

**COMPORTAMIENTO DE LA CALIDAD EN EL CENTRO JAVERIANO DE  
ONCOLOGIA (CJO) EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE LOS AÑOS  
2009 y 2010. UN ESTUDIO DE CASO**

**DIEGO ALEJANDRO CARVAJAL SANCHEZ**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS Y ADMINISTRATIVAS  
Programas de Posgrado en Administración de Salud y Seguridad Social  
Maestría en Administración de Salud  
Bogotá, D.C. 2012**

**COMPORTAMIENTO DE LA CALIDAD EN EL CENTRO JAVERIANO DE  
ONCOLOGIA (CJO) EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE LOS AÑOS  
2009 y 2010. UN ESTUDIO DE CASO**

**DIEGO ALEJANDRO CARVAJAL SANCHEZ**

**Trabajo de grado para optar al título de Magister en Administración de Salud**

**Tutor:  
Dr. Nelson Ardón Centeno**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS Y ADMINISTRATIVAS  
Programas de Posgrado en Administración de Salud y Seguridad Social  
Maestría en Administración de Salud  
Bogotá, D.C. 2012**

El trabajo de grado **COMPORTAMIENTO DE LA CALIDAD EN EL CENTRO JAVERIANO DE ONCOLOGIA (CJO) EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE LOS AÑOS 2009 y 2010. UN ESTUDIO DE CASO**, elaborado por **DIEGO ALEJANDRO CARVAJAL SANCHEZ**, ha sido aprobado como requisito parcial para optar al título de Magister en Administración de Salud.

---

**Tutor de Trabajo de Grado**

---

**Director de los Programas**

**Bogotá, D.C. Febrero de 2012**

## **ADVERTENCIA**

La universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en los trabajos de tesis. Solo velará porque no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica y porque las tesis no contengan ataques o polémicas personales, antes bien, se vea en ellas el anhelo de buscar la verdad y la justicia.

Artículo 23 de la resolución 123 de 1945

**A mi familia, amigos, compañeros y Profesores,  
Quienes me han brindado su apoyo incondicional  
Para el logro de mis objetivos. Muchas gracias.**

## AGRADECIMIENTOS

El autor expresa sus agradecimientos hacia las siguientes personas e instituciones quienes hicieron posible la realización del trabajo: **COMPORTAMIENTO DE LA CALIDAD EN EL CENTRO JAVERIANO DE ONCOLOGIA (CJO) EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE LOS AÑOS 2009 y 2010. UN ESTUDIO DE CASO.**

- **Doctor Nelson Roberto Ardon Centeno**, coordinador académico de los Posgrados de Administración de Salud, quien dirigió y brindo su experiencia como docente y autor de publicaciones referentes a calidad e implementación de indicadores en salud, empleadas como referente para este trabajo.
- **Doctor Francisco Javier Henao Pérez**, quien en su calidad de Director del Centro Javeriano de Oncología, apoyo la realización del presente estudio.
- **A los miembros del Comité de Investigaciones y Ética del Hospital Universitario san Ignacio**, quienes aprobaron el protocolo de investigación del presente estudio.
- **Doctora Martha Liliana More Paz**, Directora de la Oficina de Garantía de Calidad del Hospital Universitario San Ignacio, quien suministro información de gran importancia para el desarrollo del trabajo.
- **Profesora Belén Sefair**, Estadística y Docente de los Posgrados en Administración de Salud, quien brindo su colaboración para establecer el tamaño de muestra representativo empleado en el estudio.
- **Integrantes de la Oficina de Estadística del Hospital Universitario San Ignacio**, quienes suministraron información referente a las atenciones realizadas en el C.J.O en el periodo del estudio.
- **Al Hospital Universitario San Ignacio (HUSI) y al Centro Javeriano de Oncología (C.J.O)**, puesto que estas dos instituciones prestadoras de servicios de salud con carácter académico, apoyan la educación y la investigación haciéndolas parte de su misión.
- **A la Pontificia Universidad Javeriana, a su facultad de ciencias económicas y administrativas, y a los docentes de la Maestría de administración de Salud**, por brindarme los conocimientos necesarios para mi formación y las herramientas físicas y metodológicas para la realización del presente estudio de caso.



Pontificia Universidad  
**JAVERIANA**  
Bogotá

19 de Octubre de 2011

FM-CIE-5480-11

Doctor  
**DIEGO ALEJANDRO CARVAJAL**  
Investigador Principal  
Pontificia Universidad Javeriana  
Bogotá

**Ref.** "Comportamiento de la calidad en el Centro Javeriano de Oncología (CJO) en el periodo comprendido entre los años 2009 y 2010. Un estudio de caso".  
**2011/66**

**Apreciado Doctor Carvajal.**

Por medio de la presente le informamos que en sesión ordinaria del 13 de Octubre (Acta No.15-2011), el Comité de Investigaciones y Ética revisa y aprueba por consenso la evaluación del protocolo de la referencia presentado por usted.

Solicito mencionar el número de identificación anotado en la referencia, para la correspondencia futura sobre esta investigación.

Durante la reunión correspondiente a esta aprobación se encontraron presentes 11 de los 14 miembros del comité.

**HILDA MARIA CAÑÓN A.**  
Directora Carrera de Enfermería

**JAIME BERNAL, M.D., PhD**  
Doctorado en Genética

**JUAN CARLOS ACEVEDO**  
Especialista en Neurocirugía

**MARY BERMUDEZ, M.D.**  
Decana Académica - Facultad de Medicina

**LILIAN TORREGROSA, M.D.**  
Especialista en Cirugía

**IVAN SOLARTE, M.D.**  
Especialista en Medicina Interna y Neumología

**SANDRA ROCIO ROCHA NARVAEZ M.D.**  
Bacterióloga – Médico General

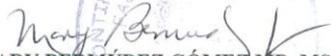
**CARLOS GOMEZ RESTREPO, M.D.**  
Especialista en Psiquiatría y Epidemiología Clínica

**R.P. SERGIO BERNAL RESTREPO S.J**  
Decano del Medio Universitario

**FRANCISCO JAVIER HENAO PÉREZ, M.D.**  
Especialista en Cirugía

**JULIO CESAR CASTELLANOS, M.D.**  
Especialista en Gerencia Hospitalaria y Salud Ocupacional

Atentamente,

  
**MARY BERMÚDEZ GÓMEZ MD, MSc.**  
Decana Académica  
Presidente Comité de Investigaciones y Ética

Copia: Archivo de Comité de Investigaciones y Ética  
Ingrid I.

Facultad de Medicina – Comité de Investigaciones y Ética

Hospital Universitario San Ignacio, Carrera 7ª N° 40 – 62, Piso 7, Bogotá, Colombia, PBX (57-1) 3208320 Ext.2770 – 2883229,  
Fax 2882962

## CONTENIDO

<b>CAPITULO 1.....</b>	<b>14</b>
<b>CONTEXTO DEL ESTUDIO.....</b>	<b>14</b>
1.1 ANTECEDENTES .....	14
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:.....	15
1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACION .....	15
1.4 JUSTIFICACION .....	16
1.5 OBJETIVOS .....	16
1.5.1 OBJETIVO GENERAL .....	16
1.5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	16
1.6 MARCO TEORICO.....	17
1.6.1 INDICADORES DE CALIDAD EN SALUD .....	19
1.7 ESTADO DEL ARTE: .....	21
<b>CAPITULO 2.....</b>	<b>31</b>
<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>31</b>
2.1. TIPO DE ESTUDIO: .....	31
2.2 FUENTES DE INFORMACION: .....	31
2.3 UNIDAD DE ANALISIS .....	32
2.4 INSTRUMENTOS:.....	33
2.5 PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LA INFORMACION:.....	34
2.5.1 DOMINIO ACCESIBILIDAD Y OPORTUNIDAD:.....	34
2.5.2 HISTORIAS CLINICAS .....	34
2.5.3 SATISFACCION – LEALTAD: .....	38
<b>CAPITULO 3.....</b>	<b>39</b>
<b>RESULTADOS ANALISIS E INTERPRETACION .....</b>	<b>39</b>
3.1 HISTORIAS CLINICAS:.....	39
3.1.1 Porcentaje de cumplimiento de los parámetros definidos por la reglamentación vigente para el registro de datos en las historias clínicas.....	42
3.1.2 Número de historias clínicas completas.....	43
3.2 DOMINIO ACCESIBILIDAD/ OPORTUNIDAD.....	45
3.2.1 OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACIÓN DE CITAS DE PRIMERA VEZ.....	45
3.2.2 OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE PRIMERA VEZ EN EL CENTRO JAVERIANO DE ONCOLOGÍA.....	48
3.2.3 OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO DE CONTROL DEL CENTRO JAVERIANO DE ONCOLOGIA. ....	49
3.2.4 OPORTUNIDAD GLOBAL EN EL CENTRO JAVERIANO DE ONCOLOGÍA:.....	51
3.3 INDICADORES DEL DOMINIO SATISFACCION/ LEALTAD.....	53
3.3.1 Porcentaje de satisfacción global.....	53
3.3.2 PORCENTAJE DE QUEJAS PRESENTADAS EN EL CENTRO ONCOLÓGICO JAVERIANO .....	55
3.3.4 PROPORCIÓN DE QUEJAS RESUELTAS.....	56
<b>CAPITULO 4.....</b>	<b>59</b>
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>59</b>
4.1 CONCLUSIONES .....	59
4.2 RECOMENDACIONES .....	62
<b>5. BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>65</b>
<b>6. ANEXOS.....</b>	<b>67</b>

# **CAPITULO 1**

## **CONTEXTO DEL ESTUDIO**

### **1.1 ANTECEDENTES**

El Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) fue creado con base a la ley 100 de 1993, mediante el decreto 2174 de 1996. Este decreto establece la organización del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad para dar respuesta a los ciudadanos en sus necesidades de percibir servicios para el cuidado de salud y atención de la enfermedad con oportunidad y alta calidad, de esta forma se inicia en 1996 una serie de estudios para la creación de un sistema de calidad en salud, y es así como en el año 2001 crea, se ratifica el establecimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC), por medio del acto legislativo: Ley 715 de 2001. (Decreto 2174 , 1996), (Ley 715, 2001)

Posteriormente en el año 2002 se inicia el proceso de implementación del sistema y en el año 2006, por medio del decreto 1011 y la resolución reglamentaria No 1446, se formalizan las bases del sistema de información para la calidad, que junto con los componentes de habilitación, auditoría y acreditación integran el SOGC, que permite a los entes de gestión del sistema de salud colombiano, recopilar, organizar e interpretar la información proveniente de las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), con el fin de monitorear la calidad e implementar acciones de mejoramiento basados en hechos y datos que permitan identificar áreas susceptibles de ser mejoradas. (Resolución 1446, 2006)

El resultado proveniente de la información percibida y los análisis de las situaciones críticas de calidad del SGSSS fueron reunidas en el Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud (INCAS) del año 2009. Este informe, analiza un sistema de indicadores que permite hacer seguimiento a la calidad de los servicios, orientar a la población para la selección de IPS y EPS y realizar un monitoreo sobre las acciones de las mismas. (Ministerio de la Protección Social, 2009).

El Centro Javeriano de Oncología es una institución prestadora de servicios ambulatorios de salud, en la cual se realizan atenciones y procedimientos tendientes a

la detección y tratamiento del cáncer para pacientes particulares y los provenientes de la contratación entre el Hospital Universitario San Ignacio (HUSI) y algunas Empresas Promotoras de Salud (EPS). Sirve de escenario para la docencia, práctica e investigación a la Universidad Javeriana.

Desde su creación, el CJO se ha mantenido en un proceso de mejoramiento continuo junto con el HUSI; este proceso de mejoramiento continuo es coordinado por la Oficina de Garantía de la Calidad, la cual se estableció en el año 1999 como respuesta a la necesidad de establecer mejoras en los procesos quirúrgicos y que desde el año 2005 con la creación de la Oficina de Atención al Usuario y la implementación del proceso de habilitación, da inicio a la aplicación de las encuestas de satisfacción a pacientes y familiares. Derivado de este proceso, existe información que sirvió como insumo para la realización de este estudio; el cual, además de ser un ejercicio de tipo académico, permite evaluar y ver el comportamiento de algunos aspectos relacionados con la calidad en la prestación de servicios de salud ofrecidos a los pacientes del CJO.

## **1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

El Centro Javeriano de Oncología (CJO), cuenta con una amplia trayectoria en la prestación de servicios a pacientes con cáncer; es coordinado desde el Hospital Universitario San Ignacio (HUSI) y junto con él, realiza un proceso de mejoramiento continuo, con el fin de brindar servicios de mayor calidad a sus clientes. A pesar de la información disponible, tanto en el sistema de administración de historias clínicas (SAHI), como en las encuestas de satisfacción aplicadas a los usuarios que realiza la Oficina de Garantía de la Calidad del HUSI; dicha información no ha sido utilizada para medir, por medio de algunos indicadores específicos, el comportamiento de la calidad de la prestación de los servicios del CJO en los últimos dos años.

## **1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACION**

¿Cuál ha sido el comportamiento de los indicadores: Satisfacción global de pacientes, cumplimiento de los estándares de calidad en las historias clínicas y oportunidad en el acceso a los servicios en el Centro Javeriano de Oncología en el periodo comprendido en los años 2009 y 2010?

#### **1.4 JUSTIFICACION**

La ley 100 de 1993, establece entre otros la calidad como uno de los fundamentos para la prestación de servicios de salud; es por ello, que la formulación y análisis de algunos indicadores, permite a instituciones prestadoras de servicios de salud establecer procesos de evaluación, seguimiento y mejoramiento continuo en las actividades que realizan.

En el caso del CJO se requiere efectuar acciones para el mejoramiento continuo en la prestación de los servicios que ofrece, que hace parte de su política de calidad. Por ello, este estudio sobre el comportamiento de los indicadores mencionados, le permitirá conocer las características específicas de la calidad de los servicios prestados durante el periodo objetivo y les hará posible realizar un análisis sobre situaciones que afectan la calidad del mismo.

#### **1.5 OBJETIVOS**

##### **1.5.1 OBJETIVO GENERAL**

El presente estudio determinó como objetivo general el de analizar el comportamiento de la calidad de los servicios que se realizan en el Centro Javeriano de Oncología; a través del estudio y análisis del comportamiento de tres (3) indicadores específicos de calidad, en el periodo comprendido entre los años 2009 y 2010.

##### **1.5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Determinar el comportamiento de la satisfacción global de los pacientes atendidos en los servicios de consulta externa, radioterapia y quimioterapia del Centro Javeriano de Oncología, entre los años 2009 y 2010.
- Evaluar el cumplimiento de los estándares de calidad del registro en las historias clínicas de los pacientes atendidos en el Centro Javeriano de Oncología, en los años 2009 y 2010.
- Determinar la oportunidad en el acceso a los servicios por parte de los pacientes atendidos en el Centro Javeriano de Oncología, durante los años 2009 y 2010.

- Con base en los resultados de los tres (3) indicadores estudiados, mostrar el comportamiento de la calidad de los servicios ofrecidos por la institución.
- Con base en los resultados finales del estudio, realizar sugerencias a los directivos del Centro Javeriano de Oncología, para el mejoramiento en la calidad de los servicios ofrecidos.

## **1.6 MARCO TEORICO.**

Etimológicamente, el concepto de calidad se deriva del latín *qualitis* que significa el conjunto de cualidades que constituyen la manera de ser de una persona o cosa, y es sinónimo de cualidad, clase, aptitud, excelencia, categoría, casta, nobleza, superioridad entre otras muchas otras acepciones. (Ardon, N. & Jara, MI. 1998)

Se dice que no es posible abordar problemas referentes a la calidad sin antes definir el término; por ello, diferentes autores han abordado esta conceptualización de la siguiente manera:

Pérez define la calidad como la satisfacción de las necesidades a diferentes niveles a partir de la producción de un bien o un servicio para y por el hombre. (Perez,R. 1992)

Para Gómez, es la “satisfacción de un consumidor utilizando para ello adecuadamente los factores humanos, económicos, administrativos y técnicos de tal forma que se logre un desarrollo integral y armónico del hombre de la empresa y de la comunidad” (Gómez,E. 1991)

Deming, nos dice que es un grado predecible de uniformidad y confiabilidad de un producto a bajo costo y acorde con el mercado. (Deming,WE. 1992)

Suñol y Bañares, refiriéndose a la conceptualización de la calidad de la atención, dada por Donabedian, dicen que es “el tipo de la atención que se espera va a maximizar el bienestar del paciente, una vez tenido en cuenta el balance de ganancias y pérdidas que se relacionan con todas las partes del proceso de atención”. (Suñol, R & Bañares, J. 1998).

Asimismo, para Suñol y Bañares es “la medida en que los servicios de salud tanto los enfocados a los individuos como a las poblaciones mejoran la probabilidad de unos resultados de salud favorables y son pertinentes al conocimiento actual profesional.” (Suñol, R & Bañares, J. 1998).

Donabedian nos dice que la calidad en salud es una propiedad de la atención médica que puede ser obtenida en diversos grados. Es la obtención de los mayores beneficios con menores riesgos para el paciente en función de los recursos disponibles y de los valores sociales imperantes. (Donabedian, A.1979)

El instituto de medicina de los Estados Unidos (IOM) ha definido la calidad como el grado el cual los servicios de salud para individuos y poblaciones incrementan la probabilidad de obtener los resultados de salud deseados y que son correspondientes con el conocimiento profesional actual (IOM, 1990)

Es importante señalar que, la calidad de la atención abarca dos componentes: la atención técnica y la relación interpersonal, de la cual se derivan componentes adicionales y subcomponentes, que a su vez se agrupan en tres categorías para su evolución: la estructura, el proceso y los resultados. Esta clasificación puede ser vista también desde el punto de vista de los administradores, prestadores y usuarios de los sistemas de salud.

Desde el punto de vista de la prestación de los servicios, la calidad puede tener diferentes interpretaciones dependiendo de la óptica de quien la analice (prestadores, administradores, pagadores, pacientes, etc.) Cada uno de ellos analiza y valora diferentes atributos de la misma.

Por ello, una investigación sobre la calidad debe ser específica en su objetivo de estudio con el fin de permitir que las evaluaciones que sean realizadas se produzcan en términos claramente cuantificables y que ofrezcan validez y reproducibilidad. (Ardon, N. 2005)

Además, es necesario que en las instituciones prestadoras de servicios de salud, tanto en lo individual como en lo colectivo, se desarrollen programas de garantía de la calidad. Pues, el establecer estándares que logren la comparación permanente del sistema así

como la percepción de los usuarios, permite el establecimiento de procesos de mejoramiento continuo para aumentar el grado de calidad y el efecto de los servicios sobre el estado de salud, aumentando el grado de satisfacción de los usuarios. (Ardon, N. 2005)

### **1.6.1 INDICADORES DE CALIDAD EN SALUD**

La *Joint Commission* define un indicador de calidad como la “medida cuantitativa que puede ser usada para monitorizar y evaluar la calidad de las funciones claves de gobierno, la administración, clínica y de soporte, que afectan los resultados del paciente. Un indicador no es una medida directa de la calidad; sin embargo, es un instrumento que puede ser utilizado para evaluar el desempeño y puede dirigir la atención a los asuntos potenciales del desempeño que podrían requerir más intensiva revisión dentro de una organización”. (Restrepo, M. 1998)

La medición constituye una de las bases principales para el ejercicio de una buena gerencia, al permitir establecer un sistema continuo de evaluación y comparación que genera datos para el análisis y toma de decisiones a nivel administrativo en una organización de salud, dejando de lado la incertidumbre y la toma de decisiones basada en juicios y valoraciones de tipo personal. (Ardón, N. 2005)

Medir es el mejor medio para determinar puntos críticos, fallas y fortalezas de la prestación de servicios de salud, así como también permite, no solo intervenir a nivel gerencial por medio de una decisión sino que también es la herramienta más eficaz para realizar seguimiento y ajustes a cada una de dichas intervenciones en cada uno de los niveles de un sistema o institución de salud. (Ardón, N. 2005)

Un indicador de calidad puede operar en las dimensiones de la calidad (la estructura, el proceso y los resultados; y, sus resultados deben lograr medir esas mismas tres dimensiones a través de los indicadores más pertinentes. (Ardon,N .2005)

Por ello, la construcción de los indicadores está basada en la identificación de las variables que se pretenden estudiar, identificar los conceptos “claves” del estudio, construir un significado colectivo de la variable, lo cual exige unificar el significado de

cada variable, desglosar las variables a través de un proceso de deducción lógica en indicadores que representen ámbitos específicos de las variables, diseñar los indicadores, priorizarlos y seleccionarlos. (Giraldo, P. 1997)

Por todo lo anterior, en el desarrollo de la presente investigación se estudió y definió que se debían analizar tres (3) aspectos específicos de la calidad, accesibilidad y oportunidad; satisfacción y lealtad; y, el cumplimiento de los estándares en las historias clínicas, esto se hizo a través de los siguientes dominios para los cuales fueron identificados y definidos los indicadores correspondientes:

- **Dominio (1): Accesibilidad/Oportunidad:**

Hace referencia a la posibilidad que tienen los usuarios del CJO para utilizar los servicios que requieren para la atención y cuidado de su salud. Dentro de este dominio, fueron analizados indicadores referentes al acceso a las consultas y procedimientos, así como el promedio de oportunidad global medido en días para cada uno de los años del estudio y su porcentaje de cambio o variación o en caso contrario las demoras en la prestación de los servicios. Para la determinación de los datos sobre oportunidad en las diferentes actividades del C.J.O se emplearon los registros de actividades realizadas en esta institución.

- **Dominio (2): Historia clínica:** estudia el cumplimiento de los estándares definidos por la reglamentación vigente para el registro de datos en las historias clínicas de las instituciones que integran SGSSS colombiano. (Resolución 1995, expedida el 8 de julio de 1999, por el Ministerio de la Protección Social, por medio de la cual se establecen normas para el manejo de las historias clínicas en las instituciones de salud). Fueron analizados indicadores referentes al porcentaje de historias clínicas completas y a la proporción de cumplimiento en el registro de las historias estudiadas. Las fuentes de información para el desarrollo de indicadores en este dominio fueron las historias clínicas correspondientes a los pacientes atendidos en el CJO durante los años 2009 y 2010 y los datos suministrados por la Oficina de Estadística del Hospital Universitario San Ignacio, sobre atenciones sobre las atenciones de consultas y procedimientos realizados en el C.J.O durante el periodo estudiado; lo cual sirvió además para determinar el tamaño de la una muestra representativa.

- **Dominio (3): Satisfacción / Lealtad:** estudia los aspectos relacionados con los resultados sobre las expectativas de los usuarios, y la percepción que se generan luego de acceder a los diferentes servicios del CJO. Los indicadores para este dominio fueron desarrollados para conocer el grado de satisfacción global y porcentaje de quejas presentadas y resueltas. Se utilizó la información proveniente del cuestionario de satisfacción auto aplicado a los usuarios de los servicios y que se encuentra en la Oficina de Garantía de la Calidad del HUSI.

### **1.7 ESTADO DEL ARTE:**

Partiendo de un marco histórico para la contextualización del presente trabajo se inicia con la mención de como las primeras evaluaciones de calidad en las instituciones de salud fueron desarrolladas sobre los aspectos estructurales relacionados con la prestación de los servicios (**Colegio Americano de Cirujanos en 1912 y Florence Nightingale en 1854**); luego con el crecimiento de los sistemas de acreditación, fueron desarrollados diferentes métodos para la valoración y observación estructurada de las instituciones de salud por medio de estándares que permitían la comparación y evaluación de las instituciones a través de pares.

En los años setenta, con la identificación de problemáticas relacionadas con el incremento de costos en las instituciones de salud, surge la etapa de la garantía o mejora de la calidad; sin embargo, los estudios realizados en esa época no lograron demostrar, en ese momento, la relación existente entre la calidad del servicio y el comportamiento de los costos en las instituciones de salud.

En Colombia, el Instituto de Seguros Sociales (**ISS**), en los años sesenta, realiza las primeras evaluaciones de calidad a los servicios de salud, enfocándose en aspectos relacionados con la calidad de las historias clínicas y el comportamiento de las camas hospitalarias; sólo hasta el año 1983 se publica el primer documento formal sobre

calidad titulado: “Garantía de la calidad en los Servicios de Salud”. (Ministerio de la Protección Social, 2009)

Posteriormente, con la ley 100 de 1993, se introduce el concepto de control de la calidad en el sistema de salud colombiano y surge la iniciativa de colectividades científicas, académicas e instituciones por establecer metodologías para la implementación de sistemas de aseguramiento de la calidad en las instituciones de salud. El gobierno nacional ordena la reglamentación para la creación y establecimiento del sistema de garantía de la calidad Colombiano, a través del decreto 2309 de 2002, que define y organiza el SOGC; además, la resolución 1439 de 2002, que define el sistema de habilitación; y, finalmente la resolución 1474 de 2002, que define el sistema de acreditación para EPS e IPS. (Ardón, N. 2005)

A continuación se presenta los resultados de la revisión de algunos trabajos realizados, con el fin de dar cuenta sobre la tendencia actual en distintos países donde las instituciones de salud han adoptado el sistema de medición de la calidad por medio de indicadores y que resultan útiles para los fines de este estudio.

El artículo: **CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS – INDICADORES DE CALIDAD, desarrollado por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) en el año 2001**, es un buen referente de la importancia que tienen los indicadores para la evaluación e implementación de planes de mejora en un servicio de salud. En este trabajo se muestra cómo las actividades que son realizadas por los servicios de urgencias pertenecientes al Sistema Nacional de Salud Español, no son tenidas en cuenta para la elaboración y diseño de los sistemas y contratos de gestión en los centros hospitalarios, tampoco se tienen registros adecuados en los sistemas de información; lo cual, no solo dificulta el establecimiento de sistemas de gestión, sino que también impide la realización de evaluaciones de tipo comparativo entre los servicios de urgencias hospitalarios acerca de la calidad y cantidad de las prestaciones realizadas.

Los autores, describen como la principal causa del problema a la ausencia de un grupo de indicadores que sea homogéneo y establezca un sistema común de medida. Por ello, se conforma un grupo de trabajo que tuvo como objetivo la elaboración de un conjunto mínimo de indicadores de calidad y de actividades, que permitan la evaluación, seguimiento y comparación de las actividades de los servicios de urgencias. Los resultados muestran cómo el trabajo en conjunto permitió establecer un marco común y mínimo de calidad, a partir del cual, cada centro desarrolló su propio plan de mejoramiento de calidad y estableció sus áreas de mejora. Es importante señalar que, el grupo de trabajo desarrollo un conjunto de indicadores sencillos de medir, usar e interpretar para todos los servicios de urgencias a nivel hospitalario y los agrupó en tres categorías referentes a la calidad, como son las actividades, los procesos y los resultados. (SEMES, 2001)

En el artículo de revisión titulado: **HEALTH OUTCOMES ASSESSMENT IN CANCER. “Current Measurement Strategies and Recommendations for improvement” publicado por William F. Lawrence and Carolyn M. Clancy en el año 2003;** se hace referencia a las mediciones de salud de vida y calidad de vida HR y QOL (por sus siglas en inglés), como herramientas útiles para la determinación de los resultados en el cuidado del cáncer desde el punto de vista de la percepción del paciente. El artículo plantea cómo, determinar los resultados en el cuidado del cáncer ha tomado mayor importancia tanto en la práctica clínica como en el establecimiento de las políticas de salud. Destaca que la sensibilidad frente a las necesidades principales del paciente, sus preferencias y los resultados del cuidado de la salud, hacen parte de las principales características de la calidad en el cuidado de la salud.

Sobre las mediciones HR y QOL dicen que pueden ser tenidas en cuenta según su reproducibilidad, dominios que abarcan y si su medición realiza un análisis juicioso para la descripción de aspectos relevantes en la salud de los pacientes; además que, constituyen herramientas de alta utilidad para que los pacientes tengan claridad sobre las alternativas y toma de decisiones sobre sus tratamientos y resultados. Este documento destaca la importancia que ha adquirido la perspectiva de los pacientes y cómo esta, ha sido reconocida. Los autores concluyen que las mediciones sobre el estado de la salud han empezado a ser ampliamente usadas y pueden contribuir al mejoramiento de los

diferentes servicios para el cuidado del cáncer. Finalmente, dicen que además de la necesidad existente por un mayor número de mediciones sobre los resultados del cuidado de la salud en los pacientes, es necesario que dichas mediciones incorporen métodos que permitan la producción de mejoras, tanto en la práctica clínica como en el establecimiento de política para la prevención y tratamiento del cáncer. (Laurence & Clancy, 2003)

En ese mismo año, se identifica otro artículo relacionado con la medición de la satisfacción de pacientes oncológicos como medida de calidad, **PATIENT'S SATISFACTION AND IMPORTANCE RATINGS OF QUALITY IN AN OUTPATIENT ONCOLOGY CENTER**, de **Iris Gourdji**, en este texto, la autora discute sobre cómo los pacientes oncológicos que acuden a los servicios de consulta externa tienen expectativas que deben ser dirigidas a un proceso de mejoramiento y aseguramiento continuo de la calidad del cuidado. En este estudio fueron encuestados 96 pacientes usuarios de un Servicio de Consulta Externa Oncológica, por medio de un cuestionario sobre 26 ítems específicos de una encuesta de satisfacción. Los resultados obtenidos le permitieron la identificación de áreas susceptibles de mejora y además, describe cómo el proceso de mejoramiento, en aspectos específicos detectados por la medición, amplía el grado de satisfacción de los usuarios. (Gourdji, & Otros, 2003)

Otro estudio: **INDICADORES DE CALIDAD Y EFICIENCIA DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS. UNA MIRADA ACTUAL** de **Rosa E. Jiménez Paneque**, publicado en el año 2004 por la **Revista Cubana de Salud Pública**); parte de una revisión actualizada de los conceptos de calidad y eficiencia de la atención de la salud. Estudia además las relaciones existentes entre los conceptos, para posteriormente profundizar sobre los indicadores que son utilizados en la actualidad para la medición de la calidad y la eficiencia en los servicios hospitalarios. La autora realiza una clasificación de los diferentes indicadores y conceptualiza sobre la posibilidad de desagregarlos, con el fin de conocer que parte de ellos es atribuible a las características propias de los pacientes y cuáles a la calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Además, hace referencia a la propiedad de los indicadores para brindar, de forma rápida, fácil y concisa, información sobre el desempeño de una institución de salud que permita

realizar comparaciones, tanto en tiempo como en espacio, que de otra forma no se podrían realizar.

El estudio, menciona la importancia que tiene la existencia de sistemas de información, pues son ellos los que garantizan un adecuado sistema de recolección de datos que permite la operación de los indicadores; al respecto y sobre la historia clínica, la autora la describe como la fuente principal de información sobre las características de cada paciente y de la atención prestada al mismo. Al hablar de los indicadores, menciona que son métodos cuantitativos que permiten la identificación de aspectos que tienen una alta probabilidad de problemas en la atención de salud; y, además aclara que un análisis cualitativo es un excelente complemento para el entendimiento de estas problemáticas. Se destaca el uso de indicadores como una de las principales herramientas del direccionamiento estratégico. Finalmente, recomienda tener en cuenta que los indicadores de gestión hospitalaria deben tener siempre un lugar importante dentro de las evaluaciones de desempeño en las instituciones de salud, y recuerda no olvidar la importancia del binomio CALIDAD – EFICIENCIA. (Jiménez Peneque, 2004)

**Michael Neuss y colaboradores (2005) en su artículo: A PROCESS FOR MEASURING THE QUALITY OF CANCER CARE: THE QUALITY ONCOLOGY PRACTICE INITIATIVE,** muestran la iniciativa de calidad en la práctica de la oncología denominada **QOPI** (por sus siglas en inglés); la cual consiste en un sistema para la autoevaluación de la calidad que fue promovido por la Sociedad Americana de Oncología Clínica de Alexandria, en el Estado de Virginia en Estados Unidos de América y por otros Centros de Oncología participantes. La elaboración de los indicadores para este trabajo estuvo basada en la definición de áreas para la calidad en salud del Instituto de Medicina de Estados Unidos. En ella se definen las siguientes áreas: **1.** Seguridad, **2.** Eficiencia, **3.** Percepción del paciente, **4.** Puntualidad de la atención, **5.** Eficiencia y **6.** Equidad en el acceso.

El estudio es un ejemplo de la aplicación de un sistema de indicadores, diseñados para evaluar los resultados de la atención médica; y, específicamente de la atención a pacientes con diagnóstico de cáncer. Las historias médicas fueron en este caso la principal fuente de información y se evaluaron aspectos como: valoración y registro del

dolor en pacientes con indicación de cuidado paliativo, documentación del consentimiento informado para la aplicación de quimioterapia, concordancia de los tratamientos formulados con los registrados en las guías clínicas y utilización de hojas de flujo para el registro de la aplicación de quimioterapia en las historias clínicas.

En el artículo se documenta el proceso de autoevaluación, desarrollado con un cuestionario piloto y se reportan los resultados preliminares. Señalan que, médicos de siete grupos de oncología realizaron la extracción de los datos en cada uno de sus sitios de trabajo y los datos fueron comparados contra estándares de guías de práctica clínica e indicadores específicos de calidad en la atención. Fueron realizadas dos rondas de revisión de los datos y posteriormente las frecuencias medias de las respuestas obtenidas en cada uno de los indicadores fueron comparadas entre los diferentes sitios de práctica oncológica. Como resultado de la prueba piloto, los diferentes participantes coinciden en que la iniciativa **QOPI** es una herramienta que les proporciona una medición rápida y objetiva de la práctica clínica y les permite realizar un proceso de comparación con otras instituciones y analizar cambios en diferentes momentos del tiempo. Otra de las ventajas mencionadas por los participantes es que la herramienta les permite hacer vigilancia por medio del sistema de indicadores acerca de la concordancia entre la práctica clínica y los estándares de práctica médica oncológica. Finalmente se resalta como el proceso de autoevaluación realizado, promueve la existencia de procesos de mejoramiento para alcanzar la excelencia en la atención oncológica. (Neuss, y otros, 2005)

Por su parte el artículo: **APLICACIÓN DEL MODELO EUROPEO DE CALIDAD EN ONCOLOGIA** publicado por (M.P. del Rio, en el año 2006), tuvo como objetivo la evaluación del Servicio de Oncología del Hospital Universitario La Paz, en Madrid, España, mediante el modelo europeo de gestión de la calidad de la EUROPEAN FOUNDATION FOR QUALITY MANAGEMENT (EFQM) adaptado al ámbito del cuidado de la salud. Para la realización del estudio se adoptó el método “proforma” que consiste en la utilización combinada de formularios estandarizados y áreas abiertas a la discusión y exposición de ideas en sesiones grupales para la puesta en común y la realización de un consenso. Como resultado de esta evaluación fueron identificados 58 puntos fuertes y 37 oportunidades de mejora, a partir de las cuales se

elabora un documento estratégico que sirve de base para la discusión de las acciones a implementar como parte del plan de mejoramiento.

Es de importancia resaltar que una de de las conclusiones del estudio hace mención a que el modelo de EFQM es aplicable a los servicios de oncología, pero sería más deseable disponer de indicadores de calidad estandarizados que permitan la realización de una evaluación más objetiva y específica. (M.P, Del Rio, y otros, 2006)

En el trabajo: **RELACION ENTRE EL ESTADO DE SALUD PERCIBIDO E INDICADORES DE SALUD EN LA POBLACION ESPAÑOLA publicado en el año 2007 por Ángel Castro y colaboradores**, se presentan los resultados de un estudio ex post facto, donde se analiza la relación de la auto percepción acerca del estado de salud y los diferentes indicadores que pueden incidir sobre ella. Para esto fueron tomados los datos de percepción de la Encuesta Nacional de Salud de España, la cual fue aplicada a 41.923 personas y se relacionaron con indicadores relativos a la mortalidad agrupada por causas: morbilidad hospitalaria, accidentalidad laboral y consumo de medicamentos. Como resultado de este análisis, el autor concluye que, el estado de salud percibido no es un buen indicador como único elemento a tener en cuenta para la elaboración de políticas públicas. Ninguno de los indicadores estudiados resultó significativo en la predicción del estado de salud de las personas. Finalmente, explica que dichas relaciones son influenciadas por aspectos demográficos y características propias de las personas. (Castro Vásquez, y otros. 2007)

Por otra parte el estudio titulado: **THE RELATIONSHIP BETWEEN PERCEIVED SERVICE QUALITY AND PATIENT WILLINGNESS TO RECOMMEND AT A NATIONAL ONCOLOGY HOSPITAL NETWORK**, realizado por **Christopher G. Lis y colaboradores del Cancer Treatment Centers of América y publicado en el año 2011**, estudio la existencia de la relación entre la percepción sobre la calidad percibida del servicio de los pacientes tratados en centros para el cuidado del cáncer, y su disponibilidad para recomendar los servicios de dichos centros. El estudio fue un estudio multicéntrico, con una muestra total de 2018 pacientes, de los cuales 902 eran hombres y 1116 mujeres; el promedio de edad de la población fue de 54.2 años. Los resultados mostraron que 1153 pacientes (77%) se declararon extremadamente a gusto

para recomendar estos centros del cuidado de cáncer a sus amigos y conocidos; se identificaron como puntos clave referidos por los pacientes: la ayuda recibida por parte del equipo de salud en el proceso de entendimiento de su condición médica; poder contar con un equipo integrado por personas con las cualidades técnicas y humanas indicadas para el cuidado del paciente oncológico; y, el abordaje de cada paciente de forma individualizada. Este estudio además, demostró la significancia predictiva de la calidad percibida en los servicios con la disponibilidad de los pacientes por recomendar a su proveedor de servicios de salud. (Lis, & Otros,2011)

Los trabajos citados anteriormente permiten dar cuenta de la importancia que ha adquirido, a nivel internacional, la realización de mediciones de calidad sobre diferentes aspectos relacionados con las atenciones e instituciones para el cuidado de la salud. Resulta importante entonces resaltar que aspectos como la satisfacción percibida por los pacientes y el uso de indicadores han venido tomando gran fuerza con la evolución y aplicación de las ciencias administrativas en el campo de la salud.

En el caso particular de los servicios de salud para la práctica de la oncología en Colombia cabe mencionar el trabajo llamado **CONCEPTOS PRELIMINARES SOBRE LOS SERVICIOS ONCOLOGICOS EN COLOMBIA, publicado por Francisco Sánchez Suárez en el año 2008**, cuyo objetivo fue la construcción multidisciplinaria de una definición de los servicios oncológicos en el marco del sistema de protección social en Colombia; para tal fin, entre agosto de 2004 y junio de 2005, se realizaron reuniones con 152 personas expertas en el área de oncología y de prestación de servicios de salud, de seis ciudades donde se encuentra la mayor concentración de instituciones prestadoras de servicios oncológicos, quienes representaron los intereses de aseguradores, prestadores, agencias de modulación, vigilancia y control , academia y pacientes con cáncer y sus familiares. En cada uno de los encuentros realizados se realizó la discusión de 11 cuestionamientos específicos y se contó con la dirección de un moderador cada vez.

La realización del estudio estuvo a cargo del **Instituto Nacional de Cancerología (INC)** y como producto final de la ronda de reuniones se obtuvo el siguiente consenso multidisciplinario: *“La definición integral de servicio oncológico que conviene al*

*sistema de la protección social en Colombia debe incluir actividades de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de pacientes con enfermedades oncológicas, así como actividades científicas y tecnológicas clave, como la docencia y la investigación. Los servicios oncológicos deben garantizarse para todos los ciudadanos que los requieran, en condiciones de calidad y equidad, y sin restricciones de acceso; de esta manera, los sectores público y privado deben conjugar recursos y hacer uso de la estrategia de redes de servicios”.* Esta definición enmarca la importancia de la dimensión de calidad en los servicios oncológicos y además, de ella se puede inferir la importancia que tiene el desarrollo de actividades académicas como la presente para el mejoramiento continuo en la atención oncológica colombiana. (Sánchez Suárez & otros. 2008).

Finalmente, el trabajo realizado por investigadores de los Posgrados en Administración de Salud de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas y de la Facultad de Enfermería de la Universidad Javeriana, en el año 2004, estudio en el cual se basa el presente trabajo; tuvo por objetivo “desarrollar y validar un sistema de monitoreo de la calidad de la provisión de los servicios de salud de las instituciones prestadoras de servicios de salud de I, II y III nivel, mediante un conjunto de indicadores factibles, sensibles, con posibilidad de implementación y con capacidad de uso generalizado, a partir de los cuales se genere información relevante y precisa sobre las condiciones de calidad en las que se prestan estos servicios”. En los resultados se muestra una muy completa revisión de los conceptos de Calidad e indicadores aplicados a la atención en salud, por medio de la aplicación de una prueba piloto; se identifican algunas deficiencias específicas, relacionadas con el manejo de los sistemas de información y que dificulta la aplicación de indicadores. Los autores ponen de manifiesto la necesidad de que las instituciones de salud unifiquen los registros de información y realicen mediciones continuas de la calidad, en concordancia con unos patrones o estándares previamente establecidos para la identificación de debilidades y posterior implementación de acciones de mejora. (Ardón, N. y otros. 2005)

La anterior revisión mostró la importancia, pertinencia y necesidad de realizar el presente estudio, con el fin de determinar el comportamiento de los indicadores de satisfacción global de pacientes, cumplimiento de los estándares de calidad en las historias clínicas y oportunidad en el acceso a los servicios en el Centro Javeriano de Oncología, para aportar herramientas a las directivas de la institución, que les permitan tomar decisiones soportadas científicamente en los resultados mostrados.

## CAPITULO 2

### METODOLOGIA

#### 2.1. TIPO DE ESTUDIO:

El presente es un estudio se constituye en un estudio descriptivo de caso<sup>1</sup>, donde el caso estaría referido a los pacientes que han utilizado el Centro Javeriano de Oncología, a través de la información existente en el mismo. Además, es importante señalar que, al planear un estudio empírico es generalmente recomendable basar el trabajo sobre un modelo teórico existente; ya que, un modelo, incluso preliminar, puede a menudo mucho ayudar al trabajo. Por ello, en este diseño se analiza el comportamiento de tres dimensiones, relacionados con la calidad, en el Centro Javeriano de Oncología, basados en información obtenida de las historias clínicas, los registros de la Oficina de Estadística del Hospital Universitario San Ignacio y de las encuestas de satisfacción de calidad de los usuarios de este centro.

#### 2.2 FUENTES DE INFORMACION:

Para el desarrollo del presente estudio se emplearon fuentes de información de tipo secundario constituidas por:

- Historias clínicas de pacientes atendidos en el Centro Javeriano de Oncología.
- Registros de atención a pacientes en el Centro Javeriano de Oncología, que se llevan en la Oficina de Registro del Hospital Universitario San Ignacio.
- Datos de los resultados de las encuestas de satisfacción realizadas por la Oficina de Garantía de la Calidad del Hospital Universitario san Ignacio.

---

<sup>1</sup> **Estudio descriptivo de caso.** Según Briones (1981), el estudio de casos “es la investigación empírica de un fenómeno determinado que se hace en uno o algunos grupos naturales, dentro de su propio contexto de ubicación”. Aclara el autor que “cuando se habla de casos debe entenderse que el estudio puede referirse a grupos (familias, comunidades) o a personas (historias de vida)”. El caso o los casos, serían “solo los lugares donde ocurren los fenómenos y para los cual se ha decidió utilizar una estrategia peculiar de investigación, denominada estudio de casos”.

## 2.3 UNIDAD DE ANALISIS

La unidad de análisis estuvo definida por el comportamiento de los indicadores establecidos para las tres variables o dominios que se presentan a continuación:

Variable/Dominio	Indicador	Definición operacional del indicador	Fuente de Información
1. Accesibilidad - Oportunidad	<p>(1) Oportunidad de la asignación de citas de primera vez</p> <p>(2) Oportunidad de la asignación de citas de control</p> <p>(3) Oportunidad en la realización de procedimiento programado de primera vez</p> <p>(4) Oportunidad en la realización de procedimiento programado de control</p> <p>(5) Oportunidad global en el periodo de estudio</p>	<p>(1) Oportunidad primera vez 2010 – Oportunidad primera vez 2009 / Oportunidad promedio en citas de primera vez 2009</p> <p>(2) Oportunidad control 2010 – oportunidad control 2009 / Oportunidad promedio en citas de control 2009</p> <p>(3) Oportunidad procedimientos primera vez 2010 – oportunidad primera vez 2009 / Oportunidad promedio en procedimientos de primera vez 2009</p> <p>(4) Oportunidad procedimientos control 2010 – oportunidad procedimientos control 2009 / Oportunidad promedio en procedimientos de control 2009</p> <p>(5) Oportunidad global 2010 – oportunidad Global 2009 / Oportunidad global 2009</p>	Registros Oficina de Estadística del HUSI
2. Historia Clínica	<p>(1) Porcentaje de cumplimiento de los parámetros definidos por la reglamentación vigente para el registro de datos en las historias clínicas</p> <p>(2) Número de historias clínicas completas</p>	<p>(1) Número de historias clínicas que cumplen con parámetros definidos por la reglamentación vigente para el registro de datos en las historias clínicas /total de historias clínicas analizadas</p> <p>(2) Número de historias clínicas completas / total de historias clínicas analizadas</p>	Historias Clínicas

<b>3. Satisfacción - Lealtad</b>	(1) Porcentaje de Satisfacción Global Radioterapia	(1) % de satisfacción 2010 - % de satisfacción 2009 /% de satisfacción en aspectos del servicio radioterapia2009	Información Oficina de Garantía de Calidad del HUSI sobre Encuestas directas a los usuarios del servicio
	(2) Porcentaje de satisfacción global Quimioterapia.	(2) % de satisfacción 2010 – % de satisfacción 2009 / % de satisfacción en aspectos del servicio quimioterapia2009	
	(3) Porcentaje de Satisfacción Global consulta externa	(3) % de satisfacción 2010 - % de satisfacción 2009 / % de satisfacción en aspectos del servicio consulta 2009	
	(4) Porcentaje de quejas presentadas en el Centro Oncológico Javeriano	(4) Número de quejas presentadas en el Centro Oncológico Javeriano/ total de atenciones realizadas en el periodo	
	(5) Proporción de quejas resueltas	(5) Número total de quejas presentadas / Número de quejas resueltas	

#### 2.4 INSTRUMENTOS:

Los instrumentos empleados fueron los siguientes:

- Formato para la inspección de las historias clínicas, en el cual se registró la información obtenida en el proceso de revisión de las historias clínicas seleccionadas en la muestra.
- Matriz para el registro y procesamiento de los datos provenientes de las encuestas de calidad del Centro Javeriano de Oncología, sobre la satisfacción global de los pacientes del mismo durante los años 2009 y 2010.
- Matriz para el procesamiento de la información proveniente de la Oficina de Estadística del HUSI, sobre atenciones realizadas por el Centro Javeriano de Oncología en el periodo del estudio.

## 2.5 PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LA INFORMACION:

El procesamiento y análisis de la información recolectada se hizo de acuerdo a los tres dominios o variables establecidas para el estudio, así:

### 2.5.1 DOMINIO ACCESIBILIDAD Y OPORTUNIDAD:

Por medio de la colaboración prestada por la Oficina de Estadística del HUSI, se obtuvieron los datos y registros correspondientes a las atenciones de consulta externa y procedimientos realizados por el C.J.O en los años 2009 y 2010. Partiendo de esta información y por medio de estadística básica se estableció el número total de días de oportunidad para cada uno de los años del estudio y para cada uno de los casos: consultas de primera vez, consultas de control y procedimientos. Es importante aclarar que, los datos correspondientes a las consultas de oncología genética familiar y oncología de vías biliares no fueron tenidos en cuenta para el presente trabajo por cuanto no se encontraron los datos correspondientes a las mismas

### 2.5.2 HISTORIAS CLINICAS

La definición de la muestra para la revisión de historias clínicas, se realizó con base en las estadísticas del total de pacientes atendidos en el Centro Javeriano de Oncología durante los años 2009 y 2010 y para cada una de las especialidades y procedimientos propios de esta institución y que se muestran en la siguiente pagina:

CENTRO JAVERIANO DE ONCOLOGIA														
CONSULTA DE ESPECIALIDADES MEDICAS ONCOLOGICAS POR MES														
ENERO A DICIEMBRE DE 2009														
ESPECIALIDAD	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	TOTAL	%
HEMATOLOGIA	256	315	366	308	308	259	298	243	202	229	299	269	3352	15,26
ONCOLOGIA CLINICA	262	313	277	320	299	284	323	354	373	463	483	410	4161	18,95
RADIOTERAPIA	170	201	212	271	252	166	246	283	297	237	216	223	2774	12,63
ONCOPEDIATRIA	95	103	112	124	97	96	119	99	123	107	115	107	1297	5,91
ORTOPEDIA	86	89	138	95	100	108	112	61	101	131	102	81	1204	5,48
GINECOLOGIA	145	179	220	186	188	174	117	191	244	193	181	171	2189	9,97
SENO	94	127	93	143	195	110	174	140	159	168	159	84	1646	7,50
GASTROINTESTINAL	53	75	62	69	85	70	61	66	72	64	74	49	800	3,64
TORAX	13	9	4	4	10	12	7	10	16	7	9	3	104	0,47
CABEZA Y CUELLO	17	10	30	31	34	41	28	26	29	18	33	31	328	1,49
CUIDADO PALEATIVO	96	103	16	111	105	77	80	46	158	141	144	143	1220	5,56
PSICOLOGIA	0	23	40	34	40	20	1	23	61	45	60	0	347	1,58
SOPORTE NUTRICIONAL	7	11	14	15	10	9	10	20	21	14	20	14	165	0,75
UROLOGIA	38	67	85	90	101	104	107	82	123	143	100	100	1140	5,19
VIAS BILIARES	3	11	6	11	12	15	11	11	8	21	20	12	141	0,64
ONCOLOGIA ORAL	49	62	92	83	74	74	99	84	142	111	117	105	1092	4,97
<b>TOTAL</b>	<b>1384</b>	<b>1698</b>	<b>1767</b>	<b>1895</b>	<b>1910</b>	<b>1619</b>	<b>1793</b>	<b>1739</b>	<b>2129</b>	<b>2092</b>	<b>2132</b>	<b>1802</b>	<b>21960</b>	<b>100</b>

\*\*\* Fuente: Estadísticas del Centro Javeriano de Oncología.

CENTRO JAVERIANO DE ONCOLOGIA														
CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA POR MES														
ENERO A DICIEMBRE DE 2010														
ESPECIALIDAD	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	TOTAL	%
HEMATOLOGIA	275	375	326	324	359	373	273	406	423	336	370	303	4143	15,60
ONCOLOGIA CLINICA	424	495	509	502	469	441	522	539	548	582	336	576	5943	22,37
RADIOTERAPIA	129	242	311	305	246	216	248	221	292	258	296	147	2911	10,96
ONCOPEDIATRIA	109	124	113	107	125	151	116	122	129	137	119	117	1469	5,53
ORTOPEDIA	92	97	79	101	79	100	66	51	88	69	106	78	1006	3,79
GINECOLOGIA	169	169	178	176	186	179	78	177	214	177	213	183	2099	7,90
SENO	148	100	141	197	169	146	185	169	176	151	169	167	1918	7,22
GASTROINTESTINAL	89	79	69	69	70	60	41	68	73	53	71	84	826	3,11
TORAX	4	9	16	8	8	12	9	18	13	20	7	19	143	0,54
CABEZA Y CUELLO	27	28	30	30	44	62	42	53	58	42	47	27	490	1,84
CUIDADO PALEATIVO	114	148	121	160	157	141	135	146	160	147	121	151	1701	6,40
PSICOLOGIA	0	44	37	50	40	0	6	30	43	35	35	0	320	1,20
SOPORTE NUTRICIONAL	12	20	20	28	28	19	38	39	37	32	33	39	345	1,30
UROLOGIA	80	131	95	130	124	138	129	97	122	128	121	113	1408	5,30
VIAS BILIARES	11	35	19	15	26	38	33	42	35	29	24	10	317	1,19
ONCOLOGIA ORAL	105	103	124	111	125	103	139	142	134	137	160	141	1524	5,74
<b>TOTAL</b>	<b>1788</b>	<b>2199</b>	<b>2188</b>	<b>2313</b>	<b>2255</b>	<b>2179</b>	<b>2060</b>	<b>2320</b>	<b>2545</b>	<b>2333</b>	<b>2228</b>	<b>2155</b>	<b>26563</b>	<b>100</b>

\*\*\* FUENTE: ESTADISTICAS. CENTRO JAVERIANO DE ONCOLOGIA.

El diseño utilizado fue un muestreo estratificado, el cual permite estimar el número medio de consultas mensuales y el error de estimación correspondiente a pacientes (diferencia entre el promedio verdadero y el promedio estimado por la muestra de consultas al mes). Se presentan los escenarios posibles, de los cuales se toma la decisión de trabajar con un tamaño de muestra total de 192 pacientes (correspondiente a un error de 8 pacientes) con un nivel de confianza del 95% de acuerdo al presupuesto y tiempo disponible en el proyecto; con una fijación del tamaño de muestra para encuestar pacientes en un mes con una confianza del 95% y varios escenarios de error. Nótese que a menor error mayor tamaño de la muestra.

El cálculo de la muestra fue realizado por la profesora estadística **Belén Sefair López**, quien brindó su colaboración en el presente trabajo por medio de la estimación del muestreo y orientó los lineamientos para su utilización.

<b>ERROR CALCULADO</b>	<b>20</b>	<b>15</b>	<b>10</b>	<b>* 8</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>5</b>
<b>ESPECIALIDAD</b>							
HEMATOLOGIA	5	9	19	<b>29</b>	37	48	64
ONCOLOGIA CLINICA	7	12	26	<b>39</b>	49	64	86
RADIOTERAPIA	4	7	15	<b>22</b>	28	36	49
ONCOPEDIATRIA	2	4	7	<b>11</b>	14	18	24
ORTOPEDIA	2	3	6	<b>9</b>	11	14	19
GINECOLOGIA	3	5	11	<b>17</b>	21	27	37
SENO	3	5	9	<b>14</b>	18	23	31
GASTROINTESTINAL	2	2	5	<b>7</b>	8	11	14
TORAX	1	1	1	<b>1</b>	2	2	3
CABEZA Y CUELLO	1	1	3	<b>4</b>	4	6	7
PALEATIVO	2	4	8	<b>12</b>	14	19	25
PSICOLOGIA	1	1	2	<b>3</b>	4	5	6
SOPORTE NUTRICIONAL	1	1	2	<b>2</b>	3	4	5
UROLOGIA	2	3	7	<b>10</b>	13	17	22
VIAS BILIARES	1	1	2	<b>2</b>	3	3	4
ONCOLOGIA ORAL	2	4	7	<b>10</b>	13	17	23
<b>TOTAL</b>	<b>39</b>	<b>63</b>	<b>130</b>	<b>192</b>	<b>242</b>	<b>314</b>	<b>419</b>

Con base en la muestra seleccionada se revisaron un total de 192 historias clínicas, las cuales fueron elegidas de forma aleatoria por medio del desarrollo de una tabla de números aleatorios, empleando la herramienta de aleatorización de Microsoft Excel.

Además, siguiendo los lineamientos establecidos en la Resolución 1995, expedida el 8 de julio de 1999, por el Ministerio de la Protección Social, por medio de la cual se establecen normas para el manejo de las historias clínicas en las instituciones de salud; así se establecieron los ocho parámetros para el análisis. De cada uno de ellos se evaluaron los ítems que esta resolución dicta para el diligenciamiento y registro de historias clínicas en las instituciones prestadoras de servicios de salud para Colombia, así:

- **IDENTIFICACION DEL USUARIO:** incluye los siguientes parámetros: apellidos y nombres, completos, estado civil, documento de identidad, fecha y lugar de nacimiento, edad, sexo, ocupación, dirección, teléfono, ciudad, nombre y teléfono del acompañante, aseguradora y tipo de vinculación.
- **CONDICIONES DE SALUD DEL PACIENTE:** evalúa los siguientes aspectos: condición somática, condición psíquica, condición cultural, condición económica, condición medioambiental,
- **INTEGRALIDAD:** Incluye: aspectos científicos, aspectos técnicos, aspectos administrativos.
- **SECUENCIALIDAD:** registro cronológico de sucesos.
- **RACIONALIDAD CIENTÍFICA:** registro de procedimientos (lógico, claro y completo), registro de condiciones de salud (lógico, claro y completo), registro de diagnóstico (lógico, claro y completo) y registro de plan de manejo (lógico, claro y completo)
- **DISPONIBILIDAD:** posibilidad de uso de la historia clínica
- **OPORTUNIDAD:** registro oportuno durante o luego de la prestación del servicio
- **GENERALIDADES:** claridad, legibilidad, tachones, enmendaduras, uso de siglas médicas, registro de fecha, hora y nombre de quien realiza la atención.

### 2.5.3 SATISFACCION – LEALTAD:

La Oficina de Garantía de la Calidad del Hospital Universitario San Ignacio suministró los resultados de las encuestas o cuestionarios de satisfacción de los usuarios del C.J.O en las áreas de radioterapia, quimioterapia y consulta externa distribuidos en cada uno de los meses del periodo del estudio. Estos cuestionarios o encuestas fueron auto aplicados a todos los pacientes que utilizaron los servicios mencionados anteriormente.

Por medio de una matriz, fueron agrupados los datos y empleando estadística básica se tabularon y se establecieron datos de satisfacción por cada una de las 12 preguntas principales y secundarias del cuestionario, en cada una de las áreas del C.J.O y se calcularon los datos de satisfacción global para el desarrollo del indicador Satisfacción – Lealtad.

El siguiente cuadro muestra la distribución de la información recibida en los meses en que se logró obtener y los servicios respectivos:

	RADIOTERAPIA		CONSULTA		QUIMIOTERAPIA	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010
<b>ENERO</b>		X		X		X
<b>FEBRERO</b>		X		X		X
<b>MARZO</b>		X		X		X
<b>ABRIL</b>		X		X		X
<b>MAYO</b>	X		X		X	
<b>JUNIO</b>	X		X		X	
<b>JULIO</b>	X		X		X	
<b>AGOSTO</b>	X		X			
<b>SEPTIEMBRE</b>	X	X	X	X	X	X
<b>OCTUBRE</b>	X	X	X	X	X	X
<b>NOVIEMBRE</b>	X	X	X	X	X	X
<b>DICIEMBRE</b>	X	X		X		X

### CAPITULO 3

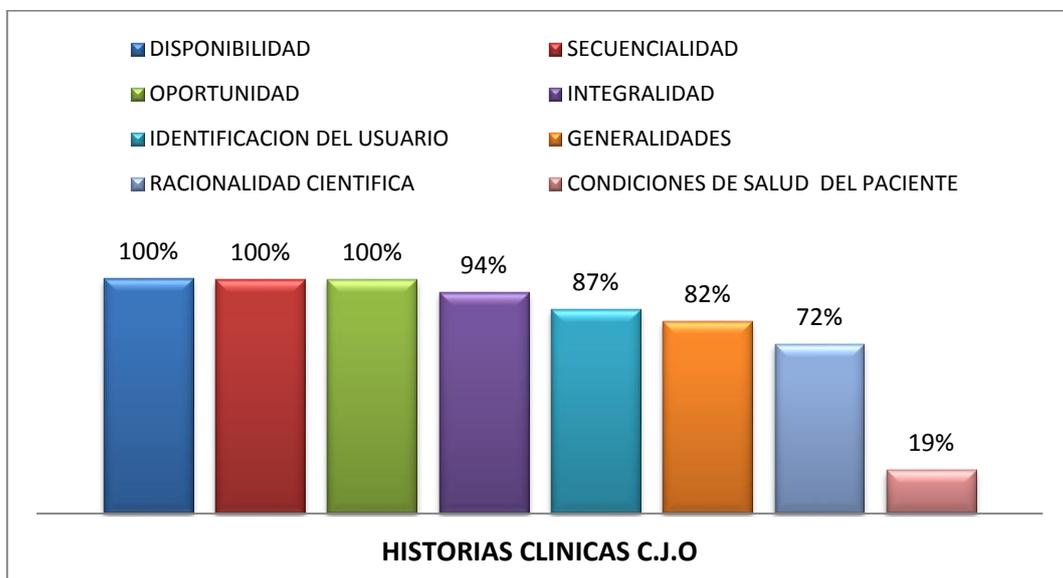
## RESULTADOS ANALISIS E INTERPRETACION

A continuación se presentan los resultados de la investigación, así como el análisis y la interpretación de los mismos; la presentación se realizará de acuerdo a los tres dominios establecidos para su desarrollo y con base en los mismos se determinarán las conclusiones y recomendaciones derivadas de los mismos.

#### 3.1 HISTORIAS CLINICAS:

Luego de establecer el tamaño de muestra estadísticamente significativo, el cual se conformó en 192 historias clínicas, se realizó el análisis de las mismas con base a los parámetros descritos anteriormente en la metodología del presente trabajo. A continuación se presentan los resultados.

**Gráfico 1. Parámetros evaluados en las historias clínicas y su respectivo porcentaje de cumplimiento en el Centro Javeriano de Oncología, 2009-2010**



**Fuente:** Elaboración del Autor con base en la revisión de 192 historias clínicas del C.J.O.

El gráfico muestra los porcentajes globales de cumplimiento para cada uno de los parámetros evaluados en los pacientes de la muestra seleccionada, los cuales se

establecieron bajo los lineamientos de la resolución 1995 de 1999. Los ítems: disponibilidad, secuencialidad y oportunidad presentan el máximo grado de cumplimiento posible (100%); las áreas relacionadas con las condiciones de salud del paciente, racionalidad científica, generalidades e identificación del usuario, mostraron unos valores globales de cumplimiento entre el 70 y hasta un a 94% de cumplimiento.

Estos datos podrían mostrar como en el Centro Javeriano de Oncología, las herramientas tecnológicas para el almacenamiento de la información y los procesos actuales en torno al manejo de historias clínicas, permite alcanzar el más alto grado de disponibilidad, ordenamiento secuencial garantizan un registro oportuno y simultáneo de las diferentes atenciones realizadas a cada uno de los pacientes. En cuanto a lo referente con registro de las condiciones de salud del paciente, racionalidad científica y generalidades e identificación de los pacientes en las historias clínicas, existen fallas por cuanto se encontraron espacios en blanco o notas incompletas sobre estos aspectos. Los porcentajes de cumplimiento encontrados muestran que existen aún posibilidades para la implementación de mejoras para dar mejor cumplimiento al registro. Por medio de la revisión se podría establecer que la herramienta existente está configurada y fue creada para dar cumplimiento al registro de los datos clínicos de conformidad con la reglamentación, sin embargo las faltas en el registro de información actual derivan directamente del personal administrativo y de salud que alimenta los datos del sistema

En lo referente al parámetro de condiciones de salud del paciente es importante anotar que, solamente el 19% de las historias clínicas tienen en cuenta este aspecto; el bajo porcentaje de cumplimiento podría obedecer a que, según lo establecido en la reglamentación, el registro de las condiciones de salud del paciente en la historia clínica debe incluir aspectos referentes a su condición somática, condición psíquica, condición cultural, condición económica, condición medioambiental. Al respecto, Los registros estudiados presentan altos cumplimientos para los aspectos de condición somática y en ocasiones psíquica, pero no son tenidos en cuenta los otros aspectos que integran el parámetro y debido a esta situación el valor del porcentaje de cumplimiento varía en relación con lo que realmente se desearía.

El parámetro de disponibilidad, cuyo porcentaje de cumplimiento fue del 100% y que hace referencia a la posibilidad de uso de la historia clínica, la existencia de un sistema y el programa SAHI (Sistema de Administración de Información Hospitalaria) permite el acceso múltiple y oportuno a la información de los pacientes, centraliza la información y permite un registro ordenado y sistemático de las atenciones realizadas. Esta herramienta informática permite además que, también los parámetros de secuencialidad y oportunidad, los cuales hacen referencia a la existencia de un registro ordenado cronológicamente de los datos clínicos sobre las atenciones de cada paciente, sean efectuados en el momento justo o inmediatamente posterior a la realización de las atenciones del paciente.

Sobre la integralidad que evalúa la existencia de aspectos científicos, administrativos y técnicos, dentro de los registros de las historias clínicas, se encontró que únicamente un 6% de la muestra presentaba ausencia de alguno de los tres aspectos estudiados en los registros de sus historias clínicas correspondientes. El 94% restante cumplió a cabalidad y de acuerdo a la normatividad con la integración de las tres dimensiones de la integralidad en el registro para las atenciones realizadas al paciente.

Al revisar los aspectos relacionados con las generalidades y la identificación de la satisfacción de los usuarios, los porcentajes se encontraron dentro del rango del 80% y 90% de satisfacción; dentro de la evaluación se estableció que en algunos casos existe registro incompleto de datos como nombre y dirección de los acompañantes del paciente, ocupación y teléfono de contacto. Además, en cuanto a las generalidades se encontró en algunas de las historias notas de corrección, registros incompletos y espacios de registro en blanco; sobre estas fallas, es importante darlas a conocer a las directivas del CJO de manera que puedan ser mejoradas por los funcionarios de la institución encargados de registrar los datos de los pacientes y sus acompañantes

La racionalidad científica hace referencia al registro lógico, claro y completo de cada una de las atenciones realizadas a los pacientes, registro completo de los signos y síntomas y de las condiciones de salud; en cuanto a este aspecto las principales fallas están dadas por registro incompleto de los signos vitales del paciente y el registro de notas incompletas de las atenciones realizadas.

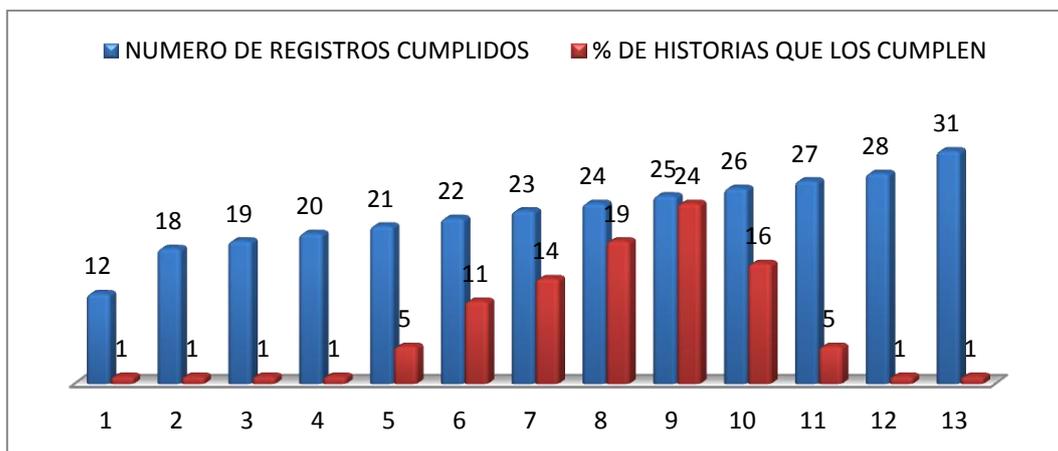
### 3.1.1 Porcentaje de cumplimiento de los parámetros definidos por la reglamentación vigente para el registro de datos en las historias clínicas.

La definición operacional del indicador es:

$$\frac{\text{Número de historias clínicas que cumplen con parámetros definidos por la reglamentación vigente para el registro de datos en las historias clínicas}}{\text{Total de historias clínicas analizadas}}$$

La ecuación fue aplicada a cada uno de los parámetros del formato de evaluación de las historias clínicas y de los resultados se establece el siguiente gráfico:

**Gráfico 2. Número de ítems cumplidos y porcentaje de historias clínicas que los cumplen. Centro Javeriano de Oncología, 2009-2010**



**Fuente:** Elaboración del Autor en base a la revisión de historias clínicas en el C.J.O

Integrando los componentes de los ocho parámetros evaluados en las historias clínicas revisadas, se obtiene un total de 33 ítems que fueron revisados para cada una de las 192 historias estudiadas. Así, se observa como más del 90% de las historia clínicas revisadas cumplen más de 20 parámetros de los 33 evaluados en este estudio, es decir que 90% de las historias revisadas, dan cumplimiento a más del 70% de los parámetros del estudio. Además, se define como prioritario revisar el cumplimiento de los parámetros para evitar que se presenten porcentajes de no cumplimiento de los parámetros exigidos por la ley.

Por otra parte, ninguna de las historias clínicas observadas cumplió con la totalidad de los aspectos evaluados; tan solo un 2 % de las historias evaluadas cumplieron con más de 28 parámetros; además, se encontró que el 1%, de las historias del estudio (2 historias) presentan el total de 31 los ítems registrados, 9% de las historias clínicas evaluadas presentan un total de parámetros cumplidos inferiores a 21 ítems registrados satisfactoriamente y que el número menor de ítems cumplidos fue de 12 registrado en el 1% de las historias clínicas.

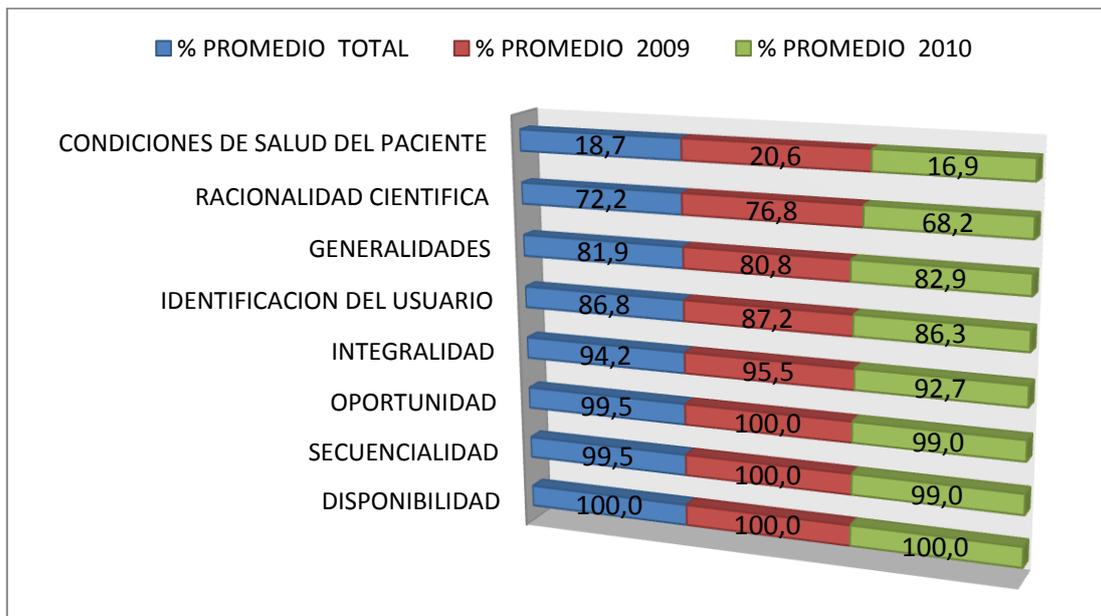
Teniendo en cuenta los datos anteriores, se podría decir que el Centro Javeriano de Oncología presenta un resultado satisfactorio: (90%) de historias clínicas que presentan registros con un porcentaje mayor al 70% de los parámetros establecidos por la resolución 1995 de 1999 para el registro de datos en las historias clínicas,

### 3.1.2 Número de historias clínicas completas

La definición operacional del indicador es:

$$\frac{\text{Número de historias clínicas completas}}{\text{Total de historias clínicas revisadas}}$$

**Gráfico 3. Porcentajes globales de cumplimiento de los ítems del registro en la historia clínica. Centro Javeriano de Oncología, 2009-2010.**



**Fuente: Elaboración del Autor en base a la revisión de historias clínicas en el C.J.O**

En el grafico 3 se muestra el comportamiento de los porcentajes promedios de cumplimiento en cada uno de los aspectos de la evaluación para el periodo del estudio. Las áreas de disponibilidad, secuencialidad, oportunidad e integralidad presentan altos grados de cumplimiento (superiores a 90%); dicho comportamiento es posible, gracias a que con el registro de las historias clínicas en el sistema se tiene la posibilidad de realizar multiconsultas simultáneas y acceso a ellas desde las diferentes dependencias de la institución, ordenamiento de los registros y, se permite un registro oportuno de los datos correspondientes a la atención. Sobre la identificación del usuario se encontró una disminución del porcentaje en el 2010 con respecto al año anterior. Las fallas más frecuentes que se encontraron en este aspecto están relacionadas con la ausencia de datos sobre la ocupación, estado civil del paciente e identificación y contacto del acompañante. En cuanto al parámetro de generalidades, los porcentajes muestran un leve aumento para el año 2010 con respecto al 2009, lo que significaría una menor cantidad de historias con presencia de enmendaduras, espacios en blanco y uso de siglas médicas. Sobre las condiciones de salud del paciente muchas historias no reportan las diferentes dimensiones del estado de salud del paciente e incluso en el área de signos vitales se encuentran vacíos del registro, y sobre la racionalidad científica los valores presentan un menor valor de cumplimiento en el año 2010, se encontraron la mayor cantidad de fallas sobre lo que tiene que ver con el registro de procedimientos (lógico, claro y completo), registro de condiciones de salud (lógico, claro y completo), registro de diagnóstico (lógico, claro y completo) y registro de plan de manejo (lógico, claro y completo).

La tendencia a la disminución de los diferentes parámetros relacionados con el registro de las actividades asistenciales pone en evidencia la necesidad de insistir al personal de la salud sobre la importancia de mejorar esta parte del proceso de atención. Por otra parte el aumento en el porcentaje de las generalidades en las historias clínicas refleja mejoras en cuanto a los registros realizados por el personal administrativo del Centro Javeriano de Oncología.

Luego de realizar el análisis de los indicadores referentes a las historias clínicas se establece como en el Centro Javeriano de Oncología durante los años 2009 y 2010, el registro de los datos provenientes de las diferentes actividades asistenciales y

administrativas realizadas es adecuado, oportuno y cumple con los parámetros legales establecidos para tal fin. Se identifican puntos que pueden recibir mejoras en lo relacionado con los parámetros registrados por los profesionales de la salud e igualmente se presentan cambios favorables en cuanto a los parámetros a cargo del personal administrativo. El uso de un sistema para el almacenamiento y procesamiento de datos de las historias clínicas es una gran fortaleza debido a los beneficios que para la institución representa en términos de oportunidad, claridad, versatilidad y disponibilidad de la información.

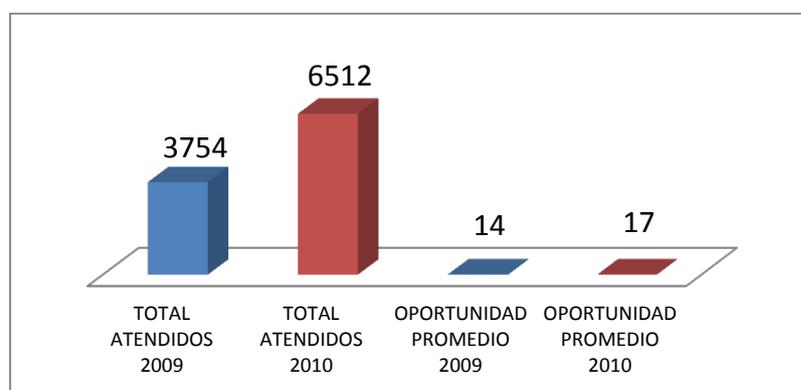
### 3.2 DOMINIO ACCESIBILIDAD/ OPORTUNIDAD.

Este dominio se ocupa del estudio de la posibilidad que tienen los usuarios del CJO para utilizar los servicios de la institución. Teniendo como punto de partida para el análisis los datos suministrados por la Oficina de Estadística del Hospital Universitario San Ignacio, fueron desarrollados indicadores para el análisis de las consultas y procedimientos tanto de primera vez como de control en lo referente a días de espera, para cada uno de estos servicios, identificando el comportamiento de cada uno de ellos en el periodo comprendido entre los años 2009 y 2010.

#### 3.2.1 OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACIÓN DE CITAS DE PRIMERA VEZ

Para el desarrollo de este indicador fueron tomados los datos de la oficina de estadística del HUSI; los cuales fueron evaluados para los dos años de estudio como se muestra a continuación:

**Gráfico 4. Número de consultas de primera vez y número de días promedio de oportunidad en el Centro Javeriano de Oncología. 2009-2010**



**Fuente: Elaboración del Autor a partir de los datos suministrados por la oficina de estadística del HUSI.**

$$\frac{\text{Oportunidad 2010} - \text{Oportunidad 2009}}{\text{Oportunidad promedio en citas de primera vez 2009}} = 21\%$$

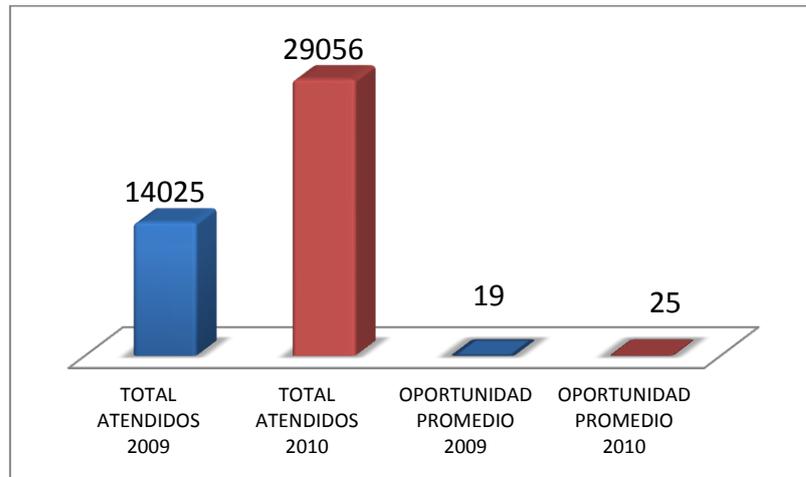
\* Para el desarrollo del indicador se emplearon los datos del promedio de días de oportunidad en la asignación de citas para cada uno de los años.

En el gráfico 4 se observa el incremento de un 73% en el número de consultas efectuadas por el C.J.O en el año 2010 con respecto a las efectuadas en el año 2009; además de un incremento de 21% en los días de oportunidad promedio, lo que representaría una disminución en la oportunidad en la atención de los pacientes que asisten a consulta de primera vez; el cambio en la oportunidad, obedecería a un aumento de 3 días en el promedio de los tiempos de espera para la asignación de citas médicas de primera vez. Vemos que el incremento en porcentaje de aumento para los días de oportunidad versus incremento del porcentaje en número de atenciones no es directamente proporcional. Un aumento de los días de espera para el acceso a citas de espera en el año 2010 frente al 2009, se explica por el incremento en el número de atenciones; ya que al tener más usuarios se afecta de forma negativa la oportunidad de un servicio. En el caso del Centro Javeriano de Oncología ampliar el número de atenciones en un 735 y afectar los tiempos de espera en tan solo 3 días, permitiría ver que la capacidad de atención tuvo un crecimiento equitativo a la demanda del servicio.

### **Oportunidad en la asignación de citas de control**

Hace referencia a las atenciones de consulta externa que se realizan a pacientes que han asistido a consultas previas en la institución. El desarrollo de este indicador tuvo como fuente de información los datos provenientes de la oficina de estadística del HUSI y se evaluaron para los años 2009 y 2010 como se muestra en el siguiente gráfico:

**Gráfico 5. Consultas de control y días de oportunidad en la asignación de citas de control en el Centro Javeriano de Oncología. 2009-2010**



**Fuente: Elaboración del Autor a partir de los datos suministrados por la oficina de estadística del HUSI.**

$$\frac{\text{Oportunidad citas de control 2010} - \text{Oportunidad citas control 2009}}{\text{Oportunidad promedio en citas de control 2009}} = 31\%$$

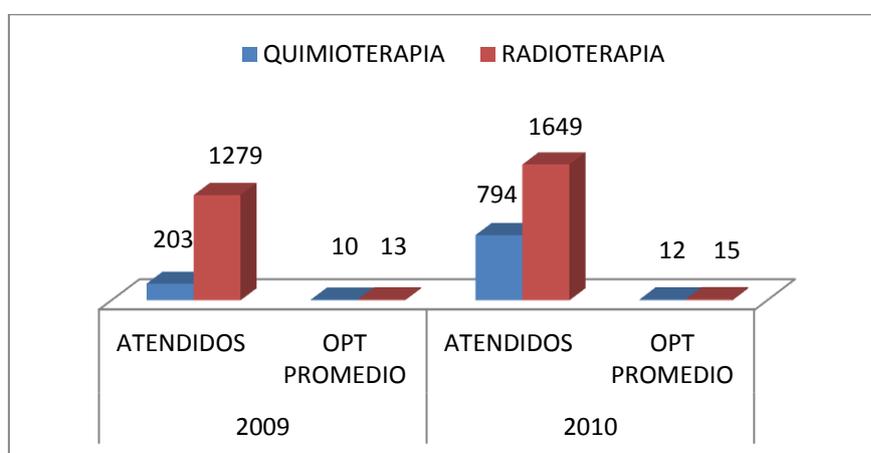
En el caso del indicador para días de oportunidad en cuanto a la realización de consultas de control en el C.J.O se encontró un incremento del 31% (6 días) frente a un incremento en el número de pacientes atendidos del 107%. Se observa también para el caso de la oportunidad en citas de control que el aumento en la oportunidad promedio del año 2010 con respecto al 2009, no es directamente proporcional al incremento en el número de pacientes atendidos. Observamos entonces, como se presentó un alto incremento en el número de pacientes atendidos por control y correspondientemente se aumentan los días de oportunidad para el acceso a este tipo de atención.

Las consultas de primera vez y de control experimentaron un alto incremento del número de pacientes en el año 2010 frente al 2009; dicho aumento afectó negativamente los días de espera para los pacientes, produciendo un mayor aumento de la espera en consultas de control y, respectivamente, fue en este servicio donde se encontró el mayor aumento en el total de atenciones realizadas. Por ello, una mayor demanda en las atenciones de consulta representó una menor oportunidad de acceso a este servicio; sin embargo, teniendo en cuenta los porcentajes de aumento en las atenciones, la incidencia en los días de espera tuvo un bajo impacto en la calidad de los servicios del C.J.O.

### 3.2.2 OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE PRIMERA VEZ EN EL CENTRO JAVERIANO DE ONCOLOGÍA

El indicador relacionado con el comportamiento de la oportunidad en lo referente a procedimientos realizados por el C.J.O a pacientes de radio y quimioterapia quienes asistieron por primera vez para estas atenciones en los años 2009 y 2010, mostró los siguientes resultados:

**Gráfico 6. Atenciones y días de oportunidad en procedimientos de primera vez en el Centro Javeriano de Oncología. 2009-2010**



**Fuente:** Elaboración del Autor a partir de los datos suministrados por la oficina de estadística del HUSI.

#### RADIOTERAPIA:

$$\frac{\text{Oport. Proc. primera vez 2010} - \text{Oport. Proc. Primera vez 2009}}{\text{Oportunidad promedio en procedimientos de primera vez 2009}} = 15 \%$$

En radioterapia se presentó un aumento del 15% (2 días) en cuanto a días de oportunidad para atenciones de primera vez, frente a un incremento de 28% en el número de pacientes atendidos por este concepto.

## QUIMIOTERAPIA:

$$\frac{\text{Oport. Proc. Primera vez 2010} - \text{Oport. Proc. Primera vez 2009}}{\text{Oportunidad promedio en procedimientos de primera vez 2009}} = 20 \%$$

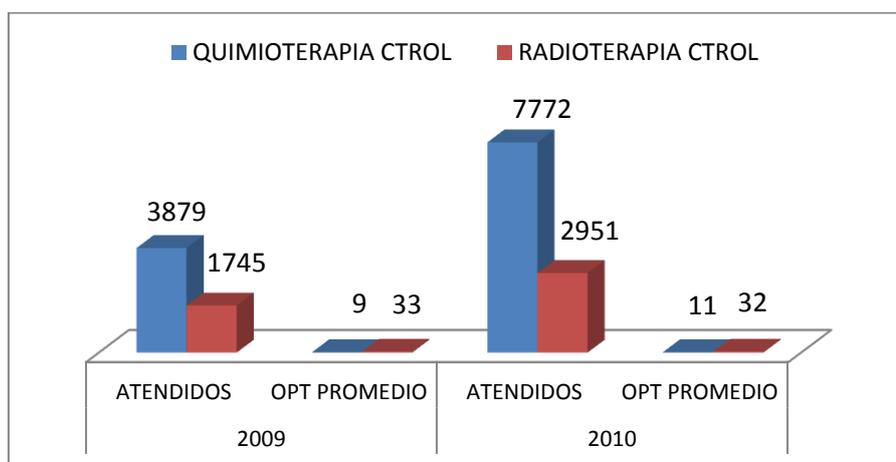
En quimioterapia se encontró un aumento del 20% (2 días) en cuanto oportunidad para atenciones de primera vez. El aumento en número de pacientes del año 2010 con respecto al año 2009 fue de 291%

Tanto en radioterapia como en quimioterapia, se observa que en el año 2010 se incrementó el número de total de pacientes atendidos, siendo mayor el incremento para el caso del servicio de quimioterapia. En cuanto a la oportunidad para el acceso a estos servicios, medida en días, también se encontró un incremento que es correspondiente, más no proporcional al incremento de pacientes que asistieron a radioterapia y quimioterapia por primera vez. El aumento de la demanda en los servicios de radioterapia y quimioterapia, representa entonces una disminución de la oportunidad el acceso por cuanto incrementa lo días promedio de espera de los pacientes. En estos dos servicios al igual que en el caso de consulta externa el deterioro de la oportunidad, medido por medio de los días de espera, presentó un deterioro menor frente a los altos porcentajes de incremento en el número de atenciones. Este resultado se podría interpretar como una adecuada respuesta administrativa de la institución por medio de la ampliación de su capacidad instalada para la atención de un número mayor de pacientes.

### **3.2.3 OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO DE CONTROL DEL CENTRO JAVERIANO DE ONCOLOGIA.**

A continuación se presentan los resultados correspondientes al comportamiento de la oportunidad en cuanto a procedimientos de control (radioterapia y quimioterapia) para los años 2009 y 2010

**Gráfico 7. Atenciones y días de oportunidad en procedimientos de control en el Centro Javeriano de Oncología. 2009-2010**



**Fuente: Elaboración del Autor a partir de los datos suministrados por la oficina de estadística del HUSI.**

RADIOTERAPIA CONTROL:

$$\frac{\text{Oport proc control 2010} - \text{Oport proc control 2009}}{\text{Oportunidad promedio en procedimientos de control 2009}} = -4\%$$

En los procedimientos de control de radioterapia encontramos una disminución de los días de oportunidad del -4%(1 día) en el año 2010 con respecto al año 2009 a pesar de presentarse un incremento del número de pacientes atendidos por este servicio en el periodo estudiado de 69% .

QUIMIOTERAPIA CONTROL:

$$\frac{\text{Oport proc control 2010} - \text{Oport proc control 2009}}{\text{Oportunidad promedio en procedimientos de control 2009}} = 22\%$$

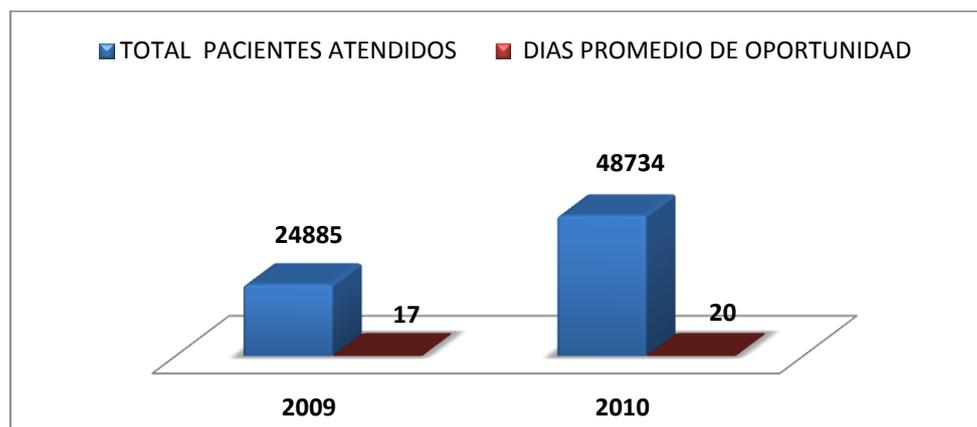
Para el caso de los procedimientos de control realizados en el área de quimioterapia se encuentra un incremento del número de pacientes del 100%, mientras que la oportunidad en el año 2010 con respecto al 2009 presento un incremento del 22%(2 días).

Los procedimientos de control realizados durante el periodo del estudio, tuvieron el siguiente comportamiento, para el caso de radioterapia control el incremento en el número de atenciones realizadas no se presenta aumento de la oportunidad, por el contrario el indicador disminuye, presentándose una mejora de la oportunidad para el acceso a este servicio. En quimioterapia se presenta un aumento mayor del número de pacientes atendidos que en radioterapia para el mismo tiempo de estudio 100% de incremento en pacientes de quimioterapia frente a un incremento del 69% para radioterapia, encontrando también que el aumento en el número de días de oportunidad para acceder a procedimiento de control en quimioterapia es de 2 días, lo cual se podría considerar bajo frente al aumento del número de atenciones.

### 3.2.4 OPORTUNIDAD GLOBAL EN EL CENTRO JAVERIANO DE ONCOLOGÍA:

Los análisis realizados a los indicadores de cada una de las áreas de atención del C.J.O, da las bases suficientes para realizar el análisis del comportamiento de un indicador de oportunidad global.

**Gráfico 8. Atenciones y oportunidad global en el Centro Javeriano de Oncología.  
2009-2010**



**Fuente: Elaboración del Autor a partir de los datos suministrados por la oficina de estadística del HUSI.**

### OPORTUNIDAD GLOBAL:

Oportunidad global 2010 - Oportunidad global 2009 = 17 %

Oportunidad global 2009

Se encontró que la oportunidad global interpretada como el tiempo de espera promedio para acceder a los servicios que presta la institución, tuvo un aumento de un 17 % (3 días) en el año 2010 frente al 2009.

En cuanto al total de atenciones realizadas el aumento fue de 95% es decir 23.849 atenciones más para el periodo 2010 con respecto al año inmediatamente anterior. Dentro del estudio global de oportunidad, se encuentra que junto con el aumento del número de pacientes se presenta además un incremento del número de días promedio de espera para el acceso por parte de los usuarios, esta situación da cuentas del comportamiento de la calidad en cuanto al acceso de servicios y oportunidad de la atención.

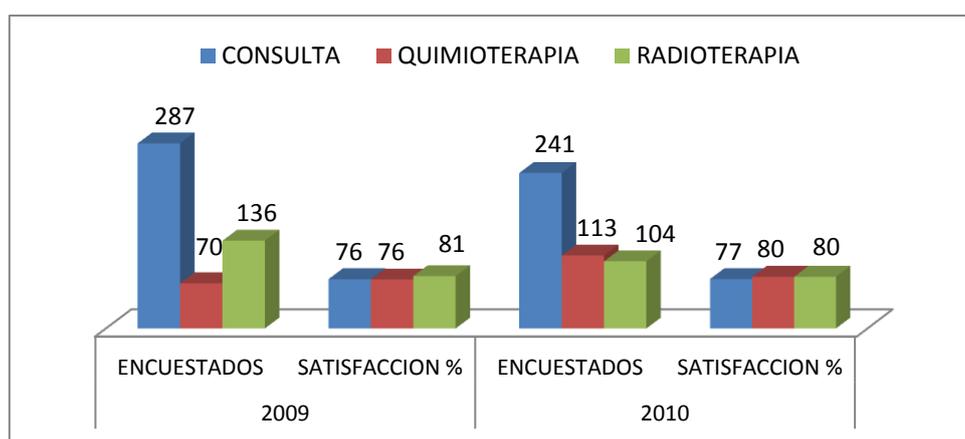
La oportunidad global integra los datos obtenidos en los indicadores correspondientes a consulta, radioterapia y quimioterapia. Se encontró, cómo un gran incremento del número de atenciones realizadas, tiene como consecuencia el aumento de los días de espera y el deterioro de la oportunidad en cuanto al acceso de un servicio se refiere; y, aunque el ideal de cualquier incremento en el número de atenciones sería que no se vieran aumentados los días de espera, al comparar los totales de atenciones frente a los días de espera, y sus respectivos incrementos desde el año 2009 al año 2010 se observa que dichos incrementos no son proporcionales. Se entendería entonces que la institución ha empleado estrategias para reducir el impacto negativo de la oportunidad en el acceso al incrementar su número de usuarios, quedando aún retos y posibilidades de mejora en este indicador. El comportamiento es el mismo para los tres servicios y las variaciones de cada uno están dadas en razón de la ampliación de usuarios.

### 3.3 INDICADORES DEL DOMINIO SATISFACCION/ LEALTAD.

#### 3.3.1 Porcentaje de satisfacción global

El estudio del indicador sobre satisfacción de los pacientes con respecto a los servicios del Centro Javeriano de Oncología, es resultado del procesamiento de los datos obtenidos por la Oficina de Garantía de Calidad, por medio de los formularios de satisfacción auto aplicados por los usuarios durante los años 2009 y 2010, donde los resultados obtenidos para cada uno de los servicios mostraron los siguientes resultados:

**Gráfico 9. Encuestados y porcentajes de satisfacción en el Centro Javeriano de Oncología. 2009-2010**



**Fuente: Elaboración del Autor a partir de los datos suministrados por la oficina de calidad del HUSI.**

RADIOTERAPIA:

$$\frac{\% \text{ de satisfacción } 2010 - \% \text{ de satisfacción } 2009}{\% \text{ de satisfacción en aspectos del servicio radioterapia } 2009} = -2 \%$$

El servicio de radioterapia presentó un total de 287 usuarios encuestados en el 2009 y 241 en el año 2010. La variación en cuanto a la satisfacción expresada por los usuarios con respecto a este servicio fue de un -2%, pasando de un total de 81% de satisfacción en el año 2009 a 80% en el año 2010.

## QUIMIOTERAPIA:

$$\frac{\% \text{ de satisfacción } 2010 - \% \text{ de satisfacción } 2009}{\% \text{ de satisfacción en aspectos del servicio quimioterapia } 2009} = 5 \%$$

El Servicio de Quimioterapia por su parte, contó con un total de encuestados de 70 usuarios en el año 2009 y 113 usuarios en el año 2010. La variación en la satisfacción de este servicio fue entonces de 5% pasando de un porcentaje global de satisfacción de 76% en 2009 a 80% en el año 2010.

## CONSULTA EXTERNA:

$$\frac{\% \text{ de satisfacción } 2010 - \% \text{ de satisfacción } 2009}{\% \text{ de satisfacción en aspectos del servicio consulta } 2009} = 1 \%$$

Finalmente para el caso de consulta externa los resultados nos muestran un total de 287 formularios contestados en el año 2009 y 241 para el año 2010. En este servicio el comportamiento del porcentaje de satisfacción global para esto dos periodos fue de 1% y sus valores incrementaron de 76% de satisfacción total en 2009 a 77% en el año 2010.

En términos generales, los servicios de quimioterapia y consulta presentaron mejoras en el porcentaje de satisfacción global de los pacientes, mientras que para el caso del servicio de radioterapia la valoración dada por los usuarios por medio de la encuesta de calidad se reflejó en una disminución de 1.0 punto del porcentaje de satisfacción.

Por medio de la retroalimentación realizada a la institución, por parte de los usuarios en las encuestas auto aplicadas de calidad, se encontró que los valores de satisfacción para los diferentes servicios que se prestan se ubican en valores entre 76% y 81%; esto podría significar un alto grado de satisfacción general percibida por los usuarios del Centro Javeriano de Oncología y, permitiría establecer la existencia de áreas y cualidades del servicio que pueden ser mejorados.

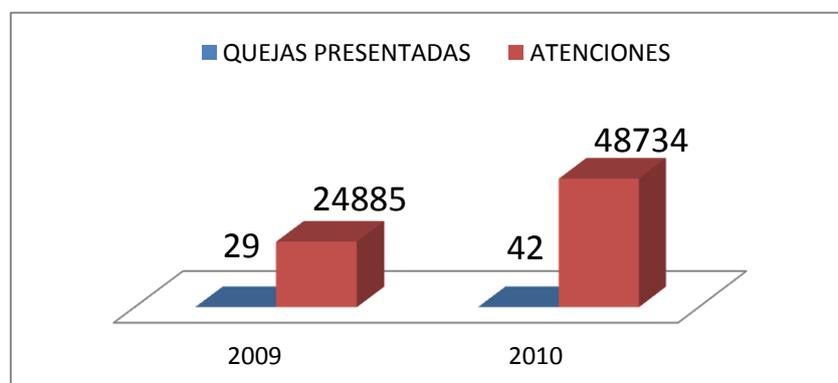
Para mostrar los resultados de los diferentes aspectos que hacen parte del formulario auto aplicado de satisfacción global a usuarios, se presentan en archivo anexo los

resultados de satisfacción para cada una de las 12 preguntas que componen la encuesta junto con los gráficos comparativos para los dos años que integran el periodo del presente estudio y que dieron origen a los datos de satisfacción global presentados en el grafico 9. En este archivo es posible dar cuenta de los aspectos más críticos en cuanto a la valoración de calidad realizada por los usuarios.

### 3.3.2 PORCENTAJE DE QUEJAS PRESENTADAS EN EL CENTRO ONCOLÓGICO JAVERIANO

La información aportada por la Oficina de Garantía de Calidad del Hospital Universitario San Ignacio, permitió procesar y analizar los datos relacionados con las quejas presentadas por los usuarios de los servicios; a continuación se presentan los datos del número de quejas presentadas a esta oficina por usuarios del Centro Javeriano de oncología en el periodo del estudio y se comparan con el número total de atenciones realizadas para el desarrollo del indicador.

**Grafico 10. Atenciones realizadas y quejas presentadas en el Centro Javeriano de Oncología. 2009-2010**



**Fuente:** Elaboración del Autor a partir de los datos suministrados por la oficina de calidad del HUSI.

A continuación se presenta la fórmula de operación del indicador y los resultados para cada uno de los periodos estudiados:

$$\frac{\text{Número de quejas presentadas en el Centro Oncológico Javeriano}}{\text{Total de atenciones realizadas en el periodo}}$$

**Resultado 2009: 0,11%**

**Resultado: 2010: 0,08%**

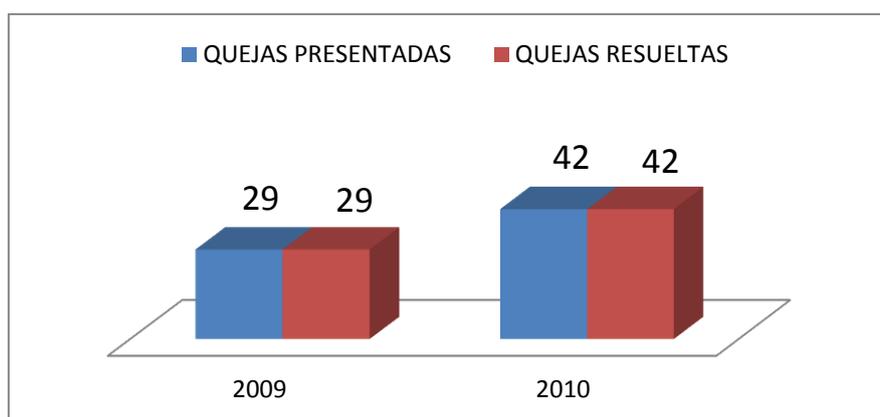
Los resultados del indicador de quejas presentadas, muestran para los periodos 2009 y 2010, porcentajes inferiores al 1 % del total de atenciones realizadas, dichos porcentajes son correspondientes con los altos porcentajes de satisfacción reportados en el desarrollo del indicador anterior. Adicionalmente se observa como en el año 2010 se presenta un número 95% mayor de atenciones y el porcentaje de quejas es menor.

En proporción al número de atenciones realizadas, para cada año, los porcentajes de quejas presentadas por los usuarios se podrían considerar bajos, con respecto a la atención del Centro Javeriano de Oncología y los aspectos relacionados con la calidad percibida desde el punto de vista del usuario; es decir, de los resultados del servicio. Estos datos, desde los resultados de este estudio, podrían demostrar un alto grado de calidad en cuanto a la atención y a la satisfacción de los usuarios.

### 3.3.4 PROPORCIÓN DE QUEJAS RESUELTAS

A partir del total de quejas presentadas en el Centro Javeriano de Oncología en los años 2009 y 2010, se desarrolló un indicador para conocer el porcentaje de resolución a las inquietudes de los pacientes realizado por la Oficina de Garantía de la Calidad.

**Gráfico11. Quejas presentadas y resueltas en el Centro Javeriano de Oncología. 2009-2010**



**Fuente: Elaboración del Autor a partir de los datos suministrados por la oficina de calidad del HUSI.**

A continuación se presenta la ecuación por medio de la cual se desarrolla el indicador y los resultados para cada uno de los periodos estudiados:

$$\frac{\text{Número de quejas presentadas}}{\text{Número de quejas resueltas}}$$

Resultado 2009: 100%

Resultado 2010: 100%

En cuanto al total de quejas presentadas para cada uno de los periodos del presente estudio se observa que en el año 2010 el total de quejas aumentan un 49%, pasando de 29 a 42 quejas. Con respecto al indicador de resolución se encontró que en ambos periodos el 100% de las solicitudes presentadas en el Centro Javeriano de Oncología, fueron debidamente resueltas por la Oficina de Garantía de la calidad. De esta forma se puede observar otro de los atributos en cuanto a servicio, apoyo a pacientes y adecuado funcionamiento del sistema para el monitoreo y mejoramiento de la calidad en la institución.

Los datos obtenidos en el presente estudio no permiten conocer los aspectos específicos sobre los cuales se presenta mayor proporción de quejas o cual es la razón del incremento en el número de quejas presentadas en la Oficina de Calidad; por cuanto esta información es de carácter privado para la institución, tampoco es posible asegurar que el aumento en el número de quejas este directamente relacionado con el incremento que se presentó en cuanto al total de atenciones realizadas. Sin embargo, los indicadores de porcentajes de quejas en proporción a las atenciones de cada año y el porcentaje de resolución de quejas, podría demostrar eficiencia en el trabajo de la Oficina de Garantía de la Calidad y la Oficina de Atención al Usuario, las cuales han sido oportunas en la resolución del total de quejas presentadas. De igual manera los bajos porcentajes de quejas permitirían establecer, cómo los servicios que presta el Centro Javeriano de Oncología, cumplen su objetivo y generan un alto grado de satisfacción en la mayoría de los pacientes.

El estudio de los indicadores: satisfacción lealtad, historias clínicas y oportunidad permitió ver, cómo en el Centro Javeriano de Oncología, en el periodo comprendido entre los años 2009 y 2010, se presentó un gran incremento en el número de atenciones; esto trajo consigo una disminución de la oportunidad, menor porcentaje de registro en algunos aspectos de la historia clínica y aumento en el número de quejas presentadas por los usuarios. Estos tres sucesos se presentaron simultáneamente pero su impacto fue bajo frente al incremento de la operación.

Finalmente, es importante señalar que se podría demostrar, para el caso del C.J.O, y basados en los hallazgos encontrados, un alto crecimiento en la demanda de servicios significó grandes retos en cuanto a recursos, lo que hizo posible responder a dicho desafío sin deteriorar de forma importante la calidad del servicio; lo anterior se podría afirmar puesto a pesar de una pequeña disminución en la oportunidad y algunas fallas en el registro de las historias clínicas, los porcentajes de satisfacción medida desde el punto de vista de los usuarios, mantuvo valores altos en diferentes aspectos que conforman una atención de buena calidad.

## **CAPITULO 4**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **4.1 CONCLUSIONES**

De los resultados mostrados y analizados en relación con el comportamiento de la calidad en el Centro Javeriano de Oncología por medio del desarrollo de indicadores para los años 2009 y 2010 se derivan las siguientes conclusiones:

1. Sobre la dimensión de Historias clínicas: Tendiendo en cuenta lo establecido por la resolución 1995 de 1999 y mediante el desarrollo de los indicadores estudiados, se encontró altos porcentajes de cumplimiento en las dimensiones de disponibilidad, secuencialidad y disponibilidad de las historias clínicas en el Centro Javeriano de Oncología. Sobre las dimensiones de integralidad, identificación del usuario, generalidades y racionalidad científica aunque presentan también adecuados porcentajes de cumplimiento en cuanto al registro, son susceptibles de mejoras. Y en lo referente a la dimensión de condiciones de salud del paciente, la reglamentación establece que estas deben estar integradas además del área somática por las condiciones de tipo psíquica, económica, cultural, y medioambiental; en estos aspectos el registro presenta ausencias y es por tal razón que presenta el más bajo valor de cumplimiento.
  
2. La principal falla encontrada en el proceso de la revisión de historias clínicas, fue la omisión de algunos de los parámetros definidos dentro del software existente para tal fin, así como el registro de notas con espacios incompletos. Sin embargo, el proceso actual de registro de datos en las historias clínicas es adecuado y oportuno. En cuanto a la comparación de las condiciones de registro para los años 2009 y 2010 se encontró un comportamiento homogéneo para cada uno de los parámetros evaluados y un mayor porcentaje de cumplimiento en los parámetros registrados por el personal administrativo frente a los registros realizados por el personal de la salud.

3. El estudio de la dimensión de accesibilidad y oportunidad y sus indicadores, mostró que para las diferentes áreas estudiadas (citas de primera vez y de control, procedimientos de primera vez y de control y satisfacción global) se presentaron incrementos importantes en el número de atenciones del año 2010 con respecto al año 2009. Dichos incrementos se vieron acompañados de un aumento en el número promedio de días de oportunidad para el acceso en los distintos servicios, con excepción de radioterapias de control donde a pesar del incremento en el número de atenciones se presenta una pequeña disminución en los días promedio de oportunidad. Para el resto de casos el aumento en el número de atenciones realizadas estuvo acompañado de aumento en el número de días de oportunidad sin que los incrementos de estas dos variables tuvieran comportamiento proporcional.
  
4. En cuanto al indicador de oportunidad global, los datos mostraron que al aumentar en un 95% el número de atenciones pasando de 24.885 en el año 2009 a 48.734 en el año 2010, se incrementaron también los días promedio de oportunidad (días de espera) en un 17% equivalente a 3 días. El resultado podría interpretarse como que a pesar del aumento en el número de atenciones en un 95%, la oportunidad para los pacientes se vio afectada, únicamente en un 17% (3 días) lo que podría indicarnos que este comportamiento no fue en detrimento de este atributo de la calidad en la prestación de servicios del CJO.
  
5. El aumento en el número de atenciones implicó una mayor demanda de infraestructura, recursos y logística. Se encuentra, también en cuanto a la oportunidad, un deterioro por aumento de los días de espera para la realización de consultas y procedimientos. En cuanto a la relación de los días de espera y el número de atenciones realizadas el presente estudio muestra como el Centro Javeriano de Oncología, asumió adecuadamente el desafío de aumento en la demanda de servicio y que el impacto en el indicador de oportunidad medido por días de espera fue leve y frente al beneficio de poder brindar servicios oncológicos de alta calidad a un mayor número de pacientes; por ello, este comportamiento podría considerarse justificable, por cuanto aumenta los días de espera en un bajo porcentaje para brindar la oportunidad a una mayor población de acceder a los servicios

6. Sobre la dimensión de satisfacción y lealtad, el estudio de caso muestra que existe en general una alta aceptabilidad y satisfacción por parte de los usuarios cuando se trata de las características de accesibilidad, oportunidad, trato, información, planta física y seguridad clínica que son evaluadas por medio del formulario auto aplicado de satisfacción; es así como, los porcentajes muestran el siguiente comportamiento: radioterapia ( paso de 81% en el 2009 a 80% en 2010), quimioterapia (pasa de 76% en 2009 a 80% en 2010) y consulta (pasa de 76% en 2009 a 77% en 2010) todos los valores situados por arriba de 75% se consideran altos y muy aceptables en términos de calidad del resultado.
7. El porcentaje de quejas presentadas por os usuarios del C.J.O en los años 2009 y 2010 es supremamente bajo con respecto al número de atenciones prestadas por la institución. De igual manera el trabajo que desempeña la oficina de garantía de la calidad para dar trámite y respuesta a estas inquietudes es altamente eficiente y en los dos años del estudio se han respondido el 100% de inquietudes presentadas.
8. La recopilación de los resultados encontrados en las tres dimensiones del estudio y el desarrollo de los indicadores dentro de cada una de estas dimensiones, podría permitir concluir que los servicios prestados en el C.J.O., durante el periodo comprendido entre los años 2009 hasta 2010, experimentaron un fuerte aumento del número de usuarios, pero mantuvieron sus atributos de calidad y se logró mantener e incrementar el nivel de satisfacción de los pacientes.
9. Al contrastar los resultados del estudio con el desarrollo del marco teórico, los indicadores de calidad, constituyen una importante y útil herramienta para la realización de seguimiento al comportamiento de parámetros específicos y atributos de las instituciones de salud en lo referente a la conformación, atributos de la prestación de los servicios o del proceso y de resultados. No constituyen una medición de calidad pero si dan cuenta efectiva de algunos parámetros claves para el logro de la misma. Monitorear por medio de indicadores los diferentes aspectos que integran las dimensiones de la calidad, le permite a las instituciones detectar áreas susceptibles de mejora e implementar

acciones enfocadas en aquellos puntos clave que establezca el ejercicio de análisis.

10. Los atributos de los servicios que presta el Centro Javeriano de Oncología han mejorado no solamente en aumentar la cantidad de prestaciones, sino que además han permitido mantener e incluso incrementar la satisfacción de los usuarios por medio del mantenimiento de algunos parámetros que integran la calidad en la atención. El presente estudio hace referencia a tan solo una pequeña parte del total de componentes que integran la calidad en el Centro Javeriano de Oncología; sin embargo, el análisis del cumplimiento en registro de historias clínicas, satisfacción de pacientes y oportunidad en la atención podría permitir dar cuenta de factores de proceso, cualidades de la atención y resultado que desarrolla una institución especializada de salud.
11. Finalmente, más allá de un ejercicio teórico, el presente estudio permite concluir la utilidad del sistema de indicadores como herramienta para el monitoreo de algunos elementos específicos sobre calidad y podría constituirse como la principal fuente de evaluación y presentación de resultados en las instituciones de salud, debido a la actual implementación de sistemas de calidad, procesos de acreditación y monitoreo constante de los diferentes componentes de los servicios de salud y de la prestación de servicios para el cuidado de la misma.

## **4.2 RECOMENDACIONES**

Los resultados mostrados en el presente estudio permiten aportar una serie de recomendaciones finales, relacionadas con las variables estudiadas; a continuación se presentan:

1. Medir y realizar seguimiento continuo de los diferentes parámetros que integran la calidad por medio del sistema de indicadores, lo que permitirá a los directivos de las instituciones de salud, y en este caso, del Centro Javeriano de Oncología, adoptar estrategias de mejoramiento de forma oportuna y focalizando sus acciones en los puntos claves para brindar una atención de alta calidad.

2. En lo referente, tanto al personal como a las instituciones de salud, es adecuado que se tomen medidas y se creen campañas para reforzar y capacitarlos sobre la importancia del registro de los datos de la atención en las historias clínicas de forma adecuada, oportuna y cumpliendo todos los parámetros establecidos por la reglamentación.
3. La implementación y mejoramiento de un sistema de calidad en salud implica que las instituciones constantemente asuman nuevos retos y por medio de procesos de evaluación se retroalimente y establezca las prioridades en cuanto a campos de acción para el mejoramiento y toma de decisiones orientadas a mejor calidad de los servicios.
4. Es importante establecer las áreas de mayor importancia e impacto a la calidad dentro de los servicios que se prestan en el Centro Javeriano de Oncología, con el fin de realizar monitoreo continuo por medio de indicadores y realizar acciones oportunas que mejoren el grado de calidad en todos los aspectos de la institución.
5. Dentro del análisis del formulario auto aplicado a usuarios del Centro Javeriano de Oncología, uno de los aspectos fundamentales y de gran importancia para la determinación del grado de satisfacción, es lo referente al recurso humano. Al respecto, es importante que esta institución cuente con programas para el mejoramiento de la atención; suministro oportuno de información a pacientes y familiares y programas de mejoras en la oportunidad de los servicios que se prestan, teniendo en cuenta que la atención de pacientes con patología oncológica requiere de altas cualidades en lo referente a estándares de calidad y sobre todo de oportunidad y seguridad clínica.
6. Incrementar la aplicación del formato auto aplicado para el establecimiento de la satisfacción de los usuarios, lo que les permitirá tener datos representativos, constantemente sobre los diferentes parámetros que afectan la satisfacción del usuario.

7. Entender los indicadores de salud no solo como instrumentos de medida, sino como herramientas que permiten el establecimiento un sistema de mejoramiento permanente en las instituciones de salud y que pueden ser aplicadas a las distintas áreas involucradas en el proceso y, de los resultados de las acciones realizadas por la institución. Reconocer el sistema de indicadores dentro del proceso de mejoramiento continuo de la calidad, hará más versátiles y reales las acciones que se creen para este fin.
  
8. Dar a conocer e informar continuamente al recurso humano de la institución sobre el resultado de estas mediciones, lo que permitirá crear una cultura organizacional de pertenencia frente a los puntos críticos para la calidad de la atención; además de hacerles partícipes y aportantes de soluciones para el mejoramiento. También da lugar a procesos de formación continua, para que quienes realizan las atenciones de salud comprendan y reconozcan la importancia de la implementación y mantenimiento de programas para alcanzar un mejor grado de calidad en sus labores diarias.

## 5. BIBLIOGRAFIA

1. Decreto 2174 (Presidencia de la Republica 1996).
2. Ley 715 (Poder Publico - Rama Lejistaliva 2001).
3. Resolucion 1446 (Ministerio de la Proteccion Social 8 de mayo de 2006).
4. *Diseños metodologicos.* (2011). Recuperado el julio de 2011, de <http://www2.uiah.fi/projekti/metodi/271.htm>
5. ARDON, N. (2005). Sistema para el Monitoreo de la Calidad de la atencion en salud por indicadores en los Hospitales de I,II y III nivel de atencion. Bogotá: JAVEGRAF - Pontificia Universidad Javeriana.
6. ARDON, N., & JARA, M. (1998). *Interpretacion de la Conceptualizacion de la calidad y calidad en salud y de las metodologias existentes a nivel internacional para evaluar la calidad en los servicios de salud.* Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
7. Castro vasquez, A., Espinosa gutierrez, I., Rodriguez Contreras, P., & Santos Iglesias, P. (2007). Relacion entre el Estado de salud percibido e Indicadores de Salud en la Poblacion Española. *Intemational Journal of Clinical and Health Psychology*, Vol. 7, N° 3, pp. 883-898.
8. Del Rio, M., Felui, J., Roch, I., Sanchez, A., Ordoñez, A., Garcia, J., y otros. (2006). Aplicacion del Modelo Europeo de Calidad en Oncologia. *Revista Clinica de España*, 206(3):129-36.
9. DONADEBIAN, A. (1979). the cuality of medical care: a concept in search of a definition. *the journal or family practice*, vol.9, N°2.
10. GIRALDO, P. (1997). *Modulo Epidemiologia.* Bogotá: Pontificia Univerisad Javeriana.
11. GOMEZ, E. (1991). El control total de la calida como una estrategia de comercializacion. Bogotá: Legis.
12. Gourdji, I., McVey, L., & Loiselle, C. (2003). Patients' Satisfaction and Importance Ratings of Quality in an Outpatient Oncology Center. *Journal of Nursing Care Quality*, Vol. 18, No. 1, pp 43–55.
13. Jimenez Peneque, R. E. (2004). Indicadores de Calidad y Eficiencia de los Servicios hospitalarios. Una mirada Actual. *revista cubana de Salud publica*, 30 (1).
14. Laurence, W., & Clancy, C. (2003). Health Outcomes Assessment in Cance. Current Measurement Strategies and Recommendations for Improvement. *Dis Manage Health Outcomes*, 11 (11): 709-721.

15. Lis, C. G., Rodeghier, M., & Gupta, D. (2011). The relationship between perceived service quality and patient willingness to recommend at a national oncology hospital network. *BMC Health Services Research*, 11:46.
16. Ministerio de la Protección Social. (2009). *Informe Nacional de la calidad de Atención en Salud (INCAS)*. Bogotá.
17. Neuss, M. N., Desch, C. E., McNiff, K. K., Eisenberg, P. D., Gesme, D. H., Jacobson, J. O., y otros. (2005). A Process for Measuring the Quality of Cancer Care: The Quality Oncology Practice Initiative. *JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY*, VOLUME 23, NUMBER 25.
18. PEREZ, R. (1992). *Círculos de calidad: una herramienta en calidad total*. Aeroimpresos de Colombia.
19. RESTREPO, F. (1998). Evaluación y mejora de la calidad de los servicios de salud. Herramientas técnicas. . En *Documento diplomado Garantía de Calidad*. Medellín (Antioquia): Universidad de Antioquia - texto académico.
20. SEMES (grupo de trabajo), I. (2001). Calidad en los Servicios de Urgencias. Indicadores de Calidad. *Emergencias*, 13: 60-65.
21. Suárez-Sánchez, F., & Quintero-Posada, Á. (2008). Conceptos Preliminares Sobre los Servicios Oncológicos en Colombia. *Revista Colombiana de Cancerología*, 12(1):12-22.
22. SUÑOL, R., & BAÑARES, J. (1998). *Origen, evolución y características de los programas de gestión de la calidad en los servicios de salud*. En: *Evaluación y mejora de la calidad de los servicios de salud*. Medellín (Antioquia): Documento Diplomado Garantía de calidad - Universidad Antioquia.

## 6. ANEXOS

**Anexo 1. Archivo de Historias clínicas**, con los datos de las atenciones, realizadas por el centro javeriano de oncología en los años de estudio, formato utilizado para la revisión del registro en las historias clínicas, consolidación de los datos encontrados en la revisión historias clínicas y comparación del comportamiento de los registros. 2009-2010.

**Anexo 2. Archivo de satisfacción-lealtad**, con los datos consolidados de las encuestas auto aplicadas de satisfacción a usuarios del Centro Javeriano de Oncología, satisfacción global, quejas presentadas y resueltas y consolidados por servicios para cada una de las preguntas que integran el cuestionario y sus datos consolidados. 2009-2010

**Anexo 3. Archivo Oportunidad de la atención**, con los datos correspondientes a la oportunidad según atenciones del Centro Javeriano de Oncología, y oportunidad clasificada por cada una de las áreas de atención. 2009-2010