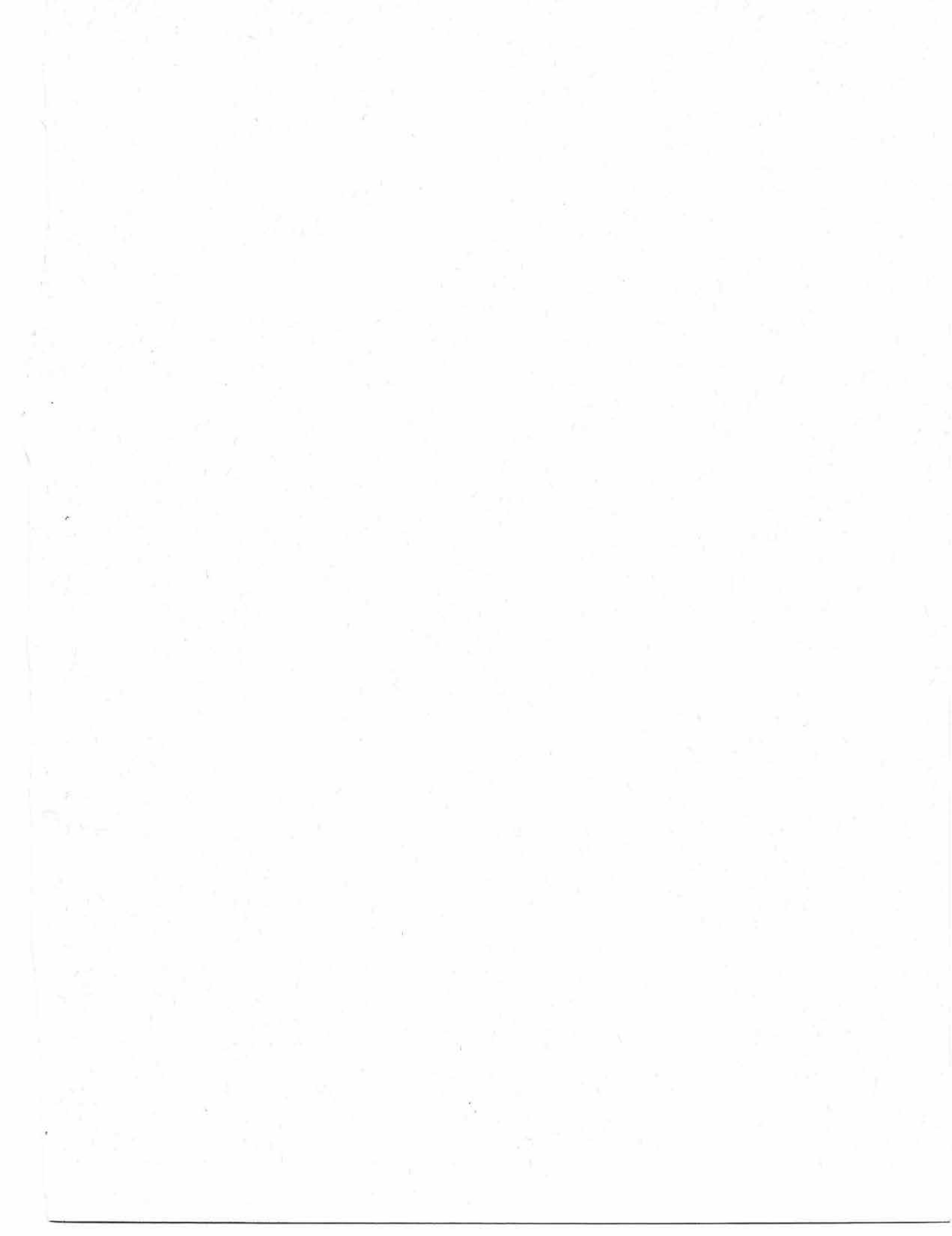




**LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS
FISIOTERAPÉUTICOS, GENERADOS EN EL CONSULTORIO DEL CENTRO DE
ATENCIÓN Y REHABILITACIÓN INTEGRAL “CARI” DEL DISTRITO DE
BARRANQUILLA (ATLÁNTICO) EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE
ENERO – NOVIEMBRE DEL 2006**

**MARIA AGUILAR
ROCIE ARAUJO
INGRID BELLO
JOSÉ FERNÁNDEZ
GLENY GUERRERO
FERNANDO LARIOS
MARÍA POLO
MARIA SANTODOMINGO**

**UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
VIII SEMESTRE
BARRANQUILLA
2006**

**LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS
FISIOTERAPÉUTICOS, GENERADOS EN EL CONSULTORIO DEL CENTRO DE
ATENCIÓN Y REHABILITACIÓN INTEGRAL “CARI” DEL DISTRITO DE
BARRANQUILLA (ATLÁNTICO) EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE
ENERO – NOVIEMBRE DEL 2006**

**MARIA AGUILAR
ROCIE ARAUJO
INGRID BELLO
JOSÉ FERNÁNDEZ
GLENY GUERRERO
FERNANDO LARIOS
MARÍA POLO
MARIA SANTODOMINGO**

**FT. MARICELA TORRES
ASESORA DE CONTENIDO**

**MONICA GOMEZ
ASESORA METODOLOGICA**

**UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
VIII SEMESTRE
BARRANQUILLA
2006**

**LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS
FISIOTERAPÉUTICOS, GENERADOS EN EL CONSULTORIO DEL CENTRO DE
ATENCIÓN Y REHABILITACIÓN INTEGRAL “CARI” DEL DISTRITO DE
BARRANQUILLA (ATLÁNTICO) EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE
ENERO – NOVIEMBRE DEL 2006**

**ROCIE ARAUJO CC # 39,140657 Cienaga
MARIA AGUILAR CC # 53,134160 Santafe de Bogota
INGRID BELLO CC # 55.306948 Barranquilla
JOSÉ FERNÁNDEZ CC # 7,960913 San Estanislao
GLENY GUERRERO CC # 22,668970 Barranquilla
FERNANDO LARIOS CC # 7,603679 Santa Marta
MARÍA POLO CC # 39,101941 plato
MARIA SANTODOMINGO CC # 22,669807 Barranquilla**

**UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
VIII SEMESTRE
BARRANQUILLA
2006**

Nota de Aceptación

Firma del Presidente Jurado



Firma del Jurado

Firma del Jurado

Barranquilla, Noviembre 28 del 2006

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a la fisioterapeuta Marícela torres asesora de investigación por compartir sus conocimientos con nuestro grupo, En cuanto a la organización del presente trabajo y lograr culminarlo con éxito.

A la doctora Mónica Gomes quien con sus consejos y colaboración nos brindó un gran aporte en la complementación de este proyecto.

A la doctora Alcira redondo fisioterapeuta del centro de rehabilitación integral "carí" quien gracias a su apoyo y atención pudimos desarrollar nuestro proyecto en dicha institución sin ningún tipo de contrariedad y Así poder culminarlo de forma grata.

DEDICATORIA

Hoy logro una etapa mas en el largo camino de la vida, mi triunfo se lo dedico al todo poderoso Jehová DIOS y a su hijo amado Jesucristo. Por ser los guías espirituales. Por la sabiduría, por iluminarme y darme fortaleza en todos los momentos de mi vida.

A mi padre José angel Aguilar por su ejemplo porque con su dirección , exigencia y motivación permitió que los objetivos ordenados se pudieran alcanzar,

A mi madre Lidys maria Ochoa. por creer en mí, por su abnegación, ayuda y sacrificio su ternura que dio sentido a mi diario que hacer para luchar por lo que se quiere y salir adelante por sus sabios consejos. "para alcanzar las metas se necesita que exija sacrificios, riesgos, paciencia y amor en toneladas,. A mis hermanos Yuli, Johann y Miguel angel Aguilar Ochoa gracias por su tolerancia amor y apoyo incondicional.

A mi abuelita Griselda Isabel marriaga e. por su apoyo y su sabio consejo.

MARIA AGUILAR.

DEDICATORIA

Este proyecto va dedicado especialmente a DIOS, quien me ha dado la fortaleza para seguir adelante y no desfallecer en los momentos más difíciles.

Especialmente a mi madre María Eugenia, por ser la fortaleza de mi ser, por brindarme todo el amor y la comprensión que todo hijo necesita.

A mi padre César; pilar angular de mi vida, es el motivo de lucha y dedicación que me inspiraron a conseguir con mucho esfuerzo lo que hoy soy "una profesional".

A mis hermanos Yezid, Alicia, David por el apoyo y el cariño brindado.

A mi novio Alberto una persona que ha llenado mi vida de alegría y mi corazón de amor gracias por regalarme tu apoyo, tu tiempo, tu dedicación y tu amor.

A mis compañeros de estudio por soportarme y tenerme paciencia en todo momento.

Este triunfo es para ustedes, con amor

ROCIE ARAUJO

DEDICATORIA

Este sueño tan anhelado se lo agradezco primero que todo a dios por haberme dado el conocimiento y sabiduría para alcanzar esta meta.

A mis padres Yolanda y edinson que con su amor, paciencia y tolerancia me enseñaron a valorar los esfuerzos hechos para alcanzar este escalón más en mi vida, gracias por su apoyo.

A mis hermanos por estar conmigo en mis triunfos, agradezco a la familia Ortiz arroyo en especial a mi abuela, la memoria de mi abuelo Luis, que desde el cielo me transmitió fuerzas para luchar y alcanzar este sueño.

También a la familia bello bello en especial a mi tía nelsy que me colaboro incondicionalmente para seguir adelante. Le doy gracias a dios por haberme regalado el incentivo mas grande mi hermanito edinson junior para que yo cumpliera mi objetivo trazado.

A todos mil gracias por haber creído y depositado tantas ilusiones en mí.

INGRID BELLO



DEDICATORIA

Al lograr una de mis metas más anheladas, que ha sido formarme como profesional en el campo de la salud, se exalta mi corazón de satisfacción y regocijo.

En este día tan especial le doy gracias a ese ser supremo y omnipotente que todo lo puede como lo es DIOS, por brindarme la sabiduría y fortaleza para no desfallecer en los momentos más difíciles de mi carrera.

De antemano le dedico este triunfo merecido a mi familia y mi novia por haberme apoyado siempre, por su empeño, dedicación, esfuerzo y sus buenos consejos que me ayudaron a lograr escalar otro peldaño más en mi vida.

JOSE DARIO

DEDICATORIA

Hoy he alcanzado una meta más en mi vida, doy gracias a ese ser que todo lo puede y siempre ha estado a mi lado brindándome su apoyo incondicional y fortaleza que solo un ser supremo como el me ha podido brindar, gracias dios por escucharme en cada instante donde intente desfallecer y tu me diste la fe y esperanza para continuar luchando por mi objetivo.

A mi madre por que ha pesar de todas las dificultades hoy puedo decir que este triunfo es de las dos ya que siempre estuviste a mi lado motivándome a salir adelante.

A mi tía berlidez yepez por que sin su apoyo tampoco hubiese alcanzado esta meta.

A mis compañeros que siempre estuvieron conmigo brindándome una mano amiga para apoyarme cuando lo necesite.

Y a esa persona especial que ha llegado a mi vida a brindarme su amor, su apoyo y comprensión en este momento de mi vida.

GLENY GUERRERO

DEDICATORIA

Hoy quiero dedicarle este triunfo tan anhelado al Dios todo poderoso por ser mi luz y mi guía en todos y cada uno de los momentos difíciles de mi vida, Dios padre te doy gracias por culminar con éxito esta fase de mi vida.

A mis padres porque sin ellos no hubiese podido lograr este triunfo en mi vida, hoy quiero darle gracias por sus esfuerzos, por creer en mis capacidades y enseñarme a ser la persona que soy, gracias los quiero.

Les dedico este triunfo con todo mi amor a Roselyne, Roviro, Manuel, Lilián y a Doriliz por brindarme todo su apoyo incondicional tanto físicamente como espiritualmente.

Le agradezco a mis amigos y compañeros porque en este largo proceso estuvieron para animarme y llevar a cabo este logro más de vida.

FERNANDO

DEDICATORIA

Hoy se hace realidad uno de mis sueños más anhelados. Se lo dedico a dios por brindarme el entendimiento y sabiduría necesaria para dejarme culminar una etapa más de mi vida.

A mis padres Carlos polo y maria molina por todo su amor, tenacidad, esfuerzo, paciencia y la oportunidad de hacer realidad este sueño de ser una fisioterapeuta. A mi hermana divina, a mi sobrina karolyn y demás familiares por su contribución para que esto fuera posible y mucho más a mi sobrino que es el regalo más hermoso quien nos ha dado dios. Le doy gracias a mis docentes por que me guiaron en este proceso de aprendizaje.

Gracias les doy a mis compañeros de clase por compartir cuatro años las mismas matas en especial a mis colegas Ingrid bello y Maria Aguilar por ser unas personas maravillosas y con quien compartir momentos inolvidables.

A mi grupo de trabajo por tener la paciencia y el empeño necesario para sacar adelante este trabajo.

MARIA ISABEL POLO

DEDICATORIA

En estos momentos de mi vida, que es uno de los más importantes para mí, dedico todo el esfuerzo realizado primero a dios, porque sin él nada de esto hubiera sido realidad.

A mis padres que en todo momento confiaron en mí y me dieron ánimo en los momentos difíciles, los amo.

A mi esposo por estar conmigo y darme apoyo.

A mi hijo CAMILO JOSE que ha sido fuente de mi inspiración, y mi motor para seguir adelante, él es mi gran fortaleza. Lo adoro.

A mi tío Juan Carlos Payeras (QEPD) que recuerdo con mucho amor por su forma tan especial de ver la vida.

A mis hermanos y mis sobrinos por confiar en mí y celebrar junto a mí mis logros.

A mis amigos por su comprensión y apoyo en los momentos en que los necesite, los quiero mucho. Y a todas aquellas personas que con sus buenos consejos hicieron posible que este sueño se hiciera realidad

MARIA PAULINA

CONTENIDO

Pág.

1. TITULO	
2. INTRODUCCION	
1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	21
1.1. DESCRIPCION	22
1.2. FORMULACION	22
1.3. SISTEMATIZACION	22
2. JUSTIFICACION	23
3. PROPOSITO	25
4. OBJETIVOS	26
4.1. OBJETIVO GENERAL	26
4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	26
5. MARCO REFERENCIAL	27
5.1. MARCO CONCEPTUAL	27
5.1.1. CONCEPTO DE CALIDAD EN SALUD	27
5.1.1.1. LA CALIDAD EN LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN EN SALUD	28
5.1.1.2. CARACTERÍSTICAS DE LA CALIDAD	29
5.1.2. DEFINICIONES DE CALIDAD SEGÚN LOS SIGUIENTES AUTORES	30
5.1.3 . EL CONTROL DE LA CALIDAD	31
5.1.4 . EL AUTOCONTROL DE LA CALIDAD	32
5.1.5. CALIDAD EN EL SERVICIO	33
5.1.6. MEDICIÓN DE LA CALIDAD	34
5.1.7. LOS ENFOQUES DE CALIDAD	36
5.1.8. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD SEGÚN MODELOS	36
5.1.8.1. MODELO DONADEBIAN	37
5.1.8.2. MODELO DOFA	38
5.1.8.3. MODELO DOPRI	42

5.1.9. AUDITORIA DE LA CALIDAD	48
5.1.10. AUDITORIA EN SALUD	49
5.1.11. GARANTÍA DE LA CALIDAD	53
5.1.12. EFICIENCIA DE LA GERENCIA	55
5.2. MARCO HISTÓRICO SITUACIONAL	61
5.3. MARCO CONCEPTUAL	69
5.3.1. FISIOTERAPIA	69
5.3.2. GARANTÍA:	69
5.3.3. SALUD PÚBLICA	70
5.4. MARCO LEGAL	70
5.4.1. LEY 100/93.	70
5.4. MARCO ESPACIAL	92
5.5. MARCO TEMPORAL	92
6. METODOLOGÍA	93
6.1. TIPO DE ESTUDIO	93
6.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	93
6.3. UNIDAD DE ANÁLISIS	93
6.4. FUENTES DE INFORMACIÓN	94
6.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	95
6.6. PROCESO DE RECOLECCIÓN Y TABULACIÓN DE LA INFORMACIÓN.	97
7. PLAN DE ANALISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	98
8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	112
8.1. CONCLUSIONES	112
8.2. RECOMENDACIONES	112
9. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	114
9.1. FACTIBILIDAD	114
9.2. RECURSO HUMANO	114
9.3. RECURSOS FINANCIEROS	115
9.4. RECURSOS MATERIALES	115

9.5. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	116
10. BIBLIOGRAFÍA	117
ANEXOS	118

TITULO

**CALIDAD DE ATENCIÓN EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS
FISIOTERAPEUTICOS, GENERADO EN EL CONSULTORIO DEL CENTRO DE
ATENCIÓN Y REHABILITACIÓN INTEGRAL “CARI” DEL DISTRITO DE
BARRANQUILLA EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO –
NOVIEMBRE DEL 2006.**

INTRODUCCIÓN

A pesar que todos quienes ejercemos alguna profesión de la salud entendemos muy fácil y claramente a que nos referimos con el enunciado de "calidad en salud", son muchos los conceptos que queremos hacer emerger en primer lugar.

Para empezar a describir las ideas que todos tenemos muy claramente, acordemos en principio que entendemos por calidad, la totalidad de funciones, características (ausencia de deficiencias de un bien o servicio) o comportamiento de un bien producido o de un servicio prestado, que les hace capaces de satisfacer las necesidades de los consumidores. Se trata de un concepto subjetivo dado que cada individuo puede tener su propia apreciación o su particular juicio de valor acerca del producto o servicio en cuestión. La definición expresa tres conceptos que estimamos de vital importancia: el primero que calidad es la totalidad de funciones, características o comportamientos de un servicio. No hay calidad que se puede medir por solamente la apreciación o el análisis de alguna de las partes constitutivos del servicio. La calificación se hace con carácter integral, es decir, evaluando todas las características, funciones o comportamientos. El segundo concepto que se destaca por su importancia es que se considera un bien o servicio con calidad cuando logra su fin, que es satisfacer las necesidades de los consumidores-cliente que no sale satisfecho de un consultorio de un médico, no percibirá que fue atendido de buena manera no habrá recibido una atención de calidad.

No importa lo que el profesional piense o de lo que este convencido, tampoco importará los resultados médicos que obtenga del tratamiento recordado. El profesional de la salud podrá creer que trabajo, calificadamente, pero, si no satisfizo las necesidades del paciente, este no volverá a buscar por sobre todos los demás.

El tercer elemento fundamental de la definición es que la calidad es un concepto subjetivo, ya que lo que para una persona es bueno, para otra inclusive puede ser considerado como de mala calidad; el grado de exigencia depende de una serie de una serie de circunstancias siendo fundamentalmente aquellas de orden cultural, social y económico.

Todo producto, bien o servicio, tiene dos maneras como puede percibirse su nivel de la calidad: existe un primer criterio denominado como calidad funcional. La primera esta referida al cumplimiento de los protocolos de atención analizados desde la óptica técnico- científica; la calidad funcional es conocida como la manera como es brindado el servicio, como la persona percibe que es atendida.

Cuantificar el nivel de calidad percibido por un paciente, al entrar en los marcos de la subjetividad, es más difícil, salvo que se encuentran caminos. Realizar encuestas de satisfacción a los pacientes es un modo de lograrlo, pues la calidad consiste en satisfacer o superar las expectativas de manera congruente. Es juzgar una realidad frente a una referencia, cuadro o contexto, seguida de evaluaciones sistemáticas. Exige siempre un estándar básico de referencia y un indicador para verificar si ese estándar fue alcanzado o no.

Esto nos lleva a establecer que es exigible realizar una comparación y recién después emitir juicios, entre una realidad tangible y un estándar de comparación. Pensamos que es bastante complejo que no exista en nuestras profesiones de la salud, parámetros de referencia para calificar nuestros servicios de que disponen de calidad. Si la calidad es subjetiva para los pacientes. Se considera que en todo producto existe un componente muy importante del servicio. Para establecer un estándar de comparación que sea de gran utilidad para quienes ejercen profesiones de la salud, debemos recordar una definición del vocablo "estándar" que se define como las

estructuras, procesos y resultados que deben estar firmemente establecidos en una organización para que esta preste atención de calidad.

Si ha estándar se asocia el concepto de indicador recordemos que este es una variable objetiva, bien definida utilizada para controlar la calidad y la propiedad de un aspecto de la atención en salud

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Dentro del contexto de la salud se puede destacar cómo la calidad del servicio representa uno de los pilares principales e indiscutibles en las instituciones prestadoras del servicio en salud. La calidad, es un conjunto de características, técnico- científico, humano, financieras y materiales las cuales deben encontrarse dentro de las instituciones que prestan el servicio de seguridad social en salud, bajo la responsabilidad de las personas que integran el sistema y la correcta utilización de los servicios por parte de los usuarios; la calidad del servicio se considera un factor primordial e indispensable para el desarrollo del buen servicio el cual va en pro del bienestar de la comunidad, aun siendo así, ésta no se cumple en muchas instituciones; una muestra de ello es que en los últimos años en el distrito de Barranquilla se ha visto un incremento en el número de consultorios de fisioterapia, de los cuales algunos no cumplen con los requisitos mínimos esenciales exigidos por la ley (decreto 2309 del 15 de octubre del 2002), teniendo en cuenta que los consultorios y centros de fisioterapia, deben cumplir con unos mínimos estándares de calidad en lo que se refiere a infraestructura física, dotación, recursos humanos, procedimiento técnico – administrativo y auditoria de servicios. Además de esto es importante también que se realice una vigilancia adecuada para observar cómo son atendidos los usuarios y conocer las exigencias y necesidades de éstos, para que de alguna u otra forma haya un acercamiento más compenetrado profesional – usuario.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Teniendo en cuenta los anteriores preceptos, el grupo investigador se hizo la siguiente pregunta problema.

1.3 SISTEMATIZACIÓN

¿Cómo es la calidad de atención en la prestación de servicios fisioterapéuticos, generados en el consultorio del centro de atención y rehabilitación integral "cari" del distrito de Barranquilla (atlántico) en el periodo comprendido entre enero - noviembre del 2006?

2. JUSTIFICACIÓN

Los retos para el sector salud colombiano en los próximos años serán ampliar su cobertura hasta lograr la universalidad y alcanzar la excelencia en la prestación de servicios de salud, para así optimizar las condiciones de vida de la población. Esto obliga a preguntarse por una parte si son suficientes los incentivos y mecanismos con que cuenta el país para que el sistema produzca salud con calidad y por otra parte que acciones es necesario implementar para lograrlo.

Los resultados de la atención en salud están mediados por una compleja gama de variables, que no son fácilmente controlables. Múltiples estudios en varios países del mundo occidental han mostrado que el nivel de calidad de la atención recibida por un usuario medio dista mucho de la deseada y que la variación en la calidad de la atención ofrecida por diferentes profesionales de salud y hospitales es inmensa como respuesta a muchos factores y fenómenos que ocurren en los sistemas de salud.

De acuerdo a lo expuesto anteriormente nos proponemos investigar y determinar el estado actual de la calidad en la prestación del servicio de fisioterapia, en el centro de atención y rehabilitación integral (cari) del Distrito de Barranquilla (atlántico) por lo tanto una de las razones por la cual nos motivamos a la realización de este trabajo es obtener información acerca de cómo es el desempeño de la prestación del servicio de fisioterapia y con que recursos humano, locativo y técnico cuenta la institución para el desempeño del servicio.

Esta investigación es de gran importancia para nosotros ya que por medio de esta tendremos la oportunidad de evaluar la calidad del servicio que se le presta a la comunidad tomando como punto evaluativo el centro de rehabilitación integral (cari) y a su vez nos permite autoevaluarnos como profesionales para ver si los servicios que prestamos donde nos desempeñamos como profesionales son

favorables a la comunidad determinando en gran medida las debilidades que más adelante nos sirvan como base para el mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de los servicios en salud.

3. PROPÓSITO

De acuerdo a los resultados que se obtengan a través de la presente investigación relacionado con la calidad de la atención de la prestación de servicios fisioterapéuticos en el Consultorio del Centro de Atención y Rehabilitación Integral CARI en el distrito de Barranquilla, de acuerdo con los resultados que se obtengan, de tal forma que en un futuro se puedan implementar medidas de control y sobre todo ofrecer una mejor atención que vayan de acuerdo con las necesidades que presenten los usuarios que asisten a este centro de Atención y detectar las falencias presentes por los profesionales en fisioterapia.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar la calidad de atención en la prestación de servicios fisioterapéuticos, del centro de atención y rehabilitación integral. "Cari" del distrito de Barranquilla (atlántico) en el periodo comprendido entre enero - noviembre del 2006.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la demanda del servicio de fisioterapia en los meses de enero a noviembre del 2006. teniendo en cuenta sexo, edad, patología, edad, estratificación y ocupación.
- Verificar si la infraestructura es adecuada para una apta prestación de los servicios que ofrece la institución a sus usuarios.
- Determinar si la institución cuenta con los equipos necesarios para la prestación de los servicios de fisioterapia.
- Verificar mediante encuestas si los usuarios se encuentran satisfechos con la prestación de los servicios de fisioterapia.
- Determinar si el personal responsable de la prestación del servicio de fisioterapia cuenta con el nivel profesional para suplir con las necesidades del usuario.

5. MARCO REFERENCIAL

5.1 MARCO CONCEPTUAL

5.1.1. Concepto de Calidad en Salud

5.1.1.1 La Calidad en los Sistemas de Atención en Salud. El termino "aseguramiento de calidad" o "calidad total", fue acuñado en el lenguaje de la administración empresarial en la década de los setenta. La necesidad de introducir procesos eficaces en la manufactura, venta, entrega y servicio postventa de muchos productos, nació de cambios profundos en el perfil de los clientes.

A principios del siglo XX la escasez de productos fue el problema principal. Las industrias desarrollaron estrategias para producir altos volúmenes de artículos a gran velocidad.

Se introdujo el concepto de "trabajo en serie" en donde cada trabajador se especializo en un paso muy pequeño del proceso de producción. Esto trajo como resultado el crecimiento industrial y el triunfo de muchos emporios.

Sin embargo, en las últimas décadas, cuando el consumidor tuvo un gran espectro de productos disponibles otras características de dichos productos definieron la elección final de dicho consumidor; la calidad intrínseca, el costo, el servicio de venta y postventa.

Ha sido necesario por lo tanto cambiar muchas estrategias empresariales en busca de introducir estos nuevos conceptos que el cliente espera encontrar en el producto; la presentación de servicios de salud está viviendo cambios similares a los descritos para las empresas de manufactura. Cada vez más avanzados hacia

un modelo de libre escogencia y esta elección se hará con base en la calidad que cada prestador ofrezca al usuario.

En los últimos cuatro años se ha implantado y reglamentado en Colombia, la ley 100/93 de Seguridad Social. Esta ley tiene como objetivo principal, ofrecer cobertura en salud para el 100% de la población colombiana. Aunque es una meta indiscutible, gran parte de la reglamentación inicial de la ley forzó a promotores (EPS) y prestadores (IPS) de salud a realizar ajustes en su organización para lograr la sobre vivencia de sus empresas; ante una reducción en las tarifas se encontró como única alternativa elevar el volumen de actividades.

Aunque esta estrategia ha logrado compensar en parte el problema de generación de ingresos, hay síntomas que indican que la calidad de los servicios de salud se ha comprometido. Aumenta la insatisfacción de los pacientes y de los profesionales de la salud; procedimientos diagnóstico y terapéuticos innecesarios, aumento de los casos medico-legales son algunos síntomas evidentes.

La ley 100 contempla tímidamente el problema de la calidad ordenando que tanto las EPS como las IPS deban crear programas de control de calidad. Sin embargo su implementación ha sido muy lenta. La mayoría de estas organizaciones solo cuentan con oficinas de calidad, las cuales matizan el problema pero de verdaderos programas de mejoramiento.

Es posible que muchos de los protagonistas del sistema sigan en los próximos meses e incluso años dando batallas estériles sobre el tema de tarifas, facturaciones, contratación y sobre vivencia; sin embargo a medida que la nueva ley se ha ido decantando, es indiscutible que en el nuevo ambiente en el que nos desempeñamos, solamente las instituciones que pueden mantener una altísima calidad en sus procesos serán triunfantes a largo plazo.

5.1.1.2 Características de la calidad. Hay cualidades que deben tener los servicios de salud, como son:

- Accesibilidad:

Corresponde a la posibilidad de acceder a un usuario de salud en términos geográficos y económicos, de acuerdo con las necesidades del usuario.

- Oportunidad:

Capacidad de satisfacer las necesidades de salud del usuario en el momento que requiere el servicio.

- Continuidad:

Es la atención continua del usuario a través de una serie de acciones del proceso de la atención y bajo el cuidado de un equipo de profesionales.

- Suficiente e integridad:

Es la satisfacción oportuna de las necesidades de salud y de manera integral, entidades las acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación.

- Racionalidad lógico – científico:

El conocimiento médico y la tecnología se reúnen para atender un problema de salud, con criterios de lógica y optimización de los recursos.

- Efectividad:

Se refiere al grado máximo de mejoramiento de la salud con la mejor atención disponible.

- Eficiencia:

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Dentro del contexto de la salud se puede destacar cómo la calidad del servicio representa uno de los pilares principales e indiscutibles en las instituciones prestadoras del servicio en salud. La calidad, es un conjunto de características, técnico- científico, humano, financieras y materiales las cuales deben encontrarse dentro de las instituciones que prestan el servicio de seguridad social en salud, bajo la responsabilidad de las personas que integran el sistema y la correcta utilización de los servicios por parte de los usuarios; la calidad del servicio se considera un factor primordial e indispensable para el desarrollo del buen servicio el cual va en pro del bienestar de la comunidad, aun siendo así, ésta no se cumple en muchas instituciones; una muestra de ello es que en los últimos años en el distrito de Barranquilla se ha visto un incremento en el número de consultorios de fisioterapia, de los cuales algunos no cumplen con los requisitos mínimos esenciales exigidos por la ley (decreto 2309 del 15 de octubre del 2002), teniendo en cuenta que los consultorios y centros de fisioterapia, deben cumplir con unos mínimos estándares de calidad en lo que se refiere a infraestructura física, dotación, recursos humanos, procedimiento técnico – administrativo y auditoria de servicios. Además de esto es importante también que se realice una vigilancia adecuada para observar cómo son atendidos los usuarios y conocer las exigencias y necesidades de éstos, para que de alguna u otra forma haya un acercamiento más compenetrado profesional – usuario.

Implica que la atención brindada debe ser efectiva pero a unos costos razonables.

- Eficacia:

Indica la aplicación de un saber o tecnológico cuya utilidad ha sido previamente demostrada.

- Satisfacción del usuario:

Es la complacencia del usuario con la atención recibida para muchos autores esta característica es la mas destacada en cuanto a la evaluación de calidad.

- Atención humanizada:

Consiste en tener en cuenta una serie de necesidades de índole cultural, religioso, estilos de vida que mantengan en alto la dignidad del ser enfermo.

5.1.2 Definiciones de Calidad Según los siguientes autores.

- Según la norma ISO 8402 "Calidad es el conjunto de características de una entidad que le confiere la aptitud para satisfacer las necesidades establecidas y las implícitas".¹

- Según AVEDIS DONABEDIAN, la persona reconocida mundialmente en el tema, se refiere a la calidad como una propiedad de la atención médica; que puede ser obtenida en diversos grados y que se concretaría: lograr los mayores beneficios, con los menores riesgos posibles para el paciente dados ciertos recursos.

- Según la norma de ICONTEC 1893 la toma como "un conjunto de propiedades o características de un producto o servicio, con habilidad para satisfacer necesidades implícitas o explícitas.

¹ Varo J. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Madrid: Editorial Díaz de Santos, 1993.

- Según FALCONI: atender perfectamente de manera confiable accesible, segura y en tiempo exacto las necesidades de los usuarios.
- Según PALMER: provisión de servicios accesibles y equitativos con nivel profesional óptimo que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario².

5.1.3 El Control de la Calidad. Hasta hace poco la calidad era vista como una exigencia que llevaba implícita la necesidad de evaluar, separar y corregir mediante la inspección del producto final o en la fase de fabricación, el departamento de calidad de la empresa separaba el producto aceptable del defectuoso este último, se segregaba del resto y era objeto de subsanación o de rechazo.³

Este proceso se llevaba a cabo según un plan de inspección creado por la propia organización, reproduciendo técnicas y tendencias del momento. Con este método, se cumplía el paradigma (Hoy todavía vigente en muchas organizaciones) de que la calidad únicamente se controla.⁴

Se trata de un modelo que hoy tiene inconvenientes tales como:

4 Únicamente el departamento de calidad se responsabiliza de cumplir los estándares de calidad fijados. No existe ninguna participación ni refuerzo del personal durante la cadena de fabricación.

² ABURTO JIMENEZ, M. Administración por Calidad. Compañía editorial Continental, S.A., México D.F. 1992.

³ Arredondo LG. Planeación estratégica en hospitales. Bogotá: Editorial Médica Panamericana, 1996.

⁴ Ibid.

5 Dichos estándares se basan en indicadores creados y localizados a lo largo del proceso de fabricación, pero en ningún caso se contempla la propia satisfacción del cliente; no se tiene en cuenta la participación del cliente en cuanto a la creación de los estándares de calidad.

6 No es una herramienta de mejora interna, ya que basa su eficacia en la corrección del resultado (intermedio y/o final), no en la prevención o control sobre el proceso.

7 Es un método costoso, ya que hasta el momento en que se activa el indicador y se detecta el error existen los costos de fabricación interrumpidos.

8 Es difícilmente válido en los servicios, ya que en este sector no suelen haber intervalos, entre el tiempo de producción y el momento de entrega del bien.⁵

5.1.4 El autocontrol de la calidad. La idea de que la calidad se auto-controla se basa en la responsabilidad del trabajador que realiza su tarea. El operario interviene en el proceso es quien controla la calidad del producto a su paso por la cadena de montaje. Esta idea procede de la teoría de que la calidad "se va haciendo a la par que el producto se va fabricando".

Ya no es el departamento de calidad el que centraliza y fiscaliza la calidad del producto. Este departamento queda aquí relegado a tareas más especializadas (auditorías internas, análisis de procesos, gestión de la mejora continua, etc). La responsabilidad de evaluar la conformidad del trabajo realizado corresponde ahora a sus propios autores.

⁵ Donabedian A. La calidad en la atención médica: definición y métodos de evaluación. México: Prensa Médica Mexicana, 1984.

En general, el compromiso con la calidad se extiende a todo el personal que interviene en el proceso de fabricación.

Es un método muy válido, ya que el error se detecta tan pronto como aparece, se reduce el costo del mismo y se evitan los costos de acumulación posteriores.

Además, no podemos olvidar su efecto motivador, se le está dando una confianza al trabajador que antes se encontraba monopolizado por un solo departamento, y ello redondea en un mayor compromiso con su trabajo.

La mentalidad que subyace bajo este método no está orientada, ya al producto o resultado sino al proceso operativo. Sin embargo para que este sistema realmente funcione es necesario tener muy definido lo siguiente:

- Secuencias o procesos dentro del ciclo global de fabricación
- Responsable de cada secuencia o proceso
- Sistemática individual de evaluar la calidad
- Criterios de conformidad del producto
- Gestión correcta del defecto detectado

Estas consignas sobre autocontrol de la calidad coinciden con muchos aspectos integrantes de un sistema de calidad total, sin embargo, fuera de este tipo de sistemas, el método del autocontrol corre el riesgo de atomizar excesivamente la calidad si las funciones individuales no están bien integradas en un contexto de mejora claramente definido.

5.1.5 Calidad en el servicio. Satisfacer, de conformidad con los requerimientos de cada cliente, las distintas necesidades que tienen y por la que se nos contrato. La calidad se logra a través de todo el proceso de compra, operación y evaluación de los servicios que entregamos el grado de satisfacción que experimenta el cliente

por todas las acciones en las que consiste el mantenimiento en sus diferentes niveles y alcances.⁶

La mejor estrategia para conseguir la lealtad de los clientes se logra evitando sorpresas desagradables por fallas en el servicio y sorprendiendo favorablemente a los clientes cuando una situación imprevista exija nuestra intervención para rebasar sus expectativas, calidad del servicio es lo que en definitiva, garantiza súper durabilidad y lo hace competitivo en el mercado es lo que lo lleva a definir su verdadero posicionamiento en lo denominado momento de la verdad.⁷

Sensibilidad de los clientes a la calidad, los compradores o consumidores de algunos servicios son poco sensibles a la calidad. Sin embargo es posible influir en los clientes potenciales y actuales para que aprecien los niveles de calidad en los mismos. Esto se puede lograr mediante la interacción con el cliente para desarrollar un clima de confianza y seguridad por la eliminación de cualquier problemática de funcionamiento, resistencia, durabilidad u otro atributo apreciado por los clientes; estos se puede lograr mediante el aseguramiento de calidad en el servicio y en pleno conocimiento, por parte de los clientes de los mecanismos de gestión de la calidad.

5.1.6 Medición de La Calidad. La medición en salud es una constante. Esta en todas partes requerimos cuantificar un gran conjunto de información.

Medimos porque es importante saber lo que está ocurriendo objetivamente. "Si no puedo medirlo no puede administrarlo"⁸.3

⁶ Asociación Colombiana de Facultades y Escuelas de Enfermería (Acofaen). *Estudio nacional de enfermería 1984-1987*. (jul. 1988); Bogotá. 50 p.

⁷ Organización Panamericana de la Salud (Ops). *Condiciones de eficiencia de los servicios de atención materno infantil*. Washington: 1985. pp. 2-74.

⁸ RODRIGUEZ, William, *Salud ¿Cómo garantizar la calidad?* Pág.82-84

Este aspecto se define como todo acto o proceso de comparar cuantitativamente los resultados con las exigencias, para llegar a un cálculo cuantitativo del desempeño. La medición es lo que hace tangible los progresos en calidad, por lo tanto, la marcha hacia la calidad total puede ser sostenida sólo cuando el progreso es medido o informado con claridad, determinando la tasa de mejoramiento en el tiempo, o sea el ritmo de la calidad del servicio.

En la medición se pretende identificar las fuentes de variación o el comportamiento de los riesgos, observando con un control estadístico del proceso. La conjunción de los recursos e insumos para convertirse en un servicio.

La calidad es un juicio relativo y para medirse requiere de estándares para tener con que comparar.

Los estándares son los promedios o porcentajes resultantes de los valores observados individualmente en la evaluación; muestran el grado de cumplimiento de los criterios, el cual señala el límite entre calidad aceptable e inaceptable. En aseguramiento de calidad el interés se centra en el estándar mínimo fijado. Estándares demasiado elevados pueden ser, incluso, contraproducentes, pues al aceptarse el concepto de calidad lógica y óptima se infiere que sobre valorar un área puede reducir la eficiencia del sistema.

Toda medición o sistema de medición debe poseer las propiedades y requerimientos básicos de validez y reproducibilidad. La validez es la capacidad de un indicador para medir lo que éste se propone medir, mientras que la reproducibilidad es la capacidad de reproducir los rangos o puntajes originales cuando la medición es repetida por el mismo o por diferente examinada.

Independientemente de lo complejo que sea un servicio de salud, es susceptible de medir, su calidad y lo fundamental no es la medición por sí mismo, hay que

partir del principio de que la calidad es planificable, se puede programar su obtención, es medible en su diseño, ejecución, resultados y en su efecto alcanzado.

En salud la medición es un elemento fundamental para la toma de decisiones, entre otros la medición nos sirve para conocer:

- Utilización de un recurso.

Permite saber:

- El número de consultas en un período determinado
- El número de egresos
- Número de urgencias
- Número de partos
- Número de fórmulas despachadas
- Número de pacientes atendidos por primera vez, etc.

5.1.7 Los Enfoques de Calidad.

- El enfoque teórico científico: enuncia el ofrecimiento al paciente de lo óptimo dentro del estado de los conocimientos y de la última tecnología.
- El enfoque lógico: relaciona la calidad con la eficiencia en la utilización de la información para la toma de decisiones.
- El enfoque óptimo: este se relaciona con la respuesta a una serie de alternativas, tales como:
 - a. El equilibrio entre la prevención y la curación
 - b. Las prioridades entre servicios ambulatorios y hospitalarios.



- c. Las alternativas entre la prestación de algunos servicios por personal profesional o auxiliar.
- d. Las alternativas de calidad en términos de efectividad y eficiencia.

5.1.8 Evaluación de la Calidad según modelos. Consta de tres modelos importantes:

5.1.8.1 Modelo Donadebian. Para Donadebian la estructura: tiene como objeto el análisis sobre las características de las instalaciones, equipos, tecnología, recursos humanos (técnico y auxiliar), recursos financieros y sistemas de información (interna y externa).

- Proceso: 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.

- Resultados: se relaciona con la preocupación de que si la prestación del servicio ha reportado beneficios para el usuario. Su aplicación individual es más difícil que la estructura y proceso.

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

la muerte o la invalidez en distintos grados. Se evalúa igualmente la satisfacción obtenida por el proveedor y el usuario de los servicios.

5.1.8.2 Modelo DOFA. La matriz DOFA (conocido por algunos como FODA, y SWOT en inglés) es una herramienta de gran utilidad para entender y tomar decisiones en toda clase de situaciones en negocios y empresas. DOFA es el acrónimo de Debilidades, Oportunidades, Fortalezas y Amenazas. Los encabezados de la matriz proveen un buen marco de referencia para revisar la estrategia, posición y dirección de una empresa, propuesta de negocios, o idea.

El análisis DOFA es una evaluación subjetiva de datos organizados en el formato DOFA, que los coloca en un orden lógico que ayuda a comprender, presentar, discutir y tomar decisiones. Puede ser utilizado en cualquier tipo de toma de decisiones, ya que la plantilla estimula a pensar pro-activamente, en lugar de las comunes reacciones instintivas.

Algunos ejemplos de uso para el análisis DOFA:

- Una empresa (su posición en el mercado, viabilidad comercial, etc.)
- Un método de distribución de ventas.
- Un producto o marca.
- Una idea de negocios.
- Una opción estratégica, cómo entrar en un nuevo mercado o lanzar un nuevo producto.

- Una oportunidad para realizar una adquisición.
- Evaluar un cambio de proveedor.
- Una potencial sociedad.
- Decidir la tercerización (outsourcing) de un servicio, actividad o recurso.
- Analizar una oportunidad de inversión.

Las cuatro dimensiones son una extensión de los encabezados sencillos de Pro y Contra.

La plantilla del análisis DOFA es generalmente presentada como una matriz de cuatro secciones, una para cada uno de los elementos: Debilidades, Oportunidades, Fortalezas y Amenazas.

• Fortalezas

- ¿Ventajas de la propuesta?
- ¿Capacidades?
- ¿Ventajas competitivas?
- ¿PUV's (propuesta única de ventas)?
- ¿Recursos, activos, gente?
- ¿Experiencia, conocimiento, datos?
- ¿Reservas financieras, retorno probable?
- ¿Marketing, alcance, distribución, awareness?
- ¿Aspectos innovadores?

- ¿Ubicación geográfica?.
 - ¿Precio, valor, calidad?.
 - ¿Acreditaciones, calificaciones, certificaciones?.
 - ¿Procesos, sistemas, TI, comunicaciones?.
 - ¿Cultural, actitudinal, de comportamiento?.
 - ¿Cobertura gerencial, sucesión?.
- Debilidades
 - ¿Desventajas de la propuesta?.
 - ¿Brechas en la capacidad?.
 - ¿Falta de fuerza competitiva?.
 - ¿Reputación, presencia y alcance?.
 - ¿Aspectos Financieros?.
 - ¿Vulnerabilidades propias conocidas?.
 - ¿Escala de tiempo, fechas tope y presiones?.
 - ¿Flujo de caja, drenaje de efectivo?.
 - ¿Continuidad, robustez de la cadena de suministros?.
 - ¿Efectos sobre las actividades principales, distracción?.
 - ¿Confiabilidad de los datos, predictibilidad del plan?.
 - ¿Motivación, compromiso, liderazgo?.
 - ¿Acreditación. etc.?.
 - ¿Procesos y sistemas, etc.?.
 - ¿Cobertura gerencial, sucesión?.

- Oportunidades

- ¿Desarrollos del mercado?
- ¿Vulnerabilidades de los competidores?
- ¿Tendencias de la industria o de estilo de vida?
- ¿Desarrollos tecnológicos e innovaciones?
- ¿Influencias globales?
- ¿Nuevos mercados, verticales, horizontales?
- ¿Mercados objetivo nicho?
- ¿Geografía, exportación, importación?
- ¿Nuevas propuestas únicas de venta?
- ¿Tácticas - sorpresa, grandes contratos, etc.?
- ¿Desarrollo de negocios o de productos?
- ¿Información e investigación?
- ¿Sociedades, agencias, distribución?
- ¿Volúmenes, producción, economías?
- ¿Influencias estacionales, del clima, o de la moda?

- Amenazas

- ¿Efectos políticos?
- ¿Efectos legislativos?
- ¿Efectos ambientales?
- ¿Desarrollos de TI?

- ¿Intenciones de los competidores?.
- ¿Demanda del mercado?.
- ¿Nuevas tecnologías, servicios, ideas?.
- ¿Contratos y alianzas vitales?.
- ¿Mantener las capacidades internas?.
- ¿Obstáculos enfrentados?.
- ¿Debilidades no superables?.
- ¿Pérdida de personal clave?.
- ¿Respaldo financiero sostenible?.
- ¿Economía - local o extranjera?.
- ¿Influencias estacionales, del clima, o de la moda?.

5.1.8.3 Modelo DOPRI. Cubre cada una de las partes de un todo. Es decir, cada uno de los componentes de un ente y su entorno.

Para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud el DOPRI no deja escapar ni un solo componente.

El DOPRI opera como un "Centro de Diagnóstico": EVALUACIÓN (¿Qué tiene la Institución y qué le falta?).

El DOPRI permite estas actividades:

- Inspección: Revisión.

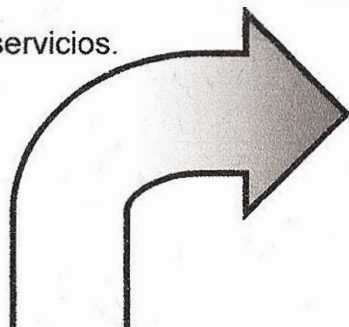
- Evaluación: Examen: Auditoria.
- Verificación: Comprobación.

El modelo DOPRI concibe, que para evaluar la calidad en materia de salud, es necesario tener en cuenta seis componentes: contexto, demanda, oferta o estructura, proceso, resultado o producto e impacto o efecto, con su respectiva retroalimentación.

Cada uno de los componentes anotados, incorpora variables, subvariables, indicadores y rejillas de evaluación, que permiten la evaluación integral de los organismos de salud, 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. En el campo preventivo, incorpora acciones relacionadas con educación en salud, inmunizaciones y saneamiento básico.

- Impacto y Efecto

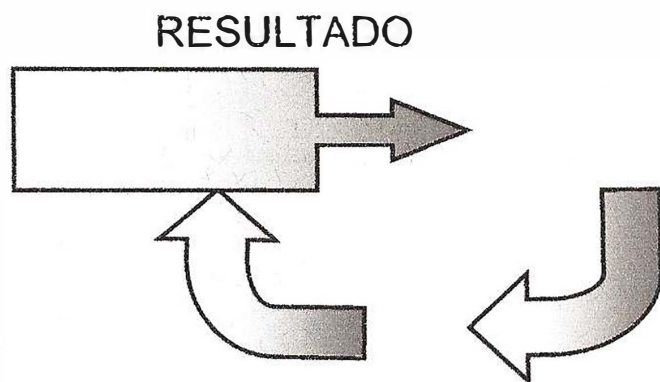
Evalúa aspectos tales como: la modificación del riesgo de enfermar, incapacitarse o morir de la población, el cumplimiento de programas, actividades o tareas previstas por el sector salud y los cambios de actitud de los usuarios, hacia los mismos servicios.



- ♦ Organización Funcional
- ♦ Organización Estructural

OFERTA

- ◆ Recursos Humanos
 - ◆ Volumen
 - ◆ Calidad
- ◆ Recursos Físicos
 - ◆ Planta
 - ◆ Dotación
 - ◆ Insumos
 - ◆ Equipos e Instrumental
- ◆ Recursos Financiero
 - ◆ Funcionamiento
 - ◆ Inversión
- ◆ Recursos Información



Actividades Intermedias

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

El “segundo eslabón” lo constituye “la matriz DOFA”, la cual señala las fortalezas y debilidades hacia el interior de la Institución, al igual que las amenazas y oportunidades presentes en el entorno.

El “tercer eslabón” corresponde a las “conclusiones” emanadas de la Matriz DOFA, las cuales 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 en los componentes de estrategias.

Finalmente, y como “quinto eslabón” de la cadena, 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, necesarios para el cumplimiento del plan.

MATRIZ DOFA

FUTURO 

P
R
E
S
E
N
T
E

ANÁLISIS EXTERNO ANÁLISIS INTERNO	O (OPORTUNIDADES)	A (AMENAZAS)
	F O (ESTRATEGIAS)	F A (ESTRATEGIAS)



D (DEBILIDADES)	(ESTRATEGIAS) D O	(ESTRATEGIAS) D A
1.	1.	1.
2.	2.	2.
3.	3.	3.

5.1.9 Auditoria de la Calidad. El decreto 2174 la define como "la evaluación sistemática de la atención en salud, con el objetivo fundamental de mejorar la calidad de los servicios. Significa la comparación entre la calidad observada y la calidad deseada de acuerdo con normas técnico – científicas y administrativas previamente estipuladas para la atención en salud". Es decir que es un método más. Las entidades promotoras de salud y entidades que se asimilen y los prestadores de servicios de salud deberán establecer procesos de auditoria médica de conformidad con las pautas indicativas que al respecto elaboren el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud.

5.1.10 Auditoria en Salud. La especialidad médica denominada "Auditoría" ha sido definida como el "conjunto de acciones destinadas a la evaluación de la atención médica mediante el análisis de su programa, contenido y procesos, confrontándolos con las normas vigentes orientadas al mejoramiento de su calidad y rendimiento" según lo expresado por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires, la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires y la Sociedad Argentina de Auditoria Médica⁹.

Esta especialidad fue originalmente conceptuada por Flexner en 1910 al condenar las intervenciones quirúrgicas realizadas en ese entonces, por médicos generales imperitos (1) por que se estimaba que dichos actos eran "unas verdaderas trampas mortales" en contra de los pacientes.

En la actualidad se tiene un enfoque muy diferente al originalmente planteado, ya que la Auditoria tanto médica como odontológica, se ha constituido en verdadera filosofía de análisis del trabajo profesional y tiene por principal objetivo, "evaluar el trabajo del médico y no a él como persona", a la vez que se orienta a educarlo en el buen desempeño de sus funciones y actos.

El término de "Auditor" (persona que ejecuta la Auditoria) proviene del latín "auditus" con el que se define "el acto de oír". Por ello Ud. puede derivar el

⁹ ARACAMA ZORRAQUÍN. Manual de Auditoría Técnica de la Atención Médica. Ed. Purinzón. 1982.

cosas que se hacen de una manera, por que alguien las hizo así alguna vez y nunca nadie comprobó si se pueden hacer mejor y con mayor utilidad.

"Existen fichas e informes con datos inútiles que hasta hoy se hacen sin que nadie sepa por qué y para qué" (Dr. Mario Chávez).

Teniendo en cuenta también las definiciones norteamericanas donde en (EEUU ha sido el país que alumbrado el origen de la auditoria) ROGERS THESAURES utiliza como sinónimos del termino auditoria las siguientes <<comparación, inspección y ensayo>>.

La sociedad americana para el control de la calidad nos da una primera definición de lo que es auditoria de calidad <<Es un examen sistemático de las actuaciones y decisiones con respecto a la calidad con el objeto de verificar o evaluar de manera independiente e informar del cumplimiento de los requisitos operativos del programa de calidad o la especificación de los requisitos del contrato del producto o servicio¹¹.

Protagonistas de una auditoria

- El cliente
- El audita

¹¹ LONDOÑO, Malagon. Garantía de Calidad en Salud. Editorial Médica Panamericana.

- El auditado

Clasificación de las auditorias

- Por su objeto
- Auditoria de producto /servicio
- Auditoria de proceso
- AUDITORIA DE SISTEMAS

Según el origen del equipo audita

- Auditoria externa
- Auditoria interna

Existen dos grandes tipos de Auditoria:

- La Interna y la Externa.

La primera (Interna) está conformada por toda clase de acción de control que realice una empresa, utilizando para ello su propio personal. La "externa" es aquella en la cual se contrata Auditores de empresas ajenas, generalmente integrantes de organizaciones especializadas, dedicadas a este rubro y que son de honestidad y eficiencia acreditada y comprobada.

- **OBJETIVOS FINALES DE LA AUDITORÍA**

- Buscar la mayor eficiencia en todo orden de cosas
- Maximizar el rendimiento de la atención
- Mejorar la calidad de las prestaciones
- Capacitar a los prestadores de los servicios para que realicen sus labores de acuerdo a las normas establecidas en la empresa de salud en la que trabajan.

5.1.11 Garantía de la Calidad. Los antecedentes de Garantía de Calidad de los Servicios de Salud se remontan a finales del siglo pasado. Por muchos años estos esfuerzos fueron dirigidos a desarrollar metodologías para evaluar la calidad, más que para establecer mecanismos que aseguren que los hallazgos de las evaluaciones realmente mejoraran los servicios proporcionados.

Algunos conceptos interesantes de Garantía de calidad son:

Garantía de calidad es una función de la empresa que tiene por finalidad conformar que todas las actividades se realicen en la forma requerida. Es la función que tiene como objetivo confirmar que todas las acciones necesarias para la satisfacción de las necesidades de los clientes son realizadas de una manera completa y mejor que la de los competidores.

Garantía de Calidad debe ser interpretada como un conjunto de estrategias dirigidas a disminuir, de manera permanente, la brecha existente entre las condiciones actuales y las condiciones deseables bajo las cuales se otorga atención a la salud, de manera tal que se asegure al paciente la obtención de los mayores beneficios para su salud con los menores riesgos... (Ruelas 1990).

5.1.12 Eficiencia de la Gerencia. La eficiencia de la gerencia se define como la relación existente entre la estructura y el proceso de los servicios de salud y los productos obtenidos en el campo científico, administrativo y financiero, en periodos habitualmente de un año.

El proceso debe ser entendido como la superposición de la demanda características de los usuarios y la estructura u oferta antes definida, implica las interrelaciones entre los recursos humanos, tecnológicos y económicos y las actividades intermedias finales. Incluye además de los procesos administrativos y financieros. Los procesos científicos inherente al diagnóstico y al tratamiento de los pacientes visualizados estos a través de los protocolos de manejo diagnósticos y terapéutico.

Se centra en la atención de excelencia del paciente e implica:

- Conocimiento racional de la situación de salud.
- Identificación de los problemas prevalentes y su ordenamiento en una escala de prioridades.
- La determinación de las estrategias, planes y tecnologías más apropiados, para enfrentar los problemas prioritarios.

- La asignación racional de recursos.
- La ejecución eficiente de las actividades.
- El seguimiento de las operaciones y la supervisión del personal.
- La evaluación y la retroalimentación de los planes.

La estructura u oferta de servicios, incluye la organización y funcionamiento de los servicios de salud y los recursos tanto físico como tecnológicos y financieros, así como los sistemas de información vigentes.

Los productos se desglosan en actividades intermedias laboratorios clínicos, imágenes diagnósticas, endoscopia, electromedicina, anatomía patológica y procedimientos inactivos en medicina interna y pediatría, además de actividades de fomento y prevención de la salud.

Las actividades finales hacen referencia habitualmente a la consulta externa médica y odontológica, a las urgencias médicas y odontológicas y a las hospitalizaciones.

La evolución del producto incluye como se mencionaba antes, el volumen, la calidad, la tecnología, los costos y el tiempo en que se desarrollan dichas actividades.

El volumen se define como base en la cuantificación de las actividades intermedias, finales realizadas durante los periodos mensuales, trimestrales, semestrales o anuales y se debe contemplar:

- a. Hospitalización: promedio de estancia porcentaje ocupacional y volumen de egresos expresado a través del índice de rotación de camas.
- b. En servicios extremos: actividades por instrumento y volumen de actividades per cápita.

La calidad debe tener en cuenta:

- a. Tecnología dura, equipos e instrumental blanda estandarización de procedimientos científicos, administrativos y financieros.

El control de calidad mediante de auditoria médica y la satisfacción tanto de los usuarios como de los prestarios de los servicios preventivos – asistenciales.

Debe incluir tres grandes etapas:

- a. La identificación de prácticas, planes, programas y proyectos en materia de salud sustentados en adecuados diagnósticos, que configuran en suma, los perfiles epidemiológicos, administrativos y financieros de un municipio o de una asociación de municipios en particular.

b. La evaluación de la estructura y de los procesos, teniendo en cuenta las cuatro funciones de salud: fomento, prevención, asistencia y rehabilitación.

c. La cuantificación de las actividades científicas (asistenciales, docentes e investigativas), administrativa y financieras, incorporadas, dentro de los procesos antes mencionados.

Por todo lo anterior la evaluación de la eficiencia de la gerencia debe ser vista a través de tres ópticas: a. La científica; b. La administrativo y; c. La financiera

• PLANEACIÓN

En la fase de planeación, inicialmente se identifican las necesidades, estado de salud y problemas de población donde se tomaran las acciones. Necesidad se defina como un trastorno de salud percibido por le afectado o por el proveedor. El administrador requiere conocer en forma practica las necesidades y problemas, ya que deberá decidir cuales servicios va a ofrecer y como.

La forma como se hace este proceso inicial tiene en cuenta los siguientes pasos:

- Descripción de las características de la población: se describen las características de la población a la cual va a servir la organización en términos de las características sociales, demográficas y geográficas.

- Descripción del estado de salud de la población: se describen los problemas de salud de la población mediante tres métodos que son:
 - a. La aproximación por indicadores incluye:
 - Indicadores de la salud: expectativa de vida, mortalidad, morbilidad, incapacidad y cuya información se obtiene de la historia clínica de ingreso, egreso y estadísticas de enfermedades de notificación obligatoria, portabilidad neonatal, materno infantil.
 - Sociales: se ilustran acerca de la estructura social y económica de la comunidad.
 - Supuestos o extrapolados: son aquellos provenientes de datos epidemiológicos de poblaciones de referencia, la cual debe ser semejante a la población en estudio para que lo supuesto tenga validez.
 - b. La aproximación por reconocimiento incluye información acerca de la demanda de uso de los servicios y de la forma como estos se presentan en un momento dado y datos provenientes de los usuarios.

c. La aproximación por consenso – la meta se fundamenta en la decisión que el grupo profesional y la comunidad ha tomado, después se habrá debatido acerca de las posibles necesidades.

- Análisis de las causas de los problemas y necesidades descrita previamente:

Una vez caracterizada la población y descritos sus problemas de salud el peso a seguir es un análisis etiológico; es decir conocer las causas o factor de riesgo de un determinado problema de salud que ha sido expresado inicialmente como indicador.

- Identificación de los recursos con los cuales cuenta la comunidad para solucionar los problemas:

El último componente de la etapa de planeación es la identificación de los recursos disponibles en la comunidad, como centro de atención primarios, hospitales, seguros, dotaciones, etc., con ello se permite saber en que medida estos recursos puede controlar los factores de riesgo o causas de los problemas descritos e identificados por los estudios previos.

A partir de información recogida de la evaluación demográfica de la población, de la descripción epidemiológica de sus problemas y del conocimiento de los recursos disponibles, surgida una idea clara de las soluciones correspondiente.

5.2 MARCO HISTÓRICO INSTITUCIONAL

Anteriormente Existían en Barranquilla dos entidades dedicadas a la salud mental: (Hospital Mental Departamento - constituido en 1965 y el Hospital Psiquiátrico San Rafael). Sin embargo, el alto índice de prevalencia de enfermedades mentales que se presentaban en el Atlántico y luego de un estudio efectuado por los funcionarios de ambas instituciones, se llegó a la conclusión de unir las dos entidades y dar origen al Centro de Atención y Rehabilitación Integral en Salud CARI, mediante la Ordenanza No. 00042 de septiembre 5 de 1994.

El CARI es un Empresa Social del Estado al servicio de la salud pública, de carácter departamental, descentralizado de segundo grado de complejidad, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio, adscrito a la Gobernación del Atlántico.

Por sus características de cobertura, capacidad de reacción y centro de entrenamiento universitario, es la institución psiquiátrica número uno de la Costa Atlántica que se presentan con una alta calidad técnica - científica. Y con visión

humana integral. Además, posee una amplia experiencia tanto en la atención directa de la población como en la investigación y docencia.

Cumpliendo con el propósito de prestar un excelente servicio, cuenta con una planta de funcionarios discriminados así:

- Médicos psiquiatras
- Médicos neurólogos.
- Médicos neuropediatras.
- Médico fisiatra.
- Médicos generales.
- Médicas Residentes de universidades nacionales.
- Médicos Internos de universidades de la Costa
- Oftalmología.
- Optometría.
- Medicina Interna.
- Psicólogas clínicas, neuropsicólogas, fisioterapeutas, terapistas ocupacionales, fonoaudiólogas, optómetra, enfermería y trabajo social.
- Personal técnico y auxiliar en las diferentes áreas de servicio.

Misión Del Cari. Somos una Empresa Social del Estado de Segundo Nivel de atención en el departamento del Atlántico, que aplica coordinadamente un conjunto de procedimientos médicos, educativos, psicológicos, sociales y

ocupacionales a personas con riesgo de discapacidad física, mental o sensorial, encaminadas a restablecer su salud de manera integral, reintegrándolo a la comunidad, con pleno goce de sus derechos y autonomía, basados en los principios de calidad, eficiencia, equidad y compromiso social; con un recurso humano capacitado y comprometida con el desarrollo de nuestra institución para beneficio de los usuarios, su familia y la comunidad.

Visión Del Cari. La Empresa Social del Estado CARI, será una empresa líder en la prestación de servicios de Salud Mental y Rehabilitación Integral de Segunda Nivel de atención en la Región Caribe, desarrollando un sistema de garantía de la calidad, generando desarrollo social y bienestar a nuestros clientes internos y externos, anticipándonos y respondiendo debidamente a los cambios del entorno para convertirlos en oportunidades.

Principios Corporativos. Para cumplir con su objeto, la "E.S.E. CARI" asumirá como principios básicos: la calidad, la eficiencia, la equidad y el compromiso social.

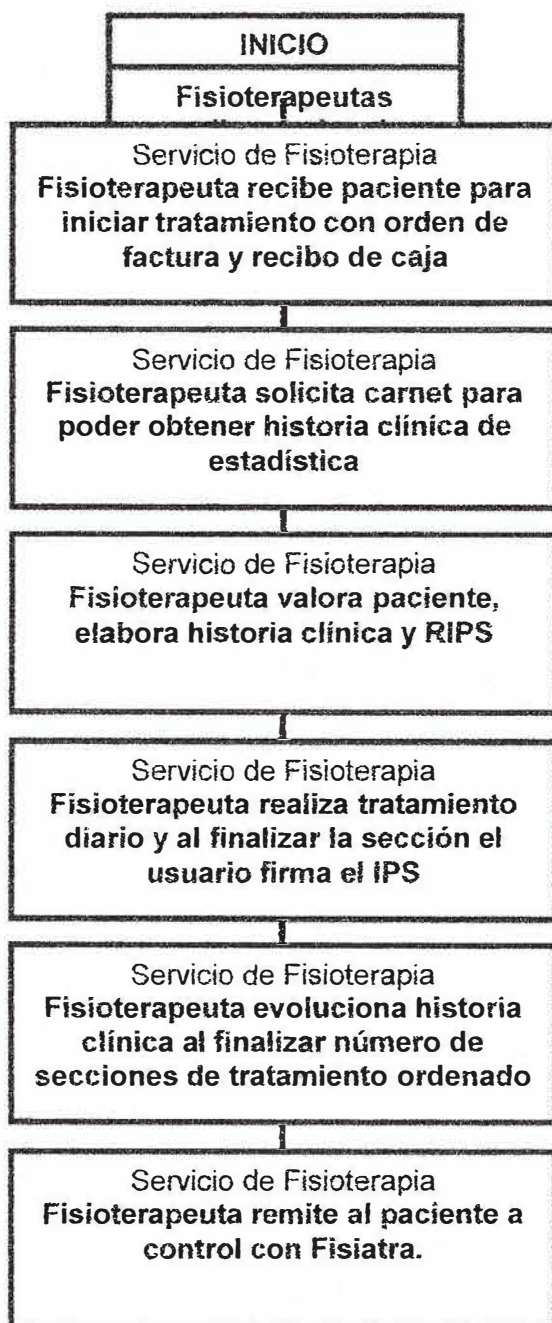
La Calidad relacionada con la atención efectiva, oportuna y personalizada, humanizada y continua de acuerdo con patrones fijos aceptados sobre procedimientos científicos, técnicos y administrativos, y mediante la utilización de tecnologías apropiadas de acuerdo con las especificaciones de cada servicio y las normas vigentes sobre Salud Mental en Colombia.

La Eficiencia definida como mejor utilización de los recursos humanos, técnicos, materiales y financieros con el fin de mejorar las condiciones de salud de la población usuaria y evitar la aparición del deterioro físico o psicológico.

La Equidad entendida como la atención a los usuarios en la medida en que determinen sus necesidades particulares de salud, las disposiciones que rigen la seguridad social en salud y los recursos institucionales sin que medien otros criterios que condicionen la atención o discriminen la población.

Y el Compromiso Social entendido como la firme disposición de la empresa de contribuir al desarrollo integral de la población poniendo todo lo que esté a su alcance para responder a las necesidades sociales afines con su razón de ser.

**FLUJOGRAMA
SERVICIO DE FISIOTERAPIA**



- RECURSOS TECNOLÓGICOS

- Redes.
- Redes de Información, Equipos de Computación y de Comunicación, Edificación Estructural del Centro.

- SISTEMA DE INFORMACIÓN

- Software Dinámica Gerencial.
- Servidor donde se mantiene dicha base de datos (información de los usuarios tanto de consulta externa como interna).
- Por medio de redes existirá toda la información o comunicación.

- INFRAESTRUCTURA FÍSICA

Capacitada para un hospital, cuenta su parte interior con pabellones adecuados para ubicar a los pacientes que lleguen y reclasificarlos.

- ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA

Dirigida por profesionales en psiquiatría, un subdirector administrativo especializado, un área de tesorería, un talento humano especializado.

- **ESTRUCTURA O ÁREA DE ENFERMERÍA**

Cuenta con enfermeras jefes, enfermeras auxiliares, enfermeros, camilleros, todos con conocimientos de lo que aquí se realiza, ya que se tratan de pacientes especiales.

- **INSTALACIÓN DEL HOSPITAL**

Cuenta con un patio para recreación de los pacientes, cuenta también con área de “Economato” (cocina), donde se preparan los alimentos para los pacientes, súper vigilados por una profesional nutricionista y comedor dotado.

También se cuenta con un área de farmacia y almacén, donde se depositan todo lo correspondiente a medicina y todos los materiales del servicio para los pacientes.

Lavandería, área donde se desarrolla la actividad de lavado de los pacientes, contando con una maquinaria industrial. Cafetería. Cuenta con un parqueadero, una ambulancia, dos camionetas y una moto. Red de circuito cerrado para control de internos.

SERVICIO OFRECIDO EN FISIOTERAPIA

Neuro – infantil

Neuro – adulto – tanto SNC – SNP

Ortopedia – no hay especialidad pero se trata gimnasia psiquiatrica.

Especialidades

Neurología

Neuro pediatría

Fisiatría

Psiquiatría

Psicología

Exámenes

Neuro ciencias

Electroencefalograma

Electro miografía

Potenciales evocados, auditivas y visuales

El CARI se divide en salas

- ♦ Sala de larga estancia de hombres
- ♦ Sala de larga estancia de mujeres
- ♦ Unidad de cuidados especiales (UCE) hombres
- ♦ Unidad de cuidados especiales (UCE) mujeres
- ♦ Sala recuperados hombres
- ♦ Sala recuperados mujeres
- ♦ Sala de farmacodependencia
- ♦ Hospital día
- ♦ Urgencias

5.3 MARCO CONCEPTUAL

5.3.1 Fisioterapia: procedimientos físicos científicos utilizados en el tratamiento de pacientes con una incapacidad, enfermedad, o lesión, con el fin de alcanzar y mantener la rehabilitación funcional y de evitar una disfunción o deformidad. Los tratamientos están diseñados para reducir al máximo la incapacidad física residual, para acelerar la convalecencia, y para contribuir a la comodidad y bienestar del paciente. La fisioterapia se prescribe en pacientes con trastornos ortopédicos, neurológicos, vasculares y respiratorios, que pueden ser congénitos, incapacidades adquiridas por enfermedades o traumatismos, o disfunciones hereditarias. Los fisioterapeutas trabajan en hospitales, centros de rehabilitación, clínicas y centros para niños discapacitados; y en centros locales, estatales y privados. Además de la atención directa al paciente, los fisioterapeutas participan en otras áreas como consultas, supervisión, enseñanza, administración e investigación.

5.3.2 - Garantía: en Derecho civil y comercial, es un mecanismo jurídico para proteger o asegurar el compromiso de que una determinada obligación será cumplida en tiempo y forma. Por encima de cualquier otra garantía, el Derecho conoce la llamada garantía patrimonial universal: todo acreedor, sea el que sea el origen de la deuda, sabe que el obligado al pago responde del cumplimiento de su

obligación con todos sus bienes presentes y hasta con los que pueda llegar a tener si mejora de fortuna (bienes futuros del deudor).

5.3.3 Salud pública: protección y mejora de la salud de los ciudadanos a través de la acción comunitaria, sobre todo por parte de los organismos gubernamentales. La salud pública comprende cuatro áreas fundamentales: 1) fomento de la vitalidad y salud integral; 2) prevención de lesiones y enfermedades infecciosas y no infecciosas; 3) organización y provisión de servicios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, y 4) rehabilitación de personas enfermas o incapacitadas para que alcancen el grado más alto posible de actividad por sí mismas. La presencia de estas cuatro importantes áreas entre las preocupaciones de las instituciones de salud pública quedó de manifiesto a escala mundial en 1948, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) incluyó en su definición de salud el bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de dolencias o enfermedades.

5.4 MARCO LEGAL

5.4.1 Ley 100/93. Art. 184: De los incentivos para un mejor servicio. 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 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 mayor calidad al usuario.

Art. 227. Control y Evaluación de la Calidad del Servicio en Salud. 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 auditoria 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.

Decreto 2309/2002. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

Art. 1. Campo de Aplicación. Las disposiciones del presente decreto se aplicarán a los prestadores de servicios de salud, a las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas, las empresas de medicina prepagada y a las entidades departamentales, distritales y municipales de salud.

A los prestadores de servicios de salud que operen exclusivamente en cualquiera de los regímenes de excepción contemplados en el artículo 279 de la Ley 100 de

1993, se les aplicarán de manera obligatoria las disposiciones del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud de que trata este decreto.

Art. 2. De los prestadores de servicios de salud. Defínanse como prestadores de servicios de salud a las Instituciones prestadoras de servicios de salud, los profesionales independientes de salud y los servicios de transporte especial de pacientes.

Se consideran, para los efectos del presente decreto como instituciones prestadoras del servicio de salud a los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura.

Art. 3. De la atención de salud. La atención de salud se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las bases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

Art. 4. De la calidad de la atención de 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.

Art. 5. Del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud. El sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

Art. 6. Características del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud. Para efectos de evaluar y mejorar la calidad de la atención de salud, el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud, tendrá las siguientes características:

- **Accesibilidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el sistema general de seguridad social en salud.
- **Oportunidad:** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

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

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

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

Art. 7. Componentes del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud. El sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud tendrá como componentes:

- El sistema único de habilitación.
- La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud.
- El sistema único de acreditación.
- El sistema de información para la calidad.

Art. 8. Responsabilidades del Ministerio de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud y las entidades departamentales, distritales y municipales de salud en el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud. El Ministerio de Salud desarrollará las normas de calidad, expedirá la reglamentación necesaria para la aplicación del presente decreto, velará por su permanente actualización y por su aplicación para el beneficio de los usuarios, y prestará asistencia técnica a los integrantes del sistema con el propósito de orientarlos en el cumplimiento de sus responsabilidades.

La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá las funciones de vigilancia, inspección y control dentro del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud y aplicará las sanciones de su competencia.

A las entidades departamentales y distritales de salud, en desarrollo de sus propias competencias, les corresponde cumplir y hacer cumplir en sus respectivas jurisdicciones, las disposiciones establecidas en el presente decreto y en la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de Salud, divulgar las disposiciones contenidas en esta norma y brindar asistencia a los prestadores de servicios de salud y los definidos como tales para el cabal cumplimiento de las normas relativas a la habilitación de las mismas.



A las entidades municipales de salud, en desarrollo de sus propias competencias, les corresponde realizar la auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud a los prestadores de servicios de salud y los definidos como tales, que prestan servicios de salud a la población no afiliada en sus jurisdicciones.

Art. 36. De la auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud. Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el sistema único de habilitación.

Los procesos de auditoria serán obligatorios para las entidades departamentales, distritales y municipales de salud, las instituciones prestadoras de servicios de salud, las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada.

La auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud implica:

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

- La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos.

PARAGRAFO. Para todos los efectos de esta norma debe entenderse que la auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud incluye el concepto de auditoria médica de que tratan los artículos 227 y 232 de la Ley 100 de 1993.

Art. 39. Énfasis de la auditoria según tipos de entidad. El modelo de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud será implantado de conformidad con los ámbitos de acción de las diversas entidades, y con el énfasis que se precisa a continuación:

- En las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada. Estas instituciones deberán adoptar indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para propender por el cumplimiento de sus funciones de garantizar el acceso, la seguridad, la oportunidad, la pertinencia y la continuidad de la atención, y la satisfacción de los usuarios.

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

- En las entidades departamentales, distritales y municipales de salud. Corresponde a estas organizaciones asesorar a las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada, ya las instituciones prestadoras de servicios de salud, en el desarrollo de sus procesos de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud, con el propósito de fomentar el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud en su jurisdicción. De igual manera, cuando obren como compradores de servicios para la población no afiliada, las entidades departamentales, distritales y municipales de salud deberán adoptar un programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud.

Art. 40. Procesos de auditoria en las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada. Las entidades promotores de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina

prepagada establecerán un programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud que comprenda como mínimo los siguientes procesos:

- Autoevaluación de la red de prestadores de servicios de salud. La entidad evaluará sistemáticamente la suficiencia de su red; el desempeño del sistema de referencia y contrarreferencia; y verificará que todos los prestadores de su red de servicios estén habilitados.
- Atención al usuario. La entidad evaluará sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos, y al acceso y oportunidad de los servicios.

Art. 41. Procesos de auditoria en las entidades departamentales, distritales y municipales de salud. Las entidades departamentales, distritales y municipales de salud en su condición de compradores de servicios de salud para la población no afiliada, establecerán un programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud sobre los mismos procesos contemplados para las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada.

Para los procesos de auditoria externa sobre los prestadores de servicios de salud y los definidos como tales se les aplicarán las disposiciones contempladas para

las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada.

De igual manera, les corresponde asesorar a las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada y a los prestadores de servicios de salud y los definidos como tales, sobre los procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud.

Art. 42. Procesos de auditoría en las Instituciones prestadoras de servicios de salud. Estas entidades deberán establecer un programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud, que comprenda como mínimo los siguientes procesos:

- Auto evaluación del proceso de atención de salud. La entidad establecerá prioridades para evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios desde el punto de vista del cumplimiento de las características de calidad a que hace referencia el artículo 6° del presente decreto.
- Atención al usuario. La entidad evaluará sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto a los servicios ofrecidos.

Art. 43. Procesos de auditoria externa de las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada sobre los prestadores de servicios de salud y los definidos como tales. Las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada incorporarán en sus programas de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud, procesos de auditoria externa que les permitan evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios por parte de los prestadores de servicios de salud y los definidos como tales. Esta evaluación debe centrarse en aquellos procesos definidos como prioritarios y en los criterios y métodos de evaluación previamente acordados entre la entidad y el prestador.

- **PRINCIPIOS Y FUNDAMENTOS**

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

CONSTITUCIÓN Y FUNCIONES

Art. 185. Instituciones prestadoras de servicios de salud. 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 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.

RÉGIMEN DE FUNCIONAMIENTO

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

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

Documento: Docencia – Servicio. Los indicadores relacionados con el crecimiento de la población han venido decreciendo de manera importante en los últimos años.

La estructura de la población es característica de los países en vía de desarrollo, con un predominio de la población joven y una proporción reducida en las edades superiores. Esta problemática social es prioritaria en la intervención Fisioterapéutica ya que los indicadores mencionados generan algunos interrogantes sobre las nuevas formas de prevenir y asistir los problemas de salud en la comunidad.

Además como consecuencia de la transición epidemiológica que experimenta la población del país y la situación coyuntural de violencia, han surgido nuevas prioridades en salud pública:

En primer lugar, principalmente lesiones personales y homicidios, como consecuencia del uso ilegítimo de la fuerza, ocasionan siete de cada diez años perdidos y las no intencionales, accidentes, el resto. Estas pérdidas son inaceptables y solo las superan otros países en guerra. Pero, dado que la mayoría de las víctimas son personas jóvenes, sus consecuencias sociales y económicas son todavía más trascendentales: pérdida de años de vida laboral potencial e ingresos, orfandad y desarraigo familiar. Además, generan costos directos de considerable magnitud a los tres sistemas generales de seguridad social: salud, riesgos profesionales y pensiones.

En segundo lugar, la salud reproductiva y sexual representa otro gran desafío. A pesar de los avances logrados, hoy día, nueve de cada diez partos son atendidos

una opción más costo – efectiva, que permitiría controlar la evolución de estas enfermedades hasta las etapas más severas y costosas de tratar. A más largo plazo, se podría lograr un impacto adicional, a través de la promoción de la actividad física y el deporte, además de hábitos alimenticios más saludables.

Los problemas de salud mental, especialmente la Esquizofrenia, el Estrés y la Depresión, representan el tercer problema específico más importante. Sin embargo, es muy probable que constituyan el principal problema crónico, como de hecho ya sucede en otras sociedades occidentales.

El perfil epidemiológico de la región caribe efectuado en el año 1999 se comporta de manera similar a la distribución de la carga de la enfermedad del resto del país, donde las enfermedades infecciosas, las cardiovasculares y las lesiones ocasionadas por agentes externos ocupan los primeros lugares de morbilidad.

Al analizar esta tendencia se observa al igual que en el país y la región un predominio de las muertes generadas por las causas de origen digestivo, circulatorio, respiratorio y de vías urinarias.

Este comportamiento, sugiere la necesidad de avanzar en el enfoque de abordaje de la situación de salud pública de acuerdo a los factores de riesgo asociados al comportamiento humano y el desarrollo de la infraestructura y calidad de la prestación de servicios de salud de modo que se puedan minimizar los daños.

En general, la carga global de enfermedad es consecuencia de la brecha que generan las discapacidades y muertes prematuras en relación con la esperanza de vida máxima lograda. En la atención a población discapacitada la red de solidaridad social promueve, diseña e implementa estrategias que apuntan al mejoramiento de la capacidad de gestión, organización y participación de los diferentes sectores y actores que tienen que ver con la condición de discapacidad para que esta política de gobierno se convierta en una política pública. Algún grado de discapacidad amerita un manejo integral donde el Estado, las Empresas Promotoras de Salud, los Prestadores de servicios deben generar programas y servicios de prevención, atención y rehabilitación coadyuvando al mejoramiento de la calidad de vida de estas personas.

Para abordar el problema, se requieren fundamentalmente de acciones coordinadas en forma intersectorial dirigidas a promover estilos de vida más seguros, de un lado; y, de otro, a proteger la población de la hostilidad del medio ambiente. No obstante, resultados significativos sólo pueden esperarse a mediano y largo plazo. En el corto plazo, es preciso garantizar una atención eficaz y eficiente a las víctimas de las lesiones y a su familia de modo que se puedan aumentar sus probabilidades de recuperación y de supervivencia a través de la recuperación de sus potencialidades y por consiguiente su habilitación y rehabilitación no sólo física, sino psicosocial y laboral.

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 académica.

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.

LEY 528 DE 1999

CAPITULO I

De las relaciones del fisioterapeuta con los usuarios de sus servicios.

ART 12. Los fisioterapeutas deberán garantizar a los usuarios de sus servicios la mayor calidad posible en la atención, de acuerdo con lo previsto en la ley 100 de 1993 y demás normas que la adicionan o modifican; sin que tal garantía pueda entenderse en relación con los resultados de las intervenciones profesionales, dado que el ejercicio de la fisioterapia comporta obligaciones de medio pero no de resultado.

ART 13. Siempre que el fisioterapeuta desarrolle su trabajo profesional, con individuos o grupos, es su obligación partir de una evaluación integral, destinada a establecer un diagnostico fisioterapéutico, como fundamento de su intervención profesional.

PARAGRAFO. El diagnostico fisioterapéutico se refiere ala determinación de las capacidades/ discapacidades, deficiencias y/o limitaciones funcionales resultantes de enfermedad, lesión, intervención quirúrgica u otras condiciones de salud, directamente relacionadas con su campo especifico de saber. La determinación de la patología activa de estas manifestaciones corresponde al diagnostico medico.

ART 20. Cuando los fines de la intervención profesional hayan sido alcanzados o cuando el fisioterapeuta no advierta ni prevea beneficio alguno para el usuario,

6. METODOLOGÍA

6.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente tipo de estudio es descriptivo transversal porque nos permitirá realizar una evaluación en lo relacionado con la calidad de atención a los usuarios del Consultorio del Centro de Atención y Rehabilitación Integral “CARI” en un momento dado, período de enero del 2006 a noviembre del 2006.

6.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población son todos los usuarios que asisten al Consultorio de Fisioterapia del Centro de Atención y Rehabilitación Integral “CARI” de Barranquilla.

La muestra se seleccionará al azar a través del método aleatorio.

6.3 UNIDAD DE ANÁLISIS

Encuestas realizadas a los usuarios del centro de atención y rehabilitación integral “CARI”

6.4 FUENTES DE INFORMACIÓN

- Fuente Primaria: Las técnicas de recolección primarias empleadas para conceptuar, investigar y profundizar en la temática fueron: investigaciones por Internet, enciclopedias, libros, folletos sobre la calidad del servicio. Además del análisis de las Historias clínicas de los usuarios atendidos durante los años de 2003-2004.

- fuentes secundarias: la recolección de datos secundaria se realizó por medio de un cuestionario dirigido a los usuarios que asisten al CARI teniendo en cuenta cómo es la atención que reciben, siendo éste el objeto de estudio.

6.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

macro variable	Variable	Definición	Naturaleza	Nivel de medición	categoría
manda	Edad	Años Cumplidos que tiene la persona desde su nacimiento	Cuantitativa	Razón	20-30 31-40 41-50 51-60 Mas de 61
	Sexo	Clasificación del genero que distingue al hombre de la mujer	Cualitativa	Nominal	Femenino Masculino
	Factores económicos	Condición económica en que vive un grupo poblacional de acuerdo al estrato.	Cualitativa	Nominal	1 estrato 2 estrato 3 estrato
	Estudios realizados	Grado de escolaridad de la persona	Cualitativa	Ordinal	Primarios Secundarios Técnicos Universitarios Postgrados
	Diagnostico	Criterio profesional por determinar el sistema.	Cualitativa	nominal	Sistema osteomuscular Sistema cardiopulmonar Sistema nervioso otros

Infraestructura	equipos utilizados en una IPS	Herramientas básicas para ofrecer una excelente atención a los usuarios.	Cualitativo	nominal	Termoterapia Hidroterapia Electroterapia Crioterapia mecanoterapia
Proceso de atención	Atención Puntualidad	Actividades que ocurren entre el terapeuta y el paciente			¿Cómo lo atiende el terapeuta? ¿Es puntual el terapeuta? ¿a que horas llega el paciente?
Recursos humanos	Profesional capacitado en fisioterapia	Personal idóneo que atiende al paciente	cualitativo	nominal	Postgrados Especialización Maestría doctorado

6.6 PROCESO DE RECOLECCIÓN Y TABULACIÓN DE LA INFORMACIÓN.

La información recogida se tabuló por medio de tablas y graficas de barras asistidas por el programa Excel de Microsoft office, teniendo en cuenta los datos que arrojaron las encuestas con los usuarios que asisten al consultorio del centro de atención y rehabilitación integral "CARI" del distrito de Barranquilla.

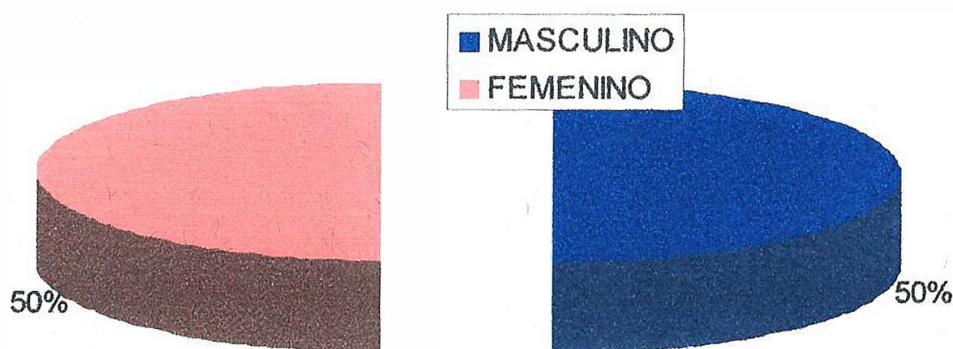
7. PLAN DE ANALISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

TABLA 1. Análisis de frecuencia en la calidad de la atención de la prestación de servicios fisioterapéuticos en el Consultorio del Centro de Atención y Rehabilitación Integral CARI en el distrito de Barranquilla según el sexo de los pacientes que asisten

SEXO	No.	%
MASCULINO	14	50
FEMENINO	14	50
TOTALES	28	100

FUENTE: Encuesta aplicada a los usuarios que asisten al Departamento de Fisioterapia.

GRAFICA 1. Análisis de frecuencia en la calidad de la atención de la prestación de servicios fisioterapéuticos en el Consultorio del Centro de Atención y Rehabilitación Integral CARI en el distrito de Barranquilla según el sexo de los pacientes que asisten



Teniendo en cuenta el análisis de frecuencia en la calidad de atención de la prestación de servicios fisioterapéuticos en el consultorio del centro de atención y rehabilitación integral cari en el distrito de Barranquilla se puede establecer que la demanda y características se encuentran enmarcadas en un 100% el cual está dividido en un 50% del sexo femenino y el otro 50% del sexo masculino.

TABLA 2. Análisis de frecuencia en la calidad de la atención de la prestación de servicios fisioterapéuticos en el Consultorio del Centro de Atención y Rehabilitación Integral CARI en el Distrito de Barranquilla según el Diagnóstico médico

Diagnostico medico	1año		1- 4 años		5- 14 años		15-44 años		45-59 años		60 y mas		total		%	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Osteomuscular	7	3	12	14	19	18	164	194	129	161	99	92	430	482	47%	53%
Neurológico	11	11	266	215	409	404	62	66	31	33	0	0	779	729	52%	48%

FUENTE: Encuesta aplicada a los usuarios que asisten al Departamento de Fisioterapia.

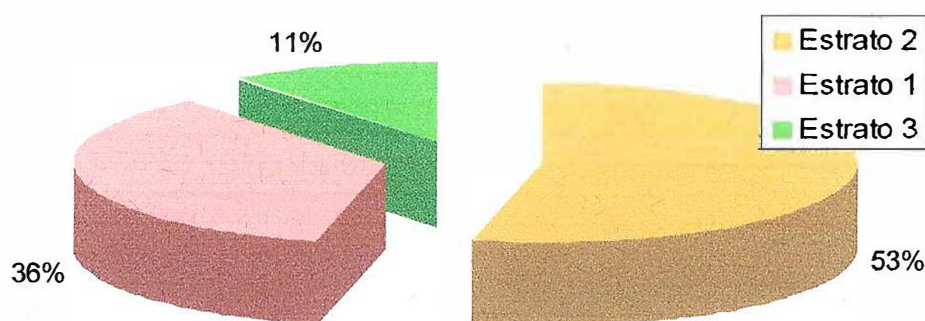
En lo arrojado por esta tabla en relación al diagnóstico médico en la parte osteomuscular el sexo de mayor frecuencia es el femenino en un 53% y las edades de mayor prevalencia son las comprendidas entre 15-44 en un 48%, en cuanto a la parte neurológica se detecto que el sexo de mayor prevalencia es el masculino en un 52%, y las edades de mayor prevalencia son las comprendidas entre 5-14 años en un 57%.

TABLA 3. Análisis de frecuencia en la calidad de la atención de la prestación de servicios fisioterapéuticos en el Consultorio del Centro de Atención y Rehabilitación Integral CARI en el distrito de Barranquilla según el nivel socio- económico de los pacientes

NIVEL SOCIOECONÓMICO	No.	%
Estrato 2	15	53,57
Estrato 1	10	35,71
Estrato 3	3	10,71
TOTAL	28	100,00

FUENTE: Encuesta aplicada a los usuarios que asisten al Departamento de Fisioterapia.

GRAFICA 3. Análisis de frecuencia en la calidad de la atención de la prestación de servicios fisioterapéuticos en el Consultorio del Centro de Atención y Rehabilitación Integral CARI en el distrito de Barranquilla según el nivel socio-económico de los pacientes



En relación con la estratificación de los pacientes que asisten al Centro de Atención y Rehabilitación Integral CARI en la ciudad de Barranquilla, se encontró que el nivel de estratificación de mayor prevalencia es el estrato 2 en un 53% siguiéndole el estrato 1 en un 36%.

TABLA 4. Análisis de frecuencia en la calidad de la atención de la prestación de servicios fisioterapéuticos en el Consultorio del Centro de Atención y Rehabilitación Integral CARI en la ciudad de Barranquilla según la forma de atención

FORMA DE ATENCIÓN	SI	%	NO	%
Atención con respeto a la llegada al Serv. de Fisioterapia	28	100	0	0
Atendidas sugerencias al serv. de Fisioterapia	28	100	0	0
Dan instrucciones claras y amables al inicio de la terapia	28	100	0	0

FUENTE: Encuesta aplicada a los usuarios que asisten al Departamento de Fisioterapia.

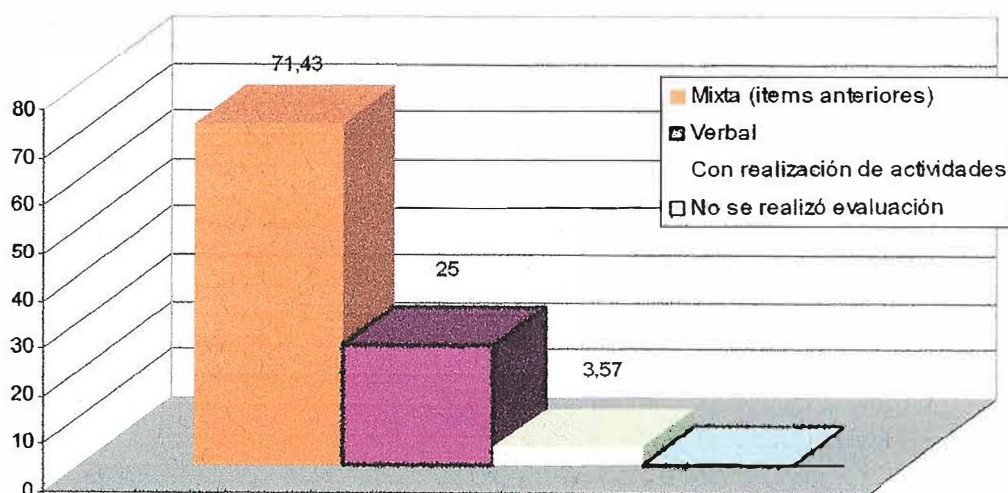
Por otro lado con respecto a la forma de atención que ofrecen los profesionales en el Centro de Atención y Rehabilitación Integral CARI, ellos lo hacen de forma debida, puesto que les ofrecen la debida atención y les practican el seguimiento necesario para el bienestar del paciente en un 100%.

TABLA 5. Análisis de frecuencia en la calidad de la atención de la prestación de servicios fisioterapéuticos en el Consultorio del Centro de Atención y Rehabilitación Integral CARI en el distrito de Barranquilla según la atención del servicio

CALIDAD SEGÚN ATENCION	No.	%
Verbal	7	25,00
Con realización de actividades	1	3,57
Mixta (items anteriores)	20	71,43
No se realizó evaluación	0	0,00
TOTALES	28	100,00

FUENTE: Encuesta aplicada a los usuarios que asisten al Departamento de Fisioterapia.

GRAFICA 5. Análisis de frecuencia en la calidad de la atención de la prestación de servicios fisioterapéuticos en el Consultorio del Centro de Atención y Rehabilitación Integral CARI en el distrito de Barranquilla según la atención del servicio



Con relación la calidad del servicio ofrecido por el personal del Centro de Atención y Rehabilitación Integral CARI, la mayor prevalencia es la mixta en un 71,43%, indicando esto que ellos combinan lo verbal con las actividades dirigidas a los usuarios que asisten a este centro de atención.

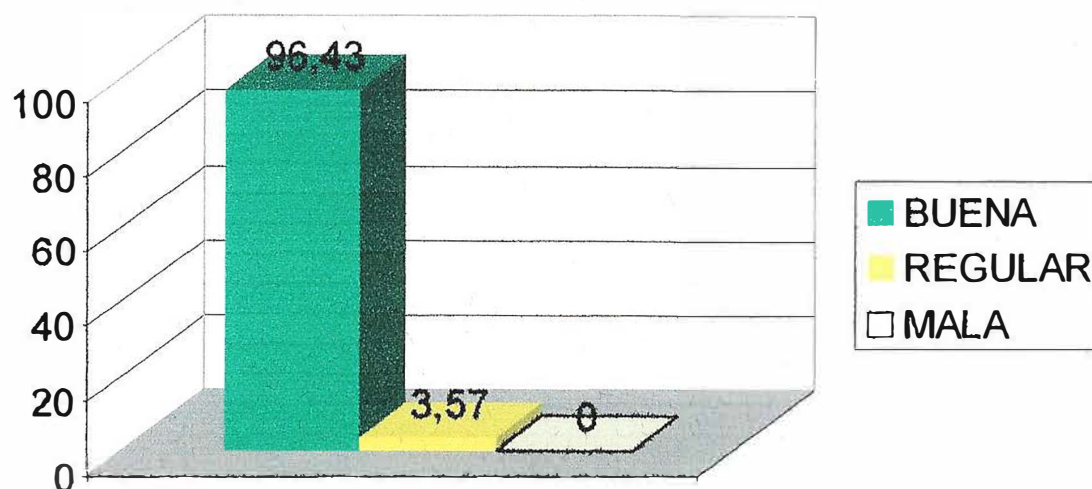
De tal manera se establece el cumplimiento de la evaluación integral para establecer un diagnostico fisioterapéutico como fundamento para la intervención con el paciente citado en el capítulo 1 art. 13 de la ley 528 de 1999 anexado en el marco teórico.

TABLA 6. Análisis de frecuencia en la calidad de la atención de la prestación de servicios fisioterapéuticos en el Consultorio del Centro de Atención y Rehabilitación Integral CARI en el distrito de Barranquilla según la calidad del servicio

SEGÚN LA CALIDAD DEL SERVICIO	No.	%
BUENA	27	96,43
REGULAR	0	0,00
MALA	1	3,57
TOTAL	28	100,00

FUENTE: Encuesta aplicada a los usuarios que asisten al Departamento de Fisioterapia.

GRAFICA 6. Análisis de frecuencia en la calidad de la atención de la prestación de servicios fisioterapéuticos en el Consultorio del Centro de Atención y Rehabilitación Integral CARI en el distrito de Barranquilla según la calidad del servicio



Con respecto al criterio de la evaluación realizada por los profesionales se ha detectado que ellos lo hacen de forma buena en un 86,43% siguiéndoles mala en un 3.57%. para así establecer las capacidades y discapacidades o disfunciones y o disfunciones resultantes como se enuncia en el parágrafo del capítulo I del artículo 13 de la ley 528 de 1999 anexado en el marco teórico.

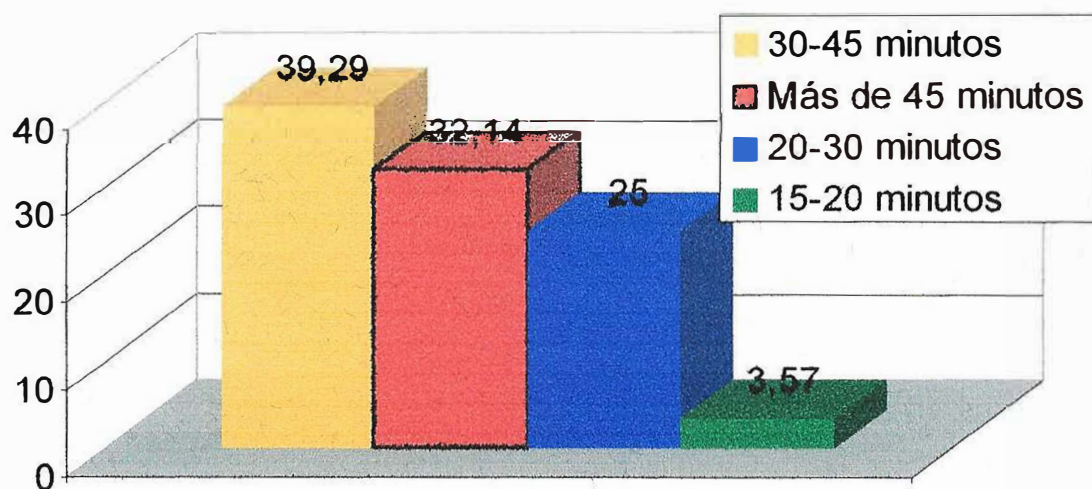


TABLA 7. Análisis de frecuencia en la calidad de la atención de la prestación de servicios fisioterapéuticos en el Consultorio del Centro de Atención y Rehabilitación Integral CARI en el distrito de Barranquilla según la duración de la sesión de la terapia

Duración de la terapia	No.	%
15-20 minutos	1	3,57
20-30 minutos	7	25,00
30-45 minutos	11	39,29
Más de 45 minutos	9	32,14
TOTAL	28	100,00

FUENTE: Encuesta aplicada a los usuarios que asisten al Departamento de Fisioterapia.

GRAFICA 7. Análisis de frecuencia en la calidad de la atención de la prestación de servicios fisioterapéuticos en el Consultorio del Centro de Atención y Rehabilitación Integral CARI en el distrito de Barranquilla según la duración de la terapia

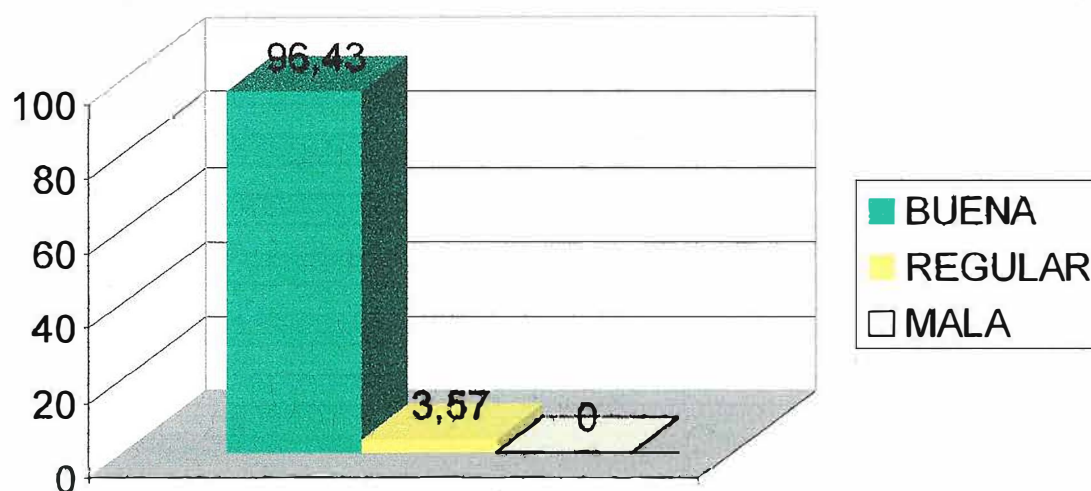


En la duración o tiempo que toman en aplicarles la terapia a los usuarios, ellos respondieron que lo hacen de 30-45 minutos en un 39,29% y de más de 45 minutos en un 32,14%.

TABLA 8. Análisis de frecuencia en la calidad de la atención de la prestación de servicios fisioterapéuticos en el Consultorio del Centro de Atención y Rehabilitación Integral CARI en el distrito de Barranquilla según Al realizar procedimientos activos como le indican

Al realizar procedimientos activos como le indican	No.	%
De manera verbal	8	28,57
A través de ejemplo	20	71,43
No le indican	0	0,00
TOTAL	28	100,00

FUENTE: Encuesta aplicada a los usuarios que asisten al Departamento de Fisioterapia.



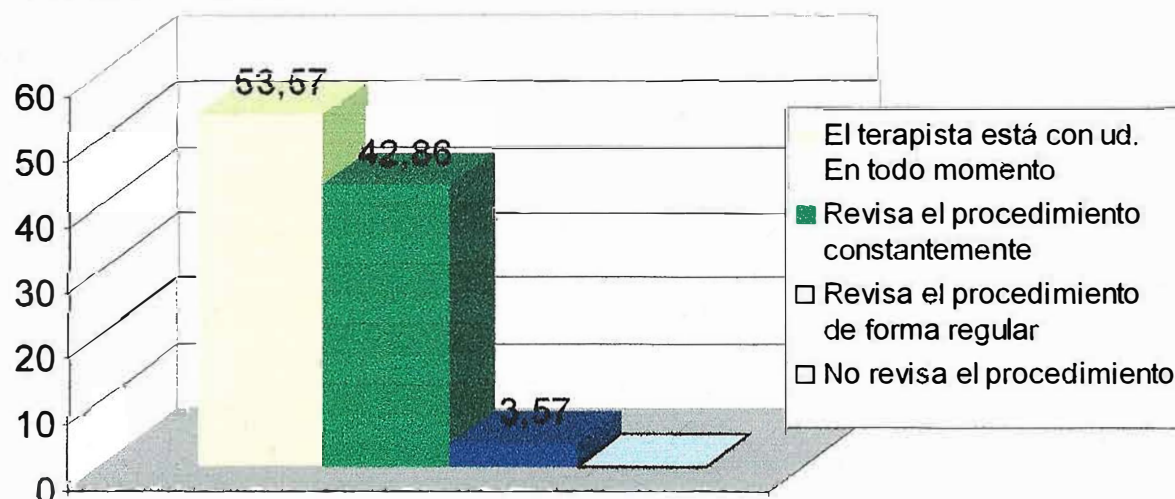
La en que le deben indicar los procedimientos activos a los usuarios, se detectó que los profesionales lo realizan por medio de un ejemplo en un 71,43% y de manera verbal en un 28,57%. Garantizando así la mayor calidad posible en atención al usuario previsto en la ley 100 de 1993.

TABLA 9. Análisis de frecuencia en la calidad de la atención de la prestación de servicios fisioterapéuticos en el Consultorio del Centro de atención y Rehabilitación integral cari en el distrito de Barranquilla Con respecto a la sesión de terapia como fue el procedimiento

Con respecto a la sesión de terapia como fue el procedimiento	No.	%
El terapeuta está con ud. En todo momento	15	53,57
Revisa el procedimiento constantemente	12	42,86
Revisa el procedimiento de forma regular	1	3,57
No revisa el procedimiento		0,00
TOTAL	28	100,00

FUENTE: Encuesta aplicada a los usuarios que asisten al Departamento de Fisioterapia.

GRAFICA 9. Análisis de frecuencia en la calidad de la atención de la prestación de servicios fisioterapéuticos en el Consultorio del Centro de atención y Rehabilitación integral cari en el distrito de Barranquilla Con respecto a la sesión de terapia como fue el procedimiento



El procedimiento en la sesión de terapia los pacientes opinaron que el terapeuta está con él en todo momento en un 53,57%, y revisan el procedimiento constantemente en un 42,08%. Garantizando y cumpliendo lo prescrito nuevamente en el capítulo 1 de las relaciones del fisioterapeuta con los usuarios de sus servicios en el artículo 12 donde se estipula que debemos garantizarle al paciente la mayor calidad posible para así obtener un óptimo resultado en los procedimientos aplicados.

TABLA 10. Análisis de frecuencia en la calidad de la atención de la prestación de servicios fisioterapéuticos en el Consultorio del Centro de atención y Rehabilitación integral CARI en el distrito de Barranquilla Cuando se coloca el medio físico el terapeuta esta pendiente al dolor o incomodidad

Cuando se coloca el medio físico el terapeuta esta pendiente al dolor o incomodidad	No.	%
SI	28	100,00
NO	0	0,00
TOTAL	28	100,00
TOTAL	28	100,00

FUENTE: Encuesta aplicada a los usuarios que asisten al Departamento de Fisioterapia.

En cuanto a que el terapeuta está pendiente al dolor o incomodidad en un 100%, demostrándose con esto la efectividad que se le dan a los pacientes. Garantizando así lo la mayor calidad posible en la atención al usuario previsto en la ley 100 de 1993

TABLA11. Análisis de frecuencia en la calidad de la atención de la prestación de servicios fisioterapéuticos en el Consultorio del Centro de Rehabilitación integral CARI en el distrito de Barranquilla Se le advierte cómo y porqué debe realizar ejercicios

Se le advierte cómo y porqué debe realizar ejercicios	No.	%
SI	28	100
NO		0
TOTAL	28	

FUENTE: Encuesta aplicada a los usuarios que asisten al Departamento de Fisioterapia.

En cuanto a las advertencias y recomendaciones que se le brinda a los pacientes y el porqué debe llevar ejercicios en la terapia se lo imparten de forma positiva en un 100%. Cumpliendo así con la advertencia de nuestros pacientes dándole cumplimiento a lo citado en el artículo 25 capítulo I de la ley 525 de 1999 anexada en el marco teórico

TABLA 12. Análisis de frecuencia en la calidad de la atención de la prestación de servicios fisioterapéuticos en el Consultorio del Centro de Rehabilitación integral CARI en el distrito de Barranquilla Se le dan indicaciones a tener en cuenta en casa para mejorar el tratamiento

Se le dan indicaciones a tener en cuenta en casa para mejorar el tratamiento	No.	%
SI	28	100
NO		
TOTAL	28	100

FUENTE: Encuesta aplicada a los usuarios que asisten al Departamento de Fisioterapia.

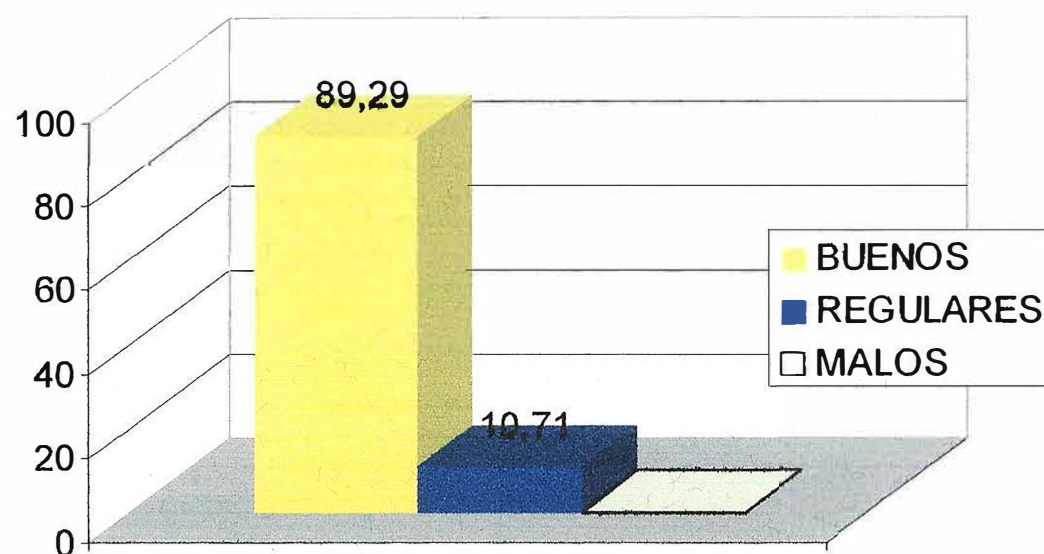
En lo que tiene que ver con las indicaciones que se deben tener en cuenta en casa para mejorar el tratamiento los profesionales lo realizan de forma acertada en un 100%, y la mayoría de los usuarios manifestaron sentirse satisfechos.

TABLA 13. Análisis de frecuencia en la calidad de la atención de la prestación de servicios fisioterapéuticos en el Consultorio del Centro de Rehabilitación integral CARI en el distrito de Barranquilla Con el tratamiento los resultados fueron

Con el tratamiento los resultados los resultados fueron	No.	%
BUENOS	25	89,29
REGULARES	3	10,71
MALOS		0,00
TOTALES	28	100,00

FUENTE: Encuesta aplicada a los usuarios que asisten al Departamento de Fisioterapia.

GRAFICA 13. Análisis de frecuencia en la calidad de la atención de la prestación de servicios fisioterapéuticos en el Consultorio del Centro de Rehabilitación integral CARI en el distrito de Barranquilla Con el tratamiento los resultados fueron



En cuanto al resultado esperado por los usuarios que fueron atendidos en el Centro de Atención ellos opinan que han sido buenos en un 89,29% y regulares en un 1071%. De tal forma cuando los fines de la intervención profesional hallan sido alcanzado o cuando el fisioterapeuta no advierta ni prevé beneficio alguno para el usuario así se lo hará saber a la otra persona que recibe los servicios, ateniéndose de continuar prestando los servicios, citado en el articulo 20 titulo 6 capitulo uno de la ley 528 de 1999 anexada en el marco teórico.

8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

8.1 CONCLUSIONES

Según la investigación realizada acerca de la calidad de atención en la prestación de servicios fisioterapéuticos, generados en el consultorio del centro de atención y rehabilitación integral "cari" del distrito de Barranquilla. Podemos concluir que:

- Los usuarios del consultorio de fisioterapia se encuentran satisfechos con el servicio prestado con la institución y por el personal que en esta labora
- Los fisioterapeutas cumplen y se rigen por la norma instaurada en el momento de la prestación de su servicio profesionales
- Cuenta con grupo idóneo e interdisciplinario con el fin de brindar una buena calidad en la atención del usuario
- Mejorar la parte organizacional en la ampliación del consultorio, teniendo en cuenta que la parte de neurodesarrollo se encuentra junto con el gimnasio, lo cual dificulta el trabajo con los niños y en ocasiones suele ser peligroso debido al reducido espacio con que cuenta el consultorio.
- Los fisioterapeutas que laboran en la institución cuentan con una formación profesional adecuada para la buena prestación de sus servicios.

8.2 RECOMENDACIONES

Con base en los resultados obtenidos en el proyecto de calidad de atención en la prestación de servicios de fisioterapia generados en el consultorio del centro de atención y rehabilitación integral "cari" del distrito de Barranquilla se dan a conocer las siguientes sugerencias:

- Los profesionales del área de fisioterapia deben tener en cuenta que para una mejor prestación de los servicios deben conocer y tener el manejo de los protocolos de atención ya que algunos no conocían el protocolo de atención al usuario que tiene el consultorio.
- La institución, debido a la demanda de pacientes en el consultorio de fisioterapia del "cari" debe contar o estudiar la posibilidad de ampliar el consultorio ya que es poco espacioso para el trabajo con los pacientes sobre todo en el área de neurodesarrollo ya que se encuentra junto al gimnasio y es incomodo el trabajo con los niños en esta área.
- En la parte, donde se encuentran los implementos de trabajo debería estar en un sitio aparte para que no incomode el traslado de los pacientes dentro del consultorio.
- Tomando como base nuestro proyecto de investigación podemos establecer que para próximas investigaciones relacionadas a la calidad institucional se debe contar con una documentación más amplia con respecto a los parámetros que se establecen para evaluar calidad institucional.

9. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

9.1. FACTIBILIDAD

El proyecto de investigación en calidad de atención en la prestación de servicios fisioterapéuticos generados en el consultorio del centro de atención y rehabilitación integral "cari" del distrito de Barranquilla, periodo comprendido de enero- noviembre 2006 se llevo a cabo satisfactoriamente gracias a la colaboración del centro que nos brindo la información necesaria para nuestro proyecto, donde se pudo observar que en el centro la prestación de los servicios se llevaba a cabo de una forma adecuada, cumpliendo así con la norma de calidad en prestación de servicios a los usuario que asisten a la institución.

9.2. RECURSO HUMANO

Estudiantes de VIII semestre de la facultad de fisioterapia de la universidad simón bolívar.

ROCIE ARAUJO
MARIA AGUILAR
INGRID BELLO
JOSÉ FERNÁNDEZ
GLENIS GUERRERO
FERNANDO LARIOS
MARÍA POLO
MARIA SANTODOMINGO

ASESORA:

Dra. Marisela torres

ASESORA METODOLOGICA:

Dra. Mónica Gómez.

9.3 RECURSOS FINANCIEROS

Los recursos financieros que avalan el proyecto son asumidos en su totalidad por el grupo de investigación con los siguientes costos.

MATERIALES	COSTOS
DISKETTS	15.000
FOTOCOPIAS Y PAPELERIAS	50.000
TRANSPORTE	80.000
IMPRESIÓN DEL TRABAJO	100.000
EMPASTE	24.000
LLAMADAS	40.000
IMPREVISTOS	50.000
RESMA HOJAS KIMBERLY	27.700
PRESENTACION EN POWERPOINT	30.000
TOTAL	416.700

9.4 RECURSOS MATERIALES

Lápices Block

Lapiceros borradores

9.5 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

II Semestre 2005

I Semestre 2006

II Semestre 2006

ACTIVIDADES	Meses	Ago	Sep	Oct	Nov	Mar	Abr	May	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov
Escogencia del tema y exploración del tema a investigar													
Realización del anteproyecto													
Envío de permisos especiales emitidos por la Universidad para obtener información en el sitio de la investigación													
Primera elaboración del avance del proyecto.													
Recolección de la información y Marco Teórico													
Elección de la muestra y elaboración del instrumento													
Aplicación del instrumento y respectiva tabulación.													
Elaboración y recomendaciones													
Entrega final del proyecto													

10. BIBLIOGRAFÍA

ABURTO JIMENEZ, M. Administración por Calidad. Compañía Editorial Continental, S.A., México D.F. 1992.

DEMING. Academia Nacional de Medicina de Colombia. Vol. No. 26. Diciembre 4 de 2004.

LONDOÑO, Malagon. SALAN morero: PONTON laverde. Garantía de Calidad en Salud. Editorial Médica Panamericana. Santa fe de bogota, 1995. Pág. 1-80

MARENCO PEÑA, Joaquín; PEÑA BOCANEGRA, Bladimir; SANCHEZ DEL VILLAR, Luís. Garantía de Calidad en las Instituciones Prestadoras de Servicio en Salud Pública. Uní norte.

OTERO, Jaime; DONABEDIAN, Avedis. Calidad de la Atención de Salud. Art. 04. 2002.

RODRIGUEZ, William, Salud ¿Cómo garantizar la calidad?

AUDITORIA EN SALUD PARA UNA GESTIÓN EFICIENTE. Editorial panamericana. Santa fe de bogota, Pág. 56 – 70.

SERNA GOMEZ, HUMBERTO. Gerencia estratégica, planeación, gestión y metodología, editorial B.R editores. Pág. 25 – 31. 1998.

TORRES SERNA, CAMILO, mercado aplicado a servicios de salud. Editorial catorce SCC Pág. 40 – 51. 1999

ANEXOS



NOMBRE DEL CENTRO:

TIPO DE SERVICIO: FISIOTERAPIA

RECURSOS HUMANOS

	SI	NO
cuenta el centro con un fisioterapeuta certificado por una institución superior calificada	☒	☐
Si ofrece terapia respiratoria cuenta con un terapeuta respiratorio	☐	☒
Si ofrece terapia física cuenta con un fisioterapeuta	☒	☐
En caso de haber practicantes son estos vigilados constantemente por el fisioterapeuta de planta	☒	☐
Son evaluados constantemente para poner a prueba sus conocimientos	☒	☐
Asisten los practicantes continuamente a jornadas de capacitación y actualización de conocimientos	☒	☐

INFRAESTRUCTURA E INSTALACION FISICA

Dispone de áreas específicas de acuerdo a los servicios ofrecidos; rehabilitación, terapia respiratoria, crecimiento y desarrollo, acondicionamiento físico	☒	☐
Cuenta el servicio con disponibilidad de baño para los pacientes	☒	☐
TERAPIA RESPIRATORIA	☐	☐
El área de terapia respiratoria se encuentra ventilada y garantizada condiciones de asepsia	☐	☒
Cuenta con equipos para el lavado y desinfección de equipos	☐	☒
Dispone de oxígeno	☐	☒
TERAPIA FÍSICA	☐	☐
el servicio cuenta con un área de interrogatorio o consultorio	☐	☐
el servicio ofrecido cuenta con materiales necesarios para la realización de procedimientos	☒	☐
Banda sin fin	☒	☐
Camillas	☐	☒
Ultrasonido	☒	☐
T.E.N.S	☒	☐
Vibradores	☒	☐
Rayos infrarrojos	☐	☒
Rayos ultravioletas	☐	☒



NOMBRE

SERVICIO DE TERAPIAS

CATEGORIA

COMPLEMENTACIÓN TERAPEUTICA

COMPLEJIDAD

BAJA

Criterio	C	NC	NA	NV	OBSERVACIONE
1. RECURSO HUMANO					
El servicio cuenta con					
1.1 si ofrece medicina física y rehabilitación cuenta con médico especialista en medicina física y rehabilitación.	X				
1.2 si ofrece TERAPIA DEL LENGUAJE cuenta con fonoaudiologo o terapeuta del lenguaje.	X				
1.3 si ofrece TERAPIA RESPIRATORIA cuenta con fisioterapeuta		X			
1.4 si ofrece terapia física cuenta con un fisioterapeuta	X				
1.5 si ofrece TERAPIA OCUPACIONAL cuenta con terapeuta ocupacional	X				
2. INFRAESTRUCTURA	E				
INSTALACIONES FISICAS					
2.1 dispone de áreas específicas de acuerdo con los servicios que ofrezca: medicina física y rehabilitación, terapia física, terapia ocupacional, terapia del lenguaje, terapia respiratoria.	X				
El servicio cumple además con las siguientes áreas y condiciones específicas, de acuerdo con el tipo de servicio ofrecido.					
2.1 disponibilidad de baños para pacientes	X				
Si el servicio ofrece rehabilitación cardiaca cuenta con los siguientes ambientes:					
2.2 área de preparación y baño para pacientes			X		
2.3 área para procedimientos			X		
2.4 área de recuperación			X		
Para terapia respiratoria					
2.5 área para procedimientos la cual es ventilada y garantiza condiciones de asepsia.			X		
2.6 área para el lavado y desinfección de equipos.			X		
2.7 disponibilidad de oxígeno			X		
Para terapia física o terapia ocupacional					
2.8 área de consultorio o interrogatorio	X				
3.1 cada servicio ofrecido cuenta con los materiales necesarios de acuerdo con los procedimientos que realice	X				
Si el servicio de medicina física y rehabilitación cardiaca cuenta con:					
3.2 banda sin fin			X		
3.3 ciclo ergómetro			X		
3.4 monitoreo cardiaco directo (con electrodos)			X		
3.5 equipo de reanimación			X		
3.6 desfibrilador			X		

Exigencias de DISTRISALUD para la prestación del servicio de fisioterapia en una I.P.S.



ENCUESTADA REALIZADA A USUARIOS:

NOMBRE:

ESTUDIOS REALIZADOS:

DIAGNOSTICO MEDICO:

TIEMPO DE EVOLUCIÓN:

NIVEL SOCIOECONÓMICO:

EDAD:

SEXO:

	SI	NO
Se le atiende con respeto a su llegada al servicio de Fisioterapia		
Son atendidas las sugerencias realizadas al servicio de Fisioterapia		
Se le dan instrucciones claras y amables al momento de iniciar la sesión de terapia.		

Calidad de Servicio

1. Al momento de la llegada por primera vez al servicio de Fisioterapia la evaluación realizada fue:

Verbal: _____

Con realización de actividades: _____

Mixta: (Ítems anteriores): _____

No se realizó evaluación: _____

2- Según su criterio la evaluación realizada fue:

BUENA _____ REGULAR _____ MALA _____

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

15 a 20 minutos _____

20 a 30 minutos _____

30 a 45 minutos _____

Más de 45 minutos _____

4. Cuando se le explica el porque de la realización de los procedimientos se hace de forma:

BUENA _____ REGULAR _____ MALA _____

No se le realizan procedimientos

5. Al momento de realizar los procedimientos activos (ejercicios) el terapeuta le indica

De manera verbal _____

A través del ejemplo No le indica _____

Con respecto a la sesión de terapia _____

1. Durante la realización del procedimiento :

El terapeuta está con usted en todo momento Revisa el procedimiento constantemente
Revisa el procedimiento de forma regular No revisa el procedimiento

2. Cuando se le coloca medio físico el terapeuta está atento a manifestación de dolor o incomodidad

Sí NO

3 Se le advierte el cómo y el porqué debe realizar los ejercicios -Sí____ NO____

4. Se le dan indicaciones a tener en cuenta en su casa para un mejor desarrollo del tratamiento:

SI_____ NO_____

Con respecto al tratamiento

1. Los resultados obtenidos en -3; desarrollo del tratamiento han sido

BUENOS _____ REGULARES.,_____ MALOS____

No ha obtenido resultados

ENCUESTADO

ENCUESTADOR

CENTRO DE ATENCIÓN Y REHABILITACIÓN INTEGRAL EN SALUD
ESE CARI AÑO 2005 de enero a Julio
MORBILIDAD POR CONSULTA DE URGENCIAS POR GRUPO DE EDAD Y SEXO

ORDEN	CODIGO	DIAGNOSTICO	1 AÑO				1-4 AÑOS				5-14 AÑOS				15-44 AÑOS				45-69 AÑOS				60 Y MAS AÑOS				TOTAL				GRAN TOTAL
			1 ^{ERA} vez año		Repetida		1 ^{ERA} vez año		Repetida		1 ^{ERA} vez año		Repetida		1 ^{ERA} vez año		Repetida		1 ^{ERA} vez año		Repetida		1 ^{ERA} vez año		Repetida		1 ^{ERA} vez año		Repetida		
			M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
1	F20X	Psicosis esquizofrenica													254	280	15	10	53	55	4	3	39	37	1	2	348	352	20	15	733
2	F23X	Episodio Psicótico Agudo								7	3				205	199	11	3	33	29	1	1	20	11			285	242	12	4	523
3	F39X	Psicosis afectiva													68	93	19	16	28	31			12	10			108	134	19	16	275
4	F32.9	Trastornos depresivos													31	33			9	9			4	6			44	48	0	0	92
6	F10X	Psicosis debido a droga													55				22								77	0	0	0	77
8	F09X	Otras psicosis orgánicas (crónicas)													31	23	1	1	13	11			5	10	2		49	44	3	1	97
7	NCPO F19.2	Dependencias a las droga								6					25	7	1	1	12				4				47	7	1	1	56
8	F03X	Psicosis orgánica senil y presenil																	17	16	2		8	10	2		25	26	4	0	55
9	F79X	Retardo mental								3	3	1	2		19	12											22	15	1	2	40
10	G40.9	Epilepsia								5	4	1			13	9											18	13	1	0	32
11	F60.9	Trastornos de personalidad								1	2				3	3											4	5	0	0	9
12	F22.0	Estados paranoides													5	4											6	4	0	0	9
13		Convulsiones								3						7											3	7	0	0	10
14		Psicosis alcohólica																	4								4	0	0	0	4
15		Perturbaciones de las emociones de la Niñez y la adolescencia								2	1																2	1	0	0	3
16		Reacción aguda ante gran tensión													2												0	2	0	0	2
17		Trastornos Neuróticos																									0	0	0	0	0
18		Desviación y trastornos sexuales																									0	0	0	0	0
19		Síndrome de dependencia del alcohol																									0	0	0	0	0
20		Alteración de las funciones corporales																									0	0	0	0	0
		Originadas por factores mentales																									0	0	0	0	0
21		Reacción de adaptación																									0	0	0	0	0
22		Perturbaciones de la conducta																									0	0	0	0	0
23		Síndrome Hiperquímico de la Niñez																									0	0	0	0	0
24		Autismo																									0	0	0	0	0
25		Retardo selectivo del desarrollo																									0	0	0	0	0
26		Factores psicológicos asociados con																									0	0	0	0	0
		Enfermedades mentales																									0	0	0	0	0
		Aparato locomotor (fisiatría)																									0	0	0	0	0
		Enfermedades visuales																									0	0	0	0	0
		Otros diagnósticos																									0	0	0	0	0
		Totales	0	0	0	0	0	0	0	0	27	13	2	2	707	852	47	31	191	151	7	4	92	84	5	2	1017	900	61	39	2017

CENTRO DE ATENCIÓN Y REHABILITACIÓN INTEGRAL EN SALUD
ESE CARI AÑO 2005
MORBILIDAD POR EGRESOS HOSPITALARIOS GRUPO DE EDAD Y SEXO

CODIGO	DIAGNOSTICO	1 AÑO				1-4 AÑOS				5-14 AÑOS				15-44 AÑOS				45-59 AÑOS				60 Y MAS AÑOS				TOTAL				GRAN TOTAL
		1 ^{ER} vez año		Repetida		1 ^{ER} vez año		Repetida		1 ^{ER} vez año		Repetida		1 ^{ER} vez año		Repetida		1 ^{ER} vez año		Repetida		1 ^{ER} vez año		Repetida		1 ^{ER} vez año		Repetida		
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
F20	Palcosis esquizofrenica													112	63	8	14	25	22	3	14	7	1			144	86	11	28	269
F39	Palcosis efectiva													44	64	6	17	22	22	1	7	5	3	1	1	71	89	8	25	193
F23	Episodio Psicotico Agudo													59	55	1	1	8	5		1	1				68	60	1	2	131
F10-F19	Palcosis debido a droga													102	1	19	1	5				1				108	1	19	1	129
F32.9	Trastornos depresivos													27	34	1	6	2	13				1			29	48	1	6	84
NCPO F19.2	Dependencias a las droga													55	2	3	1	2								57	2	3	1	63
F09	Otras psicosis orgánicas (crónicas)													9	4			2	4			1	1			12	9	0	0	21
Q40.9	Epilepsia													7	6		1									7	6	0	1	14
F22.0	Estados paranoides													5	8											6	8	0	0	13
F79	Retardo mental													6	1					1						6	1	1	0	8
F60.9	Trastornos de personalidad													3	3	1										3	3	1	0	7
F48.9	Trastornos Neuróticos																		1							0	1	0	0	1
	Síndrome de dependencia del alcohol																	1								1	0	0	0	1
F03	Palcosis orgánica senil y presenil																									0	0	0	0	0
F43.9	Reacción aguda ante gran tensión																									0	0	0	0	0
	Palcosis alcohólica																									0	0	0	0	0
	Desviación y trastornos sexuales																									0	0	0	0	0
	Alteración de las funciones corporales																									0	0	0	0	0
	Originadas por factores mentales																									0	0	0	0	0
	Reacción de adaptación																									0	0	0	0	0
	Perturbaciones de la conducta																									0	0	0	0	0
	Perturbaciones de las emociones de la																									0	0	0	0	0
	Niñez y la adolescencia																									0	0	0	0	0
	Síndrome Hiperquémico de la Niñez																									0	0	0	0	0
	Autismo																									0	0	0	0	0
	Retardo selectivo del desarrollo																									0	0	0	0	0
	Factores psíquicos asociados con																									0	0	0	0	0
	Enfermedades mentales																									0	0	0	0	0
	Convulsiones																									0	0	0	0	0
	Aparato locomotor (fisiatria)																									0	0	0	0	0
	Enfermedades visuales																									0	0	0	0	0
	Otros diagnósticos																									0	0	0	0	0
	Totales	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	429	241	39	41	67	67	5	22	15	6	1	1	511	314	45	64	934

CENTRO DE ATENCIÓN Y REHABILITACIÓN INTEGRAL EN SALUD
ESE CARI AÑO 2005
MORBILIDAD POR EGRESOS HOSPITALARIOS GRUPO DE EDAD Y SEXO

CODIGO	DIAGNOSTICO	1 AÑO				1-4 AÑOS				6-14 AÑOS				15-44 AÑOS				46-69 AÑOS				60 Y MAS AÑOS				TOTAL				GRAN TOTAL
		1 ^{ERA} vez año		Repetida		1 ^{ERA} vez año		Repetida		1 ^{ERA} vez año		Repetida		1 ^{ERA} vez año		Repetida		1 ^{ERA} vez año		Repetida		1 ^{ERA} vez año		Repetida		1 ^{ERA} vez año		Repetida		
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
F20	Psicosis esquizofrenica													112	63	8	14	25	22	3	14	7	1			144	86	11	28	269
F39	Psicosis afectiva													44	64	6	17	22	22	1	7	5	3	1	1	71	89	8	25	193
F23	Episodio Psicotico Agudo													59	55	1	1	8	5		1	1				68	60	1	2	131
F10-F19	Psicosis debido a droga													102	1	19	1	5				1				108	1	19	1	129
F32.9	Trastornos depresivos													27	34	1	6	2	13				1			29	48	1	6	84
NCPO F19.2	Dependencias a las droga													55	2	3	1	2								57	2	3	1	63
F09	Otras psicosis orgánicas (crónlcas)													9	4			2	4			1	1			12	9	0	0	21
G40.9	Epilepsia													7	6		1									7	6	0	1	14
F22.0	Estados paranoídes													5	8											5	8	0	0	13
F79	Retardo mental													6	1					1						6	1	1	0	8
F60.9	Trastornos de personalidad													3	3	1										3	3	1	0	7
F48.9	Trastornos Neuróticos																	1								0	1	0	0	1
	Síndrome de dependencia del alcohol																	1								1	0	0	0	1
F03	Psicosis orgánica senil y presenil																									0	0	0	0	0
F43.9	Reacción aguda ante gran tensión																									0	0	0	0	0
	Psicosis alcohólica																									0	0	0	0	0
	Desviación y trastornos sexuales																									0	0	0	0	0
	Alteración de las funciones corporales																									0	0	0	0	0
	Originadas por factores mentales																									0	0	0	0	0
	Reacción de adaptación																									0	0	0	0	0
	Perturbaciones de la conducta																									0	0	0	0	0
	Perturbaciones de las emociones de la																									0	0	0	0	0
	Niñez y la adolescencia																									0	0	0	0	0
	Síndrome Hiperquémico de la Niñez																									0	0	0	0	0
	Autismo																									0	0	0	0	0
	Retardo selectivo del desarrollo																									0	0	0	0	0
	Factores psíquicos asociados con																									0	0	0	0	0
	Enfermedades mentales																									0	0	0	0	0
	Convulsiones																									0	0	0	0	0
	Aparato locomotor (fisiatria)																									0	0	0	0	0
	Enfermedades visuales																									0	0	0	0	0
	Otros diagnósticos																									0	0	0	0	0
	Totales	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	429	241	39	41	67	67	5	22	15	6	1	1	511	314	45	64	934













