ALCANCE Y AMBITO DE LA APLICACIÓN

El Modelo de Prestación de Servicios de salud del Hospital La Milagrosa E.S.E, está dirigido a los usuarios de la Institución y a todas las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y Entidades Responsables de Pago (ERP), como documento esencial para el adecuado acceso a los servicios ofertados y para la contratación de prestación de servicios de salud.

Este documento describe la representación y descripción del enfoque y el cómo, la institución lleva a cabo su objeto misional que es la prestación de servicios de salud, los procesos y procedimientos de la atención del paciente en el servicio de urgencias desde su ingreso, egreso, traslado intrainstitucional e interinstitucional, entre otras.

Define conceptualmente como la organización va a desarrollar sus actividades desde el punto de la atención integral de urgencias como IPS pública de primer nivel y cómo va a intervenir el paciente que accede a sus respectivos servicios.
Las disposiciones de este modelo son de estricto cumplimiento para todas las personas o empresas que prestan sus servicios en la Institución.

CONTEXTO TERRITORIAL

Localización

El Municipio de Villarrica, se encuentra situado al oriente del Departamento del Tolima, su cabecera está localizada a 171 kilómetros de Ibagué, capital del Departamento, sobre los 5o 08' de latitud Norte y los 74o 57' de longitud al Oeste De Greenwich, Los límites del municipio de Villarrica, en conformidad con los artículos 12 y 17 del Decreto 803 de 1940, reglamentario de la Ley 62 de 1939, “Sobre deslinde y amojonamiento de los Departamentos, Intendencias, Comisarías y Municipios de la República” y ratificados para el Departamento del Tolima por la Ordenanza de Mayo de 1988, son los siguientes: Por el norte limita con el municipio de Cunday, por el oriente limita con el municipio de cabrera Cundinamarca y Colombia Huila, por el occidente limita con el purificación y Cunday, por el sur limita con el municipio de Dolores.

Extensión Territorial

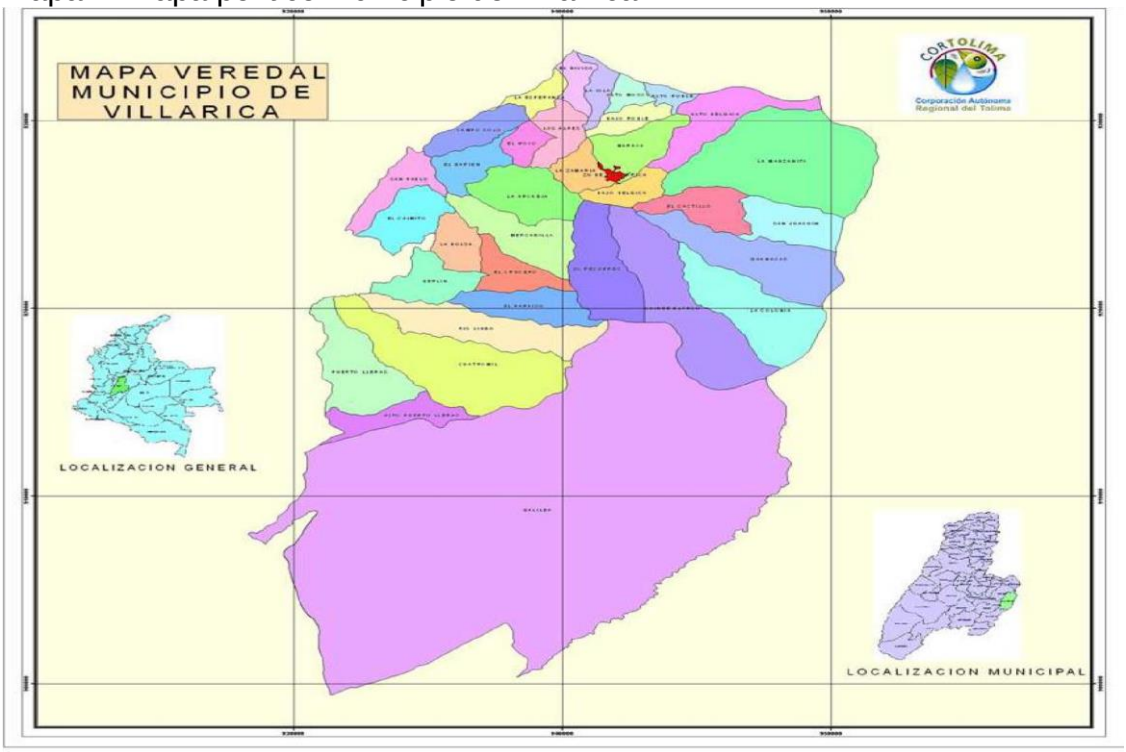
La extensión territorial para el municipio de Villarrica presenta una extensión geográfica con predominio en el área de rural con el 99.91% y en área urbana 0,09%

Distribución de los municipios por extensión territorial y área de residencia, 2016

Municipio	Extensión urbana		Extensión rural		Extensión total	
	Extensión	Porcentaje	Extensión	Porcentaje	Extensión	Porcentaje
VILLARRICA	0.42	0.09%	479.58	99.91%	480	100%

Fuente: DANE

Mapa 1. Mapa político municipio de Villarrica



Características físicas del territorio

Altura y Relieve

La cabecera municipal del Municipio de Villarrica la conforman 6 barrios y el área rural la integran 32 veredas y 3 centros poblados: Los Alpes, Puerto Lleras y La Colonia. Villarrica geográficamente se encuentra ubicada en la zona sur oriente del Tolima, a 3 grados, 56 minutos, 0 segundos de latitud norte, 74 grados, 36 minutos, longitud al oeste del meridiano de Greenwich y se encuentra en una altitud de 860 metros de altura sobre el nivel del mar.

Hidrografía

Villarrica esta surcado por los ríos Cuinde, Cuindecito y Cuindefeo.

Temperatura y humedad

El municipio tiene un clima templado y en pocas de lluvia en los meses de abril, mayo, octubre, noviembre, el resto del año es de clima medio 24.5 grados centígrados.

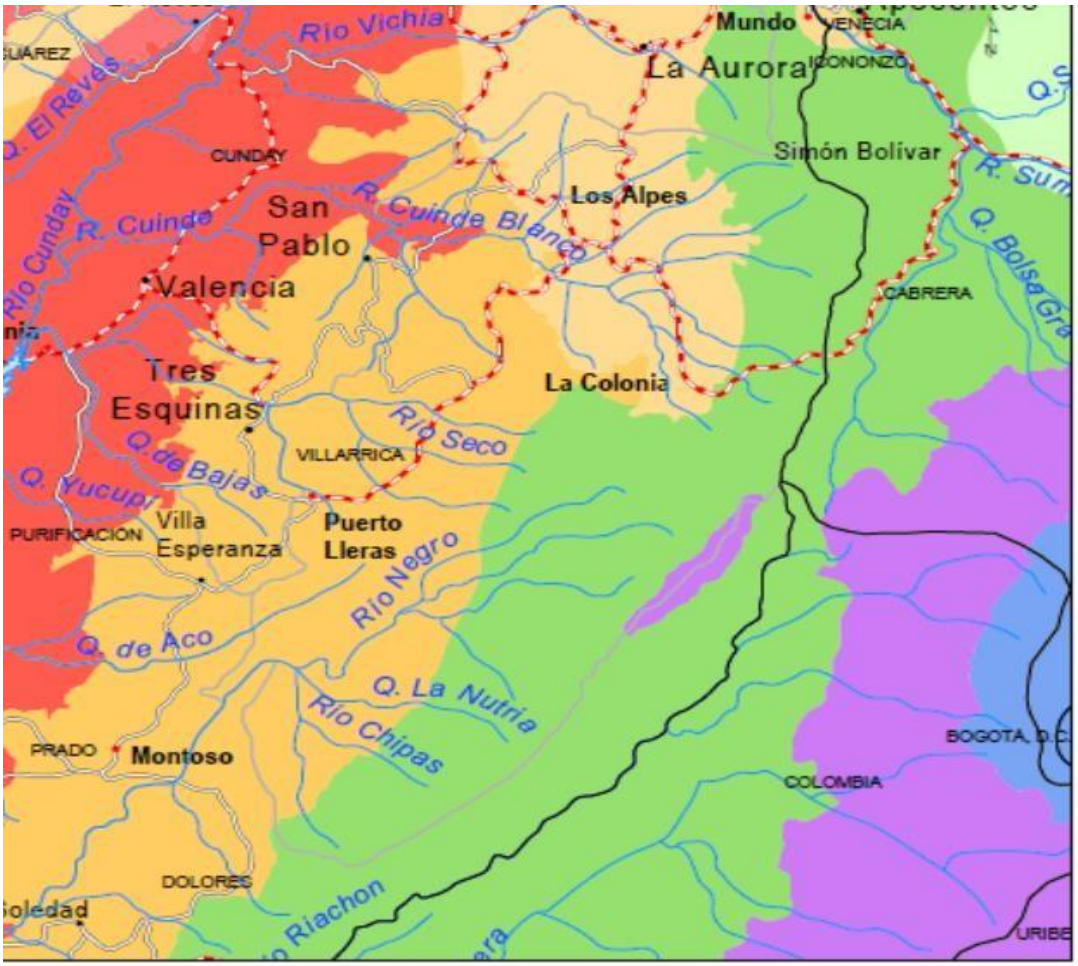
Zonas de riesgo

Amenazas sísmica: la cabecera municipal está ubicada en una zona de amenaza sísmica intermedia.

Amenazas por inestabilidad potencial: las zonas expuestas están entre la carrera 3 y carrera 6 con calle 8 y 7 y entre la carrera 4 con calles 4, 3, 2, y 1 la carrera 5 donde se encuentra la institución educativa Francisco Pineda López.

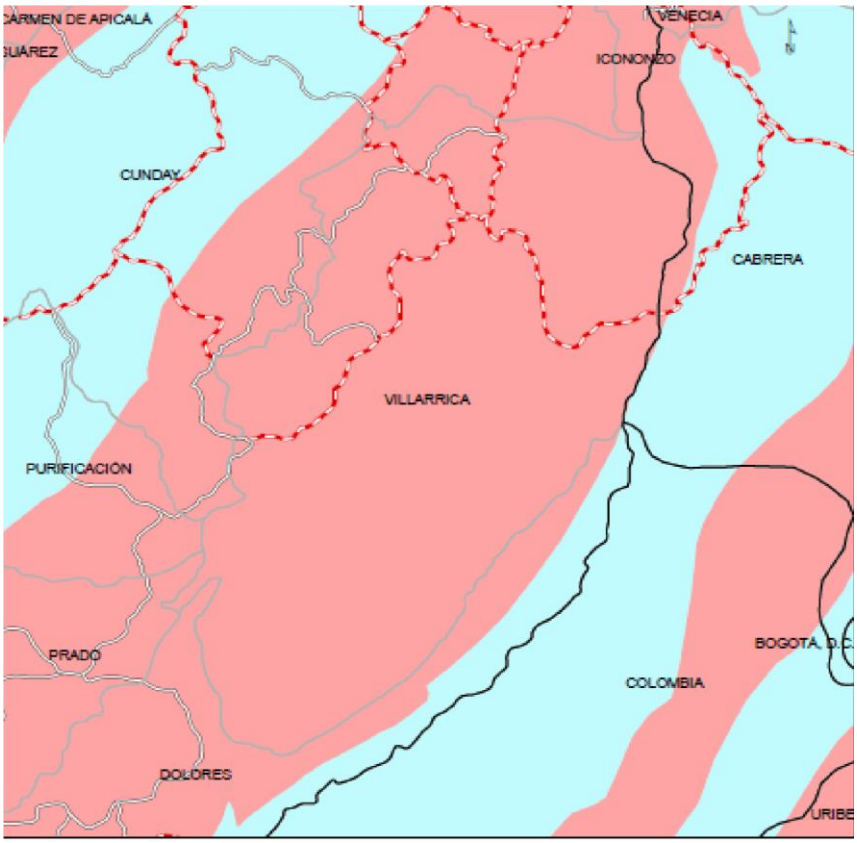
Amenazas por inundación: esta amenaza es generada por la quebrada el botadero que atraviesa el casco urbano por la carrea 6 y calle 5, pasando por TELECOM hasta llegar fuera del perímetro urbano además el rio Cuindecito presenta una zona de inundación que pueda generar problemas a las zonas aledañas.

Mapa 2 Relieve, Hidrografía, zonas de riesgos municipio de Villarrica Tolima 2011



Fuente: Instituto Geográfico Agustín Codazzi "IGAC"

Mapa 3 Zonas De Riesgos Municipio De Villarrica Tolima 2011



Fuente: Instituto Geográfico Agustín Codazzi “IGAC”

1.1.3 Accesibilidad geográfica

Las vías terciarias corresponden a las veredas de las cuales se conforma el municipio de Villarrica, son vías que se encuentran en mal estado y de difícil acceso para que la población pueda transitar, la vereda más alejada del municipio de Villarrica es puerto lleras la cual se encuentra ubicada a 3 horas del casco urbano y únicamente se pueden movilizar por vía terrestre no se cuenta con una línea de transporte, solamente los días sábado en la cual va un vehículo particular y presta el servicio de transporte para que la población se pueda desplazar al municipio realizar sus actividades.

Tabla 2. Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia en kilómetros municipio de Villarrica, 2011

Veredas	**Tiempo de llegada desde las veredas al municipio villarrica, de minutos. en**	**Distancia en las Kilómetrosal desde veredas municipio**	**Tipo de transporte desde las veredas alde municipio villarrica**
PUERTO LLERAS	120	22 KM	Terrestre
RIOLINDO	25	18 KM	Terrestre
CUATROMIL	90	18 KM	Terrestre
MERCADILLA	50	12 KM	Terrestre
ARCADIA	35	11 KM	Terrestre
SAMARIA	10	3 KM	Terrestre
RECUERDO	45	10 KM	Terrestre
LA BOLSA	80	17 KM	Terrestre
CUINDEBLANCO	90	15 KM	Terrestre
SAN JOAQUIN	40	12 KM	Terrestre
LA COLONIA	35	14 KM	Terrestre
GUANACAS	30	12 KM	Terrestre
MANZANITA	30	9 KM	Terrestre
MARAYAL	15	4 KM	Terrestre
MOSCU	20	8 KM	Terrestre
BAJO ROBLE	30	6 KM	Terrestre
ALTO ROBLE	20	7 KM	Terrestre
EL HOYO	15	8 KM	Terrestre
LA ESPERANZA	20	8 KM	Terrestre
LA ISLA	30	12 KM	Terrestre

EL DIVISO	30	10 KM	Terrestre
BERLIN	60	17 KM	Terrestre
LOS ALPES	10	5 KM	Terrestre
EL CASTILLO	20	8 KM	Terrestre
ALTO BELGICA	30	10 KM	Terrestre
EL DARIEN	35	10 KM	Terrestre
EL CRUCERO	70	15 KM	Terrestre
CAMPOSOLO	35	12 KM	Terrestre
BAJO BELGICA	15	5 KM	Terrestre

Fuente: canalización plan de salud pública Villarrica

Tabla 3. Tiempo de traslado, tipo de transporte, distancia en kilómetros desde el municipio hacia los municipios vecinos, 2011

MUNICIPIO	MUNICIPIO VECINO	DISTANCIA EN KILOMETROS ENTRE EL MUNICIPIO Y SU MUNICIPIO VECINO	TIPO DE TRANSPORTE ENTRE EL MUNICIPIO Y EL MUNICIPIO VECINO	TIEMPO DEL ESTIMADO EL TRASLADO AL ENTRE MUNICIPIO MUNICIPIO VECINO
VILLARRICA	IBAGUE	171 KM	INTERMUNICIPAL	4 HORAS
VILLARRICA	CUNDAY	36 KM	INTERMUNICIPAL	2:00 HORAS

Fuente: Secretaria De Planeación Y Desarrollo

1. Contexto Demográfico

Contexto demográfico

Población total

La población del municipio de Villarrica ha ido descendiendo para el año 2013 si se compara con los nacidos vicos en el año 2005 tanto para los hombres como para las mujeres.

Tabla 4. Población Total Del Municipio De Villarrica

Grupos de edad	2005			2013		
Total	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Total	6226	3311	2915	5599	2937	2662
0-4	597	307	290	500	256	244
5-9	642	330	312	494	254	240
10-14	669	346	323	504	261	243
15-19	521	268	253	527	275	252
20-24	397	208	189	471	246	225
25-29	313	165	148	345	179	166
30-34	354	189	165	262	136	126
35-39	422	228	194	253	132	121
40-44	392	220	172	321	171	150
45-49	340	192	148	362	196	166
50-54	331	188	143	321	179	142
55-59	311	170	141	286	160	126
60-64	217	120	97	279	153	126
65-69	218	119	99	222	117	105
70-74	195	103	92	155	80	75
75-79	161	83	78	132	65	67
80 Y MÁS	146	75	71	165	77	88

Fuente: **DANE- SISPRO-MSPS**

Densidad poblacional por kilómetro cuadrado

El municipio de Villarrica para el año 2011 se contempla una concentración de 13 habitantes por Km2, de acuerdo al total de la población para este año que fue de 5748 habitantes.

Población por área de residencia urbano/rural

Tabla 5 . Población por área de residencia departamento 2011

Municipio	**Población cabecera municipal**		**Población resto**		**Población total**	**Grado de urbanización**
	Población	Porcentaje	Población	Porcentaje		
VILLARRICA	2257	40%	3411	60%	5668	40%

Fuente: **DANE- SISPRO-MSPS**

En el municipio de Villarrica el 40% de la población habita en la cabecera municipal, mientras el 60% restante habita en la zona rural, lo que indica que la mayor concentración se encuentra en el área rural debido a que la mayor parte de esta población realiza actividades de explotación agrícola.

Grado de urbanización

En el Municipio de Villarrica el grado de urbanismo corresponde al 40% de la población total del municipio, concentrado en la cabecera municipal conformada por 6 barrios.

Número de viviendas

De acuerdo con el censo del 2005, en el municipio de Villarrica había 1909 viviendas, un 7,46% menos que las registradas en el censo del año 1993, la vivienda urbana creció en 35 unidades en un 4,98% al pasar de 703 en el año 1993 a 738 en el año 2005; mientras tanto la vivienda rural decreció en 189 unidades, en un 13,90% en el periodo analizado.

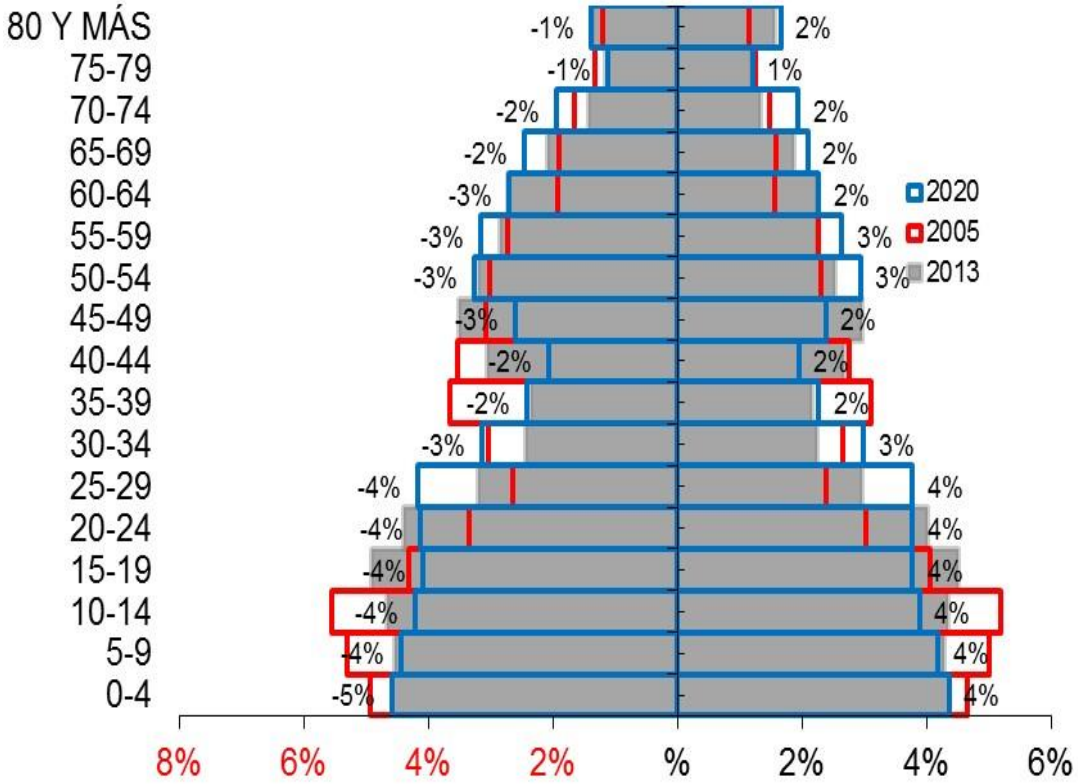
Población por pertenencia étnica

El municipio de Villarrica no cuenta con información de población por pertenencia étnica, además no se cuenta con listados censales que garantice la residencia de esta población dentro del área del Municipio.

1.2.1Estructura demográfica

La pirámide poblacional del municipio de Villarrica presenta una tendencia regresiva, debido a que la natalidad y fecundidad presentan un descenso en su base para el año 2013 comparado con el año 2005, los grupos de edad donde hay mayor cantidad de población son los de 15 a 19 años de edad y de 20 a 24 años de edad, a medida que avanza se ve el estrechamiento que representa los adultos mayores; se proyecta que para el año 2020 la pirámide poblacional siga estrechándose en su base y se aumenta la población en edades avanzadas.

Figura 1.Pirámide poblacional del municipio de Villarrica, 2005, 2013, 2020



Fuente: **DANE- SISPRO-MSPS**

Población por grupo de edad

De acuerdo a la población por grupos de edades para el municipio de Villarrica, se presenta una frecuencia relativa entre el grupo de edades de 0 a 6 años, haciendo un comparativo se evidencia un decrecimiento poco significativo equivalente al 1% entre los años 2005 y 2013 que tiende hacia el mantenimiento de la frecuencia, mientras que para el ciclo de vida de 7 a 12 años se presenta una reducción mayor, equivalente al 3% entre los años 2013 y 2020 con respecto al año 2005. Para el ciclo vital de 13 a 18 años se presenta la misma frecuencia relativa para los años 2005 y 2013 correspondiente al 9%, hacia la proyección 2020 se evidencia una disminución del 1% con respecto a los años anteriores. Para el ciclo vital de 19 a 26 años se ve un aumento para el año 2013 del 2% y del 3% para el año 2020 con respecto al 2005 donde la frecuencia relativa es del 8%. Para el ciclo vital de 15 a 59 se presenta la misma frecuencia relativa de 4% para los años de referencia. Para el ciclo de vida de mayor de 60 años se presenta una misma frecuencia de 2% para los años 2013 y 2020 con respecto del año 2005 con una frecuencia de 12%.

Tabla 6 .Proporción de la población por ciclo vital, municipio de Villarrica 2005,2013 y 2020.

Ciclo vital	2005		2013		2020	
	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa
Primera infancia (0 a 6 años)	845	11%	697	10%	681	10%
Infancia (7 a 12 años)	804	11%	595	8%	563	8%
Adolescencia (13 a 18 años)	687	9%	630	9%	576	8%
Juventud (19 a 26 años)	618	8%	727	10%	734	11%
Adultez (15 a 59 años)	3381	4%	3148	4%	3058	4%
Persona mayor 60 años y más)	937	12%	953	14%	956	14%

Total						

Fuente: **DANE- SISPRO-MSPS**

La población del municipio de Villarrica ha ido descendiendo para el año 2013 si se compara con los nacidos vicos en el año 2005 tanto para los hombres como para las mujeres

Densidad poblacional por kilómetro cuadrado

El municipio de Villarrica para el año 2011 se contempla una concentración de 13 habitantes por Km2, de acuerdo al total de la población para este año que fue de 5748 habitantes.

Población por área de residencia urbano/rural

Tabla 5 . Población por área de residencia departamento 2011

Municipio	**Población cabecera municipal**		**Población resto**		**Población total**	**Grado de urbanización**
	Población	Porcentaje	Población	Porcentaje		
VILLARRICA	2257	40%	3411	60%	5668	40%

Fuente: **DANE- SISPRO-MSPS**

En el municipio de Villarrica el 40% de la población habita en la cabecera municipal, mientras el 60% restante habita en la zona rural, lo que indica que la mayor concentración se encuentra en el área rural debido a que la mayor parte de esta población realiza actividades de explotación agrícola.

Población por grupo de edad

De acuerdo a la población por grupos de edades para el municipio de Villarrica, se presenta una frecuencia relativa entre el grupo de edades de 0 a 6 años, haciendo

un comparativo se evidencia un decrecimiento poco significativo equivalente al 1% entre los años 2005 y 2013 que tiende hacia el mantenimiento de la frecuencia, mientras que para el ciclo de vida de 7 a 12 años se presenta una reducción mayor, equivalente al 3% entre los años 2013 y 2020 con respecto al año 2005. Para el ciclo vital de 13 a 18 años se presenta la misma frecuencia relativa para los años 2005 y 2013 correspondiente al 9%, hacia la proyección 2020 se evidencia una disminución del 1% con respecto a los años anteriores. Para el ciclo vital de 19 a 26 años se ve un aumento para el año 2013 del 2% y del 3% para el año 2020 con respecto al 2005 donde la frecuencia relativa es del 8%. Para el ciclo vital de 15 a 59 se presenta la misma frecuencia relativa de 4% para los años de referencia. Para el ciclo de vida de mayor de 60 años se presenta una misma frecuencia de 2% para los años 2013 y 2020 con respecto del año 2005 con una frecuencia de 12%.

Tabla 6. Proporción de la población por ciclo vital, municipio de Villarrica 2005,2013 y 2020.

Ciclo vital	2005		2013		2020	
	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa
Primera infancia (0 a 6 años)	845	11%	697	10%	681	10%
Infancia (7 a 12 años)	804	11%	595	8%	563	8%
Adolescencia (13 a 18 años)	687	9%	630	9%	576	8%
Juventud (19 a 26 años)	618	8%	727	10%	734	11%
Adultez (15 a 59 años)	3381	4%	3148	4%	3058	4%
Persona mayor 60 años y más)	937	12%	953	14%	956	14%
Total						

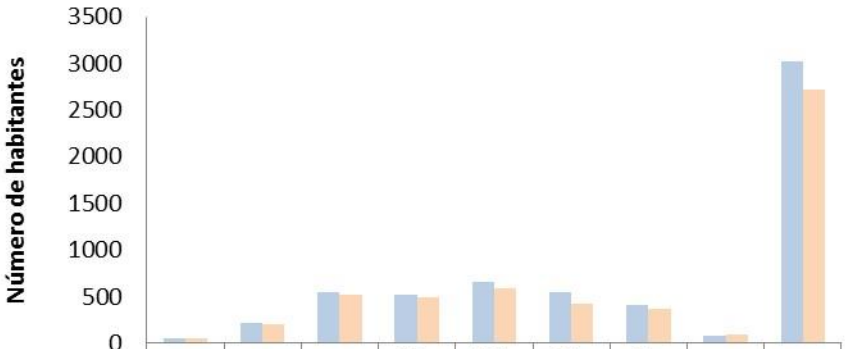
Fuente: **DANE- SISPRO-MSPS**

Tabla 7. Grupo Atareo, municipio de Villarrica1985, 1993, 2005, 2013, 2020

Los grupos de edad presentados para los años 1985, 1993, 2005,2013 y 2020 para el municipio de Villarrica presentan una disminución en cada uno de los grupos de edad, siendo esta más significativa entre 1993 y 2005 con una reducción de alrededor de 3064 personas.

La población del Municipio de Villarrica para el periodo comprendido entre el año 2005 a 2013, presenta una disminución en cada uno de los grupos atareos, siendo esta más significativas en los grupos etarios de 5 a 14 años y 25 a 44.

Figura3. Población por sexo y grupo de edad del municipio Villarrica, 2011



	> 1 año	1 - 4 años	5 - 14 años	15 - 24 años	25 - 44 años	45 - 59 años	60 - 79 años	< 80 años	Total
Hombres	51	212	550	525	655	542	411	77	3023
Mujeres	51	201	519	487	587	425	365	90	2725

Fuente: **DANE- SISPRO-MSPS**

Revisando los grupos quinquenales en el municipio de Villarrica se observa una mayor proporción de hombres con relación a la de las mujeres excepto en el grupo quinquenal de más de 80 años. se pudo analizar que en los menores de 1 año hubo el mismo número de nacidos vivos para ambos sexos, para el rango de edad de 1 a 4 años se presentó una diferencia de 11 hombres con respecto a los nacimientos del sexo femenino, para el rango de edad comprendido entre los 5 y 14 años hubo una diferencia de 31 nacimientos de sexo masculino con respecto al sexo femenino, para el rengo comprendido entre 15 y 24 años se presentó una diferencia de 38 nacimiento de sexo masculino con respecto al sexo femenino, para los rangos edad comprendidos entre los 25 a 44 años hubo una diferencia de 68 hombres con

respecto al sexo femenino, para el rango de edad comprendido entre los años 45 a 59 se duplicaron los nacimientos con 117 de los hombres con respecto al rango de edad de 25 a 44, para el rango de edad comprendido entre los años 60 a 79 nacieron 191 personas de ambos sexos con respecto al rango anterior y para el rango de edad comprendido entre los 80 años y más se presentó una diferencia de 13 mujeres con respecto al de los hombre, cabe destacar que en este único rango de edad es donde se presentan un mayor número de mujeres que de hombre y en los otros rangos antes mencionados predominan los nacimientos del sexo masculino.

EL MODELO DE ATENCIÓN se define como: “el conjunto de lineamientos conceptuales y de principios rectores, con un enfoque sistemático basado en el mejoramiento continuo y la seguridad del paciente. Comprende el enfoque aplicado en la organización para la prestación del servicio, la integralidad de las acciones, y la consiguiente orientación de las actividades de salud que determinan la manera de implementar y poner en funcionamiento la operación de la prestación de servicios de salud que deben ser prestados a la población objetivo buscando el acceso a los servicios, ofreciendo calidad en la atención y eficiencia en el uso de recursos, de acuerdo con una conceptualización sobre salud/enfermedad, las necesidades identificadas de atención en salud de la población y las normas y políticas de prestación de servicio vigentes en el sistema de salud, garantizando un servicio digno y oportuno para quienes lo requieren.

Así mismo en vista que el hospital también realiza acciones grupales y colectivas de atecion, el modelo de atención se refiere la organización de respuestas sociales articuladas y coordinadas para responder efectivamente a las necesidades de la población .

El modelo de atención incluye el conjunto de acciones desarrolladas por los actores comprometidos y responsables de transformar las condiciones de salud y sus determinantes, de las poblaciones que habitan el municipio de referencia del hospital. En ese sentido entrelaza los componentes de la planeación territorial, la prestación de servicios individuales y colectivos y la intersectorialidad, pretendiendo con ello: desarrollar el rol de la ESE como gestor y rector de la salud pública en el territorio, aumentar la resolutividad y efectividad de las respuestas y la búsqueda de las formas más eficientes de hacer las cosas y lograr los resultados esperados.

El modelo va más allá de la prestación de servicios, se estructura de acuerdo con las necesidades sociales de la población, partiendo de una concepción positiva de la salud y no solo de las enfermedades que presenta la población. El modelo de atención se orienta por principios y características que obedecen al enfoque conceptual que incorpora elementos como el derecho a la salud, los determinantes

sociales de la salud, la gestión social integral, el enfoque promocional de calidad de vida y salud y la estrategia de APS renovada.

Características del Modelo

- Accesibilidad: Facilidad con que se obtienen los cuidados médicos, a pesar de las barreras que se presentan (económicas, geografías y de la institución).
- Oportunidad: Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.
- Seguridad: Es el conjunto de elementos que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
- Pertinencia: Es el grado de aplicación de los conocimientos médicos y la tecnología disponible de acuerdo con la evidencia científica.
- Continuidad: Es la prestación de los servicios mediante una secuencia lógica y racional de actividades sin interrupciones.
- Satisfacción del Usuario: Grado de cumplimiento de las expectativas de los pacientes, frente a la atención recibida, los resultados obtenidos, los profesionales y la organización.
- Efectividad: Es el grado en que la prestación de los servicios asistenciales alcanza los resultados esperados para el paciente.
- Eficiencia: Uso racional de los recursos disponibles para la obtención del resultado esperado.
- Coordinación: Articulación entre diferentes áreas, servicios o procesos que garanticen el resultado esperado para el paciente.
- Competencia: Habilidad demostrada para aplicar los conocimientos y aptitudes que proporcionen salud y satisfacción a los usuarios.

De este modelo se deriva la forma como se organiza la IPS y los recursos para la atención de la salud desde la perspectiva del servicio a las personas, e incluye las funciones asistenciales y logísticas, como la puerta de entrada al sistema, su capacidad resolutiva, la responsabilidad sobre las personas que demandan servicios, así como el proceso de referencia y contrarreferencia".

De acuerdo con lo anterior, planteamos los principios rectores y los lineamientos conceptuales que determinan el modelo operativo que deberá tener la IPS en su responsabilidad de atención de la población objetivo.

Ordenadores del Modelo

Las acciones en salud (respuestas) realizadas por el Hospital deben estructurarse de acuerdo con los siguientes ordenadores:

1. Territorio: Es el espacio social que comprende dimensiones políticas, físicas, geográficas, económicas, sociales, culturales y ambientales que interactúan y son interdependientes, producido por las relaciones sociales y las relaciones entre sociedad y naturaleza. La organización está dirigida a modificar de manera positiva los Determinantes Sociales de la Salud, a través de acciones sociales y de salud que tiendan a afectar las causas de las inequidades identificadas en nuestra población.
2. Población. Es un conjunto de personas que habitan o residen en un territorio geográfico específico, y está determinada por características como el número de personas que la integran, su composición según variables biológicas, sociales y culturales, y por el asentamiento geográfico en el que se encuentren. Para lograrlo es necesario conocer las condiciones particulares relacionadas con las etapas de la vida en la que se encuentre la persona (niñez, adolescencia, adultez, persona mayor), así como otras condiciones o situaciones (desplazamiento, discapacidad, entre otras), ya que así se puede determinar el impacto y definir la posibilidad de mejorar sus condiciones de calidad de vida.
3. Necesidades Sociales: Se definen como todos aquellas condiciones esenciales requeridas para alcanzar individual o colectivamente una plena condición de calidad de vida y salud, y que garantizadas como derechos sociales, deben ser el principal objeto de respuesta por parte del Hospital, respondiendo de manera equitativa y permanente a las causas y determinantes que provoquen su negación o defecto y sobre las cuales tenga ámbito de intervención.
4. Resultados en Salud: Representan los cambios positivos en las condiciones de calidad de vida y salud de la población, tomando como referencia su situación inicial; son los efectos del Plan de Desarrollo sobre las necesidades identificadas en la población.

Estrategias

1. Atención Primaria Integral En Salud: Estrategia encaminada a identificar las necesidades sociales en territorios, liderando la respuesta sectorial local, ejecutando las intervenciones de manera integral, abogando por la respuesta transectorial y movilizando a los distintos actores sociales en torno a la elaboración, ejecución y seguimiento de agendas sociales que propendan por el mejoramiento de las condiciones de vida y salud de la población.
2. Trabajo En Red: Compromiso y colaboración de los hospitales que conforman la región y microregion, para desarrollar una estructura conjunta y con

responsabilidad compartida, buscando fortalecer sus procesos de atención, las respuestas a sus necesidades y optimizar el aprovechamiento de los recursos.

3. Generación De Conocimiento: Crear, adquirir, retener, mantener, sistematizar, utilizar y procesar el conocimiento antiguo y nuevo ante la complejidad de los cambios del entorno, para poder poner al alcance de cada actor la información que necesita en el momento preciso para que su actividad sea efectiva, basado en el fortalecimiento de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC). De la misma forma busca utilizar el conocimiento con un enfoque de respuestas en salud basadas en la evidencia.

La Organización Mundial de la Salud define la URGENCIA como “la aparición fortuita en cualquier lugar o actividad de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención, por parte del sujeto que lo sufre.”

La CONSULTA PRIORITARIA es la atención que se presta a un usuario que presenta inconvenientes de salud que impiden el desarrollo normal de sus actividades cotidianas, aunque sin constituirse en una urgencia vital. En este tipo de consulta se garantiza que la atención se realice en el trascurso del día en que fue solicitada.

DEFINICIÓN DE SALUD: "Salud es el estado del completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad" (definición de la OMS)

DEFINICIÓN DE ATENCIÓN EN SALUD: El presente documento adopta la definición de atención en salud, establecida en la Política de Seguridad del Paciente propuesta por el Ministerio de la Protección Social en los siguientes términos: "Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud".

Componentes del modelo

El modelo de atención otorga un lugar a cada uno de los diferentes actores sociales que participan en el proceso de determinación de la calidad de vida y salud, en la implementación de respuestas sociales a las necesidades sociales y a la propia población como sujeto activo de la realidad.

Para el logro de los objetivos propuestos se define un conjunto de elementos que se relacionan entre sí de modo complementario e interdependiente. Estos elementos definen una cierta arquitectura organizacional para la acción y precisan unas relaciones posibles, con el propósito de servir a los actores institucionales y sociales como guía para la acción, en procura de lograr el propósito de mejorar las condiciones de vida de la población y la materialización de las condiciones para el ejercicio y disfrute de los derechos humanos.

Los componentes del modelo de atención se estructuran de acuerdo a los procesos institucionales definidos en el mapa de procesos, de la siguiente manera:

- PLANEACIÓN DE LA SALUD TERRITORIAL
- SALUD INDIVIDUAL Y COLECTIVA – INVESTIGACIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO
- PARTICIPACIÓN SOCIAL Y CORRESPONSABILIDAD
- INTERSETORIALIDAD

OPERACIÓN DEL MODELO

El Modelo de Atención, deberá poder responder a las necesidades de la comunidad del municipio desde el sector salud, mediante el uso pleno de sus funciones en atención individual y colectiva con claridad frente a la estrategia de Atención Primaria en Salud. En la medida que las necesidades sociales identificadas con uno o varios impactos en la salud de la comunidad, pero con causas externas al sector, deberán tener la abogacía, gestión y acción del hospital para lograr alianzas intersectoriales que redunden en la afectación positiva de estos determinantes.

Para la operación del modelo se parte desde sus componentes, cada componente deberá desarrollar acciones en coordinación y articulación con los otros y generará las respuestas que intenten superar la segmentación del sistema de salud colombiano, implementará la estrategia de Atención Primaria de Salud a través del programa Territorios Saludables articulándolos a las acciones intra murales asistenciales.

PLANEACIÓN DE LA SALUD TERRITORIAL

Constituye el punto de partida y activación del modelo, a partir del cual se dinamizan las estrategias para la comprensión de la realidad y la orientación de las respuestas.

El Hospital, orientará sus acciones a mejorar las condiciones de calidad de vida de la población, sobre la base de entender las necesidades de los diferentes grupos poblacionales en los territorios y transformar sus servicios y respuestas institucionales para satisfacer dichas necesidades.

Los elementos del componente son:

a. El análisis de situación de salud, para generar diagnósticos comprensivos de la realidad que sirvan como herramientas de la toma de decisiones en los diferentes niveles de gestión del territorio. El análisis de situación de salud de cada territorio tendrá como eje ordenador las UPZ y deberá identificar claramente las problemáticas presentadas en éstas, teniendo en cuenta las etapas del ciclo vital, así como los factores determinantes de dichas problemáticas que permitan construir respuestas desde las necesidades sociales y no desde las ofertas institucionales. La actualización del diagnóstico local es una responsabilidad institucional y deberá ser liderado por el Comité Territorial que operará en cada territorio. Pero el proceso inicial deberá darse en el seno de las Unidades de Análisis de Situación de Salud (UAS) por centro y por territorio; las unidades de análisis deberán ser espacios de participación tanto de integrantes de los territorios saludables como también integrantes de los equipos asistenciales intra murales. Las UAS corresponderán de manera territorial a una metodología de análisis de situación en salud basada en determinantes sociales de la salud y con priorización de estos determinantes mediante la Metodología de Planeación Estratégica Situacional. Para el espacio UAS serán de vital importancia en su proceso de discusión los reportes de perfil de morbilidad por centro y territorio, los reportes de vigilancia epidemiológica y vigilancia epidemiológica comunitaria de los diferentes subsistemas y frente a estas fuentes el espacio requiere preparación previa por parte del Referente del Territorio con tres tipos de abordaje: el de estudios de casos, análisis de problemas de salud más representativos del territorio y con impacto en las políticas públicas distritales y nacionales y finalmente un abordaje territorial global en todos sus aspectos y con enfoque de determinación social de la salud como ya se había mencionado. Los resultados de las Unidades de Análisis deberán alimentar otros espacios territoriales e institucionales como el COVE, COVECOM y el Comité Territorial. Las Unidades respondan a las problemáticas de salud de los territorios; por alimentarse en la discusión de casos particulares a su vez las UAS deberán dejar planes de acción

familiares y comunitarios que se aterrizan desde el proceso de Salud Individual y Colectiva.

b. El Comité Territorial como el mayor escenario de análisis de situación en salud y de la planeación de respuestas territoriales. El comité territorial es el máximo espacio de coordinación e integración de los procesos, que recoge el trabajo de los diferentes niveles de gestión institucionales y comunitarios del territorio respectivo y proyecta las necesidades hacia los niveles e instancias directivas de la institución y del territorio. Con el comité territorial se pretende potenciar el trabajo en niveles de gestión complementarios, para retroalimentar los procesos en doble vía, de lo micro a lo macro y viceversa: de los grupos funcionales de los procesos institucionales; de los espacios de orientación y seguimiento de los centros de atención; de los espacios de trabajo de los equipos de Territorios Saludables; de los procesos de trabajo con las comunidades; del Comité de Gerencia, etc. En síntesis, el comité territorial es un dispositivo de apropiación pedagógica y construcción política, de un nuevo sentido del quehacer, de la construcción de un paradigma de la salud como derecho y producto social que se gestiona de manera participativa y transectorial. Deberán ser parte del comité territorial los referentes de cada territorio, los referentes de sedes asistenciales, representantes del equipo ASIS institucional, equipos de respuesta inmediata y Complementaria de Territorios Saludables.

c. La implementación del sistema integrado de información, el cual se encargará de articular y ordenar la generación, organización, procesamiento y el análisis de la información para orientar la toma de decisiones operativas y estratégicas de la institución, enfocado hacia la satisfacción de las necesidades de los individuos en los territorios y al mejoramiento de su calidad de vida. En este sentido, dicho sistema deberá soportar las decisiones que se tomen en materia de gestión social de la salud así como de fortalecimiento de la prestación de servicios, sobre la base de indicadores confiables y oportunos, los cuales deberán permanecer actualizados dependiendo de la periodicidad de su medición.

d. La orientación y diseño de respuestas mediante planes de respuesta territorial. Para definir el plan de respuesta territorial se consolidarán los diagnósticos previos realizados por la institución, otras instituciones y sectores y por la propia población, con esto se pretende identificar las necesidades sociales de manera comprensiva, visualizando el proceso de determinación social de las mismas. Así mismo se reconocerá y caracterizará la oferta y respuestas sociales existentes, tanto institucional como comunitaria, con el propósito de identificar déficits de respuesta, así como los acumulados a partir de los cuales promover vínculos intersectoriales, interinstitucionales y potenciar los procesos de organización y participación social.

El plan de respuesta territorial integrará de forma coherente toda la oferta disponible, confluyendo los programas integrales de salud, las estrategias en los diferentes ámbitos de vida cotidiana (familia, escuela, barrio, espacio laboral), de participación social y de los equipos básicos de salud de los centros de atención, procurando limitar la dispersión de esfuerzos y la integración de estrategias para aumentar la potencia de las respuestas, buscando la afectación de los determinantes de la calidad de vida y salud.

El plan de respuesta territorial se diseñará con perspectiva poblacional, es decir que precisará estrategias que sean pertinentes a cada etapa del ciclo de vida así como para grupos poblacionales de especial interés por sus condiciones de fragilidad social. Así mismo precisará los resultados sociales esperados, con los cuales se puedan evaluar los resultados, el impacto y cumplimiento del plan.

SALUD INDIVIDUAL Y COLECTIVA

En el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud la segmentación de todas las acciones de salud pública son el orden del día. Por un lado aseguradores plantean sus procesos de atención a la población con un enfoque de riesgo individual, aislándolo del contexto familiar y comunitario; por otro lado los entes territoriales despliegan de manera desarticulada con las acciones individuales sus procesos de cobertura en territorio y bajo los denominados Planes de Intervención Colectiva (PIC), procesos llevados de muy diferentes maneras y enfoques en todo el territorio nacional. En ese contexto el proceso institucional de Salud Individual y Colectiva tiene el reto de brindar respuestas a nuestras comunidades desde la articulación de las acciones asistenciales y de las actividades contempladas en el Plan de intervenciones colectivas que se ejecutan en coordinación con la contratación con la Alcaldía municipal de Villarrica

PORTAFOLIO DE SERVICIOS DEL HOSPITAL LA MILAGROSA

GRUPO	SERVICIO	AMBULATORIO	HOSPITALARIO	COMPLEJIDAD	DISTINTIVO
Internación	GENERAL ADULTOS	NO	SI	BAJA	DHS044066
	GENERAL PEDIÁTRICA	NO	SI	BAJA	DHS044067
	OBSTETRICIA	NO	SI	BAJA	DHS044068

Consulta Externa	ENFERMERÍA	SI	NO	BAJA	DHS044069
	MEDICINA GENERAL	SI	NO	BAJA	DHS044070
	ODONTOLOGÍA GENERAL	SI	NO	BAJA	DHS044071
Urgencias	SERVICIO DE URGENCIAS	SI	NO	BAJA	DHS044072
Transporte Asistencial	TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO	SI	NO	BAJA	DHS044073
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	LABORATORIO CLÍNICO	SI	NO	BAJA	DHS044074
	SERVICIO FARMACÉUTICO	SI	NO	BAJA	DHS044075
	TAMIZACIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO	SI	NO	BAJA	DHS044076
Protección Específica y Detección Temprana	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN DEL PARTO	SI	NO	BAJA	DHS044077
	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO	SI	NO	BAJA	DHS044078

	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO (MENOR A 10 AÑOS)	SI	NO	BAJA	DHS044079
	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL DESARROLLO DEL JOVEN (DE 10 A 29 AÑOS)	SI	NO	BAJA	DHS044080
	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL EMBARAZO	SI	NO	BAJA	DHS044081
	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES EN EL ADULTO (MAYOR A 45 AÑOS)	SI	NO	BAJA	DHS044082
	DETECCIÓN TEMPRANA - CÁNCER DE CUELLO UTERINO	SI	NO	BAJA	DHS044083

	DETECCIÓN TEMPRANA - CÁNCER SENO	SI	NO	BAJA	DHS044084
	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DE LA AGUDEZA VISUAL	SI	NO	BAJA	DHS044085
	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - VACUNACIÓN	SI	NO	SI	DHS044086
	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN PREVENTIVA EN SALUD BUCAL	SI	NO	SI	DHS044087
	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR HOMBRES Y MUJERES	SI	NO	SI	DHS044088
Procesos	PROCESO ESTERILIZACIÓN	SI	NO	SI	DHS044089

FUENTE: REPS CONSULTA 31-05-2017

CAPACIDAD INSTALADA

Recurso	Cantidad
Camas de hospitalización	6
Camas de observación	1
Consultorios de consulta externa	2
Consultorios en el servicio de urgencias	1
Mesas de partos	1
Número de unidades de odontología	1

FUENTE: SIHOS

GRUPO CAPACIDAD	NOMBRE	CANTIDAD	PLACA	MODADLIDAD	MODELO
AMBULANCIAS	Básica	1	OET383	TERRESTRE	2007
AMBULANCIAS	Básica	1	OTI347	TERRESTRE	2014
CAMAS	Pediátrica	2			0
CAMAS	Adultos	4			0
CAMAS	Obstetricia	2			0
SALAS	Partos	1			0
SALAS	Procedimientos	0			0

FUENTE: REPS CONSULTA

CICLO DE ATENCIÓN DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

El Hospital, Empresa Social del Estado, garantiza la atención inicial de urgencias a todos los usuarios que demanden el servicio, aún sin que medie contrato alguno.

El servicio inicial de urgencias se presta con médicos generales con cursos de actualización en urgencias médicas vigentes y soporte vital avanzado de manera que se garantice la atención y seguridad del paciente mientras se solicite la interconsulta por la especialidad que según el caso sea necesaria.

La ESE Hospital, cuenta con servicio de urgencias de

1. Solicitud del servicio:

El paciente puede acceder a los servicios de urgencias de dos formas, por llegada directa a solicitar el servicio, o por remisión desde otra Institución Prestadora de Servicios de Salud.

Paciente: El proceso inicia cuando el paciente llega al Servicio de Urgencias, en donde es atendido en primera instancia por el médico de Triage, quien verifica el estado de los signos vitales del paciente, el motivo de la solicitud del servicio y clasifica el grado de urgencia:

La IPS realizará clasificación de Triage máximo a los 30 minutos de la llegada del usuario a la institución.

El triage es una evaluación que prioriza la atención, no es una barrera de acceso. La institución se compromete a hacer un triage que, en su orden, sirva para decidir la prioridad de atención, asignar los tiempos de atención y disponer la solución oportuna de lo más grave. Ningún paciente, como resultado del triage, puede ser rechazado.

Los pacientes con enfermedades NO graves, también se atienden. La institución se compromete a que después de realizar el triage, orientará a los pacientes cuyas condiciones no sean graves, para conseguir una cita por consulta externa. La consulta prioritaria se atenderá en la misma institución. A ninguna persona se le niega la oportunidad para resolver sus dolencias.

Al ingreso del paciente se desarrolla el proceso de TRIAGE, según el "PROTOCOLO DE TRIAGE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS" valorado, se toman sus signos vitales, se interroga el motivo de la consulta, se diligencia el formato y es clasificado de acuerdo a la condición clínica, así:

1. Prioridad I. Atención inmediata (color rojo). Se clasifica al paciente que, debido a la severidad de sus lesiones, se encuentra en riesgo inminente de muerte y por lo tanto debe ser atendido de inmediato por encima de cualquier otro paciente que se encuentre esperando.

2. Prioridad II: Atención no debe superar los 15 minutos de espera (color amarillo). Se clasifica al paciente que se encuentra gravemente enfermo pero que no esté en riesgo inminente de muerte. Su atención puede esperar entre 30 y 40 minutos.

2. Prioridad III (Verde). (Consulta prioritaria). Se clasifica al paciente que tiene una enfermedad aguda o
3. crónica que le molesta inmensamente, pero cuya vida e integridad no están seriamente amenazadas. Este paciente se atenderá en la urgencia en un plazo no mayor a dos horas de su llegada al servicio.

4. Prioridad IV (Azul). La atención no es una urgencia. Se informa al paciente el costo de la consulta y/o se orienta para que acuda a consulta externa en su IPS primaria.

Según la clasificación, se realiza la admisión del paciente al servicio de urgencias, el paciente o su familiar deben presentar el documento de identidad y el carné de seguridad social del paciente en la ventanilla de admisiones, para que allí hagan la verificación de derechos e ingreso al sistema para la espera de la atención según haya sido clasificado.

IPS Remisora: Se debe gestionar la recepción del paciente por parte del servicio de Urgencias a fin que se adecúe el recurso necesario con relación a la patología del remitido. Una vez haya coordinado la recepción del paciente, se debe comunicar con la IPS solicitante, a fin de darle esta información. Una vez el paciente se encuentra en el servicio de Urgencias, se debe gestionar el ingreso administrativo en el módulo de Admisiones.

2. Admisión de Urgencias

En el módulo de Admisiones, el paciente debe presentar el carné o constancia vigente de la aseguradora responsable de pago y documento de identidad. En caso de que el paciente sea remitido, debe presentar adicionalmente el formato Hoja de remisión o referencia debidamente diligenciada y firmada por el facultativo que solicita el servicio.

3. Atención del paciente.

El Médico de Urgencias inicia su atención con una entrevista al paciente y/o familiar con el fin de conocer el motivo de consulta, luego le realiza el examen físico que permite la valoración general del paciente. El médico le informa el estado de salud al paciente y/o su familia, explicando el posible pronóstico y los beneficios y riesgos del tratamiento, registrando la atención y explicación de la misma en la Historia Clínica. Si el paciente requiere ayudas diagnósticas o interconsultas, diligencia las

solicitudes y se envían a los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico, en el formato establecido para tal fin, garantizando estándares de calidad y oportunidad y cumpliendo con los manuales de Toma y trasporte de muestras del Laboratorio Clínico, radio protección y bioseguridad. En el caso de interconsultas, genera la orden de realización, brindándole en todo momento la información requerida por el paciente y/o familiar. Posteriormente se define el plan de tratamiento: Observación, cirugía, hospitalización o tratamiento ambulatorio y le informa al paciente y/o familiar dicho plan explicándole claramente aspectos concernientes a su estancia, atención y cuidado.

Todos los pacientes a los que se les realiza el proceso de interconsulta son valorados por el Médico Especialista según la patología, en un tiempo de respuesta no mayor a seis horas, quien define si el paciente se hospitaliza, se traslada a quirófano, se remite a otra institución de mayor complejidad o autoriza su egreso.

De ser necesaria la valoración por otra especialidad, se hace la Solicitud, Gestión y Respuesta de Interconsulta. El tiempo de respuesta no es mayor a seis (6) horas.

Si el paciente requiere una ayuda diagnóstica o terapéutica que no se realiza en la institución, se transporta en ambulancia básica de acuerdo a su condición clínica a la institución que va a realizar el procedimiento con los documentos exigidos por la IPS prestadora y es devuelto al servicio de urgencias en las mismas condiciones; La entrega del resultado dependerá del tipo de ayuda diagnóstica o terapéutica e institución que preste el servicio.

La toma de este tipo de ayudas dependerá de la autorización de la Entidad Administradora de Planes de Beneficios.

Si el paciente requiere algún procedimiento diagnóstico o terapéutico, que no sea de extrema urgencia, el médico especialista explica al paciente y/o familiar (en caso de paciente menor de edad, inconsciente o con alteraciones mentales) el procedimiento a realizar, los posibles riesgos y consecuencias y le solicita consentir la realización del mismo por medio de la firma del documento.

Una vez definida la conducta, la enfermera le informa al personal de facturación para que se gestione el reporte y autorización de la prestación integral de la atención en salud del paciente. Después de reportado y autorizado se procede a su traslado.

Si el paciente tiene orden de Hospitalización general, la enfermera del servicio de urgencias solicita la cama a la enfermera del servicio de Hospitalización, una vez asignada la cama el paciente es trasladado por el personal asignado para este procedimiento a Hospitalización, el tiempo máximo del traslado del paciente es de dos (2) horas.

ATENCION MÉDICA:

El MEDICO tratante es el responsable del paciente hospitalizado.

Se cuenta con médicos generales hospitalarios las 24 horas del día en todos los servicios.

Si el paciente requiere traslado al quirófano, la enfermera verifica el cumplimiento del protocolo para la preparación del sitio preoperatorio y el paciente es trasladado por el camillero a las salas de cirugía.

Cuando el paciente fallece, el médico y el personal de enfermería diligencian los registros en la historia clínica indicando fecha y hora del deceso; el médico elabora la epicrisis y certificado de defunción si es pertinente, así mismo se informa a la familia del fallecimiento del paciente. En caso de ser muerte violenta se informa a la Fiscalía y se registra en la historia clínica.

Los pacientes tienen derecho a tener un acompañante permanente. Los niños hospitalizados en observación de pediatría están permanentemente acompañados por alguno de sus padres.

Atención Especializada: La atención de niños, madres embarazadas y pacientes de la tercera edad es de carácter preferencial, las líneas de frente y demás servicios priorizan dicha atención, los auxiliares de seguridad los orientan y ubican en el Triage para que se realice la atención prioritaria. El personal medico y de enfermería gestiona el ingreso a la consulta, en el caso de requerir estudio o procedimiento se acompaña al servicio remitido.

4. Egreso del paciente

Una vez ha recibido la atención, el paciente puede ser dado de alta o ser contra referido a la IPS de donde proviene.

4. PROCESO DE REFERENCIA DE PACIENTES

En aquellos casos en los cuales el Hospital no esté en capacidad de realizar un procedimiento diagnóstico o terapéutico indispensable, o cuando la patología del paciente supere nuestra capacidad tecnológica o científica para definir una conducta médica a alguno de los pacientes hospitalizados o en caso de no disponibilidad de camas en el servicio requerido, se iniciará el trámite de referencia a otra Institución Prestadora de Servicios de Salud, con el fin de garantizar la oportunidad y continuidad en la atención.

Acorde con lo establecido en el Decreto 4747 de 2007, Los Entes Territoriales y Empresas Administradoras de los Planes de Beneficios serán las directas responsables de ubicar al paciente dentro de las Instituciones que conforman su red asistencial.

El Hospital será el directo responsable de la referencia del paciente si el procedimiento a realizar hace parte del contrato con la EAPB.

Una vez el Hospital haya dado inicio al proceso de referencia de pacientes, no se aceptarán objeciones o glosas por demoras en su ubicación o traslado, ya que esta actividad es responsabilidad directa del Administrador del Plan de Beneficios

GESTION DE RIESGO:
La IPS se constituye en elemento fundamental para los programas de Gestión del Riesgo, entendido como la probabilidad de ocurrencia de un evento en salud que se relaciona con una enfermedad previa susceptible de complicarse, con factores predisponentes o con estilos de vida inadecuados que facilitan la aparición de enfermedades o sus complicaciones.

Cambio Cultural

La Seguridad del paciente es una prioridad estratégica en el Hospital. La Cultura del reporte (Cultura justa) Promueve y facilita la discusión de los errores de manera que se pueda aprender de ellos, se implementan planes de mejoramiento, propicia entornos seguros, quien reporta error o evento adverso es recompensado, quien no reporta es sancionado, no por el error, sino por ocultamiento.

Herramientas para promover cultura justa:

Evaluaciones de conocimiento sobre Sistema de garantía de calidad, termómetros que miden la calidad donde se toca el tema de seguridad del paciente, lavado de mano, higienización de Manos, utilización de los medicamentos en forma segura, y reporte de eventos adversos, Rondas De Seguridad Seguimiento del desarrollo de los Planes de mejoramiento de acuerdo al análisis y resultados del reporte de eventos adverso.

12. ATENCION AL USUARIO

El Hospital cuenta con Oficina de Atención al Usuario, con personal calificado y altamente comprometido con la satisfacción de los usuarios y pacientes de la Institución.

El objetivo principal de la oficina de atención al usuario es identificar diariamente las necesidades y expectativas tanto de los pacientes como de sus familiares, por medio de mecanismos que permitan interpretar, satisfacer y dar pronta respuesta a sus insatisfacciones, quejas y reclamos. Desde esta oficina se lideran los procesos de:

- ORIENTACION AL USUARIO, informando a los usuarios y pacientes que se acercan a las ventanillas del área de consulta externa
- DIVULGACION DE DERECHOS Y DEBERES, se visitan permanentemente los servicios del Hospital, hablando con los pacientes y sus familias, hablándoles acerca de sus derechos y deberes.
- EVALUACION DE LA SATISFACCION DEL USUARIO, se hacen rondas diarias por todos los servicios de la Institución, encuestando a los pacientes sobre diversos tópicos, con el fin de monitorear la satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos, al final del mes se consolida la información y se presentan el informe de satisfacción de los usuarios.
- GESTION DE PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS, Se dispone de una persona dedicada a recibir todas las solicitudes de los pacientes y sus familias y a gestionarlas, ya sea dando solución inmediata o mediata a dichas solicitudes, de este proceso se hace un consolidado mensual.

Las respuestas a las quejas son de obligatorio cumplimiento.
El trabajo en equipo y el compromiso institucional hacen que la calidad en la atención sea nuestro principal propósito.