

INCIDENCIA DE LOS TRAMITES ADMINISTRATIVOS EN LA OPORTUNIDAD DE LOS ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS CON PRESTADORES EXTERNOS, EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL 4° PISO DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE EN EL CUARTO TRIMESTRE DEL AÑO 2011

INVESTIGADORES

SOLEDAD MERLANO MONTERROZA

CARLOS ANDRÉS PÉREZ VALIENTE

JULIO PATRON AVILA

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
ESPECIALIZACIÓN GESTIÓN DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD
CARTAGENA DE INDIAS**

2012

**INCIDENCIA DE LOS TRAMITES ADMINISTRATIVOS EN LA OPORTUNIDAD
DE LOS ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS CON PRESTADORES EXTERNOS, EN
LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL 4° PISO DE LA E.S.E. HOSPITAL
UNIVERSITARIO DEL CARIBE EN EL CUARTO TRIMESTRE DEL AÑO 2011**

INVESTIGADORES

SOLEDAD MERLANO MONTERROZA

CARLOS ANDRÉS PÉREZ VALIENTE

JULIO PATRON AVILA

DR. FABIO ANTONIO DUITAMA VERGARA

DOCENTE ASESOR

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

ESPECIALIZACIÓN GESTIÓN DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD

CARTAGENA DE INDIAS

2012

Cartagena de Indias, D.T. y C., 15 de julio de 2012

Doctor

MILTON PAYAREZ VILLARREAL

GESTIÓN DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD

Universidad de Cartagena

Cordial saludo

Por medio de la presente certifico que he asesorado el proyecto de grado titulado **INCIDENCIA DE LOS TRAMITES ADMINISTRATIVOS EN LA OPORTUNIDAD DE LOS ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS CON PRESTADORES EXTERNOS, EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL 4° PISO DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE EN EL CUARTO TRIMESTRE DEL AÑO 2011**, en toda la estructura metodológica, teórica y contenido, elaborado por los estudiantes, **SOLEDAD MERLANO MONTERROSA Y CARLOS ANDRÉS PÉREZ VALIENTE**, para optar el título de especialistas en **GESTIÓN DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD**

Atentamente,

FABIO ANTONIO DUITAMA VERGARA

Investigador Asesor

Cartagena de Indias, D.T. y C., 15 de julio de 2012

Doctor

MILTON PAYAREZ VILLARREAL

GESTIÓN DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD

Universidad de Cartagena

Cordial saludo

Cordialmente presentamos el proyecto de grado titulado **INCIDENCIA DE LOS TRAMITES ADMINISTRATIVOS EN LA OPORTUNIDAD DE LOS ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS CON PRESTADORES EXTERNOS, EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL 4° PISO DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE EN EL CUARTO TRIMESTRE DEL AÑO 2011**, para optar el título de especialistas en **GESTIÓN DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD**

Agradeciéndole la atención que le merezca la presente, nos suscribimos

Cordialmente

**SOLEDAD MERLANO MONTERROZA
VALIENTE**

Estudiante Investigador

CARLOS ANDRÉS PÉREZ

Estudiante Investigador

JULIO PATRON AVILA

Estudiante Investigador

Nota de aceptación

Presidente del Jurado

Firma del Calificador

Firma del Calificador

Cartagena de Indias, noviembre 2012

CONTENIDO

	Pag.
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
1.1 DESCRIPCION DEL PROBLEMA	9
1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA	11
2. OBJETIVOS	12
2.1 OBJETIVO GENERAL	12
2.2 OBJETIVO ESPECIFICO	12
3. JUSTIFICACION	13
4 MARCO TEORICO	16
4.1 MARCO HISTORICO	16
4.2 MARCO INSTITUCIONAL	18
4.2.1 VISION	18
4.2.2 MISION	18
4.2.3 OBJETIVOS INSTITUCIONALES	19
4.2.4 VALORES	20
4.2.5 POLITICAS DE CALIDAD	20
4.2.6 OBJETIVOS DE CALIDAD	20
4.2.7 PRINCIPIOS CORPORATIVOS	21
4.2.8 ORGANIGRAMA	23
4.3 MARCO CONCEPTUAL	24
4.3.1 SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	24
4.3.2 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	24
4.3.3 SISTEMA INTEGRAL DE REFERENCIA Y CONTRAFERENCIA	26
4.3.4 OPORTUNIDAD	27
4.3.5 OPORTUNIDAD	30
4.4 MARCO LEGAL	31
4.5 ANTECEDENTES INVESTIGATIVO	35
4.6 GLOSARIO DE TERMINOS	36
4.7 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	39
5. DISEÑO METODOLOGICO	42
5.1 TIPO DE ESTUDIO	42
5.2 POBLACION Y MUESTRA	43
5.3 TECNICAS DE RECOLECCION	44
5.4 ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS	45
6. ESTRUCTURA OPERATIVA PROYECTO	46

6.1	CRONOGRAMA	46
6.2	PRESUPUESTO	47
7.	RESULTADOS	48
7.1	DE LA ESTRUCTURA	48
7.1.2	RECURSOS FISICOS, ESPACIO, EQUIPOS Y TALENTO HUMANO	48
7.1.2.1	ESPACIO	48
7.1.2.2	EQUIPOS Y AMBIENTES	53
7.1.2.3	TALENTO HUMANO	55
7.2	RESUTADOS DE LOS PROCESOS	56
7.2.1.	MAPA DE PROCESOS Y MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	56
7.2.1.1	PROCESO: GESTION DE HOSPITALIZACION	57
7.2.1.2	PROCESO: GESTION DE ADMISIONES Y AUTORIZACIONES	59
7.2.1.3	PROCESO PARA TRÁMITES ADMINISTRATIVOS DE ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS CON PRESTADORES EXTERNOS	60
7.2.1.4	GUIAS DE ATENCION PROCEDIMIENTOS Y RESIDUOS	61
7.3	RESULTADOS DE FACTORES Y VARIABLES ADMINSTRATIVOS	65
7.3.1	VARIABLE ADMINISTRATIVA DE LA OPORTUNIDAD	65
7.3.1.1	TIEMPO EN TRAMITOLOGIA PARA REALIZAR UN ESTUDIO	65
7.3.1.2	AUTORIZACION POR PARTE DE LAS EPS PARA LA REALIZACION DE ESTUDIOS EN RED EXTERNA	65
7.3.1.3	TRASLADOS DE PACIENTES PARA REALIZAR EXAMENES PARACLINICOS EN RED EXTERNA	66
7.4	RESULTADOS DE VARIABLES DIVERSAS	72
8.	BIBLIOGRAFIA	88
9.	ANEXOS	92
	FORMATOS DE VERIFICACION	93
	FORMATO VERIFICACION DE PROCESOS	98

LISTA DE GRAFICAS

	PAG
Grafica 01	72
Grafica 02	72
Grafica 03	73
Grafica 04	74
Grafica 05	74
Grafica 06	75
Grafica 07	75
Grafica 08	76
Grafica 09	77
Grafica 10	77
Grafica 11	78
Grafica 12	79
Grafica 13	79
Grafica 14	80
Grafica 15	81
Grafica 16	82
Grafica 17	82
Grafica 18	84
Grafica 19	85
Grafica 20	86
Grafica 21	87

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Las Instituciones de salud, bajo el actual sistema de prestación de servicios de salud, sobre todo los de alta complejidad, demandan la utilización de diferentes tipos de contratación con los diferentes procedimientos especializados, sobre todo aquellos en los cuales no está capacitado en estructura, personal y financieramente para prestarlos en sus propias sedes, es por ello que mediante alianzas estratégicas permite realizar estos estudios paraclínicos y procedimientos de alta complejidad fuera de la su sede y así prestar un servicio más completo y oportuno a los usuarios que acuden a estas instituciones, conllevando consigo algunos inconvenientes de accesibilidad, oportunidad, transporte y otras variables que pueden dificultar en calidad la prestación de servicios de salud.

La E.S.E. Hospital Universitario del Caribe es una institución pública, prestadora de servicios de salud de mediana y alta complejidad. Se concibe dentro de la red de prestadores de servicios de salud del departamento de Bolívar, como la cúspide en la referencia de pacientes. Su funcionamiento está basado en una fuerte alianza estamentaria con la Universidad de Cartagena, Gobernación de Bolívar y el distrito de Cartagena, con una modalidad de prestación de servicios por tercerización, lo que permite brindar servicios dentro de la institución como fuera de ella, contratando con prestadores externos.

Actualmente existen serias dificultades en la institución con el servicio de hospitalización, donde se presentan problemas de integración de los sistemas que participan en la gestión de la prestación de servicios de salud, específicamente en lo relacionado con los trámites administrativos para la ejecución de órdenes de servicios.

Esto es, aplicaciones de mercado, en lo que respecta a sistemas automatizados y plataformas; conflictos en el desarrollo, implementación y respaldos de software; mantenimiento y apoyo de computadores; ausencia de estándares definidos de solicitud, autorización y ejecución de servicios ambulatorios, en los que las pruebas diagnósticas ocupan un porcentaje importante dentro de estos trámites; falta de compromiso por parte del personal asistencial y directivo; retrasos en los trámites de autorizaciones internas y externas; problemas de comunicación para el asesoramiento y ejecución de contratos con terceros.

Esta falta de unificación incide en la adecuada prestación del servicio al usuario, generando, aumento en los tiempos de espera, bajos niveles de oportunidad en la realización de estudios diagnósticos, riesgo de tipo legal por parte de la institución, que sumados conlleva a la demora en la toma de decisiones para definir conductas en el tratamiento médico, lo cual repercute mayormente en la salud del paciente, prolongación de la estancia hospitalaria, lo que se traduce en la ineficiencia en la prestación de servicios de salud con el consecuente aumento de costos para la E.S.E.

Se suma a la problemática planteada en el HUC un represamiento creciente de los pacientes de Cartagena y del resto del Departamento de Bolívar beneficiarios del régimen subsidiado que solicitan citas a las diferentes especialidades y subespecialidades médicas y quirúrgicas del portafolio de servicios, desde los diferentes servicios especialmente de la consulta externa, evidenciando quejas de los usuarios y aumento progresivo de tutelas para proteger el derecho fundamental a la salud, con represamiento de consultas, por el gran tiempo de espera para acceder a un determinado servicio.¹, creándose un círculo de estancia prolongada y por ende una mala calidad en la prestación del servicio.

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores que inciden en la oportunidad de la realización de estudios diagnósticos en los pacientes hospitalizados en el 4° Piso de la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE en el cuarto trimestre del año 2011?

1

¹ VELEZ A.L. *La acción de tutela: ¿un mecanismo de protección del derecho a la salud y un proceso alternativo para acceder a servicios de salud?*. En: *Colomb Med. Órgano oficial de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle Cali – Colombia*. Vol. 36 Núm. 3, (Julio-Septiembre 2005); pp 199-208. ISSN 1657-9534

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la incidencia de los trámites administrativos en la realización de estudios diagnósticos con prestadores externos en los pacientes hospitalizados en el 4° Piso de la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE en el cuarto trimestre del año 2011.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Evaluar la estructura organizacional del servicio de hospitalización en el 4° Piso de la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE en el cuarto trimestre del año 2011 (Físicos, equipos, recurso humano)
- Evaluar el Mapa de proceso y Manual de procedimientos de estudios diagnósticos con prestadores externos en los pacientes hospitalizados en la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE.
- Identificar los factores y variables administrativos que inciden sobre la oportunidad y accesibilidad en la realización de los estudios diagnósticos con prestadores externos en los pacientes hospitalizados en el 4° Piso de la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE
- Presentación del plan de auditoría para el mejoramiento continuo en los trámites administrativos en la realización de estudios diagnósticos con prestadores externos.

3. JUSTIFICACION

Si los procedimientos administrativos se realizaran correctamente y con plenas participación de la administración, el personal interno de la institución, los prestadores externos de servicios de salud y las EPS., tendrían una condición favorable para alcanzar las metas de productividad proyectadas, prestar servicios de más alta calidad y mejorar la información disponible para los usuarios y el carácter oportuno de la prestación de servicios de los sistemas de información. Aunque satisfacer las expectativas de los usuarios de los servicios de salud constituye un proceso muy complejo de intersubjetividades, el fin último de la prestación de servicios de salud no debe diferenciarse de la de otro tipo de servicio; satisfacer a los usuarios (pacientes y acompañantes), pero solo se puede satisfacer a los usuarios realmente, si los trabajadores que brindan los servicios también se encuentran satisfechos, y esto hace más compleja aun la trama y las acciones encaminadas por los gestores de estos servicios, para lograr un funcionamiento que cumpla con todas las condiciones necesarias para el logro de la excelencia.

Es preponderante analizar los factores asociados a los servicios de salud, sobre todo los relacionados con los que influyen la oportunidad en la atención cuando esta requiere de un trámite administrativo con prestadores externos, ya que así como es necesario tener prontitud o rapidez en la evaluación del paciente, también es necesario la definición en gran parte de un diagnóstico y tratamiento oportuno. Es entonces fundamental indagar además de las gestiones asistenciales de rutina (ejemplo: diligenciamiento completo de la historia clínica) las medidas diagnósticas, y terapéuticas que se generaron a partir de la evaluación clínica del individuo. Verificar su pertinencia, las causas que incidieron para el retraso en la atención inicial y en la toma de decisiones sobre la conducta a seguir. Verificar la coordinación entre los diferentes funcionarios del equipo de salud para la realización de las intervenciones sobre el individuo.

Con este estudio se pretende demostrar, que los problemas de oportunidad en la atención del paciente está ligada a la realización de estudios diagnósticos por prestadores externos y a asociados a la existencia de factores administrativos, principalmente aquellos relacionados con la gestión del recurso humano, como al bajo cumplimiento de la normatividad actual, sustentada en la Resolución 3047 de 2008 y 4747 de 2007, donde se exige disminución en la tramitología de la documentación, sin dejar de lado el concepto de calidad en salud, que debemos enmarcarlo, según *Vanormalingen* (1996), en cinco pilares fundamentales que son: excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción, impacto final que tiene en la salud. Sin embargo, la calidad de la salud no está reducida a uno o algunos de estos elementos, necesariamente implica la integración de elementos de carácter técnico y también de procesos objetivos y subjetivos; todos esos factores tienen como resultante la satisfacción de los usuarios y la eficiencia de la institución de salud

Se hacen necesario establecer indicadores de cada una de las variables que intervienen en la prestación de servicios de salud especialmente la de accesibilidad que se refiere a la condición variable de la población de utilizar o ser atendido por el sector salud, tomando referencias como razones geográficas, económicas, tales como distancia entre el lugar de trabajo o de residencia y el centro de salud, o bien el gasto en movilización para llegar a un centro de atención.^{2 3}.

2

3

RESTREPO C J. El seguro de Salud en Colombia ¿ Cobertura Universal?. En:Revista Gerencia y Políticas de Salud. Publicación de los Programas de Posgrado en Administración de Salud y Seguridad Social Pontificia Universidad Javeriana. Vol., Núm. 2 (Septiembre, 2002) pp 25 -40 .ISSN: 1647-7027

Así mismo la de oportunidad en la asignación de citas que puede ser definida como la sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido y la fecha para la cual es asignada.⁴

4

COLOMBIA. MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. Resolución número 1446 de 8 mayo de 2006.

4. MARCO TEORICO

4.1 MARCO HISTORICO

La empresa social del estado Hospital Universitario del Caribe es una institución pública descentralizada, prestadora de servicios de la salud de mediana y alta complejidad, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, sometido al régimen jurídico previsto en la ley 100 de 1993 y por el derecho privado en materia de contratación.⁵

Su estructura orgánica contempla tres áreas fundamentales: una de ellas de dirección, integrada por la junta directiva y la gerencia. La empresa se concibe dentro la red de prestadores de servicios de salud del departamento, como la cúspide de la referencia de pacientes. Su funcionamiento está fundamentado en una fuerte alianza con la Universidad de Cartagena y la interrelación con proveedores externos de servicios.

En su **primera fase** de desarrollo el hospital habilita servicios en 4 pisos de la siguiente forma: **Primer piso**, los servicios de urgencias, procedimientos y cirugía, el Servicio Farmacéutico, Nutrición y Dietética, Almacén General, servicios de esterilización y lavandería ; el **segundo piso** alberga los servicios de consulta externa en todas las especialidades, los servicios de apoyo terapéutico, Unidad de Oncología Clínica, además de integrar las oficinas del área administrativa y las áreas destinadas a las actividades académicas del recurso humano en formación Universitaria; en el **tercer piso** se ubican los servicios de Cirugía, Cuidados Intensivos, Apoyo Diagnóstico (Radiología y Ecografía), Diagnóstico y terapia cardiovascular, Unidad de hemodinamia, Laboratorio Clínico y de Patología, Banco de Sangre, Unidad de Nefrología; y en el **cuarto piso** se ubican las salas de hospitalización, que se caracterizarán

5

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE. Reseña histórica. archivos.

por que se clasifican en habitaciones uní, bipersonales y hospitalización en salas de tres y cuatro pacientes. La población objeto de esta empresa es la totalidad de la población pobre y vulnerable de la ciudad y del departamento de Bolívar; tanto la población asegurada al régimen subsidiado, la no asegurada, como la población víctima del desplazamiento forzado por la violencia. De igual forma, esta empresa asumirá y ofertará el componente integral de Salud Mental, para lo cual asumirá el proceso operativo de la sede del actual ESE Hospital San Pablo de Cartagena.

Segunda fase. La puesta en funcionamiento el piso 5^o del edificio, para los servicios de UCI, cobijar 60 camas, cuidados intermedios, pediatría, ginecología, y hospitalización.

Tercera fase. La recuperación y puesta en funcionamiento de los pisos 6, 7 y 8, para la ampliación de los servicios, oncológica, radiología, y supraespecialidades, medicinas alternativas.

Cuarta fase. La recuperación y puesta en funcionamiento de los pisos 9 y 10, de tal forma que la ESE hospital Universitario del Caribe alcance su funcionamiento total.

La construcción del componente diagnóstico y estratégico del Plan de Desarrollo del Hospital Universitario del Caribe, se ha realizado desde las subgerencias, con la participación de los actores de cada área, lo que garantiza que su implementación posterior se haga más viable y se superen los obstáculos que normalmente tienen procesos de esta naturaleza, toda vez que la socialización con todo el personal interno y externo que intervienen en la administración y operación de la empresa se hace al mismo tiempo que se van formulando los objetivos, políticas, metas y estrategias de desarrollo para responder a los problemas identificados.

Está pendiente por formularse y adoptarse el Plan de Seguridad Integral Hospitalaria a que se refiere el artículo 76 del Estatuto Interno de la Empresa, Acuerdo No. 001 de 2006 aprobado por la Junta Directiva.

4.2 MARCO INSTITUCIONAL

4.2.1. VISIÓN

En año 2020 la ESE Hospital Universitario del Caribe será la institución hospitalaria, que dentro de una organización autónoma y empresarial, ha potencializado la especialización operativa y estratégica de los servicios asistenciales en salud de mediana y alta complejidad en la costa Caribe Colombiana y latinoamericana. Consagrada como entidad líder en cobertura y rentabilidad institucional y social, ha construido el escenario ideal para la generación de servicios especializados asistenciales e investigativos para la población usuaria y la formación del talento humano del sector, mediante procesos de óptima calidad, centrados en la excelencia de la atención, la innovación tecnológica, el respeto a la dignidad humana, la cultura de la calidad, la actividad docente e investigativa permanente y la concertación Inter estamentaria e Inter institucional.⁶

4.2.2. MISIÓN

Mejorar la calidad de vida de la población usuaria de Cartagena y Bolívar, mediante la oferta de servicios en salud de mediana y alta complejidad, generando asistencia humanizada y ética, en un ambiente de coordinación administrativa, técnica, académica e investigativa; basado en la transparencia administrativa, la calidad de los procesos, el uso de tecnología apropiada y la excelente formación profesional y moral de un talento humano comprometido e

6

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE. Auditoria de la Calidad

involucrado en el desarrollo continuo de los servicios y la sostenibilidad institucional, integrando la participación pública y privada, para dignificar la vida, aliviar el sufrimiento y generar confianza gubernamental.

4.2.3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES

La E.S.E Hospital Universitario del Caribe tiene como objetivos institucionales:

1. Contribuir al desarrollo social del país mejorando la calidad de vida y reduciendo la mortalidad, la morbilidad, la incapacidad, el dolor y la angustia evitables en la población usuaria, en la medida en que esto este a su alcance.
2. Producir servicios de salud eficientes y efectivos que cumplan con la norma y calidad establecida de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito.
3. Garantizar mediante un manejo gerencia adecuado ,la rentabilidad social y financiera de la ese hospital universitario
4. Prestar los servicios de salud que la población requiera y que la E.S.E, de acuerdo a sus desarrollo y recursos disponibles pueda ofrecer.
5. Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente sus servicios y funcionamiento.
6. Ofrecer a las entidades administradoras de planes de beneficios en salud, a las instituciones educativas y demás personas naturales o jurídicas que los demanden, servicios y paquetes a tarifas competitivas en el mercado.
7. Contribuir a la formación del factor humano del sector salud.
8. Promover la coordinación interinstitucional e intersectorial que permita un trabajo conjunto con fines de impacto social.
9. Desarrollar la estructura y capacidad operativa de la empresa mediante la aplicación de principios y técnicas gerenciales que aseguren su supervivencia, crecimiento, calidad de los recursos, capacidad de competir en el mercado y rentabilidad social y financiera.

10. Impulsar y desarrollar proyectos de investigación para mejorar la calidad en el servicio y la gestión.

4.2.4. VALORES

- Responsabilidad: Cumplimos lo prometido a la sociedad y a nuestros clientes y pacientes.
- Ética: Nuestros actos se acogen a los principios de la bioética: Autonomía, Beneficencia, no Maledicencia, Justicia y Coherencia.
- Respeto a la Vida: Vemos la vida como el mayor tesoro de cualquier persona, por eso la cuidamos con dedicación y responsabilidad.
- Solidaridad: Reconocemos en el apoyo mutuo, la fuente para afrontar cualquier dificultad.

4.2.5. POLÍTICA DE CALIDAD

El Hospital Universitario del Caribe garantiza servicios de salud de mediana y alta complejidad oportunos, seguros, pertinentes y humanizados, dirigidos a la satisfacción de los clientes y buscando permanentemente el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud, dentro del contexto de la ciencia, la ética, la docencia, la investigación y la competitividad de la organización.

4.2.6. OBJETIVOS DE CALIDAD

- Lograr la satisfacción global de pacientes y familiares.
- Mantener Proveedores y asociados que nos permitan cumplir oportunamente con las necesidades y expectativa de pacientes – clientes.
- Contar con un Proceso de selección, contratación y administración de

- personal que permita disponer de un recurso humano idóneo para las labores asistenciales y administrativas que correspondan.
- Garantizar el entrenamiento permanente del personal asistencial.
 - Implementar programas de inducción a estudiantes, internos, residentes y docentes que ejecutan actividades de docencia asistencia en la institución.
 - Gestionar el 100% de los eventos adversos.
 - Promover el respeto de los derechos de los pacientes.
 - Disponer de un grupo de investigación por cada subgerencia científica del Hospital.
 - Contar con una dependencia encargada de la atención del cliente, que garantice la interacción permanente del hospital con los clientes y la administración de sugerencias, felicitaciones, quejas y reclamos.
 - Realizar dos auditorías internas anuales a procesos y procedimientos administrativos y asistenciales en busca de oportunidades de mejora.

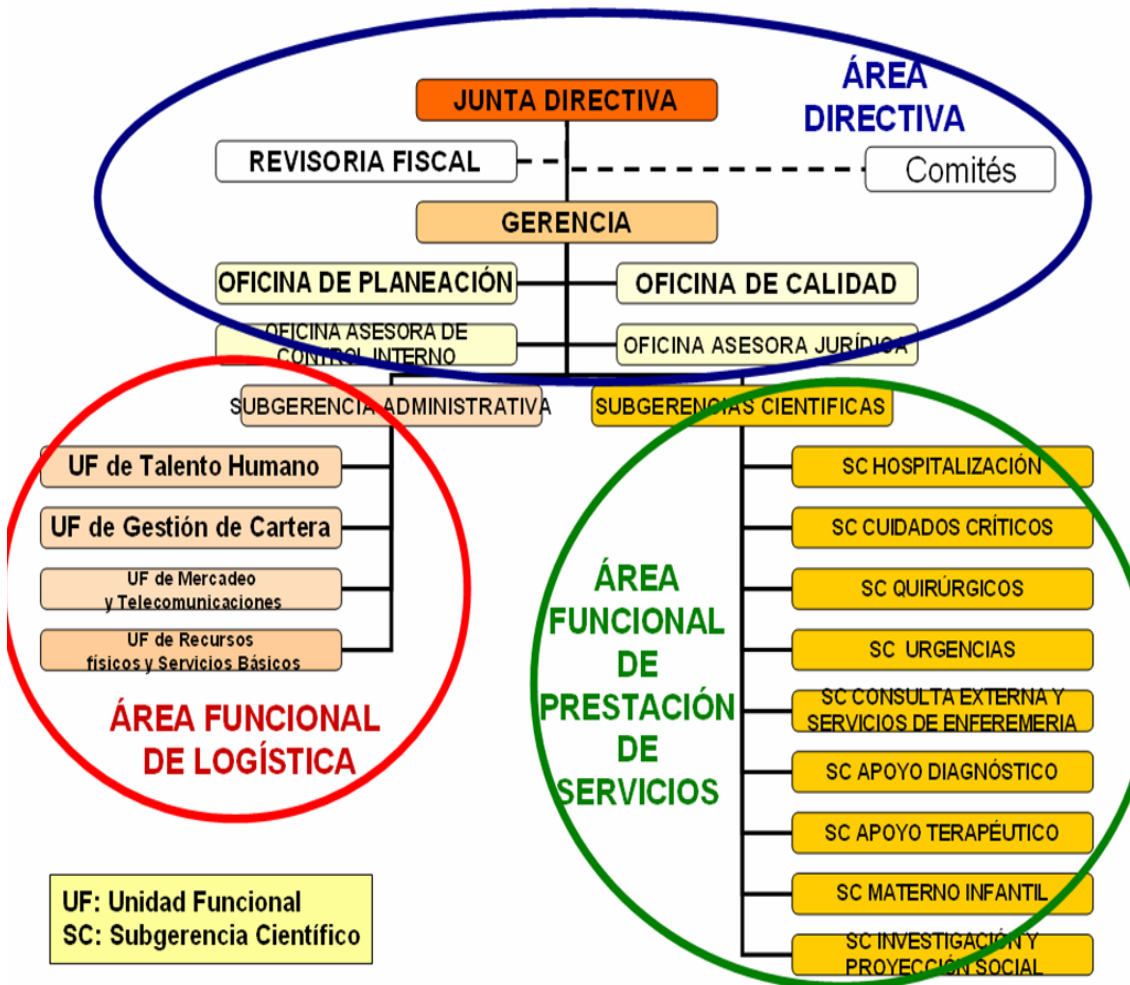
4.2.7. PRINCIPIOS CORPORATIVOS

- a. **EFICIENCIA.** La empresa propenderá permanentemente por la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles, para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente.
- b. **UNIVERSALIDAD.** La empresa será garantía de la atención para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida.
- c. **PARTICIPACION.** La empresa facilitará la intervención de la comunidad a través de los diferentes niveles organizativos y funcionales para su funcionamiento, control, gestión y fiscalización.

- d. **EQUIDAD.** La empresa proveerá gradualmente servicios de salud de igual calidad a todos los usuarios, independientemente de su capacidad de pago.
- e. **AUTONOMÍA INSTITUCIONAL.** La empresa es responsable de conformidad con su complejidad y según el reglamento expedido por el gobierno nacional, de las acciones que por su ejercicio se desprendan de conformidad con su autonomía jurídica, administrativa y patrimonio independiente, salvo los casos previstos en la ley.
- f. **CONCERTACIÓN.** La empresa propiciará la concertación de los diversos agentes en todos los niveles y empleará como mecanismo formal para ello a las Unidades Productivas Funcionales e instancias formales y no formales de su estructura.
- g. **CALIDAD.** La empresa establecerá mecanismos de optimización y control continuo a los servicios para garantizar a los usuarios calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, ética y continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional
- h. **HONESTIDAD.** La actitud y el comportamiento de cada miembro de la entidad será de acuerdo a su formación, su responsabilidad funcional y la disposición de preservar el beneficio general y el cuidado del patrimonio institucional.
- i. **EDUCACIÓN CONTINUA.** Los actos asistenciales, administrativos y protocolarios, que realicen propios y extraños en la entidad, llevarán intrínseco la función de construcción de conocimiento y de formación del talento humano en lo asistencial e institucional.

4.2.8. ORGANIGRAMA

En el marco de lo consagrado en el Decreto 1876 de 1994, norma reglamentaria de la ley en cuanto a la organización y funcionamiento de las Empresas Sociales del Estado, la ESE Hospital Universitario del Caribe cuenta con una estructura administrativa establecida mediante Acuerdo No. 003 de 2006 aprobado por la Junta Directiva. La estructura cuenta con tres áreas funcionales: ⁷La organización formal de la empresa se estructura así:



UF: Unidad Funcional
SC: Subgerencia Científico

7

Estructura Administrativa mediante Acuerdo No. 003 de 2006 aprobado por la Junta Directiva

4.3. MARCO CONCEPTUAL

4.3.1. Sistema de Seguridad Social en Salud

La Seguridad Social Integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.

ARTICULO 1o. Sistema de Seguridad Social Integral. El Sistema de Seguridad Social Integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten.

El Sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios, materia de esta Ley, u otras que se incorporen normativamente en el futuro

4.3.2. Empresa Social del Estado

El Sistema de Seguridad Social en Salud Colombiano, concibió los Hospitales Públicos como *SISTEMAS EMPRESARIALES CON UNA FINALIDAD SOCIAL EXPLICITA Y CREADAS POR EL ESTADO.*

“La prestación de servicios de salud en forma directa por la nación o por las entidades territoriales, se hará principalmente a través de las Empresas

Sociales del Estado, que constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la ley, las asambleas o concejos, según el caso y sometidas al régimen jurídico descrito en el art. 195". (Ley 100/93 art. 194).

De acuerdo con la lógica operacional del nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud Colombiano, nuestros tradicionales hospitales públicos y organismos de salud "de caridad", han debido realizar un proceso de transformación hacia una nueva forma de estructurarse y prestar servicios de salud a sus usuarios, bajo la concepción del modelo de Empresa Social del Estado, el cual se encuentra aún, en una fase de transición cuyos efectos iniciales, han resultados tan exitosos para unos, como críticos en otros.

Una Empresa es un sistema social autónomo que cumple una finalidad específica dentro de una comunidad, de acuerdo con la razón de ser para la que fue creada.

Está compuesta por un conjunto de procesos organizados y sometidos a una normas de funcionamiento, que toman recursos, los procesan ó transforman a través de un procedimiento predeterminado y le agregan un nuevo valor de uso, para producir un bien o servicio, con el que se satisface la necesidad de un cliente específico.

Una Empresa solo podrá ver realizados los objetivos que previamente se haya propuesto, logrando la plena satisfacción de las necesidades de sus clientes.

La razón de ser de una Empresa puede ser social, económica, cultural, etc. dependiendo de la intención de sus fundadores, lo cual puede surgir de iniciativa pública o privada.

No obstante, podría decirse que todo tipo de Empresa cualquiera que fuese su origen y su Misión cumple con dos finalidades específicas:

La de generar “*BENEFICIO SOCIAL*”, lo cual significa, que toda Empresa participa del desarrollo de las comunidades donde actúan, generando tanto los bienes y servicios que la población necesita, como una fuente de empleo y de consumo de recursos que la misma comunidad provee, por lo que finalmente toda empresa termina realizando una contribución al mejoramiento de las condiciones de bienestar y calidad de vida de las personas.

La de generar “*BENEFICIO ECONÓMICO*”, lo que quiere decir que su finalidad es la de obtener utilidades e ingresos suficientes para su mantenimiento y crecimiento. Todas las Empresas, aun las que buscan objetivos sociales, requieren como mínimo que sus ingresos económicos sean iguales a sus gastos, para poder sobrevivir. Ninguna Empresa podrá crecer y desarrollarse, si no se generan ingresos superiores a sus egresos, es decir, utilidades.

Dentro del modelo de Seguridad Social, el hospital es concebido como un actor social que funciona como un agente económico dentro del sector de la salud, en el marco de una plataforma de económica de libre mercado y modelada por principios Solidarios, que se encuentran bajo la regulación y control del Estado en el marco de las normas del Sistema de Seguridad Social en Salud.

Esto significa, que el hospital debe funcionar con la autonomía política y financiera necesaria para poder prestar los servicios con la calidez y calidad, necesarias para satisfacer las necesidades de salud del usuario y a su vez lograr sobrevivir, crecer y desarrollarse en medio de una competencia dada por otros prestadores dentro de un área social de mercado de servicios de salud.

4.3.3. Sistema Integral de Referencia y Contrarreferencia

El decreto 4747 del 7 de diciembre de 2007, define la Referencia y Contrarreferencia como el conjunto de procesos, procedimientos y actividades

técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago. La referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, de respuesta a las necesidades de salud. La contrarreferencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contrarremisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada.

4.3.4. Accesibilidad a servicios de salud

El análisis del acceso a servicios de salud se hace importante en la medida en que se convierte en un indicador de cumplimiento de las políticas de salud, así mismo, es útil en el análisis institucional y constituye una fuente de información acerca de los problemas que pueden enfrentar las personas para acceder a los servicios de salud; tales problemas están relacionados con la destinación de recursos para los grupos más vulnerables y con las capacidades y debilidades que tiene el sistema para atender las necesidades .⁸

Después de la reforma a la salud; la salud paso a convertirse dentro del estado social de derecho, en un derecho exigible y defendible que en ocasiones ligada a otros de mayor jerarquía. Esta nueva condición trae profundas implicaciones de tipo legal y económica para el estado, quien ahora debe garantizar el acceso a las atenciones en salud a través del diseño de un sistema de salud que

8

Arroyo S. Tovar.LM. *Accesibilidad al régimen contributivo de salud en Colombia: caso de la población rural migrante*. En: http://mimex.puj.edu.co/~jarroyo/dys_salud.pdfSeptiembre de 2009

organizara las instituciones, sean públicas o privadas , los recursos físicos y financieros, dentro de un ordenamiento jurídico que le permitirá a los colombianos acceder a los servicios de salud a través de un sistema de aseguramientos (sistema de seguridad social en salud).

En este marco constitucional se hizo necesaria la transformación del modelo de salud de un Sistema Nacional de Salud hasta un sistema general de seguridad social en salud. Anteriormente desde el ministerio de salud se controlaban los servicios seccionales de salud , que a su vez controlaban los hospitales públicos de tercer nivel (hospitales universitarios) y los de segundo nivel de atención (hospitales regionales) , finalmente se encontraba dentro del sistema los Hospitales locales con servicios de primer nivel , Centro de salud y puesto de salud. Se trataba principalmente de un sistema de predominio público, financiado con recursos fiscales procedente de los ingresos corrientes de la nación, que se transferían a los departamentos.

Posteriormente el Sistema de Seguridad Social en salud (Ley 100 de 1993) , aparece como respuesta a lo contemplado en los articulo 48 y 49 de la constitución política definiendo entonces : la atención en salud y el saneamiento ambiental como servicio público y por lo tanto es deber del estado. La seguridad social surge como servicio público y como mecanismo para garantizar el acceso de salud, finalmente la seguridad social es definida como un derecho irrenunciable.

Los principios rectores del sistema son la eficiencia, la universalidad y la solidaridad. Dentro del sistema se debe garantizar a todas las personas del acceso y la oportunidad a los servicio de promoción, protección y la recuperación de la salud.

Este análisis del acceso a servicios de salud se hace importante en la medida en que se convierte en un indicador de cumplimiento de las políticas de salud. así

mismo, es útil en el análisis institucional y constituye una fuente de información acerca de los problemas que pueden enfrentar las personas para acceder a los servicios de salud. Tales problemas podrían estar relacionados con la destinación de recursos para los grupos más vulnerables y con las capacidades y debilidades que tiene el sistema para atender las necesidades.

Según la OPS la accesibilidad se refiere a la facilidad con que los servicios sanitarios pueden ser obtenidos de forma equitativa por la población, en relación con barreras de toda índole. Si bien la dimensión geográfica, es decir la distancias que separan a la población de los servicios puede ser considerada la principal restricción, en nuestro territorio, el tiempo y la dimensión económica o costo del transporte público también son restricciones muy importante que definen, en muchas ocasiones, el estado de accesibilidad de la población.⁹

Las dimensiones de la accesibilidad al sistema de salud comprende: dimensión política y de acceso potencial. La dimensión política se refiere a las acciones planeadas y dirigidas por el Estado para mejorar el acceso a los servicios de salud, que incluye la organización del sistema de prestación, la asignación de recursos y la definición de criterios de elegibilidad.¹⁰

La dimensión del acceso potencial aborda la interacción entre los agentes que participan en el sistema de salud (oferentes y demandantes). Por el lado de la oferta, se tiene en cuenta la disponibilidad de recursos y la organización del sistema. Mientras que, por el lado de la demanda, se hace alusión a factores como: predisposición, necesidad y habilidad de los agentes para demandar los

9

Ramírez. L. La accesibilidad y el cálculo de la demanda sanitaria a Hospitales Sanitaria a Hospitales Públicos empleado sistema de información geográfica. Primer seminario Argentino de Geografía cuantitativa. Buenos Aires Argentina. 2004. Publicación en CD.

10

Mejía a., Sánchez A., Tamayo J., Determinantes del acceso a servicios de salud en Antioquia. En: http://especiales.universia.net.co/dmdocuments/Tesis_Aurelio.pdf

servicios y acceder al sistema de salud. En este sentido se sugiere que las variables clave para el acceso potencial son: los recursos disponibles de las personas, el seguro de salud, características socio demográficas de la población, el estado de salud, el grado de urbanización, la localización y el portafolio de servicios con que cuenta el proveedor, entre otras variables.

4.3.5. OPORTUNIDAD

La oportunidad en la respuesta a la necesidad de la atención de casos de mayor complejidad que requieren de la intervención de especialistas (oportunidad en la atención especializada), es un indicador que tiene impacto sobre la capacidad resolutive de los casos porque su detección y atención temprana disminuye los riesgos de incapacidad en tiempo, severidad, secuelas y en la congestión y mal uso de servicios de urgencias y/o consulta externa y de menor nivel de complejidad. ¹¹

Dentro de la oportunidad se puede tomar como indicador: El tiempo de respuesta en los prestadores; puede resultar útil para medir la suficiencia institucional para la demanda de servicios que recibe, orientando decisiones de mejoramiento y la evaluación de la relación contractual con las entidades promotoras de salud. La oportunidad en la asignación de citas especializadas es la sumatoria del número de días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para que ser atendido en la consulta médica especializada y la fecha para la cual es asignada la cita dividido a su vez entre el número de consultas médicas especializadas asignadas en la institución. ¹⁶

La oportunidad en la asignación de citas debe ser registrada por los diferentes prestadores ante la superintendencia de salud, con el fin de detectar los

11

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL . Observatorio de la Calidad de la Atención en Salud. Indicador 1446. En: http://201.234.78.38/ocs/public/ind_calidad/indicador.aspx?indicador_id=81

indicadores de alerta temprana , tal es el caso de la atención medica general teniendo como referencia un número máximo de días 5 días y en lo relacionado con la consulta especializada : medicina interna 30 días, ginecología 15 días, pediatría 5 días, cirugía general 20 días , Obstetricia 5 días, estos son los estándares establecidos en la resolución 1446 de 2004 y los lineamientos manejados actualmente en la institución objeto de la presente investigación. ¹²

4.4. MARCO LEGAL

- Constitución Política de Colombia (1991) consagró en los artículos 48 y 49 el derecho a la seguridad social y a la salud.
- LEY 10 de 1990, por la cual se reorganiza el sistema nacional de salud y se dictan otras disposiciones.
- LEY 100 de 1993, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.
- Ley 100 de 1993 numeral c del artículo 180, señala como requisito de la entidades promotoras de salud deben evaluar sistemáticamente la calidad de los servicios que ofrece a sus usuarios.
- Ley 100 de 1993 numeral 6 del artículo 178 determina que las entidades promotoras en salud debe establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud.
- Decreto número 2174 de noviembre 28 de 1996, presenta la organización del sistema obligatorio de garantía de calidad del sistema general de seguridad

12

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL Resolución 1446 de 2006.

social en salud, que enuncia, particularmente en su artículo 9, los componentes que éste debe contener, dentro de los cuales se considera el desarrollo de procesos que permitan conocer el nivel de satisfacción de los usuarios y atender las reclamaciones y sugerencias que se presenten

- Decreto N° 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. Deroga el decreto N° 2309 de 2002.
- 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", el ministerio de la protección social debe ajustar periódicamente y de manera progresiva los estándares que hacen parte de los diversos componentes del SOGCS
- Resolución 1446 de 2006 por la cual se define el sistema de información para la calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud.
- Resolución 1043 del 3 de abril de 2006 "por la cual se establece las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones". Deroga la resolución 1439 de 2002.
- LEY 100 ARTÍCULO 165. Atención Básica. El Ministerio de Salud definirá un plan de atención básica que complemente las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud de esta Ley y las acciones de saneamiento ambiental
- LEY 100 ARTÍCULO 185. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Son funciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y

beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente Ley.

- ARTICULO 194. Naturaleza. La prestación de servicios de salud en forma directa por la Nación o por las entidades territoriales, se hará a través de las Empresas Sociales del Estado, que constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la Ley o por las asambleas o concejos, según el caso, sometidas al régimen jurídico previsto en este capítulo.
- El Decreto 4747 de Diciembre 7 de 2007, por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones. En el Capítulo I, Artículo 3º se define el Sistema de Referencia y Contrarreferencia como el conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago. Esta misma norma en los párrafos 1º y 2º hace referencia a la organización de la red y la difusión de la misma.
- Parágrafo 1º. En el diseño, y organización de la red de prestación de servicios, incluyendo los servicios administrativos de contacto con el paciente, las entidades responsables del pago de los servicios de salud garantizarán los servicios de baja complejidad de manera permanente en el municipio de residencia de los afiliados, salvo cuando a juicio de estos sea más favorable recibirlos en un municipio diferente con mejor accesibilidad geográfica.

- **Parágrafo 2°.** Las entidades responsables del pago de los servicios de salud deberán difundir entre sus usuarios la conformación de su red de prestación de servicios, para lo cual deberán publicar anualmente en un periódico de amplia circulación en su área de influencia el listado vigente de prestadores de servicios de salud que la conforman, organizado por tipo de servicios contratado y nivel de complejidad. Adicionalmente se deberá publicar de manera permanente en la página web de la entidad dicho listado actualizado, o entregarlo a la población a su cargo como mínimo una vez al año con una guía con los mecanismos para acceder a los servicios básicos electivos y de urgencias. En aquellos municipios en donde no circule de manera periódica y permanente un medio de comunicación escrito, esta información se colocará en un lugar visible en las instalaciones de la alcaldía, de la entidad responsable del pago y de los principales prestadores de servicios de salud ubicados en el municipio.
- El Artículo 17 del Decreto 4747/07, define; el diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia y la operación del sistema de referencia y contrarreferencia es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud, quienes deberán disponer de una red de prestadores de servicios de salud que garanticen la disponibilidad y suficiencia de los servicios en todos los niveles de complejidad a su cargo, así como la disponibilidad de la red de transporte y comunicaciones. **Parágrafo.** Las entidades responsables del pago de servicios de salud podrán apoyarse para la operación del proceso de referencia y contrarreferencia a su cargo, en los **CENTROS REGULADORES DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS**, para lo cual deberán suscribir contratos o convenios según sea el caso.

4.5. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Rodríguez y Roldan (2008) “BARRERAS O DIFICULTADES QUE ENFRENTA LA POBLACIÓN DEL CARIBE COLOMBIANO PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS DE SALUD CURATIVOS Y PREVENTIVOS” . Para esto, utilizan los datos de la Encuesta de Calidad de Vida 2003 (ECV) y estiman modelos de elección discreta. En el trabajo en mención, las barreras al acceso potencial originadas en el sistema de prestación de servicios, se refieren a la influencia que la organización de dicho sistema ejerce sobre las posibilidades para facilitar el acceso, de modo que se tienen en cuenta los problemas que puedan presentarse para la entrada de los usuarios al sistema.

Atencio Cardona Esmeralda, Rodríguez Fernández Sandra, Pérez Arnedo EDWIN. (2009). (Realizaron una Tesis de grado, para otorgar como especialista de gestión de la calidad y auditoria en salud, de la Universidad de Cartagena) , titulada: “*EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIA EN LA CLÍNICA CRECER EN EL MES DE SEPTIEMBRE DEL AÑO 2009*”

4.6 GLOSARIO DE TERMINOS

ESTRUCTURA: Es un conjunto de elementos mutuamente relacionados o que interactúan para establecer los objetivos y políticas de la calidad de la organización y dirigir y controlar esta, garantizando la consecución de los objetivos formulados.

PROCESOS: un proceso es el conjunto de actividades interrelacionadas que se caracterizan por requerir ciertos insumos y tareas particulares que implican valor añadido, con miras a obtener ciertos resultados

PROCEDIMIENTOS: es el conjunto de reglas e instrucciones que determinan la manera de proceder o de obrar para conseguir un resultado. No es lo mismo que procedimiento. Un proceso define que es lo que se hace y un procedimiento, como hacerlo.

MEDICION DE RESULTADOS: consiste en medir la ejecución y los resultados, mediante la aplicación de unidades de medida, que deben ser definidas de acuerdo con los estándares.

SERVICIOS DE SALUD: Conjunto de servicios prestados a pacientes y usuarios que demandan observación y/o diagnóstico médico.

INDICADORES DE SALUD: Los indicadores de salud son medidas que cuantifican y permiten evaluar dimensiones del estado de salud de la población. Representan medidas de resumen que capturan información relevante sobre distintos atributos y dimensiones del estado de salud y del desempeño del sistema de salud.¹³

13

VALENZUELA M. HEALTH INDICATORS: VALENZUELA MT. *Indicadores de salud: características, uso y ejemplos.* En: CIENC TRAB. Revista de la asociación Chilena de Seguridad ACHS. Vol. 7 , Núm. 17 (Abril – Junio 2005); pp 118-122. ISSN 0718-249

CALIDAD: Es un principio para darle a la comunidad lo que por derecho espera. Se basa en el principio de que la calidad es la solución a un problema, lo que hace que mejore el desempeño de un sistema de personas y maquinas, y al mejorarla se disminuyen los desperdicios, los costos y se incrementa la productividad, llegando a un producto final de calidad con gran competitividad. La calidad comienza en el señalamiento de métodos y/o objetivos.

CAPACIDAD INSTALADA: Es la cantidad máxima de servicios que pueden obtenerse por unidad de tiempo, bajo condiciones tecnológicas dadas.

OPORTUNIDAD: Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

DISPONIBILIDAD: Define los recursos existentes en función de las necesidades de la población a cubrir. A modo de ejemplo: recurso humano por 10.000 habitantes, número de centros de salud por población de referencia

PRODUCTIVIDAD: Es el número de servicios o actividades realizadas por unidad de recurso humano disponible por unidad de tiempo.

UTILIZACION: Es la relación entre el recurso utilizado y el recurso disponible para llevar a cabo una actividad o por un servicio por unidad de tiempo. Se mide en base a cuatro variables: integridad, contenidos, destrezas, oportunidad.

EFICIENCIA: Se refiere a la utilidad de un programa teniendo en cuenta aspectos de costo-efectividad.

EFICACIA: Se refiere al logro de los objetivos de un programa sobre la población objetivo. Se expresa en términos del resultado deseable. Si el programa logra los objetivos, va a generar beneficios.

EFFECTIVIDAD: Es el impacto de un programa aplicado en condiciones, habituales de la práctica diaria.

4.7. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSIONES	INDICADOR
<p>ESTRUCTURA</p>	<p>Es un conjunto de elementos necesarios para el logro de la misión asistencial, teniendo en cuenta la parte logística mínima y necesaria para el logro del objetivo fundamental</p>	<p>ELEMENTOS:</p>	<p>Indicadores Resolución 1043</p>
		<p>1. FÍSICOS</p>	

		2.RECURSO HUMANO	
		3. TECNOLOGICO	

<p>PROCESO</p>	<p>Conjunto de normas, protocolos y otros, que se dispone para transformar los insumos en productos del objeto</p>	<p>Proceso de Atención Médica Especializada</p>	<p>Identificación del Mapa de Procesos</p>
<p>RESULTADOS</p>	<p>Consiste en medir la ejecución y los resultados, mediante la aplicación de unidades de medida, que deben ser definidas de acuerdo con los estándar</p>	<p>Oportunidad</p>	<p>Indicador de oportunidad Indicador de accesibilidad</p>

5. DISEÑO METODOLOGICO

5.1 TIPO DE ESTUDIO

Este es un estudio de tipo descriptivo, investigativo, aplicado y transversal.

- Descriptivo, porque con él se pretende relatar la situación de oportunidad y variables entorno a prestación de estudios diagnósticos con la red externa contratada en el Hospital Universitario del Caribe, para la población hospitalizada en el 4° piso del Hospital Universitario del Caribe.
- Investigativo, por que incorpora elementos de la metodología de la investigación científica
- Aplicado, porque permite la utilización e implementación del conocimiento de la situación de la prestación de un servicio y sus variables para la propuesta del mejoramiento en la misma en la institución.
- Es un estudio transversal porque el periodo en que se realiza apunta a un momento y tiempo definido (durante el año 2011)

5.2. POBLACION Y MUESTRA

La muestra es la totalidad de los estudios solicitados a los pacientes hospitalizados en el 4º piso del Hospital Universitario del Caribe que en el último trimestre del año 2011 fue de 945 pacientes, la variable del estudio que representa el objeto del mismo es el número de estudios solicitados hacia la red externa, el cual fue de 285.

En la determinación de la muestra se aplica para los diferentes estudios investigativos la fórmula enunciada a continuación, sin embargo en esta investigación se tomarán todos los procedimientos que se realizan fuera de la institución, motivo de los objetivos de la misma, por ello no se tiene en cuenta la variable muestra dentro de este estudio.

La fórmula para establecer la muestra es la siguiente:

$$n_0 = \frac{z_{\alpha/2}^2 PQ}{e^2}$$

n_0 Muestra Preliminar: 228 Pacientes

$z^2_{\alpha/2}$ Nivel de Confianza: 95%

PQ Varianza (medida de dispersión de datos): 0.5

e^2 : Error máximo admisible: 6.5%

Criterios de inclusión

1. Pacientes hospitalizados en el cuarto piso del hospital Universitario del Caribe en el cuarto trimestre del año 2011.
2. Ordenes de procedimiento a pacientes hospitalizados en el lugar y fecha anteriormente mencionada

Criterios de exclusión

1. Paciente no hospitalizados en el lugar y en la fecha definida anteriormente
2. Ordenes de servicio para procedimientos no bien definidos o sin el lleno de requisitos establecidos, como la firma del médico que los requiere
3. Mal diligenciamiento administrativo de las órdenes de procedimiento solicitadas a los pacientes hospitalizados en el lugar y fechas del presente estudio.

5.3. TECNICAS DE RECOLECCION

La estructura organizacional que comprende elementos físicos, ambientales, equipo y recurso humano, fueron evaluadas a través del anexo técnico N°1 de la Resolución 1043 de 2006, el cual fue aplicado al área de hospitalización del cuarto piso del hospital Universitario del Caribe, de tal forma que la información se obtiene a través de la inspección y de fuentes primarias.

Los Procesos se verifican mediante la revisión documental del Mapa de Proceso de la institución y de los manuales de procedimientos en el área de hospitalización, de igual forma de los manuales de procedimientos de tipo administrativos para la solicitud de aquellos que no se realizan en la institución.

Los tiempos y variables para la medición de la oportunidad y tipos de procedimientos, como las demás variables objeto de este estudio se presentaran en cuadros y análisis de los mismos.

5.4. ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

Los datos se analizaron a través de tablas de resultados mediante la presentación numérica con análisis de estadística básica para variables numéricas, tabulación simple y tabulación cruzada. Las gráficas se realizaron de igual forma a través de las presentaciones simples con su correspondiente análisis porcentual y/o manifestaciones numéricas.

6. ESTRUCTURA OPERATIVA DEL PROYECTO

6.1 CRONOGRAMA

MESES DEL 2011/2012	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO
DESCRIPCION							
Selección del tema							
Formulación del problema							
Diseño de la propuesta							
Revisión bibliográfica							
Formulación de objetivos							
Justificación del proyecto							
Metodología a utilizar							
Asesoría de trabajo							
Diseño de proyecto							
Entrega de proyecto							
Aprobación de proyecto							
Procesamiento de datos							
Conclusiones del trabajo							
Recomendaciones							
Entrega							
Evaluación y aprobación							

6.2 PRESUPUESTO

ITEM	CANTIDAD	Vr UNITARIO	Vr TOTAL
CARTUCHO IMPRESION	Dos	45.000	90.000.00
USB	1	50.000	50.000.00
INTERNET	60 HORAS	1.000	60.000.00
PAPELERIA	3 RESMAS CARTA	8.000	24.000.00
LAPICES	5 unidades	500	2.500.00
FOLDERS	5	1000	5.000.00
FOTOCOPIAS	200	100	20.000.00
TRANSPORTE	20	5.000	100.000.00
IMPRESIÓN DEL TRABAJO	200	800	160.000.00
ENCUADERNACION	1	30.000	30.000.00
SUBTOTAL			\$ 561.500.00

7. RESULTADOS

7.1 DE LA ESTRUCTURA

La evaluación de la estructura del servicio de hospitalización del cuarto piso del HUC y los elementos propios que intervienen para llevar a cabo este proceso (Físico, ambientales, equipos y recurso humano) se lleva a cabo mediante la aplicación de la resolución 1043 de 2006 “RESOLUCION 001043 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”.

7.1.2 RECURSOS FISICOS (ESPACIO, EQUIPOS, AMBIENTE Y TALENTO HUMANO.

7.1.2.1 ESPACIO. RESOLUCION 1043 de 2006: Anexo técnico N° 1

ESTANDAR	CRITERIO	PONDERACION PORCENTUAL
INFRAESTRUCTURA - INSTALACIONES FISICAS - MANTENIMIENTO	Los servicios hospitalarios y quirúrgicos solo se podrán prestar en edificaciones exclusivas para la prestación de servicios de salud correspondientes a una sola IPS, salvo los servicios quirúrgicos exclusivamente ambulatorios, en donde se realicen procedimientos no cruentos o que no impliquen solución de continuidad de la piel	6.25 %
	La institución garantiza los servicios de suministro de agua, energía eléctrica, sistemas de comunicaciones según disponibilidad tecnológica, como también de manejo y evacuación de Residuos sólidos y de residuos líquidos. La infraestructura para el manejo y evacuación de residuos sólidos y residuos líquidos deberá garantizarse por edificación, independiente de que sea compartida por varios servicios Profesionales.	6.25%
	Las instalaciones interiores para suministro de agua están diseñadas y construidas de tal manera que haya normal funcionamiento	6.25 %

ESTANDAR	CRITERIO	PONDERACION PORCENTUAL
	<p>En los quirófanos, salas de parto, áreas de terapia respiratoria y esterilización, los pisos son impermeables, sólidos, de fácil limpieza uniformes y con nivelación adecuada para facilitar el drenaje.</p> <p>Los cielos rasos, techos, paredes y muros son impermeables, sólidos, de fácil limpieza y resistentes a factores ambientales, cada uno de estos servicios debe estar separado con barreras físicas.</p> <p>En casos de imposibilidad de sustitución o reemplazo de los techos de las áreas donde se realicen procedimientos, podrán ser sometidos a proceso de recubrimiento o enchape, con materiales impermeables, sólidos, de superficie lisa resistente a factores ambientales</p>	6.25%
	<p>En las áreas de laboratorio clínico, toma de muestras, salas de necropsias, servicios de transfusión, servicio de urgencias, servicio de odontología y en las demás donde se realicen procedimientos en los que se requiera un proceso de limpieza y asepsia más profundo, los pisos son impermeables, sólidos, de fácil limpieza, uniformes y con nivelación adecuada para facilitar el drenaje. Las paredes y muros son Impermeables, sólidos y resistentes a factores ambientales</p>	6.25%
	<p>Si la institución presta servicios quirúrgicos, obstétricos, de laboratorio clínico de mediana y alta complejidad, urgencias, transfusión sanguínea, diálisis renal, radioterapia, servicios hospitalarios cuenta con fuente de energía de emergencia</p>	6.25%
	<p>La institución no debe estar localizada en lugares con un riesgo continuo e inminente de desastres naturales, o con áreas adyacentes con riesgos de salubridad graves e incorregibles que impiden mantener las condiciones internas de la institución y acordes con los manuales de Bioseguridad y las definidas por el comité de infecciones. En el manual de Bioseguridad se debe especificar las normas para el manejo de desechos sólidos y líquidos. Sin ser de obligatorio cumplimiento para efectos del proceso de habilitación, como parámetros de referencia podrá tenerse en cuenta lo previsto en el Decreto 2676 de 2000 del Ministerio del Medio Ambiente y el Ministerio de Salud o la reglamentaciones que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.</p>	6.25%
	<p>La Institución debe garantizar mecanismos de aseo, tales como pocetas y garantizar el uso de lavamanos diferentes a los de los pacientes para lavar instrumentos y</p>	6.25%

ESTANDAR	CRITERIO	PONDERACION PORCENTUAL
	utensilios. Las pocetas para el lavado de material, estarán fuera de las áreas de hospitalización.	
	Tabla detalle por servicios identifica las condiciones mínimas de tamaños, materiales, ventilación, iluminación, distribución, mantenimiento, exigidas para los servicios específicos.	6.25%
	Procedimientos derivados de una consulta médica especializada, deberán ser realizados en una zona específica para tal fin, dentro o fuera del consultorio.	5.0 % .
	Un área específica que funciona como depósito para almacenamiento de residuos hospitalarios peligrosos fitosanitarios, anatomopatológicos y corto punzantes, cuenta con acceso restringido con la debida señalización, cubierto para protección de aguas lluvias, Iluminación y ventilación adecuadas, paredes lisas de fácil limpieza y lavables, con ligera pendiente al interior. Adicionalmente cuenta con elementos que impidan el acceso de vectores y roedores.	5,0 %
	Cuenta con tanques de Almacenamiento de agua, que garantiza como mínimo, 24 horas de servicio; y su construcción permite que durante la operación de limpieza y desinfección no se interrumpa el suministro de agua. Tiene un área para el uso técnico de los elementos de aseo. Los baños cuentan con los accesorios necesarios, para lavado y desinfección de patos o disponen de un ambiente específico para este proceso, el cual debe contar con unidad sanitaria exclusiva para este fin.	6.25%
	Condiciones de áreas comunes: Si se tienen escaleras o rampas, éstas son de material antideslizante en todo su recorrido, con pasamanos de preferencia a ambos lados, que se prolongan antes del inicio y al final, y con protecciones si existen espacios libres. Si el servicio funciona en un segundo piso deberá contar con rampa o ascensor.	6.25%
	Si funcionan en edificaciones de hasta tres (3) pisos existen ascensores o rampas, en edificaciones de cuatro (4) pisos o más, que se empezarán a contar a partir del nivel más bajo, construido existen ascensores con puertas con ancho mínimo para que quepa y gire una camilla. Para la movilización de usuarios de pie o en silla de ruedas, o camilla, la cabina deberá tener las dimensiones interiores mínimas y un espacio libre delante de la puerta de la	1,50 %

ESTANDAR	CRITERIO	PONDERACION PORCENTUAL
	cabina. En los accesos, áreas de los cruces de elementos sucios y limpios. Si las áreas de circulación son compartidas, se utilizan los accesorios para garantizar su empaque y transporte, debidamente Tapados: Compreseros, basuras, carros de comida, etc.	
	Condiciones del área de hospitalización: El puesto de enfermería garantiza la monitorización de pacientes o cuenta con sistemas de llamado en cada habitación y el rápido acceso a los cuartos de hospitalización. La estación de enfermería para el servicio de hospitalización, debe quedar localizada de tal forma, que permita visualizar las circulaciones de las habitaciones de hospitalización. Debe contar con baño, área de trabajo sucio, área de aseo para el servicio. Las puertas de acceso a los cuartos permiten un fácil paso y giro de camillas y sillas de ruedas. El ambiente de los baños permite el fácil desplazamiento del paciente, las puertas de los baños tienen un ancho que permite el fácil acceso de pacientes en sillas de ruedas y cuentan con un sistema que les permite ser abiertas rápidamente. Las áreas de circulación tienen protecciones laterales, en forma de baranda, hacia espacios libres.	5.0%
TOTAL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE INFRAESTRUCTURA - INSTALACIONES FISICAS – MANTENIMIENTO		85.30 %

ANÁLISIS:

El resultado de la evaluación de la estructura física comprende, la valoración de cada una de las variables ponderadas uniformemente con valores estandarizados, dándole a cada una valores iguales sobre el total de las mismas.

Las condiciones que deben tener las instituciones prestadores de servicios de salud están definidas en la resolución 1043 de 2006 y las contempladas como

DE CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA : Son los estándares básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los prestadores de servicios de salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios, en el marco de la prestación del servicio de salud que se adoptan en la presente resolución.

Comprenden: Recurso Humano, Infraestructura - Instalaciones Físicas-Mantenimiento; Dotación-mantenimiento; Medicamentos y Dispositivos médicos para uso humano y su Gestión; Procesos Prioritarios Asistenciales; Historia Clínica y Registros Asistenciales; Interdependencia de Servicios; Referencia de Pacientes y Seguimiento a Riesgos en la prestación de servicios de salud. Los profesionales independientes solamente estarán obligados al cumplimiento de las condiciones de capacidad tecnológica y científica en lo que les sea aplicable.

Los estándares para el cumplimiento de las condiciones tecnológicas y científicas son los incluidos en el Anexo Técnico No. 1 “Manual Único de Estándares y de Verificación”, el cual hace parte integral de la presente Resolución.

Específicamente el resultado de la evaluación de la estructura física en forma global fue de 85.30 %, teniendo como referencia variables con debilidades, la que falta de sala de procedimientos específico para en la atención de los pacientes por parte de los especialistas, en segundo lugar se encuentran debilidades en el manejo de residuos tóxicos y no tóxicos de áreas hospitalarias.

Otras de las debilidades encontradas en la parte de estructura física son las adecuaciones para los pacientes discapacitados y el acceso a unidades donde se encuentran desniveles locativos y en las puertas donde se dividen los diferentes accesos a varias dependencias.

7.1.2.2 EQUIPOS Y AMBIENTES. RESOLUCION 1043 de 2006: Anexo técnico

Nº 1

CRITERIO	CUENTA/ NO CUENTA	DESCRIPCION	PONDERACION
Servicios de suministro de : Agua energía eléctrica, sistemas de comunicaciones según disponibilidad tecnológica, manejo y evacuación de residuos sólidos y de residuos líquidos.	CUENTA	<p>El Hospital recibe el suministro de agua de la red local y se almacena en un tanque de 600 toneladas, lo cual le da una capacidad de consumo durante 15 días en caso de falta del líquido en la ciudad.</p> <p>En cuanto a la energía esta se recibe de la red local de Electricaribe.</p> <p>Actualmente el Hospital cuenta con (7) teléfonos directos de las dependencias administrativas, un PBX de 32 líneas para las comunicaciones de la comunidad para tener acceso a los servicios del Hospital. Con 240 extensiones telefónicas para atender al servicio interno.</p> <p>Actualmente el Hospital cuenta con cuatro pisos habilitados los cuales tienen cada uno un depósito temporal de basuras los cuales diariamente se evacuan a un deposito final de residuos. Estos a su vez son transportados y manejados por las empresas: DESA . S.A que se encarga de los residuos peligrosos y URBASER que esta encargada de los residuos no peligrosos. Para el manejo interno se tiene el Manual del PGIRH.</p>	12.5 %
Las instalaciones interiores para suministro de agua están diseñadas y construidas de tal manera que haya normal funcionamiento.	CUENTA	En la azotea del 10 Piso se encuentran dos tanque de 24 m3, alimentados por bombas desde el tanque principal. Estos a su vez suministran a todo el Hospital por gravedad, con sus válvulas de corte y controles generales.	12.5%
No existe riesgo continuo e inminente de desastres naturales en áreas adyacentes con riesgos de salubridad graves e incorregibles que impiden mantener las condiciones internas de la institución y acordes con los manuales de Bioseguridad y las definidas por el comité de infecciones.	CUENTA	El Hospital está construido en una zona plana con una leve pendiente en uno de sus lados. Colinda con el mirador de Zaragocilla.	12.5%
Existe área de depósito para almacenamiento de residuos hospitalarios peligrosos biosanitarios, anatomopatológicos y cortópunzantes, Cuenta con acceso restringido con la debida señalización, cubierto para protección de aguas lluvias, iluminación y ventilación adecuadas, paredes lisas de fácil limpieza y lavables, con ligera pendiente al interior. Cuenta con elementos que impidan el acceso de vectores y roedores.	CUENTA	Si existe y cuenta con los requerimientos descritos.	12.5%

Se utilizan los equipos que cuenten con las condiciones técnicas de calidad y soporte técnico - científico.	CUENTA	Se utilizan los equipos propios que exige la Resolución No. 1043 del 3 de Abril de 2006	12.5%
Se realiza mantenimiento a los equipos biomédicos eléctricos o mecánicos, con sujeción a un programa de revisiones periódicas de carácter preventivo y calibración de equipos, cumpliendo con los requisitos e indicaciones dadas por los fabricantes y con los controles de calidad, de uso corriente en los equipos que aplique.	CUENTA	Se realiza mantenimiento preventivo de los equipos de acuerdo a un Plan de mantenimiento y cronograma anual. Actualmente se realiza cada tres meses.	12.5%
Los equipos cuentan con hojas de vida, las cuales están centralizadas y deben tener copias en cada sede, de acuerdo con los equipos que tengan allí.	CUENTA	Los equipos cuentan con sus hojas de vida donde reposan los reportes de servicios efectuados. Se tiene copia de este en el servicio y otra reposa en la Oficina de recursos Físicos Mantenimiento.	12.5%
Los contenidos del equipo de reanimación serán definidos obligatoriamente por cada prestador de servicios de salud, teniendo en cuenta las características y las condiciones de los servicios . No se exige por servicio, pero debe existir al menos uno por cada piso de la institución.	CUENTA	Cada Asistencial cuenta con equipos de reanimación estipulados en la Resolución No. 1043 del 3 de Abril de 2006.	12.5%
PONDERACIÓN TOTAL			100%

ANÁLISIS:

Los equipos técnicos necesarios para la prestación de servicios en el HUC, cuarto piso de hospitalización, se encuentran en buenas condiciones generales, propias para ser utilizadas en cada uno de los pacientes que se encuentren en cada una de las camas del cuarto piso, motivo de esta investigación.

El mantenimiento de cada uno de los equipos utilizados y necesarios para la prestación de servicios de hospitalización es en forma continuo y se lleva en esta institución manuales de historiales de cada equipo, sobre todo aquellos que requieren de control de calidad, como equipos biomédicos y/o electrónicos

El ambiente propio y del entorno se encuentra con aseguramiento de agua, luz, servicios generales, comunicaciones; los procedimientos para el manejo de residuos se encuentran protocolizados y con contratos establecidos para empresas dedicadas al manejo de desechos tóxicos hospitalarios

7.1.2.3 TALENTO HUMANO. RESOLUCION 1043 DE 2006: Anexo técnico N° 1

CRITERIO		CUENTA / NO CUENTA	DESCRIPCION	PONDERACION
TITULO CERTIFICADO	Los especialistas, profesionales, tecnólogos, técnicos y auxiliares, cuentan con el título o certificado expedido por una institución educativa debidamente reconocida por el Estado.	Cuenta	Se puede observar la relación del recurso humano actual en los anexos.	20%
CERTIFICACIONES	Los profesionales de salud cumplen con los requisitos legales de formación y entrenamiento en las profesiones, especialidades formalmente reconocidas por el Estado, en el ámbito de los servicios ofrecidos.	Cuenta	Los profesionales de salud tienen en sus hojas de vida los certificados que acreditan sus estudios	15%
PERSONAL DE ENTRENAMIENTO	Se cuenta con procedimientos para la supervisión de personal en entrenamiento, por parte de recurso humano debidamente autorizado para prestar servicios de salud.	Cuenta	El personal de entrenamiento que se encuentra en la institución se encuentra supervisado por docentes de la Universidad de Cartagena	20%
CONVENIOS DOCENTE ASISTENCIALES	Para efecto de los proceso de supervisión de personal en entrenamiento ejecutados dentro del marco de convenios docente – asistenciales, debe existir un vínculo formal entre el supervisor y la entidad prestadora de servicios de salud.	Cuenta	Los convenios docente servicios se encuentran centralizados en la subgerencia de investigación	20%
HOJAS DE VIDA CENTRALIZADAS	Las hojas de vida del recurso humano contratado, deben estar centralizadas en la oficina de personal de la IPS o en lugares especializados de archivo que garanticen su custodia.	Cuenta	La hojas de vida de los especialistas se encuentran centralizadas en la oficina de recursos humanos y las hojas de vida de la enfermeras y auxiliares de enfermería se encuentran centralizadas en la oficina de Gente a Su Servicio Cooperativa	20%
PONDERACION TOTAL				95%

ANÁLISIS:

El Talento Humano representa para la prestación de servicios de salud, fundamento esencial y constituye elemento indispensable para el cumplimiento de la misión de los hospitales, tales como los médicos, enfermeras y paramédicos, en el presente análisis se encuentran algunas deficiencias sobretodo en la presentación de certificaciones tales como capacitaciones en AIEPI y otros cursos para complementación de estudios de Pregrado.

7.2. RESULTADO DE LOS PROCESOS.

7.2.1. MAPA DE PROCESOS Y MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

El Mapa de Procesos y el Manual de Procedimientos, se define como: El conjunto de actividades secuenciales requeridas que permite orientar estratégicamente y consolidar el Sistema de Gestión de Calidad, que se identifiquen y prioricen aquellos procesos estratégicos de la entidad que resulten determinantes de la calidad de la función que les ha sido asignada y que se documenten y describan de forma clara, completa y operativa.

En el área de hospitalización del cuarto piso se hace una revisión documental sobre los procedimientos que son pertinentes a ella, destacando que en esta se encuentran los manuales que contienen:

1. Procedimiento de Atención general con el objetivo de brindar atención integral con calidad
2. Procedimiento de Ingreso del paciente a consulta externa con el objetivo de admitir o ingresar al paciente en el servicio de consulta externa y servicios de enfermería.
3. Procedimiento de Consulta médica con el objetivo de brindar atención médica integral especialidad con calidad
4. Procedimiento de Asignación de citas médicas especializadas con el objetivo asignar citas médicas para la consulta para la diferentes especialidades
5. Procedimiento de Solicitud de cupos quirúrgico
6. Procedimiento de obtención y diligenciamiento del consentimiento informado.

Para la presente evaluación se establecen dos estructuras: La primera tiene que ver con el Mapa de procesos de Hospitalización y en segundo lugar los procedimientos inherentes al manejo de los trámites administrativos para los estudios diagnósticos y/o terapéuticos con prestadores externos de los pacientes hospitalizados.

7.2.1.1 PROCESO: GESTION DE HOSPITALIZACION

PROCEDIMIENTO	OBJETO	ESTANDAR DE CALIDAD	INDICADORES	PUNTOS DE CONTROL
ATENCION GENERAL ESPECIALIZADA	Brindar atención integral con calidad	Atención integral con calidad al 95% de pacientes que solicitan servicios de hospitalización	1.- % de pacientes atendidos en el periodo por área (Admisiones, facturación, asignación de citas, trabajo social, consulta especializada, laboratorio clínico, consulta especializada, solicitud programación cirugías electivas, hospitalizados). 2. % cumplimiento programación consulta especializada. 3. Oportunidad de la atención médica. 4. Oportunidad en la asignación de citas medicas. 5. % de satisfacción de los pacientes atendidos	1. Verificación que el paciente tenga todos los documentos para acceder al servicio. 2. Registro de los servicios prestados y validación de los soportes para RIPS y Facturación del proveedor. 3. Constatar el archivo y custodia de historia clínica. 4 .Oportunidad en la atención. 5. Satisfacción del cliente.
CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA	Brindar atención médica integral especializada con calidad	95% de solicitudes de consultas especializadas atendidas adecuadamente.	1.- % de consultas programadas por especialidad. 2. % cumplimiento de programación de consultas. 3. % de inasistencia de pacientes a la consulta. 4. Oportunidad en la atención medica especializada.	Verificación que el paciente tenga todos los documentos para acceder al servicio . Registro de los servicios prestados y validación de los soportes para RIPS y Facturación del proveedor. Constatar el archivo y custodia de historia clínica
PROCEDIMIENTO	OBJETO	ESTANDAR DE CALIDAD	INDICADORES	PUNTOS DE CONTROL

<p>INGRESO DEL PACIENTE</p>	<p>Admitir o ingresar al paciente en el servicio de hospitalización generando satisfacción del paciente</p>	<p>95% de pacientes ingresados adecuadamente al servicio de hospitalización</p>	<p>1.- % de pacientes que solicitan servicios en hospitalización en el periodo. 2.- % pacientes ingresados al servicio. 95% de satisfacción del paciente con el ingreso.</p>	<p>1. Verificación que el paciente tenga todos los documentos para acceder al servicio .2. Registro de los servicios solicitados y validación del derecho para acceder al servicio.3. Constatar admisión y orientación del paciente en el servicio.</p>
---------------------------------	---	---	--	---

7.2.1.2 PROCESO: GESTION DE ADMISIONES Y AUTORIZACIONES

PROCEDIMIENTO	OBJETO	ESTANDAR DE CALIDAD	INDICADORES	PUNTOS DE CONTROL
ASIGNACION DE CAMAS	Garantizar la ocupación de camas instaladas en un 100%	Asignación de cama al 100% de los solicitantes en un máximo de 2 días	% de camas asignadas $\frac{\text{N}^\circ \text{ de camas asignadas}}{\text{Total Solicitudes de camas}} \times 100$	1. Censo diario de pacientes, 2. Disponibilidad de camas, 3. Formato de cambio de unidad ¹
GESTIÓN DE AUTORIZACIONES DE SERVICIOS POSTERIORES A LA ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS	Garantizar a todos los pacientes que durante su proceso asistencial, se tramita de manera oportuna la solicitud de servicios adicionales u orden del servicios solicitado.	100% de las Solicitudes de Servicios Adicionales tramitadas Oportunamente	% de Solicitudes Tramitadas Oportunamente $\frac{\text{N}^\circ \text{ Solicitudes Tramitadas Oportunamente}}{\text{Total Solicitudes Notificadas a Admisiones}} \times 100$	1. Elaboración y envío del anexo técnico 3. 2. Recepción del anexo técnico 4

7.2.1.3 PROCESO PARA TRÁMITES ADMINISTRATIVOS DE ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS CON PRESTADORES EXTERNOS

PROCEDIMIENTO	SOLICITUD	SECUENCIA	VERIFICACION
Recepcionar Documentos del Paciente y Orden Medica de Solicitud de procedimiento posterior a la Atención inicial de Urgencias.	Orden medica	En historia clínica se realiza solicitud de procedimiento	Historia clínica
Enviar a la EPS o entidad responsable de pago con sus respectivos soportes Anotar en bitácora y hacer seguimiento a la solicitud.	Anexo técnico nº 3 , con solicitud de estudio.	Vía e-mail, fax o mensajería. Anotar	Formato con firma y sello de recibido por la ERP. Colilla del envío por fax
Recibir la Autorización o Negación de Servicios Solicitados, escanear y Anotar en bitácora	Anexo técnico nº 4.	Vía e-mail, fax o mensajería	Autorización de servicio
Entregar la Autorización del Servicio a la Enfermera Jefe Responsable de turno para coordinar la realización del estudio o procedimiento y Anotar en Bitácora	Autorización de la ERP y orden médica	Se entrega autorización a Enfermera de turno	Orden de servicio de la EPS
Cita para procedimiento	Orden de Servicio	Vía Telefónica / Internet	Historia clínica
Traslado de paciente para procedimiento	Orden de Servicio	Ambulancia institucional o de la RED de la ERP.	Formato de servicio de ambulancia autorizado
Realización de Procedimiento	IPS	Historia Clínica	Historia clínica
Entrega de resultados	IPS	Seguimiento continuo de procedimiento	Historia clínica

El proceso para la realización de los trámites administrativos de los estudios diagnósticos con prestadores externos de los pacientes hospitalizados en el cuarto piso del Hospital Universitarios del Caribe, se encuentran normalizados o protocolizados en manuales específicos, en donde interactúan la IPS con la EPS y los prestadores externos para lograr la realización oportuna del estudio .

**7.2.1.4 PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES
GUIAS DE ATENCION, PROCEDIMIENTO Y MANEJO DE RESIDUOS
HOSPITALARIOS**

CRITERIO	DESCRIPCION	CUENTA/ NO CUENTA	DESCRIPCION	PONDERACION
GUIAS DE ATENCION Y PROTOCOLOS DE ENFERMERIA	Cuenta con los procedimientos o guías clínicas de atención y los protocolos de enfermería, de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio.	CUENTA	Los procedimientos y guías clínicas de atención y protocolos de enfermería no están recopilados específicamente para el servicio de consulta externa. El Hospital universitario del Caribe viene realizando las diferentes guías de manejo contando con: Guías de Manejo de Adulto servicio de Urgencias, guías de cuidados de enfermería del paciente hospitalizado.	25%
PERSONAL ENCARGADO DE SU APLICACIÓN TIENE EL CONOCIMIENTO NECESARIO DE LOS PROCESOS	Los procesos, procedimientos, guías y protocolos son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento	CUENTA	Los procesos, procedimientos, son conocidos por las auxiliares encargadas de la atención del paciente desde su ingreso para la atención médica especializada	25%
LAS GUIAS DE ATENCION COMPRENDE LAS 10 PRIMERAS CAUSAS REPORTADAS	La institución cuenta con guías clínicas de atención de medicina basada en evidencia, para las patologías que constituyen las primeras 10 causas de consulta oficialmente reportadas en el consulta externa.	CUENTA	Las principales causas de atención medica están registradas por especialidades pero no existen guías de manejo establecidas	15%
MANEJO INTERNO DE DESECHOS*	Los servicios deben tener procesos documentados para el manejo interno de desechos.	CUENTA	El hospital cuenta un comité para el manejo de residuos hospitalarios conformado y funcionando con base en los principios legales vigentes, los residuos se clasifican en no peligrosos que comprende los residuos biodegradables, reciclables, ordinarios e inertes y en residuos peligrosos que a su vez se clasifican en riesgo biológico, peligroso y radiactivo. De esta forma se clasifican los residuos procedentes de los diferentes servicios del hospital, incluyendo consulta externa, la bolsa de residuo se rotula clasificándolo y pesándolo para pasar al depósito temporal en cada piso y al depósito general posteriormente.	25%
PONDERACION TOTAL				90%

***Descripción de los procesos de residuos hospitalarios HUC**

Los residuos hospitalarios representan un riesgo para la salud del personal médico, paramédico y enfermería, pacientes, visitantes, personal de recolección de residuos y otros, y de la comunidad en general, además del riesgo ambiental que de ellos se derivan. EL manejo integral de los residuos hospitalarios se ha constituido en una de las prioridades en el HUC, teniendo como propósito de prevenir, mitigar y compensar los impactos ambientales y sanitarios

El hospital ha puesto todos sus esfuerzos para manejar eficientemente los residuos hospitalarios; se ha esforzado para reducir los costos del manejo de estos, por lo que ha contratado una empresa experta en el manejo de los residuos, dicha empresa se encarga de coordinar personas, adquirir equipos, materiales, e insumos y suministros los cuales han permitido un manejo adecuado de los residuos y dar cumplimiento con las normas previstas por la ley.

Los procesos realizados en el Hospital pueden agruparse dentro de las siguientes áreas: Consulta especializada , urgencia , hospitalización (sala general , UCI) , Sala de Cirugía , Laboratorio , Radiología , servicios generales entre otras . En este proceso se generarán Residuos no peligrosos, Residuos infecciosos y peligrosos, Residuos Químicos peligrosos, en el caso de la lavandería y mantenimiento de equipos médicos.

El control de todos los riesgos de contaminación se inicia con la preparación e instrucción del personal que labora en la Institución, realizándose diseño y ejecución de los planes de Gestión y control ambiental, previo cumplimiento de las normas.

SEGUIMIENTO A RIESGOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CRITERIO	CRITERIO	CUENTA/NO CUENTA	DESCRIPCION	PONDERACION
EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS INHERENTES AL TIPO DE SERVICIO	Se realizan procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos inherentes al tipo de servicio que presta mediante el diseño y operacionalización de indicadores; la estandarización de fuentes, la definición de los responsable del análisis del indicador , tendencias y metas de cumplimiento.	CUENTA	Se señala los riesgos y correctivos para el proceso de Atención general Especializada.	50%
EVALUACION DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD.	Realiza procesos de evaluación y seguimiento del cumplimiento de las características del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad: Acceso, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.	CUENTA	Se realiza seguimiento a estos indicadores por parte de cada subgerencia y por la oficina de Calidad. Indicadores que son notificados periódicamente a la SuperSalud.	50%
PONDERACION TOTAL				100%

RIESGOS Y CORRECTIVOS

PROCEDIMIENTO	OBJETO	ESTANDAR DE CALIDAD	RIESGO	CAUSAS	CORRECTIVO	RESPONSABLES
ATENCION GENERAL ESPECIALIZADA	BRINDAR ATENCIÓN INTEGRAL CON CALIDAD	ATENCIÓN INTEGRAL CON CALIDAD AL 95% DE PACIENTES QUE SOLICITAN SERVICIOS EN LA CONSULTA EXTERNA	INEFECTIVIDAD DE LA CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA	TIPO DE VINCULACION DEL R.H. MED ESPECIALISTAS, INADECUADA PLANEACION DE LA OFERTA DE CM ESPECIALIZADAS. FALTA DE HORAS MEDICOS	REVISION DE LA CONTRATACION DE HORAS MEDICOS ESPECIALIZADOS, AJUSTANDO EL PROCESO Y LOS CONTENIDOS (OBLIGACIONES DE LOS CONTRATISTAS), MODIFICAR FORMA DE VINCULACION DEL R.H. AJUSTAR PLANIFICACION DEL SERVICIO. (HORAS MEDICOS DISPONIBLES, HORAS CONSULTORIOS, METODO DE USO DE HORAS CONSULTORIOS,ECT)	MEDICOS ESPECIALISTAS, GERENTE, JEFE OFICINA JURIDICA, SUBGERENTE DE CONSULTA EXTERNA, SUBGERENTE ADMINISTRATIVA, COORDINADOR DE SERVICIO, CLIENTES, ASOCIADOS, UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

7.3 RESULTADOS DE FACTORES Y VARIABLES ADMINISTRATIVOS QUE INCIDEN SOBRE LA OPORTUNIDAD Y ACCESIBILIDAD EN LA REALIZACIÓN DE LOS ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS

7.3.1 VARIABLE ADMINISTRATIVA DE LA OPORTUNIDAD

7.3.1.1 TIEMPO EN TRAMITOLOGIA PARA REALIZAR UN ESTUDIO

ANÁLISIS:

La Calidad y el Control desde el punto de vista de la oportunidad se debe visualizar desde la concepción de la misma Ley de acuerdo al numeral 9 artículo 153 ley 100, artículo 39 ley 1122 : “El sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y prácticas profesionales. De acuerdo con la reglamentación que expida el Gobierno, las instituciones prestadoras deberán estar acreditadas ante las entidades de vigilancia”.

Es por ello que la medición del tiempo para evaluar la calidad es indispensable, en ese sentido la investigación presenta como tiempo estandarizado, los días que demora la realización de cualquier estudio en la red externa, como mínimo tres días y máximo diez días

7.3.1.2. AUTORIZACION POR PARTE DE LA EPS PARA LA REALIZACION DE ESTUDIOS EN RED EXTERNA.

La oportunidad es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud, el minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias es una responsabilidad compartida entre el asegurador y la entidad prestadora del servicio, lo que exige un trámite administrativo oportuno desde el momento en que se solicita un estudio o procedimiento por parte del médico tratante, el envío de la solicitud a la eps el

seguimiento de esta solicitud, el envío de la autorización la consecución de la cita, el traslado oportuno y la realización del procedimiento.

7.3.1.3 TRASLADOS DE PACIENTES PARA REALIZAR EXAMENES PARACLINICOS EN RED EXTERNA

ANÁLISIS :

LA CALIDAD según W. Edwards Deming (1900) “ No es un lujo; es el grado predecible de uniformidad y seguridad, a bajo costo y acomodado al mercado”. El ciclo Deming desarrollado por W. Shewhart (PHVA) es un proceso metodológico básico para realizar procesos de mejoramiento continuo. Joseph Juran (1904) enfoca la calidad como” la ausencia de errores”, fallos durante los servicios, facturas incorrectas; “ Calidad es adecuarse a las necesidades del usuario” Avedis Donabedian (1919) fundador del estudio de la calidad de la atención en salud; introdujo los conceptos de estructura (atributos de los sitios en que se presta la atención), proceso (acciones desarrolladas por los prestadores y sus habilidades para brindarlas) y resultado (beneficios que obtiene el paciente) que constituyen el paradigma dominante de evaluación de la calidad de la atención en salud

La oportunidad es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud, el minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias, corresponde a la seguridad y la Pertinencia es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales. Con estos conceptos puntuales se puede establecer como obstáculo a la oportunidad, la no disponibilidad de un servicio de ambulancia propio de la institución, el servicio de transporte que lleva y trae los pacientes que requieren estudios con prestadores externos que se encuentran hospitalizados en el

Hospital Universitario del Caribe , es un servicio de ambulancia que no es exclusivo , lo que propicia en muchas ocasiones , la perdida de la cita para el estudio por la no disponibilidad del servicio de ambulancia que tiene contratado el Hospital por estar ocupada con otras instituciones o por presentar problemas de mantenimiento, lo que conlleva a solicitar que la EPS autorice a su red prestadora este servicio.

El 80 % de los pacientes trasladados para estudios que son realizados por prestadores externos, son trasladados en ambulancia del HUC, el 20 % restantes se trasladaron en ambulancias contratadas por sus EPS.

7. 3. 2 VARIABLE ADMINISTRATIVA DE LA ACCESIBILIDAD

7.3.2.1 TRAMITOLOGIA DE SERVICIOS SEGÚN TIPO DE USO

ANÁLISIS:

Para definir y poder estandarizar conceptos y valorar la Accesibilidad, se debe tener en cuenta que este término en salud, aunque aparentemente comprendido, como el acceso a los servicios de salud es más difícil de definir de lo que parece, éste debe ser geográfico, físico, psicológico y económico, sin que entre el consumidor y el proveedor exista ningún tipo de barrera o selección de la entrada al sistema de aprovisionamiento, como edad o sexo.

De igual forma la continuidad implica que un paciente pueda recibir una serie de servicios de salud sin interrupciones, suspensiones o repeticiones innecesarias, significa la ausencia de interrupción de la atención necesaria y el mantenimiento de la relación entre las secuencias de la atención médica.

En este proyecto se valora los diferentes sistemas que pueden ser usados para el trámite de las órdenes de servicio que se emiten en el servicio de hospitalización y no se realizan en el hospital Universitario del Caribe, obteniendo que en un 100 % el trámite se cumple de acuerdo a la normatividad vigente, utilizando los mecanismos de envío como son mensajería, y los correos electrónicos, lo que permite enviar la solicitud del estudio o procedimiento en forma oportuna.

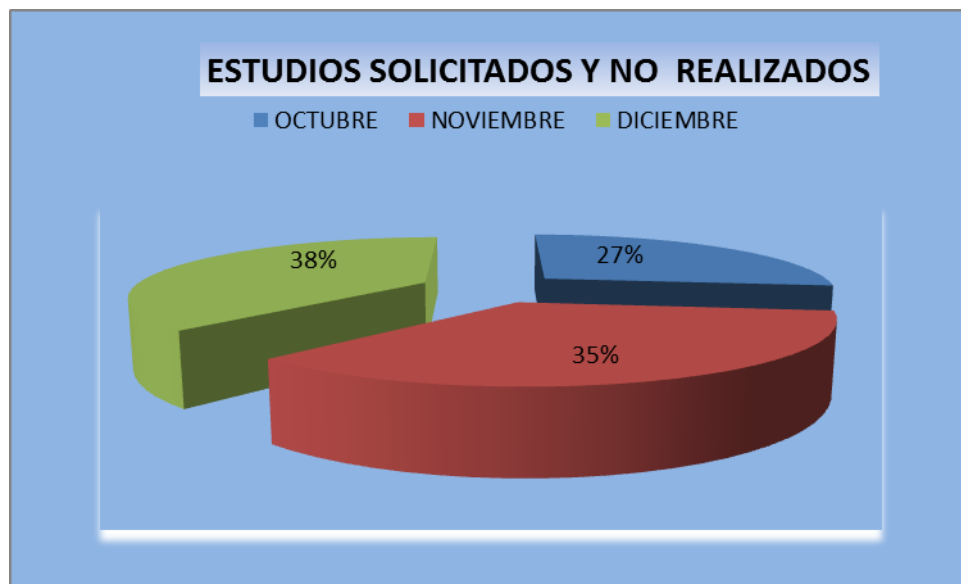
7.3.2.2 ACCESIBILIDAD SEGÚN TIPO DE EPS

ANÁLISIS:

El Hospital Universitario del Caribe, recibe los pacientes de todas la EPS de la ciudad de Cartagena, teniendo en cuenta su capacidad operativa y número de

camas de disponibilidad, en este estudio se pudo determinar que no existen barreras para el acceso a los servicios de hospitalización, ni mucho menos para la realización de estudios diagnósticos de estos pacientes hospitalizados, el estudio muestra que el 91 % de los pacientes pertenecen al régimen subsidiado, el 8 % al régimen contributivo y el 1% solo a otro tipo, El acceso dependiendo del tipo de régimen de salud , no reporto valores o no es tenido en cuenta en el Hospital Universitario del Caribe

REALIZACION DE ESTUDIOS EN RED EXTERNA: ESTUDIOS SOLICITADOS Y ESTUDIOS REALIZADOS



INTERPRETACION: Observando la presente gráfica, se puede afirmar que la mayor tasa de estudios solicitados y no realizados se registró en el mes de Diciembre con un 38% de los estudios, seguido del mes de Octubre con un 35%, y finalmente el mes de Noviembre con un 27% queda registrado con la menor tasa de estudios solicitados y no realizados en el último trimestre del año.

TRASLADOS DE PACIENTES PARA REALIZAR EXAMENES PARACLINICOS EN RED EXTERNA

ANÁLISIS:

LA CALIDAD según W. Edwards Deming (1900) “ No es un lujo; es el grado predecible de uniformidad y seguridad, a bajo costo y acomodado al mercado”. El ciclo Deming desarrollado por W. Shewhart (PHVA) es un proceso metodológico básico para realizar procesos de mejoramiento continuo. Joseph Juran (1904) enfoca la calidad como” la ausencia de errores”, fallos durante los servicios, facturas incorrectas; “ Calidad es adecuarse a las necesidades del usuario” Avedis Donabedian (1919) fundador del estudio de la calidad de la atención en salud; introdujo los conceptos de estructura (atributos de los sitios en que se presta la atención), proceso (acciones desarrolladas por los prestadores y sus habilidades para brindarlas) y resultado (beneficios que obtiene el paciente) que constituyen el paradigma dominante de evaluación de la calidad de la atención en salud

La oportunidad es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud, el minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias, corresponde a la seguridad y la Pertinencia es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

Con estos conceptos puntuales se puede establecer como obstáculo para la realización de un procedimiento oportunamente en la RED externa, el no contar con un servicio de ambulancias exclusivo para los pacientes del Hospital Universitario del Caribe, del total de estudios paciente se realiza en un 72 % en ambulancia de HUC, con un 15 % el uso fue de ambulancias de la RED de prestadores de las diferentes EPS , ocasionando inoportunidad en la realización

de los estudios , al perder la cita por no acudir a la hora establecida , al estar ocupada trasladando otros pacientes o por sufrir algun problema mecánico

7.4 RESULTADOS DE VARIABLES DIVERSAS

Gráfico Nº 1

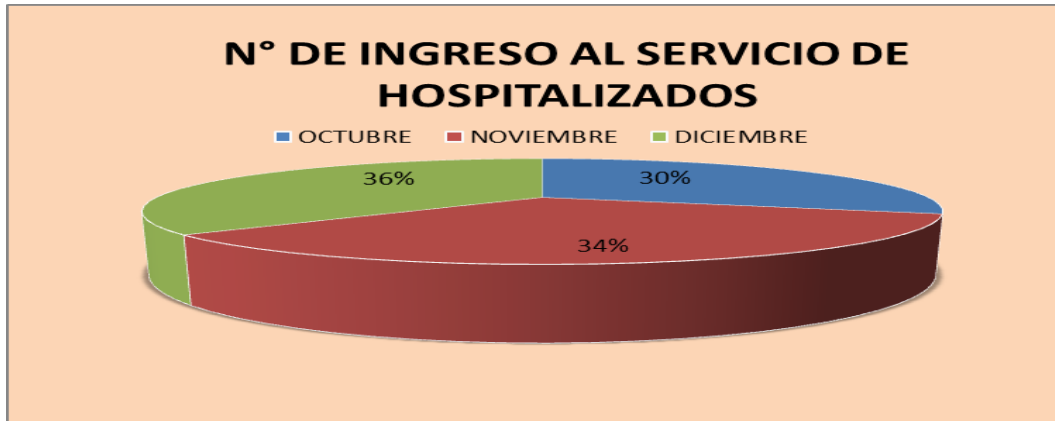
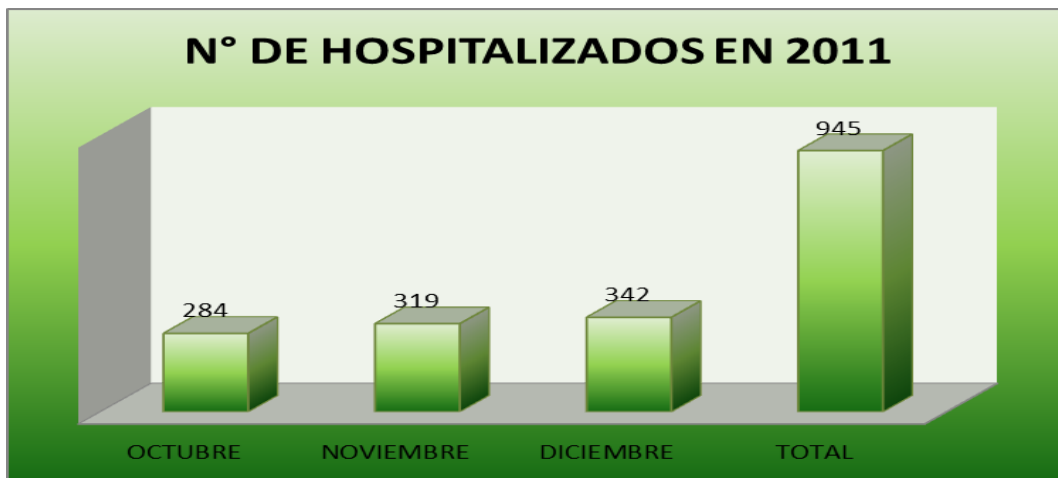
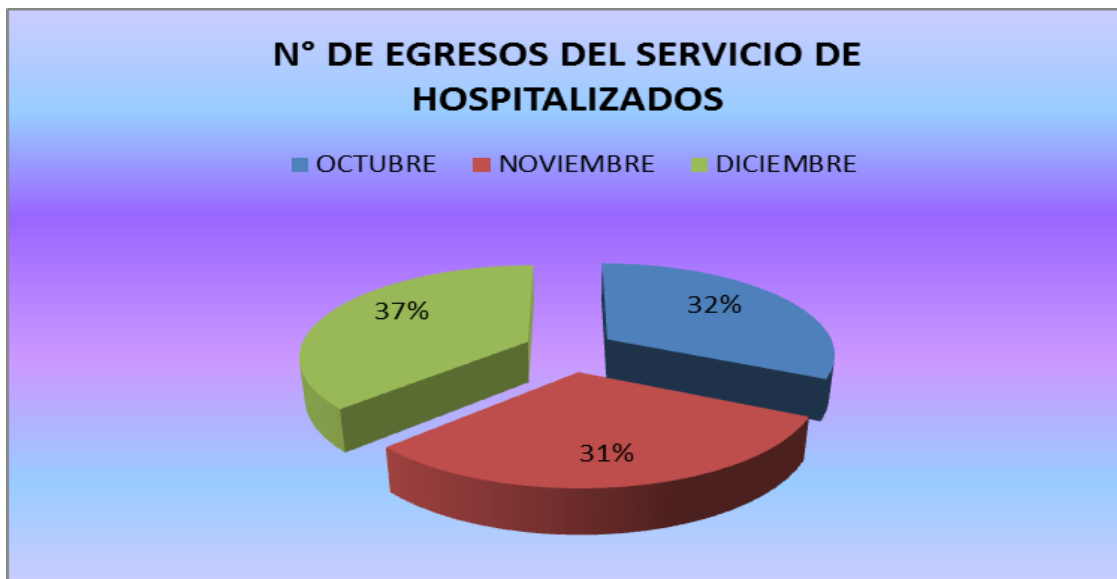


Gráfico Nº 2



INTERPRETACION: De la presente grafica se puede afirmar que la mayoría de los pacientes del último trimestre del año, ingresaron en el mes de Diciembre (36%), seguido del mes de Noviembre con un porcentaje de 34% y el menor ingreso de pacientes se presento en el mes de Octubre representado con un 30% de la población de ingreso del último trimestre del año. El número total de hospitalizado en el trimestre fue de 945, con un promedio de 315 por mes.

Gráfico N° 3



MES	Nº DE EGRESOS
Octubre	253
Noviembre	252
Diciembre	296
Total	801

INTERPRETACION: De la presente grafica se puede inferir que la mayoría de egresos se registró en el mes de Diciembre con un porcentaje de 37%, seguido del mes de Octubre (32%), y finalmente la menor tasa de egreso se presentó en el mes de Noviembre con un porcentaje de 31% de la población de egresados en el último trimestre del año.

Los egresos corresponden al indicador hospitalario que permiten establecer índices de prevalencia de patologías, los promedios son similares con un pico poco diferencial en el mes de diciembre, para un total de 801 pacientes en el trimestre.

Gráfico N° 4



Gráfico N° 5



INTERPRETACION: En base a la gráfica se puede concluir que en el mes de Diciembre fue el mes en el cual se solicitaron la mayoría de estudios representado con un porcentaje del 44%, seguido del mes de Noviembre con un 29% y el menor mes quedo determinado con un 27% de estudios en Octubre.

El número de solicitudes en el trimestre fue de 285, con promedios similares en cada mes, un leve pico en el mes de diciembre.

Gráfico Nº 6



INTERPRETACION: Observando la presente gráfica, se puede afirmar que la mayor tasa de estudios solicitados y no realizados se registró en el mes de Diciembre con un 38% de los estudios, seguido del mes de Octubre con un 35%, y finalmente el mes de Noviembre con un 27% queda registrado con la menor tasa de estudios solicitados y no realizados en el último trimestre del año.

Gráfico Nº 7

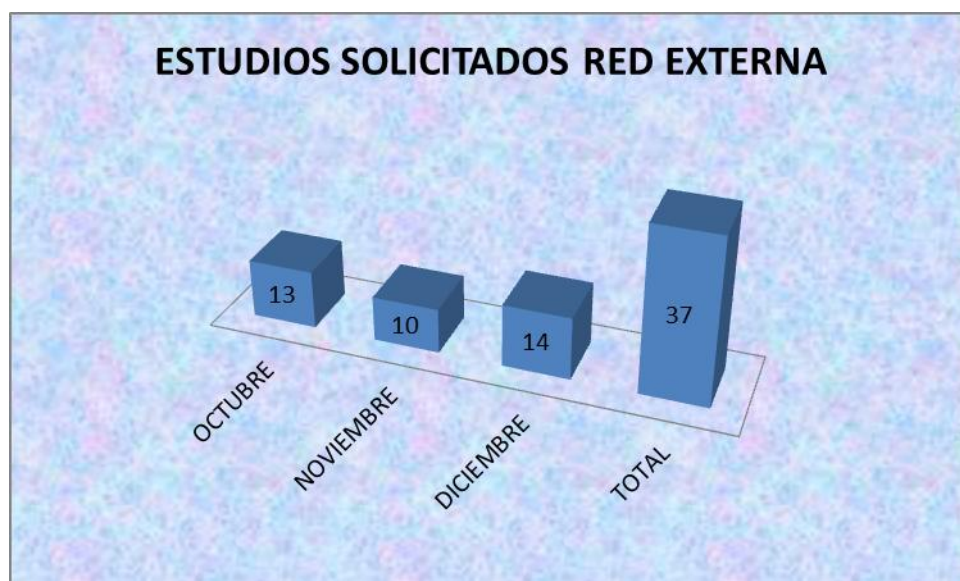
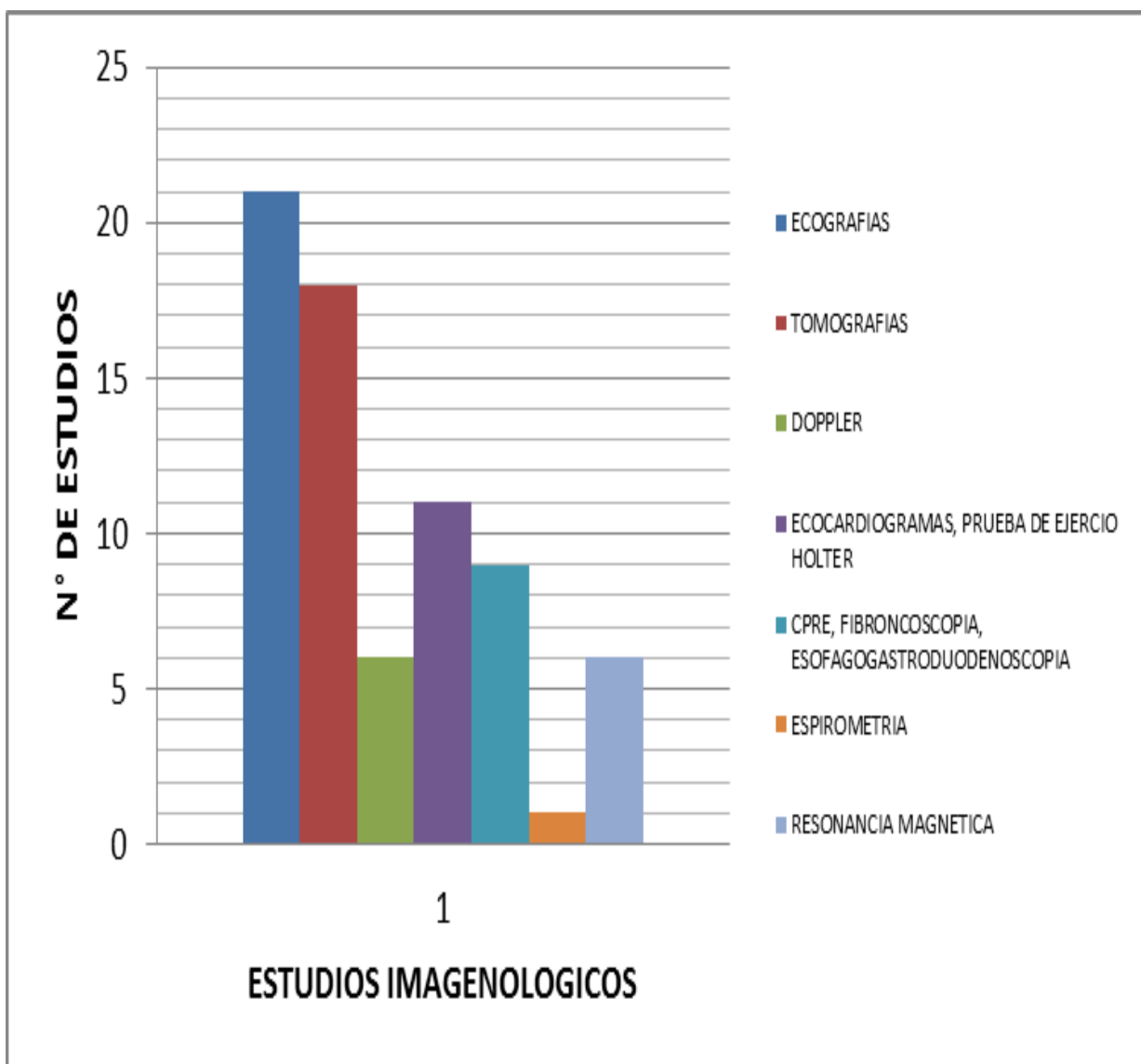


Gráfico N° 8

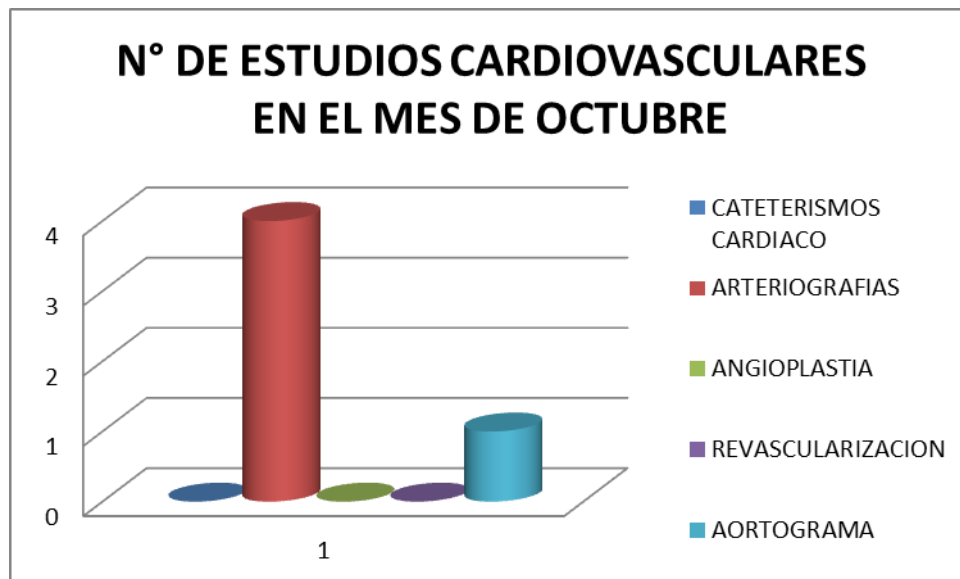
N° DE ESTUDIOS IMAGENOLOGICOS EN EL MES DE OCTUBRE



INTERPRETACION. De la presente grafica se puede afirmar que los estudios con mayor frecuencia solicitados son las ecografías y las tomografías, con un porcentaje del 50 % se encuentran las demás solicitudes de estudios entre los que más se reportan son los estudios cardiovasculares

El estudio que menos frecuencia de solicitud es la espirómetria y el de más frecuencia fue la ecografía con un número de 18.

Gráfico N° 9



ANALISIS : El mayor número de estudios cardiovasculares en el mes de octubre fueron las arteriografías , seguidos de los cateterismos cardiacos.

Gráfico N° 10

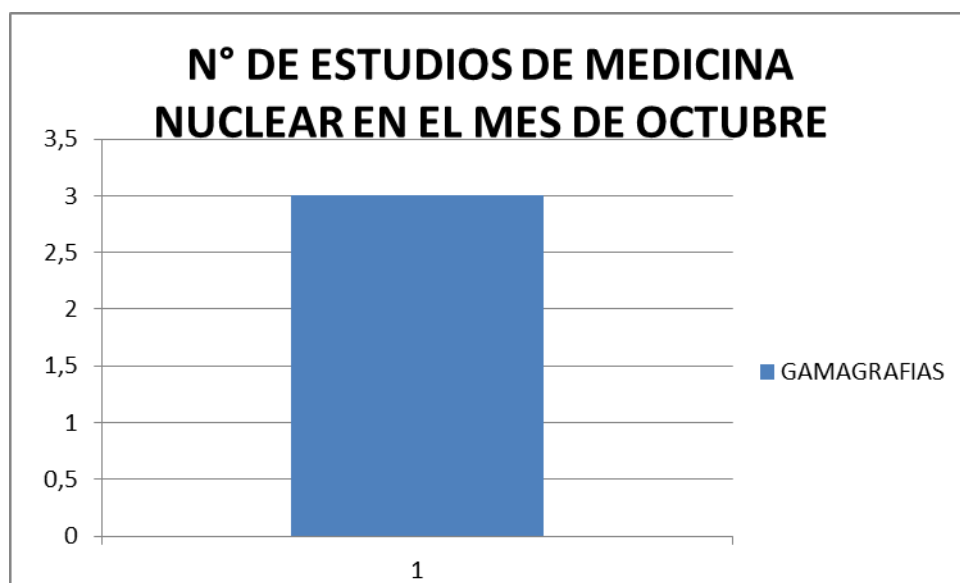
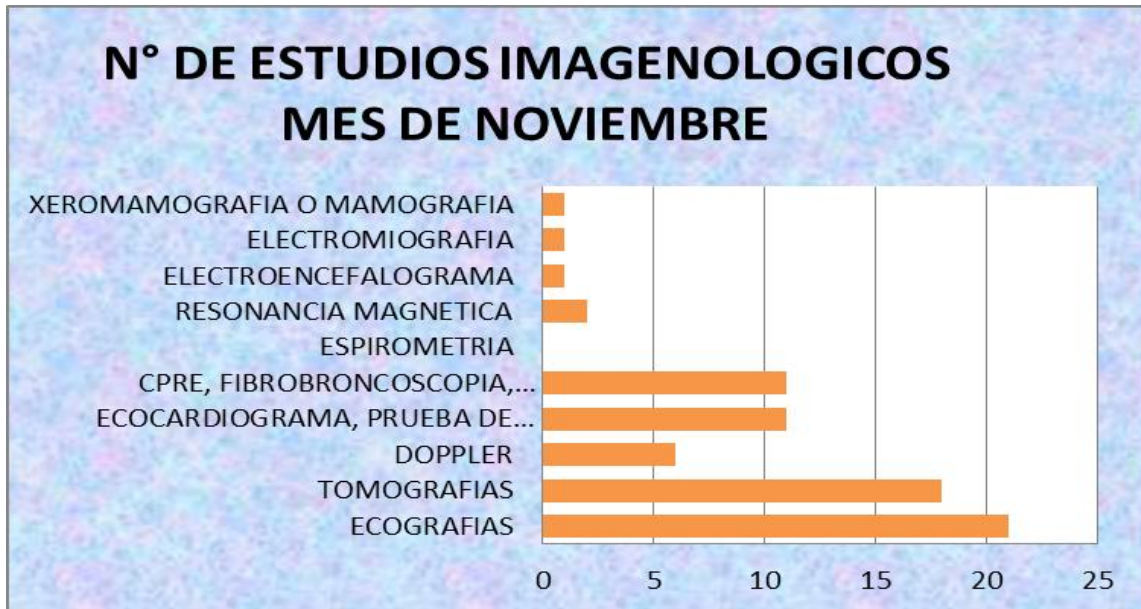


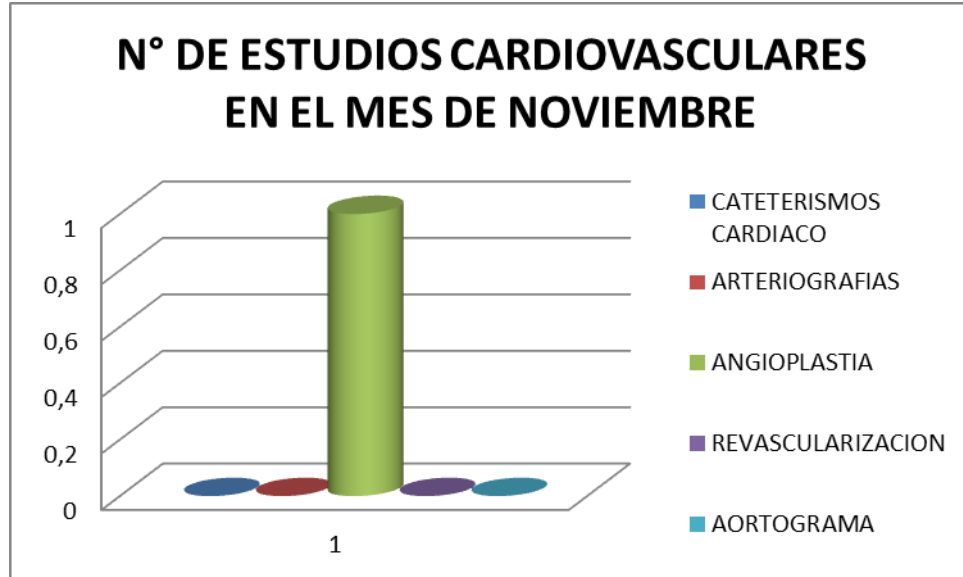
Gráfico N° 11



INTERPRETACION. De la presente grafica se puede afirma que los estudios con mayor frecuencia solicitados son las ecografías y las tomografías, con un porcentaje del 50 % se encuentran las demás solicitudes de estudios.

El estudio que mayor solicitud fue las ecografías con un total de 21, seguido de las tomografías con numero de 17, es de anotar que el número de solicitudes fue mayor que en el mes anterior.

Gráfico N° 12



INTERPRETACION: El estudio que con mayor frecuencia fue solicitado fue la angioplastia

Gráfico N° 13

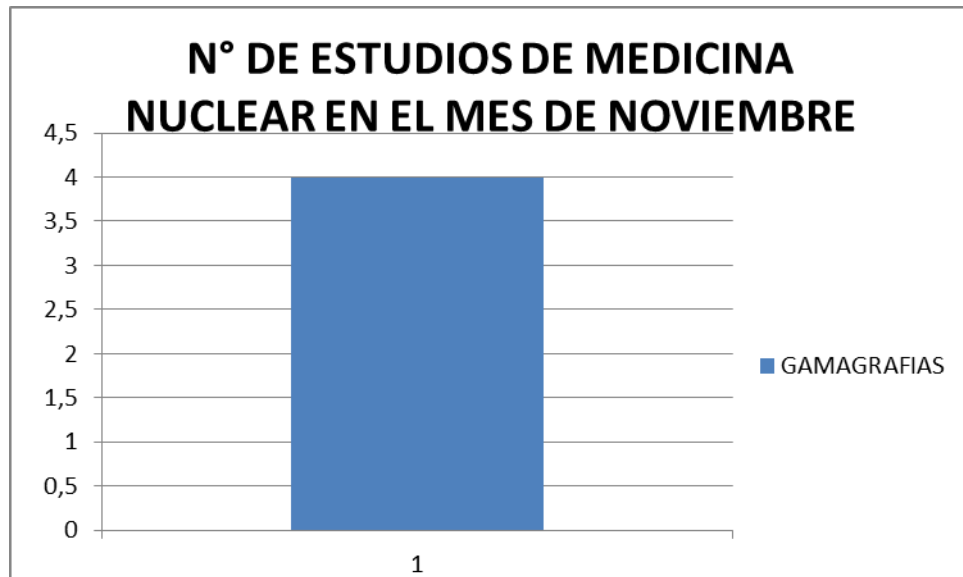


Gráfico N° 14

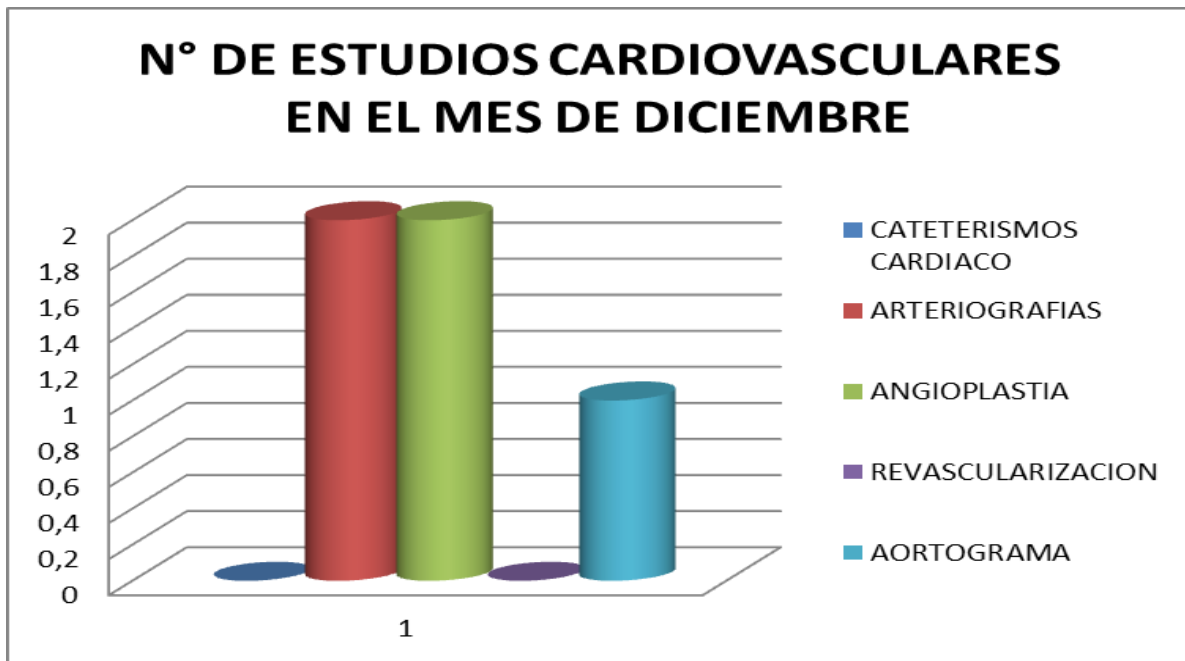


ESTUDIOS	N° DE ESTUDIOS
Ecografía	36
Tomografía	31
Doppler	5
Ecocardiograma, Prueba de ejercicio, HOLTER	25
Ecocardiografía de Stress	1
CPRE, Fibrobroncoscopia, y Esófagogastroduodenoscopia	12
Espirometria	1
Resonancia Magnética	4
Faringografía y Esófagograma con cisne	1
Capsula endoscópica	1
Total	117

INTERPRETACION. Siguiendo la secuencia de graficas anteriores, el comportamiento fue similar obteniendo los estudios con mayor frecuencia solicitados son las ecografías y las tomografías, aumentando en el presente mes las solicitudes de procedimientos cardiacos.

El estudio en el mes de diciembre aumentó en frecuencia en número considerable obteniendo las ecografías el primer lugar con un total de 36, seguido de las tomografías con número de 31, es de anotar que el número de solicitudes fue mayor que en los meses anteriores, para un total del mes de 117.

Gráfico N° 15



ANALISIS : Las arteriografías y las angioplastias fueron las solicitudes que con mayor frecuencia se hicieron, con un numero de dos cada una, estudios que se realizan en red externa por no tener habilitado el servicio.

Gráfico N° 16



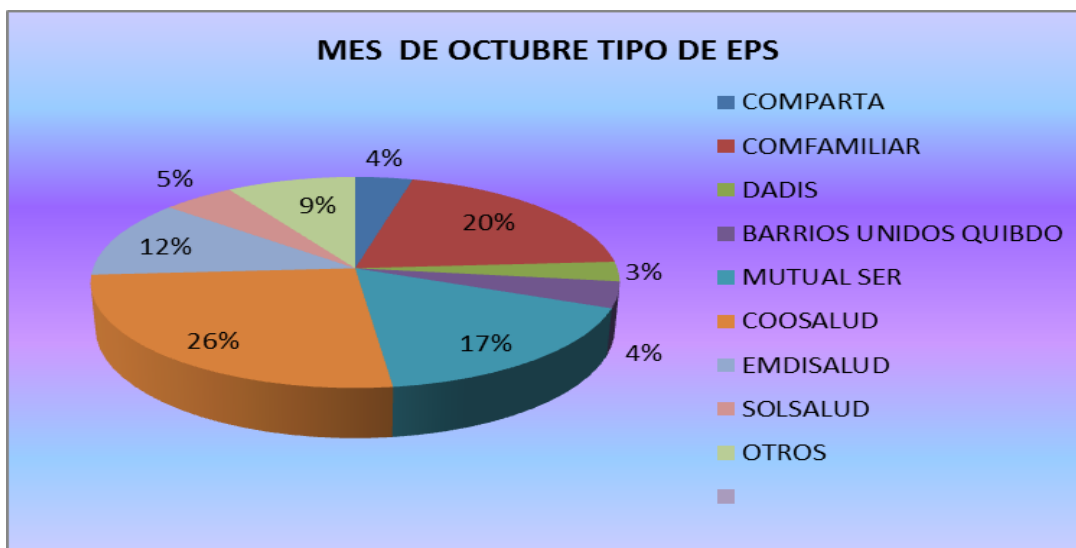
Gráfico N° 17

STUDIOS	N° Estudios Mes de Octubre	N° Estudios Mes de Noviembre	N° Estudios Mes de Diciembre	N° Estudios Totales Trimestre
Ecografía	18	21	36	75
Tomografía	17	18	31	66
Doppler	6	11	5	22
Ecocardiograma, Prueba de ejercicio	10	11	25	46
Ecocardiografía de Stress	0	0	1	1
CPRE, Fibrobroncoscopia, y Esofagogastroduodenoscopia	8	11	12	31
Espirometría	1	0	1	2
Resonancia Magnética	6	2	4	12
Faringografía y Esofagograma con cisne	0		1	1
Capsula endoscópica	0		1	1
Mamografías		1		1
Electromiografía		1		1
Total	66	77	117	260

INTERPRETACION. Siguiendo la secuencia de graficas anteriores y el comportamiento de los procedimientos solicitados corresponde a las ecografías y las tomografías, el 50 por ciento de todos con al menos 150 de los procedimientos solicitados, le sigue en orden de frecuencia las solicitudes del orden cardiaco.

Los estudios presentaron igual comportamiento en frecuencia durante los meses evaluados, con mayor frecuencia de los casos en el mes de diciembre donde se observa una tasa de aumento de 22 % en relación a los meses anteriores, el total de estudios durante el trimestre fue de 260

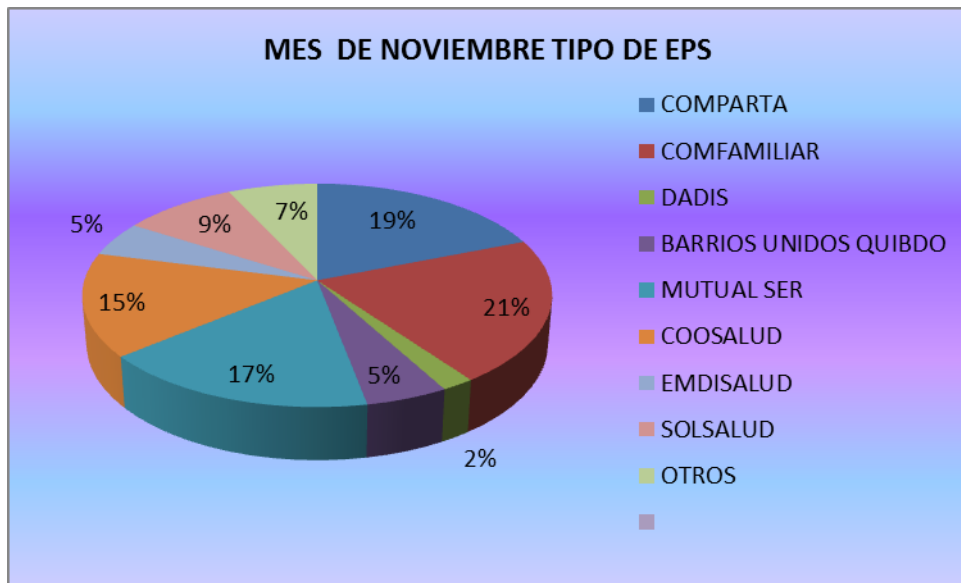
Gráfico N° 18



TIPOS DE EPS EN EL MES DE OCTUBRE DE 2011	
EPS	N° HOSPITALIZADOS
COMPARTA	3
COMFAMILIAR	15
DADIS	2
BARRIOS UNIDOS	3
MUTUAL SER	13
COOSALUD	20
EMDISALUD	9
SOLSALUD	4
OTROS	7
TOTALES	76

ANALISIS: Las personas pertenecientes a las EPS que con mayor frecuencia fueron hospitalizadas en el 4º piso del HUC, durante el mes de octubre fueron las de Coosalud con 20 unidades, seguida con mayor frecuencia Comfamiliar, el resto de porcentajes fueron divididos por las demás en número menor.

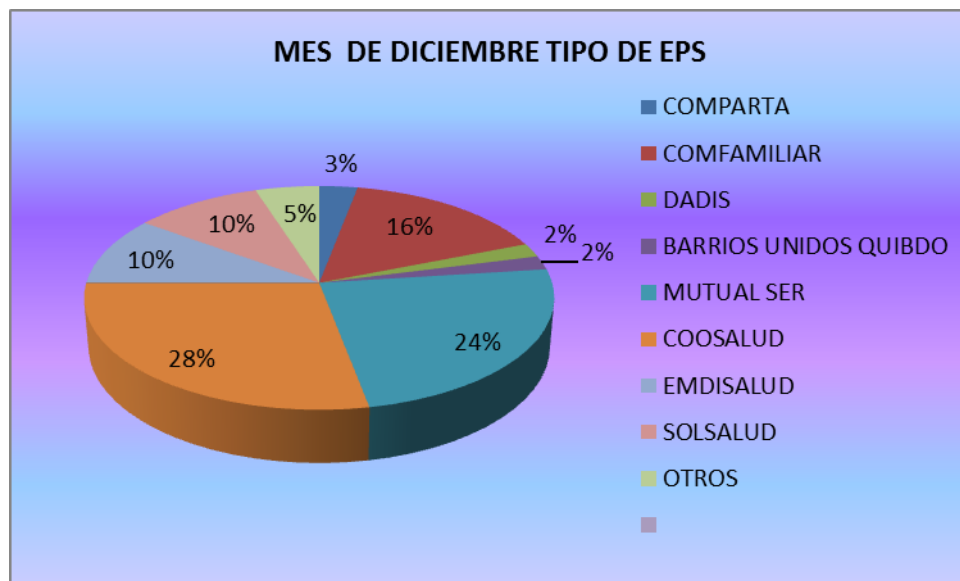
Gráfico N° 19



TIPOS DE EPS EN EL MES DE NOVIEMBRE DE 2011	
EPS	N° HOSPITALIZADOS
COMPARTA	15
COMFAMILIAR	17
DADIS	2
BARRIOS UNIDOS	4
MUTUAL SER	14
COOSALUD	12
EMDISALUD	4
SOLSALUD	7
OTROS	6
TOTALES	81

ANALISIS: En el mes de noviembre las personas pertenecientes a las EPS que con mayor frecuencia fueron hospitalizadas en el 4º piso del HUC, fueron en su orden Comfamiliar, Comparta, Mutual ser y Coosalud en el mayor de los porcentajes con mas del setenta por ciento, PARA UN TOTAL DE HOPITALIZADOS DE 81

Gráfico N° 20



TIPOS DE EPS EN EL MES DE DICIEMBRE DE 2011	
EPS	N° HOSPITALIZADOS
COMPARTA	4
COMFAMILIAR	20
DADIS	2
BARRIOS UNIDOS	3
MUTUAL SER	30
COOSALUD	35
EMDISALUD	12
SOLSALUD	12
OTROS	6
TOTALES	124

ANALISIS: En el mes de Diciembre cuando más se aumentó el número de hospitalizados las EPS que con mayor frecuencia fueron hospitalizadas en el 4^o piso del HUC, fueron en su orden, Coosalud, Mutual Ser, Comfamiliar en el mayor de los porcentajes con más del ochenta por ciento, PARA UN TOTAL DE HOPITALIZADOS DE 124.

Gráfico N° 21

HOSPITALIZADOS POR TIPOS DE EPS EN EL TRIMESTRE				
EPS	OCTUB RE	NOVIEMB RE	DICIEM BRE	TOTALES
COMPARTA	3	15	4	22
COMFAMILIAR	15	17	20	52
DADIS	2	2	2	6
BARRIOS UNIDOS	3	4	3	10
MUTUAL SER	13	14	30	57
COOSALUD	20	12	35	67
EMDISALUD	9	4	12	25
SOLSALUD	4	7	12	23
OTROS	7	6	6	19
TOTALES	76	81	124	281

ANALISIS: En el Trimestre cuarto del año 2011 el comportamiento de las personas pertenecientes a las EPS que con mayor frecuencia fueron hospitalizadas en el 4 ° piso del HUC, fueron en su orden, Coosalud con 67 correspondiéndole el 25 % del total, siguiendo Mutual ser con 57, seguido de Comfamiliar y en el cuarto lugar Emdisalud, para un total de hospitalizados en el cuarto trimestre de 281.

8. BIBLIOGRAFIA

1. BRUZO, Carlos y otro. Calidad Total. [En línea]. Mayo 2007. Disponible en: <<http://www.acadao online.com.ar/calidadtotaldrbruzo.htm> >.
2. CARDONA JF, Hernández A, Yepes F. La Reforma a la Seguridad Social en Salud en Colombia. Avances Reales? 2005; Rev. gerenc. políticas salud.4(9): 81-99.
3. E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE. Servicios: Consulta Externa. Disponible en Internet: http://www.hucaribe.gov.co/consulta_ext_esp.php.
4. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Indicadores de Salud: Elementos básicos para el análisis de situación de salud. En: Boletín Epidemiológico de la OPS. Vol. 22 Núm. 4 (Diciembre , 2001) pp 1-5
5. VALENZUELA MT. Indicadores de salud: características, uso y ejemplos. En: CIENC TRAB. Revista de la asociación Chilena de Seguridad ACHS. Vol. 7, Núm. 17 (Abril – Junio 2005); pp 118-122. ISSN 0718-249
6. RESTREPO C J. El seguro de Salud en Colombia ¿ Cobertura Universal?. En: Revista Gerencia y Políticas de Salud. Publicación de los Programas de Posgrado en Administración de Salud y Seguridad Social Pontificia Universidad Javeriana. Vol., Núm. 2 (Septiembre, 2002) pp 25 -40 .ISSN: 1647-7027
7. COLOMBIA. MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. Resolución número 1446 de 8 mayo de 2006.
8. VELEZ A.L. La acción de tutela: ¿un mecanismo de protección del derecho a la salud y un proceso alternativo para acceder a servicios de

salud? .En: Colomb Med. Órgano oficial de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle Cali – Colombia. Vol. 36 Núm. 3, (Julio-Septiembre 2005); pp 199-208. ISSN 1657-9534

9. F RESTREPO C J. La calidad en la prestación de los servicios de salud: un imperativo por lograr. En: Revista Nacional de Salud Pública. Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. Vol. 25, Núm. 1 (Enero-junio, 2007); pp. 78-81 ISSN 0120-386X
10. G ÁLVAREZ C. L. El derecho a la salud en Colombia: una propuesta para su Fundamentación moral. En: Revista Panamericana de salud pública. Vol. 18, Núm. 2 (Agosto 2005); pp 1-7. ISSN 1020-4989
11. Marracino C., Tendencias en la atención Médica y Cambios en la Concepción de la Calidad.. Fundación Avedis Donabedian. Buenos Aires. Argentina. En: <http://www.calidadensalud.org.ar//Documentos/TendenciasAtMedCambiosConcepcionCalidad.pdf>
12. Rosselli DA, Otero A, Calderón C, et al. El Desarrollo Histórico de las Especialidades Médicas en Colombia. La medicina especializada en Colombia. Una aproximación diagnóstica. Santafé de Bogotá, CEJA, 2000. Reproducido con permiso de los autores y el editor. En: MEDUNAB Facultad de Medicina Universidad Autónoma de Bucaramanga. Vol 3 No. 8 Agosto de 2000 ISSN 0103-7047
13. Cecilia Realpe Delgado C., Marín Blandón M., Pico Merchán M. Percepción de usuarios, profesionales y estudiantes de salud sobre prestación de servicios de salud de tercer nivel de atención.

Manizales. 2004. En: Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 11, Enero - Diciembre 2006, pp. 95 – 105.

14. Valenzuela T. , INDICADORES DE SALUD : CARACTERISTICAS , USO Y EJEMPLOS , En: www.cienciaytrabajo.cl Ciencia&Trabajo ,Año 7, Num.17 (Julio-Septiembre 2005) pp 118 – 112 . .
15. Arroyo S. Tovar. LM. Accesibilidad al régimen contributivo de salud en Colombia: caso de la población rural migrante. Universidad pontificia bolivariana Cali , pag 1-16 , Septiembre 2009
16. Ramírez. L. La accesibilidad y el cálculo de la demanda sanitaria a Hospitales Sanitaria a Hospitales Públicos empleado sistema de información geográfica. Primer seminario Argentino de Geografía cuantitativa. Buenos Aires Argentina . Agosto 2004. Publicación en CD.
17. Mejía a., Sánchez A., Tamayo J., Determinantes del acceso a servicios de salud en Antioquia. En: http://especiales.universia.net.co/dmdocuments/Tesis_Aurelio.pdf.
18. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL . Observatorio de la Calidad de la Atención en Salud. Indicador 1446. En: http://201.234.78.38/ocs/public/ind_calidad/indicador.aspx?indicador_id=81
19. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL Resolución 1446 de 2006.
20. Normas relacionadas con el funcionamiento de un consultorio médico o una ips. En: <http://medicosgeneralescolombianos.com/leyes%20y%20normas%20>

en%20salud.htm#normas relacionadas con el funcionamiento de un consultorio médico o una lps

21. VALENZUELA M. HEALTH INDICATORS: VALENZUELA MT. Indicadores de salud: características, uso y ejemplos. En: CIENC TRAB. Revista de la asociación Chilena de Seguridad ACHS. Vol. 7 , Núm. 17 (Abril – Junio 2005); pp 118-122. ISSN 0718-249.

22. ARRIAGADA I., ARANDA V. MIRANDA F. La percepción de los problemas de salud por parte de las autoridades Publicación de las Naciones Unidas. En Publicación de Las Naciones Unidas. Políticas y Programas de Salud en Latino América. Problemas y propuestas. Santiago de Chile: Copyright , 2005. pp 17-25.

ANEXOS

FORMATO 1. FORMATO DE VERIFICACION DE CONDICIONES MINIMAS DE ESTRUCTURA PARA EL SERVICIO DE CONSULTA MÉDICA EXTERNA

Aplicando Manual de estándares de habilitación. Anexo técnico 1 de la resolución 1043 de 2.006 y anexo técnico 1 Resolución 2680 de 2.007

Variables	Criterios	C	NC	OBSE RVACI ONES
<p align="center">2.- INFRAESTRUCTURA INSTALACIONES FISICAS</p>	<p>La institución garantiza los servicios de suministro de agua, energía eléctrica, sistemas de comunicaciones según disponibilidad tecnológica, como también de manejo y evacuación de residuos sólidos y de residuos líquidos. La infraestructura para el manejo y evacuación de residuos sólidos y residuos líquidos deberá garantizarse por edificación, independiente de que sea compartida por varios servicios o profesionales.</p>			
	<p>Las instalaciones interiores para suministro de agua están diseñadas y construidas de tal manera que haya normal funcionamiento.</p>			
	<p>La institución no debe estar localizada en lugares con un riesgo continuo e inminente de desastres naturales, o con áreas adyacentes con riesgos de salubridad graves e incorregibles que impiden mantener las condiciones internas de la institución y acordes con los manuales de Bioseguridad y las definidas por el comité de infecciones. En el manual de Bioseguridad se debe especificar las normas para el manejo de desechos sólidos y líquidos.</p>			

VARIABLES	CRITERIOS	C	NC	OBSERVACIONES
2.- INFRAESTRUCTURA INSTALACIONES FISICAS	<p>Todo prestador de servicios de salud, en especial aquellos que con modalidad de atención extramural, ya sea Independiente o dependiente de una IPS, cuentan con un domicilio que permita su ubicación por parte de los usuarios y deberán informar a la Secretaría de Salud, el o los lugares donde se prestarán los servicios, periodicidad y serán objeto de verificación.</p>			
	<p>La tabla detalle por servicios identifica las condiciones mínimas de tamaños, materiales, ventilación, iluminación, distribución, mantenimiento, exigidas para los servicios específicos.</p>			
	<p>Existe un área específica que funciona como depósito para almacenamiento de residuos hospitalarios peligrosos biosanitarios, anatomopatológicos y cortópunzantes, cuenta con acceso restringido con la debida señalización, cubierto para protección de aguas lluvias, iluminación y ventilación adecuadas, paredes lisas de</p>			

	fácil limpieza y lavables, con ligera pendiente al interior. Adicionalmente cuenta con elementos que impidan el acceso de vectores y roedores.			
--	--	--	--	--

Variables	Criterios	C	NC	OBSERVACIONES
<p>1. RECURSO HUMANO</p> <p>Estándar: El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio</p>	Los profesionales, especialistas, tecnólogos, técnicos y auxiliares asistenciales cuentan con el título formal expedido por una institución educativa debidamente reconocida por el Estado o la respectiva homologación por el ICFES.			
	El proceso de selección de personal incluye la verificación de los títulos de grado de especialista, profesional, técnico, tecnológico y los certificados de aptitud ocupacional de auxiliar previo a la vinculación, y la verificación de no estar suspendidos del ejercicio profesional.			
	Los profesionales de salud cumplen con los requisitos legales de entrenamiento en las profesiones, especialidades y subespecialidades formalmente reconocidas por Estado, en el ámbito de los servicios ofrecidos.			
	Se cuenta con procedimientos documentados para la supervisión de personal en entrenamiento por parte de personal debidamente autorizado para prestar servicios de salud. Los procedimientos incluyen mecanismos de control para su cumplimiento.			
	Las hojas de vida del recurso humano contratado, deben estar centralizadas en la oficina de personal de la IPS o en lugares especializados de archivo que garanticen su custodia. De igual manera, en cada sede se deben tener copias de las hojas de vida del personal que labora en ella o contar con un mecanismo que les permita garantizar el acceso a éstas.			

VARIABLES	CRITERIOS	C	NC	OBSERVACIONES
3.- DOTACION Y MANTENIMIENTO	Utilizar los equipos que cuenten con las condiciones técnicas de calidad y soporte técnico - científico.			
	Realizar el mantenimiento de los equipos biomédicos eléctricos o mecánicos, con sujeción a un programa de revisiones periódicas de carácter preventivo y calibración de equipos, cumpliendo con los requisitos e indicaciones dadas por los fabricantes y con los controles de calidad, de uso corriente en los equipos que aplique. Lo anterior estará consignado en la hoja de vida del equipo, con el mantenimiento correctivo. Las hojas de vida deben estar centralizadas y deben tener copias en cada sede, de acuerdo con los equipos que tengan allí. El mantenimiento de los equipos biomédicos debe realizarse por profesional en áreas relacionadas o técnicos con entrenamiento certificado específico o puede ser contratado a través de proveedor externo			
	Dotación básica para consultorio médico y para algunas especialidades si aplica: <input type="checkbox"/> Camilla, tensiómetro y fonendoscopio, equipo de órganos de los sentidos (para medicina general, pediatría, ORL, oftalmología), martillo de reflejos, metro y balanza de pie o pesa bebé según el caso. <input type="checkbox"/> La dotación de los consultorios de especialistas para los cuales no se haya establecido detalles particulares, será la exigida para la consulta de medicina general.			

**FORMATO NÚMERO
PROCEDIMIENTOS.**

2. VERIFICACION DE PROCESOS Y

Variables	Criterios	C	NC	OBSERVA CIONES
PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES	<p>Se tienen definidos y documentados los procedimientos o guías clínicas de atención y los protocolos de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio, e incluyen actividades dirigidas a verificar su cumplimiento.</p> <p>Se ha establecido el mecanismo para desarrollar o adaptar guías propias o desarrolladas por instituciones de educación superior o asociaciones científicas.</p>			
	<p>Los procesos, procedimientos, guías y protocolos son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación. Cada institución establecerá procedimientos bajo la metodología de medicina basada en evidencia, para determinar el contenido de las guías clínicas de atención y los procesos de atención prioritarios.</p>			
	<p>La institución cuenta con guías clínicas de atención preferiblemente de medicina basada en evidencia, para las patologías que constituyen las primeras 10 causas de consulta</p>			
	<p>Se tienen definidos los procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud, según lo normado en el Decreto 1011 de 2006 o demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan.</p>			

VARIABLES	CRITERIOS	C	NC	OBSERVACIONES
<p style="text-align: center;">PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES</p>	<p>Se tienen definidos procesos para la Implementación del Sistema de Información para los usuarios según lo normado en el Decreto 1011 de 2006 o demás normas que lo adicionen, modifiquen y sustituyan,</p>			
	<p>Si la institución ofrece actividades de promoción y prevención, ha implantado las normas técnicas de protección específica y detección temprana definidas por las autoridades en salud del nivel nacional</p>			
	<p>La institución cuenta con procedimientos documentados para el manejo de los residuos hospitalarios infecciosos o de riesgo biológico o de riesgo radiactivo cuando este último aplique. Para efectos del sistema de habilitación.</p>			
	<p>Los servicios deben tener procesos documentados para el manejo interno de desechos.</p>			