

**CALIDAD DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS FISIOTERAPÉUTICOS QUE
BRINDA EL CENTRO DE FISIOTERAPIA Y ESTÉTICA (CEFIEST) DE LA
CIUDAD DE BARRANQUILLA A SUS USUARIOS EN EL PERÍODO
COMPRENDIDO ENTRE FEBRERO – NOVIEMBRE DE 2006**

**AMARANTO EMIR
DE LA CRUZ ATALA
MENDOZA CRISTINA
ROJAS HERMINTON
SANCHEZ LEIVER**

**Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar el título de
FISIOTERAPEUTA**

**UNIVERSIDAD
SIMÓN BOLÍVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
SEMESTRE VI "C" DIURNO
BARRANQUILLA
2006**

**CALIDAD DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS FISIOTERAPÉUTICOS QUE
BRINDA EL CENTRO DE FISIOTERAPIA Y ESTÉTICA (CEFIEST) DE LA
CIUDAD DE BARRANQUILLA A SUS USUARIOS EN EL PERÍODO
COMPRENDIDO ENTRE ENERO – AGOSTO DE 2006**

AMARANTO EMIR
DE LA CRUZ ATALA
MENDOZA CRISTINA
ROJAS HERMINTON
SANCHEZ LEIVER

**Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar el título de
FISIOTERAPEUTA**

**Asesor:
OLGA SUAREZ**

Olga Suarez Pandaza'bel

UNIVERSIDAD
SIMÓN BOLÍVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
SEMESTRE VI "C" DIURNO
BARRANQUILLA
2006

NOTA DE ACEPTACIÓN

PRESIDENTE DEL JURADO

JURADOS

Barranquilla Noviembre de 2006

DEDICATORIA

Quiero dedicar este triunfo primeramente a Dios todo poderoso por darme la sabiduría, el temple, la paciencia y la oportunidad de crecer como persona y como profesional.

A mis padres JUDITH CONRADO Y ALFONSO AMARANTO quienes han sido piezas fundamentales en el desarrollo de mi vida profesional y como persona.

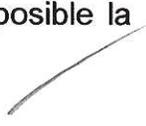
A mi hermana MELI quien ha sido mi ejemplo de superación a seguir, a mi esposa SANDRA y a mi hija LAUDITH quienes han sido la fuente de mi inspiración para alcanzar lo logrado hasta hoy pero en especial quiero dedicarle esta etapa de mi vida a la memoria de mi hermana JOCELIN quien descansa en la paz del señor. *y a eliana villalhueva.*

Emir Amaranto.

DEDICATORIA

Gracias a Dios por permitirme dar este pasó en mi vida iluminándome y guiándome por el camino correcto en todo momento.

A mis padres por la confianza que han depositado en mi y por los principios inculcados y grandes valores que hicieron posible este proyecto, a mi novio por su apoyo incondicional y constante aliento para salir adelante en momentos difíciles finalmente a todas aquellas personas que de alguna manera hicieron posible la realidad de este sueño.



Atala de la Cruz

DEDICATORIA

Gracias a Dios por haberme permitido llegar a disfrutar este triunfo.
Triunfo que permitirá escalar con más fuerza los duros peldaños de la vida gracias a la fortaleza que han depositado en mí.
A mis padres por su incansable lucha dándole el apoyo necesario para salir adelante y esa confianza que depositaron en mí.
A mi hermano por la comprensión y darme fuerza para continuar el camino al éxito.
A mi prima por su compañía y esa voz de aliento en los momentos difíciles y por ultimo darle gracia a todos que hicieron realidad este gran sueño.

Cristina Isabel Mendoza

DEDICATORIA

Gracias a Dios por guiarme e iluminar el sendero del camino de la vida y darme la fortaleza para realizar y cumplir una de mis metas trazadas ser un gran profesional. A mis padres ANGELMIRO ROJAS Y LEVIS DE LA ROSA porque me dieron la gran oportunidad de mi vida "Hacer un sueño realidad" y ofrecerme el apoyo total e incondicional por la educación que me brindaron, los principios inculcados y por los grandes valores enseñados.

A mi hija CAMILA ANDREA porque fue un motivo mas para alcanzar todos mis objetivos en el transcurso de mi carrera.

Herminton Rojas

DEDICATORIA

Bendito sea Dios para siempre que por su misericordia ha permitido alcanzar uno de mis logros Amen.

Gracias a mi familia por ser un pilar fundamental en mi vida, aquellos docentes que por su dedicación y conocimiento han forjado un profesional de la salud idóneo para el servicio de la comunidad.

Leiver Sanchez

AGRADECIMIENTO

Queremos agradecer a Dios todo poderoso por permitirnos contar con recursos y salud para culminar esta etapa más de nuestra vida estudiantil, a nuestro poderoso por ser pilares fundamentales en nosotros triunfos y derrota, al cuerpo administrativo y de docentes de la Universidad Simón Bolívar por facilitarnos ricas fuentes de conocimientos que nos hace crecer día a día como personas y a nuestra asesora **Olga Suárez**, por la orientación, dedicación, paciencia y colocar a nuestra disposición su conocimiento de manera incondicional.

TABLA DE CONTENIDO

1.	Titulo	1
2.	Planteamiento del Problema	2
2.1	Descripción	2
2.2	Formulación (preguntas).	4
2.3	Sistematización	5
3.	Justificación.	6
4.	Propósito.	8
5.	Objetivo	9
5.1	General.	9
5.2	Específico.	9
6.	Marco Referencial.	11
6.1	Marco Teórico (teórico y conceptual)	11
6.2	Marco Espacial	89
6.3	Marco Temporal	89
7.	Metodología.	90
7.1	Tipo de Estudio	90
7.2	Población y Muestra	90
7.3	Unidad Análisis	91
7.4	Fuente de Información	91
7.5	Operacionalización de Variables.	92
7.6	Proceso de Recolección y Fabulación de la Información.	95
8.	Plan de análisis y Prestación de Resultados	96
9.	Conclusión y Recomendaciones	122
10.	Aspectos Éticos	124
11.	Aspectos Administrativos.	125
11.1	Factibilidad.	125
11.2	Presupuesto.	126
11.3	Cronograma de Actividades.	126
12	Bibliografía.	127
13.	Anexos	129

*CALIDAD DE LA PRESTACION DEL SERVICIO QUE
BRINDA EL CENTRO DE FISIOTERAPIA Y
ESTÉTICA “CEFIEST” A SUS USUARIOS EN EL
PERIODO COMPRENDIDO ENTRE FEBRERO –
NOVIEMBRE DEL 2006*

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 DESCRIPCIÓN

La calidad de la atención de salud se entenderá como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario.

En la actualidad en las ciencias de la salud (Fisioterapia, Medicina, Enfermería, etc.) el papel más importante es la calidad de la prestación de los servicios, por lo mismo que está significa el máximo compromiso del hombre con el hombre, del Estado con el hombre, de la familia y la comunidad con el hombre. Además porque la salud representa el más preciado tesoro del ser humano, su máximo ideal, su más definida aspiración.

Es una realidad que los consultorios y centros de Fisioterapia deben cumplir con mínimas normas y estándares de calidad en lo que involucra, recursos humanos, infraestructura y mantenimiento y dotación, según Art. 15 Decreto 2309/2002; pero el intento de estas instituciones de mostrar hermosas estructuras físicas, modernas dotaciones de equipos selectos y encumbrados recursos humanos, resulta en vano, sino se ha impuesto en ellas la cultura de la calidad

como un propósito claro y definido y no se ha planificado la prestación del servicio bajo las condiciones de esa cultura; y se ha olvidado que el eslabón clave, es el usuario.

El aumento de la utilización de los servicios de Fisioterapia y la exigencia cada vez mayores del usuario, ha despertado el deseo de incrementar la calidad para asegurar un bienestar integral; sin embargo, no todos tienen esta misma cultura de calidad, en donde lo más importante para ellos es crear el centro sin cumplir con los requisitos estándares de calidad; prestando así un servicio de manera irregular utilizando cualquier sitio o área para ofrecerlo, y con personal no capacitado o debidamente habilitado con la tarjeta profesional.

Los riesgos de ofrecer un servicio de mala calidad conlleva a errores, los cuales son muy costosos para la institución, por ello éstas deben evaluar por medio de las auditorias la calidad de sus servicios, cada cierto período, para así hacer los correctivos necesarios en busca de la satisfacción del paciente.

Todo esto ha llevado a reconocer que la calidad no sólo depende de la planeación de la empresa, infraestructura, equipos, etc., sino también del recurso humano que es pieza fundamental del andamiaje de la calidad, por eso es necesario el entrenamiento de éstos en cuanto al

manejo de los protocolos de atención, sobre el empleo máximo de las destrezas y habilidades, el trato amable y respetuoso a los pacientes, capacitaciones, etc., todo con el fin de buscar los mecanismos necesarios para lograr la satisfacción del cliente.

Teniendo en cuenta lo anterior, se pretende describir la calidad institucional en la prestación del servicio que oriente a los profesionales de Fisioterapia, por lo tanto se formula la siguiente pregunta problema.

2.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la calidad de la prestación de servicios fisioterapéuticos que brinda el Centro de Fisioterapia y Estética (CEFIEST) de la ciudad de Barranquilla a sus usuarios en el período comprendido entre Enero – Agosto de 2006?.

2.3 SISTEMATIZACIÓN

1. ¿Cuál es la calidad del servicio fisioterapéutico en el Centro de Fisioterapia y Estética (CEFIEST) de la ciudad de Barranquilla?
 2. ¿Cómo son las instalaciones y equipos utilizados en la prestación de servicio de fisioterapia y estética del Centro de Fisioterapia y Estética?
 3. ¿Cuál es la demanda de pacientes que asistieron al servicio de fisioterapia de acuerdo con las variables de sexo, edad y patología en CEFIEST?
 4. ¿Cuál es el grado de satisfacción de los usuarios con la atención brindada por parte de los fisioterapeutas en CEFIEST?
 5. ¿Cómo es el proceso de atención que se brinda en CEFIEST por parte del personal que labora?
 6. ¿Cuál es la calidad del recurso humano que labora en CEFIEST?
-

3. JUSTIFICACIÓN

La calidad de atención de salud se entiende como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario, gracias a la interrelación entre la estructura de los servicios, los procesos diagnósticos terapéuticos y los resultados obtenidos en función del paciente, de su médico tratante y en general del equipo de salud que tienen a su cargo la atención integral del mismo.

La presente investigación pretende analizar cómo es manejada la prestación de los servicios fisioterapéuticos ofrecidos por el Centro de Fisioterapia y Estética (CEFIEST), atendiendo a lo preceptuado por la calidad en cuanto atención se refiere, teniendo en cuenta que el equipo humano y profesional representa la base fundamental para manejar de forma adecuada y eficaz los servicios que se prestan en este campo actualmente y con el advenimiento de nuevos procesos que se están viviendo en Colombia y en Latinoamérica, vale la pena anotar que el Fisioterapeuta debe estar preparado ante estos cambios de desarrollo y evolución, prestándole importancia a mecanismos y estrategias en cuanto atención de refiere.

Otra razón por la cual es importante esta investigación en el Centro de Fisioterapia y Estética (CEFIEST), es acerca de cómo es la calidad del servicio prestado a sus usuarios, nos da pie para conocer y afianzar nuestros conocimientos con relación a las pautas o requisitos implementados por la ley a las entidades prestadoras de servicio y a los profesionales de la salud con miras o aspiraciones a obtener o dirigir una entidad prestadora de servicio y a la vez nos permite aprender el cómo y el por qué se realiza una evaluación de la calidad del servicio, teniendo en cuenta la auditoría en salud.

Por lo anterior se debe tener claro los cambios que se han generado a partir de 1993 con la implementación de la ley 100 a nuestro Sistema de Salud y todas sus reglamentaciones hasta nuestros días, por eso debemos estar en constante evaluación y cambio, de tal manera que se de a conocer a la comunidad interesada en el bienestar social acerca de la calidad del servicio, como se consigue, y las normatividades que hay que seguir para la obtención de esta, teniendo en cuenta el objetivo común y el mas importante que es la satisfacción del usuario.

4. PROPÓSITO

A través de esta investigación se identificó la realidad circundante en relación con la calidad de servicio que ofrecen los profesionales del campo de fisioterapia a todos los usuarios que asisten a CEFIEST; con el fin de evaluar como se esta llevando a cabo la prestación del servicio de fisioterapia es esta institución.

Esta investigación permitió identificar las debilidades que de una u otra manera impiden la calidad del servicio adecuado para los pacientes y/o usuarios; de la misma manera permitió adquirir conocimientos con bases reales de las fortalezas con el fin de construir un plan de mejoramiento en donde se vean beneficiados los usuarios a través de un buen servicio de calidad, de esta forma se permite el constante mejoramiento del servicio.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar la calidad de la prestación de servicios fisioterapéuticos que brinda el Centro de Fisioterapia y Estética (CEFIEST) de la ciudad de Barranquilla a sus usuarios en el período comprendido entre Febrero – Noviembre 2006.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la demanda del servicio de acuerdo con la edad, sexo, ocupación y patología.
 - Establecer si el Centro de Fisioterapia y Estética (CEFIEST) cumple con excelentes instalaciones que brinden comodidad y accesibilidad.
 - Determinar el grado de satisfacción de los usuarios con la atención brindada por parte de los Fisioterapeutas, en el Centro de Fisioterapia y Estética (CEFIEST).
 - Verificar si el Centro de Fisioterapia y Estética (CEFIEST) cuenta con los equipos e insumos necesarios y en óptimas condiciones para la aplicación del de buen tratamiento.
-

- Establecer la preparación, actualización del personal que labora en el Centro de Fisioterapia y Estética (CEFIEST).
 - Establecer si el proceso de atención que se brinda en CEFIEST por parte de los Fisioterapeutas, es el adecuado para la óptima recuperación del usuario.
-

6. MARCO REFERENCIAL

6.1 MARCO TEORICO

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Perfil en la Calidad de la Prestación de Servicio Fisioterapéutico, generado en los consultorios declarados en las oficinas de garantía de calidad de la Secretaria Distrital de Salud de Barranquilla, donde proponen investigar y describir el estado actual de la calidad en la prestación del servicio de fisioterapia en el Distrito de Barranquilla, por lo tanto esta investigación fue hecha para obtener información acerca de los resultados fisioterapéuticos certificados por el organismo de control, el departamento de vigilancia e inspección de la Secretaría de Salud, ya que existen consultorios de fisioterapia que todavía no han declarado ante la oficina de garantía de la calidad de la Secretaria Distrital de Salud de Barranquilla, teniendo deficiencias en el cumplimiento de los requisitos mínimos esenciales exigidos por la norma.

Sugey Beltrán Martínez,
Otros
Facultad de Fisioterapia
Universidad Simón Bolívar
2002 – TS. 0057

El actual Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social colombiano enmarcado en la Ley 100 de 1993 ha sido considerado por algunos como uno de los avances más importantes realizados en el país durante los últimos 10 años. Su estructura ha sido calificada como la más conveniente para la población colombiana en la prestación de servicios de salud; sin embargo su aplicación y funcionamiento ha sido criticado. El panorama después de 10 años de ejecutorias en el actual Sistema de Salud y Seguridad Social no es alentador. Se puede decir que es de pronóstico reservado en cuanto al futuro, si se tiene en cuenta que el impacto esperado en la salud de la población no ha sido satisfactorio. Una de las tantas causas que se atribuyen al estado actual del Sistema sin temor a equívocos es la baja cobertura en salud para la población y la actual crisis financiera en la que se encuentra el sector que lo hace vulnerable ante la calidad del servicio prestado.

La actual crisis en los hospitales del Estado (ESE) se ha extendido a los centros de salud privados; ambos dependen financieramente de las EPS (públicas y privadas). En estos momentos los servicios de las entidades de Salud del Estado colombiano son cubiertos por el Régimen Contributivo al cual no toda la población pertenece, pues se estima que 24 millones de compatriotas no poseen atención integral en salud y de éstos, 16 millones no tienen acceso a los servicios; sólo pueden acceder a través del Régimen Subsidiado (Sisben) y en la modalidad de vinculado.

Frente a este panorama surgen interrogantes concernientes a ¿cómo se gerencia la salud en Colombia?; ¿qué perfil tienen los profesionales encargados de gerenciar el sector salud?, y ¿cómo las instituciones de educación superior están contribuyendo al desarrollo institucional y

social de Colombia en esta área? Con respecto a este último interrogante algunas Universidades de la Costa Atlántica le están apostando al reto de formar profesionales en el área de la gestión en Salud para que sean ellos los que lideren la gerenciabilidad en las instituciones de salud de esta Región del país.

En tales perspectivas la Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar, ha hecho operativa su misión en el campo de las Ciencias de la Salud, integrando estrategias desde la Ciencias Sociales (su fortaleza), en la gestión y consolidación de Programas en pregrado y postgrado, que aborden el reto de satisfacer las necesidades de formación, profesionalización, actualización y especialización del talento humano de la región.

Lo anterior es una muestra del impacto que tiene la formación del profesional de la Salud que se ha vinculado o está cursando la Especialización en nuestra institución, cuyos objetivos se ha orientado por formar profesionales con un perfil educativo, personal y ocupacional tendiente a gerenciar instituciones de salud. Desempeñarse en cargos de dirección, consultoría y Programación en organización del Sector de la Salud pública y privada. En directa relación con estos objetivos la Especialización procura que sus estudiantes y egresados adquieran capacidades para desarrollar investigaciones en el Área de la Salud con enfoque gerencial; gestionar y direccionar proyectos de desarrollo en el sector¹.

¹ www.distrisalud.com.co. Especialización en Gerencia en Salud y Seguridad Social. **El Heraldito**. 2002.

Tesis: Evaluación de Calidad del Servicio de Urgencia de la E.S.E. José Prudencio Padilla. En unos estudios realizados en México se encontró que el 96.4% de las consultas en urgencias no son codificadas como tal, que la principal causa de la consulta son las infecciones respiratorias agudas en un 32.82%. Estos datos dados se comparten como los de la E.S.E. José Prudencio Padilla Unidad Hospitalaria Clínica Centro. El comportamiento de urgencias es de un 80% en los estudios realizados en España, siendo el retorno mayor con un 40%, referencia que es algo diferente a la de la Clínica Centro, el motivo del retorno fueron los mismos síntomas de la primera consulta en un 40.4%, el trato recibido por el recepcionista, el médico y la enfermera fue excelente en un 69.35%, 74.50% y 97.16% y malo 0.41%, 0.59% respectivamente, esto es un estudio en México.

Objetivo: Esta investigación fue elaborada para evaluar la calidad del servicio de urgencias de la E.S.E. José Prudencio Padilla.

Propósito: Observar cómo se está prestando el servicio de urgencias, examinar las dificultades que se presentan en éste y de esta manera buscar soluciones para seguir mejorando.

Diseño Metodológico: Este es un estudio descriptivo evolutivo, debido a que utilizando un proceso evaluativo se pretende describir el comportamiento de los trabajadores de la E.S.E. y así captar la calidad del servicio.

Conclusión: Al finalizar este estudio se analizó que la calidad de un servicio siempre va a depender del comportamiento de todas las personas que intervienen activamente en él².

Segundo Estudio de Glosas: La Ley de Seguridad Social Integral contempla que la administración en la prestación de servicios de salud está a cargo de las Entidades Promotoras de Salud; los hospitales y clínicas están obligados a prestar los servicios de salud con oportunidad, calidad y eficiencia; la atención inicial de urgencias es una prestación obligatoria por parte de las IPS tanto públicas como privadas a todas las personas independientemente de su capacidad de pago, no requiere contrato ni orden previa; las EPS tienen dentro de sus obligaciones las de evaluar la calidad de los servicios ofrecidos, etc.

De acuerdo con estas competencias, las bondades del actual modelo de aseguramiento en salud consisten en avanzar en los principios de universalidad y equidad, dentro de un marco de eficiencia, garantizando la calidad en la prestación de los servicios de salud, dando participación a la empresa privada en condiciones de competencia y contemplando un margen de operación aceptablemente rentable.

El desbordamiento del papel asegurador de algunas EPS, al ser al mismo tiempo, prestador de servicios de salud, proveedor directo de materiales e insumos médico – quirúrgicos y evaluador de la práctica médica, ha venido deteriorando las relaciones EPS – IPS – Usuarios, permitiendo a los pagadores de servicios ubicarse en una posición

² DIAZ CH, Nofy; RODRIGUEZ, Kelly M. Tesis: Evaluación de Calidad del Servicio de Urgencia de la E.S.E. José Prudencio Padilla (Clínica de las Palmas – Barranquilla en el 3er. Trimestre del 2003). 093. Facultad de Enfermería. 2003.

dominante en el mercado, de tal forma que éstos imponen las condiciones en las formas de contratación y las tarifas, asumiendo la contratación de servicios de salud más por el precio que por la oportunidad y la calidad hacia el usuario, afectando las finanzas de los prestadores de servicios de salud y la consolidación del sistema, con mecanismos de contención de costos mediante la práctica de glosar las cuentas por los servicios prestados.

Las glosas por parte de las entidades pagadoras de servicios de salud, son un factor que afecta la liquidez y estabilidad financiera de las IPS.

Con el fin de dar solución al estancamiento del flujo de recursos en el S.G.S.S.S., el Gobierno Nacional expidió el decreto 050 de 2003 en el cual se incluye los mecanismos y el tiempo inicial para resolver las glosas, pero no cierra el ciclo al indicar que si después de transcurridos los dos meses para la resolución y pago de las glosas no se ha logrado acuerdo, se debe recurrir a los mecanismos de conciliación, arbitraje, amigables componedores u otros y no fija un término para la solución definitiva.

Esta norma rige solamente para el Régimen Subsidiado, restándole importancia a esta práctica nociva ejercida por todos los pagaderos de servicios de salud.

La Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas en su labor gremial y con el fin de generar un impacto importante ante las autoridades de dirección y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y entidades participantes del sistema, que redunde en la consolidación del sistema y en beneficio de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, publica este segundo informe que evidencia la

problemática de las glosas como una práctica indebida y contraria a lo establecido en los decretos.

Metodología: La fuente primaria de información para la elaboración son las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud afiliadas a la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas mediante un formulario de reporte diseñado para este fin. El informe es de tipo descriptivo, elaborado con una muestra no probabilística.

Los motivos de glosa de este reporte se basaron en los establecidos en el primer informe (42 subcategorías agrupadas en 12 categorías), dejando abierta la posibilidad que los reportantes incluyeran categorías que consideraran no contempladas.

Categorías: Diversos Motivos: consolida los reportes de facturas que presentan dos o más motivos de glosa, la facturación reportada en bloque por nombre de entidad que glosa o la cual no reportó detalladamente por factura y que de igual manera comprende diversos motivos de glosa.

No Reconoce: Se clasificaron 13 subcategorías que hacen referencia a los servicios prestados por las IPS y negados por la entidad a la cual se le facturó, perjudicando al usuario. Son procedimientos, elementos o insumos suministrados al paciente, elementos o insumos que se deben cobrar adicionalmente de acuerdo al manual tarifario, estancias, honorarios, medicamentos, urgencias, consultas y controles, transporte de pacientes, etc. Se presentan 70 casos en los que no se reconoce la Orden de Servicio expedida por la entidad, 1.041 casos enviados a conciliar y 4 servicios de capacitación.

Sin Soporte o Sin Autorización: incluye lo enunciado en la categoría.

Mal facturado o Mal Diligenciado: consolida lo enunciado en la categoría, eliminando cualquier criterio económico, excepto las glosas por copagos, cuotas moderadoras, cuotas de recuperación o recaudo por bonos que aplican para cada Plan de Beneficios contratado.

Diferenciar en Tarifas – Mayor o Menor Valor: incluye lo enunciado en la categoría.

Evento o Medicamento No Pos: corresponde a lo reportes de glosa por materiales, medicamentos, eventos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud – POS o procedimientos sin definir y las atenciones prestadas en períodos de carencia.

No Explicada: contiene los registros de glosas sin motivo, sin reporte, sin glosa específica, glosa indefinida y las que no presentan especificación.

Sistema de Información RIPS: contiene los reportes que fueron glosados en relación al Sistema de información RIPS.

Transfiere CTA a otra EPS, IPS, ARS o ASEG SOAT: contiene los servicios no reconocidos por los diferentes pagaderos, desconociendo la potestad que se tiene el SGSSS de repetir contra el pagador de la cuenta, dejando el problema de cartera en el prestador de servicios.

Doble Cobro o Sobrefacturado: los reportes donde se indica que el valor cobrado está incluido en la tarifa, diferente a lo enunciado en la categoría NO RECONOCE.

Paciente No Afiliado, de otra EPS o de otro Régimen: incluye lo enunciado en la categoría.

Pólizas SOAT: incluye todo lo referente a las pólizas tal como pólizas falsas, facturación que supera el tope de la póliza y la inexistencia de ésta.

Resultados: Se recopiló información de 27 afiliados que ofertan 3.127 camas hospitalarias, correspondiente al 25,1% del total de clínicas y hospitales afiliados de la ACHC. El 74,1% de estas IPS que respondieron son de naturaleza privada y el restante 25,9% pública. Los niveles III y OV representan el 55.6% de la muestra, seguido por el nivel II con un 37,0%.

Estas 27 instituciones reportaron una facturación afectada por glosa en \$138.396 millones, donde el monto de la glosa ascendió a \$31.439 millones para el año 2002, el cual corresponde a 22.7%, ligeramente menor al presentado el año pasado.

Conclusiones: la proporción del valor de la glosa en relación con el valor total de las facturas afectadas es del 22,7%, ligeramente menor al primer informe, afectando de manera indirecta la calidad de servicios en salud hacia la comunidad.

La multicausalidad o “Diversos Motivos” es la primera causa de glosas, éstas ascienden a \$9.587 millones de una facturación por \$35.314.1 millones. Entre los motivos más comunes se encuentran la negación del servicio o no reconocimiento asociado con alguna causa de tipo económico como diferencia en tarifas, doble cobro o mal facturado.

El no reconocimiento de los servicios atendidos por las Instituciones Prestadoras de Salud, es la segunda causa general de glosas y la primera causa por parte de las EPS, con el 26,3% y 34,9% respectivamente.

El Estado, a través del Operador Fiduciario del FOSYGA, continúa siendo el causante del detrimento financiero de los prestadores por esta misma práctica, de tal manera que éste presenta un 71,4% del valor de la glosa sobre las facturas afectadas por esta causa³.

CONCEPTO DE CALIDAD EN SALUD

La calidad de la atención de salud se entenderá como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario.

La inter – relación entre la estructura de los servicios, los procesos diagnóstico – terapéuticos y los resultados obtenidos en función de la opinión del paciente y de su médico tratante y en general del equipo de salud que tiene a su cargo la atención integral del mismo.

Acorde con lo anterior se definen los indicadores para cada uno de los componentes básicos: “estructura”, “proceso” y “resultado”⁴.

³ REVISTA HOSPITALARIA. Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. Segundo Estudio de Glosas. Año 4 No. 28. Marzo / Abril del 2003.

⁴ GALAN, Morera R. Garantía de Calidad en Salud. Ed. Panamericana. Bogotá, 2001. p. 143.

A continuación, se enumeran una serie de indicadores que se consideran fundamentales para asegurar la Calidad de la Atención en Salud en general y la Calidad de la Atención Médica en particular.

- **La Calidad del Servicio y el Profesional de la Salud.** El punto de partida de toda gestión de calidad, consiste en captar las exigencias de los pacientes y analizar la forma de ofrecer soluciones que respondan a sus necesidades, es por eso que ofrecer calidad significa corresponder a las expectativas de los pacientes e incluso sobrepasarlas. Esto implica conocer las virtudes y defectos del mismo para poder exponerlos o mejorarlos según sea el caso, para ello se deben establecer estándares y evaluar en forma fehaciente los principales componentes de la calidad.

 - **Carácter Tangible.** Es el aspecto del soporte material del servicio, del personal y de los soportes de comunicación (como se lo atiende por teléfono, condiciones de confort y limpieza del consultorio, etc.).

 - **Fiabilidad.** Consiste en realizar correctamente el servicio desde el primer momento.
-

- **Rapidez.** Se traduce en la capacidad de realizar el servicio dentro de los plazos aceptables para el paciente. No retener a un paciente mucho tiempo en la sala de espera y no dar turnos por períodos muy prolongados.
- **Competencia.** Del personal que debe poseer la información y la capacitación necesaria para la realización del servicio.
- **Cortesía.** Expresada a través de la educación y amabilidad.
- **Credibilidad.** Es decir, honestidad del profesional tanto en sus palabras como en sus actos.
- **Seguridad.** Ausencia de peligro.
- **Accesibilidad.** Que se traduce por la facilidad con la que el paciente puede utilizar el servicio en el momento que lo desee.
- **Comunicación.** Se debe informar al paciente con un lenguaje que éste entienda.
- **Conocimiento del Paciente.** Se trata del esfuerzo realizado por el profesional para atender a sus pacientes y sus necesidades⁵.

⁵ www.gerenciasalud.com. Publicación enviada por: Lic. ASOREY, Graciela. Tuesday 24 de February del 2004.

CALIDAD DEL SERVICIO EN SALUD

Indicadores⁶

• ESTRUCTURA

La Organización Estructural expresada a través del organigrama en cada institución, permite identificar el perfil de la misma y a través de él, se pueden visualizar los niveles jerárquicos.

ORGANIZACIÓN ESTRUCTURAL

- Organigrama
- Niveles jerárquicos
- Niveles de coordinación
- Niveles de asesoría
- Niveles de vigilancia y control

• ORGANIZACIÓN FUNCIONAL

Se identifica a través de la existencia de diferentes tipos de manuales tales como:

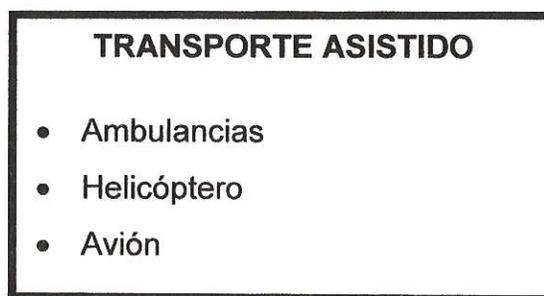
ORGANIZACIÓN FUNCIONAL

- Manual de funciones
- Manual de procedimientos
 - Científicos
 - Administrativos
- Manual de control interno

⁶ GALAN. Op. Cit. p. 144.

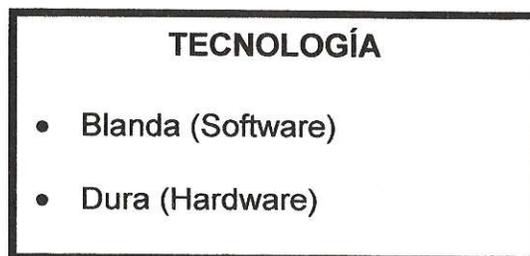
- **TRANSPORTE ASISTIDO**

El transporte asistido permite cumplir con las fases de atención: pre – hospitalaria, intra – hospitalaria e inter – hospitalaria, para el rescate, salvamento y atención propiamente dicha del paciente urgente, en el lugar de la emergencia o desastre y durante el transporte hacia el organismo asistencial que brindará la atención integral que requiere el paciente, teniendo siempre en cuenta la “hora dorada”.



- **TECNOLOGÍA**

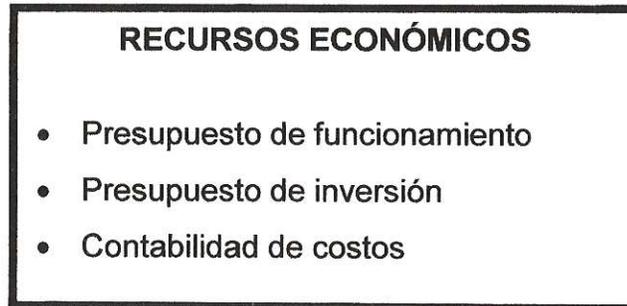
Dentro del concepto de Calidad en Salud, se plantea el obtener los objetivos de la atención al menor costo posible. Este concepto, enfrenta la calidad y el costo y se podría pensar que no es posible variar esta relación, si no actúa como regulador la “tecnología”, entendida bajo dos dimensiones.



- **RECURSOS ECONÓMICOS**

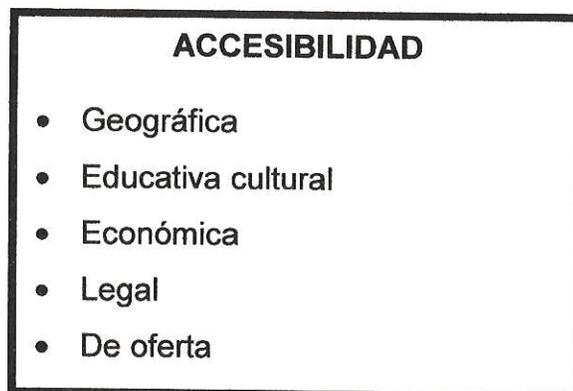
Sin dinero es imposible brindar excelente calidad, pero también es cierto que se deben administrar los recursos, con máxima eficiencia:

Recursos Vs. Resultados.



- **ACCESIBILIDAD**

Otro indicador indirecto de calidad, es la accesibilidad a los servicios de salud.



• INTEGRALIDAD

INTEGRALIDAD

- Fomento o promoción – prevención – asistencia – rehabilitación
- Bio – psico – social
- Atención a personas y al medio ambiente
- Clínico epidemiológica
- Referencia y contra – referencia

• PROCESO

DERECHOS DEL PACIENTE

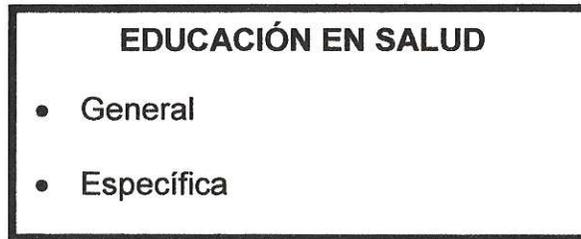
- Trato respetuoso y amable
- Privacidad
- Información
- Respeto a derechos fundamentales
- Atención esmerada
- Calidad de vida

• INFORMACIÓN

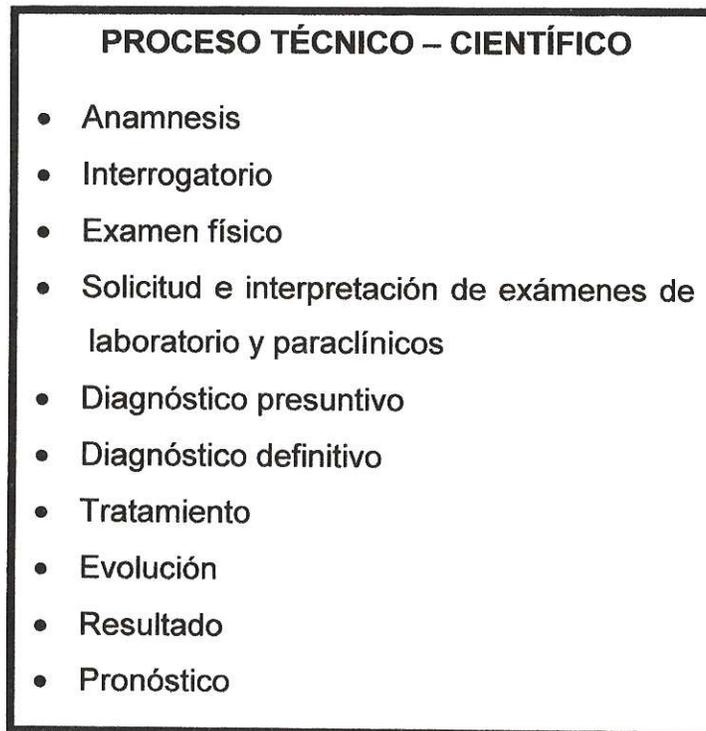
INFORMACIÓN

- General (plegables)
- Institucional
- Información médica

- EDUCACIÓN EN SALUD



- PROCESO TÉCNICO CIENTÍFICO



- **GUÍAS DE MANEJO DIAGNÓSTICO – TERAPÉUTICO**

**GUÍAS DE MANEJO
DIAGNOSTICO – TERAPÉUTICO**

- Enfoque sindromático
- Exámenes de laboratorio y paraclínicos
- Manejo terapéutico

- **COMODIDAD**

COMODIDAD

- Vías de acceso
 - Señalización externa e interna
 - Parqueadero
 - Rampas
 - Recepción y sala de espera (mobiliario)
 - Música ambiental – televisión y revistas
 - Servicios sanitarios
 - Cafetería
 - Minicentro comercial
-

- **HOTELERÍA**

HOTELERÍA
<ul style="list-style-type: none">• Pieza individual• Servicio sanitario personal• Cama electrónica• Cama acompañante• Elementos médicos• Timbre central de enfermería• Elementos de aseo• Alimentación adecuada• Música ambiental TV• Visitas elásticas

- **ARTICULACIÓN DOCENTE ASISTENCIAL**

La articulación docente – asistencial o integración académica y de servicios, se considera parte esencial de la calidad en la atención de salud. La presencia de estudiantes de pregrado y postgrado, garantizan buena calidad, pues su sola presencia actúa como elemento de control y auditoría.

ARTICULACIÓN DOCENTE ASISTENCIAL

- Convenio marco
- Mecanismos de coordinación
- Plan estratégico
- Recursos de apoyo
- Mecanismos y sistemas de supervisión
- Evaluación y control de alumnos
- Reroalimentación institucional
- Costos del programa

• PUNTOS DE VERDAD

Los puntos de verdad, son los contactos que el paciente tiene con todos y cada uno de los funcionarios de una institución de Salud.

PUNTOS DE VERDAD

- Flujo científico
- Flujo administrativo

• EDUCACIÓN CONTINUADA

Otra variable de calidad, es la “educación continuada” que recibe el personal de salud, profesional, técnico, auxiliar y administrativo.



EDUCACIÓN CONTINUADA

- Remedial
- Actualización
- Adaptación laboral
- Capacitación

• RESULTADOS**EVALUACIÓN DEL SERVICIO**

- **Por parte del paciente**
 - Eliminación del dolor
 - Adecuación de la morfología
 - Recuperación de la función
 - Calidad de vida
- **Por parte del médico**
 - Tasa de curación
 - Tasa de mejoría
 - Tasa de incapacidad leve
 - Tasa de incapacidad moderada
 - Tasa de incapacidad severa
 - Tasa de invalidez
 - Tasa de letalidad

Del ejercicio de evaluación, toman los altos directores de la institución un concepto general que les permite promover modificaciones generales en los planes, estrategias y políticas.

No debe confundirse la evaluación indispensable para el logro de la garantía de calidad, con el control o la auditoría de calidad, que como se anotó anteriormente cumplen funciones específicas permanentes, de sienta en la institución y que básicamente van dirigidas a prevenir el error.

En salud la calidad de los servicios debe ser la única razón de ser de las instituciones u organizaciones prestadoras y ésta solo puede garantizarse si se han cubierto uno a uno los pasos fundamentales de un buen esquema de gestión.

GARANTÍA DE CALIDAD

Es asegurar la calidad del servicio de modo que se gane la plena confianza del cliente y su completa satisfacción.

No se puede llegar a la garantía de calidad, sin haber recorrido un largo trecho que se inicia con la planeación de la empresa, continúa con la programación, sigue con la ejecución para terminar con la respuesta a las expectativas, pasando por supuesto por el ejercicio consciente de evaluación constante. Pero no es esto solo; la calidad misma debe planearse y montarse como un sistema para el cual

CÓMO SE MIDE

La evaluación de la calidad es uno de los factores que conducen a la Garantía de Calidad, si se considera que como parte fundamental del proceso empresarial mide no solamente los resultados o el impacto, sino el desenvolvimiento general del programa que comienza desde la planeación⁷.

Se han ideado numerosos protocolos de evaluación, no obstante para efectos prácticos se recomiendan dos modelos el DOPRI y el DOFA que compendian lo que a grandes rasgos debe cubrir este propósito.

En lo relacionado con la gestión en Instituciones para la salud, se proponen tomar 3 áreas fundamentales: estructuras, Procesos y Resultados.

En resultados se evalúa el grado de aceptación o satisfacción del usuario, pero también el del trabajador de la institución, lo cual es importante y fundamental como factor para el mejoramiento progresivo de la calidad.

⁷ Ibid. p. 152.

deben mobilizarse los esfuerzos del personal, los recursos físicos y materiales de la institución, la voluntad firme del gerente y directores, para lograr una etapa definitiva que es la de del aseguramiento de la calidad.

El significado del concepto de garantía es: acciones que conducen a afianzar y asegurar lo que está estipulado (la promesa de servicio y estándares profesionales). Puede entonces definirse la "garantía de la calidad" para los servicios hospitalarios como el compromiso para responder por los servicios que se brindan de tal manera que se proteja al paciente en su integridad de ser humano, contra riesgos innecesarios y se le otorguen los mayores beneficios posibles.

Nuevamente la garantía de la calidad, al igual que la calidad total, no es fruto del azar, sino de una serie de acciones que se efectúan en forma ordenada, sistematizadas y continuamente y que tienen como finalidad evitar o corregir de manera oportuna, toda situación que genere o incremente los riesgos sobre los pacientes o que obstaculice los beneficios de la atención. Este conjunto de acciones conforma el sistema de garantía de calidad y ellas son: la monitoría,

la evaluación, el diseño, el desarrollo y el cambio de la organización hospitalaria⁸.

- **Para llegar a la Garantía de Calidad**

La **planeación de la calidad**, se identifica con la misma planeación estratégica de la empresa en la cual los factores de visión, misión, formulación de estrategias, ingeniería de servicios, actividad de implementación, operación y orientación al cliente, son pilares básicos. La visión resulta del estudio y consideraciones sobre pertinencia, oportunidad, ventajas, desventajas, localización, viabilidad, posibilidades del programa.

La **misión** es el objetivo o meta del programa, alrededor del cual debe volcarse todo esfuerzo de planificación y programación.

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

La **Ingeniería de servicios**, es la disposición del recurso humano y facilidades materiales para el cumplimiento del plan.

⁸ BLANCO RESTREPO, Jorge Humberto; MAYA MEJÍA, José María. Fundamentos de Salud Pública. Administración de Sistema de Salud. Tomo II. Ed. CIB – Corporación para las Investigaciones Biológicas. Medellín. p. 97 – 98.

La **operación** es la acción de conjunto de todos los medios al alcance para obtener la meta fijada.

La **orientación al cliente**, representa uno de los aspectos más importantes para lograr el éxito del programa. El cliente debe saber qué va a recibir y cómo lo va a recibir. Pero además es importante que el cliente espere el producto o servicio con positividad y motivación suficiente.

La **monitoría** es la medición de los indicadores de los resultados (atributos del servicio en su dimensión técnico-científica y su dimensión de servicio), de los indicadores de funcionamiento de los procesos (monitoría del proceso) y de los insumos (monitoria de la estructura). Una vez que se conocen estos indicadores, así como se monitorea la presión arterial de un paciente y se vigila el funcionamiento renal y los signos vitales, es necesario pasar a la segunda fase que es la evaluación.

La **evaluación** implica comparar lo observado con lo esperado y analizar las posibles causas de la desviación para proceder a las siguientes etapas. De nada le sirve a un paciente que se le efectúe un monitoreo intraoperatorio anestésico de diferentes funciones, si ello no conduce a indagar por las razones que explican esta

medición. Se pretende que los datos (monitoreo) se conviertan en información (causas que los determinan para poder intervenir sobre ellas).

El **diseño** se refiere a la forma como se establecen en una determinada área de servicio los niveles de autoridad, las responsabilidades, los mecanismos de coordinación, de comunicación y de control, los estándares e insumos para que dicha área funcione en forma adecuada. Piénsese en el diseño de un vehículo, donde no se hubiera tenido en cuenta que el conductor debe tener la jerarquía sobre las funciones de aceleración, de rumbo, de frenado, etc.; igualmente si las partes del automotor no estuvieran adecuadamente coordinadas y comunicadas. De un mal diseño sólo se pueden esperar multiplicidad de conflictos. No se sabría quién es responsable de qué.

El **desarrollo organizacional** se refiere a una estrategia de tipo educativo, que tiene como finalidad producir un adecuado clima o sentimiento de bienestar en la organización, para facilitar así el cumplimiento de los objetivos. Esta capacitación debe incorporar valores, actitudes, destrezas y conocimientos. Se pretende alinear los intereses individuales con los intereses de la organización, con el fin de generar sinergia. La fuerza de voluntad de los humanos cumple principios similares que las fuerzas físicas, es decir, actúa como un

vector y el vector resultante final está determinado por la sumatoria de la dirección y potencia de cada uno de los vectores individuales. El desarrollo organizacional procura que estos vectores de la voluntad humana, que es la energía más importante de una organización hospitalaria, sean los apropiados y estén adecuadamente orientados y dispuestos, para el logro de la misión y la construcción de una visión de servicio. El desarrollo organizacional es la búsqueda del uso inteligente de las potencialidades y de la inteligencia del ser humano. La era de la fuerza física fue remplazada por la fuerza del conocimiento, ya que en la primera nos aventajan las máquinas.

El **cambio** se refiere a la modificación que debe introducirse a unas determinadas circunstancias. Es fácil hablar de cambio, no es fácil hacerlo, pero es necesario hacerlo. Siempre puede estarse mejor.

El llamado **aseguramiento** es una actividad que está fundamentalmente basada en una labor de monitoría más evaluación. Si queremos asegurar un determinado nivel de presión arterial en un paciente, es necesario monitorear sus cifras tensionales, compararlas con el nivel deseado y evaluar las causas de la diferencia (si las hay) para tomar las acciones de ajuste correspondientes.

La labor de los líderes en la organización hospitalaria es trascendental para estas actividades de diseño, desarrollo y cambio. Este liderazgo lo detentan y lo poseen en la organización hospitalaria en gran medida, los profesionales de la salud, los que han sido formados en una filosofía y en herramientas afines de la calidad sin duda alguna. Conceptos como responsabilidad, esfuerzo, dedicación, deseo de ayudar, deseo de progresar en conocimiento, trabajo en equipo, monitoreo y evaluación de las condiciones de los pacientes, etc., son de gran afinidad para estos profesionales y por ello los hacen enteramente compatibles con la calidad y los sistemas de garantía de la calidad⁹.

Kart Albrecht, señalaba unas sencillas estrategias de manejo del cliente, perfectamente aplicables a cualquier tipo de servicio:

- Obsequie al cliente una sonrisa sana y natural.
- Llámelo por su nombre o en alguna forma que lo dignifique.
- Escuche con atención o interés lo que dice.
- Haga que se sienta importante.
- Contéstele en función de lo que le interesa.
- Muéstrelle un sincero deseo de ayudarlo.
- Manifiéstele un honesto y sincero aprecio.

⁹ Ibid. p. 99.

AUDITORÍA EN SALUD

La auditoría en salud representa un esquema de vigilancia permanente de las normas en todas las áreas de la institución, pero además previene posibles fallas, alerta sobre debilidades, hace recomendaciones para mejorar ciertos pasos del proceso general y como organismo asesor permanente mira todos los pasos, todos los aspectos, todos los componentes destinados a la meta única del programa que es la satisfacción del cliente.

En las instituciones para salud el organismo máximo para el control de calidad es la “Auditoría en salud”. La auditoría en salud mantiene vivo en la institución, el concepto de que el error es lo más costoso que puede ocurrirle.

Como organismo de la mayor responsabilidad¹⁰:

- Controla el cumplimiento de todas las normas.
- Vigila el manejo de los recursos.
- Previene posibles fallas.
- Advierte debilidades en el proceso.
- Hace recomendaciones.
- Evalúa constantemente.

¹⁰ LONDOÑO, Malagón; GALÁN, Morera; LAVERDE, Pontón. Auditoría en Salud. Ed. Panamericana. 2000. p. 158 – 159.

Principios De La Auditoria.

- **Objetividad:** La auditoría de servicios de salud debe realizarse de manera imparcial sobre los hechos sometidos a su análisis.
- **Divulgación:** Los resultados obtenidos en la auditoría se manejarán con la reserva debida.

Elementos De La Auditoría.

- **Planeación:** El componente de auditoría de servicios de salud debe responder a los interrogantes para qué, cuándo, cómo y cuánto se va a auditar, por lo cual la planeación debe ser programada en un determinado tiempo y con unos recursos previamente definidos.
 - **Continuidad:** Debe existir un proceso continuo de auditoría en los planes y programas de las instituciones.
 - **Evaluación de medio (Unidad de Análisis):** Se tiene que tener en cuenta las condiciones del medio donde se presta el servicio (tiempo, modo y lugar).
 - **Estructura:** Conjunto de recursos humanos, técnicos, físicos y organizacionales para la prestación del servicio.
 - **Proceso:** Secuencia de actividades propias de la interacción entre los profesionales de la salud y los usuarios en el curso de la atención.
-

- **Resultados:** Producto de la atención en salud en términos de recuperación, restauración de una función, supervivencia y satisfacción.

Las normas deben ser realizadas por profesionales suficientemente entrenados en el área respectiva. Es importante que el auditor puntualice el alcance de la práctica clínica, sistemáticamente y de forma completa.

El proceso de auditoría debe ser evolutivo y constante dependiendo de los cambios de las profesiones. El trabajo del auditor debe ser determinar dónde se encuentran los riesgos y recomendar cómo esos riesgos deben ser evitados. El motivo principal de la auditoría es mantener y mejorar el servicio asistencial.

Gran parte de las quejas formuladas por los usuarios, se originan en el hecho de que a través de los intermediarios o agentes no se informa suficientemente a sus usuarios acerca de la cobertura de los planes, programas o servicios ofrecidos. Adicionalmente, no se responden oportuna y claramente sus peticiones de explicaciones sobre las actividades asistenciales prestadas.

Modalidades De Auditoría De Servicios De Salud. Las entidades de salud deberán contar con un sistema de Auditoría de Servicios de Salud, para los aspectos técnico-científicos y para la relación médico-paciente; las modalidades que puede asumir este sistema son diversas de conformidad con la complejidad de la institución, disponibilidad de recursos y tipo de servicios que ofrezcan. Resumen de los conceptos que se manejan en estos sistemas:

- **Auditor:** Profesional médico nombrado por el Director de la institución, que ejercerá las actividades y funciones de Auditor Principal y coordinará las acciones desarrolladas por el grupo responsable de la Auditoría.
 - **Consejo médico auditor:** Es un cuerpo profesional organizado por las entidades de salud, que ejerce la Auditoría de Servicios de Salud. Estará integrado mínimo por tres miembros no más de ocho y tendrá un presidente que actuará como Auditor Principal o Jefe de Auditoría. Podrá acudir a asesores o grupos de especialistas en salud, internos o externos, cuando así lo requiera, para realizar estudios de casos que demanden un conocimiento científico más especializado.
 - **Comités adhoc de auditoría:** Son comités temporales integrados por profesionales de las diferentes disciplinas de los Servicios de Atención de Salud, convocados por el Auditor Principal o Jefe de Auditoría de la Institución, con el objeto de evaluar casos específicos. Contarán con un número impar de integrantes que no podrá ser inferior a tres (3) ni superior a siete (7), según la complejidad del caso y el recurso humano disponible. La disciplina
-

del servicio de salud de sus integrantes deberá ser concordante con los hechos a evaluar.

- **Auditoría externa de servicios de salud:** Para efectos de las obligaciones sobre Auditoría de Servicios de Salud, las entidades de salud podrán contratar personas jurídicas o naturales, especializadas y debidamente autorizadas para tal fin.
- **Auditoría compartida:** Este procedimiento se refiere, a la interacción entre dos equipos de Auditoría, de entidades diferentes, que busca aclarar diferencias, bien sea en aspectos económicos inherentes a la atención, por ejemplo en la discusión de débitos por prestaciones realizadas, como en el análisis de situaciones referidas a calidad prestacional. Esta auditoría deberá emitir un dictamen único que podrá contener los aspectos coincidentes como los no compartidos si fuere el caso¹¹.

GERENCIA EN SALUD

Es la aplicación de la administración como creencia básica, por parte de los administradores, o la aplicación de la gerencia como pensamiento administrativo, desde el más alto nivel conceptual hasta el oficio más simple de la organización, que es una parte de la administración¹².

¹¹ Ibid. p. 386.

¹² GARCIA MEJIA, Braulio. Gerencia en Procesos para la Organización y el Control Interno de Empresas de Salud. Capítulo 12. Ed. ECOE. p. 63 – 65.

Con el análisis de las responsabilidades no se busca abarcar todas sus actividades pero sí presentar un esquema que permita observar en conjunto sus obligaciones y sirva de referencia para organizar sus funciones o desarrollar programas sistemáticos dentro de las técnicas de la administración moderna.

La gerencia es cabeza responsable y parte integral de la dirección. Es una institución de servicios con alta función social y características científicas, técnicas, administrativas y económicas generales propias de las empresas, aunque de mayor complejidad toda vez que actúa dentro de un sistema abierto, con los componentes normales de una demanda cíclica de servicios de salud, lo cual exige una organización dinámica en continuo perfeccionamiento, dotada de personal que trabaja con materiales y equipos para dar respuesta a una necesidad real como en efecto lo es la carencia de salud y que produce resultados con impacto en la comunidad o en el mismo hospital, al cual beneficia y fortalece con sus resultados y del que depende integralmente.

El concepto de gerencia del servicio hunde sus raíces en escritores europeos y se interpretan como una filosofía, un proceso del pensamiento, un conjunto de valores y actitudes y también como un conjunto de métodos.

Alfrecht lo define: “como un enfoque total de la organización que hace de la calidad del servicio, cuando lo recibe el cliente, la fuerza motriz número uno para la operación de un negocio”¹³.

El médico francés Francisco Quesnay con su teoría organista se puede aplicar en vía ilustrativa a la empresa de la salud, donde cada quien tiene sus funciones precisas e íntimamente relacionadas con los demás funcionarios donde la deficiencia de uno de sus miembros influye en el equilibrio de dicho cuerpo social.

Componentes fundamentales¹⁴:

- **Recursos Humanos:** Compuestos por diferentes grupos de profesionales, técnicos y auxiliares calificados y no calificados.
- **Pacientes o Clientes Externos:** Son la razón de ser del hospital y que acceden solos o acompañados de familiares o amigos, en solicitud de servicios de diferentes grados de complejidad, según los alcances médico – científicos y los recursos con que cuente el hospital.
- **Proveedores de bienes o servicios:** Son indispensables bajo la óptica de costo – beneficio.

¹³ KARL, Albrecht; RON, Zemke. Gerencia del Servicio. Ed. Legis. Santafé de Bogotá, 1988. p. 15.

¹⁴ LAVERDE, Pontón. Gestión en Salud. Ed. Panamericana. Bogotá, 2001. p. 31.

- **Recursos materiales duraderos:** Como edificios, equipos, instrumental, elementos fijos o fungibles, para ser utilizados en el momento oportuno, en la cantidad adecuada, para dar cumplimiento cabal a los requerimientos de salud.
- **Organización:** Vista como el planteamiento y estructuración racional de las funciones administrativas y científicas para la buena gestión.
- **Solución de problemas de los pacientes:** Involucra la toma de decisiones frente a carencias, necesidades o conflictos. Estas soluciones han creado últimamente infinidad de conceptos, como la gerencia estratégica, la gerencia de servicios, los círculos de calidad, excelencia en el servicio, etc.

Debe buscar que su institución atienda oportunamente los pacientes de una comunidad determinada, sin restricciones de categoría; si es sobrepasada, debe remitirlos al hospital de nivel superior. Para afrontarla debe cumplir funciones y actividades en tres grandes áreas dirigidas hacia el exterior del hospital, en cuanto a sus relaciones con socios, la comunidad; hacia el interior en relación con el personal de trabajadores de la salud, de los pacientes y familiares, para dar

asistencia médica, docencia e investigación, apoyo administrativo, económico y financiero.

La planeación es considerada el factor básico de cualquier programa, no puede improvisar, debe proponer políticas y presentar propuestas completas y sustentadas de necesidades y soluciones que impliquen cambios e innovaciones tecnológicas y administrativas, la creación o ampliación de nuevos servicios, la fusión o supresión de otros por avances científicos, sistemas para mejorar el bienestar de pacientes, familiares, funcionarios; así como nuevas formas de atención y desarrollos, modificaciones legales y demás avances necesarios para mantener el hospital dentro de las modernas tecnologías con clara proyección al futuro. Los planes, proyectos y programas deben ser coherentes y factibles en el corto y mediano plazo deben consultar la armonía física y funcional de la institución para no generar deterioro o desmejoramiento en otras áreas que luego producirían efectos negativos colaterales; deben formar parte de los planes globales de desarrollo, con proyectos de presupuesto amplios, que involucren las proyecciones financieras de programas integrales, sin olvidar las responsabilidades de personas que deban intervenir en los mismos.

Los planes, proyectos y programas que presente, deben estar basados en estudios de factibilidad, sustentados en la sensibilidad de los costos y de los beneficios a obtener.

Se considera presentar a la junta directiva y al consejo de la dirección, en oportunidad y con frecuencia, los informes necesarios con el fin de permitir una clara y precisa evaluación del funcionamiento del hospital y de la gestión que se desarrolla.

Se considera los siguientes como los más importantes:

- Informe periódico de actividades en las áreas asistencial, docente e investigativa.
 - Informe de las actividades administrativas con énfasis en las principales adquisiciones.
 - Proyectos de presupuesto donde se detallan los objetivos del hospital.
 - Informes presupuestales donde se analice y compare en detalle lo proyectado con lo ejecutado.
 - Detalle de proyectos o actividades especiales.
-

- Informes sobre la vigilancia, supervisión y normatividad legal de gastos de la entidad.

 - Balance general consolidado del año inmediatamente anterior, con los comentarios del auditor, revisor, fiscal o síndico.

 - Estudios del ingreso y costos comparados con los servicios prestados, discriminados por departamentos, servicios o dependencias.

 - Planes a corto y mediano plazo sobre las inversiones y cubrimientos de objetivos presupuestos.

 - Estadísticas que muestren en forma sencilla y técnica los servicios prestados.

 - Informe sobre problemas de importancia y soluciones.
-

MODELOS DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD

Modelo DOPRI¹⁵

- **CONTEXTO**

Incluye fenómenos, circunstancias y elementos que constituyen el entorno o ambiente del Sistema de Salud. Incorpora las políticas internacionales, gubernamentales, sectoriales e institucionales.

- **DEMANDA**

Se analizan las características de los usuarios de los servicios relacionados con la edad, sexo, procedencia, nivel socioeconómico, ocupación, motivo de consulta y severidad del proceso patológico.

- **OFERTA O ESTRUCTURA**

Estudia, la organización y funcionamiento de las instituciones de salud, los recursos humanos, físicos, tecnológicos y financieros, incluidos los sistemas de información vigente.

- **PROCESO**

Identifica plenamente la evaluación y monitoreo; permite el ajuste periódico de los programas de salud establecidos. Puede definirse como la interrelación, recursos (humanos, físicos y económicos).

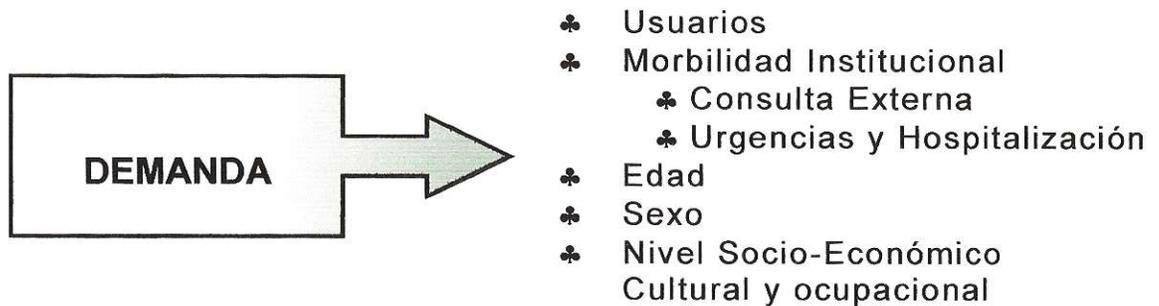
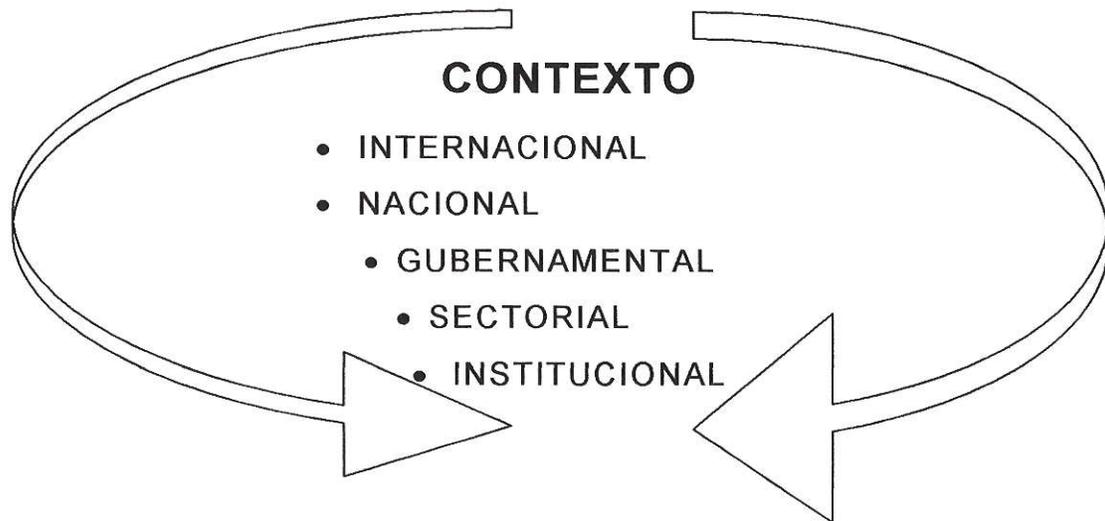
¹⁵ MORERA GALÁN. Op. Cit. p. 37 – 41.

- **RESULTADO O PRODUCTO**

Evalúa cuantitativamente las actividades realizadas en períodos habitualmente de un año, ejemplo con cirugías, partos y abortos atendidos, despacho de fórmulas, estudios de laboratorio y pruebas para-clínicas y en síntesis, volumen de egresos, consultas y pacientes atendidos en urgencias.

- **IMPACTO O EFECTO**

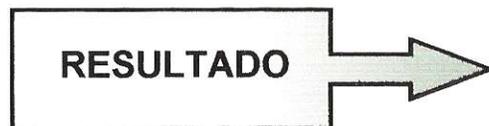
Evalúa aspectos como: la modificación del riesgo de enfermar, incapacitarse o morir de la población, el cumplimiento de programas, actividades o tareas, previstas por el sector salud y los cambios de actitud de los usuarios hacia los mismos servicios.





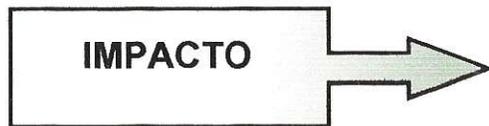
Actividades Intermedias

- ◆ Laboratorio Clínico
- ◆ Imágenes Diagnosticas
- ◆ Endoscopias
- ◆ Electromedicina
- ◆ Exámenes de Anatomía
- ◆ Patología
- ◆ Otros exámenes Paraclínicos



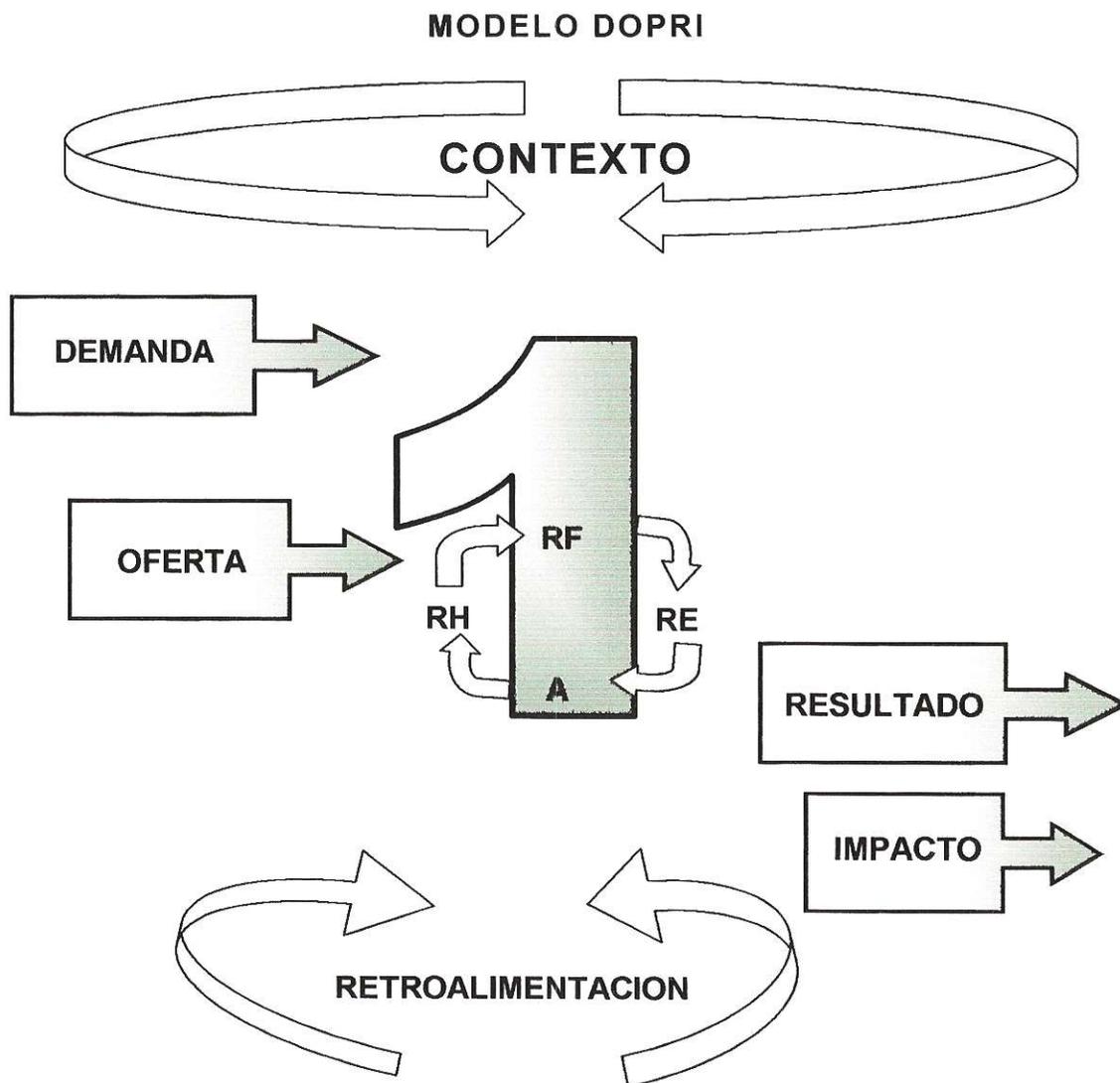
Actividades Finales

- ◆ Consulta Externa
- ◆ Urgencias
- ◆ Egresos Hospitalarios
- ◆ Cirugías
- ◆ Cobertura
- ◆ Concentración
- ◆ Costo-beneficio



Actividades Intermedias

- ◆ Cambios de Riesgo de Enfermedad y Morir
- ◆ Calidad de Atención Médica
- ◆ Costo - Efecto
- ◆ Cambio de Actitud de los usuarios
- ◆ Cambio de actitud de los funcionarios



Modelo DOFA. El modelo “DOPRI” “primer eslabón” de la cadena de garantía de calidad en salud¹⁶.

El “segundo eslabón” lo constituye “La matriz DOFA”, señala las fortalezas y debilidades hacia el interior de la institución, las amenazas y oportunidades presentes en el entorno.

¹⁶ Ibid. p. 42 – 43.

El “tercer eslabón” corresponde a las “conclusiones” emanadas de la Matriz DOFA, se relacionan con el Contexto, la Demanda, la Oferta, el Proceso, los Resultados y el Impacto registrado en cada Institución en particular.

El “cuarto eslabón” está constituido por las “recomendaciones” emanadas de la misma Matriz DOFA.

“Quinto eslabón” se formula el “plan estratégico”, constituido por actividades y tareas, que serán realizadas en el corto, mediano y largo plazo, incluyendo los recursos humanos, técnicos, físicos y financieros.

El modelo puede constituirse en la base de cualquier institución o servicio, para crear un “Sistema de Mejoramiento Continuo hacia la Calidad”.

Incorpora indicadores de “estructura”, “procesos” y “resultados” para garantizar calidad en materia de salud.

Después de la “Evaluación Integral”, de cada institución de Salud, se recomienda aplicar la Matriz DOFA, para puntualizar las fortalezas y debilidades del pasado y del presente de la Entidad, así como las amenazas y oportunidades del futuro.

Las hileras básicas de la Matriz, suministran las grandes conclusiones de la evaluación integral. Así las celdillas internas de la Matriz FO, FA, DO y DA, surgirán las recomendaciones.

Con base en las recomendaciones, se elaborará entonces el plan estratégico que deberá incluir los siguientes tópicos.

Concluido el Plan Estratégico, este a su vez se articula con el modelo DOPRI, configurando, el “Modelo de Garantía de Calidad en Salud”.

		FUTURO →	
P R E S E N T E ↓	ANÁLISIS EXTERNO	O (OPORTUNIDADES) 1. _____ 2. _____ 3. _____	A (AMENAZAS) 1. _____ 2. _____ 3. _____
	ANÁLISIS INTERNO		
	F (FORTALEZAS)	(ESTRATEGIAS) F O 1. _____ 2. _____ 3. _____	(ESTRATEGIAS) F A 1. _____ 2. _____ 3. _____
	D (DEBILIDADES)	(ESTRATEGIAS) D O 1. _____ 2. _____ 3. _____	(ESTRATEGIAS) D A 1. _____ 2. _____ 3. _____

<p>PLAN ESTRATÉGICO</p> <p>Misión –Visión</p> <p>Políticas</p> <p>Objetivos</p> <p>Actividades</p> <p>Recursos Humanos</p> <p>Recursos Físicos</p> <p>Recursos Financieros</p> <p>Recursos Tecnológicos</p> <p>Guías de Manejo Diagnóstico Terapéutico</p> <p>Estrategias</p> <p>Sistema de Información</p>
--

Modelo de Donabedian. La Definición de Estándares de Calidad.

Los estándares permiten promediar los valores observados individualmente y señalan por lo tanto el límite entre la calidad aceptable y la inaceptable. Los criterios a su vez determinan lo que debe hacerse ante problemas específicos en el sistema de salud¹⁷.

Los estándares por su parte, se clasifican según se utilicen para la evaluación de la estructura, los procesos y los resultados.

Pueden ser también explícitos, elaborados por expertos mediante especificación cuidadosa y previa del tipo de casos que deben ser evaluados, o implícitos, que se originan en los conocimientos y experiencias previas del evaluador.

Los estándares explícitos poco flexibles, se pueden mejorar teniendo en cuenta para su diseño lo siguiente¹⁸:

- Elementos necesarios para clasificar un cuadro clínico dentro de un diagnóstico específico.
- Procedimientos diagnósticos escalonados para llegar a un diagnóstico específico, y acciones terapéuticas para el mismo.
- Condiciones o atributos para justificar el ingreso y la permanencia en el Hospital.
- Procedimientos y acciones contraindicadas en cada patología específica.

¹⁷ Ibid. p. 59.

¹⁸ LONDOÑO MALAGON. Op. Cit. 488 – 490.

En cuanto a la metodología indicada para definir estándares de calidad, existen varias alternativas:

- a) La observación de experiencias exitosas en las entidades competidoras (benchmarking) puede llevar al establecimiento de estándares propios. No debe olvidarse que las empresas exitosas son por naturaleza eficaces y eficientes, por lo cual sus estándares pueden ser muy exigentes para otras compañías.
- b) Se puede partir de los recursos existentes y establecer metas escalonadas que pueden ser observadas y ajustadas permanentemente, hasta llegar a la formulación de estándares propios.
- c) Se puede fijar estándares a través del análisis de los promedios o medianas de la misma empresa.
- d) El sistema propuesto por los autores, teniendo en cuenta que es el aplicado a lo largo de este texto, se basa en la evaluación integral y sistémica que sigue el modelo DOPRI, y mediante los indicadores derivados de las variables estudiadas (matriz DOFA), establecer por corte transversal el “punto cero” de la organización en lo relacionado con los diferentes indicadores de insumos, procesos y resultados. Estos valores representan los estándares básicos para las futuras evaluaciones de auditoría.

• LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD

Se puede llevar a cabo la evaluación de calidad en lo pertinente con la gestión, se propone tomar las de:

- Estructuras.
- Procesos.
- Resultados.

- **EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN LA ESTRUCTURA**

La evaluación de la estructura tiene como objeto el análisis sobre las características de las instalaciones, equipos, tecnología, recurso humano (técnico y auxiliar), recursos financieros y sistemas de información (interna y externa).

Las ventajas de esta evaluación residen en la posibilidad de alcanzar información objetiva, de gran validez y confiabilidad. Su mayor desventaja está en que no podemos deducir de la calidad de la estructura, la buena calidad de la atención.

En muchos casos es necesario evaluar aspectos cuantitativos y cualitativos de la estructura, comparándolos con estándares preestablecidos que regulen las condiciones mínimas estructurales para garantizar una adecuada calidad en los servicios de salud, lo cual es de especial importancia en el ámbito hospitalario.

- **EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL PROCESO**

La evaluación de procesos reúne información sobre la calidad de los servicios ofrecidos por los profesionales de la institución, y sobre el grado de coordinación e integración entre las distintas dependencias encargadas del diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, y del soporte administrativo financiero.

En este enfoque, donde se trata de averiguar si se sigue el procedimiento correcto en lo relacionado con la atención ofrecida a los usuarios, tiene gran importancia la existencia y aplicación de las guías o protocolos de manejo diagnóstico y terapéutico.

En la evaluación del proceso debe revisarse:

- Los indicadores de utilización de servicios específicos (días cama hospital, número de visitas domiciliarias).
- Las pautas de utilización de los servicios por parte de los usuarios o concentración de servicios (número de consultas por usuario año).
- Las pautas de atención a las comunidades (rotación por año de la cama hospitalaria).
- Las pautas de atención para grupos específicos de pacientes, como el promedio de estancia hospitalaria por grupos de edad o por patologías específicas (cáncer, tuberculosis).
- La utilización de servicios definidos (imágenes diagnósticas, laboratorio clínico) por los pacientes en medio hospitalario o ambulatorio.

- **EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS RESULTADOS**

El resultado se evalúa mediante indicadores que miden la conservación o mejoría en el estado de salud del paciente, la presencia o ausencia de complicaciones, la muerte o la invalidez en

distinto grado. Se evalúa igualmente la satisfacción obtenida por el proveedor y el usuario de los servicios.

Dentro del proceso de evaluación de calidad mediante resultados podemos medir:

- a) La reducción de muertes, enfermedades, incapacidades y complicaciones o secuelas de la enfermedad.
- b) El alivio del dolor y otras molestias (disnea), el mantenimiento y restauración de la salud.
- c) La satisfacción del paciente por la atención recibida.
- d) El costo razonable de la atención recibida.

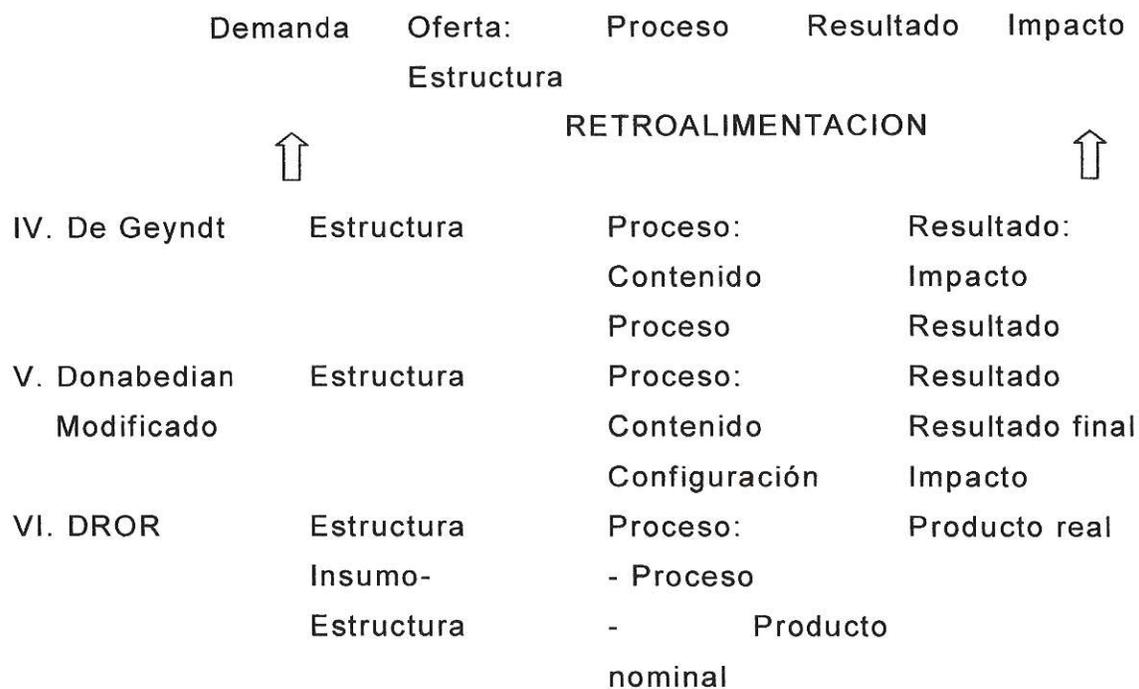
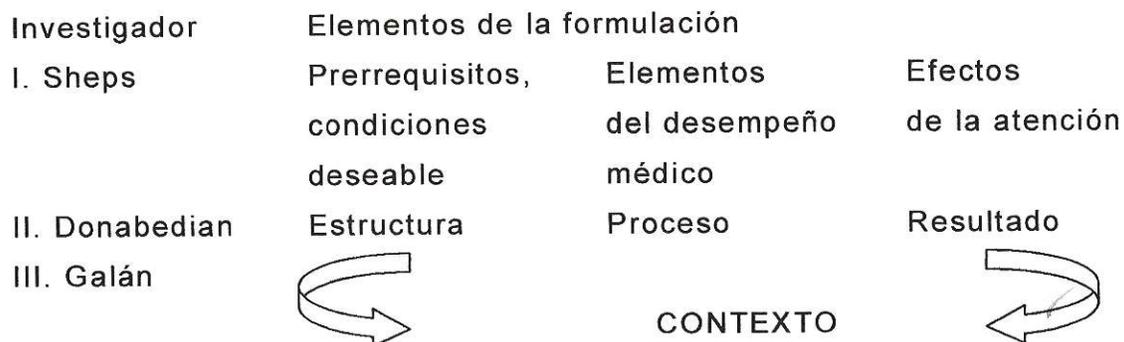
• **VENTAJAS**

- a) Valida la efectividad del cuidado en salud, y por sí sola sirve como estimativo global de la calidad de la atención prestada.
 - b) Los resultados en términos generales son más concretos y la cuantificación más exacta.
 - c) Los estudios basados en resultados pueden ser más universales y son comparables en razón de la validez y confiabilidad de sus resultados.
-

- **DESVENTAJAS**

- a) Muchas veces los resultados dependen más de la capacidad técnico – científica del personal de salud que de la calidad integral de la atención.
 - b) Los resultados de la atención pueden en ocasiones no ser muy significantes en la valoración del proceso integral de la atención.
 - c) Algunos resultados, tales como la satisfacción de usuarios y proveedores tienen un alto grado de subjetividad y pueden ser difíciles de cuantificar.
-

FORMULACION ALTERNATIVAS DE ENFOQUES PARA EVALUAR LA CALIDAD, LOS PROGRAMAS Y SUS INTERRELACIONES



MARCO LEGAL

Art. 153. Fundamentos del servicio público¹⁹. Además de los principios generales consagrados en la Constitución Política, son reglas del servicio público de salud, rectoras del sistema general de seguridad social en salud las siguientes:

- **Equidad.** El sistema general de seguridad social en salud proveerá gradualmente servicios de salud de igual calidad a todos los habitantes en Colombia, independientemente de su capacidad de pago. Para evitar la discriminación por capacidad de pago o riesgo, el sistema ofrecerá financiamiento especial para aquella población más pobre y vulnerable, así como mecanismos para evitar la selección adversa.
- **Obligatoriedad.** La afiliación al sistema general de seguridad social en salud es obligatoria para todos los habitantes en Colombia. En consecuencia, corresponde a todo empleador la afiliación de sus trabajadores a este sistema y del Estado facilitar la afiliación a quienes carezcan de vínculo con algún empleador o capacidad de pago.
- **Protección integral.** El sistema general de seguridad social en salud brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación. Información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia de conformidad con lo previsto en el artículo 162 respecto del plan obligatorio de salud.

¹⁹ SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL. Ley 100 de 1993. Decreto 2309/2002. Ed. Unión Ltda.. Bogotá, p. 100.

- **Libre escogencia.** El sistema general de seguridad social en salud permitirá la participación de diferentes entidades que ofrezcan la administración y la prestación de los servicios de salud, bajo las regulaciones y vigilancia del Estado y asegurará a los usuarios libertad en la escogencia entre las entidades promotoras de salud y las instituciones prestadoras de servicios de salud, cuando ello sea posible según las condiciones de oferta de servicios. Quienes atenten contra este mandato se harán acogedores a las sanciones previstas en el artículo 230 de esta ley.

 - **Autonomía de instituciones.** Las instituciones prestadoras de servicios de salud tendrán, a partir del tamaño y complejidad que reglamente el gobierno, personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente, salvo los casos previstos en la presente ley.

 - **Participación social.** El sistema general de seguridad social en salud estimulará la participación de los usuarios en la organización y control de las instituciones del sistema general de seguridad social en salud y del sistema en su conjunto. El Gobierno Nacional establecerá los mecanismos de vigilancia de las comunidades sobre las entidades que conforman el sistema. Será obligatoria la participación de los representantes de las comunidades de usuarios en las juntas directivas de las entidades de carácter público.

 - **Concertación.** El sistema propiciará la concertación de los diversos agentes en todos los niveles y empleará como mecanismo formal para ello a los consejos nacional, departamentales, distritales y municipales de seguridad social en salud.
-

- **Calidad.** El sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional. De acuerdo con la reglamentación que expida el gobierno, las instituciones prestadoras deberán estar acreditadas ante las entidades de vigilancia.

Art. 184. De los incentivos para un mejor servicio²⁰. Con el fin de obtener calidad y eficiencia en la provisión de los servicios de salud contemplados por la ley, se aplicarán sistemas de incentivos a la oferta de servicios dirigidos al control de costos, al aumento de productividad y a la asignación de recursos utilizando criterios de costo - eficiencia. De la misma manera, se aplicarán sistemas de incentivos a la demanda con el fin de racionalizar el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes, ampliar el conocimiento y manejo del sistema de parte de los beneficiarios y promover un servicio de calidad al usuario.

Art. 185. Instituciones prestadoras de servicios de salud²¹. Son funciones de las instituciones prestadoras de servicios de salud prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente ley.

Las instituciones prestadoras de servicios deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia, y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera. Además propenderán a la libre concurrencia en sus acciones, proveyendo información oportuna, suficiente y veraz a

²⁰ Ibid. p. 129.

²¹ Ibid. p. 129 – 130.

los usuarios, y evitando el abuso de posición dominante en el sistema. Están prohibidos todos los acuerdos o convenios entre instituciones prestadoras de servicios de salud, entre asociaciones o sociedades científicas, y de profesionales o auxiliares del sector salud, o al interior de cualquiera de los anteriores, que tengan por objeto o efecto impedir, restringir o falsear el juego de la libre competencia dentro del mercado de servicios de salud, o impedir, restringir o interrumpir la prestación de los servicios de salud.

Para que una entidad pueda constituirse como institución prestadora de servicios de salud deberá cumplir con los requisitos contemplados en las normas expedidas por el Ministerio de Salud.

PAR. Toda institución prestadora de servicios de salud contará con un sistema contable que permita registrar los costos de los servicios ofrecidos. Es condición para la aplicación del régimen único de tarifas de que trata el artículo 241 de la presente ley, adoptar dicho sistema contable. Esta disposición deberá acatarse a más tardar al finalizar el primer año de vigencia de la presente ley. A partir de esta fecha será de obligatorio cumplimiento para contratar servicios con las entidades promotoras de salud o con las entidades territoriales, según el caso, acreditar la existencia de dicho sistema.

Art. 188. Modificado. D. 2150/95, Art. 121. No discriminación²². Las instituciones prestadoras de servicios no podrán discriminar en su atención a los usuarios.

Cuando ocurran hechos de naturaleza asistencial que presuntamente afecten al afiliado respecto de la adecuada prestación de los servicios

²² Ibid. p. 131.

del sistema general de seguridad social en salud, aquél podrá reclamar ante el comité técnico científico integrado por la empresa promotora de salud a la cual esté afiliado, integrado de la siguiente forma: un representante de la EPS, un representante de la IPS y un representante del afiliado, quien podrá concurrir directamente.

Art. 227. Control y Evaluación de la Calidad del Servicio en Salud²³. Es facultad del Gobierno Nacional explicar las normas relativas a la organización de un sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención de salud, incluyendo la auditoría de obligatorio desarrollo en las Entidades Promotoras de Salud, con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios. La información producida será de conocimiento público.

4.6 DECRETO 2309 DEL 15 DE OCTUBRE DEL 2002²⁴

- **Sistema Único de Habilitación.** Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos, mediante los cuales se establece, se registra, se verifica y se controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico – administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el sistema.

Ésta aplica a todas las instituciones prestadoras de salud (IPS) y profesionales independientes (Psicólogo, Neurólogo, Fisioterapeuta), profesionales especialistas y subespecialistas, en todos los niveles de atención; todas aquellas personas que prestan el servicio de salud deben cumplir a cabalidad con los estándares de calidad dispuestos en esta norma y con los requisitos básicos.

²³ Ibid. p. 151.

²⁴ Ibid. p. 590 – 592.

Inicialmente las instituciones deben tener los formularios de autoevaluación que los facilitan la Secretaría de Salud, luego se procede a autoevaluarse con base a los estándares de calidad, posteriormente cumpliendo con éstos estándares se diligencia el registro de inscripción ya sea de profesionales independientes o de IPS.

- **Estándares de calidad dispuestos para profesionales independientes (Fisioterapia)**
 - Recursos Humanos.
 - Infraestructura y Mantenimiento.
 - Dotación.

- **Estándares de calidad para IPS**
 - Recursos Humanos.
 - Infraestructura y Mantenimiento.
 - Dotación.
 - Insumos.
 - Referencia del paciente.
 - Registro asistencial.
 - Historia clínica.

A éstos se les entrega por parte de los auditores de salud un certificado provisional de habilitación, finalmente se entrega el certificado de habilitación de propiedad por un período de 3 años, pasado este tiempo se vuelve a evaluar la institución para garantizar la calidad del servicio en todo el departamento y el país.

DOCUMENTO DE DOCENCIA Y SERVICIO

La Fisioterapia en Colombia se ve influenciada en la actualidad por los procesos y tendencias inherentes a la modernización del Estado, puntualmente por la reforma de la Seguridad Social –Ley 100/93- y la autonomía para la Educación Superior –Ley 30/92-. La primera exige ajustes y complementaciones en la formación del talento humano en Fisioterapia, que garanticen la calidad, eficiencia y eficacia en la prestación de los servicios de Fisioterapia, participación en los diferentes niveles de atención con equipos interdisciplinarios, formación gerencial e intervención en grupos transdisciplinarios a partir de la identificación y consolidación profesional. La segunda, le implica contar con elementos eficaces de cualificación y control para la comunidad académica²⁵.

Además de esta legislación vigente la Ley 528 de 1999 que rige el ejercicio del Fisioterapeuta plantea que los profesionales deben adaptar su perfil a las necesidades en salud identificadas por los perfiles epidemiológicos de la región, departamento y el país, reflejando en forma significativa una alta carga de la enfermedad cardiovascular, infecciosas y lesiones ocasionadas por agentes externos las cuales ocupan los primeros lugares de morbilidad. Indicadores que muestra un cambio en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia.

Este comportamiento, ha sido el referente para la implementación del enfoque integral de manera jerárquica en los procesos académicos de las prácticas formativas y profesionales, donde el diagnóstico de los problemas sociales que afectan el movimiento corporal se realizan con

²⁵ CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLÍVAR. Programas de Ciencias de la Salud. Prácticas Formativas.

gran énfasis en el primer nivel de prácticas; la intervención en la recuperación de las disfunciones del Movimiento corporal humano que requieren de mayor destreza y habilidad se desarrollan en el segundo nivel, y la rehabilitación, gestión administrativa e investigación en tercer nivel de las practicas, al desarrollo de la infraestructura y calidad de la prestación de los servicios de salud.

Ante este panorama epidemiológico, la comprensión y manejo del movimiento corporal humano, son esenciales no solo para optimizar la calidad de vida sino también para prevenir e intervenir en los procesos mórbidos que generan deficiencias y discapacidades permanentes y transitorias. Por lo anterior la Facultad de Fisioterapia de la Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar forma un talento humano con alta sensibilidad social trascendiendo del modelo curativo al preventivo ejerciendo acciones en la comunidad y en los diferentes niveles de atención, de igual forma realizan actividades en programas de escuela saludable y con el adulto mayor, entre otros.

El abordaje de estos problemas sociales se realizan a través de las Prácticas Comunitarias y las Prácticas en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en escenarios pertinentes centrando el aprendizaje en la aplicación, confrontación e integración de conocimientos que facilitan el desarrollo de las competencias necesarias para el adecuado desempeño profesional. Para ello, las prácticas formativas en el programa de fisioterapia, se desarrollan en diferentes áreas como son: la asistencial, educativa, administrativa, comunitaria y deportiva.

La dinamización de las Prácticas se da a través de la organización de las actividades de salud en la Promoción y Prevención, Recuperación, Rehabilitación, Investigación Formativa y Vigilancia epidemiológica

institucional. Estas practicas se desarrollan desde el enfoque integral de la salud, donde la intervención consciente y activa por parte del Fisioterapeuta permite comprender la relación de los procesos salud - enfermedad.

El propósito de este documento es mostrar los procesos que se llevan a cabo para el desarrollo de las prácticas formativas teniendo en cuenta los decretos y acuerdos reglamentarios emanados del Ministerio de protección social con el objeto de contribuir a mejorar la calidad en la prestación de servicios tanto en la Educación como en el sector salud.

- **LEY 528 DE 1999**

La Fisioterapia en Colombia ha estado reglamentada, para su ejercicio profesional, por el decreto 1056 de 1954 y la Ley 9 de 1976. El congreso de Colombia reglamenta el ejercicio de la profesión y dicta normas en materia de ética profesional y otras disposiciones mediante la Ley 528 de Septiembre 14 de 1999, presentada por ASCOFI (Asociación Colombiana de Fisioterapia) y ASCOFAFI (Asociación Colombiana de Facultades de Fisioterapia), y la define en su artículo 10 como "Una profesión liberal, del área de la salud, con formación universitaria cuyos sujetos de atención son el individuo, la familia y la comunidad, en el ambiente en donde se desenvuelve. Su objetivo es el estudio, comprensión y manejo del movimiento corporal humano, como elemento esencial de la salud y el bienestar del hombre.

Este código establece los principios para la profesión de Fisioterapia, todo terapeuta es responsable de mantener y promover la practica de ella.

Con base al Código de Ética se establecen unos principios:

- Los Terapistas Físicos deben respetar los derechos y dignidad de todos los individuos.
- Los Terapistas Físicos cumplen con las leyes y regulaciones que gobiernan la práctica de la profesión.
- Los Terapistas Físicos aceptan la responsabilidad en el ejercicio de la profesión para un juicio (provisión del servicio)
- Los Terapistas Físicos mantienen y promueven altos estándares para la prueba, educación e investigación de la profesión.
- Los Terapistas Físicos buscan la remuneración de sus servicios sea valorada, merecida y razonable.
- Los Terapistas proveen una información certera y confiable a la comunidad acerca de la profesión y de los servicios que se prestan.
- Los Terapistas Físicos aceptan la responsabilidad de proteger al público y a la profesión de actos ilegales, incompetentes y no éticos.
- Los Terapistas Físicos participan en el esfuerzo de atender las necesidades de salud del público.

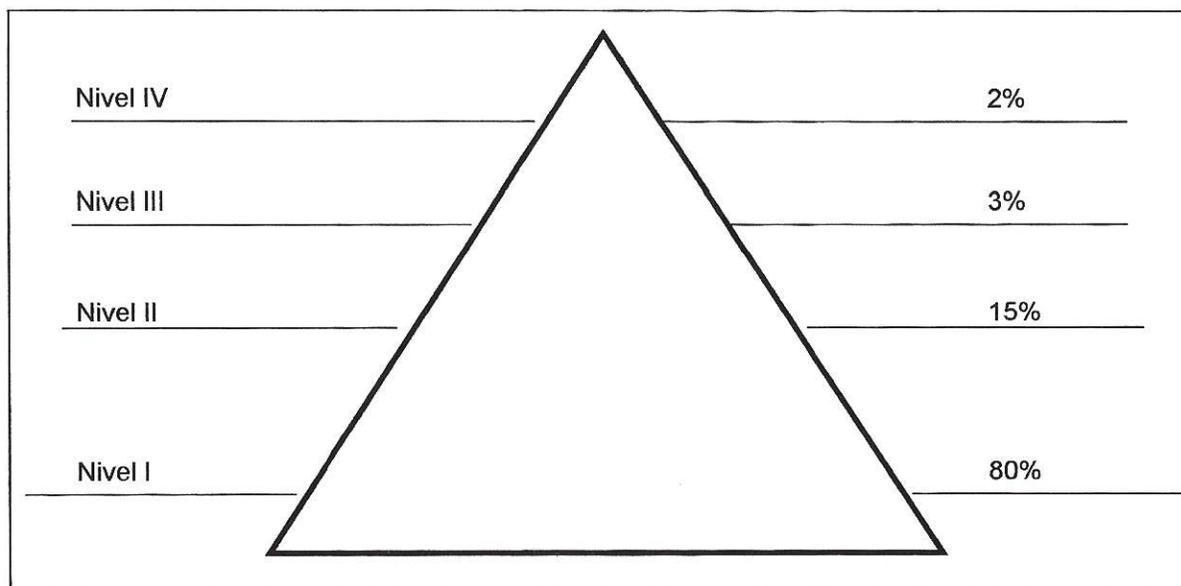
Con relación a este Código de Ética establece los principios para la profesión de Fisioterapia, todo Terapeuta es responsable de mantener y promover la practica de ella.

NIVELES DE ATENCIÓN EN SALUD Y GRADOS DE COMPLEJIDAD

Para poder brindar una atención en salud, acorde a las necesidades crecientes de los usuarios de servicios, es necesario realizar estudios o encuestas que permitan conocer cuál es el comportamiento de la demanda.

En un comienzo, esto indujo a pensar que lo más conveniente era organizar tres niveles de atención, de manera que se brindara una atención piramidal, en la cual el mayor volumen (80%) fuera prestado por el nivel I, seguida de la atención por especialidades (15%) en el nivel II y que el nivel III fuera el que prestara atención al resto (5%).

Luego de la experiencia vivida en hospitales universitarios, se creó un cuarto nivel, para prestar a los casos que deben ser tratados por equipos de profesionales multidisciplinarios para resolver una o más patologías que concurren simultáneamente en un mismo paciente. Se ha estimado que solamente un 2% de los pacientes justifican por su estado de salud en un nivel IV.



Entonces se pueden definir los niveles de atención como las agrupaciones de Instituciones de Salud que permiten clasificar las actividades finales, intermedias y administrativas que puedan realizar, para satisfacer las necesidades de las personas que demanda atención.

Los elementos o factores de los grados de atención están dados por:

- La misión institucional, que fija las políticas de las Directivas en relación al nivel que se asume.
- Las patologías a atender, que orientan las actividades a desarrollar.
- El nivel de capacitación y especialización del recurso humano.
- La dotación y equipos de la institución.
- Suministros.
- Las clases de actividades intermedias finales o administrativas a realizar.

• FACTORES PARA CLASIFICACIÓN

	Recursos Humanos	Dotación y Equipos	Suministros	Actividades Intermedias Finales y Administrativas
Nivel IV	Equipo multidisciplinario para procedimiento específicos (trasplantes, urología, etc.)			
Nivel III	P.G. + E.E. + Supraespecialistas.			
Nivel II	P. G. + Especialistas Esenciales (E.E.)			
Nivel I	Profesionales Generales (P.G.).			

Esta clasificación tomo como eje fundamental al recurso humano, por ser éste el motor del Sistema de salud. Luego toma en consideración la dotación, la calidad y cantidad de equipos y los suministros para

hacerlo operar y finalmente se asignan las actividades que según su nivel se deban asignar de acuerdo a los recursos obtenidos.

- **GRADO DE COMPLEJIDAD**

Al interior de cada nivel, pueden identificarse diversos tipos de instituciones que ejecutan programas de salud. En Colombia se han encontrado ocho clases de establecimientos:

- Puesto de Salud.
- Centro de Salud "A".
- Centro de Salud "B".
- Hospital Local.
- Unidad Intermedia.
- Hospital Regional "A".
- Hospital Regional "B".
- Hospital Regional y/o de referencia.

- **Puesto de Salud**

Es el Recurso de Salud que ofrece los servicios de atención por enfermería, de manera permanente y consulta médica y odontológica programadas por horas, según demanda a atender. Se ubica en áreas rurales con poblaciones de más o menos 5.000 habitantes.

- **Centro de Salud "A"**

Ofrece servicios de enfermería permanente, consulta médica y odontológica de 8 horas por día, y ejecuta actividades básicas para control de factores de riesgo en el medio ambiente. cuenta con camas de observación.

- **Centro de Salud “B”**

Este tipo de centro, ocupa el tercer peldaño en la escala del primer nivel de atención, pero su característica diferencial de los centros “A” es la de estar ubicados en grandes ciudades, que exigen la prestación de servicios de atención en salud a nivel ambulatorio con intensidad mínima de ocho horas al día en medicina general y odontología, consulta en las especialidades de medicina interna, gineco – obstetricia y pediatría. Además presta servicio de urgencias permanentemente y por tanto deben tener camas de observación.

- **Hospital Local**

Ocupa la cuarta grada de ascenso en la atención creciente de complejidad. Dispone de Recursos Humanos, Físicos y Financieros, para realizar servicios ambulatorios y de hospitalización.

La atención la prestan profesionales generales de la salud durante las 24 horas del día y se establecen en áreas urbanas de municipios con poblaciones superiores a 20.000 habitantes.

- **Unidad Intermedia**

Se ubica como institución que presta sus servicios en el quinto lugar de la complejidad creciente y se clasifica en el segundo nivel de atención. Ofrece atención permanente de consulta externa y de hospitalización en las áreas de gineco – obstetricia, pediatría, medicina interna y ejecuta programas de cirugía ambulatoria.

- **Hospital Regional “A”**

Se clasifica como un hospital de Nivel II y en el sector lugar de complejidad creciente. Ofrece servicios de atención ambulatoria y hospitalización en las áreas de medicina interna, gineco – obstetricia,

psiquiatría y pueden agregar otras especialidades tales como traumatología, otorrinolaringología y urología.

A estos hospitales se les da autonomía administrativa y financiera y cuentan con patrimonio propio y se les asignan áreas de influencia, constituidas por recursos hospitalarios de Nivel inferior, los cuales deben referir pacientes que demandan atención de este nivel II.

- **Hospital Regional “B”**

Se halla en la séptima grada de la escala de complejidad, creciente y en el tercer nivel de atención.

Se destina a prestar atención ambulatoria y de hospitalización en medicina general, medicina interna, gineco – obstetricia, pediatría, psiquiatría, cirugía general, cardiología, ortopedia, traumatología, cirugía plástica, urología, otorrinolaringología, oftalmología, neonatología y las subespecialidades.

Se ubica en ciudades que cubran a poblaciones de más de 500.000 habitantes y deben servir como sedes para la docencia universitaria en salud.

- **Hospitales Especializados y de Referencia Nacional**

Se le escalafona en el octavo lugar de la escala y está dirigido a ofrecer la más alta tecnología de servicios para satisfacer las necesidades de un sistema orgánico y/o de patologías específicas como cancerología y el trauma.

Por ser de muy alta tecnología sirven de sedes para Educación Universitaria en Salud, tanto para el pregrado como en el post-grado,

en su campo específico de acción. A estos hospitales se les clasifica también en el nivel IV de atención en salud.

Este grupo de hospitales es el más heterogéneo por las características de cada una de ellas. Se ubican en ciudades que permitan prestar sus servicios a poblaciones superiores a un millón de habitantes²⁶.



CARACTERÍSTICAS DEL CENTRO DE PRÁCTICA

• MISIÓN

Somos un centro constituido para ofrecer los servicios de Fisioterapia, rehabilitación, terapia respiratoria y estética, a pacientes con alteraciones físicas temporales o permanentes, utilizando tratamientos individualizados a través de técnicas y con la ayuda de un equipo humano; comprometido con el cumplimiento de los objetivos como son: conseguir la máxima eficacia funcional del paciente e integrarlo como miembro activo de la sociedad.

²⁶ LONDOÑO MALAGON. Op. Cit. Administración Hospitalaria. p. 133 – 137.

- **VISION**

Ser líderes en la prestación de servicios de fisioterapia, rehabilitación, terapia respiratoria y estética, permaneciendo siempre a la vanguardia de los avances científicos y tecnológicos, ofreciendo una excelente atención con ayuda de un recurso humano capacitado e idóneo.

- **RESEÑA HISTORICA**

El Centro de Fisioterapia y Estética CEFIEST E.U., fue creado en 1999, atendiendo las necesidades de los pacientes ubicados en el sur de la ciudad. Nuestro objetivo principal es brindar un excelente servicio de fisioterapia y rehabilitación integral a la comunidad con la ayuda de un grupo profesional de alta calidad y sentido humano, comprometido con los avances científicos y tecnológicos.

El Centro de Fisioterapia y Estética CEFIEST E.U., se encuentra ubicado en la calle 38b, N° 14-57 de la ciudad de Barranquilla.

- **INFRAESTRUCTURA FISICA**

CEFIEST cuenta con una zona de parqueo, entrada de fácil acceso para los pacientes, sala de espera, recepción, gimnasio, tres salones para fisioterapia, 6 camillas, y baños para los pacientes.

- **OBJETIVO GENERALES**

- Brindar atención integral al individuo con alta calidad y calidez.
 - Integrar al paciente como miembro activo de la sociedad.
-

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Evaluar las condiciones físicas del individuo.
- Determinar los procedimientos y técnicas adecuadas que optimizen la rehabilitación del paciente.
- Desarrollar programas de promoción y prevención da salud en busca de un mejor bienestar del individuo.
- Brindar recomendaciones a los pacientes, para una recuperación adecuada en el menor tiempo posible.

• VALORES

- Compromiso social
- Ética profesional
- Respeto
- Responsabilidad
- Honestidad
- Solidaridad
- Tolerancia

• SERVICIO QUE PRESTAN

Los servicios que se ofrecen son:

- Terapia física
 - Terapia de lenguaje
 - Terapia ocupacional
 - Psicología
 - Programas de promoción y prevención
-

- Neurodesarrollo
- Terapia respiratoria

• **TARIFA**

CEFIEST mantiene las tarifas ISS y SOAT vigentes, y están disponibles a pactar en común acuerdo las tarifas con los prestadores de servicios y clientes.

• **RECURSO HUMANO**

□ **ROSIRIS JANER**
Fisioterapia
Universidad Metropolitana.

□ **NERY ALVAREZ**
Fisioterapeuta
Universidad Metropolitana.

□ **ERICKA ALMEIDA**
Terapista Ocupacional
Universidad Metropolitana.

□ **JACKELINE MANZUR**
Psicóloga
Universidad Norte

- SECRETARIA DE SALUD DISTRITAL

EL JEFE DEL GRUPO DE GARANTIA DE CALIDAD CERTIFICA:

Que la IPS Centro de Fisioterapia y Estética E.U. ubicada su sede principal en el distrito de Barranquilla en la calle 38b N° 14-57, representada legalmente por ROSIRIS DEL CARMEN JANER PEREIRA, identificada con la CC 32.676.003 Barranquilla, se encuentra en el registro especial de prestadores de servicio de salud, con los siguientes datos:

Teléfono: 3633591

Fax: 3633591

NIT: N° 802024820-6

N° Radicación: 02409

Código del prestador: 0800102409

Fecha de Radicación: 10-08-2004

Fecha de Vencimiento: 09-08-2007

COD	SERVICIOS CONSULTA EXTERNA	MODALIDAD AMB. HOSP.		GRADO DE COMPLEJIDAD BAJ. – MED. – ALT.
314	Fisioterapia	X		
327	Medicina Física y Rehabilitación	X		
344	Psicología	X		
351	Terapia de Lenguaje	X		
352	Terapia Ocupacional	X		
353	Terapia Respiratoria	X		

• MATERIALES

- Ultrasonido
 - Tens
 - Lámpara infrarroja
 - Gimnasia pasiva
 - Tanque de parafina
 - Paquetes húmedo caliente o CHC
 - Paquetes eléctricos calientes
 - Masajeador manual y eléctricos
 - Gimnasio
 - Caminador
 - Escalador
 - Bicicletas estáticas
 - Escalerilla para dedos
 - Rueda de hombro
 - Barras paralelas, frente a un espejo
 - Mesa de cuadriceps
 - Remos
 - Tabla de funciones
 - Pesas
 - Bandas elásticas; theran-ban, teratubi
 - PULMO AIDE
 - Plastilina
 - Dijiflex
 - Rodillos
 - Resortes
 - Poleas
 - Aparato de prono-supinación
 - Balones terapéuticos de todos los tamaños
 - Bolitas desentresantes para manos
-

- Velcros
- Vendas
- Toallas
- Aceite, gel
- Balancín
- Colchonetas
- Camillas
- Hidratador de manos
- Banda termina
- Peso
- Paquetes fríos- cold pack
- Hidrocollector
- Manta térmica estética
- Metro
- Dermo cell
- Primeros auxilios
- Señalización vía de evacuación si se presenta alguna emergencia
- Extintor de incendios

• **PROCEDENCIA**

- * Barrios sur de la ciudad de Barranquilla y área rural, barrios aledaños.
- * Atiende afiliados de las siguientes entidades:
 - SUSALUD (EPS).
 - COOMEVA PREPAGADA.
 - ARP COLPATRIA.
 - AGRICOLA DE SEGUROS.

Siendo con más demanda de servicio: Susalud y ARP Colpatría.

• ACTUALIZACIÓN DE LA FISIOTERAPEUTA

Rosiris Janer – Fisioterapeuta, egresada de la Universidad Metropolitana.

- Especialización en Pedagogía de las ciencias.
- Diplomado en Estética Corporal. 2002.
- Gerencia en instituciones de salud, Agosto 2 a Noviembre 22 del 2003.
- Salud Ocupacional, Agosto 9 a Diciembre 6 del 2003.
- Seminario Maderoterapia en el 2003.
- Internacional de Análisis de la Marcha y Biomecánica de los tejidos. 16 al 19 de Mayo y del 22 – 24 de Junio del 2005.
- Rehabilitación Integral Pulmonar en pacientes con enfermedades crónicas. Septiembre 2001.
- Técnicas Aplicadas en Celulitis. Tratamiento reafirmante para glúteos y busto. Octubre del 2002.

*** NIVEL DE COMPLEJIDAD DEL CENTRO: 2º NIVEL**

- PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN:

- Lumbalgia.
 - Ciática.
 - Síndrome del Túnel Carpiano.
 - Artrosis.
 - Hombro doloroso.
 - Esquinca de tobillo.
 - Síndrome doloroso cervical.
 - Síndromes miofaciales.
 - Fascitis plantar.
 - Parálisis de Bell.
-

- Escoliosis.
 - FX de Colles.
 - FX de Tibia y Peroné.
 - Meniscopatías.
 - Lesión del ligamento.
 - Hemiplejia.
 - Parkinson.
 - Esclerosis múltiple.
 - Cifosis.
 - Luxación de rótula.
-

6.2 MARCO ESPACIAL

Esta investigación se realizó en el Centro de Fisioterapia y Estética (CEFIEST) en la ciudad de Barranquilla.

6.3 MARCO TEMPORAL

Los datos obtenidos para la realización de esta investigación fue recolectada en el periodo comprendido de Enero – Noviembre 2006.

7. METODOLOGIA

7.1 TIPO DE ESTUDIO

Es descriptivo, por que esta dirigido a determinar “como es” la calidad del servicio en CEFIES, dándonos la base y el punto de partida para otros tipos de estudio como el evaluativo, por medio del cual mediremos los resultados obtenidos; es de corte transversal debido a que se realizara en un tiempo determinado de Septiembre a Octubre del 2006, con los usuarios que asistan al servicio; y retrospectivo porque nos remitimos a las historias de junio 2004 a Noviembre del 2005 en el aspecto de demanda del servicio.

7.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

Se cuenta con dos tipos de población; para la variable Demanda del servicio de Fisioterapia correspondió a las Historia Clínicas de los pacientes que asistieron en los años comprendidos de Junio 2004 – Noviembre 2005; por medio de la siguiente formula se obtuvo la muestra de la población a trabajar:

$$n = \frac{N}{1 + N (E)^2} = n = \frac{1076}{1 + 1076 (0.0025)^2} = 291$$

Que arrojo 291 historias clínicas con la cual se trabajó.

Para las variables Proceso de Atención y Satisfacción del Usuario se identificó la población que asistió en el mes de Agosto 2006, dando como resultado 120 usuarios en dicho mes encuestado el 41.6% de la población.

7.2 UNIDAD DE ANÁLISIS

La Unidad de Análisis de esta investigación fueron las Historias Clínicas, Usuarios y Recurso Humano de CEFIEST en Septiembre a Octubre del 2006.

7.3 FUENTES DE INFORMACIÓN:

La fuente de información de este tipo primaria, puesto que se obtiene mediante observación de la infraestructura – equipos; el proceso de atención a los usuarios que asisten a CEFIEST; con el desarrollo de formularios específicos en donde se obtuvo la información requerida para dicha investigación,(Formulario de Observación, Infraestructura y Equipos) (ver anexo 1), Posteriormente la realización de encuestas a los usuarios para evaluar la satisfacción de estos con el servicio prestado en CEFIEST (ver anexo 2). Seguidamente la recolección de información al personal que labora en CEFIEST (Fisioterapeutas), con el fin de conocer acerca del grado de actualización y/o capacitación que estos reciben para lograr así un mejor desempeño en sus actividades laborales que les permitan crecer en conocimientos (ver anexo 3); igualmente se realizó una Encuesta acerca de los insumos de estética con que cuenta CEFIEST (ver anexo 4).

Otra fuente de información utilizada es la secundaria, porque se recurrió a la revisión de las Historias Clínicas de los años Junio 2004 – Noviembre 2005, a través de un instrumento de recolección de información según la variable demanda (ver anexo 5), la cual permitió obtener la muestra de la población a trabajar (ver anexo 6).

NOMBRE	DEFINICIÓN	CLASE	NIVEL DE MEDICIÓN	ESCALA
MACROVARIABLE DEMANDA	Clasificación de hombres y mujeres, teniendo en cuenta numerosos criterios; entre ellos las características anatómicas y cromosómicas.	Cualitativa.	Nominal.	Masculino – Femenino.
SUBVARIABLES SEXO				
EDAD	Fase del desarrollo, caracterizada por madurez física y mental.	Cuantitativa.	Intervalo.	13 – 20 21 – 28 29 – 36 37 – 44 45 – 52 53 – 60 61 – 68 69 – 76
OCUPACION	Obra retribuida como resultado de la actividad humana.	Cualitativo.	Nominal.	Comerciante, Deportista, Universitaria, Secretaria, Obrero, Trabajador Independiente, Ama de Casa, Bachiller, Otros.
PATOLOGIA		Cualitativa.	Nominal.	Ciática, Sind. del Túnel de Carpo, Artrosis, Sind. Miotascales, Fascitis Plantar, Parálisis de Belli, Escoliosis, Fx de Colles, Fx de Tibia y Peroné, Meniscopatías, Lesión de ligamentos, Hemiplejía, Parkinson, Esclerosis Múltiple, Cifosis, Luxación de Rotula, Lumbalgia, Esguince de Tobillo, Hombro doloroso, Cervicodorsalgia, Celulitis, Lipodistrofia.
FORMACION DE RECURSO HUMANO	El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumplen con los requisitos exigidos por el estado, para ejercer la profesión u oficio.	Cualitativa.	Nominal.	Especialistas, profesional, tecnólogos, auxiliares, diplomados.

NOMBRE	DEFINICIÓN	CLASE	NIVEL DE MEDICIÓN	ESCALA
INFRAESTRUCTURA FÍSICA	Conjunto de elementos que se consideran necesarios para la creación y funcionamiento de una organización.	Cualitativo.	Ordinal.	Excelente, Buena, Aceptable, Mala.
GRADO DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO	Razón, acción o modo con que se sosiega y responde enteramente a una queja, petición, sentimiento o razón contraria.	Cualitativo.	Nominal.	<ul style="list-style-type: none"> - Tiempo para las citas. - Abordaje del Fisioterapeuta al paciente. - Presentación del profesional. - Trato del personal con los usuarios. - Tiempo de espera para su atención. - Duración de la terapia. - Recomendaciones a tener en cuenta en la Casa. - Resultados del tratamiento.
CALIDAD DE EQUIPOS	Conjunto de utensilios o aparatos especiales para un fin determinado.	Cualitativo.	Nominal	<p>Tens, Ultrasonido, Vibradores, Infrarrojos, Bicicletas, Corriente Galvánica y Farádica, Tanque de Parafina, Compresas Húmedo Calientes, Compresas Frias, Balones Terapéuticos, Bastones, Poleas, Balancín, Bandas Elásticas, Colchonetas, Barras Paralelas, Mecanoterapia, Pesas, Vacunterapia, Manta Térmica, Kit Madero Terapia, Gimnasia Pasiva, Kit Primeros Auxilios, Escalerilla para dedos, Bandas Sin Fin, Caminadores, Hidrocolector, Rueda de Hombro, Bicicleta, Silla de Ruedas, Muletas.</p> <p>Buen estado, Regular estado, Mal estado.</p>
PROCESO DE	Proceso mediante el cual se	Cualitativo.	Nominal.	-Tiempo de la sesión de

ATENCIÓN	evalúa la atención que recibe el usuario a la hora que ingresa, durante y después de solicitar el servicio de Fisioterapia.			fisioterapia - Indicaciones por parte del terapeuta. - Revisión constante de los medios físicos.
INSUMOS DE ESTÉTICA	Elementos mediante el cual son utilizados para la aplicación de un tratamiento estético.	Cuantitativo.	Nominal.	- Cremas - BUEN ESTADO - Aceites - MAL ESTADO - Soluciones: - REGULAR - Anestésicas ESTADO - liporeductoras

7.6 PROCESO DE RECOLECCIÓN Y TABULACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Los resultados de dicho estudio se presentarán a través de tablas y gráficos, donde por medio de estas nos arrojaron resultados de las encuestas, entrevistas y observaciones realizadas, por medio del cual se realizó un cronograma de actividades (ver anexo 7), con el fin de tener una organización con respecto a los días que se asistirían a CEFIEST para llevar a cabo el desarrollo de las actividades.

8. PLAN DE ANALISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

INFRAESTRUCTURA FÍSICA

Se observó con respecto a la infraestructura física que el espacio del lugar donde se presta el servicio de Fisioterapia es muy reducido, para la demanda de pacientes que asistan diariamente a CEFIEST; no hay clasificación de los cubículos por sexo, permitiendo así la no privacidad entre ambos géneros; los pisos no son antideslizantes, pero a pesar de éstos no hay alto riesgo de accidentes, debido a la precaución al momento de adecuar el centro (limpieza).

EQUIPOS

A la aplicación de este instrumento se observó que CEFIEST cuenta con una variedad de equipos, insumos, pero que a su vez algunos de éstos se encuentran en mal estado como las compresas húmedo calientes, pesas, otros en regular estado como las colchonetas, kit de primeros auxilios, balones terapéuticos, bicicleta estática; y no existen algunos implementos que son de suma importancia como silla de ruedas, muletas, bastones, hidroclector, poleas, donde se consideran importantes para la buena prestación del servicio de Fisioterapia.

Tabla No. 1. Distribución de Sexo – Edad en el período comprendido de Junio 2004 – Noviembre 2005 en el Centro de Fisioterapia y Estética (CEFIEST).

SEXO \ EDAD	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
1 – 8	5	1,72%	3	1,03%	8	2,75%
9 – 16	3	1,03%	2	0,69%	5	1,75%
17 – 24	5	1,72%	10	3,44%	15	5,16%
25 – 32	24	8,25%	28	9,62%	57	17,87%
33 – 40	35	12,03%	37	12,71%	72	24,74%
41 – 48	24	8,25%	27	9,28%	51	17,53%
49 – 56	24	8,25%	18	6,19%	42	14,44%
57 – 64	14	4,81%	5	1,72%	19	6,53%
65 – 72	15	5,15%	5	1,72%	20	6,87%
73 - 80	4	1,37%	2	0,69%	6	2,06%
81 – 83	1	0,34%	0	0,00%	1	0,34%
TOTAL	154	52,92%	137	47,08%	291	100%

ANÁLISIS

La Tabla No. 1., nos muestra que el sexo de más prevalencia con un 52.92% es el femenino y la edad prevalente es de 33 – 40 años con un 24.74%.

Gráfica No. 1

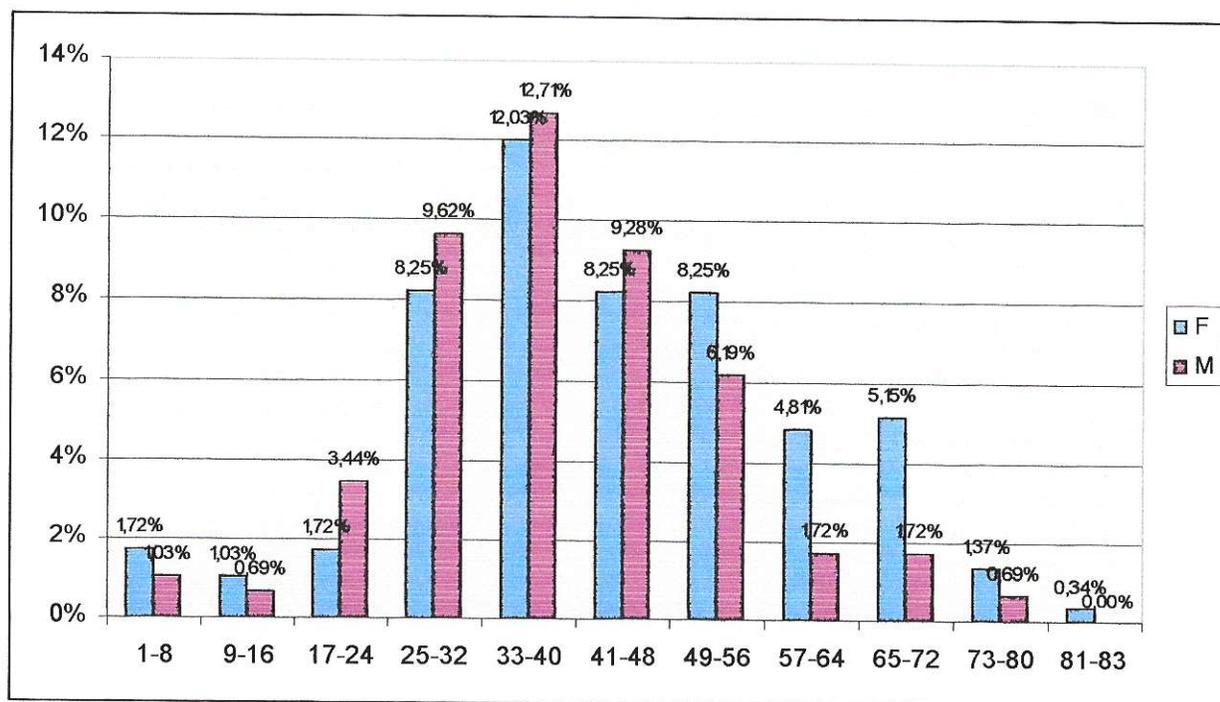


Tabla No. 2. Relación del Sexo – Patología en el período comprendido de Junio 2004 – Noviembre 2005 en el Centro de Fisioterapia y Estética (CEFIEST).

SEXO PATOLOGIA	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
LUMBALGIA	28	9,62%	23	7,90%	51	17,52%
Fx. M. S.	9	3,09%	19	6,53%	28	9,62%
S. T. C.	11	3,78%	6	2,06%	17	5,84%
DORSALGIA	11	3,78%	3	1,03%	14	4,81%
CERVICALGIA	10	3,44%	2	0,69%	12	4,13%
FX. M. I.	2	0,69%	9	3,09%	11	3,78%
HOMBRO DOLOROSO	4	1,37%	5	1,72%	9	3,09%
TENDINITIS	3	1,03%	6	2,06%	9	3,09%
ESQUINCE	5	1,72%	3	1,03%	8	2,75%
SINOVITIS	6	2,06%	1	0,34%	7	2,4%
OTRAS	67	23,02%	58	19,93%	125	42,95%
TOTAL	156	53,61%	137	46,39%	293	100%

ANÁLISIS

Según la tabla No. 2 se observa que la patología más frecuente es la lumbalgia con 51 casos y un porcentaje de 17.52%, con mayor prevalencia en el sexo femenino arrojando un porcentaje de 9.62%, seguida del sexo masculino con un porcentaje del 7.90%.

Gráfica No. 2

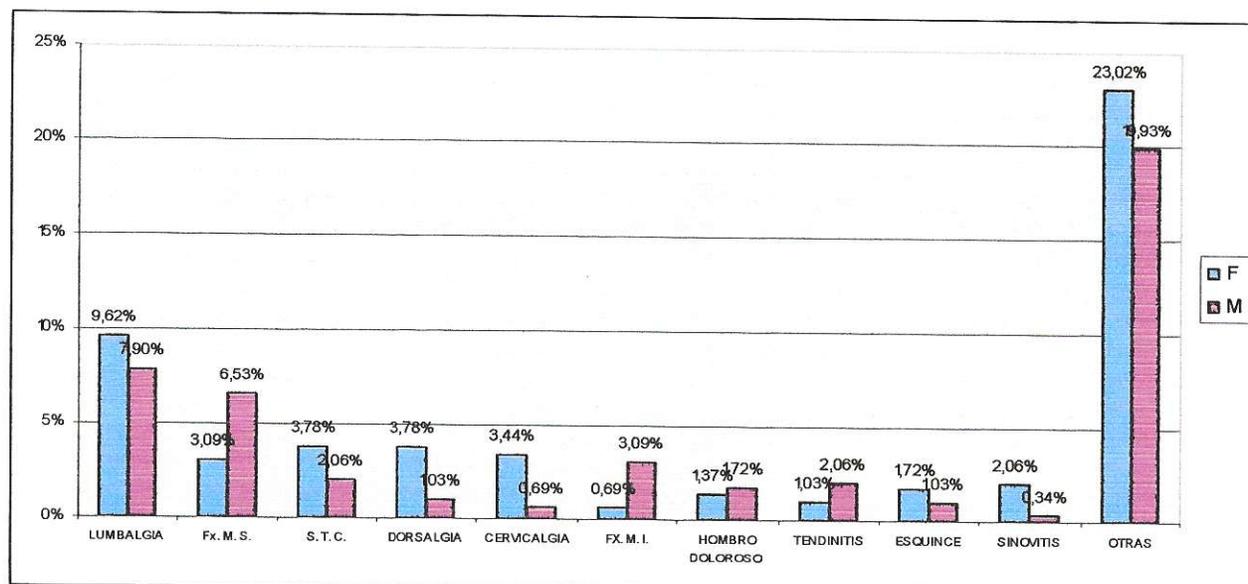


Tabla No. 2.1. Distribución del Sexo con relación a la patología en el período comprendido de Junio 2004 – Diciembre 2004 en el Centro de Fisioterapia y Estética (CEFIEST).

PATOLOGIA \ SEXO	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
LUMBALGIA	13	11,82%	10	9,09%	23	20,91%
Fx. M. S.	5	4,55%	5	4,55%	10	9.1%
S. T. C.	4	3,64%	2	1,82%	6	5.46%
DORSALGIA	6	5,45%	0	0,00%	6	5.45%
CERVICALGIA	4	3,64%	2	1,82%	6	5.46%
FX. M. I.	1	0,91%	5	4,55%	6	5.46%
HOMBRO DOLOROSO	2	1,82%	3	2,73%	5	4.55%
TENDINITIS	1	0,91%	1	0,91%	2	1.82%
ESQUINCE	4	3,64%	1	0,91%	5	4.55%
SINOVITIS	1	0,91%	1	0,91%	2	1.82%
OTRAS	20	18,18%	19	17,27%	39	35.45%
TOTAL	61	55,45%	49	44,55%	110	100%

ANÁLISIS

Según la tabla No. 2.1 se observa que la patología más frecuente en el segundo semestre del 2004 es la Lumbalgia con un 11.82%, con mayor prevalencia en el sexo femenino.

Gráfica No. 2.1.

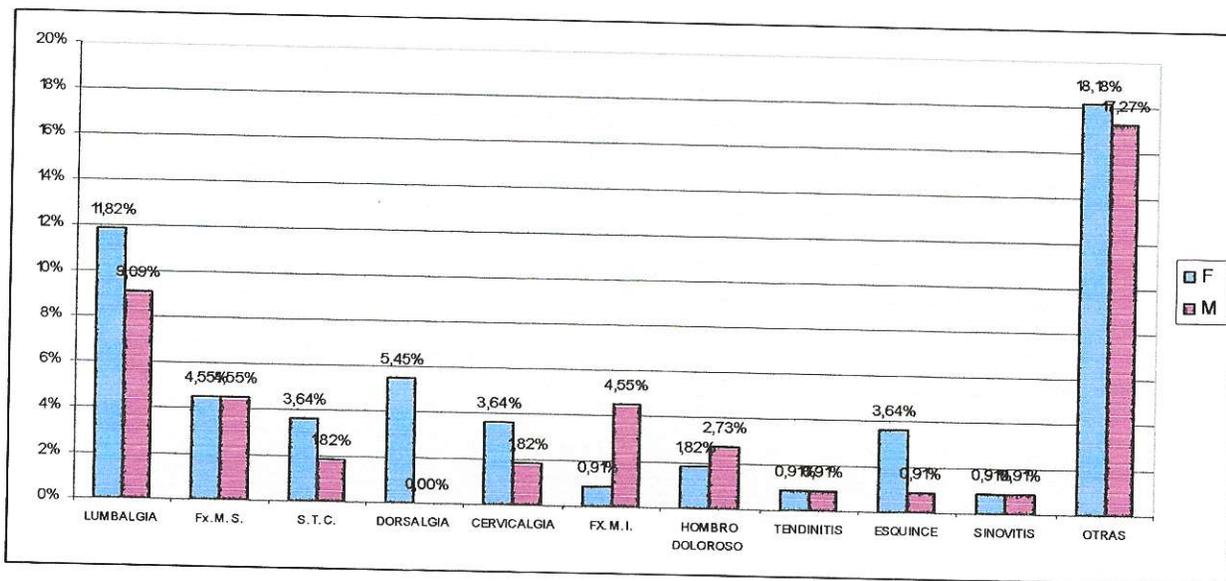


Tabla No. 2.2. Relación del Sexo con relación a la patología en el período comprendido de Enero 2005 – Junio 2005 en el Centro de Fisioterapia y Estética (CEFIEST).

SEXO PATOLOGIA	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
LUMBALGIA	6	6,74%	23	20,91%	10	11,23%
Fx. M. S.	0	0,00%	10	9,1%	7	7,87%
SINDR.TUNEL CARPIANO	2	2,25%	6	5,46%	5	5,62%
DORSALGIA	2	2,25%	6	5,45%	2	2,25%
CERVICALGIA	2	2,25%	6	5,46%	2	2,25%
FX. M. I.	1	1,12%	6	5,46%	3	3,37%
HOMBRO DOLOROSO	2	2,25%	5	4,55%	3	3,37%
TENDINITIS	2	2,25%	2	1,82%	7	7,87%
ESQUINCE	1	1,12%	5	4,55%	2	2,24%
SINOVITIS	3	3,37%	2	1,82%	3	3,37%
OTRAS	24	26,97%	39	35,45%	45	50,57%
TOTAL	45	50,56%	110	100%	89	100%

ANÁLISIS

Según la tabla No. 2.2 nos arroja como resultado que la patología más frecuente es la Lumbalgia, con 10 casos y un porcentaje del 11,23% siendo predominante en el sexo femenino con un 6,74%.

Gráfica No. 2.2

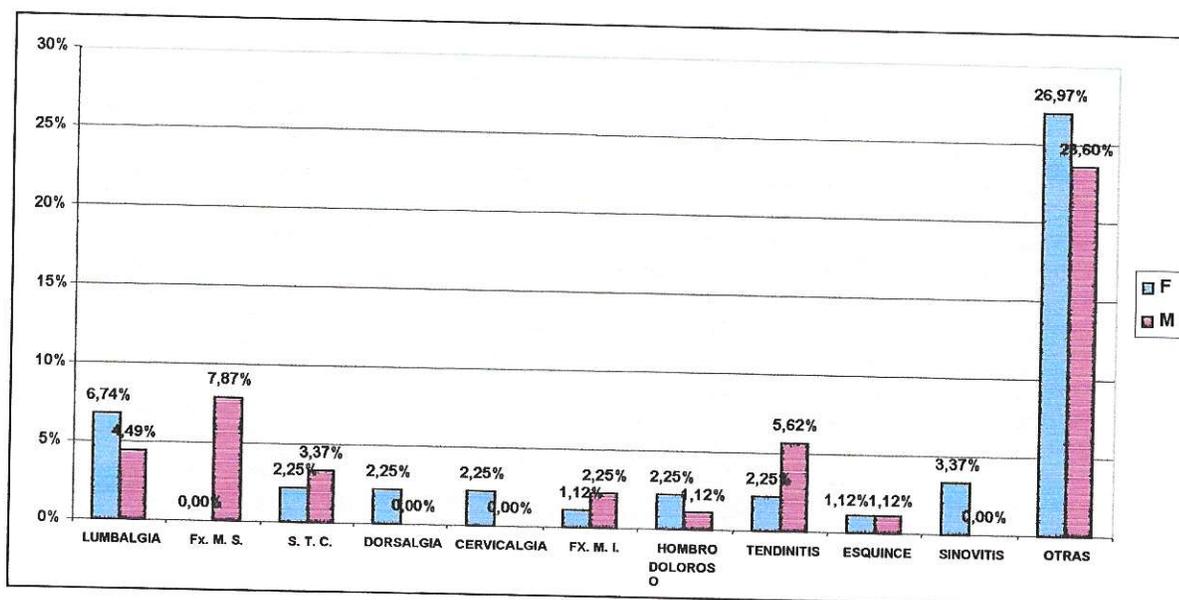


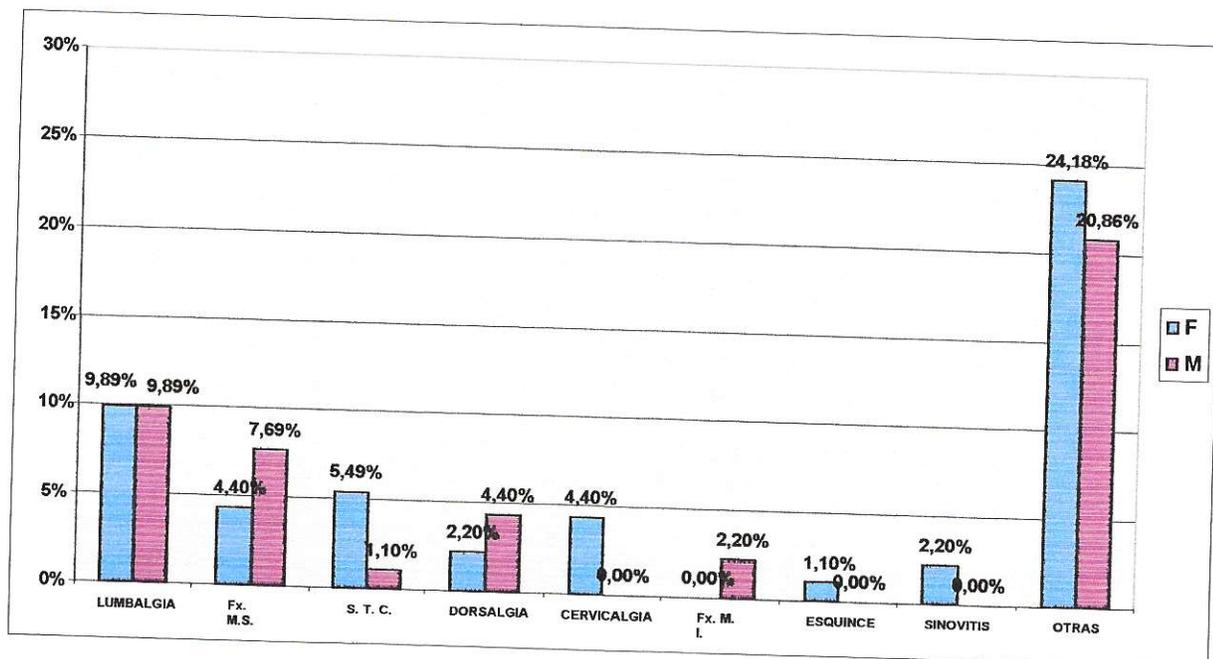
Tabla No. 2.3. Relación del Sexo con relación a la patología en el período comprendido de Julio 2005 – Noviembre 2005 en el Centro de Fisioterapia y Estética (CEFIEST).

SEXO \ PATOLOGIA	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
LUMBALGIA	9	9,89%	9	9,89%	18	19,78%
Fx. M. S.	4	4,40%	7	7,69%	11	12,06%
SINDR. TUNEL CARPIANO	5	5,49%	1	1,10%	6	6,59%
DORSALGIA	2	2,20%	4	4,40%	6	6,6%
CERVICALGIA	4	4,40%	0	0,00%	4	4,40%
FX. M. I.	0	0,00%	2	2,20%	2	2,20%
ESQUINCE	1	1,10%	0	0,00%	1	1,10%
SINOVITIS	2	2,20%	0	0,00%	2	2,20%
OTRAS	22	24,18%	19	19,78%	41	43,96%
TOTAL	49	53,85%	42	46,15%	91	100%

ANÁLISIS

Según la tabla No. 2.3 nos muestra que la patología más frecuente es la Lumbalgia con mayor prevalencia en ambos sexos, con un porcentaje de 19.78%.

Gráfica No. 2.3



PROCESO DE ATENCIÓN DEL USUARIO POR PARTE DEL PERSONAL QUE LABORA EN CEFIEST

En el proceso de atención se observaron muchas irregularidades debido a que la Secretaria o Recepcionista es la encargada de colocar los medios físicos a los usuarios, donde no hay una revisión periódica para darse cuenta de cómo se está sintiendo el paciente con la modalidad física aplicada. Seguidamente de lo anterior al momento de aplicar el tratamiento éste se realiza demasiado rápido o en muy corto tiempo que no permite tener una excelente satisfacción a los usuarios.

A su vez se observaron ciertas falencias que la mayoría de los pacientes no se percatan de ellas, debido a que no tienen el conocimiento adecuado necesario acerca de la importancia que tiene el cuidado constante posterior a la aplicación de cualquier tratamiento y aplicado únicamente por el personal especializado en cada campo de trabajo en CEFIEST, y los que sí, tienden a dejarlas pasar por alto, respondiendo a las encuestas con satisfacción.

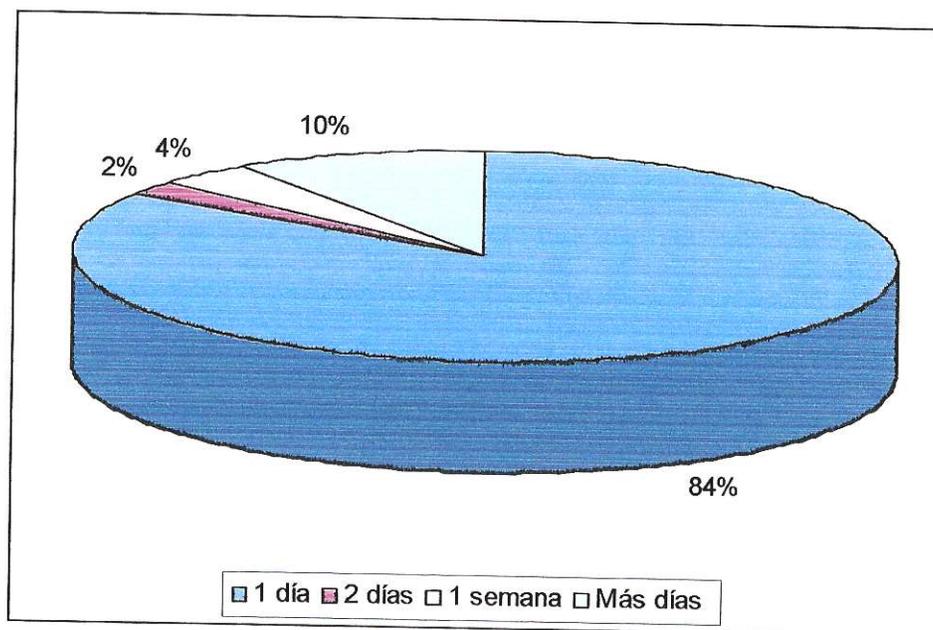


EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO AL PROCESO DE ATENCIÓN

¿Con cuánto tiempo en días le dieron citas para tratamiento en Fisioterapia?	FRECUENCIA	%
1 Día	42	84
2 Días	1	2
1 Semana	2	4
Más Días	5	10
TOTAL	50	100%

Análisis: Según la tabla No. 4 se le asigna la cita al 84% de los usuarios que asisten a CEFIEST en un día y al 2% en dos días.

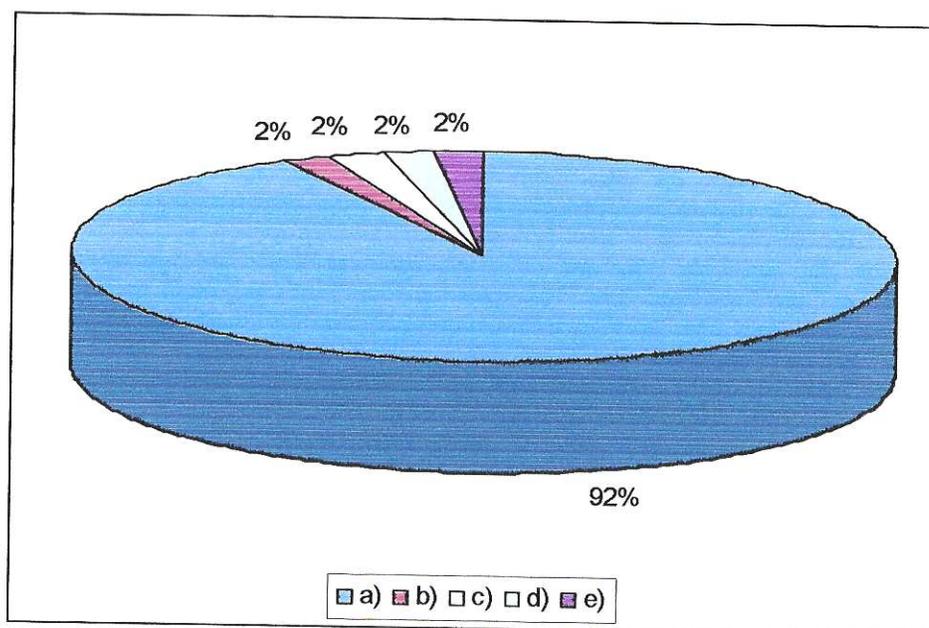
Grafico No. 4



Antes de realizar un procedimiento el profesional:	FRECUENCIA	%
a) Se presenta, lo llama por su nombre, le explica el procedimiento.	46	92
b) Sólo se presentó y no le explicó el procedimiento.	1	2
c) Le explicó el procedimiento y no lo llamó por su nombre.	1	2
d) Solamente le realizó el procedimiento.	1	2
e) No respondió la pregunta	1	2
TOTAL	50	100%

Análisis: Según la tabla No. 5 el 60% de los usuarios que asisten a CEFIEST responden que el profesional revisa el procedimiento constantemente.

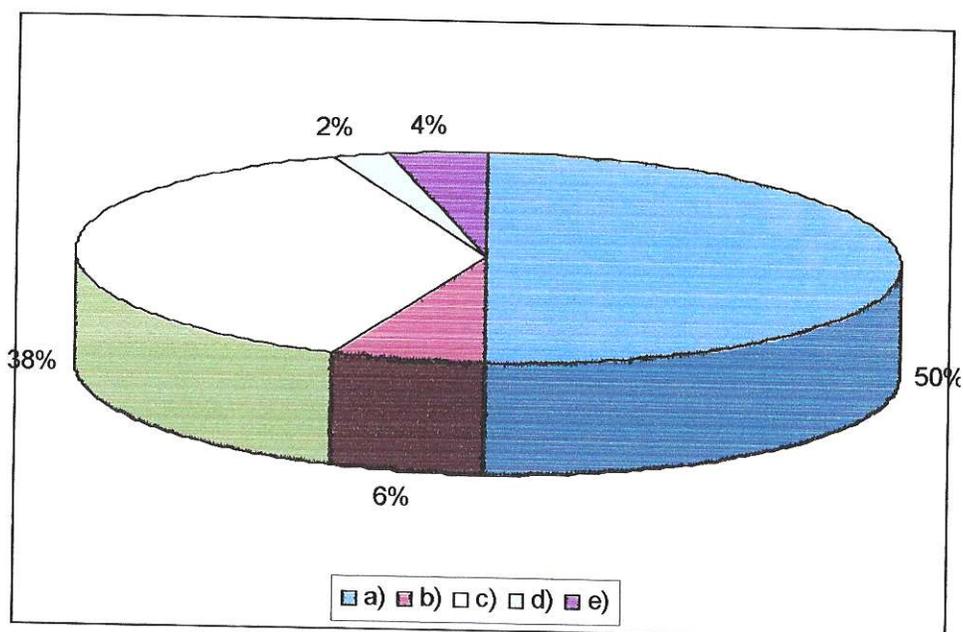
Gráfico No. 5



Al momento de la llegada por primera vez al servicio de Fisioterapia, la evaluación realizada fue:	FRECUENCIA	%
a) Verbal.	25	50
b) Con realización de actividades	3	6
c) Mixta (ítems anteriores).	19	38
d) No se realizó evaluación.	1	2
e) No respondió la pregunta	2	4
TOTAL	50	100%

Análisis: Según la tabla No. 6 el 92% de los usuarios que asisten a CEFIEST responden que el profesional se presenta lo llama por su nombre y le explica el procedimiento y el 8% responde todas las anteriores.

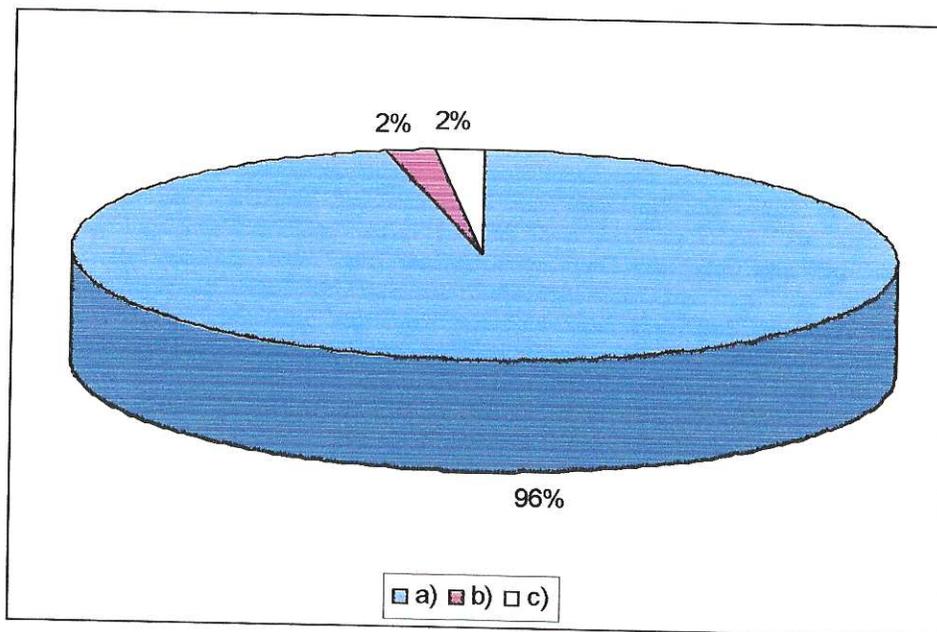
Grafico No. 6



Considera Usted que la presentación personal del profesional es:	FRECUENCIA	%
a) Adecuada.	48	96
b) Parcialmente adecuada.	1	2
c) No respondió la pregunta	1	2
TOTAL	50	100%

Análisis: Según la tabla No. 7 el 50% de los usuarios que asisten a CEFIEST responden que la evaluación por primera vez fue verbal y el 2% no se le realizó evaluación.

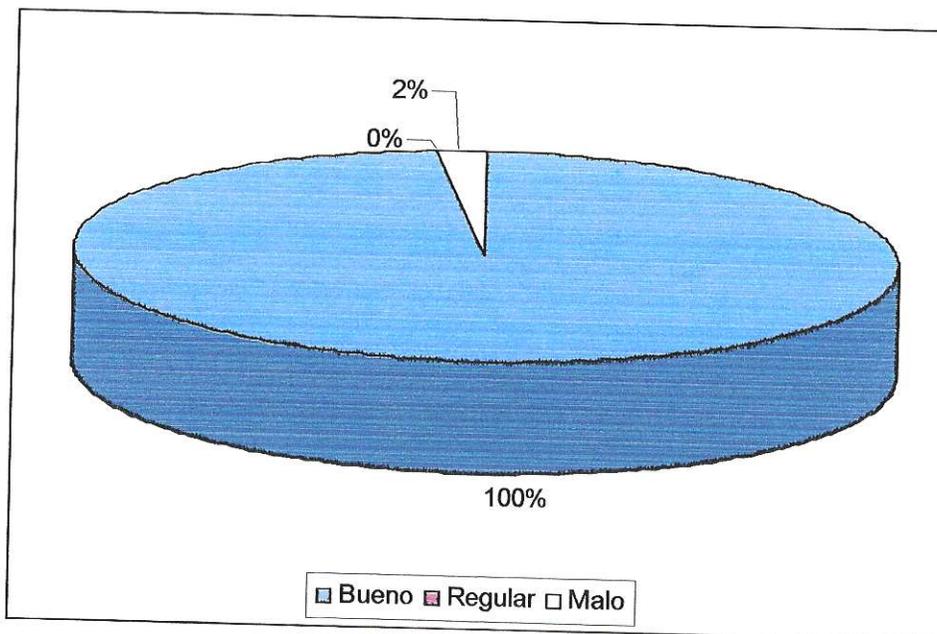
Grafica No. 7



¿Cómo fue el trato de la Secretaria y/o Recepcionista al Usted ingresar al Centro?	FRECUENCIA	%
Bueno	50	100
Regular	0	0
Malo	0	0
TOTAL	50	100%

Análisis: Según la tabla No. 8 el 96% de los usuarios que asisten a Cefiest responden que la presentación personal del profesional es adecuada y el 2% que es parcialmente adecuada.

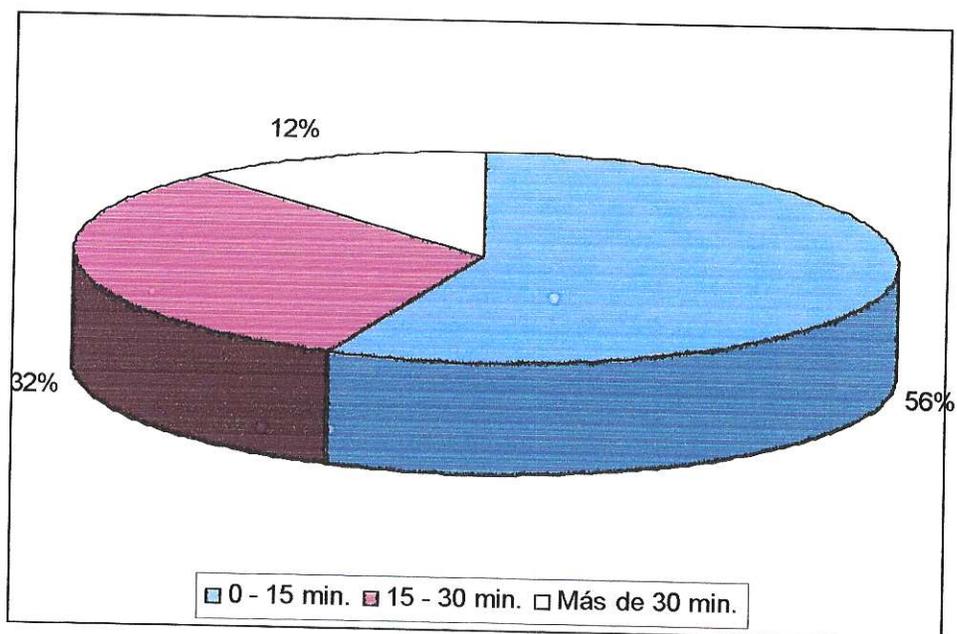
Grafico No. 8



El tiempo de espera que transcurre desde la llegada al Centro hasta su atención es de:	FRECUENCIA	%
0 – 15 min.	28	56
15 – 30 min.	16	32
Más de 30 min.	6	12
TOTAL	50	100%

Análisis: Según la tabla No. 9 el 100% de los usuarios que asisten a CEFIEST responden que el trato de la secretaria al ingresar fue bueno.

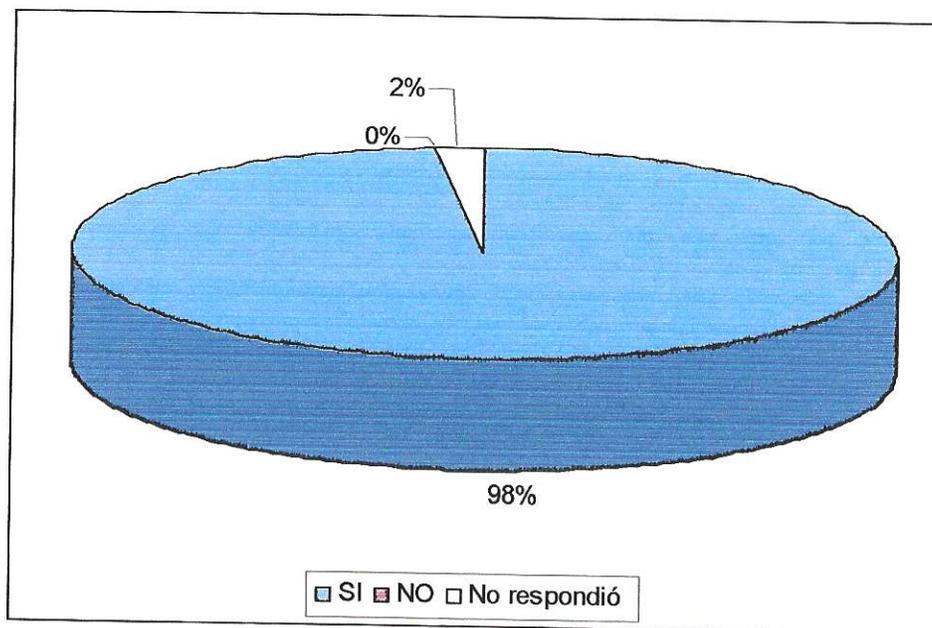
Grafica No. 9



¿Se le dan instrucciones claras y amables al momento de iniciar la sesión de terapia?	FRECUENCIA	%
SI	49	98
NO	1	2
TOTAL	50	100%

Análisis: Según la tabla No. 10 el 56% de los usuarios que asisten a CEFIEST responden que el tiempo de espera es de 0 a 15 minutos y el 12% más de 30 minutos.

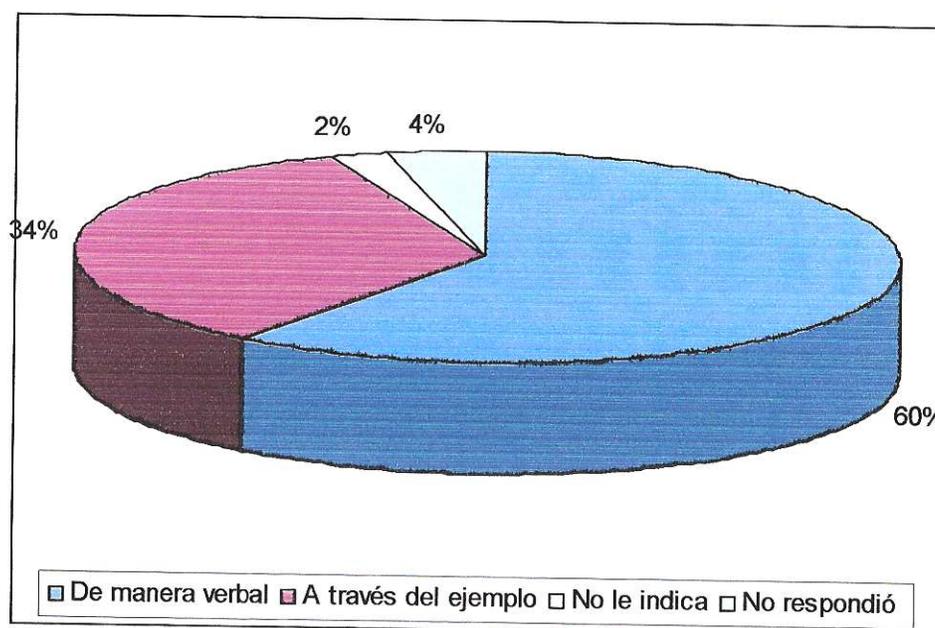
Gráfica No. 10



Al momento de realizar los procedimientos activos (ejercicios) el terapeuta le indica:	FRECUENCIA	%
De manera verbal	30	60
A través del ejemplo	17	34
No le indica	1	2
No respondió la pregunta	2	4
TOTAL	50	100%

Análisis: Según la tabla No. 11 el 98% de los usuarios que asisten a CEFUEST responden que se le dan instrucciones claras y amables al iniciar la terapia y el 2% no se le dan instrucciones.

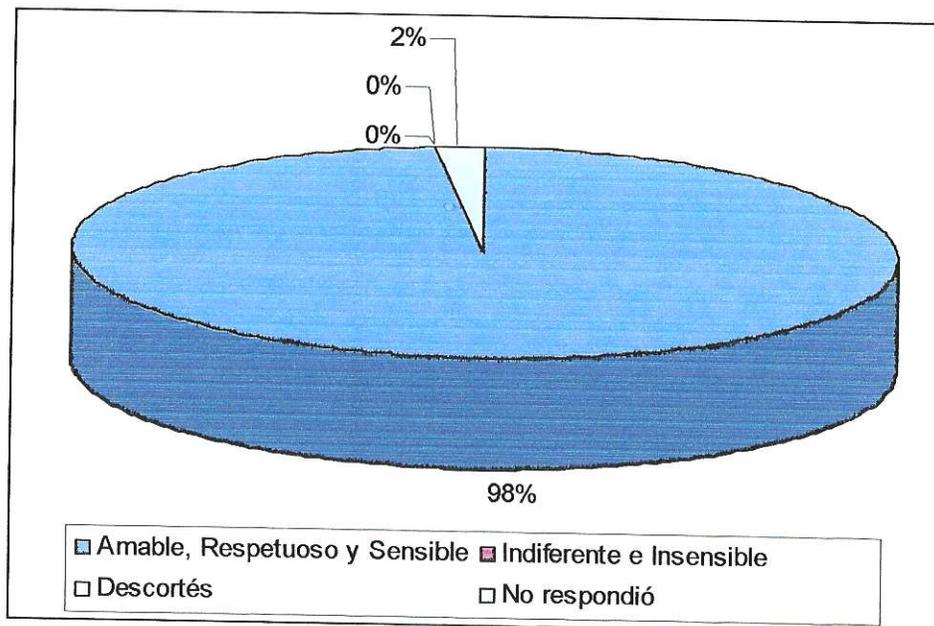
Grafica No. 11



Durante la realización de los procedimientos el profesional fue:	FRECUENCIA	%
Amable, Respetuoso y Sensible	49	98
Indiferente e Insensible	0	0
Descortés	0	0
No respondió la pregunta	1	2
TOTAL	50	100%

Análisis: Según la tabla No. 12 el 60% de los usuarios que asisten a CEFIEST responden que al realizar los ejercicios el terapeuta le indica de manera verbal y el 2% no se indica.

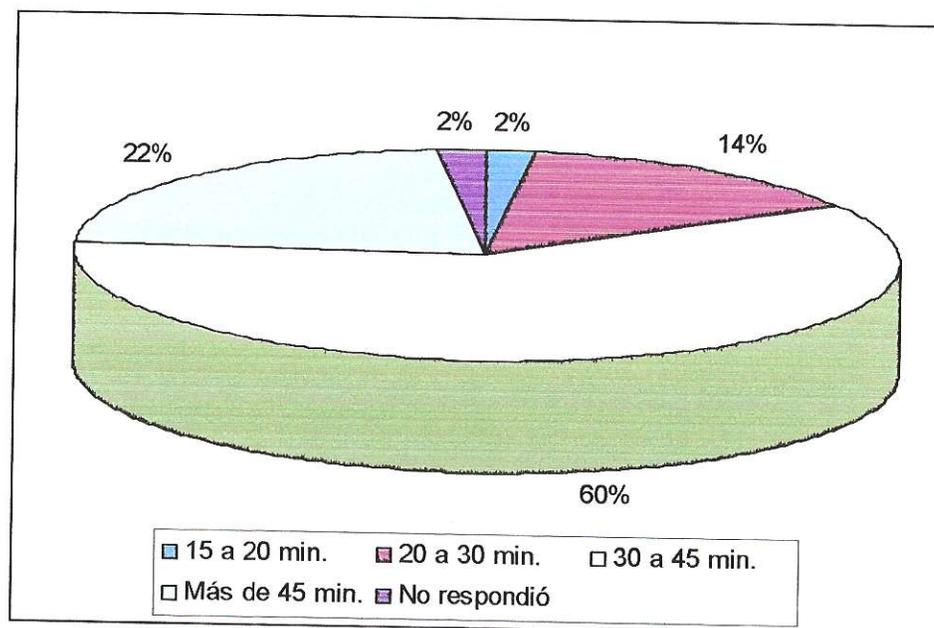
Grafica No. 12



Su sesión de terapias tiene un tiempo de duración de:	FRECUENCIA	%
15 a 20 min.	1	2
20 a 30 min.	7	14
30 a 45 min.	30	60
Más de 45 min.	11	22
No respondió la pregunta	1	2
TOTAL	50	100%

Análisis: Según la tabla No. 13 el 98% de los usuarios que asisten a CEFIEST responden que durante la realización del procedimiento el profesional es amable, respetuoso y sensible.

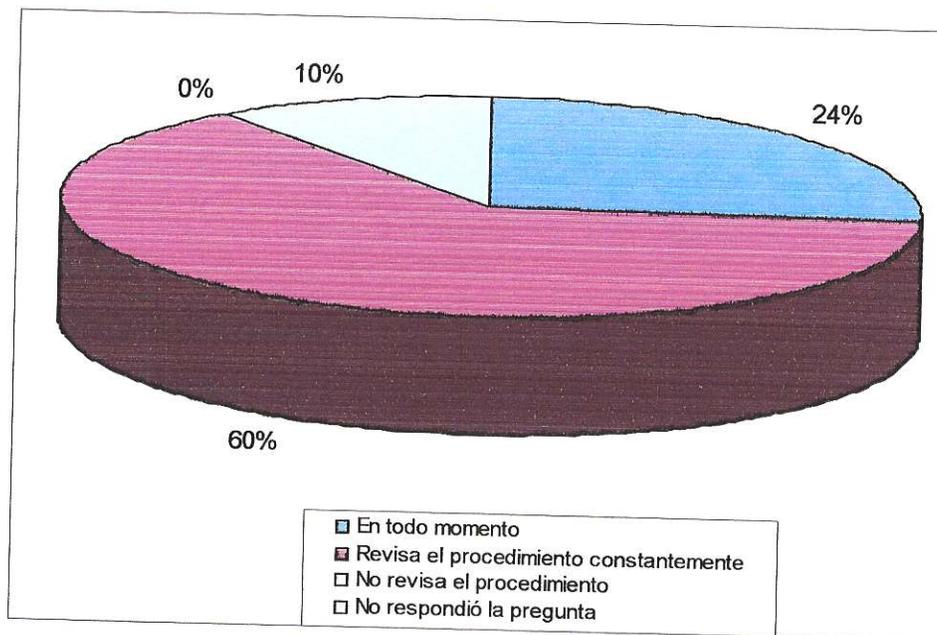
Grafica No. 13



¿Durante la realización de la terapia, el Fisioterapeuta está con usted?	FRECUENCIA	%
En todo momento	12	24
Revisa el procedimiento constantemente	30	60
No revisa el procedimiento	0	0
No respondió la pregunta	8	10
TOTAL	50	100%

Análisis: Según la tabla No. 14 el 60% de los usuarios que asisten a CEFIEST responden que la sesión de terapia dura de 30 a 45 minutos y el 2% de 15 a 20 minutos

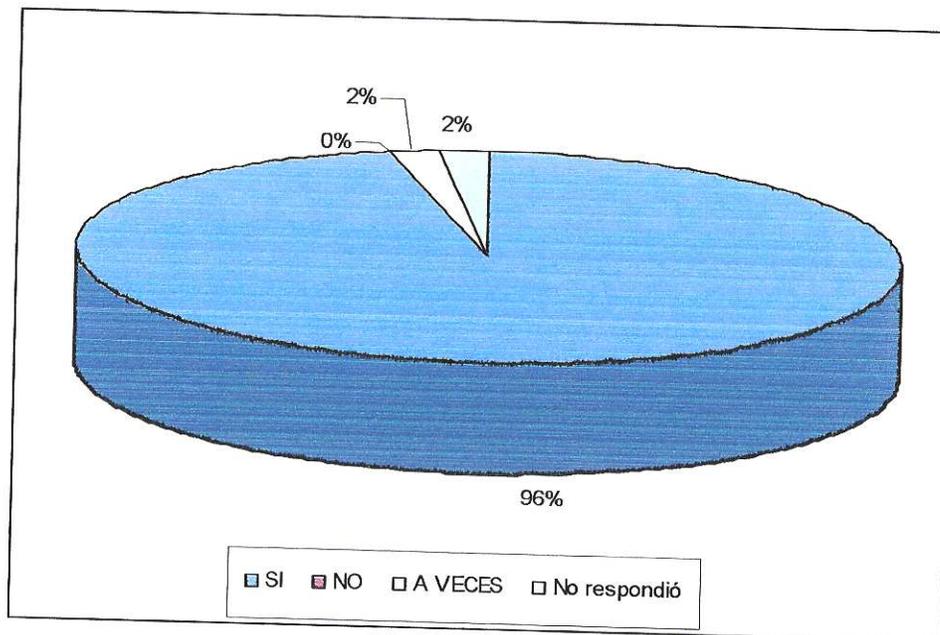
Grafica No. 14



¿Cuándo se le coloca medio físico, el Terapeuta está atento a manifestación de dolor o incomodidad?	FRECUENCIA	%
SI	48	96
NO	0	0
A VECES	1	2
No respondió la pregunta	1	2
TOTAL	50	100%

Análisis: Según la tabla No. 15 el 96% de los usuarios que asisten a CEFIEST responden que al colocarle medio físico el terapeuta esta atento a dolo o incomodidad.

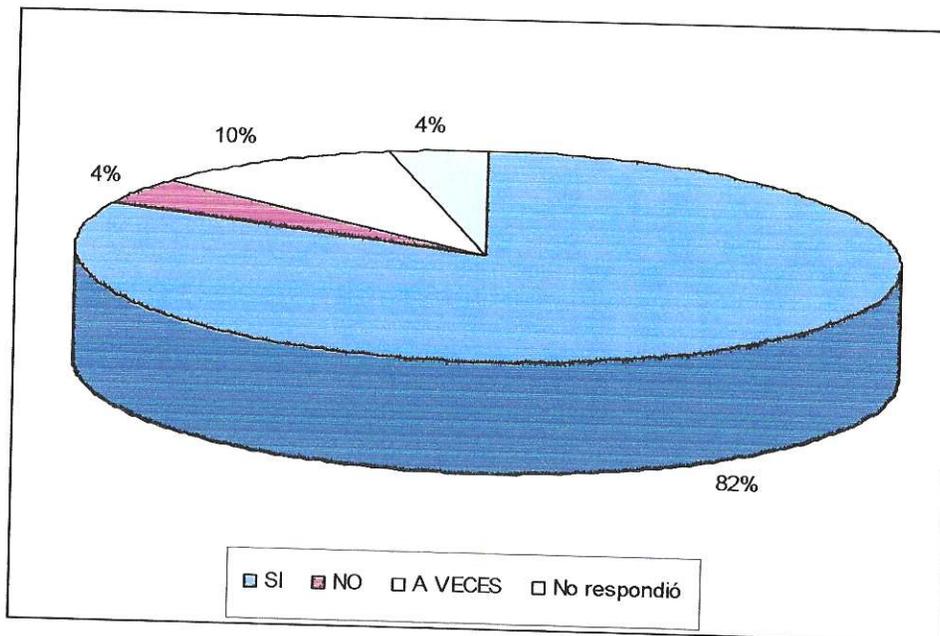
Grafica No. 15



¿Se le dan indicaciones a tener en cuenta en su casa para un mejor desarrollo del tratamiento?	FRECUENCIA	%
SI	41	82
NO	2	4
A VECES	5	10
No respondió la pregunta	2	4
TOTAL	50	100%

Análisis: Según la tabla No. 16 el 82% de los usuarios que asisten a CEFIEST responden que se les dan indicaciones a tener en cuenta en su casa para un mejor desarrollo del tratamiento y el 2% no se les dan indicaciones.

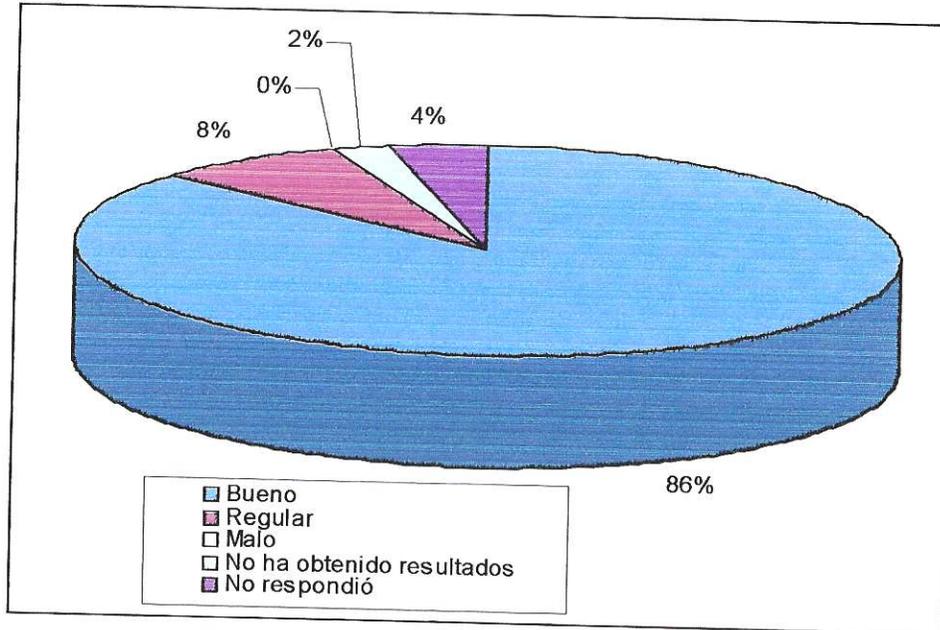
Gráfica No. 16



Los resultados obtenidos en el desarrollo del tratamiento han sido:	FRECUENCIA	%
Bueno	43	86
Regular	4	8
Malo	0	0
No ha obtenido resultados	1	2
No respondió la pregunta	2	4
TOTAL	50	100%

Análisis: Según la tabla No. 17 el 86% de los usuarios que asisten a CEFIEST responden que los resultados obtenidos en el desarrollo del tratamiento han sido buenos y el 2% no han obtenido resultados.

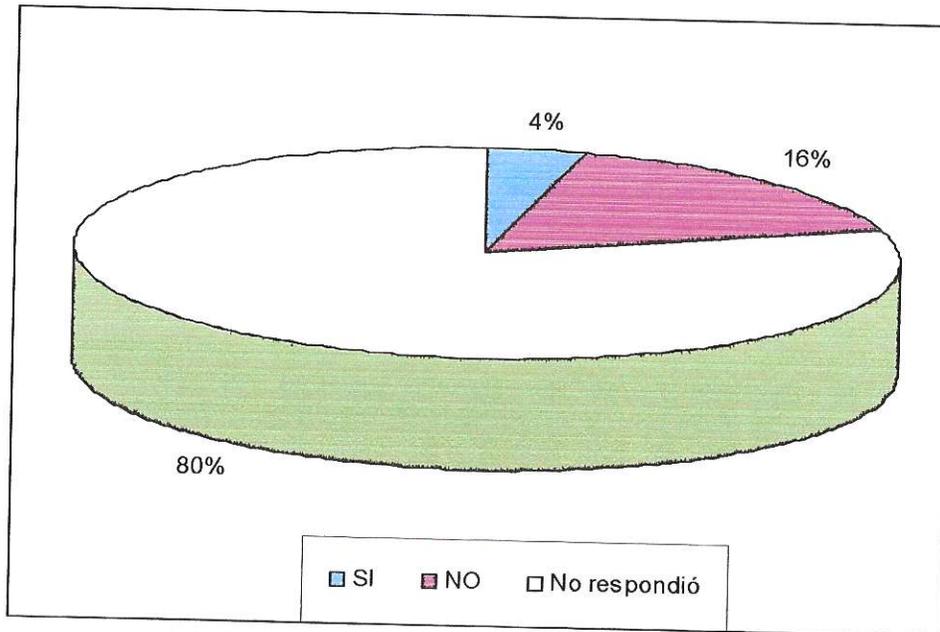
Grafico No. 17



¿Le parece a Usted que el cambio de rotación de los estudiantes practicantes afecta la evolución de su recuperación?	FRECUENCIA	%
SI	2	4
NO	8	16
No respondió la pregunta	40	80
TOTAL	50	100%

Análisis: Según la tabla No. 18 el 16% de los usuarios que asisten a CEFIEST respondió que el cambio de rotación de los estudiantes practicantes no afecta la evolución de su recuperación y el 4% que si lo afecta.

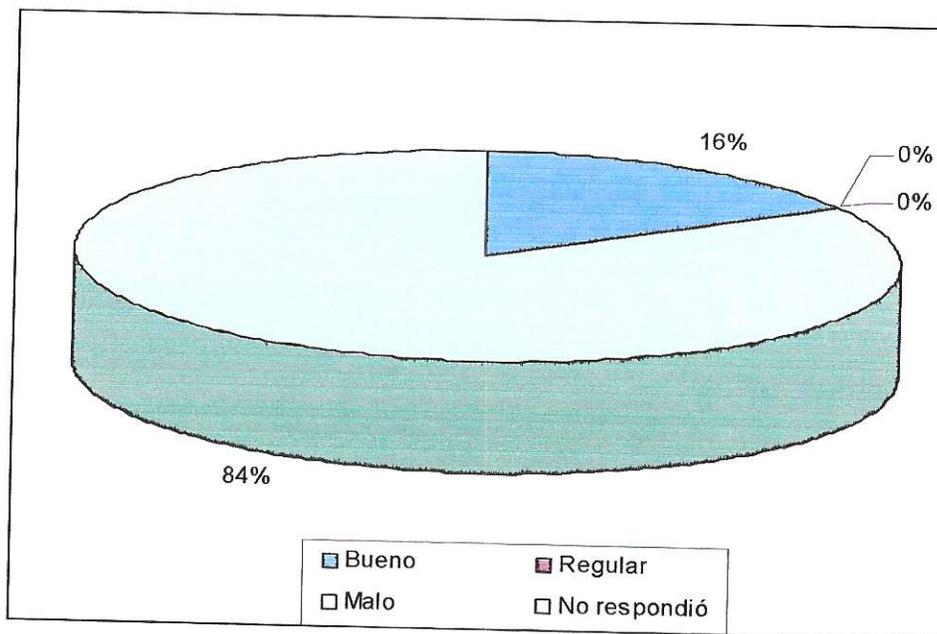
Gráfico No. 18



El trato del estudiante con el paciente y/o usuario es:	FRECUENCIA	%
Bueno	8	16
Regular	0	0
Malo	0	0
No respondió la pregunta	42	84
TOTAL	50	100%

Análisis: Según la tabla No. 19 el 16% de los usuarios que asisten a CEFIEST responden que el trato del estudiante con el paciente es bueno.

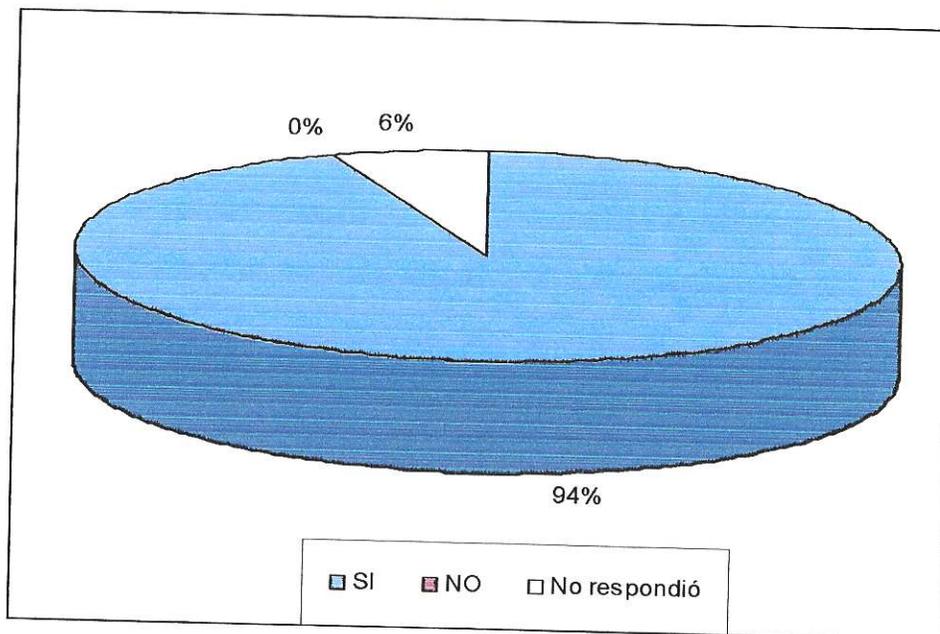
Gráfica No. 19



¿Le gustaría ser atendido nuevamente por el mismo profesional?	FRECUENCIA	%
SI	47	94
NO	0	0
No respondió la pregunta	3	6
TOTAL	50	100%

Análisis: Según la tabla No. 20 el 94% de los usuarios que asisten a CEFUEST responden que les gustaría ser atendido nuevamente por el mismo profesional.

Gráfico No. 20



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Al finalizar el presente trabajo el grupo investigador concluye que haciendo un paralelo entre lo observado y lo establecido por la ley, para el funcionamiento de un centro de rehabilitación, El Centro de Fisioterapia y Estética (CEFIEST) no cumple con los estándares de calidad necesario, debido a que su infraestructura física no es la adecuada por ser un lugar pequeño para llevar a cabo los procesos de rehabilitación y no es acorde a la cantidad de pacientes, lo que en ciertas medidas también disminuye la calidad del servicio por ser poco el personal con relación a la demanda de los mismo, las condiciones de higiene son insuficientes por haber solo un baño para ambos sexos, no existe un área dividida para Terapia Respiratoria lo que hace de esta un factor de riesgo para los pacientes sanos.

A través de la observación también se determinaron los aspectos positivos del Centro de Fisioterapia y Estética (CEFIEST), tal como la dotación de equipos como el TENS, Ultrasonido, Nebulizador, Compresas Frías, Instrumentos de Mecanoterapia, (bandas elásticas, digiflex, escalerillas para dedos, entre otros) y materiales e instrumentos para Estética, que se encuentran en buen estado para la atención a los pacientes y/o usuarios. Además la facilidad de acceso al centro por su ubicación y tarifas económicas, esto crea una fortaleza muy grande por las condiciones actuales por las que pasa nuestro país en materia de salud; es por esto que los pacientes y/o usuarios que asisten a CEFIEST dan margen de satisfacción lo que puede tomarse como positivo o de igual manera como ignorancia de los pacientes sobre lo establecido por la ley Colombiana.

Con base en los resultados obtenidos en la investigación existen fuertes presiones para contener el gasto, donde el recorto y exigencia al talento humano son cada vez mayores y las expectativas y exigencias de los usuarios aumentan cada día, por ende se dan a conocer los siguientes recomendaciones:

- El profesional de Fisioterapia debe implementar la cultura de la calidad en forma permanente que le permita su competitividad mejorando día a día para satisfacer las necesidades de los usuarios.
 - Centrarse en el usuario y actuar de manera coherente para de esta forma sobrevivir en un mercado saturado donde las exigencias por la calidad sean reales.
 - Brindar al usuario Infraestructuras amplias y cómodas, que cumplan con los requisitos establecidos por la Ley, lo cual permite fortalecer los procesos de gestión de la calidad, teniendo en cuenta el compromiso del profesional con el Centro.
 - Mantener el mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de servicio, para así satisfacer las necesidades y expectativas del usuario o cliente.
-

10. ASPECTOS ÉTICOS

La investigación fue realizada en CEFIEST de la ciudad de Barranquilla, gracias a la colaboración de la Dra. Rosiris Janer, quien se desempeña como Gerente de este Centro, quien nos concedió la autorización correspondiente para ingresar a dicho Centro para llevar a cabo el desarrollo de dicha investigación.

11. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

Los recursos financieros que avalan el proyecto son asumidos en su totalidad por el Grupo de Investigación con los siguientes costos:

- Block
- Lapiceros
- Borradores
- Lápices
- Carpetas

11.1 FACTIBILIDAD

Esta investigación se pudo llevar a cabo por la amplia bibliografía y disposición de herramientas como el Internet, facilitándonos conceptos básicos amplios y aplicables a nuestro objetivo de estudio. Se contó igualmente con recursos disponibles como accesibilidad, confianza, respeto, responsabilidad, ética y profesionalismo del recurso humano disponibles en CEFIEST facilitándonos el acceso a archivos de historias Clínicas sistematizadas, disposición del centro en el horario laboral, a las instalaciones y abordaje a los usuarios, la obtención de una rica fuente de información , haciendo factible y mas fácil la investigación.

11.2 PRESUPUESTO

PRESUPUESTO	VALOR TOTAL
Fotocopias	\$ 100.000
Transcripción de Informes	300.000
Diskettes y Cd's	30.000
Viáticos	200.000
Internet	40.000
Papelería	150.000
Anillados	50.000
Almuerzos	100.000
Llamadas a Celulares	50.000
Imprevistos	100.000
TOTAL	\$ 1.120.000

11.3 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES AÑO 2005

ACTIVIDAD	TIEMPO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE
Asignación del proyecto y revisión bibliográfica					
Selección del título del proyecto					
Elaboración de pregunta problema, justificación y objetivos específicos					
Primera corrección					
Elaboración de cuadro de Operacionalización de variable					
Definición del tipo de estudios					
Segunda corrección					
Inicio de marco teórico					
Corrección de tipo de estudio					
Sustentación del anteproyecto					

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES AÑO 2006

TIEMPO ACTIVIDAD	FEB	MAR	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGO.	SEPT	OCT.	NOV	
Corrección de cuadro de Operacionalización de variables	■					FINALIZACION PRIMER PERIODO 2006					
Revisión de anteproyecto y corrección del mismo	■	■	■								
Elaboración de formularios de aplicación			■	■							
Corrección de formato de evaluación					■						
Revisión de historia clínica y sustentación del Anteproyecto					■						
Aplicación de Prueba Piloto más elaboración de cronograma de actividades											
Aplicación de Instrumentos											
Tabulación de resultados											
Corrección y organización general del proyecto de investigación											
Entrega y sustentación del Proyecto											

12. BIBLIOGRAFIA

- AGUDELO VASQUEZ, Mario. Una Mirada a la Experiencia y a los Planes de Salud. Municipio de Apartadó. Secretaría de Salud y Seguridad Social. 2001.
- BLANCO RESTREPO, Jorge Humberto; MAYA MEJÍA, José María. Fundamentos de Salud Pública. Administración del Sistema de Salud. Tomo II. Ed. CIB – Corporación para las Investigaciones Biológicas. Medellín. 2000
- DIAZ CH., Nolfy; RODRIGUEZ, Kelly M. Evaluación de Calidad del Servicio de Urgencia de la E.S.E. José prudencio Padilla (Clínica de las Palmas, Barranquilla en el 3er. Trimestre del 2003). 0093. Facultad de Enfermería. 2003.
- GARCIA MEJÍA, Braulio. Gerencia en Procesos para la Organización y el Control Interno de Empresas de Salud. ECOC. 2000.
- KARL, Albrecht; RON, Zemke. Gerencia del Servicio. Legis Ediciones. Santafé de Bogotá, 1999.
- LAMES MONTES, José Luis. Manual de Gestión Hospitalaria. 2da. Edición. Ed. Mc Graw Hill. Madrid, 1999.
- LONDOÑO, Malagón; MORERA, Galán; LAVERDE, Pontón. Auditoría en Salud. Tercera Edición. Ed. Panamericana. 2000.
- LONDOÑO. Garantía de Calidad en Salud. Tercera Edición. Ed. Panamericana. 2001.
- LONDOÑO. Administración Hospitalaria. Tercera Edición. Ed. Panamericana. 2001.
- LONDOÑO. Garantía de Calidad en Salud. Primera Edición. Ed. Panamericana. 2001. Total Págs. 594.
- MONTOYA AGUILAR, Carlos. Elementos de Administración en el Sistema de Salud. Ed. Mediterráneo Ltda. Santiago de Chile, 2000.
- OSPINA LUGO, Julio. Gestión en Salud. Ed. Castillo Ltda. Santafé de Bogotá, 2000.
-

RESTREPO VELASQUEZ, Luis (Secretario de Salud); NARANJO QUICENO, Angélica (Jefe de Seguridad Social); RIVERA ANAYA, Luz Nelly (Jefe de Promoción y Prevención). Revista de Secretaría de Salud y Seguridad Social. Municipio de Apartadó. Litografía Elite. 2003 .

REVISTA HOSPITALARIA. Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. Compromiso por el Sistema de Calidad en Salud. Sep./Oct. 2002.

REVISTA HOSPITALARIA. Segundo Estudio de Glosas. Año 4 No. 28. Marzo / Abril del 2003.

REVISTA HOSPITALARIA. La Oferta y la Demanda de Recursos Humanos en Salud en Colombia. Año 4 No. 27. Enero / febrero de 2003.

SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL. Ley 100 de 1993. Decreto 2309/2002. Ed. Unión Ltda.

www.gerenciasalud.com. Publicación enviada por: Lic. ASOREY, Graciela. Tuesday 24 de February del 2004.

www.distrisalud.com.co. Especialización en Gerencia en Salud y Seguridad Social. El Heraldo. 2002.

YEPES M.D, Francisco J.; DURAN, Luis; ARENAS, M.D. Bases Conceptuales para una Gestión Empresarial de los Sistemas Locales de Salud. Vol. 36. No. México, Marzo – Abril de 2000.

ANEXOS

ANEXO 1

**FORMULARIO DE OBSERVACION DEL SERVICIO DE FISIOTERAPIA EN EL
CENTRO DE FISIOTERAPIA Y ESTETICA (CEFIEST).**

Fecha: _____

- Infraestructura

El centro cuenta con:

Disponibilidad de baño para pacientes:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Suministro de agua:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Energía eléctrica:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Sistema de comunicación:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Fácil acceso para sus usuarios:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Pisos antideslizantes:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Cielo raso:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Paredes: - Impermeables	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
- Resistentes	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
- De superficie lisa	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

Área de Terapia Respiratoria:

Área para procedimientos, la cual es ventilada y garantiza condiciones de asepsia	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Área para lavado y desinfección de equipos	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

Área de Terapia Física o Terapia Ocupacional:

Área de interrogatorio o consultorio:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Vestier para sus usuarios:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

- El Centro cuenta con instalaciones que le brinde privacidad al paciente al ser atendido?.

SI NO

- Las instalaciones del Centro se encuentran clasificadas por sexo?.

SI NO

- El Centro cuenta con zona de evacuación en caso de emergencia?.

SI NO

- En caso de incendio el Centro cuenta con extintores en buenas condiciones?.

SI NO

• **EQUIPOS**

Cada servicio ofrecido cuenta con los materiales y equipos necesarios de acuerdo con los procedimientos que realiza? SI NO

Los siguientes equipos se encuentran aptos para la aplicación del tratamiento?

Área de Terapia Respiratoria:	Bueno	Regular	Malo	No Existe
Pulmoaide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peritas Nasaes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cojines para Terapia Respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tensiómetro y Fonendoscopio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponibilidad de Oxígeno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Área de Terapia Física:	Bueno	Regular	Malo	No Existe
TENS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pesas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ultrasonido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tanque de Parafina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CHC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compresas Frías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vibradores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rayos Infrarrojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teraban	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barras Paralelas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escalerillas para Dedos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rueda de Hombro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Camilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bicicleta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colchonetas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bandas Sin Fin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mesas para Dedo y Pronosupinador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Silla de Ruedas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muletas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bastones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caminadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kit Primeros Auxilios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hidrocolector	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poleas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bandas Elásticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Balones Terapéuticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Balancín	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mecanoterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Área de Terapia Estética:	Bueno	Regular	Malo	No Existe
Vacunterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manta Térmica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kit Maderoterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gimnasia Pasiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Área de Terapia Administrativa				
Sillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escritorios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma de persona responsable

ANEXO 2
EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO SOBRE EL PROCESO DE
ATENCIÓN

PROGRAMA : **FISIOTERAPIA**
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN : **CEFIEST**

La presente encuesta está dirigida a los usuarios de esta institución de salud, con el objetivo de determinar el nivel de satisfacción de los Cuidados brindados por los profesionales de ésta, para mejorar la atención dentro de los servicios.

Nombre : _____
Edad : _____
Dirección : _____
Patología : _____
Tiempo de Evolución : _____

1. ¿En qué fecha inició usted el tratamiento? _____

2. ¿Con cuánto tiempo en días le dieron citas para tratamiento en Fisioterapia?.

- 1 día

- 2 días

- 1 semana

- Más días

3. Antes de realizar un procedimiento el profesional:

a) Se presenta, lo llama por su nombre, le explica el procedimiento.

b) Sólo se presentó y no le explicó el procedimiento.

c) Le explicó el procedimiento y no lo llamó por su nombre.

d) Solamente le realizó el procedimiento.

4. Al momento de la llegada por primera vez al servicio de Fisioterapia la evaluación realizada fue?.

- a) Verbal
- b) Con Realización de actividades
- c) Mixta (ítems anteriores)
- d) No se realizó evaluación

5. Considera usted que la presentación personal del profesional es:

- a) Adecuada para su profesión.
- b) Parcialmente adecuada
- c) Inadecuada para su profesión

6. Cómo fue el trato del personal de seguridad al usted ingresar al Centro?

Bueno Regular Malo

7. Cómo fue el trato de la Secretaria y/o Recepcionista al usted ingresar al Centro?

Bueno Regular Malo

8. El tiempo de espera que transcurre desde la llegada al Centro hasta su atención es de:

0 – 15 min SI NO

15 – 30 min. SI NO

Más de 30 min. SI NO

9. ¿Se le dan instrucciones claras y amables al momento de iniciar la sesión de terapia?.

SI NO

10. Al momento de realizar los procedimientos activos (ejercicios) el Terapeuta le indica:

- De manera verbal
- A través del ejemplo
- No le indica

11. Durante la realización de los procedimientos el profesional fue:

- a) Amable, respetuoso y sensible
- b) Indiferente e insensible
- c) Descortés

12. Su sesión de terapias tiene un tiempo de duración de:

- a) 15 a 20 minutos
- b) 20 a 30 minutos
- c) 30 a 45 minutos
- d) Más de 45 minutos

13. ¿Durante la realización de la terapia, el Fisioterapeuta está con usted?

- | | | | | |
|--|----|--------------------------|----|--------------------------|
| - En todo momento | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| - Revisa el procedimiento constantemente | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| - No revisa el procedimiento | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |

14. ¿Cuando se le coloca medio físico, el Terapeuta está atento a manifestación de dolor o incomodidad?.

SI NO A VECES

15. ¿Se le dan indicaciones a tener en cuenta en su casa para un mejor desarrollo del tratamiento?.

SI NO A VECES

16. Los resultados obtenidos en el desarrollo del tratamiento han sido:

- Bueno
- Regular
- Malo
- No ha obtenido resultados

17. ¿Le parece a usted que el cambio de rotación de los estudiantes practicantes afecta la evolución de su recuperación?

SI NO

Por qué? _____

18. El trato del estudiante con el paciente y/o usuario es:

Bueno Regular Malo

19. ¿Le gustaría ser atendido nuevamente por el mismo profesional?.

SI NO

Por qué? _____

Firma de persona responsable

PROTOCOLO DE ANEXO 3

PROTOCOLO DE ENCUESTA DEL RECURSO HUMANO DEL SERVICIO DE
FISIOTERAPIA Y ESTÉTICA (CEFIEST)

Verificar si el recurso humano con que cuenta el centro de fisioterapia y estética (CEFIEST), esta calificado para una optima prestación del servicio.

Fecha: _____

- El equipo interdisciplinario que labora en CEFIEST es suficiente para la demanda de pacientes?
SI NO
 - La preparación del Recurso Humano está acorde con el área en donde desempeña su trabajo?
SI NO
 - Cumple con los requisitos exigidos por el Código de Ética para ejercer la profesión y brindar un buen servicio?
SI NO OCASIONALMENTE
 - En caso de haber practicantes son vigilados constantemente por el Fisioterapeuta de Planta?
SI NO
 - Asisten los practicantes continuamente a jornadas de capacitación y actualización de conocimientos?
SI NO
-

- Los profesionales que laboran en CEFIEST asisten continuamente a capacitaciones y actualizaciones?

SI

NO

- Que actualizaciones han realizado en los 2 últimos años
cuantos?

Congresos

Seminarios

Diplomados

Especializaciones

Cursos

Talleres

Firma de persona responsable

ANEXO 4

PROTOCOLO DE ENTREVISTA A LOS FISIOTERAPEUTAS SOBRE INSUMOS EN ESTÉTICA EN EL CENTRO DE FISIOTERAPIA Y ESTETICA (CEFIEST).

Establecer si CEFIEST cuenta con los insumos necesarios de estética corporal y facial para la aplicación de un buen tratamiento estético.

- El almacenamiento de los insumos es el adecuado?.

SI NO

- Las soluciones liporeductoras y anestésicas locales son utilizadas antes de la fecha de caducidad?.

SI NO

- El Centro CEFIEST cuenta con un espacio específico para los procedimientos de Estética?

SI NO

- Las cremas, aceites y soluciones liporeductoras cuentan con un estante específico para el almacenamiento de ellas?.

SI NO

Firma de persona responsable

ANEXO 5

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

- Protocolo de recolección de información de historias clínicas en CEFIEST años 2003 – 2005.

No. de historia: _____

Sexo: M F

Edad: 13 – 20

21 – 28

29 – 36

37 – 44

45 – 52

53 – 60

61 – 68

69 – 76

Ocupación:

Comerciante

Secretaria

Ama de Casa

Deportista

Obrero

Bachiller

Universitario

Trab. Indep.

Otros

Motivo de Consulta:

Lumbalgia

Cervicalgia

Ciática

Síndrome del Túnel del Carpo

Artrosis

Hombro doloroso

- | | | | | | |
|----------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|
| Esquince de Tobillo | <input type="checkbox"/> | Sínd. Miofaciales | <input type="checkbox"/> | | |
| Fascitis Plantar | <input type="checkbox"/> | Parálisis de Bell | <input type="checkbox"/> | Escoliosis | <input type="checkbox"/> |
| Fractura de Colles | <input type="checkbox"/> | Fractura de Tibia y Peroné | <input type="checkbox"/> | Meniscopatía | <input type="checkbox"/> |
| Lesión del Ligamento | <input type="checkbox"/> | Hemiplejía | <input type="checkbox"/> | Parkinson | <input type="checkbox"/> |
| Esclerosis Múltiple | <input type="checkbox"/> | Cifosis | <input type="checkbox"/> | Luxación de Rotula | <input type="checkbox"/> |
| Celulitis | <input type="checkbox"/> | Lipodistrofia | <input type="checkbox"/> | | |

Firma de persona responsable

ANEXO 6

HISTORIAS CLÍNICAS DE CEFIEST DE JUNIO 2004 – NOVIEMBRE 2005

No.	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO	OCUPACIÓN	PATOLOGÍA
1	JORGE BARRERA	30	M	Mecanógrafo	Fx. Tibia y peroné
2	JAIME ALONSO	48	M	Técnico Industrial	Herida dedo índice mano
3	TERESA BERTEL	51	F	Hogar	Trauma en rodilla.
4	CARMEN VARGAS	48	F	Hogar	Tendinitis.
5	ALBERTO LARA	65	M	Pensionado	Fractura 5 metatarsiano pie
6	EDGAR SILVA	33	M	Celador	Fx muñeca izquierda.
7	SILVIA BARROS	57	F	Comerciante	Lumbalgia
8	ÁNGEL ROMERO	40	M	Ing. Civil	Ex hombro.
9	FERNANDO TORREGOSA	45	M	Celador	Lx hombro izquierdo.
10	MARÍA PÉREZ	48	F	Hogar	Fx rodilla y hombro derecho.
11	MANUEL OSORIO	39	M		Fx 2,3 pie derecho.
12	JENNIFER OBREDOR	45	F	Hogar - Bienestar	Artritis crónica.
13	INÉS VÁRELA	28	F	Hogar	Dorsolumbalgia.
14	GLORIA SOLANO	73	F	Hogar	Espondiloartrosis
15	MARCO PÉREZ	51	M	Hogar	Escoliosis Lumbar.
16	MARINA MIRANDA	60	F	Hogar	Fascitis plantar derecha.
17	MARIANA	65	F	Hogar	Contención Hombro Derecho.
18	GRIJANO DORADO	50	M	Obrero	Lumbalgia.
19	LUZ PERTUZ	47	F	Decoradora	STCB
20	RUBIS DUQUE	32	F	Estudiante	Lumbalgia.
21	NIDIA SANDOVAL	53	F	Ama de casa	Lumbalgia.
22	MARÍA LLANOS	38	F	Hogar	Fx 5 dedo mano derecha.
23	ADRIANA	33	F	Hogar	Lumbalgia.
24	ANGÉLICA OSORIO	35	F	Hogar	Esclerosis múltiple
25	ALVARO ESCOBAR	28	M	Técnico Mecánico	Epicondilitis de codo
26	AMADA VANEGAS	35	F	Ama de casa	STCB.
27	MARÍA LÓPEZ	56	F	Hogar	Dorsalgia.
28	MIGUEL PAVÓN	48	M	Mecanógrafo	STCB.
29	JORGE CHEWIN	33	M	Escolta	Fx 2do RTC RSI
30	GUSTAVO ALGARIN	35	M	Contador	Ciática.
31	BRUNILLA	69	F	Hogar	Lumbalgia.
32	HERMES PERTUZ	38	M	Tec. Industrial	Dolor rodilla derecho.
33	ANA MIRANDA	65	F	Ama de casa	Bursitis hombro derecho.
34	EVALINA RIVERA	60	F	Ama de casa	Lumbalgia.
35	CRISTIAN NATERA	55	M	Contador	Sinovitis de rodilla.
36	ANTONIO SOLANO	26	M	Electr. Industrial	Fx pie derecho.
37	JOSÉ MONROY	45	M	Maestro de obra	Lumbalgia.
38	PEDRO GUERRERO	34	M	Ing. sistemas	Cervicalgia.
39	MARÍA RODRÍGUEZ	27	F	Secretaria	Ex Tobillo izquierdo.
40	PEDRO GUERRERO	24	M	Vigilante	Fx Falange

No.	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO	OCUPACIÓN	PATOLOGÍA
41	SAÚL MOLINA	52	M	Comerciante	Fx. Muñeca.
42	MARTHA BRAN	44	F	Hogar	STCB.
43	REGGIE BUENAVENTURA	44	F	Hogar	Cervicalgia.
44	YANNIT ALTAMAR	35	M	Comerciante	Lumbalgia.
45	FERNANDO ORTEGA	22	M	Operario	STCB.
46	KENEL AURELA	32	F	Hogar	Fx.
47	LINDA SEPULVEDA	28	F	Secretaria	Dolor en rodilla.
48	IRENE GUZMAN	50	F	Ama de casa	Hombro doloroso.
49	AÍDA OVIEDO	42	F	Ama de casa	Cervicalgia.
50	MARÍA MONTERO	59	F	Profesora	Artrosis de rodilla.
51	ONEIDA RADA	43	F	Ama de casa	Hombro doloroso.
52	AÍDA AGUIRRE	38	F	Mecanógrafa	Cervicalgia.
53	ALONSO PIZARRO	27	M	Tec. Industrial	Dolor en talón.
54	ELVIA ORTEGA	30	F	Secretaria	STCB.
55	JOSÉ RENDON	43	M	Operario	Lesión nervio cubital.
56	PEDRO GUERRERO	29	M	Conductor	Lesión medular.
57	ALFREDO MALDONADO	24	M	Estudiante	Lumbalgia.
58	ALVARO PAEZ	32	M	Obrero	Fractura de muñeca.
59	RENE ROMERO	46	M	Comerciante	Hombro doloroso.
60	PAUL MORA	32	M	Secretario	Cervicalgia.
61	JHON ROMERO	28	M	Estudiante	Lumbalgia.
62	ADRIANA BULA	33	F	Hogar	Escoliosis.
63	CARLOS YEE	34	M	Bombero	Artroscopia rodilla derecha
64	MARÍA REDONDO	71	F	Hogar	Gonartrosis rodilla izquierda.
65	ÁNGEL URQUIJO	45	M	Conductor	Lumbalgia Crónica,
66	OSMAN HERRERA	43	M	Ebanista	Trauma de dedo meñique.
67	OSIRIS SALCEDO	36	F	Operaria	Esguince muñeca derecha.
68	PEDRO GUERRERO	55	M	Operario	Lesión Medular.
69	MERY BERTRÁN	39	F	Comerciante	Dorso lumbalgia.
70	YOMAIRA PÉREZ	29	F	Hogar	Lesión Menisco izquierdo.
71	LEDIS OCHOA	49	F	Hogar	Dolor pierna derecha.
72	LUIS SARMIENTO	31	M	Aux.	P.O.P. ligamento cruzado
73	RUTH ORRES	58	F	Hogar	Dolor el hombro.
74	JORGE GUERRERO	30	M	Mecanógrafo	Lumbalgia crónica, síndrome
75	MARTIN GUERRA	44	M	Vigilante	Lesión medular.
76	ERICA CARRILLO	19	F	Estudiante	Ganglios en manos.
77	MARIO CASILLAS	42	M	Maestro de obras	Fractura de peroné.
78	LUIS DE LA HOZ	55	M	Arrumador	Lumbalgia, contusión hombro
79	LETICIA ECHEVERRÍA	59	F	Hogar	Lumbalgia.
80	JULIETH FERNÁNDEZ	28	F	Estudiante	Cervicalgia.
81	ROSALBA JIMÉNEZ	55	F	Comerciante	Cervico dorsalgia
82	JUAN BERMUDEZ	80	M	Jubilado	Debilidad miembro inferior
83	JORGE JULIO	32	M	Auxiliar	Menisectomía media
84	LEONOR FLORES	55	F	Hogar	Cervico dorsalgia.
85	CARLOS LOZANO	41	M	Ayudante de	Hombro doloroso.

No.	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO	OCUPACIÓN	PATOLOGÍA
86	ALFONSO SIERRA	44	M	Conductor	Hombro doloroso.
87	ROBERTO SAMPER	56	M	Veterinario	Tendinitis rodilla izquierda.
88	ZENITH CASTRO	28	F	Hogar	Fractura 4 y 5 dedo derecho.
89	BIRINA ORTIZ	55	F	Celadora	Sinovitis rodilla derecha.
90	ANA SALGADO	22	F	Servicio al	Lumbalgia.
91	ELVIRA FREITE	53	F	Hogar	Síndrome pinzamiento de
92	ANDERSON ROLONG	34	M	Jefe de bodega	Lumbalgia.
93	WILLIAM SARMIENTO	35	M	Soldador	Lesión Meniscal izquierda.
94	ELENA CHAMORRO	49	F	Hogar	P.O.P. neurorrafia mano
95	JULIO RUIZ	37	M	Mecánico	Lumbalgia.
96	YEBRITH IBANEZ	37	F	Hogar	Fractura codo derecho.
97	HERMINIA PAVÓN	83	F	Hogar	Dolor tobillo derecho.
98	ROSMERY BORJA	35	F	Secretaria	Esguince tobillo derecho.
99	BLANCA RUIZ	70	F	Hogar	Gonartrosis rodilla.
100	MARÍA ESCOBAR	46	F	Cajera	Lumbalgia.
101	DORA CAÑAN	27	F	Hogar	Lumbalgia.
102	HILBA ANGARITA	58	F	Hogar	Gonartrosis rodilla.
103	NEILA PATERNINA	62	F	Hogar	Lumbalgia.
104	MARY TAPIA	30	F	Operaría	Lumbalgia.
105	ADALBERTO CERVANTES	65	M	Pensionado	Espolón calcáneo.
106	YACKELINE JASABON	39	F	Hogar	Cervico Dorsalgia.
107	DONALDO CASTAÑO	22	M	Mee. de refrigeració	Condramalacia rodilla izquierda.
108	DIANA AGOSTA	10	F	Estudiante	Fractura supracondilia
109	TOMASA FONSECA	72	F	Ama de casa	Lumbalgia.
110	ALBERTO GONZÁLEZ	36	M	Vendedor	Esguince codo derecho.
111	ROBINSO VAENA	37	M	Asesor comercial	P.O.P. rodilla dereega.
112	STANLIN BERNHART	28	M	Operario máquina	Amputación falange distal.
113	IRENE GUZMAN	52	F	Hogar	Hombro doloroso.
114	BEATRIZ PADILLA	38	F	Hogar	Lumbalgia.
115	RAMIRO JIMÉNEZ	34	M	Mesero	Esguince tobillo derecho.
116	ANTONIO RAMÍREZ	36	M	Serv. geenerales	Factura crónica radial.
117	JORGE MEDRANO	46	M	Obrero	Lumbalgia.
118	BENITA CORRADO	60	F	Ama de casa	Tendinitis deltoides.
119	EUCLIDES MORENO	54	M	Vendedor	Tendinitis subaguda del tendón de aquiles.
120	MARÍA MASMUT	72	F	Ama de casa	Artrosis clenohumeral.
121	JORGE FADUL	33	M	Escolta	Fractura del Segundo
122	BARBARA VILLAREAL	72	F	Hogar	Espondiloartrosis lumbar.
123	SARAY RINCÓN	1	F		Hidrocefalia.
124	HERNÁN ORTIZ	60	M	Bombero	Hombro doloroso.
125	PATRICIA PARODY	33	F	Operaría	Dolor en rodilla.
126	ARLINE TOVAR	54	F	Colorista	Trauma dedo pulgar derecho.
127	JULIO MONTES	55	M	Mecánico	Tendinitis rodilla derecha.
128	DOLCEY GONZÁLEZ	47	M	Conductor	Artroscopia rodilla derecha.
129	MARÍA SIERRA	72	F	Hogar	Fractura de tobillo.

No.	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO	OCUPACIÓN	PATOLOGÍA
130	CLAUDIA DÍAZ	46	F	Hogar	Lupus eritematoso.
173	CARLOS CAMPO	24	M	Aux. contable	Fractura 3° y 4° dedo.
132	ARMANDO FONTALVO	29	M	Mecánico tornero	Mielitis post trauma
133	CIELO LOAIZA	36	F	Periodista	Cervicalgia.
134	MATEO ORTIZ	9	M	Estudiante	Dolor rodilla izquierda.
135	LIBRADA MOLANO	79	F	Hogar	Artroscopia rodilla izquierda.
136	ELSY HERNÁNDEZ	52	F	Modista	Lumbalgia.
137	MARTHA NATAL	44	F	Serv. General	Artrosis en mano.
138	SANTIAGO SURGE	36	M		Trauma en hombro.
139	MARÍA ARIZA	46	F	Cajera	P.O.P. Túnel carpiano.
140	VITALIA ALVARADO	79	F	Hogar	Bronquitis crónica
141	LUIS MEZA	53	M	Celador	Pinzamiento de hombro.
142	LEDYS BARRAZA	49	F	Hogar	Cervico dorsalgia.
143	RUBY PAREDES	49	F	Hogar	Tendinitis calcificada
144	DALILA ROMERO	13	F	Estudiante	Cervico dorsalgia.
145	ISAURA PADILLA	24	F	Auxiliar de	Sinovitis rodilla izquierda.
146	LUZ MURCIA	50	F	Hogar	Disminución de espacio C3, C4, C6 y C7.
147	GABRIEL ORTEGA	54	M	Rep. De ventas	Hernia discal C7, C2.
148	MARTHA MONTANOS	51	F	Operaría	P.O.P. STC Derecho.
149	ILSA PUPO	72	F	Hogar	Artritis reumatoidea.
150	RAFAELA ARRIETA	61	F	Hogar	Cervicalgia.
151	MELANY VILLA	2	F		Inclinación cabeza lado
152	HAROLD RODRIGUEZ	28	M	Soldador	Fractura 4° metacarpiano
153	RODOLGO VIZCAÍNO	61	M	Pensionado	STCB.
154	ALEXANDER MAESTRE	40	M	Gestor de recaudo	Fraxctura dedo anular
155	PEDRO ESCORCIA	55	M	Operario	Desgarro legión inguinal.
156	JUAN DANGOND	53	M	Obrero	Síndrome Facial y acronial
157	JORGE MENDOZA	40	M	Oficios varios	Lumbalgia.
158	MIRELLA BARRERA	45	F	Hogar	Faciti plantar bilateral.
159	CRISTÓBAL FERRERIRA	42	M	Latonero	Espolón calcáneo.
160	DAIRO RINCÓN	23	M	Aux. surtido	Lumbalgia.
161	JUAN UIKE	52	M	Operario	Herida dedo índice izquierdo.
162	CARMELO BROCCATE	56	M	Hogar	P.O.P STCB.
163	CLEMENTE GUTIÉRREZ	26	M	Empleado	Trauma hombro derecho.
164	HENRY VERGARA	34	M	Empleado	STCD.
165	JULIA BULA	5	F		Terapia Respiratoria. (Asma)
166	HENRY CARRERA	35	M	Empleado	Lumbalgia.
167	NANCY MEZA	70	F	Hogar	Lumbalgia.
168	VIGINIA PERTUZ	58	F	Secretaria	Gonarterososis, meniscopatia rodilla
169	LUZMILA RIVERA	36	F	Hogar	Sinovitis rodilla izquierda.
170	YIMMY DÍAZ	29	M	Operario	Tendinitis del tibial.
171	ISAMEL JIMÉNEZ	48	M	Oficios Varios	Fractura de colles derecha.
172	JESÚS CÁRDENAS	33	M	Celador	Secuela de fractura de pie

No.	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO	OCUPACIÓN	PATOLOGÍA
174	CLDOMIRO OROZCO	41	M	Cajero	Parálisis facial izquierda.
215	BENJAMIN PIZARRO	42	M	Cajero	STC
175	COCHIN VARGAS	70	F	Hogar	Lumbalgia.
176	NERIDA CASTRO	52	F	Hogar	Gonartrosis.
177	ADELA LARA	41	F	Vendedora	Lumbalgia.
178	JAIME BARRIOS	58	M	Mecánico	Tendinitis del peroneo.
179	FLOR CASTILLO	52	F	Hogar	Hombro doloroso.
180	DANELIA ALBEAR	45	F	Oficios varios	Lumbalgia.
181	GENIS MACIAS	5	F	Estudiante	Parálisis facial izquierda.
182	AMELIA RAMÍREZ	70	F	Hogar	Espondiloartrosis cervical.
183	ORBIN REID	40	M	Obrero	Tendinitis del telón de aquiles talón derecho.
184	LUZ TELLEZ	24	F	Serv. Al cliente	Síndrome opercuio toraxico miembro superior izquierdo.
185	LUZ RIVERA	36	F	Hogar	Sinovitis de rodilla izquierda.
186	ANA MARRUGO	39	F	Estilista	Condromalacia rotula
187	LUIS LEMUS	49	M	Despachador	Hipotomía cuello a la flexión de cabeza.
188	RICARDO GONZÁLEZ	39	M	Operario	Satura 4 dedo mano derecha.
189	ALAIN IBARRA	31	M	Operario	P.O.P. Dedo anular y meñique.
190	FRANCIA JIMÉNEZ	58	F	Hogar	Osteoartritis.
191	JOSÉ CASTILLO	39	M	Carpintero	Trauma región dorsolumbar.
192	ANGI TABONDO	16	F	Estudiante	P.O.P. Reducción de lusacion del 5 dedo.
193	LEONARDO DE AVILA	25	M	Tec. Industrial	STC.
194	ONEIDA ZAMBRANO	37	F	Panadera	STC, Fibromialgia.
195	LIGIA NATERA	49	F	Ama de casa	Esguince de tobillo.
196	CARLOS GONZÁLEZ	42	M	Obrero	Fractura de muñeca.
197	ALVARO GÓMEZ	39	M	Empleado	Trauma mano derecha.
198	RUBÉN BOSSA	46	M	Operario	Trauma derecho.
199	EDINSON GÓMEZ	27	M	Ayudante Mee.	Fractura falange distal.
200	ERNANDO GONZÁLEZ	36	M	Marinero	Lumbalgia.
201	ALBA RAMBAL	75	F	Hogar	Atrapamiento nervio cubital.
202	ORTELINA GUTIÉRREZ	62	F	Hogar	Lumbociatica.
203	ALVARO ZUNIGA	37	M	Tec. laboratorio	Artroscopia rodilla izquierda.
204	CANDELARIA MEZA	43	F	Hogar	Lumbalgia.
205	HENRY REALES	21	M	Operario	Luxación pulgar derecho.
206	GLADIS CERA	46	F	Secretaria	Epicodinitis derecha.
207	WILFRIDO AMAYA	35	M	Ingeniero	Fractura de falange índice
208	JOSÉ RODRÍGUEZ	15	M	Estudiante	Dolor articular rodilla.
209	ALEX CONSUEGRA	22	M	Almacenista	Trauma de mano derecha,.
210	MARTÍN ESCORCIA	38	M	Obrero	Fractura del 5 dedo mano
211	RAFAEL GUERRERO	4	M		Hidrocefalia.
212	NICOLÁS LÓPEZ	4	M		Secuela de parálisis cerebral.
213	CLARA MONTERO	39	F	Vendedor	STC.
214	MERENCIANA SOTO	52	F	Secretaria	STCB

No.	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO	OCUPACIÓN	PATOLOGÍA
216	DEISY RIVERA	35	F	Educadora	Cervicalgia.
217	DENIL CE PABA	29	F	Ama de casa	STCB
261	DIAMANTINA GARAY	25	F	Deportista	Epicondinitis.
219	MABEL SENSIVIER	65	F	Hogar	Cervicalgia, dolor en hombro
220	JAIR VILLA	24	M	Desempleado	Desgarro muscular en Mil
221	LUCILA GALEANO	35	F	Comerciante	Fractura de colles.
222	ELIZABETH MARTÍNEZ	33	F	Ama de casa	Lumbalgia.
223	JUAN SOLANO	41	M	Operario	Fractura de dedo índice mano izquierda.
224	MARINA CORREA	26	F	Asesora	Esguince tobillo.
225	GLADYS SAENZ	34	F	Ama de casa	Fractura de colles.
226	JOHANNA BAONA	45	F	Contadora	Lumbociatica.
227	CARMEN DE LA HOZ	28	F	Deportista	Bursiti de hombro derecho.
228	DEISY MÁRQUEZ	38	F	Cajera	Cervico dorsalgia.
229	ROSAURA RODRÍGUEZ	47	F	Celadora	Lumbalgia.
230	GLORIA SARMIENTO	34	F	Operaría	Cervico dorsalgia.
231	JULIA QUINTO	46	F	Docente	Pinzamiento de hombro.
232	VÍCTOR CONSUEGRA	52	M	Operario	Lumbalgia.
233	ENITH CHARRIS	32	F	Aux, contable	Dorsalgia.
234	BERTA BOBADILLA	60	F	Ama de casa	Artritis rematoidea.
235	ALFREDO CANTILLO	68	M	Pensionado	ACV
236	BENJAMÍN VALLE	40	M	Obrero	Lumbalgia.
237	Bfcl 1 Y CARRILLO	36	F	Hogar	Dolor de cadera.
238	BENJAMÍN PÉREZ	44	M	Taxista	Lumbalgia.
239	RENE ROMERO	22	M	Estudiante	Hombro doloroso.
240	JHON ROMERO	36	M	Ebanista	Lumbalgia.
241	ERICKA RIVERA	27	F	Secretaria	Cervicalgia.
242	JAIME ÁNGULO	63	M	Pensionado	Parkinson.
243	ERASMO MEJIA	72	M	Pensionado	ACV.
244	GENOVA LLERENA	67	F	Ama de casa	P.O.P de rodilla.
245	MARLENE RODRÍGUEZ	43	F	Operaría	P.O.P. STCD.
246	WILBER MARÍN	28	M	Operario	Fractura de dedo.
247	ALVARO PÉREZ	36	M	Mecánico	Factura de muñeca.
248	MARÍA ZABARAIN	40	F	Ama de casa	Sinovitis de Rodilla.
249	SUGEY ESPINOSA	40	F	Operaría	Lumbalgia.
250	CARMEN BOLÍVAR	48	F	Ama de casa	Poliartrosis.
251	JUAN CASTAÑEDA	28	M	Deportista	Lesión de meniscos.
252	WILLIAM GUTIÉRREZ	32	M	Vigilante	P.O.P Hombro.
253	JOSÉ DE LA HOZ	28	M	Mecanógrafo	Cervico dorsalgia.
254	CARLOS ORTIZ	27	M	Cajero	Lumbalgia.
255	EMILDA GONZÁLEZ	36	F	Aux. de	Lumbalgia.
256	JAVIER ORTIZ	43	M	Obrero	Fractura de rodilla.
257	PAOLA ROMERO	36	F	Auxiliar	Lumbalgia.
258	TERESA PINZÓN	38	F	Ama de casa	Cefalea tensional.
260	GREGORIO TORRES	43	M	Obrero	Lumbalgia.

No.	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO	OCUPACIÓN	PATOLOGÍA
262	LINDA VALDEZ	32	F	Diseñadora de modas	Lumbalgia.

263	CARMEN RODRÍGUEZ	29	F	Celadora	STC.
264	MARTHA GALINDO	18	F	Trabajadora	Lumbalgia y dolor en la región inguinal.
265	PEDRO VALDEZ	26	M	Mensajero	Fractura de fémur.
266	BALARMINO PÉREZ	44	M	Taxista	Lumbalgia.
267	ARQUIMEDES BERDUGO	70	M	Pensionado	P.O.P. Tobillo.
268	LUZ CACERES	36	F	Hogar	Sinovitis rodilla izquierda.
269	RUBÉN SALÍS	62	M	Maestro de	Espolón calcáneo.
270	DEYANIRA VILLANUEVA	26	F	Comerciante	STCB
271	NOLFI PÉREZ	30	F	Cajera	Cervicalgia.
273	BRUNILDA CANTILLO	43	F	Hogar	Lumbalgia dolor en rodilla.
274	JOSÉ GÓMEZ	43	M	Obrero	Fractura de colles.
275	ANA TOBIRIO	36	F	Ama de casa	Bursitis de hombro.
276	TEMISTOCLES VANEGAS	48	M	Soldador	Dorsalgia.
277	JAIRO DE LA ROSA	38	M	Constructor de estructuras metálicas	Cervico dorso lumbalgia.
278	ENZO HERNÁNDEZ	42	M	Conductor	Epicondilitis de codo.
279	JORGE MEJIA	32	M	Tec. Eléctrico	Quemadura en la palma de la
280	ROSARIO BULDING	3	F		Síndrome Down.
281	WOLMAR PADILLA	-3	M	Estudiante	Trauma en hombro.
282	EMILIO GUZMAN	77	M		ACV.
283	CLARA PACHECO	26	F	Estudiante	Parálisis Facial.
284	CRUZ CASTRO	36	F	Celadora	Fractura de colles.
285	EDGAR BARRIOS	40	M	Operario	Fractura dedo índice.
286	MARCELO PÉREZ	56	M	Abogado	Lumbalgia.
287	BENITO ARIAS	30	M	Aux. Contable	Fractura de colles.
288	ELIZABETH RAMÍREZ	42	F	Ama de Casa	Tonificar glúteos.
289	ADRIANA HENAO	27	F	Secretaria	Reducción de Abdomen Bajo.
290	VILMA ROMERO	38	F	Asistente Administrati	Reducción de Cintura.
291	DIANA RAMOS	25	F	Contadora	Drenaje Linfático.
292	ISABEL RUEDA	50	F	Docente	Reducción Abdomen.
293	DORA RUBSS	55	F	Docente	Reducción Abdomen

ANEXO 7

CRONOGRAMA DE VISITAS AL CENTRO DE FISIOTERAPIA Y ESTÉTICA (CEFIEST)

FECHA	HORA	PROTOCOLO	ENCUESTADOR	FIRMA
Septiembre 11 de 2006	8:30 – 10:45 a.m.	Proceso de Atención al Paciente e Infraestructura y Equipos	Leiver Sánchez	
Septiembre 12 de 2006	8:30 – 10:45 a.m.	Recurso Humano	Herminton Rojas	
Septiembre 14 de 2006	2:15 – 4:30 p.m.	Proceso de Atención al Paciente	Emir Amaranto	
Septiembre 18 de 2006	8:30 – 10:30 a.m.	Observación del Proceso de Atención	Leiver Sánchez	
Septiembre 20 de 2006	8:30 – 10:30 a.m.	Proceso de Atención y Observación al Paciente	Atala de la Cruz	
Septiembre 21 de 2006	2:15 – 4:30 p.m.	Insuno de Estética y Fisioterapia	Cristina Mendoza	
Septiembre 25 de 2006	2:15 – 4:30 p.m.	Proceso de Atención al Paciente e Infraestructura y Equipos	Atala de la Cruz	
Septiembre 26 de 2006	8:30 – 10:30 a.m.	Proceso de Atención al Paciente	Emir Amaranto	
Septiembre 28 de 2006	2:15 – 4:30 p.m.	Proceso de Atención al Paciente e Infraestructura y Equipos	Cristina Mendoza	
Septiembre 29 de 2006	8:30 – 10:30 a.m.	Proceso de Atención al Paciente e Infraestructura y Equipos	Herminton Rojas	
Octubre 2 de 2006	2:15 – 4:30 p.m.	Proceso de Atención y Observación al Paciente	Cristina Mendoza	
Octubre 4 de 2006	8:30 – 10:30 a.m.	Proceso de Observación de Infraestructura y Equipos	Emir Amaranto	
Octubre 6 de 2006	2:15 – 4:30 p.m.	Proceso de Atención al Paciente	Leiver Sánchez Herminton Rojas	