

**CONSTRUCCIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCION AL
USUARIO “SIAU” EN EL LABORATORIO CLINICO LACID.**

ESTUDIANTES

MARGARITA SALDARRIAGA LOPERA
KLEYRE MARIA MUÑOZ GIL

ASESOR

DOCTOR HERMES MORENO RUIZ

POSGRADO AUDITORIA EN SALUD
UNIVERSIDAD CES
APARTADO
2008

CONTENIDO GENERAL

	Página
Portada	
Resumen	3
1. Justificación	5
2. Planteamiento del problema	6
3. Objetivos	7
3.1. Objetivo General	7
3.2. Objetivos Específicos	7
4. Marco Teórico	8
4.1. Antecedentes de la calidad empresarial	8
4.2. Los Conceptos de Calidad	8
4.3. Gestión de la Calidad	9
4.4. Definición de Servicio en el sistema de Garantía de la Calidad	10
4.5. Calidad de los servicios	11
4.6. Expectativas del usuario con la prestación de los servicios	12
4.7. Medición de la calidad.	14
4.8 Atributos de Calidad	16
4.9. Sistema de Información de calidad.	17
4.10. Funciones de los sistemas de información para la calidad.	18
4.11. Herramientas o instrumentos a utilizar para la recogida de datos	18
4.12. Indicadores de Gestión	21
4.13. Características de indicadores de calidad	22
4.14. Construcción de indicadores.	22
5. Marco Legislativo	25
6. Metodología	27
7. Conclusiones	29
8. Recomendaciones	30
9. Anexos	31
Anexo 1. Notificación auditoria Laboratorio LACID	32
Anexo 2. Auditoría Sistema de Información y Atención al usuario en el Laboratorio LACID	34
Anexo 3. Propuesta Sistema de Información y Atención al Usuario SIAU en el Laboratorio LACID	45
Anexo 4. Proceso de Información al Usuario	47
Anexo 5. Ficha técnica del indicador del proceso de Información al usuario.	48
Anexo 6. Proceso de Quejas y Reclamos	49
Anexo 7. Ficha técnica del indicador del proceso de Quejas y Reclamos	50
Anexo 8. Proceso de Monitoreo de la Satisfacción del Usuario por medio de encuestas	51
Anexo 9. Ficha técnica del indicador del proceso de Monitoreo de la satisfacción del usuario por medio de encuestas	52
Anexo 10. Encuesta de Satisfacción del Usuario	53
Anexo 11. Formato de Quejas y Reclamos	55
Anexo 12. Formato de Trámite de Quejas y Reclamos	56
10. Bibliografía	57

RESUMEN

INTRODUCCION: El sistema de información y atención al usuario, implementado en las instituciones de salud es una herramienta que permite obtener la percepción que tiene el usuario de la calidad del servicio prestado. La aplicación de esta herramienta permite obtener información sobre las necesidades reales que tiene el usuario, es así como el laboratorio clínico ha visto la necesidad de construir e implementar el proceso de información y atención al usuario para mejorar la prestación del servicio.

OBJETIVO: Diseñar el sistema de información y atención al usuario (SIAU), como instrumento que contribuya al fortalecimiento de la relación institución-usuario-comunidad para mejorar la calidad de la atención en salud del laboratorio LACID Ltda.

MATERIALES Y METODOS: Se desarrolló el proyecto a través de cuatro fases, iniciando por la **concertación**, donde se realizó contacto con los involucrados en el proceso, un **diagnostico** mediante una auditoria al SIAU existente en el laboratorio y encuestas al usuario interno y externo, una fase de **aprestamiento**, donde se diseñó y documentó el proceso del SIAU utilizando metodología para diseño de procesos (5W1H) y se entregó como **producto final**, documentado el SIAU para el laboratorio clínico, así como sus anexos.

RESULTADOS: Se halló durante el diagnóstico realizado, un proceso incipiente y falta de la debida documentación. Durante el aprestamiento se consolidó un diseño estructural específico para el proceso, procediendo finalmente a su entrega formal al laboratorio

CONCLUSIONES: Se puede concluir que en una institución prestadora de servicios de salud, es una herramienta indispensable un sistema de información al usuario, la cual permite brindar un mejoramiento continuo en la calidad de la atención prestada.

PALABRAS CLAVES: Calidad, satisfacción, SIAU, quejas, indicador, buen trato, mejoramiento, información, auditoria, encuesta, laboratorio, usuario.

SUMMARY

INTRODUCTION: The information system and the customer services implemented in health institutes, is a tool that allows looking at the perception that customers have about of the quality of the service provided. On the other hand, the application of this tool let to search out information about the real needs that users have. This is the reason why the clinical laboratory has seen the necessity to build and implement the process of information and the customer services, in order to improve service delivery.

OBJECTIVE: To design the information system and the customer services (SIAU), as a tool that contributes to the strength of the relationship among institution-user-community, in order to improve the quality of health attention in the laboratory LACID Ltda.

MATERIALS AND METHOD: the project was developed through four phases, starting by the **arrangement**, where a contact took place with those involved in the process. **A diagnosis**, it was done through an audit to SIAU, which exists in the laboratory and in the surveys applied to internal and external customers. A phase of **training**, where was designed and documented the SIAU process, using the methodology of designing processes (5W1H). It was given as a **final product**, documented the SIAU for clinical laboratory, as its annexes.

OUTCOMES: Throughout the development of the diagnosis, it was found an incipient process and the lack of a proper documentation. During the **training**, it was consolidated a structural design, specific to the process, proceeding to its formal delivery to the laboratory.

CONCLUSION: It can be concluded that in an institution that provides health services, is indispensable a system of user information, which allows to provide a continuous improvement in the quality of the customers services.

KEYWORDS: Quality, satisfaction, SIAU, complaints, indicator, good treatment, improvement, information, auditing, survey, laboratory, user

1. JUSTIFICACION

Con los avances tecnológicos existentes en la actualidad que permiten optimizar los niveles de información, el laboratorio ha visto la necesidad de construir el sistema de información y atención al usuario SIAU como instrumento que permite conocer la percepción de los usuarios para realizar acciones en el mejoramiento de su calidad de vida. El propósito es modernizarse, mejorar los servicios de atención e información al usuario y dar cumplimiento a la normatividad vigente, empleando los medios de comunicación adecuados para mantenerse a la vanguardia en la prestación de servicios de salud.

El SIAU o sistema de información y atención al usuario, implementado en las instituciones de salud, es una herramienta que permite obtener la percepción que tiene el usuario de la calidad de la prestación del servicio en salud, lográndose medir el grado de satisfacción que se generó en el usuario durante la atención prestada. La aplicación de esta herramienta permite obtener información sobre las reales necesidades que tiene el usuario en el laboratorio clínico y así generar planes de mejoramiento que permitan finalmente suplir estas necesidades.

Con este avance se beneficiaran todos los usuarios sin distinción de raza, sexo, religión y condición económica, afiliados a las diferentes EAPB, que prestan sus servicios de salud en la población.

Así mismo, con la construcción de los procesos del SIAU se aumentarían los beneficios tanto para los usuarios como para el proveedor del servicio, en este caso el laboratorio, porque se obtendrá como producto final la prestación de servicios con estándares vigentes de calidad, orientados a satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios y encaminado a buscar **su** satisfacción desde el momento de la recepción de la información hasta la entrega de resultados.

Si se tiene en cuenta que para la construcción de este sistema la inversión es baja porque requiere de pocos recursos, el no hacerlo conllevaría a situaciones apremiantes como el desmejoramiento de la calidad prestada y la pérdida de clientes.

Por lo mencionado anteriormente, este Sistema se convierte en la principal herramienta para detectar fallas en la prestación del servicio, con el objetivo de orientar la organización al cliente de tal forma que los usuarios participen en el mejoramiento de la gestión, logrando la preferencia hacia los servicios y así obtener su fidelidad. Todo esto requiere de un fuerte compromiso gerencial, articulado con la plataforma estratégica de la empresa, donde los valores corporativos socializados impacten en un personal debidamente capacitado en la excelente atención.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La construcción del sistema de información y atención al usuario en el Laboratorio LACID, surge de la necesidad de satisfacer las expectativas de información del laboratorio, para la población del municipio de Carepa y sus veredas, afiliados a las diferentes entidades prestadoras de servicios de salud con las que existe contratación.

Con el aumento de las contrataciones y las poblaciones próximas a atender, se ve la necesidad de implementar un SIAU de manera personalizada que permita prestar un mejor servicio.

Actualmente el funcionamiento parcial del SIAU, en el laboratorio LACID, representa un problema para el laboratorio, por que no cuenta con un espacio físico para la realización de sus procesos y donde se resuelva las inconformidades de los usuarios.

El sistema de información al usuario se debe construir teniendo en cuenta las normas nacionales que lo reglamentan, buscando mejorarlo continuamente de tal forma que permita compilar los diferentes datos eficazmente, para generar planes de mejoramiento que garanticen a los usuarios una óptima prestación del servicio.

En el año 2000 eran atendidos aproximadamente 1000 usuarios al mes, hoy en día se ha incrementado la cantidad de usuarios, los cuales necesitan que les sea suministrada dentro de los servicios que presta el laboratorio una información adecuada que les evite pérdida de tiempo y costos innecesarios.

En el acercamiento al proceso establecido actualmente en la institución, se ha podido observar que este todavía se encuentra incipiente, pues aun no se encuentra implementado como tal, solo se ha realizado la estrategia de aplicar una encuesta de satisfacción mensualmente al 5 % de la población asistente al laboratorio; el análisis de las encuestas no ha conducido a generar planes de mejoramiento, tampoco se tienen Indicadores para medir la satisfacción y las quejas que presentan los usuarios, con el fin de establecer metas que impulsen la organización hacia el mejoramiento.

Con este proyecto se busca mejorar la condición antes descrita con un mínimo de talento humano y bajos costos, ya que en el laboratorio se vienen desarrollando las bases para su realización, evidenciado en las carteleras de informaron sobre recepción de muestras y entrega de resultados, encuestas de satisfacción personales y telefónicas, además se lleva una base de datos del sistema XENCO, las cuales serian añadidas al Sistema buscando su mejoramiento.

La factibilidad del proyecto la da el hecho de tener el recurso humano disponible que construya el proceso, así mismo el impacto dependerá de su implementación en la institución, con la debida socialización, estandarización y seguimiento de los indicadores propuestos lo que conllevaría al mejoramiento del Sistema de Gestión.

Las estrategias planteadas para la construcción son viables, se cuenta con el recurso humano, técnico y económico, al alcance de las posibilidades de la institución y esta propuesta ha sido enmarcada dentro de los parámetros legales vigentes, buscando los estándares de acreditación para el laboratorio y el mejoramiento del sistema de información y atención del usuario, así mismo es acorde con los planteamientos éticos de la prestación de servicios de salud, respeta los valores, los principios y los patrones culturales de la población objetivo y de la institución.

3. OBJETIVOS.

3.1. OBJETIVO GENERAL

Diseñar el sistema de información y atención al usuario (SIAU), como instrumento que contribuya al fortalecimiento de la relación institución-usuario-comunidad para mejorar la calidad de la atención en salud del laboratorio LACID Ltda.

3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Crear espacios de socialización entre el usuario interno y la institución, que aporten información importante para la construcción del sistema.
- Establecer el diagnóstico situacional en relación con el cumplimiento del SIAU en el Laboratorio.
- Elaborar los procesos del SIAU.
- Diseñar los formatos relacionados con el trámite de quejas y reclamaciones y la encuesta para la medición de la satisfacción de los usuarios.
- Aportar insumos que conlleve a la generación de planes de mejoramiento de calidad en el laboratorio.

4. MARCO TEORICO.

El Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU) está soportado en un conjunto de procesos que contribuyen al Sistema de Información empresarial, cuyo objetivo básico es entregar información pertinente y oportuna al Sistema de Gestión de la Calidad para la efectiva toma de decisiones.

Para la formulación del sistema de Información y atención al Usuario se hace necesario describir su importancia desde la perspectiva de la calidad, su contribución al Sistema de Gestión de la Calidad como integrante del Sistema de Información, la importancia que tiene en el conocimiento de la percepción de los usuarios del Laboratorio sobre la Calidad del servicio y así tener la posibilidad para realizar acciones que contribuyan a la mejora continua de los procesos institucionales.

4.1. Antecedentes de la calidad empresarial

Hasta la mitad del siglo XX la calidad era vista como un problema que se solucionaba mediante herramientas de inspección, tanto que en los años cuarenta todos los productos finales se probaban 100% para intentar asegurar la ausencia de defectos, ocasionando un enorme esfuerzo, por la cantidad de recursos que se tenían que invertir para la verificación de la calidad de los productos. En los años sesenta, los departamentos de Calidad tenían como función el Aseguramiento de la Calidad y tuvieron un fuerte desarrollo, cuando los japoneses habían lanzado y estaban implementando sus teorías sobre Calidad Total en el conjunto de la empresa; también habían asumido los planteamientos sobre la eficacia del trabajo en grupo, con la implementación masiva de los Círculos de Calidad, compuestos por personal generalmente de diferentes áreas, que analizaban las causas de los problemas más importantes y buscaban su solución. En la década de los noventa, la liberalización de los mercados, las nuevas tecnologías, el incremento de la competencia y la necesidad de realizar drásticas reducciones de costos, hicieron surgir en muchas empresas programas de Sistemas de Gestión de Calidad Total, con el objetivo fundamental de aumentar la competitividad y de satisfacer las expectativas de los clientes.

En la actualidad esta visión ha cambiado al considerarse la calidad como un factor estratégico, donde ya no se trata de una actividad inspectora sino de carácter preventivo, que incluye la planificación, el diseño, la consecución de objetivos, la educación del recurso humano y del cliente externo y la implementación de procesos para la mejora continua; la gestión estratégica de la calidad hace de ésta una fuente de ventajas competitivas que requiere del esfuerzo colectivo de todas las áreas y miembros de la organización¹”.

4.2. Los Conceptos de Calidad.

Son muchos los autores que han expresado la dificultad existente para definir la calidad, el diccionario de la lengua española define el vocablo calidad en los siguientes términos: “Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa, que permite apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie”².

Según se plantea en la norma ISO 9000:2000, calidad “Es el grado en el que un conjunto de características (rango diferenciador) inherentes cumple con los requisitos (necesidad o

expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria)”. El Dr. Kaoru Ishikawa en 1988, la define como: “En su interpretación más estrecha, calidad significa calidad del producto, pero en su interpretación más amplia significa calidad del trabajo, calidad del servicio, calidad de la información, calidad del proceso, calidad de la dirección, calidad de la empresa”³. Philip Crosby en 1989, define que calidad es: “Conformidad o cumplimiento de los requisitos”⁴, esta definición se enmarca hacia la producción, se relaciona mucho con la inspección de los procesos. Juran en 1990 plantea que “la calidad de un producto o servicio, es la caracterización del artículo o servicio obtenido en el proceso de producción o servicio que determina el grado de su correspondencia con el conjunto de exigencias establecidas por la documentación técnica y los consumidores”⁵. Según Arthur Anderson en 1999, calidad es “el conjunto de características de un producto o servicio que le confiere aptitud para satisfacer las necesidades explícitas e implícitas del consumidor”⁶. El concepto de calidad es multidimensional, en el sentido de que las necesidades de los consumidores son múltiples y diversas, pues incluyen aspectos como la aptitud para el uso, el diseño, la seguridad, la fiabilidad o el respeto al medio ambiente. Calidad para Pérez en 1997, también es: “Satisfacción de las necesidades y expectativas razonables de los clientes a un precio igual o inferior al que ellos asignan al producto o servicio en función del “valor” que han recibido y percibido”⁷. De acuerdo con esta definición, calidad es el “valor” que el cliente recibe del producto o servicio sin ninguna relación directa con el costo de producirlo o suministrarlo. En función de ese “valor” todo cliente asigna un precio a la satisfacción de su necesidad. Se ha reconceptualizado por Fernández Clúa en el 2003 que para los servicios el concepto de calidad integral, a tenor de lo planteado por ISO 9000, 14000 y 18000, es: “la capacidad de los procesos de servicios que incrementan su valor al desarrollar la servucción en equilibrio y con clima adecuado de forma competitiva para satisfacer necesidades, deseos y/o expectativas de los clientes sin efectos negativos para el medio ambiente y que contribuyen a la elevación de su nivel de vida”⁸.

4.3 Gestión de la Calidad.

Se entiende por gestión de la calidad el conjunto de actividades de la función general de la dirección que determina la política de la calidad, los objetivos y las responsabilidades. Se implanta por medios tales como la planificación de la calidad, el control, el aseguramiento y la mejora de la calidad dentro del marco del sistema de la calidad. En el libro “Lo que se aprende en los mejores MBA”, su autor Arthur Anderson, expone que gestión de la calidad es “el proceso consistente en identificar, interiorizar, satisfacer y superar de forma continua las expectativas de los agentes relacionados con la empresa (clientes, proveedores, empleados, directivos, propietarios y la propia sociedad) en relación con los productos y servicios que aquella proporciona”⁶.

A continuación se describen los pasos para implementar el Sistema de Gestión, dada la importancia que tiene, pues desde allí se definen las necesidades y expectativas de los clientes y le corresponde al subsistema de Información y Atención al Usuario recoger los datos que permitan corroborar si la institución está satisfaciendo esos requerimientos.

Identificar: La empresa ha de averiguar cuáles son las necesidades de sus clientes, pues así será difícil que pueda satisfacerlas de forma continuada.

Interiorizar: No basta con entender lo que los clientes desean. La empresa debe aceptar esos deseos y necesidades y hacerlos suyos, ya que de otra forma no será capaz de competir satisfactoriamente.

Satisfacer: una vez que la empresa ha aceptado las necesidades de sus clientes debe realizar las mejoras necesarias en sus procesos para satisfacerlas.

Superar de forma continua: El objetivo de la empresa no es otro que cumplir con las expectativas de sus clientes. Pero el proceso para conseguirlo debe ser dinámico y requiere de adaptación continua a los cambios en las necesidades y percepciones de los clientes y a la presión de la competencia y sus nuevos productos y servicios.

Para Udaondo en 1992, la gestión de la calidad es el “modo en que la dirección planifica el futuro, implanta los programas y controla los resultados de la función calidad con vistas a una mejora permanente”⁹. Los principios de la gestión de la calidad moderna están expresados en la norma ISO 9001 del año 2000, definiéndola como una Organización enfocada al cliente¹⁰. Las organizaciones dependen de sus clientes y por tanto deben comprender las necesidades actuales y futuras de los clientes, satisfacerlos y esforzarse en exceder las expectativas. A continuación se describen los 8 principios del SGC de la norma ISO 9001 de 2000:

Organización enfocada al cliente. Las organizaciones dependen de sus clientes y por tanto deben satisfacer las necesidades actuales y futuras de ellos.

Liderazgo. Los líderes establecen la unidad de propósito y la orientación de la organización. Ellos deben crear y mantener un ambiente interno, en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la organización.

Participación del personal. El personal, a todos los niveles, es la esencia de la organización y su total compromiso posibilita que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la organización.

Enfoque basado en procesos. Un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.

Enfoque de sistema para la gestión. Identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuye a la eficacia y eficiencia de una organización en el logro de sus objetivos.

Mejoramiento continuo. La mejora continua del desempeño global de la organización debería ser un objetivo permanente de esta.

Enfoque basado en hechos para la toma de decisiones. Las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información.

Relaciones mutuamente beneficiosas con los proveedores. Una organización y sus proveedores son interdependientes, y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor.

4.4 Definición de Servicio en el sistema de Garantía de la Calidad

Es corriente en la literatura especializada reconocer la dificultad de adoptar un concepto universal válido de servicio. Las normas internacionales ISO 9000 de 2000, muestran la siguiente definición: “Un servicio es el resultado de llevar a cabo necesariamente al menos una actividad en la interfaz entre el proveedor (organización o persona que proporciona un producto) y el cliente (organización o persona que recibe un producto) y generalmente es intangible”¹⁰. La prestación de un servicio constituye un proceso con diversos grados de complejidad, que se inicia con unas entradas (insumos), se llevan a cabo en un plazo de tiempo mediante la realización de un número determinado de actividades y finaliza con la consecución de unos resultados que se entregan al cliente, ya sea interno o externo. Por otra parte en el texto “El servicio al cliente. Guía para mejorar la atención y la asistencia”, se define servicio como “las actividades secundarias que realiza una empresa para optimizar la satisfacción que recibe el cliente de sus actividades principales”¹¹. Es importante destacar el concepto de servucción plasmado en el texto “Servucción. El marketing de los Servicios”, donde sus autores Eigler y Langeard, en 1989, plantean que servucción es: “la organización sistemática y coherente de todos los elementos físicos y humanos de la relación cliente - entidad necesaria para la

realización de una prestación de servicio cuyas características y niveles de calidad han sido determinados"¹².

4.5 Calidad de los servicios.

Calidad de los servicios se denomina a "la percepción que tiene un cliente acerca de la correspondencia entre el desempeño y las expectativas, relacionados con el conjunto de elementos secundarios, cuantitativos, cualitativos, de un producto o servicio principal"¹³. La calidad del servicio es responsabilidad de toda la organización desde el ápice estratégico hasta el núcleo operativo incluyéndose todo lo que se relaciona directa e indirectamente con los clientes, pues cuanto más dependa la calidad del servicio del comportamiento del Recurso Humano, mayor será el riesgo de que no resulte acorde a lo establecido. Hay que enseñar a los que producen servicio que el cliente no ve en el servicio más que "lo que no funciona", o sea cuando un cliente evalúa y lo hace constantemente, la calidad de un servicio no separa sus componentes, lo juzga íntegramente, lo que prevalece es la impresión del conjunto y no el éxito relativo de una u otra acción específica. Es decir, que la calidad es más bien la correspondencia entre la percepción de las propiedades de un bien y/o servicio con lo que de él se espera. Por ello, "la calidad del servicio es total o inexistente. Cuando un cliente valora la calidad del servicio no disocia sus componentes, la juzga como un todo"¹⁴.

Entendiéndose el planteamiento anterior sobre calidad del servicio como la diferencia que el propio cliente asume acerca de el producto que él está esperando frente a determinada acción y la que en realidad esta recibiendo, cabe aclarar que el producto esperado no debe estar avalado por múltiples tecnicismos, pues la subjetividad del cliente es inmensa y depende de las instituciones de salud saber llegar a este para desentrañar, cual es realmente su necesidad y además de que manera espera recibirla. Por lo tanto se precisa que para mejorar la calidad de servicio habrá que ajustar las expectativas que el cliente tiene gestionándolas adecuadamente, aumentándolas o disminuyéndolas, o mejorar su percepción de la realidad. Además, se comprende que un servicio será catalogado de excelente cuando sobrepase las expectativas que el cliente necesita satisfacer.

En el servicio se puede constatar como la satisfacción pasa por el desarrollo de habilidades y actitudes positivas en el personal del suministrador que le permitan complementar su desempeño técnico. Según Juran y Gryna en 1995, "la satisfacción del cliente se define a partir de dos componentes: las características del producto y la falta de deficiencias"¹⁵. Constituyéndose la satisfacción del cliente en una de las características que definen la aptitud de los procesos. En las memorias "Gestión de la calidad en organizaciones de servicios", la autora, Fernández Clúa, en el 2003, plantea la necesidad de integrar los términos de calidad real, calidad sustituta, calidad percibida y calidad potencial, donde la calidad real está dada por la expectativa o la necesidad. La calidad sustituta es la derivación de la calidad real a las condiciones del servicio en términos de características de calidad específicas. La calidad percibida es la impresión, el impacto que ha causado el servicio en el cliente y la calidad potencial se refiere a aquella que es capaz de dar la entidad con las condiciones que posee; por lo general, la misma se modifica con el resultado de un proceso de análisis o mejora. Se expresa que calidad es el saldo positivo entre lo que el beneficiario "*recibe*" y lo que "*esperaba*" y que es la esencia misma del acto de servicio⁸.

4.6 Expectativas del usuario con la prestación de los servicios

Como se ha mencionado anteriormente existe una diferencia entre lo que el usuario espera que le sea entregado en el sistema de salud y lo que realmente le es entregado, observando que en la mayoría de las ocasiones un determinante de la “satisfacción del usuario” es el trato adecuado.

En relación con el trato adecuado es necesario que se aclaren los siguientes interrogantes:

¿Qué es el Trato Adecuado? El trato adecuado es la situación que se logra cuando las interacciones entre el usuario y el sistema de salud se efectúan tomando en cuenta y satisfaciendo las legítimas expectativas del usuario en los aspectos no médicos de dicha interacción.

¿Por qué es importante la evaluación del Trato Adecuado? Los objetivos intrínsecos de los sistemas de salud son mejorar el nivel de salud de la población, responder de una manera más adecuada a las expectativas no médicas de sus usuarios, disminuir la desigualdad en el trato y en los niveles de salud de la población y establecer mecanismos para evitar que la población a la que el sistema sirve sufra graves contingencias financieras debidas a los gastos generados por la atención a la salud. Esta definición de objetivos finales se inserta en un marco teórico que busca evitar una relación asimétrica entre el usuario y el sistema. Dado que el desempeño del sistema en materia de atención a la salud es evaluado a través de los logros alcanzados con relación al estado de salud de la población, la evaluación del Trato Adecuado sirve para medir el desempeño del sistema en los aspectos no médicos de su relación con el usuario.

¿Por qué se considera que el Trato Adecuado es un objetivo intrínseco del sistema? En todo sistema, no sólo el de salud, la población a la que el sistema sirve tiene expectativas en relación al trato que debe recibir. Estas expectativas son tan importantes que, en algunos casos, pueden definir el modelo de atención del sistema. Otro aspecto importante es el hecho de que, por naturaleza, la interacción del usuario y el sistema se efectúa en condiciones que suelen colocar al usuario en una situación de vulnerabilidad. Bajo esta perspectiva, garantizar el respeto a los derechos básicos de los individuos es una meta social ineludible para los sistemas de salud. De este modo, mejorar el trato que el sistema ofrece a sus usuarios implica promover una mejoría en el bienestar de dicha población, independientemente del resultado de la intervención médica. Adicionalmente, el trato ofrecido por el sistema es susceptible de mejorarse de manera independiente a los esfuerzos para mejorar las capacidades clínicas de los médicos tratantes e involucra no sólo al personal médico sino al administrativo y otro personal auxiliar del sistema.

¿Qué elementos integran el Trato Adecuado? El Trato Adecuado se compone de ocho (8) dominios que incluyen algunos relacionados con derechos básicos y universales de los individuos y otros que se asocian con una visión de calidad “empresarial” con orientación al cliente en los servicios prestados por el sistema. Los dominios relacionados con derechos básicos son: autonomía, trato digno, comunicación y confidencialidad. Los dominios orientados a una atención de calidad al “cliente”, por su parte, son: atención pronta, acceso a redes de apoyo social, capacidad de elección del proveedor de servicios y la calidad de las comodidades básicas.

¿Cómo se definen los dominios del Trato Adecuado? Los ocho dominios del Trato Adecuado pueden definirse de manera somera como sigue:

- **Autonomía.** Significa libertad para “autodirigirse” y tiene estrecha relación con el concepto de “empoderamiento” del usuario. Concretamente, se refiere a que el sistema respete el derecho del usuario para rehusar algún tratamiento y de ser consultado en relación a las decisiones que se tomen con respecto a su salud.
- **Trato digno.** Es el derecho de los usuarios a ser tratados como personas en toda la extensión de la palabra más que como pacientes debido a la relación asimétrica que la enfermedad o discapacidad puede establecer. Involucra el derecho de libertad de movimientos, el respeto a la privacidad e intimidad de las personas y el ser tratado cordialmente por todo el personal, médico y del sistema en general.
- **Confidencialidad.** Se refiere a que la información provista por el usuario y la generada como resultado de la consulta debe salvaguardarse y no ser divulgada sin consentimiento expreso de los individuos.
- **Comunicación.** Es el derecho del usuario a hacer todas las preguntas que considere necesarias y a recibir toda la información relacionada con su padecimiento en forma clara para él.
- **Atención pronta.** La atención médica requerida debe ser provista lo suficientemente rápido para que no cause molestia o agrave el padecimiento subyacente. Es importante agregar que bajo el marco teórico que fundamenta la medición del Trato Adecuado, deben incluirse los tiempos de traslado ya que la evaluación no debe limitarse a la interacción en el ambiente clínico sino a el sistema como un todo, incluyendo las condiciones de accesibilidad y disponibilidad de recursos físicos y humanos.
- **Acceso a redes sociales.** Los servicios de salud deben tomar en cuenta que el bienestar del usuario se ve favorecido al permitir que se mantenga el contacto con sus familiares y amigos, así como el respetar sus creencias religiosas cuando este sea el caso y no altere la dinámica de la atención médica.
- **Capacidad de elección.** Ya que ciertos individuos pueden tener preferencias sobre el sexo o edad, entre otros aspectos de las personas que le van a tratar, la capacidad de elegir al proveedor institucional y personal de la atención requerida debe ser un derecho contemplado y respetado por el sistema de salud.
- **Calidad de las comodidades básicas.** Este es un dominio que algunos han llamado de “hotelería”. Se refiere al hecho de que la alimentación proporcionada debe ser de calidad y provista en cantidad suficiente, que los baños, salas de espera y consultorios deben estar limpios y bien ventilados además de ser confortables.

¿Cuáles son las diferencias entre Trato Adecuado y satisfacción del paciente? La satisfacción del paciente representa una mezcla compleja de necesidades percibidas, expectativas y experiencias previas en la interacción con el sistema. Además, generalmente involucra la percepción y satisfacción con los aspectos médicos y no médicos de una interacción desarrollada en ámbitos clínicos. El Trato Adecuado, por su parte, además de que procura evitar el uso del término “paciente”, busca evaluar sólo los aspectos no médicos de la interacción y no se enfoca de manera exclusiva en los ámbitos clínicos, sino en el sistema de salud como un todo.

¿Cómo se evalúa el Trato Adecuado? Debido a que los sistemas regulares de información no recaban información sobre el desempeño del sistema en materia de trato y a que las encuestas tradicionales de salud suelen obtener información más bien relacionada con satisfacción del paciente, la medición del Trato Adecuado se lleva a cabo en ejercicios ad hoc donde se recaba información sobre los 8 dominios que comprende el concepto y sobre las expectativas de los usuarios a fin de poder ajustar los resultados finales por dichas expectativas para que los resultados puedan ser comparados en forma válida.

¿Qué antecedentes existen en la medición del Trato Adecuado? Hasta el momento existen tres evaluaciones previas del nivel de Trato Adecuado en México. La primera de ellas fue una encuesta realizada a informantes clave, a partir de la cual se generaron los resultados presentados en el Informe Mundial de la Salud 2000. Posteriormente, en marzo del año 2001, se realizó una encuesta de representatividad nacional cuyos resultados mostraron que los dominios con mejor desempeño fueron la calidad de las instalaciones y el trato digno en el ámbito hospitalario, mientras que los dominios con calificaciones más bajas fueron la autonomía y la comunicación en la atención ambulatoria. El ejercicio más reciente se llevó a cabo entre noviembre de 2002 y marzo de 2003 y fue una encuesta aplicada en más de 38,000 hogares en las 32 entidades. Entre sus principales hallazgos pueden destacarse las diferencias observadas en el desempeño de las diversas instituciones proveedoras de servicios¹⁶.

4.7 Medición de la calidad.

La medición del servicio aparece como una condición necesaria respecto a la aplicabilidad de determinadas políticas vinculadas al nivel de resultados alcanzados. Una larga tradición literaria en la materia atribuye al cálculo del costo de no-calidad, ya que no es posible analizar ni mejorar si no hay medición, además la medición en sí, es ya un elemento de incitación a la mejora.

Los principios propuestos por Bernillón y Cerutti en 1989, proponen que la medición de la calidad se haga a partir los siguientes 4 principios¹⁷:

- Que los indicadores escogidos estén vinculados con la estrategia diseñada.
- Que estén centrados en todo aquello que guarda conexión con los clientes.
- Que estén relacionados con el sistema de reconocimiento de mérito.
- Que permita obtener variaciones entre las realizaciones efectivamente conseguidas y las previstas.

Desde un plano estrictamente mecanicista hay que recordar que la calidad es un atributo predicable de los objetivos tangibles y que por tanto puede ser captada y aprendida por los cinco sentidos del hombre. Luego, como cualquier otra sensación, puede ser medida. El sistema de medición integrada de la calidad supone un paso más en el sistema de medición de la calidad, que posibilita cuantificar automáticamente y sistemáticamente la calidad global de la empresa en un momento dado, su evolución en el tiempo y la contribución de cada una de las unidades que componen la empresa.

Algunas características del sistema de medida de la calidad son las siguientes:

- **Debe ser lo más objetivo posible.** El ser “juez y parte” es difícilmente creíble, incluso por los propios miembros de la organización.
- **Debe obtenerse esta medición de forma periódica.**
- **Concentrarse en los atributos de calidad que interese medir.**
- **Establecer una batería de indicadores y mantenerlos en el tiempo.**
- **El proceso debe ser “estandarizable”** mediante la preparación de un procedimiento escrito, diseñado para medir la calidad de servicio en sí mismo.
- **Debe orientar a los superiores** para el desempeño de su trabajo de orientación y evaluación del personal.

Medida de la calidad de servicio “Interno”. Concierno tanto al personal de primera línea en contacto directo con los clientes como al personal de dirección o de apoyo. Los colaboradores necesitan percibir que su empresa se preocupa por la satisfacción de sus necesidades y expectativas personales como paso previo para comprometerse con la satisfacción de las de sus clientes. A través de entrevistas o encuestas, y siempre desde el punto de vista personal del entrevistado, se obtiene valiosa información respecto a su opinión la calidad global que percibe de su empresa.

Medida de la calidad de servicio “Externo”. El objetivo de medir la calidad es detectar áreas de insatisfacción, que serán potenciales de mejora y se deberán introducir bajo la perspectiva del cliente. Es necesario hacer esta medición, no solamente con los clientes que se han quejado, sino con aquellos a los que se les ha prestado un servicio no del todo satisfactorio y no se han quejado. Aún más, también se ha de considerar a aquellos que son solamente clientes potenciales.

El procedimiento más normal es mediante encuestas, normalmente escritas, definiendo el tamaño de la muestra utilizando técnicas estadísticas. Otra forma de medir la calidad, de forma cualitativa y sin la participación directa del cliente, serían a través de la evolución del porcentaje de reclamaciones, utilizando buzones.

Durante los primeros meses de implantar un sistema de medición de la calidad de servicio el número de reclamaciones puede aumentar de forma importante e injustificada hasta estabilizarse después de un período de tiempo y disminuir bruscamente a continuación. La primera actuación de tipo cualitativo, antes de encuestar sobre la calidad de servicio, consiste en definir los atributos de calidad bajo la óptica del cliente. Se han de identificar aquellos aspectos del servicio que añaden valor al cliente y en qué medida generan satisfacción o insatisfacción. Se pueden encontrar a su vez a través de otra encuesta, pero en cualquier caso es necesario que la validez e importancia que se haya asignado a los atributos que se definan esté contrastada con los clientes. Hay que prestar atención al hecho de que pueden cambiar con el tiempo y de que normalmente varían por segmentos de clientes.

Otro elemento importante a tener en cuenta es la Retroalimentación interna a los colaboradores. Consiste en compartir con el prestador del servicio la información de que se disponga referente a su comportamiento durante el desempeño, siempre en relación con los criterios de servicios definidos. El único objetivo es satisfacer la necesidad de mejora personal y profesional del colaborador. La representación gráfica de indicadores medibles y concretos de la calidad de servicio potencia la motivación personal y ayuda al mantenimiento de la retroalimentación, igualmente, la correcta interpretación y análisis del sistema de control de gestión proporciona una interesante realimentación al directivo. La mayor parte de las veces los problemas o errores que el empleado ha producido tiene relación con los procesos internos o con los sistemas organizativos, sobre los que él no tiene ninguna responsabilidad y normalmente escasa capacidad de acción.

Retroalimentación externa de los clientes. Se ha de conseguir información de una manera sistemática sobre la percepción de los clientes acerca de la calidad del servicio que se le acaba de suministrar. Se puede obtener de varias maneras, como por ejemplo bajo la forma de una función empresarial, “el departamento de atención al cliente”. Es conveniente conseguir esta realimentación de forma continua sobre la percepción de cada uno de los atributos y características que se hayan definido del servicio; sobre todo, aprovechar esta valiosa oportunidad para recoger sugerencias, haciéndolo de forma sistemática para minimizar los

riesgos de pérdida del cliente, al tiempo que se escucha su opinión sobre eventuales mejoras que se vayan introduciendo.

Para lograr la calidad requerida es necesario poner atención, tanto en las relaciones con los clientes como en las relaciones interpersonales dentro de la empresa; de aquí nace el criterio de cliente interno y cliente externo. Por lo tanto, para lograr globalmente la calidad requerida se considerarán y se tratarán las relaciones entre las personas dentro y fuera de la organización. Dar satisfacción al cliente significa conocerlo: conocer sus expectativas, necesidades, gustos y preferencias, mediante un método acorde con las normas, ya sea el cliente interno o externo. El cliente interno tiene diferentes aspectos a considerar: En primer lugar, la relación entre departamentos dentro de la empresa; y otro aspecto es la relación entre las personas que componen un departamento de la organización: ¿cómo es la comunicación entre las personas? ¿Cuáles son sus actitudes, motivaciones y conductas? y especialmente, ¿cómo están dando o recibiendo el servicio en relación a otros compañeros de trabajo?; quien recibe el servicio tiene que dedicar tiempo y energía a arreglar cosas mal hechas por otro. En las empresas de servicios el énfasis de la relación está establecida por las personas, la importancia radica en el trato, amabilidad, confianza y profesionalidad

4.8 Atributos de Calidad

Los atributos de calidad son los componentes del servicio recibido que el cliente valora de forma especial y puede percibir con claridad por separado. El suministrador ha de investigar el diferente peso que el cliente asigna a la satisfacción o insatisfacción de cada uno de ellos. Según Pérez en 1997 expone algunos ejemplos de atributos de calidad de servicios públicos para el cliente como son⁷:

- Disponibilidad de fácil contacto, telefónico y personal con el proveedor del servicio (proximidad y horario).
- Trato amable, rápido y eficaz del personal tanto directamente como por teléfono.
- Tiempo transcurrido desde que el cliente solicita el servicio hasta que lo recibe.
- Rapidez y sencillez de la tramitación.
- Rapidez y eficacia en la resolución de las quejas.
- Información y asesoramiento que el usuario recibe antes, durante y con posterioridad al servicio.
- “Calidad del servicio” (entendida como atributo del producto).
- Cumplimiento de los compromisos adquiridos.
- Sencillez de la factura y de las tarifas.
- Disponibilidad y voluntad de satisfacer.

Para cada uno de los atributos de calidad aplicables por el cliente, quien presta el servicio diseña las características concretas de su “producto” destinadas a satisfacerlos.

Los principales componentes o atributos de la calidad del servicio son:

- **Fiabilidad:** Implica consistencia en la prestación del servicio. Ello significa que la empresa presta servicio correctamente en el momento preciso y que cumple su promesa.
- **Rapidez:** se traduce en la capacidad de realizar el servicio dentro de los plazos aceptables para el cliente.

- **Competencia:** el personal debe poseer la información y la capacitación necesaria para la realización del servicio. Para ello debe estar bien formado.
- **Cortesía:** se expresa través de la educación, la amabilidad y el respeto del personal hacia el cliente. La amabilidad puede adquirir carácter de estrategia comercial.
- **Credibilidad:** es la honestidad de la empresa de servicios tanto en sus palabras como en sus actos, como por ejemplo en plazos de entrega, tratamiento del pedido, garantía y servicio post-venta.
- **Seguridad:** ausencia de peligro, riesgo o dudas a la hora de utilizar el servicio.
- **Accesibilidad:** facilidad con que el consumidor puede utilizar el servicio en el momento que lo desee. El acondicionamiento de las secciones y unas señalizaciones más claras aumentan la comodidad para el cliente.
- **Comunicación:** se debe informar al consumidor con un lenguaje que éste entienda, para poder ayudarle a guiar su elección; exige escuchar y adaptarse a sus demandas
- **Conocimiento del consumidor:** se trata del esfuerzo realizado por la empresa para entender a los consumidores y sus necesidades.
- **Responsabilidad:** supone la disposición a proporcionar el servicio. Esta disposición debe hacerse patente, es decir, demostrar que la empresa se preocupa de los problemas de los clientes.
- **Tangibles:** son los elementos del servicio que pueden percibirse por los sentidos. Hay que incluir por tanto, evidencias físicas del servicio e indicios de su calidad, limpieza, aspecto personal, equipos utilizados, soporte físico del servicio, pequeños obsequios y otros.

4.9. Sistema de Información de calidad.

No son numerosos los conceptos existentes en la bibliografía sobre la información de la calidad en los servicios. Es importante la definición de información de la calidad expresada por Gómez en 1986 donde manifiesta: "Comprende un conjunto de actividades dirigidas a la obtención en tiempo y forma de los datos acerca del comportamiento de los principales índices de calidad de los productos, así como de los indicadores que reflejan la calidad de los mismos"¹⁸. Lucey en 1987, define un Sistema de Información para la dirección como: "Un sistema para convertir datos procedentes del interior o exterior del mismo en información y para brindarle esta, en forma apropiada a los directivos de todos los niveles, para facilitar la toma de decisiones"¹⁹. Además por sistema de información se entiende un conjunto de elementos organizados para ofrecer información oportuna en cuanto a contenido, formato, tiempo y lugar a un usuario determinado, es decir, se trata de una configuración de medios, diseñados para proporcionar información referida a calidad, a un receptor o usuario, cumpliendo unos requisitos de calidad predeterminados. Según se enuncia en uno de los principios de las normas ISO 9000, un sistema de información de la calidad, se refiere al sistema informativo que permite gestionar la calidad de los procesos para tomar decisiones asociadas a la calidad, basadas en hechos. Un sistema de información de la calidad: "Es un método organizado para recolectar, almacenar y reportar la información sobre la calidad para ayudar a los tomadores de decisiones en todos los niveles"¹⁰.

Diferenciar el concepto de información y datos, reviste gran importancia para el desarrollo de sistemas de información en función de la dirección. Frecuentemente los términos, datos e información se intercambian, confundiendo su significado. George W. Reynolds en el 2000, expresa los conceptos de información y datos de la siguiente forma:²⁰

Los datos: son la colección desorganizada de hechos que no han sido procesados en información, dato es el hecho crudo, cuyas conclusiones pudieran ser desentrañadas. Estos hechos pueden describir personas, lugares, cosas, ideas, procesos o eventos.

Información: Es el conocimiento adquirido por causa del procesamiento de datos. El dato es la personificación material de la información, constituye su base. Los datos en general son necesarios en tanto que pueden transformarse en información por esto, por su esencia, ocurren solo cuando están relacionados con una tarea fijada que será resuelta por algún usuario con estos datos.

4.10. Funciones de los sistemas de información para la calidad.

En el libro Fundamentos de los sistemas de información, Edwards, en 1998 plantea que “los sistemas de información constituyen plataformas de apoyo para el desarrollo de las actividades propias del sistema físico, que es cualquier organización”²¹; este apoyo lo ejercen mediante el desempeño de una serie de funciones que puede resumirse en:

Recogida de datos: o captura de la información que han de procesar, almacenar y distribuir los responsables, cuidándose de conectar con la fuente de suministro de forma estable y fiable.

Evaluación de la calidad y relevancia de los datos: Es decir, filtran la información recogida evitando los errores, las redundancias, las pérdidas, y contrastando la validez de la fuente utilizada.

Manipulación o proceso de los datos: para transformarlos en información útil para los usuarios aplicando los procedimientos más apropiados diseñados por los constructores del sistema de información.

Almacenamiento: Garantizando la seguridad, la disponibilidad y la calidad de la información hasta el momento en que es requerida por el usuario.

Distribución: O transporte de la información que precisa el usuario, cumpliendo los requisitos de lugar y tiempo que aquel requiera.

Presentación: Da la información al usuario con el formato más apropiado para su utilización.

4.11. Herramientas o instrumentos a utilizar para la recogida de datos

A continuación se describe una selección de los instrumentos más utilizados en la recolección de información en la escucha al cliente, lo cual posibilita que de ser desarrollados adecuadamente conduzcan al análisis y la posterior toma de decisiones.

Los Cuestionarios

Son formatos redactados en forma de interrogatorio de los cuales se obtiene información sobre las características del ciclo del servicio que se evalúa, para determinar índices de competitividad y satisfacción del cliente.

Actividades para desarrollarla: Definir el encabezado, que incluye información básica del cliente y del encuestador: nombre del grupo que la realiza, nombre del cliente, edad, sexo, estado civil, dirección, nombre del encuestador, fecha, entre otros. Definir el objetivo y establecer las instrucciones para diligenciarlo

Se clasifican en: ²²

- **Encuesta:** Su objetivo es evaluar el ciclo del servicio de manera exhaustiva, tomando como referencia el listado de preguntas obtenido en el proceso de diseño de las herramientas de medición. La aplicación de esta herramienta puede durar entre 5 y 10 minutos, dependiendo de la extensión del cuestionario.
- **La clisa:** Evalúa el último momento de verdad vivido por el cliente para determinar la satisfacción como resultado de su último contacto con la organización. Se aplica en el instante después que el cliente es atendido. Requiere de poco tiempo, máximo 5 minutos, por lo tanto debe ser clara y concisa.
- **El cliente incógnito:** Es una persona entrenada que actúa como cliente incógnito para observar y evaluar los momentos de verdad y el ambiente en el cual se desarrollan. Se requiere determinar cuales son los momentos de verdad que se pueden auditar con la utilización del cliente incógnito.
- **Encuesta por correo:** Es un cuestionario que se le envía a los clientes acompañado por una carta explicativa y un sobre para la devolución del mismo. Es un método adecuado cuando se tienen clientes en varias zonas geográficas. Es fácil, económico y no requiere encuestadores. Se dificulta su aplicación por la lentitud y el bajo porcentaje de respuestas.
- **La teleauditoría:** Su objetivo consiste en evaluar los aspectos más importantes del ciclo del servicio con base en una encuesta que se aplica telefónicamente. Es un método rápido de recolección de información, sin embargo los datos que se pueden obtener pueden ser limitados. Es necesario definir los momentos de verdad que se pueden auditar telefónicamente.
- **La observación "in situ":** Consiste en observar el comportamiento de las variables que intervienen en el ciclo del servicio. Es un método complementario en la auditoria a la presentación de la percepción del cliente. Se realiza utilizando el cliente incógnito.

La entrevista

Se deben establecer las necesidades y expectativas del cliente como elemento preponderante para lograr la calidad del servicio que la organización ofrece, con base en conceptos individuales. Se conforma por un conjunto de preguntas abiertas, que pueden ser dirigidas, estructuradas o no estructurada. El entrevistador debe estar bien capacitado en el conocimiento del ciclo del servicio, además tener capacidad de escucha para captar adecuadamente la información que provee el cliente, además que se obtenga un ambiente adecuado y de confianza.

El grupo foco.

Busca determinar las necesidades y expectativas de los clientes, tomando la percepción de un grupo de referencia, los cuales deben pertenecer al mismo segmento de clientes, pues el ciclo del servicio puede ser diferente. Se requiere de un moderador con habilidad en dinámica de grupos y un relator que anote los conceptos expuestos, los cuales se proceden a ser procesados y analizados para posteriormente ayudar a la toma de decisiones, esta estrategia también requiere un ambiente adecuado.

Tamaño Muestral:

Muestra se denomina a la aproximación que se realiza, al analizar la fracción de una población con iguales características al resto de la población. La utilización de una muestra se hace

necesaria cuando el número de elementos de una población es infinito, cuando los elementos se destruyen, sufren daños al ser medidos, están muy dispersos o si realizar el trabajo es muy costoso²³.

Los datos obtenidos de una población pueden contener toda la información que se desee de ella. De lo que se trata es de extraerle esa información a la muestra, es decir a los datos muestrales sacarle toda la información de la población.

La muestra debe obtener toda la información deseada para tener la posibilidad de extraerla, esto sólo se puede lograr con una buena selección de la muestra y un trabajo muy cuidadosos y de alta calidad en la recogida de los datos.

Para que los resultados obtenidos de los datos muestrales se puedan extender a la población, la muestra debe ser representativa de la población en lo que se refiere a la característica en estudio, o sea, la distribución de la característica en la muestra debe ser aproximadamente igual a la distribución de la característica en la población.

La representatividad en estadística se logra con el tipo de muestreo adecuado que siempre incluye la aleatoriedad en la selección de los elementos de la población que formaran la muestra.

Existe una fórmula para aplicar una determinada población en estudio, la cual nos permitirá hallar muy fácilmente la cantidad de la muestra a investigar, esta es la siguiente:

- $n = z^2 pq / e^2 + (z^2 pq/N)$
- $n = z^2 / e^2 pq$
- $n_1 = n / 1 + (n - 1) / N$

Donde las variables significan:

- n = Tamaño de la muestra calculada
- Z = Nivel de confianza; para 95% su valor correspondiente bajo la curva normal de estándares es de 1,96
- e = error máximo tolerable de muestreo, 0,05 es muy confiable
- p = probabilidad a favor; 0,5 produce el mayor tamaño posible de la muestra
- q = probabilidad en contra; si $p + q = 1$, entonces $q = 0,5$
- N = Tamaño de la población ó universo

QUEJAS Y RECLAMOS DE LOS CLIENTES

Otra metodología bastante utilizada para determinar hasta que punto se está cumpliendo con las necesidades y expectativas de los clientes es el trámite oportuno de quejas y reclamaciones por el servicio no conforme.

¿Qué entendemos por queja o reclamo de nuestros clientes?

La Real Academia Española define la palabra “queja” como “expresión de dolor, pena o sentimiento” y asigna al término “reclamar” la acepción de “pedir o exigir con derecho o con instancia algo”². Estos conceptos no se alejan de lo que todos entendemos cuando nos referimos a las “quejas o reclamos” que efectúan nuestros clientes. Es claro que son solicitudes o requerimientos exigiendo respuesta de nuestra parte.

Cabe, entonces preguntarse: ¿Todas las solicitudes son reclamos? ¿Para satisfacerlos es

necesario, siempre, entregar algo a cambio? ¿Diferenciamos solicitud de reclamo? Evidentemente, en estos interrogantes, hay una promesa incumplida de por medio. Es decir que hay solicitudes que forman parte de la demanda habitual. Pedidos que constituyen la puesta en marcha regular del circuito de provisión, aunque sean hechas excepcionalmente y, por ende, a veces insatisfechas. Pero nunca perdamos de vista que los compromisos pueden ser escritos u orales. Las expectativas del cliente nacen desde la imagen de empresa proveedora que damos. Tal vez uno de los valores que constituyen una fortaleza sea la credibilidad en nuestra palabra. Si firmamos un papel con cláusulas específicas y no las cumplimos, nos atenderemos a las consecuencias legales o multas que derivan del mismo contrato. Sin embargo, si el cliente espera algo de nosotros, con la convicción de que podemos dárselo, porque así lo publicitamos o se lo dimos a entender, cuando no lo obtenga emitirá un reclamo.

Aunque cada reclamo tenga un tiempo y una forma diferente de ser atendido, todos tienen el grado de importancia que le demos al cliente que lo emitió. Pretender que no existan es aspirar a no equivocarse jamás al responder la demanda de un hipotético cliente que se contente con cualquier bien o servicio que le demos, al precio que sea. Y ya que no podemos evitar los reclamos, saquémosles provecho. La utilidad dependerá de la visión que tengamos de la realidad que no podemos negar ni disfrazar. Del compromiso con la calidad que hayamos asumido. Del grado de adaptación de nuestra organización. Para esto necesitamos transformar los reclamos en datos estadísticos, datos transformables en información, algo fundamentalmente necesario para cualquier empresa. Aunque un cliente se aleje, siempre debemos conocer sus motivos.

4.12. Indicadores de Gestión

Los Indicadores permiten medir el cumplimiento de la calidad en relación con un producto ó servicio; para comprender el concepto y su funcionalidad se tomaron algunos autores.

Vanormelingen, 1999 define que un indicador “es la medida de una característica o variable relacionada con el problema. Es la operacionalización de las variables que influyen sobre un problema”²⁴. En su artículo “indicadores de gestión en salud”, Cabrera define el concepto de los indicadores de gestión; donde plantea que son: “la expresión cuantitativa del comportamiento o el desempeño de toda una organización o una de sus partes, cuya magnitud al ser comparada con algún nivel de referencia, puede estar señalando una desviación sobre la cual se tomarán acciones correctivas o preventivas según el caso”²⁵. En ese sentido el valor obtenido es el resultado de la medición del indicador y constituye un valor de comparación, en relación con una meta predeterminada. Esto es fundamental para el mejoramiento de la calidad, debido a que son medios económicos y rápidos de identificación de problemas. En el contexto de orientación hacia los procesos, un medidor o indicador puede ser de proceso o de resultados. En el primer caso, se pretende medir que esta sucediendo con las actividades, en el segundo se quiere medir las salidas del proceso. También se pueden clasificar los indicadores en indicadores de eficacia o de eficiencia. El indicador de eficacia mide el logro de los resultados propuestos. Indica si se hicieron las cosas que se debían hacer, los aspectos correctos del proceso. Los indicadores de eficacia se enfocan en el Qué se debe hacer, por tal motivo, en el establecimiento de un indicador de eficacia es fundamental conocer y definir operacionalmente los requerimientos del cliente del proceso para comparar lo que entrega el proceso contra lo que él espera. De lo contrario, se puede estar logrando una gran eficiencia en aspectos no relevantes para el cliente. Los indicadores de eficiencia miden el nivel de ejecución del proceso, se concentran en el Cómo

se hicieron las cosas y miden el rendimiento de los recursos utilizados por un proceso. Tienen que ver con la productividad.

4.13. Características de indicadores de calidad

Los indicadores para que contribuyan a la gestión deben tener unos atributos que los hagan confiables, a continuación se expresan las principales características:²⁶

Simplicidad: la simplicidad de la medida puede caracterizarse por la capacidad de definir un fenómeno o el efecto medida de forma poco costosa, en un tiempo corto, que se pueda ejecutar con recursos mínimos.

Adecuación: la adecuación de una medida puede definirse como la aptitud de la medida para describir por completo el fenómeno o el defecto. Es, a veces difícil caracterizar esta adecuación; por lo que se recomienda aplicar el método que consiste en analizar los casos de no-adecuación.

Simplicidad/complejidad: en el marco del sector terciario, puede indicarse el ejemplo de una encuesta de opinión. Suponiendo que la encuesta lleva consigo un centenar de preguntas que pueden agruparse en una media docena de asuntos principales; cada pregunta será evaluada según un código de respuestas (muy bien, bien, mal, muy mal, sin opinión) que permiten evaluar una tasa de satisfacción o de insatisfacción. Si en la encuesta existe una decena de cuestiones que componen un grupo titulado "calidad"; y se calcula, por ejemplo, la media aritmética o ponderada de las tasas de satisfacción a las preguntas elementales, se obtiene un índice de calidad para el cuestionario considerado.

Carácter crítico: una medida crítica es una medida asociada a una etapa crítica de un proceso, caracterizada ella misma por el hecho de que la no-conformidad de la ejecución entraña la imposibilidad de conseguir el objetivo final.

Reproductibilidad / fiabilidad:

- **La Reproductibilidad:** puede definirse como la capacidad de reproducir, en los límites preestablecidos y para un sistema estable, los mismos valores de una medida, repitiéndola en el tiempo y en condiciones supuestamente idénticas.
- **La fiabilidad** de un sistema de medida se define como la capacidad para reproducir el mismo valor de una medida de los mismos elementos en función del tiempo. El sistema de medida comprende la herramienta o instrumento y el ejecutante.

Auditabilidad: al dar por supuesta la existencia de reglas y procesos explícitos permite la ejecución de la medida y la verificación, por un tercero independiente, de la buena aplicación de las reglas y procesos. Toda medida debe ser auditable. Así como cada medidor o indicador debe satisfacer los siguientes criterios:

- **Medible:** El medidor o indicador debe ser medible. Esto significa que la característica descrita debe ser cuantificable en términos ya sea del grado o frecuencia de la cantidad.
- **Entendible:** El medidor o indicador debe ser reconocido fácilmente por todos aquellos que lo usan.
- **Controlable:** El indicador debe ser controlable dentro de la estructura de la organización.

4.14. Construcción de indicadores.

Vanormelingen, en 1999 en su libro "La gerencia de la calidad en salud", aporta importantes criterios para la construcción de indicadores. Plantea que los usos más frecuentes para los indicadores son ²²:

- Diagnosticar la situación actual.
- Comparar una característica en una población o un proceso en relación con otros.
- Evaluar las variaciones de un evento o característica en función de otro evento o característica.

Así mismo describe las etapas en la construcción de un indicador:

Describir las actividades: Se necesita revisar las actividades, para saber lo que se quiere medir. Para esto se utilizan las seis preguntas siguientes: ¿Qué actividad se quiere medir?, ¿Quién la realiza?, ¿A quién va dirigida la actividad?, ¿Cómo se realiza?, ¿Dónde se realiza?, ¿Cuándo y cuántas veces se realiza?

Identificar qué y cómo lo queremos medir y cómo medirlo: La siguiente etapa en la construcción de indicadores es la formulación adecuada de lo que interesa saber. Los indicadores deben medir calidad y cantidad. En la construcción de los indicadores, se pueden contestar las siguientes preguntas relacionadas con la magnitud y la distribución del problema: ¿Cuántos casos o problemas se han encontrado? ¿Cuándo ocurren generalmente?, ¿en una época particular del año, en una semana determinada, en un día específico?, se relacionan con el tiempo. ¿Dónde ocurren? ¿Limita a un área en particular?, qué relación tienen con el espacio geográfico. ¿Quiénes son los más afectados?

Un indicador puede describir varios pasos de un proceso de producción. Este se fundamenta con el enfoque de calidad total, no se quiere saber únicamente si funciona bien el servicio, es decir: si se están utilizando bien los recursos, si la calidad técnica es la adecuada, si los recursos son utilizados de manera eficiente, si se está cumpliendo con las metas. También se quiere saber lo que opinan los usuarios del servicio. Para saber cuáles parámetros de satisfacción medir se necesita saber cuáles contactos con el servicio el usuario valora más. Estos son los momentos de verdad. En el flujo de utilización del servicio, el usuario va a tener decenas de contactos personales o intangibles con nuestra institución. Cada uno de estos momentos o contactos el usuario va a utilizar para formarse la imagen de la calidad del servicio. Aunque el usuario utilice cada uno de estos momentos para valorar nuestro servicio, no todos tienen la misma importancia. Ciertos momentos son más críticos que otros.

A continuación se describen los pasos para medir la calidad del servicio prestado:

Describir los indicadores: Si se tiene claro lo que se quiere medir, se puede describir el indicador. Este puede ser un indicador de uso común, utilizado ya en la práctica diaria o puede ser un indicador específico al proyecto de calidad. El indicador será compuesto por un numerador y denominador o representará un conteo de eventos.

Determinar la fuente de información del numerador y del denominador: Si se han formulado adecuadamente las preguntas sobre lo que se quiere medir, estas incluyen ya una indicación sobre la fuente de información que proporcionará los datos para responder a la pregunta. Se trata de conseguir información para el numerador (lo observado) y el denominador (la referencia). La fuente de aquellos no es siempre la misma. La disponibilidad (costo) y la validez (beneficio) de la información influyen sobre la factibilidad de utilizar un indicador.

Definir el estándar de calidad: Para que tenga utilidad el indicador hay que compararlo con un nivel de referencia o con un nivel de calidad que se quiera entregar. Esto es el parámetro o el estándar de calidad. El estándar de calidad es la norma técnica o de servicio que se puede utilizar como punto de comparación para evaluar la calidad del servicio o para alertar sobre los problemas en el mismo. Se pueden utilizar como parámetros los datos históricos del desempeño de actividades similares en el mismo lugar o en otros lugares de características similares, las

normas de atención o niveles mínimos o máximos deseados de acuerdo a las posibilidades de intervención de cada una de las áreas de acuerdo a los deseos de los usuarios. Cabe decir que los parámetros no siempre tienen que representar un porcentaje. El parámetro puede ser también un conteo o un umbral.

5. MARCO LEGISLATIVO

El SIAU o Sistema Integral de Atención al Usuario, es la primera iniciativa gerencial diseñada por el Ministerio de salud para contribuir al estudio del mercado en las IPS, la cual tiene como punto de partida la información que proporcionan los usuarios en las peticiones (demandas, quejas, reclamos ó sugerencias) que sobre la prestación de servicios formulan a las instituciones de diversos niveles en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Tiene como alcance, orientar decisiones gerenciales para solucionar problemas, aplicando herramientas de gestión y control de la calidad para el mejoramiento institucional.

La Resolución 2542 de 1998 del ministerio de salud, reglamenta el “Sistema Integral de Información para el Sistema General de Seguridad Social en Salud - SIIS.” Algunos de sus apartes se encuentran relacionados en los siguientes artículos:

Artículo 1. **Ámbito de aplicación.** La presente resolución reglamenta: a) los datos que debe manejar el Sistema Integral de Información del Sistema General de Seguridad Social en Salud que son generados por sus diferentes integrantes, su denominación, estructura y características; b) los mecanismos operativos para la transferencia de los datos; c) la disposición y administración de los datos; y d) las responsabilidades que asumen cada uno de los integrantes del SGSSS en el Sistema Integral de Información, independientemente de su naturaleza jurídica, y todas aquellas entidades e instituciones de salud y de seguridad social de regímenes especiales, que conforman el Sistema de Salud

Artículo 2. **Definición.** Adoptase como definición del Sistema Integral de Información del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SIIS, el conjunto interrelacionado de usuarios, normas, procedimientos y recursos del Sistema que generan y disponen información sobre los procesos esenciales de afiliación, financiamiento, prestación de servicios, vigilancia de la salud pública y participación social y los procesos de gerencia y administración institucional en cada uno de los integrantes del Sistema.

Artículo 3. **Estandarización de datos en el sistema.** Las instituciones objeto de la presente reglamentación, están obligadas a generar y disponer los datos requeridos por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, ceñidos a los estándares que establezca el Ministerio de Salud, en relación con la denominación, estructura, características, disposición, conservación y depuración de los datos.

La ley 190 de 1995, Estatuto anticorrupción. En los artículos 53 al 55 se expone el sistema de quejas y reclamos en las entidades públicas.

El Decreto 2232 de 1995, en el artículo 7 al 9 describe la reglamentación dentro del sistema de quejas y reclamos.

El decreto 1757 de 1994, en los artículos del 3 al 6, expone las diferentes formas de participación ciudadana dentro de los servicios de atención al usuario.

La ley 100 de 1993, en al artículo 159 y 198 al 200 expone las garantías de los afiliados en el sistema general de seguridad social en salud.

Directiva presidencial 05 de 1995, describe cuales son las dependencias encargadas de recibir, tramitar y resolver quejas y reclamos en las entidades públicas.

Circular 009 de 1996 de la Superintendencia Nacional de Salud, en la cual se define el sistema de quejas y reclamos.

El Decreto 1011 del año 2006, donde se define el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en el sistema general de seguridad social en salud a nivel nacional.

La Resolución 3374 del año 2000, donde se estipula el sistema RIPS (registro individual de procedimientos en salud) a nivel nacional entre aseguradores y prestadores.

La resolución 581 de febrero de 2004, donde se define el sistema de Habilitación de ARS

La resolución 1043 de 2006 sobre Habilitación de IPS

La resolución 1445 de 2006 sobre Acreditación en salud

La Circular 030 del año 2006 de la Superintendencia de salud, donde se definen los indicadores de calidad mínimos a presentar semestralmente por aseguradores y prestadores a nivel nacional.

La circular Única de agosto de 2007: En la cual se reúnen en un solo cuerpo normativo todas las instrucciones generales de la Superintendencia que se encuentran vigentes, con los siguientes propósitos:

- Recopilar, revisar, modificar y actualizar todas Circulares Externas y Cartas Circulares expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud.
- Facilitar a los destinatarios de su misión de inspección, vigilancia y control, el cumplimiento, comprensión y consulta de las instrucciones expedidas por esta Superintendencia.
- Proporcionar a sus funcionarios un instrumento jurídico unificado y coherente que determine con precisión las reglas aplicables a las situaciones concretas que se inscriben dentro de su ámbito de competencia.

6. METODOLOGÍA.

DESARROLLO DE LA PROPUESTA PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL SIAU.

El proyecto contempló una agenda de implementación donde se identificaron cuatro fases, concertación, diagnóstico, aprestamiento, y producto final; propuestos con el fin de acondicionar las bases para el desarrollo técnico del SIAU-LACID Ltda.

A continuación se describen las fases y los contenidos a desarrollados en cada una, así como los insumos mínimos de apoyo en construcción del proceso del SIAU. Las fases de implementación no son excluyentes entre si; son estrictamente consecutivas, su desarrollo se realizó de manera simultánea y progresiva de acuerdo a las características que se encuentren en la institución.

FASES	CONTENIDOS	INSUMOS
CONCERTACION	<ul style="list-style-type: none"> - Contacto con actores relevantes en el ámbito institucional, local y departamental. - Fundamentación teórica del servicio 	<ul style="list-style-type: none"> - Sustento legal - Decisiones e intervenciones - Estructura del SIAU
DIAGNOSTICO	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostico situacional interno y externo (auditoría del SIAU existente en el laboratorio) - Entrevista a los funcionarios y usuarios del laboratorio 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificación del escenario institucional y local - Aplicación de auditoría del SIAU en el laboratorio - Aplicación de entrevista sobre el SIAU a clientes internos y externos.
APRESTAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> - Diseño y documentación de los Procesos del SIAU. - Elaboración de los formatos soporte de los procesos - Definición de Indicadores y documentación de su ficha técnica 	<ul style="list-style-type: none"> - Metodología para diseño de Procesos. - Instrumentos de operación de medida para obtención de datos por parte de los clientes internos y externos.
PRODUCTO FINAL	<ul style="list-style-type: none"> - Documento Construcción del SIAU en el Laboratorio Clínico LACID 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión bibliográfica. - Normatividad - Metodología para diseño de procesos e Indicadores.

1. **Fase de Concertación:** Durante esta fase se efectuó una realimentación teórica clara sobre el SIAU, así como tener un acercamiento con la institución y más específicamente con todos los clientes internos, con el fin de lograr una empatía, de gran importancia al momento del acercamiento operativo para realizar el diagnóstico situacional del SIAU en el laboratorio.
2. **Fase de diagnóstico:** Durante esta fase, luego de tener un acercamiento amigable con las directivas de la institución y sus clientes, se proseguirá a iniciar la definición de un diagnóstico sobre la situación en la cual se encuentra el Laboratorio Lacid, frente a la

implementación del Sistema de Información y Atención al Usuario. Este se llevará a cabo aplicando una auditoría al laboratorio enfocada al cumplimiento de la normatividad vigente frente al SIAU en el país, así mismo también se realizarán entrevistas a los usuarios internos y externos, con el fin de conocer el grado de conocimiento que tienen frente a qué es el SIAU, sus objetivos y la aplicación de éste en el laboratorio. Se pretende que estos instrumentos de medida nos proporcionen información frente a la realidad del laboratorio, para lograr dimensionar la necesidad que se tiene de construir e implementar el SIAU en la institución.

- 3. Aprestamiento:** Durante esta fase, se analizó toda la información obtenida con la aplicación de los instrumentos de medida (Auditoría y realización de entrevistas a los clientes), para la definición del tipo de intervención que se llevará a cabo en la institución con el fin de disminuir el problema planteado en esta propuesta.

Luego del análisis de la información obtenida, además del marco teórico estudiado a cabalidad durante la fase de concertación, se prosiguió a la delimitación del sistema de información y atención a usuario SIAU, en el laboratorio, el cual estaría conformado básicamente por tres procesos: El número uno, INFORMACION AL USUARIO, el número dos, PROCESO DE QUEJAS Y RECLAMOS y el número tres, MONITORIZACIÓN DE LA SATISFACCION DEL USUARIO A PARTIR DE ENCUESTAS. La definición de estos tres procesos que conforman el SIAU, se definieron y construyeron a partir del marco teórico investigado, ya que se describían constantemente tres fases diferentes para la identificación de las expectativas del usuario, como es durante la información proporcionada, la satisfacción posventa y la queja frente a las no conformidades detectadas.

Estos tres procesos estarán acompañados por un indicador principal que permitirá retroalimentar la institución con información cuantitativa y cualitativa, así como propiciar una toma de decisiones informada. Los indicadores escogidos, como los más integrales y que proporcionarían información relevante al momento de tomar decisiones de mejora para cada proceso, fueron definidos, con ayuda no solo de la literatura obtenida en la captación del marco teórico, sino también a través de las entrevistas verbales al personal que labora en el laboratorio, preguntándoles, que tipo de información obtenida de los usuarios que atienden diariamente, les serviría para mejorar las diferentes sesiones en las que trabaja cada uno. Por lo cual los indicadores determinados para cada proceso fueron los siguientes:

- **Proceso de información al usuario (ver anexo 4):** % de muestras que no cumplen con las condiciones para su procesamiento (ver anexo 5).
- **Proceso de quejas y reclamos (ver anexo 6):** % de muestras resultas en menos de 48 horas (ver anexo 7).
- **Proceso de satisfacción del usuario (ver anexo 8):** % de encuestas excelentes y buenas (ver anexo 9).

- 4. Producto Final:** Desarrollo de la intervención planteada, en búsqueda de la solución del problema, la cual consiste en la construcción del SIAU, con los formatos establecidos en la institución, uno para cada proceso y la ficha técnica del indicador, también de las encuestas de satisfacción, formato de quejas y reclamos y formato de trámite de la queja. Estos permiten realizar el seguimiento del proceso, para que en un futuro soporten la construcción de planes de mejoramiento en la institución.

7. CONCLUSIONES.

- 7.1. El horario de recepción de las quejas planteadas por el usuario se limita solo a 5 horas diarias en las horas de la mañana, lo cual crea inoportunidad y dificultad en el acceso para presentar la queja.
- 7.2. El espacio físico asignado para llevar a cabo los procesos del SIAU, no es de propiedad del laboratorio (cedido por el la ESE, del municipio), igual sucede con el equipo de cómputo utilizado por el funcionario, tampoco se cuenta con extensión telefónica en la oficina que permita la recepción de quejas por este medio, limitando el acceso para manifestar las inconformidades con la atención. Esta área también es compartida con otros funcionarios, situación que dificulta llevar a cabalidad el desempeño de las funciones del auxiliar del SIAU.
- 7.3. El Sistema de información y atención al usuario no esta documentado en el laboratorio, únicamente se halló documentado incipientemente un proceso de quejas y reclamos, además de una encuesta de satisfacción que se aplica pero que no se toma ninguna determinación con la información obtenida, por lo cual se hace necesario que se documenten los proceso del SIAU.
- 7.4. Para la solución a quejas y reclamos, existe solo un formato para diligenciar la queja, el cual no posee toda la información necesaria para ser analizada posteriormente, además no hay evidencia de que exista un documento para tramitar la queja, ni tiempos estipulados para realizarlo, lo que no esta permitiendo desarrollar la actividad adecuadamente para satisfacer al usuario, que se encuentra en busca de resolver la inconformidad que esta manifestando.
- 7.5. Dentro de la intervención que se realiza al trámite a la queja, se hace la divulgación con el personal a cargo, responsable del área donde se origina la queja, pero solo se procede con un llamado de atención, no son analizadas por las personas implicadas, ni evaluadas por la dirección, además que no se generan planes de mejoramiento efectivos.
- 7.6. El plan de capacitación Institucional no incluye la socialización a los funcionarios del proceso de quejas y reclamos, su importancia para la mejora continua; igual sucede con los demás procesos del SIAU.
- 7.7. El servicio de consulta externa cuenta con una cartelera en la cual se consigna información de interés general para el usuario, pero no contiene información del SIAU, lo que no permite que haya divulgación de la información concerniente a los procesos de ésta área.
- 7.8. Se puede concluir que el estado de desarrollo del SIAU en el Laboratorio Clínico es incipiente, pues los recursos asignados son insuficientes y los procesos no funcionan a cabalidad.
- 7.9. La implementación de un buen Sistema de Información y Atención al usuario, le permitirá a la IPS, obtener excelentes beneficios en su relación con usuarios, proveedores y comunidad en general.

8. RECOMENDACIONES.

- 8.1.** Realizar un estudio de riesgos locativos, de espacio y ubicación para independizar las áreas de autorizaciones del seguro social, recepción de laboratorio clínico y de sistema de atención integral al usuario.
- 8.2.** El área del SIAU requiere exclusividad y señalización para que sea conocida por el usuario, así mismo debe tener una cartelera informativa para exponer toda la información concerniente acerca de sus procesos, relacionados con los trámites oportunos a las quejas presentadas, el porcentaje de satisfacción global a partir de las encuestas de satisfacción y el impacto obtenido con la aplicación de los planes de mejoramiento construidos a partir de los hallazgos observados.
- 8.3.** Se debe dotar de una extensión telefónica para la oficina del SIAU, que permita al usuario expresar las quejas por este medio. Igualmente instalar en sitios visibles y estratégicos buzones con sus respectivos aditivos (formatos y lapicero) para la recolección de quejas, sugerencias y reclamaciones.
- 8.4.** Ampliar el horario de atención y recepción de las quejas, el cual coincida con el horario del día en el que se realiza la atención al usuario en el laboratorio.
- 8.5.** Implementar los instructivos de diligenciamiento de queja y de trámite y análisis de ésta, anexos a este proyecto aplicando la respectiva medición propuesta en la ficha del indicador.
- 8.6.** Que el análisis de la queja sea realizado por todo el personal implicado en el proceso que generó la queja, en compañía de un directivo de la institución.
- 8.7.** Que se genere la debida respuesta a la queja y sea informada al usuario que la propuso de forma oportuna.
- 8.8.** Que se formulen y apliquen planes de mejoramiento frente a los problemas observados.
- 8.9.** Socializar con el personal e iniciar un plan de capacitaciones relacionado con el conocimiento de todo lo concerniente al SIAU, con el fin de lograr los objetivos propuestos por el sistema. Así mismo también se debe de crear una estrategia de divulgación del proceso al usuario con el objetivo de que este utilice oportuna y adecuadamente esta herramienta.
- 8.10.** Realizar seguimiento y ajustes a los procesos del SIAU, como contribución al desarrollo institucional.

ANEXOS

ANEXO 1

NOTIFICACION AUDITORIA AL LABORATORIO LACID

Carepa, noviembre 14 de 2007

Doctora
Irma Rivera
Gerente
Laboratorio Clínico Lacid

Cordial Salud

Con la presente, la empresa MS Auditores, pretende solicitarle que se acuerden horario y espacio para realizar la auditoria al proceso de quejas y reclamos en su institución.

Para el logro de los fines propuestos, con esta auditoria, nuestra empresa ha presupuestado como fecha tentativa para iniciar la auditoria externa, con una visita inicial de observación del servicio, 18 de noviembre de 10:00 a 12:00 m. y una entrevista con el funcionario responsable del área, en esta misma fecha de 4:00 a 5:00 p.m. Se finalizará esta actividad con la aplicación de los instrumentos contruidos para verificar la situación de la institución frente al proceso de sistemas de información en salud SIAU.

Le solicitamos favor ofrecernos una respuesta antes de las fechas programadas para iniciar el proceso de la auditoria.

Agradeciéndole la atención prestada

Atentamente,

Margarita Saldarriaga
Auditora

Kleyre María Muñoz
Auditora

NOTIFICACIÓN DE AUDITORÍA**DESTINATARIO:** Coordinador SIAU**CIUDAD Y FECHA:** Carepa 27 de noviembre**ASUNTO:** Notificación de Auditoria

Por medio de la presente les informamos la realización de la siguiente auditoría:

TIPO DE AUDITORIA: Ordinaria x Especial **FECHA EN QUE SE REALIZARÁ:** 2 de diciembre de 2007**HORARIO ESTIMADO:** de 2:00 a 4:00 p.m.**AUDITOR ASIGNADO:** Kleyre María Muñoz Gil**ALCANCE DE LA AUDITORIA:** Esta auditoría se aplicará para el proceso de SIAU de la institución laboratorio clínico lacid en el período junio diciembre de 2007**PROCESOS OBJETO DE LA AUDITORIA:** Proceso de SIAU (sistema de información y atención al usuario).

Estaremos atentos a comentarios e inquietudes.

Atentamente,

Kleyre María Muñoz Gil
AUDITOR JEFE

ANEXO 2
AUDITORIA DEL SISTEMA DE INFORMACION Y ATENCION AL USUARIO (SIAU) EN EL
LABORATORIO CLINICO LACID

A. PLAN DE AUDITORIA

OBJETIVO: Verificar la aplicación del sistema de información y atención al usuario en el laboratorio y el seguimiento de este para el mejoramiento continuo, según la normatividad vigente del SOGC.

ALCANCE: Esta auditoria se aplicara al sistema de información y atención al usuario del laboratorio durante el periodo junio – diciembre de 2007.

B. CRITERIOS O MARCO DE REFERENCIA:

- **NORMATIVIDAD:** Decreto 1011 de 2006 (SOGC), resolución 1043 de 2006 (SUH), resolución 1446 de 2006 (sistema de información en salud).

C. METODOLOGIA

Inicialmente el equipo auditor se concentrará en tener claridad acerca de la normatividad vigente del sistema de atención integral al usuario con el fin de construir el marco conceptual sobre el cual la auditoria se basará, luego conciliara con la institución las fechas y espacios pertinentes para efectuar la auditoría y se solicitará al coordinador del área, que tenga la información requerida para ésta. Posteriormente el equipo auditor tendrá un acercamiento con la institución, realizando una observación del área en la cual se gestionan las quejas y reclamos, para lograr un diagnostico presuntivo de la aplicación del proceso. A continuación el equipo auditor construirá los papeles de trabajo de acuerdo al diagnostico y el marco conceptual construido, como es la lista de chequeo de los soportes del proceso y de la aplicación de los indicadores, así como una entrevista al auxiliar del SIAU y finalmente se proseguirá con la aplicación de las listas de chequeo y la entrevista, se construirá el informe de auditoría especificando lo hallazgos, análisis, recomendaciones y conclusiones.

D. PLAN DE TRABAJO:

CRONOGRAMA Y DEFINICION DE RESPONSABLES

Actividad	Fecha	Hora	Responsable
Revisión de normatividad y marco teórico.	Nov 10 -14	5:00-8:00 p.m.	Kleyre Muñoz Margarita Saldarriaga
Envío de comunicado a la institución informando la visita de auditoría y solicitando aprobación para realizarla en las fechas y horarios propuestos	Nov18	8:00 a.m.	Margarita Saldarriaga
Observación inicial del servicio	Nov20	10:00-12:00	Kleyre Muñoz Margarita Saldarriaga
Entrevista con el auxiliar del SIAU para acceder a auditorias previas y	Nov21	4:00 a 5:00 p.m.	Kleyre Muñoz Margarita Saldarriaga

evaluaciones de calidad.			
Elaboración de papeles de trabajo	Nov24-28	4:00 a 8:00 p.m.	Kleyre Muñoz Margarita Saldarriaga
Aplicación de los instrumentos de la auditoría.	Dic 2	2:00 a 4:00 p.m.	Kleyre Muñoz
Análisis de los hallazgos obtenidos y construcción del informe de auditoría.	Dic3-5	5:00 a 8:00 p.m.	Kleyre Muñoz Margarita Saldarriaga
Reunión de cierre para definir la fecha de la entrega del informe final según recomendaciones del auditor y del auditado.	Dic12	2:00 a 4:00 p.m.	Kleyre Muñoz Margarita Saldarriaga
Entrega del informe final de auditoría	Dic17	2:00 a 4:00 p.m.	Kleyre Muñoz Margarita Saldarriaga

E. PAPELES DE TRABAJO:

- Carta a gerencia solicitando conciliación de tiempos y espacios para realizar la auditoría
- Notificación de la auditoría al responsable del área.
- Lista de chequeo
- Encuesta a usuario interno
- Encuesta a usuario externo

	LISTA DE CHEQUEO SISTEMA DE INFORMACION Y ATENCION AL USUARIO (SIAU)	Código APS 01	
		Versión 01	
		Fecha 26 -09-07	
CRITERIO	C	NC	OBSERVACIONES
La institución cuenta con el proceso de quejas y reclamos	X		Incipiente
El proceso fue aprobado por resolución (verificar la resolución)		X	
La institución cuenta con un área de recepción de las quejas		X	
La recepción se realiza por medio de llamada.		X	
Loa recepción se realiza por medio escrito	X		
La recepción se realiza por medio verbal	X		
Tiene la institución un formato establecido para diligenciar la queja	X		
Las quejas son archivadas	X		
La queja es analizada previo a la entrega de la respuesta al usuario	X		
Se hacen partícipes a los funcionarios implicados en la queja		X	
La institución cuenta con un sistema de medición de la conformidad del usuario con la respuesta a la queja		X	
Las quejas se clasifican según el tipo		X	
Se tiene establecido un tiempo mínimo y máximo para dar respuesta a la queja.		X	
Se genera un plan de mejoramiento para intervenir el problema detectado mediante la queja interpuesta (verificar los planes de mejoramiento documentados)		X	
Los planes de mejoramiento son socializados con los funcionarios de cada área.		X	
Existe en la institución cartelera del SIAU		X	
Se divulga en cartelera de usuarios los planes de mejoramiento implementados en la institución como resultado de la gestión de sus quejas		X	
Se tienen establecidos indicadores específicos para el área		X	
Se tienen establecidos los tiempos de análisis de los indicadores		X	
La institución cuenta con el proceso de monitorización de satisfacción al usuario		X	
El proceso fue aprobado por resolución (verificar la resolución)		X	
La institución cuenta con un área de recepción del usuario		X	
Se realizan encuestas de satisfacción a los usuarios	X		
Se realizan encuestas de forma escrita	X		
Se realizan encuestas de forma telefónica	X		

La institución cuenta con un sistema de medición y tabulación de las encuestas realizadas.		X	
Se tienen establecida la muestra a analizar (numero de encuestas a realizar)		X	
Se genera un plan de mejoramiento para intervenir los problemas e inquietudes de los usuarios detectado mediante las encuestas de satisfacción		X	
Los planes de mejoramiento son socializados con los funcionarios de cada área.		X	
Se divulga en cartelera de usuarios los planes de mejoramiento implementados en la institución como resultado de las encuestas de satisfacción.		X	
Se tiene establecido un indicador específico para monitorear la satisfacción de los usuarios.		X	
La institución cuenta con el proceso de información al usuario		X	
El proceso fue aprobado por resolución (verificar la resolución)		X	
Se cuenta con un funcionario que de la información a los usuarios del servicio.		X	
La institución cuenta con instructivos sobre los requisitos para las diferentes tomas de muestras.	X		Lo hace verbalmente el usuario de admisión.
Se presenta de forma visible la información en cartelera de horarios establecido para el laboratorio y condiciones según régimen de afiliación para acceder al servicio.		X	
El usuario conoce sus deberes y derechos.		X	
Se realizan planes de mejoramiento para intervenir los problemas detectados por mala interpretación o deficiencias de la información de los usuarios.		X	
Se tiene definido indicador específico para medir la calidad de la información que recibe los usuarios del laboratorio clínico.		X	
Se socializa los planes de mejoramiento de información al usuario		X	

Nombre y cargo del coordinador de calidad

Heinner Ojeda, Coordinador de calidad

Cuales indicadores tiene (escriba cuales)

No tiene indicadores establecidos

EJECUCION DE LA AUDITORIA

CONTEXTO DEL LABORATORIO



El laboratorio clínico lacid se encuentra ubicado en el municipio de Carepa con una tradición de 13 años en el municipio inicio como un laboratorio que prestaba sus servicios a la ESE del municipio con una bacterióloga y una ayudante de laboratorio

En la actualidad cuenta con una sede en la zona del comercio, tres tomas de muestras, dos extramurales y una en el municipio de apartado y sigue prestando sus servicios a la ESE, cuenta con una planta de empleados de 12 personas 3 bacteriólogos, un coordinador de calidad, 5 auxiliares asistenciales, un auxiliar de facturación, auxiliar administrativo y gerente

Se realizan exámenes de primer nivel, pruebas de segundo nivel, lo que no se realiza en la institución es enviado a varios laboratorios en Medellín con los que se tiene convenios se atiende un promedio de 2400 usuarios mensuales.

Desde el 2005 viene implementando, el sistema obligatorio de garantía de la calidad y tiene un gran interés en el mejoramiento continuo, de la calidad en la atención y prestación de servicios de laboratorio clínico desde la atención inicial, la toma de muestras hasta la entrega de los resultados de los exámenes.

INFORME DE AUDITORIA

1. HALLAZGO

En la institución se cuenta con un auxiliar asistencial que realiza las actividades del SIAU. El horario de atención al usuario es de 6:30 a 12 m



ANALISIS

El hecho de que el horario de recepción de las quejas sea restringido, no permite que el usuario acceda fácilmente a este recurso.

RECOMENDACIÓN

Ampliar el horario de atención y recepción de las quejas.

CONCLUSIÓN

El horario de recepción de quejas crea inoportunidad para presentar la queja.

2. HALLAZGO

No se cuenta con un área física de atención al usuario exclusiva ya es cedida en horas de la mañana por el hospital para la atención de los usuarios dicha área es compartida con el funcionario de autorizaciones del seguro social, con cableado sin protección, un ventilador de pared, una lámpara de neón de dos tubos y exposición a los rayos solares durante un momento del día.





ANALISIS

La oficina de atención al usuario no tiene espacio suficiente para las tres personas que laboran en él, además el computador es compartido en la mañana lo que impide que ocasione inoportunidad en los informes. El hecho de que el cableado se encuentre sin protección, no halla suficiente iluminación y ventilación puede ser un riesgo para la salud ocupacional de los funcionarios.

RECOMENDACIONES

- Independizar las áreas de autorizaciones del seguro social, recepción de laboratorio clínico y de sistema de atención integral al usuario.
- Realizar un estudio de riesgos locativos en el área por el comité paritario de la institución

CONCLUSION

El espacio es insuficiente para el adecuado desempeño de las funciones del auxiliar del SIAU.

3. HALLAZGO

La institución cuenta con el proceso de quejas y reclamos documentado, formatos de solicitud de la queja, con fechas de aprobación de éstos, de septiembre de 2006. No se observa acta de resolución para implementación del proceso en la institución.

ANALISIS

La institución cuenta con la documentación del proceso de quejas y reclamos, pero no tiene indicadores ni seguimiento del proceso y no esta avalado por medio de resolución.

RECOMENDACIÓN

Terminar de documentar el proceso de quejas y reclamos, incluyendo los indicadores y aprobar el proceso por medio de acta de resolución,

CONCLUSION

El proceso de quejas y reclamos no esta avalado por resolución ni esta implementado.

4. HALLAZGO

Las quejas se reciben diligenciadas en formato institucional de quejas, así mismo si el usuario no la puede diligenciar, el auxiliar del SIAU o cualquier funcionario le colabora con la redacción en el formato. No se cuenta con extensión telefónica en la oficina que permita la recepción de quejas por este medio.

ANALISIS

La institución cuenta con un formato de diligenciamiento de la queja pero no existe el medio telefónico para que el usuario la realice cuando no desea o no puede realizarla personalmente, por lo cual se no se tiene un dato real de total de insatisfacciones de los usuarios.

RECOMENDACIÓN

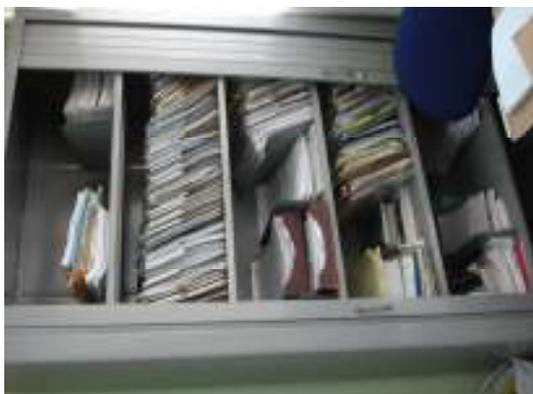
Implementar una extensión telefónica para la oficina del SIAU

CONCLUSIÓN

Los medios de comunicación son insuficientes para que el usuario coloque una queja.

5. HALLAZGO

Las quejas son depositadas en una carpeta rotulada con su nombre, la cual está guardada en un archivo junto con otros documentos de carácter administrativo, se observa constantemente abierto y sin llave de la cerradura.

**ANALISIS**

No existe la adecuada custodia del archivo de las quejas colocadas en la institución, por lo que se permite el acceso a esta información por personal no autorizado que pueda dar un mal uso a ésta.

RECOMENDACIÓN

Garantizar La custodia del archivo de quejas y reclamos en todo momento, con control de la documentación.

CONCLUSION

No se garantiza la seguridad de la información generada en el SIAU

6. HALLAZGOS

No se estipula en el formato la parte correspondiente al análisis de la queja, no se describe claramente las causas de ésta y ni los descargos del funcionario o funcionarios implicados en el evento, así como la gestión que se realiza a nivel de gerencia o subdirección administrativa.

ANALISIS

Se lleva un formato para las quejas, pero no tiene toda la información necesaria para el análisis y seguimiento del caso.

RECOMENDACIONES

Mejorar los formatos que lleva la institución por otro más adecuado que contengan la información necesaria, para el análisis de las quejas

CONCLUSION

No hace el tratamiento adecuado a la queja

7. HALLAZGO

Se hace partícipe a cada funcionario implicado a los cuales se les informa la queja. No se generan planes de mejoramiento a partir de las quejas recibidas, se llenan los formatos y son archivados, las quejas no son llevadas a un posterior análisis por las personas implicadas en ésta.

ANALISIS

Se realiza divulgación del evento ocurrido con las instancias respectivas, pero no se realiza un análisis interdisciplinario de la queja para que se generen intervenciones y planes de mejoramiento efectivos.

RECOMENDACIONES

- Continuar aplicando este conducto de comunicación de las quejas
- Que el análisis de la queja sea realizado por todo el personal implicado en el proceso que generó la queja.
- Que se realicen planes de mejoramiento frente a los problemas observados.

CONCLUSIÓN

No se realiza un análisis y construcción de un plan de mejoramiento frente a las quejas presentadas.

8. HALLAZGO

Los indicadores no se encuentran documentados en el proceso y no se realiza medición de éstos. No existe una medida estadística que dé cuenta del grado de conformidad del usuario con la respuesta a la queja. En el formato de quejas y reclamos se anota el tiempo en el cual fue resuelta la queja del usuario mas no se cuenta con información cuantificada del promedio que se demora la institución para dar una respuesta, ni tampoco se clasifican.

ANALISIS

No existe un dato que exprese el comportamiento de las quejas en la institución, lo que impide que se planteen planes de mejoramiento acordes a las necesidades de la institución.

RECOMENDACIÓN

Medir los indicadores según lo estipulado en el proceso

CONCLUSIÓN

No se genera información del comportamiento de las quejas en la institución.

9. HALLAZGO

Los funcionarios de la institución conocen la oficina del SIAU, la coordinación y algunos, los formatos de quejas y reclamos.

En la institución en el plan de capacitación no incluye capacitaciones dirigidas a los funcionarios, donde se socialice el proceso de quejas y reclamos, además como no se generan planes de mejoramiento según la queja colocada, así mismo no se socializan estos con los funcionarios ni la información que se genera a partir de las quejas gestionadas.

ANALISIS

El hecho de que todo el personal de la institución no conozca el proceso de quejas y reclamos, ni los formatos para diligenciar la queja, no permite que se de una información adecuada a los usuarios que lo requieran, ni un tratamiento adecuado a la queja.

RECOMENDACIÓN

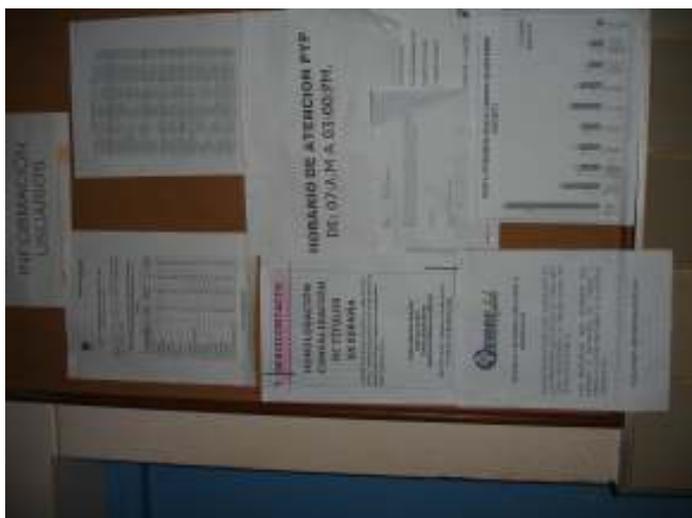
Incluir en el plan de capacitación del personal, estandarización del proceso del SIAU.

CONCLUSION

No hay socialización del proceso del SIAU con todo el personal de la institución.

10. HALLAZGO

El servicio de consulta externa cuenta con una cartelera en la cual se consigna información de interés general para el usuario, pero no contiene información del SIAU ni ésta tiene un espacio exclusivo para información de esta oficina.



ANALISIS

El hecho de que no exista una cartelera exclusiva para la oficina del SIAU no permite divulgación de la información concerniente a los procesos de ésta área.

RECOMENDACIÓN

Implementar una cartelera exclusiva para la oficina del SIAU

CONCLUSION

No hay una cartelera que permita la divulgación de la información del proceso.

11. HALLAZGO

Se evidencia mediante las encuestas que los usuarios del laboratorio clínico no conocen los procesos del SIAU

ANALISIS

Los usuarios al no conocer los procesos del SIAU, no utilizan esta herramienta del laboratorio, para conocer su opinión.

RECOMENDACIÓN

Socializar el proceso de quejas y reclamos, satisfacción del usuario y Atención del usuario con los pacientes y sus familias, de forma que pueda ser utilizado más eficazmente.

CONCLUSION

No están socializados los procesos del SIAU, ni implementados adecuadamente.

ANEXO 3
PROPUESTA DE SISTEMA DE INFORMACION Y ATENCION AL USUARIO (SIAU) EN EL LABORATORIO

 <p style="font-size: small;">Laboratorio Clínico LACID</p> <p style="font-size: x-small;">"Un compromiso serio con la Calidad"</p>	SISTEMA DE INFORMACION Y ATENCION AL USUARIO (SIAU)		
	CODIGO PRSIAU001	VERSION 1	PAGINA 1 DE 1

1. **OBJETIVO** realizar un adecuada gestión con la información generada a partir de la opinión del usuario
2. **ALCANCE:** usuarios laboratorio clínico lacid en sus diferentes sedes.

QUE	QUIEN	COMO (activ.)	CUANDO	DONDE	PORQUE
ORIENTAR AL USUARIO	AUXILIAR DEL SIAU PERSONAL LACID	Respondiendo inquietudes relacionadas con los servicios Información y recepción del usuario.	El usuario lo solicite ó lo programe el Laboratorio	En el SIAU Unidades Funcionales ó servicios	Generar respuestas adecuadas a las necesidades de los usuarios
MONITOREAR LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO	Personal del SIAU Comité de Calidad	Realizando encuestas de satisfacción Cumpliendo Planes de Mejoramiento Mejorando el Indicador Monitoreando de la satisfacción del usuario.	Diario Dos veces al año	En Unidades Funcionales En reuniones de Comité de Calidad	Se requiere mejorar la Calidad del Servicio

TRAMITAR Y DAR SOLUCIÓN A QUEJAS Y RECLAMOS	Personal del SIAU Comité de Calidad	Estimulando el reporte de quejas: - Recibiendo quejas - Tramitando las quejas - Dando respuesta a los usuarios- - Cumpliendo Planes de Mejoramiento - Mejorando el Indicador	En el día a día	Oficina del SIAU Buzones de sugerencias	Es necesario conocer y corregir los no cumplimientos que afectan a los usuarios.
	Elaborado por	Revisado por	Aprobado por		
	Fecha	Fecha	Fecha		

ANEXO 5
FICHA TECNICA DEL INDICADOR DEL PROCESO DE INFORMACION AL USUARIO

	PROCESO : INFORMACION AL USUARIO	Código: SIAUIU001 Versión: 1
	FICHA TECNICA DE INDICADOR	Fecha de aprobación:
	SISTEMA DE INFORMACION Y ATENCION AL USUARIO (SIAU) Código SIAUIU001	Página de___

NOMBRE	Información proporcionada a los usuarios que solicitan atención en el laboratorio clínico LACID
CATEGORIA DEL INDICADOR	De resultado
DIMENSIONES	Oportunidad, aceptabilidad, competencia
JUSTIFICACION	Con este indicador se busca medir la calidad de la información proporcionada por el personal del laboratorio y la comprensión por parte del usuario.
OBJETIVO DEL INDICADOR	Evaluar la oportunidad y confiabilidad de la información proporcionada al usuario.
FOCO DE MEDIDA	Oportunidad
TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
NUMERADOR	Número de muestras que no cumplen con las condiciones para ser procesadas.
DENOMINADOR	Total de muestras procesadas
DEFINICION DE LOS DATOS	Bueno : más del 98 % Regular del 95 -98 % Malo : menor del 95
FUENTE DE LOS DATOS	Formato de devolución en toma de muestras Formato de seguimiento a riesgos.
PERIODICIDAD DEL INDICADOR	Mensual

RESPONSABLE DE MEDIRLO Y ANALIZARLO: Coordinador de calidad

ANEXO 7
FICHA TECNICA DEL INDICADOR DEL PROCESO DE QUEJAS Y RECLAMOS

	PROCESO : QUEJAS Y RECLAMOS	Código: SIAUQR001 Versión: 1
	FICHA TECNICA DE INDICADOR	Fecha de aprobación:
	SISTEMA DE INFORMACION Y ATENCION AL USUARIO (SIAU) Código SIAUQR001	Página de___

NOMBRE	Quejas resueltas en el servicio de laboratorio clínico
CATEGORIA DEL INDICADOR	De resultado
DIMENSIONES	Oportunidad, aceptabilidad, competencia
JUSTIFICACION	Con este indicador se busca medir el número de quejas resuelta oportunamente en el laboratorio clínico.
OBJETIVO DEL INDICADOR	Evaluar la oportunidad en la resolución de quejas presentadas por el usuario
FOCO DE MEDIDA	Oportunidad
TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
NUMERADOR	Número de quejas resueltas en menos de 48 horas
DENOMINADOR	Total de quejas presentadas en el servicio bimensualmente
DEFINICION DE LOS DATOS	Bueno : más del 95 % Regular del 80 -95 % Malo : menor del 80
FUENTE DE LOS DATOS	Formato de quejas
PERIODICIDAD DEL INDICADOR	Bimensual

RESPONSABLE DE MEDIRLO Y ANALIZARLO: Coordinador de Calidad

ANEXO 9
FICHA TECNICA DEL INDICADOR DEL PROCESO DE MONITOREO DE LA SATISFACCION DEL
USUARIO A PARTIR DE ENCUESTAS

	PROCESO : MONITOREO DE LA SATISFACCION DEL USUARIO A PARTIR DE LAS ENCUESTAS	Código: SIAUSU001 Versión: 1
	FICHA TECNICA DE INDICADOR	Fecha de aprobación:
	SISTEMA DE INFORMACION Y ATENCION AL USUARIO (SIAU) Código SIAUSU001	Página de___

NOMBRE	Satisfacción del usuario con el servicio de laboratorio clínico
CATEGORIA DEL INDICADOR	De resultado
DIMENSIONES	Oportunidad, aceptabilidad, competencia, seguridad, satisfacción
JUSTIFICACION	Con este indicador se busca medir el Grado de satisfacción de los usuarios tiene con la prestación del servicio desde la toma de muestras hasta la entrega final de su resultado.
OBJETIVO DEL INDICADOR	Evaluar la satisfacción de los usuarios con el servicio de laboratorio.
FOCO DE MEDIDA	Satisfacción
TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
NUMERADOR	Número de encuestas con evaluación buena y excelente en todos los ítems
DENOMINADOR	Total de encuestas realizadas durante el mes.
DEFINICION DE LOS DATOS	Bueno : más del 98 % Regular del 90 - 98 % Malo : menor del 90
FUENTE DE LOS DATOS	Encuestas de satisfacción de los usuarios
PERIODICIDAD DEL INDICADOR	Mensual

RESPONSABLE DE MEDIRLO Y ANALIZARLO: Coordinador de Calidad

**ANEXO 10.
ENCUESTA DE SATISFACCION AL USUARIO**

 <p>LACID Laboratorio Clínico MED. BIOL. QUÍM. Y GENÉTICA</p> <p><i>"Un compromiso serio con la Calidad"</i></p>	LACID LTDA - LABORATORIO CLINICO			
	SISTEMA DE GESTION DE CALILDAD			
	ENCUESTA DE SATISFACCION AL USUARIO			
	Categoría:	Servicio al cliente	Tipo	documento
	Código: SIAUSU001	DO -DA -07	Versión	
Fecha de aprobación		pagina		

Encuesta No _____

Señor usuario: para el laboratorio Lacid, es importante conocer su opinión sobre la calidad de los servicios que tiene para usted.

Favor conteste con sinceridad y no deje de llenar ningún espacio, es importante para nosotros y de esto depende el mejoramiento en la atención futura.

DATOS GENERALES

Fecha _____

Hora _____

Sexo: masculino _____

femenino _____

Edad _____

Afiliado a _____

1. El trato que recibió en la recepción del laboratorio fue.

Excelente	Bueno	Regular	Malo

2. La información suministrada sobre los requisitos para la realización de los exámenes por parte del personal de laboratorio ha sido:

Excelente	Bueno	Regular	Malo

3. Cuanto tiempo esperó para que lo atendieran?

1 a 5 minutos	5 a 10 minutos	10 a 20 minutos	Mas de 20 minutos

4. El trato que recibió cuando le tomaron la muestra le pareció:

Excelente	Bueno	Regular	Malo

5. cuanto tiempo esperó desde que le entregaron la factura (ficho), hasta que le tomaron la muestra de flujo vaginal o citología.

1 a 5 minutos	5 a 10 minutos	10 a 20 minutos	Mas de 20 minutos

6. la habilidad técnica de la persona que le tomó las muestras le pareció

Excelente	Bueno	Regular	Malo

7. La presentación de la persona que le tomo las muestras le pareció

Excelente	Bueno	Regular	Malo

8. El cumplimiento en el horario en la entrega de resultados el mismo día le parece:

Excelente	Bueno	Regular	Malo

9. El cumplimiento en la entrega de exámenes especiales y citologías le parece:

Excelente	Bueno	Regular	Malo

10. La comodidad de las instalaciones del laboratorio para la prestación del servicio considera usted que son:

Excelente	Bueno	Regular	Malo

Volvería a utilizar nuestros servicios SI ____ NO ____

Notas y sugerencias

MUCHAS GRACIAS POR AYUDARNOS A MEJORAR

ANEXO 12
FORMATO DE TRÁMITE DE QUEJAS Y RECLAMOS

 <p>LACID <small>LABORATORIO CLINICO</small> "Un compromiso serio con la Calidad"</p>	LACID LTDA - LABORATORIO CLINICO			
	SISTEMA DE GESTION DE CALILDAD			
	TRAMITE DE QUEJAS Y RECLAMOS			
	Categoría:	Servicio al cliente	Tipo	
Código: SIAUQR001	FR -DA -83	Versión	01	
Fecha de aprobación		pagina	1 de 1	
Fecha:		Hora:		
Usuario		Responsable de la Queja		
Nombre		Nombre:		
Dirección		Dirección:		
Teléfono		Teléfono:		
e-mail				
Motivo del reclamo:				
Plazo para contestar:				
Análisis de no conformidades:				
Acciones correctivas:				
Solución del reclamo:				
Responsable del reclamo:		Usuario:		

10. BIBLIOGRAFIA

1. ROMERO GOMEZ, Aviles & Cruz. La cultura empresarial y el liderazgo. Una visión dinámica. Barcelona, Editorial Plaza & Janes. 2003
2. Diccionario de la lengua española. Vigésima segunda edición.
3. ISHIKAWA, Kaoru. ¿Qué es el control total de la calidad? La Habana, Editorial de ciencias sociales, ministerio de Cuba. 1988
4. CROSBY, Philip. Hablemos de Calidad. México. Editorial 2000. 1989
5. JURAN, J. M. Juran y el liderazgo para la calidad. Un manual para directivos. Madrid. Ediciones Díaz de Santos. 1990
6. ANDERSON, Arthur. Lo que se aprende en los mejores MBA. Buenos Aires. Editorial Amazón. 1999
7. SANCHEZ PEREZ, Héctor Javier. Bienestar social y servicios de salud en la región Frailesca de Chiapas. Rev. Salud Pública de México. Vol. 39 n. 6 Cuernavaca Nov/Dic 1997
8. FERNÁNDEZ CLÚA, Margarita. Base para la gestión integral de los servicios. Rev. Cubana de medicina general integral. Vol. 19 n.1 Ciudad de la Habana Ene/Feb 2003
9. UDAONDO DURAN, Miguel. Gestión de la calidad. Madrid. Ediciones Díaz de Santos. 1992
10. NORMAS ISO 9001 DEL 2000
11. MALCOLM, Peel. El servicio al cliente: Guía para mejorar la atención y la asistencia. Barcelona, Editorial Deusto DL. 1990
12. EIGLIER, Pierre, LANGEARD, Eric. Servucción. El marketing de los servicios. Barcelona. Editorial McGraw Hill. 1989
13. LARREA, Pedro. Calidad del servicio. Del marketing a la estrategia. Madrid. Editorial Díaz de Santos. 1991
14. HOROVITIS, Jacques. La calidad del Servicio. Colombia. McGraw Hill. 1994
15. JURAN, J. M., GRZYNA F. M. Análisis y planeación de la calidad. Ciudad de México. McGraw Hill. Tercera edición. 1995
16. SABERON ACEVEDO, Guillermo, VALDES OLMEDO, Cuauhtémoc. Evidencias y Salud. ¿Hacia dónde va el sistema de salud en México? Rev. Salud Pública de México. Vol. 49 Cuernavaca 2007 (Informe Mundial de la Salud)

17. BERNILLON, A., CERUTTI, O. Implementar y gestionar la calidad total. Barcelona. Ediciones 2000. 1989
 18. GOMEZ CUESTA, A., MORENO RUIZ, J., GUTIERREZ MARTÍ, R. La calidad de la asistencia hospitalaria. Barcelona. Ediciones Doyma. 1986
 19. LUCEY, T. Management information system. Sed. GB: DP Publications LTD
 20. REYNOLDS, George W. Principios de Sistemas de Información. Madrid. Internacional Thomson Editores. Cuarta edición. 2000
 21. EDWARDS, Chris. Fundamentos de sistemas de información. Barcelona. Editorial Prentice Hall. Segunda Edición. 1998
 22. "S I A U" Presentación de PowerPoint. Doctor Hermes Moreno. Especialización Auditoria en Salud. Universidad CES. Medellín, Colombia
 23. Bioestadística@alceingeniería.net. Luís M. Molinero
 24. VANORMELINGEN, K., PINEDA, H. La gerencia de calidad total en salud. OPS-OMS. Quito. 1999. 2500 p.
 25. GARCIA CABRERA, H., CORNEJO RIVERA, J. indicadores de gestión en salud. Rev. Ciencias y tecnología. Vol. 9 n 3 Oct/dic 1999 pág. 26-47
 26. FONTANALS RODRIGUEZ, Jaime. De la correcta gestión de la calidad a la excelencia global del negocio. Rev. Dyna, ISSN 0012-7361, vol. 81, N° 3, 2006. Pág. 25-26
- RUELOS, Enrique, MARTIINEZ MOROY, Tania, PUENTES ROSAS, Esteban, GARRIDO LA TORRE, Francisco. Respuesta del sistema mexicano de salud a las expectativas no médicas de sus usuarios. Rev. Salud pública de México. Vol. 47 n.1 2005 pág. 12-21
- PUENTES ROSAS, Esteban, GOMEZ DANTES, Octavio. Trato a los usuarios en los servicios de salud en México. Revista panamericana de Salud Pública. Vol. 19 junio 30 de 2006 pág. 394-402