

---

Diseño de un Instrumento Evaluador de la Calidad de la Atención de un Paciente Trazador en  
la Ese Hospital San Diego de la Ciudad de Cereté

Lily Marlen Benítez Hernández

Merlys Elena Miranda Oviedo

Fabio Alfonso Pertuz Pertuz

Corporación Universitaria del Caribe – CECAR  
Escuela de Posgrados y Educación Continua  
Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas  
Especialización en Gerencia de la Calidad y Auditoría en Salud  
Sincelejo  
2020

---

Diseño de un Instrumento Evaluador de la Calidad de la Atención de un Paciente Trazador en  
la Ese Hospital San Diego de la Ciudad de Cereté

Lily Marlen Benítez Hernández

Merlys Elena Miranda Oviedo

Fabio Pertuz Pertuz

Trabajo Presentado para optar al Título Especialista en Gerencia de la Calidad y Auditoria en  
Salud

Director

Germán Arrieta Barnate

Magister en Microbiología Tropical

Corporación Universitaria del Caribe – CECAR

Escuela de Posgrados y Educación Continua

Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas

Especialización en Gerencia de la Calidad y Auditoria en Salud

Sincelejo

2020

### Nota de Aceptación

4.5

Aprobado



Director



Evaluador 1



Evaluador 2

## Tabla de Contenido

	Pág.
Resumen	7
Abstract	7
Introducción	9
1. Planteamiento del Problema	10
1.1 Descripción del Problema	10
1.2 Formulación de Problema	11
2.1 Objetivo General	12
3. Justificación	13
4. Marco Referencia	15
4.1 Marco Teórico	15
4.2 Marco Conceptual	23
4.3 Marco Legal	25
5. Metodología	28
5.1 Tipo de Estudio	28
5.2 Método	28
5.3 Técnicas de Recolección de Información	28
5.4 Población	28
5.5 Muestra	29
5.6 Descripción de las Variables (Cualitativas o Cuantitativas)	29
5.7 Proceso de Obtención de la Información	30
5.8 Técnicas de procesamiento y análisis de los datos	30
5.9 Consideraciones Éticas	30
6. Resultados de la Investigación	32
6.1 Descripción del proceso de Evaluación de la Calidad del Paciente Trazador	32
6.1.1 Evaluación de la calidad de atención y seguridad del paciente trazador	32
6.1.2 Categorías analizadas	32
6.1.3 Resultados obtenidos	33

---

6.1.4 Análisis de los resultados	35
6.2 Identificación de los Elementos Críticos del Proceso de Mejoramiento	36
6.2.1 Resultados de la Encuesta	36
6.2.2 Análisis de los Resultados	44
6.3 Diseño de un Instrumento de Evaluación de la Calidad	46
6.3.1 Fases para el diseño de un instrumento de evaluación	46
6.3.2 Instrumento para la evaluación de la calidad	47
Conclusiones	77
Referencias Bibliográficas	79
Anexos	82

### Lista de Tablas

<b>Tabla 1</b> Operacionalización de Variables .....	29
<b>Tabla 2</b> Evaluación de la calidad de atención y seguridad del paciente trazador .....	33
<b>Tabla 3</b> Resultado Atención Recibida.....	37
<b>Tabla 4</b> Aspectos Relevantes de la Atención Médica .....	37
<b>Tabla 5</b> Satisfacción del Servicio.....	38
<b>Tabla 6</b> ¿Repetiría el Servicio? .....	38
<b>Tabla 7</b> ¿Recomendaría el Servicio Prestado? .....	39
<b>Tabla 8</b> Compromisos de Profesionales de la Salud en la Prestación del Servicio .....	39
<b>Tabla 9</b> Tiempo de Espera en el Servicio .....	40
<b>Tabla 10</b> Satisfacción en la Información Recibida .....	40
<b>Tabla 11</b> Confianza en la Atención.....	41
<b>Tabla 12</b> Trato Digno y Respetuoso .....	41
<b>Tabla 13</b> Atención Personalizada.....	42
<b>Tabla 14</b> Atención Adecuada.....	42
<b>Tabla 15</b> Receta Médica.....	43
<b>Tabla 16</b> Solución a la Atención en Salud .....	43
<b>Tabla 17</b> Instrumento para la evaluación de la calidad de la atención de un paciente trazador .....	48

## Resumen

Según la observancia de la situación de la atención en el Hospital San Diego de la Ciudad de Cereté, se evidencia la deficiencia en la comprensión de los derechos y deberes del paciente. El paciente trazador, es una herramienta estratégica utilizada en los procesos de auditoría, acreditación y en el desarrollo de las políticas de seguridad del paciente, que permite la evaluación individual y sistemática en la prestación de los servicios de salud, mediante el seguimiento de este desde el ingreso, durante la estancia, en el proceso de tratamiento y en la orientación del egreso.

En esta investigación se plantea como propósito general, el establecer un sistema de evaluación de la calidad de la atención y seguridad del paciente a través de la metodología del paciente trazador, para lograr una mejora de la atención en el servicio de salud.

La investigación es de tipo descriptivo en el cual, se pretende aplicar un sistema de evaluación de la calidad de la atención y seguridad del paciente a través de la metodología del paciente trazador.

Los hallazgos obtenidos, evidencian que hay una percepción favorable, en la mayoría de los usuarios, debido a que éstos consideran, que el servicio que reciben es bueno, la atención amable, los médicos y las enfermeras muestran interés en su situación de salud, brindan información pertinente y cumplen cabalmente con sus deberes profesionales. En cuanto a las falencias, los resultados muestran, que los usuarios sienten que el personal médico-asistencial no les da la oportunidad de escucharlos y atender sus inquietudes y sugerencias. En conclusión, se considera, que la aplicación eficaz del instrumento o metodología del Paciente Trazador, implica, el que se capacite al personal médico - asistencial en cuanto a las guías, protocolos y procedimientos de atención del paciente.

*Palabras Clave:* instrumento trazador, auditoría médica, sistema de calidad.

### **Abstract**

According to the observance of the care situation in the Hospital San Diego of the City of Cereté, the deficiency in the understanding of the rights and duties of the patient is evident. The tracer patient is a strategic tool used in the auditing, accreditation processes and in the development of patient safety policies, which allows individual and systematic evaluation in the provision of health services, by monitoring this from admission, during the stay, in the treatment process and in the discharge orientation.

The general purpose of this research is to establish a system for evaluating the quality of care and patient safety through the methodology of the tracer patient, to achieve an improvement in care in the health service.

The research is descriptive in which it is intended to apply an evaluation system of the quality of care and patient safety through the methodology of the tracer patient.

The findings obtained show that there is a favorable perception, in the majority of users, because they consider that the service they receive is good, friendly care, doctors and nurses show interest in their health situation, they provide relevant information and fully comply with their professional duties. Regarding the shortcomings, the results show that users feel that the medical-assistance staff does not give them the opportunity to listen to them and address their concerns and suggestions.

In conclusion, it is considered that the effective application of the Tracer Patient instrument or methodology implies the training of medical - care personnel in the guidelines, protocols and procedures for patient care.

*Key Words:* tracer instrument, medical audit, quality system.



## **Introducción**

En el proceso de evaluación de la calidad en salud se tiene en cuenta elementos útiles de medición, tales como: acceso, seguridad, calidad en la admisión, diagnóstico, tratamiento y egreso satisfactorio del paciente, bajo el marco de los estándares de la Acreditación en salud.

El paciente trazador permite obtener datos verídicos y confiables que ayudaran a mejorar, prevenir e intervenir las áreas críticas encontradas en el proceso. Además, permite la reacción inmediata ante la presencia de fallas activas, que se estén presentando en el momento de la atención. En el desarrollo del trabajo investigativo, se hace hincapié en la calidad de la atención de un paciente trazador en el hospital San Diego de la ciudad de Cereté, debido a que el proceso de evaluación integral de los servicios prestados, en este caso, se busca identificar de manera concurrente, la calidad de la atención ofrecida, a través de una trazabilidad que interviene en todas las áreas que se involucran con el proceso de atención, incorporando además al personal encargado.

Entre los objetivos del trabajo se busca definir los elementos críticos del proceso de atención integral de pacientes hospitalizados, que deben ser evaluados para mejorar la calidad de la prestación del servicio, con base en el diseño y la aplicación del instrumento o la metodología del paciente trazador.

## **1. Planteamiento del Problema**

### **1.1 Descripción del Problema**

En el sector salud, los estudios para medir la calidad percibida de un servicio se han llevado a cabo a partir del análisis del grado de satisfacción de los usuarios, metodología que ha evolucionado desde cuestionarios de dudosa fiabilidad hasta estudios factoriales con una importante base estadística (Leel, et al., Buda, 2002).

Se debe tener en cuenta, que el grado de complejidad de los servicios prestados en salud, se sitúan fuera de la comprensión técnico-científica de la mayoría de los usuarios. En este sentido, es necesario, por un lado, un desarrollo de programas de calidad en las organizaciones hospitalarias con el objeto de mejorar su gestión y establecer sistemas de aplicación de conceptos y técnicas de calidad total (Neto, 2000).

Para el caso particular del presente estudio, se diagnostica, que en el hospital de la ciudad de Montería, no cuenta con herramientas evaluativas, que le permitan medir la calidad y el grado de eficiencia de los procesos de atención en salud y seguridad del paciente trazador, dentro del marco de los estándares de Acreditación de Salud, establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 1445 de 2006 y modificada por la Resolución 123 de 2012. Lo anterior, en términos de la adherencia a protocolos, guías, procedimientos y manuales institucionales; a partir de los cuales se definen las acciones necesarias para impactar en la seguridad, oportunidad, continuidad e integralidad del proceso de atención en salud.

Según la observancia de la situación de la atención en el hospital de la ciudad, se evidencia la deficiencia en la comprensión de los derechos y deberes del paciente, y acerca

de la necesidad de que se implementen protocolos de atención, prevención y promoción en salud.

En concordancia con la situación ya mencionada, en el hospital, se requiere la aplicación de un proceso de evaluación de la calidad de la atención del paciente trazador, y con ello, el poder plantear acciones que conlleven a la búsqueda del mejoramiento en el servicio de atención en salud, haya mayor seguridad del paciente y un aprendizaje continuo por parte del equipo médico y asistencial de la entidad de salud.

## **1.2 Formulación de Problema**

¿Cómo lograr evaluar la calidad de la atención de un paciente trazador en el Hospital San Diego de la ciudad de Cereté?

## **2. Objetivos de la Investigación**

### **2.1 Objetivo General**

Establecer un sistema de evaluación de la calidad de la atención y seguridad del paciente a través de la metodología del paciente trazador en el Hospital San Diego de la ciudad de Cereté para lograr una mejora de la atención en el servicio de salud.

### **2.2 Objetivos Específicos**

Describir el proceso de evaluación de la calidad de atención y seguridad del paciente trazador en el Hospital San Diego de la ciudad de Cereté

Identificar los aspectos críticos del proceso de atención en salud de un paciente trazador en el Hospital San Diego de la ciudad de Cereté

Diseñar un instrumento de evaluación de la calidad de la atención de un paciente trazador en el Hospital San Diego de la ciudad de Cereté

### 3. Justificación

El modelo de atención en salud, en una entidad de salud, se debe centrar en garantizar una atención con calidad en el paciente y su familia, ello implica, un compromiso con el fortalecimiento de la seguridad, la oportunidad, la comunicación y coordinación entre los miembros del equipo de salud, incluyendo el personal en entrenamiento; siguiendo los lineamientos del Sistema de Garantía de Calidad Institucional y Nacional promovido por el gobierno colombiano.

En las entidades de salud se deben establecer procesos de evaluación de carácter específico y transversal, en el cual, se logre identificar los elementos críticos susceptibles de mejora, directamente relacionados con resultados seguros y confiables del proceso de atención, y para ello, es recomendable herramientas de tipo específica, que sean precisas e integrales que evalúe el proceso de atención desde perspectiva de los procesos institucionales, los profesionales, los pacientes y su familia, como lo es la metodología del paciente trazador, utilizada por organismos de Acreditación en Salud.

El paciente trazador, es una herramienta estratégica utilizada en los procesos de auditoria, acreditación y en el desarrollo de las políticas de seguridad del paciente, que permite la evaluación individual y sistemática en la prestación de los servicios de salud, mediante el seguimiento de este desde el ingreso, durante la estancia, en el proceso de tratamiento y en la orientación del egreso.

La mejora continua de los procesos asistenciales es algo imperativo para las instituciones de salud en Colombia, por lo tanto, es pertinente que se implementen procesos de evaluación de la calidad de la atención y seguridad del paciente trazador, y con ello, el logro de una mejora de la atención en salud y mayor seguridad en el servicio ofrecido.

El presente estudio, pretende evaluar la calidad de la atención y seguridad del paciente a través de la metodología del paciente trazador en el hospital San diego de la ciudad de Cereté para lograr una mejora de la atención en el servicio de salud. En lo práctico, este tipo de investigaciones aportan elementos importantes para la evaluación de los procesos médico-asistenciales en las entidades de salud en la ciudad de Cereté. En lo que respecta a académico, la investigación brinda un nuevo conocimiento y relevante en el área de la calidad y la atención de la salud.

## 4. Marco Referencial

### 4.1 Marco Teórico

Los servicios hospitalarios siempre se han considerado como un área donde confluyen una serie de situaciones que son propicias para que los pacientes y el equipo de salud responsable de la atención de estos, se expongan a una cantidad importante de aspectos que generan riesgos y que pueden conllevar a que se presenten eventos que dentro del proceso de atención y de forma involuntaria causan un daño en menor o mayor complejidad a los pacientes, lo que en el argot de la calidad en salud son conocidos como eventos adversos, cuya ocurrencia en el proceso de atención denotan falta de seguridad para el paciente cuando recibe una atención en salud.

Las personas receptoras de los servicios de salud y en particular cuando ingresan a una institución hospitalaria tienen la perspectiva de que los hospitales son establecimientos seguros y que el hecho de estar en él, les garantiza que nada malo les puede pasar, ya que dichos centros son creados precisamente para resolver problemas de salud y no para causárselos, lo cual ha venido cambiando en los últimos tiempos, ya que de acuerdo con estudios realizados no se puede estar más alejado de la verdad y algunos han concluido de forma categórica que es más seguro viajar en un avión que estar hospitalizado o recibir una atención en un centro asistencial.

En razón a definición del concepto de calidad dentro del área de la salud, se mencionan los modelos desarrollados por los investigadores el trabajo pionero de Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985) considerados, como estudios que mayor repercusión ha tenido.

Según, Donabedian (1984), la búsqueda de una definición de lo que es la calidad en la atención médica puede, atinadamente, empezar por lo más simple y completo de la atención: el tratamiento que proporciona un médico, o cualquier otro profesional, a un episodio de enfermedad claramente definido en un paciente dado.

La calidad es un término que hace referencia a la totalidad de características de un producto o servicio que se busca para satisfacer las necesidades establecidas por el cliente. Tener un sistema de gestión de calidad tiene muchos beneficios como son: mayor satisfacción y lealtad de los clientes, disminuye los costos de operación por medio de la reducción de costos de calidad, mayor motivación de los empleados, debido a que trabajan en forma más eficiente y ayuda a centrar la empresa sobre el problema de producir con calidad (González, 2008).

En el año de 1980, Avedis Donabedian propuso una definición de calidad asistencial que concebía que “Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes” (Donabedian 1980).

Luego, en el año 1989, la International Organization for Standardization (ISO) definió que: "Calidad es el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado" (International Organization for Standardization, 1989).

La calidad de la atención en salud, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y la normatividad la ha definido hoy; como la previsión de servicios de salud a los usuarios de forma accesible, equitativa y con un nivel profesional óptimo, considerando el balance entre el beneficio, riesgo y costos con el fin de lograr la satisfacción de los usuarios; de acuerdo a lo anterior, se considera relevante evaluar la calidad en la atención del servicio de urgencia en la clínica general del norte sede murillo analizando las



siguientes variables, accesibilidad, oportunidad, pertinencia, seguridad, continuidad y su articulación con la atención humanizada (Kerguelén, 2008).

Según Donavedian (1993) y Williams (1994), la satisfacción del usuario debe ser incluida en las evaluaciones del aseguramiento de la calidad, como un atributo de un cuidado de calidad; como un legítimo y deseable resultado, dado que a la atención en salud no puede ser de alta calidad a menos que el usuario este satisfecho. Por tanto, la satisfacción del usuario se entiende como uno de los atributos de la calidad.

En cuanto a los estudios de la calidad de los servicios de urgencias, estos requieren una atención especial. El servicio prestado a los pacientes está directamente relacionado con su estado emocional, así aspectos como la accesibilidad, amabilidad y especialmente la mejora de su estado de salud son aspectos extremadamente importantes de la calidad del servicio. Niedz, afirma que un servicio de salud bien gestionado necesita el desarrollo de todos los miembros del equipo de urgencias (Niedz, 1988).

Las instituciones de salud, deben trabajar en una gestión del servicio centrada en la calidad, orientada a la participación y al bienestar del paciente, evitando los riesgos clínicos y difundiendo una cultura de seguridad, en el contexto de una mejora de la práctica clínica (Neto, 2000).

En relación a la evaluación de la satisfacción de los pacientes hospitalizados, este factor es reconocido cada vez más como una componente principal de la gestión de la calidad. La mejora de la calidad, el análisis comparativo de la eficiencia hospitalaria y la búsqueda de responsabilidad son algunas de las razones que llevan a los hospitales a medir la satisfacción de sus pacientes. Esta satisfacción del paciente es entendida como una componente de la calidad de los servicios de salud que refleja la habilidad de los profesionales para identificar las necesidades y expectativas de sus pacientes (Moret, et al., 2007).

La satisfacción y su evaluación son elementos importantes a la hora de analizar la gestión de los servicios de salud (Crow, et al., 2002). Estos dos factores forman también parte del proceso de prevención y como tal permite identificar las disfunciones existentes en la organización, así como contribuir al impulso de la mejora de la calidad.

Crow, et al., (2002), afirman que existe una relación entre la satisfacción del paciente y los resultados clínicos, de forma que un elevado grado de satisfacción permite una mejor relación entre el paciente y el profesional de la salud. La selección de los servicios de salud, por parte de los clientes, es un indicador objetivo en la satisfacción de dichos servicios. Si bien, no debemos olvidar que los servicios de salud son multidimensionales y muchos de los medios empleados para medir la satisfacción muestran las preferencias relativas del consumidor ante diferentes atributos (Crow, et al., 2002).

En cuanto a la seguridad del paciente, este hace referencia a la ausencia de lesiones o complicaciones evitables, producidas o potenciales como consecuencia de la atención a la salud recibida (Aranaz y Aibar, 2008).

Para la OMS, la seguridad es un principio fundamental de la atención del paciente que incluye aspectos como la seguridad del entorno y de los equipos, la lucha contra las infecciones, la seguridad en el uso de los medicamentos y las prácticas clínicas seguras.

La seguridad del paciente, se define como la ausencia de riesgo o daño potencial asociado a la atención sanitaria, y se basa en el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas, con el objeto de minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias (Cometto, et al., 2011).

En relación a la calidad asistencial, ésta es el pilar fundamental de la atención en salud, junto con la sostenibilidad del sistema. Su mejora permite racionalizar mejor los recursos, reducir los costes y ofrecer una asistencia más segura y centrada en las necesidades del paciente.

Una de las definiciones más ampliamente citada, para calidad asistencial, es la formulada por el Institute of Medicine en 1990, como el grado en:

-Equidad. -Proporciona atención sanitaria que no varía en calidad por características personales, como género, raza, etnia, situación geográfica o estatus socioeconómico.

-Aceptable (Centrada en el paciente).- Proporciona atención sanitaria teniendo en cuenta las preferencias y expectativas de los usuarios y la cultura de sus comunidades.

-Segura. -Proporciona atención sanitaria que minimiza los riesgos y daños a los usuarios de los servicios (Varela, 2014).

La Política de Seguridad del Paciente (Ministerio de la Protección Social, (2009), que desarrolla Colombia, desde el año de 2008, en cabeza del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Ministerio de la Protección Social, se entiende como el conjunto de acciones y estrategias sencillas impulsadas para ser implementadas por las instituciones prestadoras de servicios de salud las cuales propenden por ofrecer herramientas prácticas en la consecución del objetivo de hacer más seguros los procesos de atención, impactar en la mejora de la calidad y proteger al paciente de riesgos evitables que se derivan de la Atención en salud (Ministerio de la Protección Social, (2011).

En cuanto a la metodología del paciente y el sistema trazador, Kessner y varios de sus colaboradores en los años 70, desarrollaron una metodología para evaluar la calidad de la atención (Kessner, et al., 1973) basada en las propuestas de A. Donabedian, las cuales se denominaron “trazadoras”.

La metodología trazadora, se define como un método que analiza el desempeño clínico de un sistema o servicio recorriéndolo a través de la evaluación de criterios o condiciones de interés previamente seleccionadas, tomando como base la evaluación integral del proceso de atención a un usuario en particular y el propósito de conocer la calidad de la atención suficiente evaluar algunos problemas específicos, pero que cuando se combinan en conjuntos proporcionan un marco de referencia para conocer la interacción entre los evaluados y la población total (Busso,1991).

El método trazador, se difundió en los países latinoamericanos por la Organización Panamericana de la Salud en el año 1989, se considera que es un método de gran ductilidad y perspectivas de adaptación a varios acontecimientos de la realidad asistencial (OPS, 1989).

El cuidado de salud siempre está abierto a nuevos estudios y a adoptar metodologías de mejoramiento que permitan alcanzar los logros fijados y obtener un mayor desarrollo. La metodología del trazador tiene sus raíces en la ciencia y es usado por los investigadores para estudiar un proceso científico y la secuencia que sigue el mismo. (Joint Commission Resources, 2007).

El concepto de la metodología del Paciente Trazador es explicado dentro del libro de Halvorsen y Pejakovihc, como “la supervisión de un grupo selecto de pacientes activos a los cuales se les traza su cuidado, a través de los departamentos o servicios del hospital”. Fue adoptada inicialmente por la Joint Commission International como una metodología novedosa aplicada en un piloto en el 2002 al 2003, y después, fue formalmente puesto en marcha desde 2004 para la Acreditación y certificación de programas como resultado del cumplimiento de estándares, regulación nacional aplicable y políticas organizacionales.

En dicho método, la selección y combinación de los problemas a evaluar en la metodología adquieren gran relevancia. En la actualidad, el método analiza el desempeño

clínico del servicio desde el ingreso del usuario hasta el egreso de la institución, y la información que recibe posterior a su salida.

El propósito de esta metodología es brindar una asesoría minuciosa en los sistemas y procesos de la atención, tratamiento y servicios de cuidado otorgados a los pacientes por la organización, que emplea la comunicación con el personal y los pacientes acerca de los cuidados provistos, para obtener información acerca del seguimiento de las reglas por parte de los profesionales de la salud y la implementación del hospital de sus políticas y procesos.

En los hospitales los pacientes trazadores permiten ser monitoreados desde el ingreso hasta la salida o pueden dar seguimiento al régimen de cuidado en una o más unidades, las cuales deben ser previamente seleccionadas y deben afectar la calidad y seguridad de la atención (Halvorsen & Pejakovich, 2008).

Por otra parte, la metodología del trazador es útil además como herramienta clave para el cálculo de datos, control de infecciones y manejo de medicamentos, debido a que la información es obtenida durante las discusiones con un grupo de profesionales que narran sus experiencias diarias y manifiestan los riesgos potenciales y reales durante la prestación del servicio. Esto permite obtener claridad sobre las áreas críticas que se deben intervenir o mejorar. Cuenta, además, con herramientas que se relacionan desde el momento de la admisión del paciente seguido de la asistencia, el tratamiento, los reingresos a la atención, la documentación, la educación, las competencias del recurso humano y otras áreas, teniendo en cuenta que cada paciente es único y cada servicio es diferente. Este tipo de metodología utiliza estrategias tales como la entrevista tanto al personal asistencial como el paciente y la familia, la revisión de expedientes clínicos, la observación de las técnicas de cuidados, realiza una selección de pacientes y unidades basado en Diagnóstico/ Procedimiento y si requieren de cuidados especiales.

Algunas características y elementos universales de la metodología del trazador son:

- a) Involucrar tantas personas como sea posible,
- b) Revisar datos, políticas y procedimientos
- y c) Enfocarse en los miembros asistenciales y no los administrativos

Realizar preguntas con respuestas cerradas.

Es bueno señalar, que la metodología de trazadores de Kessner utiliza un conjunto de problemas específicos de salud, calificados como trazadores, para evaluar la calidad de la atención de los servicios médicos. Estos trazadores se seleccionan en base a un conjunto de criterios de pertinencia y relevancia de la atención prestada por la unidad médica o el sistema de salud. A través de revisión de expedientes médicos, los investigadores pueden evaluar el proceso de diagnóstico, tratamiento y seguimiento del conjunto de trazadores y el resultado del tratamiento. La principal premisa es que los resultados de estos trazadores reflejan la calidad de la atención recibida en una unidad de atención de la salud o incluso de un sistema de salud (Durán y otros, 2012).

El paciente trazador, es una estrategia de auditoría especial que se hace durante la atención y con la cual realiza un seguimiento continuo a la calidad de la prestación de los servicios asistenciales y administrativos entregados. Con la metodología del paciente trazador, se identifican las fortalezas, oportunidades de mejora y posibles riesgos para la mejor atención del paciente, siguiendo un plan que busca el fortalecimiento de las condiciones que garanticen una atención con calidad, centrada en el paciente y su familia.

En relación al comité de calidad, este se crea en concordancia con El Sistema obligatorio de Garantía de Calidad, para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, con el fin de generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios prestados.

Este comité tiene como objetivo central, el promover la evaluación, análisis y generación de acciones dirigidas al mejoramiento y mantenimiento de las condiciones de

calidad acorde al portafolio de servicios de la unidad, al modelo de gestión definido por la entidad, sector salud y a la normatividad vigente (Stake, 1995).

#### 4.2 Marco Conceptual

A continuación, se describen los siguientes conceptos para la evaluación y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud:

**Accesibilidad:** Se trata de medir la posibilidad que tiene un cliente externo de obtener los servicios que necesita, en el momento y lugar donde los necesita (oportunidad), en suficiente cantidad y a un coste razonable (Padilla y Pájaro, 2014).

**Adecuación:** Es la medida en que la atención o acción sanitaria se corresponden con las necesidades del usuario o proveedor del servicio.

**Calidad.** Los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada.

**Continuidad:** Es la medida en que la atención o acción sanitaria se suministra de una forma continua y coordinada (Padilla y Pájaro, 2014).

**Competencia profesional (Calidad científico-técnica):** Hace referencia a la capacidad (lo que sabe hacer) de los proveedores de utilizar el más avanzado nivel de conocimiento, habilidades y actitudes existentes para abordar los problemas de salud (Padilla y Pájaro, 2014).

**Disponibilidad (apoyo estructural):** Definido como la medida en que el servicio oferta en cantidad y calidad suficientes los recursos materiales como la infraestructura física,

el espacio, equipamiento, medicación, programas, normas o cualquier otro medio necesario para la atención sanitaria (Padilla y Pájaro, 2014).

**Equidad:** El Sistema General de Seguridad Social en Salud debe garantizar el acceso al Plan de Beneficios a los afiliados, independientemente de su capacidad de pago y condiciones particulares, evitando que prestaciones individuales no pertinentes de acuerdo con criterios técnicos y científicos pongan en riesgo los recursos necesarios para la atención del resto de la población (Padilla y Pájaro, 2014).

**Efectividad:** Es la medida que relaciona el resultado de una práctica o acción en condiciones reales (rendimiento) y una expectativa preestablecida para dicho resultado. Para los fines sanitarios, la medida relaciona el impacto real de un servicio o programa dentro de un sistema operativo y su impacto potencial en una situación ideal (Padilla y Pájaro, 2014).

**Eficiencia:** Relaciona el resultado de una práctica o acción en condiciones reales (rendimiento) con el costo que produjo dicho resultado (Padilla y Pájaro, 2014).

**Participación:** Representa la medida en que el usuario o proveedor del servicio interviene (participa) activamente en las decisiones que afectan a los intereses habituales del servicio (Padilla y Pájaro, 2014).

**Rendimiento:** Es una dimensión que señala el número de actividades o acciones realizadas en un lapso o período de tiempo. Esta dimensión es utilizada como base para definir la efectividad y la eficiencia (Padilla y Pájaro, 2014).

**Prevención:** Es el enfoque de precaución que se aplica a la gestión del riesgo, a la evaluación de los procedimientos y la prestación de los servicios de salud (Padilla y Pájaro, 2014).



**Satisfacción:** Se define como la medida en que la atención sanitaria ofertada en el servicio llena las expectativas e intereses de los usuarios y proveedores (Padilla y Pájaro, 2014).

#### **4.3 Marco Legal**

A continuación, se describen algunas normas relacionadas con el tema objeto de estudio.

**-Constitución Política de Colombia.**

**-Código Sanitario Nacional (Título VII de la Ley 9ª de 1979).**

**-Ley 100 de 1993**

El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud, fue reglamentado con el decreto 2309 de 2002, (derogado por el art 57, Decreto Nacional 1011 de 2006) en el que se dispone:

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país. (Ministerio de la Protección Social, 2006).

**Decreto Número 1011 de 2006 del Ministerio de la Protección Social**

Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud de Sistema General de Seguridad Social en Salud, como el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país. El Decreto 1011 de 2006 define la calidad de la atención en salud 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 (Ministerio de la Protección Social, 2006).

**Resolución número 1446 de 8 mayo de 2006, Ministerio de la protección social**

Define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud”

**Circular 030 de 2006 de la superintendencia nacional de salud**

Se describen los indicadores de calidad para evaluar la oportunidad, accesibilidad, continuidad, pertinencia y seguridad en la prestación de servicios de salud de las IPS.

**Circular 056 de 2009 de la Superintendencia Nacional de Salud,**

Se describen los indicadores de alerta temprana.

**-Resolución 2003 de 2014**

Se establecen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones.

**-Resolución 1995 de 1999**

Por la cual, se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica, Ministerio de Salud.

**La Comisión Internacional en el año de 2014, planteo una clasificación de la metodología**

**Trazador Individual:** Estos marcadores están diseñados para rastrear las experiencias de cuidado de un paciente en la organización, de esta manera se analiza la prestación de la atención, tratamiento o servicios utilizados por pacientes reales.

**Trazador del sistema:** Evalúa el sistema o proceso, incluyendo la integración de los procesos relacionados, así como la coordinación y la comunicación entre disciplinas y departamentos en sus procesos. Los tres temas evaluados por los trazadores del sistema son la gestión de datos, control de infección y manejo de medicamentos.

**Trazadores específicos del sistema de acreditación:** El objetivo de este marcador es identificar puntos de riesgos y problemas de seguridad dentro de los diferentes niveles y tipo de cuidado, tratamientos o servicios.

**Trazadores de segunda generación:** Es una exploración profunda o detallada de una determinada área, proceso o tema, ejemplo: limpieza, desinfección y esterilización, flujo de pacientes que deben ser atendidos, servicios contratados; diagnóstico por imágenes, radiación terapéutica y la evaluación continua de la práctica profesional. (Joint Commission International, 2014).

## **5. Metodología**

### **5.1 Tipo de Estudio**

El presente estudio, es de tipo descriptivo en el cual, se pretende aplicar un sistema de evaluación de la calidad de la atención y seguridad del paciente a través de la metodología del paciente trazador en el Hospital San Diego de la ciudad de Cereté.

### **5.2 Método**

El método es de tipo descriptivo - analítico, en el cual, se hace una revisión documental sobre un fenómeno objeto de estudio, y a partir de unas generalizaciones teóricas, se logre inferir de manera específica, sobre un caso particular, con su comprobación empírica y su posterior análisis.

### **5.3 Técnicas de Recolección de Información**

Las fuentes primarias se obtienen de la realización de una entrevista grupal y una encuesta, y las secundarias, con fundamento en la exploración bibliográfica (artículos científicos de revistas indexadas, libros, tesis doctorales, manuales corporativos, entre otros), acerca del tema propuesto en la investigación.

### **5.4 Población**

La población referencial corresponde a todos los usuarios que se atienden el Hospital San Diego de la ciudad de Cereté para el primer trimestre del año 2020.

## 5.5 Muestra

La muestra es selectiva debido a la naturaleza de la investigación, en el cual, el sujeto investigador elige las unidades de muestreo, acorde con un criterio ya preestablecido, y en función de satisfacer el objetivo del estudio, el en caso específico, se establece una muestra aleatoria y representativa de 30 usuarios que fueron atendidos en el Hospital San Diego de la ciudad de Cereté.

## 5.6 Descripción de las Variables (Cualitativas o Cuantitativas)

A continuación, se describen las variables aplicadas al estudio:

**Tabla 1**

*Operacionalización de Variables*

VARIABLE	INDICADOR	UNIDADES O CATEGORÍAS	ESCALA
Deberes y derechos	SI NO	Pacientes	Razón
Seguridad del Paciente	%	Pacientes	Nominal
Registro e Ingreso	Numero	Pacientes	Nominal
Planeación de la atención	SI NO	Personal de salud	Razón
Ejecución del control y seguimiento	SI NO	Personal de salud	Razón
Evaluación de la atención	%	Gerencia y auditor	Nominal

Fuente. Grupo Investigador

### **5.7 Proceso de Obtención de la Información**

Se realizó una encuesta, con preguntas cerradas dirigidas a los usuarios que fueron atendidos en el Hospital San Diego de la ciudad de Cereté. Además de ello, se realizó una entrevista grupal a varios directivos de la entidad.

### **5.8 Técnicas de procesamiento y análisis de los datos**

Los datos obtenidos de la encuesta se procesaron en Excel, para lograr tabularlos y presentarlos por medio de gráficas en Word y con el respectivo análisis de los resultados obtenidos.

### **5.9 Consideraciones Éticas**

El estudio se realiza con base en la resolución número 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud y donde el ministro de salud en ejercicio de sus atribuciones legales en especial las conferidas por el Decreto 2164 de 1992 y la Ley 10 de 1990 determina (Art. 1.) las disposiciones de estas normas científicas las cuales tienen por objeto establecer los requisitos para el desarrollo de la actividad investigativa en salud. En el estudio se respeta la voluntariedad de las personas participantes, así como también, se garantizará la confidencialidad de los datos recolectados.

### **5.10 Consentimiento Informado**

El estudio se realizó con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación y del representante legal, con las excepciones dispuestas en la resolución 8430 de 1993, y se hizo por profesionales con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad

---

del ser humano bajo la responsabilidad de una entidad de salud, supervisada por las autoridades de salud, contando con los recursos humano y materiales necesarios que garantizan el bienestar del sujeto de investigación.

## **6. Resultados de la Investigación**

### **6.1 Descripción del proceso de Evaluación de la Calidad de Atención y Seguridad del Paciente Trazador**

En este capítulo, inicialmente, se hace una conceptualización acerca de la metodología del paciente trazador, en razón a sus variables de estudio, para luego aplicar un instrumento de entrevista grupal, mediante el registro de una serie de observaciones acerca de los elementos críticos del servicio de salud, y con ello, hacer una evaluación de la calidad de atención y seguridad del paciente trazador en el Hospital San Diego de la ciudad de Cereté.

#### **6.1.1 Evaluación de la calidad de atención y seguridad del paciente trazador en el Hospital San Diego de la ciudad de Cereté.**

Para el desarrollo de este capítulo, se aplicó un instrumento para evaluar la calidad de la atención del paciente trazador en el servicio de salud del Hospital San Diego de la ciudad de Cereté frente a los estándares de acreditación en salud (Ver formato en anexo 1) y acorde con el modelo del estudio realizado por Agudelo Satizabal, A y Forero Fernández, H. (2013), y en el cual, se hace una síntesis de las respuestas obtenidas de una entrevista grupal realizada a los directivos de la entidad objeto de estudio.

#### **6.1.2 Categorías analizadas.**

Las categorías analizadas son: Deberes y derechos, seguridad del paciente, acceso, registro e ingreso, planeación de la atención, ejecución del control y seguimiento, evaluación de la atención y calidad de la atención.



### 6.1.3 Resultados obtenidos

A continuación, se muestran los resultados obtenidos y su respectivo análisis.

**Tabla 2**

*Evaluación de la calidad de atención y seguridad del paciente trazador*

<i>Categorías</i>	<i>Equipo del área de Calidad</i>	<i>Equipo Administrativo</i>	<i>Personal en salud</i>	<i>Paciente y /o familia</i>
<b>Deberes y derechos</b>	El hospital cuenta con una declaración de derechos y deberes de los pacientes, sin embargo, falta articularla adecuadamente con el direccionamiento estratégico de la entidad.	Se requiere, que haya procedimientos para registrar y/o confirmar la participación de los pacientes en estudios de investigación en la entidad y con ello fortalecer los deberes y derechos de los mismos.	Se evidencia, que el personal en salud no ha recibido capacitación reciente para la divulgación de derechos y deberes de pacientes. Este tipo de formación es necesaria en función de mejorar la atención y la comunicación con los pacientes en la entidad.	Los pacientes y/o familiares tiene un conocimiento escaso de sus derechos y deberes en la institución, por tanto, falta fortalecer en mayor grado su divulgación.
<b>Seguridad del Paciente</b>	El equipo del área de calidad confirma que se ha formulado, implementado y evaluado la política de seguridad del paciente, aunque se requiere que se implementen acciones de mejora hacia el logro de niveles superiores de seguridad en el hospital.	Se hace necesario que en el hospital, haya un mayor registro o estudios de investigación, con respecto a la posible ocurrencia de eventos adversos y los posibles riesgos en lo pacientes en cirugía	Surge la necesidad de que existan planes de acción, en función de identificar, los eventos de seguridad hospitalaria de mayor ocurrencia en el servicio de salud y cuáles son sus principales causas, así como también, de establecer cuáles son las barreras de seguridad que se utilizan en el servicio de salud para evitar la ocurrencia de eventos de seguridad prevenibles.	Los pacientes y/o familiares no conocen cuáles son los principales riesgos de la institución y cómo es el procedimiento de evacuación en caso de una emergencia. Esto indica, la necesidad de mayor información al respecto en el hospital por medio de avisos y una mayor señalización.
<b>Acceso</b>	Se constata que en la entidad no se miden los tiempos de espera del servicio de salud desde que el paciente entra hasta	En lo administrativo, no se definen los indicadores y estándares de oportunidad para los servicios de	Los colaboradores no han recibido capacitación acerca de la medición de los tiempos de espera del paciente del servicio y los estándares de	Existe una percepción favorable de los usuarios de que en el hospital se garantiza una atención integral y

	su salida.	salud ambulatorios y clínicos.	comparación.	satisfactoria.
<b>Registro e Ingreso</b>	Hay cumplimiento en cuanto al proceso de asignación de citas, registro, admisión y preparación del usuario en admisiones de consulta externa y cirugía, y en relación a evaluación de la adherencia a los procedimientos de ingreso.	No se realizan capacitaciones a los usuarios y sus familias, y se requiere contar con un procedimiento para gestionar las dificultades del paciente en los casos en los que no se disponga de toda la información necesaria para su atención.	Se necesita que el personal médico-asistencial, brinde mayor información a pacientes y a sus familias, sobre el proceso de atención, facilidades durante su estadía en los servicios de salud, atención a sus sugerencias, entre otros aspectos.	La información recibida de los usuarios y familiares en cuanto a los procedimientos del servicio de salud, es muy informal, y no se suministra por medio de folletos, manuales o instructivos.
<b>Planeación de la atención</b>	En el hospital no existen los mecanismos y/o instrumentos para evaluar los riesgos probables del proceso de atención de los pacientes, y tampoco se ha entrenado al equipo de atención de salud en el manejo integral de pacientes.	Hay planeación del proceso de atención de salud y este se encuentra alineado con los procedimientos diagnósticos y laboratorio. Sin embargo, la entidad, no cuenta con una guía de atención inmediata de pacientes.	Los profesionales de la salud hacen aplicación del consentimiento informado del paciente y se le ha garantizado su privacidad y dignidad durante la administración de medicamentos, procedimientos y toma de muestras.	A los usuarios y familiares se les ha brindado información sobre el tratamiento o la enfermedad, así como también, acerca de los alimentos y los protocolos de cumplimiento en el hospital.
<b>Ejecución del control y seguimiento</b>	No existe un plan de cuidado y tratamiento que incorpore de manera integral el análisis del riesgo y las necesidades del paciente y su familia, mediante la adecuada articulación del equipo interdisciplinario.	La administración no cuenta con un proceso específico para identificación de víctimas de maltrato infantil, abuso sexual o violencia intrafamiliar.	Los colaboradores tienen un conocimiento parcial de las guías y protocolos de práctica hospitalaria para el cuidado y el tratamiento del paciente.	Hace falta mayor información en cuanto a que los usuarios sepan que tiene derecho a una segunda opinión calificada de su condición médica.
<b>Evaluación de la atención</b>	Hay cumplimiento parcial en cuanto al proceso de evaluación de la atención, basado en el análisis de la Historia Clínica y la	Es insuficiente el procedimiento administrativo para el monitoreo de los comentarios de los usuarios (sugerencias,	Es muy débil la relación de comunicación o de confianza entre el personal médico-asistencial y los usuarios en cuanto a	Hay desconocimiento de usuarios y de los familiares de los canales formales para realizar una queja o reclamo en

	utilización de indicadores de efectividad, seguridad, oportunidad y validez del servicio	solicitudes, felicitaciones, quejas, reclamos).	su derecho a realizar comentarios del proceso de atención.	el hospital.
<b>Calidad de la atención</b>	La entidad no cuenta con un proceso estandarizado para el egreso de los pacientes que garantiza al usuario y su familia la adecuada finalización de la atención y su posterior seguimiento.	La administración no cuenta con estándares establecidos de tiempo para los procesos relacionados con el egreso del paciente.	Luego de remitir un paciente a la atención en salud, es muy débil la retroalimentación por parte de los profesionales de la salud, acerca del resultado de la atención.	Se les informa a los usuarios y familiares acerca de qué proceso debe realizar o tener en cuenta para hacer efectivo el proceso de remisión y los trámites administrativos.

Fuente. Elaboración propia

#### 6.1.4 Análisis de los resultados

En el anterior cuadro, se identifica, que existe un cumplimiento parcial en el Hospital San Diego de la ciudad de Cereté, en cuanto al conocimiento, comprensión y divulgación de los derechos y deberes de los pacientes en la entidad, y tal situación, no permite que se logre una comunicación eficaz en cuanto a la atención satisfactoria de los requerimientos por parte de los usuarios y de que haya un manejo integral del servicio de salud en correspondencia con el deber ser del hospital. Por otra parte, se evidencia, que se deben mejorar los procedimientos, guías y protocolos de entrada y salida de los usuarios, atención en salud y seguridad del paciente, y en el cual, tal proceso no solo significa, solamente la redacción de los mismos, sino también, su divulgación y aplicación hacia los distintos grupos de interés en el hospital.

También el cuadro resalta, la necesidad de que la entidad, cuente con un protocolo integral en el análisis del riesgo y acerca de las necesidades del paciente y su familia, para con ello, lograr un servicio de calidad superior, que se caracteriza no solo por la buena atención de los pacientes, sino también, en su cuidado y seguridad dentro del hospital. Lo

anterior está alineado, con el hecho de que el equipo del área de calidad formule, implemente y evalúe la política de seguridad del paciente, y además de ello, comprometa a todos los colaboradores en su aplicación adecuada dentro de la entidad.

El diagnóstico muestra la necesidad, de que se midan los tiempos de espera del servicio de salud desde que el paciente entra hasta su salida, de que se definan los indicadores y estándares de oportunidad para los servicios de salud ambulatorios y clínicos, de que haya capacitación del personal médico-asistencial de tales procesos. Además de ello, es relevante que se mejore el proceso de evaluación de la atención, basado en el análisis de la Historia Clínica y la utilización de indicadores de efectividad, seguridad, oportunidad y validez del servicio de salud. Por últimos se indica, acerca de la necesidad de brindar a los usuarios y familiares, información sobre el tratamiento o la enfermedad, así como también, acerca de los alimentos y los protocolos de cumplimiento en el hospital.

## **6.2 Identificación de los Elementos Críticos del Proceso de Mejoramiento de La Atención Integral de Paciente Trazador en el Hospital San Diego de la Ciudad de Cereté**

Se seleccionaron a 30 personas que fueron pacientes en la entidad de salud, y el objeto de la encuesta, es el identifica los elementos críticos del proceso de mejoramiento de la atención integral de paciente trazador. A continuación, se muestran los resultados de la encuesta y su correspondiente análisis.

### **6.2.1 Resultados de la Encuesta.**

**1.** ¿Cómo considera que fue la calidad de la atención recibida por parte de los profesionales de la salud del hospital?

**Tabla 3**

*Resultado Atención Recibida*

<b>Respuestas</b>	<b>Valores absolutos</b>	<b>Valores Relativos %</b>
Buena	25	83 %
Regular	5	17 %
Deficiente	0	0 %
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100 %</b>

Fuente. Elaboración Propia

La tabla muestra que el 83 % de los encuestados consideran, que la calidad de atención que reciben de los profesionales de la salud ha sido buena. Este resultado indica, la buena labor que están realizando los médicos y las enfermeras en el hospital de Cereté.

2. ¿Cuál de estos aspectos es el más relevante en la atención que recibió en el hospital?

**Tabla 4**

*Aspectos Relevantes de la Atención Médica*

<b>Respuestas</b>	<b>Valores absolutos</b>	<b>Valores Relativos %</b>
Agilidad de respuesta	5	17 %
Amabilidad y buen trato	13	43 %
Información y orientación	6	20 %
Capacidad de servicio	4	13%
tiempo de espera	2	7 %
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100 %</b>

Fuente. Elaboración Propia

Según la encuesta, el 43 % opina, que la amabilidad y buen trato, es el factor más relevante en la atención médica que recibieron, y solo un 20 % consideran, que es la información suministrada. Estos resultados, denotan, que en el hospital de Cereté, se debe seguir trabajando, en la mejoría de muchos aspectos que son importantes al momento de prestar un servicio de calidad a sus usuarios.

### 3. ¿Sintió satisfacción del servicio de salud que recibió en el hospital?

**Tabla 5**

*Satisfacción del Servicio*

<b>Respuestas</b>	<b>Valores absolutos</b>	<b>Valores Relativos %</b>
SI	23	77 %
NO	7	23 %
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100 %</b>

Fuente. Elaboración Propia

Un 77 % de los usuarios encuestados, se sienten satisfecho con el servicio de salud recibido en el hospital. El resultado obtenido es muy favorable, debido a que ello se puede interpretar, que hay una percepción positiva por parte de la mayoría de los usuarios frente a la atención que reciben, sin embargo, se necesita mayor esfuerzo institucional, para lograr un porcentaje mayor de satisfacción en el servicio ofrecido en salud.

### 4. ¿En caso de una nueva atención medica visitaría nuevamente al hospital?

**Tabla 6**

*¿Repetiría el Servicio?*

<b>Respuestas</b>	<b>Valores absolutos</b>	<b>Valores Relativos %</b>
SI	22	73 %
NO	8	27 %
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100 %</b>

Fuente. Elaboración Propia

La tabla 6, evidencia, que el 73 % de los encuestados consideran, que en caso de una nueva atención médica visitarían nuevamente al hospital. Este resultado es favorable, debido a que, al porcentaje obtenido, muestra una cierta fidelidad de los usuarios frente al servicio que reciben. Sin embargo, se debe seguir en el fortalecimiento de todos aquellos elementos de valor que hacen, que los usuarios perciban un servicio de calidad superior.

5. ¿Haría recomendación del servicio de salud del hospital a algún familiar o amigo?

**Tabla 7**

*¿Recomendaría el Servicio Prestado?*

<b>Respuestas</b>	<b>Valores absolutos</b>	<b>Valores Relativos %</b>
SI	20	67 %
NO	10	33 %
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100 %</b>

Fuente. Elaboración Propia

Los resultados muestran, que un 67 % de las personas encuestadas, recomendarían la atención ofrecida en la clínica a algún familiar o amigo. El anterior resultado, evidencia que muchas de las personas atendidas en el hospital de Cerete, al recibir un buen servicio, estarían dispuesta a recomendar dicha atención en salud otras personas, aunque se requiere, que tal porcentaje de satisfacción de los usuarios aumente con el tiempo, y ello en parte, va a depender directamente de la mejora de la calidad del servicio ofrecido por el personal médico-asistencial de la entidad.

6. ¿Han mostrado interés los profesionales de salud para solucionarle su problema de salud o enfermedad en el hospital?

**Tabla 8**

*Compromisos de Profesionales de la Salud en la Prestación del Servicio*

<b>Respuestas</b>	<b>Valores absolutos</b>	<b>Valores Relativos %</b>
SI	27	90 %
NO	3	10 %
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100 %</b>

Fuente. Elaboración Propia

Para el 90 % de las personas que fueron encuestadas, el personal médico-asistencial ha mostrado interés ante sus problemas de salud. Este resultado, da a conocer, que

existe un buen profesionalismo en la atención médica de los usuarios, debido a que hay un significativo interés y preocupación porque el paciente o usuario sea bien atendido o se mejore prontamente, y todo ello, es favorable para el desarrollo de planes de acción orientados a lograr un servicio de calidad superior en el hospital.

7. ¿Cuánto fue el tiempo de espera para ser atendido en el hospital?

**Tabla 9**

*Tiempo de Espera en el Servicio*

Respuestas	Valores absolutos	Valores Relativos %
5-15 minutos	10	33 %
15-30 minutos	15	50 %
30 minutos – 1 hora	4	13 %
Más de una hora	1	4 %
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100 %</b>

Fuente. Elaboración Propia

La tabla 9, evidencia que un 50 % de los encuestados, tuvo que esperar entre 15 a 30 minutos para ser atendido desde que llegó al hospital y un 33 % entre unos 5 a 15 minutos. Estos datos obtenidos, generan preocupación dentro del concepto de eficacia en la prestación de los servicios de salud del hospital, por tanto, se requiere entonces, mayor agilidad en dicho servicio, ya que una demora en la atención a un usuario, es un factor que genera descontento, y ello se refleja en insatisfacción del mismo.

8. ¿Cómo considera la información u orientación recibida en el hospital?

**Tabla 10**

*Satisfacción en la Información Recibida*

Respuestas	Valores absolutos	Valores Relativos %
Excelente	3	10 %
Buena	21	70 %
Regular	2	7 %
Deficiente	4	13 %
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100 %</b>

Fuente. Elaboración Propia



Los datos muestran que un 70 % de los encuestados manifiestan, que la información y orientación, que recibieron por parte del personal médico, con respeto a su enfermedad fue buena, y solo un 10 % considera que es excelente. Este resultado, aunque se muestra como favorable, aun denota la necesidad de que se mejoren muchos aspectos que giran alrededor del hecho de que ese mantenga mejor informado a los pacientes o saurios, debido a que este factor es clave dentro del ámbito de la calidad del servicio dentro del hospital.

**9.** ¿Considera que el profesional de salud le brindo confianza para expresar sus dudas o inquietudes con respecto a su situación de salud y tratamiento?

**Tabla 11**

*Confianza en la Atención*

Respuestas	Valores absolutos	Valores Relativos %
SI	18	60 %
NO	12	40 %
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100 %</b>

Fuente. Elaboración Propia

La tabla muestra que el 60 % de los encuestados, considera que el profesional de salud, le ofreció confianza, y permitió expresar libremente sus dudas o inquietudes con respecto a su situación de salud y tratamiento. La comunicación entre médico y paciente, es un aspecto favorable dentro del conjunto de factores de atención en salud, por lo tanto, la confianza proferida por los médicos y de las enfermeras hacia los usuarios, es un aspecto de valor dentro del contexto de un servicio de calidad superior.

**10.** ¿Recibió un trato digno y respetuoso por parte del personal médico-asistencial en el hospital?

**Tabla 12**

*Trato Digno y Respetuoso*

Respuestas	Valores absolutos	Valores Relativos %
SI	29	97 %
NO	1	3 %

<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100 %</b>
--------------	-----------	--------------

Fuente. Elaboración Propia

Según el 97 % de los encuestados, opina que recibieron un trato digno y respetuoso en el hospital. Este resultado se expresa por sí solo, en el sentido, de que el personal médico-asistencial ésta realizando bien su labor en cuanto a un mayor acercamiento a sus pacientes o usuarios.

**11. ¿Lo llamaron por su nombre y apellido durante su atención médica?**

**Tabla 13**

*Atención Personalizada*

<b>Respuestas</b>	<b>Valores absolutos</b>	<b>Valores Relativos %</b>
SI	24	80 %
NO	6	20 %
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Elaboración propia

La tabla muestra que el 80 % de los encuestados lo llamaron por su nombre y apellido. Este resultado ésta en línea con los dos anteriores ya descritos, en el cual, se denota una atención humanizada y cordial a los pacientes y/o usuarios en el hospital.

**12. ¿Le realizaron todos los exámenes y estudios pertinentes para su atención médica en el Hospital?**

**Tabla 14**

*Atención Adecuada*

<b>Respuestas</b>	<b>Valores absolutos</b>	<b>Valores Relativos %</b>
SI	26	80 %
NO	4	20 %
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Elaboración propia

Un 80 % de los encuestados opinan, que le realizaron todos los exámenes y estudios necesarios para su diagnóstico y tratamiento. La responsabilidad en la atención en salud, se refleja en el hecho de que haya cumplimiento de los exámenes, y de todos aquellos estudios hacia el paciente, tal como lo muestra el anterior resultado. Sin embargo, se requiere el aumento de tal porcentaje que se podría llamar también de satisfacción por parte de los usuarios.

**13.** ¿La receta médica recibida de parte del profesional de salud la entendió claramente?

**Tabla 15**

*Receta Médica*

<b>Respuestas</b>	<b>Valores absolutos</b>	<b>Valores Relativos %</b>
SI	20	67 %
NO	10	33 %
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Elaboración propia

La tabla 15, muestra que el 67 % de los encuestados recibieron indicaciones en una receta médica de manera clara. Este resultado es parte de los deberes del personal médico – asistencial, y como parte de la calidad en el servicio que se ofrece a los usuarios o pacientes.

**14.** ¿Le resolvieron el problema de salud?

**Tabla 16**

*Solución a la Atención en Salud*

<b>Respuestas</b>	<b>Valores absolutos</b>	<b>Valores Relativos %</b>
SI	28	93 %
NO	2	7 %
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100 %</b>

Fuente. Elaboración Propia

La encuesta evidencia que el 93 %, opina que le resolvieron el problema que era motivo de atención médica. Es satisfactorio este resultado, debido a que indica, que a la mayoría de los usuarios consideran que se les resuelve su situación de salud, y de ello, a su vez es evidencia, de que están desempeñando una buena labor los profesionales de salud en el hospital.

### 6.2.2 Análisis de los Resultados

Los hallazgos de la encuesta, evidencian, que la mayoría de los encuestados (83 %), manifiestan que la calidad en la atención recibida en el Hospital de Cerete por parte del personal médico-asistencial ha sido buena, y un 43%, considera que la amabilidad y buen trato, es el factor más relevante en la atención médica que reciben.

Por otra parte, el 73 % de los encuestados opinan que en caso de que se les presente otra situación de atención en salud, irían nuevamente al Hospital de Cerete, y de igual manera, la mayoría (67 %), de los encuestados opinan que están dispuestas a recomendar la entidad a algún familiar o amigo. También es interesante, el dato que arroja la encuesta, de que un 70 %, se sienta satisfecho con la atención que recibió en el hospital. Según el 90 % de las personas encuestadas, expresan que el personal médico-asistencial ha mostrado interés ante su situación de salud o enfermedad.

Un resultado que no es favorable, es el hecho de que el 50 % de los encuestados, consideren que han esperado entre 15 a 30 minutos para ser atendidos desde que llegaron al hospital y de cómo un 33 % manifiestan que les toco esperar entre unos 5 a 15 minutos para ser atendido. En cuanto a la información u orientación por parte del cuerpo médico y del equipo de enfermería, la mayoría (70%), opina que fue buena la comunicación. En relación a la confianza entre médico-paciente, el 60 % de los encuestados, consideran que no se les permitió expresar sus dudas o inquietudes con respecto a su enfermedad, a los exámenes y al tratamiento, por lo cual, es un aspecto que se requiere mejorar dentro del contexto de un servicio de calidad superior.

Los resultados de la encuesta indican que los usuarios o pacientes han recibido un trato digno y respetuoso de parte de los médicos y las enfermeras del hospital (97 %) y para la mayoría (80 %) de los encuestados, fueron llamados por su nombre y apellido, ambos

resultados dan cuenta de que los usuarios perciben que han recibido un trato de amabilidad en su instancia dentro de la entidad.

En cuanto a los deberes y responsabilidades de los profesionales de salud dentro del hospital, la encuesta evidencia que el 80 % de los encuestados opinan, que se le realizaron todos los exámenes y estudios necesarios para su diagnóstico y tratamiento, un 67 % opina que recibieron una receta médica clara y un 93 %, considera, que en general se siente satisfecho con el servicio recibido debido a que le resolvieron su situación de atención médica.

Los anteriores resultados de la encuesta en el Hospital de Cerete en el departamento de Córdoba, indican, que hay una percepción favorable, en razón a que la mayoría de los usuarios consideran que el servicio que reciben es bueno, la atención amable, los médicos y las enfermeras muestran interés en su situación de salud, brindan información pertinente y cumplen cabalmente con sus deberes profesional.

En cuanto a las falencias, los resultados de la encuesta muestran que los usuarios sienten que el personal médico-asistencial no les da la oportunidad de escucharlos y atender sus inquietudes y sugerencias y de que se les brinde la confianza para que se puedan expresar libremente acerca de su enfermedad o situación en salud. Otro aspecto que genera preocupación, es el hecho, de que la mayoría sean que los tiempos de espera sean muy largos, lo cual, tal resultado, afecta la calidad del servicio, y de que haya una mejor percepción sobre el servicio, que reciben, y a la vez, tales hallazgos, indican la necesidad de que los hospitales mejores en sus procedimientos o procesos de servicio, debido a que se requiere un servicio más ágil y oportuno hacia los pacientes o clientes.

Se debe considerar, que temas como los deberes y derechos, seguridad del paciente, registro e ingreso, planeación de la atención, ejecución del control y seguimiento, evaluación de la atención y calidad de la atención, son aspectos claves que se deben tener en cuenta para el logro del mejoramiento institucional de las entidades de salud y en cuanto

a que se genere un ambiente de trabajo agradable y seguro, así como también, el que se logre ofrecer un servicio de calidad superior a los usuarios.

### **6.3 Diseño de un Instrumento de Evaluación de la Calidad de la Atención de un Paciente Trazador en el Hospital San Diego de la Ciudad de Cereté**

En el presente capítulo, se describe un plan de acción con fundamento en el instrumento de evaluación de la calidad de la atención de un paciente trazador, y en el propósito de evaluar el ciclo de atención de un usuario en los servicios de salud y el desempeño organizacional de la entidad. Esta evaluación está alineada con los estándares de acreditación específicos en salud y en función de atender de manera eficaz, los requerimientos de los usuarios/pacientes dentro del ámbito de los servicios de salud.

#### **6.3.1 Fases para el diseño de un instrumento de evaluación de la calidad de la atención de un paciente trazador**

El diseño de un instrumento de evaluación de la calidad de la atención de un paciente trazador, implica el analizar el desempeño de un sistema o servicio de salud en particular, y este estudio se realiza, mediante la observancia y evaluación de los criterios o condiciones de interés previamente seleccionadas, y cuyo propósito central es el conocer la calidad de la atención suficiente evaluar con relación a algunos problemas específicos (Agudelo y Forero, 2013).

En cuanto al método del paciente trazador, se hace la revisión de los elementos identificados como medibles, acorde con los estándares de Acreditación en Salud de Colombia (Ministerio de la Protección Social, 2012), y en su desarrollo, se aplican 4 fases (Diseño, Aplicación, Validación y Resultados) cada una con sus actividades respectivas. En la fase de diseño del instrumento, se formulan una serie de preguntas en el objeto de identificar las variables críticas a observar, para luego realizar un análisis de las respuestas obtenidas. Una vez diseñado el instrumento, se aplica la entrevista o encuesta, según el caso analizado, y en razón al usuario, se analiza o se observa los factores críticos

relacionados con el ingreso y el egreso del usuario o paciente en el hospital. El proceso de validación, implica, el análisis realizado durante el proceso de aplicación la herramienta diseñada y las respuestas arrojadas por la misma. Por último, la fase de resultados debe plantear una evaluación de la calidad de la atención en salud.

### **6.3.2 Instrumento para la evaluación de la calidad de la atención de un paciente trazador en el Hospital San Diego de la ciudad de Cereté**

En la Tabla17, se presenta el instrumento de evaluación para la atención de un paciente trazador.

**Tabla 17**

*Instrumento para la evaluación de la calidad de la atención de un paciente trazador*

ÍTEM a verificar	Detalle de ÍTEM	Siempre (3)	Algunas veces (2)	Nunca (1)	NA	Observaciones	QUÉ	CUÁNDO	DÓNDE	QUIÉN	POR QUÉ
AsDP1	<i>El personal del hospital le ha dado a conocer sus derechos y deberes como paciente?</i>					No todo el personal da a conocer los derechos y deberes a los pacientes que se encuentran dentro del hospital.	Verificar que todos los usuarios conozcan los derechos y deberes de l hospital.	Al ingreso de cada servicio.	En cada servicio internación	Es responsabilidad de personal de enfermería y atención al usuario.  Todo el personal que tenga contacto con el paciente debe tener conocimiento de los mismos.	El paciente debe conocer sus derechos y deberes durante la internación.
AsDP2	<i>¿Ha participado en una investigación durante esta hospitalización?</i>					Los usuarios no han participado de investigaciones durante esta hospitalización o estadía en el hospital.	Incluir a los usuarios a temas de investigación durante la Hospitalización previo consentimiento informado	Durante hospitalización	En cada servicio de internación	Profesionales del Servicio	Los usuarios pueden elegir libremente previa explicación detallada de sus beneficios y no vulneración de sus derechos por Participar o no hacerlo de investigaciones durante esta hospitalización.

Fuente. Elaboración propia, adaptado de estudio realizado por Martínez (2019).



ÍTEM a verificar	Detalle de ÍTEM	Algunas veces (2)			Observacion es	QUÉ	CU ÁN DO	DÓNDE	QUIÉN	POR QUÉ	CÓMO
AsD P3	<i>Ud como profesional de salud, da a conocer y explica los derechos y deberes a cada uno de sus pacientes?</i>				No todo el personal da a conocer y explica los derechos y deberes a los pacientes que se encuentran dentro del hospital.	Verificar que el personal de salud de a conocer y explique los derechos y deberes a los pacientes.	Al ingreso de cada servicio.	En cada servicio de internación	Es responsabilidad de personal de enfermería y atención al usuario.  Todo el personal que tenga contacto con el paciente debe tener conocimiento de los mismos.	El paciente debe conocer sus derechos y deberes durante la internación.	Capacitar durante el horario de trabajo de manera continua a todo el personal sobre los deberes y derechos con test pre y post capacitación.  Entregar folletos y explicar de forma clara a todo paciente al momento de ingresar al servicio.  Entrega de link institucional para lectura rápida en sus móviles.

Fuente. Elaboración propia, adaptado de estudio realizado por Martínez (2019).

ÍTEM a verificar	Detalle de ÍTEM	Siempre (3)	Algunas veces (2)		Observaciones	QUÉ	CUÁNDO	DÓNDE	QUIÉN	POR QUÉ	CÓMO
AsSP2	<i>¿Conoce y utiliza las barreras de seguridad (según protocolo de Londres) que se utilizan en este servicio para evitar eventos adversos?</i>				No todo el personal conoce y utiliza las barreras de seguridad.	Conocer y utilizar las barreras de seguridad, que se utilizan en este servicio para evitar eventos adversos.	Siempre	En todos los servicios.	Es responsabilidad de personal de enfermería. Todo el personal que tenga contacto con el paciente debe tener conocimiento de los mismos.	Todo el personal debe conocer y utilizar las barreras de seguridad (según protocolo de Londres) para evitar los eventos adversos.	Capacitar al personal de todos los servicios de manera continua sobre la utilización de las barreras de seguridad (según protocolo de Londres) para evitar eventos adversos con evaluación pre y post.
AsSP3	<i>Identifica los 10 correctos para administración del medicamento en el paciente (medicamento, dosis, paciente, vía, registro correcto, preparar y administrar ud mismo el medicamento, tener responsabilidad de la administración, alergias)?</i>				No todo el personal identifica los 10 correctos para administración del medicamento en el paciente.	Identificar los 10 correctos para administración del medicamento en el paciente para prevenir eventos adversos.		Permanente	En todos los servicios.	Enfermería.	Todo el personal debe identificar los 10 correctos para administración del medicamento en el paciente, para prevenir posibles eventos adversos.

Fuente. Elaboración propia, adaptado de estudio realizado por Martínez (2019).

ÍTEM a verificar	Detalle de ÍTEM	Siempre (3)	Algunas veces (2)		Observaciones	QUÉ	CUÁNDO	DÓNDE	QUIÉN	POR QUÉ	CÓMO
AsSP3	<i>En caso de reacción adversa a transfusión sanguínea, notifica el evento en el formato institucional?</i>				No se evidencia de notificación de eventos, en caso de presentar una reacción adversa a transfusión sanguínea.	Notificar los eventos que se presenten por reacción adversa a transfusión sanguínea en el formato de la institución.	Siempre	En todos los servicios.	Responsabilidad del médico tratante.  Todo el personal de salud debe conocer cómo se reporta una reacción a transfusiones, para prevenir evento adverso.	Todo el personal médico de la institución debe notificar los eventos que se presenten por reacción adversa a transfusión sanguínea.	Capacitar en jornada laboral de forma continuas al personal sobre notificación de eventos, especialmente en la posibilidad de presentar reacciones adversas a transfusión sanguínea con evaluación pre y post.  Realizar en inducción y reinducción al personal con explicación detallada donde se notifican estos eventos.  Generar Actas con evidencias y evaluaciones mensuales sobre el tema.
AsSP4	<i>¿El personal de salud le solicita lavado de manos antes de visitar a su familiar?</i>				Se realiza evaluación de la técnica de lavado de manos con el familiar.	Verificar que familiar entienda, conozca y practique el lavado de manos	Siempre	Toda la institución	Enfermería	El entorno de paciente debe usar normas de bioseguridad por parte del personal de salud y sus familiares.	Capacitar y evaluar a familiares en lavado de manos de forma teórico/practico y a través de folletos al ingreso del paciente a los servicios.

Fuente. Elaboración propia, adaptado de estudio realizado por Martínez (2019).

ÍTEM a verificar	Detalle de ÍTEM	Siempre (3)	Algunas veces (2)		Observaciones	QUÉ	CUÁN DO	DÓNDE	QUIÉN	POR QUÉ	CÓMO
					Duración fue inferior a 40 segundos						
AsSP4	¿Conoce cuál es la ruta de evacuación de la institución ante emergencias y desastres?(personal de salud y familiares)				El personal, los usuarios o sus familiares no conocen cuales son las rutas de evacuación de la institución ante emergencias y desastres.	Verificar que todo el personal, usuarios y familiares conozcan las rutas de evacuación de la institución ante emergencias y desastres.	Siempre	Toda la institución	Todo el personal, usuarios y familiares	Todo el personal de la institución, pacientes o visitantes deben conocer cuáles son las rutas de evacuación de la institución ante emergencias y desastres.	Capacitar de forma continua al personal, usuarios y visitantes sobre la importancia de conocer las rutas de evacuación de la institución ante emergencias y desastres con evaluación pre y post.  Realizar simulacro de emergencia y desastres cada 4 meses.

AsSP4	<p>¿Le enseñaron en qué colores de canecas debe depositar los diferentes tipos de basuras? Gris: residuos reciclables: cartón y papel ,vidrio y metal Rojo: residuos biosanitarios: apósitos, aplicadores sondas drenes, vendajes, mechas, guantes, ropa desechable, cateteres, r estos de alimentos de pacientes aisla dos Verde: residuos ordinarios: servilletas restos de comida papel con adhesivo icopor papel húmedo empaques de mecato - Gris bolsa blanca: vidrios de medicamentos.(persona al de sakud yfamiliar</p>					<p>Usuario no deposita los residuos en los lugares correspondientes</p>	<p>Verificar que profesionales cumplan con la explicación de donde depositar cada residuo</p>	Siempre	Toda la institución	<p>Responsabilidad de enfermería. Todo el personal de salud.</p>	<p>Cumplimiento de protocolos y políticas del hospital.</p>	<p>Capacitar de forma continuas al profesional sobre disposición de residuos y explicación al usuario y acompañante.</p>
-------	--	--	--	--	--	---	---	---------	---------------------	--	---	--

Fuente. Elaboración propia, adaptado de estudio realizado por Martínez (2019).

ÍTEM a verificar	Detalle de ÍTEM	Siempre (3)	Algunas veces (2)			Observaciones	QUÉ	CUÁN DO	DÓNDE	QUIÉN	POR QUÉ	CÓMO
<b>AsAC – ACCESO</b>												
AsAC1	<i>Considera que en esta institución su atención fue de acuerdo a los criterios de priorización al ingreso de urgencias (Triage I-II-III-IV-V)?</i>					A pesar de remisión por especialista el ingreso a esta institución presento demoras en su manejo.	Agilizar ingreso de pacientes que vienen remitidos.	Siempre	En cada servicio de internación	Medico	Atención oportuna y con calidad	Capacitar en jornada laboral de forma continua al personal sobre los criterios de priorización al ingreso de urgencias y evaluación pre y post.
												Explicación breve al paciente sobre tiempos de espera en urgencias.
AsAC3	<i>Ha recibido capacitación acerca de la medición de los tiempos de espera del paciente del servicio y los estándares de comparación (Resolución 5596 del 12 de diciembre de 2016 que lo estipula en categorías.)?</i>					No se tiene evidencia o reporte sobre las capacitaciones acerca de la medición de los tiempos de espera del paciente del servicio y los estándares de comparación.	Capacitar al personal sobre la medición de los tiempos de espera del paciente del servicio y los estándares de comparación	Mensual	Todos los servicios de la institución	Líder del servicio.	Todo el personal debe conocer los tiempos de espera de los pacientes en los servicios y los estándares de comparación de manera oportuna y continua.	Socializar los indicadores mensuales al personal de forma continua sobre los tiempos de espera de los pacientes en los servicios y los estándares de comparación.

AsAC4	<i>¿Durante la atención ud eligió al médico de su preferencia para su consulta actual?</i>					No hay opción de elegir medico de preferencia en urgencias.	Ejecutar un estudio de movimientos y tiempos en los servicios para determinar los tiempos necesarios por servicio y	Mensual	Todos los servicios de la institución	Líder de servicio o y líder de calidad	Para determinar la necesidad real de recurso humano en los servicios.	Investigar de forma directa en el campo de cálculo de tiempos y movimientos.  En consulta externa brindar opciones de personal médico específico.
-------	--	--	--	--	--	---	---	---------	---------------------------------------	--	---	---

Fuente. Elaboración propia, adaptado de estudio realizado por Martínez (2019).

ÍTEM a verificar	Detalle de ÍTEM	Algunas veces (2)			Observaciones	QUÉ	CUÁNDO	DÓNDE	QUIÉN	POR QUÉ	CÓMO
						Considerar la posibilidad de atención con el medico de preferencia					
AsAC5	<i>El tiempo utilizado en la atención del paciente para consulta, es suficiente?</i>				Se evidencia que no todas las veces el tiempo utilizado en la atención de lo paciente en las consultas es suficiente.	Rediseñar o estudiar si los tiempos de atención de los pacientes para cada consulta son adecuados y suficientes.	Mensual	Todos los servicios de la institución	Líder de servicio y líder de calidad.	Los tiempos utilizados en la atención del paciente para consulta en ocasiones no son adecuadas.	Analizar los tiempos utilizados en la atención de los pacientes en las consultas médicas, por medico de encuestas de satisfacción a los usuarios y al personal.  Evaluar los indicadores de tempo de espera para la atención

AsAC7	<i>¿A su ingreso le explicaron cuáles son los servicios que presta la institución, los ha utilizado?</i>				No se evidencia que al ingreso de los usuarios a la institución se le explique cuáles son los servicios que presta la institución.	Explicar a los usuarios al ingresar a la institución cuales son los servicios que se prestan.	Siempre	Todos los servicios de la institución	Atención al usuario.	A los usuarios se le deben explicar desde el ingreso a la institución, cuales son los servicios que se prestan.	Generar un portafolio de servicios plegable o en aplicación en web , fácil de socializar a los usuarios desde el ingreso a la institución
-------	--	--	--	--	--	---	---------	---------------------------------------	----------------------	---	---

Fuente. Elaboración propia, adaptado de estudio realizado por Martínez (2019).



ÍTEM a verificar	Detalle de ÍTEM	Algunas veces (2)	Observaciones	QUÉ	CUÁNDO	DÓNDE	QUIÉN	POR QUÉ	CÓMO
AsAC8	¿Utiliza la plataforma para pedir citas y autorización de exámenes paraclínicos?		Se le cuestiona este aspecto al familiar /paciente quien no conoce la forma de solicitar autorizaciones, pero por vía telefónica dice que si sabe, al cuestionarlos como lo hace no es claro el proceso	Capacitar al personal para que pueda informar a los usuarios sobre proceso referido de solicitud por la web	Siempre	Todos los servicios de la institución	Información y sistemas. Atención al usuario.	Los usuarios deben conocer proceso de asignación de citas por la web	Diseñar instructivo en página en la web
<b>AsREG - REGISTRO E INGRESO</b>									
AsREG1	¿Le explicaron sobre los requisitos de ingreso en su estancia en el hospital?		No se tiene evidencia de explicación a los usuarios sobre requisitos de ingreso en su estancia en el hospital.	Estandarizar modelo de presentación en los servicios	Al ingreso al servicio	En cada servicio de internación	Atención al usuario.	El paciente debe conocer los requisitos de ingreso en su estancia en el hospital.	Capacitar de forma continua al personal de atención al usuario sobre requisitos de ingreso en su estancia en la clínica con evaluación pre y post.
AsREG1	autorizaciones en su estancia en el hospital?		debe explicar sobre las autorizaciones de su estancia en la clínica.	institución y de manera continua sobre las autorizaciones.	Al ingreso al servicio	En cada servicio de internación	Atención al usuario.	El paciente debe conocer las autorizaciones en su estancia en el hospital.	Capacitar de forma continua al personal de atención al usuario sobre autorizaciones que pueden generar la estancia de los usuarios en el hospital.

Fuente. Elaboración propia, adaptado de estudio realizado por Martínez (2019).

ÍTEM a verificar	Detalle de ÍTEM	Algunas veces (2)			Observaciones	QUÉ	CUÁNDO	DÓNDE	QUIÉN	POR QUÉ	CÓMO
						Su estancia en el hospital.				Derechos durante la internación.	
AsREG1	<i>Le explicaron sobre costos de su estancia en el hospital ?</i>				Los pacientes y sus familiares no saben que se le debe explicar sobre los costos de su estancia en el hospital.	Explicar a los usuarios al ingresar a la institución y de manera continua sobre los costos de su estancia en el hospital.	Al ingreso al servicio	En cada servicio de internación	Atención al usuario.	El paciente debe conocer sobre los costos de su estancia en la clínica y sus derechos durante la internación.	Capacitar de forma continua al personal de atención al usuario sobre costos que pueden generar la estancia de los usuarios en la clínica, para poder informar a los usuarios sobre costos posibles .
AsREG2	<i>¿Le explicaron el horario de visitas?</i>				Los pacientes y sus familiares no saben que se le debe explicar sobre el horario de visitas en su estancia en el hospital.	Explicar a los usuarios al ingresar a la institución y de manera continua sobre el horario de visitas en la estancia en el hospital.	Al ingreso al servicio	En cada servicio de internación	Enfermería.	El paciente debe conocer el horario de visitas y sus derechos durante la internación.	Capacitar de forma continuas al personal sobre los horarios de visitas que se manejan en la institución.  Informar horarios de visitas, para poder informar a los usuarios nuevos de servicio.
AsREG2	<i>Ha presentado una petición, queja, reclamo, solicitud o felicitación, en caso de requerirlo?</i>				El paciente y familia informa que creen es a través de un buzón pero no han sido informados.	Estandarizar modelo de presentación en los servicios.	Al ingreso al servicio	En cada servicio de internación	Calidad y Comunicaciones	El paciente debe conocer sus derechos durante la internación.	Entregar formato en medio electrónico al egreso a todos los pacientes para su evaluación.

Fuente. Elaboración propia, adaptado de estudio realizado por Martínez (2019).

ÍTEM a verificar	Detalle de ÍTEM	Siempre (3)	Algunas veces	Nunca (1)	NA	Observaciones	QUÉ	CUÁNDO	DÓNDE	QUIÉN	POR QUÉ	CÓMO
<b>AsEV - EVALUACIÓN DE NECESIDADES AL INGRESO</b>												
AsEV1	<i>¿Al ingreso le preguntan sobre los factores de riesgo cardiovascular?</i>					El personal no pregunta todas las veces sobre los factores de riesgo cardiovascular al ingreso en la institución.	El personal realiza preguntas sobre riesgo cardiovascular el ingreso de los pacientes.	En todos los servicios	Al ingreso a cada servicio	Médico tratante y sistemas de comunicaciones.	La historia debe estar completamente diligenciada	Auditoría de historias clínicas y tener formato en la web que sea enviado a todos los usuarios al ingreso.
AsEV1	<i>¿Al ingreso le preguntan sobre riesgo de caídas?</i>					No se evidencia que al ingreso de los usuarios a la institución se les pregunta sobre el riesgo de caída.	Estandarizar modelo integral al ingreso de la institución a los usuarios.	Al ingreso a clínica	Al ingreso a cada servicio	Médico tratante y enfermería	Se debe informar claramente a los usuarios los posibles riesgos de caídas.	Capacitar de forma continua al personal sobre riesgo de caídas que pueden generar la estancia de los usuarios en la clínica con evaluación pre y post.
AsEV1	<i>¿Al ingreso le preguntan sobre enfermedad mental o riesgo de suicidio?</i>					No se evidencia que al ingreso de los usuarios a la institución se les pregunta sobre enfermedad mental o riesgo de suicidio.	Estandarizar modelo integral al ingreso de la institución a los usuarios.	Al ingreso a la institución	Al ingreso a cada servicio	Profesionales del Servicio	Se debe informar claramente a los usuarios enfermedad mental o riesgo de suicidio	Capacitar de forma continua al personal sobre enfermedad mental o riesgo de suicidio y análisis de estos casos.

Fuente. Elaboración propia, adaptado de estudio realizado por Martínez (2019).

ÍTEM a verificar	Detalle de ÍTEM	Siempre (3)	Algunas veces	Nunca (1)	NA	Observaciones	QUÉ	CUÁN DO	DÓNDE	QUIÉN	POR QUÉ	CÓMO
AsEV1	¿Al ingreso le orientan sobre programa de promoción y mantenimiento de la salud?					No se evidencia que al ingreso de los usuarios a la institución se les pregunta de promoción y mantenimiento de la salud.	Estandarizar modelo integral al ingreso de la institución a los usuarios.	Al ingreso a la institución	Al ingreso a cada servicio	Profesionales del Servicio	Se debe informar claramente a los usuarios sobre programa de promoción y mantenimiento de la salud.	Capacitar al personal sobre programa de promoción y mantenimiento de la salud para poder informar a los usuarios.
AsEV3	¿En caso de aislamiento, le han explicado y ha entendido las técnicas, indicaciones y procedimientos del paciente aislado?					Médico. No se evidencia que se indague por todos los factores de riesgo. Evaluar todos los factores de riesgo en piso	Estandarizar modelo integral al ingreso de la institución a los usuarios.	Cada que la se presente un caso de aislamiento a los usuarios.	Al ingreso a cada servicio	Profesionales del Servicio	Porque se debe informar a los usuarios sobre el aislamiento dentro de la institución, las técnicas, indicaciones y procedimientos del paciente aislado.	Capacitar y actualizar al personal sobre lo relacionado de criterios de aislamiento y manejo de este paciente durante la estancia de los usuarios en la clínica.

Fuente. Elaboración propia, adaptado de estudio realizado por Martínez (2019).

ÍTEM a verificar	Detalle de ÍTEM	Siempre (3)	Algunas veces	Nunca (1)	NA	Observaciones	QUÉ	CUÁNDO	DÓNDE	QUIÉN	POR QUÉ	CÓMO
<b>AsPL - PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN</b>												
AsPL2	Aplica las Guía de Atención de acuerdo al diagnóstico del paciente, y ha recibido socialización y evaluación de la misma?					Se evidencia que no todas las veces se aplica la guía de Atención de acuerdo al diagnóstico del paciente	Estandarizar Guía de Atención de acuerdo al diagnóstico del paciente cada que ingreso de la institución a los usuarios.	Al ingreso a la institución	Al ingreso a cada servicio	Profesionales del Servicio	Se debe aplicar las guías de atención de acuerdo al diagnóstico del paciente.	Capacitar y actualizar al personal sobre guía de Atención de acuerdo al diagnóstico del paciente.
AsPL3	¿Ha asistido a consulta de odontología en el último año?					Ningún paciente encuestado ha asistido a odontología.  No recuerda fecha de última consulta odontológica.	Información sobre atención en salud oral ambulatorio  Estimular el uso de servicios odontológicos desde la internación.	Permanente	Institución	Medicina y enfermería.	Odontología hace parte del manejo integral de paciente	Socializar y evaluar Guía en todos los servicios sobre promoción y prevención de atención en salud oral.  Plan de egreso que considere atención odontológica

AsPL6	¿En la historia clínica se evidencia la verificación de resultados de laboratorio clínico de forma oportuna?				Se evidencia que no todas las veces se aplica en la historia clínica se evidencia la verificación de resultados de laboratorio clínico de forma oportuna.	Los resultados de laboratorio clínico, se deben evidenciar de forma oportuna en la historia clínica.	Permanente	Institución	Líder de laboratorio.	Se debe evidenciar en la historia clínica la verificación de resultados de laboratorio clínico de forma oportuna.	Establecer tiempos oportunos sobre la oportunidad de los resultados de laboratorios clínicos.
-------	--	--	--	--	---	--	------------	-------------	-----------------------	---	---

Fuente. Elaboración propia, adaptado de estudio realizado por Martínez (2019).

ÍTEM a verificar	Detalle de ÍTEM	Siempre (3)	Algunas veces	Nunca (1)	NA	Observaciones	QUÉ	CUÁNDO	DÓNDE	QUIÉN	POR QUÉ	CÓMO
AsPL9	Tiene claridad sobre autocuidado o condiciones relacionadas con su enfermedad o estado de salud?					No hay explicación clara algunos pacientes sobre su estado actual y su enfermedad	Información clara al paciente sobre su enfermedad	Permanente	Institución	Médico tratante	Es un deber del médico tratante y un derecho del paciente a conocer su estado actual	Capacitar al personal médico tratante sobre políticas de calidad directamente relacionadas con información completa y clara al paciente.

AsPL10	¿Recibe capacitaciones sobre consentimiento o disentimiento ?				Se evidencia que no todas las veces el personal recibe capacitaciones sobre consentimiento o disentimiento.	Capacitar al personal sobre consentimiento o disentimiento .	Permanente	Institución	Líder de calidad del hospital	El personal del hospital debe manejar, saber y aplicar los consentimientos o disentimientos a los usuarios cada que no necesiten.	Capacitar de forma continua al personal sobre consentimiento o disentimiento para poder aplicar a los usuarios que se encuentren dentro de la clínica.
AsPL11	¿Se le ha informado correctamente sobre su enfermedad o estado de salud?				Médico manifiesta que sabe del tema pero no porque se haya capacitado en el hospital.	Incluir temas del solución en el proceso de inducción y reinducción	Permanente	En la institución	Coordinador es de servicio	Hace parte de la Política de Seguridad	Procesos de Inducción y Reinducción

Fuente. Elaboración propia, adaptado de estudio realizado por Martínez (2019).



ÍTEM a verificar	Detalle de ÍTEM	Siempre	Algunas veces (2)	Nunca (1)	NA	Observaciones	QUÉ	CUÁNDO	DÓNDE	QUIÉN	POR QUÉ	CÓMO
AsPL11	<i>¿Ud si se siente seguro en esta institución ?</i>					El paciente refiere poca confianza en el personal de salud frente al servicio prestado	Retroalimentar profesionales la importancia de atención humanizada y cálida	Permanente.	En la institución	Personal de salud.	Atención basada en calidad	Realizar capacitaciones sobre atención humanizada y cálida.
AsPL11	<i>¿El personal se ha preocupado por su dolor?</i>					Refiere el paciente poca preocupación del personal por su dolor	Sensibilización del personal.	Permanente.	En la institución	Líder de cada servicio	Atención basada en calidad	Capacitar al personal sobre atención humanizada
AsPL12	<i>Verificar en Historia Clínica la conciliación medicamentosa al ingreso y al egreso.</i>					No se evidencia en la historia clínica la conciliación medicamentosa al ingreso y al egreso.	El personal debe escribir la conciliación en la Historia Clínica medicamentos al ingreso y al egreso.	Permanente	En la institución	Profesionales del Servicio	Se debe evidenciar en la historia clínica la conciliación medicamentos a al ingreso y al egreso.	Manejar un protocolo que los médicos y profesionales deben implementar en la Historia Clínica sobre la conciliación medicamentosa al ingreso y al egreso.

AsPL13	<i>Verificar en Historia Clínica si hay justificación de solicitud de exámenes</i>					Se evidencia que no todas las veces el personal justifica en la historia clínica la solicitud de exámenes.	El personal debe escribir en la Historia Clínica la justificación de solicitud de exámenes.	Permanente	En la institución	Profesionales del Servicio	Se debe evidenciar en la historia clínica la justificación de solicitud de exámenes.	Capacitar al personal sobre la importancia de la justificación de los exámenes solicitados en la historia clínica, para no presentar glosas.
--------	--	--	--	--	--	--	---	------------	-------------------	----------------------------	--	--

Fuente. Elaboración propia, adaptado de estudio realizado por Martínez (2019).

ÍTEM a verificar	Detalle de ÍTEM	Siempre (3)	Algunas veces	Nunca (1)	Observaciones	QUÉ	CUÁNDO	DÓNDE	QUIÉN	POR QUÉ	CÓMO
AsPL13	<i>¿Le explicaron los resultados de los exámenes solicitados?</i>				Se evidencia que no todo el tiempo se entrega información actualizada de los exámenes del paciente	Documentar en la historia clínica la explicación sobre exámenes al paciente o familiar	Permanente	En la institución	Líder del servicio	Se debe evidenciar en la historia clínica la explicación al paciente sobre sus exámenes.	Capacitar al personal sobre registro adecuado de explicación de cada detalle al paciente.
AsPL16	<i>Verificar en la Historia Clínica si los resultados de exámenes de laboratorio están registrados en el software del hospital.</i>				Se evidencia que no todas las veces el personal revisa en la historia clínica si los resultados de exámenes de laboratorio están registrados en el software del hospital.	El personal debe registrar en el software del hospital, los resultados de exámenes de laboratorio de la Historia Clínica.	Siempre	En la institución	Medico	Se debe evidenciar en la historia clínica los resultados de exámenes de laboratorio están registrados en el software de la clínica.	Capacitar al personal, sobre el registro en el software del hospital, los resultados de exámenes de laboratorio en la Historia Clínica con evaluación pre y post.  Bloqueo de salida o traslado o terminación de consulta en el sistema.

Fuente. Elaboración propia, adaptado de estudio realizado por Martínez (2019).

ÍTEM a verificar	Detalle de ÍTEM	Siempre (3)	Algunas veces		Observaciones	QUÉ	CUÁN DO	DÓN D E	QUIÉN	POR QUÉ	CÓMO
AsPL16	<i>Verificar si estos fueron oportunos para toma de decisiones y están interpretados en forma correcta</i>				Se evidencia que no todas las veces el personal toma de decisiones de forma oportuna y están interpretados en forma correcta.	El personal debe tomar de decisiones y si están interpretados en forma correcta de forma oportuna con los resultados de exámenes reportados.	Siempre	En la institución	Medico	La toma de decisiones y la interpretados debe ser forma correcta, para la toma de decisiones de forma oportuna.	Capacitar de forma continua al personal la tomar de decisiones y si están interpretados en forma correcta de forma oportuna con los resultados de exámenes reportados con evaluación pre y post.  Bloqueo de salida o traslado o terminación de consulta en el sistema.
<b>AseJ - EJECUCIÓN DEL TRATAMIENTO</b>											
AsEJ5	<i>¿Ha sido informado el derecho que tiene a una segunda opinión médica frente a su tratamiento?</i>				No hay conocimiento del paciente en referencia sobre una segunda opinión medica	Información desde el ingreso (orientación) sobre segunda opinión medica	Siempre	En la institución	Grupo de Enfermería	Información clara al paciente	Capacitar y actualizar al personal sobre segunda opinión médica con evaluación pre y post.

Fuente. Elaboración propia, adaptado de estudio realizado por Martínez (2019).

ÍTEM a verificar	Detalle de ÍTEM	Siempre (3)	Algunas veces		Observaciones	QUÉ	CUÁNDO	DÓNDE	QUIÉN	POR QUÉ	CÓMO
<b>AsREF- REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA</b>											
AsREF2	<i>¿Conocen mecanismos para recibir reportes o ampliar información cuando el paciente es remitido a algún prestador externo ?</i>				Se evidencia que no todas las veces el personal conoce el mecanismo para recibir, reportes o ampliar información cuando el paciente es remitido a algún prestador externo.	Informar a los prestadores externos de forma correcta, la información cuando el paciente es remitido, recibido o reportado.	Siempre	En la institución	Todo el personal	El personal debe conocer el mecanismo para recibir reportes o ampliar información cuando el paciente es remitido a algún prestador externo.	Capacitar al personal sobre todo los procesos de referencia y contra referencia de los pacientes que se encuentran en la institución con evaluación pre y post.
AsREF4	<i>Si al egreso se solicitaron exámenes de imagenología, ¿a usted le informaron como es el proceso que debe seguir?</i>				Se evidencia que algunas veces no se da información completa sobre el proceso para la toma de ellas.	Los reportes de prestadores externos deben ser entregados al hospital sin intermediación de familiares.	Siempre	En la institución	Líder del servicio	Seguridad de información.	Tener personal de la empresa o contrato con la IPS para envío de reportes oportunamente.
AsREF5	<i>Si al egreso se solicitan procedimientos de habilitación y rehabilitación, ¿a usted le informaron como es el proceso que debe seguir?</i>				No se evidencia a los usuarios la información del proceso que debe seguir al momento egreso, si solicitan procedimientos de habilitación y rehabilitación.	Información oportuna a los usuarios sobre todos los procedimientos que se le solicitan en el momento del egreso en la institución.	Siempre	En la institución	Equipo tratante y secretaria.	Todo el personal debe conocer todos los procesos de habilitación y rehabilitación de los pacientes que se encuentran en la institución.	Capacitación al personal sobre los procesos de habilitación y rehabilitación de los pacientes que se encuentran en la institución.

Fuente. Elaboración propia, adaptado de estudio realizado por Martínez (2019).

ÍTEM a verificar	Detalle de ÍTEM	Siempre (3)	Algunas veces			Observaciones	QUÉ	CUÁN DO	DÓN D E	QUIÉN	POR QUÉ	CÓMO
AsREF6	<i>¿Conoce usted cuanto tiempo se demora el proceso de egreso después de ordenado por los profesionales de la salud, incluida la facturación de los servicios?</i>					Sí, me informaron que era más o menos la hora pero realmente no sé cuánto se demoró	Informar al paciente al momento del egreso, el tiempo estimado de espera para su salda definitiva.	Siempre	En la institución	El personal del servicio.	Agilización de egreso de pacientes	Informar a los pacientes y familiares los tiempos entre egreso y salida efectiva del hospital.
AsSIR3	<i>En caso de remitir a un paciente a otra IPS de la red, ¿conoce el proceso de remisión y como se consiguen las citas?</i>					Se evidencia que no todas las veces el personal conoce el proceso de remisión y como se consiguen las citas los pacientes al ser remitidos a otra IPS de la red.	Los profesionales deben conocer el proceso de remisión y saber cómo se consiguen las citas los pacientes al ser remitidos a otra IPS de la red.	Siempre	En la institución	Profesionales del Servicio	Todo el personal debe conocer todo los procesos sobre la referencia y contra referencia de los pacientes que se encuentran en la institución.	Capacitar al personal sobre todos los procesos de referencia y contra referencia de los pacientes que se encuentran en la institución.

Fuente. Elaboración propia, adaptado de estudio realizado por Martínez (2019).

ÍTEM a verificar	Detalle de ÍTEM	Siempre (3)	Algunas veces	Nunca (1)	Observaciones	QUÉ	CUÁNDO	DÓNDE	QUIÉN	POR QUÉ	CÓMO
AsSIR6	<i>¿Usted sabe cómo consultar la información que se genera en la Red?</i>				Se evidencia que no todas las veces el personal sabe cómo consultar la información que se genera en la Red.	Los profesionales deben conocer como consultar la información que se genera en la Red.	Siempre	En la institución	Profesionales del Servicio	Todos el personal debe conocer todo los procesos de generación de información en red	Capacitar al personal sobre todo los procesos de información que se genera en red
AsSIR12	<i>¿Usted conoce las IPS externas, los servicios que ofrece y como accede el usuario a ellos?</i>				Se evidencia que no todas las veces el personal conoce las IPS externas, los servicios que ofrece y como accede el usuario a ellos.	Los profesionales deben conocer las IPS externas, los servicios que ofrece y como accede el usuario a ellos.	Permanente	En la institución	Profesionales del Servicio	Todo el personal debe conocer todo sobre IPS externas, los servicios que ofrece y como accede el usuario a ellos	Capacitar e informar al personal sobre todo lo relacionado con las IPS externas.
AsSIR13	<i>Tiene acceso a la tecnología de la IPS en red (RX odontológico por ejemplo)?</i>				No se evidencia que el personal tiene acceso a la tecnología de la IPS en red (RX odontológico por ejemplo)	Los profesionales deben tener acceso a la tecnología de la IPS en red.	Permanente	En la institución	Médico tratante	Todos el personal debe conocer todo los procesos de tecnología de las IPS en red .	Habilitar por sistemas del acceso del médico a la historia clínica completa.

Fuente. Elaboración propia, adaptado de estudio realizado por Martínez (2019).





Fuente. Elaboración propia, adaptado de estudio realizado por Martínez (2019).

ÍTEM a verificar	Detalle de ÍTEM	Siempre (3)	Algunas veces		Observaciones	QUÉ	CUÁNDO	DÓNDE	QUIÉN	POR QUÉ	CÓMO
<b>AsMCC - MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b>											
AsMCC1	<i>¿Aplica el enfoque organizacional de Mejoramiento Continuo?</i>				No se evidencia que el personal aplique el enfoque organizacional de Mejoramiento Continuo.	El personal debe aplicar el enfoque organizacional de Mejoramiento Continuo.	Permanente	En la institución	Grupo de calidad	Todos el personal debe estar enfocado en mejoramiento o continuo al momento de atender a los usuarios.	Capacitar en inducción y reinducción al personal sobre cómo se debe aplicar el enfoque organizacional de Mejoramiento Continuo, en la institución con evaluación pre y post
AsMCC1	<i>Indagar a los profesionales de salud si conocen el enfoque organizacional de Mejoramiento Continuo</i>				Enfermera. Refiere que eso lo hace calidad y que es para mejorar. Se le retroalimenta al respecto	Socializar el Plan de Mejoramiento Continuo de la Calidad de la clínica	Mensual	En la institución	Grupo de calidad	Cumplimiento de normatividad legal vigente	Reuniones periódicas con unidades funcionales informando avances del Mejoramiento Continuo
<b>AsEVA -EVALUACION DE LA ATENCION</b>											

AsEVA2	<i>El medico de turno aplica el proceso de auditoria de historias clínicas: SI O NO , y le retroalimentan al respecto?</i>				No se evidencia que los medico de turno aplica el proceso de auditoria de historias clínicas.	Socializar el proceso de auditoria de historia clínica al personal.	Mensual	En la institución	Grupo de auditoria	Los médicos de turno debe aplicar el proceso de auditoria de historias clínicas.	Capacitar y actualizar al personal sobre resultados de auditoria en la historia clínica con ayuda del Auditor del servicio en la institución.  Reforzar adherencia a las guías de manejo.
--------	--	--	--	--	---	---	---------	-------------------	--------------------	--	---

ÍTEM	Detalle de ÍTEM	Siempre (3)	Algunas veces		Observaciones	QUÉ	CUÁNDO	DÓNDE	QUIÉN	POR QUÉ	CÓMO
AsEVA2	¿El medico de turno aplica el proceso de PQRS?				No se evidencia que los médicos de turno aplica el proceso de PQRS.	Socializar el proceso de cómo aplicar el proceso de PQRS al personal.	Permanente	En la institución	Mejoramiento continuo	Los médicos de turno deben aplicar el proceso de PQRS.	Capacitar y evaluar al personal sobre el proceso de PQRS, en la institución.
AsEVA2	¿Recibe retroalimentación respecto a PQRS ?				No se evidencia que el personal retroalimente respecto a PQRS.	Socializar el proceso de retroalimente respecto a PQRS al personal.	Permanente	En la institución	Mejoramiento continuo	El personal de salud, debe retroalimentar las respuestas de las PQRS en la institución.	Capacitación continua al personal sobre cómo se debe aplicar el enfoque organizacional de Mejoramiento Continuo, en la institución.
AsEVA3	El medico de turno aplica el programa de consultador crónico: SI O NO y sabe cómo remitirlo?				No se evidencia que los medico de turno aplique el programa de consultador crónico.	Socializar el proceso de programa de consultador crónico al personal.	Siempre	En la institución	Profesionales del Servicio	Los medico de turno debe aplicar el programa de consultador crónico.	Crear plegable o ayuda audiovisual en salas generales y en consultorios sobre cómo direccionar los pacientes que aplique.  En historia clínica resaltar sus antecedentes desde sistemas

Fuente. Elaboración propia, adaptado de estudio realizado por Martínez (2019).

ÍTEM a verificar	Detalle de ÍTEM	Siempre (3)	Algunas veces		Observaciones	QUÉ	CUÁN DO	DÓNDE	QUIÉN	POR QUÉ	CÓMO
<b>AsSAL- SALIDA Y SEGUIMIENTO</b>											
AsSAL1	<i>Verificar en la historia clínica el registro de cuidados y el autocuidado en casa (dietas especiales, seguimiento farmacológico, ejercicios, rehabilitación, etc.)</i>				Se evidencia que no todas las veces el personal registra en la historia clínica los cuidados y el autocuidado encasa (dietas especiales, seguimiento farmacológico, ejercicios, rehabilitación, etc.)	El personal debe registrar en la historia clínica los cuidados y el autocuidado en casa.	Permanente	En la institución	Médico tratante y área de sistemas. Líder del servicio	El personal debe registrar en la historia clínica los cuidados y el autocuidado en casa, para que no presenten reintegros a la institución.	Capacitar de forma continua al personal sobre registro en la historia clínica los cuidados y el autocuidado en casa, teniendo en cuenta que se debe hacer de forma continua, siempre a su egreso y de forma escrita en la historia clínica.  Crear ayudas en físico y en el sistema sobre signos de alarma y recomendaciones de patologías más frecuentes y podría ser automático en el sistema.
AsSAL2	<i>Verificar en la historia clínica si fue remitido a un Programa de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad</i>				Se evidencia que no todas las veces el personal remite en la historia clínica a los usuarios a un Programa de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad	El personal debe remitir en la historia clínica a los usuarios a un Programa de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad.	Siempre	En la institución	Médico tratante	El personal debe remitir a los usuarios a los usuarios a un Programa de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad, para tener menor número de reintegros a la institución.	Capacitar de forma continua al personal sobre todos los programas de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad.  Paciente debe al egreso tener cita de control asignada con médico general de P y P.

Fuente. Elaboración propia, adaptado de estudio realizado por Martínez (2019).

### **Conclusiones**

Se concluye, que el trabajo de investigación se centró en el identificar los aspectos más relevantes en cuanto a la calidad de la atención en salud en el Hospital San Diego de la ciudad de Cereté, para lo cual, se validó la aplicación de la metodología del paciente trazador, por ser este proceso, un instrumento eficaz en la identificación de los elementos críticos hacia el mejoramiento de la atención integral de paciente y en lo referente a su seguridad en la entidad.

Los resultados de las encuestas y las entrevistas grupales realizadas muestran fortalezas en los aspectos referidos a la calidad del servicio de salud ofrecido por parte del personal médico- asistencial del hospital hacia sus usuarios, y del cumplimiento de sus deberes y responsabilidades, y además de ello, en el fomento de prácticas asistenciales más seguras a los pacientes, aunque también los resultados obtenidos, muestran ciertas falencias, en cuanto a determinados procesos relacionados con la agilidad del servicio, en brindar información oportuna a los usuarios y en atender muy puntualmente sus sugerencias e inquietudes. En lo administrativo, se requiere mayor énfasis, en la aplicación de los protocolos de seguridad y de cuidado a los pacientes, y que haya un mejor seguimiento y monitoreo de los mismos, tal como lo establecen los modelos de calidad en los procesos de atención en salud.

Se considera, que la aplicación eficaz del instrumento o metodología del Paciente Trazador, implica el que se capacite al personal médico - asistencial en cuanto a las guías, protocolos y procedimientos de atención del paciente, para con ello, el poder ofrecer un servicio de salud de calidad superior a los pacientes o usuarios desde el ingreso hasta su salida en el Hospital San Diego de la ciudad de Cereté. De igual manera, se debe tener en cuenta las inquietudes y sugerencias de los colaboradores, los pacientes y sus familias, y todo ello, en función, de que se garantice, que haya una buena atención en salud, un mejor cuidado de los pacientes y una mayor seguridad a los mismos. Este

compromiso a su vez, conlleva a que se desarrolle un servicio de calidad superior, el cual, trae contenido, los términos de integralidad, continuidad y seguimiento en la prestación del servicio de salud. Además de lo ya señalado, es importante, que haya cualificación constante en los profesionales de la salud, y de que fluya de manera continua la información hacia los usuarios y los familiares, debido que todo ello, es parte del cumplimiento de los fines esenciales de la metodología del paciente trazador dentro de las entidades de salud.

### Referencias Bibliográficas

Agudelo Satizabal, A y Forero Fernández, H. (2013). *Diseño y validación de un instrumento evaluador de la calidad de la atención de un paciente trazador en un Hospital Universitario de Alta Complejidad*. Pontificia Universidad Javeriana. (Tesis de Grado. Universidad Javeriana). <http://hdl.handle.net/10554/12071>

Aranaz, J., Aibar, Carlos. (2008). *Marco conceptual de la seguridad clínica del paciente*. En: Aranaz, J.; et. al. Gestión sanitaria. Calidad y seguridad de los pacientes. Madrid. Editores Díaz Santos. Fundación Mapfre, instituto de prevención, salud y medio ambiente. 2008. p 223-228.

Cometto, M. C., Gómez, P. F., Marcon Dal Sasso, G. T., Zárate Grajales, R. A., De Bartoli Cassiani, S. E., y Falconí Morales, C. (2011). *Enfermería y Seguridad de los Pacientes*. (O. P. Salud, Ed.) Washington, D. C.

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/51547?show=full&locale-attribute=es>

Crow, R., Gage H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., Storey, L., y Thomas, H. (2002). *The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature*. Health Technology Assessment NHS RyD HTA Programme, 6(32).

Donabedian, A. (1984). *La Calidad de la atención Médica*, En: La Prensa Médica Mexicana, S.A. México D.F. <https://www.redalyc.org/pdf/106/10632217.pdf>

Donabedian A. (1980). *The definition of quality and aproaches to its assessment*. En: Explorations in quality assessment and monitoring. Vol.I. Health Administration Press. Ann Arbor. Michigan. <https://psnet.ahrq.gov/issue/definition-quality-and-approaches-its-assessment-vol-1-explorations-quality-assessment-and>

Donabedian, A. (1993). *Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad*. Revista de Salud Pública de México; 35 (3):238-247.

- Durán-Arenas L, Muñoz-Hernández O, Hernández-Ramírez LC, Jasso-Gutiérrez L, Flores S, Aldaz-Rodríguez V, Zurita JM. (2012). *El uso de la metodología de trazadores para la evaluación de la calidad de la atención en pacientes afiliados al Seguro Médico para una Nueva Generación*. Salud Publica Mex;54 supl 1:S50-S56.
- González - Méndez, E. (2008). *Calidad de la atención en el servicio de urgencias del área de Salud Heredia Cubujuquí, desde la perspectiva del cliente*. Instituto Centroamericano de Administración Pública -ICAP.
- Halvorsen, M., y Pejakovich, P. (2008). *Tracer Methodology: Frontline Strategies to Prepare for JCI Survey*. India: Global Edition. 2008.
- International Organization for Standardization. (1989). *Quality: terms and definitions*.
- Kerguelén Botero, A. (2008). *Calidad en salud en Colombia: Los principios*. Ministerio de la Protección Social Programa de Apoyo a la Reforma de Salud – PARS. 2008.
- Kessner, D. Snow C., Singer J. (1973). *Assessment health quality*. The case for tracers 1974 New England Journal of medicine. 288: 189-194.
- Lee, H., Delene, L.M., Bunda, M. A. y Kim, C. (2000). *Methods of Measuring Health-Care Service Quality*. Journal of Business Research, 48, pp. 233–246.
- Joint Commission Resources. (2007). *Applied Tracer Methodology: Tips and Strategies for Continuous Systems Improvement*. USA: Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations. [https://www.jointcommission.org/-/media/depcreated-unorganized/imported-assets/tjc/system-folders/topics-library/171110\\_accreditation\\_guide\\_hospitals\\_final.pdf?db=web&hash=A4AA2E4B34B5E47F6DD59FFE7CDBA20F](https://www.jointcommission.org/-/media/depcreated-unorganized/imported-assets/tjc/system-folders/topics-library/171110_accreditation_guide_hospitals_final.pdf?db=web&hash=A4AA2E4B34B5E47F6DD59FFE7CDBA20F)
- Martínez B. (2019). *Pilotaje De estándares asistenciales del sistema único de acreditación a través de la aplicación del instrumento para “Paciente Trazador” En institución de alta complejidad Pereira*, Agosto A Octubre 2019. Universidad Cooperativa de Colombia. Pereira – Risaralda.



<https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/15955/2/DOCUMENTO%20PACIENTE%20TRAZADOR%20%283%29.pdf>

Ministerio de la Protección Social. (2009). *Norma técnica: Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud. Unidad Sectorial de Normalización en salud*. Dirección General de Calidad de Servicios. Bogotá, D.C.

<http://www.acreditacionensalud.org.co/ea/Documents/Guia%20Buenas%20Practicas%20Seguridad%20del%20Paciente.pdf>

Ministerio De La Protección Social (2011). *El estudio IBEAS y la política de seguridad del paciente en Colombia*. Dirección General de Calidad de Servicios. Bogotá D.C.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/resultados-estudio-ibeas.pdf>

Ministerio de la Salud y de Protección Social. (2012). Resolución 123. Bogotá, Colombia.  
<https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Acreditaci%C3%B3n-en-Salud.aspx>

Moret, L., Nguyen, J. M., Pillet, N., Falissard, B., Lombrail, P., E Gasquet, I. (2007). *Improvement of psychometric properties of a scale measuring inpatient satisfaction with care: a better response rate and a reduction of the ceiling effect*. BMC Health Services Research, 7, p. 197. 2007.

Neto, Q. (2000). *Qualidade Total e Administração Hospitalar: Explorando Disfunções Conceituais*. Lisboa: Edições Sílabo. <https://www.scielo.br/pdf/csc/v7n2/10251.pdf>

### Anexos

**Anexo 1** Instrumento para evaluar la calidad de la atención de un Paciente Trazador en el Servicio de Salud frente a los estándares de Acreditación en salud. A continuación, se muestra el instructivo del Instrumento para evaluar la calidad de la atención de un Paciente Trazador en el Servicio de Salud en el Hospital San Diego de la ciudad de Cereté.

DERECHOS Y DEBERES		CUMPLIMIENTO		
GRUPO A ENTREVISTAR	Conocimiento, comprensión y divulgación de los derechos y deberes de los pacientes	Cumplimiento satisfactorio (2)	Cumplimiento parcial (1)	No cumplimiento (0)
<b>1. Equipo del área de Calidad</b>  <b>2. Equipo Administrativo</b>	1. ¿Sabén ustedes que el Hospital cuenta con una declaración de derechos y deberes de los pacientes y que ésta fue incorporada en el direccionamiento estratégico de la entidad? En caso afirmativo, ¿Ha sido incorporado al servicio de salud y de qué forma?		X	
	2. ¿Conocen ustedes los mecanismos utilizados para evaluar la comprensión de derechos y deberes del paciente en el hospital? En caso afirmativo, amplíe la información.		X	
	3. ¿Conocen ustedes el procedimiento utilizado para registrar y/o confirmar la participación de los pacientes del servicio de salud en estudios de investigación?, En caso afirmativo, ¿Participan o han participado en la aplicación del procedimiento conforme a lo previsto?		X	
<b>Personal en salud</b>	4. ¿Han recibido capacitación reciente para la divulgación de derechos y deberes de pacientes? En caso afirmativo, ¿Cuándo y cómo se dio?			X
	5. ¿En qué consiste el Código de Ética del Hospital y cómo se evalúa la aplicación en su servicio de salud?		X	
<b>Paciente y /o familia</b>	6. ¿Conoce usted sus derechos y deberes en la institución? En caso afirmativo, ¿Podría decir uno de ellos? ¿Tiene alguna sugerencia para incluir un derecho?		X	

Fuente. Elaboración propia, adaptado al modelo del estudio de Agudelo y Forero (2013).

SEGURIDAD DEL PACIENTE		CUMPLIMIENTO		
GRUPO A ENTREVISTAR	Formulación, Implementación y evaluación de la política de seguridad del paciente	Cumplimiento satisfactorio (2)	Cumplimiento parcial (1)	No cumplimiento (0)
<b>Equipo del área de Calidad, de salud y Jefe del área,</b>	7. Explique cómo se ha formulado, implementado y evaluado la política de seguridad del paciente.		X	
	8. ¿Se tiene conformado un comité de seguridad del paciente? En caso afirmativo, ¿Cómo debería estar integrado el Comité y Cuál sería su situación en la carta organizacional?		X	
	9. ¿Saben ustedes si el personal del servicio de salud gestiona sus eventos de seguridad clínica e implementa acciones de mejora hacia el logro de niveles superiores de seguridad del paciente?		X	
	10. ¿Qué análisis le han realizado a los eventos de seguridad clínica potenciales de los estudios de investigación con pacientes en cirugía?		X	
<b>Personal de salud</b>	11. ¿Cuáles son las barreras de seguridad que se utilizan en el servicio de salud para evitar la ocurrencia de eventos de seguridad clínica prevenibles?		X	
	12. ¿Saben ustedes cuales con los eventos de seguridad clínica de mayor ocurrencia en el servicio y cuáles son sus principales causas?  ¿Conocen de la relación de éstos con la Política de Seguridad del Paciente en la entidad?		X	
	13. ¿Saben ustedes para qué se utilizan las manillas de identificación del paciente y en caso de tener algún color específico conoce su significado?	X		
<b>Paciente y /o familia</b>	14. ¿Conocen ustedes cuáles son los principales riesgos de la institución y cómo es el procedimiento de evacuación en caso de una emergencia?, ¿cómo evitar una posible caída?			X

Fuente. Elaboración propia, adaptado al modelo del estudio de Agudelo y Forero (2013).

ACCESO		CUMPLIMIENTO			
GRUPO A ENTREVISTAR	Garantía en el acceso sin barreras para el usuario	Cumplimiento satisfactorio (2)	Cumplimiento parcial (1)	No cumplimiento (0)	
<b>Equipo del área de Calidad</b>	15. Expliquen, ¿Cómo se diseñó el proceso de atención integral del paciente en el servicio y cómo se ha realizado su implementación y seguimiento?		<b>X</b>		
	16. Describan, ¿Cómo se miden los tiempos de espera del Servicio de Oncología desde que el paciente entra hasta su salida?			<b>X</b>	
	17. ¿Tienen definidos los indicadores y estándares de oportunidad para los servicios de salud ambulatorios y clínicos? ¿Se encuentran definidos en el Sistema de Información para la Calidad?				<b>X</b>
	18. Por favor informen, ¿cómo es la asignación y autorización de las citas a los usuarios?	<b>X</b>			
<b>Personal en salud</b>	19. ¿Conocen el proceso de atención integral del paciente? En caso afirmativo, ¿Cómo se realiza su adherencia? ¿Tienen sugerencias para su ajuste o modificación y cuáles serían éstas?	<b>X</b>			
	20. ¿Han recibido capacitación acerca de la medición de los tiempos de espera del paciente del servicio y los estándares de comparación?			<b>X</b>	
<b>Paciente y /o familia</b>	21. ¿En su concepto, considera que el Hospital garantiza una atención integral y satisfactoria? ¿Puede usted seleccionar el profesional de su preferencia?, ¿Es siempre atendido por un especialista del servicio o por un residente? En caso afirmativo, ¿Qué ha tenido en cuenta para elegir el profesional que lo atiende?	<b>X</b>			
	22. ¿Conoce los servicios que presta la organización? Cuáles servicios ha utilizado? ¿Cómo le han prestado estos servicios?	<b>X</b>			

Fuente. Elaboración propia, adaptado al modelo del estudio de Agudelo y Forero (2013).

REGISTRO E INGRESO		CUMPLIMIENTO		
GRUPO A ENTREVISTAR	Estandarización del proceso de registro e ingreso del usuario	Cumplimiento satisfactorio (2)	Cumplimiento parcial (1)	No cumplimiento (0)
<b>Equipo Administrativo</b>	23. Describan, ¿Cómo se realiza el proceso de asignación de citas, registro, admisión y preparación del usuario en admisiones de Consulta Externa y Cirugía?	X		
	24. Como es el proceso de identificación de pacientes? ¿Qué tipo de identificadores utilizan diferentes al nombre y número de identificación?	X		
	25. Describan el proceso de atención al usuario. ¿Se cuenta con un procedimiento para gestionar las dificultades del paciente en los casos en los que no se disponga de toda la información necesaria para su atención?			X
	26. Por favor describan, ¿Cómo se evalúa la adherencia a los procedimientos de ingreso en los servicios de admisiones de Consulta Externa y Cirugía?	X		
	27. ¿Se realizan capacitaciones a los usuarios y sus familias?, Describan, ¿Cómo se evidencia la comprensión de los usuarios y familiares en las instrucciones y recomendaciones impartidas?			X
	28. Por favor describan, ¿Cómo se identifican los principales riesgos de los pacientes en admisiones, y cirugía? ¿Se utilizan listas de chequeo para evaluar los riesgos de los pacientes?		X	
<b>1. Personal en salud 2. Equipo del área de calidad</b>	29. ¿Qué información le entregan al paciente y su familia sobre el proceso de atención, facilidades durante su estadía en los servicios de Consulta Externa, Cirugía, hospitalización, entre otros?		X	
	30. ¿Cuáles son las guías y protocolos utilizados en los servicios de cirugía y hospitalización? ¿Cómo se elaboran, implementan y evalúan?		X	
<b>Paciente y /o familia</b>	31. Durante su ingreso, ¿Le brindaron información alguna del proceso de atención que le iban a prestar? De ser así, ¿La información le fue suministrada por medio de folletos, manuales o instructivos?		X	
	32. Cómo verificaron que usted comprendió la información dada de su proceso de atención?	X		

Fuente. Elaboración propia, adaptado al modelo del estudio de Agudelo y Forero (2013).

EVALUACION DE NECESIDADES AL INGRESO		CUMPLIMIENTO		
GRUPO A ENTREVISTAR	Respuesta efectiva a las necesidades del usuario	Cumplimiento satisfactorio (2)	Cumplimiento parcial (1)	No cumplimiento (0)
<b>Equipo Administrativo</b>	33. ¿Cuáles son los protocolos y procedimientos de atención de Prevención y Promoción de la salud de la institución?		<b>X</b>	
<b>Personal en salud</b>	34. ¿Se utilizan guías de Promoción y Prevención del Ministerio de salud? De ser así, ¿Cómo los ha evaluado la institución para verificar su adherencia?		<b>X</b>	
	35. ¿Qué medidas especiales de aislamiento del paciente utilizan de acuerdo a la patología? ¿Son registradas en la historia clínica tanto las órdenes como los cuidados?		<b>X</b>	
<b>Paciente y/o familia</b>	36. ¿Qué información recibió acerca de los cuidados que debe tener para evitar complicaciones relacionadas con su enfermedad? En caso afirmativo, ¿Podría decirme alguna recomendación?	<b>X</b>		

Fuente. Elaboración propia, adaptado al modelo del estudio de Agudelo y Forero (2013).

PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN		CUMPLIMIENTO		
GRUPO A ENTREVISTAR	Atención integral del usuario	Cumplimiento satisfactorio (2)	Cumplimiento parcial (1)	No cumplimiento (0)
1. Equipo del área de calidad 2. Jefe de área	37. ¿Existen los mecanismos y/o instrumentos implementados en el Hospital para evaluar los riesgos probables del proceso de atención de los pacientes?			X
	38. ¿Se ha entrenado al equipo de atención de salud en manejo de pacientes en estado avanzado de gravedad y posible muerte? ¿Cómo se diseñó el procedimiento? ¿Contó con la participación de los pacientes y familiares?			X
	39. ¿Cuentan con indicadores de infecciones, de adherencia al lavado de manos?	X		
1. Jefe 2. Personal de salud	40. Por favor describan, ¿Cómo se planea el proceso de atención de? ¿Está alineado con los procedimientos diagnósticos (de laboratorio, imagenología, otros?	X		
	41. ¿Se cuenta con una guía de atención inmediata de pacientes? En caso afirmativo ¿Cómo se elaboró y cómo se ha implementado?			X
	42. Por favor informen, ¿Cómo se reportan, gestionan y analizan los Eventos de Seguridad Hospitalaria que se presentan en el servicio de salud?		X	
1. Jefe de area 2. Personal de salud	43. Por favor describan, ¿Cómo se diseñó y se aplica el consentimiento informado del paciente? En caso de ajustes al proceso, ¿En que consistieron? ¿Se tuvo en cuenta la opinión del paciente y su familia?	X		
Paciente y /o familia	44. ¿Ha recibido entrenamiento para preguntar al equipo de atención si se han lavado las manos?			X
	45. ¿De qué manera le garantizaron su privacidad y dignidad durante la administración de medicamentos, procedimientos y toma de muestras? por ejemplo, entrega de elementos físicos (vestidos, batas, frascos, tubos etc.)		X	
	46. ¿Le informaron acerca de los riesgos y los beneficios de los procedimientos planeados y los del no tratamiento, de manera que pueda tomar decisiones informadas?	X		
	47. ¿Le han dado información sobre su enfermedad? ¿Le han explicado cuánto tiempo	X		

	más deberá quedarse en la institución? ¿Sabe cuál es el plan con usted?			
	48. Cuando le han aplicado medicamentos, ¿Le han explicado para qué son? ¿El personal mira la manilla antes de aplicarle los medicamentos? ¿Sabe explicarnos entonces con qué medicamentos lo están tratando?	<b>X</b>		
	49. ¿Le preguntaron si algún alimento no le gustaba o le generaba alergia o molestias?	<b>X</b>		

Fuente. Elaboración propia, adaptado al modelo del estudio de Agudelo y Forero (2013).



EJECUCIÓN DEL TRATAMIENTO		CUMPLIMIENTO		
GRUPO A ENTREVISTAR	Proceso estandarizado de asistencia al paciente	Cumplimiento satisfactorio (2)	Cumplimiento parcial (1)	No cumplimiento (0)
<b>Personal en salud</b>	50. ¿Existe un plan de cuidado y tratamiento que incorpore de manera integral el análisis del riesgo y las necesidades del paciente y su familia, mediante la adecuada articulación del equipo interdisciplinario? ¿Incluye la valoración nutricional? Expliquen, ¿En qué consiste este plan para los pacientes?			<b>X</b>
	51. ¿Se tiene un proceso específico para identificación de víctimas de maltrato infantil, abuso sexual o violencia intrafamiliar? De tener el proceso, ¿Cómo realizan la identificación, el reporte y el seguimiento del caso?			<b>X</b>
	52. ¿Conocen las Guías y protocolos de práctica clínica para el cuidado y el tratamiento del paciente? ¿Cuáles son los principales?		<b>X</b>	
	53. Por favor describa, ¿Cómo se han definido las Guías y protocolos atención del paciente de Oncología y cómo se aplican?		<b>X</b>	
<b>Paciente y /o familia</b>	54. ¿Sabía usted que tiene derecho a una segunda opinión calificada de su condición médica? De ser así, ¿Cómo le brindaron esta información?		<b>X</b>	

Fuente. Elaboración propia, adaptado al modelo del estudio de Agudelo y Forero (2013).

EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN		CUMPLIMIENTO		
GRUPO A ENTREVISTAR	Verificación del proceso de atención bajo estándares de calidad	Cumplimiento satisfactorio (2)	Cumplimiento parcial (1)	No cumplimiento (0)
<b>Equipo del área de Calidad</b>	55. Por favor informe, ¿Se cuenta con un proceso de evaluación de la atención, basado en el análisis de la Historia Clínica y la utilización de indicadores de efectividad, seguridad, oportunidad y validez de la atención del servicio de salud? ¿Se tienen definidos los estándares de comparación para este servicio?		X	
	56. ¿Se tiene definido un proceso y procedimiento de evaluación de satisfacción de la atención? ¿Cómo realizan monitoreo de los comentarios de los usuarios (sugerencias, solicitudes, felicitaciones, quejas, reclamos) y dan respuesta oportuna y efectiva de los mismos?		X	
<b>Personal en salud</b>	57. ¿Cómo le informa al usuario su derecho a realizar comentarios del proceso de atención?		X	
<b>Paciente y /o familia</b>	58. ¿Le informaron que tiene derecho a quejarse? Sabe que debe hacer para realizar una petición, queja y reclamo y de qué manera la institución debe darle respuesta?			X
	59. ¿Ha realizado alguna petición, queja o reclamo? De ser afirmativa, ¿Cuándo y por qué?	X		

Fuente. Elaboración propia, adaptado al modelo del estudio de Agudelo y Forero (2013).

SALIDA Y SEGUIMIENTO		CUMPLIMIENTO		
GRUPO A ENTREVISTAR	Adecuada finalización del proceso de atención del paciente ya sea por egreso o remisión	Cumplimiento satisfactorio (2)	Cumplimiento parcial (1)	No cumplimiento (0)
<b>Equipo del área de calidad</b>	60. ¿La entidad cuenta con un proceso estandarizado para el egreso de los pacientes que garantiza al usuario y su familia la adecuada finalización de la atención y su posterior seguimiento? En caso afirmativo, ¿Cuáles son los principales pasos de este proceso?			<b>X</b>
	61. ¿La entidad cuenta con estándares establecidos de tiempo para los procesos relacionados con el egreso del paciente?			<b>X</b>
	62. ¿La entidad garantiza que las remisiones cuentan con la información clínica relevante del paciente? ¿Qué datos principales debe contener esta remisión?		<b>X</b>	
<b>Personal en salud</b>	63. ¿Después de remitir un paciente recibe retroalimentación del resultado de la atención? En caso de ser afirmativo, ¿De qué manera es informado?		<b>X</b>	
	64. ¿Cómo es el proceso para remitir un paciente? ¿Qué información debe tener en cuenta?	<b>X</b>		
<b>Paciente y /o familia</b>	65. ¿Le informaron que debe realizar o tener en cuenta para hacer efectivo el proceso de remisión y qué trámites administrativos debe seguir? Si aplica, mencione brevemente, ¿Qué proceso debe seguir?		<b>X</b>	

Fuente. Elaboración propia, adaptado al modelo del estudio de Agudelo y Forero (2013).