

**IMPLEMENTACION Y EVALUACION DEL MANUAL DE GARANTIA DE
CALIDAD EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN
SALUD**

AURY STELLA GOMEZ VERGEL

**Ensayo para optar el titulo de
ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL**

**Director
CESAR ESMERAL BARROS
Especialización en Gerencia en Salud y Seguridad Social
Medico Pediatra**

**UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
INSTITUTO DE POSTGRADO Y EDUCACION CONTINUADA
ESPECIALIZACION EN GERENCIA EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL
BARRANQUILLA
2000**

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	
1. ANTECEDENTES DE LA PRESTACION DEL SERVICIO DE SALUD	5
2. IMPORTANCIA DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD	7
3. ASPECTOS BASICOS EN LA IMPLEMENTACION DEL PLAN DE DESARROLLO	9
4. DEFINICION DE TERMINOS BASICOS	11
4.1. MANUAL DE CALIDAD	12
4.1.1. Propósito	12
4.1.2. Reseña Histórica	12
4.1.3. Recurso Humano	13
4.1.4. Evaluación del Cliente	13
4.1.5. Calidad	13
4.1.6. Rentabilidad	14
4.1.7. Servicios	14
4.1.8. Medio Ambiente	15
4.1.9. Responsables	15
4.1.10. Comité de calidad	16
4.1.11. Integrantes del Comité de Calidad	16
4.2. MANUAL DE PROCEDIMIENTO	17
4.2.1. Objetivos	17
4.2.2. Responsabilidad	17
4.2.3. Manual de Funciones	18
4.2.4. Manual de Procedimientos y Métodos (Flujograma)	21
4.3. PLANES DE MEJORAMIENTO	23

4.3.1. Etapas a Desarrollar en Plan de Mejoramiento	23
4.3.2. Informe de Calidad	24
5. CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS ESENCIALES	25
6. SISTEMA DE INFORMACION	26
7. AUDITORIA MEDICA	27
CONCLUSION	
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	

INTRODUCCION

La motivación de realizar este ensayo sobre la Implementación e Evaluación del Manual de Garantía de Calidad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (S.G.S.S.S.) se debió a las experiencias vividas en las diferentes instituciones hospitalarias públicas y algunas privadas donde los usuarios presentan continuos reclamos por la mala calidad en la prestación de los servicios, sumado a ellos los retos que deben asumir los integrantes S.G.S.S.S. ante las exigencias legales y reglamentarias.

En este ensayo se describe la importancia de la calidad de los servicios en el sector salud y los aspectos básicos de la implementación de los planes de desarrollo para garantizar la calidad en los servicios, mediante el control total de la calidad en todos los proceso técnico-científicos y administrativos, donde involucramos a todos los empleados desde el presidente hasta el portero y servicio generales es decir desde el cargo de mayor jerarquía hasta el inferior ya que el compromiso es de todos y para siempre con renovaciones continuas aplicando los planes de mejoramiento continuo, informe de calidad y auditoría medica.

Este ensayo es una herramienta para elaborar el Manual de Garantía de Calidad en el sector salud.

1. ANTECEDENTES DE LA PRESTACION DEL SERVICIO DE SALUD

Antes de 1990 a los servicios de salud solo tenían acceso los colombianos con capacidad de pago y aquellos que no tenían la capacidad de pago recibían los servicios de salud en forma deficiente predominando la ineficiencia y la ineficacia.

Luego la Ley 10 de 1990 declara la salud como un servicio público esencial "la prestación de los servicios de salud, en todos los niveles, es un servicio público a cargo de la Nación, gratuito en los servicios básicos para todos los habitantes del territorio Nacional y administrado en asocio de las entidades territoriales, de sus entes descentralizados y de las personas privadas autorizadas, para el efecto, en los términos que establece la presente ley. El Estado intervendrá en el servicio público de salud, conforme a lo dispuesto en el art. 49 de la Constitución Política"¹. Y la Constitución Política de Colombia declara la Seguridad Social como un servicio público de carácter obligatorio "que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley. Se garantiza a todos los habitantes del derecho irrenunciable a la seguridad social. El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la seguridad social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la ley. La seguridad social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley. No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la seguridad social para fines diferentes a ella. La ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

¹ ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE LEY 10 Y DECRETOS RECLAMATORIOS, Bogotá D.C Editorial Unión Ltda. 293 p.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizadas, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda la persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y de su comunidad”².

El Estado era el responsable de que los colombianos recibieran un servicio óptimo, razón por la cual crea la Ley 100 en 1993 basado en la Ley 10 de 1990. Muy a pesar de todos estos cambios enmarcados en la Ley 10 de 1990 y Ley 100 de 1993, los prestadores de servicios de salud siguen careciendo de eficiencia.

Por lo anterior el Gobierno mediante el Decreto 2174 de Noviembre 28 de 1996, obliga a los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud a que garantice a los usuarios que la atención en salud ofrecida sea de mayor beneficio y con el mínimo de riesgo posible, para lo cual estas entidades deberán desarrollar y tener planes que garanticen la calidad del servicio a los usuarios.

² CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA. 20 – 21 P.

2. IMPORTANCIA DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD

En Colombia el sector salud ha venido creciendo aisladamente en los sub-sectores privado y públicos. Formando cada sub-sector una modalidad y una problemática propia que muestra disparidad en la calidad de la prestación de servicios.

Las instituciones del sector salud en Colombia una vez presentan y cumplan los requisitos legales para su funcionamiento están habilitadas para la prestación del servicio, esto realmente no garantiza en ninguna forma la calidad de ellos, lo que hace es presentar una brecha entre lo teórico y la actividad desarrollada en la prestación del servicio de salud.

Todos los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud están obligados a cumplir con los objetivos que plantea el Decreto 2174 Noviembre 28 de 1996 y la Resolución 4252 de Noviembre 14 de 1997.

A través del **Sistema de Garantía de Calidad** se pretende un reordenamiento de todo el sector con el cual se aúnan esfuerzos para ofrecer calidad y equidad en la atención de salud por el conjunto de características técnico-científicas, humanas, financieras y materiales. "El término calidad se refiere a la mejor conveniencia de un producto o servicio, en relación con el uso que se le va a dar, es decir a su eficacia. Entre más adecuado sea un producto, mayor es su calidad; las decisiones acerca de la calidad nacen de los objetivos del hospital y de su nivel de complejidad"³ que debe tener la seguridad social en salud bajo la responsabilidad de las personas e instituciones que integran el sistema y que satisfaga las necesidades y expectativas del usuario.

³ MALAGON, Gustavo, *Administración Hospitalaria*, 1° Ed. Bogotá D.C. Editorial Medica Panamericana, 1996, 424 p.

Este proceso podemos lograrlo integrando y motivando al talento humano de las instituciones para lograr el objetivo de proveer atención de la mejor calidad: tanto en la parte asistencial como al sistema operativo. (Area Médico-Científica y Area Administrativa).

3. ASPECTOS BASICOS EN LA IMPLEMENTACION DEL PLAN DE DESARROLLO

El sistema obligatorio de garantía de calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aplican a todas las personas naturales y jurídicas, que integran el Sistema de Seguridad Social en Salud (E.P.S., I.P.S., Administradora del régimen subsidiado, las entidades de medicina prepagada, entidades adaptadas y todas las organizaciones que actúen como tales en el Sistema General de Seguridad Social en Salud) garantizando a los usuarios la accesibilidad, oportunidad, la seguridad y la racionalidad técnica.

El sistema obligatorio de garantía de calidad es un conjunto de normas, requisitos y procedimientos indispensables que deben cumplir los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud con el fin de garantizar a los usuarios de los servicios el mayor beneficio, a un costo razonable y con el mínimo riesgo posible.

Para el diseño, implementación y evaluación del sistema de garantía de calidad en las entidades promotoras de salud y los que se asimilen, se elabora un plan de desarrollo institucional del cual hacen parte los siguientes elementos:

- Manual de calidad
- Manual de procedimientos
- Planes de mejoramiento
- Informes de calidad

Y para los prestadores de servicio de salud deberán desarrollar obligatoriamente un sistema de garantía de calidad el cual deberán incluir los siguientes componentes:

- **El cumplimiento de los requisitos esenciales para la prestación de servicio de salud.**
- **El diseño y ejecución de un plan para el mejoramiento continuo de la calidad.**
- **El desarrollo de un sistema de información que incluya oferta y uso de los servicios, perfil epidemiológico y situación de salud de los usuarios atendidos.**

Los hospitales se vieron sometidos a transformarse de instituciones totalmente subsidiadas por el presupuesto oficial a empresas autosuficiente, desde este punto de vista económico para la cual el parámetro de calidad es la única compuerta que le abre paso hacia la competencia.

Los hospitales hoy se conciben como empresas prestadoras de servicios de salud, en disposición permanente de atender a cabalidad las expectativas y demandas de un cliente. El usuario esta informado que en relación con su salud no solo tiene unos deberes, sino también una serie de derechos es por ello que son más exigentes y hacen uso de sus derechos reclamando una buena calidad en la atención, por lo cual deben cumplir con los objetivos establecidos en el Decreto 2174 de Noviembre 28 de 1996 y la Resolución 4252 de Noviembre 14 de 1997.

4. DEFINICION DE TERMINOS BASICOS

En el desarrollo de este ensayo se mencionan términos que definiré a continuación:

Calidad de atención en salud:

Es el cumplimiento del conjunto de características técnicas, científicas y humanas, con el uso eficiente de los recursos, la minimización de riesgos y la satisfacción de los usuarios, que deben tener la prestación de los servicios de salud.

Atención de salud:

Es la actividad desarrollada tendiente a promover la salud, prevenir la enfermedad, curar y rehabilitar al individuo, la familia y la comunidad.

Oportunidad:

Cualidad entendida como la satisfacción de las necesidades de la salud en el momento indicado.

Aseguramiento de la calidad:

Es el proceso para garantizar al paciente resultados óptimos a través de una atención integral, oportuna y eficiente,

Calidad:

El sistema establece mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención.

Equidad:

Por lo cual el sistema proveerá servicios de salud de igual calidad a todos los habitantes de Colombia sin distinguir capacidad de pago o riesgo de enfermarse.

En este ensayo tomaremos como modelo para desarrollar el manual de calidad a una institución prestadora de servicios de salud, elaboraremos un plan de desarrollo institucional del cual hacen parte los siguientes elementos:

4.1. MANUAL DE CALIDAD:

Consiste en una descripción general de la organización, de su estructura orgánica, de los elementos que la conforman, su sistema de evaluación y mejoramiento continuo de la calidad y de las normas internas que respaldan su adecuado funcionamiento. Contiene además una declaración general de la filosofía de la organización y de sus principios, políticas y estrategias en materia de calidad.

TITULO:	Manual de Garantía de Calidad
EMPRESA:	I.P.S.
4.1.1. Propósito:	Proveer una herramienta de administración para que cada uno del recurso humano conozca y cumpla a cabalidad con su responsabilidad de proveer atención de la mejor calidad.
Localización:	Se debe citar la ciudad, Distrito, Municipio, la dirección Completa de la I.P.S.
4.1.2. Reseña Histórica:	Se relata la forma como esta conformado el grupo de

socios y/o accionistas, la intención por crear la empresa y los objetivos esperados, incluyendo la fecha en que se constituyó la empresa y la prestación de los servicios.

4.1.3. Recurso Humano: Es el activo más importante de una empresa es el soporte principal para el desarrollo integral de la institución.

- Establecer programas de capacitación y evaluación para el desarrollo del recurso humano.
- Realizar programas de motivación personal dirigidos al recurso humano.
- Establecer una comunicación y retroalimentación eficiente entre las diferentes niveles de la organización (representados en el organigrama).
- Identificar las necesidades básicas y la satisfacción del recurso humano.
- Crear comités de participación por áreas del recurso humano en la toma de decisiones.
- Crear el comite paritario.

4.1.4. Evaluación Del Cliente:

- Realizar cuestionarios con indicadores que nos permitan medir la satisfacción de los servicios recibidos por los clientes.
- Crear los portafolios de servicios.
- Desarrollar servicios de acuerdo a nuestro objetivo social.

4.1.5. Calidad: Las características principales de la calidad de la atención en salud son: La sensibilidad, la oportunidad, la seguridad y la racionalidad técnica. La calidad integral características adicionales como la idoneidad y competencia profesional, la disponibilidad y suficiencia en los recurso, la eficacia, eficiencia, integridad, continuidad, atención humanizada y la satisfacción del usuario con la atención recibida.

- Aplicar el Decreto 2174 de Noviembre 14 de 1996.
- Realizar evaluaciones periódicas en todas las áreas y establecer los

correctivos en forma oportunamente, eficiente y eficaz.

- Desarrollar planes estratégicos para el mejoramiento continuo.
- Realizar los informes de calidad periódicamente.

4.1.6. Rentabilidad: Mide la efectividad total de la dirección general al mostrar las actividades generadas por la venta de los servicios prestados y la renta de las inversiones temporales.

- Realizar propuestas económicas con incentivos (descuentos por pronto pago).
- Crear paquetes de servicios a un mejor precio.
- Suscribir con las E.P.S. privadas y públicas sin excepción contratos de prestación de servicios.
- Hacer un uso racionalizado de los gastos incurridos en la prestación del servicio.
- Crear protocolo del uso de medicamento y materiales quirúrgicos para los procedimientos de diagnóstico y quirúrgicos.
- Elaborar presupuesto de ingreso y egreso, ejecutando los niveles presupuestados.

4.1.7. Servicios: Consumir o producir bienes que son principalmente intangibles y a menudo consumidos al mismo tiempo en que son producidos.

- Evaluar periódicamente los niveles de servicios al cliente y establecer los correctivos.
- Mejorar los momentos de verdad del cliente.
- Crear un buzón de sugerencias para los clientes externos e internos.
- Crear un formato de quejas y reclamos y establecer los indicadores de gestión y la corrección inmediato de los procesos.
- Brindar una asesoría permanente al cliente durante la prestación del servicio.

4.1.8. Medio Ambiente: El ambiente hospitalario es el conjunto de condiciones humanas, técnicas, físicas, químicas, biológicas, económicas, administrativas y sociales que tienen influencias sobre la salud del individuo. Este ambiente puede ser favorable (higiénico) o desfavorable (antihigiénico), propicio o nocivo; grato u hostil; contaminado o no; normalmente se habla de bueno o malo, de todas maneras debe existir un equilibrio entre unos factores y otros de manera que garantice un estado de bienestar para el individuo.

- Crear los protocolos para realizar los procedimientos de diagnóstico y quirúrgicos.
- Establecer mecanismos de control para el manejo de sólidos y líquidos generados por la prestación del servicio en los procedimientos de diagnóstico, quirúrgicos y administrativos.
- Hacer contratos con las firmas autorizadas por el Dadima para el manejo de los desechos sólidos y líquidos.
- Crear los protocolos de acuerdo con las indicaciones del Dadima para el manejo y almacenamiento de los desechos líquidos y sólidos con el fin de mantener el equilibrio ecológico.

4.1.9. Responsables:

Gerente General y/o Director:

Siendo la máxima autoridad jerárquica en una institución hospitalaria, tiene que estar comprometido con los procesos para lograr los resultados planeados, por lo cual debe:

- Constatar que se cumplan todos con los procedimientos y métodos planteados para cada proceso y actualizarlas según el caso.
- Comprometer el recurso humano por la calidad en el desarrollo de los procesos.

- Evaluar al recurso humano, que le garantice que reúnen los requisitos establecidos para ocupar los diferentes cargos de la institución (realizar un excelente selección de personal).

4.1.10. Comité de Calidad:

Es ante todo un coordinador de personas, esfuerzos, grupos, actividades, tecnología; con un manejo moral y profesional de las relaciones humanas que induzcan a la actividad y despierte permanente solidaridad que comprometa a todo el personal de la institución con la filosofía, las estrategias, las metas y los objetivos por alcanzar garantizando la calidad en los servicios ofrecidos.

Realizar evaluaciones constantes de los distintos trabajos y actividades tanto de personas, como de grupo dará la medida del compromiso adquirido, el clima de trabajo, el entusiasmo por el servicio y las relaciones interpersonales que le permitan orientar y dirigir los esfuerzos de las personas es decir "ponerse la camiseta de la entidad".

- Elaborar y evaluar los programas de mejoramiento continuo.
- Elaborar y evaluar las políticas de calidad.
- Velar por el cumplimiento de los objetivos de la institución.

4.1.11. Integrantes del Comité de Calidad:

El comité debe estar conformado por todos los jefes de departamento, divisiones, gerentes de áreas, directores científicos, con el fin de obtener una mayor fuente de información en los procesos para obtener un mejoramiento continuo.

4.2. MANUAL DE PROCEDIMIENTO:

Describe los procedimientos administrativos, realizados en la I.P.S. la cual participan todos los empleados y asesores (Revisor Fiscal, Contador, Director Medico – Científico).

4.2.1. Objetivo: una guía práctica, para los empleados al momento de realizar sus actividades, (desarrollo de sus funciones) a través de la descripción y graficación de los mismos.

El alcance de este manual es cubrir todos los procesos realizados en cada uno de los cargos contemplados en el organigrama institucional.

4.2.2. Responsabilidad: recae en todos y cada uno de los trabajadores que desarrollan sus funciones y es de estricto cumplimiento con el fin de evitar tramites fuera del procedimiento.

El Manual de Procedimiento debe ser entregado a cada trabajador conjuntamente con el Manual de Funciones, ya que ellos pueden consultarlo permanentemente para el desarrollo de sus funciones.

De igual forma es material de consulta para aquellas personas que tienen responsabilidad de ejecutar, dirigir y controlar los procedimientos. Para realizar este manual se hace necesario realizar un levantamiento de funciones por cada cargo del organigrama, con base a esta información se realiza el Manual de Funciones y luego en una forma descriptiva y gráfica se realiza el Manual de Procedimiento y métodos.

Tomaremos un cargo a manera de ejemplo y desarrollaremos el Manual de Funciones y el Manual de procedimiento del Gerente General.

4.2.3. Manual de Funciones

NOMBRE DEL CARGO:	GERENTE GENERAL	Pág. 1 de 3
DEPARTAMENTO:	Administrativo	
CARGO DEL JEFE INMEDIATO:	Junta Directiva	
REPORTA A:	Junta Directiva - Junta de Socios	
RESPONSABLE DE:	Velar, dirigir y controlar las actividades generales de la I.P.S., velar por una adecuada calidad de los servicios que se prestan y hacer cumplir las políticas y objetivos generales de los diferentes departamentos.	
FUNCIONES ESPECIFICAS:		
	1. Revisar los reportes diarios de caja.	
	2. Analizar el informe financiero sobre los saldos y el estado en que se encuentran las cuentas bancarias.	
	3. Solicitar el número de cirugías a realizar.	
	4. Autorizar ordenes de compras.	
	5. Autorizar los mantenimientos de equipos.	
	6. Autorizar los mantenimientos locativos.	
	7. Revisar los reportes de cartera.	
	8. Revisar los ingresos por factura.	
	9. Visitar a los clientes.	
	10. Visitar a los clientes para recaudar cartera.	
	11. Realizar llamadas a los clientes para recordarles los contratos.	
	12. Establecer programas de pago a proveedores.	
	13. Evaluar las funciones de los empleados.	
	14. Evaluación de procedimientos y corrección por áreas.	
	15. Realizar propuestas a los clientes por el vencimiento de los contratos.	
	16. Realizar reuniones con el personal de la clínica.	
	17. Evaluar los estados financieros.	
	18. Planear, organizar, ejecutar y controlar la gestión administrativa.	
	19. Asistir a reuniones con la Junta Directiva para ver el comportamiento que ha tenido la institución.	
	20. Supervisar las actividades que se realizan en los distintos departamentos.	
	21. Hacer los informes mensuales de las actividades desarrolladas y presentar los estados financieros y sus recomendaciones a la Junta de Socios.	
	22. Las demás que le sean asignadas.	
REVISADO POR:	APROBADO POR:	

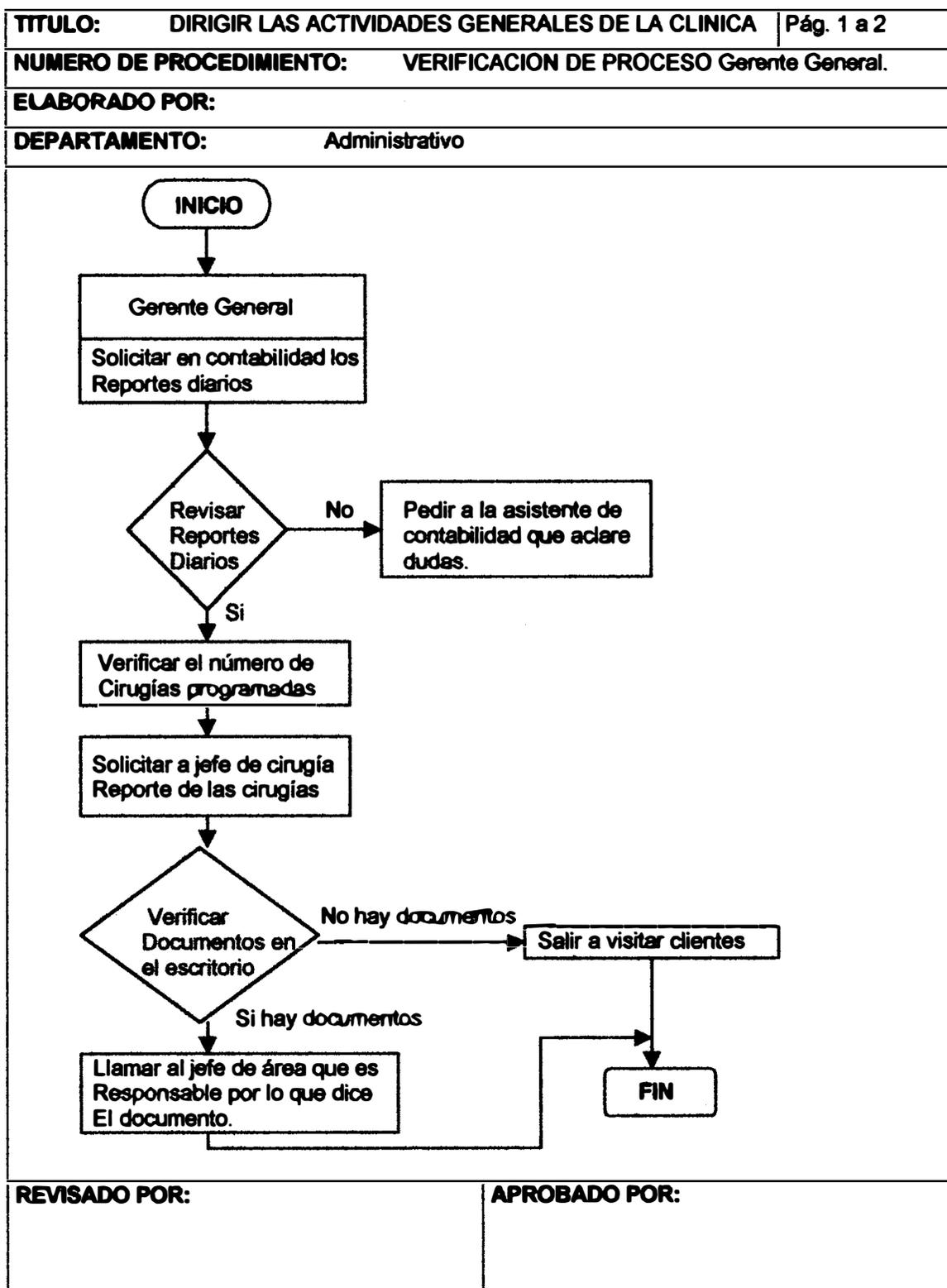
NOMBRE DEL CARGO:		GERENTE GENERAL	Pág. 2 a 3
DEPARTAMENTO:		Administrativo	
NOMBRE DEL JEFE INMEDIATO:			
CARGO DEL JEFE INMEDIATO:		Junta Directiva	
REPORTA A:		Junta Directiva – Junta de Socios	
FACTORES		DESCRIPCIONES	
CONOCIMIENTO Y HABILIDADES	Educación	Nivel de educación universitaria en Administración de Empresas o carreras a fines con especialización en Administración Hospitalaria o Gerencia en Salud.	
	Experiencia	Para desarrollar normalmente sus funciones debe tener una experiencia mínima de tres (3) años en el desarrollo de actividades relacionadas con este cargo.	
	Adiestramiento	Requiere adiestramiento en todo lo relacionado con el área científica de la clínica.	
	Características Físicas	Debe mantener una presentación personal impecable.	
	Aptitudes Personales	Debe mantener preferencia por el trabajo en equipo, habilidad para motivar al paciente. Además de ser paciente y tolerante, tener don de mando, don de gente, organizada, cooperadora, responsable, capacidad para establece relaciones, discreta objetiva e imparcial.	
RESPONSABILIDAD	Por Supervisión	Ejercer supervisión directa de la secretaria general, coordinador administrativo y en forma indirecta de todos los jefes de departamento de la clínica.	
	Por Equipos y herramientas	Mantener bajo su cuidado los equipos que opera.	
	Por Dinero y/o Valores	Es responsable por valores, dinero.	
	Por Información Confidencial	Maneja información confidencial	
REVISADO POR:		ELABORADO POR:	

NOMBRE DEL CARGO:		GERENTE GENERAL	Pág. 3 a 3
DEPARTAMENTO:		Administrativo	
NOMBRE DEL JEFE INMEDIATO:			
CARGO DEL JEFE INMEDIATO:		Junta Directiva	
REPORTA A:		Junta Directiva – Junta de Socios	
FACTORES		DESCRIPCIONES	
ESFUERZO	Físico	Requiere de nivel normal en las actividades realizadas.	
	Auditivo	Requiere de un nivel normal en las actividades realizadas.	
	Visual	Requiere de un nivel normal en las actividades realizadas.	
CONDICIONES DEL TRABAJO	Ambiente Laboral	Permanece sentado la mayoría del tiempo.	
	Riesgos Ocupacionales	Está expuesto a sufrir accidentes característicos de oficina.	

4.2.4. Manual de Procedimiento y Métodos

TÍTULO: DIRIGIR LAS ACTIVIDADES GENERALES DE LA CLINICA		Pág. 1 a 1
NUMERO DE PROCEDIMIENTO: VERIFICACION DE PROCESO Gerente General.		
ELABORADO POR:		
DEPARTAMENTO: Administrativo		
PROCEDIMIENTO:		
Secuencia	Responsable	Descripción
1	Gerente General	Solicita a contabilidad los reportes diarios, los cuales son el cierre diario de caja, informe sobre los saldos y estado en que se encuentran las cuentas bancarias, reportes de cartera e ingresos por facturas.
2	Gerente General	Revisar cada documento para dar el visto bueno.
2.1	Gerente General	Si no da el visto bueno a algún documento, llama a la asistente de contabilidad, para que él aclare las dudas.
3	Gerente General	Luego verifica el número de cirugías programadas para el día, y pide reporte a jefe de cirugía.
5	Gerente General	Verifica si en su escritorio hay algún documento que requiera atención inmediata, tales como autorizaciones para compras, mantenimientos de equipos y/o locación, datos de clientes, entre otras.
6	Gerente General	En caso de haber algún documento, llama a la persona encargada del área.
7	Gerente General	Sale a visitar los clientes, para recaudar cartera, para renovar contratos, o para conseguir nuevos clientes.
REVISADO POR:		APROBADO POR:

Flujograma:



4.3. PLANES DE MEJORAMIENTO

Es el conjunto de proyectos y programas mediante los cuales las instituciones, se comprometen en su proceso de mejoramiento continuo de la calidad mediante la actualización de los conocimientos con las últimas tecnologías científicas y administrativas, es indispensables ante el permanente cambio originado por los descubrimientos científicos y las innovaciones tecnológicas que el gerente y/o director debe promover e innovar constantemente los programas de capacitación en las áreas médicas, paramédicas y administrativas con el fin de desarrollar grupos de trabajos mas eficientes y responsables.

4.3.1. Etapas a Desarrollar en Plan de Mejoramiento:

1. Diagnostico de la Institución a través de un análisis Dofa que le permita conocer las debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas es decir, tendrá un análisis interno, externo de la institución y su competencia.
2. Con base al diagnostico se elaboran los objetivos generales y específicos de la institución.
3. Desarrollar una planeación estratégica con base al diagnostico y objetivos, establecer las actividades a desarrollar indicando:

Objetivos, actividad a desarrollar, responsable, tiempo de ejecución y los indicadores de gestión.

Este es un proceso que se puede lograr a mediano y largo plazo.

4.3.2. Informes de Calidad

"Para medir la calidad debemos evaluar tres áreas: La estructura, los procesos y los resultados. La estructura se refiere a la organización de la institución y a las características de sus recursos humanos, físicos y financieros. Los procesos corresponden al contenido de la atención y la forma como es ejecutada dicha atención. Los resultados representan el impacto logrado con la atención, en términos de mejoras en la salud y bienestar de las personas, grupo o poblaciones, así como la satisfacción de los usuarios por los servicios prestados"⁴

El informe de calidad es el conjunto de documentos que se generan como resultado de las actividades desarrolladas en la evaluación, seguimiento y control de la calidad que nos permite la toma de decisiones para brindar una atención de buena calidad a los usuarios del S.G.S.S.

⁴ Ibid. Pág. 503.

5. CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS ESENCIALES

Los prestadores de servicios de salud deben presentar en forma obligatoria desde su creación y luego cada dos años los requisitos esenciales ante las Direcciones Seccionales o Distritales de Salud y los municipales calificadas y autorizadas a través del Ministerio de Salud, un documento en el cual declaran cumplir con los requisitos esenciales para la prestación de cada uno de los servicios de salud que ofrezcan y se comprometan a cumplirlos por el tiempo que dure la prestación al servicio de igual forma deberá informar cualquier modificación respecto de la declaración presentada.

Dicho documento servirá para acreditarse ante las entidades de vigilancia de acuerdo con lo establecido en el numeral 9 del Artículo 153 de la Ley 100 de 1993.

6. SISTEMA DE INFORMACION

El sistema de información de las I.P.S. deberá contener el portafolio de servicios de la entidad y permitir la implantación de mecanismos de autoevaluación, así como la información estadística que permita conocer el estado de salud, el perfil epidemiológico de la población de usuarios atendidos y los costos de utilización de los servicios, de igual manera fijar en sitio visible al público, el reporte periódico de la gestión institucional, de acuerdo con las especificaciones que determiné el Ministro de Salud.

7. AUDITORIA MEDICA

Es la evaluación sistemática de la atención en salud, con el objetivo fundamental de mejorar la calidad de los servicios. Significa la comparación entre calidad observada y la calidad deseada de acuerdo con las normas técnico-científicas y administrativas previamente estipuladas para la atención en salud, podrán ser utilizados diferentes procedimientos de seguimiento, evaluación e identificación de problemas y de soluciones en la prestación de los servicios.

Los papeles de trabajo generados durante las labores de auditoria, hacen parte de los informes de calidad y deberán ser presentados cuando así lo requieran las autoridades competentes en el curso de la investigación y de las acciones de vigilancia y control.

Auditoria Institucional

"Es la evaluación integral y sistemática de las actividades científicas (Asistenciales, Docentes e Investigativas), que realiza un organismo de salud ambulatorio u hospitalario"⁵.

Auditoría Medica:

"Es la evaluación del acto medico en lo relativo a diagnostico y manejo terapéutico suministrado al paciente por parte del profesional que imparte asistencia medica"⁶

⁵ Ibid. Pág. 563.

⁶ Ibid. Pág. 563.

CONCLUSION

El Ministerio de Salud se ha preocupado por los usuarios y es por ello que reglamentan con obligatoriedad el Sistema de Garantía de Calidad el cual se plantea en el Decreto 2174 de Noviembre 28 de 1996, además establece las normas técnicas, científicas, administrativas y fija procedimiento de registro en la declaración de Requisitos Esenciales mediante la Resolución 4252 de Noviembre 14 de 1997.

Esta reglamentación origina nuevos programas que deben implementar tanto las I.P.S. como las E.P.S. logrando elevar el nivel de debates sobre salud dentro del país y sobre las políticas de los sistemas dentro de los hospitales; es decir, ocurre una acumulación de información indicando los éxitos y fracasos del sistema hospitalario del país como de las E.P.S.

Para aquellas empresas que si han cumplido con lo establecido en el Decreto y Resolución arriba mencionadas, logrando integrar su recurso humano en la participación activa se han generado enormes motivaciones en el personal ya que siente que están trabajando para lograr un objetivo moral alto es decir proveer atención médica de alta calidad a los usuarios.

Las I.P.S. y E.P.S. que no enfrenten este nuevo reto de la garantía de la calidad su tendencia es desaparecer del mercado ya que la Ley 100 de 1993 establece la libre escogencia a las E.P.S. cada 18 meses, contados a partir de la fecha de afiliación a menos que se presenten casos de mala prestación de los servicios o suspensión de las E.P.S. respectiva.

De la misma manera el afiliado podrá escoger libremente la I.P.S. de su preferencia, es decir el usuario es un ente evaluador que decide si compran o no el servicio, todo depende de su grado de satisfacción.

¿Es posible que los organismos de dirección, vigilancia y control realicen una evaluación idónea para las acreditaciones?.

¿Será que los organismos de dirección, vigilancia y control realicen evaluaciones periódicas exigiendo el cumplimiento de las normas de garantía de la calidad?.

¿Se realizará de partes de los organismos Distritales, Departamentales y Nacionales evaluaciones bajo el criterio de honestidad, idoneidad a todos las entidades públicas y privadas?.

¿El recurso humano de estos organismos está calificado para realizar las evaluaciones?.

¿Hasta donde en estos organismos existen injerencias de tipo político y se benefician a los copartidarios que no cumplen con los requisitos exigidos?.

¿De que manera estos organismos ejercen control, vigilancia y sanción sin que el recurso humano no obtengan beneficios económicos?.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

**ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE. Constitución Política de Colombia.
1ª Edición Santafé de Bogotá, 3ra. Editores Ltda, 1998. 536 p.**

**ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE LEY 10 Y DECRETOS
REGLAMENTARIOS, Bogotá D.C. Editorial Unión Ltda. 293 p.**

**ISHIKAWA. Ka Oru ¿Qué es el control total de calidad?. La Modalidad Japonesa,
10 Ed. Editorial Norma 1996. 209 p.**

**LONDOÑO MALAGON. Gustavo Administración Hospitalaria. 1ª Ed. Bogotá D.C.
Editorial Medica Internacional Ltda, 1996. 572 p.**

**MINISTERIO DE SALUD. Desarrollo Jurídico del Sistema General de Seguridad
Social en Colombia. WWW.Minsalud.Gov.Co.**

**REPUBLICA DE COLOMBIA SISTEMA DE SEGURIDAD INTEGRAL LEY 100 DE
1993 Y DECRETOS REGLAMENTARIOS. Edición Actualizada. Santafé de
Bogotá, Editorial Unión Ltda, 1998. 340 p.**