

**EVALUACIÓN DEL PROCESO DE ADMISIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL
CARIBE EN LA CIUDAD DE CARTAGENA EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE
EL 1° DE AGOSTO DEL 2009 AL 31 DE JULIO DE 2010**

**MARTHA GUTIERREZ DE PIÑEREZ JALILIE
VILMA MARTINEZ ANILLO**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
ESPECIALIZACIÓN EN GESTIÓN DE LA CALIDAD Y AUDITORÍA EN SALUD
CARTAGENA
2010**

**EVALUACIÓN DEL PROCESO DE ADMISIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL
CARIBE EN LA CIUDAD DE CARTAGENA EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE
EL 1° DE AGOSTO DEL 2009 AL 31 DE JULIO DE 2010**

**MARTHA GUTIERREZ DE PIÑEREZ JALILIE
VILMA MARTINEZ ANILLO**

**Tesis propuesta como cumplimiento de los requisitos de grado como especialista
en Gestión de la Calidad y Auditoría en Salud**

**Tutor
Dr. SAMUEL ARTEAGA BERNATE MD.**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
ESPECIALIZACIÓN EN GESTIÓN DE LA CALIDAD Y AUDITORÍA EN SALUD
CARTAGENA
2010**

NOTA DE ACEPTACION

Jurado

Jurado

Cartagena de Indias D.T.H y C. 22 de Noviembre de 2010

AGRADECIMIENTOS

Las autoras deseamos expresar nuestros más sinceros sentimientos de gratitud, en primera instancia al Dr. Wilman Herrera Castaño (Gerente del Hospital Universitario) y el Dr. José Acevedo Monrroy (Jefe de la Oficina de Calidad del Hospital), por su gran colaboración, y la disposición que tuvieron para garantizar acceso a toda la información de este estudio.

Así mismo al Dr. Carlos Morelo, Auditor y Coordinador de Admisiones, y a nuestro tutor Dr. Samuel Arteaga Bernate.

RESUMEN

Evaluación del Proceso de Admisiones del Hospital Universitario Del Caribe, En La Ciudad de Cartagena, En el Periodo Comprendido Entre El 1° de Agosto de 2009 y El 31 de Julio de 2010

Por las Dras. Martha Gutiérrez de Piñerez Jalilie & Vilma Martínez Anillo

Presidente del comité supervisor: Profesor Samuel Artega Bernate
Departamento de Ciencias Económicas

Tesis presentada sobre la historia de la conformación, normalización de procesos y procedimientos, y evaluación del funcionamiento de la Oficina de Admisiones en la E.S.E. Hospital Universitario del Caribe, en la ciudad de Cartagena de Indias en el Periodo comprendido entre el 1°de Agosto de 2009 al 31 de Julio de 2010, evaluando su estructura, clima organizacional, Procesos, Procedimientos, y Planes de Mejoramiento.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	10
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION	11
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	11
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	12
2. OBJETIVOS	13
2.1 OBJETIVO GENERAL	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3. JUSTIFICACIÓN	14
4. MARCO TEORICO	15
4.1 ANTECEDENTES	15
4.2 MARCO JURÍDICO	17
4.3 MARCO INSTITUCIONAL	19
4.4 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	20
4.5 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES	21
5. DISEÑO METODOLOGICO	23
5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	23
5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	23
5.3 INSTRUMENTOS Y FUENTES	25
5.4 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	25
6. ESTRUCTURA OPERATIVA DEL PROYECTO	26
6.1 ESPECIFICACIÓN OPERACIONAL DE ACTIVIDADES.	26
6.2 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	27
6.3 PRESUPUESTO	28
6.4 RECURSOS	28
7. RESULTADOS	29
7.1 EVALUACIÓN DEL CLIMA ORGANIZACIONAL	29
7.2 EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DE ADMISIONES	32
7.3 FACTORES DE RIESGO QUE INFLUENCIAN NEGATIVAMENTE LOS PROCESOS DE ADMISIONES	35
7.3.1 Procedimiento de registro del ingreso y egreso de pacientes	36
7.3.2 Procedimiento de Gestión de Autorizaciones	37
7.4 DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE LOS PROCESOS DE ADMISIONES EN EL HUC	38
7.5 IMPACTO DE LAS NO CONFORMIDADES EN LOS PROCESOS DE ADMISIONES	38
7.5.1 Impacto en Procesos Asistenciales	38
7.5.2 Impacto en los Procesos Administrativos	39

8. CONCLUSIONES	40
9. RECOMENDACIONES	42
BIBLIOGRAFÍA	43
ANEXOS	45

LISTA DE GRÁFICAS

	Pág.
Gráfica 1. Evaluación de relaciones interpersonales	29
Gráfica 2. Estilo de dirección	30
Gráfica 3. Retribución Económica	31
Gráfica 4. Disponibilidad de recursos	31
Gráfica 5. Estabilidad Laboral	31
Gráfica 6. Demografía	32
Gráfica 7. Responsable del pago	34
Gráfica 8. Gestión de bitácora	34
Gráfica 9. Problemas identificados	35
Gráfica 10. Seguridad del Paciente	39

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Procesos de Admisiones	45
Anexo B. Encuesta de Clima Organizacional	50
Anexo C. Instrumento de Consolidar Datos	51
Anexo D. Matriz de evaluación de procesos y procedimientos.	52

INTRODUCCIÓN

A pesar de la corta vida de la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE, ya se identifica en su funcionamiento, los problemas que arrastra todo el sistema hospitalario oficial en el país.

Como un aporte para, a la generación de datos concretos, y al aporte de soluciones a los problemas de nuestro sistema hospitalario, se plantea la necesidad de realizar un análisis profundo del funcionamiento de una de las unidades funcionales de mayor impacto a los procesos asistenciales cual es la unidad de admisiones.

De manera general se ha identificado a esta dependencia como una parte importante, en los problemas de calidad institucional, sin que a la fecha se cuente con datos estadísticos concretos, de carácter asistencial y financiero.

Esperamos con este proyecto, arrojar nuestra estrella al mar de informaciones, de la situación del sistema sanitario de Colombia, confiando en ser parte de la solución consensuada que algún día debe darse.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El Hospital Universitario del Caribe es una institución pública de tercer nivel de atención que presta servicios de mediana y alta complejidad a la población pobre y vulnerable del Departamento, de Bolívar y del Distrito de Cartagena, en su portafolio se incluyen servicios de Urgencias, Consulta Externa, Laboratorio Clínico, Cirugía, Hospitalización, Unidad de Cuidados Intensivos; Imagenología, Cardiología, Endoscopias, Servicio Farmacéutico entre otros.

Entre las áreas funcionales de apoyo a la gestión asistencial, se encuentra la oficina de admisiones, la cual tiene como función el tramite y registro de todas las tareas relacionadas con la notificación de atención inicial de urgencias; Gestión de autorizaciones u órdenes de servicios; Determinación del Ente Responsable del Pago; y Orden de salida de los pacientes.

En la actualidad laboran nueve personas, incluido el coordinador de la oficina.

El no cumplimiento de los procesos responsabilidad de esta oficina se refleja en problemas asistenciales como

- Alto número de estancias prolongadas;
- Aumento en la cancelación de procedimientos e intervenciones ambulatorias y/o electivas;
- Aumento en los casos de eventos adversos como infecciones nosocomiales;
- Insatisfacción de usuarios y familiares.
- Y también problemas administrativos como:
 - Disminución del % de radicación de facturas;
 - Aumento en el porcentaje de glosas de tipo administrativo;
 - Disminución del flujo de caja y de los recaudos en general;
- Los factores posibles generadores de estos problemas pueden ser:
 - Dotación insuficiente de elementos de oficina y recursos técnicos para el cumplimiento de las labores de admisiones;

- Deficiencias en la aptitud del personal a cargo de las funciones;
- Falta de capacitación continuada al personal responsable;
- Personal disponible insuficiente para el cumplimiento de las responsabilidades;
- Falta de divulgación a admisiones de contenidos de los contratos con los diferentes entes responsables de pago.

La responsabilidad de estos hechos recae sobre el área administrativa de la empresa, los cuales de no ser atendidos afectarían gravemente la sostenibilidad de la empresa hacia futuro, además de menoscabar la imagen corporativa ante clientes proveedores y comunidad en general.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Los problemas en la gestión de los procesos de la oficina de admisiones del Hospital Universitario del Caribe ESE, en la ciudad de C/gena en el periodo comprendido entre 01/08/2009 y 31/07/2010, han afectado de manera importante la funcionalidad de la empresa tanto desde el punto de vista ASISTENCIAL como ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO ¿Cuales son los factores causales, que afectan el proceso de admisión del Hospital Universitario del Caribe de la ciudad de Cartagena en el periodo comprendido entre el 1° de agosto de 2009 y el 31 de Julio de 2010. ? y ¿Cuáles son los resultados de las alteraciones en estos procesos?

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores que afectan el funcionamiento del proceso de admisión, cuáles son sus causas y sus repercusiones de tipo económico y asistencial en el Hospital Universitario del Caribe de la ciudad de Cartagena, en el periodo comprendido entre el 1° de agosto de 2009 al 31 de Julio 2010.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar Factores de Riesgo que inciden en el cumplimiento del proceso de admisiones.
- Estimular las acciones de autoevaluación por parte del equipo de admisiones, que le permita identificar los riesgos más frecuentes a los que se exponen durante el cumplimiento de sus funciones.
- Hacer el Diagnóstico del proceso de admisión especificando los aspectos relevantes en cuanto a la Estructura y Sus Procedimientos.
- Evaluar el impacto de los factores identificados en el ámbito económico y asistencial.
- Proponer Plan Estratégico para yugular las causales priorizadas.

3. JUSTIFICACIÓN

En los más recientes estudios realizados por el ministerio de la protección social, y más específicamente por el programa de apoyo a la reforma, se identifica el escaso flujo efectivo de recursos hacia la Red Pública de Prestadores de Servicios de Salud, como el riesgo más importante para la sostenibilidad financiera de los hospitales en el país. Muchos autores han dedicado su tiempo a identificar los factores del entorno especialmente las relaciones entre EAPB y Hospitales para buscar soluciones a este riesgo, pero pocos han realizado análisis profundos sobre la gestión de los procesos internos del hospital como factor determinante en la generación del riesgo financiero.

En el caso que nos ocupa, pretendemos mediante la aplicación del método científico, identificar todos los agentes causales y las consecuencias de la mala gestión de un proceso tan vital para la vida del hospital como lo es el proceso de admisiones

Teniendo en cuenta la falta de investigaciones previas en esta área, con este proyecto pretendemos identificar cuáles son los factores de causa y efecto, tanto en el área operacional o asistencial como en los indicadores de apoyo logísticos de la empresa.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 ANTECEDENTES

El sistema Nacional de salud en Colombia, vigente desde 1975, estaba organizado básicamente en tres subsistemas de servicios de salud, cada uno de los cuáles contaba con su propia forma de financiamiento y proporcionaba atención a grupos específicos de la población, con base en su capacidad de pago.

El primero de los subsistemas correspondía al de Salud Pública, al cual le correspondía cubrir el 75% de la población de más bajos ingresos, pero en el mejor de los casos alcanzaba solo el 40%, con un paquete de servicios de baja calidad que le demandaba al país el 40% del gasto total en salud. El segundo subsistema estaba conformado por El Instituto de los Seguros Sociales y cerca de mil cajas de previsión. Entregaban en forma directa un paquete amplio de servicios de mejor calidad a un grupo que representaba el 20% de la población correspondiente al segmento formal de la economía, no obstante demandaba aproximadamente el 50% del gasto total del sector. El subsistema privado de servicios correspondía al tercero de los tres subsistemas y ofrecía los planes más amplios y de mejor calidad, al 5% de la población de más altos ingresos y le demandaba al país el 10% del gasto en salud.

Alrededor del 25% de la población nacional no tenía acceso a ningún tipo de servicios, por lo que gran parte de sus necesidades de salud y de medicamentos estaban siendo paulatinamente cubiertos por los médicos, laboratorios y farmacias del sector privado.

Las transformaciones en el modelo de Estado existente en Colombia se consolidan con la expedición de la Constitución Política de 1991. Estos cambios estuvieron precedidos por leyes y decretos leyes que reorientaban al estado hacia modelos descentralizados de gestión. Para el sector salud, la ley 10 de 1990 se anticipó a introducir cambios que posteriormente se consolidaron con la Constitución Política, y las leyes 60 y 100 de 1993.

Los cambios en el modelo de estado se consolidan como principios constitucionales y son:

- Seguridad social como derecho irrenunciable.
- Salud como servicio público obligatorio a cargo del estado, cuya organización debe hacerse conforme a los principios de UNIVERSALIDAD, SOLIDARIDAD y EFICIENCIA.

- Concurrencia de agentes públicos y privados.
- Con el surgimiento de la ley 100 de 1993 se produjeron cambios en la estructura administrativa y en la prestación de los servicios de Salud. Colombia asumió un modelo de salud de integración funcional que focaliza las poblaciones de acuerdo con su capacidad económica:
- Con capacidad de pago: Que a su vez se divide en seguro social, seguro privado y no asegurados.
- Sin capacidad de pago: Este es el grupo de las personas pobres.

Para cada grupo existe una estrategia funcional diferente y totalmente separada de los demás.

Sin embargo en la actualidad el modelo de salud funciona de manera desarticulada y enfrenta enormes dificultades para hacer realidad el derecho a la salud.

En Colombia prima la discusión sobre los temas de financiación de servicios, porque es más importante saber cuánto le cuesta al sistema proporcionar un servicio que prestarlo. No se pregunta cómo es la calidad del servicio, sino cuánto vale. El tema de la salud como prioridad se perdió.

Debido a que “afrontamos una situación de crisis estructural en atención a la salud, los servicios de urgencia se convirtieron, prácticamente, en la única vía que los ciudadanos tienen para que los atiendan bien y rápidamente”. Su utilización está al máximo en la mayoría de las ciudades del país; hay días en que todos los servicios de urgencias están repletos. “Si por desgracia ocurre un desastre natural, la capacidad de respuesta de los hospitales de Bogotá y en todas las ciudades importantes es prácticamente nula. Hoy, las urgencias están saturadas de cosas que no son urgentes. La gente busca las urgencias porque, por el sistema tradicional, tiene que esperar días, semanas y hasta meses, para que le den la cita médica. Nosotros estamos atendiendo más de 45 urgencias al día.”.

“Mientras los estándares internacionales contemplan que por cada 100 consultas, alrededor de 50 se hacen por urgencias, en Colombia esa relación es de 65 por cada 100”.

“En Cartagena, en el segundo semestre del año 2003; 553 pacientes no fueron atendidos; de estos 83 fallecieron esperando que les fuera asignada una cama hospitalaria; 17 personas mensuales en promedio fallecían en Bolívar y Cartagena porque requiriendo hospitalización, no fue posible ubicarles una cama hospitalaria”.

Con relación a las estadísticas nacionales para el año 2006, la situación de falta de atención en salud no ha mejorado porque, “según la Defensoría del Pueblo, a 38 de cada 100 personas que han acudido a urgencias, se les ha negado la atención sin explicación” y esta situación se presenta por dos razones: “Una: la gente se está enfermando más por falta de promoción y prevención. Y dos, como la atención hospitalaria no está funcionando adecuadamente, la gente tiene que acudir a los servicios de urgencias porque todo lo demás no responde a sus necesidades. La prestación del servicio de urgencia está saturada”.

La negación de la atención en los servicios de urgencias ha generado los temibles “paseos de la muerte”, de los cuales “ocurrieron 20 casos en 2006, según la Defensoría del Pueblo”.

4.2 MARCO JURÍDICO

Dentro de la normatividad vigente sobre urgencias existen las siguientes legislaciones:

Ley 10 de 1990, que determina que “todas las instituciones o entidades que presten servicios de salud están obligadas a prestar la atención inicial de urgencias, con independencia de la capacidad socioeconómica de los demandantes de estos servicios”.

Constitución Política de Colombia de 1991:

Artículo 48: La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley.

Artículo 49: La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Ley 100 de 1993, que instituye el Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS-, dispone que la atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS- públicas y privadas, a todas las personas, independientemente de la capacidad de pago, sin requerirse contrato ni orden previa. En su artículo 159 garantiza a los afiliados al Sistema la atención de urgencias en todo el territorio nacional y ordena a las Entidades Promotoras de Salud -EPS- establecer un sistema de referencia y contra referencia para que el acceso a los servicios de alta complejidad se realice por el primer nivel de atención, excepto en los servicios de urgencias.

Resolución 5261 de 1994 define urgencia como: “la alteración de la integridad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiere de la protección inmediata de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras”; y establece que las urgencias se atenderán en cualquier parte del territorio nacional, sin que para ello sea necesario autorización previa de la EPS o remisión, como tampoco el pago de cuotas moderadoras. Además aclara cuáles son las actividades para la atención de pacientes en el servicio de urgencias: Evaluación y atención médica, sutura, observación hasta por 24 horas, hidratación, estabilización y remisión del paciente que lo requiera, además de otras actividades y procedimientos médicos y de enfermería e interconsulta especializada, así como la movilización del paciente en ambulancia cuando lo requiera.

Resolución 2816 de 1998, establece que cuando la IPS no pertenezca a la red de prestadores de la EPS, aquella informará la atención de los afiliados en el servicio de urgencias, en las 24 horas hábiles siguientes al ingreso del paciente o con la periodicidad que se haya pactado entre las dos instituciones.

Ley 715 de 2001; Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.

Decreto 1011 de 2006; Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Resolución 1043 de 2006; Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.

Ley 1122 de 2007; Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Decreto 4747 de 2007 reglamenta el sistema de selección y clasificación de pacientes de urgencias a través del Triage y reafirma el informe de la atención inicial de urgencias a la entidad responsable del pago y el sistema de Referencia y Contrarreferencia.

Resolución 3047 de 2008: reglamenta algunos aspectos del decreto 4747, en cuanto a los formatos y los términos para la solicitud de autorizaciones de servicios entre otros.

4.3 MARCO INSTITUCIONAL

El Hospital Universitario de Cartagena se creó mediante Ordenanza No. 082 de la Asamblea Departamental de Bolívar del 26 de noviembre de 1969 y se Transformó en Empresa Social del Estado el 5 de julio de 1995 de categoría especial, pública, descentralizada, del orden departamental, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa. Prestaba servicios de 1, 2 y 3 nivel de atención, incluido alto costo, fundamentalmente a la población cartagenera y a la población del departamento de Bolívar y de los departamentos de Sucre y Córdoba. El Hospital ofrecía toda la gama de servicios clínicos y quirúrgicos con sus sub-especialidades en atención ambulatoria, de hospitalización y urgencias (24 horas) y prestaba simultáneamente servicios docentes a los estudiantes del área de la salud de la Universidad Pública de Cartagena. Tenía un área de hospitalización de 289 camas instaladas, de las cuales 24 eran de cuidados intensivos e intermedios y 7 quirófanos así como soporte diagnóstico y terapéutico. A mediados del año 2001 el hospital contaba con 110 camas habilitadas y 582 funcionarios de planta.

Con la aplicación de la Ley 100 de 1993, el Hospital Universitario de Cartagena quedó encallado en el viejo modelo de salud y no pudo ser autosuficiente; y acumuló en sus 29 años de vida un déficit mayor de 40.000 millones de pesos de los cuales 22.00 millones correspondían a deudas laborales.

La Superintendencia Nacional de Salud determinó mediante la Resolución 1021 del 24 de julio de 2003, liquidar el Hospital Universitario de Cartagena (HUC), al concluirse su inviabilidad administrativa, financiera y de prestación de servicios.

Mediante el decreto ordenanza 895 del 29 de diciembre de 2004, se crea el Nuevo Hospital Universitario del Caribe con el objeto de prestar servicios de salud, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad al Distrito de Cartagena y el Departamento de Bolívar. Desde esta fecha comenzaron las obras de remodelación y adecuación para la apertura del nuevo Hospital Universitario del Caribe. El 15 de julio de 2006 se entregan las instalaciones del hospital remodeladas en sus 4 primeros pisos. Actualmente cuenta con un servicio de urgencias dotado de 32 camas censales, y 10 camas flotantes para la atención de pacientes los cuales se presentan ya sea en forma espontánea, remitidos por otras instituciones, o por el CRUE (Centro Regulador de Urgencias y Emergencias). Dispone de un recurso humano interdisciplinario con experiencia y la capacitación necesaria para la atención de las diferentes patologías que se presenten en el servicio y contando además con el apoyo de: Laboratorio Clínico, área de Imagenología (Radiología, Tomografía axial computarizada, Ecografía), Banco de Sangre, área de Endoscopia y un Quirófano disponible las 24 horas del día. Cuenta además con un servicio de Hospitalización dotado con 42 camas y

una Unidad de Terapia Intensiva (UTI) dotada con 10 camas para la atención de los pacientes que son derivados del servicio de Urgencias.

El servicio de admisiones como tal empezó su funcionamiento a mediados del año 2007, convirtiéndose en pieza fundamental del apoyo logístico de la naciente empresa, por cuanto fue responsabilizado del registro de todos los ingresos de pacientes, y de la gestión de las autorizaciones para los servicios posteriores a la atención inicial de urgencias.

4.4 DEFINICIÓN DE TERMINOS

Urgencia: Todo aquel procedimiento que en forma aguda o por agudización de un proceso crónico, pone en riesgo la vida del paciente o su integridad auto-funcional y por ello requiere de atención médica inmediata.

Triage: Se refiere al proceso de recepción y acogida del paciente por parte del personal médico y paramédico para su posterior clasificación según su situación de salud que determinarán la prioridad en la atención.

Bitácora: Registro pormenorizado de las acciones adelantadas por El equipo de admisiones, desde El momento Del ingreso hasta El egreso efectivo Del usuario, para garantizar La oportunidad, del servicio a prestar a cada paciente.

Cama hospitalaria: Aquélla dispuesta para el alojamiento de un paciente internado durante las 24 horas del día. Se considera como cama hospitalaria la dedicada a la atención regular de los pacientes internados, las de aislamiento, las cunas e incubadoras de Pediatría (Neonatología).

Día cama: Períodos de 24 horas durante los cuales una cama hospitalaria, ocupada o no, se mantiene dispuesta para los pacientes internados.

Día paciente: Períodos de 24 horas durante los cuales una cama hospitalaria se encuentra ocupada, sea por el mismo o por diferentes pacientes.

Porcentaje de ocupación: Es la relación entre los días paciente y los días cama durante cualquier período, expresada como porcentaje. Se calcula para todo el hospital o por servicio; por un día, una semana, un mes, o un año. Mide la utilización de las camas.

Giro de Camas: Representa este índice el número de pacientes que en promedio recibió cada cama hospitalaria en un período determinado; también se le llama "velocidad cama" o índice de renovación. Se calcula dividiendo los egresos hospitalarios de un periodo determinado entre el número de camas de dotación normal.

Egreso Hospitalario: Se define como egreso hospitalario o episodio de hospitalización, el retiro de un paciente de los servicios de internamiento de un hospital. Puede ser vivo o por defunción. No toma en cuenta este concepto, los traslados internos (de un servicio a otro del mismo hospital). El egreso vivo puede producirse por orden médica, por salida exigida por el paciente, por traslado formal a otro centro o por fuga del paciente. En todo caso se establece la forma de egresar del paciente y se anota en su expediente con la firma del médico responsable y de los testigos cuando se requiera. A los pacientes de Cirugía Mayor Ambulatoria también se les toma como egreso hospitalario.

Diagnóstico o causa principal: Se entiende como diagnóstico o causa principal la condición establecida después de estudio, como la razón principal de la atención actual del paciente. No se refiere a la orientación o sospecha diagnóstica inicial ni al motivo de ingreso, sino al diagnóstico médico establecido tras la observación y evolución del paciente durante su permanencia en el área. Es por tanto, el diagnóstico del alta. Se codifica siguiendo las normas internacionales de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10.

Estancia: Es el conjunto de recursos físicos, humanos y de equipamiento, disponibles como cama hospitalaria, para la atención de un paciente durante veinticuatro (24) horas.

4.5 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

Para la revisión de los casos que ingresaron al Hospital durante El período Del estudio se definieron las siguientes variables:

- **SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA:** Entendido como el conjunto integrado de actividades, procesos y procedimientos, tendientes a garantizar el flujo oportuno de pacientes muestras y estudios, dentro de una Red de Prestadores de Servicios de Salud, en condiciones de racionalidad técnico científica y administrativa.

- **ENTIDAD RESPONSABLE DE PAGO:** Entendida como la organización que tiene bajo su responsabilidad la administración del riesgo financiero, y la gestión del riesgo en salud, de una población determinada dentro del sistema general de seguridad social en salud.

- **GLOSA:** Entendida como la No Conformidad con el cobro de uno o varios servicios a los usuarios de una empresa responsable de pago, la cual puede ser Total o Parcial, Temporal o Definitiva, y estar relacionada con aspectos como Tarifas, Cantidades de servicios Prestados, Coberturas, Soportes de Servicios, Pertinencia de los servicios facturados.

- **GRUPO ETAREO:** Entendido como los rasgos de edades en los que se divide una población determinada para su estudio.

- **TIEMPO DE RESPUESTA DE INTERCONSULTA:** Es el tiempo transcurrido desde que llega el paciente hasta que sea atendido por el especialista del servicio solicitado expresado en horas; en el cual el especialista realiza la valoración solicitada.

- **AUTORIZACION DE SERVICIOS:** Entendido como el mecanismo utilizado por la entidad responsable de pago para asegurar la atención específica de uno de sus usuarios, a través de la ordenación de un servicio (Actividad, Procedimiento; Intervención, Insumos, Suministros biomédicos o medicamentos)

5 DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Nuestra investigación es de tipo descriptivo; cuya finalidad es generar Planes de Mejoramiento a la ESE Hospital Universitario del Caribe logrando disminuir la demanda insatisfecha y aumentar la pertinencia en la prestación de servicios de salud con una adecuada racionalización de los recursos.

5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

Se estudiaron los registros de pacientes atendidos en el Hospital Universitario del Caribe en el periodo comprendido entre el 01/08/2009 y el 31/07/2010 que fue de 88.396 Registros Según el Informe de producción de Servicios por parte de la Oficina de Facturación.

Un procedimiento de extraer una muestra aleatoria de una población finita es el de enumerar todos los elementos que conforman la población, escribir esos números en bolas o papелitos echarlos en un bombo o bolsa mezclarlos bien removiéndolos y sacar uno a uno tantos como lo indique el tamaño de la muestra. En este caso los elementos de la muestra lo constituirán los elementos de la población cuyos números coincidan con los extraídos de la bolsa o bombo

Al realizar un muestreo probabilística nos debemos preguntar ¿Cuál es el número mínimo de unidades de análisis (bitácoras), que se necesitan para conformar una muestra (n) que me asegure un error estándar menor que 0.01 (fijado por el investigador), dado que la población N es aproximadamente de tantos elementos. En el tamaño de una muestra de una población tenemos que tener presente además si es conocida o no la varianza poblacional.

Para determinar el tamaño de muestra necesario para estimar μ con un error máximo permisible d prefijado y conocida la varianza poblacional (σ^2) podemos utilizar la formula:

$n = \left(\frac{\sigma Z_{1-\frac{\alpha}{2}}}{d} \right)^2$	(1)
--	-----

que se obtiene de reconocer que d es el error estándar o error máximo prefijado y

está dado por la expresión $d = \frac{\sigma}{\sqrt{n}} Z_{1-\frac{\alpha}{2}}$ para el nivel de confianza $1 - \alpha$ y constituye una medida de la precisión de la estimación, por lo que podemos inferir además que $P\{|\bar{x} - \mu| < d\} = 1 - \alpha$.

Siendo este un universo muy amplio se circunscribe el análisis a aquellos registros que tienen asociado el diligenciamiento de una admisión formal a la institución LO CUAL CORRESPONDE A 19.291 REGISTROS SIENDO UN ANALISIS DESCRIPTIVO EL GRUPO INVESTIGADOR DECIDE TRABAJAR CON TODA LA POBLACION por lo que no se toma muestra.

5.3 INSTRUMENTOS Y FUENTES

Instrumento: Diseñamos un formulario que permitió recoger la información en forma sistematizada y organizada de cada registro de admisiones. Incluimos el formulario (Instrumento de Consolidación de Datos) en el anexo A.

Fuentes Primarias: Las fuentes de información primaria fueron las bitácoras de los pacientes ingresados al Hospital durante el periodo de muestra del estudio.

Fuentes Secundarias: Las fuentes de información secundaria fueron los informes presentados por las dependencias de facturación, admisiones y Auditoria de la ESE Hospital Universitario del Caribe de Cartagena, y las encuestas aplicadas a los usuarios internos y externos de la dependencia de admisiones; además de los artículos disponibles en revistas, libros, folletos y publicaciones especiales (encuestas y bases de datos nacionales e internacionales), e información del Ministerio de Protección Social, de la Organización Mundial de la Salud y del Internet, entre otros.

5.4 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Fuente Primaria: Cada bitácora fue ordenada con los siguientes datos Nombres Completos, N° Documento de Identidad; Edad; Sexo; Responsable de Pago; Gestión de bitácoras. Luego de consolidados los datos en el instrumento de captura, se procedió a organizar la información de acuerdo a las variables a investigar previamente seleccionadas:

- Grupo Etéreo
- Entidad Responsable de Pago
- Sistema de Referencia y Contrarreferencia
- Glosas
- Pertinencia.

En relación con los datos obtenidos de la aplicación de la encuesta de clima organizacional, el formato de captura de los datos se obtuvo de la guía de evaluación de clima organizacional publicada por el departamento administrativo de la función pública, y posteriormente se procede a consolidar la información de acuerdo con las variables sugeridas en dicho instrumento así:

- Relaciones Interpersonales
- Estilo de Dirección
- Sentido de Pertenencia
- Retribución;
- Disponibilidad de Recursos
- Estabilidad
- Claridad y Coherencia de la Dirección
- Valores Colectivos

En el proceso de análisis estadístico se consolidaron los resultados en tablas, se concilian las conclusiones con la coordinación de la oficina de admisiones y la jefatura de la oficina de calidad del Hospital Universitario, y los resultados consensuados se expresan en el informe de resultados.

6. ESTRUCTURA OPERATIVA DEL PROYECTO

6.1 ESPECIFICACIÓN OPERACIONAL DE ACTIVIDADES

- Diseño de Propuesta
- Presentación de Propuesta
- Diseño de Anteproyecto
- Presentación de anteproyecto a Asesor
- Correcciones y ajuste
- Entrega formal de Anteproyecto
- Recolección Información Fuente Primaria
- Recolección Información Fuente Secundaria
- Clasificación y Tabulación de Información
- Análisis e Interpretación de Información
- Redacción Preliminar de Trabajo final
- Revisión del Asesor
- Correcciones y ajustes
- Presentación Formal a Comité Evaluador
- Correcciones y ajustes
- Presentación Final de proyecto

6.2 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Este proyecto tiene presupuestada una duración de cinco (05) semanas, que para efectos de su control se monitoreara, según el siguiente cronograma:

Actividad	Responsable	Tiempo de Ejecución en Semanas					Soporte
		1°	2°	3°	4°	5°	
Formulación Propuesta de Investigación	Las Autoras						Copia de Propuesta de Investigación
Revisión y Aprobación de la Propuesta	El Tutor						Nota de Aprobación del Tutor
Formulación del Proyecto	Las Autoras						Copia del Proyecto formulado
Revisión Bibliográfica	Las Autoras						Registro de Bibliografía revisada
Entrevista a Funcionario Responsable de Admisiones	Las Autoras						Informe de visita, copia de procesos normalizados, e inventarios
Diligenciamiento de Encuestas	Las Autoras						Encuestas Diligenciadas
Análisis de Encuestas y Datos	Las Autoras						Dtos de Trabajo
Clasificación y Ordenamiento de Resultados	Las Autoras						Dtos. De Trabajo
Presentación de Informe Preliminar	Las Autoras						Copia de recibido Informe Preliminar
Revisión y Aprobación de Informe	El Tutor						Nota de Aprobación o Correcciones del tutor
Ajuste y Presentación de Informe Final	Las Autoras						Informe Final del Proyecto

6.3 PRESUPUESTO

Se necesitaran recursos financieros para cubrir gastos relacionados con:

Orden	Actividad	Vr. Unidad	Cantidad	Vr. Total
1	Levantamiento del Registro de Procesos de Admisiones	\$ 100.000	1	\$ 100.000
2	Diseño y Aplicación de Encuesta de Clima Organizacional	\$ 5000	12	\$ 60.000
3	Registro De Dotación de oficina de Admisiones	\$25.000	2 Horas	\$ 50.000
4	Conciliación de Informes de Facturación y Admisiones	\$ 25.000	4 Horas	\$ 100.000
5	Levantamiento de Informes y Recomendaciones	\$ 25.000	8 Horas	\$ 200.000
6	Asesorías y Tutorías	\$ 200.000	5 Semanas	\$ 1000.000
TOTALES	5 Semanas	\$ 1.510.000		

6.4 RECURSOS

- **Recursos humanos:** Para el desarrollo de la investigación se requiere de Dos (02) estudiantes de especialización en Auditoria y Gestión de la Calidad en Salud. Se cuenta con el apoyo de la Universidad de Cartagena mediante un asesor asignado para el desarrollo del proyecto de investigación y con un Comité de evaluación para el mismo.

- **Recursos materiales:** Para llevar a cabo el desarrollo de la investigación se requerirán recursos materiales tales como: Libros, documentos, revistas especializadas, material fotocopiado, Internet, papelería, computadores, impresora, fax, teléfono y línea telefónica, scanner, fotocopidora, tinta para impresora y papelería en general.

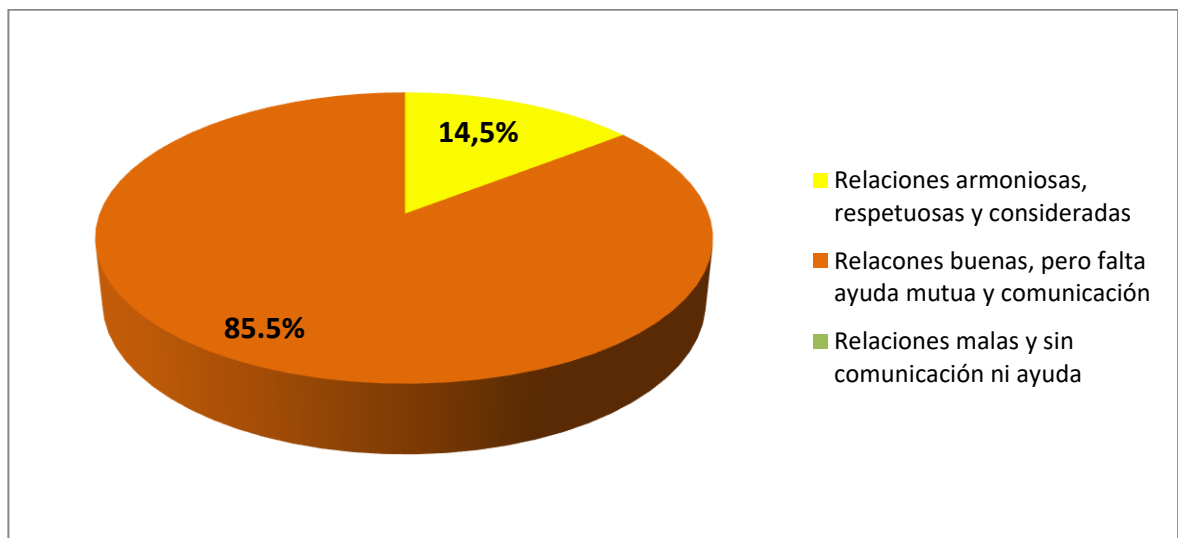
7. RESULTADOS

7.1 EVALUACIÓN DEL CLIMA ORGANIZACIONAL

Para la valoración de las características del clima organizacional, en la oficina de admisiones del hospital universitario, se tomó como herramienta de evaluación el formato de encuesta de valoración de clima organizacional sugerido por el Departamento Administrativo de la Función Pública, el cual es un instrumento de carácter cualitativo, que aborda de manera integral los aspectos más sensibles del funcionamiento de una institución. La encuesta aplicada fue orientada a evaluar las siguientes variables: Relaciones Interpersonales; Estilo de Dirección; Sentido de Pertenencia; Retribución; Disponibilidad de Recursos; Estabilidad; Claridad y Coherencia de la Dirección; y Valores Colectivos¹

Relaciones Interpersonales: Como se evidencia en este grafico el 14,5% de los trabajadores encuestados considera que en la oficina de admisiones se goza de relaciones interpersonales armoniosas, respetuosas y consideradas, mientras que el 85,5% consideró que las relaciones son buenas, pero falta más ayuda mutua y comunicación.

Gráfica 1. Evaluación de relaciones interpersonales

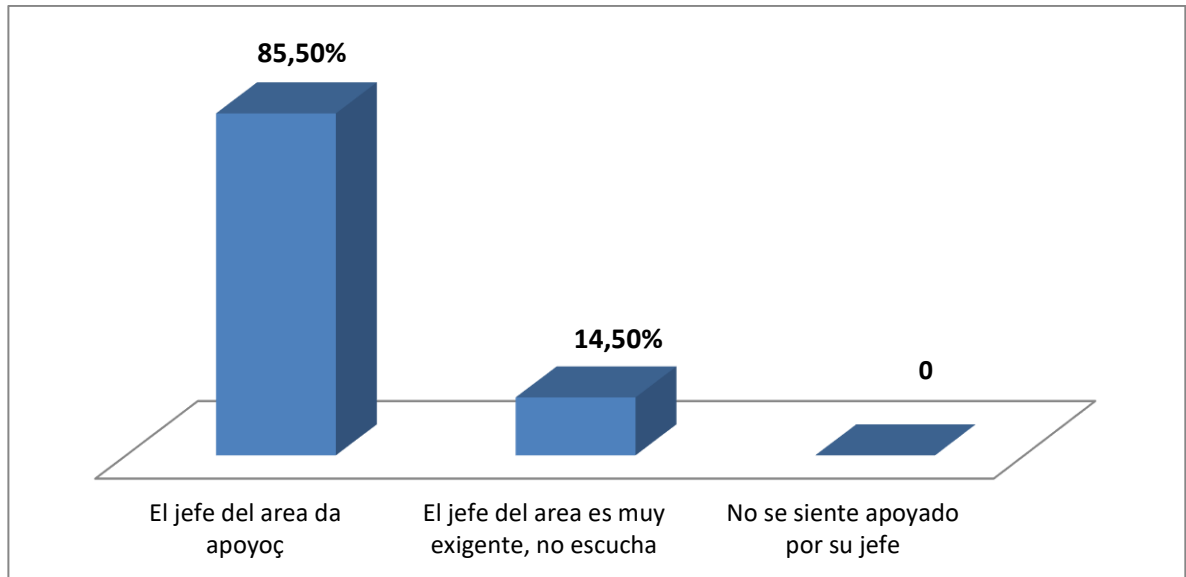


Fuente: Investigadoras

¹ La variable de Valores colectivos no fue diligenciada por los funcionarios de admisiones, así que en los resultados solo contemplamos las 7 primeras variables.

Estilo de Dirección: Al evaluar los estilos de dirección, quisimos verificar el grado en que el jefe de la oficina apoya, estimula y da participación a sus colaboradores; el 85,5% consideró que el jefe de la oficina da buen apoyo, acompañamiento información y estímulo, en tanto que el 14,5% consideró que la jefe es muy exigente, no toma en cuenta otras opiniones, pero escucha a los subalternos.

Gráfica 2. Estilo de dirección

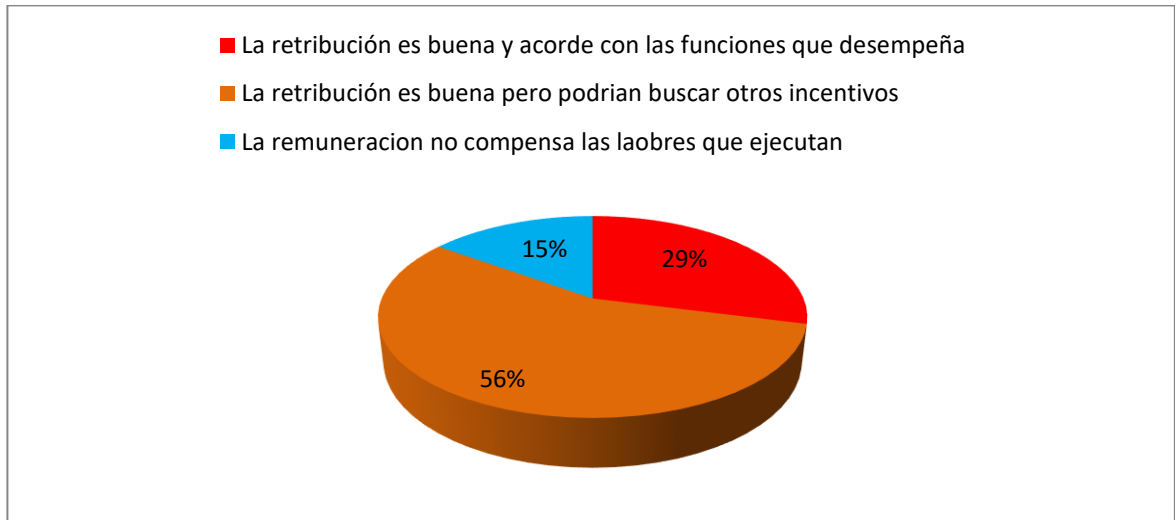


Fuente: Investigadoras

Sentido de Pertenencia: En esta variable indagamos por la percepción de los trabajadores sobre el grado de orgullo derivado de la vinculación a la empresa, y el compromiso con sus objetivos y programas. El resultado es de que el 100% de los encuestados se sienten muy comprometidos con la empresa y está orgulloso de trabajar en ella.

Retribución: Para resaltar el hecho de que el 56% de los encuestados consideraron que aunque la retribución es buena, se podrían buscar otro tipo de incentivos, como estímulo para mejorar el desempeño.

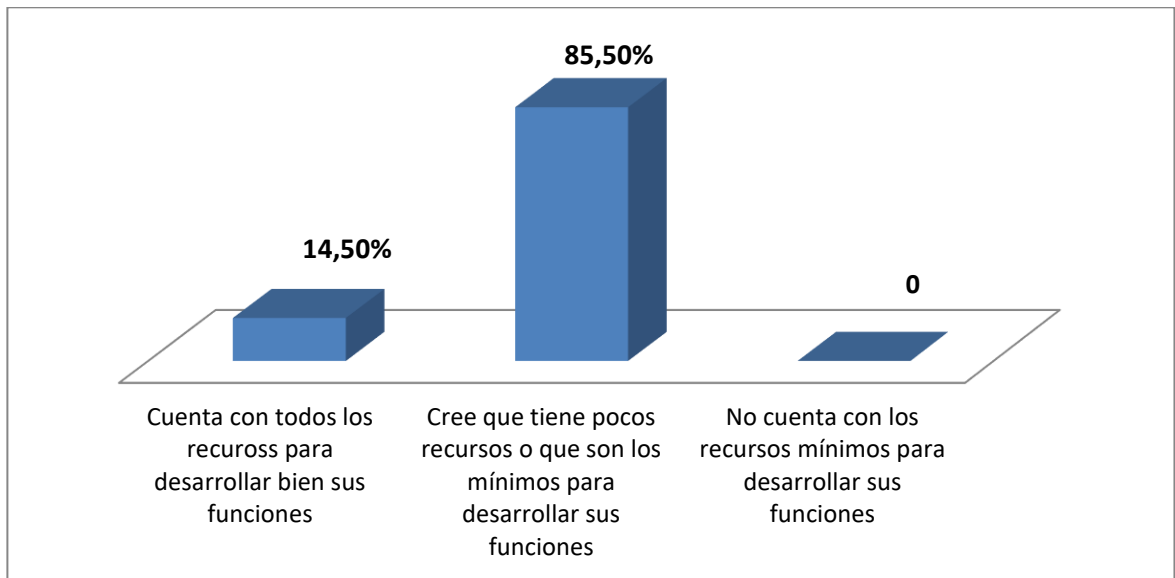
Gráfica 3. Retribución Económica



Fuente: investigadoras

Disponibilidad de Recursos: Resaltamos el hecho de que el 85% de los encuestados consideró que cuenta con pocos recursos o que los que tiene son los mínimos para el desarrollo de sus funciones. Solo un 14,5% consideró que cuenta con todos los recursos necesarios para el buen ejercicio de sus funciones.

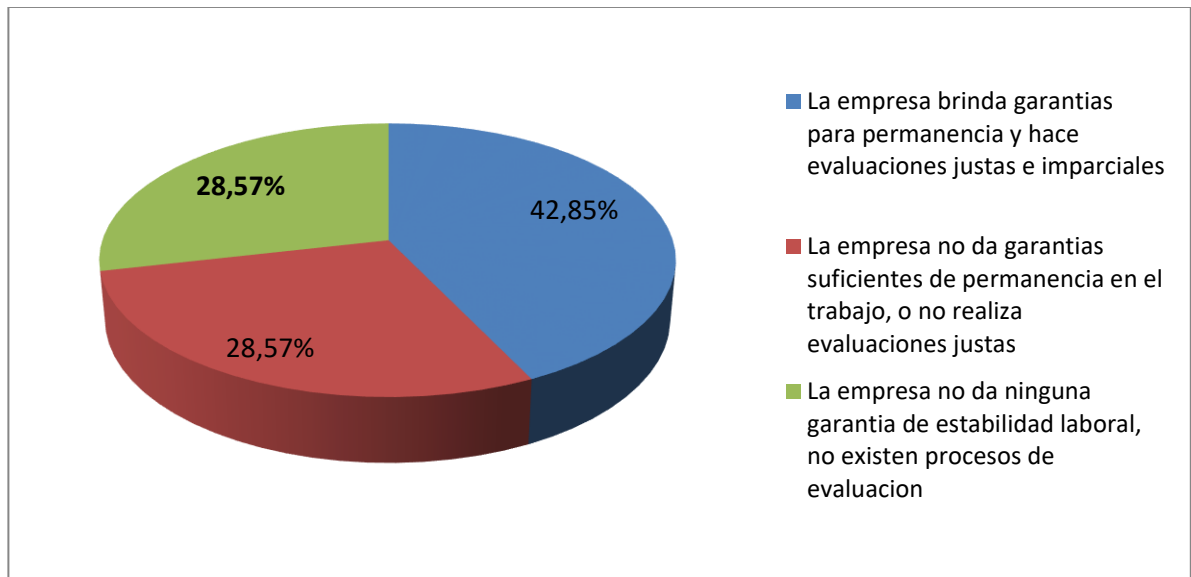
Gráfica 4. Disponibilidad de recursos



Fuente: investigadoras

Estabilidad Laboral: En procura de determinar el grado en que los empleados ven en la empresa claras posibilidades de pertenencia, y estiman que a la gente se la conserva o despide con criterio justo, el resultado significativo es que el 42,85% de los encuestados considera que la empresa no da suficientes garantías de estabilidad, o que las evaluaciones realizadas no son justas e imparciales.

Gráfica 5. Estabilidad Laboral



Fuente: investigadoras

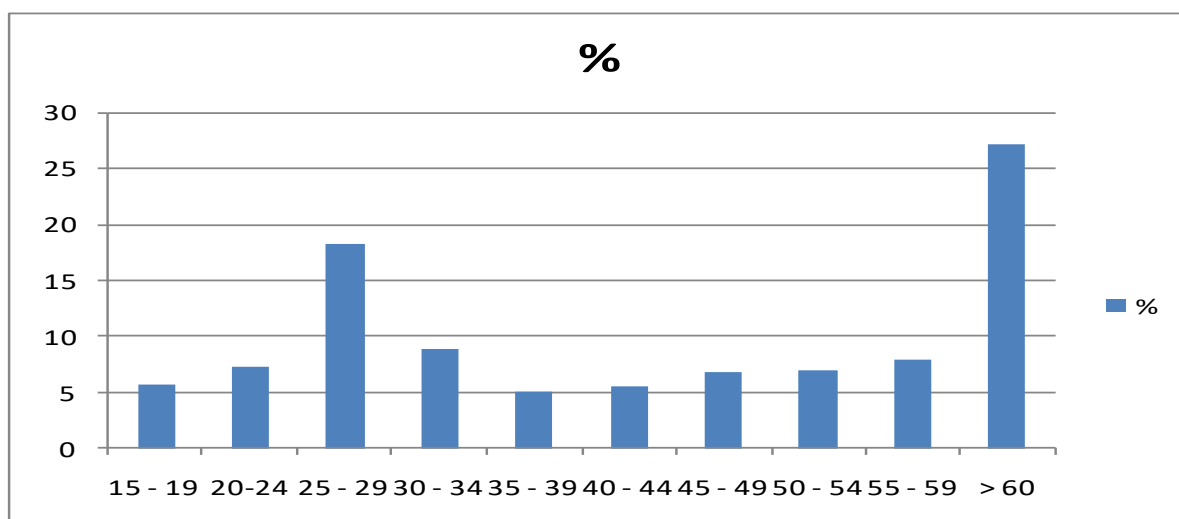
Claridad y Coherencia en la Dirección: En esta variable buscamos identificar la opinión del funcionario sobre el grado de claridad de la alta gerencia sobre el futuro de la empresa. Y La medida en que las metas y programas de las áreas son consistentes con los criterios y políticas de la alta gerencia. El 100% de los encuestados consideró que la dirección de la empresa sabe para donde va la institución, y que las acciones de cada área funcional van en procura del objetivo general de la institución.

7.2 EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DE ADMISIONES

En este aparte evaluamos el resultado de la gestión del grupo de trabajo de admisiones revisando los 19.291 Registros de pacientes que fueron ingresados en el periodo de la muestra en aspectos demográficos (Edad y Sexo); Clasificación por Empresa Responsable de Pago; e Incidencia de Inconsistencias en el Proceso de Admisiones.

Demografía: En la tipificación demográfica de la población revisada, encontramos que la mayoría de los pacientes del hospital pertenecen al grupo etáreo de mayores de 60 Años con el 27,2% del total de pacientes ingresados especialmente por complicaciones de patologías crónicas degenerativas como la Hipertensión Arterial, La Diabetes Mellitus y el Cáncer, en cuanto a la distribución por sexos, existe una mayor proporción de usuarios de sexo masculino con el 63% del total contra el 37% de pacientes de género femenino.

Gráfica 6. Demografía

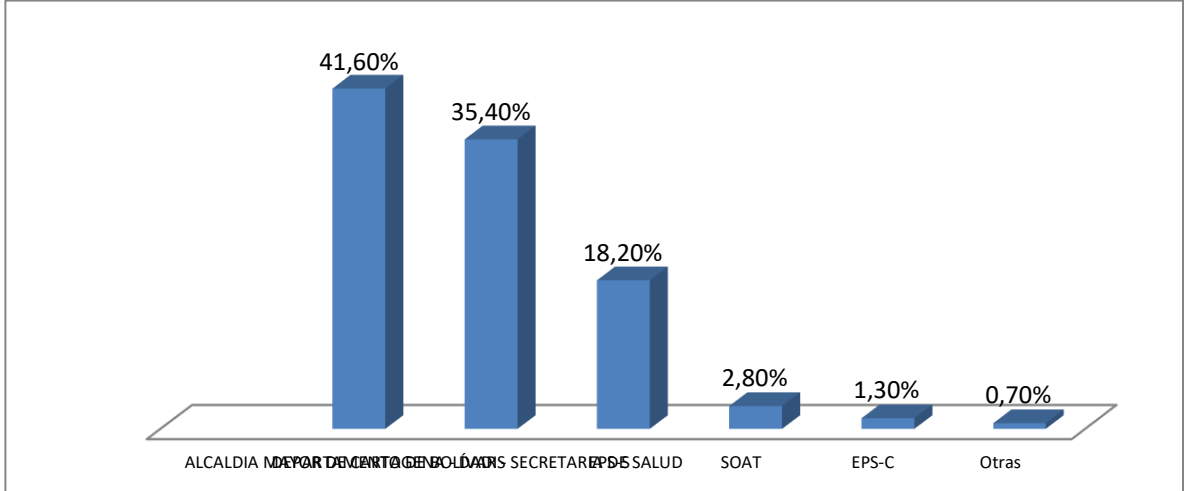


Fuente: investigadoras

Responsable de Pago: El comportamiento de registro de admisiones nos muestra al DADIS como la entidad responsable de pago con mayor participación en pacientes ingresados por parte del hospital con el 41,6%; Seguido de la Secretaría de Salud de Bolívar con el 35,4%

ERP	Total	%
ALCALDIA MAYOR DE CARTAGENA - DADIS	8,025	41.6
DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR - SECRETARIA DE SALUD	6,829	35,4
EPS-S	3,511	18,2
SOAT	540	2,8
EPS-C	251	1.3
Otras	135	0.7
TOTAL	19,291	100.00

Gráfica 7. Responsable del pago

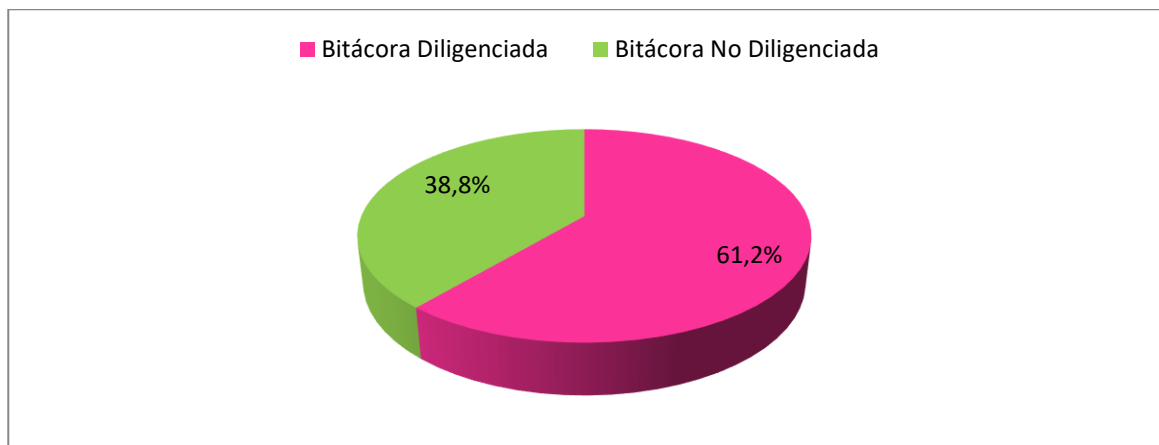


Fuente: investigadoras

Análisis de la Gestión de Bitácoras: Resulta preocupante que a pesar de las capacitaciones adelantadas al equipo de admisiones, aun se presente el incumplimiento en la obligación de diligenciar las bitácoras a todo el usuario que se da ingreso formal a la institución, como está normalizado en el algoritmo de este proceso institucional, observamos que casi el 40% de los pacientes con ingreso registrado no tienen diligenciada la bitácora en el periodo evaluado.

Estado	N°	%
Bitácora Diligenciada	11.806	61,2
Bitácora No Diligenciada	7.485	38,8
TOTAL	19.291	100

Gráfica 8. Gestión de bitácora

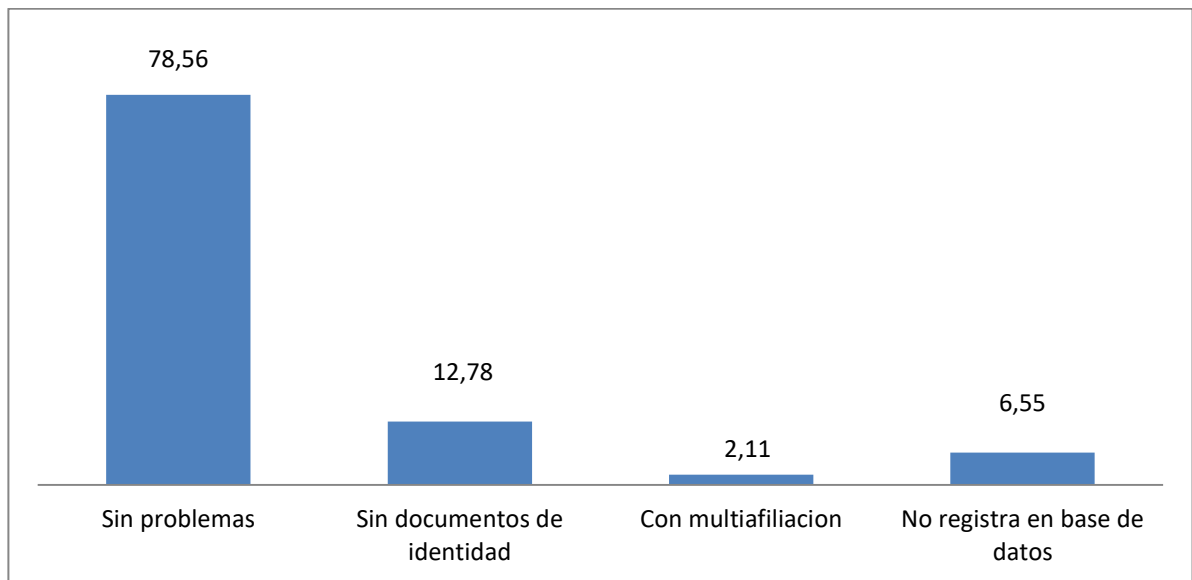


Fuente: investigadoras

Problemas Identificados En Bitácoras: El registro de las bitácoras demostró que el 78 % de los pacientes admitidos recibieron sus servicios sin problemas asociados con la oficina de admisiones. Resalta que aproximadamente el 13% de los usuarios no tienen documento de identidad por lo que aparecen referenciados como NN o particulares, y en tercer lugar se registran los problemas de base de datos con el 6% del total, mientras que las multiafiliaciones solo representan el 2% del total de los pacientes admitidos en el periodo

ESTADO ADMINISTRATIVO	Total	%
Sin problemas	15.155	78.56
Sin documentos de identidad	2.465	12.78
Con multiafiliacion	407	2.11
No registra en base de datos	1.264	6.55
TOTAL	19.291	100.00

Gráfica 9. Problemas identificados



7.3 FACTORES DE RIESGO QUE INFLUENCIAN NEGATIVAMENTE LOS PROCESOS DE ADMISIONES

El hospital a adelantado acciones de mejoramiento tendientes a optimizar los diferentes procesos misionales, entre ellos los procesos de la oficina de admisiones, la valoración de riesgos de estos procesos arrojó el siguiente resultado:

7.3.1 Procedimiento de registro del ingreso y egreso de pacientes

GUIA DE VALORACION DE RIESGOS			
NOMBRE DEL MACROPROCESO: GESTION ASISTENCIAL			
NOMBRE DEL PROCESO	ADMISION DE PACIENTES		
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	REGISTRO DE INGRESO Y SALIDA DE PACIENTES		
VERSION	01	FECHA DE REVISION	
DESCRIPCION DEL RIESGO	REGISTRO DE INGRESO Y SALIDA DE PACIENTES INADECUADO		
CAUSAS	MEDIOS Y CIRCUNSTANCIAS	AGENTE GENERADOR	
No entrega de documentos por parte del usuario, no cumplimiento de los procedimientos para ingreso de pacientes	Favores políticos, desconocimientos de los procesos y procedimientos por técnicos de admisiones, no socialización de contratos, los usuarios ocultan o suministran información errónea para evadir pagos	Gerente, subgerente administrativo, técnicos de admisiones, usuarios	
EFFECTOS	Retraso del cobro de servicios prestado, cobro inadecuado de los servicios		
CALIFICACION DEL RIESGO	PROBABILIDAD	IMPACTO (magnitud)	
	MEDIA	MODERADO	
EVALUACION (Grado de exposición)	ACEPTABLE		
	TOLERABLE		
	MODERADOS		
	IMPORTANTES	IMPORTANTE	
	INACEPTABLES		
VALORACION DEL RIESGO	NIVEL		
4	DIRECTIVO	ADMINISTRATIVO	OPERATIVO
		X	X
CORRECTIVOS PROPUESTOS	Socialización de contratos, capacitación continua a los técnicos de admisiones, diseño de mecanismos de control que impidan el ingreso de paciente sin ser registrados		
POLITICA INSTITUCIONAL			
FECHA	FUNCIONARIO	FIRMA	ENTREGADO

7.3.2 Procedimiento de Gestión de Autorizaciones

GUIA DE VALORACION DE RIESGOS			
NOMBRE DEL MACROPROCESO: GESTION ASISTENCIAL			
NOMBRE DEL PROCESO	ADMISION DE PACIENTES		
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	GESTIÓN DE AUTORIZACIONES DE ORDENES DE SERVICIOS ADICIONALES		
VERSION	01	FECHA DE REVISION	
DESCRIPCION DEL RIESGO	GESTIÓN DE AUTORIZACIONES DE ORDENES DE SERVICIOS ADICIONALES NO OPORTUNAS		
NOMBRE DEL MACROPROCESO: GESTION DE INVESTIGACION			
NOMBRE DEL PROCESO	GESTION DE LA CALIDAD		
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	TRAMITE DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN		
VERSION		FECHA DE REVISION	
DESCRIPCION DEL RIESGO	TRAMITE DE ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN INADECUADO		
CAUSAS	MEDIOS Y CIRCUNSTANCIAS	AGENTE GENERADOR	
No envío de ordenes de servicio por enfermeras jefes a admisiones , no envío oportuno de las entidades responsables del pago de la autorización u ordenes de servicio	No entrega de paciente en los turnos de enfermería, Pacientes con Multifiliación, Suspensión de Servicios al Hospital por Mora en el Pago a algunos Contratistas	Enfermeras jefes, Entes Responsables de Pago, Contratistas y Proveedores de Servicios del Hospital	
EFFECTOS	Prolongación de la estancia hospitalaria; Glosas por No Oportunidad en la Prestación de Servicios; Retrasos en el Radicado de Facturas de Venta de Servicios; Disminución en el Flujo de Recursos Financieros a la Institución		
CALIFICACION DEL RIESGO	PROBABILIDAD	IMPACTO (magnitud)	
	MEDIA	MODERADO	
EVALUACION (Grado de exposición)	ACEPTABLE		
	TOLERABLE		
	MODERADOS		
	IMPORTANTES	IMPORTANTE	
	INACEPTABLES		
VALORACION DEL RIESGO	NIVEL		
4	DIRECTIVO	ADMINISTRATIVO	OPERATIVO
		X	X
CORRECTIVOS PROPUESTOS			
POLITICA INSTITUCIONAL			
FECHA	FUNCIONARIO	FIRMA	ENTREGADO

7.4 DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE LOS PROCESOS DE ADMISIONES EN EL HUC

Para la realización del diagnostico situacional de los procesos y procedimientos de esta dependencia se aplicó la siguiente matriz de evaluación de Procesos y Procedimientos (Ver Anexos), con el siguiente resultado:

NOMBRE DEL PROCESO	VARIABLES						TOTAL
	Infraestructura	Recurso Humano	Dotación	Suministros	Monitorización	Resultados (Metas)	
Proceso 1 (Gestión de Ingreso y Egreso de Pacientes)	4	3	3,5	2,5	2	2	17
Proceso 2 (Gestión de Ordenes de Servicios por los ERP)	4	3	2,5	2,5	3,5	2	17,5

De acuerdo con los parámetros concertados con la coordinación de admisiones la evaluación de procesos fue catalogada como insatisfactorios, reclama la coordinación, mayor capacitación al personal; la dotación necesaria para ejecutar los procesos es insuficiente; los suministros son insuficientes y los resultados por lo consiguiente son insatisfactorios.

7.5 IMPACTO DE LAS NO CONFORMIDADES EN LOS PROCESOS DE ADMISIONES

El impacto que tiene la gestión de la oficina de admisiones en el funcionamiento de la ESE Hospital Universitario del Caribe es muy sensible, ya que sus procesos afectan de manera sostenida tanto los procesos asistenciales como administrativos

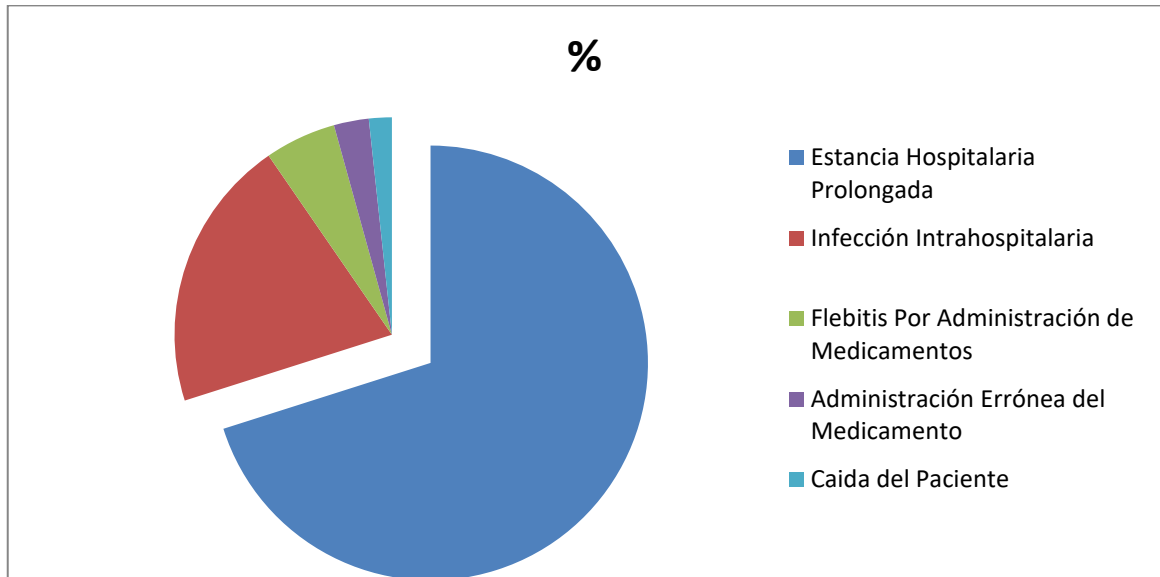
7.5.1 Impacto en Procesos Asistenciales

Egresos

Área Funcional	N° Egresos	Promedio Estancia	Meta de Calidad
Servicio de Urgencias	11.062	147,4 Horas	24 Horas
UCI	218	397,3 Horas	120 Horas
Hospitalización General	3.029	255,2 Horas	120 Horas
Cirugías Ambulatorias	4.284	15,7 Horas	12 Horas

Queda evidenciado un aumento en las estancias hospitalarias de cada servicio durante el periodo evaluado, lo cual está dado en su gran mayoría por la complejidad de la patología que manejamos en la institución, pero en hasta un 30% de los casos por causas administrativas, en las que sobresale la demora en la autorización efectiva de los servicios prescritos por el equipo asistencial

Gráfica 10. Seguridad del Paciente



Al evaluar los reportes de gestión de eventos adversos de la oficina de calidad notamos que el evento adverso más relevante es la estancia hospitalaria prolongada, con el 70,1% de los casos, lo cual además de ser factor de riesgo para otros eventos adversos como la infección nosocomial, también es un causal importante de glosas en el proceso de recuperación de la cartera hospitalaria.

7.5.2 Impacto en los Procesos Administrativos. El impacto más destacado de estos procesos es la pobre gestión de cartera del hospital de 88.397 facturas generadas por valor de \$ 34.025.256.824.00 TREINTA Y CUATRO MIL VEINTICINCO MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS VEINTICUATRO PESOS, solo se pudo radicar el 55 % de las mismas es decir que el 45% o sea 39.779 facturas por un valor de \$ 13.285.347.280.00 TRECE MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y CINCO MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS OCHENTA PESOS Quedaron pendientes de radicar o fueron radicadas por fuera del periodo respectivo por falta de autorizaciones.

Así mismo, el impacto de las falencias en los procesos de admisión y registro de pacientes es un factor importante en la generación de las glosas a las facturas ya radicadas ante los entes responsables de pago. El error en la asignación del responsable de pago de los servicios brindados a los usuarios representa la 6° causa de glosa con 348 glosas registradas en el periodo por este concepto con un valor glosado de \$ 697.543.297.00 SEISCIENTOS NOVENTA Y SIETE MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS.

8. CONCLUSIONES

La realización de este trabajo de investigación nos ha permitido tener las siguientes conclusiones:

Cuando valoramos el clima organizacional encontramos que el 85,5% de los empleados del área manifestaron tener buenas relaciones interpersonales, aun cuando consideraron que debe mejorar aspectos como la comunicación y La ayuda mutua. Así mismo el 85,5% consideró que reciben buena asesoría y acompañamiento por parte del jefe del área. Resaltamos el hecho de que todos los encuestados manifiestan sentirse comprometidos con la institución, y estar orgullosos de pertenecer a ella.

Es importante destacar el hecho de que el 56% de los trabajadores consideran que aunque la retribución es buena, se debería implementar por la administración otra serie de estímulos, y que el 85% de los encuestados manifestó contar con escasos recursos para el cumplimiento de sus responsabilidades.

La población que demanda los servicios del hospital pertenece al grupo de mayores de 60 Años, y con una mayor proporción de individuos de sexo masculino con el 63% lo cual guarda relación con el nivel de complejidad de la institución, y con el hecho de que en este tipo de hospitales se atiende preferencialmente las complicaciones de enfermedades degenerativas crónicas tipo, hipertensión arterial o Diabetes Mellitus, el politrauma de diferente etiología.

Al revisar el comportamiento por responsable de pago, encontramos mayor incidencia de usuarios de parte de los entes territoriales con el 42% y el 35% (DADIS y Secretaria de Salud de Bolívar) Respectivamente, lo cual va muy bien relacionado con el informe de facturación para el mismo Periodo.

Es importante resaltar la necesidad de hacer monitoreo al diligenciamiento de la Bitácoras de seguimiento a las admisiones como herramienta de control de todo el proceso de admisiones y del cumplimiento de las funciones delegadas a esta unidad operativa.

Destacamos de igual manera el impacto que tiene la inexactitud de los registros en bases de datos de los diferentes responsables de pago como generadores de no conformidades en el cumplimiento del proceso de admisiones.

Así mismo resaltamos el hecho de que el 13% de los pacientes evaluados presentaron problemas con sus documentos de identificación, factor crucial que genera estancias prolongadas, No conformidades en el proceso de asignación del responsable de pago por parte del equipo de admisiones, y causa frecuente de glosas en el trámite de cobro de los servicios prestados especialmente en el servicio de urgencias.

9. RECOMENDACIONES

Proponemos a la E.S.E. Hospital Universitario del Caribe, adoptar el siguiente plan de Mejoramiento con el fin de optimizar los procesos en la oficina de admisiones

Orden	Estandar	Oportunidad de Mejora	N°	Vr. Unit	Vr. Total	Responsable
1	Dotación Puestos de Trabajo	Adquisición de Equipo de Computo e Impresora	1	\$ 1.400.000	\$ 1.400.000	SubG. Administrativa
		Adquisición de Escáner	1	\$ 300,000.00	\$ 300,000	SubG. Administrativa
		Adquisición de rele-faxs	1	\$ 256,000.00	\$ 256,000	SubG. Administrativa
2	Gestión de Admisiones	Taller Implementación Res. 3047 de 2008	3	\$ 150,000.00	\$ 450,000	Coordinación Admisiones
		Monitoreo de Gestión de Bitácoras (Semanal)	52	\$ 20,000.00	\$ 1,040,000	Auditor de Admisiones
3	Gestión de Autorizaciones	Concertación de direcciones E-mail; y N° de Fax con los responsables de pago	1	\$ -	\$ -	Coordinación Admisiones
		Concertación de Mecanismos de Reporte de Autorizaciones no emitidas por las ERP con el DADIS	1	\$ -	\$ -	Coordinación Admisiones
		Monitoreo de la Gestión de Autorizaciones (Semanal)	52	\$ 20,000.00	\$ 1,040,000	Auditor de Admisiones
4	Gestión del Recurso Humano	Diseño e Implementación de Proceso de Selección e Incorporación de Talento Humano	1	\$ 2.500.000	\$ 2.500.000	Coordinación de Admisiones y Talento Humano
		Diseño e Implementación de Procesos Consistentes de Evaluación dl Personal	6	\$ 1.500.000	\$ 3.000.000	Coordinación de Admisiones y Talento Humano
		Diseño e Implementación de Política Integral de Bienestar Social	1	\$ 8.200.000	\$ 8.200.000	Jefe de Talento Humano
COSTO TOTAL DEL PLAN					\$ 18.186.000.	

BIBLIOGRAFÍA

AMAT, Y. (23 de julio de 2007). Está colapsando el sistema de urgencias hospitalarias en el país, especialmente en Bogotá. El Tiempo .

BADE, Nicholas E. Marketing sin Dinero; MANAGEMENT PARA LA PEQUEÑA Y MEDIANA EMPRESA; Ed Mc Graw Hill, 1997

BUTLER J, Hanumanthu S, Chomsky D. «Frequency of low-risk hospital admissions for heart failure. .» Am J Cardiol .

CHALFIN DB, T. S. (2007). Impact of delayed transfer of critically ill patients from the emergency department to the intensive care unit. Crt Care Med , 1477-1483.

DUASO, Enric, S. T. (2005). Valoración geriátrica en un servicio general de urgencias hospitalarias. Revista de Gerontología, 40-49.

FELISART J, Requena J, Roqueta F, Tomás S, Saura RM, Suñol R. «Servicios de urgencias: indicadores para medir los criterios de calidad de la atención sanitaria.» AATM, 1998.

FERRER, M. D. (2004). Calidad en Medicina de Emergencia.

GARCÍA Fernández, C. S. (2005). Análisis de la calidad en un servicio de urgencias hospitalarias. Enfermería de Urgencias , 1-20.

HERRERA Castaño Wilman, González Pinedo Angélica María, Vergara Sagbini Henry. “Del Hospital Universitario de Cartagena al Hospital Universitario del Caribe” 2006.

GROVERMAN, Howard. Planificación de la Auditoria; ENCICLOPEDIA DE LA AUDITORIA Pag 305 – 325; Edit Oceano/Centrum.

GRYNA Frank M. Mejoramiento de la Calidad y Reducción de Costos; ANALISIS Y PLANEACION DE LA CALIDAD; ed. 3ª; Ed Mc Graw Hill 1995 Pag 40 – 77

GODET, Michel; Una Reflexión Para la Acción y la Antifatalidad; MANUAL DE PROSPECTIVA Y ESTRATEGIA; Edit. Alfaomega – Marcombo. Pag 1- 4.

GUÍA de gestión de los servicios de admisión,
http://www.sedom.es/99_pdf/guia_sadc_definitiva.pdf

PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD. ESE Hospital Universitario del Caribe .Cartagena.2007

ADMISIÓN Y GESTIÓN DE PACIENTES EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA, <http://www.conganat.org/seis/informes/2004/PDF/CAPITULO3.pdf>

ARCHIVO DE FACTURAS DEL ÁREA DE FACTURACIÓN.

DIAMOND NJ, Schofferman JA, Elliott JW. «Evaluation of an emergency department observation ward.» JACEP 5 (1976): 29-31.

DÍAZ, L. V. (2005). Impacto de los ingresos urgentes innecesarios sobre las estancias hospitalarias en un hospital de Asturias. Revista Española de Salud Pública, 541-549.

Dr. CATELLANO, Jorge Loria y ORTIZ DIAZ Porfirio «Estancia mayor de 6 horas en un servicio de urgencias de la ciudad de Mexico.»

EFE/LOGRONO. (marzo de 2006). larioja.com. Recuperado el 15 de noviembre de 2007, de

ISS. (2001). Disminución de estancias inactivas en la Clínica ISS de Envigado Antioquia. Gerencia Nacional de Calidad.


Anexo A. Procesos de Admisiones

	MACROPROCESO: GESTION ASISTENCIAL		Código: TX-03-PR-06
	PROCESO: ADMISION DE PACIENTES		Versión: 01
	Procedimiento: Registro de Ingreso y Salida de Pacientes		Página: 1 de 3
Tip	NISTRATIVO		Responsable: Coordinador de Admisiones
Objeto: Garantizar que tanto el ingreso como la salida de los pacientes del Hospital cumpla con todos los parámetros Técnicos, Contractuales y Normativos del SGSSS.			
Alcance: Aplica a Todos los pacientes que utilizan los servicios de Urgencias, Hospitalización ó Cirugías Electivas.			
RECURSOS NECESARIOS			
Recursos Humanos: Técnico de Admisiones, Profesional Universitario de Admisiones, Auditor Médico de Admisiones, Coordinador de Admisiones		Recursos Tecnológicos: Equipos de cómputos, equipos de oficina, materiales de oficina. (Incluye Teléfonos Fax, Escáner y Fotocopiadora).	Recursos Financieros: Presupuestó general de la empresa. Rubros: de gastos de personal, Compra de bienes para la prestación de servicios
			Recursos Informáticos: Software SIOS Acceso a la Web. Microsoft Office.
SOPORTE LEGAL		ESTANDAR DE CALIDAD	INDICADORES
Ley 100, de 1993, Ley 1122 de 2007, Decreto 2423 de 1996, Resolución 412 de 1996, decreto 3384 de 1996, Resolución 5261 de 1996, Decreto 4747 de 2007, Decreto 050 de 2003, Decreto 1281 de 2003, Decreto 046 de 2002, Decreto 3990 de 2007, Acuerdo 306 de 2005, Acuerdo 228 de 2006. Acuerdo 395 de 2008		Al 100% de los pacientes atendidos se le Registra la Admisión en el Sistema	% de pacientes con Admisión Registrada $\frac{\text{Nº. De Admisiones Registradas}}{100} \times \text{Total Egresos}$
ENTRADAS		SALIDAS	
Proveedores: Usuarios, Entes Responsables de Pago, IPS Referentes		Insumos: Documentos de Identificación del Usuario, Autorización de Servicios, Contratos de Prestación de Servicios, Orden de Alta, Recibo de Caja.	Usuarios: EXTERNO: Facturadores y revisores de facturas del HUC, Auditor Externo INTERNO: Profesional U. de admisiones, técnico de admisiones, coordinador de admisiones, Medico Auditor, Auditor de Cuentas.
			Productos: Parciales: Bitácora de Seguimiento a la Admisión, Hoja de Admisiones, Censo de Pacientes, Boleta de Salida Finales: Hoja de Admisión Cerrada.
CLIENTES: IPS Referentes de Pacientes, Entidades Responsables de Pago, Entes De Vigilancia y Control.			
ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE	
1	Recepcionar Documentos del Paciente	Técnico de Admisiones	
2	Verificar estado de Afiliación y Derechos en Paginas Web y Contratos	Técnico de Admisiones, Profesional Universitario de Admisiones, Auditor, Coordinador de Admisiones	
3	Ingresar Datos del Paciente al Sistema	Técnico de Admisiones, Profesional Universitario de Admisiones, Auditor, Coordinador de Admisiones	
4	Generar Hoja de Admisiones y Entregar a Enfermera del Servicio	Técnico de Admisiones, Profesional Universitario de Admisiones, Auditor, Coordinador de Admisiones	
5	Hacer Seguimiento del Paciente Durante Su Estancia Hospitalaria (Censo Diario de Pacientes)	Profesional Universitario de Admisiones	
6	Recibir Orden de De Alta y Recibo de Caja Una Vez Terminado el Proceso Asistencial	Técnico de Admisiones, Profesional Universitario de Admisiones, Coordinador de Admisiones	
7	Cerrar Hoja de Admisiones y Emitir Boleta de Salida	Técnico de Admisiones, Profesional Universitario de Admisiones	
PUNTOS DE CONTROL:			
DEFINICIONES: Bitácora: Registro cronológico de eventos importantes.			
ANEXOS: Formato de Censo de Pacientes, Formato de Hoja de Ingreso, Formato Hoja de Egreso (Boleta de Salida)			
ELABORÓ: Grupo de Trabajo de la Oficina de Calidad.		APROBÓ: Comité Técnico	
REVISÓ: Equipo MECI		ACTA No	
FIRMA:		FECHA:	
GUIA DE VALORACION DE RIESGOS			
NOMBRE DEL MACROPROCESO: GESTION ASISTENCIAL			

NOMBRE DEL PROCESO	ADMISION DE PACIENTES		
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	REGISTRO DE INGRESO Y SALIDA DE PACIENTES		
VERSION	01	FECHA DE REVISION	
DESCRIPCION DEL RIESGO	REGISTRO DE INGRESO Y SALIDA DE PACIENTES INADECUADO		
CAUSAS	MEDIOS Y CIRCUNSTANCIAS	AGENTE GENERADOR	
No entrega de documentos por parte del usuario, no cumplimiento de los procedimientos para ingreso de pacientes	Favores políticos, desconocimientos de los procesos y procedimientos por técnicos de admisiones, no socialización de contratos, los usuarios ocultan o suministran información errónea para evadir pagos	Gerente, subgerente administrativo, técnicos de admisiones, usuarios	
EFFECTOS	Retraso del cobro de servicios prestado, cobro inadecuado de los servicios		
CALIFICACION DEL RIESGO	PROBABILIDAD		IMPACTO (magnitud)
	MEDIA		MODERADO
EVALUACION (Grado de exposición)	ACEPTABLE		
	TOLERABLE		
	MODERADOS		
	IMPORTANTES	IMPORTANTE	
	INACEPTABLES		
VALORACION DEL RIESGO	NIVEL		
4	DIRECTIVO	ADMINISTRATIVO	OPERATIVO
		X	X
CORRECTIVOS PROPUESTOS	Socialización de contratos, capacitación continua a los técnicos de admisiones, diseño de mecanismos de control que impidan el ingreso de paciente sin ser registrados		
POLITICA INSTITUCIONAL			
FECHA	FUNCIONARIO	FIRMA	ENTREGADO

GUIA DE VALORACION DE RIESGOS			
NOMBRE DEL MACROPROCESO: GESTION ASISTENCIAL			
NOMBRE DEL PROCESO	ADMISION DE PACIENTES		
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	GESTIÓN DE AUTORIZACIONES DE ORDENES DE SERVICIOS ADICIONALES		
VERSION	01	FECHA DE REVISION	
DESCRIPCION DEL RIESGO	GESTIÓN DE AUTORIZACIONES DE ORDENES DE SERVICIOS ADICIONALES NO OPORTUNAS		
NOMBRE DEL MACROPROCESO: GESTION DE INVESTIGACION			
NOMBRE DEL PROCESO	GESTION DE LA CALIDAD		
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	TRAMITE DE LA ENCUESTA DE SATISFACCION		
VERSION		FECHA DE REVISION	
DESCRIPCION DEL RIESGO	TRAMITE DE ENCUESTAS DE SATISFACCION INADECUADO		
CAUSAS	MEDIOS Y CIRCUNSTANCIAS	AGENTE GENERADOR	

No envío de ordenes de servicio por enfermeras jefes a admisiones , no envío oportuno de las entidades responsables del pago de la autorización u ordenes de servicio	No entrega de paciente en los turnos de enfermería, Pacientes con Multiafiliación, Suspensión de Servicios al Hospital por Mora en el Pago a algunos Contratistas	Enfermeras jefes, Entes Responsables de Pago, Contratistas y Proveedores de Servicios del Hospital	
EFFECTOS	Prolongación de la estancia hospitalaria; Glosas por No Oportunidad en la Prestación de Servicios; Retrasos en el Radicado de Facturas de Venta de Servicios; Disminución en el Flujo de Recursos Financieros a la Institución		
CALIFICACION DEL RIESGO	PROBABILIDAD	IMPACTO (magnitud)	
	MEDIA	MODERADO	
EVALUACION (Grado de exposición)	ACEPTABLE		
	TOLERABLE		
	MODERADOS		
	IMPORTANTES	IMPORTANTE	
	INACEPTABLES		
VALORACION DEL RIESGO	NIVEL		
4	DIRECTIVO	ADMINISTRATIVO	OPERATIVO
		X	X
CORRECTIVOS PROPUESTOS			
POLITICA INSTITUCIONAL			
FECHA	FUNCIONARIO	FIRMA	ENTREGADO

	MACROPROCESO: GESTION ASISTENCIAL		Código: TX-03-PR-06
	PROCESO: ADMISION DE PACIENTES		Versión: 01
	Procedimiento: Gestión de Autorizaciones de Ordenes de Servicios Adicionales		Página: 1 de 3
Tip:	NISTRATIVO	Responsable: Coordinador de Admisiones	
Objeto: Garantizar que todos los pacientes que durante su proceso asistencial, se soliciten servicios adicionales, le tramitemos de manera oportuna la autorización u orden del servicios solicitado.			
Alcance: Aplica a Todos los pacientes que utilizan los servicios de Urgencias y Hospitalización.			
RECURSOS NECESARIOS			
Recursos Humanos: Técnico de Admisiones, Profesional Universitario de Admisiones, Auditor Médico de Admisiones, Coordinador de Admisiones		Recursos Tecnológicos: Equipos de cómputos, equipos de oficina, materiales de oficina (Incluye Teléfonos Fax, Escáner y Fotocopiadora).	Recursos Financieros: Presupuestó general de la empresa. Rubros: de gastos de personal, Compra de bienes para la prestación de servicios
			Recursos Informáticos: Software SIOS Disponibilidad de Acceso a la Web. Microsoft Office.
SOPORTE LEGAL		ESTANDAR DE CALIDAD	INDICADORES
Ley 100, de 1993, Ley 1122 de 2007, Decreto 2423 de 1996, Resolución 412 de 1996, decreto 3384 de 1996, Resolución 5261 de 1996, Decreto 4747 de 2007, Decreto 050 de 2003, Decreto 1281 de 2003, Decreto 046 de 2002, Decreto 3990 de 2007, Acuerdo 306 de 2005, Acuerdo 228 de 2006. Acuerdo 395 de 2008		100% de las Solicitudes de Servicios Adicionales tramitadas Oportunamente	% de Solicitudes Tramitadas Oportunamente Nº de Solicitudes Tramitadas Oportunamente x 100 Total Solicitudes Notificadas a Admisiones
ENTRADAS		SALIDAS	
Proveedores: Enfermeras Jefes del Servicio	Insumos: Documentos de Identificación del Usuario, Ordenes Médicas o Formulario de Solicitud de Servicio, Contratos de Prestación de Servicios. Autorización o Negación del Servicio Solicitado	Usuarios: EXTERNO: Facturadores del HUC, Auditor Externo, Entes Responsables de Pago y Entes De Vigilancia y Control. INTERNO: Coordinador, Profesional y Técnico de Admisiones	Productos: Parciales: formularios diligenciados de solicitud de servicios adicionales, Bitácora de Seguimiento a la Admisión. Finales: Orden de Servicio Autorizada o Negada.
CLIENTES: Entidades Responsables de Pago, Entes De Vigilancia y Control.			
ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE	
1	Recepcionar Documentos del Paciente y Orden Medica de Solicitud de procedimiento adicional	Profesional Universitario de Admisiones, Auditor, Coordinador de Admisiones	
2	Verificar Estado de Afiliación y Derechos en Paginas Web y Contratos y Anotar en Bitácora	Profesional Universitario de Admisiones, Auditor, Coordinador de Admisiones	
3	Gestionar Solicitud de Autorización de Servicios al Ente Responsable de Pago y Anotar en Bitácora	Profesional Universitario de Admisiones y/o Coordinador de Admisiones	
4	Recibir la Autorización o Negación de Servicios Solicitados y Anotar en Bitácora	Profesional Universitario de Admisiones y/o Coordinador de Admisiones	
5	Entregar la Autorización o Negación del Servicio a la Enfermera Jefe Responsable y Anotar en Bitácora	Profesional Universitario de Admisiones y/o Coordinador de Admisiones	
PUNTOS DE CONTROL:			
DEFINICIONES: Bitácora: Registro cronológico de eventos importantes.			
ANEXOS: Formato de Auditoria de Cuentas medicas			
ELABORO: Grupo de Trabajo de la Oficina de Calidad.		APROBO: Comité Técnico	
REVISO: Equipo MECI		ACTA No	
FIRMA:		FECHA:	
GUIA DE VALORACION DE RIESGOS			
NOMBRE DEL MACROPROCESO: GESTION ASISTENCIAL			
NOMBRE DEL PROCESO		ADMISION DE PACIENTES	
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO		GESTIÓN DE AUTORIZACIONES DE ORDENES DE SERVICIOS ADICIONALES	
VERSION	01	FECHA DE REVISION	
DESCRIPCION DEL RIESGO GESTIÓN DE AUTORIZACIONES DE ORDENES DE SERVICIOS ADICIONALES NO OPORTUNAS			

NOMBRE DEL MACROPROCESO: GESTION DE INVESTIGACION			
NOMBRE DEL PROCESO		GESTION DE LA CALIDAD	
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO		TRAMITE DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN	
VERSION		FECHA DE REVISION	
DESCRIPCION DEL RIESGO		TRAMITE DE ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN INADECUADO	
CAUSAS		MEDIOS Y CIRCUNSTANCIAS	AGENTE GENERADOR
No envió de ordenes de servicio por enfermeras jefes a admisiones , no envió oportuno de las entidades responsables del pago de la autorización u ordenes de servicio		No entrega de paciente en los turnos de enfermería, Pacientes con Multiafiliación, Suspensión de Servicios al Hospital por Mora en el Pago a algunos Contratistas	Enfermeras jefes, Entes Responsables de Pago, Contratistas y Proveedores de Servicios del Hospital
EFECTOS		Prolongación de la estancia hospitalaria; Glosas por No Oportunidad en la Prestación de Servicios; Retrasos en el Radicado de Facturas de Venta de Servicios; Disminución en el Flujo de Recursos Financieros a la Institución	
CALIFICACION DEL RIESGO		PROBABILIDAD	IMPACTO (magnitud)
		MEDIA	MODERADO
EVALUACION (Grado de exposición)		ACEPTABLE	
		TOLERABLE	
		MODERADOS	
		IMPORTANTES	IMPORTANTE
		INACEPTABLES	
VALORACION DEL RIESGO		NIVEL	
		DIRECTIVO	ADMINISTRATIVO
4			X
CORRECTIVOS PROPUESTOS			
POLITICA INSTITUCIONAL			
FECHA		FUNCIONARIO	FIRMA
			ENTREGADO

Anexo B. Encuesta de Clima Organizacional

PROYECTO ENCUESTA DE CLIMA ORGANIZACIONAL

OBJETIVO: Evaluar la visión de los funcionarios sobre la organización y el desempeño integral en la Unidad Funcional

Fecha		Funcionario Que Aplica la Encuesta		ID Encuesta	
DD	MM	AAAA	APELLIDOS	NOMBRES	ADM-HUC__
1. RELACIONES INTERPERSONALES. Grado en que los empleados se ayudan entre si y si sus relaciones son respetuosas y consideradas.					
1.1	Las relaciones son armoniosas, respetuosas y consideradas?			<input type="text"/>	
1.2	Las relaciones son buenas pero falta ayuda mutua falta más comunicación?			<input type="text"/>	
1.3	Las Relaciones son malas, no hay comunicación, ni colaboración?			<input type="text"/>	
2. ESTILO DE DIRECCION. Grado en que los jefes apoyan, estimulan y dan participación a sus colaboradores					
2.1	El jefe del área da buen apoyo, acompañamiento, información y estímulo?			<input type="text"/>	
2.2	El jefe del área es muy exigente, no tomo en cuenta otras opiniones, pero escucha a los subalternos?			<input type="text"/>	
2.3	No se siente apoyado por su jefe, no le toman en cuenta, ni estimulan su trabajo?			<input type="text"/>	
3. SENTIDO DE PERTENENCIA. Grado de orgullo derivado de la vinculación a la empresa. Compromiso con sus objetivos y programas					
3.1	Se siente muy comprometido con la empresa, y esta orgulloso de trabajar en ella?			<input type="text"/>	
3.2	Se siente bien con el trabajo, pero solo hace lo que le toca?			<input type="text"/>	
3.3	Siento que este trabajo está mal, no me agrada lo que hago, ni la labor de la empresa?			<input type="text"/>	
4. RETRIBUCION. Grado de equidad en la remuneración y los beneficios derivados del trabajo.					
4.1	Cree que la remuneración es muy buena, y acorde con las funciones que desempeño?			<input type="text"/>	
4.2	Cree que la remuneración está bien, pero podrian buscar otros incentivos?			<input type="text"/>	
4.3	Cree que la remuneración no compensa las labores que ud. ejecuta?			<input type="text"/>	
5. DISPONIBILIDAD DE RECURSOS. Grado en que los empleados cuentan con la información, los equipos y el aporte requerido de otras personas y dependencias para la realización de su trabajo					
5.1	Cree que cuenta con todos los recursos (Humanos, Técnicos y de Suministros) para desarrollar bien sus obligaciones?			<input type="text"/>	
5.2	Cree que tiene pocos recursos o que son los mínimos para desarrollar sus obligaciones?			<input type="text"/>	
5.3	Cree que no existen los recursos mínimos indispensables para desarrollar sus obligaciones?			<input type="text"/>	
6. ESTABILIDAD. Grado en que los empleados ven en la empresa claras posibilidades de pertenencia y estiman que a la gente se la conserva o despide con criterio justo					
6.1	Cree que la empresa le brinda las suficientes garantías para permanecer en ella, y que hacen evaluaciones justas e imparciales?			<input type="text"/>	
6.2	Cree que la empresa no da las suficientes garantías de permanencia en el trabajo, o no está de acuerdo con las formas de evaluación?			<input type="text"/>	
6.3	La empresa no da ninguna garantía de permanencia o estabilidad laboral, no existe un proceso de evaluación?			<input type="text"/>	
7. CLARIDAD Y COHERENCIA EN LA DIRECCION. Grado de claridad de la alta dirección sobre el futuro de la empresa. Medida en que las metas y programas de las áreas son consistentes con los criterios y políticas de la alta gerencia					
7.1	Cree que la dirección de la empresa, sabe para donde va la institución, y las acciones de cada área funcional van en procura del objetivo general de la organización?			<input type="text"/>	
7.2	Cree que la dirección de la empresa está bien orientada, pero las acciones individuales de cada área funcional no siempre van en procura de los objetivos de la Organización?			<input type="text"/>	
7.3	Cree que la dirección de la empresa no tiene idea de las necesidades de la organización, y cada área funcional trabaja por su cuenta sin coordinación alguna en el logro de las metas empresariales?			<input type="text"/>	
8. VALORES COLECTIVOS. Grado en que se perciben en el medio interno:					
a) Cooperación: ayuda mutua, apoyo; b) Responsabilidad: esfuerzo adicional, cumplimiento; c) Respeto: consideración, buen trato					
Cooperación:					
Responsabilidad:					
Respeto:					

Anexo C..Instrumento de Consolidar Datos

N°	USUARIO	N° D.I.	EDAD (Años)	SEXO		RESPONSABLE DE PAGO								GESTION DE BITACORAS					
				Mas	Fem	1°	2°	3°	4°	5	6	7	8	1	2	3	4	5	
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			
16																			
17																			
18																			
19																			
20																			
21																			
Responsable de Pago														Gestión de Bitácoras					
1 Alcaldía Mayor de Cartagena 2 Gobernación de Bolívar 3 EPS-S 4 EPS-C 5 SOAT 6 Otras Secretarías 7 Gestión Salud 8 Otras Secretarías														1. Bitácora Sin Problemas 2. Sin Aportar Dtos de Identidad 3. Usuario Con Multifiliaciones 4. Usuario No Registrados en BDUA 5. Sin Bitácora de Seguimiento					

Anexo D. Matriz de evaluación de procesos y procedimientos.

MATRIS DE EVALUACION DE PROCESOS Y PROCEDIMIENOS							
ORGANIZACIÓN							
GRUPO DE PROESOS							
FECHA DE EVALUACION							
NOMBRE DEL PROCESO	VARIABLES					TOTAL	
	Infraestructura	Recurso Humano	Dotación	Suministros	Monitorización		Resultados (Metas)
Proceso 1							
Proceso 2							
Proceso 3							
Proceso 4							
Proceso 5							
Proceso 6							
Proceso 7							
Proceso 8							
Proceso 9							
Proceso 10							
Proceso 11							
Proceso 12							
Proceso 13							
Proceso 14							
Proceso 15							
Proceso 16							
Proceso 17							
Proceso 18							
Proceso 19							
Proceso 20							
Proceso 21							
Proceso 22							
Proceso 23							
Proceso 24							
Proceso 25							
Proceso 26							

Cada variable tiene una puntuación de 1 hasta 5 bajo los siguientes criterios:

- Variable no Implementada.
- Variable Implementada pero no cumple con los requisitos normativos e institucionales.
- Variable Implementada y los requisitos se cumplen parcialmente.
- Variable Implementada y cumple con todos los requisitos normativos
- Variable implementada que cumple con todos los requisitos y sus resultados son catalogados como de excelencia.

▪ Al evaluar cada variable a un proceso, este puede obtener una puntuación máxima de 30 ptos. Por lo que de acuerdo con el resultado de evaluación de cada proceso podemos obtener los siguientes resultados

- a. Bueno (25 – 30 Ptos)
- b. Regular (20 – 24 Ptos)
- c. Malo < de 20 Ptos.

Los procesos evaluados como regulares o malos deberán ser sometidos a acciones de mejoramiento; para efectos de priorizar las acciones de mejoramiento debemos tener en cuenta los siguientes criterios (Procesos que generan riesgo a la seguridad de la atención en salud, Procesos más Repetitivos, y Procesos con Alto Impacto Institucional)