

**NIVEL DE CALIDAD PERCIBIDO POR LOS USUARIOS HIPERTENSOS QUE
ASISTEN AL PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA
INSTITUCION DE REGIMEN ESPECIAL COLOMBIANA DE SALUD SEDE
TUNJA**



YURY ANDREA PENAGOS REY

ALEXANDRA RODRIGUEZ BARON

UNIVERSIDAD SANTO TOMAS

FACULTAD CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y CONTABLES

ESPECIALIZACION AUDITORIA EN SALUD

TUNJA

TITULO

NIVEL DE CALIDAD PERCIBIDO POR LOS USUARIOS HIPERTENSOS QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA INSTITUCION DE REGIMEN ESPECIAL COLOMBIANA DE SALUD SEDE TUNJA

RESUMEN

Las Instituciones que prestan servicios de salud, existen por todo el mundo y la calidad con que llegan a los usuarios es un alto componente de su competitividad, por cuanto la calidad del servicio se convierte y hace referencia a la capacidad que con distinto grado, puede tener una organización o un acto concreto de asistencia sanitaria para satisfacer las necesidades de los consumidores de servicios de salud. La percepción de este complejo proceso es personal y subjetiva y solo puede comprenderse contextualizada en el universo factores involucrados para satisfacer las expectativas de los usuarios. El propósito de esta investigación fue determinar la percepción de calidad en la prestación de servicios de salud a la población hipertensa en el programa “RIESGO CARDIOVASCULAR (RCV)” de la IPS COLOMBIANA DE SALUD sede Tunja; para lo cual se realizó un estudio de tipo descriptivo de corte transversal, cuantitativo, a través de una descripción que planteó una

realidad social observada, relacionada con la calidad en la prestación del programa, utilizando como instrumento para la recolección de datos una encuesta, la cual se aplicó a un muestra de 182 usuarios hipertensos. Los resultados mostraron que la percepción de la atención está fuertemente mediada por el nivel de satisfacción de los usuarios, la oportunidad del servicio, la accesibilidad, la pertinencia de los mismos y lo que espera el usuario de este. El programa, desde el punto de vista práctico, debe evaluar la calidad utilizando indicadores con el fin de identificar el nivel de alcance de su objetivo y a partir de ello, establecer los cambios necesarios que lleven al logro total del mismo, al igual que le permita establecer estrategias organizacionales en caminadas a brindar atención con mayor oportunidad y responda a las expectativas de los usuarios.

Palabras Claves: Accesibilidad, Aceptabilidad Atención De Enfermería, Calidad, Eficacia, Eficiencia, Indicador, Percepción, Salud, Satisfacción De Los Usuarios, Usuarios.

Abstract

The institutions that provide health services, exist throughout the world and the quality with which reach users is a high component of its competitiveness, inasmuch as the quality of the service develops and refers to the capacity which, with varying degrees, may have an organization or a specific act of health care to meet the needs of consumers of services of health. The perception of this complex process is personal and subjective and can only be understood contextualized in the universe factors involved to meet the expectations of the users. The purpose of this research was determine the perception of quality in the provision of health services to the hypertensive population in the program "risk CARDIOVASCULAR (RCV)" of the Colombian health IPS headquarters Tunja; for it was a descriptive study of transverse, quantitative, cutting through a description that raised a social reality observed, associated with quality in the delivery of the program, using as a tool for data collection a survey, which was applied to a sample of 182 users hypertensive. Results showed that the perception of care is strongly mediated by the level of satisfaction of the users, the opportunity of service, accessibility, the relevance of the same, and what the user expects. From the practical point of view, the program should assess quality using indicators in order to identify the scope of your goal and from that level, establish the necessary changes that lead to the overall achievement of the same, as that allows you to establish organizational strategies on walks to provide care with greater opportunity and respond to the expectations of users.

INTRODUCCION

La calidad de la atención en salud se constituye en uno de los ejes primordiales a garantizar en cuanto a la atención del usuario y se define como: “la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios”.¹

A lo largo de las décadas del '80 y del '90 se fue consolidando la percepción de la calidad, situación que se manifestaba en la preocupación por este aspecto seguramente se vincula al avance tecnológico, que amerita reflexiones (más allá de la actuación impecable de los profesionales y de la satisfacción del usuario). Esta preocupación se refleja en los trabajos de Donabedian de la década de '90, quien da las pautas para orientar la calidad desde tres niveles básicos: “el primero la Estructurales definida como el agregado de todos los recursos involucrados en la producción de los servicios de salud. Se incluyen los aspectos físicos (planta física, equipos), el personal (calificación, capacitación), materiales, reglas, manuales, estándares y recursos financieros, entre otros. El segundo el Proceso representa las distintas actividades involucradas en la producción de la atención médica y el tercero los Resultados son los productos finales del proceso de atención en los servicios de salud. Pueden ser reconocidos, por ejemplo, en la reducción de las tasas de mortalidad o en el aumento de la sobrevivencia. Los dos primeros aspectos (estructura y proceso) son el campo

¹ PLAN BASICO DE ORDENAMIENTO TERRITORIAL. Documento resumen. Tunja. Boyacá 2012 , p 26

tradicional de la evaluación de la atención a la salud, y se encuentran presentes en las técnicas de acreditación, en la auditoria médica, representada por las Organizaciones de Revisión por Pares (PRO) o las más modernas Organizaciones de Revisión de Actividades.”²

Las instituciones prestadoras de servicios de salud IPS, se crean en nuestro país como entes encargados de satisfacer la demanda existente en la comunidad en relación a la prestación de servicios de salud, dichas instituciones asumen como reto fundamental la atención al usuario bajo los principios básico de calidad y eficiencia, estableciendo para ello acciones y procedimientos que permitan garantizar a los usuarios resultados deseables en salud.

Es así, como la IPS COLOMBIANA DE SALUD crea el programa de riesgo cardiovascular con la finalidad de darle a la población hipertensa un buen servicio de salud que llene las expectativas, que cumpla con las normas legales y sobre todo que el usuario una vez salga de la instalación desee nuevamente regresar a su próximo control el mes siguiente.

El presente artículo es pertinente ya que ayudará entre otros aspectos a conocer las debilidades y fortalezas del servicio, al igual que determinar la percepción que tiene el usuario acerca de la atención que se presta en el programa de riesgo cardiovascular de la

²DONABEDIAN A. La calidad en la atención médica: definición y métodos de evaluación. México: Prensa Médica Mexicana 1984, p 54.

IPS COLOMBIANA DE SALUD; la descripción de dichos factores sirve como herramienta para diseñar una propuesta de mejoramiento a los mismos.

A la par, su diseño aportará a los usuarios instrumentos necesarios que les permite conservar y fomentar su salud, prevenir enfermedades, a través de la implementación de programas y acciones de salud con calidad que busquen este fin.

De otro lado proporcionará a la Institución información que le será útil para el desarrollo de programas con calidad que respondan a las necesidades y expectativas del usuario, teniendo en cuenta que la calidad en los servicios de salud se ha considerado como un aspecto fundamental para la prestación de cualquier servicio, consolidando a esta institución como una empresa competente para brindar servicios de salud.

OBJETIVOS

Objetivo General

- Determinar la percepción de calidad en la prestación de servicios de salud a la población hipertensa en el programa “RIESGO CARDIOVASCULAR (RCV)” de la IPS COLOMBIANA DE SALUD sede Tunja.

Objetivos Específicos

- Establecer el nivel de calidad de la atención de programa de riesgo cardiovascular y los factores asociados con dicha percepción
- Identificar las debilidades y fortalezas que presenta la atención en lo relacionado con la oportunidad, accesibilidad, pertinencia, satisfacción de usuarios y expectativas de los usuarios hipertensos asistentes al programa.
- Implementar estrategias de mejoramiento acordes a las falencias encontradas para la prestación de servicios con calidad.

FUNDAMENTO TEORICO

Presión Arterial

La sangre impulsada por el corazón fluye por el torrente circulatorio, o mejor, por el sistema arterial, sometida a una presión denominada presión arterial (PA), o tensión arterial.

Medir la presión arterial PA es fácil, tanto para el propio paciente como para cualquier persona, si se cuenta con un aparato adecuado. Clínicamente, los niveles de PA los expresamos en milímetros de mercurio (mmHg)

Hipertensión Arterial

La presión arterial es una medición de la fuerza ejercida contra las paredes de las arterias, a medida que el corazón bombea sangre a través del cuerpo. Hipertensión es otro término empleado para describir la presión arterial alta.

Las lecturas de la presión arterial generalmente se dan como dos números. El número superior se denomina presión arterial sistólica y el número inferior, presión arterial

diastólica. Por ejemplo, 120 sobre 80 (escrito como 120/80 mmHg).³ Pero la tensión arterial tiene en realidad dos componentes, la presión arterial sistólica (PAS), que viene determinada por el impulso cardiaco generado por las contracciones del ventrículo izquierdo y la presión arterial diastólica (PAD), que depende de las resistencias que oponen las arterias al paso de la sangre.

La presión arterial no es constante a lo largo de la vida, se maneja por el sistema nervioso autónomo, por lo tanto también varía según los estímulos emocionales, así como los esfuerzos físicos y mentales,

Tabla 1. Clasificación de la presión arterial

<i>Grado</i>	<i>PAS</i>	<i>PAD</i>
<i>Óptima</i>	< 120	< 80
<i>Normal</i>	120-129	80-85
<i>Normal-alta</i>	130-139	85-89
<i>HTA de grado I</i>	140-159	90-99
<i>HTA de grado II</i>	160-170	100-109
<i>HTA de grado III</i>	< 180	< 110
<i>HTA sistólica aislada</i>	> 139	< 89

4

³ MEDLINE PLUS, Michael A. Chen, MD, PhD, Associate Professor of Medicine, Division of Cardiology, Harborview Medical Center, University of Washington Medical School, Seattle, WA. Also reviewed by David Zieve, MD, MHA, Isla Ogilvie, PhD, and the A.D.A.M. Editorial team.PAG. ACTUALIZADA 12 febrero 2015

⁴ *ibid*

Los mecanismos patogénicos no son claros, pero se ha postulado que la obesidad podría explicar esta asociación al generar resistencia insulínica, con la consiguiente hiperinsulinemia. La insulina reduce la excreción renal de sodio y a través de ello podría expandir el volumen extracelular y la volemia, aumentando el gasto cardíaco y la resistencia periférica, que son los principales componentes reguladores de la presión arterial. Además, la hiperinsulinemia aumenta el tono simpático y altera los iones intracelulares (retención de Na y Ca y alcalosis), lo que aumenta la reactividad vascular y la proliferación celular. Todo lo anterior favorece la hipertensión, sin embargo hay argumentos que discuten el rol de la hiperinsulinemia, como son algunas experiencias en animales y la ausencia de hipertensión en pacientes con insulinomas. A pesar de todo, es un hecho indiscutible que una de las medidas más efectivas para mejorar la hipertensión en un individuo obeso es la reducción del peso. Más aún, en pacientes con dietas hipocalóricas muy restrictivas debe vigilarse la aparición de hipotensión ortostática⁵

Un estudio realizado en Colombia, determina los siguientes resultados las tasas de hipertensión son más altas para mujeres en ambas presiones, sistólica y diastólica 8.0% y 7.5% que en hombres 5.8% y 7.5% respectivamente, Las tasas para el total del país aumentan con la edad, presentando igual tendencia en ambos sexos, pero siendo mayores en mujeres, en todos los grupos de edad, Las tasas según valores de colesterol aumentan al

5 Dr. Alberto Maiz Gurruchaga, Departamento de Nutrición, Diabetes y Metabolismo, CONSECUENCIAS PATOLOGICAS DE LA OBESIDAD: HIPERTENSION ARTERIAL, DIABETES MELLITUS Y DISLIPIDEMIA

aumentar éstos, tanto en hombres como en mujeres, encontrándose las tasas más altas 25.1 % en mujeres con valores de 240 mg/dl y más.⁶

La Hipertensión Arterial (HTA) está distribuida en todas las regiones del mundo, atendiendo a múltiples factores de índole económicos, sociales, culturales, ambientales y étnicos. La prevalencia ha estado en aumento, asociada a patrones alimentarios inadecuados, disminución de la actividad física y otros aspectos conductuales relacionados con hábitos tóxicos.

En el mundo se estima que 691 millones de personas la padecen. De los 15 millones de muertes causadas por enfermedades circulatorias, 7,2 millones son por enfermedades coronarias del corazón y 4,6 millones por enfermedad vascular encefálica. La HTA está presente en la mayoría de ellas.

Las tendencias mundiales al incremento de la expectativa de vida en la mayoría de los países, ha propiciado que una gran cantidad de personas transite hacia el envejecimiento. En la mayoría de los países la prevalencia se encuentra entre un 15% y el 30%. La frecuencia de HTA aumenta con la edad, demostrándose que después de los 50 años casi el 50% de la población padece de HTA. En muchos países es la causa más frecuente de consulta médica y de mayor demanda de uso de medicamentos.

En cuanto a su etiología la HTA es desconocida en el 95% de los casos, identificándose como esencial o primaria. El restante 5% es debido a causas secundarias.

⁶ HIPERTENSION ARTERIAL EN COLOMBIA, RUIZ OSCAR JULIO, Vol. 9. Nos. 3 y 4 - 1989

La prevalencia estimada en nuestro país está alrededor de los dos millones de hipertensos. No obstante, el informe de dispensarización de hipertensos del MINSAP en 1996 aportó que sólo el 8,8 % de la población adulta estaba bajo este método activo de control, muy lejos de la prevalencia demostrada. Es de suponer por ello, que una gran masa de hipertensos no están detectados, muchos no tratados y similar cuantía no controlados.

Es importante por ello, que el enfoque epidemiológico para el análisis de este problema de salud, vaya acompañado de adecuadas intervenciones para producir resultados que ya se están haciendo patentes en diversas regiones. Asimismo estas deben ser evaluadas en cuanto a su eficacia y efectividad.

La OMS estima que una disminución de 2 mm de Hg en la Presión Arterial Media de la población produce una reducción de 6% en la mortalidad anual por accidentes cerebrovasculares, 4% para las cardiovasculares y un 3% para todas las causas asociadas. Si esto se aplica a la reducción media lograda en Cienfuegos (Aproximadamente 3,5 mm de Hg), pueden lograrse disminuciones de 9% para las enfermedades cerebrovasculares, 6% para las cardiovasculares y 4,5% para todas las causas.

Es necesario proyectar e integrar las acciones en todos los territorios, desde el nivel local, orientando las medidas de promoción de salud con apoyo a la prevención clínica para alcanzar metas adecuadas de prevención primaria (entre otras, reducir la incidencia) propiciando una reorientación de los servicios de salud para elevar la calidad de la atención y cumplir las metas de prevención secundaria (entre otras, reducir tasas de complicaciones

etc.), produciendo el impacto y los resultados deseados, con la correspondiente evaluación del proceso.⁷

La HTA tiene alrededor de un siglo de edad. Nace junto a la invención del esfigmomanómetro por *Riva Rossi* en 1895 y unos años más tarde, incorporada la medida de presión diastólica por *Korotkoff*, se comienzan a identificar pacientes con cifras más altas que las usuales a los que se denominó hipertensos.¹

El esfigmomanómetro es un aparato diagnóstico muy preciso, fácil de manipular y transportar además, carece de complejidades técnicas, lo que lo hace relativamente barato y accesible. Esto trae como consecuencia que la presión arterial se mida como parte de la exploración clínica rutinaria.

La mortalidad por cardiopatía hipertensiva ajustada para la edad, con insuficiencia renal o sin ella, comenzó a caer de 56 por 100 000 hab en 1950 a 5,1 por 100 000 en 1975. La disminución de 1950 a 1967 fue de 31 %.² Esto ocurrió en un momento en que el único medicamento antihipertensivo eficaz y mejor tolerado era la reserpina.³ Aunque, a principios de la década del 60 ya se contaba con diuréticos tiacídicos y en 1964 con propranolol, no había transcurrido suficiente tiempo de acción terapéutica para justificar esa reducción drástica en la mortalidad. Los cambios en los hábitos de vida tampoco estaban aún implementados y hubiesen requerido más tiempo para actuar ¿Por qué entonces ocurrió esa caída tan marcada? Tal vez porque en la clasificación de cardiopatía hipertensiva se

⁷ Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de la Hipertensión Arterial, Rev Cubana Med Gen Integr v.15 n.1 Ciudad de La Habana ene.-feb. 1999

incluye, no sólo la hipertensión, la más fácil de medir y prevalente, sino también la hipertrofia ventricular izquierda y sobre todo la enfermedad tromboembólica cerebral y coronaria silenciosa. Al mejorar gradualmente el diagnóstico de estas entidades clínicas, la hipertensión se fue quedando sola y la mortalidad se fue reduciendo.

Aún en la actualidad, el tratamiento de la HTA, a pesar de lograr un control adecuado de la hipertensión, sólo disminuye la cuarta parte del riesgo de mortalidad cardiovascular,⁴ aunque esta reducción del riesgo es aproximadamente la misma en una gama amplia de población, es decir: es similar en mujeres, hombres, fumadores, obesos, dislipidémicos, diabéticos, etc. El síndrome isquémico coronario agudo se reduce con el tratamiento alrededor de 16 % y el de un ictus aproximadamente 38 %, lo que en promedio representa una disminución aproximada de la cuarta parte del riesgo de morbilidad y mortalidad cardiovascular.

También es importante señalar que a partir de cifras de 115/75 el riesgo comienza a elevarse de manera proporcional y escalonada,⁵ por lo que este será mucho mayor cuanto más altas sean las cifras de presión arterial, pero siempre es de alrededor de la cuarta parte del riesgo cardiovascular total.⁸

⁸ La hipertensión arterial, Rev cubana med v.45 n.2 Ciudad de la Habana abr.-jun. 2006

Programa Riesgo Cardiovascular Colombiana De Salud

Este programa cuenta en la actualidad con 347 usuarios con diagnóstico de hipertensión arterial, quienes se encuentran inscritos en el programa ya asisten a control con medicina familiar, medicina general y enfermería.

Objetivo De Programa

Mantener la calidad de vida de los pacientes con hipertensión arterial evitando procesos de reagudización de su enfermedad, haciendo que sean sujetos de su cuidado, brindando un manejo integral desde el enfoque de medicina familiar, utilizado como eje fundamental de la atención con estrategias que incluyen actividades orientadas a la clasificación y manejo del riesgo cardiovascular y estadio renal.

Descripción Del Proceso De Atención

- Realizar identificación de los pacientes con patología de hipertensión arterial.
- Si en la consulta médica se identifica al paciente, se realiza orden de toma de laboratorios P y P en el formato establecido ya las autoriza CIAU. Se recomienda al paciente que al tener los resultados asista nuevamente a consulta médica para su respectiva lectura.

- Si se identifica por RIPS de medicina general, a la revisión, se llamará vía telefónica al paciente, para realizar demanda inducida a la servicio de enfermería, para consulta. Se dará cita con fecha , hora y profesional que lo atenderá.
- En consulta de enfermería, se realizará entrevista, revisión de antecedentes, hábitos alimenticios, toma de medicamentos, actividad física y se entregara formula de medicamentos para dos meses, se determinará el riesgo cardiovascular, índice de masa corporal, estadio renal, se brindará educación y se citará a control en dos meses. Se en el momento de la consulta de enfermería al realizar el examen físico se encuentran cifras tensionales elevadas, se llevara al paciente a valoración por el servicio de prioritaria para sus valoración y manejo,
- Si en la consulta de enfermería, a la revisión de la historia clínica, no se ha dado la orden de laboratorios P y P, se enviará al paciente a valoración con medicina general para que estos le sea solicitados, se informa al paciente que debe tomar se dichos exámenes y volver con resultados para su control y manejo con medicina general.
- En consulta médica de control, se realizará entrevista, revisión de antecedentes, hábitos alimenticios, toma de medicamentos, actividad física. Si trae laboratorios para la lectura, se realizará nota en la historia clínica y registrará dichos valores para evaluar el riesgo cardiovascular y estadio renal. Se hace entrega de fórmula de medicamentos para 1 mes, se brinda educación y se remite nuevamente con enfermería a control en 1 mes. Se indica al paciente que le próximo control con medicina general será en 6 meses.

- De acuerdo al criterio médico en cuanto a paciente no adherente al tratamiento farmacológico y paraclínicos fuera de rangos normales serán remitidos a Medicina Familiar para su manejo y control.
- Dentro de la consulta de medicina familiar se realizará el manejo, Si el paciente está controlado seguirá en el programa y continuará con la consulta de enfermería.
- La enfermera de riesgo cardiovascular consolida la información en la base RCV y se enviará por correo electrónico a la coordinación de P y P cada mes.
- En reunión de comité cardiovascular, se presentará la información teniendo en cuenta indicadores, casos críticos, metas para la sede y se genera a partir de esto propuesta de mejoramiento.

DISEÑO METODOLOGICO

Tipo De Estudio

Se realizó un estudio de tipo descriptivo de corte transversal, cuantitativo, ya que pretendió determinar las características de la prestación de servicios del programa riesgo cardiovascular de la IPS COLOMBIANA DE SALUD sede Tunja, a través de una descripción que planteó una realidad social observada, relacionada con la calidad en la prestación del programa.

Universo Y Muestra

Universo

La población objeto de la presente investigación es el promedio de usuarios hipertensos que se han utilizado el servicio del programa riesgo cardiovascular de la IPS COLOMBIANA DE SALUD sede Tunja, en los últimos 6 meses del año 2014 que corresponden a 347 usuarios.

Muestra

Debido a la dispersión del universo y el número de investigadoras, se determinó el tamaño de la muestra con la aplicación de la siguiente fórmula estadística:

$$n = \frac{P \times Q \times Z^2 \times N}{P \times Q \times Z^2 + N \times E^2}$$

Dónde:

n= Tamaño de la muestra

P= Probabilidad de éxito del estudio: 0.82

Q= Probabilidad de confianza a utilizar: 0.14

Z= Nivel de confianza a utilizar: 95%:1.96

N= Tamaño de la población: 347 Usuarios

E= Error máximo considerado: 0.05

Tamaño de la muestra: 182 Encuestas

CRITERIOS DE VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

- Usuarios hipertensos que se encuentren afiliados a la IPS COLOMBIANA DE SALUD, que asistan al programa de riesgo cardiovascular.
- Usuarios asistentes al programa riesgo cardiovascular de la IPS COLOMBIANA DE SALUD, el día de la recolección de los datos.
- Usuarios que quieran participar en la recolección de los datos en el estudio a realizar.

FUENTES DE INFORMACION

Las fuentes de información que se utilizaron en la presente investigación, tienen como fin conocer parte de la realidad en relación a la calidad del servicio que se presta en el programa de riesgo cardiovascular y definir los datos más importantes que debe recogerse por tener relación directa con el problema de investigación, dichas fuentes son de dos tipos:

Fuentes primarias: entre la que se encuentra la observación realizada por las autoras de esta investigación sobre la calidad de los servicio del programa riesgo cardiovascular de la IPS COLOMBIANA DE SALUD sede Tunja. La recolección de la información a través de una encuesta.

Fuentes secundarias: entre las que se pueden mencionar, trabajos de grado sobre el

tema, bases de datos, libros, revistas que ofrezcan información, enciclopedias y documentos jurídicos como apoyo al marco de referencia que respalda la presente investigación.

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION

Observación: se trabajó con la observación directa de tipo no participativo, debido a que las investigadoras no pertenecen al grupo y solamente se hacen presente con el propósito de obtener la información, mediante el empleo de un instrumento (encuesta) que registra aspectos relevantes del problema de investigación.

Para la tabulación, depuración y análisis de datos, se usó del programa de OFFICE EXCEL 2003, en un equipo de Windows 7 ultimate, con copyright © 2009 Microsoft corporación, de hogar. Con un procesador Intel(R) Atom(TM) CPU N550 @ 1.50 GHz, con memoria instalada RAM de 2,00GB, con el tipo de sistema operativo de 32 bits y se utilizó gráficos cuantitativos para la representación de variables.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	ESCALA DE EVALUACION
O P O R T	Tiempo transcurrido entre la solicitud del servicio y la atención.	EL TIEMPO QUE DEMORA LA ENTIDAD EN DARLE UN A CITA POR MEDICINA GENERAL ES: EL TIEMPO QUE DEMORA LA ENTIDAD EN DARLE UN A CITA POR ENFERMIA ES:	EXCELENTE__

U N I D A D		EL TIEMPO QUE DEMORA EN ATENDERLO EL MEDICO GENERAL ES: EL TIEMPO QUE DEMORA EN ATENDERLO LA ENFERMERA ES:	BUENA____ REGULAR____ MALA____ DEFICIENTE__
A C C E S I B I L I D A D	Facilidad para el acceso a la información y los servicios que presta la institución	CONOCE LOS SERVICIOS QUE PRESTA EL PROGRAMA. CONOCE LOS HORARIOS ASIGNADOS PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DEL PROGRAMA “RIESGO CARDIOVASCULAR RCV” LE INFORMAN QUE DEBE HACER CUANDO ES REMITIDO. CONOCE EL OBJETIVO DEL PROGRAMA “RIESGO CARDIOVASCULAR RCV” CONOCE LOS DERECHOS Y DEBERES QUE TIENE COMO USUARIO.	SI____ NO____
P E R T I N E N C I A	Oportunidad de la información a suministrar y la prestación de la atención	LA INSTITUCION DISPONE DE LOS ELEMENTOS NECESARIOS PARA BRINDARLE LA ATENCION QUE SOLICITA EN EL PROGRAMA “RIESGO CARDIOVASCULAR RCV” LA INSTITUCION DISPONE DEL PERSONAL NECESARIO PARA BRINDAR LA ATENCION QUE SOLICITA EN EL PROGRAMA “RIESGO CARDIOVASCULAR RCV” LOS MEDICAMENTOS QUE RECIBE SON EFECTIVOS PARA SU TRATAMIENTO CONSIDERA QUE LOS MEDICAMENTOS QUE RECIBE SON DE BUENA CALIDAD. EL TRATAMIENTO ORDENADO POR SU MEDICO, TIENE RELACION CON LA ENFERMEDAD POR LA CUAL USTED CONSULTA. LAS INSTALACIONES DE LA IPS COLOMBIANA DE SALUD TUNJA, SON APROPIADAS PARA BRINDARLE LA ATENCION QUE USTED REQUIERE.	SI____ NO____

SATISFACCION DEL USUARIO	Si el servicio prestado cumple con las necesidades de los usuarios.	COMO SE SIENTE CON LA ATENCION RECIBIDA POR LA PERSONA QUE LE PRESTA EL SERVICIO: COMO SE SIENTE CON LA INFORMACION SUMINISTRADA POR EL PERSONAL QUE LO ATIENDE. COMO SE SIENTE CON EL SITIO DISPONIBLE PARA ESPERAR EL TURNO DE SER ATENDIDO COMO SE SIENTE CON EL SITIO DISPONIBLE PARA SU ATENCION	SATISFECHO__ INSATISFECHO__
E X P E C T A T I V A S	Si el programa responde a lo que esperan los usuarios del programa	EL PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR CUMPLE CON SUS EXPECTATIVAS USTED RECOMENDARÍA A OTRAS PERSONAS QUE INGRESE AL PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR.	SI____ NO____

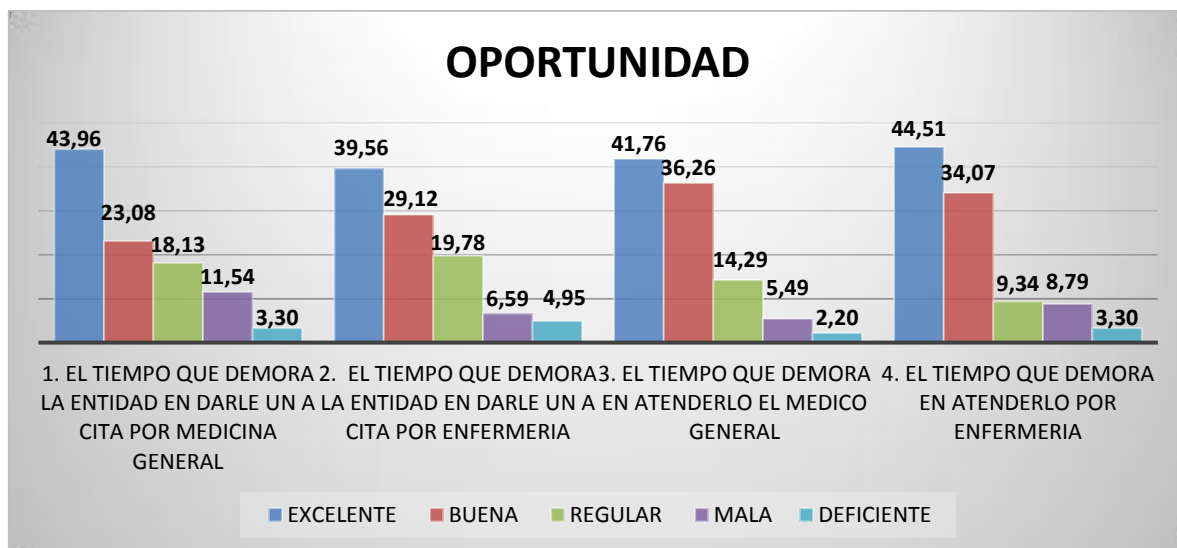
VALIDACION

El instrumento usado para la recolección de datos, (encuesta) fue validado por la coordinación médica y la coordinación de promoción y prevención, quienes determinaron que la encuesta es viable para analizar, procesar y determinar las fortalezas y debilidades del programa riesgo cardiovascular, por medio de la medición de la calidad del servicio percibido por los usuarios hipertensos del programa riesgo cardiovascular.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

OPORTUNIDAD

Figura 1. Nivel de oportunidad en la atención brindada con el tiempo en la asignación de citas y la atención en las mismas, en el programa de riesgo cardiovascular en la institución de régimen especial Colombiana de Salud.



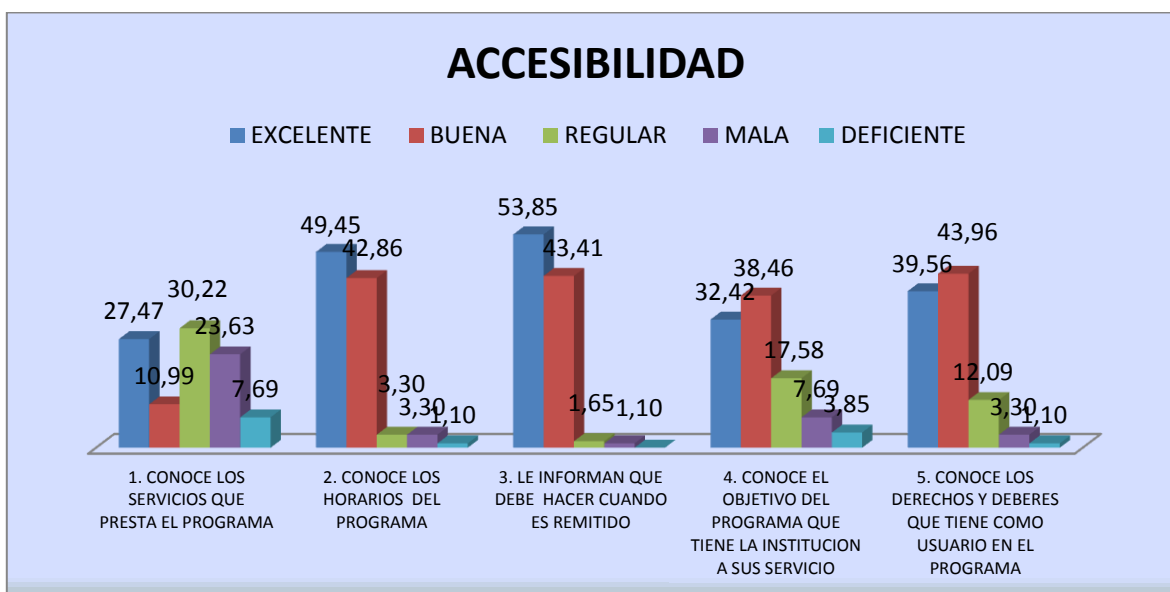
La figura 1. representa el nivel de oportunidad, para el cual se toman dos aspectos: el tiempo en darle la cita al usuario y el tiempo que se demora el profesional en atenderlo en el programa de riesgo cardiovascular en la institución de régimen especial Colombiana de Salud, por lo que se puede evidenciar que la calificación con más porcentaje es excelente, la cual se encuentra representada con el 42.45% del total de la población, seguido del

30.63% que califica la atención como buena, regular 15.38%, mala 8.10% y deficiente 3.43%.

De lo anterior, se destaca que los usuarios en su mayoría tienen una apreciación del servicio adecuado, si se relaciona con la calificación excelente y buena (73.08%). Situación importante pues la atención por el médico general y enfermería es la puerta de entrada al sistema. Una respuesta rápida en este nivel contribuye a la detección y tratamiento en etapas iniciales del proceso patológico disminuyendo la incapacidad, secuelas y riesgos inherentes a él y disminuye la congestión e inadecuada utilización de servicios especializados y de urgencias.

ACCESIBILIDAD

Figura 2. Nivel de accesibilidad de los usuarios que asisten al programa de riesgo cardiovascular en la institución de régimen especial Colombiana de Salud.



La figura 2 representa la accesibilidad en relación con el resultado de la información suministrada y el conocimiento que tiene el usuario que asiste al programa de riesgo cardiovascular en la institución de régimen especial Colombiana de Salud, por lo que se puede evidenciar que la calificación con más porcentaje es excelente, la cual se encuentra representada con el 40.6% del total de la población, seguido del 35.9% que califica la atención como buena, regular 13%, mala 7.8% y deficiente 2.7%.

Lo cual nos muestra que el 76.5% manifiestan que la accesibilidad es excelente y buena, entendida en relación a que los usuarios que asisten se sienten conformes porque conocen los servicios, los horarios, la información, el objetivo o la finalidad del programa y los derechos y deberes de los mismos; a su vez nos muestra que el sistema utilizado en la Institución orienta a los usuarios e informar al público con respecto a lo que constituye la atención apropiada, aspectos importantes en la prestación de servicios de buena calidad.

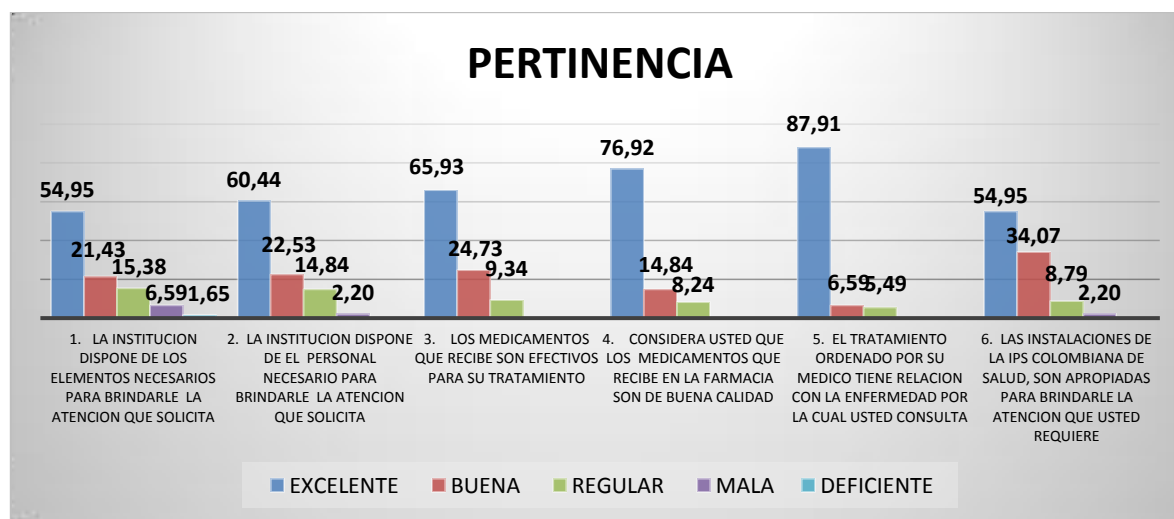
De otro lado, encontramos que el 23.5 % de la población manifiestan que no tienen o es muy poco el conocimiento sobre estos temas, Cabe señalar que en general cuando se ha pensado en acceso, solo se ha tomado en cuenta la oferta de servicios y el modo en que los mismos se distribuyen con respecto a la población y por otra parte no se ha creado la accesibilidad como vínculo entre el conocimiento que deben tener los usuarios de los programas, derechos y deberes, utilizando medios apropiados para su divulgación y entendimiento. Lo normal en las instituciones de salud es iniciar con programas de difusión para sensibilizar a los usuarios del servicio: presentarles en qué consiste, cuáles son los beneficios, qué se espera de ellos y qué se necesita.

Usualmente la difusión sensibiliza positivamente. El error consiste en creer que con ésta es suficiente y que con el sólo hecho de hacerla el usuario ya está culturizado, por ende adquirirá actitudes más positivas, nuevos hábitos y rutinas.

Parecida situación se da con la sensibilización del usuario con sus derechos y deberes en salud; el hecho de contar con estos y difundirlos, no implica necesariamente que se ha logrado un proceso de culturización profundo. Lo que se requiere es establecer mecanismos influya e impacte a mediano y largo plazo y mejoren la perspectiva de los usuarios con respecto a la atención.

PERTINENCIA

Figura 3. Nivel de pertinencia de los usuarios que asisten al programa de riesgo cardiovascular en la institución de régimen especial Colombiana de Salud.

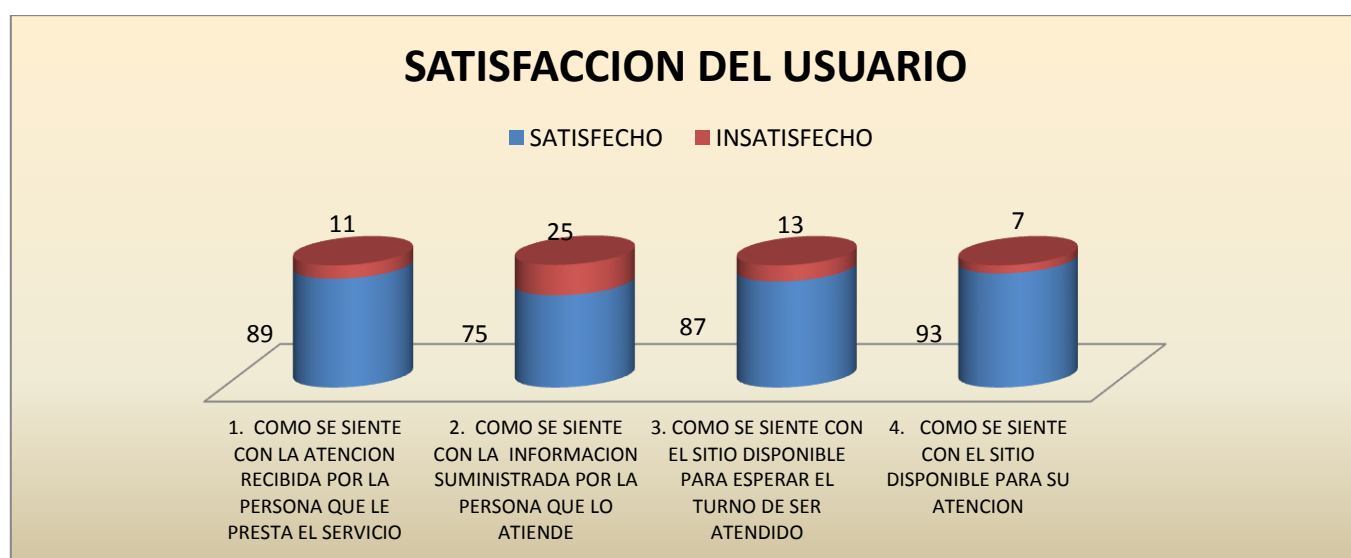


La figura 3 representa la pertinencia en relación con la disposición de la Institución de los elementos, personal, infraestructura y programas. A demás del tipo de tratamiento ordenado y la efectividad del mismo. En este aspecto encontramos que la calificación con más porcentaje es excelente, la cual se encuentra representada con el 66.85% del total de la población, seguido del 21.15% que califica la atención como buena, regular 10.35%, mala 1.38% y deficiente 0.27%.

Estos nos muestran que 88% manifiestan que la pertinencia es excelente y buena, considerando así que institución cuenta con una infraestructura, los elementos y el personal necesario, lo que le permite cumplir con su objeto social, para asegurar de esta manera que el servicio cumpla con los requisitos de calidad y competitividad.

SATISFACCION DEL USUARIO

Figura 4. Nivel de satisfacción de los usuarios que asisten al programa de riesgo cardiovascular en la institución de régimen especial Colombiana de Salud.



La figura 4, representa el nivel de satisfacción el cual se relaciona con la atención e información recibida, la infraestructura dispuesta para la atención, los servicios y sus profesionales. Encontrando que el 75 % consideran que la información recibida los satisface, el 87 % y el 93 % consideran respectivamente que las instalaciones son adecuadas para esperar y ser atendidos. Al igual un 89% se sienten satisfechos con el personal que les presta el servicio en el programa. Lo que demuestra que en general los usuarios están globalmente satisfechos con el servicio que reciben y con las instalaciones en que los recibe, pero al ir a temas más concretos como información, esta satisfacción disminuye.

EXPECTATIVA

Figura 5. Nivel de expectativa de los usuarios que asisten al programa de riesgo cardiovascular en la institución de régimen especial Colombiana de Salud.



La figura 5, representa el nivel de expectativa de los usuarios, donde encontramos que el 90 % consideran que el programa cumple con sus expectativas y el 82 % recomendaría a

otras personas el ingreso al programa, circunstancias relevantes pues son un instrumento de medida de la calidad de atención, puesto que esta influye de tal manera en su comportamiento, en el hecho de que el usuario acuda o no acuda al sitio donde recibe atención; en que el usuario siga o no las instrucciones del prestador de servicios.

CONSOLIDADO

Figura 6. Consolidado de los factores evaluados para determinar el nivel de calidad percibida por los usuarios que asisten al programa de riesgo cardiovascular en la institución de régimen especial Colombiana de Salud.

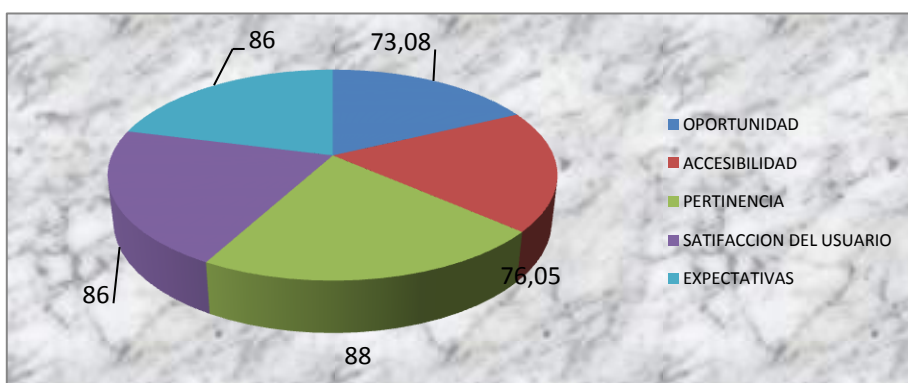


Figura 6. Se observa que el indicador Pertinencia está en un 88% sobresaliendo de los demás indicadores; Satisfacción del usuario y Expectativa 86%, Accesibilidad 76.05% y Oportunidad 73.08%. Lo que nos muestra que el programa de riesgo cardiovascular tiene como fortalezas la Pertinencia, Satisfacción del usuario y Expectativa, reflejadas en un

servicio que cuenta con el recurso y el personal idóneo para responder con las necesidades y expectativas de los usuarios. De igual manera, se observa que como debilidades presenta la Accesibilidad y la oportunidad indicadores que presentan un bajo porcentaje por la falta de información que se presta al usuario y asignación pronta en las citas.

CONCLUSIONES

- El tiempo de respuesta programa es útil, lo que revela una suficiencia institucional para atender la demanda de servicios que recibe, al igual, para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud representa además un trazador indirecto de la capacidad resolutive de los procesos de atención y de la suficiencia de la oferta en el primer nivel.
- La accesibilidad a la información es el primordial canal de comunicación que se tiene con el usuario, observando que el indicador no fue el esperado; esta información debe ser sustancial y precisa para permitir el acceso al programa y lograr con ello una integración de lo que ofrece el programa y lo que espera el usuario del mismo.
- La satisfacción del usuario es un indicador importante de la calidad de servicios. No obstante, resulta difícil evaluar la satisfacción del usuario. Los métodos y las medidas para la recolección de datos pueden influir en las respuestas del usuario. Como se refleja en el resultado obtenido del presente estudio.
- El programa de riesgo cardiovascular tiene características muy particulares y de mucha importancia social, ya que competen a la dignidad, integridad y vida de las personas; por lo tanto, éste debe responder a un proceso serio y sistemático que

permita recoger la evaluación que de él hagan los usuarios, para su continuo mejoramiento.

- El programa de riesgo cardiovascular debe relacionar coherentemente sus objetivos y las expectativas de sus usuarios para orientar las acciones del futuro hacia la satisfacción de los mismos; atendiendo a que el objetivo principal de todas las instituciones en la actualidad es prestar servicios que satisfagan las necesidades de sus usuarios, es a ellos a quienes debe consultar en primera instancia, con el fin de identificar el nivel de alcance de su objetivo y, a partir de ello, establecer los cambios necesarios que lleven al logro total del mismo.
- El programa, desde el punto de vista práctico, debe evaluar la calidad utilizando el nivel de satisfacción de los usuarios, la oportunidad del servicio, la accesibilidad y la pertinencia de los mismos como indicadores fundamentales del Impacto de calidad asistencial. Si estos indicadores sufren cambios significativos con el tiempo, es posible asumir que la institución está brindando una atención de buena calidad. Si el resultado es adverso para la calidad, los indicadores permitirán identificar los vacíos en cada una de las áreas de evaluación.
- Es buena la calidad de la atención percibida por usuarios hipertensos del el programa de riesgo cardiovascular pero, es necesario fortalecer estrategias organizacionales para brindar atención con mayor oportunidad y responder a las expectativas de los usuarios.

REFERENCIAS

BARGE-SCHAAPVELD, DQCM., Nicolson, NA., Deslepaul, PAEG. & De Vries, M.W. (2000). Evaluación de la calidad de vida diaria con el método de muestreo de experiencias. En: Katschnig, H.; Freeman, H.; Sartorius, N., Calidad de vida en los trastornos mentales, 93-105. Masson, Barcelona.

Colombia. Ministerio de salud. Decreto no. 2174 de noviembre 28 de 1996.

Cuevas-Uriostegue ML, Avila-Martínez, Oliver-Márquez J, Catalán M. Relación entre médico y paciente en la consulta externa de unidades de primer nivel de atención. Salud Publica Mex 1991;33:576-584.

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

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

DUEÑAS O. Dimensiones de la calidad en los servicios de salud. Colombia. Bogotá. 2006

Donabedian A. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. Salud Publica Mex 1993;35(3):238-247

MINAYO, M.C., Hartz, Z.M., Buss, P. (2000). Quality of life and Health: a necessary debate. *Ciencia & Saúde Coletiva*. ABRASCO, Vol. 5, 1, 7-18.

Ramírez T. Calidad de la atención en el servicio de la consulta externa en una unidad de primer nivel de atención (tesis)

ROLDAN P. VARGAS CR y colaboradores Evaluación de la calidad en la atención en salud. *Colombia Médica* Vol. 32 N° 1, 2004

Robert I. Schalock, verdugo m. A. Calidad de vida manual profesionales de la salud y servicios sociales. 2003

ROSS, L. (1994). Spiritual Aspects of Nursing. *J-Adv-Nurs.*, 1994: 19(3): 43.

SAMARTINO, Luis. Conceptos generales. Argentina. 2003

Sistema general de seguridad social en salud. Ley 100 de diciembre 23. Bogotá. D.C. 1993.

Sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud. Decreto 1011 de abril 3. 2006.

Sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud. Decreto 2309 de octubre 15 2002.

Superintendencia nacional de salud. Circular externa 0030 mayo 19. Bogotá. D.c. 2006.

WOOD, S. (2001). Taller de Introducción al estudio de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud. 1ª. Reunión Latinoamericana de Calidad de Vida, 16-17 agosto, Montevideo, Uruguay (comunicación personal).

ANEXO 1



UNIVERSIDAD SANTO TOMAS

NIVEL DE CALIDAD PERCIBIDO POR LOS USUARIOS HIPERTENSOS QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA INSTITUCION DE REGIMEN ESPECIAL COLOMBIANA DE SALUD SEDE TUNJA

OBJETIVO: Determinar la percepción de calidad en la prestación de servicios de salud a la población hipertensa de la IPS COLOMBIANA DE SALUD sede Tunja.

A continuación encontrará una serie de preguntas. Escriba en los espacios demarcados la respuesta a cada una de las preguntas formuladas. Su información será de gran utilidad para contribuir en las actividades académicas de la facultad de AUDITORIA EN SALUD DE LA UNIVERSIDAD SANTO TOMAS SEDE TUNJA. Es de carácter anónimo.

1. OPORTUNIDAD: Tiempo transcurrido entre la solicitud del servicio y la atención.

1 EL TIEMPO QUE DEMORA LA ENTIDAD EN DARLE UN A CITA POR
MEDICINA GENERAL:

EXCELENTE___ BUENA___ REGULAR___ MALA___ DEFICIENTE___

2 EL TIEMPO QUE DEMORA LA ENTIDAD EN DARLE UN A CITA POR
ENFERMERIA:

EXCELENTE___ BUENA___ REGULAR___ MALA___ DEFICIENTE___

- 3 EL TIEMPO QUE DEMORA EN ATENDERLO EL MEDICO GENERAL
ES:

EXCELENTE___ BUENA___ REGULAR___ MALA___ DEFICIENTE___

- 4 EL TIEMPO QUE DEMORA EN ATENDERLO POR ENFERMERIA:

EXCELENTE___ BUENA___ REGULAR___ MALA___ DEFICIENTE___

- 2. ACCESIBILIDAD.** Es la facilidad con que los usuarios accede a la información necesaria para recibir el servicio.

- 5 CONOCE LOS SERVICIOS QUE PRESTA EL PROGRAMA:

SI___ NO___

- 6 CONOCE LOS HORARIOS ASIGNADOS PARA LA PRESTACION DE
SERVICIOS DEL PROGRAMA “RIESGO CARDIOVASCULAR RCV”

SI___ NO___

- 7 LE INFORMAN QUE DEBE HACER CUANDO ES REMITIDO:

SI___ NO___

- 8 CONOCE EL OBJETIVO DEL PROGRAMA “RIESGO
CARDIOVASCULAR RCV”

SI ____ NO ____

9 CONOCE LOS DERECHOS Y DEBERES QUE TIENE COMO USUARIO
EN EL PROGRAMA

SI ____ NO ____

3. **PERTINENCIA.** Es la coherencia de las necesidades del usuario y la prestación de la atención.

10 LA INSTITUCION DISPONE DE LOS ELEMENTOS NECESARIOS PARA
BRINDARLE LA ATENCION QUE SOLICITA

SI ____ NO ____

11 LA INSTITUCION DISPONE DEL PERSONAL NECESARIO PARA
BRINDARLE LA ATENCION QUE SOLICITA

SI ____ NO ____

12 LOS MEDICAMENTOS QUE RECIBE SON EFECTIVOS PARA SU
TRATAMIENTO

SI ____ NO ____

13 CONSIDERA USTED QUE LOS MEDICAMENTOS QUE RECIBE EN LA
FARMACIA SON DE BUENA CALIDAD

SI____ NO____

14 EL TRATAMIENTO ORDENADO POR SU MEDICO TIENE RELACION
CON LA ENFERMEDAD POR LA CUAL USTED CONSULTA

SI____ NO____

15 LAS INSTALACIONES DE LA IPS COLOMBIANA DE SALUD TUNJA,
SON APROPIADAS PARA BRINDARLE LA ATENCION QUE USTED
REQUIERE

SI____ NO____

4. SATISFACCION DEL USUARIO: Si el servicio prestado cumple con los
requerimientos y las expectativas del usuario.

16 COMO SE SIENTE CON LA ATENCION RECIBIDA POR LA PERSONA
QUE LE PRESTA EL SERVICIO:

SATISFECHO_____ INSATISFECHO_____

17 COMO SE SIENTE CON LA INFORMACION SUMINISTRADA POR LA
PERSONA QUE LO ATIENDE:

SATISFECHO_____ INSATISFECHO_____

18 COMO SE SIENTE CON EL SITIO DISPONIBLE PARA ESPERAR EL
TURNO DE SER ATENDIDO ES:

SATISFECHO_____ INSATISFECHO_____

19 COMO SE SIENTE CON EL SITIO DISPONIBLE PARA SU ATENCION

SATISFECHO_____ INSATISFECHO_____

5. **EXPECTATIVA:** Si el programa responde a lo que esperan los usuarios del
servicio.

20. ¿EL PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR CUMPLE CON SUS
EXPECTATIVAS?

SI_____

NO_____

21. ¿USTED RECOMENDARIA A OTRAS PERSONAS INGRESAR AL
PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVARCULAR?

SI_____

NO_____

MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACION EN NUESTRA INVESTIGACION.