

**LINEAMIENTOS PARA UNA GERENCIA PARTICIPATIVA
DEL SERVICIO DE SALUD EN COLOMBIA, AÑO 2000**

**ADRIANA ELVIRA BARRIGA BERNAL
ELIZABETH GUZMÁN ROCHA
JORGE LUIS GUZMÁN ROCHA**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD
Y SEGURIDAD SOCIAL
NEIVA- HUILA
2007**

**LINEAMIENTOS PARA UNA GERENCIA PARTICIPATIVA
DEL SERVICIO DE SALUD EN COLOMBIA, AÑO 2000**

**ADRIANA ELVIRA BARRIGA BERNAL
ELIZABETH GUZMÁN ROCHA
JORGE LUIS GUZMÁN ROCHA**

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al Título de
Especialista en Gerencia de Servicios de Salud y Seguridad Social.**

**Asesor
PEDRO REYES GASPAR
Medico Especialista en Gerencia de Servicios de Salud**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD
Y SEGURIDAD SOCIAL
NEIVA-HUILA
2007**

Nota de aceptación

Firma presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva, Septiembre de 2003

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo a Dios por darnos la oportunidad de escalar un peldaño más de nuestras vidas, y a todas aquellas personas que depositaron su fé y confianza en el cumplimiento, desempeño de esta labor.

Adriana Elvira

Elizabeth

Jorge Luis

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

A la Profesora Lucia Lemus Bustamante, por el apoyo y orientación en lo referente al desarrollo del Proyecto.

A los Doctores Pedro Reyes Gaspar y José Domingo Alarcón, Carlos Javier Martínez
Por los aportes valiosos para la ejecución de este trabajo.

Y, a todas las personas que creyeron en este propósito.

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	17
1. ANTECEDENTES	18
2. ALCANCES Y LIMITACIONES	20
3. OBJETIVOS	21
3.1 OBJETIVO GENERAL	21
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	21
4. FUNDAMENTOS TEÓRICOS	22
4.1 MERCADO DE LOS SERVICIOS DE SALUD	22
4.1.1 El Sistema General de Seguridad Social en Salud como mercado de servicios	23
4.1.2 Regulación del mercado	24
4.1.3 Competencia en el mercado	24
4.1.4 Segmentos del mercado	26
4.1.5 Tamaño del mercado	27
4.1.6 Servicios	27
4.1.7 Disfunciones del mercado	28
4.1.7.1 La crisis financiera del sector salud	29
4.1.7.2 Competencia desleal	34

	pág.
4.1.7.3 Deficiencias en la inspección, vigilancia, control y dirección del SGSSS	34
4.2 LA GERENCIA DEL SERVICIO	37
4.3 EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD	39
4.4 LA PARTICIPACIÓN EN LAS INSTITUCIONES DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	42
5. METODOLOGÍA	46
5.1 PROCEDIMIENTOS PARA ESTABLECER LOS FUNDAMENTOS TEÓRICOS	47
5.2 PROCEDIMIENTOS PARA ESTABLECER LOS FUNDAMENTOS EMPÍRICOS	48
5.2.1 Área de estudio	48
5.2.2 Población	48
5.2.3 Muestra	49
5.2.4 Fuentes y técnicas para la recolección de datos	49
5.2.5 Procesamiento de los datos	49
5.3 PROCEDIMIENTO DE LA ELABORACIÓN DE LOS LINEAMIENTOS PARA LA GERENCIA PARTICIPATIVA DEL SERVICIO	50
6. FUNDAMENTOS EMPÍRICOS. CASO E.S.E. HOSPITAL JOSE MARÍA HERNÁNDEZ	51

	pág.	
6.1	CARACTERIZACIÓN DE LOS CLIENTES	51
6.1.1	Clientes externos	51
6.1.2	Clientes internos	55
6.2	FACTORES DETERMINANTES DE LA PARTICIPACIÓN DE LOS CLIENTES EN LA ESE HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ	60
6.2.1	Elementos favorables	60
6.2.2	Factores adversos	64
7.	LINEAMIENTOS PARA UNA GERENCIA PARTICIPATIVA DEL SERVICIO DE SALUD	71
7.1	PRINCIPIOS DE LA GERENCIA PARTICIPATIVA DEL SERVICIO DE SALUD	72
7.2	OBJETIVO DE LA GERENCIA PARTICIPATIVA DEL SERVICIO DE SALUD	73
7.3	BENEFICIOS DE LA GERENCIA PARTICIPATIVA DEL SERVICIO DE SALUD	73
7.4	DESARROLLO DE LA GERENCIA PARTICIPATIVA DEL SERVICIO DE SALUD	74
7.4.1	Fase preliminar	74
7.4.1.1	Socialización y motivación	74
7.4.1.2	Conformación de la Comisión de Gerencia Participativa	74

	pág.
7.4.1.3 Diagnóstico de la participación en la empresa	75
7.4.1.4 Organización del usuario	79
7.4.2 Fase operativa	79
7.4.2.1 Preparación del clima organizacional	79
7.4.2.2 Fortalecimiento del servicio de información y atención al usuario, SIAU	80
7.4.2.3 Mejoramiento del Servicio al Cliente	81
8. CONCLUSIONES	88
BIBLIOGRAFÍA	90
ANEXOS	93

LISTA DE FIGURAS

	pág.
Figura 1. Mercado del Sistema General de Seguridad Social en Salud en 1999	28
Figura 2. Relación de gastos de hospitales públicos en 1998	31
Figura 3. Ingresos de hospitales período 1993 – 1997	31
Figura 4. Aplicación Situado Fiscal Salud Período 1994 - 1999	32
Figura 5. Esquema de la metodología	47
Figura 6. Ocupación de los usuarios del Hospital José M. Hernández	52
Figura 7. Grado de escolaridad de los usuarios del Hospital José M. Hernández	52
Figura 8. Municipio de residencia de los usuarios del Hospital José M. Hernández	53
Figura 9. Régimen de afiliación de los usuarios del Hospital José M. Hernández	53
Figura 10. Distribución de los usuarios del Hospital José M. Hernández por aseguradora	54
Figura 11. Instancia de reclamo para los usuarios del Hospital José M. Hernández por problemas del servicio	55
Figura 12. Grupos de edad de los funcionarios del Hospital José M. Hernández	56

	pág.
Figura 13. Nivel de cargo de los funcionarios del Hospital José M. Hernández	56
Figura 14. La participación en las instituciones de salud según funcionarios del Hospital José M. Hernández	57
Figura 15. Formas de participación en el Hospital José M. Hernández según sus funcionarios.	57
Figura 16. La participación en el Hospital José M. Hernández como una prioridad	58
Figura 17. Los usuarios, principales socios del Hospital José M. Hernández, según sus funcionarios	58
Figura 18. Mejoramiento de las relaciones con los usuarios según los funcionarios del Hospital José M. Hernández	59
Figura 19. Conocimiento de los funcionarios sobre la existencia de asociación de usuarios en el Hospital José M. Hernández	59
Figura 20. Principal papel de la Asociación de usuarios según funcionarios del Hospital José M. Hernández	60
Figura 21. Grupos de edad de los usuarios del Hospital José M. Hernández	61
Figura 22. Factores restrictivos de la asistencia de los usuarios del Hospital a eventos sobre participación en instituciones de salud	62
Figura 23. Razones de los usuarios del Hospital José M. Hernández para no reclamar ante una mala atención	62

	pág.
Figura 24. Actitud de los usuarios ante la negación de un servicio	63
Figura 25. Iniciativa de los clientes del Hospital José M. Hernández para reclamar ante un mal servicio	63
Figura 26. Conocimiento del usuario del Hospital José M. Hernández sobre la naturaleza de las Asociaciones de Usuarios	64
Figura 27. Principal papel de la Asociación de usuarios del Hospital José M. Hernández según sus usuarios	65
Figura 28. Trabajo conjunto entre la asociación de usuarios y el hospital según sus funcionarios	66
Figura 29. Inconvenientes que representa la Asociación de usuarios para la empresa, según el concepto de los funcionarios del Hospital	66
Figura 30. Conocimiento de los usuarios del Hospital José M. Hernández sobre el principal derecho en participación en instituciones de salud	67
Figura 31. Conocimiento de los usuarios del Hospital José M. Hernández sobre la existencia de la oficina de atención del usuario	68
Figura 32. Principal función de la Oficina de Atención al Usuario del Hospital José M. Hernández según sus usuarios	68
Figura 33. Principal función de la Oficina de Atención al Usuario del Hospital José M. Hernández según sus funcionarios	69

	pág.
Figura 34. Obstáculos para desarrollar la participación en el Hospital José M. Hernández, según sus funcionarios	70
Figura 35. Esquema General de la Gerencia Participativa del Servicio de Salud en empresas aseguradoras y prestadoras de servicios de salud	76
Figura 36. Dinámica funcional de la Gerencia Participativa del Servicio de Salud en empresas aseguradoras y prestadoras de servicios de salud	77

LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo A. Segmentos del Mercado de los servicios de salud	94
Anexo B. Planes de Beneficio del Sistema General de Seguridad Social en Salud	95
Anexo C. Necesidades de información y Fuentes de Datos	97
Anexo D. Árbol de problemas de la E.S.E Hospital José María Hernández	98
Anexo E. Entrevista Piloto a los Clientes Externos de la ESE Hospital José Maria Hernández	99
Anexo F. Entrevista Piloto a los Clientes Internos de la ESE Hospital José Maria Hernández.	100
Anexo G. Encuesta a los Clientes Externos de la ESE Hospital José Maria Hernández	101
Anexo H. Encuesta a los Clientes Internos de la ESE Hospital José Maria Hernández	104
Anexo I. Respuestas de las entrevistas a los clientes externos	107
Anexo J. Respuestas de las entrevistas a los clientes internos	113

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es proponer una serie de lineamientos para gerenciar empresas aseguradoras y prestadoras de servicios de salud, con la participación activa y organizada de los clientes. Para estos efectos se realiza un análisis del mercado de salud en Colombia desde las reformas introducidas por la Ley 100 de 1993 hasta el año 2000 ; se estudian algunas teorías de gerencia del servicio con orientación al cliente; se examina el marco normativo de la participación del usuario en el Sistema General de Seguridad Social en Salud del país; y se contextualiza la propuesta mediante una investigación empírica, exploratoria, realizada en el Hospital José María Hernández de Mocoa, Putumayo.

El trabajo concluye con una síntesis que articula todo lo anterior en un conjunto de lineamientos —la propuesta en sí— que los autores consideran básicos para orientar la operación de sistemas participativos de gerencia del servicio de salud en el país.

Palabras claves: Mejoramiento de calidad de servicio, Garantía de calidad de servicios de salud

ABSTRACT

The objective of this work is to propose some directives for the management of the companies service health with active and organized participation of the clients. For these effects an analysis of the colombian health market is undertaken since the reforms introduced in 1993 by the law 100 until the year 2000. Some theories of management of the service with direction to the client are studied; The normative frame of the user participation in the health's social security general system in the country is examined. The context of the proposal is made by means of an exploratory, empiric research done at the Jose María Hernandez Hospital in Mocoa, Putumayo.

This work concludes with a synthesis that articulates the above mentiones together with a set of directrix -the proposal itself- that authors consider basic to orient the management participative systems for health service in the country.

Keywords: Health participation. Service Quality Improvement. Quality management groups. Quality Action Teams. Steps for the Improvement of Quality. Quality Assurance of Health Services.

INTRODUCCIÓN

El Sistema de Salud en Colombia se ha convertido en un donde las empresas aseguradoras y prestadoras de servicios de salud compiten permanentemente por la preferencia de los clientes, ganando o perdiendo participación de acuerdo con la efectividad de sus estrategias. En este contexto toda empresa de salud debería tener muy claro que la calidad del servicio resulta determinante en las preferencias de sus clientes, y por lo tanto, como tema, debería, dada su importancia, permanecer en los primeros lugares de las agendas de gerencia; sin embargo las evidencias señalan en otra dirección. Frecuentemente los medios de comunicación y los usuarios emiten declaraciones sobre las deficiencias en los servicios de salud; especialmente en las empresas sociales del estado.

Las anteriores circunstancias motivaron el interés de esta tesis por contribuir al mejoramiento de los servicios de salud, a través de procesos que enfatizaran –de manera especial– en la participación activa y organizada de los clientes. Fue así como surgió el primer obstáculo a superar: la escasez de bases teóricas y metodológicas apropiadas para vincular a los clientes en el mejoramiento de los servicios dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Atendiendo esta situación este trabajo de grado se presenta como una investigación aplicada que examina elementos teóricos y empíricos para responder al problema planteado en la siguiente pregunta:

¿Cómo orientar la gestión de una empresa, aseguradora o prestadora de servicios de salud, hacia la participación organizada de sus clientes en el mejoramiento de la calidad de los servicios?

Para efectos de lo anterior, la tesis examina –al año 1999– la situación del mercado de los servicios de salud en Colombia; la teoría sobre gerencia de corte participativo; la legislación sobre participación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud; y la práctica de la participación en la ESE José María Hernández en Mocoa (Putumayo), en algunos aspectos; para sintetizar –a modo de lineamientos generales de metodología - una respuesta a la pregunta anterior. Solución que es, al tiempo, principal resultado y conclusión de este trabajo: un esquema, un conjunto de lineamientos o pautas para organizar una empresa, basada en un sistema de Gerencia del Servicio, que incluya la participación activa y organizada de los clientes.

1. ANTECEDENTES

La participación de los usuarios de los servicios de salud en la dirección de los organismos de salud empieza a tomar forma con los cambios que la Ley 10 de 1990 introduce al Sistema Nacional de Salud. Posteriormente, y a otra escala, el tema alcanza la máxima jerarquía posible con el espacio que la Constitución de 1991 abre a la participación ciudadana en la vigilancia y el control a la gestión pública –artículos 49 y 103–. Esta apertura se concreta en las reformas que la Ley 100 de 1993 introduce en el sector, en efecto, el nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud amplía y precisa las condiciones para la participación de los usuarios en la dirección de las empresas de salud. Sin embargo, esta apertura legislativa no se ve en la práctica de manera notoria; cuando menos es lo que indica la búsqueda de antecedentes teóricos y empíricos realizada en este trabajo.

La búsqueda de antecedentes concluyó con el hallazgo de elementos generales sobre participación organizada de los clientes en el mejoramiento de los servicios. Varias publicaciones presentan la gerencia del servicio como una tecnología europea, trabajada con éxito por escandinavos y británicos; los conceptos y principios provienen de la experiencia del presidente de las aerolíneas escandinavas Jan Carlson. También se estudiaron otras experiencias exitosas de gerencia enfocadas al cliente documentadas por Kart Albrecht en su libro “Gerencia del servicio” publicado en 1987.

En el ámbito nacional la búsqueda no concluyó con el mismo éxito. En efecto el tema específico no aparece reseñado en las publicaciones sobre la evolución de las reformas hechas al sistema; no es objeto de discusión o debate académico, tampoco en este postgrado; ni se localizaron experiencias sistematizadas o investigaciones sobre el particular.

En este contexto los lineamientos para la Gerencia Participativa del servicio propuestos se conciben como una táctica para motivar y articular el interés de los clientes y el personal de las empresas de salud –públicas, privadas, mixtas y de economía solidaria en torno al mejoramiento del servicio; pero además, es fundamentalmente una estrategia para ganar, o cuando menos mantener, la fidelidad de los clientes y la participación de la empresa en el mercado. Para estos propósitos la construcción de una relación de confianza, cooperación y beneficio mutuo es fundamental.

En breve, la propuesta se presenta como una guía que conjuga elementos de la legislación actual sobre la participación de los usuarios en la dirección de las empresas de salud, con elementos de la teoría sobre gerencia del servicio aplicada en otros sectores y la experiencia y percepción de los autores como profesionales del área administrativa en una empresa aseguradora, una empresa prestadora de servicios de segundo nivel y una dirección departamental de salud.

2. ALCANCES Y LIMITACIONES

A pesar de haber tomado la ESE José María Hernández, como caso de estudio de la práctica de la participación en el Putumayo, sus autores consideran que la propuesta contenida puede ser útil para cualquier empresa aseguradora y prestadora de servicios de salud, pública y privada del país. Desde este punto de vista los alcances de la tesis tocan dos aspectos importantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El primero, es el desarrollo de la competitividad de las empresas del sector; el segundo atañe al fortalecimiento de las funciones de vigilancia y control, pieza clave en el engranaje del sistema que revierte en la oferta de un servicio más calificado y eficiente a la población.

En cuanto a la mayor competitividad empresarial como alcance de la propuesta, se trata de una consecuencia obvia de contar con un sistema expresamente concebido para mejorar el desempeño y la calidad de los servicios de las empresas de salud al considerar las necesidades, exigencias y propuestas de los clientes directamente en el nivel directivo de la empresa. En el segundo caso, la participación efectiva de los clientes en la gerencia del servicio contribuye a su regulación y al mejoramiento de su calidad.

Por otra parte, conviene precisar que el esquema en cuestión está concentrado sólo en la forma de participación que se consideró más pertinente en el SGSSS: las Asociaciones de Usuarios. El trabajo no se extiende a otras formas de participación reglamentadas en la Ley 100 y el Decreto 1757 de 1994, como los Comités de Participación Comunitaria, las Veedurías, los Comités de Ética Hospitalaria y los mecanismos de participación ciudadana establecidos para el sector.

Este documento está dividido en tres secciones. La primera, introductoria, trata asuntos preliminares: objetivos, antecedentes, alcances y limitaciones del trabajo. La segunda presenta los resultados alcanzados en cumplimiento de 4 objetivos propuestos: los fundamentos teóricos y empíricos ya mencionados atrás, y la metodología seguida. La tercera parte contiene el producto final y conclusión de la tesis: el conjunto de lineamientos propuesto. No aplica un capítulo de conclusiones y recomendaciones.

Se espera que este trabajo sea de interés para sus lectores, genere inquietudes que enriquezcan los planteamientos realizados, y motiven el logro de unas mejores condiciones de salud para los colombianos.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Elaborar una propuesta de lineamientos metodológicos para establecer un sistema de gerencia del servicio fundado en la participación activa y organizada de sus clientes, aplicable a empresas aseguradoras y prestadoras de servicios de salud.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Profundizar en la concepción del Sistema General de Seguridad Social en Salud como mercado de servicios de Salud.
- Profundizar en el conocimiento de la teoría administrativa relacionada con la participación de los clientes en la gerencia de servicios.
- Estudiar el tema de la participación en las empresas de servicios de salud en el marco legislativo vigente para el sector.
- Realizar una investigación exploratoria, descriptiva, sobre la práctica de la participación en una empresa prestadora de servicios de salud del territorio.
- Sintetizar los elementos anteriores en un conjunto de lineamientos metodológicos generales para establecer un sistema de gerencia del servicio fundado en la participación activa y organizada de los clientes.

4. FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Para plantear la propuesta de Gerencia Participativa del Servicio de Salud, se consideró necesario elaborar una fundamentación teórica en aspectos básicos relacionados con el mercado, los servicios, la calidad y la participación.

El mercado de los servicios de salud por cuanto es el ambiente donde compiten las empresas de salud; la Gerencia del Servicio por su pretensión de sensibilizar y ajustar la empresa a las expectativas del cliente; El Proceso de Mejoramiento Continuo de la Calidad por cuanto ofrece elementos para mejorar progresivamente la calidad de los servicios; y la Participación en las Instituciones de Salud por las posibilidades que ofrece de lograr mayor compromiso de los clientes con el mejoramiento del servicio.

4.1 MERCADO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

En el mundo actual se ha cambiado de una *economía industrial* a una *economía de servicios* donde la relación con el cliente tiene más importancia que los bienes que se comercian. Es así como las instituciones y empresas creadas para prestar servicios de diferente índole, se han enfrentado al reto de conquistar y mantener el respaldo de sus clientes. El servicio se ha convertido en una poderosa arma competitiva cuya excelencia implica realizar serios cambios en las organizaciones.

El gran problema de las empresas de salud que en el país enfrentan esta coyuntura se debe a que no previeron las implicaciones del cambio ni se prepararon para asumirlo. Como prueba de ello se encuentra que la cultura organizacional de estas empresas, particularmente las del sector público, se quedó atrás con el extinto Sistema Nacional de Salud; reacia a entender que el *paciente* desapareció para darle paso al *cliente* que compra servicios de salud.

Estos problemas –a la luz del año 2000– aún persisten entre otras razones por las siguientes:

- Gobernantes que promueven prácticas clientelistas en las empresas de salud bajo su tutela.

- Gerentes que no han desarrollado la visión que exigen hoy las empresas de salud.
- Funcionarios renuentes al cambio que aún ve *pacientes* en lugar de clientes.
- Clientes que siguen comportándose como pacientes.

Los hechos anteriores han impedido que muchas empresas de salud sean competitivas, al contrario, han conseguido que pierdan terreno en un mercado donde el sector privado sí se preocupa por atraer los clientes. Estas empresas necesitan desarrollar una nueva práctica para lo cual enfoques administrativos como la Gerencia del Servicio y el Mejoramiento Continuo de la Calidad, orientan la ruta hacia la excelencia del servicio y exigen reorganizar la empresa en función de unos clientes que necesitan mucho más que comprar salud.

4.1.1 El Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, como mercado de servicios. El mercado de los servicios de salud se desarrolla en el gran contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud*. No obstante el Sistema esté definido como el conjunto de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, destinados a garantizar el acceso al servicio público esencial de la salud**, las características de su organización posibilitan la oferta y la demanda de los servicios de salud.

El SGSSS está integrado por organismos de dirección, vigilancia y control; organismos de administración y financiación; empresas prestadoras de servicios de salud; así como los empleadores, trabajadores, pensionados y beneficiarios en todas sus modalidades. También forman parte de él las organizaciones gremiales y comunitarias del sector.

Son organismos de dirección, vigilancia y control los Ministerios de Salud y Trabajo, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y la Superintendencia de Salud. La administración y financiación está a cargo de las empresas

* El SGSSS es el producto de la transformación dada por la Ley 100 de 1993 al viejo Sistema Nacional de Salud. Tiene por objeto regular el servicio público esencial de la salud y crear condiciones para el acceso de toda la población a los diferentes niveles de atención. Sus bases son el aseguramiento, la competencia y la solidaridad con la población más desprotegida.

** En el Decreto 1919 del 5 de Agosto de 1994. Capítulo I, artículo 1 se describe claramente el funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

aseguradoras, las direcciones territoriales de salud y el Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA.

Las empresas prestadoras de servicios son las instituciones responsables por la atención directa a los afiliados, beneficiarios y personas aún no afiliadas al SGSSS según la reglamentación establecida para ello. Pueden ser entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias.

El SGSSS desde este punto de vista es el escenario de la oferta y demanda del mercado de los servicios de salud en Colombia. Los actores son las entidades que regulan y las empresas que compiten.

4.1.2 Regulación del mercado. Es toda actividad relacionada con las funciones de dirección, coordinación, vigilancia y control que en el SGSSS es, ante todo, una responsabilidad estatal.

La dirección general del Sistema es responsabilidad del Ministerio Nacional de Salud con la concurrencia del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud; organismo de carácter permanente encargado de la concertación entre los diferentes integrantes del Sistema cuyas decisiones deben ser adoptadas por el Gobierno Nacional. La vigilancia y control del Sistema –función fundamental para el desarrollo de cualquier mercado– está a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud. No obstante otras entidades estatales también participan de la regulación; en el nivel territorial –departamentos, distritos y municipios– la dirección coordinación, inspección y vigilancia, están a cargo de las Direcciones Territoriales de Salud y del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud correspondiente.

4.1.3 Competencia en el mercado*. Es la dinámica existente en torno a la oferta y demanda del aseguramiento y la prestación de servicios. En el mercado de Salud las empresas que compiten se clasifican en Aseguradoras y Prestadoras de Servicios de Salud.

Las Aseguradoras se dividen en Entidades o Empresas Promotoras de Salud, EPS, Administradoras del Régimen Subsidiado, ARS, y Empresas Solidarias de Salud, ESS. Ellas recaudan las cotizaciones de los afiliados al régimen

* Se generó cuando la Ley 100 pretendiendo mejorar la eficacia y calidad en la prestación de servicios a los afiliados acabó con el monopolio del ISS en el aseguramiento y mediante la entrada de organizaciones privadas con mayor capacidad financiera para hacer rendir los recursos del sistema.

contributivo y facilitan la compensación al corazón financiero del sistema: el Fondo de Solidaridad y Garantía. Son las encargadas de organizar y garantizar, en condiciones de calidad, oportunidad y eficiencia, la prestación de los servicios de salud contenidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS, directamente a sus afiliados o por medio de la contratación con las Prestadoras, con profesionales independientes o con grupos de práctica privada debidamente constituidos.

Por la prestación del POS las Aseguradoras reciben del sistema, un valor fijo anual por cada afiliado denominado Unidad de Pago por Capitación, UPC, siempre y cuando el grupo familiar haya pagado las cotizaciones correspondientes. La UPC se fija en función de la edad, sexo y localización geográfica de los afiliados y se ajusta anualmente de conformidad con lo que establezca el consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Las Prestadoras**, por su parte, son las instituciones autorizadas para la prestación de los servicios de salud, los profesionales adscritos o vinculados laboralmente a una aseguradora, las asociaciones científicas y los grupos de práctica profesional.

En el desempeño de estas empresas tiene un lugar destacado el sector privado. Las públicas han sido afectadas fuertemente por factores asociados a las deficiencias administrativas, la transformación de los recursos de la oferta a la demanda, el exceso de gastos de personal y la competencia desleal, entre otros.

El Sistema considera competencia desleal todo acto o hecho contrario a la buena fe comercial y al normal desenvolvimiento de las actividades propias de dicho mercado. La libre escogencia* y el derecho a la libre y leal competencia** son la base para el desarrollo del mercado de los servicios de salud. Por una parte, todo afiliado –sin importar el régimen– puede elegir libremente entre las empresas aseguradoras y prestadoras aquellas que considere le ofrecen los mejores servicios. Por otra, la normatividad del Sistema remite a todas las empresas a

** Tienen el nombre genérico de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, aunque existe una denominación aplicada exclusivamente a las IPS públicas bajo condiciones muy específicas: Empresas Sociales del Estado, ESE.

* La Ley 100 ...en su artículo 153, sección 4... hace referencia explícita a esta libertad, y el decreto 1919 de 1994 ...en su artículo 2, literal k..., confirma la libre escogencia como una característica primordial del sistema.

** El derecho a la libre y leal competencia está consagrado en el artículo 333 de la Carta Magna. Es objeto de reglamentación mediante Decreto 1663 de 1994, en el cual se precisan principios generales, el régimen de la libre competencia y las prohibiciones. La responsabilidad de verificar y garantizar este derecho recae en las entidades territoriales -con orientación de la Superintendencia de Salud- en Ley 344 de 1996, artículo 22.

observar la legislación sobre competencia leal contenida en el Código de Comercio y demás normas que lo reglamentan, modifican o sustituyen.

Con mayor detalle el decreto 1663 de 1994 aclara las reglas de la competencia en el Sistema. Esta norma precisa las prohibiciones y restricciones generales, identifica los actos contrarios a la libre competencia, las excepciones, el abuso de la posición dominante y prohíbe los actos de competencia desleal. Bajo estas reglas de juego las empresas pueden desarrollar sus estrategias de mercadeo y prestación de servicios.

En este punto conviene resaltar la importancia de un Estado fuerte, con alta capacidad operativa y resolutive que garantice la libre y leal competencia. Aunque la competencia debería darse también entre las entidades que regulan el mercado. Es decir, estas entidades públicas deberían competir entre sí por lograr la mayor efectividad en el cumplimiento de sus funciones.

Uno de los impactos que ha traído la competencia en el sector ha sido la pérdida progresiva de la participación estatal en el mercado. Desde 1995, el sector privado ha ganado participación hasta controlar el 45.03% del régimen contributivo¹ y el 60.74 % del régimen subsidiado a junio de 1999. Esta situación provoca una pérdida de espacio, por parte del gobierno, que garantice un mínimo de oferta, en especial para los *vinculados*, segmento a cargo de las empresas estatales.

Además, no existen condiciones necesarias para que la empresa privada se instale y ofrezca servicios con oportunidad y calidad en aquellas zonas del país donde la violencia y condiciones de salud son deplorables.

4.1.4 Segmentos del mercado. El mercado de servicios de salud puede apreciarse como un conjunto de segmentos cuyas características dependen de la perspectiva que asuma el espectador. Los regímenes de afiliación, los planes de beneficio o servicios, los sectores público y privado, la naturaleza jurídica de las empresas, las especialidades que ofrecen, y las regiones geográficas son algunas de las perspectivas elegibles.

En este enfoque, la segmentación se hará de acuerdo con la perspectiva que ofrece el régimen de afiliación. Se considera que el régimen establece tres grandes categorías desde las cuales uno puede acercarse con propiedad al

¹ Revista Salud Colombia [en línea], Edición 41. Santafé de Bogotá: Inversiones Marcha. 16 octubre – 15 noviembre, 1999. [citado en 1999-12]. Mensual. Disponible en Internet: <http://www.saludcolombia.com/actual/salud41/informe.htm>

conocimiento del mercado de los servicios de salud; contributivo, subsidiado y vinculado.

Pertencen al contributivo los afiliados con capacidad de pago y su grupo familiar; al subsidiado, los afiliados mediante la UPC subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA; y los vinculados, personas que no pertenecen a ninguno de los anteriores. Esta última es una condición transitoria pues el sistema pretende la universalidad de la cobertura. (Véase el Anexo A).

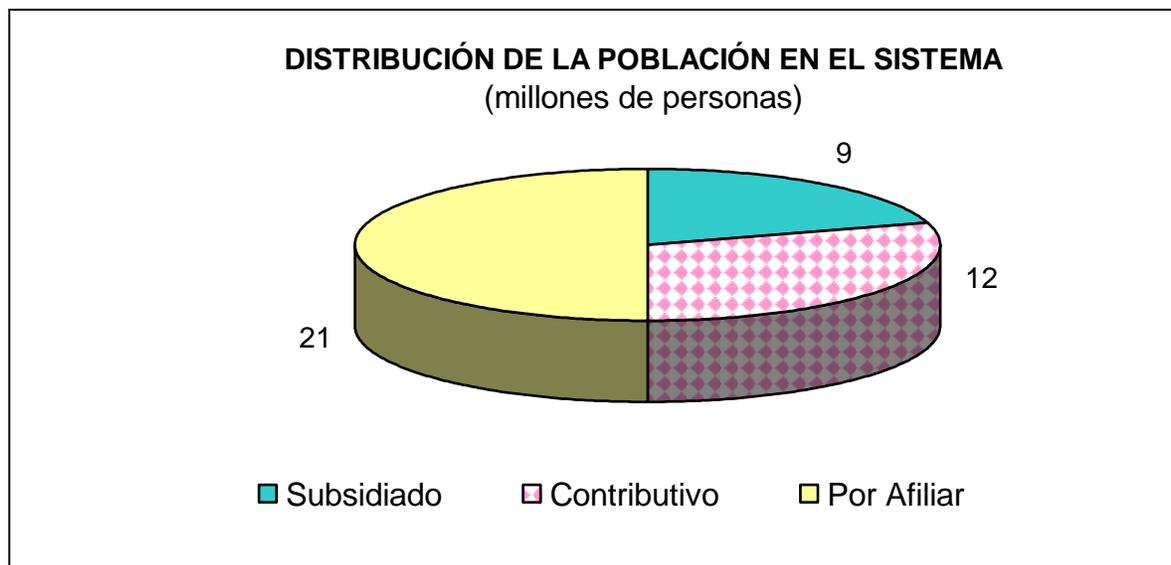
4.1.5 Tamaño del mercado. En teoría, el principio de universalidad hace del SGSSS un mercado en permanente expansión. Sin embargo, tal expansión depende de hechos que van más allá del crecimiento de la población, tales como el comportamiento de la economía y la presencia de ciertas disfunciones del Sistema. Con la participación de las empresas en este mercado no sucede igual, independientemente de si hay expansión, el éxito de las estrategias gerenciales se evidencia en la participación que logren alcanzar en el segmento de su interés. Se trata de un mercado potencial de 42 millones de personas, de las cuales el 50% está afiliado al Sistema². (Véase la Figura 1). Una cifra que representa avances frente al anterior Sistema Nacional de Salud, aunque 30% por debajo de la meta prevista para 1999.

4.1.6 Servicios. Según este enfoque, los servicios de salud, son* procedimientos intervenciones, aplicación de insumos y equipos requeridos para el logro de dos importantes propósitos: la promoción y el fomento de la salud, y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.

Una particularidad propia del mercado de los servicios de salud en Colombia radica en la reglamentación que existe sobre estos servicios. Contrario a lo que sucede en otros mercados, en éste, los servicios están reglamentados al detalle; el Sistema tiene una alta especificación pues define los servicios a que tienen derecho los afiliados y el valor que deben pagar por ellos; definición que incluye los medicamentos.

² Revista Salud Colombia [en línea]. Edición 42. Santafé de Bogotá: Inversiones Marcha. 16 Noviembre - 15 Diciembre, 1999. [citado en 1999-12]. Mensual. Disponible en Internet: <http://www.saludcolombia.com/actual/salud42/noticia42.htm#La%20crisis%20hospitalaria:%20muchas%20causas%20y%20pocas%20soluciones>

* El concepto se toma del Decreto 1663 del 1 de Agosto de 1994 por el cual se reglamenta la libre y leal competencia en el mercado de los servicios de salud, en igualdad de condiciones y dentro de los límites impuestos por la ley.

Figura 1. Mercado del Sistema General de Seguridad Social en Salud en 1999.

Revista Salud Colombia [en línea]. Edición 42.

Sobre esta base se han configurado *paquetes* de servicios, llamados Planes de Beneficio*, prestados en todo el territorio directamente por el Estado o mediante contratos con terceros. Son el eje de toda la oferta del mercado colombiano.

Todas las entidades públicas, privadas, mixtas o de economía solidaria autorizadas deben ofrecer y organizar sus servicios, con base en estos planes, a la población sin distinciones de afiliación.

Los Planes de Beneficio se clasifican en: Plan de Atención Básica, PAB; Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo, POS; Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado, POSS; Planes Adicionales de Salud, PAS; Atención en accidentes de tránsito y eventos catastróficos, y Atención inicial de urgencias. La descripción en detalle de todos ellos se presenta en el (Anexo B).

4.1.7 Disfunciones del mercado. La exposición de los principales problemas que entorpecen los propósitos del Sistema General de Seguridad Social en Salud permite ampliar la visión del mercado de los servicios de salud. La crisis financiera del Sector Salud, la competencia desleal y las deficiencias en la inspección, vigilancia, control y dirección del Sistema son disfunciones que

* Los Planes de Beneficios son regulados mediante los decretos 1938 del 5 de Agosto de 1994 y 806 del 30 de abril de 1998.

deprimen el desarrollo del mercado por cuanto repercuten en la calidad de los servicios y la competitividad.

4.1.7.1 La crisis financiera del sector salud. Conviene abordarse desde tres aspectos: la recesión económica del país, la crisis financiera del Sistema y la crisis financiera de las prestadoras y aseguradoras públicas.

Respecto a la recesión económica, es ampliamente conocido su efecto sobre el desempleo: el siglo pasado culminó con la mayor tasa de desempleo alguna vez registrada en la historia del país. Un crecimiento económico negativo del 4% en 1999³ y una tasa de desempleo superior al 20% de la población económicamente activa son frenos formidables para el mercado de los servicios de salud por cuanto impiden el ingreso de nuevos afiliados al régimen contributivo y, por consiguiente, restringen significativamente el financiamiento del régimen subsidiado.

Acerca de la crisis financiera del Sistema, entendida como el conjunto de problemas financieros que impiden alcanzar la meta de universalidad de la Seguridad Social en Salud, conviene señalar que además de la recesión económica hay otros factores, como el ajuste fiscal de la nación, el incumplimiento en los aportes del Gobierno Central y de los campos Cusiana y Cupiagua al FOSYGA, y la inoperancia en el control a la evasión y elusión, que tienen mayor repercusión en el financiamiento del Sistema.

El ajuste fiscal decretado por el Gobierno Central para enfrentar un déficit fiscal desbordado ha provocado –y provocará– reducciones en los ingresos corrientes que la nación transfiere a las entidades territoriales. Pese a que la Ley 60 obliga a invertir el 25% de estos recursos en la salud, estas medidas afectan la capacidad de los entes territoriales para mantener e incrementar la población afiliada al régimen subsidiado.

Adicionalmente, el Gobierno Central ha venido eludiendo su obligación de girar a la Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA, recursos equivalentes a una cuantía igual al aporte de los cotizantes para financiar el Régimen Subsidiado; recursos que día a día se esfuman, para dar un ejemplo, en la aprobación de la Ley de Presupuesto de 1999, el Gobierno Central contracreditó el 75% de los 84.500 millones del presupuesto nacional para dicha cuenta⁴.

³ Indicadores. *En Dinero*. No 99. (17 de Diciembre, 1999). p. 180.

⁴ Revista Salud Colombia [en línea]. Edición 42. Santafé de Bogotá: Inversiones Marcha. 16 Noviembre - 15 Diciembre, 1999. [citado en 1999-12]. Mensual. Disponible en Internet: <http://www.saludcolombia.com/actual/salud42/noticia42.htm#La%20crisis%20hospitalaria:%20muchas%20causas%20y%20pocas%20soluciones>

La situación es peor con los recursos de la producción petrolera de Cusiana y Cupiagua. Los entes territoriales no han hecho ninguna transferencia al FOSYGA de los recursos adicionales –15% a partir de 1997– provenientes de participaciones y transferencias del impuesto de renta sobre la producción de las empresas petroleras en la zona*. Por último, la inoperancia del sistema de vigilancia y control a enfrentar debidamente el problema de la evasión y elusión han convertido la fuga de recursos del régimen contributivo en algo permanente.

La crisis financiera de las Prestadoras Estatales es explicada por factores que concurren con los anteriores y configuran un panorama muy incierto para las empresas sociales del Estado; exceso de gastos de personal, disminución de los aportes tradicionales del Estado, transición indiscriminada de los recursos de la oferta a la demanda, baja cobertura del Sistema, déficit e iliquidez.

En primer lugar, el exceso de gastos de personal se explica con el incremento en la nómina de los hospitales por la vinculación de personal a partir de 1994 y a los sucesivos incrementos salariales del sector de la salud que concluyeron con la nivelación salarial de 1998, más representativa para los hospitales de II nivel⁵. (Véase la Figura 2). El Censo del Recurso Humano y Dinámica Salarial del Sector Salud Oficial del Ministerio de Salud señaló un incremento de 17.821 tiempos completos entre 1994 y 1997. Igualmente destacó para el mismo período un incremento salarial del 37% en términos constantes sin incluir prestaciones, prima de productividad y nivelación de 1998⁶. Este crecimiento, que no ha tenido su equivalente en ingresos, particularmente en las Empresas Sociales del II y III nivel, ha contribuido al actual déficit de las IPS públicas⁷. (Véase la Figura 3).

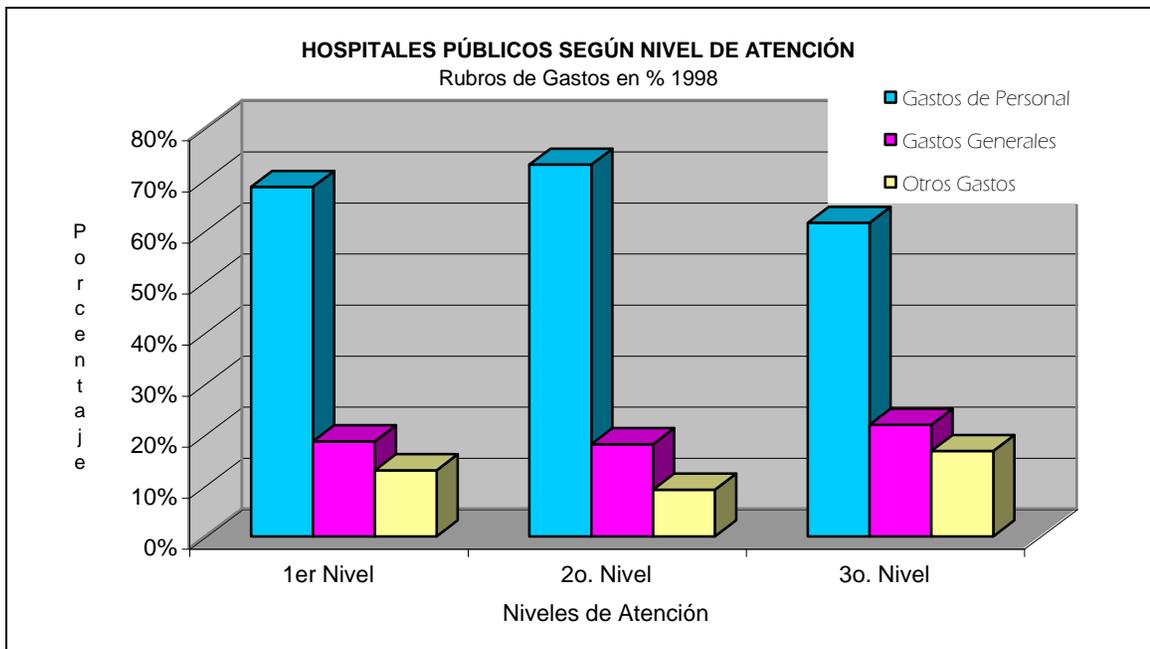
* Se refiere a los recursos del régimen subsidiado que trata el literal e, artículo 214, de la Ley 100 de 1993.

⁵ Revista Salud Colombia [en línea]. Edición 40. Santafé de Bogotá: Inversiones Marcha. 16 Septiembre - 15 Octubre, 1999. [citado en 1999-12]. Mensual. Disponible en Internet: <http://www.saludcolombia.com/actual/salud40/Hospital985.htm>

⁶ Revista Salud Colombia [en línea]. Edición 42. Santafé de Bogotá: Inversiones Marcha. 16 Noviembre - 15 Diciembre, 1999. [citado en 1999-12]. Mensual. Disponible en Internet: <http://www.saludcolombia.com/actual/salud42/noticia42.htm#La%20crisis%20hospitalaria:%20muchas%20causas%20y%20pocas%20soluciones>

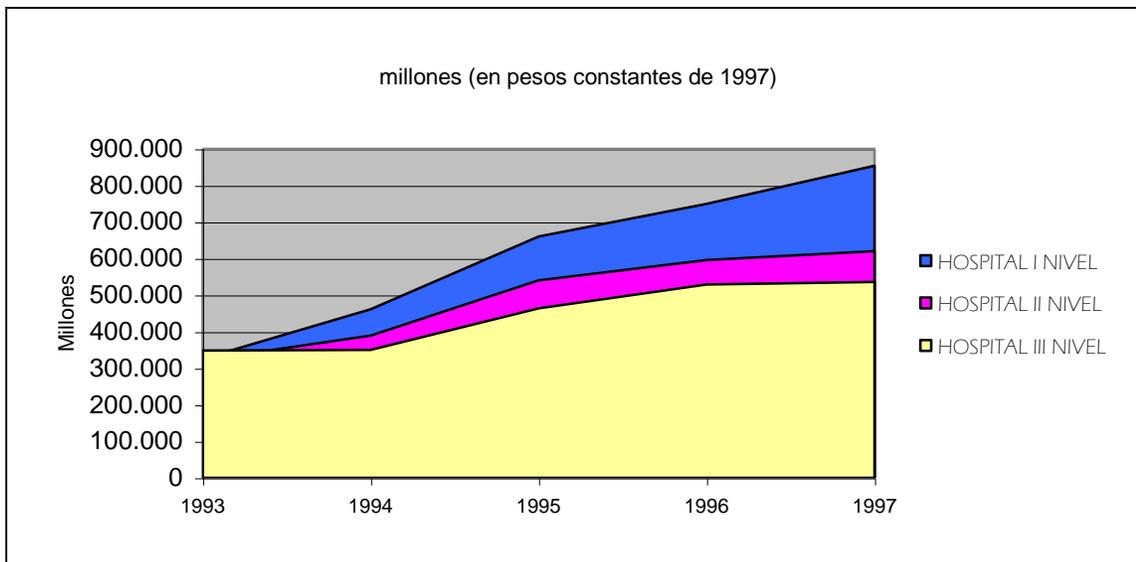
⁷ Revista Salud Colombia [en línea]. Edición 32. Santafé de Bogotá: Inversiones Marcha. 16 enero - 15 febrero., 1999. [citado en 1999-12]. Mensual. Disponible en Internet: <http://www.saludcolombia.com/actual/salud32/noticia32.htm#Resumen%20de%20noticias%20de%201998>

Figura 2. Relación de Gastos de Hospitales Públicos en 1998.



Revista Salud Colombia [en línea]. Edición 40.

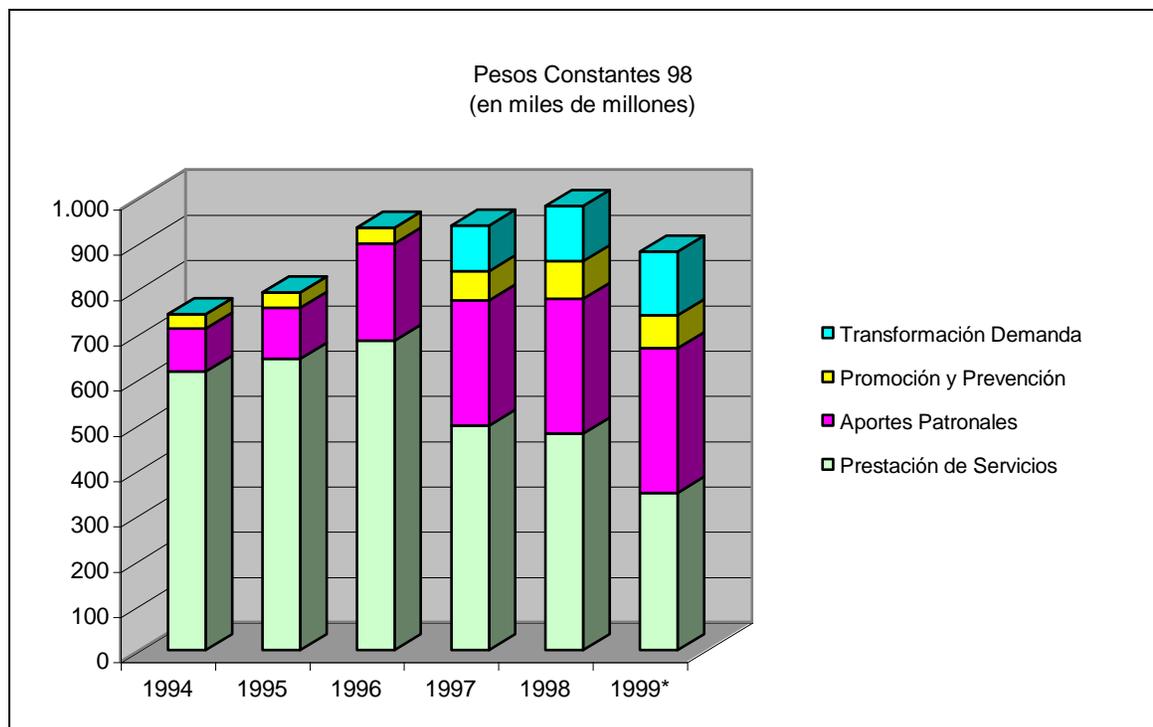
Figura 3. Ingresos de Hospitales período 1993 - 1997.



Revista Salud Colombia [en línea]. Edición 32.

En cuanto a la disminución de los aportes del Estado, es el Situado Fiscal Prestacional, el rubro que mayor incidencia ha tenido en esta reducción; en 1999 absorbe el 37% de los recursos destinados a la Salud⁸. (Véase la Figura 4).

Figura 4. Aplicación Situado Fiscal Salud Período 1994 - 1999.



Revista Salud Colombia [en línea]. Edición 39.

Otro factor también significativo es el Plan de Conversión de la Ley 344 de 1996* que estableció la transformación del subsidio de la oferta a la demanda desde 1997. Esta conversión también condicionó el destino de los recursos de la oferta a financiar la prestación a la población de Vinculados o a servicios no cubiertos por el POSS. Y aunque la red pública global logró compensar la transformación con la venta de servicios (con algunos problemas en los sistemas de facturación) en unas regiones donde predomina la población con necesidades básicas insatisfechas y baja cobertura de la seguridad social los recursos de la oferta fueron insuficientes, en especial, para las Empresas de II y III nivel donde la

⁸ Revista Salud Colombia [en línea]. Edición 39. Santafé de Bogotá: Inversiones Marcha. 16 Agosto - 15 Septiembre, 1999. [citado en 1999-12]. Mensual. Disponible en Internet: <http://www.saludcolombia.com/actual/salud39/situado99.htm>

* El Artículo 20 de la Ley 344 reglamenta la racionalización del gasto público.

mayoría de especialidades estuvieron por fuera del POSS*. Esta situación, luego corregida, dejó fuertemente golpeadas las finanzas de muchas Prestadoras Estatales del país**.

Los efectos de la crisis financiera del sector sobre la calidad de los servicios tienen su mayor reflejo en el déficit y la iliquidez de las Prestadoras Estatales. Los 400.000 millones de déficit y los 300.000 millones en cartera superior a 90 días, a septiembre de 1999***, restringen fuertemente la capacidad de maniobra de estas instituciones. En consecuencia, rubros determinantes para la prestación de los servicios se ven afectados seriamente como el caso de los servicios generales, del suministro de medicamentos y hasta de la nómina. La situación de los Hospitales Públicos es realmente alarmante y requiere de cuidados intensivos.

La última edición de la Revista Salud Colombia de 1999 concluye al respecto:

Llevados progresivamente a situaciones más profundas de crisis, los hospitales públicos perderán progresivamente la capacidad de competir (de la que partieron) con las instituciones privadas, frente a los usuarios y a las Empresas Promotoras de Salud y Administradoras del Régimen Subsidiado, lo que significará la imposibilidad de subsistir a mediano plazo.

...cabe concluir que el problema de los hospitales públicos es en última instancia el problema del Sistema y debe ser abordado desde esta compleja perspectiva, de modo que el hecho de recortar el gasto de personal o el de conseguir partidas presupuestales, pueden servir para solucionar la crisis inmediata, pero no se constituyen en la verdadera solución, definitiva y de largo plazo, para las Empresas Sociales del Estado⁹.

* En 1999 se presupuestaron \$100.000 para atender los 17 millones de vinculados del país. Si a esto se le restan \$50.000 que cuesta prestar servicios no incluidos en el POSS, la red pública de servicios sólo contará con \$50.000 para cubrir servicios que valen \$300.000 per cápita según el POS del contributivo.

** La situación se atendió desde 1997 con la inclusión progresiva de servicios quirúrgicos y otras especialidades al POSS, la reducción del presupuesto de la oferta para los hospitales del I nivel y la ley del actual Plan de Desarrollo con la cual se suspendió la transformación de los recursos de la oferta a la demanda.

*** Cifras presentadas en la exposición de motivos del Proyecto de Ley 35 de 1999 referida al monopolio de juegos de suerte y azar para el financiamiento de la Salud, suscrita en Septiembre de 1999 por los Ministerios de Hacienda y de Salud.

⁹ Revista Salud Colombia [en línea]. Edición 42. Santafé de Bogotá: Inversiones Marcha. 16 Noviembre - 15 Diciembre, 1999. [citado en 1999-12]. Mensual. Disponible en Internet: <http://www.saludcolombia.com/actual/salud42/noticia42.htm#La%20crisis%20hospitalaria:%20muchas%20causas%20y%20pocas%20soluciones>

Para terminar el tema de la crisis financiera de las empresas públicas de salud es pertinente señalar el estado de las Aseguradoras Estatales por su evidente responsabilidad en la situación de iliquidez que se presenta entre las Empresas Prestadoras del Sistema. Las demoras en las transferencias encuentran su máxima expresión en el Instituto de Seguros Sociales, empresa aseguradora que maneja el 60% de los afiliados en el país, a quien muchas clínicas y hospitales han negado sus servicios por la mora en los pagos. Esto puso en evidencia la insolvencia de la entidad motivando la suspensión de la afiliación en cumplimiento del Decreto 882 de 1998. En iguales circunstancias se encuentra CAPRECOM y CAJANAL. Como es natural, la iliquidez de esta manera generada repercute en la calidad de los servicios que reciben los afiliados y desestimula la competitividad en el mercado.

4.1.7.2 Competencia desleal. A pesar de que las normas del Sistema establecen las reglas para la libre y leal competencia, las debilidades en la vigilancia y control han dado pie a prácticas de competencia desleal que en algunos casos han llevado a la quiebra de empresas prestadoras¹⁰. Algunas Aseguradoras abusando de su posición dominante en el mercado han obligado a la realización de contratos lesivos para las Empresas Prestadoras: imponen tarifas y otras condiciones a su acomodo, sin ninguna relación con el valor y el crecimiento de la UPC. Para el año 1999 Empresas Prestadoras ejecutaron contratos de capitación del primer nivel ambulatorio, por menos del 20% de la UPC de 1999. También realizaron contratos de promoción y prevención por menos del 20% del valor que recibe la Aseguradora para estos fines, pero que comprometen el 100% de sus obligaciones en este campo. La Defensoría del Pueblo denuncia con frecuencia prácticas de selección adversa y otros métodos ilegales o lesivos para los usuarios como el común rechazo a clientes de alto costo y su remisión al Instituto de Seguros Sociales¹¹. No obstante el conocimiento del problema, las acciones de la Superintendencia de Salud dejan mucho que desear.

4.1.7.3 Deficiencias en la inspección, vigilancia, control y dirección del SGSSS. Algunas ya han sido mencionadas en el punto anterior como causantes de los problemas específicos allí tratados.

¹⁰ Revista Salud Colombia [en línea]. Edición 43. Santafé de Bogotá: Inversiones Marcha. 16 octubre – 15 noviembre, 1999. [citado en 1999-12]. Mensual. Disponible en Internet: <http://www.saludcolombia.com/actual/salud43/noticia43.htm>

¹¹ Ibid.

Las fallas de la Superintendencia Nacional de Salud en el control del Sistema¹². Esta institución que ha tenido serias dificultades para cumplir con su función dentro del sistema es considerada poco efectiva, demasiado centralizada y muy burocratizada. La evasión y la elusión, el incumplimiento de las Aseguradoras con las Prestadoras, y el manejo corrupto y clientelista del régimen subsidiado son grandes problemas en el SGSSS que la Superintendencia no ha controlado adecuadamente ocasionando serias repercusiones en el mercado de los servicios de salud.

Los dos primeros imponen serios obstáculos para el financiamiento del Sistema y la expansión del mercado por el ingreso de nuevos afiliados del régimen contributivo y subsidiado. Los dos últimos explican las dificultades financieras de las entidades Prestadoras de servicios por el incumplimiento en los compromisos económicos adquiridos por las Aseguradoras.

- Las fallas en la función de los entes territoriales. Como se ha indicado los Departamentos, Distritos y Municipios tienen responsabilidades delegadas de dirección, coordinación, inspección y vigilancia del Sistema de Seguridad Social en el ámbito territorial.

En el nivel departamental las principales debilidades se encuentran en las deficiencias de las direcciones departamentales para asumir a cabalidad sus funciones de inspección y vigilancia asignadas por la Ley en cuanto al cumplimiento de las normas. Esto significa velar porque las Aseguradoras y Prestadoras cumplan con los requisitos establecidos en la ley, como también porque los municipios administren correctamente los recursos del régimen subsidiado.

No se trata de garantizar que las Promotoras y las Prestadoras de servicios cumplan sólo con los requisitos técnicos y científicos, sino también con requisitos administrativos y financieros que en conjunto determinan la calidad de los servicios tales como las especificaciones técnicas de equipos e instalaciones, la organización del Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU), el establecimiento del Sistema de Garantía de la Calidad y la creación de las Asociaciones de Usuarios.

Sin embargo, la realidad muestra hoy que las direcciones departamentales no han hecho esta tarea, especialmente aquella de velar por el cumplimiento de las obligaciones en torno a las Asociaciones de Usuarios y el Sistema de Garantía de la Calidad.

¹² Revista Salud Colombia [en línea]. Edición 37. Santafé de Bogotá: Inversiones Marcha. 16 Julio - 15 Agosto. 1999. [citado en 1999-12]. Mensual. Disponible en Internet: <http://www.saludcolombia.com/actual/salud37/informe.htm>

En cuanto a los problemas financieros de Aseguradoras y Prestadoras causados por la desviación fraudulenta de los recursos asignados al régimen subsidiado por parte de los municipios, a los departamentos también les cabe responsabilidad. La inspección y vigilancia del nivel departamental sobre el manejo y destino de los recursos han sido deficientes y no han logrado impedir estos desmanes.

En el municipio, la situación no es muy diferente; las demoras en el pago de los contratos adquiridos con las Aseguradoras para la atención del régimen subsidiado han generado problemas de liquidez que terminan afectando la prestación de los servicios. Estos problemas –como es natural– finalmente ocupan el primer lugar en la agenda de las empresas, absorbiendo el esfuerzo gerencial y menguando oportunidades para concebir y desarrollar estrategias de mediano y largo plazo que permitan mejorar en forma sostenida la calidad de sus servicios.

La desviación fraudulenta de los recursos para financiar el régimen subsidiado, la corrupción y el clientelismo político en la contratación con las Aseguradoras para la atención a la población subsidiada completan un panorama que deprime la búsqueda de la calidad en los servicios como estrategia de supervivencia y crecimiento empresarial.

- Deficiencias en la dirección del sistema. El desempeño del Ministerio de Salud también ha perturbado el mercado de los servicios de salud en aspectos relacionados con la calidad del servicio.

Por una parte, es notoria la estrechez de sus esfuerzos para promover la Participación Social, estimular el Desarrollo del Recurso Humano y desarrollar el sistema de garantía de la calidad¹³. Por otra, el avance en los indicadores que ilustran la transformación de los hospitales públicos en Empresas Sociales del Estado generan inquietud. A pesar de ser concebida la Participación Social como una estrategia para mejorar la calidad, no sólo de los servicios sino del sistema en su conjunto, los insignificantes avances del desarrollo de esta herramienta demuestran la modestia de las acciones del Ministerio de Salud para lograr una participación real de los actores en el desarrollo de la reforma. Comités de Participación Comunitaria constituidos en tan solo el 37.9% de los municipios del país, un desarrollo casi nulo de los Consejos Territoriales y la existencia de sólo 370 Asociaciones de Usuarios cuando en el país hay más de 240 Aseguradoras y 15601 Prestadoras de servicios para 1998 confirman estos hechos¹⁴

¹³ Ibid.

¹⁴ Ibid.

En cuanto al desarrollo del recurso humano, factor principal de calidad, se evidencia la insuficiencia de las acciones del Ministerio de Salud por la carencia de estímulos a la capacitación y la educación continuada. Deficiencia que afecta el mejoramiento de la atención considerando que la formación del recurso humano es un factor clave en el servicio. Un personal mal calificado y sin motivación es un lastre para la calidad y la reforma (Ley 100 del 93) ha creado suficientes condiciones para que este personal se multiplique: el pago de servicios profesionales según tarifas SOAT; la crisis financiera cuando repercute sobre la regularidad de las obligaciones salariales.

Por último, si bien los indicadores de la transformación de los Hospitales Públicos muestran avances importantes, en el país el 55% de los hospitales de primer nivel, el 96% de segundo nivel y el 82% del tercer nivel son Empresas Sociales del Estado, su forma de operación no deja de generar alarma. ¿Realmente están operando como Empresas? ¿Están generando rentabilidad social? ¿Están prestando servicios de mejor calidad y menor precio? ¿O son sólo empresas de ordenanza o acuerdo municipal? La experiencia de los autores sugiere una revisión de estos indicadores a la luz de la operación real.

4.2 LA GERENCIA DEL SERVICIO

En el mercado de los servicios de salud en Colombia, donde los paquetes de servicios y sus costos están definidos tan específicamente, competir por la preferencia de los clientes significa para las empresas desarrollar la capacidad de servirlos efectiva y eficientemente, y además, ofrecer estímulos competitivos más allá de los servicios estándares. Según la Gerencia del Servicio*, se trata de vigilar el trato que los clientes reciben en cada una de las etapas decisivas de sus trámites con la empresa a fin de crear una impresión consciente de la calidad de servicios. Manejar la experiencia de los cliente cuando hacen uso de los servicios, desde el punto de vista de la Gerencia del Servicio, es un imperativo para conquistarlos y lograr su lealtad.

Estos contactos de los clientes con la empresa llamados –por Jan Carlzon, creador de esta teoría gerencial– *momentos de verdad*¹⁵ son decisivos porque van creando la imagen de la empresa en la mente del cliente. Son los que permiten que el cliente tenga un juicio positivo o negativo de la empresa.

* La Gerencia del Servicio es un modelo de gerencia contemporáneo de otros de la literatura administrativa de finales del siglo XX, tales como: la calidad total, la reingeniería, el benchmarking, el empowerment, .etc, constituyéndose en una nueva herramienta para dirigir los negocios de servicios.

¹⁵ ALBRECHT, Karl y ZEMKE, Ron. La Gerencia del Servicio. Santafé de Bogotá: Legis, 1998, p.26 - 27.

La secuencia continua de momentos de verdad que experimentan los clientes durante el servicio es denominada, en la Gerencia del Servicio, *el Ciclo de Servicio*. Una cadena de acontecimientos que se traduce en la imagen del servicio. Algunos de ellos se constituyen en momentos críticos de verdad por su capacidad de provocar el descontento del cliente, la pérdida de su lealtad e incluso su pérdida total. Se pueden convertir en el origen de una serie de murmuraciones perjudiciales que un cliente va transmitiendo a otro, creando una mala imagen para las empresas. En consecuencia, en los momentos de verdad lo que cuenta son los resultados, las percepciones que el cliente se lleva de la organización.

El objetivo en la Gerencia del Servicio es lograr que la mayor cantidad posible de momentos de verdad salga bien, por consiguiente, todo el personal de la empresa debe satisfacer las necesidades y expectativas del cliente en cada punto de contacto con él. Y teniendo en cuenta que no todos los momentos de verdad implican una interacción directa entre los clientes y el personal de una organización, sino que también los constituyen los sistemas organizacionales, la Gerencia del Servicio propone la idea de una organización orientada toda hacia el cliente. El servicio se convierte en una estrategia gerencial.

Esto conduce a las empresas a establecer una *Estrategia del Servicio* que constituye la forma como se logran los objetivos del servicio. Estrategia que este enfoque gerencial soporta o fundamenta en el Triangulo del Servicio, como lo denomina Albretch: el cliente, los sistemas, y la gente. Al tener en cuenta estos elementos y sus interrelaciones los gerentes pueden orientar sus empresas para posicionarse en el mercado. Por cliente se entiende la persona que hace uso del servicio, se denomina también cliente externo o usuario. La gente se refiere a los funcionarios, trabajadores, o empleados de la empresa encargados de prestar el servicio y se denominan también clientes internos.

Para definir una estrategia del servicio las empresas de salud deben tener como marco de referencia su misión y cimentarse en principios y valores orientados al servicio.

En primera instancia la estrategia considera el cliente; se debe investigar quienes son los clientes, cuáles son sus características, cuáles son las necesidades que deben satisfacer, cómo están evaluando éstos el servicio?. Conocer al cliente permite descubrir las oportunidades que existen para establecer beneficios adicionales y planear eficientemente el servicio a fin de facilitar al cliente establecer la diferenciación entre la empresa y otras del mercado.

Una vez definido lo anterior, la estrategia debe dirigir la atención hacia los sistemas y procesos de la organización. Es un concepto que implica una transformación de la empresa hacia las prioridades reales del cliente. Deben

existir medios para la prestación del servicio, sistemas amables con el cliente; planta física adecuada, sistemas de comunicación, equipo profesional, señalización adecuada y clara, etc. En algunas empresas de salud los procesos están más enfocados hacia ella misma que hacia el cliente, por ejemplo, para el servicio de urgencias es más importante la facturación y el pago que el estado del cliente en sí.

El otro elemento importante es el cliente interno –empleados, funcionarios o trabajadores de la empresa–. La gerencia del servicio busca crear una cultura donde *el servicio excelente al cliente* sea una misión reconocida por todo el personal de la empresa. En otras palabras, organiza a todos los miembros de la empresa en función de la satisfacción del cliente.

La participación de los empleados es vital por ser quienes establecen el contacto con el cliente, quienes proveen el servicio y quienes mejor conocen el funcionamiento de los procesos.

En la estrategia del servicio se requiere una revisión de las creencias, hábitos, cultura de servicio y clima de la organización. Es conveniente averiguar y considerar las percepciones de los empleados sobre los procedimientos, sus conocimientos sobre como satisfacer al cliente, su espíritu de equipo, su claridad y compromiso con los objetivos del servicio, etc. Es importante conocer también sus expectativas, sus necesidades; de capacitación, de poder, de afecto, etc. Sus aportes, sus percepciones del servicio encaminadas al mejoramiento deben ser escuchados y respetados.

4.3 EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD

El tema del mejoramiento de la calidad en esta sección se considera desde dos perspectivas. Una, desde el tratamiento dado en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS; y la otra, desde la concepción del Proceso de Mejoramiento continuo de la calidad, que referencia el Centro de Recursos Electrónicos de Actualidad Gerencial en su documento “Utilización del proceso de mejoramiento continuo de la calidad para reforzar la planificación familiar”, publicado en su sitio web.¹⁶

En el SGSSS el mejoramiento continuo de la calidad se aborda desde el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, organizado mediante el decreto 2174 del 28 de noviembre de 1996. Como objetivo número uno, esta normatividad pretende garantizar –como punto de partida en el proceso de mejoramiento

¹⁶ Centro de Recursos Electrónicos de Actualidad Gerencial. [en línea]. Boston. Management Sciences for Health. [citado en 1999-12]. Mensual. Disponible en Internet: <http://erc.msh.org/readroom/espanol/decentr.htm>

continuo de los Servicios de Salud– los parámetros mínimos de calidad de la Atención en salud. La atención se refiere a los servicios propios del aseguramiento y administración de los recursos, y los de prestación de servicios de salud.

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad es concebido para garantizar a los usuarios –clientes externos- el mayor beneficio de los servicios de salud, dentro de costos razonables y con el mínimo riesgo posible. Es un conjunto de requisitos y procedimientos que establecen los estándares esenciales para el cumplimiento de las responsabilidades de todos los integrantes del Sistema. El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad establece, asimismo, las características de la calidad de la atención en salud. Accesibilidad a todos los colombianos, oportunidad, seguridad y racionalidad técnica.

Otros objetivos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad son: promover el desarrollo de una Cultura de la Calidad entre los integrantes del SGSSS; fomentar la sana competencia entre las empresas de la salud sobre la base de la calidad en beneficio de los clientes; Y estimular el desarrollo de un Sistema de Información sobre la Calidad, que facilite la auditoría, vigilancia y control. Así mismo, apunta a crear condiciones favorables que propicien el fortalecimiento de la participación de los clientes en el mejoramiento de los servicios de salud.

Con esta norma las empresas aseguradoras y prestadoras, en particular, disponen de las directrices generales y obligatorias para asumir su compromiso con el mejoramiento de la calidad.

Con respecto a la descripción detallada de un Proceso de Mejoramiento Continuo de la Calidad, PMC, se exponen enseguida, aspectos a ser considerados en su implementación, teniendo como base la experiencia aplicada en el refuerzo de los programas de planificación familiar ya mencionada en esta sección.

El PMC, un concepto aplicado originalmente en el sector industrial en forma exitosa, ofrece técnicas y principios de la calidad, que se están usando en las últimas décadas en el sector de los servicios de salud en varios países*.

El PMC se fundamenta en la realización, a largo plazo, de mejoras permanentes en los servicios prestados por las empresas. El PMC se sustenta en el compromiso del grupo de directivos de la entidad, la participación de funcionarios en todos los niveles y el trabajo en equipo.

* Referencias a aplicaciones se encuentran en <http://www.jhuccp.org/prs/sj47/j47chap2.stm> <http://www.jhuccp.org/prs/sj47/j47bib.stm> y <http://erc.msh.org/readroom/espanol/>

El apoyo del nivel directivo y su voluntad de realizar el Proceso de Mejoramiento Continuo de la Calidad son requisitos indispensables para su implementación. En igual medida se requiere de la gerencia una actitud de liderazgo, abierta al cambio, que transmita a su personal la concepción de que el proceso es una prioridad que involucra a todos.

En los procesos de mejoramiento continuo se consideran valiosas las apreciaciones de sus trabajadores sobre las causas de los problemas y sus aportes e iniciativas en la búsqueda de soluciones. Sus opiniones son respetadas y se convierten en insumos primordiales en la toma de decisiones para el mejoramiento de la calidad del servicio.

Incorporar el cliente interno proporciona un conocimiento amplio de las necesidades que éste tiene para mejorar sus procesos de trabajo. Información utilizada para que él mismo realice las mejoras pertinentes y establezca mecanismos de autocontrol que le permitan hacer los ajustes necesarios hasta conseguir objetivos propuestos. En efecto, el PMC sostiene que los problemas en su mayoría son consecuencia de procesos ineficientes y no de la falla individual de un funcionario. El logro de los resultados deseados obliga a establecer un trabajo en conjunto, coordinado y armónico entre todos los participantes del mismo, en el cual se aprovecha la experiencia colectiva y las habilidades individuales.

La implementación del Proceso de Mejoramiento Continuo requiere un ambiente de aceptación y compromiso de toda la empresa. En consecuencia, antes de iniciar el PMC, debe desarrollarse un trabajo de concientización a sus directivos donde se explique claramente en qué consiste y cuáles son los beneficios que aporta. Esta labor la realiza el responsable del Proceso, que puede ser un ejecutivo de la empresa o un asesor externo.

En organizaciones grandes el líder del Proceso requiere del apoyo de un grupo asesor interno, conformado por otros directivos. Este grupo se encarga de trazar los pasos para desarrollar el Proceso, iniciarlo, capacitar al personal, brindar asistencia técnica, y realizar los controles y ajustes necesarios durante la implementación.

Adicionalmente al grupo anterior, la filosofía del PMC de realizar el mejoramiento con la participación de los funcionarios, exige la conformación de grupos de Mejoramiento continuo, integrados preferiblemente por un grupo interdisciplinario de empleados de diferentes áreas y algún miembro del Grupo Asesor. Estos grupos son capacitados en diferentes aspectos del PMC; trabajo en equipo, análisis de procesos, medición e interpretación de datos, solución de problemas y control de calidad.

La implementación del PMC se inicia una vez superados los pasos de sensibilización, conformación y capacitación de los grupos. En primera instancia se identifica el área o las áreas que se pretenden mejorar. Puede hacerse mediante diagnósticos organizacionales, entrevistas a los funcionarios o estadísticas de los servicios.

Enseguida, el equipo de mejoramiento identifica los problemas existentes en las áreas seleccionadas y los procesos implicados en ellos. Para estos últimos se establece la secuencia de actividades que los componen desde su inicio hasta su finalización usando para su representación diagramas de flujo.

El siguiente paso consiste en definir el estado ideal que se quiere alcanzar y las condiciones requeridas para el éxito. Se identifican y analizan en cada una de las actividades de los procesos, las causas principales y secundarias de las fallas. En este punto el equipo de mejoramiento se concentra en recolectar datos que ayuden a corroborar la existencia de estos problemas y sus causas. Pueden ser obtenidos de estadísticas existentes, entrevistas o investigaciones realizadas para tal propósito. Estos datos se analizan utilizando técnicas como gráficas, análisis de Pareto, etc., y se usan sus resultados para determinar las medidas a adoptar en su corrección. Estas acciones se organizan en un Plan donde se especifican responsables, metas deseadas y un cronograma que incluya además las actividades de retroalimentación o control para verificar el logro de los objetivos. El Plan se pone en práctica y se ejecuta las veces que sea necesario hasta que se haya obtenido el ideal identificado en la ase inicial del PMC. En este punto puede reiniciarse en otra área de la organización que presente oportunidades de mejoría.

Si bien PMC puede aplicarse a toda la empresa, –incluso a los procesos que estén funcionando bien– una de sus bondades radica en que puede realizarse poco a poco en la organización implementándose por áreas o servicios en particular; PMC del servicio de urgencias, PMC de Desarrollo del Talento Humano, etc. Esta característica lo convierte en una herramienta muy útil para la administración de servicios de salud.

4.4 LA PARTICIPACIÓN EN LAS EMPRESAS DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

La participación social es otra estrategia del Sistema General de Seguridad Social para mejorar la calidad no sólo de los servicios, sino el sistema en su conjunto. Los Comités de Participación Comunitaria, reglamentados desde 1990, las Veedurías en Salud y las Asociaciones de Usuarios, creadas en desarrollo de la

Constitución de 1991, son mecanismos pensados para ajustar los servicios y recursos disponibles a las demandas de la población. Siguiendo el espíritu de la participación contenida en la ley 10 de 1990, la vinculación de la población a la vigilancia y control debe permitir a las empresas de salud ajustar con precisión la oferta de sus servicios a las demandas reales de la comunidad de usuarios. Este es un espacio abierto al logro de una mayor responsabilidad y compromiso con los deberes individuales y colectivos en materia de salud.

En consideración del enfoque de este estudio hacia las aseguradoras y prestadoras de servicios de salud, se detalla a continuación la reglamentación relacionada con las Asociaciones de usuarios, por ser los mecanismos del SGSSS creados para propiciar la participación en estas instituciones.

La ley 100 de 1993 establece que los ciudadanos pueden organizarse para tener representación en las distintas instituciones del sistema. Los afiliados al sistema, en el régimen contributivo y subsidiado, pueden conformarse en Asociaciones* o Alianzas, y los que no lo están, en demandantes de servicios de salud, por medio de los mecanismos de participación comunitaria y ciudadana.

Estas asociaciones son promovidas por el gobierno para la defensa de los derechos en salud de los ciudadanos y la vigilancia de la calidad técnica y humana de los servicios. Las asociaciones se convierten en la instancia desde la cual los usuarios pueden proponer medidas para mejorar la oportunidad y la calidad técnica y humana de los servicios de salud, preservando su menor costo. Son mecanismos para organizar, consolidar y canalizar las peticiones y propuestas de los clientes hacia los niveles directivos de la empresa.

La organización y el establecimiento de las modalidades y formas de participación social en el SGSSS se reglamentan mediante el decreto 1757 expedido en 1994. El Artículo 11 especifica la forma de constitución de las Asociaciones de Usuarios. Y el artículo 10 obliga a las instituciones del SGSSS a garantizar la participación ciudadana, comunitaria y social en las instancias del Sistema. Estas instancias las conforman: La Junta Directiva de la Empresa Promotora de Salud a la cual pertenece la Asociación; La Junta Directiva y el Comité de Ética Hospitalaria de la Institución Prestataria de Servicios de Salud; El Comité de Participación Comunitaria; El Consejo Territorial de Seguridad Social; y El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. En cada una de ellas tiene asiento un representante de la Asociación elegido en Asamblea General de la Asociación de Usuarios para periodos de dos años con excepción del comité de ética Hospitalario donde la

* Está reglamentado en los artículos 156, 157 y 200 de la Ley 100 de 1993.

participación se amplía a dos representantes*.

Adicionalmente a su función como canal de comunicación, la Asociación presta asesoría a sus afiliados en la libre escogencia de la Entidad Promotora de Salud, las Instituciones Prestadoras de Salud y/o profesionales adscritos o vinculados laboralmente a las Aseguradoras, y en la identificación y acceso a los paquetes de servicios de salud.

Una tercera labor de la Asociación de Usuarios es la de vigilancia. Las asociaciones se encargan de atender las quejas que los usuarios presentan sobre las deficiencias de los servicios, de vigilar que se tomen los correctivos del caso, y del cumplimiento de los acuerdos con las instancias mencionadas. Adicionalmente vigilan la aplicación de las tarifas y cuotas de recuperación de acuerdo con las condiciones socioeconómicas de los distintos grupos de la comunidad, y ejercen veedurías ante las instituciones del sector.

En esta forma las Asociaciones de Usuarios tienen la oportunidad de participar en el sistema, y lograr “la interacción de los clientes con los servidores públicos y privados para la gestión, evaluación y mejoramiento en la prestación del servicio público de salud”¹⁷.

Una mención particular del decreto 1757 la merece el capítulo II, Participación Ciudadana, otro espacio a disposición de los ciudadanos para elevar sus quejas, peticiones e inquietudes en el área de salud ante las instituciones del sector.

Los artículos 3° y 4° se refieren al servicio de atención a los usuarios que deben establecer las empresas aseguradoras y las prestadoras de servicios, y los niveles de Dirección Municipal, Distrital y Departamental para canalizar y resolver solicitudes de los usuarios.

El artículo 5° se refiere específicamente al Sistema de atención e información a usuarios, SIAU, para las empresas prestadoras de servicios. Se exige a éstas crear un servicio de información orientado al usuario que deberá contar, en la medida de lo posible, con una línea telefónica abierta a la atención 24 horas. El artículo 6° se refiere a la atención de las sugerencias de los afiliados en las empresas promotoras de salud. Estas deberán garantizar la adecuada y oportuna canalización de las inquietudes y peticiones de los afiliados, y designar los recursos necesarios para tal efecto.

* Capítulo IV: Participación en las Instituciones del Sistema de Seguridad Social en Salud, Artículo 12.

¹⁷ Colombia. Ministerio de Salud. Decreto 1757 de agosto 3 de 1994. Capítulo I

Además del decreto 1757, el marco legal de la Participación Social, atención al usuario, y trámite de quejas y peticiones en salud, lo componen las normas siguientes*:

- Decreto 2150 de 1995; por el cual se suprimen y reforman regulaciones, procedimientos o trámites innecesarios existentes en la Administración Pública.
- Ley 190 de 1995 o estatuto Anticorrupción; Sistema de Quejas y Reclamos artículos 49, 53, 54, 55 y 73.
- Decreto No. 2232 de 1995; por medio del cual se reglamenta el sistema de quejas y reclamos de la Ley 190 de 1995.
- Circular 001 de 1.996 de la Superintendencia Nacional de Salud; sobre Sistema de Información Básico del SGSSS.
- Circular 009 de 1.996 de la Superintendencia Nacional de Salud; por la cual se instruye sobre el procedimiento a observar en la atención al usuario, recepción y trámite de las quejas.
- Circular Externa 22 de 1.996 de la Superintendencia Nacional de Salud; sobre competencias departamentales de Inspección, Vigilancia y Control del SGSSS, ...numeral 3.6..., Participación Social, atención al usuario y trámite de quejas y peticiones.

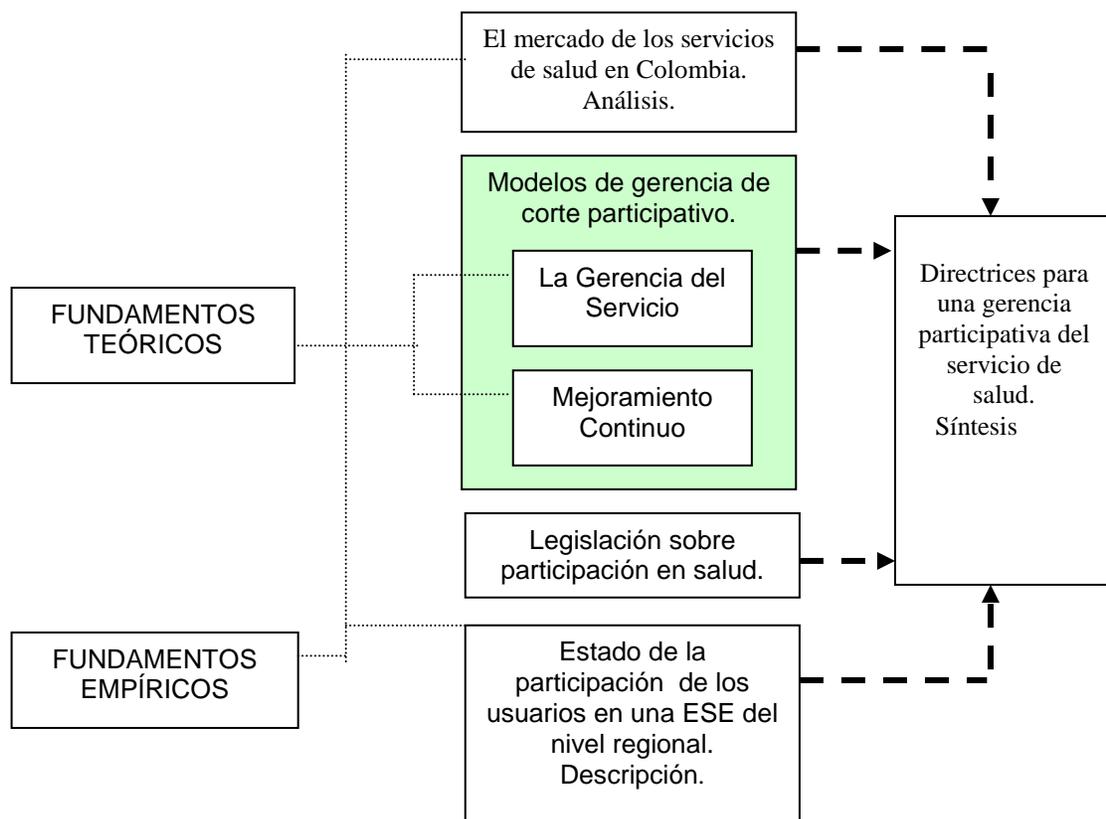
Ante el anterior panorama de este contexto teórico se ve la conveniencia de aplicar instrumentos estratégicos y legales como los establecidos y expuestas en las teorías de la excelencia del servicio y las normas sobre el sistema de garantía de la calidad y la participación en salud.

* La web del Ministerio de salud ofrece toda la legislación del sector en <http://www.minsalud.gov.co/NewSite/MseContent/newsdetail.asp?id=9046&idcompany=12>; y la Superintendencia de salud, en <http://www.supersalud.gov.co>

5. METODOLOGIA

Esta sección expone los procedimientos, técnicas e instrumentos utilizados en cumplimiento de los objetivos del presente trabajo de grado. Procedimientos que incluyen el estudio y análisis del mercado de salud; la búsqueda, clasificación y análisis de bibliografía sobre sistemas de gerencia enfocados hacia el cliente, y sobre legislación relacionada con la participación de los usuarios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud; y un componente importante: una investigación exploratoria para contextualizar la propuesta de este trabajo observando la práctica de los procesos de participación en una empresa estatal prestadora de servicios a nivel regional.

Para efectos de una mayor comprensión de la metodología seguida en este trabajo se presenta el siguiente esquema:

Figura 5. Esquema de la metodología.

5.1 PROCEDIMIENTOS PARA ESTABLECER LOS FUNDAMENTOS TEÓRICOS

El procedimiento para profundizar la visión del *mercado de servicios de salud* partió con el estudio del ordenamiento legal del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la identificación de sus principios, actores y responsabilidades, y se complementó con la opinión de expertos –mediante fuentes secundarias– sobre el desarrollo del Sistema. Lo anterior permitió identificar las imperfecciones de su funcionamiento y elaborar el análisis de las dificultades que éstas acarrearán para la gerencia de las empresas de salud. La principal fuente para este trabajo fue la Revista Salud Colombia, disponible en www.saludcolombia.com.

Ahondar en el conocimiento de los métodos para dirigir empresas de servicios, con base en la percepción de sus clientes, significó una búsqueda bibliográfica general en varias publicaciones de las cuales se extrajeron las características más relevantes. Se identificaron los enfoques: Gerencia del servicio y Mejoramiento Continuo de la Calidad.

En cuanto al marco normativo relacionado con la participación en la legislación sectorial se examinaron leyes y decretos del sistema legal que reglamentasen la participación de los usuarios en la gerencia de los servicios de salud. Se clasificaron y ordenaron haciendo una síntesis del marco legal relativo al tema.

5.2 PROCEDIMIENTOS PARA ESTABLECER LOS FUNDAMENTOS EMPÍRICOS

En términos generales, es una investigación aplicada que recurre a una investigación exploratoria empírica apoyándose en técnicas de mercadeo para ampliar y confirmar algunas ideas que complementarían la percepción del problema y permitieran ajustar el enfoque de su solución. La necesidad de hacer una exploración fue obvia debido a la falta de estudios previos disponibles que sirviesen como base, y a la necesidad de realizar un análisis preliminar de la situación con un mínimo de costo y consumo de tiempo.

Para realizar la investigación exploratoria se eligió a la principal empresa hospitalaria del departamento del Putumayo, la ESE Hospital José María Hernández, de Mocoa.

5.2.1 Área de estudio. El tema de la investigación exploratoria fue la participación en el *Hospital*; una aproximación al conocimiento y actitudes de los clientes frente a su naturaleza, a sus beneficios, a sus limitantes, y su disposición ante ella. Esto con el fin de lograr una caracterización de los clientes e identificar los factores determinantes de su aplicación en el Hospital. Considerando su poca difusión en el medio se asumió que el desconocimiento de los usuarios sobre este tópico era homogéneo.

5.2.2 Población. La población total seleccionada fue aproximadamente 40.000 personas, mayores de edad, y habitantes del área urbana y rural en los municipios de la zona de influencia inmediata del hospital en Putumayo y Cauca* .

* Putumayo, municipios de Puerto Guzmán, Villagarzón y Mocoa. Cauca municipio de Piamonte.

5.2.3 Muestra. Ante la homogeneidad del aspecto a estudiar en la población, se asumió que una muestra tomada en cualquier época del año conduciría a los mismos resultados. Se recurrió al programa EPIINFO versión 6.0 para calcular la muestra con un margen de error del 5% ante la ausencia de estudios anteriores y se esperaba un conocimiento sobre el tema en el 10% de la población. El tamaño calculado para los clientes fue 137. La muestra se distribuyó en proporciones correspondientes a cada servicio: 41% consulta externa, 10% farmacia, 7% hospitalización, 20% laboratorio, 4% radiología y 18% de urgencias, con base en la demanda registrada en facturación en septiembre de 1999. El tamaño de la muestra de los empleados fue de 74 sobre el total de la planta de personal (155).

El 10% de esta muestra se utilizó como premuestra para realizar entrevistas –a usuarios y funcionarios– donde se encontraron elementos guías para el diseño definitivo de una encuesta posterior.

5.2.4 Fuentes y técnicas para la recolección de datos. Las necesidades de información para cubrir el área de estudio ameritaron la utilización de fuentes primarias y secundarias (véase el Anexo C), por tanto, se diseñaron, ajustaron y aplicaron varios instrumentos de recolección de datos.

Identificación del problema. Una primera aproximación a los problemas que afectan las relaciones entre el Hospital y sus clientes se hizo, mediante el método de planificación de proyectos orientado a objetivos. Este ejercicio cuyo resultado se concretó en un árbol de problemas (véase el Anexo D) se basó en la experiencia y el conocimiento previo de los autores sobre la dinámica de la participación en el Hospital y fue el referente para el diseño de los formularios de entrevistas y encuestas aplicadas posteriormente a los clientes.

Entrevistas semiestructuradas. Se aplicaron los formularios de entrevista al azar a 13 usuarios, entre los 24 y 49 años, ocho de los cuales fueron mujeres. Los funcionarios entrevistados fueron siete, bajo los criterios de selección de antigüedad, área de trabajo, liderazgo y contacto directo con el usuario. (Véanse los Anexos E y F). *Encuestas.* Se aplicaron las encuestas a 137 usuarios y 74 funcionarios seleccionados también al azar. (Véanse los Anexos G y H).

5.2.5 Procesamiento de los datos. Las respuestas a las entrevistas se organizaron en dos cuadros –uno para clientes externos y otro para clientes interos–. (véanse los Anexos I y J).

Las respuestas de las encuestas se procesaron por medio de EPIINFO 6.04 y ACCESS 7.0. Se consideró conveniente practicar análisis univariado –con estadísticas de tendencia central: moda, la frecuencia absoluta y relativa– para la caracterización de los clientes externos o usuarios de la ESE usando las variables de Edad, Sexo, Escolaridad, Ocupación, Régimen de Afiliación, Entidad Promotora de Salud, Municipio y Zona de residencia.

En la caracterización de los clientes internos o funcionarios se observaron las variables Edad, Sexo y Nivel del Cargo. Para la identificación de los factores limitantes de la participación se aplicó el análisis bivariado –la prueba Chi Cuadrado– destinado a establecer dependencia entre variables.

5.3 PROCEDIMIENTO DE LA ELABORACIÓN DE LOS LINEAMIENTOS PARA LA GERENCIA PARTICIPATIVA DEL SERVICIO

Fundamentalmente se hizo un trabajo de síntesis materializado en la propuesta final –Capítulo 4– luego de una serie de análisis, aproximaciones sucesivas y articulación del todo el trabajo anterior. Se combinaron elementos tomados de la bibliografía especializada (Procesos de Mejoramiento Continuo y la Gerencia del Servicio), con elementos propios del sistema de salud en el país (las Asociaciones de Usuarios, el Sistema de Información y Atención al Usuario y el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Todo esto se integra sobre las bases aportadas por el trabajo en campo y la experiencia profesional de los autores desde el Hospital José María Hernández de Mocoa; Selvasalud, EPS regional; el Instituto de Seguros Sociales y el Departamento Administrativo de Salud del Putumayo, la dirección departamental.

6. FUNDAMENTOS EMPÍRICOS

CASO E.S.E HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ

Los resultados de la investigación exploratoria, sobre el estado de la participación en la E.S.E Hospital José María Hernández, satisficieron parcialmente el objetivo general de la misma de ampliar la comprensión de la problemática –identificada en el marco teórico–, y obtener elementos que permitieran mejorar la pertinencia de los lineamientos del enfoque de Gerencia Participativa.

Hubo condiciones para recolectar los datos de los usuarios con todo rigor, pero no sucedió igual con los datos de los empleados. En consecuencia, sólo la información sobre los clientes externos obtuvo la calidad suficiente para aportar en su caracterización, y en la identificación de los factores que determinan su participación en la gestión, evaluación y mejoramiento del Sistema de Seguridad Social en Salud. Sobre los funcionarios sólo se tomaron los aspectos más sólidos.

6.1 CARACTERIZACIÓN DE LOS CLIENTES

La identificación de las particularidades de los clientes del Hospital José María Hernández, lograda mediante el análisis univariado de los datos, mostró varias aspectos comunes entre sus clientes; los usuarios y los funcionarios. Se trata de personas en su gran mayoría menores de 40 años, de sexo femenino (un 66% de los usuarios y un 69% de los empleados).

6.1.1 Clientes externos. Sumadas a las características anteriores el análisis uni-variado de la investigación exploratoria mostró, entre los clientes del Hospital, un predominio de amas de casa (véase la Figura 6), de usuarios con un grado de escolaridad bastante bajo (véase la Figura 7), residentes en el municipio de Mocoa (véase la Figura 8), y en un 74% en la zona urbana. Como es propio de territorios con altos índices de necesidades básicas insatisfechas, NBI, exceden los afiliados al régimen subsidiado y vinculados (véase la Figura 9). La mayor cantidad de afiliados se reúne en Selvasalud S.A., la EPS pública más grande de la región*. (véase la Figura 10).

* Todas las gráficas que se presentan en esta sección tienen como fuente las respuestas de las encuestas realizadas a los usuarios y funcionarios de la ESE Hospital José María Hernández. En consideración a este comentario será omitido el nombre de la fuente en cada una de ellas para evitar la repetición.

Los resultados del análisis inferencial aplicando la prueba Chi Cuadrado permitieron profundizar la tipificación del usuario al establecer relaciones entre variables. Estadísticamente las más significativas se detallan a continuación.

Figura 6. Ocupación de los usuarios del Hospital José M. Hernández.

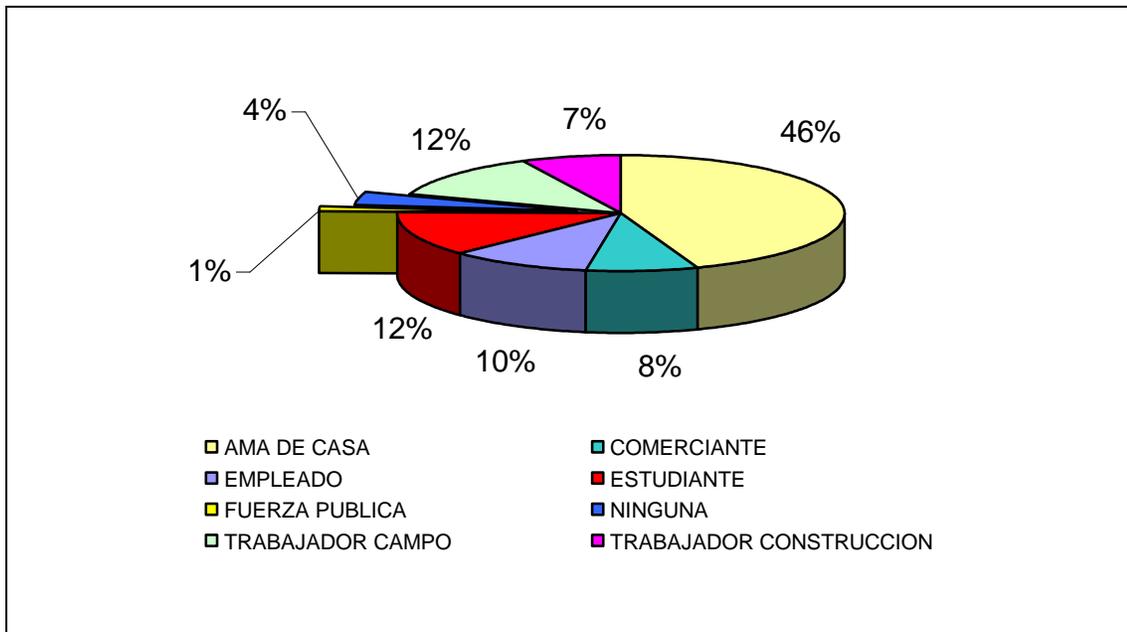


Figura 7. Grado de escolaridad de los usuarios del Hospital José M. Hernández.

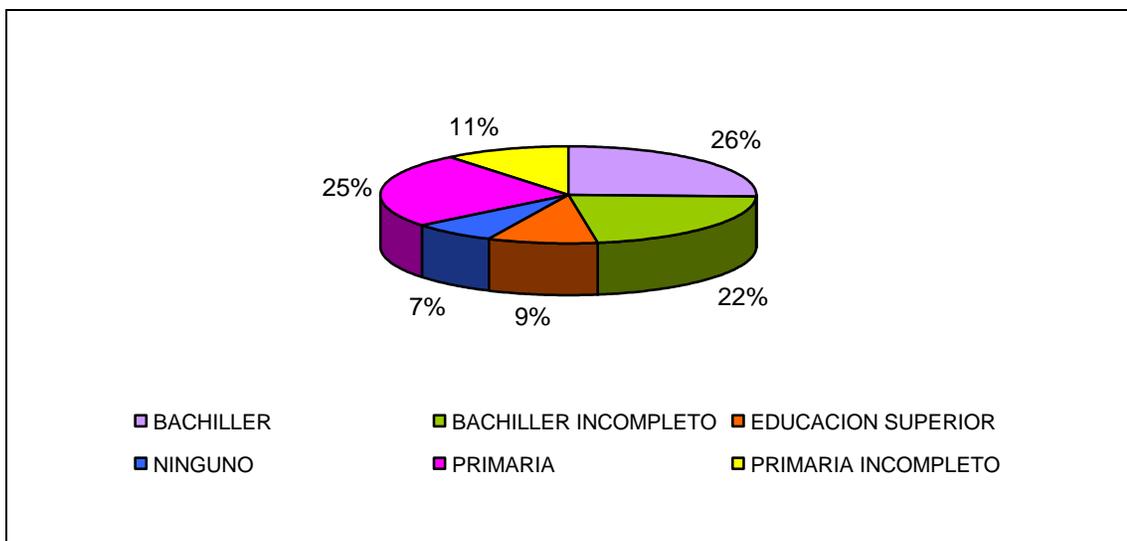


Figura 8. Municipio de residencia de los usuarios del Hospital José M. Hernández.

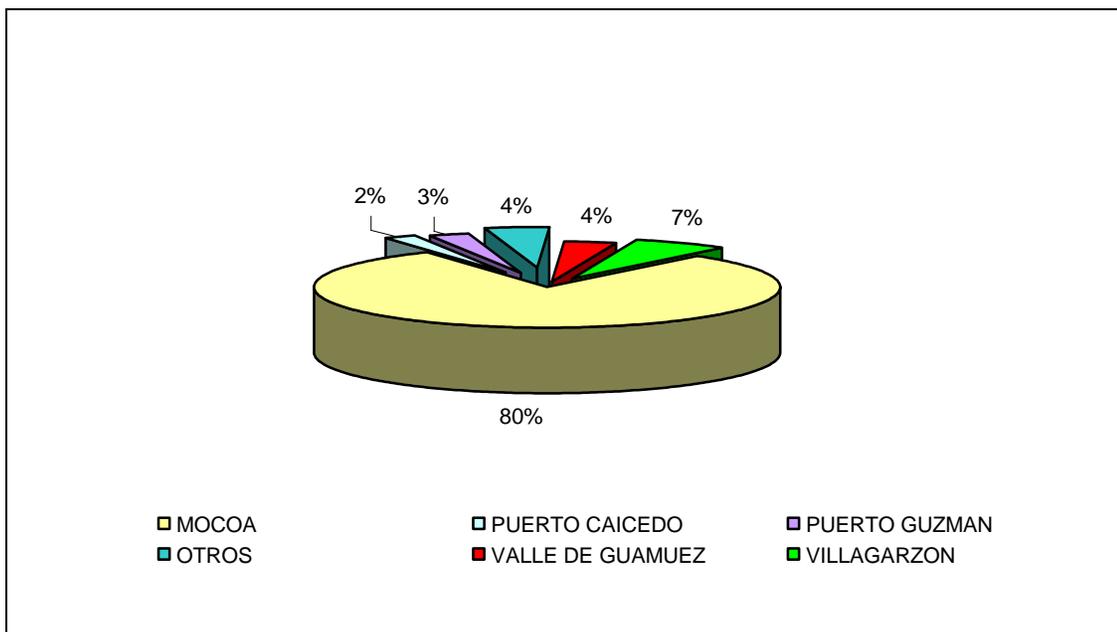


Figura 9. Régimen de afiliación de los usuarios del Hospital José M. Hernández.

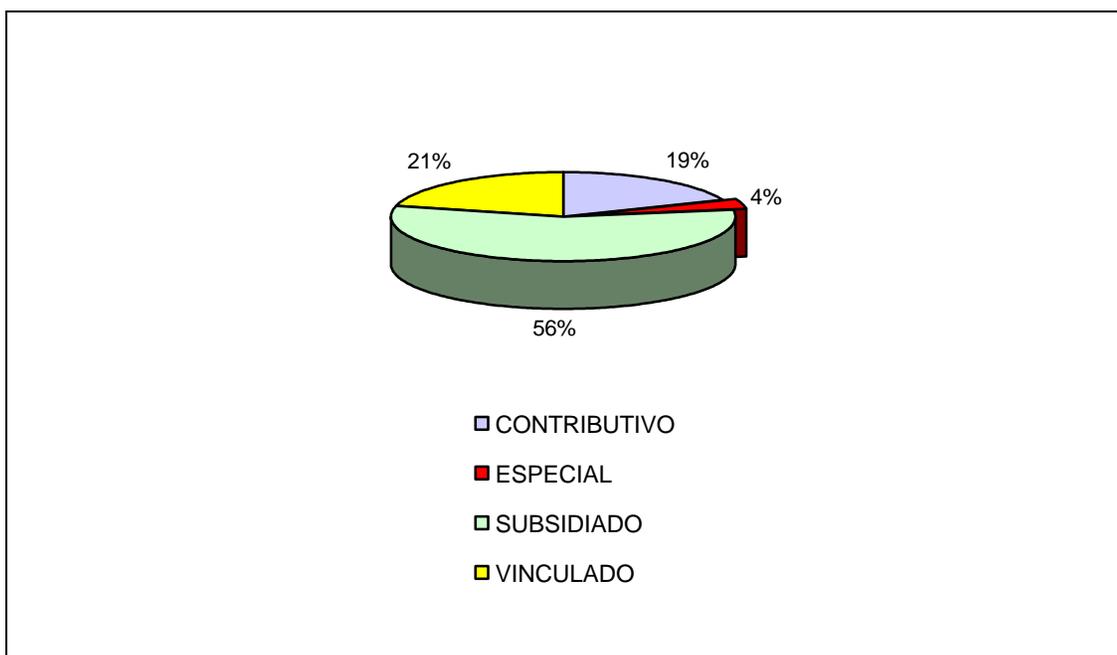
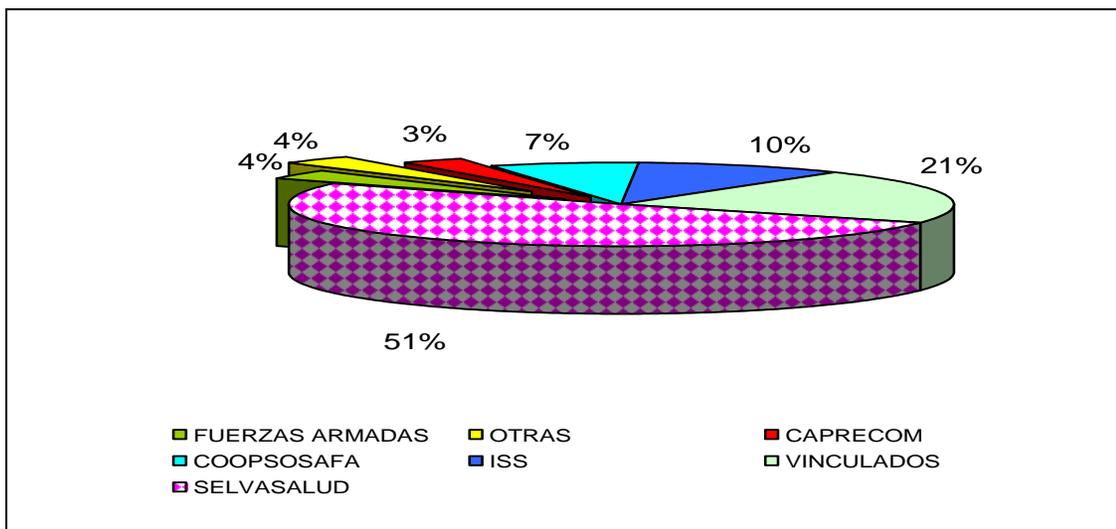


Figura 10. Distribución de los usuarios del Hospital José M. Hernández por aseguradora.

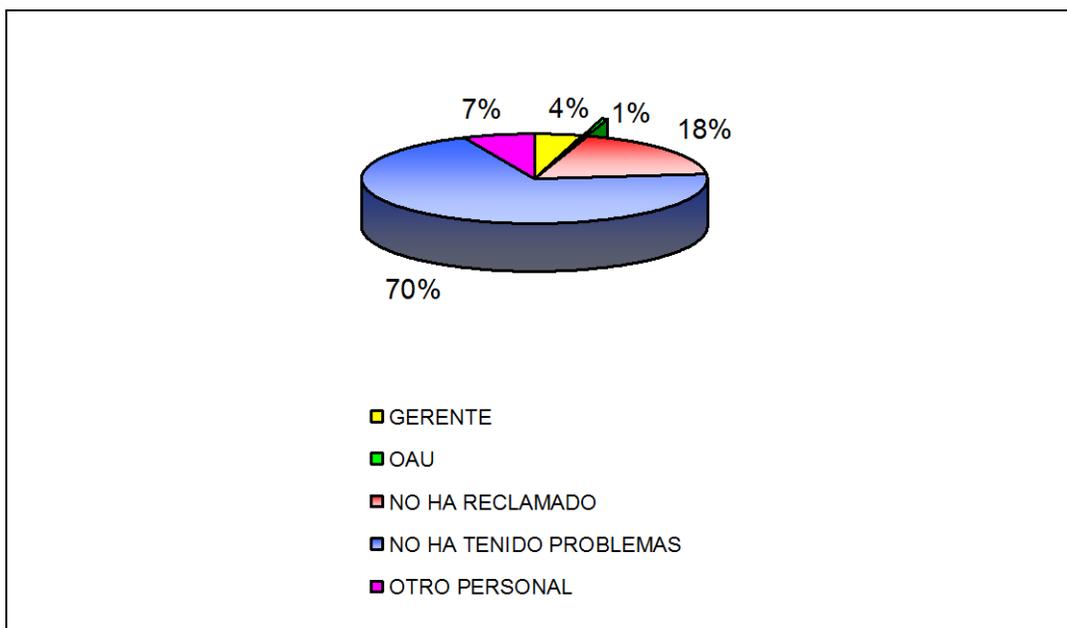


– El 75% de los usuarios de la E.S.E no muestra ningún conocimiento sobre la naturaleza de la participación ante instituciones de salud. En este grupo predominan los clientes con un bajo grado de escolaridad, habitantes de las zonas rurales, afiliados al régimen subsidiado, y en particular a las EPS COOPSOSAFA, CAPRECOM Y CAJANAL.

Con relación a su actitud frente a deficiencias en el servicio, se observó que las respuestas relacionadas con la instancia ante la cual el usuario reclamó, al tener problemas en el servicio, fueron inexactas; la pregunta no se formuló adecuadamente al no precisar a los encuestados el significado de *problema*. Se concluyó que la mayoría de ellos no tiene un parámetro para comparar e identificar que es un problema en el servicio. Los resultados se presentan en la Figura 11.

Otra relación importante se encontró entre aquellos que no hacen ningún tipo de reclamo. Estas personas en su mayoría ignoran que existe en la ESE Hospital José María Hernández una Oficina de Atención al Usuario donde pueden presentar sus quejas y buscar solución a sus problemas o que igualmente pueden acudir a los representantes de la Asociación de usuarios para buscar apoyo u orientación ante sus reclamos. Entre estos, los más resignados ante las deficiencias en la calidad del servicio son personas particularmente habitantes de la zona rural (el 96%).

Figura 11. Instancia de reclamo para los usuarios del Hospital José M. Hernández por problemas del servicio.



– Con relación a la asistencia a eventos sobre participación ante las instituciones de salud, se constató un bajísimo porcentaje de concurrencia. En las programaciones de capacitación e información sobre asociaciones de usuarios, comités de ética hospitalaria, y orientación para presentar quejas y peticiones sólo participó el 1%, en cada caso. Los usuarios, sin embargo mostraron disposición para atender estas invitaciones. Los más motivados se encuentran entre las amas de casa, los afiliados a la EPS Selvasalud S.A, la población rural, y los residentes de los municipios de Villagarzón, Puerto Guzmán y Mocoa.

Existe una relación directa entre la inclinación a participar en estos eventos y la tendencia al reclamo; los clientes que se interesan por participar en cualquiera de ellos (un 59%) son personas que igualmente se muestran dispuestos a protestar ante las deficiencias del servicio.

6.1.2 Clientes internos. Adicionalmente a las características comunes con los usuarios, ya enunciadas...en el numeral 3.1..., el análisis univariado mostró que la mayoría de empleados del Hospital son personas entre 31 y 40 años (véase la Figura 12), y con cargos de nivel técnico-operativo (véase la Figura 13).

Figura 12. Grupos de edad de los funcionarios del Hospital José M. Hernández.

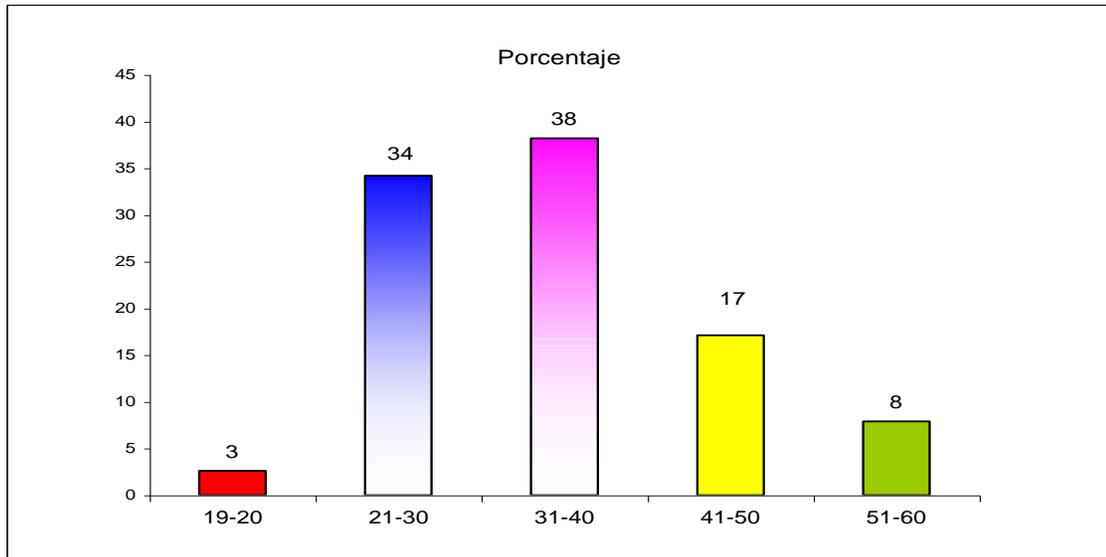
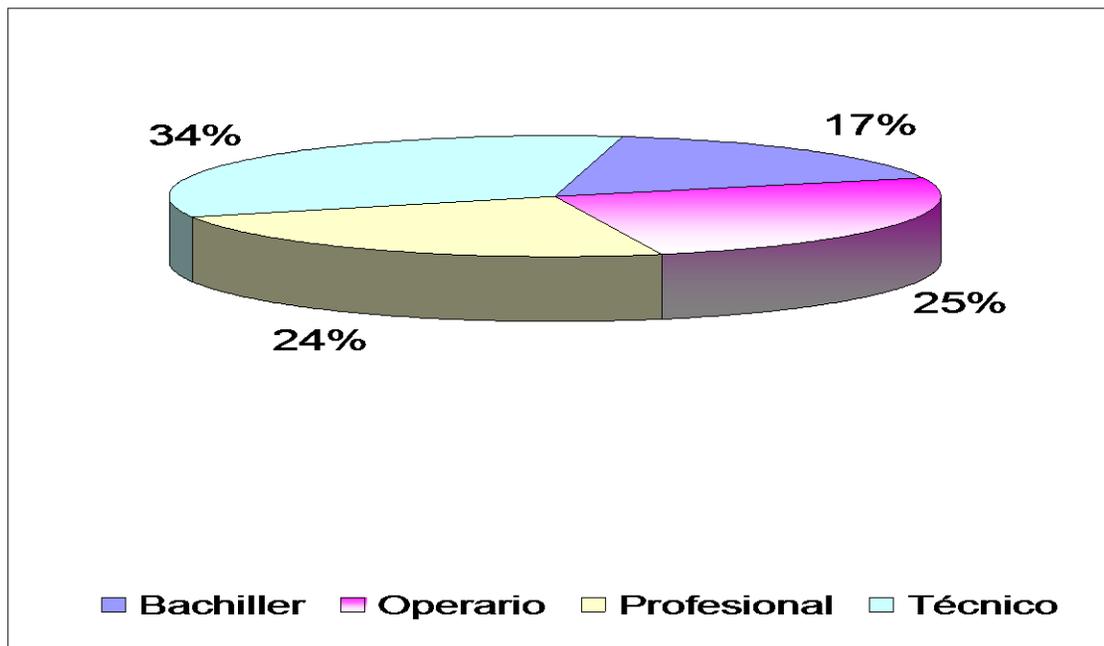


Figura 13. Nivel de cargo de los funcionarios del Hospital José M. Hernández .



– Con respecto al significado de la participación en las instituciones de salud, los funcionarios, en su gran conjunto, tuvieron una apreciación correcta (véase la Figura 14). Sin embargo, un significativo 59% no tiene una apreciación correcta sobre la forma cómo se da esta participación en el Hospital. (Véase la Figura 15).

Figura 14. La participación en las instituciones de salud según los funcionarios del Hospital José M. Hernández.

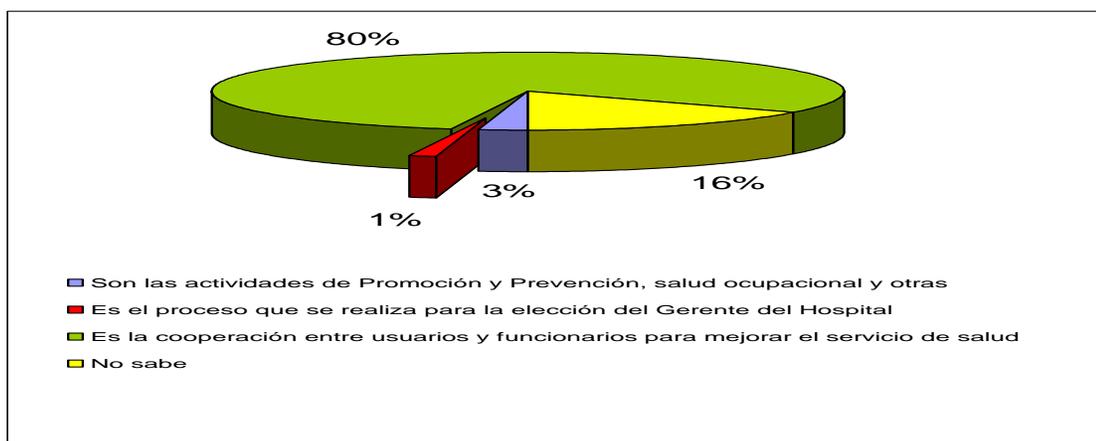
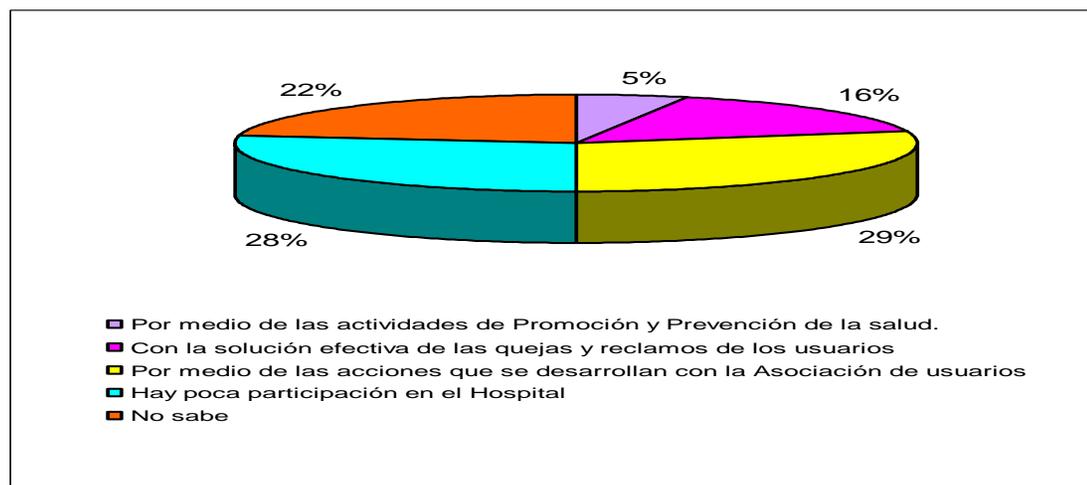


Figura 15. Formas de participación en el Hospital José M. Hernández según sus funcionarios.



– Un 76% de los empleados encuestados, en su mayoría empleados técnicos y profesionales, estima que la participación en el Hospital se considera como una prioridad (véase la Figura 16). Una proporción semejante (71%) considera que la institución cataloga los clientes como unos *socios estratégicos*. (Véase la Figura 17).

Figura 16. La participación en el Hospital José M. Hernández como una prioridad.

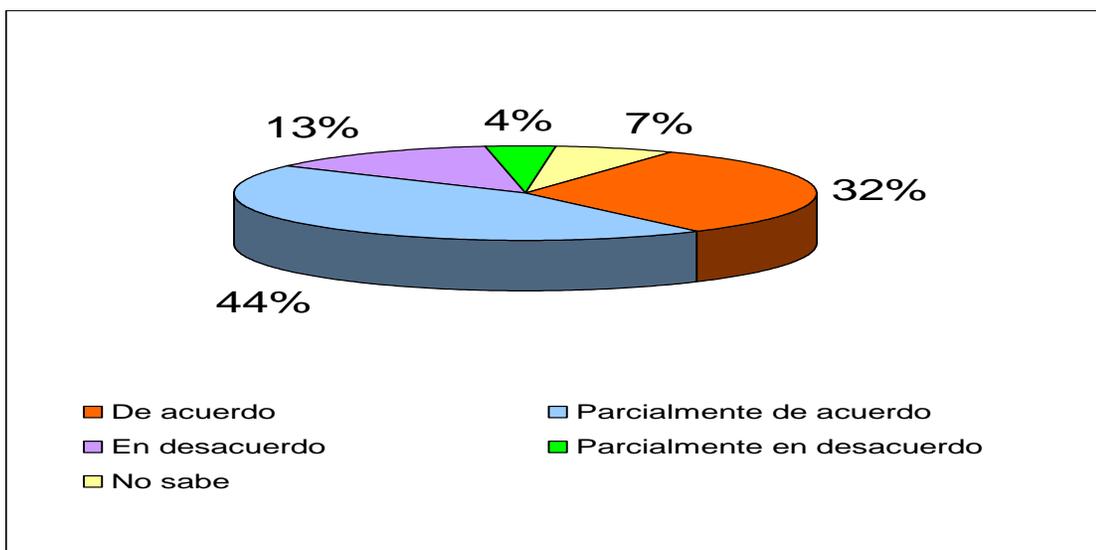
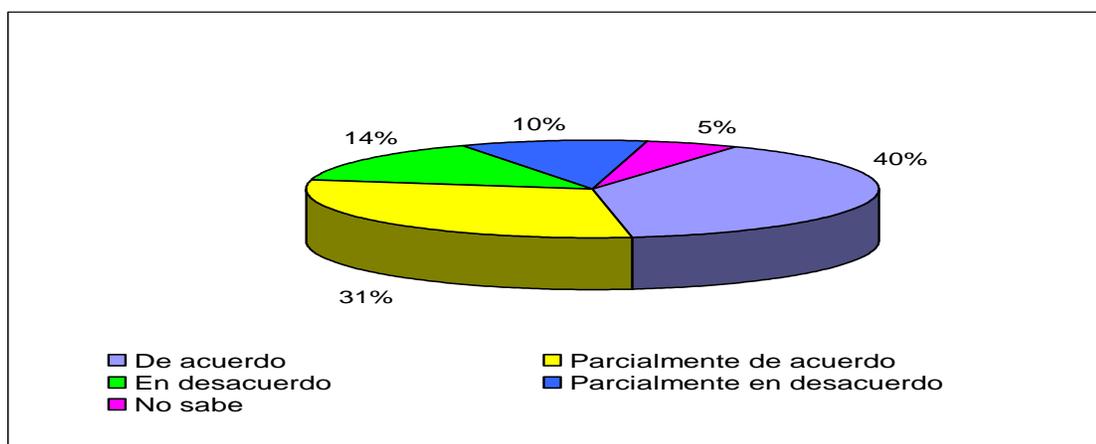


Figura 17. Los usuarios, principales socios del Hospital José M. Hernández, según sus funcionarios.



- Los funcionarios en cargos de más alto nivel consideran que las relaciones con los usuarios han mejorado gracias a la organización de la empresa a favor de la participación. (Véase la Figura 18).
- El 37 % de los funcionarios encuestados (véase la Figura 19) no sabe que el Hospital tiene una Asociación de Usuarios, sin embargo el 75% de los empleados tiene un concepto acertado sobre el principal papel que ella desempeña en la empresa. (véase la Figura 20).

Figura 18. Mejoramiento de las relaciones con los usuarios según los funcionarios del Hospital José M. Hernández.

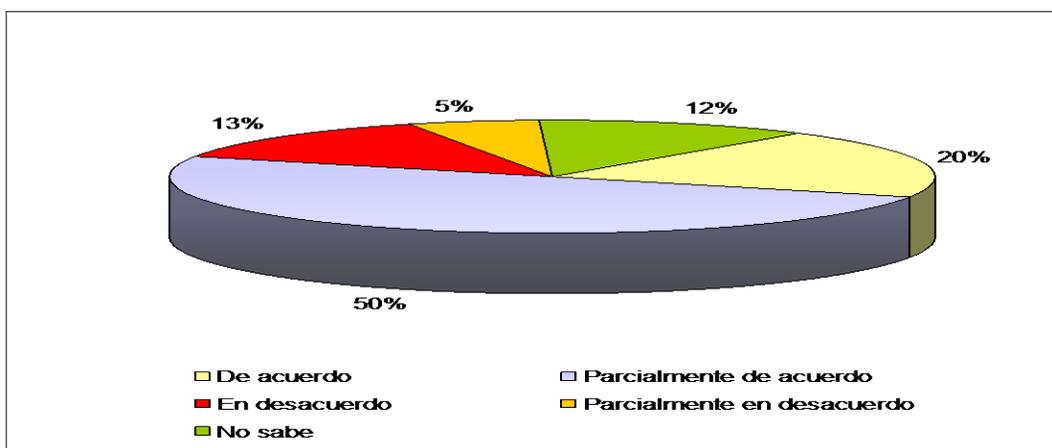


Figura 19. Conocimiento de los funcionarios sobre la existencia de asociación de usuarios en el Hospital.

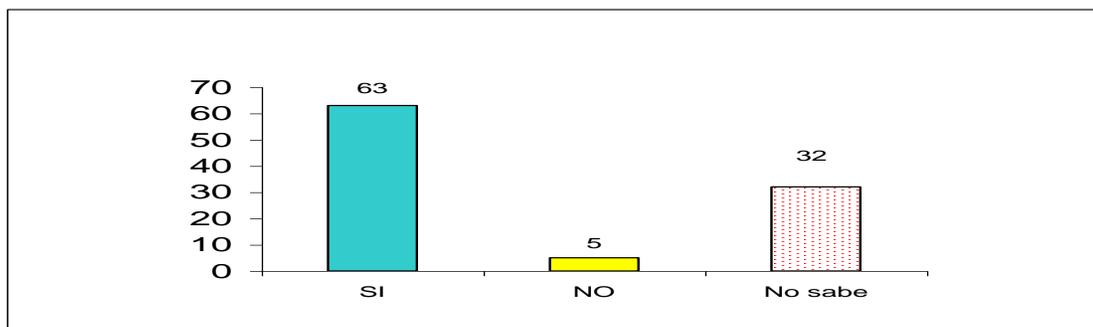
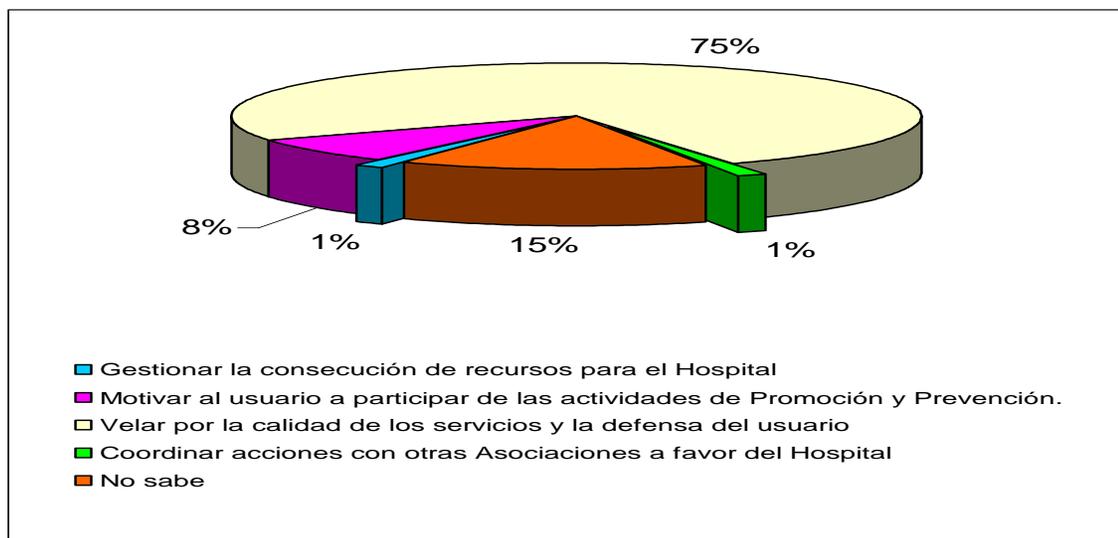


Figura 20. Principal papel de la Asociación de Usuarios según funcionarios del Hospital José M. Hernández



Como observación se señala que si bien las respuestas de los funcionarios, en particular del nivel profesional y técnico, fueron favorables al tema de la participación varias inconsistencias como las observadas en las figuras 14-15 y 19-20-34 indican que estas respuestas corresponden más al sentido común, al momento de la selección de las mismas, que a la realidad de la empresa.

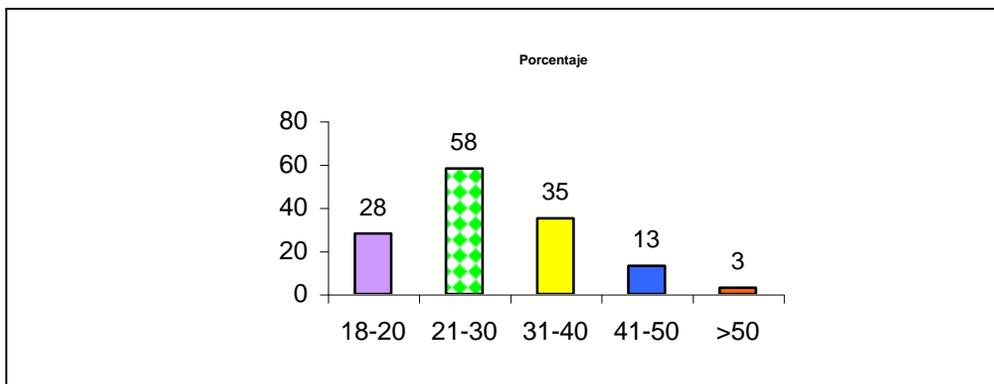
6.2 FACTORES DETERMINANTES DE LA PARTICIPACIÓN DE LOS CLIENTES EN LA ESE HOSPITAL JOSE MARIA HERNÁNDEZ

En la búsqueda de los factores que determinan la participación de los clientes –internos y externos– en la gestión, evaluación y mejoramiento del servicio de salud, la investigación exploratoria permitió descubrir un panorama de contrastes. Por una parte, unas condiciones en los clientes externos favorables a la participación, pese a su desconocimiento de los mecanismos legalmente establecidos para la participación ante instituciones de salud y por otra, un ambiente interno poco propicio.

6.2.1 Elementos favorables. El conjunto de particularidades que favorecen la integración de los clientes al mejoramiento de los servicios del Hospital mediante la Gerencia Participativa son:

- La mayoría de los clientes –usuarios y funcionarios– son personas jóvenes por tanto puede esperarse una actitud abierta y receptiva frente a la participación. (Véanse las figuras 12 y 21).

Figura 21. Grupos de edad de los usuarios del Hospital José M. Hernández.



- La mayoría de los usuarios residen en la zona urbana bajo la cobertura de tres emisoras de radio locales y de la red telefónica, favoreciendo este hecho la comunicación.
- Los cargos de más alto nivel son desempeñados por los funcionarios más jóvenes, quienes mostraron un mayor conocimiento sobre el tema de la participación, y una actitud más receptiva en cuanto a las bondades que ella significa en la empresa.
- Existe disposición de los usuarios a participar en eventos formativos relacionados con la participación ante instituciones de salud. Se puede pensar en un potencial del 63% de los clientes; aquellas personas que no expresaron ningún motivo para no hacerlo y los que no tuvieron información sobre los eventos (véase la Figura 22).
- El terreno de la inconformidad es otro espacio para abonar en pro de la participación en el Hospital; los usuarios mostraron una gran disposición para reclamar frente a la deficiencia del servicio, como se verifica en las tres figuras siguientes. La Figura 23 muestra que casi la mayoría de ellos está resuelta a quejarse frente a una mala atención en el servicio, aún a pesar de los bajos porcentajes de quejas solucionadas (sólo a un 6% les fueron resueltas siempre sus protestas y en algunas ocasiones a un 15%).

Figura 22. Factores restrictivos de la asistencia de los usuarios del Hospital a eventos sobre participación en instituciones de salud.

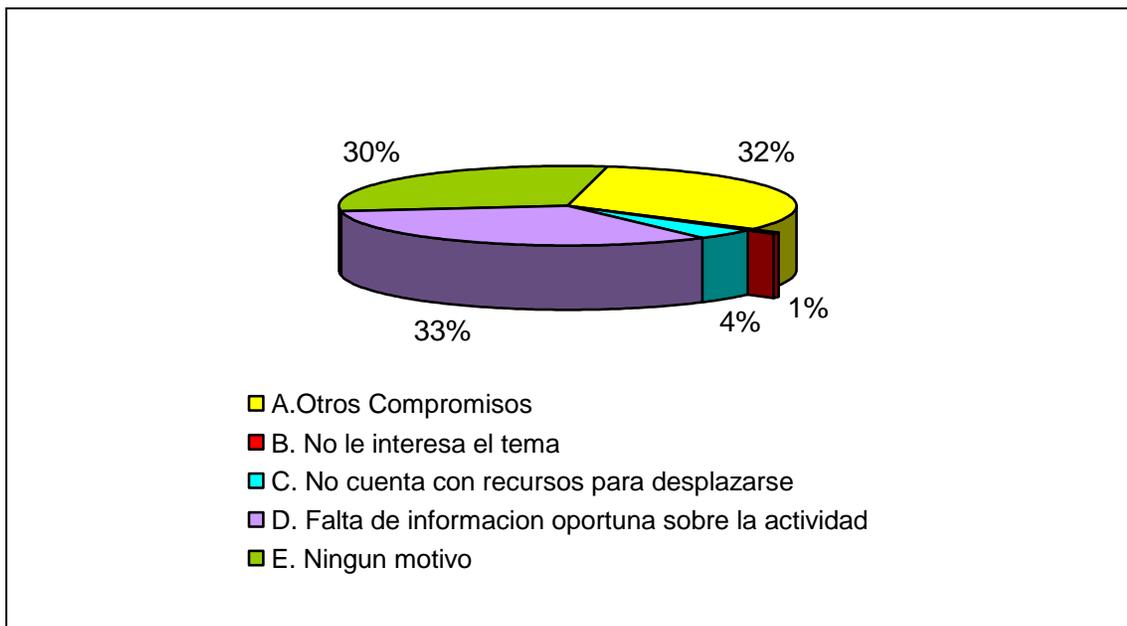
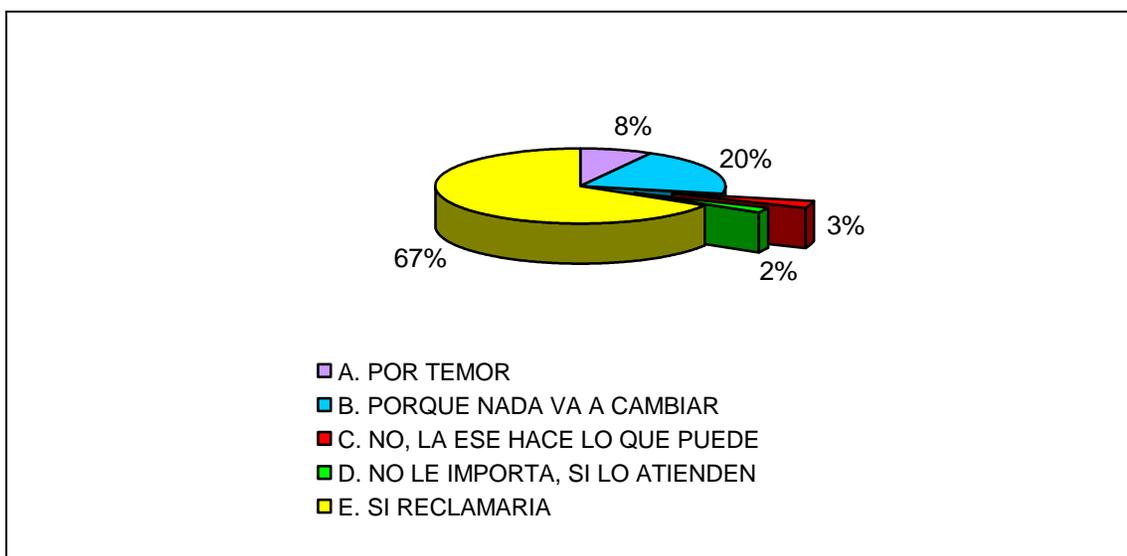


Figura 23. Razones de los usuarios del Hospital José M. Hernández para no reclamar ante una mala atención.



– Ante la negación de algún servicio la Figura 24 muestra que el 76% estaría resuelto a presentar una queja. Igualmente el 78% de los usuarios trataría de conseguir un correctivo ante la mala calidad en la prestación de servicios (véase la Figura 25) ya sea directamente o con la intervención de otra persona.

Figura 24. Actitud de los usuarios ante la negación de un servicio

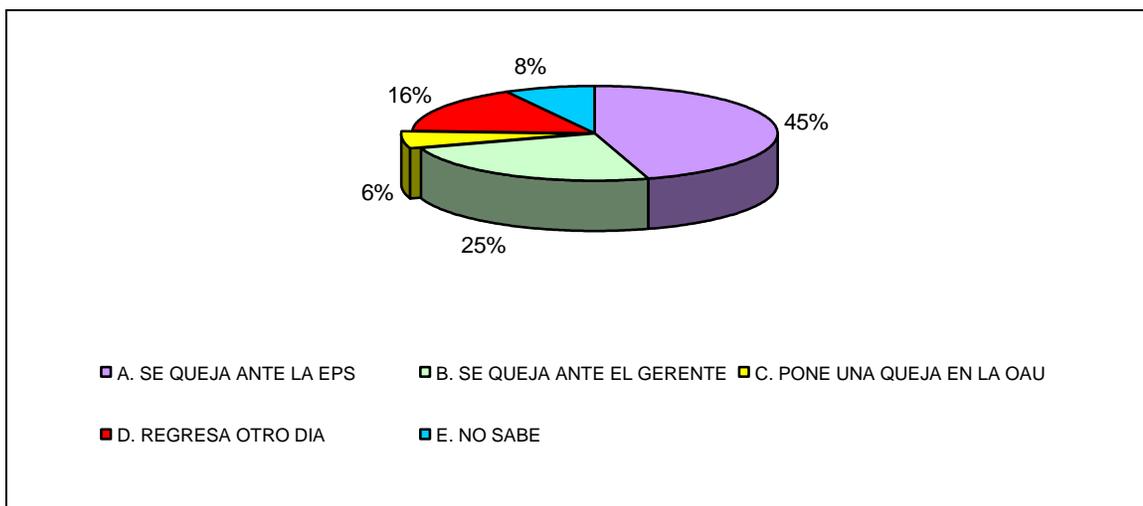
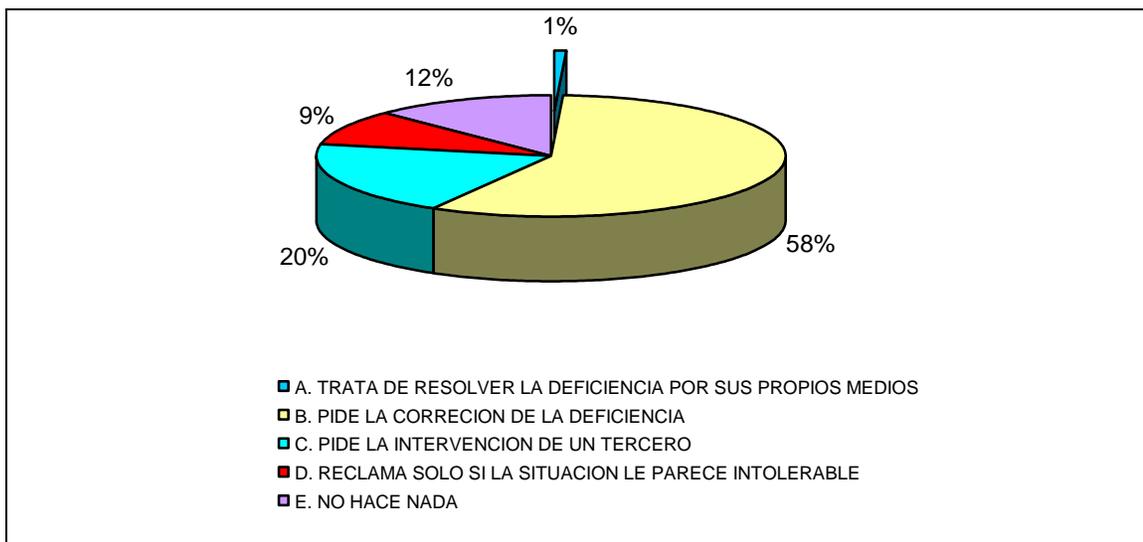


Figura 25. Iniciativa de los clientes del Hospital José M. Hernández para reclamar ante un mal servicio



6.2.2 Factores adversos. Lo anterior no le resta importancia al obstáculo que representa desconocer las posibilidades de participación contenidas en la normatividad. De hecho, se enfatiza que esta es la principal limitación; es imposible que los clientes se interesen por beneficios desconocidos. Y buena parte de la responsabilidad de esta situación recae en la Asociación de usuarios debido a la deficiencia en el cumplimiento de sus funciones.

– Mediante la investigación exploratoria, se constató que la Asociación no tiene el conocimiento ni el liderazgo necesario para ejercer sus competencias en el Hospital.

Con relación a su labor como orientador su actuación ha sido muy pobre; sólo el 4% de los usuarios recibió asesoría siempre que lo solicitó y el 2% en algunas ocasiones. Su papel se ha concentrado en realizar vigilancia en la calidad de la prestación de algunos servicios de salud. No es raro, entonces, observar en las Figuras 26 y 27, que los usuarios desconocen tanto su importancia como el papel que juega en la representación de sus intereses.

Un dato notorio que se observa en la figura 27 es que sólo el 2% de los clientes encuestados saben que a través de la Asociación pueden ser representados en la Junta Directiva para exponer peticiones o propuestas de mejoras al servicio.

Figura 26. Conocimiento del usuario del Hospital José M. Hernández sobre la naturaleza de las Asociaciones de Usuarios.

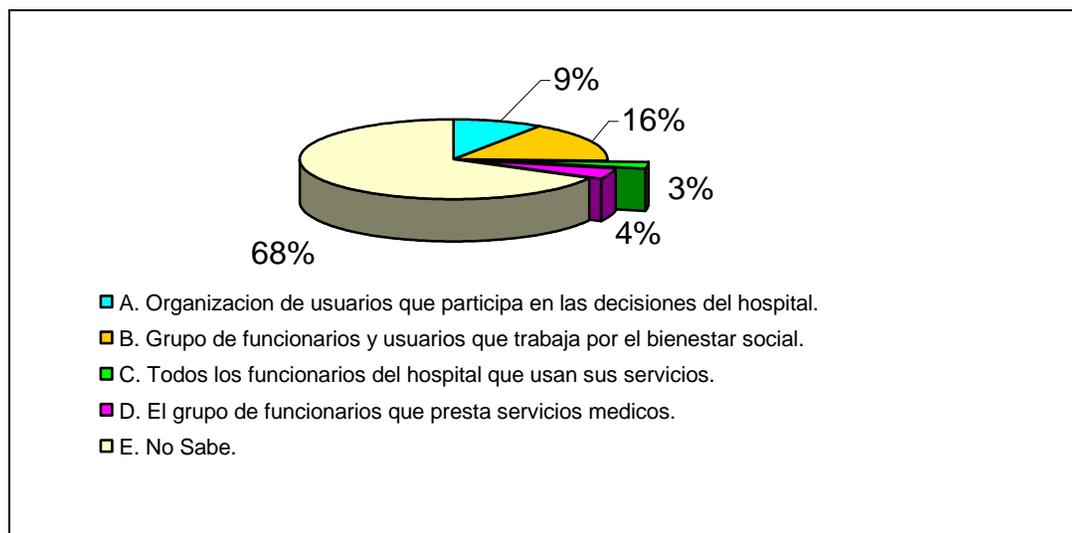
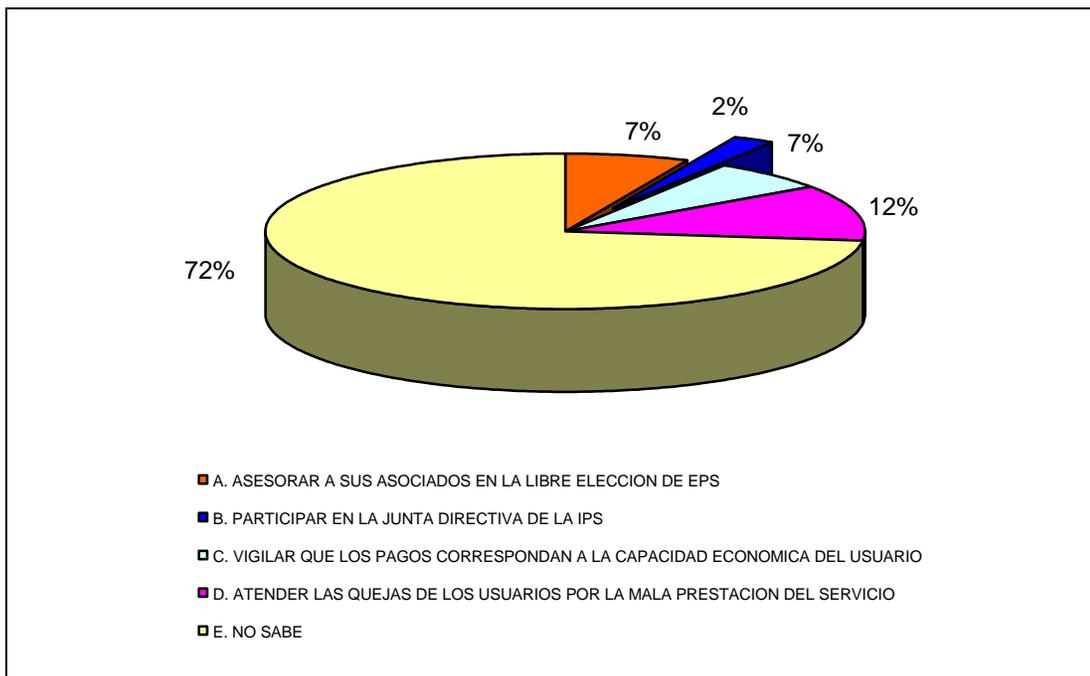


Figura 27. Principal papel de la Asociación de Usuarios del Hospital José M. Hernández según sus usuarios.



Por otra parte, tampoco es conocido el trabajo conjunto de la empresa con la Asociación de Usuarios. Según se muestra en la Figura 28 las tres quintas partes de los empleados encuestados –en su mayoría del nivel auxiliar u operativo– no se han enterado de la ejecución de actividades en común.

Con respecto a los empleados, se constató que el 82% de estos no cree que la Asociación de usuarios ofrece beneficios claros para la empresa, incluso casi la mitad la calificó en forma negativa, mostrando de esta manera un grado de prevención hacia ella. (Véase la Figura 29).

Lo anterior indica que la gestión de la Asociación de Usuarios respecto al tema no es efectiva y que su capacidad de convocatoria es restringida, en consecuencia, se está desaprovechando un espacio importante a favor de la participación.

Otros condicionantes que se observaron fueron:

- La ausencia de iniciativa en los clientes rurales hace que la E.S.E se prive de conocer las debilidades de sus servicios, desde la perspectiva de estas personas.

Figura 28. Trabajo conjunto entre la asociación de usuarios y el hospital Según sus funcionarios.

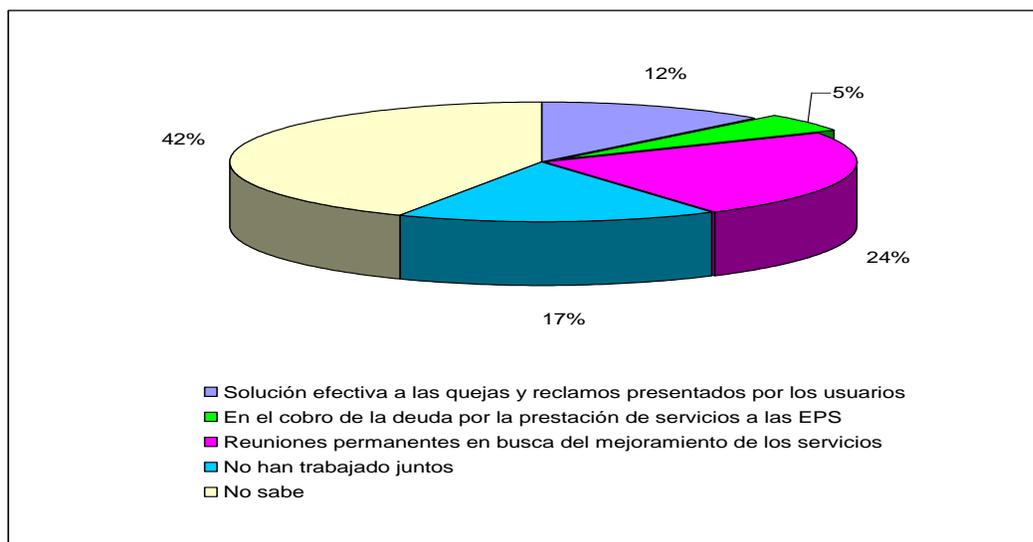
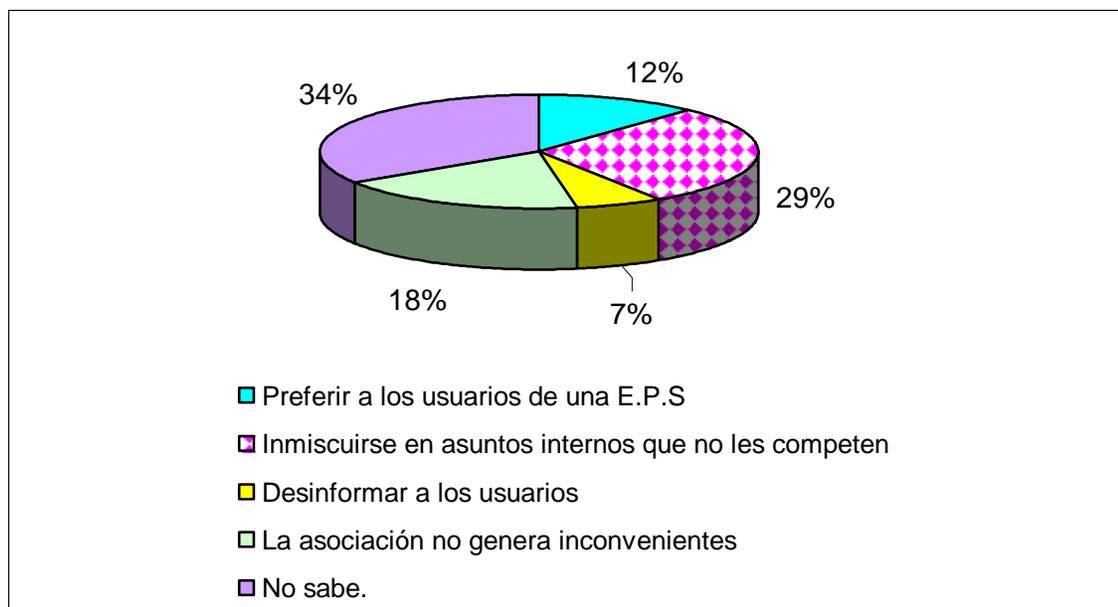


Figura 29. Inconvenientes que representa la Asociación de Usuarios para la empresa, según el concepto de los funcionarios del Hospital.



- La falta de confianza en la voluntad de la E.S.E para corregir las deficiencias en sus servicios, limita la intención de presentar peticiones y propuestas de mejoramiento. El 79% de los usuarios no ha recibido solución a sus reclamos.
- La ignorancia sobre los derechos que la ley les otorga contribuye también a la escasa participación de los usuarios en el hospital. En la Figura 30 se observa que casi la mitad de los clientes encuestados ignora cuál es su principal derecho, y un ínfimo porcentaje –al igual que en la figura 22– lo relaciona con tener representación en la Junta Directiva. Este desconocimiento es mayor entre los clientes que pertenecen a CAJANAL y COOPSOSAFA.
- Otro factor que aporta a la baja participación de los clientes en el Hospital es el desconocimiento relacionado con la Oficina de Atención al Usuario, OAU. Como se observa en la Figuras 31 un poco más de la mitad (el 55%) de los usuarios desconoce la existencia de una dependencia en el Hospital encargada de atenderlos. Con respecto a la principal función de esta oficina, casi las tres quintas partes de los usuarios el –57%– (véase la Figura 32) y la mitad de los funcionarios (véase la Figura 33) ignora cuál es.

Figura 30. Conocimiento de los usuarios del Hospital José M. Hernández sobre el principal derecho en participación en instituciones de salud.

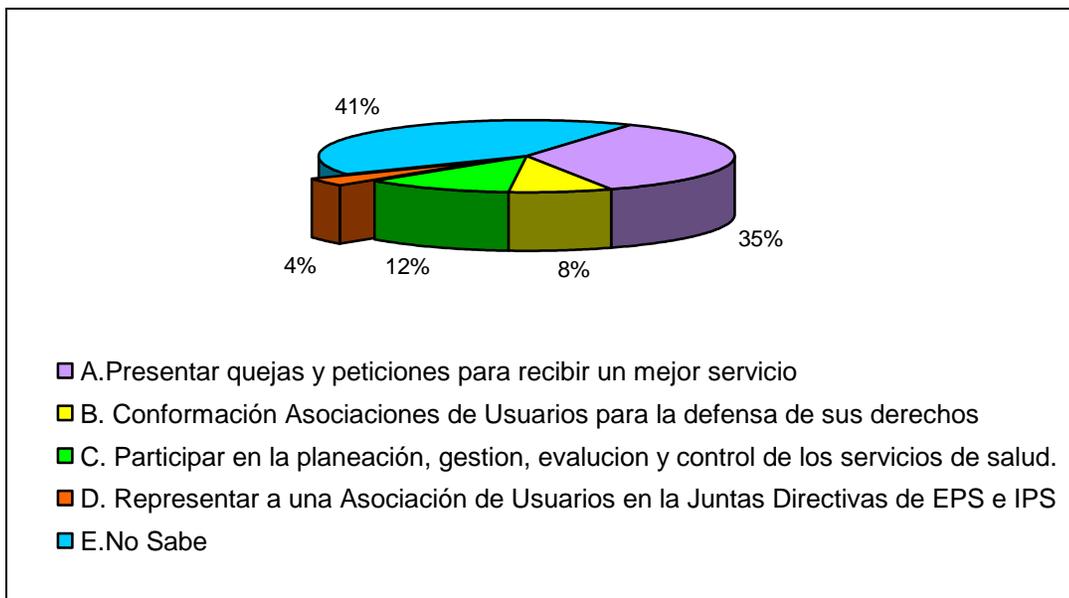


Figura 31. Conocimiento de los usuarios del Hospital José M. Hernández sobre la existencia de la oficina de atención del usuario.

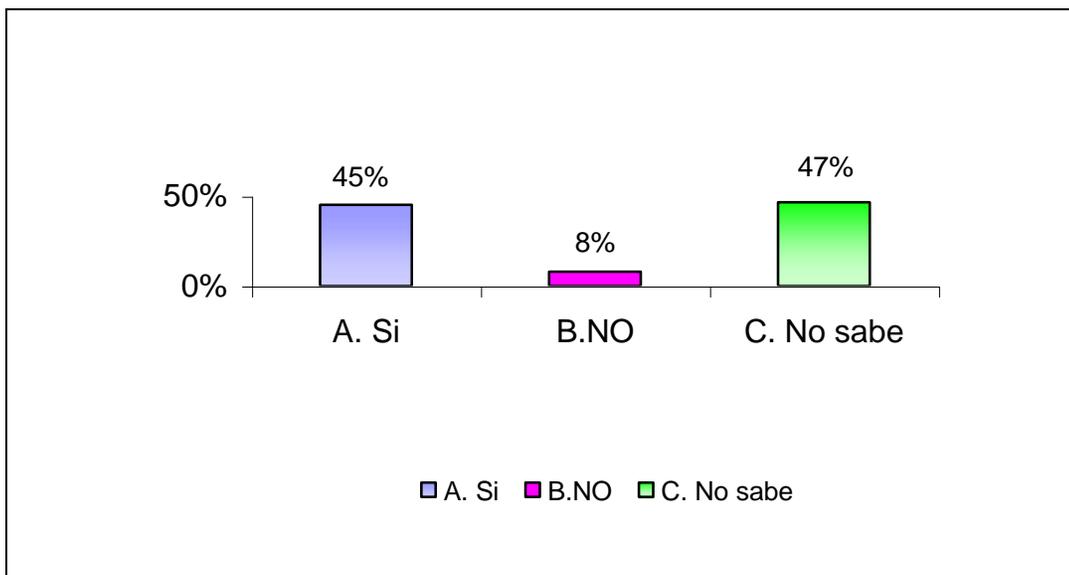


Figura 32. Principal función de la Oficina de Atención al Usuario del Hospital José M. Hernández según sus usuarios.

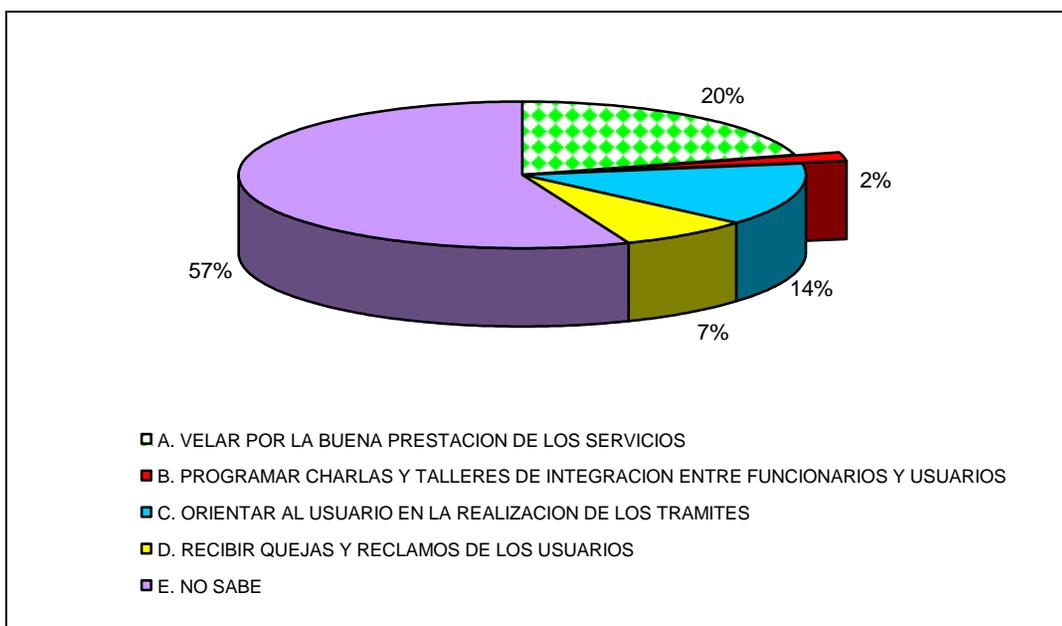
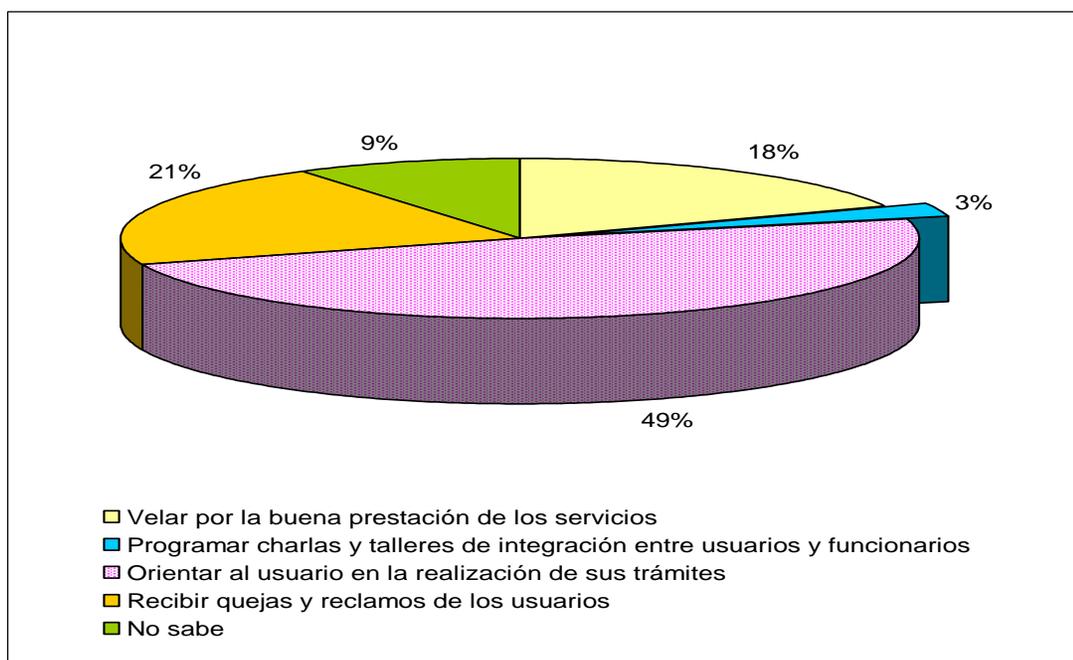


Figura 33. Principal función de la Oficina de Atención al Usuario del Hospital José M. Hernández según sus funcionarios.



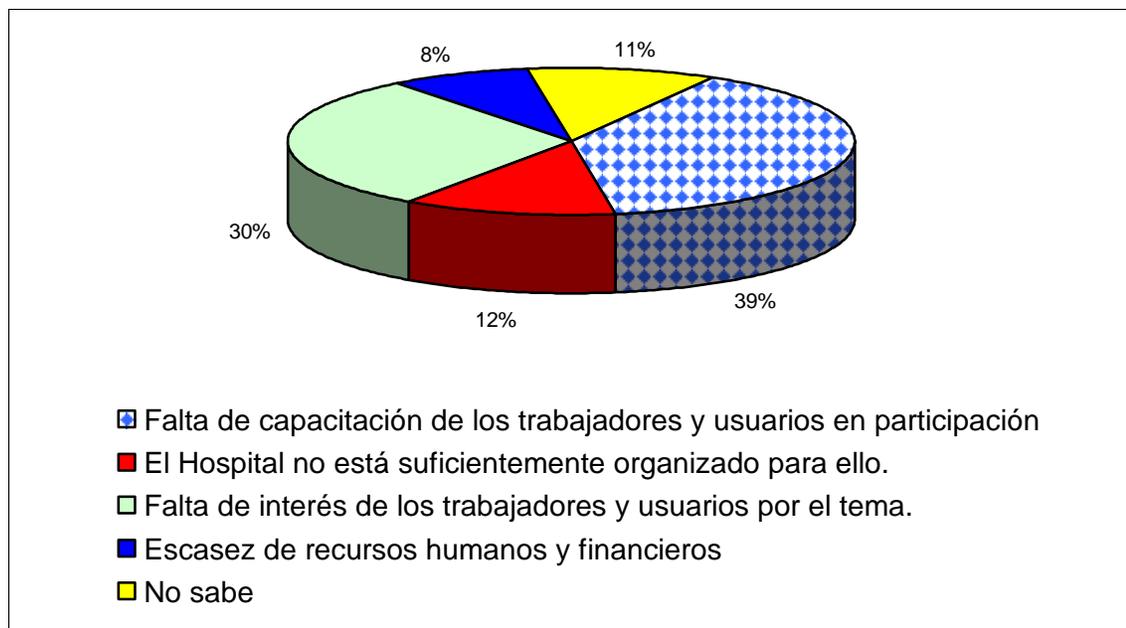
– Un último elemento restrictivo para la participación en la ESE José María Hernández, es la baja escolaridad de los usuarios por cuanto restringe la comprensión de las circunstancias relacionadas con el tema y la elaboración de propuestas sólidas de mejoramiento –el 65% no ha terminado el bachillerato y solamente el 9% tiene estudios de educación superior (véase la Figura 7)–. Una situación similar se presenta por el lado de los funcionarios con relación al nivel de cargo medio de la mayoría (véase la Figura 13); este hecho también limita la concepción de los empleados sobre los beneficios de contar con la participación en el mejoramiento de la calidad del servicio.

Los resultados obtenidos confirman las percepciones de partida, respecto al estado de la participación en las instituciones de salud, –organizadas en el árbol de problemas, en el Anexo D–. Los supuestos señalaban que la temática no es conocida ampliamente por la población y que las condiciones internas en las empresas de salud como la E.S.E Hospital José María Hernández no favorecen la aplicación de unos mecanismos a los cuales están obligadas por ley (véase la Figura 34).

Lo anterior permite hacer las siguientes confirmaciones:

- En general no hay en aplicación una política territorial favorable a este tipo de participación. No hay una divulgación amplia de los mecanismos de participación en salud hacia la comunidad de usuarios.
- El tema no constituye una prioridad para la ESE, ésta no actúa como si considerase a sus clientes aliados estratégicos. En la práctica no cuenta con personal dedicado a la orientación y el desarrollo de la participación; se desconocen los beneficios que puede obtener de la participación y hay restricción de recursos humanos, financieros y logísticos. La ESE no tiene una organización adecuada para la participación en las instituciones de salud. Sus relaciones con los clientes tampoco favorece el buen desarrollo de la participación.
- Los usuarios consideran que la ESE no responde efectivamente a sus necesidades y expectativas. Esto se traduce en una actitud de resignación de los clientes frente a la mala atención.

Figura 34. Obstáculos para desarrollar la participación en el Hospital José M. Hernández, según sus funcionarios.



7. LINEAMIENTOS PARA UNA GERENCIA PARTICIPATIVA DEL SERVICIO EN EMPRESAS DE SALUD

Pese a que la organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud ha creado el mercado de servicios de salud —y sentado las bases para una competencia de la cual se esperan mejoras en los servicios— problemas como los tratados en el primer capítulo de este documento están sacrificando el mejor instrumento para el logro de tales fines, la competitividad; las disfunciones del mercado descritas deprimen los esfuerzos para mejorar la calidad de los servicios y la productividad al desviar la atención gerencial hacia otros asuntos más urgentes, aunque no más importantes.

De acuerdo con el enfoque de este trabajo, factores de competitividad como la calidad de los servicios no deben descuidarse. Los problemas son evidentes, sin embargo, no es conveniente para la trayectoria de las empresas nivelar la calidad por lo bajo porque la situación financiera sea crítica. Es necesario reorganizarlas y mantener, o intensificar dichos esfuerzos por cuanto la calidad siempre será para el cliente —sea cual fuere su idea de ella— una medida de comparación y un criterio de selección. Esto significa que, al final de cuentas, a un cliente no le interesa saber si hay o no problemas financieros en el sistema, si el municipio o la aseguradora han cumplido con las obligaciones económicas adquiridas. Su interés es recibir una buena atención y mientras tenga la opción de elegir terminará haciéndolo.

Frente a esta situación (y frente a la generalidad descrita...en el numeral 1.1...) este trabajo considera conveniente adoptar una política favorable a la participación organizada de los clientes en la empresa. Esta política no sólo sintoniza una tendencia central en la gestión empresarial contemporánea (...numerales 1.2 y 1.3), sino que también (y como se indicó...en el numeral 1.4...) responde a los principios que fundamentan el Sistema General de Seguridad Social en Salud, y en general a principios que han motivado la reorganización del estado colombiano a partir de las reformas introducidas por la Constitución Política de 1991.

Atendiendo lo anterior este capítulo presenta una propuesta de lineamientos para establecer un sistema de Gerencia Participativa del Servicio en empresas aseguradoras y prestadoras de servicios de salud. Partiendo por lo citado en el párrafo anterior (del contexto en el cual compiten estas empresas) la propuesta sintetiza y articula productos intermedios de este trabajo: elementos de la teoría sobre Gerencia del Servicio y Mejoramiento Continuo de la Calidad; los mecanismos establecidos por la legislación para la participación de los usuarios en el marco del Sistema General de Seguridad Social; y los resultados de la

investigación exploratoria realizada en la ESE Hospital José María Hernández. En concreto, la propuesta contiene:

- El marco de principios que la inspira y orienta las acciones en todas las escalas;
- Declaración de objetivos para la Gerencia Participativa del Servicio, y sus beneficios;
- Y el conjunto de pautas para su puesta en operación.

La puesta en práctica implica realizar ajustes importantes en la empresa y requiere por esta razón el concurso indispensable de varios elementos: el liderazgo del nivel directivo y ejecutivo; la disposición de los clientes de la empresa; y un clima organizacional abierto a la participación.

7.1 PRINCIPIOS DE LA GERENCIA PARTICIPATIVA DEL SERVICIO DE SALUD*

Participación organizada. La participación organizada de los clientes internos y externos es la base para el mejoramiento de los servicios. Su percepción indica a la empresa el camino que le permite ajustarse a la realidad del mercado. La organización de los usuarios propicia la sinergia de sus propuestas, facilita la comunicación hacia y desde la comunidad que ellos pueden conformar y extiende el alcance de la gestión empresarial.

Liderazgo del nivel directivo. La Gerencia Participativa del Servicio requiere nuevas formas de pensamiento, una voluntad de cambio y apoyo entre el nivel directivo, ejecutivo. El gerente debe tener la disposición permanente de apoyo al proceso de mejoramiento, brindar liderazgo y orientación, y recursos suficientes para su desarrollo. Su compromiso debe ser transmitido a toda la empresa.

Satisfacción total del cliente. Colmar las necesidades de los clientes externos e internos y superar sus expectativas son medidas básicas para su satisfacción. En lo que respecta al empleado se debe suministrar lo necesario para la prestación de un excelente servicio al cliente, y vincularlo en todas las actividades de mejoramiento.

Mayor poder de decisión en torno al cliente. En la Gerencia Participativa del Servicio de Salud no sólo se reconoce la necesidad de estimular la función propositiva de los empleados sino también la conveniencia de establecer un margen flexible para ampliar su capacidad de decisión y su iniciativa para atender y resolver asuntos e inconvenientes que afecten el servicio.

* Elaborados con base en las teorías de Gerencia del Servicio y Mejoramiento continuo de la calidad.

Gestión del servicio en torno a los momentos de verdad. Se retoma de la Gerencia del Servicio el valor de los instantes en los cuales el cliente tiene contacto con la organización y se reconocen como polos en torno a los cuales se ordena la gestión.

7.2 OBJETIVO DE LA GERENCIA PARTICIPATIVA DEL SERVICIO DE SALUD

La Gerencia Participativa del Servicio Salud es una forma de organizar una empresa –aseguradora o prestadora de servicios en salud– con el objetivo de vincular la participación ordenada de sus clientes, internos y externos, en el mejoramiento de dichos servicios.

7.3 BENEFICIOS DE LA GERENCIA PARTICIPATIVA DEL SERVICIO DE SALUD

Clientes con una visión objetiva de la empresa. El afianzamiento de las relaciones con los clientes permite extender hasta ellos un conocimiento amplio sobre el funcionamiento y organización de la empresa. La comprensión de las fortalezas, amenazas, debilidades y oportunidades de la empresa les ofrece elementos valiosos para proponer y esperar soluciones ajustadas a su realidad.

Competitividad. La capacidad de las empresas para competir en el mercado de salud depende de la calidad de sus servicios. Este enfoque propone mejorar esta calidad para contribuir a mantener y aumentar su participación en el mercado.

Rentabilidad económica. La reorganización de la empresa, gracias a la eficiencia, eficacia, productividad y calidad en la prestación de los servicios, genera optimización de recursos, evita su despilfarro e incentiva el ahorro.

Posicionamiento. La satisfacción del cliente por la calidad de los servicios recibidos, la participación brindada en la toma de decisiones de la empresa, y la atención y solución oportuna de sus peticiones y reclamos, ayuda a propagar la buena imagen de la empresa. Su satisfacción se convierte en publicidad gratuita para la empresa.

Mejores relaciones. La apertura a las inquietudes y propuestas de los clientes –el reconocimiento de su importancia– contribuyen a establecer relaciones duraderas que hacen posible articular intereses en torno a hechos que implican el mutuo beneficio. Estas condiciones posibilitan el desarrollo de un sentido de compromiso y pertenencia traducido en lealtad y promoción de los servicios de la empresa.

7.4 DESARROLLO DE LA GERENCIA PARTICIPATIVA DEL SERVICIO DE SALUD, GPSS

La puesta en práctica de una Gerencia Participativa, en cualquier empresa a la cual se dirige esta propuesta, supone en primera instancia un claro interés y firme compromiso gerencial y directivo. Requiere, además, de una serie de cambios que implican organizar un grupo responsable del proceso en el nivel directivo y ejecutivo; ajustar, flexibilizar procedimientos y funciones para transferir decisión a las líneas de contacto; crear una unidad de participación; y establecer un sistema de información hacia el usuario. El proceso se organiza en dos fases: preliminar y operativa. (Véanse las Figuras 35 y 36).

7.4.1 Fase preliminar. En esta fase se inicia la ambientación del proceso, se crea la Comisión de Gerencia Participativa, se diagnóstica el estado de la participación existente en la empresa objeto, y se inicia la organización de los usuarios para su aportación activa en el proceso.

7.4.1.1 Socialización y motivación. Como primera actividad la dirección elige entre el nivel ejecutivo la persona responsable de dirigir el proceso de Gerencia Participativa –si es necesario puede recurrir a una consultoría externa–. En conjunto con esta persona, la dirección realiza una corta campaña presentando objetivo, principios, beneficios, exigencias y riesgos inherentes al proceso, y recogiendo las impresiones producidas en los funcionarios. Una buena parte de la motivación se dedica al nivel ejecutivo para ambientar la conformación del órgano conductor del proceso.

7.4.1.2 Conformación de la Comisión de Gerencia Participativa. Tras la ambientación se crea una instancia de consulta, coordinación y ejecución, integrada por directivos de los diferentes servicios de la empresa objeto. A este grupo se incorpora, a los representantes de la Asociación de Usuarios de la empresa, si se encuentra conformada o activa, en caso contrario se integrarán más adelante a sus representantes una vez se organice como se explica... en el numeral 7.4.1.4...

Condiciones como las encontradas en la ESE Hospital José María Hernández, donde sus directivos son un grupo de personas jóvenes, conocedoras del tema, son las ideales para la creación del grupo, por cuanto estas personas asumen una actitud receptiva y favorable hacia el proceso.

La Comisión de Gerencia Participativa, previa capacitación, evaluará los principales servicios de salud que se prestan en la empresa, sus procesos y actividades administrativas implicadas, y en general sus ciclos, necesidades y oportunidades de mejoramiento fijando el orden de prioridades para su atención. Este análisis observará, como referente especial, las especificaciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

7.4.1.3 Diagnóstico de la participación en la empresa. En el diagnóstico se identifica el segmento del mercado en el cual participa la empresa, y sus características, a fin de promover la organización y participación efectiva de los usuarios.

– Caracterización del cliente. Permitirá establecer los perfiles para quienes participan de las actividades del proceso de Gerencia Participativa. Será necesario un análisis detallado de variables como edad, grado de escolaridad, lugar de residencia, género, ocupación y cargo, entre otras.

Figura 35. Esquema General de la Gerencia Participativa del Servicio de Salud en empresas aseguradoras y prestadoras de servicios de salud.

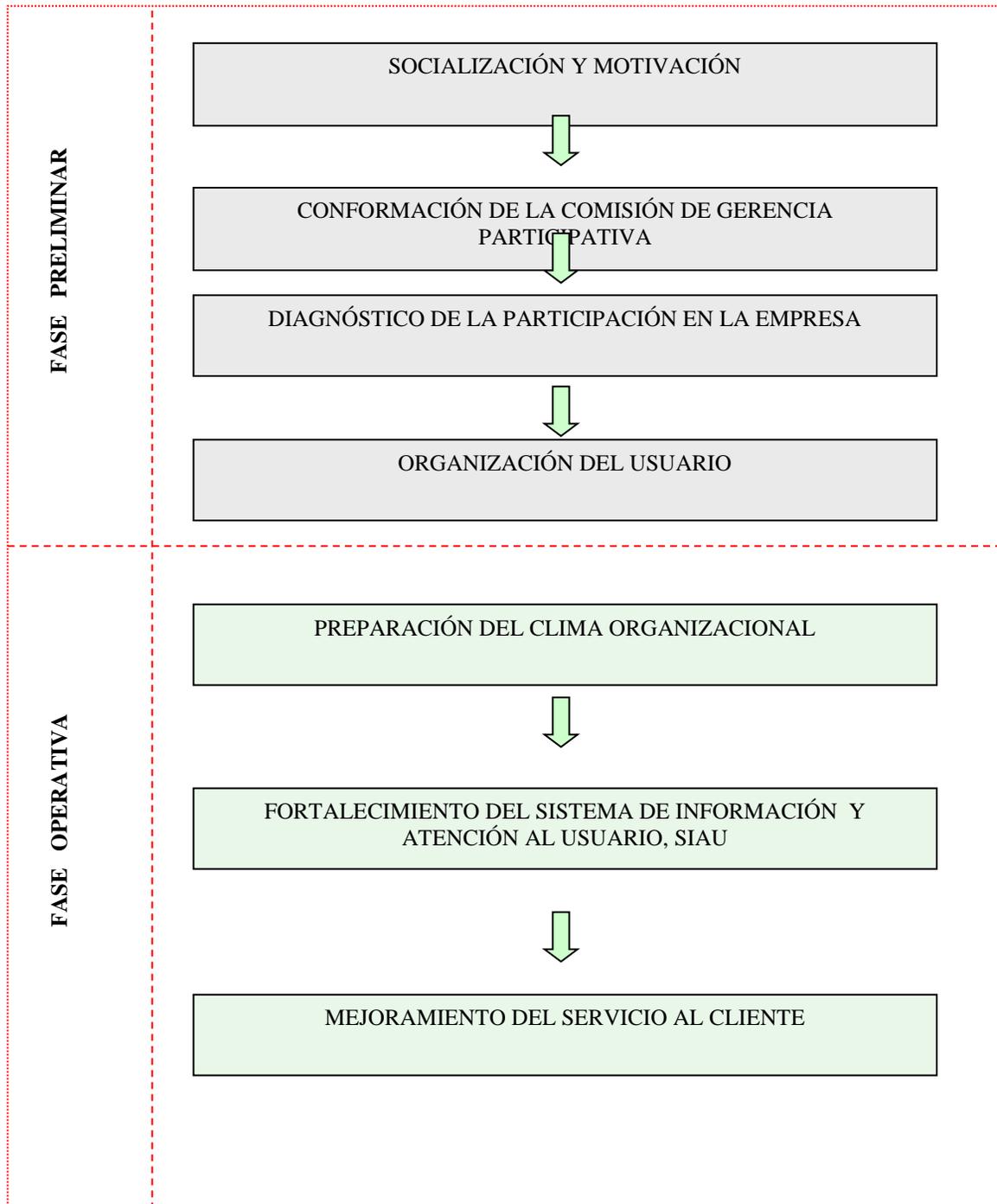
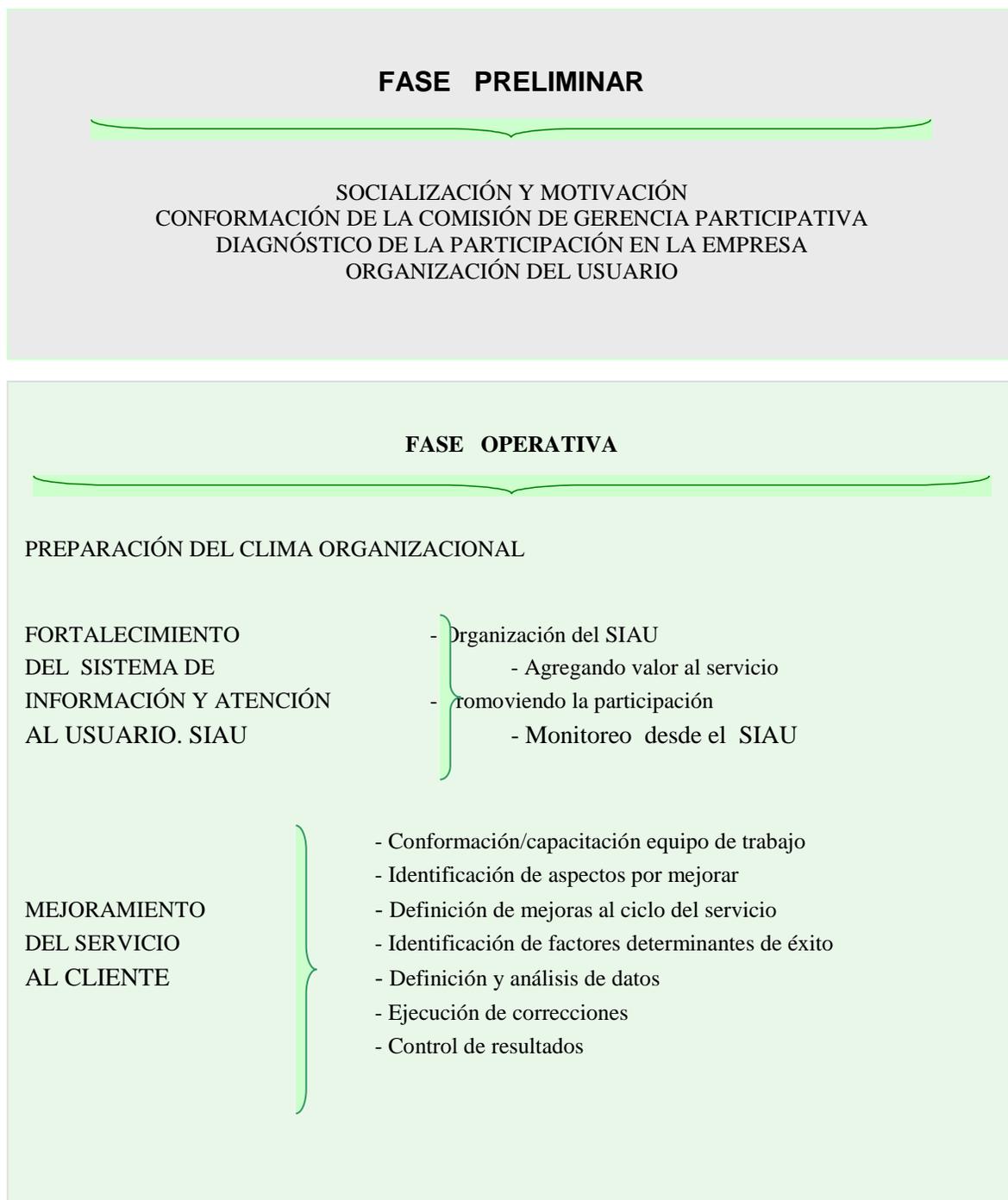


Figura 36. Dinámica funcional de la Gerencia Participativa del Servicio de Salud en empresas aseguradoras y prestadoras de servicios de salud.



Saber que entre los clientes predominan las amas de casa, las personas jóvenes, con formación media incompleta, los afiliados al régimen subsidiado y residentes en la zona urbana de Mocoa es fundamental, por ejemplo, en el caso de la ESE Hospital José María Hernández para orientar los diferentes programas de capacitación (contenidos, nivel de complejidad, duración, etc.), las estrategias de comunicación, divulgación y programación, la organización del clima organizacional, la organización del usuario, e incluso la organización de la atención del usuario en torno al ciclo del servicio.

– Caracterización de la participación del cliente. Incluye el estudio de los conocimientos, actitudes de los clientes internos y externos con respecto a la participación. En cuanto a las actitudes se trata de lograr una aproximación a sus necesidades y conductas frente al servicio; a su disposición para participar en su mejoramiento y a su iniciativa frente a las deficiencias.

Puede encontrarse, como en el caso de investigación exploratoria del Hospital José María Hernández, que la mayoría de los usuarios desconozca su derecho a participar en la dirección de la empresa (el 98%), pero muestre interés por el tema; que esté dispuesta a reclamar una falta en la atención pero desconozca las funciones de la oficina para estos fines; que considere que el hospital no soluciona sus quejas debidamente pero no sepa que puede asociarse para ello; que no se atreva a reclamar debido a su desconocimiento del tema por su baja preparación o por no tener acceso a los diferentes programas de divulgación al vivir en zonas alejadas del área donde estos se realizan.

O también, que la mayoría de los empleados tengan en general una idea apropiada sobre la participación y sus fines, pero consideren que ésta no se lleva a cabo, ni sea una prioridad para la empresa; que la falta de interés, capacitación y organización sean los principales obstáculos para lograrla; que tengan bien claro el papel de una Asociación de Usuarios pero ignoren la existencia de la asociación del hospital y presuman la ocurrencia de inconvenientes debido a sus actuaciones.

– Caracterización de la organización del cliente externo. Es necesario identificar y caracterizar la organización de los clientes, sean Asociaciones de Usuarios, como lo establece la ley u otras formas afines de representación; su conocimiento del Sistema General de Seguridad Social y de Salud; su interés en la gestión y en la participación; su conocimiento y desempeño de las funciones de una asociación; su trabajo ante la Junta directiva, etc..

Así mismo este diagnóstico debe contemplar la organización que la empresa objeto tiene para la atención del cliente externo. Si existe un Sistema de Información y Atención al Usuario con oficina de fácil ubicación y adecuadamente

promocionada, o por el contrario, –como en el caso de la ESE José María Hernández– sea desconocida por la mayoría de sus usuarios y funcionarios.

7.4.1.4 Organización del usuario. De acuerdo con los resultados del diagnóstico anterior se determina la necesidad de constituir o reorganizar la Asociación de Usuarios de la empresa objeto. Si se trata de constituir, esto puede hacerse siguiendo los parámetros establecidos en la reglamentación para el sector, Decreto 1757 del 3 de Agosto de 1994, señalados...en el numeral 2.4... Conviene recordar que los representantes elegidos deben conformar también la Comisión de Gerencia Participativa.

En cualquier caso contemplar los siguientes criterios es importante: que la directiva de la asociación sea calificada y representativa, con capacidad para comprender la empresa, su funcionamiento, dificultades y alternativas, pero también de representar con transparencia y objetividad los intereses, expectativas y proposiciones de los usuarios. La disponibilidad y compromiso de sus integrantes es fundamental en el desarrollo de la propuesta.

Conviene tener en cuenta que en la práctica, en empresas situadas en zonas con alto índice de necesidades básicas Insatisfechas como el Hospital José María Hernández, la mayoría de sus clientes –91%– tienen, a lo sumo, 11 años de escolaridad, esto indica las posibilidades limitadas de esperar contribuciones calificadas. Por tanto, se plantea la necesidad de promover la participación de quienes han alcanzado grados de educación superior, y preferiblemente en áreas administrativas. De no ser posible conviene tener en cuenta esta situación para capacitar a los representantes a fin de que puedan cumplir satisfactoriamente sus funciones.

7.4.2 Fase Operativa. Incluye la puesta en operación del Servicio de Información y Atención al Usuario, SIAU y la organización de la atención al cliente en torno a los ciclos del servicio, basada en los criterios de la Gerencia del Servicio y del Mejoramiento Continuo de Procesos (...véanse los numerales 5.2 y 5.3...). Como todo proceso de cambio, la propuesta requiere una ambientación adecuada.

7.4.2.1 Preparación del clima organizacional. La Gerencia Participativa del Servicio requiere, en toda la empresa, de un ambiente de aceptación y compromiso que atienda la resistencia natural al cambio; en particular entre aquellos sectores tradicionales y menos informados de la empresa. Un clima abierto a las contribuciones de los clientes. Es muy importante que el cliente interno comprenda los principios que fundamentan la Gerencia Participativa

y los beneficios individuales y colectivos que aporta. Por esto conviene exponerla en todos los niveles de la empresa en un ciclo corto de conferencias sobre el tema, discusiones y análisis sobre sus bondades, retos e implicaciones.

Esta socialización deberá tener en cuenta los resultados de la caracterización de los funcionarios. Siguiendo con el ejemplo del Hospital José María Hernández ya mencionado, en esta empresa u otra con similares características, amerita reforzar los grupos que presentaron un menor conocimiento sobre el tema y sus beneficios –los empleados del nivel operativo en las líneas de contacto con el cliente– o aquellos que tienen una mayor aprensión hacia la Asociación de Usuarios y sus actuaciones –la mitad de los funcionarios–.

7.4.2.2 Fortalecimiento del Sistema de Información y Atención al Usuario, SIAU. Como esta propuesta requiere, además de la apertura, del estímulo a los usuarios para la presentación de peticiones, quejas, reclamos y/o sugerencias, se encontró en el SIAU una forma de organización apropiada para atender estas pretensiones de los clientes.

Los fundamentos empíricos de este trabajo de tesis muestran que en efecto los clientes están dispuestos a presentar peticiones, quejas, reclamos y sugerencias; a participar de eventos de capacitación sobre el tema aun cuando desconozcan la existencia de una oficina para su atención. Esto otorga relevancia al SIAU como un medio para recoger y canalizar estas intervenciones.

– Organización del SIAU. De no estar implementado el SIAU en la empresa objeto será necesario crearlo de acuerdo con los requisitos legales presentados...en el numeral 2.4.... En igual forma se debe adecuar el espacio físico –una oficina en una área de fácil acceso a los usuarios–; y suministrar dotación y presupuesto para implementar del sistema. En la selección del personal encargado de la oficina es conveniente escoger profesionales en ciencias sociales y de la salud con habilidades para la toma de decisiones, comunicación y atención al público. También personal capacitado para la sistematización de los requerimientos de los usuarios atendidos, mediante la administración de una base de datos que incluya escolaridad, ocupación, lugar de residencia, y otros.

– Agregando valor al servicio. El SIAU se convierte en otra fuente de datos para conocer las necesidades y preferencias de los clientes. Con esta información se pueden planear y ejecutar beneficios adicionales a los servicios. Conviene contar con asesoría y capacitación en técnicas de mercadeo.

- Promoviendo la participación. El SIAU tiene, en esta propuesta, la gran responsabilidad de estimular la participación del cliente a través de actividades de sensibilización, capacitación y campañas de divulgación sobre el servicio dentro y fuera de la empresa. En este punto es importante apoyarse en el diagnóstico de la participación del cliente para focalizar los esfuerzos de promoción, divulgación y capacitación hacia los sectores más marginados del tema, como los clientes de zonas rurales o urbanas de menor escolaridad e ingresos.
- Monitoreo desde el SIAU. El seguimiento de los reclamos, quejas, sugerencias y peticiones que presentan los usuarios es útil para el control de la empresa y la Asociación de Usuarios a fin de garantizar soluciones en forma oportuna y efectiva.

7.4.2.3 Mejoramiento del Servicio al Cliente. Esta sección presenta una serie de pasos específicos e iterativos para mejorar la calidad de los servicios con la participación de los clientes. Se tomó como principal referencia para su elaboración, el documento mencionado... en numeral 4.3... *“Utilización del proceso de mejoramiento continuo de la calidad para reforzar la planificación familiar”*. En general, y una vez superada la etapa preliminar ya descrita, se propone el siguiente ciclo:

- Conformar y capacitar el Equipo de Mejoramiento. Además de la Comisión de Gerencia Participativa, es conveniente integrar un equipo de personas que lleven a la práctica las directrices y decisiones adoptadas. Puede estar integrado por una o varias personas de la Comisión (con el fin de mantener canales directos de comunicación entre todos los niveles jerárquicos durante el proceso); por personal de diferentes departamentos (para darle un perfil interfuncional y orgánico); y, especialmente, por personal vinculado directamente a los servicios a mejorar. Su conformación podrá renovarse con personal de otras unidades, a medida que el orden de prioridades alcance a otros servicios. Una opción posible para empresas, grandes y complejas, según la literatura revisada, es la de conformar varios equipos con personal de las unidades vinculadas al proceso de mejoramiento.

Es importante, por otro lado, que este equipo de trabajo cuente con representación de la Asociación de usuarios, para mantener vivos los intereses, expectativas y posiciones de los clientes durante el proceso. De esta manera se integran los esfuerzos dirigidos a su organización y al fortalecimiento del Sistema de Información y Atención al Usuario. La frecuencia y modalidad de su participación dependerá de cada situación. Conviene considerar, en cualquier caso, la

importancia de que tal representación cuente con aptitudes que viabilicen la pertinencia de sus contribuciones y, en particular, con la capacidad de interpretar apropiadamente la percepción de aquellos a quienes representa. Adjunto a esto, es importante incluir algún tipo de compensación por la disponibilidad y esfuerzos de quienes cumplan con este papel.

Conformado el Equipo de Mejoramiento se procederá a su capacitación en los principios, beneficios, métodos, y en aspectos relevantes de esta propuesta como; a) las normas e instrumentos para la participación en el Sistema (Asociaciones de Usuarios, Sistema de Información y Atención al Usuario); b) los Procesos de Mejoramiento Continuo de la Calidad (análisis de procesos, medición e interpretación de datos, solución de problemas y actividades de revisión y control de la calidad); y c) la Gerencia del Servicio (la estrategia, el sistema, el Triángulo del Servicio, ciclo de servicio, los momentos de verdad...).

Estos aspectos específicos pueden complementarse con temas sobre trabajo en equipo (y correlacionados) con el fin de proveer el ambiente necesario para un adecuado desarrollo. La capacitación formal a través de seminarios, talleres y cursos, puede combinarse con la informal, mediante grupos de lectura y discusión. Se recomienda iniciar la capacitación inmediatamente se haya constituido el equipo y preparar los materiales con anterioridad. Es importante tener presente que el equipo debe comprender y armonizar, conceptual y metodológicamente, elementos de la participación en salud (propios del Sistema colombiano), con elementos de la Gerencia del Servicio (que enfatizan en el cliente externo) y del Mejoramiento Continuo (que enfatizan en la visión del cliente interno).

– Identificar y caracterizar aspectos por mejorar en el servicio. El Equipo de Mejoramiento con el apoyo de la Comisión de Gerencia Participativa, concentrará sus esfuerzos sobre los servicios prioritarios de acuerdo con el orden establecido; pueden ser uno o varios servicios a la vez, según su capacidad y los recursos disponibles. Esta es la etapa en que se profundiza la caracterización de los servicios realizada por la Comisión en su momento (... ver numeral 7.4.1.2...).

Por principio, todos los aspectos de un servicio pueden mejorarse en el contexto que conforman su ciclo y, dentro de éste, los puntos de contacto con los clientes o *momentos de verdad*. Las ideas para hacerlo deben provenir, con énfasis, de las fuentes externas en la línea de contacto con el cliente, de los *momentos de verdad*; aunque también del SIAU y de los clientes en otros espacios (entrevistas individuales, o de grupos focales si fuera necesario). Deben establecerse condiciones para que los representantes de la Asociación en el equipo de trabajo hagan sus aportes y acompañen el trabajo con los clientes externos. Pero las ideas también pueden provenir de fuentes internas, incluidos diagnósticos

organizacionales con participación de los supervisores o administradores, empleados, y de las estadísticas de servicio. Si la oferta de ideas es muy generosa será necesario definir criterios que ayuden al equipo a establecer prioridades*.

Se cita, como ejemplo, una enfermera de una clínica que llama la atención del Equipo de Mejoramiento sobre las frecuentes quejas de los clientes debido al trato que reciben en el ingreso.

- Identificar problemas y momentos del servicio implicados. Identificados los aspectos a mejorar, el Equipo de Mejoramiento se ocupará de definir y caracterizar, en detalle, el proceso o ciclo del servicio correspondiente; identificando los pormenores respecto a los puntos de contacto con el cliente, los *momentos de verdad* y, alrededor de éstos, con particular interés, los problemas o situaciones susceptibles de mejorar. Para estos efectos, es útil elaborar un *diagrama de flujo* que recopile ordenadamente todos estos elementos en el ciclo rutinario del servicio; estableciendo su comienzo, final y los pasos intermedios. Esta práctica facilita profundizar en la definición y análisis del ciclo y cada paso involucrado. En el ejemplo anterior, el equipo define en detalle la rutina del ciclo de servicio respectivo y enfoca la atención sobre uno de los momentos de verdad que integran a éste: las demoras en el registro del cliente durante su recepción.
- Establecer los resultados deseados y los requisitos para lograrlo. El equipo se concentrará en este punto en el deber ser. Se determinan las metas deseadas, y respetando los requerimientos del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

Establecidos los resultados esperados en torno a los *momentos de verdad* y el ciclo total del servicio, el equipo procederá a establecer las condiciones o requisitos indispensables (humanos, financieros y materiales) para su logro paso a paso. Los resultados y requisitos se escriben a un lado del paso correspondiente en el *diagrama de flujo*, para ser discutidos y comprendidos por todos los miembros del equipo; también se ponen al alcance del personal relacionado, haciendo continua referencia a él para incentivar el suministro de ideas.

En el ejemplo citado, el equipo establece como parámetro ideal que el registro del cliente deba completarse en un lapso de 30 minutos a partir de su llegada a la clínica. Y, dentro de éste, establece que la recepcionista disponga de su historia clínica en un lapso no mayor a 5 minutos, contados a partir de su ingreso. Para esto se requiere de un adecuado sistema de archivo y un correcto conocimiento de su funcionamiento.

* El documento referenciado contiene un suplemento con criterios de selección, ver *Instrumentos Gerenciales para el PMC*.

– Analizar momentos específicos e identificar factores que determinan el logro de los resultados esperados. El equipo identifica los momentos específicos del proceso que den los resultados esperados. Este enfoque ayudará a entender los principales factores que intervienen (causas del problema) e impiden un *momento de verdad* exitoso. Para identificar posibles causas puede revisarse el *diagrama de flujo*, examinar los factores que influyen en el problema, y/o realizar una sesión de “lluvia de ideas”. Es necesario hacer un esfuerzo para no dejar pasar aquellas causas más importantes que son menos obvias. Para esto se puede elaborar una lista de posibles causas y relacionarlas en un *árbol de problemas*, *espina de pescado*, u otra técnica apta para establecer relaciones causa-efecto y jerarquías.*

Continuando con el ejemplo anterior, luego de analizar los momentos de verdad del ciclo de registro mencionado, el equipo se decide a trabajar en torno al momento “obtención de la historia clínica”. Se concluye que la historia clínica no se localiza rápidamente (en 5 minutos) y se procede a analizar los factores responsables de esta tardanza. Al cabo de una “lluvia de ideas”, el equipo identifica entre los posibles factores, los siguientes: historias clínicas extraviadas; mal archivadas; muy lejos del área de registro; con identificación ilegible y un espacio de trabajo inadecuado.

– Definir y observar datos e indicadores claves para el seguimiento. Es importante, en aras de la rigurosidad, confirmar las impresiones obtenidas por el Equipo de Mejoramiento con una validación empírica. Esto exige definir datos e indicadores útiles para establecer el cumplimiento de los requisitos y el logro de los resultados deseados. Una vez definidos, se procede a analizar si permiten evaluar la dimensión del problema, priorizar sus principales causas y facilitar la definición de las acciones correctivas a emprender. Si es verificada su utilidad, no será necesario repetir estudios de esta clase en forma regular; de lo contrario, tendrá que repetirse la operación hasta lograr el propósito buscado.

Con el análisis de datos e indicadores, el equipo puede llegar a cuantificar la diferencia entre los resultados deseados y los obtenidos (estableciendo qué tan serio es el problema y si afecta otros aspectos del servicio); a determinar si el problema se limita a un paso específico dentro del ciclo del servicio o comprende a varios de ellos; a determinar si a los clientes les preocupa el problema; establecer por cuánto tiempo ha existido; y a mostrar si ha habido mejoría en el proceso o no. A medida que el equipo profundice en su análisis de los datos e indicadores, estará en capacidad de identificar con precisión los principales factores que impiden el alcance de los resultados deseados. Este análisis también le permitirá orientarse para establecer las acciones correctivas.

* Ver en el documento referenciado, *Instrumentos Gerenciales para el PMC*

Pueden utilizarse técnicas sencillas de graficación que permitan ilustrar los datos, indicadores y la magnitud del problema. La presentación en forma gráfica (gráficas de pastel, barras y polígonos de frecuencias...) facilita reconocer tendencias y descubrir las causas básicas del problema*.

Por otra parte, considerando que la recolección de datos es costosa y toma tiempo, conviene realizarla dentro límites que permitan su obtención sin interferir seriamente con las obligaciones cotidianas de los empleados respectivos.

Volviendo al ejemplo, el Equipo de Mejoramiento Continuo observó el procedimiento durante dos días, contabilizando los factores que retrasaban la disponibilidad oportuna de las historias clínicas y el número de veces que el registro sufría retrasos para cada factor listado. Al cálculo de esta frecuencia se sumó la graficación de los datos y un análisis de Pareto con los cuales se logró identificar, como factores que causaban mayor demora, los errores de archivo y el espacio inadecuado para el almacenamiento de las historias clínicas. En estos factores que representaron el 70% del problema se centraron los esfuerzos del equipo para mejorar el proceso.

– Introducir correcciones. Identificadas las causas principales, el equipo deberá resolver qué acciones llevará a cabo para corregir las insuficiencias (conviene recordar que en el análisis de datos e indicadores puede ofrecer algunas opciones). Una técnica recomendada es la llamada "análisis de casos modelo" o *benchmarking*. Mediante esta técnica se evalúa un proceso observando como es realizado en una organización de reconocido prestigio en el campo. Esta técnica es particularmente útil cuando se trata de rediseñar el ciclo en cuestión y el personal se aferra a lo conocido, entonces encuentra ideas no imaginadas y funcionales en este tipo de comparaciones.

El conjunto de acciones correctivas amerita su organización en un plan, junto con los resultados esperados, el cronograma y la persona responsable de su puesta en marcha. El plan debe incluir momentos para recolectar nuevos datos, revisar y controlar las acciones correctivas. También debe asegurar su viabilidad teniendo en cuenta el conjunto de obligaciones rutinarias del personal involucrado.

Es razonable que el plan sea modificado durante su curso, que las fechas cambien, otros empleados se vinculen, sean agregadas o suprimidas actividades por circunstancias imprevistas. En tal caso, se recomienda realizar los cambios en un ambiente de consenso y asegurar su oportuna comunicación a los afectados.

* Para más detalles ver *Instrumentos Gerenciales para el PMC* en el documento referenciado.

El documento escrito siempre deberá reflejar la realidad del proceso y ser un registro preciso sobre su estado de ejecución.

Siguiendo el caso ilustrado, el Equipo de Mejoramiento Continuo en la clínica citada encontró como acciones correctivas: ubicar el escritorio de la recepción más cerca del archivo, mover los archivos cerca del área de la recepción, comprar un archivador, revisar la identificación de las historias clínicas, actualizarla a la recepcionista en los procedimientos de archivo y adecuarle una área de trabajo menos congestionada. Finalmente, decidió comprar el archivador y dar el curso de actualización a la recepcionista.

– Controlar los resultados. Realizadas las correcciones del caso, el equipo puede recurrir a las mismas técnicas utilizadas para actualizar nuevamente los indicadores de seguimiento, y determinar si la acción emprendida corrigió el problema que pretendía solucionar. Hay tres resultados posibles:

- Se alcanzaron los resultados esperados en el paso específico donde se identificó el problema y en todo el ciclo del servicio.
- No se alcanzaron los resultados esperados en ninguno de los dos casos.
- No se alcanzaron los resultados en el ciclo pero si en los pasos específicos.

Cada posibilidad exige un tratamiento diferente. A) Si se alcanzan todos los resultados esperados, en torno a cada *momento de verdad* y el ciclo en general, el equipo puede continuar al siguiente servicio de acuerdo con la secuencia y prioridades establecidas por la Comisión de Gerencia Participativa, o puede trazarse unas metas más ambiciosas para el mismo ciclo. B) Si no se lograron los resultados esperados, entonces el equipo puede volver a un paso anterior y aplicar otras acciones correctivas que modifiquen el proceso, realizando nuevas mediciones; puede revisar la confiabilidad de los métodos utilizados para la obtención de los datos e indicadores; o redefinir el proceso, cambiando, agregando o eliminando pasos en el diagrama. Y C) si los resultados esperados se obtienen en cada paso, pero no en el ciclo completo, puede reevaluar la factibilidad de obtener los resultados esperados o rediseñar el proceso.

Establecidos los ajustes al ciclo del servicio, el equipo designará a uno de sus integrantes como responsable, quien se ocupará de seguir el curso de los indicadores, estando atento a los cambios que pudieran aparecer indicando un retorno a la situación que causó el problema la primera vez. De esta manera el ciclo se convierte en una práctica cotidiana y parte de la cultura de la organización.

Continuando con el ejemplo anterior. Después de dotar a la recepcionista con un nuevo archivador y actualizarla en técnicas de manejo de archivos, el equipo de mejoramiento continuo deberá determinar si con tales acciones se lograron los resultados esperados en el momento específico y en todo el ciclo. Para esto se repite la observación por un día, midiendo si la recepcionista localiza las historias clínicas en un lapso de 5 minutos; si sigue correctamente el procedimiento de archivo; y si el tiempo total del registro, contados a partir de la llegada del cliente, es inferior a 30 minutos. Con unas entrevistas aleatorias a los clientes al salir de la clínica podrá evaluar si están satisfechos con el trato recibido al llegar a la clínica.

Y, finalizando el ejemplo en cuestión, si el resultado esperado del paso no se alcanzó (si la recepcionista tarda más de 5 minutos en localizar la historia clínica), el equipo debería aplicar otras acciones correctivas, revisando y controlando los efectos de estas intervenciones. Si el resultado sí se logró en el paso, pero no en el ciclo completo (el registro completo tarda más de 30 minutos desde la llegada del cliente) el equipo debe reevaluar el proceso de registro y concluir si el resultado esperado es realista o si el proceso debe rediseñarse.

8. CONCLUSIONES

Por la naturaleza de este trabajo su principal conclusión consiste en el conjunto de lineamientos propuestos en el capítulo cuarto. Estos lineamientos sintetizan una respuesta general al problema planteado *¿cómo orientar la gestión de una empresa de servicios de salud, hacia la participación organizada de sus clientes en el mejoramiento de la calidad de los servicios?*. No hay conclusiones relativas a las hipótesis formuladas, porque no se formularon hipótesis. La investigación exploratoria realizada en el Hospital José María Hernández de Mocoa, comprobó un hecho por los autores conocido: la ausencia de una participación efectiva en los términos previstos por la reglamentación del Sistema. Pero, como se indicó, esta investigación no se hizo con el fin de verificar el hecho, sino con el ánimo de lograr una aproximación general sobre la práctica de la participación una empresa de este tipo. No obstante lo anterior, se plantean a continuación algunas conclusiones generales sobre el trabajo y sus alcances.

- La búsqueda bibliográfica mostró una escasez de literatura que puede interpretarse como falta de interés por el tema específico, en las empresas y organismos públicos pertinentes. No se encontró información de experiencias sistematizadas en esta área, como tampoco propuestas que trasciendan la escueta reglamentación. Se han hecho esfuerzos desde el Estado por modernizar la prestación de los servicios de salud en las empresas públicas; sí, esfuerzos que incluyeron la elaboración de manuales como los del Programa de Mejoramiento del entonces Ministerio de Salud. Sin embargo, éstos no han enfatizado sobre la participación de los clientes externos como factor sustancial de mejoramiento.
- Según la búsqueda bibliográfica, no existen enfoques de gerencia que comprometan la participación del cliente en un espectro tan amplio como el que persigue esta propuesta. Los enfoques más reconocidos lo cubren parcialmente: o enfatizan en una participación amplia del cliente interno (a nivel consultivo, decisorio y ejecutor); o se concentran en una modesta participación del cliente externo (instrumental y consultiva). Ninguna propone un amplio espectro de participación —consultivo, decisorio y ejecutor— que involucre tanto a los empleados como a los usuarios de la empresa. Ninguna extiende la participación hasta las máximas instancias de dirección como sucede en el sistema de salud colombiano. Estos hechos sirven de contexto para estimar la relevancia de la contribución que se pretende hacer con este trabajo.

- Tal vez la principal contribución de este trabajo no radica en sus respuestas sino en la pregunta que lo motiva *¿cómo orientar la gestión de una empresa de servicios de salud, hacia la participación organizada de sus clientes —internos y externos— en el mejoramiento de la calidad de los servicios?*. A esta conclusión se llega tras observar, con lo expuesto en este documento, que es factible encontrar respuestas fundadas en experiencias y planteamientos reconocidos (aún en el marco de un esfuerzo tan limitado y accidentado como el de este trabajo); y que los beneficios asociados pueden ser de gran trascendencia, no sólo para las empresas, también, y de manera especial, para el sistema de salud en general.

En el marco del sistema colombiano, los alcances de este tipo de respuestas cobran mayor relevancia al considerar que atienden dos cuestiones trascendentales para una organización socialmente responsable: a) mejorar la calidad de sus servicios, y en consecuencia su competitividad, haciendo de su mejoramiento una costumbre, parte de la cultura organizacional; y b) contribuir al desarrollo del Sistema, promoviendo la participación activa, organizada e informada de sus clientes externos y, en consecuencia, haciendo del control social una costumbre, parte de una cultura ciudadana necesaria para el mejoramiento continuo del Sistema como servicio público esencial.

- Y finalmente, asociado a lo anterior, es decir, considerando el contexto particular del sistema de salud colombiano, se concluye que una experiencia exitosa de gerencia participativa del servicio podría convertirse en una interesante innovación en la gerencia de servicios y en los servicios de salud.

Experiencias exitosas, debidamente sistematizadas, probablemente enriquecerían conceptualmente fuentes como las que han servido de fundamento a este trabajo. Por esto, se resalta la conveniencia de llevar a la práctica los lineamientos propuestos y ajustarlos según los resultados observados. Son muchos los elementos que quedan fuera en unos lineamientos; también muchos los aspectos que convendría evaluar durante su aplicación (como el proceso paralelo de organización de los usuarios), pero, finalmente, sólo su puesta en práctica permitirá establecer su utilidad, viabilidad y condiciones requeridas para lograr los beneficios que aquí se le atribuyen.

BIBLIOGRAFÍA

ALBRECHT, Karl y ZEMKE, Ron. La gerencia del servicio. Bogotá: Legis, 1992. 202 p.

ALBRECHT, Karl. La revolución del servicio. Santafé de Bogotá: Legis, 1990. 236 p.

BACA URBINA, Gabriel. Evaluación de proyectos. 3 ed. México: McGraw-Hill, 1995. 339 p. ISBN 968-451-775-5.

BARLON, Janelle y MOLLER, Claus. Una queja es un favor. Como utilizar los comentarios de los clientes como herramientas estratégicas. Santafé de Bogotá: Norma, 1999. 251 p.

BUSTAMANTES ÁLVAREZ, Rodrigo. La gerencia moderna aplicada al sector público. 1987 – 1990. Santafé de Bogotá: Imprenta ISS, 1990. 251 p.

CÁRDENAS SANTA-MARTA, Jorge Hernán. Gerencia del mejoramiento continuo en el sector público. Santafé de Bogotá: Escuela Superior de Administración Pública, 1992. 97 p.

_____ y ZAMBRANO CETINA, William. Gerencia pública en Colombia. Santafé de Bogotá: Presidencia de la República. Consejería para la Modernización del Estado, Asociación Colombiana para la Modernización del Estado (PDI, FONADE, COLCIENCIAS), 1994. 573 p.

_____ Gobernabilidad y reforma del estado. Santafé de Bogotá: Presidencia de la República. Consejería Presidencial para la Modernización del Estado, Asociación Colombiana para la Modernización del Estado (PDI, FONADE, COLCIENCIAS), 1994. 551 p.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Manual para la conformación y capacitación de asociaciones de usuarios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Santafé de Bogotá: El ministerio, 1997.

DEMING, W. Edwards. Calidad Productividad y competitividad. (La salida de la crisis). 2 ed. Madrid: Díaz de Santos, 1989. 391 p.

ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA. Elementos para la gestión local de seguridad social en salud. Bogotá: ESAP, 1999. 15 p.

FEIGENBAUM, Armand V. Control Total de la Calidad. 3 ed. México: Cecsa, 1994. 922p.

GILMORE, Carol M. y NOVAES, Humberto de Morales. Manual de gerencia de la calidad. Washington : Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, 1996. 232 p. Volumen III / No. 9. Serie HSP-UNI/Manuales operativos PALTEX. ISBN 92 75 32182 5

HARRINGTON, H. James. Administración total del mejoramiento continuo. La nueva generación. Santafé de Bogotá: McGraw-Hill /Interamericana, 1996. 506 p.

HOPSON, Barrie y SCALLY, Mike. 12 Pasos para el éxito brindando servicio. Buenos Aires: MACCHI. 1993. 205 p.

HOROVITZ, Jackes. La calidad del servicio, a la conquista del cliente. Madrid: McGraw-Hill, 1992. 104 p.

_____ y JURGENS PANAK Michele. La satisfacción total del cliente: la estrategia de 25 compañías europeas líderes en calidad de servicio. Madrid: McGraw-Hill, 1993. 342 p.

ISHIKAWA, Kaoru. ¿Qué es Control Total de calidad?. La modalidad japonesa. 1 ed. Santafé de Bogotá: Norma, 1996. 209 p.

JURAN, Joseph M. Juran y el Liderazgo para la calidad. 1. ed. Madrid: Díaz de Santos, 1990. 363 p.

KINNEAR, Thomas C. y TAYLOR, James R. Investigación de mercados. 1 ed. México: Mc Graw-Hill, 1982. 740 p. ISBN 0-07-034741-7

KOTLER, Philip. Mercadotenia. México: Prentice-Hall Hispanoamericana, 1989. 735 p.

LOVELOCK, Christopher H. Mercadotecnia del servicio. 3 ed. Santafé de Bogotá: Prentice-Hall Hispanoamericana, 1997. 661 p.

MALAGÓN LONDOÑO, Gustavo; GALÁN MORERA, Ricardo y POTÓN LAVERDE, Gabriel. Auditoria en salud para una gestión eficiente. 1 ed. Bogotá: Médica Internacional, 1998. 504 p.

PEEL, M. El Servicio al Cliente, Guía para mejorar la atención y la asistencia. DEUSTO. Barcelona: Deusto DL , 1990. 204 p. 84-234-0836-1.

PETERS, Thomas y WATERMAN, Robert. En busca de la excelencia. experiencia de las empresas mejor gerenciadas de los Estados Unidos. Barcelona: Norma, 1996. 340 p.

REICHHELD, Frederick F y TEAL, Thomas. El efecto lealtad. Crecimiento, beneficio y valor último. Barcelona: Ariel, 1995. 336 p.

REVISTA ELECTRÓNICA SALUD COLOMBIA. www.saludcolombia.com. Ediciones 35 a 45.

ROBLES Olarte, Josué Lucio. Estado y Gestión Pública. 1. ed. Medellín: Asociación Colombiana de Administradores Públicos, ACAP, DIKE, 1998. 148 p.

SERNA GÓMEZ, Humberto, Auditoria del Servicio. Como medir y satisfacer las necesidades del cliente. 1 ed. Santafé de Bogotá: RAM editores, 1996. 224 p. ISBN: 958-9063-15-2.

SEWELL, Carl y BROWN, Paul B. Clientes para siempre. COMO CONVERTIR A UN COMPRADOR OCASIONAL EN UN CLIENTE PARA SIEMPRE. México: Mc Graw-Hill, 1994. 205 p.

WHITELEY, Richard C. La Empresa consagrada al Cliente. Buenos Aires: Javier Vergara, 1992. 331 p.

ANEXOS

Anexo A: Segmentos del Mercado de los servicios de salud en el SGSSS

El segmento contributivo. Lo componen todas aquellas personas con capacidad de pago y su grupo familiar, que cotizan directamente o en concurrencia con su empleador. El primer afiliado se denomina –cotizante– y los miembros de su grupo familiar –beneficiarios–. Son cotizantes todas aquellas personas nacionales o extranjeras, residentes en Colombia, vinculadas mediante contrato de trabajo; incluidas aquellas que forman parte de los cuerpos diplomáticos y organismos internacionales. También los servidores públicos con vinculación contractual o legal y reglamentaria; los pensionados del sector público y privado, y los trabajadores independientes cuyos ingresos mensuales sean superiores a dos salarios mínimos mensuales legales vigentes.

Un segmento especial. A pesar de no aparecer oficialmente como un régimen, los servicios previstos para los Planes Adicionales de salud: Planes Complementarios, Planes de Medicina Prepagada y Seguros de Salud determinan un segmento particular del mercado de los servicios de salud. Se trata del segmento integrado por personas que por su capacidad de pago sobresaliente pueden pagar además del régimen contributivo un seguro de salud adicional.

El segmento subsidiado. Cuando las personas –y en general las familias– no cuentan con ingresos suficientes para costear su acceso a los servicios de salud, pueden afiliarse al Sistema mediante el pago de la Unidad de Pago por Capitación, UPC, subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o del Fondo de Solidaridad y Garantía. Una característica importante de este segmento radica en los procedimientos para la identificación y selección de las personas que tienen derecho al subsidio. Esto se realiza mediante el Sistema de Identificación y Selección de Beneficiarios, el SISBEN, mecanismo que con base en información sobre el estado de las necesidades básicas insatisfechas, determina un puntaje mediante el cual se clasifica el afiliado en uno de cinco niveles. En el primer nivel clasifican los individuos más pobres y en el nivel cinco los más solventes.

El segmento de los vinculados. Son personas con y sin capacidad de pago, que no están en el contributivo ni en el subsidiado. Aunque inicialmente estaba previsto que este segmento disminuyera progresivamente, fenómenos como la evasión, elusión y corrupción han impedido el logro de la universalidad. Por diversas razones el número de colombianos por fuera del Sistema es de 17 millones de personas a septiembre de 1999¹⁸, según el Gobierno Nacional.

¹⁸ Revista Salud Colombia [online]. Edición 42. Santafé de Bogotá: Inversiones Marcha. 16 Noviembre - 15 Diciembre, 1999. [citado en 1999-12]. Mensual. Disponible en Internet: <http://www.saludcolombia.com/actual/salud42/noticia42.htm#La%20crisis%20hospitalaria:%20muchas%20causas%20y%20pocas%20soluciones>.

Anexo B. Planes de Beneficio del Sistema General de Seguridad Social en Salud

El Plan de Atención Básica, PAB. Es un plan de carácter gratuito y obligatorio prestado directamente por el Estado o mediante la contratación con las empresas Aseguradoras y Prestadoras de servicios sin objetar su naturaleza jurídica. Sus contenidos son definidos por el Ministerio de Salud en desarrollo del artículo 49 de la Constitución Política para todos los habitantes del territorio nacional.

La financiación, planeación, ejecución y control del PAB es responsabilidad y obligación del Gobierno a través del Ministerio de Salud y los entes territoriales del orden departamental, distrital y municipal; el PAB debe ser incluido en los planes sectoriales de salud y en los planes de desarrollo. El PAB se financia con recursos del situado fiscal destinados al fomento de la salud y prevención de la enfermedad; con los recursos fiscales derivados de los programas nacionales del Ministerio de Salud y con aquellos que destinen los departamentos, distritos y municipios.

El Plan Obligatorio de Salud, POS. Es el conjunto básico de servicios de atención en salud a los cuales tiene derecho todo afiliado al Régimen Contributivo, siempre que haya cumplido con las obligaciones contraídas con una empresa aseguradora autorizada.

El contenido del POS es definido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud e incluye educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, en los diferentes niveles de complejidad así como el suministro de medicamentos esenciales en su denominación genérica. Sin embargo, las Aseguradoras podrán incluir en el tratamiento medicinas alternativas autorizadas en Colombia por su eficacia y seguridad.

El POS no cubre aquellos servicios considerados como cosméticos, estéticos o suntuarios, o que sean el resultado de complicaciones de estos tratamientos o procedimientos.

El Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado, POSS. Es el conjunto básico de servicios de atención en salud a los cuales tienen derecho todo afiliado al Régimen Subsidiado, definido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y deberá igualarse al POS contributivo para el año 2001.

Los Planes Adicionales de Salud, PAS. Son beneficios adicionales a los ya señalados, autorizados sólo a los afiliados del régimen contributivo. Se denominan Planes Adicionales de Salud y son financiados exclusivamente por los particulares en forma voluntaria con recursos diferentes a la cotización obligatoria. La prestación de este servicio no corresponde al Estado; no obstante éste tiene las facultades de inspección y vigilancia que le son propias. Son contratados con una Aseguradora que puede ser una EPS, una Entidad Adaptada, una compañía de Medicina Prepagada o una Empresa de Seguros. Se dividen en tres clases: Planes de Atención Complementaria en salud, Planes de Medicina Prepagada y las Pólizas de Salud.

La Atención en Accidentes de Tránsito y Eventos Catastróficos. El Sistema General de Seguridad Social en Salud garantiza a todos los habitantes del territorio nacional la atención en salud derivada de accidentes de tránsito con cargo a la aseguradora del vehículo causante del siniestro o al FOSYGA.

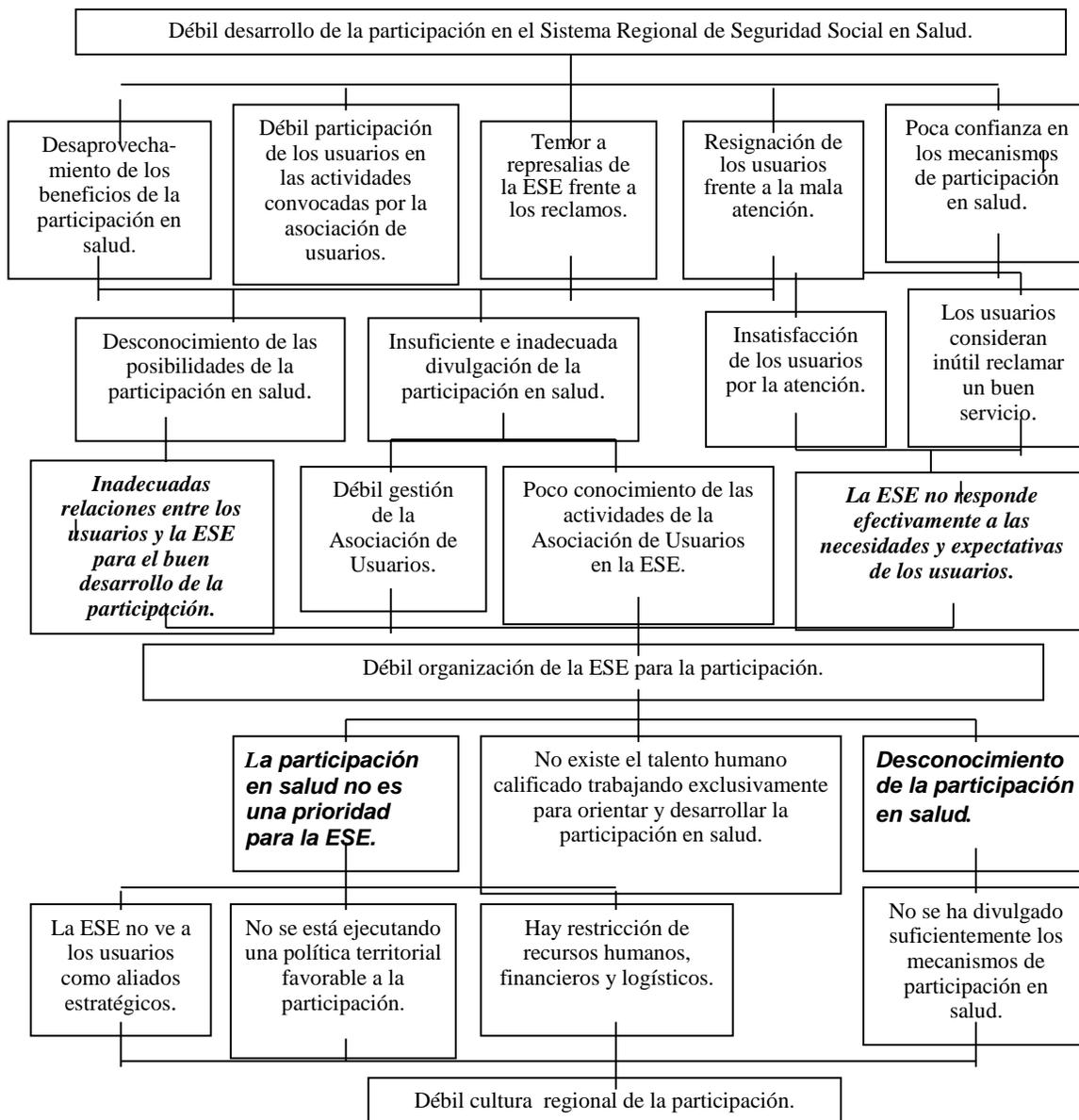
El Sistema garantiza a las empresas prestadoras el pago por la atención en salud a las víctimas de catástrofes naturales, actos terroristas y otros eventos aprobados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud; así como el pago de las indemnizaciones de acuerdo con las facultades asignadas al FOSYGA por el Decreto 1283 de 1996 reglamenta las actuaciones del FOSYGA en estos aspectos.*. Los servicios requeridos y no cubiertos por el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, SOAT, o el FOSYGA en materia de accidentes de tránsito deben ser asumidos por la Aseguradora de conformidad con el POS o el Plan Adicional en Salud contratado.

* El Decreto 1283 de 1996 reglamenta las actuaciones del FOSYGA en estos aspectos.

Anexo C. Necesidades de información y Fuentes de Datos

Descripción	Fuente
<p>Caracterización del mercado de clientes de la ESE, Hospital José Ma. Hernández de Mocoa, Putumayo.</p> <p>Se requirieron datos sobre edad, sexo, estrato, ocupación, EPS o ARS, régimen, localidad y municipio, zona urbana o rural, escolaridad y conocimiento del sistema general de la participación ante instituciones de salud.</p>	<p>Primaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clientes de la ESE Hospital José María Hernández. <p>Secundaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Decreto 1757 de 03/08/1994 • Base de datos de facturación de septiembre de 1999.
<p><i>Caracterización de factores limitantes de la participación de los clientes en la ESE, Hospital José Ma. Hernández.</i></p> <p>Información sobre la naturaleza de los factores que limitan la participación de los clientes en la gestión, evaluación y mejoramiento del sistema en el Departamento.</p> <p>Los supuestos fueron: el desconocimiento de sus derechos y deberes; la constante modificación de las normas que rigen el Sistema General de Seguridad Social en Salud; la apatía para intervenir ante los organismos de control; temor a posibles represalias de instituciones.</p>	<p>Primaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clientes de la ESE y Personal de la Oficina del Sistema de Información y Atención al Usuario. • Directivas de las asociaciones de usuarios de la ESE Hospital José María Hernández y de las Entidades Promotoras de Salud del Putumayo. <p>Secundaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Información sobre las Asociaciones de Usuarios del Departamento, División de Participación Social del Departamento Administrativo de Salud (DASALUD). • Decreto 1757 de 03/08/1994.
<p>Identificación y análisis de las condiciones para la participación efectiva.</p> <p>Información sobre las condiciones bajo las cuales pueden ser contrarrestados los factores que limitan la participación.</p>	<p>Primaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrevistas con profesionales relacionados con la participación en salud del Departamento Administrativo de Salud, EPS Selvasalud, ARS Coopsosafa y la ESE José María Hernández.

Anexo D. Árbol de problemas de la ESE Hospital José María Hernández.



Anexo E. Entrevista Piloto a los Clientes Externos de la ESE Hospital José María Hernández.

Objetivo: Determinar el conocimiento que tienen los clientes externos de la ESE Hospital José María Hernández sobre las normas de participación en salud.

1. ¿Que entiende por participación en salud?
2. ¿Qué ha escuchado sobre participación en las instituciones de salud?
3. ¿Ha asistido a alguna charla o taller sobre participación en salud? Sobre qué temas?
4. ¿Porqué razones no asistiría a una charla sobre participación en salud?
5. ¿Conoce sus derechos como usuario de la salud? ¿Cuáles?
6. ¿Conoce sus deberes como usuario de la salud? ¿Cuáles?
7. ¿Sabe que existe una Oficina de Atención al Usuario en este Hospital?
8. ¿Qué servicios presta esta Oficina?
9. ¿Ha tenido dificultades con los servicios del Hospital? ¿Cuáles?
10. ¿Presentó algún reclamo? ¿Ante quién?
11. ¿Porqué razones Ud. no reclamaría y exigiría sus derechos?
12. ¿Para qué sirve una Asociaciones de Usuarios?
13. Cómo reaccionaría usted en los siguientes casos:
 - a. Usted necesita de un servicio del hospital y al momento de solicitarlo, no se lo prestan. ¿Ud. que hace?
 - b. Usted tiene una cita con el médico especialista pero se le olvido el carné de la EPS, le dicen que sin el carné no lo atienden, que hace usted.?
 - c. Un familiar suyo se encuentra hospitalizado y a la hora de las comidas, le llevan los alimentos fríos. ¿Que haría ante esto?
 - d. Usted esta hospitalizado, tiene una molestia y se la comunica a la enfermera y le contesta de mal modo. ¿Que haría usted?
 - e. Se encuentra en urgencias y deciden hospitalizarlo. Al llegar a la habitación la cama tiene las sábanas en mal estado. ¿Que haría usted?

Anexo F. Entrevista Piloto a los Clientes Internos de la ESE Hospital José María Hernández.

Objetivo: Identificar el grado de conocimiento de los empleados de la ESE Hospital José María Hernández sobre la Participación en Salud.

1. ¿Qué normatividad conoce Ud. sobre participación en salud?
2. ¿Usted qué entiende por participación en salud?
3. ¿Cómo se da la participación en este Hospital?
4. ¿Cuál es el papel de una Asociación de Usuarios?
5. ¿Qué actividades conjuntas han realizado el Hospital y la Asociación de Usuarios?
6. ¿Qué otras actividades ha realizado la Asociación de Usuarios en el Hospital?
7. ¿En la práctica, qué ventajas y desventajas le trae la Asociación de Usuarios al Hospital?
8. ¿Cuáles son las funciones de la Oficina de Atención al Usuario de este Hospital?

Anexo G. Encuesta a los clientes externos de la ESE Hospital José María Hernández.

Objetivo: Determinar el conocimiento y actitudes de los usuarios de la ESE Hospital José María Hernández sobre la participación en las instituciones de salud.

Para las siguientes preguntas seleccione solo una respuesta.

1. ¿Qué es para usted PARTICIPACIÓN EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD?
 - A. Los servicios médicos que se prestan en el hospital.
 - B. Mejorar el servicio de salud con la cooperación entre usuarios y funcionarios.
 - C. Un programa dirigido a los niños y los usuarios de la tercera edad.
 - D. Un programa de bienestar social para los funcionarios del hospital.
 - E. No sabe.

2. Con relación a la participación en salud, USTED HA ASISTIDO a charlas o talleres.
 - A. Asociaciones de usuarios (su composición, funciones, etc.)
 - B. Comités de Ética Hospitalaria (su composición, funciones, etc.)
 - C. Sistema de Información y Atención al Usuario, SIAU.
 - D. Cómo presentar quejas y peticiones ante las instituciones de salud.
 - E. No ha asistido.
 - F. Otra _____.

- 3.Cuál es EL PRINCIPAL MOTIVO PARA NO ASISTIR a una charla sobre participación en salud?.
 - A. Otros compromisos (trabajo, familiar, estudio...)
 - B. No me interesa el tema.
 - C. No cuento con recursos para mi desplazamiento.
 - D. La falta de información oportuna sobre la actividad.
 - E. Ningún motivo.

4. En materia de participación en salud SU PRINCIPAL DERECHO es...
 - A. Presentar quejas y peticiones para recibir un mejor servicio.
 - B. Conformar Asociaciones de Usuarios para la defensa de sus derechos.
 - C. Participar en la planeación, gestión, evaluación y control de los servicios de salud.
 - D. Representar a una Asociación de Usuarios en las Juntas Directivas de Entidad Promotora de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud.
 - E. No sabe.

5. El hospital tiene una Oficina de Atención al Usuario?.
 - A. SI
 - B. NO
 - C. No Sabe

6. La principal función de la Oficina de Atención al Usuario en el hospital es...
 - A. Velar por la buena prestación de los servicios.
 - B. Programar charlas y talleres de integración entre usuarios y funcionarios.
 - C. Orientar al usuario en la realización de sus trámites.
 - D. Recibir quejas y reclamos de los usuarios
 - E. No sabe.

7. A quien le ha presentado su reclamo cuando ha tenido problemas en el servicio.
 - A. Al Gerente.
 - B. Al personal de la Oficina de Atención al Usuario.
 - C. A un representante de la Asociación de Usuarios.
 - D. No ha presentado reclamos.
 - E. No ha tenido problemas.

8. ¿Por qué no reclamaría ante una mala atención?
 - A. Por temor a futuras represalias.
 - B. Piensa que de todas maneras nada va a cambiar.
 - C. No reclamaría, el hospital hace lo que puede.
 - D. No le importa, siempre y cuando le atiendan.
 - E. Si reclamaría.
 - F. Otra _____

9. ¿Qué es una Asociación de usuarios de un hospital?
 - A. Una organización de usuarios que participa en las decisiones del hospital.
 - B. Un grupo de funcionarios y usuarios que trabajan por el bienestar social.
 - C. Todos los funcionarios del hospital que usan sus servicios.
 - D. El grupo de funcionarios que prestan servicios médicos.
 - E. No sabe.

10. ¿Cuál es el papel principal de una Asociación de Usuarios?
 - A. Asesorar a sus asociados en la libre elección de la EPS.
 - B. Participar en las Juntas Directivas del hospital.
 - C. Vigilar que los pagos correspondan a la capacidad económica del usuario.
 - D. Atender las quejas de los usuarios por la mala prestación del servicio.
 - E. No sabe.

11. En este hospital se da solución efectiva a las quejas que se presentan.
 - A. Nunca.
 - B. Casi nunca.
 - C. Siempre.
 - D. Casi siempre.
 - E. No sabe.

12. Ha recibido alguna orientación de la Asociación de Usuarios del hospital?.
 - A. Nunca.
 - B. Casi nunca.

- C. Casi siempre.
- D. Siempre.
- E. No sabe.

13. ¿Por qué medio se ha enterado de las actividades entre la Asociación de Usuarios y el Hospital?

- A. La Radio.
- B. Boletines del hospital.
- C. Comentario de otro usuario.
- D. Reuniones con la Asociación de Usuarios.
- E. No se ha enterado de tales actividades.

Cómo sería su reacción ante las siguientes situaciones:

14. Usted solicita un servicio del hospital y el personal le informa que no se lo puede prestar:

- A. Se quejaría ante mi EPS.
- B. Se quejaría en la Gerencia del hospital.
- C. Pondría una queja en la Oficina de Atención al Usuario del hospital.
- D. Regresaría otro día.
- E. No sabe.

15. Usted ha sido hospitalizado, al llegar a la habitación, la cama tiene las sábanas en mal estado:

- A. Quitaría las sábanas y se acostaría en el colchón.
- B. Solicitaría que las cambien.
- C. Le pido el favor a un familiar que le trajera unas sábanas de la casa.
- D. Solo en el caso de que estuvieran sucias, reclamaría.
- E. No hace nada.

DATOS PERSONALES:

Edad: _____ Ocupación: _____ SEXO: F__ M__

Escolaridad: Primaria__ Bachiller__ Técnico__ Universitario__ Profesional__

Régimen de afiliación: S __ C __

EPS: SELVASALUD __ ISS__ COOPSOSAFA__ CAJANAL __

CAPRECOM ____ Otra _____.

Municipio : _____ Zona de Residencia: _____.

Fecha: __/__/__

Anexo H. Encuesta a los clientes internos de la ESE Hospital José María Hernández

Objetivo: Identificar el grado de conocimiento sobre participación en las instituciones de salud de los empleados de la ESE Hospital José María Hernández.

En las siguientes preguntas seleccione SOLO UNA respuesta.

1. ¿Qué es para usted LA PARTICIPACIÓN DE LOS USUARIOS en las instituciones de salud?
 - A. Son las actividades de promoción y prevención, salud ocupacional y otras.
 - B. Es el proceso que se realiza para la elección del Gerente del hospital.
 - C. Es la cooperación entre usuarios y funcionarios para mejorar el servicio de salud.
 - D. Es un programa dirigido a los usuarios de la tercera edad.
 - E. No sabe.

2. ¿Actualmente, CÓMO SE ESTA DANDO LA PARTICIPACIÓN en este Hospital?
 - A. Por medio de las actividades de promoción y prevención de la salud.
 - B. Con la solución efectiva de las quejas y reclamos de los usuarios.
 - C. Por medio de las acciones que se desarrollan con la Asociación de Usuarios.
 - D. Hay poca participación en el hospital.
 - E. No sabe.

En las siguientes afirmaciones exprese su acuerdo o desacuerdo.

3. Definitivamente, LA ORGANIZACIÓN ACTUAL del Hospital SI ESTÁ MEJORANDO las relaciones con los usuarios.
 - A. De acuerdo
 - B. Parcialmente de acuerdo
 - C. En desacuerdo
 - D. Parcialmente en desacuerdo
 - E. No sabe

4. SIN LUGAR A DUDAS para este Hospital la participación en salud ES UNA PRIORIDAD.
 - A. De acuerdo
 - B. Parcialmente de acuerdo
 - C. En desacuerdo
 - D. Parcialmente en desacuerdo
 - E. No sabe

5. En este Hospital se considera que los usuarios SON LOS SOCIOS PRINCIPALES.
 - A. De acuerdo
 - B. Parcialmente de acuerdo
 - C. En desacuerdo

- D. Parcialmente en desacuerdo
- E. No sabe

En las siguientes preguntas seleccione SOLO UNA respuesta.

6. EL MAYOR OBSTÁCULO para desarrollar la PARTICIPACIÓN DE LOS USUARIOS en el Hospital es:
- A. Falta de capacitación de los trabajadores y usuarios en participación.
 - B. El Hospital no está suficientemente organizado para ello.
 - C. Falta de interés de los trabajadores y usuarios por el tema.
 - D. Escasez de recursos humanos y financieros.
 - E. No sabe
- Otro _____.
7. ¿Para usted CUÁL DEBERÍA SER EL PRINCIPAL PAPEL de una Asociación de Usuarios?
- A. Gestionar la consecución de recursos para el Hospital.
 - B. Motivar al usuario a participar de las actividades de promoción y prevención.
 - C. Velar por la calidad de los servicios y la defensa del usuario.
 - D. Coordinar acciones con otras Asociaciones en favor del Hospital.
 - E. No sabe.
- Otro _____.
8. El Hospital tiene Asociación de Usuarios?
- A. SI
 - B. No
 - C. No sabe.
9. El Hospital y la Asociación de Usuarios han trabajado CONJUNTAMENTE en...
- A. Solución efectiva a las quejas y reclamos presentados por los usuarios.
 - B. En el cobro de la deuda por la prestación de servicios a las EPS.
 - C. Reuniones permanentes en busca del mejoramiento de los servicios.
 - D. No han trabajado juntos.
 - E. No sabe.
10. LA PRINCIPAL ACTIVIDAD de la Asociación de Usuarios en el Hospital ha sido:
- A. Informar a los funcionarios sobre las quejas y reclamos de los usuarios.
 - B. Asesorar a los usuarios sobre sus deberes y derechos.
 - C. Gestionar descuentos en los pagos por los servicios del Hospital.
 - D. No ha habido una actividad principal
 - E. No sabe. _____

- 11.Cuál es la PRINCIPAL VENTAJA que la Asociación de Usuarios LE TRAERÍA a este Hospital. _____
12. ¿Cuál es el PRINCIPAL INCONVENIENTE que la Asociación de Usuarios le trae al hospital?
- A. Preferir a los usuarios de una EPS.
 - B. Inmiscuirse en asuntos internos que no les competen.
 - C. Desinformar a los usuarios.
 - D. Ninguno, la Asociación no genera inconvenientes.
 - E. No sabe.
13. La PRINCIPAL FUNCIÓN de la OFICINA DE ATENCIÓN AL USUARIO en este Hospital es...
- A. Velar por la buena prestación de los servicios.
 - B. Programar charlas y talleres de integración entre usuarios y funcionarios.
 - C. Orientar al usuario en la realización de sus trámites.
 - D. Recibir quejas y reclamos de los usuarios
 - E. No sabe.

DATOS DEL ENCUESTADO:

Edad: _____

Nivel de Cargo: Operario___ Bachiller___ Técnico___ Profesional___

Dependencia: _____

Grado de escolaridad: Primaria___ Bachiller___ Cursos___ Auxiliar Técnico ___

Universitario___ Especializado___

Sexo: F___ M___

Fecha: __/__/__

Anexo I. Respuestas de las entrevistas a los clientes externos.

PREGUNTA	RESPUESTA
1. ¿Qué entiende por participación en salud?	<p>A. No sabe. (7 respuestas)</p> <p>B. Es importante, integra a la comunidad.</p> <p>C. Son los mecanismos para que la comunidad conozca bien qué es la salud y cómo reclamar derechos.</p> <p>D. No conozco el tema.</p> <p>E. Participar la comunidad en todo lo que tiene que ver con salud.</p> <p>F. Enterarse de los deberes, derechos y beneficios en salud.</p> <p>G. Es recibir los servicios médicos.</p>
2. ¿Qué ha escuchado sobre participación en las instituciones de salud?	<p>A. Nada. (9 respuestas)</p> <p>B. Es la integración de la comunidad a participar en las decisiones de la Institución. Se debe tener un delegado de cada vereda como lo está haciendo SELVASALUD. COOSOSAFA lo hizo al comienzo.</p> <p>C. Todos debemos participar en Veedurías y Asociaciones de Usuarios para conocer nuestros derechos y deberes.</p> <p>D. He leído, sobre los derechos.</p> <p>E. Es lo mejor que el gobierno ha hecho, si se aplicara como debería ser y no hubiera tanta corrupción y política.</p>
3. Ha asistido a alguna charla o taller sobre participación en salud? Temas a los cuales ha asistido?	<p>A. No. (6 respuestas)</p> <p>B. No he asistido. (3 respuestas)</p> <p>C. Si. Un funcionario de DASALUD dio charlas sobre Prevención de enfermedad y descontaminación del Medio ambiente.</p> <p>D. Si. En Veedurías y Conformación de Asociaciones de Usuarios.</p> <p>E. Si, organizada por DASALUD. Dora Ordoñez.</p> <p>F. Si, pero sobre participación ciudadana.</p>

<p>4. ¿Por qué razones no asistiría a una charla sobre participación en salud?</p>	<p>A. Participaría. Me interesaría conocer sobre el tema. B. Falta de tiempo. Si estoy en otra reunión no podría. A veces no hay para pagar el transporte y comida hasta la ciudad. C. Todos debemos asistir y capacitarnos para tener conocimiento. En ningún momento dejaría de hacerlo D. Por falta de tiempo, pero me interesa mucho. E. Si me invitan y con tiempo, asisto. F. Si motivan, me gusta mucho el tema de salud y me gusta colaborar. G. Por el trabajo y el tiempo, pero asistiría. H. Ninguna. I. Me gustaría mucho, pero de lunes a jueves estoy en J. La Hormiga por mi trabajo y los fines de semana en Mocoa, eso dificultaría mi asistencia. K. Porque no me entero de la actividad. L. No me entero de esas charlas. M. Por el trabajo. N. Por el trabajo de mi casa y mis hijos</p>
<p>5. Conoce sus derechos como usuarios/ cliente de la Salud. ¿Cuáles?</p>	<p>A. No sabe. (2 respuestas) B. No. (2 respuestas) C. No tengo claro. El carné me da derecho a reclamar buen servicio. D. Hacer buen uso del carné: no transferirlo. Hacer uso racional del servicio y seguir las instrucciones. E. Sí, atención oportuna, en general. F. Algunos. La atención de emergencia a los niños, primero. G. No los conozco muy bien, pero sé que si tengo derecho a participar en todos los programas de salud. H. Una buena atención. I. Atención médica oportuna. A. Quejarme por un mal servicio. B. Reclamar un buen servicio..</p>
<p>6. Conoce sus deberes como usuario / cliente de la salud. ¿Cuáles?</p>	<p>A. No sabe. (2 respuestas) B. No. (3 respuestas) C. Se debe asistir a charlas de promoción y prevención. Asistir continuamente a las citas con los médicos. Pagar copagos y cuotas de recuperación. D. Asistir por necesidad, no abusar de los servicios. E. Algunos. Esperar el turno, sino es una urgencia, ir a consulta externa.</p>

	<p>F. Ser puntual a la cita. G. Cumplir con lo que le toque como usuario. H. Exigir una buena atención en salud. I. Asistir a las citas. J. Llevar el carné a las citas.</p>
<p>7. Sabe que existe una oficina de Atención al Usuario en este hospital?</p>	<p>A. Si. (9 respuestas) No sé. (4 respuestas)</p>
<p>8. Qué servicios presta esta oficina?</p>	<p>A. No sé. (6 respuestas) B. Asesoría y orientación en tramitología. C. Trabajo Social, guiar, ubicar, papelería. D. Sé para que es: no está la señora y el teléfono no sirve. E. Presta muchos servicios, pero los usuarios no tienen el valor de formalizar la crítica. F. Servicios de ayuda a la comunidad, dar información. G. No he ido nunca. H. Para que nos presten una mejor atención.</p>
<p>9. Ha tenido dificultades con los servicios del hospital? ¿Cuáles?</p>	<p>A. No. (7 respuestas) B. No. Comida poquita como para dieta. Buen trato. C. Si. Faltan medicamentos formulados por los médicos. Los médicos no cumplen las citas que dan. Demoran mucho la facturación para la salida de pacientes en hospitalización. En varias ocasiones después de haber hecho fila les dicen que ya no pueden dar más citas porque no hay médicos. D. Si, hay enfermeras muy jodidas, aunque han mejorado. E. Si, son las 12:00 m. y estoy desde las 7.00 a.m. y no me ha atendido el ginecólogo, es un mal servicio. F. Me dan una cita y no me atiende el medico. G. No, es la segunda vez que vengo.</p>

10. Presentó algún reclamo? Ante quien?	<p>A. No. (10 respuestas)</p> <p>B. Si. Al gerente que poco le gusta, al Administrador y en la Oficina de Atención al Usuario. Allá toca así.</p> <p>C. Si reclamé hoy ante el gerente, pero él no me dio solución lo único que me dijo es que hasta el gobernador tiene que esperar, lo creen a uno como bobo, si al gobernador le llevan el hospital a la casa.</p> <p>D. Ante el Médico.</p>
11. Por qué razones usted no reclamaría, ni exigiría sus derechos?	<p>A. Reclamaría. (4 respuestas)</p> <p>B. Temor de que en un futuro no sea atendido, pero reclamaría.</p> <p>C. De pronto por temor, pero reclamaría.</p> <p>D. Colocaría la queja, pero sin nombre, temor a represalias en una próxima necesidad del servicio, aunque las cosas han cambiado.</p> <p>E. Reclamaría, a los veedores de la salud.</p> <p>F. Reclamaría, ante el gerente o la ley.</p> <p>G. Siempre reclamaría, por ejemplo como hoy pero el problema en el hospital no son los médicos, porque ellos son buenos es la administración, hay mucha burocracia y no pueden prestar un buen servicio porque los médicos están ocupados en otras cosas pero no contratan otros. Ese Doctor no sirve para nada.</p> <p>H. Nadie le hace caso a uno.</p> <p>I. Nada hacen en el hospital.</p> <p>J. Nada van a hacer.</p>
12. Para qué sirve una Asociación de Usuarios	<p>A. No sé. (7 respuestas)</p> <p>B. Concertar y buscar alternativas para mejorar el servicio. Buscar recurso para mejorar la atención</p> <p>C. Asesorar a los usuarios en el Sistema de Seguridad en Salud para que conozcan los servicios a los cuáles tienen derecho al ser afiliados y que conozcan sus derechos y deberes.</p> <p>D. Vigilar y controlar para que haya un mejor servicio.</p> <p>E. Muchas cosas, sirve para mejorar el servicio en salud.</p> <p>F. En el hospital existe pero está el nombre.</p> <p>G. Para que atiendan a la población de afuera rápido y los conozco como veedores.</p> <p>H. No, pero eso debe ser bueno.</p> <p>I. Para las quejas de los pacientes.</p>

Cómo reaccionaría usted en los siguientes casos:	
<p>a. Usted necesita un servicio del hospital y al momento de solicitarlo, no se lo prestan. ¿Ud que hace?</p>	<p>A. No se qué haría. No se puede pelear con los médicos. Si le dicen que no hay es así. B. Buscaría solución al problema quejándome en la EPS, sino hay solución acudiría a la secretaría de salud de alcaldía por último a la Oficina de Atención la Usuario en DASALUD. C. Investigo porqué razón no lo prestan. Porqué no hay médico y me quejo ante Gerente y Oficina de Atención al Usuario. D. Me dirijo ante la autoridad competente e informo. E. Reclamaría. F. Colocar una queja, uno tiene derecho a protestar. G. Me quejo. H. Reclamaría hasta solucionar el problema. I. Reclamaría. Pero no sirve de nada. J. Me voy y regreso después. K. Reclamo en la EPS. L. Hablo con alguien porque yo vengo de lejos. M. No sabe.</p>
<p>b. Usted tiene una cita con el médico especialista pero se le olvido el carné de la EPS, le dicen que sin el carné no lo atienden, que hace usted?</p>	<p>A. Voy a la casa a traerlo porque sino no me atienden. Hay que estar con papeles al día para tener el servicio. B. Voy a la EPS a solicitar constancia de afiliación. C. Buscaría los medios para comprobar que sí estoy afiliado. Iría a la oficina la Asociación de Usuarios para que llamen a la EPS o pagaría consulta particular haciendo aclaración que deben reembolsar cuando lleve el carné. D. Reclamaría mi derecho a la atención, lo que prima es la salud el carné es secundario. E. Me devuelvo, aunque desobligada. F. Voy a buscarlo, esa es una responsabilidad. G. Voy a la EPS a solicitarlo. H. Trataría de solucionar el problema hablando. I. Si lo tengo cerca lo busco y sino buscaría la manera de que me atendieran. J. Traigo el carné y regreso otro día. K. Regreso otro día. L. No tengo carné, ni estoy en ninguna EPS, por allá no nos dan.</p>
<p>c. Un familiar suyo se encuentra hospitalizado y a la hora de las comidas, le llevan</p>	<p>A. Hablaría con la enfermera para poner la queja o con quien fuera necesario. B. Llamaría la atención a la Jefe de Cocina o encargado de la alimentación. C. Reclamo en Asociación de Usuarios y Administración.</p>

<p>los alimentos fríos. ¿Que haría ante esto?</p>	<p>D. Haría lo que estoy haciendo hasta el momento, lo dejo servido, no me gusta la comida del hospital. E. No por frío, por pasado, si. F. Me quejo, me puede hacer daño, que den mejores alimentos. G. Reclamaría para que los cambiaran. H. Me quejaría para que los cambiaran. I. Los haría cambiar. J. No digo nada. K. Me los como fríos. (3 respuestas)</p>
<p>d. Usted esta hospitalizado, tiene una molestia y se la comunica a la enfermera y le contesta de mal modo. ¿Que haría usted?</p>	<p>A. Uno con dolor se enoja. Si es muy duro no se puede aguantar sin protestar. Buscaría la forma de hablar con otro funcionario, no sé con quien en específico. B. Me quejo con alguien de rango superior. C. Insisto en que me solucionen la situación. Busco ayuda por cualquier medio. Informo a la EPS D. Le digo a la persona, mi inconveniente, para que me lo solucione. E. Me quejo con la jefe de enfermeras. F. Me quejo ante las enfermeras. G. Reclamaría ante las jefes. H. Reclamaría para solucionar el problema. I. Reclamaría. J. Le dije a un familiar que reclame. K. Le digo a la enfermera que me trate suave. L. Nada. M. Le digo a una enfermera pero igual no va a cambiar</p>
<p>e. Se encuentra en urgencias y deciden hospitalizarlo. Al llegar a la habitación la cama tiene las sábanas en mal estado. ¿Que haría usted?</p>	<p>A. Quitarlas y acostarme en el colchón. B. Reclamar a la enfermera N. Tuve que acostarme en cama sin sábanas en urgencia por la necesidad. Protesté pero la respuesta es que las EPS no han pagado por eso tienen problemas. O. Hice la solicitud de que coloquen ropa en buen estado. C. Lo importante es que están limpias. D. Tengo el derecho de reclamar. E. Reclamaría. F. Le diría a las enfermeras que me cambien las sábanas. G. Hablaría para que me las cambiaran. H. Pido a mi esposa que me traiga unas sábanas. I. Que me las cambien. J. No hago nada. (2 respuestas)</p>

Anexo J. Respuestas a las entrevistas a los clientes internos.

PREGUNTA	RESPUESTA
1. Qué normatividad conoce usted sobre participación en salud?	<p>A. No conozco.</p> <p>B. Me imagino que la ley 100.</p> <p>C. Ninguna. (3 respuestas)</p> <p>D. Decreto de Participación Ciudadana. Ley 134-84 Constitución Nacional de 1991, ley 10/90.</p> <p>E. No recuerdo.</p>
2. Qué entiende por participación en Salud?	<p>A. Es colaborarle al usuario y facilitarle la información que requiera.</p> <p>B. Todo lo que se refiere a participar en salud, promoción y prevención, salud ocupacional, las diferentes ramas de los programas de la salud.</p> <p>C. Exigir ante las demás personas según las normas establecidas, sin salirse de los parámetros permitidos por las leyes.</p> <p>D. Toda persona que vela y administra los servicios de salud.</p> <p>E. Es darle la oportunidad al cliente de tomar decisiones de las políticas de la EPS e IPS.</p> <p>F. Fiscalización de recursos humanos y financieros, de acuerdo con el artículo 1 de la ley 100. Participación en la Toma de decisiones. El pueblo ha exigido mediante sindicatos y copacos y ha conseguido algunas cosas</p> <p>G. La oportunidad del usuario de participar en las actividades del hospital para que conozcan su funcionamiento y servicios.</p>
3. Cómo se da la participación en este hospital?	<p>A. Si existe la participación en salud, con la asociación de usuarios.</p> <p>B. Con personas de las comunidades (asociación de usuarios) y gobernadores de los cabildos.</p> <p>C. La participación se da por medio de la comunicación.</p> <p>D. Existen diferentes clases, como: información, atención en salud.</p>

	<p>E. No se da.</p> <p>F. Escasa, no hay cultura de cambio en la modernización. Si se hacen quejas por escrito hay rechazo, y proceso disciplinario a los funcionarios organizados. La asociación no tiene fuerza o poder. Es la democracia Vs Burocracia</p> <p>G. Folletos sobre funcionamiento de cada unidad. Información verbal sobre servicios en el SIAU.</p>
<p>4.Cuál es el papel de una asociación de usuarios?</p>	<p>A. Velar por el cumplimiento de los programas y la buena atención al usuario.</p> <p>B. Velar por la atención de los pacientes, es un veedor en el sector salud, intermediario entre el personal del hospital y el usuario.</p> <p>C. Mejorar el servicio que se le presta a los clientes, quejarse sobre la atención.</p> <p>D. Ente informativo y de colaboración a los usuarios. En la practica esta mal enfocado es una propaganda para SELVASALUD, no es igual para todos los usuarios, es político.</p> <p>E. Veeduría en salud, pero no se maneja así es una cuestión política.</p> <p>F. Velar que el cliente esté bien atendido en sus necesidades biológicas, culturales y económicas. Art. 49/100 obliga a servicio oportuno pero no es así hay mucha tramitología, falta de oportunidad, auditoria medica y revisoría fiscal. Se debe ampliar planta física. La comunidad es débil porque no está bien organizada, no les hacen caso. No pueden ejercer presión. Falta planificación a nivel directivo. No se invierten los recursos en forma eficiente, hay corrupción con los contratos y manejo de recursos. La comunidad no participa porque pierden un día de trabajo que nadie les reconoce además se cansan porque no los atienden.</p> <p>G. Vigilancia del servicio por medio de encuestas. Reuniones para apoyo o solución de quejas. Presión para control disciplinario.</p>

<p>5. Qué actividades conjuntas han realizado el hospital y la Asociación de Usuarios?</p>	<p>A. Reuniones y actividades de promoción y prevención. B. No. (3 respuestas) C. No sabe. D. Solicitud de nombramiento de gerente; encargado no da seguridad en el funcionamiento del Hospital en todos los niveles. E. Oficio de apoyo para solicitar el pago oportuno de Empresas Promotoras de Salud, presión.</p>
<p>6. Otras actividades ha realizado la asociación de usuarios en el hospital?</p>	<p>A. No. (5 respuestas) B. Reuniones con los funcionarios del HJMH donde exigieron el porte de escarapelas. Quieren oportunidad en servicios. Se reunieron como 90 personas, hay una junta. No los atienden. C. Reuniones a las que cita el Comité de usuarios (12 personas).</p>
<p>7. En la práctica, que ventajas y desventajas le trae la Asociación de Usuarios al hospital?</p>	<p>VENTAJAS: A. Intermediario entre el hospital y el usuario. B. Intermediario con el usuario. C. Mejorar los servicios, resolver solicitudes de los usuarios. D. Respaldo para los usuarios. E. No. Pero podría traer exigencias en el trabajo a nivel personal. F. Es la voluntad del pueblo hacia el gobierno. G. Ayuda a estar pendiente de las anomalías, presiona sobre las anomalías con EPS. DESVENTAJAS: A. Ninguna. (2 respuestas) B. No hay. (3 respuestas) C. No conocen sus funciones. No hacen crítica constructiva. H. No hacen vigilancia, sino que desinforman, le dicen a los usuarios que vayan a la defensoría y se han presentado varios problemas.</p>
<p>8. Cuáles son las funciones de la oficina de Atención al Usuario de este hospital?</p>	<p>A. Orientar al usuario en el hospital, presentar los servicios del hospital. B. Recibir las quejas y reclamos, orientar a los pacientes, informar al paciente, relacionar al paciente con la institución, velar por la atención del paciente, carta de presentación del hospital.</p>

	<p>C. Orientar y guiar a los clientes a la dependencia que necesite.</p> <p>D. Orientar a la gente.</p> <p>E. Recepcionar quejas y reclamos. Dar propuestas de solución.</p> <p>F. Orientar al usuario en el hospital, presentar los servicios del hospital.</p> <p>G. Recibir las quejas y reclamos, orientar a los pacientes, informar al paciente, relacionar al paciente con la institución, velar por la atención del paciente, carta de presentación del hospital.</p> <p>H. Orientar y guiar a los clientes a la dependencia que necesite.</p> <p>I. Orientar a la gente.</p> <p>J. Recepcionar quejas y reclamos. Dar propuestas de solución.</p> <p>K. Es necesario una persona activa que busque solucionar los inconvenientes que tiene el cliente.</p> <p>L. Orientación directa al paciente. Acompaña e informa sobre los servicios.</p>
--	---

