

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

IMPACTO DE LA APLICACIÓN DEL COMPONENTE ACREDITACIÓN, DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE LA CALIDAD, EN LOS MACRO-PROCESOS DE CONSULTA EXTERNA Y RECURSOS FÍSICOS DE LA ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN ROQUE DE CURITÍ



PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

IMPACTO DE LA APLICACIÓN DEL COMPONENTE ACREDITACIÓN, DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE LA CALIDAD, EN LOS MACRO-PROCESOS DE CONSULTA EXTERNA Y RECURSOS FÍSICOS DE LA ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN ROQUE DE CURITÍ

**LESMES CASTRO ORLANDO
RODRIGUEZ BUENAHORA RUBEN DARIO
SIERRA URIBESERGIO ANDRES
UNIBIO BARAJAS ANGELICA MARIA**

ASESOR: ABELARDO GUZMAN HURTADO

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SANTANDER
CONVENIO CES
ESPECIALIZACION EN AUDITORIA EN SALUD
BUCARAMANGA, AGOSTO 02 DE 2010**

CONTENIDO

	Pág.
1. RESUMEN DEL PROYECTO	7
2. ELEMENTOS BÁSICOS DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN.....	10
2.1. TEMA Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	10
2.2. JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA.....	11
2.3. PREGUNTA DE INVESTIGACION	14
3. MARCO TEÓRICO DE APROXIMACION ALTEMA.....	15
4. OBJETIVOS.....	28
4.1. OBJETIVO GENERAL	28
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	28
5. DISEÑO METODOLOGICO PRELIMINAR	29
5.1. ENFOQUE METODOLOGÍCO DE LA INVESTIGACION	29
6. TIPO DE ESTUDIO.....	31
7. POBLACIÓN DE REFERENCIA	33
7.1. DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	34
8. ELEMENTOS DE GESTIÓN	37
8.1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.....	37
8.2. RESULTADOS O PRODUCTOS ESPERADOS A CORTO Y LARGO PLAZO	37
9. PRESUPUESTO.....	39
10. DESARROLLO TEMATICO	41
10.1. ENFOQUE BASADO EN PROCESOS	41
10.2. MAPA DE PROCESOS.....	41
10.2.1. Macro Proceso de Recursos Físicos.....	44
10.2.2. Macro Proceso de Consulta Externa.....	56
10.3. PROYECCIÓN DE LA GESTIÓN POR PROCESOS	59
10.4. ANÁLISIS DE INVESTIGACIÓN DE CAMPO	60
11. CONCLUSIONES	68
12. RECOMENDACIONES	71
BIBLIOGRAFÍA.....	72
ANEXOS	

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla.1 Datos del Proyecto	06
Tabla 2 Matriz de Inversión de los costos de la Calidad.....	21
Tabla 3. Inversión realizada por la ESE en el componente de Acreditación	27
Tabla 4. Presupuesto Global de la Propuesta Por fuentes de Financiación	39
Tabla 5. Descripción de los Gastos de Personal	39
Tabla 6. Descripción y cuantificación de los equipos de uso propio	39
Tabla 7 Materiales y Suministros	39
Tabla 8 Valoración Salidas de Campo	40
Tabla 9 Material Bibliográfico	40
Tabla 10 Descripción y justificación de los Viajes	40
Tabla 11. Proceso Almacén	46
Tabla 12 Proceso Inventario	49
Tabla 13 Procedimiento Adquisición de bienes y servicios	53
Tabla 14 Procedimiento Salida de bienes de Inventario	55
Tabla 15 Proceso Consulta Ambulatoria de Medicina General	57
Tabla 16 Posibles costos Financieros por Retrabajos	69

LISTA DE GRÁFICAS

	Pág.
Grafica 1. División Política del Municipio	33
Grafica 2. Cabecera Municipal	34
Grafica 3. Mapa de Macroprocesos	43
Grafica 4. Caracterización Recursos Físicos	44
Grafica 5 Caracterización Consulta Externa	56
Grafica 6 Comparativo Macroproceso Consulta Externa	61
Grafica 7 Comparativo Macroproceso Recursos Físicos	63
Grafica 8 Comparativo Cliente Externo	65
Grafica 9 Comparativo Autoevaluación Estándares de Calidad	67

DATOS DEL PROYECTO												
Tema de Investigación		Impacto de la aplicación del componente acreditación, del Sistema de Garantía de la Calidad, en los macro-procesos de consulta externa y recursos físicos de la ESE Hospital Integrado San Roque de Curití.										
Grupo de investigación que presenta el proyecto		Observatorio de la Salud Pública				Línea de investigación			Auditoría y Calidad en Salud			
Lugar de ejecución del proyecto		Curití				Palabras clave			Calidad, Sistema, medición, equilibrio, diferenciación, estrategia, optimización, diseño, Inversión, Costos.			
Valor del proyecto (\$)		\$ 7.750.000				Duración en meses						
Tipo de proyecto		<input type="checkbox"/> Investigación básica		<input type="checkbox"/> Investigación aplicada		<input checked="" type="checkbox"/> X		<input type="checkbox"/> Desarrollo tecnológico o experimental				
2. DATOS DE LOS PARTICIPANTES DEL PROYECTO												
Tipo de investigador	Tipo de vinculación	Nombre del participante		Institución	Grupo de investigación	Línea de investigación			Correo electrónico	Teléfono		
Investigador Principal	Estudiante de Especialización	Orlando Lesmes Castro							orlandolesmesc@gmail.com			
Investigador Principal	Estudiante de Especialización	Rubén Rodríguez Sanabria							rudar31@hotmail.com			
Investigador Principal	Estudiante de Especialización	Sergio Andrés Sierra							andressierra8@gmail.com			
Investigador Principal	Estudiante de Especialización	Angélica María Unibio Barajas							nenapickles@hotmail.com			
Nombre del responsable del proyecto												
3. DATOS SOBRE FINANCIACIÓN DEL PROYECTO												
Costo financiado (\$)						Costo por financiar (\$)						
Entidades a la que se solicita financiación						Monto solicitado (\$)						
4. INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL COMITÉ DE INVESTIGACIONES												
Fecha de recepción del proyecto		D	D		M	M		A	A	A	A	Código del proyecto
5. DECISIÓN DEL COMITÉ OPERATIVO DE INVESTIGACIÓN												
Decisión		Fecha				Número de acta				Firma		
Proyecto devuelto para corregir		D	D		M	M		A	A	A	A	
Proyecto aprobado		D	D		M	M		A	A	A	A	
Proyecto enviado al Comité Institucional de Investigación		D	D		M	M		A	A	A	A	
Proyecto enviado al Comité Institucional de Ética		D	D		M	M		A	A	A	A	
OBSERVACIONES												

1. RESUMEN DEL PROYECTO

Un primer escalón que debe cumplir toda institución de salud para poder prestar sus servicios es el componente de Habilitación, enmarcado en las Resoluciones 1043 de 2006, 2680 y 3763 de 2007; posteriormente la institución debe implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención PAMEC enmarcado en el anexo técnico 2 de la resolución 1043 de 2006 y en las Pautas de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la atención en Salud, expedidas por el Ministerio de la Protección Social en el año 2007.

Luego del avance de estos dos componentes, la institución de salud puede dar inicio al desarrollo del componente Sistema Único de Acreditación, que es el que nos atañe en la presente investigación.

El proyecto “Impacto en la aplicación del componente acreditación, del Sistema de Garantía de la Calidad, en los macro-procesos de consulta externa y recursos físicos de La ESE Hospital Integrado San Roque de Curití” se desarrolló entre el 23 de junio de 2010 hasta 30 de abril de 2011 con la participación de la alta dirección, personal de consulta externa y recursos físicos del Hospital Integrado San Roque de Curití

La ESE inició a mediados del mes de marzo del año 2010 la primera etapa del proceso de Acreditación en Salud, a través de una consultoría externa que viene adelantando lo que tiene que ver con la autoevaluación de estándares que aplican para la ESE, la priorización de las oportunidades de mejora identificadas y el levantamiento de los planes de mejoramiento, de acuerdo a la priorización efectuada a través de la matriz de calificación.

De acuerdo con los resultados arrojados por la primera autoevaluación de estándares de acreditación elaborada por el grupo consultor, se identifica a una

Institución de salud con problemas de rendimiento y de respuesta oportuna y satisfactoria a las demandas de los usuarios, una institución que genera alerta en los usuarios en la medida que se reconoce la falta de capacidad por garantizar una atención oportuna y segura. ¹

En julio se dio inicio a la ejecución del proyecto con la revisión de la documentación existente en la institución, para evidenciar las fortalezas y falencias en la prestación de los servicios de las áreas objeto de estudio (consulta externa y recursos físicos). Posteriormente se tomó como base la autoevaluación junto con las encuestas de satisfacción aplicadas al cliente interno y externo en el mes de junio de 2010, para la elaboración del diagnóstico que a corte 31 de Diciembre de 2010 permitió determinar el impacto en la aplicación del componente acreditación, del Sistema de Garantía de la Calidad en los macro-procesos de consulta externa y recursos físicos de la ESE Hospital Integrado San Roque de Curití. Este diagnóstico estuvo enfocado a identificar elementos que obstaculizan el desarrollo cabal de los macro-procesos en la entidad. Para tal fin se utilizaron diferentes técnicas como la entrevista, la encuesta y autoevaluación de estándares que aplican a la institución, para establecer los elementos más preponderantes que afectan esta implementación; igualmente para establecer el diagnóstico se utilizó la caracterización de los macro-procesos seleccionados encontrados en el manual de operaciones de la ESE, incluyendo los elementos que intervienen directa e indirectamente en el grupo humano de la Entidad, con el fin de comparar los avances con respecto al diagnóstico realizado por la consultoría externa.

Durante la realización de esta actividad se pudo obtener información valiosa sobre el funcionamiento de las áreas mencionadas anteriormente, dichas actividades estuvieron dirigidas hacia el personal de consulta externa y recursos físicos de la institución exclusivamente; posteriormente partiendo de estos datos se inició la

¹ Fuente: Autoevaluación de Estándares de Calidad efectuada en Junio de 2010 en la ESE Hospital Integrado San Roque de Curití.

aplicación de las encuestas del cliente interno y externo de la institución y se desarrolló la segunda autoevaluación de estándares a los macroprocesos de Consulta Externa y Recursos Físicos a corte 31 de diciembre de 2010 en las cuales se pudo evidenciar el mejoramiento en calidad que obtuvo la ESE en la aplicación de la primera etapa del proceso de acreditación.

2. ELEMENTOS BÁSICOS DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN

2.1. TEMA Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Revisados los datos existentes en la organización se evidencia una carencia en la cultura organizacional con respecto a la aplicación del componente acreditación, del Sistema de Garantía de la Calidad en los macro-procesos de consulta externa y recursos físicos de la ESE Hospital Integrado San Roque de Curití que permitan identificar las oportunidades, para fomentar los beneficios y satisfacer las necesidades. Además, no se aplican las herramientas expuestas en la fundamentación teórica existente planteadas en especial por Carlos Edgar Rodríguez H., Director Nacional de Acreditación en Salud donde define la Garantía de la Calidad en Salud como el resultado del compromiso formal de la institución como un todo, producto de una buena planeación, de una excelente gestión gerencial y administrativa, de una educación consistente del personal, de una permanente evaluación y una rigurosa retroalimentación, de una continua labor investigativa, de una motivación general, de una voluntad incondicional de hacer las cosas bien para un fin único, que es la satisfacción del paciente; de ahí que según él la seguridad del paciente viene siendo la puerta de entrada del sistema de acreditación en salud.²

Una de las principales debilidades de las instituciones de Salud es la falta de inversión en el mejoramiento y aplicación de sistemas de calidad en los diferentes procesos institucionales. No se aplica el componente de acreditación en las instituciones, mecanismo que permite estructurar las organizaciones en los diferentes procesos; no existe claridad reflejada en las Empresas Sociales del Estado de primer nivel de complejidad que contemplen mecanismos de información gerencial, fundamentados en un Modelo de Calidad a nivel

² CARLOS EDGAR RODRIGUEZ HERNANDEZ, "Avances en la acreditación en salud en Colombia". Normas Y Calidad ISSN: 0120-6699 ed: Icontec v.20 fasc.64 p.1 - ,2005

estandarizado y estructurado en un software, donde se contemplen diseños en el manejo de herramientas, referente a maximización de ingresos, que permita tomar decisiones apropiadas para incrementar el beneficio y facilitar las labores de las tareas propias y comunes con respecto a la inversión en calidad, así como los estimativos. Además, falta la creación de una cultura institucional que permita contemplar dentro de sus planes de desarrollo, la inversión en calidad, con el ideal de mejorar los procesos productivos y la competitividad en los mercados globalizados y cambiantes.

Las teorías existentes permiten vislumbrar una serie de guías sobre la implementación del componente de acreditación en instituciones de Salud, como lo es la Guía práctica de Preparación para la acreditación en Salud;³ pero en la realidad no son implementados, por el desconocimiento sobre el tema por parte de la alta dirección en las organizaciones, razón por la cual, se presentan inconsistencias en el manejo eficiente de los Sistemas de Calidad.

Por otra parte no existe la conciencia o una cultura de planeación para la asignación óptima de recursos y proyección de costos de calidad, esenciales para realizar los diferentes procesos productivos en la Institución.

2.2. JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA

El manejo del Componente de Acreditación, del Sistema de Garantía de la Calidad tiene cada vez más relevancia en el ámbito de la Salud, debido a la flexibilización e innovación en la prestación de servicios a nivel mundial, es vital prestar un servicio con altos estándares de calidad que innoven y generen valores agregados en los procesos de las organizaciones, así como calcular el impacto que se tiene en nuestros usuarios para aumentar la función de utilidad, razón por la cual, es esencial realizar esta investigación.

³ Dr. JULIO PORTOCARRERO MARTÍNEZ, Miembro Consejo Directivo de la Universidad de los Andes.

Es importante conocer el impacto que genera en los usuarios, la aplicación del componente acreditación, del Sistema de Garantía de la Calidad en los macro-procesos de consulta externa y recursos físicos de la ESE Hospital Integrado San Roque de Curití y se justifica, dado que la excelencia en la calidad implica un inmenso beneficio en la permanencia de las organizaciones y un impacto común a nivel social.

Cuando el Sistema de Garantía de la calidad se estructura bajo los lineamientos de innovación, competitividad, flexibilización y cambio, inciden en los costos finales del servicio que determinan el nivel de precios en la prestación de los mismos, por tal razón, toma gran relevancia la estructura e implantación de los modelos y guías desarrolladas a través del componente de acreditación donde se han estructurado el sistema y diseñado herramientas claves para lograr la prestación de Servicios de Salud con Calidad y lograr prevenir y mitigar eventos adversos producto de fallas en los procesos de atención de pacientes.

Es esencial realizar esta investigación sobre el impacto en la aplicación del Sistema de Garantía de la Calidad en el componente de acreditación, para los macro-procesos de consulta externa y recursos físicos en la ESE Hospital Integrado San Roque de Curití y generar una cultura investigativa, no sólo con un alcance competitivo a nivel interno, sino que a la vez se plasmen en canales de comunicación efectivos, que moldeen la estructura del entorno organizacional, para ofrecer servicios con calidad, bajo lineamientos de beneficio común.

En el transcurso de los últimos años las iniciativas de implantación de Sistemas de Garantía de la Calidad en instituciones de Salud, han dado importantes resultados; se destaca como logro el enfoque sobre la importancia de la calidad en la prestación de los servicios, sin embargo se evidencian problemas en la implementación de dichos sistemas en las instituciones.

Un problema que se evidencia es la resistencia al cambio, las decisiones de los seres humanos no están determinadas por el interés propio individual sino por la percepción de los intereses de los grupos, familias, organizaciones etnias y Estados–nación con los que se identifican y por los que sienten lealtad, necesitamos en todos los niveles de talento, el tipo de compromiso, el sentido de responsabilidad, la identificación con la organización para la introducción de un sistema de calidad, estableciendo un proceso acorde que solucione el problema de la resistencia al cambio.

La aproximación al mundo de la calidad es fundamental, debe comprender la lógica, los principios y las implicaciones de este tema, en la Entidad debe garantizarse que las personas involucradas tengan la voluntad de emprender este recorrido y de sostenerlo. Por esta razón y en la mira de incluir el componente de acreditación en el Sistema de Garantía de la Calidad de la ESE Hospital Integrado San Roque de Curití, teniendo en cuenta la cultura organizacional, la cultura de empresas del sector público y de acuerdo a la situación en la que se encuentra la entidad y la evolución que se ha dado en ella con la globalización y con la modernización de los sistemas, se pretende medir el impacto en la aplicación del Sistema de Garantía de la Calidad en el componente de acreditación para los macro-procesos de consulta externa y recursos físicos de la ESE, debido a que éstos dos macro-procesos son los de mayor relevancia en la institución por ser de primer nivel de atención y en los cuales se encontró insatisfacción por parte de los usuarios del servicio, además de la gran cantidad de oportunidades de mejora encontradas según Autoevaluación de Estándares de Calidad efectuada en Junio de 2010 por la consultoría externa contratada por la ESE.⁴

⁴ Autoevaluación de Estándares de Calidad Junio de 2010

2.3. PREGUNTA DE INVESTIGACION

Impacto de la aplicación del componente acreditación, del Sistema de Garantía de la Calidad, en los macro-procesos de consulta externa y recursos físicos de la ESE Hospital Integrado San Roque De Curití.

3. MARCO TEÓRICO DE APROXIMACION ALTEMA

El Hospital de Curití tiene sus inicios el 20 de Julio de 1910, como una entidad de caridad, donada a la iglesia de la localidad para el fin indicado el 22 de Abril de 1913. Está ubicado en el Municipio de Curití, en la Provincia de Guantán, en el Departamento de Santander, a 89 Km. de Bucaramanga y a 7 Km. de San Gil con vías de acceso pavimentadas.

La Personería Jurídica del Hospital se concedió mediante Resolución numero 17 de Febrero 27 de 1944 emanada del Ministerio de Gobierno.

El Hospital Integrado San Roque de Curití, es una ESE que presta servicios de primer nivel de atención, representada legalmente por un Gerente, el cual es nombrado por meritocracia.

El segundo nivel de atención es prestado en la E. S. E. Hospital Regional de San Gil, lo que garantiza un tiempo de traslado máximo de 15 minutos y para la atención del tercer nivel de complejidad esta la E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán del Socorro ubicada aproximadamente a 45 minutos de recorrido.⁵

MISIÓN

La E. S. E. Hospital Integrado San Roque de Curití es una Institución del orden Municipal, descentralizada y creada con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los habitantes del Municipio junto con su área de influencia; prestando servicios a través de programas estructurados que contemplan el primer nivel de complejidad, basados en los principios de Eficiencia, con Responsabilidad, Oportunidad, Calidad y Dignidad Humana.

⁵ Manual de calidad de la ESE.

SERVICIO PRESTADO. El servicio que ofrece “la organización” incluye:

- Capacidad técnica de la empresa en el equipo humano (capacitado para el desarrollo de las actividades ofrecidas) y disponibilidad de maquinaria y equipos necesarios para la buena ejecución de los trabajos contratados.
- Capacidad operativa de la empresa, que se refleja en los métodos y procedimientos, en el cumplimiento de los tiempos de espera y la calidad de los procedimientos ejecutados.
- Que los tramites de orden jurídico y formalidades contractuales entre “la organización” y los entes gubernamentales contratantes, se realicen en el tiempo y calidad que exigen los procedimientos establecidos por ellos, desde la presentación de propuestas, pasando por la legalización de contratos, los trámites pertinentes con las supervisiones o interventorías durante la ejecución de las obras, y hasta la entrega final y liquidación de contratos.
- Que “la organización” sea representada de manera idónea por profesionales competentes en las diferentes áreas, a fin de que exista criterio, entendimiento y calidad en el desarrollo de las funciones.

La ESE Hospital Integrado San Roque de Curití actualmente oferta los servicios de primer nivel de complejidad descritos a continuación:

- Atención médica y odontológica de consulta externa general
- Atención médica de urgencias
- Urgencias odontológicas
- Servicio de pequeña cirugía
- Laboratorio clínico
- Toma de citología vaginal
- Atención de partos

- Servicio de observación y hospitalización
- Toma de electrocardiogramas
- Servicio de micro nebulización
- Servicio de vacunación
- Cauterizaciones menores
- Servicio de farmacia
- Curaciones
- Servicio de traslado en ambulancia

El talento humano que presta los servicios en la institución está compuesto por:

- Médico General
- Odontólogo General
- Enfermera Jefe
- Auxiliares de enfermería
- Promotoras de salud
- Jefe de facturación y SIAU
- Auxiliar de farmacia
- Auxiliares de oficios varios
- Conductores de ambulancia
- Subgerente Administrativo y Financiero
- Gerente⁶

La ESE Hospital Integrado San Roque de Curití con el propósito de mejorar la prestación de los servicios, ha invertido desde Marzo de 2010 en el desarrollo de auditorías para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud con el fin de iniciar el primer ciclo de acreditación; proporcionando los diferentes lineamientos para programar, ejecutar, verificar y mejorar el proceso de auditoría de la calidad

⁶ Portafolio de Servicios de la ESE

en salud y buscando se convierta en una herramienta de gestión que impacte en el mejoramiento de la calidad de los procesos y de los resultados clínicos de la atención.

Convertir a la auditoria en una herramienta de gestión implica que el auditor y su organización, así como los auditados conozcan los elementos básicos que caracterizan las etapas crecientemente evolutivas que han caracterizado el desarrollo, así como utilizar las metodologías e instrumentos propuestos en las experiencias exitosas, armonizándolas con sus condiciones específicas y adaptándolas de manera responsable y creativa.

A partir de las investigaciones realizadas sobre el tema “Garantía de la Calidad en Salud”, nos podemos dar cuenta que las primeras investigaciones fueron hechas por la Universidad de Hardware en cuanto al sistema de regulación en Salud, más tarde aparece en Colombia el decreto 2174 de Noviembre 28 de 1996 por medio del cual se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad y cuyo campo de aplicación es para todas las Personas Naturales y Jurídicas, que integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Años después aparece el Decreto 2309 de Octubre 15 de 2002 derogando el decreto 2174 de 1996. Las disposiciones del mencionado decreto definen como prestador de servicios de salud a las instituciones prestadoras de servicios de salud, los profesionales independientes de salud y los servicios de transporte especial de pacientes. Se consideran, para los efectos del presente decreto como instituciones prestadoras del servicio de salud, a los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura.

La atención de Salud se define, para efectos de este decreto, como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones

asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población. La calidad de la atención de salud se entenderá como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario.

Posteriormente aparece el Decreto 1011 de abril 03 de 2006, derogando el Decreto 2309 de 2002, dicho decreto define la CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

Por lo anterior, este proyecto de investigación pretende determinar el impacto en la aplicación del componente acreditación, del Sistema de Garantía de la Calidad en los macro-procesos de consulta externa y recursos físicos de la ESE Hospital Integrado San Roque de Curití, sin olvidar la relación entre beneficios, riesgos y costos en salud, y la importancia de la inversión en calidad con respecto a los costos de la no calidad.

Cuando el 9 de febrero de 2004, el Ministerio de la Protección Social e ICONTEC, como entidad acreditadora, lanzaron el Sistema Único de Acreditación, uno de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, colocaron a disposición de los prestadores de servicios de salud, EPS, ARS y empresas de medicina prepagada que voluntariamente quieran demostrar el cumplimiento de altos niveles de calidad, una importante herramienta de gestión gerencial que puede impactar de manera notable la resolución de muchos de sus problemas críticos.

El Sistema Único de Acreditación es una estrategia y una metodología de mejoramiento continuo de la calidad específica para las instituciones de salud, de larga trayectoria y desarrollo conceptual y metodológico a nivel mundial y de probada efectividad. En nuestro Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, la acreditación en salud está planteada como uno de los componentes a través de los cuales se debe obtener el objetivo del mejoramiento continuo de la calidad y consecuentemente, para que una entidad pueda aplicar ante el ente acreditador para optar al otorgamiento del título de “acreditado en salud”, debe estar previamente habilitada, verificado su cumplimiento por el ente correspondiente* y no estar sujeta a ninguna sanción en el último año como mínimo, en todo caso debe siempre informar sobre cualquier información en su contra al momento de presentarse, para el que el organismo acreditador haga los análisis y tome las decisiones correspondientes⁷

Donabedian define la calidad de los servicios de salud, como el atributo de la atención médica que puede obtenerse en diversos grados. Se define como el logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente.

En la siguiente tabla Gutiérrez (2003) plasma la teoría que propone lo siguiente: si los costos de la no calidad son más altos que los costos de la calidad, esto indica que la gran mayoría de las empresas en crecimiento, primero solucionan los problemas en vez de prevenirlos, segundo, es más caro mantener los errores que borrarlos y tercero tomar medidas centradas en los costos de la calidad en especial la capacitación y así veremos que los costos de la no calidad disminuirán de forma simultánea.

La siguiente gráfica ayuda a analizar con claridad estas variables:

⁷ Guía Práctica de preparación para la acreditación en Salud

Matriz de inversión de los costos de la calidad

Tabla 2

Periodo	Costos de la no calidad	+	Costos de la calidad	=	Calidad	Aumenta o Disminuye
1	80%	+	20%	=	Calidad	Permanece igual
2	60%	+	40%	=	Calidad Perdurable	Aumenta
3	40%	+	60%	=	Calidad Perdurable	Aumenta
4	20%	+	80%	=	Calidad Perdurable	Aumenta

Fuente: C.P. Lilia A. Gutiérrez Peñaloza y el L.A. Carlos Ruiz, los Costos de la calidad

En la tabla anterior, se asigna un presupuesto en el cual se inicia un proceso de discriminación en costos de la no calidad y costos de la calidad, con una variación en los porcentajes así como el impacto en la variable calidad; en el primer periodo los costos de la No calidad tienen una inversión del 80%, frente a los costos de la calidad que tiene un porcentaje del 20%, ahí lo que hace la empresa es mantener vivos sus errores y que en caso benévolo la calidad permanecerá igual, siempre y cuando la competencia permanezca igual sin impactar en el cambio, pero no logramos la calidad perdurable, lo cual resultará muy riesgoso, cuando haya cambios externos.

En los periodos (2, 3 y 4) podemos apreciar que el porcentaje de los costos de la No calidad disminuyen, mientras los costos de la calidad aumentan, éste porcentaje representa la inversión que se hace a cada uno, siempre y cuando se maneje con eficiencia, esfuerzo e inversión continua los costos de la calidad. El resultado es la disminución de errores, con un cambio beneficioso a las organizaciones, en la disminución de los costos de no calidad.

Cuando se aumentan los costos de la calidad, se logra la calidad total, la cual se define como una filosofía empresarial coherente orientada a satisfacer, mejorar, competir en forma permanente y planeada las necesidades y expectativas cambiantes de los clientes, tendiendo a una mejora continua dentro de todo el contexto organizacional, con la participación de todos los niveles institucionales para el beneficio mutuo de sus integrantes, con un impacto en el aumento del nivel de calidad. (Joseph. Jurán 1998).

La aplicación del componente acreditación, del Sistema de Garantía de la Calidad para la ESE Hospital Integrado San Roque de Curití debe ser una filosofía organizacional; no solo se compromete al cumplimiento de la normatividad legal vigente, si no a la satisfacción de las exigencias de los clientes con oportunidad y seguridad. La calidad debe crear una cultura organizacional; que tenga como visión el fortalecimiento empresarial para lograr las exigencias de los clientes.⁸

El impacto de la aplicación del componente acreditación, del Sistema de Garantía de la Calidad en los resultados obtenidos por la gerencia, depende principalmente de la cultura organizacional, pues ésta debe ser encaminada hacia el mejoramiento continuo de los procesos y la calidad debe convertirse en un estilo de vida del talento humano que integra la institución.

Existe otra relación entre la cantidad de servicios y la calidad de los mismos. Si la cantidad de los servicios proporcionados es insuficiente, los beneficios esperados tienden a disminuir. Por el contrario, una excesiva cantidad de servicios puede conducir a un incremento en los riesgos a los que se expone al paciente. Esta relación entre cantidad y calidad implica, necesariamente, una relación entre costos y calidad⁹.

⁸ C.P. Lilia A. Gutiérrez Peñaloza., ibíd.2003

⁹ <http://www.intercostos.org/documentos/Alvarez.pdf>

Así, cuando la atención es excesiva y dañina, es más costosa y de menor calidad; cuando la atención es excesiva pero no produce daños, es también más costosa, pero ese costo no corresponde a los beneficios esperados de acuerdo al costo y ello significa desperdicio.

Existe, pues, una relación entre beneficios-riesgos-costos, la que el hipotético valor neto de la calidad podría calcularse al restar a los beneficios la suma de los riesgos más los costos, es decir:

$$\text{Calidad} = \text{beneficios} - (\text{riesgos} + \text{costos}).$$

A esta relación, en la que se incluyen los costos a la relación beneficios-riesgos que definieron en primera instancia a la calidad, Donabedian la ha denominado el modelo unificado de la calidad.

Existe otra relación interesante entre calidad y costos, que se manifiesta no por el impacto de una pobre calidad en los costos, sino a la inversa; es decir, por el impacto de los costos sobre la calidad. En efecto, existe una clara evidencia de que un incremento en los costos, con el propósito de incrementar así la calidad, proporcionando mayores recursos, no necesariamente conduce al efecto deseado. Baste comparar los gastos *per cápita* en salud de diversos países para constatar que no siempre quienes gastan más obtienen mejor calidad y efectividad. Otra vez encontramos que, a la relación entre costos y calidad subyace la relación entre cantidad y calidad antes expuesta.

Las relaciones entre calidad y productividad-eficiencia, parecen ser recíprocas, aún cuando parece influir en el resultado de las mismas, la prioridad que se asigne al sentido de esa relación, si se da prioridad a la calidad sobre la productividad, el resultado será diferente al que se obtenga si se opta por la alternativa inversa. Cuando la prioridad es el incremento de la productividad *per se*, y se pierde de

vista que el objetivo de los servicios de salud que es no sólo dar más, sino mejor, la productividad se convierte en un fin en sí misma, por demás irracional, y el deterioro en la calidad es lógico. Cuando la prioridad es garantizar la calidad y se analizan y mejoran procesos y procedimientos, ello puede conducir a un incremento racional de la productividad y eficiencia del sistema.

Las relaciones entre calidad, productividad y costos se plantean en la siguiente forma:

- A mayor productividad, menores costos y mayor calidad.
- A mayor productividad, menores costos y menor calidad, si es que las estrategias para incrementar la productividad no consideran su impacto en la calidad.
- A menor productividad, mayores costos y probablemente, menor calidad.
- Si, a pesar de existir baja productividad, se intenta elevar la calidad, es muy probable que los costos se incrementen notoriamente para compensar la baja productividad¹⁰.

Debido a la evolución histórica de las instituciones es indispensable insistir en que los incrementos en la productividad conducirán por definición, a la disminución de los costos, la clave es efectuar mediciones periódicas y sistematizadas sobre la evolución de la productividad de la mano de obra directa en un punto de control específico, que permita determinar los costos y los errores, dar un tratamiento a las materias primas, comprarles a proveedores que traten de mantener el stock bajo, evitar grandes desplazamientos entre el punto de producción y la prestación del servicio.¹¹

¹⁰ <http://www.intercostos.org/documentos/Alvarez.pdf>

¹¹ *Total quality management in non-profit secondary health care*. De: Trenchard, P. M., Dixon, R., Total Quality Management, 09544127, Sep99, Vol. 10, Fascículo 7

Ricardo Uvalle Berrones¹², destaca la importancia del control y la evaluación en el desempeño institucional, resaltando que son un medio para armonizar y enlazar decisiones, recursos y al personal que tienen que potenciar para responder con oportunidad a los procesos y a la dinámica intensa de la vida ciudadana. El control es parte activa de los procesos de gestión que dan vida a las políticas y los programas y es eficaz cuando se tiene calidad en los controles administrativos.

Las instituciones de Salud están introduciendo diferentes herramientas en la mira de solucionar las debilidades existentes y la ESE de Curití no podía estar ajena a dicha aplicación de herramientas, una experiencia sobre esto es el proceso de habilitación adelantado por la ESE en años anteriores, igualmente el PAMEC enfocado al proceso de habilitación a través de un programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad que integra un movimiento cultural y estructural y pretende que la institución esté al servicio de los usuarios a través del enfoque centrado en el cliente.

Pero esto es sólo el inicio de la inversión en calidad de la ESE Hospital Integrado San Roque de Curití pues, debemos tener conciencia que toda organización en su política de calidad, no debe ahorrar esfuerzos en el mejoramiento de procesos, con el ideal de evitar el aumento en los costos de la calidad, dados a través de los resultados contraproducentes que perjudican a los empresarios cuando tienen que aceptar retrabajos en la producción final de un servicio, además, la inversión en calidad impulsa hacia la innovación, con procesos de cambio, orientados hacia el servicio al cliente y mejora continua.¹³

Para la ESE Hospital Integrado San Roque de Curití es un gran reto implementar el componente de acreditación para los procesos de consulta externa y recursos

¹² UVALLE BERRONES, Ricardo. El control y la evaluación en la administración pública. En: Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales. Septiembre-diciembre, 2004, vol. XLVI, no.192, p.43-70.

¹³ [www.ibid., en la manufactura](#)

físicos, puesto que esto impactaría en la prestación de servicios con calidad al igual que tiene un efecto directo en las finanzas y en la conquista directa de los mercados existentes y potenciales, pues aumenta las economías a escala, la calidad y la función de utilidad, como el aumento de imagen de la organización ante sus clientes, teniendo una aceptación por parte de ellos y un ahorro en los recursos de manera significativa.

Inversión realizada por la ESE, para el desarrollo de la primera etapa del Componente de Acreditación

Tabla N.3

DETALLE	INTENSIDAD HORARIA	INVERSION EN EL PROCESO						
		COSTO HRA CONSULTOR	TOTAL CONSULTORES	SUBTOTAL	COSTO HRA EMPLEADO	TOTAL EMPLEADOS	SUBTOTAL	COSTO TOTAL
Conformación de equipos que lideran el proceso de autoevaluación de estándares de calidad.	20	40.000=	2	1'600.000=	18.000=	18	6'480.000=	8'080.000=
Desarrollar el proceso de autoevaluación de Estándares de calidad.	48	40.000=	2	3'840.000=	18.000=	18	15'552.000=	19'392.000=
Capacitaciones permanentes para desarrollar el componente de Acreditación	40	25000=	2	2'000.000=	18.000=	10	7'200.000=	9'200.000=
Priorización oportunidades de Mejora	20	40.000=	1	800.000=	18.000=	10	1'800.000=	3'600.000=
Elaboración de Planes de Mejoramiento de acuerdo a los estándares aplicables a la ESE.	20	40.000=	2	1'600.000=	18.000=	10	3'600.000=	5'200.000=

TOTAL

45.472.000

La tabla anterior muestra la inversión efectuada por la ESE Hospital Integrado San Roque de Curití en el desarrollo de la primera etapa del componente de Acreditación en Salud, involucrando únicamente el costo en mano de obra.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar el impacto en la aplicación del componente acreditación, del Sistema de Garantía de la Calidad, en los macro-procesos consulta externa y recursos físicos de la ESE Hospital Integrado San Roque de Curití.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar la dimensión del problema de la calidad en las inconsistencias presentadas, que afectan el cumplimiento de los estándares de calidad.
- Establecer la variación del funcionamiento de los macro-procesos de consulta externa y recursos físicos antes de implementar el componente acreditación, con el impacto generado después de aplicarlo.
- Sugerir medidas preventivas y correctivas para cumplir con los estándares esperados de los procesos seleccionados.

5. DISEÑO METODOLOGICO PRELIMINAR

5.1. ENFOQUE METODOLOGÍCO DE LA INVESTIGACION

Para realizar la investigación se implementa la técnica de recolección de información en forma cualitativa y cuantitativa, se diseña un formulario donde se plantea una serie de preguntas para medir los niveles de satisfacción de la salud, buscando identificar la información más relevante de la realidad, se busca determinar la magnitud de los niveles de calidad en una institución de primer nivel de complejidad, además se aplica la estadística descriptiva y la inferencia estadística para estructurar la información y realizar el análisis respectivo.

Dentro del enfoque metodológico se hace registro de los fenómenos, que se perciben, mediante técnicas de observación y diálogos existentes en las fuentes primaria y secundaria. La investigación se integra y se analiza en las diferentes perspectivas disciplinar y trasdisciplinar, para generar conocimiento en las diferentes ramas del saber.

De igual forma la investigación se realiza en las fuentes secundarias. Como son la documentación existente relacionada con la temática a plantear. Así como toda la argumentación jurídica y normatividad vigente, que permiten modificar un nuevo paradigma para alcanzar resultados más competitivos, en beneficio social.

El proyecto de investigación se inicia bajo la concepción y análisis de las diferentes temáticas citadas con respecto a la calidad y la evolución del conocimiento y su impacto e integración de la calidad en la salud, se toman las diferentes teorías planteadas sobre la calidad en la salud y la normatividad legal vigente.

La socialización de la investigación se hará por intermedio del documento que arroje la investigación, como mecanismo de consulta sobre los planteamientos para las buenas prácticas y manejo del componente de acreditación.

6. TIPO DE ESTUDIO

La investigación tiene en primer lugar, un carácter eminentemente exploratorio, dado que es necesario precisar la naturaleza y el alcance del proyecto se contemplan dos aspectos principales: el estudio de la documentación y el contacto directo con la problemática a estudiar. El primer acercamiento y conocimiento del contexto en el cual se trabaja son los contactos con las personas conocedoras del tema y documentos existentes que contengan las informaciones útiles para esta etapa exploratoria.

En el segundo lugar, encontramos una investigación esencialmente analítica tipo corte transversal, donde se describe y analiza el fenómeno o situación, mediante el estudio del mismo en una circunstancia, formas de actuación, creencias, pensamientos y situaciones que se presenten dentro de la investigación; además se realiza con un tiempo y espacio determinado para el estudio. Dicho enfoque facilita centrar el objeto de la investigación en el impacto de la aplicación del componente acreditación, del Sistema de Garantía de la Calidad en los macro-procesos de consulta externa y recursos físicos de la ESE Hospital Integrado San Roque de Curití institución de primer nivel de complejidad.

Para el logro de esta propuesta se desarrollará la siguiente metodología basada en el alcance de los objetivos específicos, mediante el contacto con los clientes tanto internos como externos de manera que la información se recolecte como fuente primaria:

1. Determinar en cada etapa de los macro-procesos de consulta externa y recursos físicos los puntos críticos de control de la ESE Hospital Integrado San Roque de Curití.

2. Aplicación de las mismas encuestas de satisfacción al cliente interno y externo usadas por la consultoría externa, con corte a diciembre 31 de 2010.
3. Realizar una nueva autoevaluación de los estándares de calidad que aplican a los macroprocesos de consulta externa y recursos físicos de la ESE, con corte a diciembre 31 de 2010.
4. Realizar un comparativo de la prestación de servicios en las áreas de consulta externa y recursos físicos con corte Junio 30 de 2010 (antes del desarrollo de estrategias de acreditación) frente a la prestación de servicios de las mismas áreas con corte Diciembre 31 de 2010, (después de la primera etapa de aplicación del componente de acreditación).

El método de estudio se centra en la difusión de la calidad como elemento de motivación realizando premisas y reconocimientos. Este mecanismo contribuye en generar conocimiento a través de los diferentes formas de adquirirlo, científico o empírico.¹⁴

Los datos recogidos por sí solos no arrojan mayores hallazgos; es de especial importancia interpretarlos de forma que produzcan descubrimientos sustanciales, para que el objeto de investigación sea aceptable y se tomen las medidas correctivas- preventivas correspondientes para el mejoramiento de las áreas de consulta externa y de recursos físicos.

¹⁴ Camisón Cesar, Editorial Person Printice Hall, Gestión de la Calidad, página 6

7. POBLACIÓN DE REFERENCIA

La región objeto de estudio se encuentra localizada geográficamente 6° 36' 36'' latitud Norte y 73° 04' 18'' longitud Oeste, ubicado al Centro Oriente del Departamento, enclavado en la Cordillera Oriental. El perímetro o zona urbana y sus respectivos límites fueron establecidos mediante acuerdo Municipal No. 008 del 22 de mayo de 1997.

El actual casco urbano es llamado Curití y tiene una extensión de 42,94 hectáreas, está constituido por 10 barrios, 56 manzanas, 801 casas y 110 lotes ubicados alrededor del parque central. Lo atraviesa la carretera troncal del Oriente que comunica a Bucaramanga con Bogotá y cuenta con un hospital de primer nivel de complejidad llamado San Roque de Curití.

Población total: 15.000 habitantes

Extensión total: 247 Km²

Extensión área urbana: 4.3 Km²

Extensión área rural: 242.7 Km²

Altitud de la cabecera municipal (metros sobre el nivel del mar): 1409

Temperatura media: 20° C

Distancia de referencia: 90 KM de Bucaramanga capital de departamento de Santander.

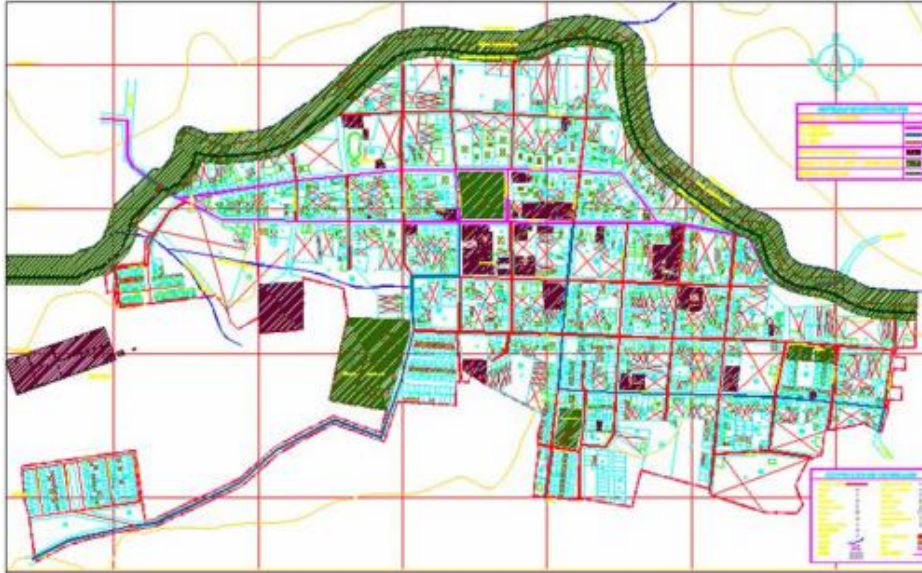


División Política del
Municipio

Gráfica 1

Cabecera Municipal

Grafica 2



7.1. DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para realizar la investigación se toma la población finita de 5800 usuarios¹⁵ de los servicios que presta la ESE Hospital Integrado San Roque de Curití de primer nivel de complejidad. Se determinó las siguientes variables para encontrar la muestra: un error de estimación del 5%, una desviación estándar de 0.5 y un nivel de confianza del 95%.

FORMULA

$$n = \frac{n_1}{1 + \frac{n_1}{N}} \quad n_1 = \frac{Z^2 S^2}{e^2} \quad n_2 = \frac{n_1}{1 + \frac{n_1}{N}}$$

¹⁵ Base de datos ESE Hospital San Roque de Curití

Z = equivale a un margen de confiabilidad del 95% (que corresponde a 1.96 desviaciones estándar) $1 - \alpha = 95\%$

S^2 = Desviación estándar = 0.5

e^2 = Error de estimación = 5%

N = Población = 5.800 Usuarios del servicio de Consulta Externa

n_1 = Primera aproximación (si N fuera infinito)

n_2 = Segunda aproximación (si N fuera finito)

n = Tamaño de la muestra

$$n_1 = \frac{(1.96475)^2(0.5)^2}{(0.05)^2} = \frac{3.860242563 * 0.25}{0.0025} = \frac{0,9650606406}{0.0025} = 386.0242563$$

$n_1 = 386$ Muestra población infinita

$n_1 = 386$

$$n_2 = \frac{386}{1 + \frac{386}{4.000}} = \frac{386}{1.0965} = 352.029183$$

$n_2 = 352.029183$
Muestra población finita

Se determina la aplicación de 352 encuestas de forma sistemática y aleatoria simple a realizar en el municipio de Curití a los usuarios de los servicios de consulta externa de la institución con el formato de encuesta para cliente externo, igualmente para las Ocho (08) personas que laboran en el servicio de consulta externa se les aplicará el formato de encuesta para cliente interno de la institución. En lo que tiene que ver con

el desarrollo del macro-proceso de recursos físicos también se aplicará la encuesta para cliente interno a las dos (02) personas que laboran en ésta área; además de aplicar las encuestas, se consulta la documentación existente y las personas responsables de los procesos planteados.

8. ELEMENTOS DE GESTIÓN

8.1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

DESCRIPCIÓN /ACTIVIDAD	AÑO 2010												E N E	F E B	M A R	A B R	M A Y
ELECCIÓN DEL TEMA																	
REVISIÓN BIBLIOGRAFICA																	
ESTRUCTURACIÓN DEL PROYECTO																	
REVISIÓN DEL PROYECTO																	
ENTREGA DEL PROYECTO																	
ENTREGA DEL PROYECTO A COMITÉ																	
TUTORIAS DEL PROYECTO																	
DESARROLLO DEL PROYECTO																	
REVISIÓN DEL PROYECTO																	
REVISIÓN DEL PROYECTO POR PARTE DE JURADOS																	
AJUSTE DEL PROYECTO																	
SUSTENTACIÓN DEL PROYECTO																	
ENTREGA FINAL DEL PROYECTO																	

8.2. RESULTADOS O PRODUCTOS ESPERADOS A CORTO Y LARGO PLAZO

- En la investigación se espera detectar los errores en el Macro-proceso de Recursos Físicos (Almacén e Inventarios) y el Macro-proceso de Consulta Externa (Medicina General y programa Promoción y Prevención) con el fin de formular recomendaciones que permitan mejorar el procedimiento, tener más sentido de responsabilidad social e invertir en costos preventivos, más que correctivos e implementar retroalimentación al componente acreditación, del Sistema de Garantía de la Calidad, para lograr un mayor nivel de bienestar de los clientes.
- Se espera evidenciar el impacto en la aplicación del componente acreditación, del Sistema de Garantía de la Calidad en los Macro-procesos de consulta externa y recursos físicos de la ESE Hospital Integrado San Roque de Curití, con el fin de crear la cultura de la calidad al resto de la organización.

- Se pretende obtener los mecanismos viables y competitivos en los Macro-procesos de consulta externa y recursos físicos, así como su inversión óptima, para dar respuesta a las debilidades en el manejo de los Macro-procesos, dándole un nuevo enfoque estructural con el ideal de permitir a la ESE Hospital Integrado San Roque de Curití implementar el componente de Acreditación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad como herramienta de optimización y generación de valor.

9. PRESUPUESTO

Tabla 4. Presupuesto global de la propuesta por fuentes de financiación (en miles de \$).

RUBROS FINANCIABLES	FUENTES		TOTAL
	Auto financiación	Cofinanciación	
PERSONAL	5.000	0	5.000
EQUIPOS	1500	0	1500
MATERIALES	250	0	250
SALIDAS DE CAMPO	750	0	750
MATERIAL BIBLIOGRÁFICO	300	0	300
VIAJES	250	0	250
TOTAL	7050	0	7050

Tabla 5. Descripción de los gastos de personal (en miles de \$).

Investigador	Formación Académica	Función Dentro Del Proyecto	Dedicación Horas/Semana	Recursos		Total
				Autofinanciación	Cofinanciación	
Sergio Andrés Sierra	Enfermero	Investigador	8	1.250		1.250
Angélica María Unibio Barajas	Enfermera	Investigador	8	1.250		1.250
Orlando Lesmes Castro	Médico	Investigador	8	1.250	0	1.250
Rubén Rodríguez Sanabria	Médico	Investigador	8	1.250	0	1.250
TOTAL						5.000

Tabla 6. Descripción y cuantificación de los equipos de uso propio (en miles de \$)

EQUIPO	VALOR
Computador	1.500
TOTAL	1.500

Tabla 7. Materiales y suministros (en miles de \$)

Materiales	Justificación	Valor
Resmas de papeles, impresiones y empastes	Se necesita imprimir a color, con empastes y medios magnéticos	250
TOTAL		250

Tabla 8. Valoración salidas de campo (en miles de \$)

ITEMS	COSTO UNITARIO	#	TOTAL
Manutención y movilidad como tiempo empleado	750		750
TOTAL			750

Tabla 9. Material Bibliográfico (en miles de \$)

Ítem	Justificación	Valor
Textos	Libros con respecto al Sistema de Garantía de la Calidad en instituciones de primer nivel de complejidad	250
Revistas	Revistas y demás documentos que tratan el tema de implementación del Sistema de Garantía de la Calidad, en el componente de Acreditación.	50.
TOTAL		300

Tabla 10. Descripción y justificación de los viajes (en miles de \$)

Lugar /No. De viajes	Justificación**	Pasajes (\$)	Estadía (\$)	Total días	Recursos		TOTAL
					autofinanciación	Cofinanciación	
20	Movilidad	250					250
TOTAL							250

10. DESARROLLO TEMATICO

10.1. ENFOQUE BASADO EN PROCESOS

La intensa competencia obliga a las instituciones a mejorar los servicios que brindan a sus usuarios; tales servicios se crean y otorgan por medio de procesos, lo que obliga a los directivos a orientar la organización y las funciones a través de la gestión de procesos en el marco de la administración de la calidad total.

La administración de la calidad es una herramienta de mejora continua que busca el desarrollo y el cambio organizacional, y fomenta y reconoce la importancia de la participación de todos los miembros mediante el trabajo en equipo; su eje central es la planeación estratégica, instrumentada operativa y metodológicamente mediante el análisis, la medición y la mejora de los procesos, y tiene como premisa fundamental el enfoque al usuario.

La gestión por procesos permite diseñar el proceso estandarizando la actuación de los que operan los procesos, disminuyendo la variabilidad de la práctica y garantizando la eficiencia, la efectividad y la calidad del desempeño; el punto de partida es siempre la identificación de las necesidades, las demandas y las expectativas de los usuarios.

10.2. MAPA DE PROCESOS

La institución cuenta con una estructura organizacional que nos ayuda a visualizar los procesos que existen en la institución y su interrelación.

A pesar que en la norma ISO 9001 no existe el requisito de desarrollar concretamente un mapa de procesos, se ha convertido una práctica generalizada siguiendo lo establecido en los requisitos generales del apartado 4.1 de la Norma

ISO 9001:2009 que establece que la organización debe a) identificar los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad y su aplicación a través de la organización y b) determinar la secuencia e interacción de estos procesos (mapa).

ISO 9001:2009 requiere que identifiquemos los procesos del sistema de gestión de la calidad y sus relaciones. Pero no pide que tengamos que representar todo esto en una página, y que le llamemos mapa de procesos. De todos modos es buena idea el incluir un mapa de procesos en el manual de calidad después de haber enumerado todos los procesos que tiene la empresa.

La siguiente gráfica muestra el mapa de procesos de la ESE Hospital integrado San Roque de Curití, que nos permite visualizar los macro-procesos de consulta externa y de recursos físicos, los cuales intervendremos a lo largo del proyecto de investigación.

Dicha información fue tomada del manual de operaciones de la ESE Hospital integrado San Roque de Curití.

MAPA DE MACRO-PROCESOS

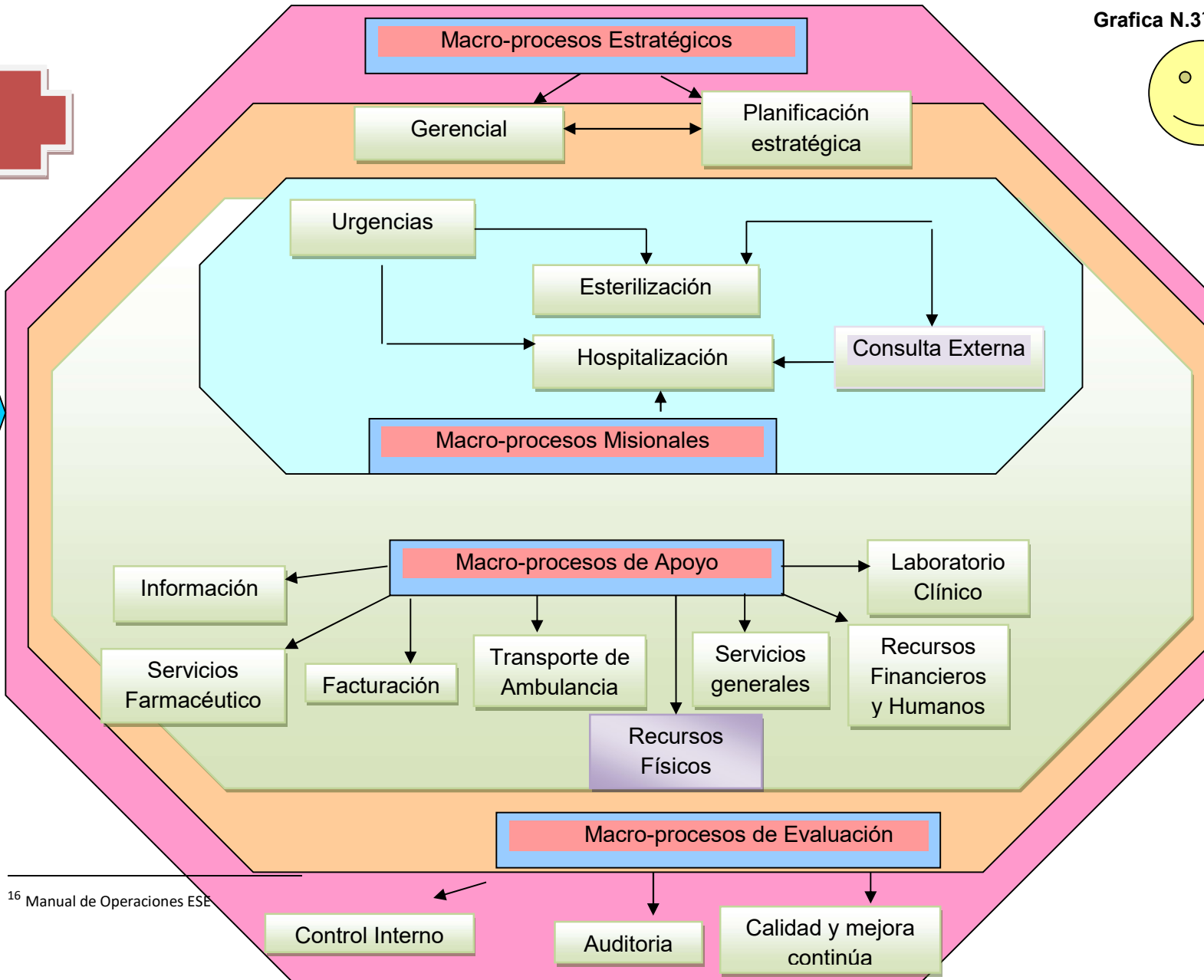
Grafica N.3¹⁶



I
N
G
R
E
S
O
D
E
L
U



S
A
T
I
S
F
A
C
I
O
N
D
E



¹⁶ Manual de Operaciones ESE

10.2.1. Macro Proceso de Recursos Físicos

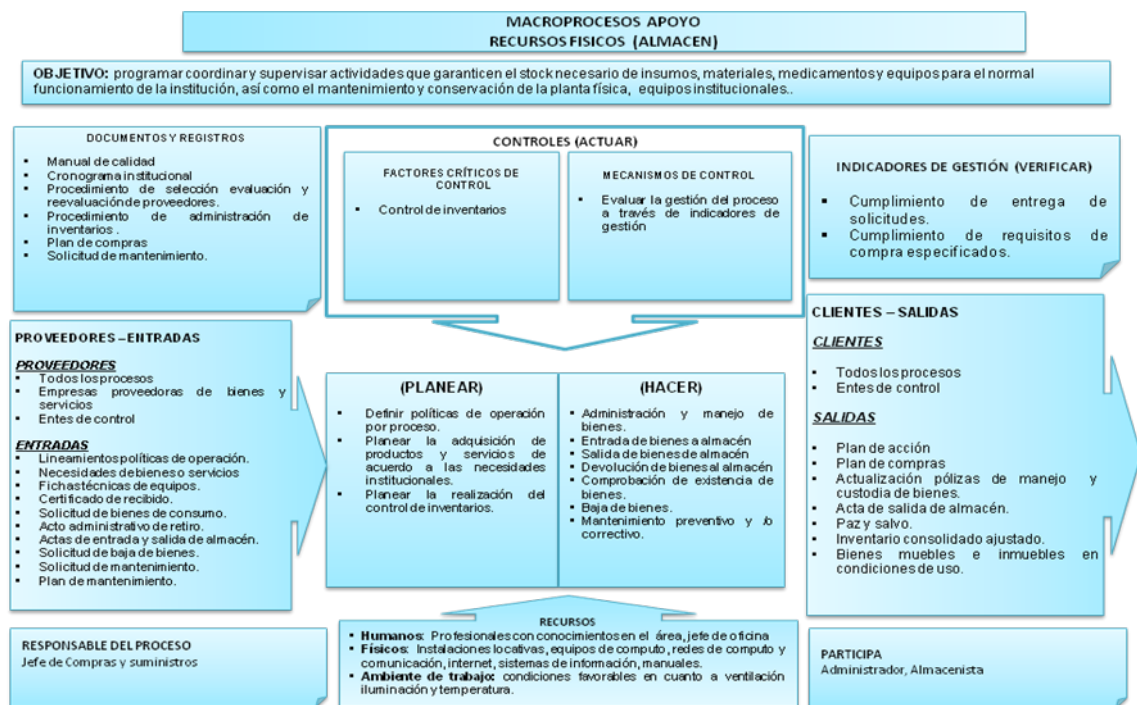
Los recursos físicos de las empresas son todos los bienes tangibles, en poder de la empresa, que son susceptibles de ser utilizados para el logro de los objetivos de la misma.

Ejemplos de recursos físicos son:

- Bienes inmuebles: oficinas, galpones, terrenos, campos, etc.
- Maquinaria
- Automóviles y Camiones
- Insumos para la producción: materiales, químicos,
- Material de oficina: computadores, escritorios, muebles, impresoras, teléfonos,
- Productos terminados: disponibles para la venta o almacenados

Descripción del Macro proceso de Recursos Físicos

Grafica 4



Fuente: Manual de Operaciones ESE Hospital Integrado San Roque de Curitiba

Dentro del Macro proceso de recursos físicos encontramos los procesos de almacén e inventarios, los cuales al ser caracterizados permiten conocer paso a paso la interacción de los procesos con las diferentes áreas de la organización.



MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL
SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER
ESE HOSPITAL SAN ROQUE DE CURITI

Código:

MANUAL DE OPERACIONES

Versión: 01

Fecha: Octubre de 2010

NOMBRE DEL MACROPROCESO: RECURSOS FISICOS				PROCESO: ALMACEN		
TIPO DE PROCESO: APOYO				LIDER: JEFE DE COMPRAS Y SUMINISTROS		
OBJETIVO: Realizar las compras de bienes y servicios de acuerdo con los criterios definidos dentro de los procedimientos que conforman el proceso y hacer una evaluación y selección de proveedores, de acuerdo con criterios de calidad.						
ALCANCE: Aplica para las áreas administrativas y financieras dentro de las compras de bienes y servicios que requiera la entidad en cumplimiento de su misión y objetivos.				COPIA CONTROLADA SI___ NO___		
CICLO DE MEJORA (PHVA)	QUE (Entradas)	QUIEN (Responsable)	COMO (Actividad)	CUANDO	DONDE	PORQUE (Salida)
P (Planear)	Necesidad de compra	Almacenista	Identificar la necesidad de compra y la disponibilidad presupuestal existente para dicha compra	Cada seis meses	Almacén	Definición de la compra e inicio de proceso para la adquisición de bienes.
Tiene que ver con todas las actividades que se desarrollan antes de las compras y suministros.						
H (Hacer)	Formato Identificación proveedores	Almacenista	Evaluación y Selección de proveedores	Según necesidad	Almacén	Proveedores identificados
Tiene que ver con todas las actividades que se desarrollan en torno a la adquisición de bienes.	Fichas técnicas de proveedores	Almacenista	Actualización listado maestro de proveedores	Luego de hacer la selección	Almacén	Seguimiento de proveedores críticos
	Bienes y servicios críticos	Almacenista	Actualización proveedores de bienes y servicios críticos.	Luego de hacer seguimiento a proveedores	Almacén	Registros proveedores críticos



MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL
SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER
ESE HOSPITAL SAN ROQUE DE CURITI

Código:

MANUAL DE OPERACIONES

Versión: 01

Fecha: Octubre de 2010

	Plan de compras	Almacenista	Manejo de inventario	Según necesidad	Almacén	Disponibilidad de bienes y servicios
	Solicitud de compra	Jefe de Almacén	Decisión de compra	Según requerimiento	Almacén	Contratación
	Recibo bienes y servicios	Almacenista	Recepción Bienes Almacenamiento	Después de generar la compra	Almacén	Control de inventarios
	Cumplimiento proveedores	Almacenista	Seguimiento proveedores	Después de generar la compra	Almacén	Actualización registro proveedores

CLIENTES: Todos los Procesos, Entes de control y Compañías Aseguradoras

REQUISITOS:			DOCUMENTOS RELACIONADOS:	
LEGALES: <i>Ley 598 de 2000 SICE</i> <i>Resolución 3512 de 2003 SICE (DAFP)</i> <i>Normatividad fiscal y tributaria</i>	DEL CLIENTE: Calidad en los equipos, materiales y servicios.	DE LA NORMA Requisitos generales de documentación, implementación y entendimiento del SGC (Identificación y priorización de riesgos)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Manual de calidad</i> • <i>Cronograma institucional</i> • <i>Procedimiento de selección, evaluación y reevaluación de proveedores</i> • <i>Procedimiento de compras</i> 	
RECURSOS NECESARIOS			INDICADOR: (Verificar)	
TECNOLÓGICOS Equipos de oficina Equipos de computo Software de contabilidad	HUMANOS: <i>Almacenista</i>	OTROS <i>Condiciones normales de iluminación, ventilación, aislado</i>	EFICACIA <ul style="list-style-type: none"> • Logros alcanzados x100/ logros propuestos • Número de pedidos que son devueltos al proveedor durante el periodo x100/ Total de pedidos realizados durante el periodo. 	



MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL
SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER
ESE HOSPITAL SAN ROQUE DE CURITI

Código:

MANUAL DE OPERACIONES

Versión: 01

Fecha: Octubre de 2010

	Auxiliar de Oficina Jefe de Almacén	de ruido, buenas condiciones ergonómicas.	
SEGUIMIENTO Y MONITOREO (Verificar)		CONTROLES: (Actuar)	
<ul style="list-style-type: none"> • Costo de los productos comprados • Reunión de comité • Cumplimiento del proceso contractual • Cumplimiento del plan de compras • Indicadores de gestión del proceso de compras y suministros. 		PREVENTIVOS: Auditorías internas	CORRECTIVOS Planes de mejoramiento.
Elaboró: Subdirección Administrativa y Financiera		Revisó: Control Interno	Aprobó: Gerente



MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL
SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER
ESE HOSPITAL SAN ROQUE DE CURITI

Código:

MANUAL DE OPERACIONES

Versión: 01

Fecha: Octubre de 2010

CICLO DE MEJORA (PHVA)	QUE (Entradas)	QUIEN (Responsable)	COMO (Actividad)	CUANDO	DONDE	PORQUE (Salida)
P (Planear)						
NOMBRE DEL MACROPROCESO: RECURSOS FISICOS			PROCESO: INVENTARIO			
TIPO DE PROCESO: APOYO			LIDER: SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO			
OBJETIVO: Obtener y mantener una base de datos contable y administrativa, precisa y confiable de la cantidad de bienes que posee la entidad.						
ALCANCE: Desde el cronograma para la toma física de inventarios, hasta el informe donde quedarán relacionados todos los elementos devolutivos, con corte a la fecha de realización de los inventarios físicos de la Entidad.			<p>Presentar para la aprobación de gerencia y la subgerencia administrativa para la toma física de inventarios, hasta el informe donde quedarán relacionados todos los elementos devolutivos, con corte a la fecha de realización de los inventarios físicos de la Entidad.</p> <p>Almacén Cronograma de levantamiento de inventario</p> <p>COPIA CONTROLADA en _____ de _____</p>			
Tiene que ver con todas las actividades que se desarrollan antes de la realización del inventario.						
H (Hacer)	Expedir circular a todas las áreas	Administrador	Comunicar mediante circular a los jefes de cada área acerca de la toma física de inventario.	1 vez al año	En el Hospital San Roque de Curití	Circular firmada por el Administrador
Tiene que ver con todas las actividades que se desarrollan cuando se va a levantar el inventario físico anual.	Conformación de un quipo de trabajo	Administrador	Designar al personal destinado para que realice el conteo físico en cada servicio.	Antes de realizarse el inventario	En el Hospital San Roque de Curití	Equipos conformados



MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL
SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER
ESE HOSPITAL SAN ROQUE DE CURITI

Código:


MANUAL DE OPERACIONES

Versión: 01


Fecha: Octubre de 2010

	Levantamiento del inventario físico	Auxiliar Administrativo	<p>Diseñar una planilla para la recolección de información del inventario físico que contenga los siguientes campos.</p> <p>Fecha de elaboración del inventario, funcionario responsable de los elementos, área o ubicación, descripción del bien número de placa, serie, estado, nombre y firma de quien recoge la información, nombre y firma de quien la suministra</p>	Antes de realizarse el inventario	Almacén	Planilla de recolección de información
	Comité de inventarios	Administrador	Elaborar acta correspondiente, informando acerca de los elementos sobrantes y faltantes en cada servicio.	Una vez realizado el inventario	Almacén	Acta firmada
	Verificar actualización del módulo de inventarios	Auxiliar Administrativo	En el caso de existir un software que maneje el modulo de inventario en la entidad, verificar la información recolectada con la ya existente.	Una vez realizado el inventario	Almacén	Confrontación software con lo escrito.

CLIENTES: Procesos Estratégicos, Misionales, de Apoyo y de Evaluación

	MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER ESE HOSPITAL SAN ROQUE DE CURITI	Código:
	MANUAL DE OPERACIONES	Versión: 01 Fecha: Octubre de 2010

REQUISITOS:			DOCUMENTOS RELACIONADOS:	
LEGALES: Ley 598 de 2000 SICE Resolución 3512 de 2003 SICE (DAFP) Ley 100 de 1993	DEL CLIENTE: Calidad en los equipos, materiales y servicios.	DE LA NORMA Decreto 1011 de 2006 NTC GP 1000	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Manual de calidad</i> • <i>Cronograma institucional.</i> • <i>Inventarios de Almacén.</i> • <i>Reportes de Activos Fijos</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Informe de gestión</i> 	
RECURSOS NECESARIOS			INDICADOR:	
TECNOLÓGICOS Equipos de oficina Equipos de computo Software de contabilidad e inventarios	HUMANOS: Almacenista Auxiliar de Oficina Jefe de Almacén	OTROS Condiciones normales de iluminación, ventilación, aislamiento de ruido, buenas condiciones ergonómicas.	% de personas capacitadas en la importancia del manejo de inventarios como apoyo logístico de la institución.	
SEGUIMIENTO Y MONITOREO (Verificar)			CONTROLES: (Actuar)	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Verificar la efectividad del cumplimiento de las actividades de mantenimiento de propiedad planta y equipo. ✓ Controlar las acciones propias del procedimiento de almacén y sus respectivos inventarios en bodegas y farmacias 			PREVENTIVOS: Auditorías internas	CORRECTIVOS Planes de mejoramiento
Elaboró: Subdirección Administrativa y Financiera		Revisó: Control Interno	Aprobó: Gerente	

	MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER ESE HOSPITAL SAN ROQUE DE CURITI	Código:
	PROCEDIMIENTO ADQUISICION DE BIENES DE INVENTARIO	Versión: 01 Fecha: Octubre de 2010

OBJETIVO

Garantizar que las compras que se realicen cumplan con los requisitos y especificaciones de calidad establecidos para asegurar la prestación del servicio en el Hospital San Roque de Curití.

ALCANCE

Desde que se establece el presupuesto asignado y el plan de compras hasta la satisfacción del bien o servicio que la ESE Hospital San Roque de Curití Contrató.


NORMATIVIDAD RELACIONADA

- ✓ Ley 100 de 1993
- ✓ Manual de Contratación
- ✓ Manual de interventoria
- ✓ Código de comercio

DEFINICIONES

FACTURA O DUCUMENTO EQUIVALENTE: Es el documento externo originado por el contratista, que contiene los requisitos necesarios para soportar contablemente los costos y deducciones, tales como el impuesto sobre la renta, el IVA, etc. De conformidad con la reglamentación vigente.

ACTA DE ENTREGA Y RECIBO FINAL: Es el documento en el que consta la entrega de los bienes, contratados por parte del contratista y el recibo a satisfacción de la Empresa.

	MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER ESE HOSPITAL SAN ROQUE DE CURITI	Código:
	PROCEDIMIENTO ADQUISICION DE BIENES DE INVENTARIO	Versión: 01 Fecha: Octubre de 2010

ACROPROCESO: RECURSOS FISICOS PROCESO: ALMACEN	PROCEDIMIENTO
	ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS

Nombre de la actividad (Qué)	Cargo responsable (Quién)	Descripción de la actividad (cómo)	Lugar de trabajo (Donde)	FLUJOGRAMA	Documentos
1-Solicitud de compra	Profesional Universitario	Gestionar las solicitudes de compra	En el Hospital Integrado San Roque de Curití	<div style="border: 1px solid orange; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">1</div>	Solicitud
2-Evaluación de proveedores	Profesional Universitario	Realizar la selección, evaluación y reevaluación de proveedores	En el Hospital Integrado San Roque de Curití	<div style="border: 1px solid orange; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">2</div>	Planilla de evaluación
3-Control de bienes	Almacenista	Administrar y controlar los productos adquiridos	En el Hospital Integrado San Roque de Curití	<div style="border: 1px solid orange; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">3</div>	Control de bienes
4-Inventario de activos fijos	Almacenista	Realizar el inventario de activos fijos de la institución	En el Hospital Integrado San Roque de Curití	<div style="border: 1px solid orange; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">4</div>	Inventario
5-Entrega de facturas	Profesional Universitario	Entregar las facturas de los productos y servicios comprados.	En el Hospital Integrado San Roque de Curití	<div style="border: 1px solid orange; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">5</div>	Factura



OBJETIVO

Realizar la salida de bienes de almacén para colocarlos al servicio de los funcionarios de la entidad

ALCANCE

Dese la solicitud hasta la entrega de los bienes solicitados en los diferentes servicios del Hospital

DEFINICIONES


ALMACEN: Espacio delimitado en donde se guardan elementos, bienes o mercancías de consumo o devolutivos los cuales han de suministrarse a las áreas que conforman una entidad para que esta cumpla los objetivos propuestos.

ALMACENISTA: Persona encargada del manejo, custodia, organización, administración, recepción, conservación y suministro de los bienes de la Entidad.

ALMACENAMIENTO: Labor de registro de los artículos y su distribución física desde que ingresan o se adquieren hasta que se requieren para su utilización, labor sujeta a una organización interna.

BIEN: Se define como artículo inventariable o activo de cualquier clase incluyendo el efectivo, activos fijos, materiales y artículos en proceso de producción.

SALIDA: Se origina con el retiro físico definitivo del bien, el descargue del inventario y de los registros contables, previo cumplimiento estricto de los requisitos establecidos para cada caso según el hecho que da origen.

	MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER ESE HOSPITAL SAN ROQUE DE CURITI	Código:
	PROCEDIMIENTO SALIDA DE BIENES DE INVENTARIO	Versión: 01 Fecha: Mayo de 2010

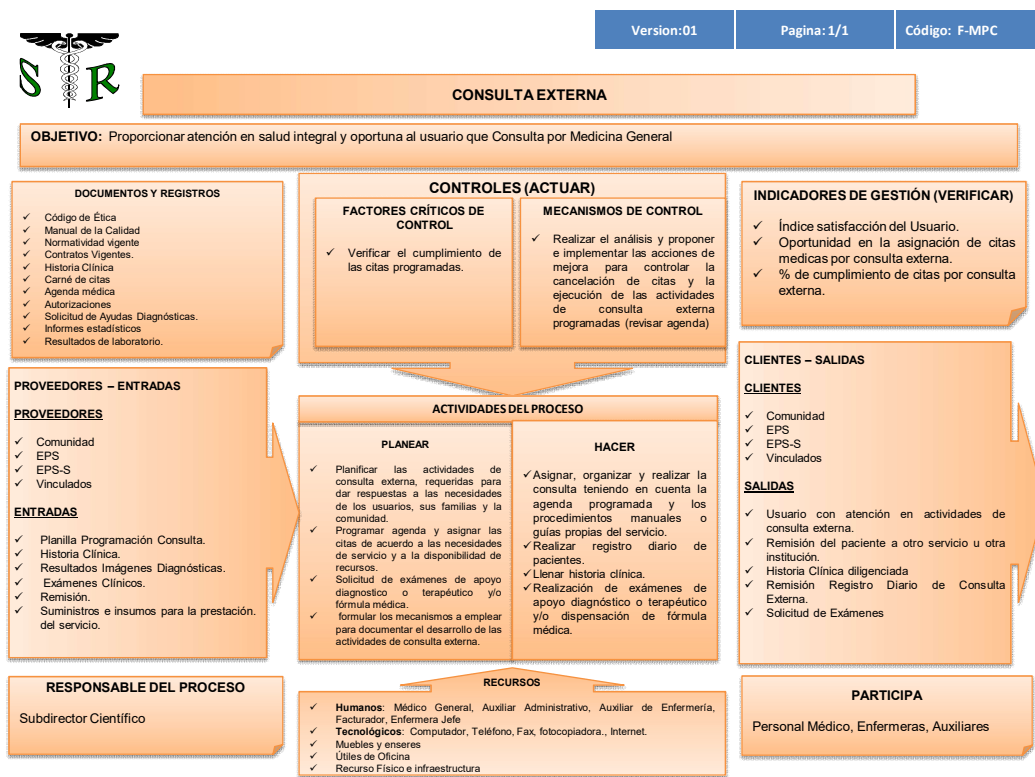
MACROPROCESO: RECURSOS FISICOS			PROCEDIMIENTO		
PROCESO: INVENTARIOS			SALIDA DE BIENES DE INVENTARIO		
Nombre de la actividad (Qué)	Cargo responsable (Quién)	Descripción de la actividad (cómo)	Lugar de trabajo (Donde)	FLUJOGRAMA	Documentos
1-Existencia de bienes	Usuario Solicitante	Verificar la existencia del bien requerido.	En el hospital San Roque de Curiti	1	
2-Existencia de bienes por área	Almacenista	Informar de la existencia de los bienes solicitados en determinada área	En el hospital San Roque de Curiti	↓ 2	
3-Solicitud escrita de los bienes solicitados	Usuario Solicitante	Realizar la solicitud por escrito de los bienes necesarios	En el hospital San Roque de Curiti	↓ 3	Solicitud de Elementos
4-Envío de Solicitud	Profesional Universitario	Enviar la solicitud firmada y autorizada al almacenista.	En el hospital San Roque de Curiti	↓ 4	
5-Entrega de Bienes	Almacenista	Entregar los bienes al área que los requiera.	En el hospital San Roque de Curiti	↓ 5	
6-Firma de Recibido	Usuario Solicitante	Firma recibido salida de almacén	En el hospital San Roque de Curiti	↓ 6	Solicitud de Elementos

10.2.2. Macro Proceso de Consulta Externa

El macro-proceso de consulta externa pertenece al área misional y cubre la prestación de servicios de salud asistenciales en el ámbito de la consulta externa.

Descripción del Macro proceso de Consulta Externa

Gráfico 5



Fuente: Manual de Operaciones ESE Hospital Integrado San Roque de Curití



MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL
SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER
ESE HOSPITAL SAN ROQUE DE CURITI

Código:

PROCEDIMIENTO CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA GENERAL

Versión: 01

Fecha: Mayo de 2010

NOMBRE DEL MACROPROCESO: CONSULTA EXTERNA			PROCESO: CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA GENERAL			
TIPO DE PROCESO: MISIONAL			LIDER: Médico General			
OBJETIVO: Proporcionar atención en salud integral y oportuna al usuario que Consulta por Medicina General						
ALCANCE: Este proceso va desde la entrega de fichas a los usuarios hasta su atención médica.					COPIA CONTROLADA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
CICLO DE MEJORA (PHVA)	QUE (Entradas)	QUIEN (Responsable)	COMO (Actividad)	CUANDO	DONDE	PORQUE (Salida)
P (Planear)	Necesidades de atención del usuario	Auxiliar de Enfermería	Planificar las Actividades Requeridas para dar respuesta a las necesidades de los pacientes, su familia y la comunidad	Antes de la llegada de un paciente al Servicio	En el servicio de Consulta Externa	Equipos y Formatos en Optimas condiciones para prestar un buen servicio
Son todas aquellas actividades que se desarrollan antes de que llegue un paciente a solicitar los servicios de consulta externa a la ESE.						
H (Hacer)	Documentos del Usuario: carnet, documento que acredite su identidad	Auxiliar de Facturación	Programar agenda y Asignar las citas de acuerdo a las necesidades del Servicio y a la disponibilidad de recursos	Tan pronto lo requiera el paciente	En el servicio de Consulta Externa	Paciente Admitido en el Servicio de Consulta Externa e Ingresado en el Sistema
Son todas aquellas actividades que se desarrollan tan pronto un usuario llega al servicio de consulta externa	Planilla Programación consulta	Médico General	Examen General del Paciente	Tan pronto se autorice el Servicio	Consulta Externa	Diagnóstico del Usuario
	Historia Clínica	Médico General	Revisión y generación de notas en la historia clínica	Durante la Atención Medica	En el servicio de Consulta Externa	Historia Clínica Diligenciada
	Historia Clínica, Formulario de Medicamentos y Ordenes Médicas	Médico General	Generación de ordenes de medicamentos	Durante la Atención Medica	En el servicio de Consulta Externa	Formula de Medicamentos
	Historia Clínica Hoja de RIPS	Médico General	Registrar el diagnostico en hoja estadística RIPS	Durante la Atención Medica	En el servicio de Consulta Externa	Información para los RIPS

	Formato de Remisión Historia Clínica	Medico General	Generación de Remisión	Durante la Atención Medica	En el servicio de Consulta Externa	Hoja de Remisión, asignación de cita de control
CLIENTES: Usuarios afiliados al régimen subsidiado, contributivo con cuyas ARS, EPS y demás se tenga contrato o convenio vigente. Usuarios que no pertenecen ni al régimen subsidiado o contributivo llamados vinculados. Igualmente usuarios de origen particular.						
REQUISITOS:						
LEGALES: <ul style="list-style-type: none"> - Ley 100 de 1993. Sistema de Seguridad Social en Salud. - Ley 715. art. 42.10. Sistema Único de habilitación. - Plan Obligatorio de Salud (POS). Res 5261/94. - Decreto 2309 de 2002. Sistema de Garantía de Calidad. - Resolución 1439 de 2002. Requisitos de habilitación y demás normas complementarias. - Resolución 1845 de 2002. Codificación de morbilidad en Colombia, la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. CIE 10 			DEL CLIENTE <ul style="list-style-type: none"> ✓ Guías de atención ✓ Manual de usuario 	DE LA NORMA Decreto 1011 de 2006 (SOGC) MECI: 1000:2005	DOCUMENTOS RELACIONADOS <ul style="list-style-type: none"> • Historia Clínica, Carné de citas, Agenda médica, Autorizaciones, Solicitud de Ayudas Diagnósticas. Informes estadísticos, Resultados de laboratorio. Fórmula médica, Hoja de remisión 	
RECURSOS NECESARIOS						
TECNOLOGICOS <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tensiómetro, Fonendoscopio, ✓ quipo de órganos de los sentidos, Balanza de pie. 		HUMANOS: <ul style="list-style-type: none"> - Un (1) Médico General jornada diurna. - Un (1) Médico General de disponibilidad nocturno y fin de semana. - Un (1) Auxiliar de enfermería. 	OTROS <ul style="list-style-type: none"> - Consultorio con espacio cerrado. - Unidad sanitaria. - Camillas 	INDICADOR: Número total de consultas de medicina general realizadas en el periodo de estudio/horas contratadas en la consulta en el periodo de estudio. Oportunidad de la consulta de medicina general: tiempo promedio de espera de cita para consulta. Número total de consultas de medicina general realizadas en el periodo de estudio/horas contratadas en la consulta en el periodo de estudio.		
SEGUIMIENTO Y MONITOREO (Verificar) <ul style="list-style-type: none"> - Satisfacción del usuario- comentarios y sugerencias. - Oportunidad en la consulta de medicina general. - Eficiencia en la consulta. - Cobertura en la consulta de medicina general 				CONTROLES: (Actuar)		
				PREVENTIVOS: Análisis y prevención de riesgos en la atención Capacitación del recurso Humano.	CORRECTIVOS: Realizar la identificación y tratamiento de eventos adversos presentados en el servicio	
Elaboró :Subdirector Administrativo y Financiero			Revisó: Control Interno		Aprobó: Gerente	

10.3. PROYECCIÓN DE LA GESTIÓN POR PROCESOS.

La intención de la alta dirección es la aplicación de un modelo de retroalimentación y manejo del componente acreditación, del Sistema de Garantía de la Calidad en los macro-procesos de Consulta Externa y Recursos Físicos, aunque esta parte está siendo la más compleja, especialmente cuando se trata de introducir cambios o rediseñar el proceso en organizaciones con peculiaridades específicas a nivel competitivo.

Los macro-procesos de Consulta Externa y Recursos Físicos tienen gran prioridad en el Hospital Integrado San Roque de Curití, puesto que son áreas de impacto misional.

Para la implementación se están siguiendo una serie de criterios de priorización en virtud a su gran demanda, razón por la cual se hace esencial cada vez más, mejorar la prestación del servicio y cubrir los niveles de insatisfacción de los pacientes o usuarios, también se hace vital que la institución logre obtener más recursos por trasferencias del departamento y la nación así como lograr incrementar los recursos propios, es necesario la puesta en marcha de estrategias culturales y vencer la resistencia al cambio, garantizar la coherencia entre lo que se dice en el Plan de Gestión y lo que se aplica en la realidad cotidiana, liderazgo adecuado, estrategias adaptadas a la estructura organizativa, a las características que exigen los cambios, incorporar ideas que molden las estrategias y las estrategias crean paradigmas y estos a la vez conlleven al hospital a realizar unas nuevas estructuras, para mejorar en forma puntual los cambios profundos, motivar a los implicados, identificar las barreras que puedan frenar el cambio y por último, estrategias operativas que simplifiquen los procesos, elaborar planes operativos detallados, para establecer una estructura de comunicación y coordinación efectiva.

10.4. ANÁLISIS DE INVESTIGACIÓN DE CAMPO

En esta parte se desarrolla el análisis y la interpretación de los resultados obtenidos a través del cuestionario aplicado sobre el impacto en la aplicación del componente Acreditación, del Sistema de Garantía de la Calidad en los macro-procesos de consulta externa y recursos físicos de la ESE Hospital Integrado san Roque de Curití.

Se desarrolló el mismo formato de encuesta aplicado por la asesoría externa contratada por la ESE, para los clientes tanto internos como externos de los macro-procesos de consulta externa y recursos físicos de la institución, con el objetivo de hacer el comparativo que permitiera reflejar el grado de avance con respecto al periodo anterior.

El total de encuestas aplicadas para cliente interno fue de diez (10); puesto que el área de consulta externa cuenta con ocho (08) personas y el área de recursos físicos con dos (02) personas.

A continuación se detalla los resultados obtenidos por la encuesta aplicada para cliente interno, la cual se analizó pregunta por pregunta y se comparó con la desarrollada en el periodo anterior, con el fin de visualizar el grado de avance del proceso.

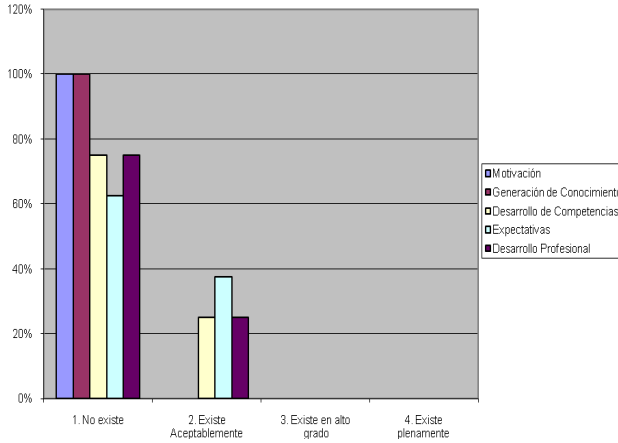
En lo que respecta a la primera pregunta se pudo visualizar el avance obtenido pues paso del criterio no existe a existe aceptablemente para lo que respecta al Macro-proceso de consulta externa.

Comparativo Macro-proceso Consulta Externa

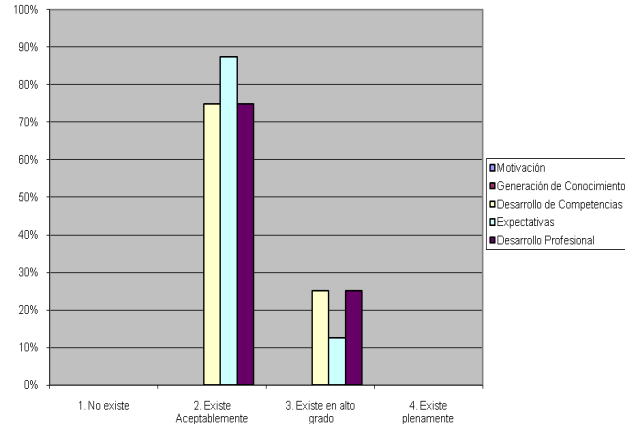
JUNIO DE 2010

DICIEMBRE DE 2010

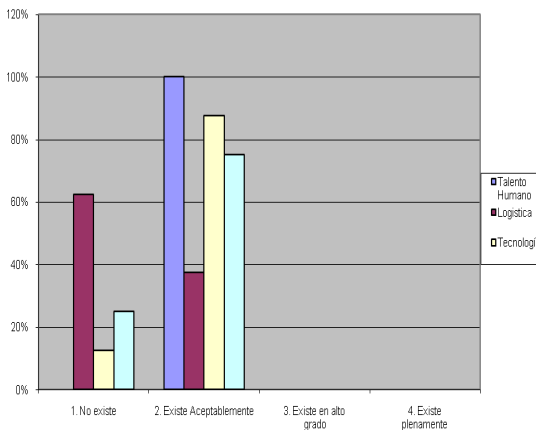
Evalúe las siguientes variables con respecto al nivel de desempeño que brinda el Hospital



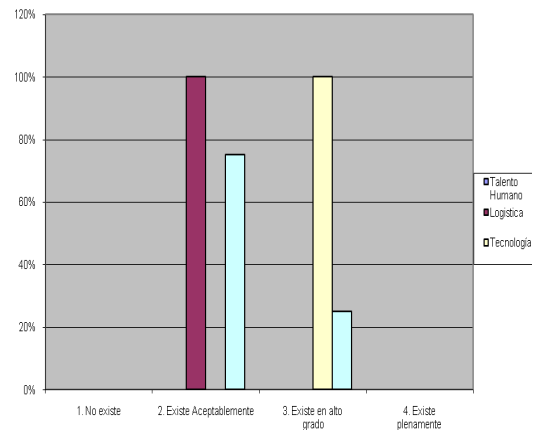
Evalúe las siguientes variables con respecto al nivel de desempeño que brinda el Hospital



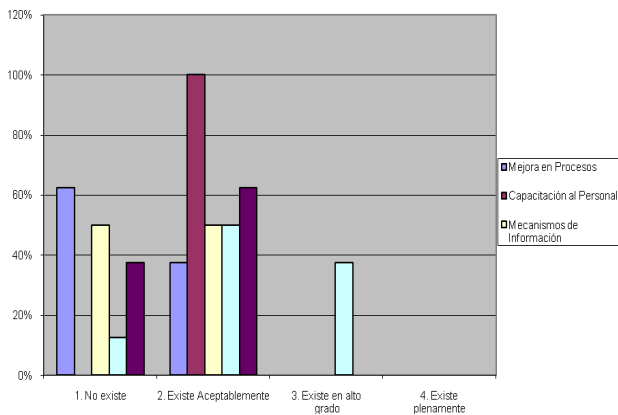
Califique las siguientes variables que posee la Institución en el Desarrollo del Macroproceso de Consulta Externa



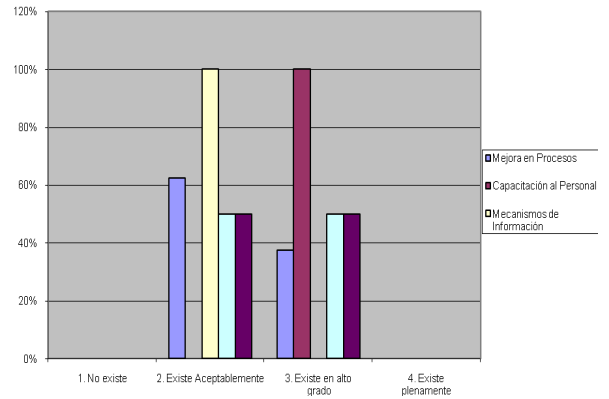
Califique las siguientes variables que posee la Institución en el Desarrollo del Macroproceso de Consulta Externa

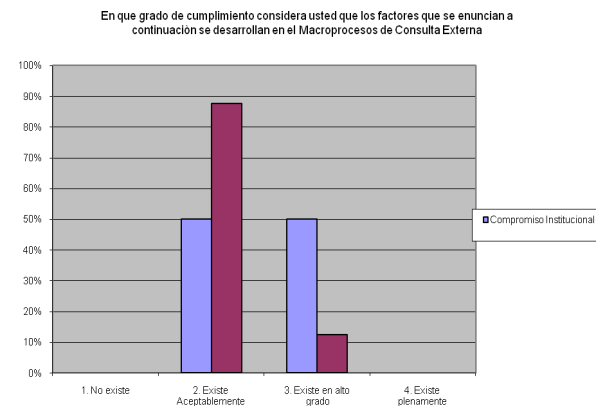
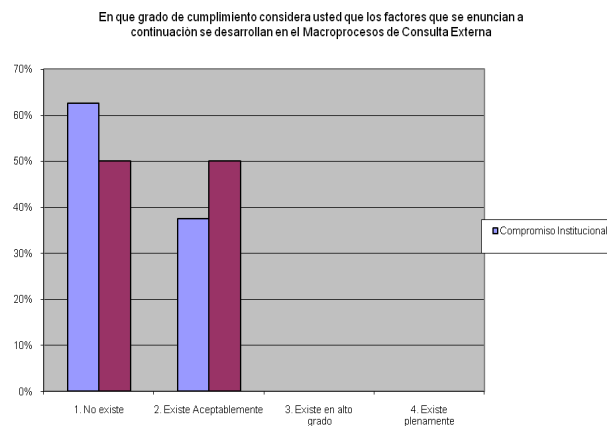
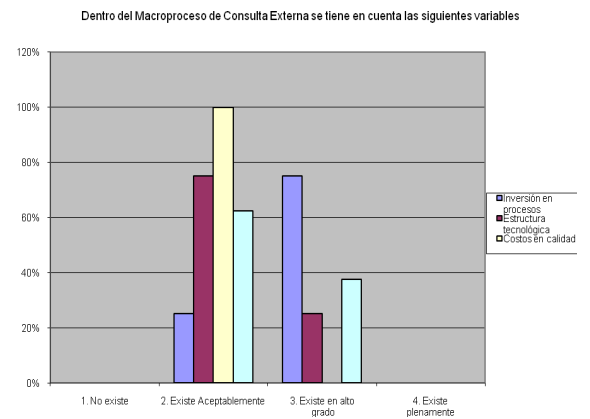
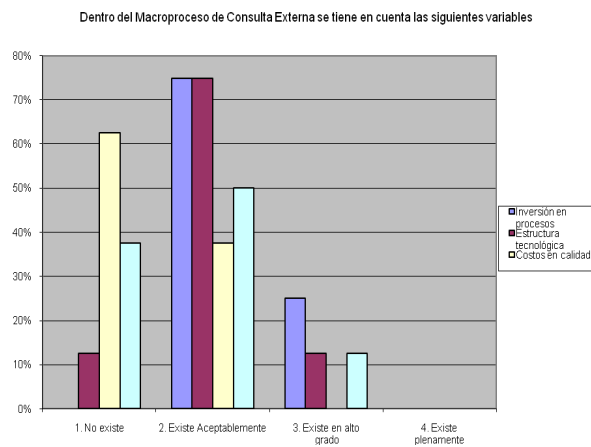
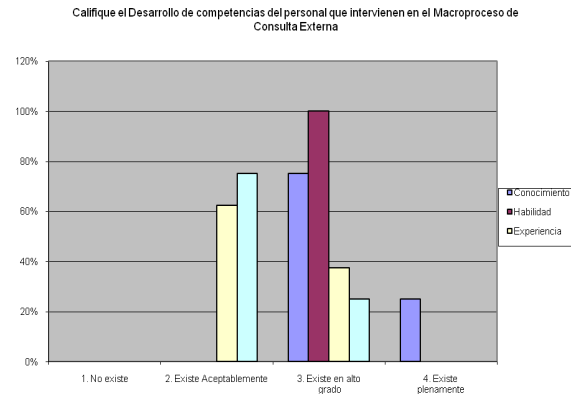
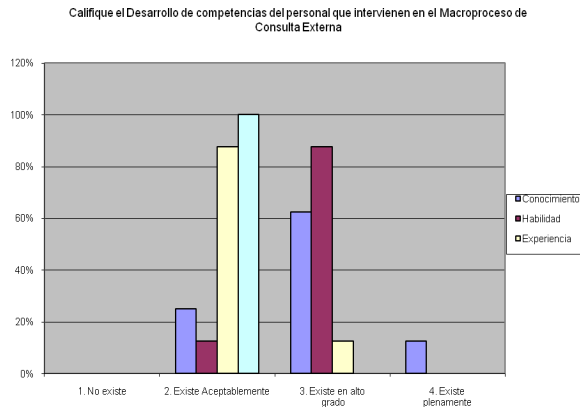


Los Sigüientes programas son desarrollados en el Hospital, mejorando el nivel de bienestar de los funcionarios ¿Como considera usted el grado de Cumplimiento?



Los Sigüientes programnas son desarrollados en el Hospital, mejorando el nivel de bienestar de los funcionarios ¿Como considera usted el grado de Cumplimiento?





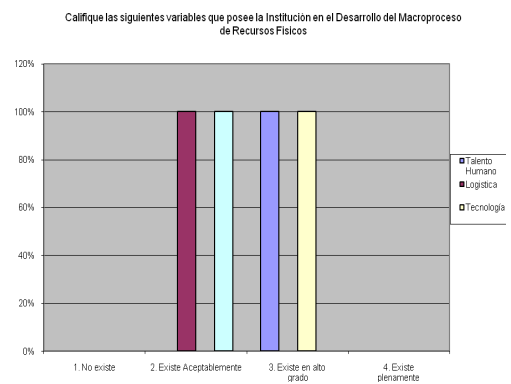
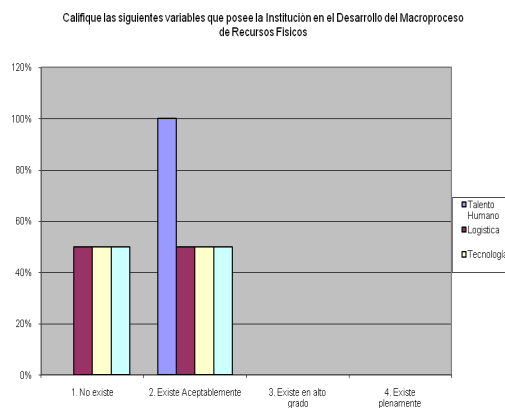
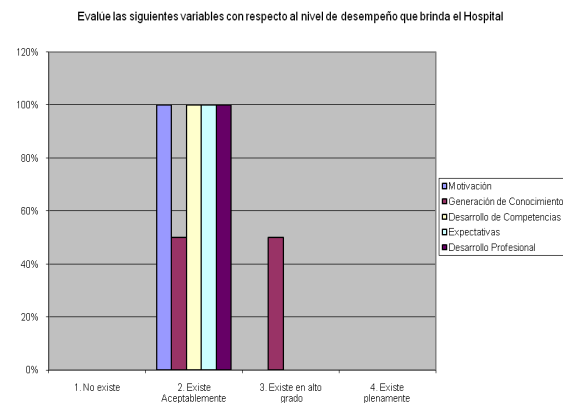
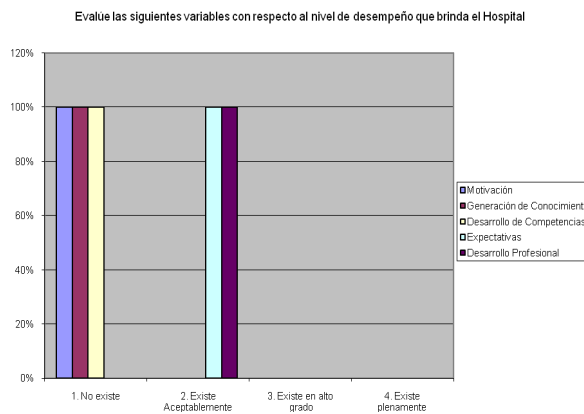
En las anteriores gráficas del Formulario de Investigación de Campo se pudo notar que con respecto a los criterios de evaluación en lo correspondiente al macroproceso de Consulta Externa, se logró avanzar significativamente en lo que

concierno a la prestación de servicios, puesto que, en general, se paso del criterio no existe a existe aceptablemente y del criterio existe aceptablemente paso a existe en alto grado. Un aspecto que consideramos incidió mucho fueron las capacitaciones realizadas al personal, puesto que mejoro su motivación, cambio la perspectiva con respecto al cumplimiento en capacitación, consideraron que mejoraron las competencias en conocimiento y habilidad; por último, mejoró la perspectiva con respecto al compromiso de la institución al mejoramiento de los dos macroprocesos.

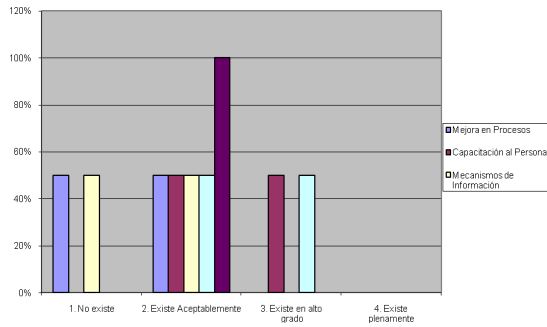
Comparativo Macro-proceso Recursos Físicos

JUNIO DE 2010

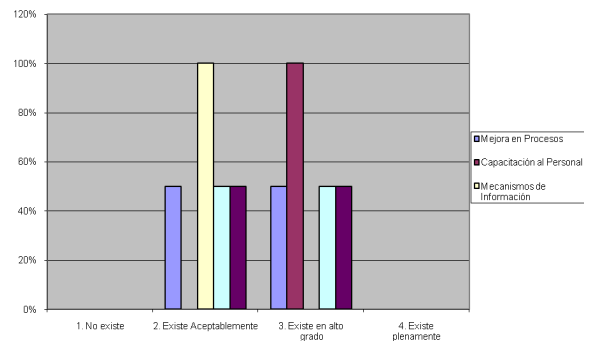
DICIEMBRE DE 2010



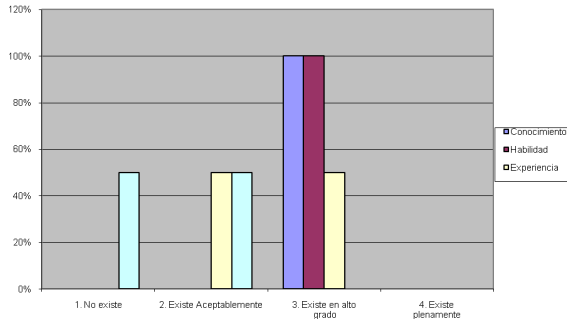
Los Sigüientes programas son desarrollados en el Hospital, mejorando el nivel de bienestar de los funcionarios ¿Cómo considera usted el grado de Cumplimiento?



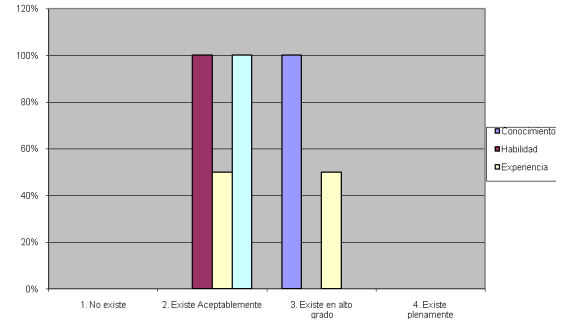
Los Sigüientes programas son desarrollados en el Hospital, mejorando el nivel de bienestar de los funcionarios ¿Cómo considera usted el grado de Cumplimiento?



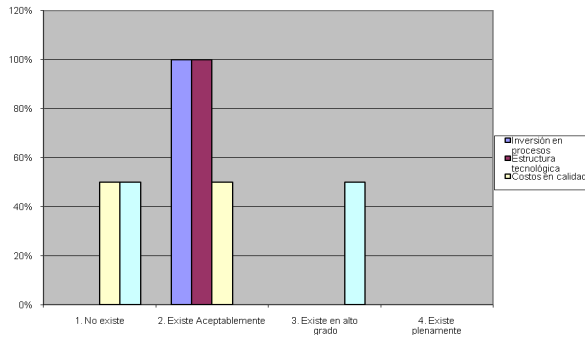
Califique el Desarrollo de competencias del personal que intervienen en el Macroproceso de Recursos Físicos



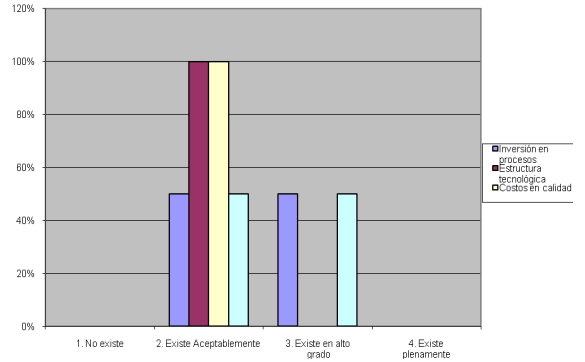
Califique el Desarrollo de competencias del personal que intervienen en el Macroproceso de Recursos Físicos



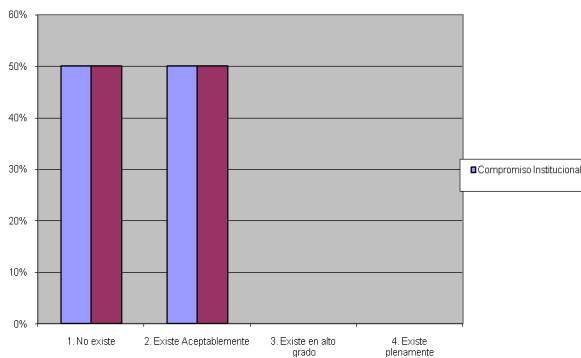
Dentro del Macroproceso de Recursos Físicos se tiene en cuenta las siguientes variables



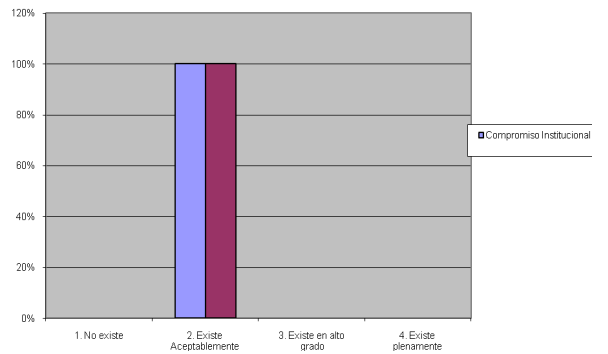
Dentro del Macroproceso de Recursos Físicos se tiene en cuenta las siguientes variables



En que grado de cumplimiento considera usted que los factores que se enuncian a continuación se desarrollan en el Macroproceso de Recursos Físicos



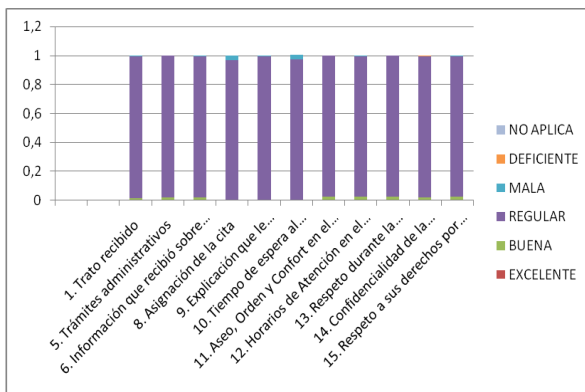
En que grado de cumplimiento considera usted que los factores que se enuncian a continuación se desarrollan en el Macroproceso de Recursos Físicos



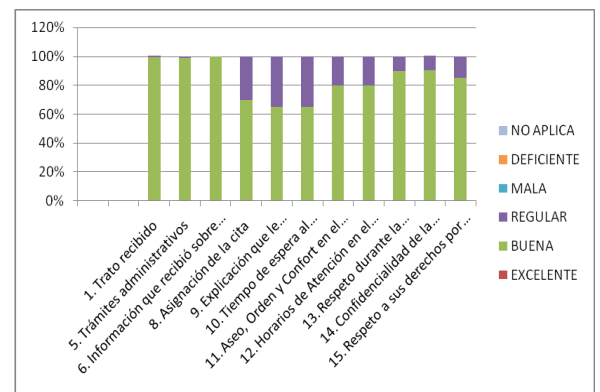
Las anteriores gráficas correspondientes al macro-proceso de recursos físicos dejan evidenciar el mejoramiento que obtuvo la institución luego de iniciar la primera etapa del proceso de acreditación en salud, en forma similar al cliente interno del macroproceso de consulta externa, probablemente por razones expuestas anteriormente.

Por otra parte de acuerdo al tamaño de la muestra tomada en lo que respecta a las encuestas para el cliente externo, se logró determinar la aplicación de 352 encuestas, las cuales fueron desarrolladas en su totalidad y se pudo evidenciar que la institución paso de un criterio de regular a bueno en lo que respecta a la prestación del servicio, visto por el cliente externo.

JUNIO

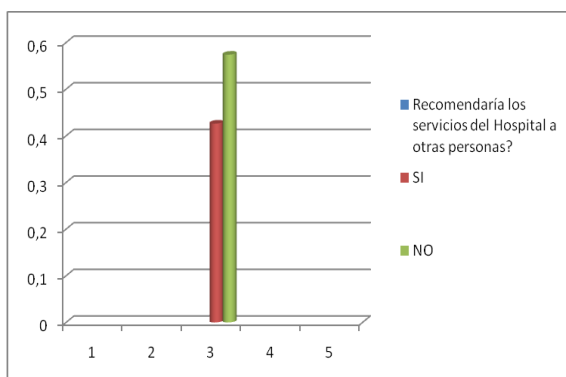


DICIEMBRE

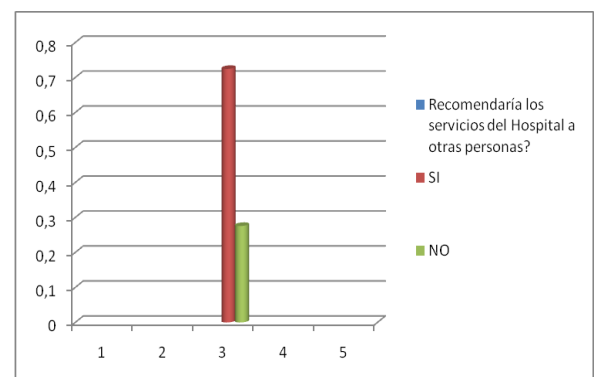


Igualmente respecto a la pregunta si recomendaría los servicios del Hospital a otras personas, en la siguiente gráfica pudimos notar que el avance fue satisfactorio.

JUNIO



DICIEMBRE



Se puede observar que entre las preguntas que mas avance y mejor puntaje obtuvieron en la encuesta realizada en diciembre se encuentran trato e información recibida por parte del personal, lo cual consideramos puede ser reflejo del mejoramiento en la motivación del cliente interno mencionada anteriormente, que a su vez, junto con los otros avances, mejoró la perspectiva del cliente externo y aumento el porcentaje de paciente que recomendarían el hospital.

Y en lo que respecta a la autoevaluación de estándares de calidad se logró avanzar de la siguiente manera:

CONSOLIDADO CALIFICACIÓN AUTOEVALUACIONES ACREDITACIÓN

ENTIDAD: ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN ROQUE DE CURITI
NIVEL DE COMPLEJIDAD: PRIMER **MUNICIPIO:**
REPRESENTANTE LEGAL: ORLANDO LESMES CASTRO **FECHA:**

GRUPO DE ESTÁNDARES	AUTOEVALUACIÓN*	
	Primera	Segunda
	Jun-30	Diciembre
Ambulatorios	1,0	1,2
Derechos de los pacientes	1	1,2
Acceso al paciente	1,1	1,3
Recepción del paciente	1,1	1,3
Proceso de espera previo a la atención	1	1,2
Planeación de la atención	1	1,2
Consulta o atención	1	1,2
Educación en salud	1	1,2
Remisión al laboratorio o imágenes diagnósticas	1	1,2
Remisión a servicios de provisión de medicamentos	1	1,2
Remisión a programas de pyp	1	1,2
Egreso	1	1
Mejoramiento de la Calidad	1	1,5
APOYO		
Gerencia del Ambiente Físico	1,1	1,3
	1,2	1,3
Mejoramiento de la Calidad	1	1,2

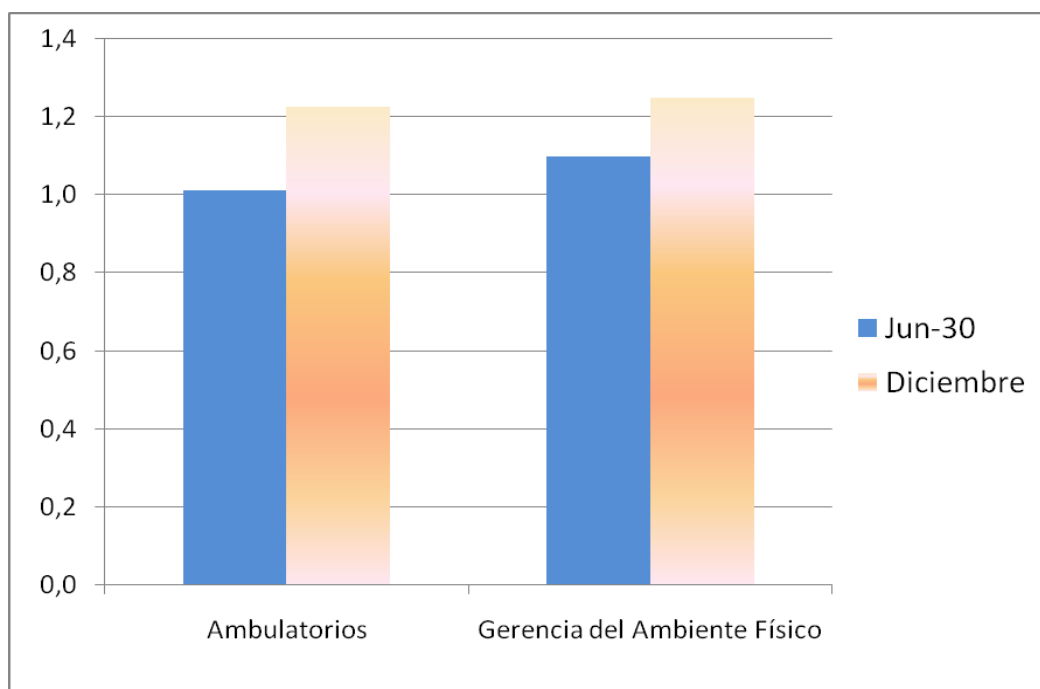
* Calificación de 1 a 5

	Promedio Aritmético	Moda
Método de calificación** Indique con una X el método empleado; si esta ha sido diferente para cada autoevaluación indíquelo	X	

Y la gráfica nos muestra claramente el progreso que logró la institución en el período de Diciembre de 2010, comparado con Junio del mismo año.

COMPARATIVO JUNIO / DICIEMBRE DE 2010
 AUTOEVALUACION DE ESTANDARES DE CALIDAD

Grafica N° 9



En general se logra observar un avance alrededor 20% en los estándares de acreditación para los macroprocesos de consulta externa y recursos físicos en los 6 meses de implementación, lo cual nos parece un avance muy significativo para el periodo de tiempo evaluado, pero que consideramos pudo ser resultado de partir de un mínimo muy bajo, en lo cual el mejoramiento de la motivación del personal y el inicio de autoevaluaciones y creación de planes de mejoramiento

ayudaron a este incremento, pero es cuando se inicia de un punto más alto cuando se obtiene un crecimiento menos acelerado, donde se deben solucionar problemas más grandes y complejos, y donde la institución se enfrentara a mayores retos y obstáculos en camino a la excelencia.

11. CONCLUSIONES

A través de la información solicitada en las encuestas es de notar que existe conformidades en bajo grado, lo cual cabe anotar que es imperiosa la necesidad de realizar ajustes en el desarrollo de las actividades actuales en lo correspondiente a las áreas de Consulta Externa y Recursos Físicos.

Dentro de las no conformidades en el proceso de investigación en la fuente primaria permite determinar que falta motivación a nivel del talento humano, más compromiso, más capacitación, así como implementos con mayor nivel de tecnología que permitan facilidad en atender a los pacientes así como un sistema de información más adecuado entre la institución y el paciente también es vital el mejoramiento de procesos para lograr la eficiencia en los objetivos propuestos de la institución. Así mismo las no conformidades se dan por la incidencia en la escasez de recursos tanto para la fundamentación del personal dedicado a las aéreas misional y funcional así como los medios que utilizan para realizar la gestión de articulación en los diferentes pacientes que lo solicitan.

En consecuencia, los investigadores perciben que es importante el desarrollo de una cultura organizacional en la aplicación del componente Acreditación, del Sistema de Garantía de la Calidad en los macro-procesos de Consulta Externa y Recursos Físicos.

Teniendo en cuenta los actuales requerimientos del Ministerio de Protección Social en Colombia, de propender por un servicio de calidad y altamente efectivo para el usuario, debe replantearse mejores estrategias que permitan cumplir cabalmente con los aspectos que rezan en el Manual de Operaciones, así como dar mejor oportunidad al personal de consulta externa de identificarse con la institución generando así, confiabilidad y respuesta positiva a cada uno de los servicios que como Hospital Público debe ofrecer a todo cliente.

De acuerdo con lo investigado, se determinó que invertir en calidad es importante, puesto que es directamente proporcional a la prestación del servicio, a mayor calidad mejor prestación de los servicios.

Se comprobó que es posible implementar los Estándares de Acreditación requeridos por el componente, ya que el diagnóstico realizado al funcionamiento de los macro-procesos de consulta externa y recursos físicos evidenciaron un avance en la calificación de diciembre del 2010 de acuerdo a la gráfica N 9, pero a su vez se considera que se está en mora de ofrecer un servicio con calidad y oportunidad.

Un conocimiento difícil de ignorar en la actualidad es lo concerniente a los costos financieros y de productividad, que favorecen o desfavorecen a la organización, dependiendo de la eficiencia y visión compartida, pues se da una oportunidad de cambio y reconocimiento social o amenaza de cierre de la institución y pérdida de imagen.

Por tal razón en la siguiente tabla hace referencia a los posibles costos financieros en que incurre la institución de salud al trabajar con no calidad, así como su descripción y las causas que se originan de tipo negativo durante la prestación del servicio en la ESE Hospital Integrado San Roque de Curití, tomando los costos en representación de 1 paciente con ayuda del área de facturación del hospital con respecto a los valores aproximados, dejando este material como posible base para

futuras investigaciones al respecto.

POSIBLES COSTOS FINANCIEROS POR RETRABAJOS

VARIABLE	INVERSION/ COSTOS		ANALIS DE CAUSAS	COSTOS DE NO CONFORMIDAD	DESCRIPCION DEL COSTO	VALOR APROX
Programar agenda y Asignar las citas de acuerdo a las necesidades del Servicio y a la disponibilidad de recursos	Costo personal Facturación y Enfermera Jefe	Auxiliares y Profesional	Se queda personal sin cita o se asigna la cita equivocadamente	Exceso de trabajo, Falta de compromiso, falta de programación	Materiales y salarios	5.000=
Examen General del Paciente	Costo de la consulta	Profesional y Auxiliar	Se presentan inconsistencias en la valoración del paciente	Falta de conocimiento, Implementos defectuosos o deficientes No pertinencia	Materiales y salarios	8.000=
Revisión y generación de notas en la historia clínica	Software	Personal y papelería	Software desactualizado	Registro inadecuado	Materiales y salarios	2.000=
Generación de órdenes de medicamentos	Medicamentos	Personal y papelería	Medicamentos de alto costo o error en formulación	Falta de conocimiento	Medicamentos, salarios, papelería	2.000=
Registrar el diagnóstico en hoja estadística RIPS	Diligenciamiento formatos	Auxiliar	Se presenta errores al transcribir	Formación del talento humano	Salarios y papelería	1.000=
Generación de Remisión	Diligenciamiento formatos	Profesional y Auxiliar	Se presentan errores al remisionar.	Falta de conocimiento o por exceso de consultas	Materiales y salarios	8.000=
TOTAL						26.000=

Valor aproximado por consulta

Fuente: Hospital Integrado San Roque de Curití

12. RECOMENDACIONES

- Es importante que la institución continúe con el proceso de acreditación que viene adelantando con el fin de ir mejorando día a día en la prestación de los servicios.
- La institución debe seguir trabajando en el desarrollo de estrategias educativas que permitan generar cultura organizacional en todo el personal vinculado con la ESE, pilar básico para continuar el crecimiento en el ciclo de autoevaluación.
- Implementar el manual de calidad de vida laboral, que permita crear clima organizacional favorable e identidad laboral.
- Diseñar e implementar indicadores de resultado que permitan medir el impacto en el desarrollo de los procesos adelantados por la institución.
- Se recomienda a la alta dirección estructurar y desarrollar la planeación estratégica articulada con el plan de gestión institucional, con el fin de visualizar el mismo horizonte.

BIBLIOGRAFÍA

- ✓ Bacic, Miguel J. Papel de la Gestión por Calidad Total (TQM) en el Control de los Costos de la No Calidad. Revista Costos y Gestión. Septiembre 1997.
- ✓ Guía práctica de preparación para la acreditación en Salud.
- ✓ David. Balanced Scorecards. Mediciones del Desempeño. USA: Harvard Business Review. Cambridge Kepner, Charles & TREGOE, Benjamin. 1965
- ✓ Dan Ciampa, Addison. Calidad Total, Guía para su implementación
- ✓ Dale, Barrie G y James J. Plunkett. Quality Costing; London, U.K., 1992. Chapman & Hall.
- ✓ Daniel Marcelo Costos de la Calidad. Marzo 22, 2009 a las 3:53am
- ✓ Eelohuani, Rubén H. los Costos de la Calidad. Ediciones Macchi, 1999.
- ✓ González, Alejandro J. Escuder Universo Económico de la Calidad, Publicación del C.P.C.E.C.F, número 43, octubre de 1998, 22p.
- ✓ Harvard Business Review, Innovación y el Factor Humano, Sept. 2.009. 88p
- ✓ Howards, Gitlow. y Shelly, Gitlow. Editorial Norma.

- ✓ Osborne y Gaebler. Reinventando el Gobierno. Cómo el Espíritu Empresarial está trasformando al Sector Público. USA: Addison. wesley Publishing. Reading Registro del Sistema para la Certificación de Firmas con Capacidad Eval. COVENIN, 2000.
- ✓ Pagella, Nelson h. Especialista en Calidad pagella.hugo@arlei.com.
- ✓ Periódico Reforma “Impuntualidad en los negocios”, Cuesta caro llegar tarde.; Proveedor. Tierra Networks México S.A de C.V, Septiembre 29, 2003 (publicación en línea). (fecha de acceso: 04/02/2004).
- ✓ Perdomo Burgos Álvaro, Administración de los Costos de la Calidad, Icontec 2004
- ✓ Philip B, Crosby. Calidad Total en Marketing, Agosto de 1997.<http://www.calidad.org/articles/ago97/2ago97.htm>(fecha de acceso: (03/02/2004).
- ✓ GIBBONS, Michael. La nueva producción del conocimiento. La dinámica de la ciencia y la investigación en las sociedades contemporáneas Barcelona, 1997.
- ✓ IBÁÑEZ, Jesús. Perspectivas de la Investigación social: el diseño en las tres perspectivas. Madrid, 1990.
- ✓ SANTA CRUZ, Juan. Los orígenes del conocimiento: un sistema primario para la ciencia cognitiva.
- ✓ VASCO V. Carlos Eduardo. Tres estilos de trabajo en las ciencias sociales. Bogotá, 1989.

ANEXO 1
FORMULARIO INVESTIGACIÓN DE CAMPO CLIENTE INTERNO
AREAS CONSULTA EXTERNA Y RECURSOS FISICOS

IMPACTO EN LA APLICACIÓN DEL COMPONENTE ACREDITACIÓN, DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN LOS MACROPROCESOS DE CONSULTA EXTERNA Y RECURSOS FÍSICOS DE LA ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN ROQUE DE CURITÍ.

POR FAVOR RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS EN UNA ESCALA DE UNO A CUATRO BAJO LOS SIGUIENTES CRITERIOS

1. No existe
2. Existe aceptablemente
3. Existe en alto Grado
4. Existe Plenamente

1. Evalúe las siguientes variables con respecto al nivel de desempeño que brinda el Hospital Integrado San Roque de Curití a sus empleados.

- a) Motivación _____
- b) Generación de conocimiento _____
- c) Desarrollo de competencias _____
- d) Expectativas _____
- e) Desarrollo profesional _____

2. Califique las siguientes variables que posee la institución en el desarrollo de los Macroprocesos de Consulta Externa y Recursos Físicos.

- a) Talento humano _____
- b) Logística _____
- c) Tecnología _____
- d) Materiales _____

3. Los siguientes programas son desarrollados en el hospital, mejorando el nivel de bienestar de los funcionarios. ¿Cómo considera usted el grado de cumplimiento?

- a) Mejora en procesos _____
- a) Capacitación al personal _____
- b) Mecanismos de información _____
- c) Programas de Protección _____
- d) Programas de Reinducción _____

4. Califique el desarrollo de competencias del personal que intervienen en los Macroprocesos de Consulta Externa y Recursos Físicos.

- a) Conocimiento _____
- b) Habilidad _____
- c) Experiencia _____
- d) Estado Emocional _____

5. Dentro de los Macro-procesos de Consulta Externa y Recursos Físicos se tienen en cuenta las siguientes variables.

- a) Inversión en Procesos _____
- b) Estructura Tecnológica _____
- c) Costo en Calidad _____
- d) Asignación de recursos _____
- e) Inversión Institucional _____

Comentario: _____

_____.

6. En qué grado de cumplimiento considera usted que los factores que se enumeran a continuación se desarrollan en los Macro-procesos de consulta externa y recursos físicos.

- a) Compromiso Institucional _____
- b) Calidad del Proceso Logístico _____

ANEXO 2
FORMULARIO DE INVESTIGACIÓN DE CAMPO
CLIENTE EXTERNO

Nombre:				Doc. identidad						
Teléfono:		E-mail			Sexo					
Proceso:										
Sus sugerencias son un aporte importante para mantener la calidad de nuestros servicios				EXCELENTE	BUENA	REGULAR	MALA	DEFICIENTE	NO APLICA	Si su respuesta es Regular, Mala o deficiente explique Por Qué?.
MARQUE CON UNA X LA RESPUESTA SELECCIONADA										
ACOGIDA Y TRATO QUE RECIBIO POR PARTE DE:										
1. Jefe de Consulta Externa										
2. Auxiliares de Enfermería										
3. Médico										
4. Otro										
ACCESIBILIDAD										
5. Trámites administrativos										
INFORMACIÓN QUE RECIBIO DE O SOBRE:										
6. Servicio de Consulta Externa										
7. Otro										
OPORTUNIDAD										
8. Asignación de la cita		<= 2DIA	> 2DIA <= 7 DIAS	> 7DIAS						
9. Explicación que le suministraron si hubo demora en la asignación de la cita.										
10. Tiempo de espera al momento de la cita		<=1 Hora	>3< =5 Horas	>5 Horas						
CALIFIQUE OTROS ASPECTOS										
11. Aseo, Orden y Confort en el área de Consulta Externa										
12. Horarios de Atención en el servicio de Consulta Externa										
13. Respeto durante la Prestación del Servicio										
14. Confidencialidad de la información										
15. Respeto a sus derechos por parte de los funcionarios de la institución.										
16. Recomendaría los servicios del Hospital a otras personas?				SI	NO					

Si la Respuesta es negativa especifique por qué