**

<b>Especialidades</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Ginecobstetricia	52	52,0
Cirugía General	31	31,0
Ortopedia	17	17,0
Total	100	100,0

Fuente: Esta investigación.

De las 42 cirugías programadas de la muestra, el 92.9% no tuvieron inconvenientes para su programación. (Ver Cuadro 11).

**Cuadro 11. Distribución según presencia de inconvenientes para la programación de cirugía en El Hospital Susana López de Valencia E.S.E., en los meses de abril, mayo y Junio de 2007.**

<b>Inconveniente programación de cirugía</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	3	7,1
No	39	92,9
Total	42	100,0

Fuente: Esta investigación

La especialidad que presentó inconvenientes en la programación de cirugía fue Ginecobstetricia en el 12% de los procedimientos (Ver Cuadro 12).

**Cuadro 12. Relación existente entre la especialidad y la presencia de inconvenientes para la programación de cirugía en el Hospital Susana López de Valencia E.S.E., en los meses de abril, mayo y Junio de 2007.**

<b>Inconveniente</b>	<b>Si</b>		<b>No</b>		<b>Total</b>	
	<b>FREC</b>	<b>%</b>	<b>FREC</b>	<b>%</b>	<b>FREC</b>	<b>%</b>
Ginecobstetricia	3	12,0	22	88	25	100
Cirugía General	0	-	13	100	13	100
Ortopedia	0	-	4	100	4	100
Total	3	7,1	39	92,9	42	100

Fuente: Esta investigación

En dos casos existieron inconvenientes inherentes a los usuarios para la programación de la cirugía y en 1 caso hubo falta de información externa a la Institución (Ver Cuadro 13).

La programación de cirugías se realizó sin mayores inconvenientes en el 92.9 % de los casos, esto hace que los usuarios se lleven una imagen positiva de la Institución.

**Cuadro 13 Distribución según la causa de los inconvenientes para la Programación de la cirugía, en El Hospital Susana López de Valencia E.S.E., en los meses de abril, mayo y Junio de 2007.**

<b>Causa inconveniente programación cirugía</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Falta de información externa a la Institución	1	33,3
Inherente al usuario	2	66,7
Total	3	100,0

Fuente: Esta investigación

El 95% de los pacientes encuestados no tuvieron inconvenientes el día de la realización de su cirugía. (Cuadro 14).

**Cuadro 14. Distribución según presencia de inconvenientes para la realización de cirugía en El Hospital Susana López de Valencia E.S.E., en los meses de abril, mayo y Junio de 2007.**

<b>Inconveniente para realización de cirugía</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	5	5,0
No	95	95,0
Total	100	100,0

Fuente: Esta investigación

Como causas de inconvenientes para realización de la cirugía encontramos por causas inherentes al usuario 1 caso donde el paciente se encontraba enfermo y por causas inherentes a la Institución encontramos 4 casos (Ver Cuadro 15).

**Cuadro 15. Distribución según la causa de los inconvenientes para la realización de la cirugía, en El Hospital Susana López de Valencia E.S.E., en los meses de abril, mayo y Junio de 2007.**

<b>Causa de inconveniente para realización cirugía</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Inherente al usuario	1	20,0
Inherente a la Institución	4	80,0
Total	5	100,0

Fuente: Esta investigación

De los inconvenientes inherentes a la Institución tenemos el 75% por congestión en el quirófano. (Ver Cuadro 16).

**Cuadro 16. Distribución según los inconvenientes presentados inherentes a la Institución para realización de la cirugía, en El Hospital Susana López de Valencia E.S.E., en los meses de abril, mayo y Junio de 2007.**

<b>Causas inherentes a la Institución</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
No asistencia del Especialista	1	25.0
Congestión en el Quirófano	3	75.0
Total	4	100.0

Fuente: Esta investigación

En las tres especialidades encontramos inconvenientes para la realización de cirugías; La cirugía de trauma reporta el porcentaje más alto con un 11,8%. (Ver Cuadro 17).

**Cuadro 17. Relación existente entre la especialidad y la presencia de inconvenientes para la realización de cirugía en el Hospital Susana López de Valencia E.S.E., en los meses de abril, mayo y Junio de 2007.**

Inconveniente	Si		No		Total	
	FREC	%	FREC	%	FREC	%
Ginecobstetricia	2	3,9	50	96,1	52	100
Cirugía General	1	3,2	30	96,8	31	100
Ortopedia	2	11,8	15	88,2	17	100
Total	5	18,9	95	81,1	100	100

Fuente: Esta investigación

Los casos de inconvenientes inherentes a la institución los reporta Ortopedia con 2 casos, 1 caso en un paciente de Cirugía General y otro en Ginecobstetricia. (Ver Cuadro 18).

Encontramos un caso de inconveniente para la realización de la cirugía, inherente al usuario en una paciente de Ginecobstetricia.

**Cuadro 18. Relación existente entre la especialidad y las causas de inconvenientes para la realización de la cirugía en El Hospital Susana López de Valencia E.S.E., en los meses de abril, mayo y Junio de 2007.**

<b>Causas de inconvenientes</b>	<b>Inherente usuario</b>		<b>Inherente Institución</b>		<b>Total</b>	
	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Ginecobstetricia	1	50,0	1	50,0	2	100
Cirugía General	0	-	1	100%	1	100
Ortopedia	0	-	2	100%	2	100
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>20,0</b>	<b>4</b>	<b>80%</b>	<b>5</b>	<b>100</b>

De los inconvenientes inherentes a la Institución existió un solo caso por ausencia de especialista en una paciente de Ginecobstetricia y 3 casos por congestión en quirófano que correspondieron a Cirugía General y Ortopedia (Ver Cuadro 19).

Los resultados muestran que las cirugías de Ginecobstetricia no reportan congestión de quirófanos, ya que son estas las que precisamente congestionan los quirófanos de la Institución retrasando las cirugías de las otras especialidades elegidas para el estudio.

**Cuadro 19. Relación entre especialidad y los inconvenientes presentados inherentes a la Institución para la realización de cirugía en El Hospital Susana López de Valencia E.S.E., en los meses de abril, mayo y Junio de 2007.**

Inherentes a la Institución	No asistencia de especialista		Congestión de quirófano		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Ginecobstetricia	1	100	0	-	1	100
Cirugía General	0		1	100	1	100
Ortopedia	0		2	100	2	100
Total	1	25	3	75	4	100

Fuente: Esta investigación

El 100% de los encuestados respondió que las instalaciones y equipos ofrecidos por la Institución para su atención les generaron seguridad (Ver Cuadro 20).

**Cuadro 20. Seguridad que les generó las instalaciones y equipos a los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Servicio de Cirugía, en el Hospital Susana López de Valencia E.S.E., en los meses de abril, mayo y Junio de 2007.**

Instalaciones y equipos	Frecuencia	Porcentaje
Seguridad	100	100,0

Fuente: Esta investigación

La información suministrada por el Médico que los intervino quirúrgicamente previa a la cirugía les generó seguridad en el 100% de los encuestados. (Ver Cuadro 21).

**Cuadro 21. Seguridad que le generó la información suministrada por el Médico que lo intervino quirúrgicamente previo a la cirugía, en el Hospital Susana López de Valencia E.S.E., en los meses de abril, mayo y Junio de 2007.**

<b>Información suministrada</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Seguridad	100	100,0

Fuente: Esta investigación

El grado de confianza inspirado por el personal Médico y de Enfermería al paciente fue 60% excelente y 40 % bueno (Ver Cuadro 22).

**Cuadro 22. Grado de confianza generado por el personal Médico y de Enfermería para permitir que lo intervinieran quirúrgicamente en El Hospital Susana López de Valencia E.S.E., en los meses de abril, mayo y Junio de 2007.**

<b>Grado de confianza</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Bueno	40	40,0
Excelente	60	60,0
Total	100	100,0

Fuente: Esta investigación.

Existe gran diferencia entre el grado de confianza de las pacientes Ginecobstétricas, quienes reportan el 73,1 % como excelente frente al 29,4% de Ortopedia. (Ver Cuadro 23).

Los pacientes de ortopedia califican el grado de confianza como bueno en un 70,6%, consideran que aunque le genera confianza, la atención mejoraría si hubiera mayor información por parte de los ortopedistas.

**Cuadro 23. Relación entre especialidades y el grado de confianza generado por el personal Médico y de Enfermería en los usuarios intervenidos quirúrgicamente, en el Hospital Susana López de Valencia E.S.E., en los meses de abril, mayo y Junio de 2007.**

<b>Grado confianza</b>	<b>Buena</b>		<b>Excelente</b>		<b>Total</b>	
	<b>FREC</b>	<b>%</b>	<b>FREC</b>	<b>%</b>	<b>FREC</b>	<b>%</b>
Ginecobstetricia	14	26,9	38	73,1	52	100
Cirugía General	14	45,2	17	54,8	31	100
Ortopedia	12	70,6	5	29,4	17	100
Total	40	40,0	60	60,0	100	100

Fuente: Esta investigación

El 100% de los encuestados consideró que la Institución les suministró todas las actividades, intervenciones y procedimientos necesarios desde el ingreso hasta la salida de la Institución (Ver Cuadro 24).

**Cuadro 24. Distribución de usuarios que consideran que la Institución le suministró todas las actividades, intervenciones y procedimientos necesarios desde el ingreso hasta la salida de la Institución, en el Hospital Susana López de Valencia E.S.E., en los meses de abril, mayo y Junio de 2007.**

<b>Suministro integral de actividades</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	100	100,0

Fuente: Esta investigación

Los encuestados en su totalidad consideran que la Institución les suministró todas las actividades, procedimientos e intervenciones necesarias desde su ingreso hasta la salida de la Institución y que la información suministrada por el personal sobre la continuidad y recomendaciones del tratamiento una vez salió del servicio de cirugía fue claro. (Ver Cuadro 25).

**Cuadro 25. Distribución de usuarios que consideran que el personal de salud le informó sobre la continuidad y recomendaciones del tratamiento una vez usted salió del Servicio, en el Hospital Susana López de Valencia E.S.E., en los meses de abril, mayo y Junio de 2007.**

<b>Información continuidad y recomendaciones del tratamiento</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Clara	100	100,0

Fuente: Esta investigación

El 100% de los pacientes encuestados consideró que la Institución empleó todos los recursos humanos, tecnológicos y de infraestructura adecuados para su procedimiento quirúrgico (Ver Cuadro 26).

**Cuadro 26. Distribución de usuarios que consideran que la Institución empleó todos los recursos humanos, tecnológicos y de infraestructura adecuados en el procedimiento quirúrgico realizado en el Hospital Susana López de Valencia E.S.E., en los meses de abril, mayo y Junio de 2007.**

<b>Uso adecuado de recursos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	100	100,0

Fuente: Esta investigación

El grado de satisfacción generado en los usuarios a la salida del Servicio de Cirugía fue excelente en un 58% y bueno en un 42% de los casos (Ver Cuadro 27).

**Cuadro 27. Distribución del grado de satisfacción del usuario frente a la atención recibida en el Servicio de Cirugía, en el Hospital Susana López de Valencia E.S.E., en los meses de abril, mayo y Junio de 2007.**

<b>Atención recibida</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Buena	42	42,0
Excelente	58	58,0
Total	100	100,0

Fuente: Esta investigación

La percepción del usuario frente a la atención recibida en el Servicio de Cirugía para las pacientes de Ginecología fue excelente en un 67,3% y buena en un 32,7% a diferencia de la de Ortopedia que reporta el 35,3% excelente y 64,7% buena. (Ver Cuadro 28).

La percepción del usuario en Cirugía General no reporta diferencia significativa entre atención excelente y buena.

La satisfacción de las cirugías de Ortopedia consideramos se ha visto ligeramente afectada por que continuamente se ve desplazada por las cirugías de ginecología y cirugía. Según manifestaron los pacientes encuestados solicitan mayor comunicación con los traumatólogos respecto a su situación de salud.

**Cuadro 28. Relación entre especialidades y el grado de satisfacción del usuario frente a la atención recibida en el Servicio de Cirugía, en el Hospital Susana López de Valencia E.S.E., en los meses de abril, mayo y Junio de 2007.**

<b>Satisfacción</b>	<b>Buena</b>		<b>Excelente</b>		<b>Total</b>	
	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Ginecología	17	32,7%	35	67,3	52	100
Cirugía General	14	45,1	17	54,9	31	100
Ortopedia	11	64,7	6	35,3	17	100
Total	42	42%	58	58%	100	100

Fuente: Esta investigación

## 8. CONCLUSIONES

Al caracterizar la calidad de la atención en salud en el Servicio de Cirugía a través del SOGC en el Cliente Externo del Hospital Susana López de Valencia E.S.E, podemos concluir lo siguiente:

El Hospital Susana López de Valencia E.S.E, está comprometido con el SOGC, se evidencia en los resultados obtenidos en la investigación, los años de trabajo en calidad reflejan la satisfacción general del cliente externo que es la razón de ser del sistema. Podemos decir que el Hospital Susana López de Valencia cuenta con un servicio de cirugía que es aceptado por los usuarios y está acorde con las necesidades de los clientes.

El cliente externo del servicio de cirugía percibe al Hospital como seguro, tanto el personal, la infraestructura y equipos le dieron la confianza necesaria para ser intervenidos quirúrgicamente. Los usuarios del servicio de cirugía consideraron que el Hospital les brindó todas las actividades y procedimientos necesarios para su atención y recuperación; manifestaron que el personal de salud les brindó información de manera clara y entendible necesaria para la recuperación posquirúrgica.

Se encontraron tiempos prolongados para la Cirugía Programada por la falta de quirófanos para atender la gran demanda de cirugía, en especial la de urgencias que continuamente desplaza a la programada. Encontramos para la Cirugía de

Urgencias tiempos prolongados que afectan la oportunidad, el promedio es de 9 horas para acceder a una intervención quirúrgica de urgencias.

## 9. RECOMENDACIONES

Como un aporte al mejoramiento continuo del sistema es necesario tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

En general los usuarios quedan satisfechos con el servicio de cirugía, pero es reiterativo el hallazgo de molestia por el tiempo de espera para ser operados, lo que hace obvia la necesidad de ampliar el número de quirófanos, para dar respuesta adecuada y sobre todo oportuna a la gran demanda de pacientes en este servicio, especialmente en los casos de urgencias, para que así no se vean afectadas las cirugías programadas por interrupciones o cancelaciones y lograr la satisfacción total del cliente externo del servicio de cirugía de la institución.

Asignar un quirófano de urgencias para los procedimientos ginecobstétricos, ya que son estos los que generan el mayor volumen de cirugías.

Implementar un plan de contingencia de Especialistas para suplir las eventualidades que se presentan por incapacidades o calamidades y así evitar la suspensión de cirugías.

Mejorar la información brindada por los Especialistas, algunos no son muy claros, es fundamental concientizar al personal para que utilice un vocabulario adecuado a las características del paciente. Para el egreso de pacientes es primordial que

tanto el personal de enfermería, como el de Especialistas brinden recomendaciones postquirúrgicas para garantizar una recuperación adecuada del paciente. Es conveniente implementar los planes de cuidado en casa.

## BIBLIOGRAFÍA

ÁLVAREZ, Francisco. Calidad y Auditoría en Salud. 1ª edición, Ecoe Ediciones. Bogotá D.C, 2003. p. 321.

DONABEDIAN, A. Evaluación de la calidad de la atención médica. Publicación científica No. 534. Organización Panamericana de la Salud, 1992.

GALÁN, M., MALAGÓN, L., PONTÓN, I. Auditoría en salud. Bogotá: Médica Panamericana, 1997.

MALAGÓN LONDOÑO, Gustavo, GALÁN MORERA, Ricardo, et.al. Auditoría en salud para una gestión eficiente. 1ª ed. editorial Médica Internacional Panamericana. Colombia, 1999. p. 594.

Normatividad auditoria sistema obligatorio de garantía de calidad en salud. [En línea] URL: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/CategoryDetail.asp?IDCategor y=1416&Name=Normatividad%20Auditoria%20SOGC> (consulta, 20 febrero de 2007).

**Anexo A. Instrumento para evaluar la Calidad de la Atención en Salud  
percibida a través de las Características del Sistema Obligatorio de Garantía  
de Calidad en Salud en el Servicio de Cirugía del Hospital Susana López de  
Valencia E.S.E., durante el período de abril a junio de 2007**

Fecha: Día\_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_  
Procedencia: Rural: \_\_\_\_\_ Urbana \_\_\_\_\_ Régimen: V\_\_\_\_ S\_\_\_\_\_ C\_\_\_\_\_

Marque con una X la respuesta que crea conveniente:

**OPORTUNIDAD:**

1. El tiempo transcurrido desde la fecha de solicitud de la Cirugía Programada y el momento en el cual es realizada la Cirugía fue de:
  - a. 1 semana \_\_\_\_\_
  - b. 2 semanas \_\_\_\_\_
  - c. 3 semanas \_\_\_\_\_
  - d. Más de 3 semanas \_\_\_\_\_
  
2. El tiempo transcurrido desde que se definió la conducta quirúrgica hasta el momento de la cirugía fue de:
  - a.) 6 horas \_\_\_\_\_ b.) 12 horas \_\_\_\_\_ c.) 18 horas \_\_\_\_\_ d.) más de 18 horas \_\_\_\_\_

**ACCESIBILIDAD**

3. Tuvo inconvenientes para la programación de su cirugía? Si ( ) No ( )

Si la Respuesta fue afirmativa, el inconveniente fue en:

- a. Verificación de derechos \_\_\_\_\_
- b. Falta de información externa a la institución \_\_\_\_\_
- c. Inherente a la institución. \_\_\_\_\_

4. Tuvo inconvenientes para la realización de su cirugía? Si ( ) No ( )

Si la Respuesta fue afirmativa, el inconveniente fue en:

- a. Portería \_\_\_\_\_
- b. Inherentes al usuario \_\_\_\_\_
- c. Inherentes a la institución \_\_\_\_\_

5. Si tuvo inconvenientes inherentes a la institución, fue por:

- a. No asistencia del especialista
- b. Falta de medicamentos e insumos
- c. Falta de alguna valoración pre-quirúrgica
- d. Congestión en el quirófano.

### **SEGURIDAD**

6. Las instalaciones y equipos del servicio de cirugía que ofrece la institución para su atención, generó:

- a. Seguridad \_\_\_\_\_ b.) Desconfianza \_\_\_\_\_ c.) Es indiferente. \_\_\_\_\_

7. La información suministrada por el médico que lo intervino quirúrgicamente previo a la cirugía, le generó:

- a. Seguridad \_\_ b.) Desconfianza \_\_ c.) Es indiferente\_\_ d. No le dieron \_\_\_\_\_

8. El grado de confianza generado por el personal médico y de enfermería para permitir que lo intervinieran quirúrgicamente fue:

- a. Excelente (5)\_\_\_ b.) Buena (4) \_\_\_ c.) Regular (3)\_\_\_\_ d.) Deficiente (2) \_\_\_
- e. Muy deficiente (1) \_\_\_

### **CONTINUIDAD**

9. ¿Considera usted que la institución le suministró todas las actividades, procedimientos e intervenciones necesarias desde su ingreso hasta la salida de la institución? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_.

10. El personal de salud le informó sobre la continuidad y recomendaciones del tratamiento una vez usted salió del servicio. Dicha información fue:

a. Clara \_\_\_\_ b. Confusa \_\_\_\_ c. No entendible d. No le dieron

### **PERTINENCIA**

11. ¿Considera Usted que la institución empleó todos los recursos humanos, tecnológicos, de infraestructura adecuados en el procedimiento quirúrgico realizado? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

### **SATISFACCIÓN**

12. ¿Cómo le pareció la atención recibida en el servicio de cirugía?

Excelente (5) \_\_\_\_ Buena (4) Regular (3) Deficiente (2) Muy Deficiente (1) \_\_\_\_

## Anexo B. Presupuesto

Descripción de los gastos de personal (en miles de \$).

Investigador	Función dentro del proyecto	Dedicación	Recursos		Total
			UNICAUCA	Investigadores por hora	
Oneida Rincón	investigador	360 horas	0.0	9000	3.240.000
Mercedes Paredes	Investigador	360 horas	0.0	9000	3.240.000
Martha Caicedo	Investigador	360 horas	0.0	9000	3.240.000

Descripción y cuantificación de equipos de uso propio (en miles de \$)

Equipo	Valor (Investigadores)
Computador HP 2000	2.000.000
Computador portátil HP Pavillion	2.300.000

Materiales y suministros (en miles de \$)

<b>Materiales</b>	<b>Justificación</b>	<b>Investigadores</b>	<b>Total</b>
Cartucho de tinta	Impresión de documentos	80.000	80.000
Lapiceros	Diligenciamiento de documentos	700 x 9	6.300
Fotocopias por página	Formatos de recolección de información	50 x 480	24.000
Internet por horas	Investigación	1000 x 360	360.000
Transporte	Investigación	452.000	452.000
Entrega de trabajos	Impresión de documentos	50.000 x 4 copias	200.000
Compra de cd	Copia de archivos	10 x 1000	10.000
<b>TOTAL</b>			<b>\$1.132.300</b>