EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

JAIRO DAVID NEIRA SOLANO
ALFONSO ANGULO PINEDO
FRANCISCO RUSSY ESCOBAR

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR

ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA MEDICA

BARRANQUILLA ATLÁNTICO
2002

0007

INSTITUTO DE POSTGRADO

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

JAIRO DAVID NEIRA SOLANO
ALFONSO ANGULO PINEDO
FRANCISCO RUSSY ESCOBAR

Tesis para optar al titulo de
Especialista en Auditoria Medica

Director
MOYRA STRIEDINGER
Medico. Maestría en Administración de Empresas

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR

ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA MEDICA

BARRANQUILLA ATLÁNTICO
2002

UNIVERSIDAD
SIMÓN BOLÍVAR
BIBLIOTECA JOSE MARTI
No. Inventario
Precio
Fecha
Donación
Canje

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

Moyra Striedinger, Director del programa de Especialización en Auditoria Medica de la Universidad Simón Bolívar por sus valiosas orientaciones y contribución a nuestra formación profesional.

Jaime Perna, Medico Neurocirujano, Director Científico del Instituto de Neurociencias Clínica del Sol Ltda. por su colaboración en el desarrollo del presente trabajo.

RESUMEN

En el escenario actual donde se desarrollan los servicios de salud, es la calidad de los mismos, un objetivo mancomunado para lograr la competitividad en el mercado. Su evaluación fue uno de los paradigmas que por muchos años prevaleció en el sector.

El equipo se propuso como objetivo evaluar la calidad de los servicios de salud ofrecidos en el Instituto de Neurociencias Clínica del Sol, Institución de tercer nivel de atención, durante los meses de octubre de 2001 a marzo de 2002.

La herramienta metodologíca usada corresponde a un estudio de tipo descriptivo la cual incorpora en su desarrollo la utilización del método CDOPRI propuesto por Galán y sus colaboradores y la matriz DOFA de la prospectiva estratégica. Con CDOPRI se tienen en cuenta seis componentes: contexto, demanda, proceso, resultado e impacto o efecto. Cada uno de los componentes anotados incorpora variables, sub-variables, indicadores y rejillas de evaluación que permitieron la evaluación integral de la institución de salud y es aplicable a cualquier IPS cualquiera que sea su complejidad.

A cada componente se le aplico la matriz DOFA para puntualizar las fortalezas y las debilidades del pasado y del presente de la entidad así como las oportunidades y amenazas del futuro.

Una vez evaluado cada componente se analiza la forma de cómo afecta cada uno de los componentes las variables que corresponden a atributos de la calidad. Se obtuvo una calificación global general de 2.02 sobre 4.

El estudio ratifica que la calidad es una condición que depende de múltiples factores externos e internos que involucran a todas las áreas de la organización con el fin de optimizar los recursos en procura de brindarle al usuario los mayores beneficios a un bajo costo.

El estudio permitió la evaluación cualitativa y cuantitativa de la calidad y puntualizo objetivamente las áreas y aspectos sobre los que hay que trabajar para lograrla. En virtud de este proceso se pudo concluir que el Instituto de Neurociencias Clínica del Sol debe reorientarse estructural y funcionalmente para satisfacer las expectativas del cliente externo, cliente interno y las de competitividad financiera esperada por los socios, sobre el esquema legal del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
1. ANTECEDENTES	14
2. MARCO TEÓRICO	16
2.1. CONCEPTUALIZACION	16
2.1.1. CALIDAD EN SALUD	19
2.1.2. Garantía de calidad en la empresa	23
2.1.2.1. Mejoramiento continuo	24
2.1.2.2. Mejoramiento gradual	25
2.1.2.3. Mejoramiento radical	25
2.1.2.4. Planes locales y generales	26
2.1.3. Auditorias	26
2.1.4. Agilidad y automatización	27
2.1.5. Garantía de calidad en salud	28
2.2. REVISIÓN DE LA LITERATURA. REFERENCIA.	30
3. MARCO LEGAL	33
3.1. UNIVERSO MACRO	33
3.1.1. Concepción de estado	33
3.1.2. Concepto de la norma	34
3.2. PROCESO DE REGLAMENTACIÓN	36
3.2.1. Descripción por ejes	36
3.2.2. Descripción de normas	37
4. JUSTIFICACIÓN	41
5. OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS	45
6. HIPÓTESIS	46
7. DISEÑO METODOLÓGICO	47
7.1. TIPO DE ESTUDIO	47
7.2. TIPO DE MUESTRA	52
7.3. MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	52
7.4. CARACTERÍSTICAS DE LA METODOLOGÍA	56
8. VARIABLES	57
9. RESULTADOS	59
9.1. CONTEXTO. DIAGNOSTICO SITUACIONAL EXTERNO	59
9.1.1. Contexto general	59

INSTITUTO

9.1.1.1.Contexto social 59
9.1.1.2. Contexto económico 60
9.1.1.3. Contexto político 62
9.1.1.4. Contexto tecnológico 63
9.1.2. Contexto medio 64
9.1.3. Contexto proximal 65
9.1.3.1. Competencia 65
9.1.3.2. Entidades financieras 67
9.1.3.3. Entidades del estado 67
9.1.3.4. Proveedores 68
9.1.3.5. Aspectos geográficos 70
9.1.3.6. División política administrativa 70
9.1.3.7. Educación 70
9.1.3.8 Cobertura de servicios públicos. Saneamiento básico 73
9.1.3.9 Cobertura de servicios de salud 74
9.1.4. Análisis estructural del contexto 74
9.1.4.1. Evaluación del contexto general 75
9.1.4.2. Evaluación del contexto medio 76
9.1.4.3. Evaluación del contexto proximal 77
9.2. DEMANDA 78
9.2.1. Dinámica demográfica 78
9.2.2. Diagnostico de salud 80
9.2.2.1. Morbilidad general 80
9.2.2.2. Mortalidad general 81
9.2.2.3. Mortalidad materna y perinatal 82
9.2.2.4. Mortalidad por causas externas. 82
9.2.3. Demanda institucional 84
9.2.3.1. Morbilidad general 84
9.2.3.2. Morbilidad por servicios 84
9.2.3.2.1. Imágenes diagnosticas 84
9.2.3.2.2. Rehabilitación 87
9.2.3.2.3. Intervenciones quirúrgicas 88
9.2.3.2.4. Hospitalización 90
9.3. OFERTA. DIAGNOSTICO SITUACIONAL INTERNO 94
9.3.1. Antecedentes históricos 94
9.3.2. Perfil institucional 95
9.3.3. Sede de la entidad 97
9.3.4. Recurso físico – demanda 104

9.3.5. Ambiente interno de la institución 107
9.3.6. Proceso gerencial 115
9.3.6.1. Planeación 115
9.3.6.2. Estructura orgánica 117
9.3.6.3. Estructura funcional 119
9.3.6.3.1. Definición de la planta de cargos 119
9.3.6.3.2. Clasificación de los empleos 121
9.3.6.3.3. Perfil de los cargos por niveles 124
9.3.6.3.4. Parámetros para valoración de cargos 124
9.3.6.3.5. Definición de la escala salarial 125
9.3.6.4. Dirección 130
9.3.6.5. Evaluación y control 132
9.3.7. Clima y cultura corporativa 134
9.3.8. Ética en la institución 139
9.3.9. Sistemas de información 140
9.3.10. Diagnostico financiero 142
9.3.10.1 Análisis vertical 143
9.3.10.2 Indicadores financieros 148
9.3.10.2.1. Indicadores de liquidez 148
9.3.10.2.2. Indicadores de endeudamiento 150
9.3.10.2.3. Indicadores de actividad 152
9.3.10.2.4. Indicadores de rentabilidad 155
9.3.10.2.5. Indicadores de solvencia 156
9.3.10.2.6. Conclusiones del diagnostico financiero 156
9.3.11. Mercadeo 158
9.3.12. Recurso humano 159
9.3.13. Análisis de la oferta por servicios 164
9.3.13.1 Servicios administrativos 164
9.3.13.1.1. Administrativo 164
9.3.13.1.2. Gases medicinales 170
9.3.13.1.3. Alimentación 175
9.3.13.1.4. Lavandería 180
9.3.13.1.5. Mantenimiento hospitalario 185
9.3.13.1.6. Seguridad hospitalaria 189
9.3.13.1.7. Limpieza y aseo 193
9.3.13.1.8. Transporte y comunicaciones 196
9.3.13.2. Servicios intermedios 200
9.3.13.2.1. Cirugía 200
9.3.13.2.2. Esterilización 211
9.3.13.2.3. Farmacia 215

9.3.13.2.4. Rehabilitación 221
9.3.13.2.5. Unidad de cuidados intensivos adulto 232
9.3.13.2.6. Unidad de cuidados intermedios adulto 243
9.3.13.2.7. Radiología e imágenes diagnosticas 248
9.3.13.2.8. Laboratorio clínico 257
9.3.13.2.9. Enfermería 263
9.3.13.3 Servicios finales 265
9.3.13.3.1. Consulta externa 265
9.3.13.3.2. Hospitalización 270
9.4. EVALUACIÓN DE PROCESOS 278
9.4.1. Flujo gramas de atención 278
9.4.2. Tiempos de espera 278
9.4.3. Sistema de referencia y contrarreferencia 279
9.4.4. Historia clínica 280
9.4.5. Protocolos de manejo 280
9.5. EVALUACIÓN DE RESULTADOS 282
9.5.1. Concentración 282
9.5.2. Oportunidad 282
9.5.3. Utilización 282
9.5.4. Productividad 283
9.5.5. Aprovechamiento de cama hospitalaria 283
9.6. EVALUACIÓN DEL IMPACTO 285
12. CONCLUSIONES 289
13. ANEXOS

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Las 7 herramientas de la administración	18
Tabla 2. Era de la admón. estratégica de la calidad total	18
Tabla 3. 8 artículos de fe de lee y Jones	20
Tabla 4. Principales determinantes de la calidad en salud	21
Tabla 5. Principales variables de la calidad en salud	21
Tabla 6. Aplicación de indicadores de calidad en salud	22
Tabla 7. Principales factores de calidad en salud	22
Tabla 8. Cualidades de la calidad de la atención en salud	22
Tabla 9. Elementos básicos de las normas ISO 9000	24
Tabla 10. Pasos básicos de control	26
Tabla 11. Tipos y usos de la información en calidad	28
Tabla 12. Componentes de la evaluación de la calidad en un hospital	28
Tabla 13. Instituciones de III nivel en Barranquilla	66
Tabla 14. Organismos estatales	68
Tabla 15. Cobertura de servicios públicos	73
Tabla 16. Evaluación del contexto general	75
Tabla 17. Evaluación del contexto medio	76
Tabla 18. Evaluación del contexto próximo	77
Tabla 19. Actualización del censo de población	79
Tabla 20. Morbilidad general por grupo etéreo	80
Tabla 21. Muertes peri natal por causa	81
Tabla 22. Muertes violentas en el distrito por causa	83
Tabla 23. 10 primeras causas de morbilidad institucional	84
Tabla 24. Evaluación de la demanda	93
Tabla 25. Evaluación de la oferta sede de la entidad	103
Tabla 26. Evaluación de la oferta. recurso físico – demanda	105
Tabla 27. Control a la energía eléctrica	107
Tabla 28. Control de combustible	108
Tabla 29. Control de agua	109
Tabla 30. Control de residuos sólidos	110
Tabla 31. Control de residuos líquidos	111
Tabla 32. Productos para control básico ambiental	112
Tabla 33. Evaluación de la oferta. ambiente interno	113
Tabla 34. Evaluación de la oferta. Proceso gerencial. plantación	116

Tabla 35. Evaluación de la oferta. Proceso gerencial. estructura orgánica 118
Tabla 36. Evaluación del volumen de productos 119
Tabla 37. Descripción de cargos por niveles 122
Tabla 38. Descripción de salarios actuales 125
Tabla 39. Relaciones del personal 127
Tabla 40. Evaluación de la oferta. Proceso gerencial. estructura funcional 130
Tabla 41. Evaluación de la oferta. Proceso gerencial. dirección 131
Tabla 42. Evaluación de la oferta. Proceso gerencial. evaluación y control 132
Tabla 43. Evaluación de la oferta.
Integración de la evaluación del proceso gerencial 133
Tabla 44. Evaluación de la oferta. Clima y cultura corporativa. bienvenida 134
Tabla 45. Clima y cultura corporativa. Jefes y directores. 135
Tabla 46. Clima y cultura corporativa. entrenamiento y habilidades 136
Tabla 47. Clima y cultura corporativa. pertenencia 136
Tabla 48. Clima y cultura corporativa. liderazgo. 137
Tabla 49. Evaluación de la oferta. clima y cultura corporativa 138
Tabla 50. Evaluación de la oferta. ética en la institución 139
Tabla 51. Evaluación de la oferta. sistemas de información 141
Tabla 52. Evaluación de la oferta. recursos financieros 157
Tabla 53. Evaluación de la oferta. recurso humano 162
Tabla 54. Componentes de la oferta en general 163
Tabla 55. Cualitativo asistencial administrativo 164
Tabla 56. Evaluación cuantitativo asistencial administrativo 169
Tabla 57. Gases medicinales 170
Tabla 58. Evaluación cuantitativa gases medicinales 174
Tabla 59. Alimentación 175
Tabla 60. Evaluación cuantitativa alimentación 179
Tabla 61. Lavandería 180
Tabla 62. Evaluación cuantitativa lavandería 184
Tabla 63. Mantenimiento hospitalario 185
Tabla 64. Evaluación cuantitativa mantenimiento hospitalario 188
Tabla 65. Seguridad hospitalaria 189
Tabla 66. Evaluación cuantitativa seguridad hospitalaria 192
Tabla 67. Limpieza y aseo 193
Tabla 68. Evaluación cuantitativa limpieza y aseo 195
Tabla 69. Transporte y comunicaciones 196
Tabla 70. Evaluación cuantitativa transporte y comunicaciones 199
Tabla 71. Cirugía 200
Tabla 72. Evaluación cuantitativa cirugía 210
Tabla 73. Esterilización 211

Tabla 74. Evaluación cuantitativa esterilización 214
Tabla 75. Farmacia 215
Tabla 76. Evaluación cuantitativa farmacia 221
Tabla 77. Rehabilitación 222
Tabla 78. Terapia física 224
Tabla 79. Terapia respiratoria 228
Tabla 80. Evaluación cuantitativa rehabilitación 231
Tabla 81. Unidad de cuidado intensivo adulto 232
Tabla 82. Evaluación cualitativa unidad de cuidado intensivo adulto 242
Tabla 83. Unidad de cuidado intermedio adulto 243
Tabla 84. Evaluación cuantitativa unidad de cuidado intermedio adulto 246
Tabla 85. Imágenes diagnosticas 248
Tabla 86. Radiología e imaginología 250
Tabla 87. Evaluación cuantitativa imágenes diagnosticas 253
Tabla 88. Laboratorio clínico 257
Tabla 89. Evaluación cuantitativa laboratorio clínico 262
Tabla 90. Enfermería 263
Tabla 91. Evaluación cuantitativa enfermería 265
Tabla 92. Consulta externa 266
Tabla 93. Evaluación cuantitativa consulta externa 269
Tabla 94. Hospitalización 270
Tabla 95. Evaluación cuantitativa hospitalización 276
Tabla 96. Plantilla para integrar los componentes de la oferta general de servicios 277
Tabla 97. Evaluación de procesos 281
Tabla 98. Evaluación de resultados 284
Tabla 99. Evaluación del impacto 285
Tabla 100. Evaluación global de la calidad de la atención en salud 287

LISTA DE GRAFICAS

Pág.

Grafica 1. Integración de calificaciones de infraestructura física 277-A
Grafica 2. Integración de calificaciones de recursos humanos 277-B
Grafica 3. Integración de calificaciones de elementos de dotación 277-C
Grafica 4. Integración de calificaciones de procedimientos técnico – Administrativos 277-D
Grafica 5. Integración de calificaciones de registros de información 277-E
Grafica 6. Integración de calificaciones de trasporte y comunicaciones 277-F
Grafica 7. Integración de las calificaciones de auditoria de servicios 277-G
Grafica 8. Integración de las calificaciones de los diferentes servicios 277-H

1. ANTECEDENTES

La seguridad social, no es sistema o condición nueva impuesta por los Gobiernos Actuales. La seguridad social en tan antigua como lo es el mundo y como lo es el ser humano. Nace con la aparición del hombre primitivo, el cual se vio obligado a satisfacer sus necesidades mínimas esenciales y biológicas como la alimentación, vestidos, vivienda, salud y protección del ambiente que lo rodea.

A la llegada al nuevo mundo, de la barbarie blanca y civilizada, ondeando los pendones y las banderas de la corona española, que los hacia ilustres dignatarios del patíbulo, los cuales cometieron toda clase de atropellos, vejámenes, actos violentos, crueles y sangrientos contra nuestros antiguos y primitivos antepasados, que destruyeron los vestigios de una civilización ya existentes con sus normas, leyes, principios y fundamentos que dieron al traste con el Sistema de Seguridad Social importándonos enfermedades que no existía en aquella época como la sífilis y el resto de enfermedades venéreas que a pesar de las campañas de salud y de haber pasado tanto tiempo de su importación son todavía un flagelo que atacan a la población. Los historiadores narran que la salud estaba a cargo de los magos, hechiceros y sacerdotes quienes eran los encargados de curar las enfermedades, extraían los principios activos de los vegetales y animales los cuales aplicaban en forma de emplastos y pócimas. Estas antiguas civilizaciones tenían o contaban con leyes y constituciones, no escritas como fue lo de la gran nación Iroquesa que pobló parte del norte de los Estados Unidos de Norteamérica y del Canadá los cuales disponían de las décimas parte de sus cosechas y productos derivados de otras actividades como la caza y la pesca para subsidiar a los ancianos, enfermos e inválidos.

En Colombia, la Seguridad Social tiene sus inicios en el periodo comprendido entre los años 1934 y 1938, cuando el gobierno liberal de Alfonso López Puma rejo, conocido como el gobierno de la revolución social, obliga a los empresarios y patronos a darle atención médica a los trabajadores, se impuso la jornada diaria de 8 horas de trabajo, el descanso dominical obligatorio, la dotación de calzado y overoles, el pago de vacaciones y cesantías y el pago de los accidentes de trabajo (riesgos profesionales) constituyéndose en el precursor del Sistema de Seguridad Social en nuestro país, conocida como la ley de las prestaciones sociales.

Posteriormente en los años de 1945 se creo la caja nacional de previsión social atendiendo a los trabajadores y empleados de las instituciones gubernamentales la cual se fue extendiendo a todo el territorio nacional en sus diferentes niveles departamentales y municipales.

En el año 1945 se crea el Seguro Social Colombiano en el gobierno conservador de Mariano Ospina Pérez constituyéndose en sociedad tripartita formada por el gobierno nacional, los patronos y trabajadores, incumpliendo el gobierno nacional con sus

obligaciones y compromisos adquiridos hasta el día de hoy. El Seguro Social Colombiano cubre la atención médica de los trabajadores de las empresas particulares y privadas.
Las bases conceptuales e ideológicas del seguro social se apoyaron inicialmente en la ley del seguro social obligatorio emitidas en la república de Alemania por él celebre canciller de hierro el varón Otto Von Bismark y que al producirse la emigración del proletariado europeo hacia América Latina y especialmente al cono sur, después de la primera guerra mundial, trajeron la idea del Sistema de Seguridad Social que cubriría a toda América Latina, contando con los auspicios de la OIT y la influencia del plan Beverige preparado por Inglaterra como medida de reconstrucción nacional, después de la segunda guerra mundial.

Con el transcurrir del tiempo y en vista de la baja cobertura que cubría a los trabajadores del sector privado excluyendo a sus familias en el año de 1975, siendo precisamente el día de la Seguridad Social, en el mes de Septiembre se inaugura en la ciudad de Barranquilla el Seguro Social siendo presidente de la república el Doctor Alfonso López Michelsen y ministro del trabajo María Elena de Crovo con su nuevo plan piloto de medicina familiar, el cual se fue extendiendo hacia todo el territorio Colombiano.

En la década de los años 90 se convoca al pueblo colombiano mediante un plebiscito para ordenar una nueva constitución política y surge la gran asamblea nacional constituyente la cual redacta la constitución política del año de 1991 donde la Ley 100 de 1993 que define el Sistema General de Seguridad Social basadas en los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integridad, unidad y participación. La ley 100 con sus decretos reglamentarios a generado grandes retos a las instituciones de salud en cuanto a su organización y administración, atención al paciente y aspectos financieros obligándolas a transformarse y modernizarse para ser eficientes y competitivas para cumplir con las expectativas y satisfacciones razonables de los usuarios.

El Instituto de Neurociencias Clínica del Sol Ltda. se encuentra en un proceso de adaptación al nuevo ordenamiento del Sistema General de Seguridad Social, para asumir su responsabilidad acatando la normatividad legal como institución prestadora de servicios de salud. Para llevar cabo este proceso se ha planteado la reorganización integral de la institución para convertirla en un ente más eficiente y competitivo. El presente documento plantea la metodología seleccionada y los objetivos perseguidos para asumir el reto que el nuevo sistema a impuesto al sector privado, dedicado a la venta de servicios de salud sin desconocer los antecedentes históricos en materia de seguridad social aquí planteados y los posibles escenarios a los que nos somete la situación especial de nuestro país.

Nos queda por ultimo resaltar como antecedente en este aparte la voluntad de servicio a la comunidad Barranquillera de los profesionales médicos y paramédicos que constituyen la gran familia de la Clínica del Sol, Lo que nos motiva a organizarnos como un todo para asumir los retos que nos impone persé nuestra profesión y los cambios sociales y políticos de nuestro querido país en beneficio de las comunidades.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. CONCEPTUALIZACION

El mundo moderno exige cada vez más. Se quiere, se necesita y se desea que los productos y/o servicios sean excelentes; por ello, es muy importante, casi cuestión de supervivencia, que todas las instituciones que prestan servicios de salud se encaminen por la gran autopista de la calidad.

No hay definición única de calidad, sino diversas aceptaciones que pretenden integrar variables, determinantes indicadores y factores que comprenden principios de organización de procesos, sistemas de trabajo en equipo y evaluación del desempeño, tendiendo en cuenta las necesidades y expectativas de los clientes.

Calidad es un término dificil de definir, especialmente debido a que se ha mantenido en constante evolución, por lo cual cada definición debe estar interrelacionada con el contexto de la época en que fue expresada. Para apoyarse en "la evidencia" se debe definir la calidad. La evidencia se basa en lo medidle, confiable y generalizable.

Calidad abarca todas las cualidades con las que cuenta un producto y/o servicio para ser de utilidad a quien sirva de él. Es decir, un producto o servicio es de calidad cuando sus características, tangibles e intangibles, satisfacen las necesidades y expectativas de sus usuarios.

CALIDAD. Es capacidad. Es atender adecuadamente. Es liderar procesos. Es interesarse por todo y por todos. Es dedicarse por completo. Es amar lo que se hace. Es Decir "si se puede, y hacerlo bien".

Desde sus orígenes el hombre se ha preocupado por la calidad. De acuerdo con Bounds y colaboradores (1994), la calidad ha evolucionado a través de cuatro eras: La de la inspección (siglo XIX), que se caracterizo por la detección de los problemas generados por la falta de uniformidad del producto. La del control estadístico del proceso (década de los años 30) enfocada al control de los procesos y la aparición de métodos estadísticos para este fin y para disminuir los niveles de inspección. La del aseguramiento de la calidad (década de los años 50) que involucra a todos los departamentos de la organización en el diseño, planeación y ejecución de las políticas de calidad; y la de la administración estratégica de la calidad total (década de los 90), donde se hace hincapié en el mercado y en

las necesidades y necesidades y expectativas del cliente, reconociendo que la calidad es un factor muy importante desde el punto de vista competitivo.

Las anteriores eras están ligadas al "proceso de desarrollo de la administración" y para comprenderlas se requiere entender ese proceso. La primera de ellas se refiere a la inspección, que se deduce de los primeros aportes a las teorías de la administración (Federick W. Taylor y Henry Fayol). Continua con los métodos estadísticos de muestreo con el objeto de reducir los costos de inspección (años 30).

Después, Walter Shewart desarrollo "el proceso estadístico de procesos". Introduce el concepto de "control", el cual se refiere a sí "a través de experiencias previas, podemos predecir, cuando menos dentro de ciertos limites, como se espera que dicho fenómeno varíe en el futuro". Edwards Deming, norteamericano que trabajo en estudios de censos en el Japón, vivió allí la "evolución de la calidad". Definía el control de la calidad como "la aplicación de principios y técnicas estadísticas en todas las etapas de producción para lograr una manufactura económica con máxima utilidad del proceso por parte del cliente". Hasta esta etapa el enfoque de calidad se había orientado hacia la fabricación, producción, pero no existía idea de la calidad en el servicio.

A principios de los años 50, J.M Juran impulsó el concepto de "aseguramiento de calidad" que se basa en que el proceso de fabricación o de producción requiere de servicios que soporten la calidad.

Posteriormente Armard Feigenbaum estableció el concepto de control total de calidad, basado en el enfoque total de sistemas.

A principios de los años 60, la calidad comienza a mostrar desarrollos en otras latitudes, especialmente en el Japón. Mientras tanto en Estados Unidos aparecen los aportes de Philip Crosby, quien propone un enfoque orientado más hacia las relaciones humanas que hacia la técnica de fabricación, al que llama "cero defectos". Dice que la calidad es una cuestión de actitud para hacerlo bien.

Los japoneses publicaron sus desarrollos en calidad mediante la difusión de los llamados círculos de calidad.

Posteriormente muchos japoneses contribuyeron al desarrollo de la teoría de calidad, uno de los más destacados fue Kauro Ishikawa, para quien el control de calidad consiste en "desarrollar, diseñar elaborar y mantener un producto de calidad que sea el más económico, el más útil y que siempre satisfaga al cliente". Ishikawa menciona las siguientes características del control de calidad japonés:

a) El control de calidad consiste en que las empresas hagan lo que sus clientes les manden hacer;
b) El control de calidad tiene que traducirse en resultados tangibles de tipo económico;
c) El control de calidad empieza y termina con educación;

d) La implantación del control total de calidad requiere de un programa de educación continuo, desde el presidente de la compañía hasta los operarios de producción;

e) El control de calidad permite que cada cual en la organización pueda aportar lo mejor de sí mismo;

f) Cuando se implanta el control de calidad, mejoran las relaciones humanas.

Los japoneses idearon "7 herramientas administrativas" que ayudan al desarrollo y despliegue de estrategias de calidad. A continuación el siguiente cuadro.

Tabla 1.

LAS 7 HERRAMIENTAS ADMINISTRATIVAS
• Histograma
• Diagrama de pareto
• Diagrama de Ishikawa
• Hoja de comprobación
• Grafica de control
• Diagrama de dispersión
• La estratificación

Luego, durante la década de los ochenta y principios de los 90 se produjo una gran explosión de literatura, lo cual se ha llamado "administración estratégica de la calidad total". En el proceso de consolidación de ella se han desarrollado una gran cantidad de conceptos, técnicas y procedimientos orientados a la competitividad del negocio.

Entre estas podemos mencionar las siguientes:

Tabla 2.

ERA DE LA ADMINISTRACIÓN ESTRATÉGICA DE LA CALIDAD TOTAL
Conceptos
• La manufactura de clase mundial
• Justo a tiempo
• La función del despliegue de la calidad
• El benchmarking
• La reingeniería
• Los equipos de trabajo auto administrados
• La organización que aprende
• La calidad en el servicio
• La cadena del valor económico agregado
• La calidad hacia la excelencia
• La dirección estratégica de la empresa

El despliegue de las políticas de calidad a toda la organización se orientará con respecto a la planeación del proceso productivo, del proceso administrativo y el diseño de productos y servicios. Además este despliegue sirve para que la administración promueva una cultura de calidad entre los clientes internos, otorgue a los mismos recompensas y reconocimientos por sus logros en calidad y defina los programas de educación, entrenamiento y capacitación que apoyaran al desarrollo de los proyectos de mejoramiento mediante el trabajo en equipo.

La calidad excelente se logra cuando se tiene en cuenta normas, procesos, procedimientos y técnicas que satisfagan las necesidades y expectativas del cliente.

La calidad es un término muy amplio, que hace contacto con muchos elementos y conceptos. Puede ser algo tangible o intangible.

2.1.1. CALIDAD EN SALUD

Los primeros informes de calidad en medicina se originaron a finales del siglo XIX. El escenario fue la guerra de Crimea y el registro más importante fue la mortalidad en los hospitales de campaña, elaborado en el Florense Nightingale.

Durante muchos años casi todos los esfuerzos estaban dirigidos a desarrollar metodologías para la evaluación de la calidad; si embargo, los hallazgos obtenidos durante las evaluaciones no eran complementados con mecanismos que realmente pudieran mejorar los servicios proporcionados.

En 1848 se publicó en el Reino Unido el primer informe sobre muerte relacionada con anestesia. En este caso, se trataba de un paciente a quien se le había administrado cloroformo; por tanto, se recomendó la monitoria continua de pulso como medida para prevenir accidentes. Posteriormente aparecieron diversos estudios de mortalidad asociadas a la anestesia, muchos de los cuales contribuyeron a la evolución de la calidad en la especialidad, generando mejoras de equipo, de entrenamiento médico y de conciencia del riesgo anestésico.

Tal vez uno de los aportes más conocidos es el realizado por Lee Jones en 1933, quienes definían la calidad en salud en "8 artículos de fe".

Tabla 3.

8 ARTÍCULOS DE FE. Lee y Jones
• La buena atención médica se limita a la practica de una medicina racional basadas en las ciencias médicas
• La buena atención médica enfatiza la prevención
• La buena atención médica requiere la cooperación inteligente entre el público lego y los profesionales de la medicina científica
• La buena atención médica trata al individuo como un todo
• La buena atención médica mantiene una relación personal estrecha y continuada entre el médico y el paciente
• La buena atención médica esta coordinada con el trabajo y la asistencia social
• La buena atención médica coordina todos los tipos de servicios médicos
• La buena atención médica implica la aplicación de todos los servicios de que dispone la medicina científica moderna a las necesidades de toda la gente

En estos artículos se dice que los criterios de calidad no son nada más que juicios de valor que se aplicarán a distintos aspectos, propiedades, componentes o alcances de un proceso denominado atención médica. En este sentido, la definición de calidad puede ser casi cualquier cosa que se quiere que sea.

En 1954, se creo en Estados Unidos la Joint Comission For The Acreditation Of Hospitals, o en español, la Comisión Conjunta para la Acreditación de Hospitales, quien estableció los niveles mínimos aceptables de instalaciones, equipos, organización administrativa y profesional y calificaciones profesionales. Utilizando índices numéricos sobre la organización y su funcionamiento. Esto corresponde a los "estándares".

"Cada vez se presenta más atención a la medición y mejora de la calidad de los servicios de salud en general y de la asistencia hospitalaria en particular" (Mindel C.Sheps,1955).

Paterson y colaboradores en 1956 realizaron un estudio extraordinario sobre la relación existente entre la calificación de la calidad y las características de los médicos, incluso su formación y sus métodos de práctica.

En la década de los años 60 el Seguro Social Mexicano inicia programas de evaluación de calidad en salud.

En 1965 España realiza su primeros pasos hacia la estandarización y acreditación de la calidad en servicios de salud. Es en Barcelona donde primero se realizan estos esfuerzos.

En los Estados Unidos y el Reino Unido, aunque los sistemas de salud poseen características y tamaños distintos, el enfoque de la calidad es bastante similar al de los organismos multilaterales, ello se debe en buena parte a que dichos países son los que han

INSTITUTO

dado origen al enfoque multilateral de calidad, aunque en los últimos años se ha venido perfeccionando hacia un perfil de auditoria médica.

La Calidad en Salud es dificil de definir. Donabedian (1966) decía: "La calidad de atención médica es una idea extraordinariamente dificil de definir".

Tabla 4

PRINCIPALES DETERMINANTES DE LA CALIDAD EN SALUD
• Talento humano, recursos fisicos y recursos financieros
• Políticas y programas
• Tecnología
• Procesos médicos
• Procesos administrativos
• Desempeño y eficacia en el servicio
• Interacción con el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Tabla 5

PRINCIPALES VARIABLES DE LA CALIDAD EN SALUD
• La misión y los objetivos
• Las políticas
• Las normas (particulares, generales y jurídicas)
• Los programas
• Los protocolos
• Los flujo gramas
• Los reportes e informes
• Los comités

Tabla 6

PRINCIPALES INDICADORES DE CALIDAD EN SALUD. SE APLICAN EN:
• Estructura, proceso y resultado
• Periodicidad del servicio (diario, mensual, anual, etc.)
• Tiempos de espera (antes, durante y después del proceso)
• Accesibilidad
• Garantías, condiciones, quejas y reclamos

Tabla 7

PRINCIPALES FACTORES DE LA CALIDAD EN SALUD
• Cualitativos: Siempre, totalmente, excelente
• Calificativos: Suficiente, permanente, presente, superior

Tabla 8

CUALIDADES DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD
Debe tener cualidades; entre ellas, las siguientes:
• Aceptabilidad
• Accesibilidad
• Atención humanizada
• Continuidad
• Efectividad
• Eficacia
• Eficiencia
• Equidad
• Legitimidad
• Oportunidad
• Optimización
• Racionalidad lógica – científica
• Satisfacción del usuario
• Suficiencia e integralidad

Las definiciones de estas cualidades están debidamente establecidas por Dr. Galán y sus colaboradores. Con base en ellas y la calificación de cada uno de los elementos del DOPRI se confeccionan plantillas que tratan de explicar la Calidad de la Atención en Salud.

2.1.2. GARANTÍA DE LA CALIDAD EN LA EMPRESA

La "Garantía de la Calidad" en la empresa esta definida como "el conjunto de actividades planteados formalmente para proporcionar la debida certeza de que el resultado del proceso productivo tendrá los niveles de calidad requeridos".

A principios de los años 50 Juran impulsó el concepto de "aseguramiento de calidad". Para Juran la calidad consiste en adecuar las características de un producto o servicio al uso que la va a dar al cliente. Habla de costos evitables e inevitables.
Para Ishikawa, "la garantía de calidad" debe tener en cuenta tres consideraciones importantes:

a) La organización debe garantizar una calidad acorde con los requisitos de los clientes (características reales de calidad). No se trata de cumplir normas jurídicas nacionales, aunque la empresa no podría hablar de garantía de calidad si sus productos o servicios ni siquiera cumplen con estas normas.

b) Debe expresarse igual interés en el caso de productos que se exporten. En el caso de servicios puede asimilarse, con la prestación de estos servicios a clientes de diferentes entidades, diferentes ciudades, diferentes países; en general a clientes que no se encuentren o que no residen en el área geográfica, de la organización.

c) Los altos ejecutivos de la organización (asimilarlos con directores, jefes de departamento o división, o administradores hospitalarios) deberán reconocer la importancia de garantía de calidad y asegurar que toda la organización rinda al máximo para alcanzar esta meta común. En resumen, la garantía de calidad es asegurar la calidad de un producto o servicio de modo que el cliente pueda comprarlo, pagando con confianza y utilizarlo a largo tiempo con seguridad, experimentando satisfacción.

En Ginebra, Suiza, funciona la Organización Internacional para la Estandarización, ISO, por sus siglas en ingles, que es un consorcio que agrupa prácticamente a todas las naciones industrializadas. Su misión es desarrollar estándares internacionales que faciliten el comercio internacional.

Las normas ISO 9000 se orientan hacia la estandarización de los sistemas de calidad, y no están relacionadas con algún producto o servicio en particular, es decir, se orientan hacia los procesos de los que se derivan los productos y/o servicios. Para poder funcionar como una norma genérica, es obligatoria la utilización de métodos, técnicas y procedimientos

específicos y se enfoca hacia principios, metas u objetivos, todos aquellos relacionados con el cumplimiento y satisfacción de las necesidades, requerimientos y expectativas del cliente. Su supone que un sistema de calidad que cumple con los estándares ISO 9000 es lo suficientemente confiable como para poder entregar con seguridad productos y servicios que satisfacen las necesidades y expectativas de los clientes.

Tabla 9

ELEMENTOS BÁSICOS DE LAS NORMAS ISO 9000
• Responsabilidad ejecutiva
• Sistema de calidad
• Revisión del contrato
• Control de diseño
• Control de documentos y datos
• Adquisiciones
• Control de productos proporcionados por el cliente
• Identificación y seguimiento de productos
• Control de procesos
• Inspección y pruebas
• Control del equipo de inspección, medición y pruebas
• Estados de las inspecciones y pruebas
• Control de productos fuera de especificaciones
• Acciones correctivas y preventivas
• Manejo, almacenaje, empaque, preservación y entrega
• Control de registros de calidad
• Auditorias internas de calidad
• Capacitación
• Servicios
• Técnicas estadísticas

Existen otras normas similares a las ISO 9000, como son las JIS8101 y La ANSIZI. 7-1971, las BS 5750 del Reino Unido, etc.

2.1.2.1. MEJORAMIENTO CONTINUO

Los japoneses le dieron un gran impulso al mejoramiento continuo, a través del "Kaizen" que en japonés se significa "Mejoramiento Continuo".

El Kaizen es un conjunto de conceptos, procedimientos y técnicas mediante los cuales la empresa busca el mejoramiento continuo en todos sus procesos productivos y de soporte a

la operación. Entre estos se puede mencionar: El control total de calidad, los sistemas de sugerencias, los círculos de calidad, la automatización, el orden en el lugar de trabajo, el mantenimiento total productivo, justo a tiempo, cero defectos, las actividades en grupos pequeños, la relación cooperativa entre trabajadores y administración, el desarrollo de nuevos productos y/o servicios, etc.

El mejoramiento continuo requiere comprometer a toda la organización en todos sus niveles, a través del trabajo en equipo para la solución de los problemas mediante el uso de los procedimientos apropiados, que pueden incorporar técnicas de mejoramiento de procesos sencillos, cuando los problemas no son tan complejos: Las 7 herramientas básicas propuestas en 1988 por Ishikawa en su libro "Guide to Quality Control".

Ishikawa decía: Con las 7 herramientas básicas se pueden resolver el 95% de los problemas que se le presentan en una organización, sobre todo los de las tareas productivas o incorporar técnicas de mejoramiento de procesos complejos, si los problemas son tan complicados que así lo ameritan. Entre estas técnicas se utilizan las llamadas "7 nuevas herramientas administrativas" (diagrama de afinidad o método KJ, diagrama de relaciones, diagrama de árbol, diagramas matriciales, matriz de análisis de datos, grafica de programación de decisiones de proceso, diagrama de flechas). Estas herramientas nuevas fueron desarrolladas por los japoneses y según ellos son el medio necesario para enfrentar la nueva era de la calidad.

"El mejoramiento continuo es un proceso que nunca se detiene, es dinámico y permanente, se logra a través de todas las acciones diarias, por pequeñas que sean, permitiendo que los procesos y la organización misma sean más competitivos y se orienten hacia la satisfacción del cliente".

2.1.2.2. MEJORAMIENTO GRADUAL

En este caso de mejoramiento los y mejoras se producen paso a paso a través de la realización de proyectos de solución de problemas.

2.1.2.3. MEJORAMIENTO RADICAL

En este caso se deben utilizar procedimientos que partan de cero para que los procesos sean totalmente rediseñados.

Este plan se requiere en situaciones de crisis, de urgencia o porque los procesos están tan viciados, desorientados u obsoletos que ya no es posible corregirlos mediante las técnicas y procedimientos de mejoramiento continuo. En esas eventualidades se recomienda el uso de "Reingeniería", que irían a rediseñar completamente los procesos.

Decidir que tipo de mejoramiento conviene más a la empresa depende de sus necesidades, urgencias o no, de mejorar su calidad con el propósito de incrementar su competitividad para no correr el riesgo de desaparecer.

2.1.2.4. NORMAS PARA LOS PLANES LOCALES Y GENERALES

Los planes de mejoramiento de la calidad, usualmente obedecen a normas generales, de tipo mundial, continental o nacional (normas éticas, normas jurídicas, patrones preestablecidos y generalizados, normas morales, normas comerciales, etc.), o normas locales [normas jurídicas de un ente territorial: País (leyes, decretos resoluciones, etc.), Departamento: (ordenanzas, decretos resoluciones, etc.), Municipio: (acuerdos, decretos, resoluciones, etc.), normas internas de las organizaciones: (de tipo corporativo o de división o de departamento, etc.)

En la garantía de la calidad se deben realizar las acciones de control de los procesos

2.1.3. AUDITORIAS

"El control, como función que es de los administradores, implica medir y corregir el desempeño individual y organizacional para asegurar que los hechos se ajusten a los planes" (Harold Koontz, 1996).

Las técnicas y sistemas de control son fundamentalmente los mismos para el dinero, los procesos y procedimientos administrativos o científicos, calidad del servicio, etc.
El control básicamente comprende 3 pasos que son:

Tabla 10

PASOS BÁSICOS DEL CONTROL
• Establecer estándares
• Medir el desempeño de los estándares
• Corregir el desempeño y las variaciones de los estándares y planes

El control debe tenerse en cuenta como un sistema de retroalimentación, a fin de llegar al desempeño deseado.

Un instrumento muy utilizado para el control administrativo es el presupuesto, sin embargo, también son esenciales muchas herramientas no presupuéstales, como son la información estadística, los informes y análisis especiales (en áreas problemáticas

especificas), las auditorias: internas (auditoria por el presidente, auditoria por el jefe inmediato, auditoria por el personal del comité de calidad y auditoria mutua para el control de la calidad). Externas (todas las que se realizan desde afuera de la organización).

Más que un control de procesos debe hacerse un control de la calidad de los procesos y procedimientos de cada uno de los servicios.

Se deben crear círculos de calidad, comités de calidad, capítulos de los círculos de calidad y realizar conferencias sobre el control de la calidad. El primer paso en el control de calidad es reconocer los deseos, y necesidades de los clientes. Otro paso es saber qué "comprarán los clientes". No se puede definir calidad sin saber el costo. El control de calidad sin acción es siempre en vano.

Con el objeto de resaltar la labor realizada por individuos y organizaciones que han demostrado un gran nivel en la practica del control total de la calidad se establecieron los "premios nacionales de calidad". El primero de ellos fue el Premio Deming (Japón). Este evalúa 6 áreas que son:

ÁREAS QUE EVALÚA EL PREMIO DEMING- JAPÓN
• Política de la empresa
• Organización y administración
• Educación y extensión
• Ejecución del programa de control total de calidad
• Impacto del control total de calidad
• Planes futuros

En la actualidad muchos países cuentan con Premios Nacionales de Calidad. El control de la calidad llega a su estado ideal cuando ya no requiere vigilancia: Inspección (IshikawA)

2.1.4. AGILIZACIÓN Y AUTOMATIZACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN EN EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

Los sistemas de información están cambiando la forma en que operan las organizaciones actuales. A través de su utilización se obtienen grandes e importantes mejoras, ya que automatizan los procesos operativos de las empresas, suministran información de apoyo al proceso de toma de decisiones y lo que es vital importancia: Facilitan el logro de ventajas competitivas a través de su implantación (Daniel Cohen, 1996).

Se debe definir el Hardware; es decir, las partes fisicas que necesitan, así como el Software (programas y datos).

Se debe establecer en que etapa evolutiva, según Nolan, se encuentra el sistema de información de la organización. Luego se procede a desarrollar un sistema de información actualizado y acorde con las necesidades. Se define que tipo de información requiere la organización. A continuación el siguiente cuadro.

Tabla 11

TIPOS Y USOS DE LA INFORMACIÓN REQUERIDA
• Sistemas transaccionales
• Sistemas de apoyo a la toma de decisiones
• Sistemas estratégicos
• Sistemas personales de información

Se establece la topología (Bus, estrella, etc.) que debe tener el sistema de información y el tipo de red; L.A.N., M.A.N., etc.

2.1.5. GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD

Como ya se mencionó, en 1954 se creó en Estados Unidos la Comisión Conjunta para la acreditación de los hospitales.

En 1955 aparece publicado el articulo: "Métodos para evaluar la Calidad de la Atención Hospitalaria", de Mindel C. Sheps, investigadora asociada del departamento de Bioestadística de la Universidad de Harvard, quien realiza un excelente sobre las técnicas utilizadas en las evaluaciones de calidad en la atención médica, pero aun no se habla de Garantía de Calidad en Medicina. Sheps describe, quizá por primera vez, el extenso campo de la evaluación de la calidad, introduciendo orden donde antes existía confusión.

De acuerdo con Sheps, la principal técnica usada en las apreciaciones de la calidad de un hospital puede dividirse en 4 componentes que son:

Tabla 12

COMPONENTES DE LA PRINCIPAL TÉCNICA DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE UN HOSPITAL
• El examen de los prerrequisitos o desiderata para la atención adecuada
• Índices de elementos del desempeño médico
• Índices de los efectos de la atención
• Evaluaciones clínicas cualitativas

En 1966 Avedis Donabedian, publicó el trabajo "Evaluación de la calidad de la atención médica", pero aún no se habla de garantía de calidad en salud.

En muchos países europeos los programas de garantía de calidad han surgido de los grupos de profesionales, como la Asociación Nacional de Directivos Médicos de Hospitales y de Especialistas de Holanda, Organismo No Gubernamental (ONG), que ha desarrollado estándares de calidad y proporciona asesoria y capacitación para el desarrollo de programas de garantía de calidad en los hospitales de dicho país. En Suecia, el Instituto Sueco de Planeación y Racionalización de los Servicios Sociales y de Salud (SPRI) elaboró un documento guía para las entidades prestadoras de salud, sobre garantía de calidad en la atención, destacando la importancia de esfuerzos coordinados en los diferentes niveles de departamentos y manifestando que las actividades de la garantía de la calidad deben ser parte intrínseca de las labores cotidianas del personal.

En 1983, el gobierno Canadiense promulga una ley que establece la obligación para todos los hospitales del país de contar en un plazo de 3 años con programas de garantía de calidad de la atención médica.

En 1985, se crea la Sociedad Internacional de Garantía de Calidad de Atención Médica.

En septiembre de 1988, la Organización Panamericana de la Salud, mediante la resolución XV de la XXXIII reunión del consejo directivo, aprobada en la X sesión plenaria, septiembre 30 de 1988, recibió el mandato de sus cuerpos directivos de reforzar las actividades de cooperación técnica a los países miembros y de movilizar los recursos en la transformación de los sistemas nacionales de salud, con base en el desarrollo de los sistemas locales de salud.

Este mandato surge luego que los países de la región, al evaluar los logros obtenidos para llegar a la meta: "Salud para todos en el año 2000", coincidió en la necesidad urgente de acelerar este proceso, orientado a otorgar mayor prioridad al desarrollo de la infraestructura de salud. En este contexto, la Organización Panamericana de la Salud ha podido observar en los últimos años una profunda preocupación del sector por la calidad de la atención a la salud ofrecida por esta estructura de servicios.

La serie de publicaciones sobre garantía de calidad que la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, conjuntamente con la Federación Latinoamericana de Hospitales, ofrece a los países de América Latina y el Caribe, representa, según esos Organismos Multilaterales, un esfuerzo más para aumentar la calidad y la eficacia de la atención e incrementar la eficiencia en el uso de los recursos disponibles.

El tema de la Acreditación es para la Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud un componente importante en ese esfuerzo y ellos manifiestan que su adecuada implementación contribuirá a la realización de los objetivos y al aumento de la credibilidad de los casi 14.000 hospitales de la región de América Latina y el Caribe.

El doctor Humberto Demoraes Novaes, de la Organización Panamericana de la Salud, en enero de 1992 define la Garantía de calidad como: "Un programa de la programación local de los servicios de la salud, que garantiza a cada paciente recibir atención diagnóstica o terapéutica específicamente indicada, para alcanzar un resultado óptimo, de acuerdo con los avances recientes de las ciencias médicas, y con relación a la enfermedad principal o secundaria, a la edad y al régimen terapéutico asociado. Para ello, se utilizará el mínimo de recursos necesarios, con el nivel más bajo de riesgo de lesiones adicionales o incapacidades consecuentes al tratamiento, obteniéndose la máxima satisfacción por los servicios recibidos, independientemente de que el nivel institucional de atención sea primario, secundario o terciario en un sistema local de salud".

Como puede observarse, la garantía de calidad en los servicios de salud han sido un tema muy importante en todo el mundo, debido a los grandes beneficios que ofrece a los usuarios y a las instituciones prestadoras de servicios de salud.

En la actualidad se utilizan diferentes modelos y cantidad de plantillas para realizar auditorias en los servicios de salud con resultados que dan cierta precisión tanto en la evaluación y explicación de la calidad como en la toma de decisiones con medidas correctivas.

2.2. REVISIÓN DE LA LITERATURA. REFERENCIAS

ÁLVAREZ, A. Administración de personal. 4ª ed. Garnacolor, 1993

ARIAS, F. Administración de Recursos Humanos. Editorial Trillas. México, 1991.

APARICIO, J.; BAYLOS, A. Autoridad y Democracia en la Empresa. Trotta, España, 1992.

ARROYABE, M.L. Aislamiento Hospitalario. Comité de Infecciones. Hospital San Vicente de Medellín, Colombia, 1994.

CASSIRER, E. Antropología Filosófica. Fondo de Cultura Económica. México, 1987.

CEPEDA, G. Auditoria y Control Interno, McGraw Hill, Bogotá, 1997.

CORACH, M. Manejo del Hospital Público y Privado. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 1993.

COSSIO, P. Medicina, Semiología. Clínica y tratamiento. Buenos Aires, 1973.

DAVID, F.R. La Gerencia Estratégica. Legis. Bogotá, 1993. La Gerencia estratégica Sept. Reimpresa. Legis, 1992.

DESSLER, G. Administración de Personal. 4ª ed. Prentice may. México, 1993.

DUMINGHAM, T. Preguntas y Repuestas sobre administración y Gestión. Deusto. España, 1993.

EMERGENCY. Preparedness Plan (Belvoir MEDDAC-EPP), 1980.

ESTA, M. Planificación en Salud: Las determinaciones Sociales. En: Ciencias Sociales y Salud en la América Latina. Tendencias y Perspectivas. OPS. Edit, Nunes. Montevideo, 1986.

FUNDACIÓN Restrepo Barco; Fes. Guía de Mejoramiento para un Área Contable y Financiera.

FERNÁNDEZ G., PATIÑO, J.F. Aspectos Médicos de la Catástrofe Volcánica del nevado del Ruiz. Colombia, 1985.

GESTAL OTERO. Riesgos del trabajo del personal sanitario 2ª edición, 1993.

HABERMAS, J. Teoría de la acción comunitaria. Edit. Taurus, Buenos Aires, 1989

HERNÁNDEZ, E. Auditoria en Informática. CECSA. 1996.

IBÁÑEZ, J. Del algoritmo al sujeto. Siglo XXXI. Madrid, 1985.

INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES. Oficina Nacional de Evaluación de Calidad. Garantía de Calidad de los servicios de salud en el ISS. Bogotá, 1989.

JCAH Standars. Documento Clinical Engineering. AHA.

JURAN, J.M. ON planing for quality. New York free press 1988,338 pp. Monografia en inglés.

KOTTOW, MH. Introducción a la Bioética. Editorial Universitaria. Santiago de Chile, 1995.

KAFFURI, M. Administración Financiera. Universidad Externado de Colombia, 5ª Ed, 1991.

LAVADOS, M.; SERANI, A. Ética Clínica,.Fundamentos y aplicaciones. Ediciones Universidad Católica de Chile, 1993.

MATUS, C. Planificación desituaciones. Fondo de Cultura Económica. México, 1978

MALAMUD, C. Manejo del Hospital Público y Privado. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 1993.

MALAGON G., GALAN M., PONTON L. G. Auditoria en Salud. Editorial Medica Panamericana, 1998.

NINEMEIER,J.D. Planning and control, 3a ed, Daniel T. Davis. USA, 1991.

OMS. Una formación profesional más adecuada del personal sanitario. Serie de informes técnicos N° 838. Ginebra, 1993

PAGANINI, SEGOVIA, CARRILLO. Sistemas de información Gerencial, División de Sistemas y Servicios de Salud. OPS/OMS. Washington D.C.,1994.

PREE, M. El auténtico Liderazgo. Vergara Editor. Argentina, 1993.

PATIÑO R., J.F. Calidad de la Educación Médica. FEPAFEM, Bogotá, 1996

RODRÍGUEZ TÉLLEZ. C. Manual de vigilancia protección de instalaciones, Consejo Colombiano de Seguridad, Bogotá, 1988.

ROOS, S. Finanzas Corporativas. 3ª ed. Editorial Irwin Times-Mirror. España, 1995.

SALGADO, J. y Col. Plan de Atención Médica para una catástrofe pública. Cartagena, 1978.

SÁNCHEZ, G. Auditoria de Estados Financieros, McGRAW Hill. México, 1997.

TEJADA DE RIVERO, D. Salud para todos y atención primaria. La experiencia Peruana. OMS. Ginebra, 1989.

TEMES, J.L. y OTROS . Manual de gestión hospitalaria. Ed. Interamericana. Madrid, 1992.

VELÁSQUEZ, J.V. Seguridad en edificaciones hospitalarias. Santa fe de Bogotá, 1992.

VILLALOBOS, J. Matemáticas Financieras. Iberoamericana. España, 1993.

WAYNE, R. AIA/SID. design and Construction.

YATE,D.W. Major disaster Surgical Triage. British journal of hospital medicine, 1979.

ZEMKE, R.; ALBRECH, I. Gerencia del servicio. Legis. Bogotá, 1992.

3. MARCO LEGAL

3.1. UNIVERSO MACRO

3.1.1. CONCEPCIÓN DE ESTADO:

- MODELO NEOLIBERAL

Tamaño de estado — productividad
Eficiencia — competitividad

- MODELO SOCIAL DEMÓCRATA

Privilegio sector social
Desarrollo sostenible

I. POLÍTICAS DE DESARROLLO SOCIAL

Descentralización
COPACO
Focalización
Subsidio demanda

II. ESTRUCTURA ECONÓMICA

Terciarización económica
Gerencia del servicio
Intermediación del acto

III. MODERNIZACIÓN ESTATAL

- REDISEÑO ORGANIZACIONAL

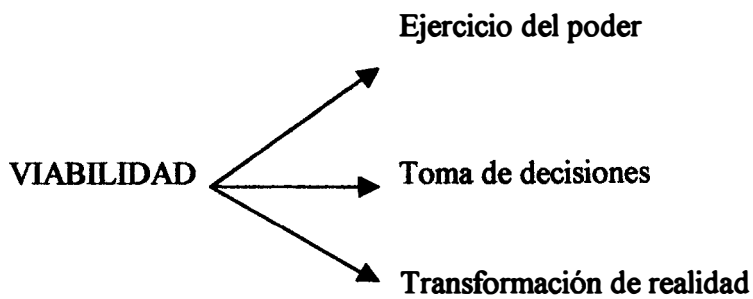
Sector productivo
Sector social — educación — ambiente
Empleo — recreación — deporte
Cultura — familia — vivienda

- SUBSECTOR SALUD
  - Minsalud
  - Supersalud
  - CNSSS

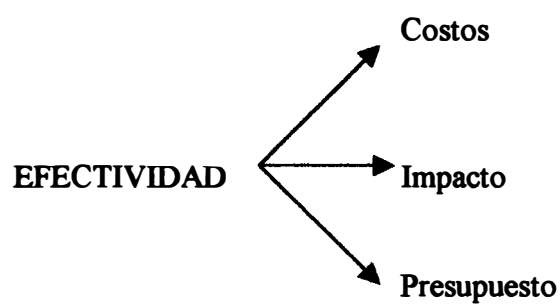
3.1.2 CONCEPTO DE NORMA

ÁMBITOS NORMATIVOS

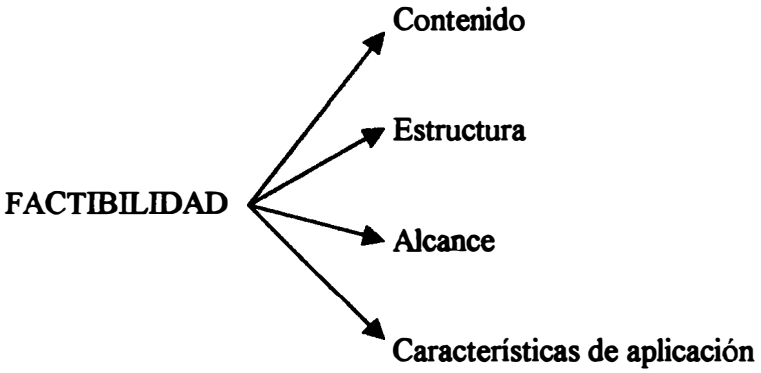
I. POLÍTICO



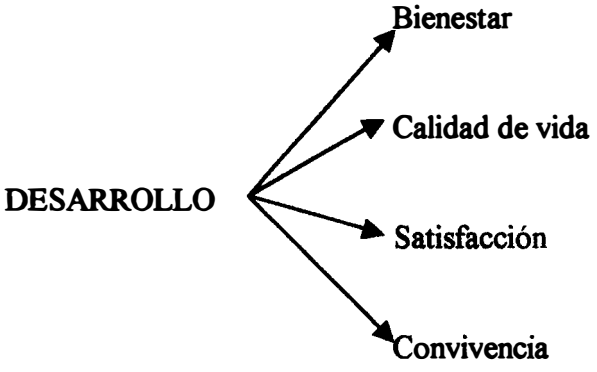
II. ECONÓMICO



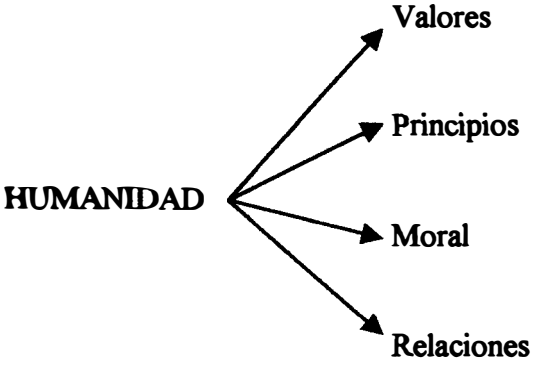
III. CIENTÍFICO TÉCNICO



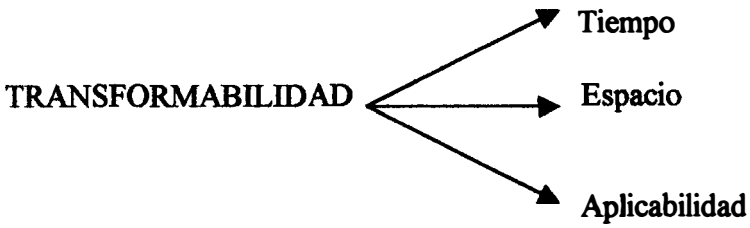
IV. SOCIAL



V. CULTURAL



VI. HISTORICO



3.2. PROCESOS DE REGLAMENTACIÓN

3.2.1. DESCRIPCIÓN POR EJES

EJE CONTEXTUAL	EJE RELACIONAL	EJE OPERACIONAL
Ley 100 de 1993	Universo: SGSSS	Actores: Aseguradores Presentadores Dirección Procesos: Técnicos Financieros Comerciales
Estructura Aparato Productivo	Contexto: Aseguramiento Oferta Regulada	Servicios: Aseguramiento Prestación Administración
Decreto 2174/96	Concepto: Gerencia de La calidad	Enfoque: Componentes SOGC Gestión Dct

3.2.2. DESCRIPCIÓN DE NORMAS

CÓDIGO SANITARIO

- LEY 9 DE 1979

REORGANIZACIÓN S N S

- LEY 10 DE 1990
- LEY 100 DE 1993

CÓDIGO ÉTICA MÉDICA

- LEY 23 DE 1981

CALIDAD DE LA ATENCIÓN

- Ley 10 de 1.990:
  Articulo 1 primero. Literal H
- Ley 100 de 1.993:
  Artículos 153 – 173 – 178 – 227 – 232
- Resolución 5261 de 1.994:
  Articulo 22
- Decreto 1486 de 1.994:
  Medicina Prepagada. Modifica el Decreto 1570 Art. 14
- Decreto 1485:
  EPS

AUDITORIA MÉDICA

- Ley 100 de 1993: Artículos 227 – 232 – SOGC
- Decreto 1570 de 1993: Medicina Prepagada. Articulo 27
- Decreto 1485 de 1994: EPS Y Auditoria
- Circular 02 de 1995: Supersalud Conceptos sobre idoneidad de Auditoria

- Decreto 1295 de 1994: Reestructuración de Supersalud

COMITÉS TÉCNICOS – CIENTÍFICOS

1. Comité Ética Hospitalaria
   - Resolución 13437 de 1991

   Decálogo Derechos del Paciente
   - Decreto 1757 de 1994

   Formas de Participación Social
2. Comité de Infecciones Hospitalarias
   - Decreto 1562 de 1984: Artículos 23 y 24
3. Comités de Bancos de Sangre
   - Decreto 1571 de 1993: Artículos 51 – 52 y 53
1. Comité de Historias Clínicas
   - Decreto 1995 de 1998

LICENCIAMIENTO DE IPS

- Ley 9 de 1979: Titulo IV
- Resolución 2810 de 1986 Minsalud. Reglamento la Ley 9
- Decreto 1918 de 1994. Reglamento artículos 73 – 76 del
- Decreto 1298 de 1994 Define Licencias para IPS
- Decreto 2150 de 1995: Elimina Licencias
- Resolución 4445 de 1996 Minsalud: Condiciones sanitarias de IPS
- Resolución 2240 de 1996: Minsalud Condiciones Sanitarias de IPS
- Resolución 4252 de 1997: Minsalud Requisitos Esenciales de IPS

- Decreto 2753 de 1997: Funcionamiento de IPS
- Resolución 14707 de 1991: Registro Especial de IPS

TRAMITE DE REQUERIMIENTOS

- Resolución 13437 de 1991 de Minsalud: Modelo de Operación
- Decreto 1757 de 1994: Participación Social
- Circular 02 de 1995 y 022 de 1994: Obligatoriedad de Tramite
- Ley 100 de 1993 Articulo 188: Comités de EPS Y Direcciones Secciónales

OTRAS NORMAS RELEVANTES

- Urgencias: Circular 014 de 1995 y Resolución 5261 de 1994
- Referencia y Contrarreferencia: Decreto 2759 de 1991
- SIDA: Decreto 559 de 1991: Prevención y Control de ETS
- Vigilancia y Control: Ley 100 de 1993 Titulo IV

  Articulo 176 Numeral 4: Define las acciones de IVC para Direcciones Secciónales de salud.

- Decreto 1259 de 1994: Reestructura la Superintendencia Nacional de Salud
- Pre-existencias: Ley 100 de 1993.Art. 233 la Superintendencia resuelve diferencias
- Exclusiones : Decreto 1222 de 1994
- Insumos para la Salud: Ley 100 de 1993 Art. 245. Crea a INVIMA –

  Decreto 1290

- Decreto 1920 de 1994: Funciones de INVIMA

RECURSO HUMANO

- Ley 14 de 1962: Medicina y Cirugía
- Ley 23 de 1981: Código de Ética Médica
- Ley 6 de 1991: Anestesióloga
- Ley 35 de 1989: Odontología
- Ley 87 de 1946: Enfermería Modificada por Ley 266 de 1996
- Ley 36 de 1993: Bacteriología
- Ley 9 de 1976: Fisioterapia
- Ley 58 de 1983: Sicología
- Ley 44 de 1971: Microbiología y Laboratorio
- Ley 23 de 1962: Química Farmacéutica
- Ley 73 de 1979: Nutrición
- Ley 6 de 1982: Instrumentación
- Ley 35 de 1989: Ética Odontológica

La importancia del marco legal radica en:

- Conocer el proceso de normalización en calidad de servicios
- Articulación de nuestro trabajo de planeación con el marco jurídico del sector y del sistema.
- Analizar al interior de nuestra institución las implicaciones y efectos del Decreto 1938 y la Resolución 5261.
- Establecer en los integrantes o en los miembros de la organización las perspectivas de la reglamentación.
- Conocer las principales leyes normas y decretos aplicables al sector salud.

4. JUSTIFICACIÓN

Durante los últimos treinta años, las organizaciones de nuestro país han entrado en la moda de hablar de planeación, de tal manera, que hoy en día se utiliza en muchos sectores y entre ellos el sector salud.

Las instituciones prestadoras de servicios han realizado procesos de planificación, basados en antecedentes históricos y sus pronósticos, suponiendo que el comportamiento central del futuro será similar al pasado.

A su vez, tiene como presupuesto que el logro de los objetivos que la institución plantee, depende fundamentalmente de la voluntad y el esfuerzo que ésta coloque para conseguirlo, más que de los elementos externos que la afectan. Los hechos concretos han demostrado que estos supuestos de planeación, son cada vez menos realistas, pues el presente se caracteriza por los cambios bruscos, riesgos inesperados y una turbulencia creciente del medio social en el que vivimos.

Esta situación cambiante e incierta determina que las instituciones, como el Instituto de Neurociencias Clínica del Sol Ltda., dependan para el logro de sus objetivos de la voluntad para conseguirlos y de la efectividad en la interpretación del futuro, que permita tomar decisiones acertadas.

El sector salud se encuentra en un proceso de profundos cambios y cada día sale una nueva Norma reglamentaria, sin nombrar las posibles alteraciones que sufre el sistema si pasa la reforma a la ley 100 que sectores legislativos y de salud están impulsando. Es este escenario donde actúan y participan instituciones como la nuestra que compite en la búsqueda de usuarios.

Un adecuado proceso de planeación le deberá permitir al Instituto de Neurociencias Clínica del Sol Ltda., obtener el mayor rendimiento en la producción de servicios de salud en términos de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación, garantizando calidad en la prestación de los mismos.

El Instituto de Neurociencias Clínica del Sol Ltda., de acuerdo al Articulo 7 de la Resolución 4252/96, para poder operar como IPS debe cumplir con los siguientes requisitos:

A. Requisitos Administrativos:

- Declaración de requisitos esenciales para la prestación de servicios.
- Estructura orgánica y funcional

- Autonomía administrativa
- Manual de procesos, procedimientos y funciones
- Reglamento interno de trabajo
- Revisor fiscal

B. Requisitos técnicos – científicos

- Manejo sistematizado de historias clínicas
- Sistemas de garantía de calidad que incluya un plan de mejoramiento continuo de la calidad.
- Programas de salud ocupacional
- Planes de emergencias, urgencias y desastres

C. De los requisitos de información.

- Registro de las actividades de salud desarrolladas diariamente y consolidados mensuales
- Sistemas de vigilancia epidemiológica de notificación obligatoria
- Reporte a los entes de control y vigilancia y EPS
- Sistemas de información financiera

Por otro lado el Art. 9 del decreto 2174 estipula que los prestadores de servicios de salud deberán desarrollar obligatoriamente un sistema de garantía de calidad, los cuales deberán incluir los siguientes componentes:

- Cumplimiento de los requisitos esenciales
- Diseño y ejecución de un plan para el mejoramiento de la calidad
- Desarrollar un sistema de información que incluya componentes de ofertas de servicios, uso por parte de los usuarios, perfil epidemiológico y situación de salud de los usuarios atendidos
- Procesos de auditoria médica operando
- Desarrollo de procesos que permitan conocer el nivel de satisfacción de los usuarios y atender las reclamaciones y sugerencias.

Para el cumplimiento de estos requisitos es inobjetable la importancia de un plan de desarrollo institucional como instrumento administrativo dentro de cualquier tipo de organización empresarial, el eje central de este proceso de planeación institucional es el enfoque estratégico, que permite tomar decisiones en situaciones futuras altamente variables en un país como el nuestro con un contexto dificil, que coloca posibles escenarios de desarrollo dentro de un intervalo con polos opuestos, desde la miseria y pobreza por el alto índice de necesidades básicas insatisfechas de la población, hasta el progresivo clima agudo de violencia social y política en que vivimos. El enfoque estratégico determina herramientas que identifican la manera más efectiva de lograr el desarrollo organizacional.

El Instituto de Neurociencias Clínica del Sol Ltda. como institución prestadora de servicios de salud presenta características especiales que ameritan un análisis particular dentro de la planeación con enfoque estratégico para ajustarla a sus necesidades, este enfoque permitirá desarrollar el diagnóstico de la institución, resaltando los factores claves, tanto internos como externos que tienen algún impacto sobre las áreas que conforman la organización.

En el ámbito externo se debe tener en cuenta todas aquellas variables que afectan el entorno general de todas las organizaciones, las que afectan directamente al sector salud y las que definitivamente influyen sobre la Clínica. En cuanto al interior, se debe analizar la situación de cada una de las áreas funcionales, resaltando los aspectos de mayor impacto ya sean positivos o negativos haciendo especial énfasis en el cumplimiento de los requisitos mínimos esenciales de acuerdo a las normas legales vigentes, aplicables al recurso humano, recurso fisico, recurso técnico – logístico, procedimientos técnicos – administrativos, atención al usuario, transportes y comunicaciones y finalmente auditoria de servicios.

En esta fase se utilizaran como instrumentos las plantillas contenidas en la resolución 4252 para la verificación de requisitos mínimos de la Superintendencia Nacional de salud y del Ministerio de Salud y las plantillas contenidas en la metodología CDOPRI de Galán y sus colaboradores. Esto nos permitirá un análisis cuantitativo y cualitativo de la institución frente a los objetivos planteados.

Una adecuada interacción de los factores identificados le permitirá a los miembros de la organización, construir una matriz donde se defina claramente las oportunidades y amenazas presentadas en el entorno, junto con las debilidades y fortalezas más relevantes en el ámbito interno.

Como consecuencia de esta etapa del diagnóstico se obtendrá una radiografia del Instituto de Neurociencias Clínica del Sol Ltda., la cual permitirá definir objetivos a alcanzar y de igual manera se podrán identificar estrategias como medidas de acción que permitan disminuir el impacto de las debilidades y amenazas aprovechado posibilidades generales en las oportunidades y fortalezas identificadas.

No sobra decir que es necesario vencer todos los prejuicios, crear un nuevo clima organizacional fundamentado en las creencias, valores y misión de la institución para desarrollar un adecuado plan de acción de desarrollo institucional.

Cuando se habla de planeación con enfoque estratégico se refiere al cambio y este no seria posible si no se inicia un proceso con una inducción precisamente hacia el cambio de mentalidad en todos y cada una de las personas que de forma directa o indirecta trabajan en la institución. Si no se cuenta con el apoyo permanente del recurso humano fracasaría todo intento de implementar una nueva forma de pensar, centrada siempre en los factores claves de la organización, que a su vez, siempre estará dirigida hacia el alcance de objetivos, formulación y ejecución de estrategias con una visión prospectada.

En este cambio, es de suprema importancia que se genere y estimule desde el nivel directivo del Instituto de Neurociencias Clínica del Sol Ltda.. Directivos a los que esperamos que este plan o propuesta de trabajo satisfaga en alto grado las expectativas que se tenían del mismo y del grupo de trabajo que lo lideró.

"Una institución sin planeación, es como un hombre sin sueños".

5. OBJETIVO GENERAL

- Evaluar la calidad de los servicios ofrecidos en una institución prestadora de servidos de tercer nivel de atención.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar la influencia de los fenómenos, circunstancias y elementos que constituyen el entorno o ambiente del sistema de salud. Al igual que las políticas internacionales, gubernamentales y su impacto en la institución.

- Analizar las características de los usuarios de los servicios.

- Estudiar la organización y funcionamiento de la institución de salud, asi como los recursos humanos, fisicos, tecnológicos, financieros y el proceso gerencial incluidos los sistemas de información. Teniendo como marco de referencia los requisitos mínimos esenciales de acuerdo a la norma.

- Estudiar la interrelación de los diferentes recursos con las actividades intermedias y finales de la atención en salud.

- Evaluar cuantitativamente las actividades realizadas en el ultimo periodo anual relacionada con cada servicio ofrecido.

- Evaluar aspectos relacionados con el impacto o efecto de los servicios ofrecidos y los cambios de actitud de los usuarios hacia los mismos servicios.

6. HIPÓTESIS

- La calidad de un servicio se juzga como un todo, sin disociar sus componentes. Prevalece la impresión de conjunto y no el éxito relativo de una u otra acción.

- La calidad de la atención esta dada por el conjunto de características técnico científicas, humanas, financieras y materiales que debe tener el servicio de salud, bajo la responsabilidad de las personas que integran el servicio y a la correcta utilización de los mismos por parte de los usuarios.

7. DISEÑO METODOLÓGICO

7.1. TIPO DE ESTUDIO

Corresponde a un estudio de tipo descriptivo. Segundo nivel de conocimiento

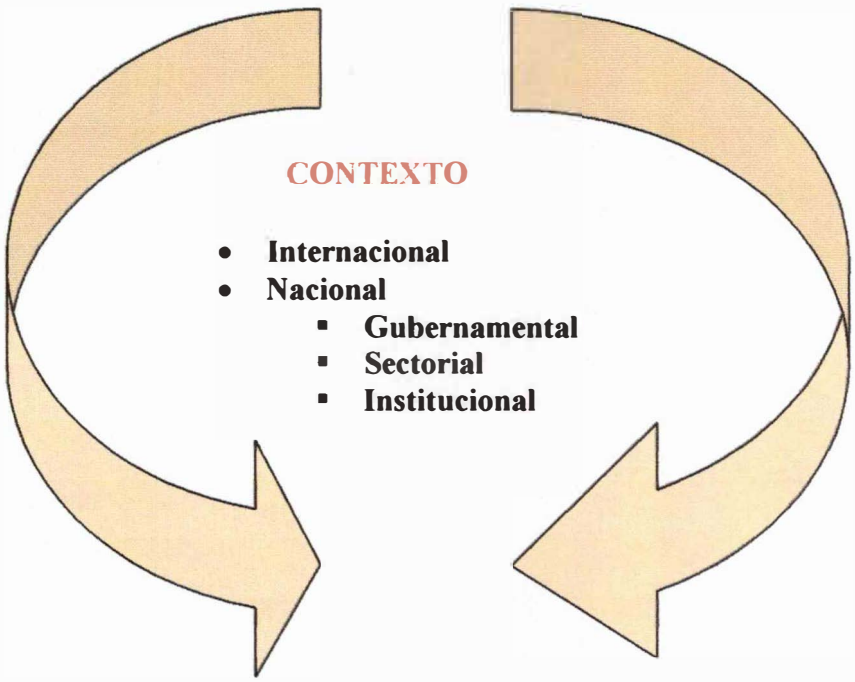
Nos proponemos utilizar una metodología con el fundamento filosófico que permite visualizar una organización como un conjunto de personas, en una permanente búsqueda de la satisfacción del usuario, comenzando por el equipo directivo y continuando hasta equipos operativos, en procura del cumplimiento de las metas, y en una actitud de cuestionamiento cotidiano de mejorar el trabajo.

Para el desarrollo del presente estudio utilizamos la metodología de planeación institucional con enfoque estratégico integrada al sistema CDOPRI propuesta por el doctor Galán y sus colaboradores. Con una característica muy importante en su desarrollo: La gestión compartida.

Es necesario partir de un proceso de construcción participativa que involucre a todos los miembros de la organización, independiente de su vinculación, donde realmente se definan las prioridades y necesidades del Instituto de Neurociencias Clínica del Sol Ltda.. Determinar claramente que es lo que se quiere cambiar y mejorar, evaluar las alternativas de acción y por ultimo establecer porque la metodología propuesta de enfoque estratégico y CDOPRI son las más adecuadas.

Estas dos metodologías no son excluyentes, se complementan perfectamente en su contenido, puesto que, en el modelo de evaluación sistemático fundamentado en seis componentes: contexto, demanda, oferta, procesos, resultados e impacto se hacen imperativos el manejo del pensamiento estratégico para lograr la interacción sistemática de los diferentes elementos que componen el fundamento de la metodología.

CONTEXTO: Incluye fenómenos, circunstancias y elementos que constituyen el entorno o ambiente del Sistema de Salud. Incorpora las políticas internacionales, gubernamentales, sectoriales e institucionales, de cada entidad en particular.



DEMANDA: Dentro de este componente se analizan las características de los usuarios de los servicios, relacionados con la edad, sexo, procedencia, nivel socioeconómico, ocupación, motivo de consulta y continuación del proceso patológico. A continuación el siguiente esquema:

DEMANDA

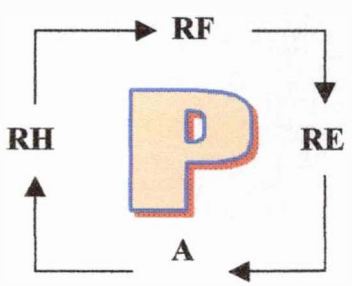
- **Usuarios**
- **Morbilidad Institucional**
  - Consulta Externa
  - Urgencias y Hospitalización
- **Edad**
- **Sexo**
- **Investigación Socioeconómico Cultural y Ocupacional**

OFERTA O ESTRUCTURA: Estudia, la organización y funcionamiento de las instituciones de salud, así como los recursos humanos, fisicos tecnológicos y financieros, incluidos los sistemas de información vigentes. A continuación el siguiente esquema:

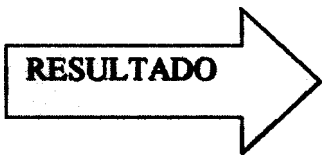
OFERTA

- **Organización Funcional**
- **Organización Estructural**
- **Recursos Humanos**
  - Volumen
  - Calidad
- **Recursos físicos**
  - Planta
  - Dotación
  - Insumos
  - Equipos e Instrumental
- **Recursos financieros**
  - Funcionamiento
  - Inversión
- **Sistema de información**

PROCESO: Este componente, identifica plenamente la evaluación y monitoreo; por tanto, permite el ajuste periódico de los programas de salud establecidos. Puede definirse como la interrelación de los diferentes recursos (humanos, físicos y económicos), con las actividades intermedias y finales de la atención en salud. A continuación el siguiente esquema:

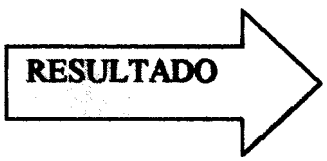


RESULTADO O PRODUCTO: Evalúa cuantitativamente las actividades realizadas en periodos habitualmente de un año, relacionadas por ejemplo con cirugías, partos y abortos atendidos, despacho y formulas, estudios de laboratorio y pruebas para – clínicas y en síntesis, volumen de egresos, consultas y pacientes atendidos en urgencias. En el campo preventivo, incorpora acciones relacionadas con educación en salud, inmunizaciones y saneamiento básico. A continuación los siguientes esquemas:



ACTIVIDADES INTERMEDIAS

- **Laboratorio Clínico**
- **Imágenes Diagnosticas**
- **Endoscopias**
- **Electromedicina**
- **Exámenes de Anatomía**
- **Patología**
- **Otros Exámenes**
- **Paraclínicos**

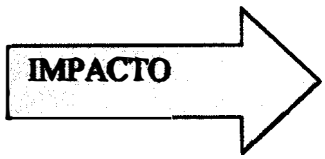


ACTIVIDADES FINALES

- **Consulta Externa**
- **Urgencias**
- **Egresos Hospitalarios**
- **Cirugías**
- **Cobertura**
- **Concentración**
- **Costo – beneficio**

IMPACTO O EFECTO: Evalúa efectos tales como: L a modificación del riesgo de enfermar, incapacitarse o morir de la población, el cumplimiento de programas, actividades o tareas previstas por el sector salud y los cambios de actitud de los usuarios, hacia los mismos servicios. A continuación el siguiente esquema:

INSTITUTO DE



Cambios de riesgos de enfermar y morir
Calidad de Atención Médica
Costo – Efecto
Cambio de Actitud de los Usuarios
Cambio de Actitud de los Funcionarios

En síntesis:

1 El modelo que se presenta, puede constituirse en la base de cualquier institución o servicio, para crear un "Sistema de Mejoramiento Continuo hacia la Calidad".

2 El modelo incorpora indicadores de "estructura", "proceso y "resultado", como definición del control de gestión, elemento fundamental para garantizar calidad en materia de salud.

3 Después de realizar la "Evaluación Integral", de cada institución de salud, se recomienda aplicar la Matriz DOFA, para puntualizar las fortalezas y debilidades del pasado y del presente en la entidad, así como las amenazas y oportunidades del futuro. Necesariamente estas 4 variables se aplican para el contexto, la demanda, la oferta, el proceso, el resultado e impacto.

4 Las columnas e hileras básicas de la Matriz, suministran las grandes conclusiones de la evaluación integral. Así mismo, las celdillas interna de la Matriz o de las estrategias: FO, FA, DO, y DA, surgirán las recomendaciones.

5 Con base en las recomendaciones, se elaborará entonces el plan estratégico.

6 Concluido el plan estratégico, este a su vez se articula nuevamente con el modelo DOPRI, configurando, el "Modelo de Garantía de Calidad en Salud", constituido por los cinco eslabones que se acaban de describir.

7.2. TIPO DE MUESTRA

El estudio se realiza en el Instituto de Neurociencias Clínica del Sol Ltda. sobre todos los servicios que la entidad presta correspondientes al tercer nivel de atención o alta complejidad, durante el periodo comprendido desde el mes de octubre de 2001 a marzo de 2002. El tipo de muestreo es no probabilística con criterio de conveniencia.

7.3. MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Las plantillas para la evaluación de la calidad de la atención en salud se definen como los instrumentos operativos que facilitan la recolección de la información para las distintas áreas del modelo DOPRI, que constituye la base de dicha evaluación.

Cada área de evaluación tiene su propia plantilla; así, se dispone de plantillas para la evaluación del Contexto, Demanda, Oferta, Procesos, Resultados e impacto. Como la Oferta tiene seis componentes (estructura orgánica, estructura funcional, recursos humanos, recursos fisicos, recursos financieros y sistema de información), se han elaborado plantillas para cada uno de estos componentes y una plantilla global para la integración de los mismos. Además, se cuenta con ciertas plantillas para integrar la evaluación de las distintas áreas y para explicar la evaluación de la calidad de la atención en términos de sus factores determinantes.

La estructura de la plantilla se divide en cuatro columnas, la primera corresponde al indicador de evaluación. En la segunda se registra la calificación que se da a cada indicador o parámetro, en una escala de 1 a 4, de acuerdo con los criterios establecidos en la guía para diligenciar cada plantilla. La calificación 4 corresponde a óptimo, 3 a bueno, 2 a regular y 1 a malo. Los criterios para las calificaciones se basan en las estadísticas del Sistema Nacional de Salud, recopilados por el Ministerio de Salud en los últimos 10 años.
E n la tercera columna se tiene una ponderación de los distintos indicadores o parámetros de evaluación, en una escala de cero a uno, según su importancia en la respectiva área. Finalmente, en la cuarta columna se registran las calificaciones ponderadas de los distintos indicadores, que restan de multiplicar las respectivas calificaciones por su correspondiente valor de ponderación. Al sumar los valores de esta columna se obtiene la calificación del área. Las plantillas se han diseñados con indicadores que aplican fundamentalmente a la evaluación de la calidad de la atención en hospitales; sin embargo, con las adaptaciones pertinentes se pueden aplicar a cualquier entidad o institución prestadora de servicios de salud.

El contexto corresponde al conjunto de normas que regulan la prestación de los servicios de salud en la población, las relaciones institucionales que se establecen para la operación de dichos servicios y la participación de la comunidad. En resumen, corresponde al ambiente en el cual se prestan los servicios de salud.
En la plantilla se clasifican como indicadores la legislación vigente, las políticas de salud y seguridad social, los planes y programas establecidos para el sector, las relaciones institucionales para la prestación de los servicios, las relaciones con los proveedores de insumos para las instituciones prestadoras de servicios de salud y las relaciones con la comunidad.

En relación con la legislación vigente, y específicamente para Colombia, conviene revisar en particular la Ley 10 / 90, la Ley 715 / 2001, la Ley 87 / 93 y la Ley 100 / 93, así como sus decretos reglamentarios. Para las políticas, planes y programas del Ministerio de Salud, Trabajo y Seguridad Social, además de las normas especificas de los niveles seccional y local. Las relaciones institucionales se refieren a las que se establecen mediante contratación o convenios para la prestación de los servicios de salud. Las relaciones con proveedores cubren los contratos para el suministro de insumos y medicamentos para las instituciones.

Finalmente, las relaciones con la comunidad corresponden a la participación de la misma en la planeación y ejecución de los programas, a través de representantes en las juntas directivas de las instituciones o en los comités de veeduría.

Se tendrán en cuenta los siguientes criterios: Si los elementos de la evaluación favorecen la prestación de servicios de salud de buena calidad, la calificación será 4; si la favorecen con escasas excepciones, la calificación será 3; si la limitan la calificación será 2; si conducen practicas de mala calidad, la calificación será 1.

En relación con la interpretación de la calificación final del contexto, si es de 3 o más se considera adecuado; si es menor de 3 se considera inadecuado.

En la demanda se estudian las características socio-demográficas de los demandantes, la morbimortalidad institucional, la severidad de los procesos patológicos y la demanda efectiva atendida. Para la evaluación de la calidad de la atención se proponen los siguientes indicadores: Relación entre nivel de atención institucional y la morbilidad atendida en los servicios intermedios y finales. Para diligenciar esta parte de la plantilla se realizo una calcificación de la morbilidad por servicios. La calificación se realiza con base en los siguientes criterios: Si la morbilidad atendida corresponde a un 90% o más se califica con 4; entre un 80% y 89% se asigna 3; Entre 60% y 79% se asigna 2; menos del 60% se asigna 1. Demanda efectiva atendida, para este indicador se establece el porcentaje de pacientes realmente atendidos en los servicios en relación con el total de demandantes para determinado periodo. Se califica con los siguientes criterios: 4 si se atiende el 100%; 3 si se atiende entre el 90% y 99%; 2 si se atiende el 80% y 89%; 1 si la atención cubre al menos del 80% de los demandantes.

Para la evaluación de la estructura se utilizaron distintos indicadores que se califican de acuerdo a sus parámetros especiales: Estructura física / sede de la institución, Estructura física / demanda, ambiente interno, proceso gerencial, clima y cultura corporativo, ética, sistema de información, financiera, mercadeo y recursos humanos.

Igualmente se utilizan las plantillas contenidas en la resolución 5261 de 1996 para evaluar por unidades funcionales los requisitos mínimos esenciales, mediante el análisis de los 7 indicadores que maneja dicha plantilla a saber: Infraestructura física, recurso humano, dotación, procedimientos técnicos – administrativos, registros para el sistema de información, transporte y comunicaciones y auditoria de servicios. Poseen 4 columnas, las 3 primeras hacen referencia a que si la institución cumple (S), cumple parcialmente (P) o no cumple (N), en la cuarta columna se anotan las observaciones pertinentes para cada variable. El diligenciamiento de esta plantilla nos daría una evaluación cualitativa de cada área funcional que se ha clasificado por servicios finales, intermedios y administrativos. Al final de cada plantilla se realiza el análisis y se anota objetivamente porque el servicio no cumple dicha variable, citando objetivamente la norma que hace referencia a dicho requerimiento.

El equipo diseño nuevas plantillas ponderando la calificación de las 7 variables mencionadas, dando mayor importancia, a la infraestructura física, recurso humano y dotación, que son los elementos mínimos con los cuales se puede prestar un servicio.

Finalmente se evaluaron a través de las plantillas los componentes de proceso, resultado y efecto o impacto para lo cual en cada aparte se explican los criterios de calificación de acuerdo a cada indicador estudiado.

Para la recolección de los datos se utilizo como medios la entrevista, la observación y el cuestionario.

En síntesis, esta nueva forma de pensar (estratégicamente), debe ir enmarcada bajo unos parámetros bien definidos, que no permita que se pierda el horizonte, debe ser eficaz pues se busca un resultado, la organización debe concentrarse en este resultado teniendo en cuenta el contexto y la contingencialidad (accidentalidad predecible) para ser competitivos frente a los otros observando las cosas desde los diferentes ángulos (prospectivas)

El trabajo debe desarrollarse de una manera continua y sistemática, estimulando permanentemente el compromiso individual y colectivo, la clave del desarrollo se encuentra en el cambio de actitud, la mente abierta frente a las nuevas ideas, generando un enfoque hacia la institución y satisfacción del usuario, independiente de quienes sean los responsables.

Los directivos y gerentes de la institución, deben liderar el proceso de cambio, reiterando su apoyo y dedicación para llevar a cabo los objetivos que se pretendan.

Antes de iniciar este nuevo enfoque de trabajo, en una reunión con directivos y empleados fue importante para nosotros desarrollar una serie de interrogantes. Entre todos nos preguntamos que somos y hacia donde nos quisiéramos proyectar, establecer claramente nuestra situación actual, nuestras fortalezas y debilidades, recursos con las cuales contamos y planear la manera de potenciarlos.

Con esta metodología buscamos dar respuestas a estos interrogantes que pueden sintetizarse en los siguientes postulados:

¿DÓNDE ESTAMOS?

El diagnóstico situacional interno y externo mediante el análisis del contexto, la demanda y la oferta darán respuesta a este primer interrogante.

¿POR QUÉ?

Conociendo la situación real del Instituto de Neurociencias Clínica del Sol Ltda. podemos definir porque estamos así. Será un proceso de análisis de la información formal e informal recopilada.

¿PARA DONDE?

Si ya sabemos como nos encontramos realmente, será más fácil llegar a establecer lo que queremos, diseñar la visión futura y establecer los objetivos a alcanzar.

¿CÓMO?

El saber como estamos y para donde vamos permitirá establecer con base en nuestras fortalezas y recursos los medios para lograr objetivos.

¿PARA QUE?

Se debe tener claro para que hacer el cambio y convicción de él. Tener un propósito que guíe cada uno de las acciones que se adelantan.

¿LO ESTAMOS HACIENDO BIEN?

Establecer un sistema continuo de retroalimentación que nos permita determinar si lo que estamos haciendo realmente conduce a lo que nos hemos propuesto.

7.4. CARACTERÍSTICAS DE LA METODOLOGÍA A UTILIZAR

- Orientación estratégica. Esto significa que la organización debe utilizar las ventajas competitivas que posea, para esto debe conocer sus debilidades o problemas para solucionarlos y sus oportunidades para aprovecharlos.

- Dirección por nivel corporativo: El grupo directivo debe asumir la responsabilidad, de lo contrario es un fracaso.

- Participativa: Comprometer a toda la organización que deben existir grupos en todos los niveles que hagan el ejercicio.

- Flexibilidad: Se deben incluir nuevas opciones permanentemente, de lo contrario los cambios ambientales o internos le quitan vigencia.

- Cíclico: Poner periodos de tiempo para volver a hacer el proceso.

- Acumular experiencias: Permite el desarrollo y elaboración de las memorias de la organización, construir la historia documental.

- Mecanismos de seguimiento.

- Dinámico: Programa corto y evaluable con técnicas apropiadas

8. VARIABLES

En la evaluación de la calidad de atención es importante tener en cuenta, como referencia fundamental, los atributos que caracterizan una buena atención de la salud. Los distintos autores y trabajadores del tema han identificado las cualidades que se definen a continuación:

- LA OPORTUNIDAD corresponde a la satisfacción de las necesidades de salud en el momento requerido, utilizando los recursos apropiados de acuerdo con las características y severidad de cada caso.

- LA CONTINUIDAD se refiere a la aplicación, en secuencia lógica, de las acciones que corresponden a cada una de las etapas del proceso de la atención, bajo la responsabilidad de un equipo de salud.

- LA SUFICIENCIA E INTEGRIDAD tiene que ver con la provisión suficiente y oportuna de los recursos requeridos para atender las necesidades de salud en forma integral, en sus aspectos de promoción, prevención, curación, asistencia y rehabilitación.

- LA RACIONALIDAD LÓGICA – CIENTÍFICA es la utilización del saber médico y la tecnología disponible para atender los problemas de salud, aplicando los criterios de los enfoques lógico y óptimo, mencionados anteriormente.

- LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO Y DEL PROVEEDOR tiene que ver en la complacencia del usuario con la atención recibida, con los prestadores de los servicios y con los resultados de la atención. Así mismo, la satisfacción de los proveedores con las condiciones laborales y el medio ambiente en el cual se desempeñan.

- LA EFECTIVIDAD es el grado máximo de mejoramiento de la salud que es posible alcanzar con la mejor atención disponible.

- LA EFICIENCIA es la capacidad de reducir al máximo los costos de la atención, sin reducir significativamente el grado de mejoramiento de la salud.

- LA OPTIMIZACIÓN es el balance entre los costos y los beneficios de la atención en salud.

- LA ACEPTABILIDAD es la conformidad de la atención global con los deseos y expectativas de los pacientes y sus familiares. Incluye aspectos relativos a la accesibilidad, relación médico-paciente, comodidades del lugar, de la atención y conformidad con los efectos y los costos del tratamiento.

- LA LEGITIMIDAD es la conformidad con los principios éticos, valores, normas, regulaciones y leyes que rigen la comunidad.

- LA EQUIDAD es la conformidad con los principios que rigen la justa distribución del cuidado de la salud y sus beneficios en todos los miembros de la población.

9. RESULTADOS

9.1. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL EXTERNO - CONTEXTO

Es necesario llevar a cabo un estudio particular del contexto en el que se desenvuelve el Instituto de Neurociencias Clínica del Sol Ltda., puesto que el impacto de cada una de las variables que conforma este contorno se comporta de manera particular para instituciones como la nuestra. Realizaremos un análisis sistemático dividiendo este contexto en zonas y sistemas.

Al realizar el diagnóstico de las zonas nos permitirá establecer el grado de influencia de cada variable del contexto sobre le organización, determinando un ámbito general que afecta por igual a todas las organizaciones, una zona media relacionada directamente con el sector salud y una zona próxima analizando aspectos que afectan directamente a la Clínica.

El contexto a su vez se puede dividir en sistemas. Nos referiremos principalmente a lo político, tecnológico, económico y sociocultural, para luego hacer un análisis de la demanda general e institucional.

9.1.1. CONTEXTO GENERAL

9.1.1.1. SOCIAL

La crisis económica actual por la que atraviesa nuestro país, es producto de políticas y decisiones tomadas a comienzos de la década de los 90, en donde el despilfarro administrativo y el incremento desproporcionado del gasto publico fueron la razón principal del déficit presupuestal. Como consecuencia de lo anterior el desarrollo e implementación de políticas y planes de salud se vio seriamente afectado ya que las partidas destinadas por el gobierno nacional para este sector han sido tradicionalmente malversadas.

De acuerdo con cifras de Planeación nacional existen en Colombia 23 millones de personas en condiciones de pobreza y según la FAO hay 10 millones más en estado de miseria, lo que muestra claramente el estado de descomposición social y económica por el cual estamos atravesando.
Aspectos como la inseguridad, la falta de inversión, el desempleo, el costo de vida, han motivado el deterioro de las organizaciones en todos los sectores, lo que ha contribuido al

cierre de gran parte de empresas industriales y comerciales, llevando en forma acelerada a los habitantes del territorio nacional a un estado de indigencia total.
La emigración de los campesinos hacia las grandes ciudades por la acción bélica y terrorista de los diferentes grupos alzados en armas y al margen de la ley ha provocado que los campos hayan quedado solos perdiéndose recursos valiosos en las actividades agrícolas y ganaderas disminuyendo la producción agraria y el transporte de los productos a los centros de acopio, mercadeo y consumo. Factor este que además de producir grandes perdidas económicas favorece también la desnutrición del pueblo colombiano convirtiéndola en blanco fácil del atraso en el desarrollo del organismo y haciéndolo vulnerable por falta de defensas a toda clase de infecciones.

El acceso restringido y casi imposible de acuerdo con las localizaciones geográficas y la capacidad económica de los sectores vulnerables de los estratos bajos a la educación y capacitación han acelerado el analfabetismo y ha contribuido a la aparición de enfermedades como la parasitosis intestinal, extraintestinal y de piel, síndromes diarreicos con deshidratación severa aguda, desnutrición y por consiguiente la muerte, aumentando los índices de letalidad que muy bien pudieron haberse controlado aprendiendo a leer y escribir y recibiendo capacitación sobre normas establecidas de aseo general y limpieza.

El terrorismo, los ataques a las poblaciones y masacres provocadas por las diferentes frentes de la guerrilla, autodefensas y delincuencia común han hecho que el gobierno aumente el pie de fuerza incrementado el presupuesto de las fuerzas militares, en detrimento de las partidas destinadas para los programas y planes de salud y educación influyendo negativamente en la calidad de la atención por parte de las instituciones y prestadoras de los servicios de salud.

Por ultimo, el desenlace de una gran confrontación mundial que comprometido severamente el mundo occidental con el islámico, liderado por la potencia mundial y primera en su orden los Estados Unidos de Norteamérica, tiene severas repercusiones en el contexto general de la salud en nuestro país, pues se va a incrementar la crisis en el sector financiero de nuestra economía generando una disminución en los planes de ayuda para el sector salud.

Como resultado de lo anterior podemos señalar que son muchos los aspectos negativos que intervienen en el ámbito general dentro del cual se desarrollan todas las organizaciones en nuestro país y que algunas de ellas no son ajenas al normal desarrollo de las actividades del Instituto de Neurociencias Clínica del Sol Ltda.

9.1.1.2. CONTEXTO ECONÓMICO

Para el análisis del contexto económico comentaremos algunos apartes de la redacción económica del diario el Espectador de noviembre 4 de 2001.

"Por bien que le vaya a la economía el próximo año, en nada cambiara la terrible situación que viven los colombianos. La contienda electoral, la recesión mundial, la guerra y la incertidumbre evitaran que el país inicie en el 2002 un ciclo sostenido de crecimiento en la generación de riqueza. Analistas locales e internacionales indican que la economía no crecerá más del 2%, el desempleo seguirá por encima del 16% y la inflación se mantendrá controlada, pero sin llegar a la meta del 6% prevista por el banco de la república.

En el frente cambiario se prevé una gran inestabilidad en razón de los impactos que tendrá una eventual moratoria de la deuda Argentina y la telúrica situación de las economías de Ecuador y Venezuela. Se teme una explosión devaluacioncitas si el mercado sigue manteniendo una reevaluación ficticia. Las proyecciones indican que el dólar podrá ubicarse entre $2700 y $2730 al cierre del 2002. Las exportaciones van a caer fuertemente en los tres primeros meses del año, pues Estados Unidos no habrá superado la recesión que padece. El café se quedará con precios reducidos y el petróleo dificilmente superara los 25 dólares.

Las expectativas políticas frente a las elecciones presidenciales acentuarán la incertidumbre, pues todos los candidatos ya se encuentran comprometidos con una revisión del modelo económico neoliberal.

Aunque parece muy claro el diagnóstico, a pesar de lo desolador, lo cierto es que esta ves a sido imposible poner de acuerdo a los analistas. Los testimonios y proyecciones están encontrados. Para unos, es la construcción la que va a salvar el periodo, para otros, siguen siendo las exportaciones. Puede ser demanda interna o la recuperación de los precios del crudo. En ciertos casos ni siquiera saben a que apostarle.

Ante la gravedad de la guerra interna, el pavoroso desempleo y la caída en los recaudos tributarios, el Fondo Monetario Internacional (FMI) accedió a flexibilizar las metas del ajuste fiscal del próximo periodo, esto le permitirá a la actual administración disponer de mayores recursos para gasto adicional. El FMI también aceptará que el nivel de reservas internacionales sea muy similar al de este año, pues será muy dificil acumular divisas. Los colombianos van a tener un precio de gasolina mucho más estable según los pronósticos del gobierno y no se descarto que a la llegada del fenómeno del niño, signifique alza en el precio de los alimentos.

La mayoría de los analistas condicen en afirmar que poco se podrá hace desde el interior del país si el contexto internacional se agrava, especialmente en lo que tiene que ver con la guerra emprendida por los Estados Unidos contra el terrorismo pues de todos es conocido el impacto desfavorable para el cumplimiento de metas de crecimiento económico.

En medio de la adversa situación empresarios colombianos estiman que una de las salidas es mirar hacia Europa y que Estados Unidos prorrogue el próximo año por 5 años los beneficios arancelarios de la Atpa y los extienda a nuevos productos.

En este contexto económico general se analiza su impacto sobre el Sistema General de Seguridad Social con mucha incertidumbre, las crisis financiera de entidades tan importantes para el sistema como el Instituto Colombiano de los Seguros Sociales, la Caja Nacional de Prevención, Caprecom, entidades de orden publico refleja la gran crisis del sector salud. Por otro lado el obstaculizado flujo de recursos desde el gobierno central y municipal hacia las administradoras del régimen subsidiado y contributivo tienen en colapso financiero a las instituciones prestadoras de servicios.

La incertidumbre también se percibe en el sector salud en lo económico y estamos en la expectativa de lo que pueda plantear el próximo gobierno acorde al candidato que gane, un sector importante promulga la necesidad de hacer una profunda reforma a la Ley 100 y otro el fortificar las bases del actual sistema"

9.1.1.3. CONTEXTO POLÍTICO

El contexto político en Colombia no es más alentador que el panorama económico descrito. Las expectativas frente a las próximas elecciones presidenciales reflejan gran incertidumbre puesto que no hay claridad en la opinión publica sobre el manejo de los cuatro principales temas que tiene que abordar el próximo gobierno: Reactivación económica, reforma política y lucha contra la corrupción, proceso de paz con grupos al margen de la ley, imagen y política internacional.

En política económica hay una fuerte tendencia a revisar el modelo neoliberal que se ha manejado desde la apertura económica, en materia de conflicto social la mayoría coincide en que para que exista verdadera paz en Colombia se requiere un tiempo prudencial de tal manera que no es un efecto inmediato, los descalabros económicos del congreso de la república, la feria de contratos otorgados por el sector publico, el trafico de influencia y el clientelismo político que nace más agudo cada cuatro años, los escándalos de la Caja Agraria, Banco del Estado, Banco del Pacifico, Colpuertos, Dragacol, etc., han deteriorado la imagen de la clase dirigente y pone en duda su capacidad ética y profesional para dirigir el país.

El fortalecimiento de la imagen internacional de nuestro país se ha convertido en el corto plazo en un aspecto netamente demagógico ya que lo planteado por la actual administración en materia de seguridad y reglamentación de inversión extranjera no se ha cumplido hasta la fecha. Adicionalmente aspectos como la lucha contra el narcotráfico y la fumigación de cultivos ilícitos han generado en el ámbito internacional un alto grado de desconfianza hacia las instituciones del estado, encargadas de controlar ese fenómeno porque si bien es cierto que se realizan fumigaciones contra cultivos, también es cierto que la producción de alucinógenos no ha disminuido en la proporción deseada.

El desarrollo del actual proceso de paz que se adelanta en la zona de distensión del Caguan se ha convertido en el punto principal para permitir el ingreso de capital extranjero a través

de la inversión directa en nuestro país, ya que de este aspecto depende en gran parte el desarrollo de una imagen internacional de una economía que brinde garantías y condiciones de seguridad satisfactorias a sus inversionistas.

En el marco político el sector salud se ve directamente afectado, pues como anotamos anteriormente las políticas en salud varían caprichosamente, de acuerdo al programa de gestión que tenga para el sector el mandatario de turno, históricamente unos les dan más énfasis a la atención, otros le dan más énfasis a promoción y prevención y algunos se abanderan de la salud publica, de tal manera que la proyección del próximo cuatrienio dependen del programa del candidato presidencial que a la palestra publica no ha sido definido.

Uno de los aspectos políticos que se espera con gran expectativa en el sector salud tiene que ver con la reforma a la Ley 100, sobre 10 puntos fundamentales que incluyen entre otros: Aspectos relacionados con la dignificación de la profesión médica y paramédica, salud publica, desarrollo de Empresas Sociales del Estado, flujo de recursos, Empresas Promotoras de Salud, etc.

Dentro del sistema político es relevante analizar las normas jurídicas que se aplican a los servicios en general y en particular a la prestación de servicios de salud. El marco legal anteriormente presentado nos parece suficiente y amplio para tenerlo en cuenta dentro del contexto.

Dentro de este marco político también es necesario establecer la organización político - administrativo y las instancias de participación comunitaria tales como la alcaldía distrital y demás instancias del gobierno, la Secretaria Distrital de Salud como ente administrativo local del sector, los comités de participación comunitaria que involucra estimular la organización o asociación de usuarios del Instituto de Neurociencias Clínica del Sol Ltda..

9.1.1.4 CONTEXTO TECNOLÓGICO

En el mundo, el desarrollo tecnológico alcanzado por los países desarrollados en las ultimas dos décadas ha sido vertiginoso y en materia de salud, como medio y como fin de la condición del ser humano no es menos importante. Esta tecnología nos ha permitido descubrir el desarrollo genético de la especie humana. Los instrumentos que nos aporta la tecnología moderna para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, promoción de la salud y prevención de las enfermedades hacen que los resultados sean más alentadores en términos de años de vida saludables. El desarrollo tecnológico esta yendo a la par con el desarrollo científico lo que nos permite contar con más alternativas de tratamiento y curación.

La realidad de los países tercermundistas como el nuestro esta muy distante de lo ideal en tecnología en materia de salud. Lo anterior se debe básicamente a que el desarrollo

tecnológico esta ligado directamente a la inversión económica en esta materia no contamos con los recursos suficientes para tal efecto.

Como consecuencia de lo anterior en nuestro país se hace necesario la importación de equipos especializados en el área médica lo cual tiene un costo económico elevado, pues la adquisición de los equipos debe hacerse en dólares y con el tipo de cambio que maneja actualmente nuestra economía, además de los aranceles por importación el precio de los equipos se incrementa de manera sustancial permitiendo a muy pocas organizaciones el acceso a la tecnología requerida para el área médica especializada.

En ese contexto es principalmente el sector privado de la salud el que lidera en Colombia la adquisición de equipos con tecnología de punta, de acuerdo con la disponibilidad de sus recursos.

Para el caso concreto del Instituto de Neurociencias Clínica del Sol Ltda. el aspecto tecnológico es su principal fortaleza, pues cuenta con equipos que le permiten desarrollar cirugías especializadas en el área neurológica y en futuro cercano en el área cardiovascular en donde se implementaran equipos de telemetría con capacidad de monitoreo para seis pacientes convirtiéndonos en lideres en la prestación de este servicio.

9.1.2. CONTEXTO MEDIO

La gran importancia del contexto, como conjunto de factores que condiciona la situación de salud, hace que su análisis sea obligado para entender el estado de salud de la comunidad. La salud es a la ves un medio y un fin como parte determinante del desarrollo.

Un medio por cuanto el hombre como factor fundamental del proceso productivo requiere de su salud para que en dicho proceso genere riqueza y bienestar y un fin por que siendo la salud un elemento imprescindible del bienestar debe constituirse en la razón de ser del desarrollo. De otra parte, dependiendo de las políticas generales del gobierno y particulares de salud, esta debe luchar por los recursos económicos necesarios para su aplicación en un contexto de alta competencia ya que los recursos son escasos y se deben distribuir según prioridades determinadas por la sociedad. En las ultimas tres décadas los diferentes planes de gobierno han tenido en cuenta la salud según su concepción de la misma y las prioridades políticas establecidas por el gobierno de turno.

Para el periodo 91- 94 se hizo énfasis en una visión integral de salud con diagnóstico de ineficiencia del sector, se privilegia y se subsidia la demanda y se pretende mejorar la cobertura y la calidad. Consideramos de importancia crucial este periodo, ya que en la constitución del 91 divide prácticamente en dos la historia del sector salud en Colombia, pues fue esta constitución la que le da una connotación especial a la salud como medio y condición de la vida humana, convirtiéndola por acto constitucional en un derecho fundamental, un servicio publico, a cargo del estado con protección para los pobres. Desde

entonces el sector se ha visto afectado por una hecatombe de normatividad que ha obstaculizado la eficiencia de su gestión pues no se ha podido desarrollar en el sentido social que le da la misma ley 100 que describe el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Para analizar dentro de este contexto el desarrollo las diferentes políticas sectoriales de gobierno, el impacto de la centralización del sector, las coberturas del régimen subsidiado y contributivo, el impacto de ir convirtiendo los subsidios de la oferta hacia la demanda, el papel real que han representado las empresas que administran los recursos del régimen subsidiado y contributivo, el desarrollo institucional de las empresas sociales del estado, el impacto del modelo económico neoliberal sobre el sector salud, la crisis política del sector con la renuncia de la ministra y de la Superintendente nacional de salud, etc., gastaríamos numerosas paginas todas validas para llegar a conclusiones nada alentadoras.

La influencia maligna y perturbadora en la clase dirigente, politiquera y corrupta, que se ha autoescriturado en forma grosera y atrevida las instituciones publicas de salud con la utilización irracional e ilógica de los recursos, especialmente el humano, para poder cumplir con los compromisos políticos, provocando el despilfarro de los recursos financieros y económicos dificultando el cumplimiento de los planes y programas de salud previamente establecidos, ha deteriorado severamente la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud con la consecuente insatisfacción de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social.

Para las instituciones que prestan servicios de salud publicas privadas y mixtas como el Instituto de Neurociencias Clínica del Sol Ltda. es de crucial importancia conocer el conjunto de normas que regulan la prestación de los servicios que ofertan, así como claridad en sus responsabilidades como integrantes del sistema frente a los entes de control, vigilancia, dirección de políticas.

En este orden de ideas, encontramos una gran debilidad en nuestra institución pues se desconocen la realidad que vive el país en materia de seguridad social.

9.1.3. CONTEXTO PROXIMAL

Dentro del entorno proximal en el que se desenvuelve el Instituto de Neurociencias Clínica del Sol Ltda., es necesario hacer mención de ciertos aspectos, por considerarlos relevantes en el desarrollo de las actividades y servicios que en la Institución se ofrecen.

9.1.3.1 LA COMPETENCIA

Para el Instituto de Neurociencias Clínica del Sol Ltda., su competencia esta constituida por todas aquellas instituciones prestadoras de servicios de salud que cumplen con las normas para la prestación de servicios asistenciales de tercer nivel. En la ciudad de Barranquilla, no hay muchas instituciones que cumplan con los requisitos mínimos exigidos para tal efecto, pero existen algunos centros hospitalarios como, la Clínica Bautista, la Clínica La Asunción, la Clínica General del Norte, entre otras que cuentan con la tecnología y la infraestructura necesaria para la prestación de servicios médico-asistenciales de tercer nivel.

Es necesario mencionar que existen Entidades Promotoras de salud, que se están fortaleciendo en la prestación de servicios médicos, no contratando con Instituciones Prestadoras de Servicios Salud y creando su propia infraestructura física y adaptando su organización interna a los cambios requeridos y exigidos por los usuarios de los servicios de salud, con el fin de brindarles una satisfacción total en la solución de sus problemas a nivel médico-asistencial.

De esta competencia también forman parte las instituciones gubernamentales como el Hospital Universitario, el Hospital Pediátrico, el Hospital Barranquilla en donde se atienden a usuarios de todo nivel socioeconómico lo cual reduce también nuestro mercado potencial.

INSTITUCIONES QUE PRESTAN III NIVEL EN BARRANQUILLA

Tabla 13

NOMBRE IPS	NIVEL DE ATENCIÓN	PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN EN EL MERCADO
Clínica General del Norte	III y IV	
Clínica Bautista	II y III	
Clínica la Asunción	II y III	
Clínica del Caribe	II y III	
Clínica del Prado	II y III	
Clínica la Merced	II y III	
Clínica Reina Catalina	II y III	
Clínica Mediesp	II y III	
UniClínicas	II y III	
Hospital Pediátrico	II y III	
Hospital Metropolitano	II y III	
Hospital Universitario	III y IV	
Unidad Programática Institucional del Seguro Social	III	

Fuente: Distrisalud

Lo anterior solo nos muestra la urgencia con la que debemos adaptarnos al cumplimiento de la normatividad existente, pues solo de esa forma podemos desarrollar estrategias de

mercado que nos permita tener convenios adicionales con las E.P.S y ARS, capturando de esa manera un mercado potencial sin explotar por del Instituto debido a la deficiente utilización de la infraestructura fisica existente y por ende al desaprovechamiento del recurso tecnológico con que cuenta en la actualidad.

9.1.3.2. LAS ENTIDADES FINANCIERAS

En una economía en recesión como la nuestra, las entidades financieras existentes, juegan un papel muy importante en el desarrollo de los planes de expansión y posicionamiento de toda organización.

Debido a la falta de liquidez de la mayoría de las empresas en el país, el sector financiero se ha vuelto reticente a las prestaciones o créditos tanto de vivienda, como de libre inversión que es la modalidad que nos interesa para el desarrollo de nuestro plan estratégico.

Es necesario contar con el respaldo de alguna entidad financiera, con el fin de garantizar los recursos necesarios para la ejecución de las actividades encaminadas a conseguir el objetivo general del plan estratégico, solo en el caso de que la organización no genere a través del desarrollo normal de sus actividades los medios económicos necesarios para tal fin.

De acuerdo con la información suministrada por el departamento de contabilidad para adelantar el diagnóstico financiero del Instituto, las relaciones comerciales establecidas con el Banco de Bogotá y Bancolombia se han afianzado y fortalecido de acuerdo con el crecimiento paulatino de la institución, lo que puede ser un factor crucial en el momento en que esta no este en capacidad de generar los medios económicos para culminar cabalmente su plan de acción estratégico.

9.1.3.3 ENTIDADES DEL ESTADO

Dentro de la prestación de servicios médicos-asistenciales existen entidades estatales que se encargan de cumplir esa función y algunas de ellas fueron mencionadas al hacer referencia a nuestra competencia.

Además de esas entidades que ya citamos, existen organizaciones del estado encargadas de hacer cumplir la normatividad legal vigente en materia de salud, como por ejemplo Distrisalud, las secretarias municipales y departamentales de salud. Estas entidades quizás tengan mucha mas influencia sobre nuestra organización que cualquier otro aspecto particular, pues son los entes reguladores de la salud y por ende tienen el poder y la autoridad para aplicar las sanciones que ellos consideren pertinentes en caso de detectar anomalías en nuestra infraestructura o fallas en la prestación de los servicios.

Tabla 14

ORGANISMOS ESTATALES	
De orden nacional	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud Ministerio de Salud Superintendencia Nacional de Salud
De orden departamental	Consejo Departamental de Seguridad Social Dasalud
De orden distrital	Consejo Distrital de Seguridad Social Distrisalud

9.1.3.4 PROVEEDORES

Para el desarrollo normal y efectivo de las actividades de la organización, además de un recurso humano calificado para el desempeño de las funciones especificas de cada cargo, es necesario dotar o suministrar a los empleados de los implementos y materiales necesarios para poder llevar a cabo una función asignada.

Dentro de este orden de ideas, la relación comercial con personas naturales o jurídicas que estén en la capacidad de suplir nuestros requerimientos de apoyo al recurso humano es de vital importancia para nosotros, pues de ello depende en buena parte, el reconocimiento como I.P.S de tercer nivel que deseamos alcanzar.

Algunos de los aspectos que se deben tener en cuenta para establecer relaciones comerciales con personas naturales o jurídicas pueden ser: Calidad del producto, precio, tiempo de entrega, tiempo de reposición del producto, plazo para cancelación en caso de vencimiento cuando este se de en facturas, etc.

Las relaciones comerciales de la Clínica con sus proveedores son muy buenas, lo que se constituye en una fortaleza en estos tiempos de reseción y crisis económica en donde la característica principal es el incumplimiento de las obligaciones comerciales.

Los proveedores con los que actualmente trabaja el Instituto de Neurociencias Clínica del Sol Ltda. son:

ALFARES LTDA.
ALFONSOEME S.A.
ARROW – MÉDICAL DE OCCIDENTE S.A.
B BRAUN MÉDICAL S.A.
BANCO DE SANGRE ASUNCIÓN LTDA.

BIOINGENIERÍA LTDA.
BIOSYSTEMS S.A.
CIRMAR – RESONANCIA MAGNETICA
CODISA
COMERCIALIZADORA RINAGUI Y/O ESTELA FLO
DESMYD INTERNATIONAL
DISCLINICAS LTDA.
DISLAMED
DISMAFOTO LTDA.
DISTRIBUCIONES MÉDICAS I.P.S
DISTRIBUCIONES PLASTIFILM LTDA.
ELÉCTRICOS IMPORTADOS S.A.
EQUINORTE LTDA.
ESCANOGRAFIA LA ASUNCIÓN LTDA.
FARMACIA EL UNIVERSITARIO
FARMACIA HOSPIFARMA
FARMACIA UNIVERSITARIO – YUDISLORA
GUILLERMO GIL
IMPULSORES INTERNACIONALES LTDA.
INVERSIONES AJOVECO S.A.
INVERSIONES ROMERO LTDA. QUIMED
LA INSTRUMENTADORA LTDA.
LABIND LTDA.
LABINFARMA COLOMBIANA S.A.
LABORATORIO BIOTERAPICO H.B LTDA.
LABORATORIO CLINICO CONTINENTAL
LABORATORIO CLINICO LA ESPERANZA
LABORATORIO DELTA LTDA.
LABORATORIO LABTEST
LABORATORIO MICROBIOLOGICO BARRANQUILLA
LABORATORIO REY FALTZ
LAKOR FARMACEUTICA S.A.
LANBID LTDA.
MENASSE ROBERTO
MILCIADIS OSORIO
MUNDO MÉDICO LTDA.
OXIGENOS COLOMBIA
QUIMIS SIMS LTDA.
QUIRURMÉDICAS LTDA.
REFRIMANTENIMIENTO LTDA.
REPRESENTACIONES MÉDICAS – CANTILLO GIL
REPRESENTACIONES MÉDICO HOSPITALARIAS JULIO CANTILLO
REPRESENTACIONES NAVARRO DE LA SALUD LTDA.
REPRESENTACIONES MÉDICAS BERTICA
REPRESENTACIONESMÉDICAS BERTICA
REPRESENTACIONES MÉDICAS CANTILLO GIL
RESONANCIA MAGNETICA E IMÁGENES DEL NORTE LTDA.
RODRÍGUEZ ANGEL Y CIA LTDA.
REPRESENTACIONES MÉDICAS S.A.
S.A.E
SERCARES LTDA.

9.1.3.5. ASPECTOS GEOGRÁFICOS

La ciudad de Barranquilla, está situada en la margen occidental del Río Magdalena, cerca de su desembocadura en el mar Caribe. Cuenta con un clima cálido, húmedo, con temperatura entre 26° y 29° centígrado y recibe los vientos alisios en la época de Diciembre. Es un puerto fluvial, marítimo y aéreo, situación que permite el fácil acceso de personas y mercancías.

La superficie del Distrito de Barranquilla, es de 154 km2, limitando al Norte con el mar caribe y con Puerto Colombia, por el Occidente con Puerto Colombia. Tiene una altura mínima de cuatro (04) metros sobre el nivel del mar y una altura máxima de 145 mts. Existen zonas quebradas en las cuales están ubicados los barrios del sur de la ciudad, como la Sierrita, el Bosque, Carrizal, La Manga, Nueva Colombia, Me Quejo, El Silencio, Las Terrazas, la Libertad y la Campiña (SILOS 1,2 y 3. En el distrito de Barranquilla se concentra en días hábiles el 80% de la población del Departamento.

El clima del Distrito de Barranquilla, tiene un periodo de verano que va desde diciembre hasta abril y el invierno que se extiende hasta Noviembre, lo cual afecta el comportamiento epidemiológico de las enfermedades.

9.1.3.6. DIVISIÓN POLÍTICA ADMINISTRATIVA DE SALUD EN EL DISTRITO

Nos parece importante describir la división Político – Administrativo que ha planteado el Distrito para el sector salud.

El Distrito de Barranquilla ha sido dividido en 7 SILOS, teniendo en cuenta las condiciones socioeconómicas, geográficas, culturales y de educación de la población, en dichos SILOS se articulan las instituciones de Salud del sector, las JAC, las organizaciones de base, las ONG etc., todos trabajando por el bien de su comunidad para mejorar la calidad de vida y el bienestar social.
Los Silos 1, 2, 5 y 6 corresponden a las zonas donde se encuentra la población con más necesidades básicas insatisfechas.

Como estrategia de fortalecimiento de la descentralización, se conformaron 7 Sistemas Locales de Salud (SILOS) en el Distrito de Barranquilla, los cuales reúnen la población de una determinada área geográfica, con un nivel de educación, de cultura y socioeconómico similar. De tal manera que constituimos los SILOS, con unidades básicas de atención en Salud (Centros y puestos de salud) y Hospitales, que funcionan algunas 8 horas y otras 24 horas. Estos últimos se convierten en cabezas de SILOS, implicando esto, aspectos empresariales en términos mas de economía solidaria que de capitalismo a lo neoliberal.

Con la puesta en marcha del funcionamiento de los SILOS, se da todo un impulso a aspectos de trascendental importancia como son la promoción de la Salud y la prevención de la enfermedad, conceptos que nos obligan a apartarnos de los parámetros Mundiales y Nacionales que nos exigían productividad por actividad curativa y giros camas hospitalarias.

A continuación describiremos como esta constituido cada SILO:

A. SILOS 1: Hospital la Manga (E.S.E.) Cabeza de SILOS, Centro de Salud la Esmeralda, Centro de Salud Juan Mina, Centro de Salud Lipaya, Centro de Salud las Malvinas, Centro de Salud Meisel Manga, Centro de Salud Nueva Colombia, Centro de Salud el Pueblo, Centro de Salud la Pradera, Centro de Salud Rosur 7, Centro de salud Los Olivos.

El Centro de salud San Camilo es una ONG.

B. SILOS 2: Hospital Santa María. Cabeza de SILOS, Centro de Salud Bosque Centro, Centro de Salud las Américas, Centro de Salud Bosque San Francisco, Centro de Salud Bosque Nuevo, Centro de Salud Carrizal I, Centro de Salud Carrizal II, Centro de Salud San Luis, Centro de Salud Sierrita, Casa de la Salud 7 de Abril, Centro de salud Santo Domingo.

El Centro de Salud Golda Meir es una ONG.

C. SILOS 3: Hospital Nazareth (E.S.E) Cabeza de SILOS, Centro de Salud Alfonso López, Centro de Salud Villate, Centro de Salud Buena Esperanza, Centro de Salud San Felipe, Centro de Salud San José, Hospital Pediátrico de Barranquilla E.S.E (Segundo nivel de atención), Hospital Universitario de Barranquilla E.S.E (Tercer nivel de atención del orden Departamental), Hospital Infantil San Fco de Paula (Segundo nivel de atención) Centro de Atención y Rehabilitación Integral (CARI - Segundo nivel de atención - Departamental.

D. SILOS 4: Centro de Salud la Alboraya cabeza de SILOS, Centro de Salud Buenos Aires, Centro de Salud Galán, Centro de Salud Ciudadela 20 de Julio.

E. SILOS 5: Centro de Salud la Chinita. Cabeza de SILOS, Centro de Salud Julio Montes, Centro de Salud la Luz, Centro de Salud las Nieves, Centro de Salud Pasadena, Centro de Salud Primero de Mayo, Centro de Salud Rebolo, Centro de Salud Simón Bolívar, Hospital General de Barranquilla E.S.E (Segundo nivel de atención.

F. SILOS 6: Centro de Salud las Flores. Cabeza de SILOS, Centro de Salud Barlovento, Centro de Salud Villanueva, Centro de Salud Siape, Centro de Salud San Salvador, Centro de Salud Mercado Publico, Hospital Niño Jesús (Segundo nivel de atención - Departamental.).

Los Silos 1 y 3 se encuentran descentralizados y los Silos 2, 4, 5 y 6 aun dependen de DISTRISALUD, suman en total 29 los Centros de Salud los que dependen del Nivel Central. En estos momentos cursa en el Consejo Distrital un Proyecto de Acuerdo para otorgarle facultades al Alcalde para descentralizar estos 28 Centros de Salud agrupándolos en 2 o 3 E.S.E que se conformarían y para reestructurar el nivel central ajustándolo a las nuevas competencias que tiene que asumir por ley 100 de 1993. La accesibilidad a las instituciones de salud es relativamente buena y en esto tiene que ver su ubicación.

El sector publico de la Salud en el Distrito de Barranquilla cuenta con 42 Centros de Salud, 2 Hospitales de primer nivel, 3 Hospitales de segundo nivel, 2 hospitales especializados, uno en vía respiratoria (Hospital Niño Jesús, del orden Detal) y uno en Rehabilitación mental (C.A.R.I, del orden Dptal.) Y un Hospital de tercer nivel (del orden Dptal.

Además se cuenta con la Unidad Especial de Salud y Ambiente (UESA) que tiene a su cargo funciones de Salud Publica. En estos momentos hay 28 Centros de Salud que dependen directamente de DISTRISALUD, al igual que la U.E.S.A. Se observa como el Hospital la Manga (Decreto 328/95) y el Hospital Nazareth (Decreto 329/95) son E.S.E (ambos de primer nivel); el Hospital General de Barranquilla y el Hospital Pediátrico (Decreto 327/95) son E.S.E. (ambos de segundo nivel) y el Hospital Universitario E.S.E. (tercer nivel).

9.1.3.7. EDUCACIÓN

El Distrito industrial y portuario de Barranquilla se ha convertido en los últimos años en un importante centro de educación superior con influencia regional, nacional e internacional. Se encuentran estudiantes oriundos de Panamá, Venezuela y algunas islas del caribe como Aruba y Curasao. La Universidad del Norte tiene programas de intercambio con estudiantes de Haití y de Jamaica, lo mismo que con universidades de España especialmente en los programas de derecho.

Es importante llamar la atención en cuanto a los datos encontrados en el plan de desarrollo distrital con respecto a la educación media, donde se refiere a los bajos niveles mostrados por los estudiantes Barranquilleros, lo cual no es más que un reflejo del hecho de que en el periodo 1998 – 1999 el 69% de los planteles educativos de la ciudad presenta un rendimiento bajo. Pero más preocupante aún es la perdida de establecimientos educativos tanto en el sector oficial como en el privado: En el oficial se cerraron 42 establecimientos entre el 1996 – 1998, representando una disminución del 15.6% en la oferta educativa mientras que en el privad se cerraron 111 planteles entre el 1996 – 2000. anotamos que durante los últimos tres años hubo una desercepción importante de estudiantes de educación superior en las áreas profesionales, técnicas y no formal, atribuida a la reseción económica.

9.1.3.8. COBERTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS - SANEAMIENTO BÁSICO.

Tabla 15

COBERTURA EN SERVICIOS PÚBLICOS						
AÑOS	AGUA	ASEO	ALCANTA-RILLADO	TELÉFONO	GAS	ENERGÍA
1.995	77 %	82.3 %	64 %	-	-	-
1.996	84 %	88.6 %	67 %	10.75 %	83.4 %	-
1.997	86 %	96.5 %	70 %	7.67 %	89.2 %	85.0 %
1.998	89 %	97.5 %	74 %	7.42 %	94.9 %	88.2 %
1.999	92 %	98 %	76 %	7.05 %	96.6 %	91.5 %
2.000	95 %	98.5 %	81 %	7.64 %	97.5 %	94.6 %

Fuente: Plan de desarrollo Distrital

- **ACUEDUCTO.**

Barranquilla en los últimos 30 años ha crecido en forma caótica. El sector sur-occidental nació y evolucionó sin servicios públicos en medio de la indiferencia de los dirigentes. El distrito Cuenta con una cobertura del servicio de agua potable 82%, una red de agua potable que conecta 248.869 domicilio.

En la ciudad de Barranquilla el Servicio de agua potable es regular aunque la calidad del agua para 2000 es aceptable, encontrándose algunos barrios donde el agua llega solo 2 veces a la semana y la mayoría de sus pobladores deben abastecerse por medio de carrotanques.

- **ALCANTARILLADO.**

El servicio del Alcantarillado con una cobertura del 72% y una Red que conecta 197.940 domicilios, las aguas residuales tienen un tratamiento primario y secundario mediante 2 módulos o estanques artificiales para depuración de aguas residuales, la disposición final de estas aguas residuales es al mar.

- **RECOLECCIÓN Y DISPOSICIÓN FINAL DE BASURAS:**

Desde la antigüedad el hombre genera residuos sólidos, la concentración urbana y el incremento de las modalidades de consumo han contribuido al crecimiento de la generación de residuos. La producción urbana de residuos sólidos por persona por día varía de 250 gramos, en zonas menos desarrolladas a más de 1kg a zonas más desarrolladas.

El Distrito de Barranquilla cuenta con un 96% de recolección de basuras todos los días 24 horas y 3 veces a la semana, la disposición final de basuras se realiza en Rellenos Sanitarios.
La proliferación de basuras sobre las vías de acceso, en la periferia de la ciudad y en los lotes desocupados, se ha convertido en una imagen familiar debido a que los habitantes se deshacen de sus desechos sin ningún control en lotes baldíos o periféricos. La minoría quema o entierran las basuras en sus predios. Esta costumbre origina no sólo molestias de tipo estético y malos olores, sino que convierte los sitios donde son depositados en focos de infección y contaminación ambiental, fuente de problemas de salud pública especialmente para la población Infantil. Continua la costumbre durante el invierno, de desechar la basura en los arroyos que se forman, esparciéndola así por todas partes.

- **MATADEROS DE ABASTO PUBLICO.**

El Distrito de Barranquilla no cuenta con matadero y para el suministro de la carne acude a los mataderos de los municipios cercanos, Soledad, Malambo Baranoa y Sabanalarga.

El consumo de carne de cerdo es muy alto en el departamento y el distrito, no se cuenta con matadero adecuado por lo que la mayoría de sacrificios se realiza en forma clandestina, con todos los riesgos que ello implica.

9.1.3.9. COBERTURA DE SERVICIOS DE SALUD

De acuerdo al plan de desarrollo del Distrito de Barranquilla 2001-2003 el sector Salud del Distrito encuentra tropiezos en todos los frentes. Cifras del Departamento Nacional de Planeación y el Ministerio de Salud, el 42% de la población Barranquillera no se encuentra afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Por otro lado, la ciudad concentra más del 50% de la infraestructura de salud de la región y el 82% del departamento.

9.1.4 ANÁLISIS ESTRUCTURAL DEL CONTEXTO

9.1.4.1 EVALUACIÓN CONTEXTO GENERAL

Tabla 16

EVALUACIÓN DEL CONTEXTO GENERAL

	CALIFICACIÓN					
INDICADORES	**1**	**2**	**3**	**4**	**PONDERACIÓN**	**CALIFICACIÓN PONDERADA**
ECONÓMICO					**0.30**	
CRECIMIENTO DEL PIB		**X**			**0.05**	**0.10**
DEVALUACIÓN DEL PESO	**X**				**0.08**	**0.08**
INFLACIÓN	**X**				**0.08**	**0.08**
PERSPECTIVAS DE DESARROLLO			**X**		**0.04**	**0.12**
CONDICIONES DE OFERTA Y DEMANDA			**X**		**0.05**	**0.15**
POLÍTICO					**030**	
PARTIDOS Y MOVIMIENTOS POLÍTICOS		**X**			**0.07**	**0.14**
TENDENCIAS IDEOLÓGICAS			**X**		**0.08**	**0.24**
GREMIOS Y GRUPOS DE PRESIÓN		**X**			**0.07**	**0.14**
ESTABILIDAD POLÍTICA			**X**		**0.08**	**0.24**
SOCIAL					**0.25**	
VIOLENCIA	X				0.06	0.06
MEDIO AMBIENTE		X			0.06	0.12
TENDENCIA DEL EMPLEO	X				0.07	0.07
CONDICIONES DE VIDA Y BIENESTAR BÁSICOS	X				0.06	0.06
TECNOLÓGICO					**015**	
MAQUINARIA Y EQUIPOS				X	**0.03**	**0.12**
TECNOLOGÍA DISPONIBLE EN EL MERCADO		**X**			**0.03**	**0.06**
TENDENCIAS TECNOLÓGICAS	**X**				**0.03**	**0.03**
TECNOLOGÍA UTILIZADA POR OTRAS IPS			**X**		**0.03**	**0.09**
CALIFICACIÓN DEL PERSONAL			**X**		**0.03**	**0.03**
TOTAL						**1.93**

1	2	3	4
AMENAZAS		**OPORTUNIDADES**	

9.1.4.2. EVALUACIÓN CONTEXTO MEDIO

Tabla 17

EVALUACIÓN DEL CONTEXTO MEDIO

	CALIFICACIÓN					
INDICADORES	**1**	**2**	**3**	**4**	**PONDERACIÓN**	**CALIFICACIÓN PONDERADA**
LEGISLACIÓN					**0.40**	
NORMATIVIDAD	**X**				**0.20**	**0.20**
ESTABILIDAD LEGISLATIVA		**X**			**0.10**	**0.20**
PERIODICIDAD		**X**			**0.10**	**0.20**
POLÍTICAS					**0.30**	
POLÍTICAS DE ESTADO			**X**		**0.08**	**0.24**
ESTABILIDAD POLÍTICA		**X**			**0.07**	**0.14**
TENDENCIAS IDEOLÓGICAS			**X**		**0.08**	**0.24**
GREMIOS Y GRUPOS DE PRESIÓN			**X**		**0.07**	**0.21**
PLANES Y PROGRAMAS					**0.30**	
NACIONALES		**X**			**0.10**	**0.20**
REGIONAL		**X**			**0.10**	**0.20**
LOCAL		**X**			**0.10**	**0.20**
TOTAL						**2.03**

1	2	3	4
AMENAZAS		**OPORTUNIDADES**	

9.1.4.3 EVALUACIÓN CONTEXTO PROXIMAL

Tabla 18

EVALUACIÓN DEL CONTEXTO PRÓXIMO

	CALIFICACIÓN					
INDICADORES	**1**	**2**	**3**	**4**	**PONDERACIÓN**	**CALIFICACIÓN PONDERADA**
COMPETENCIA					**0.20**	
CALIDAD SERVICIOS	**X**				**0.10**	**0.10**
TARIFAS			**X**		**0.05**	**0.15**
CAPACIDAD INSTALADA	**X**				**0.05**	**0.05**
RELACIONES ENTIDADES FINANCIERAS			**X**		**0.10**	**0.30**
PLANES Y PROGRAMAS	**X**				**0.10**	**0.10**
RELACIONES INSTITUCIONES DEL ESTADO	**X**				**0.10**	**0.10**
RELACIONES CON PROVEEDORES				X	**0.10**	**0.40**
ASPECTOS GEOGRÁFICOS			**X**		**0.10**	**0.30**
DIVISIÓN POLÍTICA ADMINISTRATIVA LOCAL			**X**		**0.10**	**0.30**
CULTURA			**X**		**0.10**	**0.30**
RELACIONES CON LA COMUNIDAD		**X**			**0.10**	**0.20**
TOTAL					1	**2.30**

1	2	3	4

AMENAZAS **OPORTUNIDADES**

9.2. DEMANDA

9.2.1 DINÁMICA DEMOGRÁFICA

En el Distrito de Barranquilla habita el 60% de la población del departamento y en los horarios laborales concentra el 80% de la población del Atlántico. Su densidad poblacional es muy alta, ubicándose como una de las ciudades más densamente pobladas del mundo, con 6.958 habitantes por Km2.

En las últimas décadas el Distrito ha presentado transformaciones demográficas y poblacionales producto de la migración de los otros Municipios del Departamento, de otros departamentos de la Costa Caribe, de los Santanderes, del Urabá Antioqueño, del Sur y Centro de Bolivar, y del resto del país, creando grandes franjas subnormales en la periferia de la ciudad, encontrándose además migraciones de tipo pendular a partir de los restantes municipios y de tipo "Golondrínico", por ser centro educativo y universitario. Además el hecho de ser Centro Comercial hace que su población flotante sea más numerosa.

La población total ajustada del Distrito de Barranquilla según el censo de 1993 es de aproximadamente 1,192.5108 habitantes, y la población no ajustada es de 1,308.741.6 (Tabla No.1), a los cuales hay que agregarle el gran número de inmigrantes desplazados por la violencia de otras zonas del país que según la Defensoría del Pueblo sobrepasan las 400.000 persona

A continuación el siguiente cuadro:

Tabl a19

	TABLA DE ACTUALIZACIÓN DEL CENSO POBLACIONES								
	POBLACIÓN DE 1993 (bruta)								
RANGO	TOTAL			CABECERA URBANA			RESTO RURAL		
(en años)	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOBMRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
BARRAN-QUILLA	993.759	470.637	523.122	990.547	459.069	521.478	3.212	1.568	1.644
0 a 4	99.422	50.680	48.742	99.547	50.483	48.563	376	197	179
5 a 9	102.569	51.850	50.719	102.211	51.667	50.544	358	183	175
10 a 14	108.156	53.839	54.317	107.769	53.654	54.115	387	185	202
15 a 19	102.117	46.476	55.641	101.788	46.314	55.474	329	162	167
20 a 24	106.410	47.422	58.988	106.103	47.294	58.809	307	128	179
25 a 29	97.219	44.281	52.938	96.929	44.150	52.779	290	131	159
30 a 34	87.845	41.479	46.366	87.567	41.351	46.216	278	128	150
35 a 39	68.835	32.264	36.571	68.572	32.133	36.439	263	131	132
40 a 44	52.663	25.721	26.942	52.487	25.634	26.853	176	87	89
45 a 49	38.267	18.141	20.126	38.155	18.076	20.079	112	65	47
50 a 54	32.638	15.343	17.295	32.538	15.297	17.241	100	46	54
55 a 59	25.836	11.854	13.982	25.775	11.820	13.955	61	34	27
60 a 64	23.567	10.702	12.865	23.505	10.668	12.837	62	34	28
65 a 69	17.150	7.678	9.472	17.114	7.653	9.461	36	25	11
70 a 74	13.430	5.989	7.441	13.400	5.978	7.422	30	11	19
75 a 79	8.540	3.563	4.977	8.515	3.552	4.963	25	11	14
80 a84	5.088	1.959	3.129	5.075	1.952	3.123	13	7	6
85 y más	4.007	1.396	2.611	3.998	1.393	2.605	9	3	6

Fuente: DANE

La población del Distrito de Barranquilla proyectada según el departamento nacional de estadísticas (DANE) es la siguiente:

Año 2000 1,252.195

Para 2001 1,278.521

Para 2002 1,305.334

9.2.2. DIAGNÓSTICO DE SALUD

9.2.2.1. MORBILIDAD GENERAL

MORBILIDAD GENERAL POR GRUPO ETÉREO AÑO 2.000

TABLA 20

GRUPO ETÉREO	PATOLOGÍA	%
>1 año	1. I. R. A	17.85
	2. E. D. A	16.36
	3. Rinofaringitis Aguda	12.16
	4. Dermatitis Inespecífica	12.05
	5. Síndromes Vírales	9.75
1 – 4	1. I. R. A	21.02
	2. E. D. A	20.75
	3. Parasitosis Intestinal	19.06
	4. Afecciones de la Piel	18.7
	5. Enfermedades de los Dentarios Duros, Odontogénesis	16.7
5 – 14	1. Infecciones Respiratoria Alta	23.4
	2. Enfermedad de los Tejidos Dentarios Duros. Caries	22.17
	3. Poliparasitismo Intestinal	20.94
	4. Afecciones de la Piel Inespecíficas	20.02
	5. Síndrome Anémico	18.7
15 – 44	1. Enfermedades Vírales	21.12
	2. Afecciones del Aparato Respiratorio Alto	19.75
	3. Síndromes Anémicos	18.13
	4. Enfermedad de los Órganos Sexuales	15.72

BIBLIOTECA

	5. Afecciones Gastrointestinales mal definidas	14.05
45 – 59	1. Hipertensión Arterial	13.8
	2. Enfermedad Coronaria	11.9
	3. Dislipidemias y otras enfermedades metabólicas	9.62
	4. Enfermedad del Sistema Osteoarticular	8.76
	5. Afecciones del Aparato Respiratorio Alto	7.92
> 60	1. Hipertensión Arterial	11.65
	2. Enfermedad Metabólica. Dislipidemia, Diabetes, otros.	8.72
	3. Enfermedad Coronaria	6.9

9.2.2.2. MORTALIDAD GENERAL.

En el Distrito de Barranquilla practica una normalización unificada en coordinación con el DANE y DASALUD, sobre los requisitos y registros para la iñhumación de los cadáveres, sin embrago se continúan presentando serios inconvenientes debidos a factores culturales, sociales y políticos, además, la entrega tardía e incompleta de la información impide la realización de un detallado perfil de la mortalidad.

Según los archivos de la oficina de epidemiología la primera causa de muerte para todas las edades en 1995 es el Infarto Agudo del Miocardio, con un mayor peso porcentual en el grupo de 45 y más años; en el grupo de 45 a 60 años se encuentra como segunda causa el cáncer representando el 24.19 % de las muertes; la segunda causa dentro de la mortalidad general es el cáncer, y la tercera causa la constituyen las muertes violentas (anexo 1).

Durante el año de 1995 La principal causa de mortalidad en menores de un año son las afecciones del periodo prenatal (41.63 %), dato muy relacionado con las causas de morbilidad por egreso hospitalario, las siguientes causas de mortalidad en este grupo son las enfermedades del aparato respiratorio, las de causa infecciosa las anomalías congénitas (12%). Las principales causas de muerte en el grupo de 1 a 4 años son las enfermedades del aparato respiratorio y de causa infecciosa (22.73% y 13.64% respectivamente) (Anexo 1)

Llama la atención que en el grupo de 5 a 44 años se encuentre como principal causa de muerte hechos violentos para 1995, con mayor peso porcentual en el grupo de 15 a 44 años.

En contraposición en los hospitales del estado durante el año de 1997 no presentan esta como una de las causas de egreso hospitalario.

Los grupos de edad que tienen un mayor peso porcentual por muerte con relación a todos los grupos son de 15 a 44 años y el de 60 y más años de edad (Anexo 1).

La poca información que se obtuvo, pone de manifiesto el mal funcionamiento del programa y un mal diligenciamiento de las actas de defunción, (Síntomas, signos y estados morbosos mal definidos ocupa el sexto lugar dentro de las causas de mortalidad), se puede dudar del peso total de las muertes debidas a enfermedades del aparato circulatorio dada la tendencia de los facultativos a colocar como causa de muerte : "paro cardio respiratorio".

9.2.2.3. MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL.

Tabla 21

MUERTES PERI NATALES POR CAUSA,
DISTRITO DE BARRANQUILLA
2000

CAUSA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PREMATUREZ	109	33,64
MORTINATOS	89	27,47
OBITO FETAL	37	11,42
S.D.R-	32	9,88
SIN DIAGNÓSTICO	23	7,10
SEPSIS NEONATAL	14	4,32
MENINGITIS BACTERIANA	2	0,62
MALFORMACION CONGENITA	2	0,62
TOTAL	**308**	**95.1**

Fuente: estadística Distrisalud.

9.2.2.4. MORTALIDAD POR CAUSAS EXTERNAS (Hechos Violentos.

Para la mortalidad por causas externas nos remitimos al informe del instituto nacional de medicina legal y ciencias forenses regional norte:

La primera causa de muerte violenta en el distrito de Barranquilla es el homicidio que representan el 68.45% del total de muertes el restante 31.55 de las muertes se encuentran representadas por los accidentes y los suicidios (Cuadro 2.

MUERTES VIOLENTAS EN EL DISTRITO DE BARRANQUILLA,

POR CAUSA. 2000

Tabla 22

CAUSA	FRECUENCIA	%
HOMICIDIO	536	68.45
SUICIDIO	36	4.60
A. TRANSITO	117	14.94
ACCIDENTAL	76	9.71
OTROS	18	2.30
TOTAL	783	100.00

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses Regional Norte

El homicidio y la muerte por accidentes de transito son las dos primeras causas de mortalidad por causas externas, lo que se puede considerar típico en nuestro país y en una ciudad como el distrito de Barranquilla.

La principal arma utilizada en los homicidios es la de fuego, 442 muertes por este tipo de arma que representan el 82.46 % del total de homicidios, el segundo tipo de arma utilizada es la cortopunzante en 58 casos y que representa el 10.82% del total de homicidios.

En la segunda causa de muerte por causa externa, los accidentes de transito, tienen el mayor porcentaje los peatones, lo que nos habla del poco respeto que se tiene por las normas de transito en el distrito de Barranquilla, las siguientes personas en su orden son las que mueren por accidentes de transito son los pasajeros y los conductores en igual proporción, 17.95% y los motociclistas con el 15.38% del total de muertes por accidentes de transito.

Se hace entonces imperioso en el distrito de Barranquilla el fomento de las costumbres no violentas e implementar medidas de promoción y prevención de los accidentes de transito, en coordinación con la secretaria distrital de transito y transportes entre otras; unas de las medidas a implementar podrían ser el uso obligatorio del casco a los motociclistas y el uso de chalecos refectivos por los mismos en horas de la noche.

9.2.3. DEMANDA INSTITUCIONAL

Analizaremos a continuación la demanda de acuerdo a la morbilidad institucional a partir de analizar la relación entre nivel de atención institucional y la morbilidad atendida en consulta externa y hospitalización además del análisis de la demanda efectiva atendida en consulta externa.

Este análisis tiene la gran dificultad de que en el Instituto de Neurociencias Clínica del Sol Ltda. no se lleva un registro adecuado para el sistema de información por lo tanto se dificulta realizar un análisis objetivo de cada servicio.

9.2.3.1 MORBILIDAD GENERAL

Tabla 23

LAS 10 PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD		
CAUSAS	**NUMERO DE CASOS**	**PORCENTAJE**
Politraumatismos craneoencefálicos	232 casos	**0.28 %**
Síndromes convulsivos	125 casos	**0.18 %**
Traumatismo	123 casos	**0.15 %**
Cefaleas de diferentes orígenes	120 casos	**0.15 %**
Hernias discales	72 casos	**0.8 %**
Tumoraciones cerebrales	29 casos	**0.035 %**
Hidrocefalia	12 casos	**0.14 %**
Fracturas de fémur	10 casos	**0.012 %**
Traumatismo cervical	8 casos	**0.09 %**
Bronconeumonías	4 casos	**0.048 %**

9.2.3.2 MORBILIDAD POR SERVICIOS

9.2.3.2.1. IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

RADIOLOGÍA

Número de estudios practicados durante el periodo de un año comprendido entre Septiembre del 2000 y Septiembre del 2001

MESES		
SEPTIEMBRE	2000	86
OCTUBRE	2000	84
NOVIEMBRE	2000	72
DICIEMBRE	2000	105
TOTAL		347

MESES		
ENERO	2001	95
FEBRERO	2001	103
MARZO	2001	68
ABRIL	2001	50
MAYO	2001	90
JUNIO	2001	71
JULIO	2001	110
AGOSTO	2001	85
SEPTIEMBRE	2001	67
TOTAL		**739**

ESTUDIOS RADIOLÓGICOS PRACTICADOS EN EL PERIODO DE UN AÑO = 1.086

TORAX	200
FÉMUR	155
CLAVÍCULA	122
TOBILLO	15
HUMERO	28
HOMBRO	30
CODO	33
CABEZA	35
CRANEOCAUDAL	12
REJACOSTAL	55
CARA	15
COLUMNA LUMBOSACRA	45
TOMOGRAFÍA	25
MANO	28
ABDOMEN	15
PIE	36
TIBIA	38
CARPOGRAMA	3
ARTERIOGRAFÍA	3
MASTOIDES	8
RODILLA	20

TOMOGRA SIMPLE	10
COLUMNA CERVICAL	37
ILEGIBLES	65
PERONE	31
ARCO ZIGOMÁTICO	5
MIEMBRO SUPERIOR DERECHO	15
CAVUN	2
TOTAL	**1086**

TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA

El servicio se implementa a partir del día 24 de mayo del año 2001
Estudios practicados por meses

MESES	
MAYO	5
JUNIO	73
JULIO	128
AGOSTO	157
SEPTIEMBRE	138
OCTUBRE	95
TOTAL	**596**

CAUSAS DE ESTUDIOS DE TOMOGRAFÍA

TRAUMATISMOS VARIOS	232
CONVULSIONES	125
CEFALEAS	120
A.C.V	29
HIDROCEFALIAS	9
DIAGNÓSTICO ILEGIBLES	34
TUMOR CEREBRAL	12
ISQUEMIA CEREBRAL	3
SINUSITIS	4
LINFOMA NO HODKING	3
OSTEOMAS	1
CÁNCER DE OVARIO	1
TUMOR ABDOMINAL	3
CÁNCER DE PRÓSTATA	1
LITIASIS RENAL	1
E.P.O.C	2
ANEURISMA CEREBRAL	1
TRASTORNO VISUAL	1
ESCOLIOSIS	1
ENFERMEDAD DE HODKING	2
ULCERA DUODENAL	1
SÍNDROME MOTOR	1

ENFERMEDAD DE PARKINSON	1
TRASTORNO COLUMNA LUMBAR	1
ICTERICIA NEONATAL	1
POLIPOS	2
ALERGIAS	1
MASA HIGADO	1
TUMORACIÒN RENAL	1
POLIORADICULONEURITIS	1
TOTAL	**596**

9.2.3.2.2. REHABILITACIÓN

Los registros se implementaron a partir del mes de junio del año 2001

MESES	NUMERO DE PACIENTES	NUMERO DE TERAPIAS
JUNIO	3	9
JULIO	9	58
AGOSTO	9	72
SEPTIEMBRE	18	166
TOTAL	**39**	**305**

CAUSAS DE FISIOTERAPIAS

DIFICULTAD RESPIRATORIA	8
FRACTURAS DE FÉMUR	7
HERNIA DISCAL	4
FRACTURAS DE TIBIA	3
TRAUMATISMO CRÀNEO-ENCEFÁLICO Y POLI-TRAUMATISMO	3
CERVIALGIAS	2
MONOPARESIA	2
TUMOR TALLO CEREBRAL	2
FRACTURA DE HUMERO	1
FRACTURA DE TOBILLO	1
FACTURA TIBIA	1
REIMPLANTE MUÑECA	1
ESCOLIOSIS	1
CONTUSIÒN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO	1
GUILLÈN BARRE	1
BRONCONEUMONÍA	1

9.2.3.2.3. INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

Se toma el registro de las intervenciones quirúrgicas practicadas en la Clínica del Sol a partir del mes de octubre del año 2000 hasta septiembre del año 2001 detalladas por meses así:

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN EL AÑO 2000	No
OCTUBRE	36
NOVIEMBRE	45
DICIEMBRE	36
TOTAL	**117**

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN EL AÑO 2001	No
ENERO	63
FEBRERO	59
MARZO	43
ABRIL	39
MAYO	56
JUNIO	43
JULIO	59
AGOSTO	53
SEPTIEMBRE	50
TOTAL	**461**

TOTAL DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS = 582

TIPOS DE CIRUGÍA

MICRODISECTOMIAS	72
LAVADO QUIRÚRGICO	42
HERNIA DISCAL	38
HERNIORRAFIAS INGUINO ESCROTAL	28
TORACOTOMIAS	26
REDUCCIÓN FRACTURAS DE SACRO	25
OSTEOSISTESIS DE FÉMUR	22
REEMPLAZO DE CADERAS	18
CRANEOPLASTEAS	15
ILEGIBLES	15
EXTIRPACIÓN TUMOR FOSA POSTERIOR	14
DRENAJE HEMATOMA SUB-ARANOIDEO	12
TRAQUEOSTOMIAS	11
MASTOPEXIAS	11
MASTOIDECTOMIAS	10
LIPOSUCCIÓN	10
RETIRO MATERIAL OSTEOSINTESIS	10
SAFENECTOMIAS	10
EXTIRPACIÓN TUMOR BASE DE CRANEO	9
COLOCACIÓN VÁLVULA	9

HEMORROIDECTOMIA	9
REDUCCIÓN FRACTURA HUMERO	9
AMIGDALECTOMIAS	9
RECEPCION TUMOR FRONTAL	8
ARTROSCOPIAS	8
RECEPCION CICATRIZ FACIAL	8
ANEURISMA CEREBRAL	7
CLAVO INTRAMEDULAR	7
REDUCCIÓN FRACTURA DE CODO	7
INGERTO DE PIEL	6
CADUL-WILL	6
DRENAJE HEMOTOMA DE PARED	5
QUISTES SUB-ARANOIDEO	5
OSTEOSINTESIS DE RADIO	5
INGERTO MAS TENORRAFIA	5
TENORRAFIA	5
ARTRODECIS DE COLUMNA	4
RECONSTRUCCION CRANEAL	4
EXTIRPACIÓN TUMOR DE COLUMNA	4
VENTRICULOSTOMIAS	3
ONIQUECTOMIAS	3
RETIRO CUERPO EXTRAÑO	3
BIOPSIAS DE CRANEO	3
ARTRODECIS DE OTROS SITIOS	3
PRÓTESIS DE MAMA	3
APENDICEPTOMIAS	3
COLECISTECTOMIAS	3
PRÓTESIS DE THOMPSON	3
HERNIORRAFIA UMBILICAL	3
CARPECTOMIAS	3
ABDOMINOPLASTIAS	3
HISTERECTOMÍAS ABDOMINAL	3
AMPUTACIÓN DEDOS	3
EXPLORACION OIDO	3
OTOPLASTIAS	3
CISTORRECTOCELES	1
GASTRECTOMÍAS MAS BILROOTH-1	1
HIDROCELLE	1
PROSTATECTOMIAS	1
URETERILITIACIS	1
LAPARATOMIA POR TRAUMA CERRADO ABDOMINAL	1

DISTRIBUCIÓN POR SEXO

HOMBRES ---------- 349
MUJERES ---------- 233

9.2.3.2.4. HOSPITALIZACIÓN - UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Este registro se inicia con orden a partir del mes de octubre del año 2001 que a partir de este mes es que se implementa el registro ordenado de las actividades llevadas a cabo en la unidad de cuidados intensivos. Anteriormente se llevaban un registro irregular y confuso sin especificación alguna.

MESES DEL 2001	No
OCTUBRE	13
NOVIEMBRE	7
TOTAL	20

MORBILIDAD

TRAUMA CRANEOENCEFALICO	12	60 %
TUMOR CEREBRAL	5	25 %
NASOSUFROMAS	1	5 %
HIDROCEFACELEAS	1	5 %
QUEMADURAS DE PRIMER Y SEGUNDO GRADO	1	5 %
TOTAL	20	

MORTALIDAD

DEFUNCIÓN	1	5%
CAUSA DE MORTALIDAD - TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO		

DISTRIBUCIÓN POR SEXO

MASCULINO ---------- 12 ---------- 60%
FEMENINOS ---------- 8 ---------- 40%

ESTANCIA

1 – 5 DIAS	17	85 %
6 – 10 DIAS	3	15 %

HOSPITALIZACIÓN

INSTITUTO DE TOC

Se implementa este registro en forma ordenada a partir del mes de agosto del año 2001. anteriormente a esta fecha no se pudieron obtener informes claros puesto que en un libro de registro se llevaba la información sobre pacientes atendidos por consulta externa, urgencias y hospitalización. A partir del año 2001 tomamos los datos correspondientes sobre pacientes hospitalizados

MESES	No
AGOSTO	43
SEPTIEMBRE	35
OCTUBRE	31
TOTAL	109

DISTRIBUCIÓN POR SEXOS

HOMBRES ---------- 67 ---------- 61.46 %
MUJERES ---------- 42 ---------- 38.53%

DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD

0	5	13	11.9 %
6	10	4	3.6 %
11	15	6	5.5 %
16	20	11	10.9 %
21	25	12	11.09 %
26	30	11	10.0 %
31	35	10	9.17 %
36	40	7	6.4 %
41	45	2	1.83 %
46 y	MAS	28	25.5 %
Sin datos de edad		5	0.01 %

ESTANCIA EN DIAS

1	5	64	63 %
6	10	20	18.3 %
11	15	8	7.3 %
16	20	3	2.7 %
21	25	1	0.9 %
26	30	5	4.5 %
30 y	MAS	2	1.8 %
Sin datos de estancia en días		6	5.5 %

CAUSAS DE HOSPITALIZACIÓN - MORBILIDAD

CAUSAS	No DE CASOS	PORCENTAJE
POLITRAUMATISMOS	27	24.0 %
TRAUMATISMOS – CRANEOENCEFÁLICOS	23	21.0 %
HERNIA DISCAL	20	18.3 %
TUMOR CEREBRAL	7	6.4 %
TRAUMA CERVICAL	4	3.6 %
HIDROCEFALIAS	3	2.7 %
ENFERMEDAD DIERREICA AGUDA	2	1.8 %
BROCONEUMANIA	2	1.8 %
INFECCIÓN DE HERIDA	2	1.8 %
CARCINOMA DE LARINGE	1	0.9 %
RECONSTRUCCIÓN- MUÑON	1	0.9 %
DERMATITIS ATOPICA	1	0.9 %
NASOFARINGIOMA	1	0.9 %
DIABETES	1	0.9 %
CORRECION FISTULA FRONTAL	1	0.9 %
ESCORIACIONES	1	0.9 %
HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y A.C.V	1	0.9 %
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	1	0.9 %
MIELO MENINGITIS	1	0.9 %
POLINEURORADIOPATIA	1	0.9 %
CARCINOMARA DE PROSTATA	1	0.9 %
MALFORMACIÓN ARTERIAL	1	0.9 %
TRAUMA TESTICULAR	1	0.9 %
INFECCIÓN URINARIA	1	0.9 %
CARCINOMA DE ESOFAGO	1	0.9 %
VARICELA	1	0.9%
HEMATOMA SÓLIDO DE CRANEO	1	0.9%
FÍSTULA FRONTAL	1	0.9%
SEUDOARTROSIS	1	0.9%
TOTAL	**109**	

MORTALIDAD ——————————————————— 1
CAUSAS ——————————————— Traumatismo craneoencefálico severo

Tabla 24

EVALUACIÓN DE LA DEMANDA

	CALIFICACIÓN					
INDICADORES	**1**	**2**	**3**	**4**	**PONDERACIÓN**	**CALIFICACIÓN PONDERADA**
RELACION ENTRE NIVEL INSTITUCIONAL Y MORBILIDAD EN:						
UCI		X			**0.20**	**0.40**
CIRUGÍA	X				**0.20**	**0.20**
HOSPITALIZACION		X			**0.20**	**0.40**
DEMANDA EFECTIVA ATENDIDA EN:						
CONSULTA GENERAL	X				**0.15**	**0.15**
CONSULTA ESPECIALIZADA	X				**0.15**	**0.15**
TOTAL						**1.30**

1	2	3	4

INADECUADO **ADECUADO**

9.3. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL INTERNO – OFERTA DE SERVICIOS

Así como determinamos el comportamiento del contexto externo nos proponemos en el diagnóstico interno, establecer como nos encontramos realmente y determinar cuales son nuestras fortalezas y análisis es, con las cuales tendremos que enfrentar el escenario planteado en el análisis estructural del entorno.

9.3.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El Instituto de Neurociencias y Ortopedia, Clínica del Sol con domicilio en la ciudad de Barranquilla, localizado en la carrera 47 No 80-150, fue fundado por el Doctor Jaime Perna Romero en el mes de agosto de 1994. El Doctor Jaime Perna Romero nacido en la ciudad de Sincelejo, capital del departamento de Sucre, donde cursó estudios de primaria y secundaria y posteriormente viajó a la ciudad de Buenos Aires capital de la república de Argentina donde se matriculó en la facultad de medicina de la Universidad Nacional de la Plata, obteniendo su titulo de médico cirujano y completando su formación más tarde en el hospital Manuel Bogonet de la ciudad de Buenos Aires donde obtuvo su titulo de especialista en neurocirugía de adultos. Regresa al país y se instala en la cuidad de Montería donde permanece una instancia corta volviendo nuevamente a la capital Argentina se vincula al hospital Garrants, donde obtiene su titulo de neurocirujano infantil, constituyéndose en el primer profesional a quien se le acredita dos títulos de la misma especialidad por parte del Instituto Colombiano para el fomento de la educación superior, ICFES.

Al llegar a la ciudad de Barranquilla, logra convertir en realidad su sueño de tener y contar con su propia institución de salud y se inicia con el instituto de Neurociencias que funcionó en la carrera 43 con calle 70 y a partir del mes de agosto de 1997, abre las puertas al publico el Instituto de Neurociencias y Ortopedia Clínica del Sol, este último en homenaje a la Clínica del Sol de la ciudad de Buenos Aires, institución de alto nivel académico y científico y de una alta calidad en la prestación de los servicios de salud a la cual estuvo vinculado profesionalmente.

Instituto de Neurociencias y Ortopedia Clínica del Sol, inicia sus actividades asistenciales en la dirección anteriormente descrita en un local casa de familia que en un principio habitó o fue vivienda del doctor Perna con su familia, constituyéndose como sociedad limitada, legalmente constituida, con naturaleza y personería jurídica y a la cual ha sido sometida a procesos de remodelación, ampliación y mejoramiento continuo de su infraestructura física, para adecuarla a las necesidades actuales de salud de acuerdo a la normatividad vigente. En la actualidad presta servicios de consulta ambulatoria, cuidados intensivos, Ortopedia,

cirugía, hospitalización, fisioterapia y rehabilitación, imaginología diagnóstica, electrocardiografia y electroencefalografia.

Reciben atención en salud, usuarios y beneficiarios de los régimen contributivos y subsidiados, particulares y cuenta con un caudal numeroso de usuarios remitidos de diferentes E.P.S, especialmente Salud Coop, y accidentes de tránsitos cubiertos por el SOAT.

Actualmente se están implementando y diseñando los planes de calidad y mejoramiento de calidad de los servicios y de la atención en salud de acuerdo a lo direccionado en la normatividad legal vigente.

Su fortaleza más fuerte la constituye la excelente dotación de elementos y equipos médicos de trabajo sofisticados constituyéndose en una institución de tecnología de punta, con la visión de ser lideres en tecnología y con la misión de garantizar calidad excelente en la prestación de servicios de salud, para satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social de la república de Colombia

9.3.2 PERFIL INSTITUCIONAL

Antes de iniciar la descripción del diagnóstico interno institucional es fundamental mencionar el perfil institucional de la empresa que es objeto y sujeto de este análisis.

En Colombia las instituciones prestadoras de servicios son susceptibles de clasificarse en cuatro niveles de atención médica, se consideran en su clasificación diferentes criterios:

- Morbilidad o patología a atender
- Personal profesional, auxiliar, técnico y administrativo, que dispensa la atención en salud.
- Equipos, instrumental y elementos médico – químicos requeridos para la atención.
- Tecnología dura (hardware) y tecnología blanda (software) disponible.
- Instalaciones fisicas, receptora de la demanda efectiva atendida.

Acorde con lo anterior las instituciones pueden clasificarse en cuatro niveles de atención, (I, II, III y IV), el Instituto de Neurociencias Clínica del Sol Ltda. esta caracterizado como de nivel III, atendiendo específicamente pacientes críticos con una morbilidad correspondiente al área de la neurocirugía atendidos por su personal médico supraespecializado y quirúrgico. Cuenta para tal fin con unidad de cuidados intensivos neurológica y pos-quirúrgica proyectando sus servicios hacia una unidad coronaria, pediátrica y neonatal.

A continuación identificamos el perfil institucional teniendo en cuenta los servicios intermedios, finales y administrativos que presta la institución, para más adelante analizar cada uno en su estructura, proceso y resultado.

SERVICIOS FINALES

Son aquellos que se desarrollan en cumplimiento de los objetivos de la institución:

- Consulta médica general
- Consulta médica especializada
- Hospitalización

SERVICIOS INTERMEDIOS

Son aquellos que producen bienes o realizan acciones en apoyo de los servicios finales:

- Cirugía
- Esterilización
- Anestesia
- Farmacia
- Enfermería
- Imágenes diagnósticas
  - Rayos X
  - Ecografía
  - TAC
- Laboratorio clínico
- Rehabilitación
- Unidad de cuidados intensivos
- Unidad de cuidados intermedios
- Electromedicina
  - Electroencefalografia
  - Electrocardiografiíta
  - Telemetría

SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

Son los que brindan el apoyo administrativo para que puedan cumplirse las acciones finales e intermedias:

- Dirección
- Administración
- Suministros y servicios generales
  - cocina
  - Mantenimiento
  - Lavandería

- Aseo y limpieza
- Financiera
- Estadística

9.3.3. SEDE DEL INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS CLÍNICA DEL SOL LTDA. – ÁREAS COMUNES

El Instituto de Neurociencias Clínica del Sol Ltda. esta ubicado en la carrera 47 No 80-150 del perímetro urbano de la ciudad de Barranquilla, su sede ofrece la garantía de contar con los servicios básicos de agua potable, luz, alcantarillado, recolección de basuras y las vías de acceso y comunicación son adecuadas a la magnitud de la institución cumpliendo con lo estipulado en la ley 9 de 1979. Junto a su sede existe un lote sin construir encerrado y protegido del acceso al público que no acomula basuras ni olores desagradables por lo que no interfiere en el entorno físico de la institución desmejorando el medio ambiente.

Como se anoto en los antecedentes históricos la institución comenzó a funcionar en unas instalaciones adecuadas para uso familiar que en el transcurrir del tiempo se fue remodelando y construyendo de acuerdo a las necesidades de desarrollo de la clínica. Sin embargo esta construcción y ampliación progresiva no fue el resultado de un juicioso estudio de planeación cuidadosamente adelantado por un conocedor de la materia, en cumplimiento de una normatividad como lo es el Decreto 1400 de 1984, la Ley 9 de 1979, el Decreto 2105 de 1983, la Resolución 1486 de 1985 y en especial el Decreto 4445 de 1996 y 4252 de 1996. Esta remodelación y construcción sin tener en cuenta la norma fue realizada como un capricho individual sin visión, se careció de un estudio médico arquitectónico y un soporte técnico para que las áreas funcionales tuvieran la capacidad adecuada con espacios funcionales. La limitación en las áreas de circulación disminuye la garantía de funcionalidad y comodidad tanto para trabajadores como para usuarios.

Hay que resaltar como aspecto fundamental que las directivas se han preocupado por el mantenimiento y conservación de las instalaciones con fines tanto preventivos como recuperativos de daños, revisando permanentemente la estructura de productos y tubería igual que líneas de conducción eléctrica para garantizar el buen funcionamiento.

Describimos en el siguiente cuadro un tamaño aproximado de las diferentes áreas funcionales de la institución.

TAMAÑO DE AREAS FISICAS

DEPENDENCIAS	TAMAÑOS M2
SERVICIOS FINALES	
▪ Consulta médica general	**18**
▪ Consulta médica especializada	**13.44**
▪ Hospitalización	**178.95**
SERVICIOS INTERMEDIOS	
▪ Cirugía	**104.61**
▪ Esterilización	**8.33**
▪ Anestesia	**0.0**
▪ Farmacia	**10.88**
▪ Enfermería	**0.0**
▪ Imágenes diagnósticas	
- Rayos X	**35.38**
- Ecografia	**7**
- TAC	**24**
▪ Laboratorio clínico	**10.15**
▪ Rehabilitación	**13**
▪ Unidad de cuidados intensivos	**33**
▪ Unidad de cuidados intermedios	**0.0**
▪ Electromedicina	
- Electroencefalografia	**6**
- Electrocardiografia	**6**
- Telemetría	**0.0**
SERVICIOS ADMINISTRATIVOS	
▪ Dirección	**0.0**
▪ Administración	**0.0**
▪ Suministros y servicios generales	
- Cocina	**8**
- Mantenimiento	**8**
- Lavandería	**22**
- Aseo y limpieza	**6**
▪ Financiera	
▪ Estadística	**15**
CIRCULACIONES E IMPREVISTOS	**104.26**
POSIBLES AMPLIACIONES	**200**
PARQUEO DE VEHÍCULOS	**42**

Las áreas varían según el nivel y capacidad de un hospital cuando más compleja es la institución se requieren zonas más amplias, hay que tener en cuenta que el Instituto de Neurociencias Clínica del Sol Ltda. concentra sus servicios en la atención del paciente

critico el área de neurocirugía, sin embargo si analizamos la distribución de los tamaños de las diferentes áreas salta a la vista la desproporción en algunos servicios como son esterilización, unidad de cuidados intensivos, imágenes diagnósticas y algunos servicios de apoyo logístico que manteniendo la proporcionalidad y magnitud de complejidad de la institución no cuenta con el espacio suficiente. Esto será analizado en el capitulo correspondiente a cada servicio con la aplicación de la plantilla para verificación de requisitos mínimos esenciales. Recalcamos aquí especialmente la falta de planeación en la construcción y adecuación de los diferentes ambientes fisicos, y anotamos a continuación normas de estricto cumplimiento que se deben tener en cuenta para la construcción en general de la estructura fisica de una IPS y sus áreas comunes.

De conformidad con el Articulo 158 y siguientes de la Ley 9/79 y de la Resolución 4445/96 Art. 4 y siguientes. Las instituciones prestadoras de Servicios de Salud, se deben localizar en lugares que no presten problemas de polución, siguiendo las pautas de zonificación existentes en cada ciudad, se deben evitar zonas de riesgos que ofrecen peligro, así mismo su ubicación no debe estar cerca de lugares de disposición de basuras, criaderos de artrópodos y roedores, mataderos, cementerios y en general a focos de insalubridad e inseguridad.

Se debe garantizar los servicios de suministro de agua, energía eléctrica, sistemas de comunicación, como también de manejo y evacuación de residuos sólidos y líquidos. El Decreto 1400/84 dispone que las construcciones de las clínicas y hospitales deben ser de material resistente

Las instalaciones interiores para el suministro de agua deben ser diseñadas utilizando materiales que cumplan con las normas Incontec y permitir el normal funcionamiento del servicio.

En cada servicio se debe instalar una unidad sanitaria que conste de inodoro y lavamanos por cada 15 personas incluyendo pacientes ambulatorios, visitantes y personal que en el labore, discriminado por sexo y por uso.
Se debe instalar además: un orinal y un dispensador de agua o bebedero por cada 50 personas, los inodoros en serie, separados por divisiones con espacio libre mínimo de 0.20m en su parte inferior, para facilitar ventilación y limpieza, contar con unidades sanitarias para minusválidos según Resolución 14861/85.

Todos los servicios de la Clínica deben disponer de cuartos independientes con poceta o unidades para lavado de implemento de aseo y espacio suficiente para colocación de escobas, traperos, jabones, detergentes y otros implementos usados con el mismo propósito.

La Clínica debe contar con las correspondientes autorizaciones y permisos que se requieran para la adecuada disposición sanitaria de residuos líquidos, expedidos por autoridad ambiental competente y dar cumplimiento al Decreto 605/96 sobre disposición sanitaria de residuos sólidos y prestación de servicios de aseo. Se debe neutralizar la capacidad

patogénica de los residuos antes de su disposición final a la alcantarilla no se debe instalar ductos para enviar por ellos los residuos sólidos.

Debe existir en espacio para almacenamiento de residuos sólidos patógenos, que debe cumplir como mínimo con los siguientes requisitos:

- Estar señalizado, con indicaciones claras y precisas para el manejo de los residuos sólidos.

- Tener sistemas de ventilación natural o artificial.

- Pisos de material resistente, con pendiente y sistemas de drenaje que permitan fácil lavado y limpieza.

- Paredes o muros impermeables incombustibles, sólidos, de fácil limpieza y resistentes a factores ambientales.

El Decreto 948/95 expedido por el Ministerio del Medio Ambiente determina el cumplimiento sobre prevención y control de la contaminación atmosférica y la protección de la calidad del aire.

El Decreto 4445/96 en el articulo 25 y siguientes reglamentan que los pisos, cielos rasos, techos, paredes o muros en general deben cumplir con las siguientes condiciones:

- Ser impermeables, sólidos, resistentes, antideslizante, de fácil limpieza, resistentes a la humedad y temperatura, incombustibles y los pisos uniformes, de manera que ofrezcan continuidad, para evitar tropiezos y accidentes. Tener nivelación adecuada para facilitar el drenaje. De material que no transmita ruido.

- De superficie lisa y que los materiales usados para su terminación no contengan sustancias tóxicas irritantes o inflamables.

- Cubiertos con materiales lavables y de fácil limpieza con materiales que cumplan condiciones de asepsia.

- Los accesos, áreas de circulación y salidas deben adecuarse de acuerdo con los siguientes requisitos:

    a. De accesibilidad

        1. La ambulancia deberá tener fácil acceso y parqueo señalizado exclusivo, contiguo a la entrada del servicio de urgencias

2. La fachada exterior de la Clínica debe ser accesible a los bomberos, para tal fin las zonas perimetrales exteriores deben estar libre de obstáculos para permitir la fácil circulación

b. Entradas y salidas, internas y externas deben ser localizadas con el menor numero de barreras y obstáculos. Áreas de circulación de camillas deben tener un ancho mínimo de 1.40m

c. Áreas de circulación vertical con los siguientes requisitos: Escaleras:

1. Altura máxima vencida por tramo de 1.75m, con un descanso entre tramos mínimos 1.20m de profundidad
2. Altura libre mínima en todos sus recorridos 2.20m
3. Altura de contra huellas entre 0.14 y 0.18m
4. Profundidad de huellas entre 0.30 y 0.35m
5. Ancho mínimo en todo su recorrido 1.20m
6. De material antideslizante en todo su recorrido
7. Protecciones laterales hacia espacios libres
8. Pasamanos de preferencia a ambos lados a 1.9m de altura, que se prolongaran antes del inicio y al final paralelo al piso a 1.30m de longitud

d. Rampas:

1. Tramo máximo sin descanso 20m, con descanso entre tramo mínimo de 1.40m de profundidad.
2. Altura mínima libre en todo su recorrido de 2.20m
3. Ancho mínimo en todo su recorrido de 1.40m
4. Pendiente no mayor del 8%
5. Piso de material antideslizante
6. Protecciones laterales hacia espacios libres
7. Pasa manos de preferencia a ambos lados en todo el recorrido a 0.90m de altura, que se prolongaran antes del inicio y al final, paralelos al piso a 0.30m de longitud

Se debe garantizar la señalización teniendo en cuenta los siguientes colores indicativos de cada servicio:

- Servicios de direcciones y administración: violeta
- Servicio de consulta externa: naranja
- Servicio de urgencias: rojo
- Servicio de apoyo diagnóstico y tratamientos: verde

- Servicios de hospitalización: azul

- Servicios generales: café

La resolución número 14861/85 estipula el cumplimiento para el diseño de accesos, áreas de circulación y salidas con protección del minusválido

Finalmente el decreto 2240/96 articulo 6 estipula para efectos de iluminación, ventilación y acondicionamiento de aire, el cumplimiento como mínimo de los siguientes requisitos:

a. Las habitaciones, estares, solarios, comedores y demás ambientes de reposo para los usuarios tendrán iluminación y ventilación naturales o artificiales dentro de los niveles exigidos para tal fin. Esta prohibido que la iluminación y ventilación se realice por intermedio de patio, ventana u otra disposición arquitectónica que de directamente a lugares de almacenamiento de residuos sólidos, a zonas de servicios, a cuartos de máquinas a central de gases o combustibles, o a servicios de urgencias o morgue.

b. El empleo de ventilación artificial requiere que la temperatura se mantenga entre 17 y 22 grados, la humedad relativa entre 50 y 60%, la velocidad del aire entre 50 y 60 cm/seg. , y la renovación el aire como mínimo de 8 veces/hora. Estas condiciones deberán ajustarse a las necesidades de cada espacio según su destinación.

c. Para la protección contra artrópodos y roedores, las aberturas exteriores de la Clínica deberán protegerse con anjeo u otro sistema adecuado.

Las conclusiones las podemos resumir en el siguiente cuadro:

Tabla 25.

SEDE DEL INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS
CLÍNICA DEL SOL LTDA.

	CALIFICACION					
INDICADORES	**1**	**2**	**3**	**4**	**PONDERACION**	**CALIFICACION PONDERADA**
ESTUDIO DE PLANEACION MÉDICO – ARQUITECTÓNICO			X		**0.10**	**0.30**
AMBIENTES DISEÑADOS ACORDE A LA NORMA (Resolución 4445/96, Ley 9 /79)	X				**0.15**	**0.15**
ESTRUCTURA FÍSICA ACORDE CON EL OBJETIVO		X			**0.10**	**0.20**
COSTO RACIONAL			X		**0.05**	**0.15**
FACILIDAD DE ACCESOS			X		**0.10**	**0.30**
ORIENTACIÓN ADECUADA		X			**0.05**	**0.10**
FUNCIONALIDAD DE ESPACIOS		X			**0.10**	**0.20**
CAPACIDAD ADECUADA			X		**0.05**	**0.15**
CIRCULACIONES INTERIORES		X			**0.10**	**0.20**
MANTENIMIENTO EXTERIOR			X		**0.05**	**0.15**
MANTENIMIENTO INTERIOR			X		**0.05**	**0.15**
SERVICIOS PUBLICOS			X		**0.05**	**0.15**
CONDICIONES DEL MEDIO AMBIENTE			X		**0.05**	**0.15**
TOTAL					**1.00**	**2.35**

1	2	3	4

INADECUADO **ADECUADO**

9.3.4. RECURSO FÍSICO / DEMANDA

Se habló ampliamente de la infraestructura física como tal y en cumplimiento de requisitos mínimos sujetos a la normatividad. Buscamos en este aparte del diagnóstico analizar la capacidad instalada física para atender la demanda institucional en cada servicio.

1. Consultorios. Se debe calcular el número de consultorios requeridos de acuerdo con la demanda anual los días laborales del año (244 días) y el tiempo promedio de consulta que se establece en 15 minutos. Con este criterio y teniendo en cuenta la información suministrada de que en el año se atendieron en la Clínica 1029 consultas médicas generales que realizado la operación nos da un porcentaje menor al 1%.

2. Salas de Cirugía. Se basa en la demanda de pacientes quirúrgicos al año, la cual se puede obtener de las estadísticas de la Clínica o calculándola a partir del número de camas de cirugía y el tiempo promedio de días de estancia. Se acepta como criterio que el promedio de tiempo es de 2.5 horas. Hay que tener en cuenta que los servicios que ofrece la Clínica están relacionados con el servicio de neurocirugía, donde el tiempo operatorio es mayor, sin embargo para atender la demanda del servicio es suficiente una sala de cirugía y la institución tiene dos (2) por lo tanto se asigna 1 como calificación porque es menor del 80%.

3. Numero de Camas. En la unidad de cuidados intensivos se calcula con base en la demanda global de hospitalización y la estructura de morbilidad. El porcentaje de ocupación es del 61.6%. Se toma como parámetro adecuado para una institución de salud un porcentaje ocupacional del 80%.

4. Laboratorio Clínico. Se evalúa el número de exámenes realizados frente a la demanda. Para el calculo de esta ultima se tiene en cuenta los siguientes indicadores: El 70% de la consulta genera exámenes de laboratorio y cada solicitud incluye un promedio de 1.8 exámenes, cada egreso hospitalario genera un promedio de 3.5 exámenes de laboratorio. Así, corresponde a la suma de consulta y hospitalización que para la Clínica del Sol nos dio en total un promedio de 2.336 estudios en el año, de 6 a 9 diarios, donde se demuestra la subutilización de este servicio.

5. Imágenes. En promedio una de cada 30 consultas, las estadísticas obtenidas nos dan un promedio de 4 a 5 estudios diarios.

6. Elementos de Sutura y Curación. Se investigo en forma muy general su disponibilidad global registran un porcentaje calificado como bueno (3) de pedidos que fueron despachados de forma completa.

7. Medicamentos. Al igual que los elementos de sutura se investigó en forma muy general su disponibilidad calificando como bueno (3) el porcentaje de pedidos que fueron despachados en forma completa.

8. Lavandería y Cocina. Se utilizaron como criterios la evaluación global de las instalaciones y elementos de trabajo.

Tabla 26.

EVALUACIÓN DE LA OFERTA
RECURSO FÍSICO / DEMANDA

	CALIFICACIÓN					
INDICADORES	**1**	**2**	**3**	**4**	**PONDERACION**	**CALIFICACION PONDERADA**
CONSULTORIO DE MEDICINA GENERAL	X				0.06	0.06
CONSULTORIO MEDICINA ESPECIALIZADA	X				0.06	0.06
SALAS DE CIRUGÍA	X				0.10	0.10
CAMAS						
HOSPITALIZACION	X				0.08	0.08
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS		X			0.12	0.24
UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS	X				0.09	0.09
LABORATORIO CLINICO	X				0.07	0.07
IMÁGENES			X		0.07	0.21
ELEMENTOS DE SUTURA Y CURACION			X		0.10	0.30
MÉDICAMENTOS			X		0.15	0.45
COCINA	X				0.05	0.05
LAVANDERIA	X				0.05	0.05
TOTAL						1.8

1	2	3	4
INADECUADO			**ADECUADO**

Si el Recurso Físico se encuentra entre el 100% - 110% = 4
Si el Recurso Físico se encuentra entre el 90% - 99% = 3
Si el Recurso Físico se encuentra entre el 80% - 89% = 2
Si el Recurso Físico es < 80% o > 110% = 1

9.3.5. AMBIENTE INTERNO DE LA INSTITUCIÓN

Se define en general el ambiente como el medio o el conjunto de fenómenos, circunstancias y elementos en que vive el ser humano, el ambiente puede ser favorable o desfavorable según las condiciones que ofrezca para la vida. Es nocivo o sano según la incidencia sobre el estado físico; el primero perturba las condiciones físicas, el segundo permite el desarrollo en conservación en forma ideal.

El ambiente interno del Instituto de Neurociencias y de cualquier institución de salud, depende en gran parte del medio externo, siendo notoria la influencia de características tales como el aire, los ruidos, los olores, el agua, los alimentos, los residuos, los animales, el hombre y las condiciones de la naturaleza.

En cuanto al aire el área circunscrita a la sede institucional esta libre de zonas industriales. Fabricas, lavanderías, basureros públicos, etc. que contribuyan a su contaminación. Como es común en las grandes ciudades como la nuestra es notable el deterioro del aire especialmente por los automotores o fuentes móviles productores de monóxido de carbono que seria el único factor que incide en el ambiente interno de la institución como factor contaminante.

El ruido lo entendemos como un sonido indeseado y este aspecto afectaría el ambiente interno en grado mínimo pues la única fuente es la proveniente de la circulación de automotores sobre la carrera 47 y de los equipos propios de la institución que emiten ruidos a decibeles bajos.

No detectamos factores de riesgo provenientes de olores, agua, alimentos o condiciones de naturaleza, sin embargo, teniendo en cuenta las cuatro principales etapas que conforman un adecuado control del medio ambiente interno como son la dirección, la planeación, las acciones y la retroalimentación se concluyo que la institución no ha generado procedimientos con el objeto de preservar un ambiente interno adecuado, se carece de un programa de acción liderado por una persona responsable que motive al personal para la conservación adecuada de las condiciones ambientales de trabajo

Consideramos de importancia para la institución la evaluación de variables de aire, ruido, agua, residuos hospitalarios, radiaciones y manejo de insectos, roedores, artrópodos y ectoparásitos cuyo control evaluamos en la siguiente tabla:

La institución cumple con los elementos de instalación de suministros de agua y de residuos líquidos según la Resolución 4445 de 1996 sin embargo no hay una dotación para la provisión de reserva como lo exige la norma a razón de 600 litros por cama hospitalaria al día. En la actualidad existen dos tanques con capacidad de uso doméstico que no se les hace mantenimiento.
En cuanto a residuos sólidos hospitalarios se tiene un contrato para su disposición final pero no se han trabajado políticas sobre su adecuada recolección y manejo. Al personal no

se le ha capacitado. Se conocen las normas de bioseguridad por parte del personal que trabaja en radiología pero no se documentan las políticas ni el cumplimiento de normas.

En las instituciones de salud existen cinco áreas fundamentales para mejorar el medio ambiente interno: Energía eléctrica, combustible, agua, residuos sólidos, residuos líquidos y emanaciones. A continuación revisaremos a manera evaluativa, algunas actividades que se deben ejecutar en las instituciones de salud que hacen adecuado control del medio ambiente. Para verificar su realización en el Instituto de Neurociencias. Los criterios de evaluación van desde cero (0) a cuatro (4): 0 = no existe, 1 = malo, 2 = regular, 3 = bueno, 4 = excelente.

Tabla 27

INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS CLÍNICA DE SOL LTDA CONTROLES A LA ENERGÍA ELÉCTRICA	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
Se apagan los interruptores de equipos y de luz cuando no se utilizan			X		
Se apagan los interruptores generales o centrales de zona, fuera de uso			X		
Se regula y controla la temperatura ambiental	X				
Se apagan el aire acondicionado o la calefacción en áreas sin uso		X			
Se adecuan a lo necesario los niveles de iluminación	X				
Se cierran o se abren las cortinas para minimizar o maximizar el efecto de la energía solar		X			
Se ajustan y revisan periódicamente los equipos para incrementar su eficiencia			X		
Se llevan estadísticas de consumo de energía	X				
Se supervisa regularmente el consumo de energía	X				
Se obtienen ahorros permanentes de energía	X				
Existe un plan de renovación de equipos antiguos y se encuentra en desarrollo	X				
Se realizan auditorias de consumo cada tres meses	X				
Existe un plan de mejores controles (mediadores, contadores, células fotoeléctricas, etc.) y se encuentra en desarrollo	X				
Se instalan bombillos o lámparas más eficientes donde la luz permanezca encendida más de seis horas al día			X		
Se reemplazan los equipos viejos con nuevos más eficientes y que utilicen menos energía			X		
Se procura el uso de energía de origen solar o hay programas concretos para incrementarla	X				
Calificación promedio			**0.75**		
Nota: Si se obtiene una calificación promedio inferior a 3 se debe considerar como acción prioritaria.					

Tabla 28

INSITITO DE NEUROCIENCIAS CLÍNICA DEL SOL LTDA. CONTROL: COMBUSTIBLE (LIQUIDO Y GAS)	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
Se llevan estadísticas del combustible de cada consumo	X				
Se reduce el consumo al mínimo mediante programas de ahorro	X				
Se verifica que los precios de los combustibles sean los más económicos	X				
Los equipos (incluida las plantas y los vehículos) tienen menos de diez años				X	
Se verifica el estado de eficiencia de los equipos mediante carburación, calibración y otros			X		
Se revisan los pilotos de las cocinas y las prácticas de producción			X		
Se reemplazan los equipos viejos con nuevos más eficientes y que utilicen menos energía			X		
Se revisan periódicamente los mecanismos de control				X	
Se revisan y mantienen adecuadamente los tanques de los combustibles				X	
Existe control de fugas de los combustibles, cualquiera que sea				X	
Se llevan las estadísticas adecuadas de consumo de combustibles y se analizan a profundidad los cambios	X				
Existe un programa de ahorro de combustibles y se controla adecuadamente	X				
Se sustituye energía con materia prima de origen no renovable por elementos renovables	X				
Se regula permanentemente la temperatura del agua en las calderas			X		
Calificación promedio			**1.43**		
Nota: Si se obtiene una calificación promedio inferior a 3 se debe considerar como acción prioritaria					

En el Instituto de Neurociencias se identificaron como combustibles el ACPM para alimentar la planta generadora de energía eléctrica, el Fuel Oíl y semejantes, así como gas natural.

Tabla 29

INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS CLÍNICA DEL SOL LTDA CONTROL DEL AGUA	0	1	2	3	4
CONCEPTO Se han emprendido acciones específicos para ahorrar agua en el último año		X			
Se controla el uso del agua en manera racional		X			
Se emplean economizadores de agua en las duchas y lavamanos (reductores)			X		
Existen planes de mantenimiento para la conservación del agua		X			
Se inspeccionan regularmente las tuberías para buscar fugas, filtraciones o desperdicios				X	
Se usan equipos electrónicos para economizar agua	X				
Se estimula al personal al ahorrar agua		X			
Se controla en detalle el consumo de agua en lavandería		X			
Se recicla el agua usada en la lavandería	X				
Se usa riego controlado en determinadas horas para jardines y plantas (1/2 hora día)		X			
Se usa el agua lluvia para el riego de plantas	X				
Se busca la máxima plantación de árboles en los predios del hospital	X				
Se controla el uso de agua en lavadoras de platos (loza)	X				
Las lavadoras de platos y de ropa se usan con cargas completas			X		
El aseo se hace utilizando el agua de manera racional			X		
Existen medidores de consumo de agua por dependencia	X				
Las calderas se usan en los horarios indispensables				X	
Calificación promedia	**1.06**				
Nota: Si se obtiene una calificación promedio inferior a 3 se debe considerar como acción prioritaria					

Tabla 30

INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS CLÍNICA DEL SOL LTDA. CONTROL DE RESIDUOS SÓLIDOS	0	1	2	3	4
Los residuos sólidos no infectados tienen un destino especifico según sean: vidrio, metal, papel, plásticos, residuos de construcción, etc.			X		
Los desperdicios de comida tienen un tratamiento separado			X		
Los elementos, residuos y desechos infectados o potencialmente infectados o peligrosos se manejan en forma separada y adecuadamente según normas especificas establecidas			X		
Se utiliza el papel para emplearlo en libretas borrador				X	
S e venden o se donan los diferentes residuos		X			
Sólo una mínima parte de los residuos se entregan como basuras		X			
Se controla el tipo y cantidad de residuos producidos por el Instituto Clínica del Sol Ltda. en cada dependencia y por clasificación o tipo			X		
Se tienen sitios específicos para la recepción y clasificación de los residuos			X		
Se tiene un control adecuado sobre el estado sanitario de los desechos			X		
Se llevan estadísticas por venta de los desechos	X				
Existe una campaña de reducción de residuos	X				
Se reutilizan los materiales como servilletas, bolsas de lavandería, delantales etc.	X				
Existe un plan para reducir los consumos de papel	X				
Disminuye gradualmente el uso de materiales peligrosos donde es posible	X				
Calificación promedio	**1.06**				
Nota: Si se obtiene una calificación promedio inferior a 3 se debe considerar como acción prioritaria					

Los residuos sólidos son importantes porque su utilización significa polución y su reutilización y reciclaje ayuda de manera especifica a conservar el medio interno y externo ecológico. Se busca reducir las cantidades usadas especialmente de empaques, así mismo las cantidades adquiridas de elementos fungibles deben permanecer el tiempo mínimo en el almacén o la farmacia para evitar al máximo los desechos por obsolescencia o descomposición. En la Clínica del Sol no se tiene en cuenta estos procesos igualmente no hay una política que conlleve a reutilizar elementos de igual o diferente uso o para reciclarlos.

Tabla 31

INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS CLÍNICA DEL SOL LTDA. CONCEPTO: CONTROL DE RESIDUOS LÍQUIDOS Y EMANACIONES	0	1	2	3	4
Se tienen registros y estadísticas legales actualizadas de las sustancias peligrosas	X				
Se han identificado las fuentes, y cantidades de desechos y se han cuantificado	X				
Se tiene un claro conocimiento del tratamiento y destino de las descargas que se van a las cañerías		X			
Se cumple y cumple la legislación y damas normas establecidas sobre concentraciones de tóxicos evacuados por las cañerías o emanaciones en caso de gases		X			
Se hace tratamiento de los desechos antes de descargarlos en corrientes de aguas	X				
Se tienen procedimientos adecuados para el control y la auditoria de los desechos líquidos y gaseosos	X				
Se utilizan filtros químicos u otros procedimientos técnicos autorizados para el almacenamiento de líquidos que disminuyan la concentración de tóxicos antes de su evacuación.	X				
Se tienen instalados equipos de filtración y de purificación en los conductos de evaluación de gases	X				
Cuando son necesarios: existen sistemas de tratamiento de aguas	X				
Se tienen filtros de carbón en los extractores de aire y otros gases	X				
Se emplea de forma adecuada combustible libre de plomo	X				
Se diferencian por colores las tuberías y tanques según el contenido y peligrosidad de líquidos o gases que contiene		X			
Existen planes para reducir o eliminar las concentraciones de sustancias peligrosas en líquidos o gases de desecho	X				
Se tienen los permisos legales necesarios para descargar productos peligrosos	X				
Están controlados los olores y la polución de los desechos líquidos o gaseosos	X				
Calificación promedio		**0.19**			
Nota: Si se obtiene una calificación promedio inferior a 3 se debe considerar como acción prioritaria					

En el cuadro anterior se hace referencia a las descargas de sustancias liquidas o gaseosas bien sea al agua o al aire y en ocasiones a la tierra que son peligrosas para la salud resaltando los aspectos más importantes a evaluar en cuanto a residuos líquidos y emanaciones.

Tabla 32

INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS CLÍNICA DEL SOL LTDA. PRODUCTOS PARA CONTROL BÁSICO AMBIENTAL	SI	NO
Se analizan las muestras para verificar sus características		X
Se acogen la mejor opción ecológica		X
Se lleva un archivo de proveedores con preocupación ecológica		X
Se utilizan detergentes biodegradables, sin fosfatos		X
Se compran blanqueadores con base en oxígeno		X
Se adquieren productos con el mínimo empaque		X
Se compran medicamentos con un amplio margen de tiempo de vida útil	X	
Se compran alimentos frescos siempre que sea posible	X	
Se adquieren productos no desechables en su gran mayoría		X
Se conservan líquidos en envases retornables o reciclables		X
Se evitan los aerosoles refrigerantes CFC		X
Se evitan las pinturas con plomo o con base de aceite	X	
Se utilizan baterías recargables		X
Se adquieren bombillos o lámparas con gran eficiencia en el consumo de energía	X	
Se utilizan motores y vehículos con catalizadores y bajo consumo de combustible		X
Se llevan acciones correctivas en las siguientes adquisiciones		X
Se involucra a los proveedores y contratista en los procesos de mejoramiento ambiental		X
Las compras amplían las oportunidades de los proveedores locales		X
Se miden los niveles de contaminación y se toman acciones para minimizarlo con compras mejoradas		X
Existen controles para comparación de resultados		X
Calificación promedio 19%		
Evaluación aceptable cuando pase del 75% con respuesta SI. Evaluación Excelente = 100%, Bueno = 80% a 100% Aceptable de 60 a 80%, Malo menos de 60%.		

EL anterior cuadro contenía algunas variables sugeridas para realizar controles para llevar tanto durante el proceso de adquisición como de consumo. Su calificación para bueno debe ser superior al 75% de las respuestas marcadas como **SI.** Se estudian las alternativas por menor daño ecológico

Tabla 33

AMBIENTE INTERNO
DEL INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS CLÍNICA DEL SOL LTDA.

	CALIFICACIÓN					
INDICADORES	**1**	**2**	**3**	**4**	**PONDERACION**	**CALIFICACION PONDERADA**
SERVICIOS DE AGUA POTABLE:						
SUFICIENTE SUMINISTRO			X		**0.04**	**0.12**
GARANTIA DE CALIDAD		X			**0.04**	**0.08**
CONTROL POR AUTORIDADES SANITARIAS			X		**0.04**	**0.12**
PERMANENTE DISPONIBILIDAD			X		**0.04**	**0.12**
PROVISIÓN DE RESERVA		X			**0.04**	**0.08**
ALCANTARILLADO:						
FUNCIONALMENTE EXISTENTE				X	**0.04**	**0.16**
TÉCNICAMENTE CONSTRUIDO				X	**0.04**	**0.16**
GARANTIA POR AUTORIDAD SANITARIA			X		**0.04**	**0.12**
AIRE:						
CIRCULACIÓN			X		**0.04**	**0.12**
AUSENCIA DE CONTAMINACIÓN			X		**0.04**	**0.12**
TEMPERATURA HABITUAL			X		**0.04**	**0.12**
RUIDO:						
AUSENCIA DE RUIDO PRODUCIDO POR TRABAJADORES			X		**0.01**	**0.03**
AUSENCIA DE RUIDO PRODUCIDO POR VISITANTES			X		**0.01**	**0.03**
AUSENCIA DE RUIDO PRODUCIDO POR PACIENTES			X		**0.01**	**0.03**
AUSENCIA DE RUIDOS PRODUCIDOS POR MAQUINARIA DE EQUIPOS			X		**0.01**	**0.03**
AUSENCIA DE RUIDO OCASIONADO EN EL EXTERIOR		X			**0.01**	**0.02**
RESIDUOS HOSPITALARIOS:						

POLÍTICAS GENERALES DE MANEJO	X				**0.06**	**0.06**
PERSONAL ENTRENADO PARA MANEJO	X				**0.05**	**0.05**
CLASIFICACION Y EDUCACIÓN DE RESIDUOS	X				**0.05**	**0.05**
PROGRAMA DE EDUCACIÒN CONTINUA PARA MANEJO	X				**0.05**	**0.05**
PLAN DE HIGIENE Y EDUCACIÓN HOSPITALARIO	X				**0.06**	**0.06**
RADIACIONES:						
CONTROL DE RADIACIONES			X		**0.05**	**0.15**
PROTECCIÓN DEL PERSONAL			X		**0.05**	**0.15**
MANTENIMIENTO DE EQUIPOS			X		**0.05**	**0.15**
CUMPLIMIENTO DE NORMAS		X			**0.05**	**0.10**
MANEJO DE INSECTOS Y ROEDORES:						
PROGRAMA DE ASEO, LIMPIEZA Y EDUCACIÓN	X				**0.01**	**0.01**
CONTROL DE ROEDORES	X				**0.01**	**0.01**
PROTECCIÓN ADECUADA DE LAS INSTALACIONES		X			**0.01**	**0.02**
EDUCACIÓN CONTINUA AL PERSONAL	X				**0.01**	**0.01**
TOTAL					**1.00**	**2.18**

1	2	3	4

INADECUADO **ADECUADO**

SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

9.3.6. PROCESO GERENCIAL

Analizaremos en este aparte las etapas del proceso gerencial que deben desarrollarse en la Institución para tener unidad administrativa.

9.3.6.1 PLANEACIÓN

Dentro de todo proceso administrativo lógico y coherente en cualquier nivel organizacional, la planeación es la base fundamental para el cumplimiento de los objetivos planteados por la gerencia o dirección de toda organización.

Los directores de cada área funcional, deben tener planteados unos objetivos específicos que contribuyan a la consecución del objetivo general de la organización fundamentado en su objeto social o razón de ser de la misma, lo cual requiere una interacción permanente con la dirección de la empresa con el fin de determinar los cursos de acción que permiten lograr los objetivos propuestos de la mejor manera posible, identificando los recursos de tipo físico, económico, humano y tecnológico con que se cuenta para tal efecto.

A pesar de que todos los miembros que conforman el Instituto de Neurociencias Clínica del Sol Ltda., tiene una idea de cual es la misión y como ven a la institución en largo plazo, la institución no cuenta con una plataforma institucional definida al momento de hacer este análisis.

Todos los miembros que conforman la organización tienen su propia concepción acerca de cual es la actividad a la que nos dedicamos y como queremos que sea el servicio que prestamos dentro de un tiempo, y bajo que principios debemos regir y desarrollar nuestras actividades pero no existe un documento en el cual se interprete y se divulgue de manera clara y concisa, el pensamiento o concepción que cada uno de nosotros tiene acerca de lo que es y a que se dedica el Instituto de Neurociencias Clínica del Sol Ltda.

El proceso de planeación en el Instituto de Neurociencias Clínica del Sol Ltda. no está definido ni fundamentado por la gerencia, por lo que las áreas funcionales de la organización no tienen un objetivo común hacia donde canalizar y orientar los esfuerzos y recursos disponibles haciendo ineficiente e ineficaz el desarrollo integral de la institución que si bien es cierto, tiene deseo de crecimiento, no tiene unas directrices que le permitan

canalizar y desarrollar de manera organizada las actividades propias de su área de especialización.

Por lo tanto en este contexto podemos concluir que el desarrollo organizacional no obedece a ningún instrumento de planeación, no se elaboran estrategias, no se analizan los recursos en cumplimiento de una misión. Las decisiones se toman a nivel gerencial de manera perentoria y autocrática de acuerdo con la necesidad cotidiana.

Tabla 34

EVALUACIÓN DE LA OFERTA
PROCESO GERENCIAL
PLANEACIÓN

	CALIFICACIÓN					
INDICADORES	**1**	**2**	**3**	**4**	**PONDERACIÓN**	**CALIFICACIÓN PONDERADA**
AJUSTADA A:						
ANALISIS DE RECURSOS, EN CUANTO AL TIEMPO DE INVERSION Y EL TRABAJO		X			**0.20**	**0.40**
PLANES PERIODICOS EN LA ORGANIZACIÓN	X				**0.20**	**0.20**
PLANEACION DE ACUERDO A OBJETIVOS		X			**0.20**	**0.40**
ESTABLECIMIENTO DE ESTRATEGIAS	X				**0.20**	**0.20**
PARTICIPACION ADECUADA EN LA ELABORACION DE PLANES EN CADA UNA DE LAS AREA	X				**0.20**	**0.20**
TOTAL						**1.40**

1	2	3	4

INADECUADO **ADECUADO**

9.3.6.2. ESTRUCTURA ORGÁNICA

En términos generales, pero concretos buscamos realizar un diagnóstico de la estructura orgánica y funcional teniendo en cuenta los siguientes parámetros: Visión, misión, objetivos estratégicos, objetivos fundamentales por áreas de la organización, áreas claves de resultados, sistema de dirección, administración de los recursos logísticos. Lo anterior nos dará una evaluación administrativa objetiva.

Dentro del Instituto de Neurociencias Clínica del Sol Ltda., no existe una estructura orgánica formal documentada y sustentada. Sin embargo, empíricamente opera de la siguiente manera:
Administrativamente, existe una gerencia cuyas funciones son desempañadas por el señor Gustavo Quiroga y una subdirección científica a cargo del Dr. Jaime Perna. La dirección se caracteriza por un estilo autocrático en donde el proceso de toma de decisiones depende única y exclusivamente de la gerencia y de la subdirección científica.

Como parte del apoyo administrativo, existe un área reducida en donde funcionan los departamentos de contabilidad y facturación, constituidos por una contadora que labora mediante contrato de prestación de servicios y se hace presente todos los días medio tiempo o tiempo completo de acuerdo con el volumen de trabajo y las necesidades de tiempo disponible por parte de la gerencia y que empíricamente asume el rol de directora de departamento. Existe también un auxiliar contable como apoyo a la labor de la contadora, encargada del registro diario de toda la actividad contable y financiera de la institución.

Para el área de facturación, se cuenta con dos auxiliares y una secretaria quienes desarrollan actividades inherentes a sus cargos y una auditora médica quien labora por contrato de prestación de servicios y no se hace presente diariamente en la institución. Al igual que en el caso de la contadora, la auditora médica asume de manera empírica las funciones de directora del área de facturación.

Hay una sección de servicios generales la cual esta a cargo del señor Elmer Perna en donde se procura por el buen estado de las instalaciones y en general todo el recurso fisico de la institución.

Los comités técnicos de apoyo para la subdirección científica no están conformados por lo que las decisiones que deben tomarse con respecto al área médica y la prestación de servicios asistenciales, recae en la subdirección científica, es decir, en el Dr. Jaime Perna.

De esta manera poco ortodoxa y sin ningún tipo de organización formal estructurada ha funcionado hasta la fecha el Instituto de Neurociencias Clínica del Sol Ltda.

Tabla 35

EVALUACIÓN DE LA OFERTA
PROCESO GERENCIAL
ESTRUCTURA ORGÁNICA

	CALIFICACIÓN					
INDICADORES	**1**	**2**	**3**	**4**	**PONDERACIÓN**	**CALIFICACIÓN PONDERADA**
PRINCIPIOS DE LA ORGANIZACIÓN	X				**0.20**	**0.20**
MISION, VISION, ESTRATEGIAS, OBJETIVOS	X				**0.20**	**0.20**
PROCESOS						
CIENTIFICOS	X				**0.20**	**0.20**
ADMINISTRATIVOS	X				**0.10**	**0.10**
FINANCIEROS	X				**0.10**	**0.10**
INDICADORES	X				**0.10**	**0.10**
INFORMACION	X				**0.10**	**0.10**
TOTAL						**1.00**

1	2	3	4

INADECUADO **ADECUADO**

9.3.6.3 ESTRUCTURA FUNCIONAL

Funcionalmente, la organización lleva a cabo su flujo de actividades basándose en la experiencia de cada uno de sus integrantes para el desarrollo de sus funciones, ya que no existe un manual de funciones para cada cargo y área funcional de la organización así como tampoco existe un manual de procedimientos que permita la optimización del tiempo en el desarrollo de las actividades diarias, lo cual haría el trabajo mucho más eficaz y eficiente. Por otra parte, no se adelantan procesos de capacitación al recurso humano como consecuencia de la falta de claridad en la estructura orgánica y por ende en la parte funcional de la institución

Tabla 36

EVALUACIÓN DE VOLUMEN Y PROCEDIMIENTOS	NO	SI
¿ Los trabajos están definidos claramente en términos de funciones, obligaciones, tareas, procedimientos y de cumplimiento de los estándares?	X	
¿ Existen manuales de procedimientos para cada trabajo?	X	
¿ Se tiene material escrito actualizado?	X	
¿ Los funcionarios cumplen con todos sus asuntos que deben hacer?	X	
¿ En los funcionarios no se duplican funciones?	X	
¿ Se están llevando las responsabilidades asignadas, de acuerdo a los procedimientos establecidos, correctamente?	X	
¿ Ningún funcionario tiene sobrecarga de trabajo?	X	
Evaluación aceptable cuando pase del 75% con respuesta SI. Evaluación Excelente = 100%, Bueno = 80% a 100%, Aceptable de 60 a 80%, Malo menos de 60%.		

9.3.6.3.1 DEFINICIÓN DE LA PLANTA DE CARGOS

Con base en su estructura orgánica y funcional adaptada empíricamente a las necesidades de la institución en el Instituto de Neurociencias Clínica del Sol Ltda., los cargos definidos son los siguientes:

Gerente: Gustavo Quiroga

Subdirector Científico: Jaime Perna Romero

Auditor Médico: Lisa López

Revisor Fiscal: Leisber Manga

Contador: Marbel Vergara

Auxiliar Contable: Erika Polo

Auxiliar de Facturación: Lorena Villarreal, Elsy Marañon, Erika Osorio

Recepcionista: Ana Bolaños, Diana Trillos

Mantenimiento de Equipos: Alfredo Pacheco

Conserge: Elba Torres, Raquel Salazar, Nayibi González

Mensajero: Jairo Guerrero

Conductor de Ambulancia: Alfredo Castro, Galleth Caro

Recepcionista Nocturno: Elvis Solano

Química Farmacéutica: Flor Belleza Guzmán

Auxiliar de Farmacia: Elmer Perna

Técnico de Rayos X: Emil Cueto, José Luis Caña.

Auxiliar de Enfermería: Ana Sastoque, Elizabeth Cantero, Judith Contreras, Yudy Cantillo, Elvis Mendoza, Esmeralda Roneallo

Jefe de Enfermeras: Mary Carmen Soto, Marbel Gómez, Fania Escamilla, Erika Aldana.

Instrumentador Quirúrgico: Nini Rodríguez, Claudia Lombardi, Claudia Colina, Ledy López, Daisy Ramos.

Jefe de Instrumentadoras: Jaqueline Moron

Enfermeras Adscritas: Marianella Escorcia, Greys Spitia

Médicos de Planta: David Bandera, Mónica Valle, Jorge de Peña, Nicolás González, Yulieth Conde, Silvia Algarin, Mónica Pacheco, Alvaro Manga.

Anestesiólogos: Oscar Angulo, Alvaro Angulo, Alvaro Luna, Mónica Escudero, Ninfa Colpas, Luis Restrepo

Pediatras: Luis Sánchez del Villar, María Rago

Cirujanos Pediatras: Fabián Orozco, Carolina Nogales, Antonio Fabregas, Hermes Barraza.

Neurocirujanos: Hector Escorcia, Jaime Perna, Nestor Taboada, Antonio de la Hoz, Atilio Rosania, Hugo Zuleta, Pablo de la Peña.

Cardiólogos: Lupo Méndez, Ivan Romero

Cirujanos Plásticos: Carlos Pernett, Fredy Rodríguez.

Cirujano Cardiovascular: Wilson Ganen, Emil Maraby, Pedro de Moya.

Ortopedista: Liliana Rondon, Fernando Castillo, Alfonso Laller, Gabriel Narvaez, Flavio Calvano.

Cirujano General: Alvaro Chagui, José Luis Montes.

Médico Internista: Ricardo Angulo

Otorrinolaringología: Oscar Romero, Teresita Giraldo.

Ginecólogo: Melciades Osorio

Urólogo: Juan Gutiérrez

Patólogo: Cesar Monsalve, José Luis Montes

Endocrinólogo: Dr. Ordoñez

Nutricionista: Yolime Guette

Fisioterapeuta: Olga Vidal

Fisiatra: Fernando Ahumada

Bacteriólogo: Hilda Jaimes

Cirujano Maxilofacial: Carlos Prada

Ecografía y Radiólogo: Juan Fernando Salcedo, Jaime Anaya

9.3.6.3.2. CLASIFICACIÓN DE LOS EMPLEOS

Los empleos se clasifican según la naturaleza de sus funciones, la índole de sus responsabilidades y los requerimientos exigidos para el desempeño en diferentes niveles de operación.

NIVEL DIRECTIVO: Comprende los empleos que tienen por misión responder por la eficacia en la dirección general de las dependencias principales de la empresa, por la información de políticas, adopción de planes, programas, proyectos y por su verificación y control.

NIVEL EJECUTIVO: Este nivel agrupa los empleos que tienen por misión responder por la eficiencia y eficacia en la coordinación y ejecución de las políticas, planes, programas proyectos y responder por la efectividad en la gestión, evaluación, control y seguimiento de los grupos de trabajo o dependencias encargados de la implementación de las políticas, planes, proyectos y programas.

NIVEL ASESOR: Comprende los empleos que tienen por misión la de asistir y asesorar a los niveles directivos y ejecutivo para la adecuada gestión administrativa, técnica, financiera, presupuestal y del talento humano para que las decisiones se ciñan a las normas constitucionales y legales y coordinar proyectos, programas o actividades propias del estado nivel y al personal asignado para su desarrollo.

NIVEL PROFESIONAL: Comprende los empleos que tienen por misión la de responder por el avance científico, tecnológico y por modernización y tecnificación institucional, a través de la aplicación o transferencia de tecnología y conocimientos de innovación y mejoramiento de los servicios y las labores que desarrollan

NIVEL TÉCNICO: Agrupa los empleos que tienen por misión la asistencia y apoyo a los niveles profesionales, ejecutivos, asesor, directivo y la aplicación de métodos y procedimientos que permitan obtener resultados prácticos y concretos para el desarrollo posterior de programas, proyectos y acciones propias del área de competencia.

NIVEL ASISTENCIAL: Comprende los empleos cuyas funciones implican el ejercicio de actividades de apoyo administrativo o complementarios de las tareas propias de los niveles superiores, o se caracterizan por el predominio de actividades manuales o de simple ejecución.

3.5.3.3 DESCRIPCION DE CARGOS POR NIVELES

Para el caso concreto de los cargos existentes al interior del Instituto de Neurociencias Clínica del Sol Ltda., su clasificación por niveles se hace de la siguiente forma:

DESCRIPCIÓN DE CARGOS POR NIVELES

Tabla 37

NIVEL	CARGO	NUMERO
Directivo	Gerente y Subdirector	1
	Científico	1
Ejecutivo	Contador	1
Asesor	Revisor Fiscal	1
	Químico farmacéutico	1
	Auditor médico	1
Profesional	Jefe de Enfermeras	4
	Jefe de Instrumentadoras	1
	Médicos de Planta	8
	Anestesiólogos	6
	Pediatras	2
	Cirujanos Pediatras	4
	Neurocirujanos	7
	Cardiólogos	2
	Cirujanos Plásticos	2
	Cirujano Cardiovascular	3
	Ortopedistas	5
	Cirujano General	2
	Médico Internista	1
	Otorrinolaringólogo	2
	Ginecólogo	1
	Oftalmólogo	1
	Urólogo	1
	Patólogo	2
	Proctólogo	2
	Endocrinólogo	1
	Nutricionista	1
	Fisioterapeuta	1
	Fisiatra	1
	Bacteriólogo	1
	Cirujano Maxilofacial	1
Técnico	Instrumentadora Quirúrgica	5
	Auxiliar Contable	1
	Auxiliar de Facturación	3
	Ecografía y Radiólogo	2
	Tomografía RX	2
Asistencial	Recepcionista	2
	Conductor de ambulancia	2

	Conserje	3
	Mensajero	1
	Recepcionista Nocturna	1
	Auxiliar de Farmacia	1
	Auxiliar de Enfermería	6

9.3.6.3.3. PERFIL DE LOS CARGOS POR NIVELES

NIVEL DIRECTIVO: Requiere formación universitaria, tecnológica, humanística y técnica de carácter general, conocimientos en los principios de las empresas del sector salud y experiencia de trabajo en este tipo de entidades.

NIVEL EJECUTIVO: Se necesita habilidades organizacionales, tecnológicas, humanísticos y técnicos de carácter especifico además de formación universitaria y experiencia en las funciones a desempeñar.

NIVEL ASESOR: Necesita formación universitaria, habilidades organizacionales, técnica y humanísticas de carácter especial.

NIVEL PROFESIONAL: Requiere formación universitaria, habilidades especificas en lo técnico, organizacional y humanísticas, elevada capacidad de análisis, de investigación, de comparación, y visión para concebir políticas, planes, programas, proyectos y ejecutarlos con efectividad.

NIVEL ASISTENCIAL: Requiere terminación de educación básica primaria o secundaria y de algunos años de experiencia en el área según la naturaleza del cargo, habilidades técnicas, organizacionales, humanísticas y el ejercicio de las habilidades especificas como iniciativa, creatividad, abstracción y comprensión para relacionarse, capacidad de expresión y destrezas motrices.

9.3.6.3.4. PARÁMETROS PARA VALORACIÓN DE CARGOS

Dentro de toda organización formal, sus integrantes desarrollan un flujo de actividades de manera diaria, semanal u ocasional, a cambio de un salario justo y equitativo que les permita satisfacer sus necesidades básicas y tener un nivel de vida aceptable acorde con sus ingresos. El pago de los salarios a los empleados debe constituir un factor de equilibrio y justicia por el que debe regirse toda la organización consciente de que el factor humano es la base fundamental del desarrollo institucional, pues sin este, otros factores productivos no cumplirán con su misión de riqueza para quien lo posee.

El salario busca un equilibrio de intereses en la medida en que este sea equitativo con relación a los demás cargos de la organización.

El equilibrio externo del salario está relacionado con la equidad del mismo en relación con lo devengado en otras empresas del sector para estos mismos cargos. Con la información suministrada por la organización y la información recogida del exterior, la organización define una política salarial. Para nuestro caso particular no existen o no se conocen los parámetros con los cuales se define el valor a pagar por concepto de salarios, quedando a criterio de la gerencia o de la subdirección científica la definición de estos salarios tanto para el área administrativa como para el área asistencial.

9.3.6.3.5. DEFINICIÓN DE ESCALA SALARIAL

Como consecuencia de la inexistencia de parámetros formales para valoración de cargos, la definición de la escala salarial actual del instituto de Neurociencias Clínica del Sol Ltda.
Se encuentra sujeta al criterio de las personas que tienen el poder de decidir al interior de la institución, desconociendo si el salario ofrecido refleja el equilibrio interno y externo que se requieren para hacer de un salario un pago equitativo respecto a las labores y responsabilidades asignadas a los empleados de la institución.

Los salarios actuales están definidos de la siguiente manera:

INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS CLINICA DEL SOL LTDA.
SALARIOS ACTUALES

Tabla 38

EMPLEADO	BÁSICO	BONIFICACIÓN	TOTAL
GUSTAVO QUIROGA	701,162		
EMIL CUETO	286,110	259,900	546,010
ELSY MARAÑON	286,110	63,400	349,510
LORENA VILLAREAL	286,110	39,900	326,010
DIANA TRILLOS	286,110	33,440	319,550
ALFREDO PACHECO	286,110	33,440	357,336

JUDITH CONTRERAS	350,000 A 400,000	71,226	599,598
ELVIS MENDOZA	350,000 A 400,000	313,488	
YUDIS CANTILLO	350,000 A 400,000		
ANA SASTOQUE	350,000 A 400,000		
ESMERALDA RONCALLO	350,000 A 400,000		
ELIZABETH CANTERO	350,000 A 400,000		
MARI CARMEN SOTO	400,000		
NAYIBY GONZÁLEZ	286,110		
RAQUEL SALAZAR	286,110		
GALETH CARO	286,110		
ALFREDO CASTRO	286,110		
ERIKA POLO	286,110		
JOSEFINA MOLINA	200.000		
LEIDYS LOPEZ	286,110		
NINI RODRÍGUEZ	286,110		
YAQUELINE MORON	286,110		
CLAUDIA COLINA	286,110		
DAISY RAMOS	286,110		
CLAUDIA LOMBARDI	286,110		

*** MAS RECARGOS Y EXTRAS**

INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS CLÍNICA DEL SOL LTDA.
RELACION DE PERSONAL

Tabla 39

NOMBRE	CARGO
ADMINISTRATIVO	
GUSTAVO QUIROGA	GERENTE
LORENA VILLARREAL	SECRETARIA DE FACTURACIÓN
ERIKA POLO	AUXILIAR CONTABLE
ELSY MARAÑON	SECRETARIA DE FACTURACIÓN
ERIKA OSORIO	SECRETARIA DE FACTURACIÓN
MARBEL VERGARA	CONTADORA PUBLICA (Prestación de Servicios.)
ANA BOLAÑOS	RECEPCIONISTA
DIANA TRILLOS	RECEPCIONISTA
ALFREDO PACHECO	TECNICO MANTENIMIENTO DE EQUIPOS
EMIL CUETO	TECNICO EN TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA
ELBA TORRES	CONSERJE
RAQUEL SALAZAR	CONSERGE
NAYIBI GONZALEZ	CONSERGE
JAIRO GUERRERO	MENSAJERO
LISA LOPEZ	AUDITORA MÉDICA (Prestación de servicios)
LEISBER MANGA	REVISOR FISCAL (Prestación de servicios)
ASISTENCIAL	
ANA SASTOQUE	AUXILIAR DE ENFERMERIA
ELIZABETH CANTERO	AUXILIAR DE ENFERMERIA
JUDITH CONTRERAS	AUXILIAR DE ENFERMERIA
YUDY CANTILLO	AUXILIAR DE ENFERMERIA
ELVIS MENDOZA	AUXILIAR DE ENFERMERIA
ESMERLDA RONCALLO	AUXILIAR DE ENFERMERIA
ALFREDO CASTRO	CONDUCTOR DE AMBULACIA
GALLETH CARO	CONDUCTOR DE AMBULANCIA
MARY CARMEN SOTO	JEFE DE ENFERMERAS

MARBEL GAMEZ	JEFE DE ENFERMERAS
FANIA ESCAMILLA	JEFE DE ENFERMERAS
ERIKA ALDANA	JEFE DE ENFERMERAS
NINI RODRIGUEZ	INSTRUMENTADORA QUIRÚRGICA
CLAUDIA COLINA	INSTRUMENTADORA QUIRÚRGICA
CLAUDIA LOMBARDI	INSTRUMENTADORA QUIRÚRGICA
LEDY LOPEZ	INSTRUMENTADORA QUIRÚRGICA
DAISY RAMOS	INSTRUMENTADORA QUIRÚRGICA
JAQUELINE MORON	JEFE DE INSTRUMENTADORAS
ELVIS SOLANO	RECEPCIONISTA NOCTURNO
JOSE LUIS CAÑA	TÉCNICO TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA
FLOR BELLEZA GUZMAN	QUIMICA FARMACEUTICA (Prestación de servicios)
ELMER PERNA	AUXILIAR DE FARMACIA
MARIANELLA ESCORCIA	ENFERMERA ADSCRITA
GREYS SPITIA	ENFERMERA ADSCRITA
DAVID BANDERA	MÉDICO DE PLANTA ADSCRITO
MONICA VALLE	MÉDICO DE PLANTA ADSCRITO
JORGE DE PEÑA	MÉDICO DE PLANTA ADSCRITO
NICOLAS GONZALES	MÉDICO DE PLANTA ADSCRITO
YULIETH CONDE	MÉDICO DE PLANTA ADSCRITO
SILVIA ALGARIN	MÉDICO DE PLANTA ADSCRITO
MONICA PACHECO	MÉDICO DE PLANTA ADSCRITO
ALVARO MANGA	MÉDICO DE PLANTA ADSCRITO
OSCAR ANGULO	ANESTESIÓLOGO ADSCRITO
ALVARO ANGULO	ANESTESIÓLOGO ADSCRITO
ALVARO LUNA	ANESTESIÓLOGO ADSCRITO
MONICA ESCUDERO	ANESTESIÓLOGO ADSCRITO
NINFA COLPAS	ANESTESIÓLOGO ADSCRITO
LUIS RESTREPO	ANESTESIÓLOGO ADSCRITO
LUIS SANCHEZ DEL VILLAR	PEDIATRA ADSCRITO
MARIA RAGO	PEDIATRA ADSCRITO
FABIAN OROZCO	CIRUJANO PEDIATRA ADSCRITO
CAROLINA NOGALES	CIRUJANO PEDIATRA ADSCRITO
ANTONIO FABREGAS	CIRUJANO PEDIATRA ADSCRITO
HERMES BARRAZA	CIRUJANO PEDIATRA ADSCRITO
HÉCTOR ESCORCIA	NEUROCIRUJANO ADSCRITO
JAIME PERNA	NEUROCIRUJANO ADSCRITO
NÉSTOR TABOADA	NEUROCIRUJANO ADSCRITO
ANTENOR DE LA HOZ	NEUROCIRUJANO ADSCRITO
ATILIO ROSANIA	NEUROCIRUJANO ADSCRITO
HUGO ZULETA	NEUROCIRUJANO ADSCRITO

PABLO DE LA PEÑA	NEUROCIRUJANO ADSCRITO
LUPO MENDEZ	CARDIÓLOGO ADSCRITO - INFANTIL
IVAN ROMERO	CARDIÓLOGO ADSCRITO - INFANTIL
CARLOS PERNETT	CIRUJANO PLÁSTICO ADSCRITO
FREDY RODRÍGUEZ	CIRUJANO PLÁSTICO ADSCRITO
WILSON GANEN	CIRUJANO CARDIOVASCULAR ADSCRITO
EMIL MARABY	CIRUJANO CARDIOVASCULAR ADSCRITO
PEDRO DE MOYA	CIRUJANO CARDIOVASCULAR ADSCRITO
LILIANA RONDON	ORTOPEDISTA ADSCRITO
FERNANDO CASTILLO	ORTOPEDISTA ADSCRITO
ALFONZO JALLER	ORTOPEDISTA ADSCRITO
GABRIEL NARVÁEZ	ORTOPEDISTA ADSCRITO
FLAVIO CALVANO	ORTOPEDISTA ADSCRITO
ALVARO CHAGUI	CIRUJANO GENERAL
JUAN FERNANDO SALCEDO	ECOGRAFIA Y RADIOLOGÍA
JAIME ANAYA	ECOGRAFIA Y RADIOLOGÍA
HILDA JAIMES	BACTERIOLOGA
RICARDO ANGULO SPIRCO	MÉDICO INTERNISTA
CESAR MONSALVE	PROTOCOLOGO
JOSE LUIS MONTES	PROCTOCOLOGO / CIRUJANO GENERAL
RAÚL GARCÍA	PATÓLOGO
SILVIO SEVERINO	PATÓLOGO
OSCAR ROMERO	MÉDICO OTORRINOLARINGÓLOGO
MELQUÍADES OSORIO	OFTALMÓLOGO
JUAN GUTIÉRREZ	URÓLOGO
YOLIME GUETTE	NUTRICIONISTA
DR. ORDOÑEZ	ENDOCRINÓLOGO
OLGA VIDAL	FISIOTERAPEUTA
FERNANDO AHUMADA	FISIATRA
JOSÉ SÁNCHEZ	GINECÓLOGO
CARLOS PRADA	CIRUJANO MAXILOFACIAL
TERESITA GIRALDO	OTORRINOLARINGÓLOGO

Tabla 40

EVALUACIÓN DE LA OFERTA
PROCESO GERENCIAL
ESTRUCTURA FUNCIONAL

	CALIFICACION					
INDICADORES	**1**	**2**	**3**	**4**	**PONDERACION**	**CALIFICACION PONDERADA**
EXISTE MANUAL DE FUNCIONES	X				**0.10**	**0.10**
INDUCCION ALPERSONAL SOBRE FUNCIONES	X				**0.10**	**0.10**
EVALUACION DE CUMPLIMIENTO	X				**0.10**	**0.10**
MANUAL DE PROCEDIMIENTO EN AREA						
ADMINISTRATIVA	X				**0.10**	**0.10**
FINANCIERA	X				**0.10**	**0.10**
CIENTIFICA	X				**0.10**	**0.10**
INDUCCION AL PERSONAL EN AREA						
ADMINISTRATIVA	X				**0.05**	**0.05**
FINANCIERA	X				**0.05**	**0.05**
CIENTIFICA	X				**0.05**	
SÉ EVALUA CUMPLIMIENTO EN AREA						
ADMINISTRATIVA	X				**0.05**	**0.05**
FINANCIERA	X				**0.05**	**0.05**
CIENTTIFICA	X				**0.05**	**0.05**
SE REVISAN LOS MANUALES	X				**0.10**	**0.10**
TOTAL						**0.95**

1	2	3	4

INADECUADO **ADECUADO**

9.3.6.4. DIRECCIÓN

Dentro de todo proceso gerencial, las actividades de formulación y direccionamiento de objetivos tanto generales como específicos para cada área, deben ser formulados unos y orientados otros por la dirección de la entidad. Por ser cabeza visible de la institución, no-solo como representante legal sino como el individuo capaz de convocar a su alrededor todo un recurso humano comprometido con lo planteado para el crecimiento de la organización apoyado en un recurso físico, tecnológico y financiero distribuido acorde con las necesidades de cada área funcional, la dirección de la institución debe ser asumida por una persona con características de líder, capaz de afrontar los retos que exigen los cambios constantes en el sector salud y adelantar con éxito los programas que permitan el cumplimiento de los objetivos propuestos.

Además de su capacidad de convocatoria, la dirección debe estar en condiciones de crear dentro de los miembros de la organización, un sentido de pertenencia para con esta y brindarle a todos sus integrantes un ambiente laboral favorable, en donde el reconocimiento por las labores desempeñadas es un factor importante para tal efecto.

Como se ha descrito anteriormente, el estilo de dirección es autocrático, no hay unidad de mando, ni coordinación entre la gerencia y la subdirección científica donde recae el poder decisorio trascendental. El gerente tiene un perfil que no corresponde a la magnitud de su cargo pues como se menciono, durante el tiempo de su gestión se carece de un modelo administrativo documentado.
No hay participación en las decisiones ni se delegan responsabilidades, no hay una política documentada como guía para la acción.

Tabla 41

EVALUACIÓN DE LA OFERTA
PROCESO GERENCIAL DIRECCION

INDICADORES	1	2	3	4	PONDERACION	CALIFICACION PONDERADA
AJUSTADA A:						
DELEGACIÓN DE RESPONSABILIDADES		X			0.20	0.40
MOTIVACIÓN DEL PERSONAL	X				0.20	0.20
ESTILO DE DIRECCIÓN ADECUADA	X				0.20	0.20
PARTICIPACIÓN EN DECISIONES	X				0.20	0.20
POLÍTICAS COMO GUIAS PARA LA ACCIÓN	X				0.20	0.20
TOTAL						1.20

1	2	3	4
INADECUADO			ADECUADO

9.3.6.5 EVALUACIÓN Y CONTROL

En la institución no existe un control de gestión gerencial, no se han establecido indicadores y solo se toman medidas correctivas como reacción a procesos específicos que alteran la calidad de los servicios. Debido a todo lo anterior, no existen tampoco mecanismos de control que permitan la evaluación del desempeño de los empleados para poder determinar cuales son las fallas que presenta la organización en recurso humano, tomar las medidas necesarias para corregir esas faltas y ser más eficientes en el cumplimiento de sus funciones.
El proceso de selección de personal también se encuentra en cabeza de la gerencia y se desconocen los procedimientos utilizados en ese proceso.

Tabla 42.

EVALUACIÓN DE LA OFERTA
PROCESO GERENCIAL
EVALUACION Y CONTROL

	CALIFICACION					
INDICADORES	**1**	**2**	**3**	**4**	**PONDERACION**	**CALIFICACION PONDERADA**
AJUSTADA A:						
EXISTENCIA DE UN SISTEMA DE CONTROL DE GESTION	X				**0.20**	**0.20**
POLÍTICAS Y PARAMETROS PARA CONTROL Y EVALUACION	X				**0.20**	**0.20**
EXISTENCIA DE INDICADORES	X				**0.20**	**0.20**
ANALISIS DE RESULTADOS	X				**0.20**	**0.20**
MEDIDAS CORRECTIVAS	X				**0.20**	**0.20**
TOTAL						**1.00**

1	2	3	4

INADECUADO **ADECUADO**

Tabla 43.

PLANTILLA PARA INTEGRAR LAS CALIFICACIONES DEL PROCESO GERENCIAL

INDICADORES	CALIFICACIÓN 1 - 4	PONDERACION	CALIFICACION PONDERADA
PLANTACIÓN	1.40	0.20	0.28
ESTRUCTURA ORGANICA	1.00	0.20	0.20
ESTRUCTURA FUNCIONAL	1.10	0.20	0.22
DIRECCION	1.20	0.20	0.24
EVALUACION Y CONTROL	1.00	0.20	0.20
TOTAL			1.14

1	2	3	4

INADECUADO **ADECUADO**

9.3.7. CLIMA Y CULTURA CORPORATIVA

Tanto el clima como la cultura organizacional de la institución, se desarrollan bajo un ambiente hostil, producto del sistema autocrático de dirección en donde los integrantes de la organización no desarrollan un sentido de pertenencia ideal para el buen desempeño de sus funciones; pues manifiestan estar trabajando más por necesidad que por sentirse parte importante de la organización.

A pesar de que entre los miembros del Instituto prima la cultura del respeto entre unos y otros, el funcionamiento de las responsabilidades de cada uno de ellos no es eficiente, pues no sienten el respaldo necesario de las directivas para expresar sus opiniones de manera espontánea por temor a represalias por parte de la dirección, al conocer el descontento de algunos de sus miembros.

La situación al interior de la organización requiere un cambio radical de actitud de las directivas para que el ambiente actual cambie favorablemente, y esto es posible en la medida en que la dirección sea más participativa y permita que sus integrantes sean parte activa en el proceso de toma de decisiones teniendo en cuenta sus opiniones y sugerencias, conociendo de primera mano cuales son las necesidades de cada uno de ellos y por ende de las áreas funcionales a las cuales pertenecen.

Para la implementación del plan estratégico formulado, se requiere compromiso tanto de las directivas como de los componentes o integrantes de la organización para que se logren los objetivos propuestos.

Los trabajadores, desde los científicos hasta los auxiliares de aseo, esperan ser tratados como seres humanos y no como parte de los equipos de la Institución los cuales tienen mejor trato, esperan que el jefe los conozca como son, que hacen y como se desempeñan en el trabajo. La administración es el arte de dirigir que aunque puede ser aprendido, nadie puede enseñarlo, solo direccionarlo. Este direccionamiento carece de valor si no se cuenta con el recurso humano a quien vaya dirigido. Con todo respeto, queremos comentar, que se identificó una deficiencia en el direccionamiento que se le ha dado al recurso humano, pues están más enfocados a la necesidad del trabajo que a la convicción de pertenecer al Instituto de Neurociencias Clínica del Sol Ltda. como un instrumento para realizar su proyecto de vida.

A continuación a través de las diferentes tablas buscamos evaluar algunas variables tenidas en cuenta en el control de los recursos humanos y clima organizacional.

Tabla 44.

BIENVENIDA	NO	SI
Bienvenida por Jefe de Recursos Humanos, Jefe de la dependencia y Director General con los comentarios pertinentes	X	
Introducción a la institución y a su cultura	X	
Comportamiento ante los clientes internos y externos	X	
Conocimiento físico de las diferentes dependencias de la institución	X	
Orientación de la dependencia (Departamento o sección) el primer día de trabajo según relación o lista de aspectos importantes	X	
Procedimientos ante emergencias y medidas de seguridad ante incendios	X	
Procedimientos de seguridad	X	
Seguridad industrial en el trabajo (prevención de riesgos)	X	
Presentación e higiene (informes, nombre)	X	
Uso del teléfono y las computadoras	X	
Destrezas básicas en el trabajo	X	
Entrenamiento para el cuidado del medio ambiente	X	
Evaluación aceptable cuando pase del 75% con respuesta SI. Evaluación Excelente = 100%, Bueno = 80% a 100% Aceptable de 60 a 80%, Malo menos de 60%.		

Tabla 45.

JEFES, DIRECTORES DE PROGRAMAS Y SUPERVISORES	NO	SI
Conocimientos de otros departamentos relacionados	X	
Especificaciones establecidas para cada posición: misión, objetivos y metas, así como recursos y presupuestos	X	
Características de la administración, condiciones y beneficios.	X	
Políticas y procedimientos	X	
Evaluación aceptable cuando pase del 75% con respuesta SI. Evaluación Excelente = 100%, Bueno = 80% a 100% Aceptable de 60 a 80%, Malo menos de 60%		

Tabla 46

ENTRENAMIENTO HABILIDADES REQUERIDAS DEL PERSONAL	NO	SI
El plan de entrenamiento del departamento se centrara en las mayores necesidades del departamento respectivo	X	
Análisis de las tareas que se realizan diariamente	X	
Evaluación sistemática y seguimiento de los trabajos, así como los logros obtenidos; se comparan con los estándares	X	
Cada funcionario debe tener estadísticas de su entrenamiento actualizadas	X	
Evaluación aceptable cuando pase del 75% con respuesta SI. Evaluación Excelente = 100%, Bueno = 80% a 100% Aceptable de 60 a 80%, Malo menos de 60%.		

Tabla 47.

PERTENENCIA	EXISTE	
	NO	SI
Los jefes conocen el nombre de las personas a su cargo		X
Los jefes conocen las necesidades de las personas a su cargo		X
Se trabaja en las necesidades de seguridad industrial, fisica y psicológica	X	
Se trabaja en las necesidades sociales de los funcionarios	X	
Se trabaja eficientemente con la fuerza de trabajo existente	X	
Se estimula o premia y se sanciona al personal	X	
Se ejecutan planes efectivos para desarrollar a las personas	X	
Se provee un ambiente de trabajo atractivo	X	
Se provee un ambiente de trabajo seguro y confiable	X	
Se coloca la persona correcta en el cargo correcto	X	
Se obtiene que el trabajo sea interesante y un reto	X	
Existe un clima de honestidad		X
Se da buen ejemplo en el trabajo y en la cordialidad		X
Evaluación aceptable cuando pase del 75% con respuesta SI. Evaluación Excelente = 100%, Bueno = 80% a 100% Aceptable de 60 a 80%, Malo menos de 60%.		

PORTE Y PRESENTACION_____52_____% Sobre 100_____
LISTA DE VEFIFICACION_____24.9_____% Sobre 100_____

Tabla 48

EVALUACIÓN DE LIDERAZGO	0	1	2	3	4
CONCEPTO Puede dar la descripción de las metas de su dependencia en forma clara y precisa		X			
Al hablarle de un grupo muestra y contagia entusiasmo		X			
Cuando oye, observa el comportamiento de las personas			X		
Es capaz de percibir los mensajes hablados y corporales			X		
Hace preguntas abiertas que suscitan gran participación y lluvia de ideas		X			
Usa técnicas que generan discusiones abiertas y positivas		X			
Centra las discusiones con grupos, reconociendo los aspectos importantes y los irrelevantes. Esto direcciona y concreta el tema	X				
Rescata o aclara las ideas de otros participantes		X			
Toma incidentes inesperados para enseñar conceptos o dirigir trabajos		X			
Es capaz de dar a las personas puntos concretos para mejorar, sin entrar a juzgar a las personas		X			
Cuando trabaja con un grupo, comparte sus impresiones y sus sentimientos acerca del asunto en discusión			X		
Tiene la habilidad de hacer participar y entusiasmar a todos los miembros del grupo a quienes les habla		X			
Tiene el sentido de la oportunidad de las discusiones y para el planteamiento concreto de las actividades		X			
Acepta la critica y la alteración de las personas o grupos sin actuar a la defensiva			X		
Tiene la capacidad de transmitir serenidad y complacencia frente a las emociones y miedos demostrados por otras personas		X			
Tiene sentido del humor y es capaz de reírse de sí mismo	X				
Calificación Promedio 1.75%					
Nota: Si se obtiene una calificación promedio inferior a 3 se debe considerar como acción prioritaria					

Tabla 49.

EVALUACIÓN DE LA OFERTA
CLIMA Y CULTURA CORPORATIVA

INDICADORES	CALIFICACION 1	2	3	4	PONDERACION	CALIFICACION PONDERADA
AJUSTADA A:						
CLARIDAD DE LOS VALORES ORGANIZACIONALES		X			**0.20**	**0.40**
SISTEMA DE RECONOCIMIENTO Y SANCIONES		X			**0.10**	**0.20**
POLÍTICAS DE CALIDAD	X				**0.30**	**0.30**
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	X				**0.20**	**0.20**
SOLUCIONES DE CONFLICTOS	X				**0.10**	**0.10**
ESTILO DE DIRECCIÓN	X				**0.10**	**0.10**
TOTAL						**1.30**

1	2	3	4

INADECUADO **ADECUADO**

9.3.8. ÉTICA EN LA INSTITUCION

No se concibe una institución prestadora de servicios la cual se le entrega la responsabilidad de la salud y la preservación de la vida de las personas sin una estricta ética en todas las acciones. Sin embargo, dada la naturaleza humana de las personas que laboran en la institución, son susceptibles de errores y fallas voluntarias e involuntarias, en este contexto evaluamos de una manera sencilla a través del siguiente cuadro el tema de la ética en el Instituto de Neurociencias Clínica del Sol Ltda.

Tabla 50.

ETICA EN LA INSTITUCIÓN

	CALIFICACIÓN					
INDICADORES	**1**	**2**	**3**	**4**	**PONDERACION**	**CALIFICACION PONDERADA**
AJUSTADA A:						
CLARA DEFINICION DEL CONCEPTO DE ETICA		X			**0.30**	**0.60**
PRINCIPIOS ETICOS EN LA ATENCION AL USUARIO			X		**0.30**	**0.90**
ETICA EN CIRCUNSTANCIAS CRITICAS			X		**0.20**	**0.60**
OPERATIVIDAD DEL COMITÉ DE ETICA	X				**0.20**	**0.20**
TOTAL						**2.30**

1	2	3	4

INADECUADO **ADECUADO**

9.3.9. SISTEMAS DE INFORMACION

Al no existir una estructura orgánica y funcional definidas, los sistemas de información operan de la misma forma empírica.

La información requerida por la gerencia para el proceso de toma de decisiones, proviene de los directores de los departamentos que empíricamente están creados al interior de la organización, sin que exista una base de datos fundamental en un proceso lógico y coherente de requerimientos de información que contribuyan al desarrollo eficiente de las actividades de los miembros de la organización.

Una de las fuentes de información necesarias para la gerencia es la evaluación del desempeño, presupuestos de ingresos y gastos, estados financieros, flujos de caja, estado de fuentes y uso de fondos, costos de hospitalización, costos por suministros de medicamentos, etc.

En la parte asistencial, no se ha desarrollado tampoco un sistema de información, los RIPS son tenidos en cuenta exclusivamente como un soporte de facturación y no como el instrumento esencial del sistema de información nacional reglamentado por el Ministerio de Salud.

Se lleva manualmente información correspondiente a la historia Clínica, pero no se están diligenciando adecuadamente los formatos en cada servicio ni se reporta información a Distrisalud.

El sistema de información de la institución debe ser un instrumento de gestión para la toma de decisiones gerenciales.

Tabla 51

EVALUACIÓN DE LA OFERTA
SISTEMAS DE INFORMACION

INDICADORES	CALIFICACIÓN 1	2	3	4	PONDERACION	CALIFICACION PONDERADA
ESTRUCTURA ORGANICA	X				0.10	0.10
MANUAL DE FUNCIONES	X				0.10	0.10
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	X				0.10	0.10
PERSONAL CAPACITADO			X		0.10	0.30
EQUIPOS CON TECNOLOGIA APROPIADA				X	0.10	0.40
RECOLECCION DE INFORMACION PERMANENTE	X				0.10	0.10
PROCESAMIENTO DE INFORMACION	X				0.10	0.10
ANALISIS DE INFORMACION	X				0.10	0.10
PUBLICACION DE INFORMACION	X				0.10	0.10
UTILIZACION DE INFORMACION	X				0.10	0.10
TOTAL						1.50

1	2	3	4

9.3.10. DIAGNÓSTICO FINANCIERO

Dentro del proceso de toma de decisiones de una organización, el análisis financiero juega un papel fundamental ya que muestra su situación económica dentro de un periodo de tiempo determinado.

En ese orden de ideas, es importante que las personas involucradas en ese proceso, tengan un conocimiento lo más cercano posible a la realidad con el fin de tomar la decisión más conveniente para su desarrollo y buen funcionamiento.

El análisis que a continuación realizaremos, pretende dar una visión global de la situación financiera del Instituto de Neurociencias Clínica del Sol Ltda. con el fin de aportar a la gerencia herramientas que contribuyan a visualizar su presente y futuro financiero mediante la utilización de técnicas como el análisis vertical y los indicadores financieros. Los cuales fueron aplicados al balance general y estado de resultados con corte a junio 2001, información suministrada por el departamento contable de la institución

Como objetivos específicos de este diagnóstico podemos mencionar los siguientes:

- Determinar la incidencia que tienen los grupos de cuentas que conforman el balance general dentro de los activos, pasivos y patrimonio del mismo.

- Conocer la influencia de los componentes del estado de resultados sobre los ingresos generados por el instituto de Neurociencias Clínica del Sol Ltda.

- Analizar los niveles de liquidez, endeudamiento, solvencia, actividad y rentabilidad de la organización.

- Evaluar los resultados arrojados del análisis de la información financiera de la institución.

- Recomendar acciones que contribuyan al mejoramiento de la situación actual evaluada según sea el caso.

Antes de comenzar a analizar y comentar los resultados arrojados de los estados financieros, es necesario conocer o clarificar algunos conceptos que los conforman.

Contabilidad: Es el arte de registrar, clasificar, resumir e interpretar los datos financieros de una empresa a través de informes contables o estados financieros dentro de un periodo de tiempo determinado.

Debido a que es la contabilidad la que da origen a los estados financieros, podemos entrar a establecer dos tipos de estados financieros básicos que son:

- ❖ Balance general: Presenta las condiciones financieras de la empresa en un periodo de tiempo determinado de acuerdo con lo reflejado por los registros contables.

- ❖ Componentes del balance.

    - Activo: Representa los bienes de una empresa para el desarrollo normal de sus actividades.
    - Pasivo: Representa las obligaciones que la empresa tiene con terceros en el corto y largo plazo.
    - Patrimonio: Refleja la participación de los propietarios en el negocio y resulta de la diferencia entre el activo total y el pasivo.

- ❖ Estado de resultado: Muestra los ingresos y gastos al igual que la utilidad o perdida resultante de las operaciones de la organización en un periodo de tiempo determinado.

Una vez conocidos estos conceptos básicos, podemos entrar a analizar las técnicas utilizadas dentro de nuestro estudio, que para este caso fueron: Análisis vertical e indicadores financieros.

9.3.10.1 ANÁLISIS VERTICAL

Es una técnica en la cual se toma un estado financiero relacionando con cada una de sus partes con un total determinado o cifra base para estudiar la situación financiera de la organización sin tener en cuenta los cambios ocurridos a través del tiempo.

Para el caso de nuestro balance general, su estudio lo realizamos de la siguiente manera:

- Analizamos los componentes del activo y utilizamos dos cifras base. La primera, corresponde al total de los activos con el fin de medir la incidencia o relevancia de cada uno de los componentes del activo con relación al activo total y la denominamos porcentaje del total. La segunda cifra base corresponde al subgrupo en el cual están divididas las cuentas del activo. En nuestro caso tomamos como cifras base el total, de activos corrientes y el total de los activos fijos o propiedades planta y equipo con el fin de conocer la incidencia de cada una de las cuentas dentro del subtotal al cual pertenecen, denominándolo porcentaje de grupo.

- Para el caso de los pasivos nuestra cifra base como porcentaje de grupo, corresponde al total de pasivos corrientes y no corrientes respectivamente y nuestra cifra base como porcentaje del total, corresponde a la sumatoria del total de los pasivos más el patrimonio.

- En relación con el patrimonio, la cifra base correspondiente al porcentaje de grupo esta determinada por total del patrimonio y la cifra base como el porcentaje del total, comprende la sumatoria del total de los pasivos más el patrimonio.

Iniciamos la explicación de nuestro estudio con el comportamiento de los activos del balance general diciendo lo siguiente:

El total de nuestros activos corrientes corresponden al 61.12% del total de los activos mientras que los activos fijos, (propiedades planta y equipos) constituyen el 38.88% del total. Por tratarse de una empresa o institución prestadora de servicios, estos márgenes son aceptables pues se requiere de mucha mayor liquidez con el fin de contar oportunamente con las herramientas necesarias para la buena prestación del servicio.

Por otra parte, examinando los activos corrientes de manera particular, podemos ver que la empresa no tiene la disponibilidad de efectivo necesario, lo que se refleja en la cuenta de bancos con un sobregiro bancario en el que se debe incurrir y que representa un –6.25% de los activos corrientes. Lo anterior esta fundamentado en el hecho de que la institución tiene una rotación de cartera muy baja de acuerdo con las cifras que se manejan para el rubro deudores clientes que representa el 92% del activo corriente y 56% del activo total, situación que aunque no tiene una repercusión notoria en nuestro estado de resultado por concepto de amortizaciones; no debería presentarse ya que la institución genera los recursos necesarios para contar con el efectivo requerido.

La depreciación acumulada corresponde a un -27.3% de los activos fijos debido precisamente a la alta incidencia del valor del equipo médico dentro del total de activos fijos y los demás componentes de este subgrupo presentan todos una influencia positiva y una baja incidencia relativa sobre el total de los activos.

El segundo aspecto relevante de este estudio corresponde a los pasivos del balance general en donde podemos señalar lo siguiente: Nuestros pasivos corrientes son el 66.5% del total de los pasivos y las cuentas que mayor incidencia tienen son los de proveedores nacionales con 31.7% y acreedores varios con un 25.3% del total de los pasivos corrientes respectivamente. La alta incidencia del rubro de proveedores nacionales esta estrechamente ligado a la falta de efectivo reflejado en la cuenta de bancos, producto del elevado volumen de cartera que esta manejando la institución. Lo mismo ocurre con la cuenta de acreedores varios, que aunque no es un pasivo exigible en el corto plazo por tratarse del monto de las obligaciones del instituto con el doctor Jaime Perna Romero, se podría ver reflejada una disminución gradual, en la medida en que la recuperación de cartera así lo permitiera; pues

si en este momento nuestros proveedores hicieran efectivo el cobro de esas obligaciones, el instituto no tendría un solo peso disponible para enfrentar la situación.

La bajísima incidencia de las obligaciones financieras sobre el total de los pasivos corrientes (2.6%) y la sumatoria de los pasivos y el patrimonio (1.4%) brindan al instituto un alto grado de confianza por parte del sistema financiero ya que esto muestra que la mayoría de los activos fijos son en un alto grado de propiedad de la institución, para lo cual el aporte de los socios y las utilidades acumuladas, son factores preponderantes. Esta situación es una ventaja comparativa, ya que en caso de necesitar en algún momento un crédito bancario para el mejoramiento de la tecnología médica implementada las probabilidades de obtenerlo serán muy favorables aunque ello depende de otros factores que analizaremos mas adelante en los indicadores financieros.

Lo relacionado con los pasivos no corrientes u obligaciones a largo plazo, representan el 33.5% del total de nuestros pasivos y el 18.3% de la sumatoria de pasivos y patrimonio.

De las cuentas que componen este subgrupo, la mayor incidencia se refleja en el concepto de anticipo y avances recibidos con un 33.06% del total de los pasivos no corrientes y un 17.8% del total de pasivos y patrimonio. Dado que esta cuenta registra las obligaciones del instituto con los socios que lo componen, podemos decir que aunque su incidencia relativa es alta, no requiere extendernos mucho en su análisis, ya que al cierre del año los socios decidirán si reparten las utilidades generadas por las operaciones, o si por el contrario recapitalizan la empresa para mejorar los aspectos claves que contribuyan a la prestación de un mejor servicio.

La parte final del estudio del balance tiene que ver con el patrimonio, el cual representa el 46.18% de la sumatoria total de pasivos y patrimonio.

Dentro del grupo de cuentas que integra el patrimonio, es muy positivo resaltar que las utilidades acumuladas representan el 40.16% del patrimonio y el 18.55% de las sumatoria de pasivos y patrimonio reflejando la solidez alcanzada por la institución en su tiempo de funcionamiento.

Positivo es también el hecho de que las utilidades antes de impuestos correspondan a un 30.4% del patrimonio y a un 14.02% de la sumatoria de los pasivos y patrimonio lo que garantiza el funcionamiento continuo de la entidad a través de procesos de recapitalización de la misma de acuerdo con los requerimientos tecnológicos y de infraestructura que muestran al Instituto de Neurociencias Clínica del Sol Ltda. como una empresa atractiva para la inversión de capital.

Una vez analizado el balance general continuamos nuestro estudio de análisis vertical aplicado al Estado de Resultados.
Para comenzar nuestro estudio comparativo, tomamos como cifra base el total de ingresos operacionales, calculando la incidencia de los gastos operacionales y no operacionales al igual que de los ingresos no operacionales que presenta el informe.

De igual manera, agrupando las cuentas que integran los gastos operacionales calculamos su importancia relativa dentro del grupo. El mismo procedimiento utilizamos para los gastos no operacionales.

Podemos iniciar diciendo que el costo de venta es el 40.23% de nuestros ingresos operacionales pero por no existir un programa que establezca los costos de prestación de servicios, es muy dificil poder establecer que aspectos del costo de venta son los que mayor incidencia relativa tienen y por consiguiente hacer algún tipo de sugerencia para disminuirlos y poder generar un mayor volumen de ingresos. Sin embargo, podemos decir que si bien el costo de venta, es menor que nuestros ingresos netos, una participación relativa del 40% es elevada y lo más importante, no sabemos si se ajusta a la realidad de la Institución.

Unos ingresos netos que representan el 59.7% de nuestros ingresos operacionales, reflejan un volumen de operación aceptable para un periodo de seis meses, sin embargo, podría optimizarse en la medida en que fuera posible determinar los costos por cada área con el fin de maximizar los beneficios.

Analizando nuestros gastos operacionales de administración, observamos que estos corresponden al 37.89% de nuestros ingresos operacionales en donde hay varios aspectos a tener en cuenta dentro de los cuales están los siguientes:

- Los gastos de mantenimiento y reparaciones representan el 33.31% del total del gasto de operación y el 12.62% del ingreso operacional, lo cual es un monto elevado teniendo en cuenta el estado actual de los equipos con los que cuenta la institución, los cuales se encuentran en perfectas condiciones. Ahora que si las reparaciones son de tipo locativo, es entendible por las reformas que se adelantan para la adecuación de las instalaciones en donde funciona el Instituto de Neurociencias Clínica del Sol Ltda., la cual va a repercutir directamente en el mejoramiento del servicio que hasta la fecha vinimos ofreciendo.

- Los gastos diversos representan el 11.34% de los gastos operacionales y el 4.3% del ingreso operacional y aunque si bien es cierto que toda entidad genera gastos diversos por diferentes conceptos, una incidencia relativa del 11% del gasto operacional es elevado por este concepto, pues son gastos que no están enteramente involucrados con el objeto social del Instituto de Neurociencias Clínica del Sol Ltda..

Los gastos de personal corresponden a un 22.8% del total de gastos operacionales, lo cual el valor es relativamente alto, pero representa tan solo un 8.6% del ingreso operacional, cifra favorable teniendo en cuenta que debemos contar con personal especializado para la atención de nuestros pacientes y desde este punto de vista, una incidencia relativa del 22.85% pasa a convertirse en un punto a favor para la institución, ya que cuenta con personal especializado a un precio razonable.

Los gastos por servicios representan el 13.5% del total del gasto operacional y el 5.1% del total del ingreso operacional. Teniendo en cuenta que se trata de una Institución prestadora de servicios de salud, en donde se requiere permanente disponibilidad de todos los servicios públicos consideramos que la incidencia relativa por este gasto están elevada como en otras instituciones del sector salud, que en algunos casos superan el 30% del gasto operacional y el 20% del ingreso operacional.

El gasto de arrendamiento es de un 11% del gasto operacional y un 4.2% del total del ingreso operacional, reflejando un manejo acorde con las necesidades del instituto ya que lo aconsejable es que este concepto no supere el 10% del gasto operacional y el 5% del ingreso operacional neto.

Los ingresos no operacionales no requieren análisis particular, ya que en su conjunto no superan el 1% del ingreso operacional.

Los gastos no operacionales representan el 1.24% del ingreso operacional lo cual refleja una incidencia relativa muy baja, acorde con el buen manejo financiero que en términos generales muestran los estados financieros del Instituto de Neurociencias Clínica del Sol Ltda..

Sin embargo, dentro de esos gastos no operacionales, los gastos financieros son en un aspecto relevante dado que las obligaciones financieras pactadas a un año, podrían ser canceladas previo consentimiento de los socios, con una parte de las utilidades acumuladas, con lo cual dejaríamos de asumir costos financieros ya que estamos en la capacidad de cumplir en un 100% con el pago de nuestras obligaciones financieras sin que esto implique un sacrificio mayor de las utilidades acumuladas. Lo anterior iría a favor del incremento o mejoramiento de nuestra situación financiera actual la cual de por sí, tiene un muy buen comportamiento.

Las utilidades antes de impuestos representan el 21.2% del ingreso operacional, margen este que al descontarle la provisión para impuestos, que representa el 7.4% del mismo ingreso, arroja una utilidad después de impuestos equivalente al 13.8% del ingreso operacional, lo que significa que el Instituto de Neurociencias Clínica del Sol Ltda., como unidad económica de ingreso es rentable, pues si tenemos en cuenta las condiciones económicas del país y en especial las del sector salud, una rentabilidad del 13.8% para un semestre es un buen indicador de las buenas condiciones financieras de la Institución.

9.3.10.2 INDICADORES FINANCIEROS

Constituyen la forma más común de análisis financiero, estableciendo una relación numérica entre dos cuentas diferentes del balance general o del Estado de Resultado; señalando los puntos fuertes y débiles de un negocio contribuyendo a centrar el desarrollo del análisis sobre aspectos que requieren mayor profundización.

Para efectos de establecer una relación lógica en los aspectos a tener en cuenta dentro de un estudio financiero, los indicadores se han clasificado de la siguiente manera:

9.3.10.2.1 INDICADORES DE LIQUIDEZ:

Son aquellos que miden la capacidad que tiene una empresa para cancelar sus obligaciones a corto plazo. Miden la capacidad de la empresa para cancelar sus pasivos corrientes, convirtiendo en efectivo sus activos corrientes determinando, que pasaría si nos exigieran el pago inmediato de todas nuestras obligaciones a menos de un año.

Estos indicadores se subdividen en:

- **Razón Corriente**: Determina la disponibilidad de la empresa a corto plazo para cumplir con sus compromisos también a corto plazo. La forma de calcular la razón corriente es dividir el activo corriente entre el pasivo corriente.

$$\text{Razón Corriente} \Rightarrow \frac{\text{Activo corriente}}{\text{Pasivo corriente}} \Rightarrow 1.71$$

Su interpretación establece la cantidad de efectivo que la empresa tiene a su disposición por cada peso que adeuda.

- Parámetros de Evaluación: Se califican de 1 a 4 según sea el caso con relación a los siguientes rangos:

Menos de 1 = 1
De 1 a 1.99 = 2
De 2 a 2. 99 = 3
Mas de 3 = 4

De acuerdo con lo anterior, para nuestro caso en particular, nuestra razón corriente establece que por cada peso que debemos en el corto plazo, contamos con $1.71 para pagar la obligación con calificación de dos puntos de acuerdo con el parámetro de evaluación. Esto como indicador es un resultado bueno, pero analizando lo que corresponde a los activos corrientes, debemos decir que es un factor preocupante, ya que como lo mencionamos anteriormente en nuestro análisis vertical, el 92% de nuestros activos corrientes corresponden a deudores (clientes) y adicionalmente presentamos un sobregiro bancario, lo que nos coloca en una situación muy complicada ya que no sabemos con exactitud cuanto tiempo nos tomara convertir nuestra cartera en efectivo; con el factor adicional de no tener determinado, que parte de esa cartera corresponde a deudas de difícil cobro.

- **Capital Neto de Trabajo**: Indica el valor que le quedaría a la empresa representado en efectivo u otros activos corrientes después de haber pagado todos sus pasivos de corto plazo en el caso que tuvieran que ser cancelados de inmediato.

Formula:

Capital neto de trabajo $\Rightarrow$ Activo Corriente – Pasivo Corriente $\Rightarrow$ 264.121.84

Parámetros de Evaluación: Se califican de 1 a 4 según sea el caso, escaso, aceptable u optimo, a juicio del departamento financiero.

Después de cancelar todas las obligaciones en el corto plazo, el Instituto de Neurociencias Clínica del Sol Ltda.. Quedaría con un capital neto de trabajo de $264 millones aproximadamente cifra que seria aceptable si la mayor concentración de activos corrientes no fuera la de deudores clientes, situación que como lo dijimos anteriormente, complica enormemente la disposición de efectivo que necesita el Instituto en el corto plazo.

- **Prueba Ácida**: Al igual que la razón corriente pretende determinar la capacidad de la empresa para cancelar sus obligaciones corrientes pero sin depender de la venta de sus existencias.

Formula:

$$\text{Prueba ácida} \Rightarrow \frac{\text{Activo Corriente} - \text{Inventarios}}{\text{Pasivo Corriente}} \Rightarrow 1.55$$

Parámetros de evaluación: Se califica de 1 a 4 dentro del siguiente rango:

Menos de 1= 1
De 1 a 1.99= 2
De 2 a 2.9 = 3
Mas de 3 = 4

Para esta situación en particular, el Instituto de Neurociencias Clínica del Sol Ltda. tendría a su disposición $1.55 para pagar por cada peso que debe, pero esto solo confirma que el punto neurálgico de los estados financieros de la institución es la recuperación de cartera.

9.3.10.2.2 INDICADORES DE ENDEUDAMIENTO

Son los que miden en que forma participan los acreedores dentro del funcionamiento de la empresa, determinando el riesgo que corren tanto los acreedores como los dueños de la organización. Los indicadores de endeudamiento más utilizados son:

- **Razón de propiedad**: Determina el grado de participación de los accionistas dentro de las inversiones totales de la empresa, con una proporción establecida superior al 50%.

La formula para calcular la razón de propiedad de una empresa es la siguiente:

$$\text{Razón de Propiedad} \Rightarrow \frac{\text{Patrimonio}}{\text{Activos totales}} \Rightarrow 0.46$$

Esta razón establece que para nuestro caso particular, por cada peso de activos del Instituto, 46 centavos son de propiedad de los accionistas, es decir, los accionistas controlan tan solo el 46% de los activos del Instituto de Neurociencias Clínica del Sol Ltda., situación esta que no es conveniente pues como esta establecido deben ser los accionistas y no nuestros acreedores quienes controlen mas del 50% de nuestros activos.

Esto tiene su origen en la muy baja rotación de efectivo de la cuenta deudores clientes, lo que impide cumplir a cabalidad con nuestras obligaciones en el corto plazo como es el caso de los proveedores nacionales y de los acreedores varios que son las cuentas mas elevadas de mis pasivos corrientes y lo que es peor aun, el monto de la cuenta deudores varios, de haber sido convertido en efectivo en el mes de junio, y obtener el efectivo para cancelar el sobregiro bancario obteniendo además un excedente de efectivo de $140 millones aproximadamente, contribuyendo al mejoramiento de este indicador.

- **Nivel de Endeudamiento**: Este indicador establece el porcentaje de participación de los acreedores dentro de la empresa.

La formula para calcularlo es la siguiente:

$$\text{Nivel de Endeudamiento} \Rightarrow \frac{\text{Pasivos totales}}{\text{Activos totales}} \Rightarrow 0.54$$

Parámetros de evaluación: se califica de 1 a 4 de acuerdo con el siguiente rango.

0.50 y más = 1
de 0.40 a 0.49 = 2
de 0.30 a 0.39 = 3
menos de 0.3 = 4

De acuerdo con el análisis de nuestro estudio, las cifras reflejan un nivel de endeudamiento del 54%, lo que significa que nuestros acreedores poseen el 54% de nuestros activos.

Ahora bien, la mayor incidencia dentro del total de nuestros pasivos está representadas en las siguientes cuentas.

- **Proveedores nacionales:** Este rubro representa el 17% del total de nuestras obligaciones y como lo mencionamos anteriormente el balance y el indicador de la razón de propiedad, para cumplir con estas obligaciones, se requiere de una buena gestión de recuperación de cartera para que esta cuenta no afecte nuestros pasivos de manera tan notoria.

- **Acreedores Varios**: Como es de nuestro total conocimiento, esta cuenta corresponde a la deuda del Instituto con el Doctor Perna que aunque si bien es cierto, no hará exigible el pago de la totalidad de la obligación, es necesario evitar que la incidencia relativa por este concepto supere el 7% del total de nuestros pasivos.

- **Anticipos y Avances recibidos**: Sabemos también que este valor corresponde a las obligaciones del Instituto con sus socios, lo cual representa una obligación a largo plazo y podemos aliviar su incidencia relativa del 17.86% del total de nuestros pasivos, repartiendo las utilidades acumuladas.

En razón de lo anterior, aunque nuestro nivel de endeudamiento indique un 54% podemos decir que la cuenta de proveedores nacionales es la única realmente exigible en el corto plazo, y para poder cumplir con el pago, es necesario un buen nivel de recuperación de cartera como ya hemos comentado en repetidas ocasiones.

- **Apalancamiento Total:** Mide el grado de compromiso del patrimonio de los socios con los acreedores de la empresa, y se calcula de la siguiente manera:

$$\text{Apalancamiento Total} \Rightarrow \frac{\text{Pasivos totales}}{\text{Patrimonio}} \Rightarrow 1.16$$

Para el Instituto de Neurociencias Ltda., el apalancamiento total arrojó un resultado de 1.22% lo que significa que cada peso del patrimonio, la Institución le debe a terceros $1.22. Ahora bien, de esos terceros, los más relevantes son los proveedores nacionales y los acreedores varios (Dr. Perna), los cuales pueden ser cancelados con el efectivo generado por las gestiones de recuperación de cartera, lo cual aliviaría en gran parte compromiso de los socios en lo referente a los pasivos corrientes.

Para aliviar la incidencia de los pasivos no corrientes sobre el patrimonio es necesario establecer el porcentaje de utilidades que van a ser reinvertidos en la entidad, de tal manera que si bien es cierto que un apalancamiento total de $1.22 muestra un grado de compromiso

relativamente importante, también es cierto que esa incidencia puede aliviarse con un mejor manejo de los activos corrientes.

9.3.10.2.3. INDICADORES DE ACTIVIDAD

Estos indicadores miden la eficiencia con la cual una empresa utiliza sus activos, de acuerdo con la velocidad de recuperación de los valores en ellos.
Los indicadores de actividad más importantes son los siguientes:

- **Rotación de Cartera:** Establece el número de veces que las cuentas por cobrar se convierten en efectivo, en promedio durante un periodo determinado (1 año).

Formula de calculo:

Rotación de cartera $\Rightarrow$ $\frac{\text{Ventas a crédito}}{\text{Cuentas por cobrar}}$ $\Rightarrow$ 0.7 veces

Parámetros de Evaluación:

Menos de 4 =1
De 4 a 4.99 =2
De 5 a 5.99 =3
De 6 en adelante =4

Este indicador solo confirma una situación que se ha venido tratando a lo largo de esta presentación de diferentes maneras en forma negativa sobre nuestros estados financieros. Ya que un resultado final de 0.7 para este indicador, señala que los 58 millones de cartera no se han convertido en efectivo ni siquiera una vez, lo cual es preocupante teniendo en cuenta su incidencia en los pasivos tanto de corto como de largo plazo.
Lo ideal seria que para junio del 2001 la cartera hubiera rotado por lo menos 4 veces y otras 4 en el segundo semestre del año, garantizando un flujo efectivo continuo durante todo el año.

- **Rotación de Capital de Trabajo**: Determina las veces que convertimos en efectivo nuestro capital de trabajo.

Formula para calcularlo

Rotación de capital de trabajo $\Rightarrow$ $\frac{\text{Ventas netas}}{\text{Capital de trabajo}}$ $\Rightarrow$ 1.56 veces

Parámetros de Evaluación

Menos de 1.5 =1
De 1.5 a 1.99 =2
De 2 a 2.49 =3

El capital de trabajo del Instituto de Neurociencias Clínica del Sol Ltda. rota en promedio de 1.56 veces lo cual es un margen aceptable de rotación como indicador, pero este es susceptible de mejoramiento en la medida en que los activos generen una mayor incidencia sobre pasivos a través de una mejor rotación de nuestra cartera.

- **Rotación del Patrimonio**: Este indicador refleja las veces que el patrimonio de la empresa es convertido en efectivo mediante su volumen de operaciones.

Formula para calcularlo

Rotación del patrimonio $\Rightarrow$ $\frac{\text{Ventas netas}}{\text{Patrimonio}}$ $\Rightarrow$ 0.85 veces

Parámetros de Evaluación

Menos de 0.5 =1
De 0.5 a 0.99 =2
De 1 a 1.49 =3
De 1.50 en adelante =4

El resultado de rotación de patrimonio de 0.85 veces para el Instituto es aceptable teniendo en cuenta que el capital social es tan solo el 25% del total del patrimonio y las utilidades acumuladas representan el 40% del mismo. Lo anterior indica la correcta utilización y manejo de los recursos provenientes como aportes de los socios dado el alto porcentaje generado de la utilidad por repartir al igual que la utilidad generado durante lo transcurrido del año, que equivale al 30% del patrimonio.

- **Rotación de activos fijos**: Indica cuanto se vende por cada peso de activo fijo invertido

Formula de calculo:

Rotación de activos fijos $\Rightarrow$ $\frac{\text{Ventas netas}}{\text{Activo fijo}}$ $\Rightarrow$ 1.01 veces

Parámetros de Evaluación

Menos de1 =1
De 1 a 1.99 =2
De 2 a 2.99 =3
Y más de 3 =4

Nuestro análisis indica una rotación de activo fijo de $1.0 estableciendo que cada peso invertido en activo fijo esta vendiendo $1, que financieramente representa alto grado de desaprovechamiento de la inversión en activos fijos, lo cual es susceptible de mejorar en la medida en que se desarrolle una estrategia de mercado bien implementada por la gerencia del Instituto, contribuya a un mejor posicionamiento dentro del sector y esto tenga una repercusión directa en el incremento de pacientes satisfechos con la prestación de nuestros servicios.

- **Rotación de Activos Totales**: Indica las ventas por cada peso invertido en activos totales.

Formula para calcularlo

Rotación de activos totales $\Rightarrow$ $\frac{\text{Ventas netas}}{\text{Activos totales}}$ $\Rightarrow$ 0.39 veces

Parámetros de Evaluación

Menos de 0.5 =1
De 0.5 a 0.99 = 2
De 1 a 1.49 = 3
De 1.5 y más =4

Nuestro estudio refleja que por cada peso invertido en activos totales, el Instituto esta vendiendo 39 centavos, en lo que sigue incidiendo de forma negativa la bajísima rotación de cartera, que corresponde al 56% de las actividades totales, cifra que además de elevada es peligrosa teniendo en cuenta el costo de la inversión en adecuación de las instalaciones para acreditar como institución de tercer nivel, pues vamos a requerir de un flujo de efectivo mucho mas alto.

9.3.10.2.4 INDICADORES DE RENTABILIDAD

Miden la efectividad de la administración para controlar los costos y gastos para convertir las ventas en utilidades.

Los más importantes son:

- **Rentabilidad de la Inversión:** Mide la utilidad generada por cada peso invertido en activos totales.

Formula de Calculo

Rentabilidad de la inversión $\Rightarrow$ $\frac{\text{Utilidad neta}}{\text{Activos totales}}$ $\Rightarrow$ 0.09

Parámetros de Evaluación

- Si la rentabilidad esta por debajo de la tasa de rentabilidad del mercado un mas de 5 puntos.
- Si la rentabilidad esta por debajo de la tasa de rentabilidad hasta en 5 puntos.
- Si esta por encima hasta en 5 puntos.
- Si es mayor de 5 puntos.

En nuestro caso particular la rentabilidad del patrimonio es del 9% lo cual nos coloca 2 puntos por debajo de la tasa de oportunidad del mercado, lo cual es aceptable y en especial la del sector salud, cuyos resultados a nivel general son desfavorables.

- **Rendimiento del Patrimonio**: Refleja el rendimiento obtenido por los socios de acuerdo con el monto de su inversión.

Formula de calculo

Rendimiento del patrimonio $\Rightarrow$ $\frac{\text{Utilidad neta}}{\text{Patrimonio}}$ $\Rightarrow$ 0.19

Parámetros de Evaluación

Iguales al indicador anterior.

En nuestro caso, la rentabilidad de la inversión para los accionistas es del 19% ubicándose muy por encima de la tasa representativa del mercado, mostrando al Instituto de Neurociencias Clínica del Sol Ltda. como un negocio atractivo por su alto margen de rentabilidad.

9.3.10.2.5 INDICADOR DE SOLVENCIA

Mide la disponibilidad de recursos con que cuenta la empresa para cumplir con sus obligaciones.

Formula de calculo

Indicador de solvencia $\Rightarrow$ $\frac{\text{Patrimonio}}{\text{Pasivo total}}$ $\Rightarrow$ 0.86

Parámetros de Evaluación

Menos de 1.5 =1
De 1.5 a 1.99 =2
De 2 a 2.49 =3
Mas de 2.5 =4

Nuestro bajo índice de solvencia obedece principalmente a la alta incidencia de los inventarios y los acreedores varios debido a la rotación de cartera, que tenemos ratificando nuevamente la incidencia tan negativa en nuestros estados financieros.

9.3.10.2.6. CONCLUSIONES DEL DIAGNOSTICO FINANCIERO

- Determinar que parte de la cartera del instituto corresponde a deudas de dificil cobro con el fin de establecer el porcentaje real de cartera recuperable en el corto plazo y reclasificar la que no lo es.
- Implementar un plan de seguimiento a las entidades o personas que mas nos deben con el fin de establecer acuerdos de pago que se puedan cumplir
- Determinar la realidad del inventario en valores monetarios realizándolo periódicamente (semestral o anual).
- Debido a que los proveedores nacionales tienen pactada con la institución las fechas de cobro de las obligaciones en un plazo no mayor a 30 días, es imperativo formular estrategias de recuperación de cartera, para no acumular compromisos en el corto plazo. Igual consideración debe tenerse con la cuenta de acreedores varios
- Fijar de común acuerdo entre los socios de la compañía el porcentaje del capital que va a constituir la reserva legal, con el fin de tener un colchón de seguridad que garantice la disposición de recursos para inversión y pago de obligaciones en momentos de crisis financiera

- Implementar un programa de costos que contribuya a determinar la situación real de la institución en esta materia

- Determinar cuales son las cuentas que integran el rubro de gastos diversos, para determinar cual o cuales de esos conceptos son susceptibles de revisión para no incrementar la cuenta general por encima de un 6%, beneficiando directamente nuestros ingresos netos

Tabla 52.

EVALUACIÓN DE LA OFERTA
RECURSOS FINANCIEROS

INDICADORES	1	2	3	4	PONDERACION	CALIFICACION PONDERADA
INDICADORES DE LIQUIDEZ						
PRUEBA ÁCIDA		X			0.07	0.14
LIQUIDEZ		X			0.07	0.14
CAPITAL DE TRABAJO		X			0.07	0.14
INDICADOR DE ENDEUDAMIENTO	X				0.10	0.10
INDICADOR DE SOLVENCIA TOTAL	X				0.20	0.20
INDICADORES DE ACTIVIDAD						
ROTACION DEL PATRIMONIO		X			0.05	0.10
ROTACION ACTIVOS FIJOS		X			0.05	0.10
ROTACION ACTIVOS TOTALES	X				0.05	0.05
ROTACION CAPITAL DE TRABAJO		X			0.05	0.10
ROTACION DE CARTERA	X				0.05	0.05
INDICADORES DE RENTABILIDAD						
RENTABILIDAD DEL PATRIMONIO				X	0.08	0.32
RENTABILIDAD DE INVERSION		X			0.08	0.16
RELACION UTILIDADES/COSTOS	X				0.08	0.08
TOTAL						1.7

1	2	3	4

INADECUADO **ADECUADO**

9.3.11. MERCADEO

En el estudio realizado encontramos que en el Instituto de Neurociencias Clínica del Sol Ltda. no existen políticas, planes y programas de mercadeo repercutiendo en forma negativa en lo relacionado con la oferta de los servicios.

Es claro que las instituciones deben tener un programa de mercadeo que incluya: Posibles clientes, tarifas, portafolio de servicios, oportunidades, responsabilidad social, segmentación del mercado, investigación del mercado, calidad de la atención al cliente, calidad de los servicios, estrategias de promoción y publicidad, servicios más rentables e imagen que tienen nuestros clientes frente a los servicios que ofrecemos.

Tabla 53.

EVALUACIÓN DE LA OFERTA
MERCADEO

	CALIFICACION					
INDICADORES	**1**	**2**	**3**	**4**	**PONDERACION**	**CALIFICACION PONDERADA**
AJUSTADA A:						
CALIDAD DE LOS SERVICIOS QUE SE PRESTAN		X			**0.20**	**0.40**
CALIDAD DE LA ATENCION AL CLIENTE		X			**0.20**	**0.40**
INVESTIGACION DE MERCADOS	X				**0.10**	**0.10**
ESTRATEGIAS DE PROMOCION Y PUBLICIDAD	X				**0.10**	**0.10**
DEFINICION DEL PORTAFOLIO DE SERVICIOS		X			**0.20**	**0.40**
PRODUCTOS Y SERVICIOS MÁS RENTABLES	X				**0.10**	**0.10**
SEGMENTACION DE MERCADOS	X				**0.10**	**0.10**
TOTAL						**1.40**

1	2	3	4
INADECUADO			**ADECUADO**

9.3.12. RECURSO HUMANO

Analizaremos en este aparte del diagnóstico, el Recurso Humano de acuerdo con la capacidad instalada frente a la demanda de servicios. En otras palabras se trata de determinar si la oferta es adecuada para la demanda de pacientes que históricamente se atienden en el Instituto de Neurociencias Clínica del Sol Ltda. en los principales servicios.

- Médicos Generales de Consulta Externa

El calculo se basa en la demanda y un promedio de tiempo por consulta de 15 minutos. Un médico de 8 horas puede realizar 32 consultas por día y 7.808 en los 244 días laborales del año. Según la información disponible, en la Clínica del Sol se atienden aproximadamente un promedio de 7.4 pacientes al día que requiere un tiempo de 1.85 horas de consulta médica.

- Médico Especialista de Consulta Externa

El calculo es similar a los médicos generales, con la diferencia del tiempo de consulta que se estima en 20 minutos. Así, la producción en 8 horas será de 24 consultas y en los 244 días laborales del año de 5.856. Para la Clínica del Sol la demanda de consulta especializada no supera las 4 diarias.

- Médicos Generales Hospitalarios

El calculo se basa en el numero de camas, el porcentaje ocupacional y el indicador de una consulta diaria de 15 minutos por paciente. El caso particular de la Clínica del Sol donde el porcentaje ocupacional es del 61.6% para un total de 12 camas, de lógica se deduce que la presencia de un médico general las 24 horas en el servicio es suficiente para las necesidades. Incluso sé subutiliza el recurso humano, médicos especializados hospitalarios. Para los especialistas hospitalarios, el calculo es similar al de los médicos generales con la diferencia del tiempo de consulta que se estima en 20 minutos. Los especialistas en la Clínica están por disponibilidad y si tienen pacientes hospitalizados en la que direccionan sus tratamientos hacen su evolución diaria sin su estadía presencial las 24 horas.

- Enfermeras Jefes

Se calculan dé acuerdo con los siguientes parámetros

SERVICIOS	No POR 24 HORAS
Clínicas médicas	1 por cada 25 camas
Clínicas quirúrgicas	1 por cada 25 camas
Ginecoobstetricia	1 por cada 25 camas
Pediatría	1 por cada 20 camas
Unidad Cuidado Intensivo	1 por cada 4 camas
Unidad Cuidado Intermedio	1 por cada 10 camas
Observación Urgencias	1 por cada 10 camas
Sala de Proced. Esp. y Consultorios	4 para 24 horas
Quirófanos	1 para cada 6 quirófano
Recuperación	4 para 24 horas
Central de material y esterilización	1 para 12 horas
La calificación es similar a la descrita Anteriormente.	

- Auxiliares de Enfermerías

Se calcula de acuerdo a los siguientes parámetros

SERVICIOS	No POR 24 HORAS
Clínicas médicas	1 por cada 10 camas
Clínicas quirúrgicas	1 por cada 10 camas
Ginecoobstetricia	1 por cada 10 camas
Pediatría	1 por cada 8 camas
Unidad Cuidado Intensivo	1 por cada 2 camas
Unidad Cuidado Intermedio	1 por cada 4 camas
Observación Urgencias	1 por cada 4 camas
Consultorios	1 por cada 2 camas
Consultorios de Urgencias	1 por cada consultorio
Sala de procedimientos y Trat. Especiales	1 por cada sala
Quirófanos, por cada hora de utilización	1.5 horas de auxiliar
Salas de parto, por cada mesa para 24 horas	4 auxiliares
Salas de trabajo de parto	1 por cada 4 camas
Recuperación	1 por cada 3 camas
Central de material y esterilización	Depende del volumen
La calificación es similar a la descrita Anteriormente	

- Bacteriólogos

Se toma como orientación que un examen de laboratorio requiere un promedio de 6 minutos y según la información suministrada por la bacterióloga de la Clínica del Sol se esta realizando un promedio de 6 a 9 estudios diarios.

- Farmacia

Se toma como referencia el numero de formulas despachadas que se correlaciona con el porcentaje ocupacional de camas para fijar como promedio 6 diarias.

- Terapia Física

Se toma como parámetro que cada sesión requiere un promedio de tiempo entre 30 y 45 minutos. En la Clínica se están realizando entre 1 y 3 diarias aproximadamente.

- Terapia Respiratoria.

Se toma como parámetro 30 minutos por sesión y la demanda en la Clínica es aproximadamente 1 semanal

- Tecnólogo en Imágenes

Se utilizó como parámetro los tiempos promediados en el desarrollo de cada servicio de imaginología en lo referente a TAC, Ecografia y Radiología.

Tabla 53.

EVALUACION DE LA OFERTA
RECURSO HUMANO

	CALIFICACION					
INDICADORES	**1**	**2**	**3**	**4**	**PONDERACION**	**CALIFICACION PONDERADA**
MÉDICOS GENERALES DE CONSULTA	X				**0.15**	**0.15**
MÉDICOS ESPECIALISTAS DE CONSULTA	X				**0.15**	**0.15**
MÉDICOS GENERALES HOSPITALARIOS	X				**0.15**	**0.15**
MÉDICOS ESPECIALISTAS HOSPITALARIOS	X				**0.15**	**0.15**
ENFERMERAS JEFES	X				**0.07**	**0.07**
AUXILIARES DE ENFERMERIAS	X				**0.06**	**0.06**
BACTERIÓLOGOS	X				**0.07**	**0.07**
TERAPISTA FÍSICA	X				**0.07**	**0.07**
TERAPIA RESPIRATORIA	X				**0.07**	**0.07**
TECNICO EN IMAGENOLOGIA			X		**0.06**	**0.18**
FARMACIA	X				**0.05**	**0.05**
TOTAL						**1.17**

1	2	3	4

INADECUADO **ADECUADO**

CRITERIOS:

Si el Recurso Humano está entre el 100% - 104% del calculado = 4
Si el Recurso Humano está entre el 95% - 99% del calculado = 3
Si el Recurso Humano está entre el 90% - 99% a 105% - 109% = 2
Si el Recurso Humano es < 90% o > 110% = 1

Tabla 54.

PLANTILLA PARA INTEGRAR LAS CALIFICACIONES DE LOS COMPONENTES DE LA OFERTA GENERAL

INDICADORES	CALIFICACION 1 - 4	PONDERACION	CALIFICACION PONDERADA
ESTRUCTURA FÍSICA / SEDE DE LA INSTITUCIÓN	2.35	0.15	0.35
ESTRUCTURA FÍSICA / DEMANDA	1.51	0.08	0.09
AMBIENTE INTERNO INSTITUCIONAL	2.18	0.07	0.15
PROCESO GERENCIAL	1.14	0.15	0.17
CLIMA Y CULTURA CORPORATIVA	1.30	0.05	0.06
ETICA EN LA INSTITUCIÓN	2.30	0.05	0.11
SISTEMA DE INFORMACION	1.4	0.15	0.21
FINANCIERA	1.6	0.15	0.24
MERCADEO	1.40	0.07	0.09
RECURSO HUMANO	1.14	0.08	0.09
TOTAL			1.6

1	2	3	4

INADECUADO **ADECUADO**

9.3.13. ANÁLISIS DE LA OFERTA POR SERVICIOS

Para el análisis de la oferta por servicios, se utiliza como instrumento, las plantillas de evaluación contenidas en el anexo de la resolución 4252 de 1997 y 665 de 1998.

9.3.13.1 SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

9.3.13.1.1 ADMINISTRATIVO

Tabla 55.

ÁREA	**INSTITUCIONAL (ASISTENCIAL ADMINISTRATIVO)**
UNIDAD FUNCIONAL	**TODAS**
SERVICIOS	**TODOS**
COMPLEJIDAD	**BAJA (1) MEDIA (2) ALTA (3)**

INSTRUCCIÓN DE VERIFICACION	CUMPLE			OBSERVACIONES
	S	P	N	
1.INFRAESTRUCTURA FISICA				
1.1 Verifique el cumplimiento las normas relacionadas con las condiciones sanitarias de: ubicación y construcción de la edificación, diseño y construcción de las instalaciones interiores para suministro de agua y evacuación de residuos líquidos, suministros de agua potable, disposición sanitaria de residuos líquidos y sólidos control de emisiones atmosféricas, condiciones generales de pisos cielorrasos techos y paredes, accesos, áreas de circulación, salida y señalización y las medidas de prevención de accidentes.		X		No se ha tenido en cuenta la norma en el diseño de planificación de estructura física. Mejorar la disposición de residuos sólidos hospitalarios
1.2 Cuentas con una sede donde pueda ser localizado en todo momento y se le informa a los usuarios (en especial en los servicios móviles o extramurales)		X		Sección administración, sin estructura física definida en la gerencia
Si cuenta con servicios de hospitalización, tiene definida un área para atención, orientación y recepción de reclamos a los usuarios.		X		No esta bien estructurado este servicio

2. RECURSO HUMANO				
2.1 Solicite el listado del personal asistencial y verifique en todas las hojas de vida o en una muestra de cada servicio el cumplimiento de requisitos establecidos por la ley para el desarrollo de su actividad, desde su vinculación.		X		Faltan hojas de vida
2.2 Igual que el numeral anterior, verificando la certificación como profesional auxiliar o técnica.		X		Faltan hojas de vida
2.3 Igual que el numeral anterior, verificando el título de formación universitaria expedido por una universidad reconocida por el estado y el número de registro profesional en el personal profesional universitario no especializado desde su vinculación.		X		Faltan hojas de vida
2.4 El personal especializado, además del requisito anterior, debe verificarse el título de postgrado o especialista otorgado por una institución de educación superior reconocida por el estado. En el caso de estudios realizados en el exterior debe contar con la homologación del título expedido por el ICFES.		X		Faltan hojas de vida para verificar requisitos
2.5 Con el listado de personal asistencial identifique que, cuentas con las hojas de vida, identificando: Título de formación universitaria expedida por una universidad reconocida por el Estado, título de postgrado o especialista otorgado por una institución de educación superior reconocida por el Estado (en caso de estudios realizados en el exterior debe contar con la homologación del título expedida por el Ministerio de Educación), cédula de ciudadanía, cargo, número del registro profesional, tipo de vinculación y fecha de vinculación.		X		No se encuentran todas las hojas de vida del personal asistencial

2.6. Solicite el listado que relacione todo el personal que preste servicios en la entidad, independiente de la modalidad de vinculación que identifique personal asistencial y administrativo y constate que el personal que se encuentra desarrollando actividades asistenciales se encuentra en el listado.	X			Contratos laborales vigentes, relación de personal acorde a su actividad
3. DOTACION				
3.1 Especialmente en equipos de alta tecnología constate que el personal que lo utiliza, cuenta con la capacidad técnico científica para su utilización.	X			Personal adecuado
3.2 Solicite el listado de equipos y revise que cuentan con las condiciones técnicas, de calidad, respaldo técnico y soporte técnico científico que garantice las condiciones mínimas de seguridad a los usuarios.		X		No tienen registros técnicos, ni hojas de vida
3.3 Solicite y verifique la existencia del inventario actualizado de todos los elementos devolutivos existentes en la Institución.		X		No se lleva este listado
PROCEDIMIENTOS TECNICOS – ADMINISTRATIVOS				
4.1 Solicite y verifique las fechas de publicación de un documento que contenga las funciones y el organigrama de la Institución.			X	No hay manual de funciones, ni organigrama
4.2Constate los procedimientos definidos de coordinación entre los diferentes servicios, en especial en los servicios que como requisito esencial sea obligatorio contar con otro servicio diferente.			X	No se documentan
4.3 Constate el funcionamiento de los comités que estén establecidos en la Ley o los reglamentos, a través de las actas de los mismos.			X	No funcionan los comités
4.4 Verifique los mecanismos establecidos en la Institución para garantizar la disponibilidad, calidad y suficiencia de los insumos necesarios para la prestación de los servicios.			X	La disponibilidad se hace de acuerdo a la necesidad
4.5 Constate la existencia de los			X	Procedimientos no

procedimientos establecidos en la Institución para verificar la idoneidad profesional de todo el Recurso Humano, e igualmente la existencia de una persona responsable del manejo administrativo del personal.				documentados
4.6 Verifique la existencia de personal responsable de los servicios de Apoyo Hospitalario tales como Lavandería, cocina, mantenimiento de la infraestructura y aseo.	X			Hay personal asignado
4.7 Interrogue sobre los procedimientos establecidos por la Institución para la custodia y conservación de la Historia Clínica.			X	No hay procedimientos documentados, los archivos no están organizados
4.8 Interrogue a la dirección sobre los procedimientos definidos que garanticen la información a los usuarios sobre los tratamientos médicos o quirúrgicos y sus riesgos, la orientación sobre la ubicación y los servicios que preste y la recepción de los reclamos o quejas de la atención prestada.			X	No se determinan estos procedimientos, se da información pero no se documentan sistemas de información
4.9 Contacte la existencia de Registros contables y presupuéstales y que estén en concordancia con los procesos financieros de la Empresa.	X			Se documenta sistema contable
4.10 Solicite y verifique que la entidad disponga de un sistema de Facturación por paciente atendido.	X			
5. REGISTROS PARA EL SISTEMA DE INFORMACION				
5.1 Los registros de Información de los servicios Médicos – Asistenciales son veraces, confiables, oportunos, ordenados legibles y actualizados.		X		No cumple los RIPS no esta implementado el sistema
5.2 Verifique que la publicidad y los contratos no contengan servicios con los que no cuente la entidad o que no cumplan con los requisitos esenciales. Para los servicios en los que no se hayan definido requisitos esenciales específicos, se tendrán en cuenta las normas de carácter general que le sean aplicables.		X		Se ofertan servicios en los que no se definen requisitos esenciales. Terapia física

5.3 Solicite copia del último reporte de enfermedades de notificación obligatoria y verifique la fecha del mismo.			X	No se reportan el ente de control
5.4 Verifique la existencia de los registros de pacientes atendidos en cada uno de los servicios que se ofrecen.	X			Se documenta en la historia Clínica y soportes de facturación
6. **TRANSPORTE Y COMUNICACIONES**				
6.1 Verifique la existencia de medios de transporte y sistemas de comunicación que tiene establecido la entidad.	X			Comunicación externa, 1 ambulancia
7.**AUDITORIA DE SERVICIOS**				
7.1 Interrogar sobre los sistemas de Auditoria Médica y de servicios que tiene establecidos la entidad.			X	No tiene establecido un sistema de auditoria que soporte la garantía de la calidad

ANALISIS

1. El decreto 4445/96 en su Art. 30 determina que el área administrativa comprende los servicios destinados a la administración y dirección de las instituciones prestadoras de servicios de salud, se relaciona fundamentalmente con el acceso al publico. Están comprendidos en estas áreas los siguientes servicios:

- Dirección
- Administración
- Información
- Financiero
- Estadísticas
- Caja
- Archivo general

El desarrollo del área de administración deberá estar de acuerdo con la complejidad de la Clínica del Sol. Como se mencionó anteriormente, con el adecuado espacio físico.

2. Las observaciones de recurso humano, dotación, procedimientos administrativos, sistemas de información, comunicaciones y auditoria interna, ya están plenamente identificados al inicio del diagnóstico situacional.

Tabla 56.

EVALUACION DE LA OFERTA
PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

	CALIFICACION					
INDICADORES	**1**	**2**	**3**	**4**	**PONDERACION**	**CALIFICACION PONDERADA**
INFRAESTRUCTURA FÍSICA		X			**0.20**	**0.40**
RECURSO HUMANO		X			**0.20**	**0.40**
DOTACIÓN		X			**0.20**	**0.40**
PROCEDIMIENTOS TECNICO – ADMINISTRATIVOS	X				**0.10**	**0.10**
REGISTROS PARA EL SISTEMA DE INFORMACIÓN	X				**0.10**	**0.10**
TRANSPORTE Y COMUNICACIONES			X		**0.10**	**0.30**
AUDITORIA DE SERVICIOS	X				**0.10**	**0.10**
TOTAL						**1.80**

1	2	3	4

INADECUADO **ADECUADO**

9.3.13.1.2. GASES MEDICINALES

Tabla 57

ÁREA	**SERVICIOS GENERALES**
UNIDAD FUNCIONAL	**APOYO HOSPITALARIO**
SERVICIOS	**GASES MEDICINALES**
COMPLEJIDAD	**BAJA (1)-MEDIANA (2)-ALTA (3)**

INSTRUCCIÓN DE VERIFICACION	CUMPLE			OBSERVACIONES
	S	P	N	
1.INFRAESTRUCTURA FISICA				
1.1 Verifique que el servicio se encuentre ubicado en un área fisica exclusiva y delimitada		X		Área estrecha de 1 x 1, los tanques que están en uso se encuentran protegidos, los otros no tienen protección
1.2 Verifique que exista señalización de restricción para la circulación de todo aquel que no cumpla una función especifica dentro del área			X	No hay señalización de restricción para la circulación
1.3 Verifique mediante la observación que el área no es utilizada como área de tránsito entre otras áreas de la institución	X			Se observo que el área no es utilizada como sala de transito entre las otras dependencias de la institución
1.4 Verifique que el acceso de las alarmas y toma de gases está permitido únicamente para personal debidamente autorizado	X			
1.5 Verifique mediante la observación que el área es lo suficientemente amplia como para permitir la circulación del personal y, la manipulación cómoda de las válvulas y cilindros			X	El área no es suficientemente amplia escasamente permite la circulación del personal y la manipulación de válvulas y cilindros
1.6 Las instituciones de Complejidad Baja no requieren central de gases				
2. RECURSO HUMANO				
2.1 El servicio requiere de Recurso Humano no profesional, pero con estudios primarios completos. Interrogue sobre el entrenamiento y capacitación que han recibido para su correcto desempeño dentro del área.	X			Hay una persona encargada con experiencia y que ha recibido capacitación en otras instituciones de salud en la cual ha laborado
2.2 Si se trata de una institución de grado de Complejidad Baja, verifique que cuente				No aplica

como mínimo con una persona auxiliar, responsable del manejo de los gases medicinales y solicite la hoja de vida para verificar que cuenta con el nivel de estudios y capacitación requerida				
2.3 Si se trata de instituciones de grado de Complejidad Mediana y Alta, verifique que tenga como mínimo:				
2.3.1 Coordinador del servicio			X	No existe coordinador del servicio
2.3.2 Auxiliar de Calderas para cubrimientos las 24 horas			X	No hay calderas
3. DOTACION				
La específica de acuerdo a la complejidad del servicio		X		No esta completo para todos los servicios
4. PROCEDIMIENTOS TECNICOS-ADMINISTRATIVOS				
4.1 Mediante interrogatorio verifique que la institución no utilice adaptadores para válvulas.	X			De acuerdo con el tipo de cilindros específicos
4.2 Verifique mediante la observación que todos los cilindros porten la etiqueta de identificación, así como el color de identificación de convencional correspondiente a su contenido, de acuerdo con las normas internacionales	X			Se estableció que todos los cilindros portan la etiqueta correspondiente de identificación así como los colores convencionales (oxigeno blanco o verde)
4.3 Verifique mediante interrogatorio que los equipos y válvulas de uso diario, se encuentren en condiciones óptimas para el funcionamiento del servicio	X			Si se encuentran en condiciones para el funcionamiento del servicio
4.4 Verifique mediante la observación que el área tiene la señalización de identificación utilizando el sistema de señales y colores convencionales			X	Se observo que en el área no se encuentran señales de identificación ni los colores convencionales
4.5 Verifique mediante interrogatorio y observación que el área esté constituida, dispuesta, equipada, mantenida y operada para evita correr riesgos innecesarios, incluyendo el peligro de la vida de sus ocupantes, como resultado de fuego, humo o una situación de pánico.			X	Se observo que no hay equipos contra incendios. No esta dispuesta y equipada y se encuentra dentro de un callejón
4.6 Solicite y verifique que se disponga de normas sobre:				
- Funcionamiento			X	No están documentadas

- Manipulación de cilindros y válvulas			X	No están documentadas
- Circulación			X	No están documentadas
- Seguridad personal			x	No hay reglamento de seguridad social
- Alarmas	X			Si existen sistemas de alarmas
4.7 Verifique mediante la observación y el interrogatorio que todo cilindro al ingreso a la Institución debe portar el sello de seguridad	X			Los cilindros al ingreso a la institución llevan el sello de seguridad
5. REGISTROS PARA EL SISTEMA DE INFORMACION				
5.1 Solicite y verifique la existencia de los registros a la fecha de ingreso y salida de cilindros a la Institución	X			Hay un registro que se encuentra en una carpeta.
5.2 Solicite y verifique la existencia de los registros de lo observado mediante rondas frecuentes a la central de gases			X	El personal de la firma contratada para el suministro de los gases medicinales es la encargada de hacer las observaciones pertinentes
5.3 Solicite y verifique la existencia de un registro de los incidentes presentados en el área			X	No se lleva un registro, hasta el momento no se ha presentado ningún incidente
5.4 Verifique la existencia y actualización del inventario de todos los elementos del servicio	X			El inventario esta a cargo del auxiliar de administración
6. TRANSPORTE Y COMUNICACIONES				
6.1 Verifique que el servicio cuente con sistema de comunicación interna y externa y los procedimientos específicos para el transporte de los gases medicinales.	X			El transporte de los cilindros se lleva acabo mediante un carrito de tres ruedas. Y el transporte se hace a través del callejón
7. AUDITORIA DE SERVICIOS				
7.1 Interrogue al personal del servicio sobre el cumplimiento de las normas contenidas en los manuales respectivos			X	No hay auditoria de servicios
7.2 Solicite informes de los controles y registros de obligatorio cumplimiento en el servicio			X	No hay auditoria de servicios
7.3 Verifique que se lleve a cabo revisión periódica de los términos del contrato, si el servicio ha sido contratado			X	No hay auditoria de servicios

ANALISIS

1. El espacio físico destinado a este servicio de apoyo hospitalario, no es el adecuado, puesto que es muy estrecho y utilizado exclusivamente por los tanques de almacenamiento que se encuentran en el servicio, no encontrándose espacios para los que ya han sido utilizados y los que todavía están sin uso. Esto conlleva a que las balas de gases medicinales que se encuentran ubicadas en el callejón obstaculizando el transito o circulación para personal de otros servicios como mantenimiento, aseo y evacuación de residuos hospitalarios. Esta vía de acceso de la institución puede ser utilizada, como ruta de evacuación rápida en caso de emergencia.

   La instalación física igualmente debe cumplir con lo establecido en la Resolución 04445/96 articulo 24 sobre prevención y control de la contaminación atmosférica en casos de emergencias.

2. El recurso humano utilizado cuenta con formación básica secundaria con experiencia adquirida en el manejo de estos equipos. No ha recibido capacitación por parte de esta institución.

3. Se debe dotar al personal de los equipos necesarios para la prevención de accidentes de trabajo y minimizar los riesgos.

4. Según la Resolución 04445/96 articulo 27 se debe tener la señalización pertinente para el servicio.

   No se documentan las correspondientes normas y procedimientos, pero al interrogar al recurso humano se constató que tienen el conocimiento necesario para el cumplimiento de sus funciones y obligaciones.

5. No se llevan registros ni inventarios actualizados del servicio, se constató con el interrogatorio que hasta el presente no se ha presentado ningún tipo de accidente.

6. El transporte que contienen los gases medicinales se llevan a través del callejón el cual tiene un acceso diferente al de la entrada principal de la institución. Se lleva a cabo a través del personal que labora en la empresa con la cual la institución tiene contratado el suministro de los gases medicinales.

7. No hay auditoria de servicios para evaluar el cumplimiento de las funciones y analizar la calidad del servicio prestado

Tabla 58.

EVALUACION DE LA OFERTA
GASES MEDICINALES

	CALIFICACIÓN					
INDICADORES	**1**	**2**	**3**	**4**	**PONDERACION**	**CALIFICACION PONDERADA**
INFRAESTRUCTURA FISICA		X			**0.20**	**0.40**
RECURSO HUMANO			X		**0.20**	**0.60**
DOTACIÓN		X			**0.20**	**0.40**
PROCEDIMIENTOS TECNICO – ADMINISTRATIVOS	X				**0.10**	**0.10**
REGISTROS PARA EL SISTEMA DE INFORMACION		X			**0.10**	**0.20**
TRANSPORTE Y COMUNICACIONES			X		**0.10**	**0.30**
AUDITORIA DE SERVICIOS	X				**0.10**	**0.10**
TOTAL						**2.10**

1	2	3	4

INADECUADO **ADECUADO**

9.3.13.1.3 ALIMENTACIÓN

Tabla 59.

ARREA **SERVICIOS GENERALES**
UNIDAD FUNCIONAL **APOYO HOSPITALARIO**
SERVICIOS **ALIMENTACION**

INSTRUCCIÓN DE VERIFICACION	CUMPLE			OBSERVACIONES
	S	P	N	
El servicio puede ser propio o contratado				
1.INFRAESTRUCTURA FISICA				
Verifique que el área cumple con los requisitos establecidos en el Articulo 36 de la Resolución No. 04445 de Diciembre 2 de 1996.			X	No cumple con las normas establecidas en el articulo 36 de la Resolución 04445/96
2. RECURSO HUMANO				
2.1 Verifique la asignación de Nutricionista-Dietista par los servicios de Complejidad Mediana y Alta, como responsable del servicio (incluyendo el Lactario, sí existe)			X	No se ha asignado nutricionista dietista
2.2 Para los servicios de Complejidad, verifique la disponibilidad de Nutricionista – Dietista				
2.3 Compruebe mediante la revisión de las Hojas de vida si el Recurso Humano no profesional posee Certificados de estudios primarios completos, e interrogue los funcionarios si han recibido entrenamiento en el manejo de los alimentos			X	La encargada de la cocina cuenta con una educación básica primaria incompleta y no ha recibido entrenamiento en el manejo de los alimentos
3. DOTACION				
Interrogue y verifique la existencia del equipo mínimo para la Unidad, según la Resolución No.10067 del 14 de Noviembre				
3.1 **Equipo mecánico:** Ayudante de cocina, molino, licuadora institucional, cortadora, cortadora de vegetal.		X		No cuenta con una licuadora de uso industrial
3.2 **Equipo de Cocción:** Estufas con planchas, plancha, horno, freidor, marmitas.		X		Hay estufas pero domestica, no cuenta con estufa tipo industrial y con planchas
3.3 **Equipo de Conservación:** Cuartos frío o nevera, baño de María, greca.			X	No hay cuarto frío, existe una nevera tipo casero donde se almacenan drogas que

				requieren congelación.
3.4 **Equipo de Transportes:** Carro termo – bandejeros		X		No hay carros termos, el transporte de los alimentos se hace en bandejas
3.5 **Equipo Auxiliar:** Campana de extanción, anaquel para ollas, gabinetes para vajillas			X	No hay campanas de extracción de gases y vapores
3.6 Menaje: Calderas, ollas de presión, vajillas, ollas y utensilios de cocina, cubiertos.		X		No hay calderas
4. PROCEDIMIENTOS TECNICOS-ADINISTRATIVOS				
4.1 Si el servicio es contratado, solicite y el contrato y verifique que el contratista esté cumpliendo con los Requisitos Esenciales establecidos.				El servicio es brindado directamente por la institución
4.2 Solicite, revise e interrogue al personal sobre el conocimiento de las normas sobre:				
4.2.1 Funcionamiento			X	No hay normas de funcionamiento
4.2.2 Circulación			X	No hay normas sobre circulación
4.2.3 Control de insectos y roedores			X	No hay normas sobre el control de insectos y roedores
4.2.4 Desinfección y aseo del servicio		X		No hay normas establecidas sobre desinfección y aseo
4.3 Solicite y verifique la existencia de Guías sobre el almacenamiento, conservación y manejo de los alimentos			X	No hay guías sobre el almacenamiento de alimentos
4.4 Solicite información sobre los mecanismos establecidos para la programación de términos de cantidad y calidad de los artículos			X	No hay mecanismos establecidos para programar necesidades
4.5 Verifique la existencia del ciclo de Minutas con el visto del Nutricionista-Dietista			X	No se llevan minutas
4.6 Verifique la existencia del Registro de inventario de la dotación del servicio			X	No se llevan inventarios
4.7 Solicite y verifique la existencia del manual de Dietas, con las especificaciones correspondientes			X	No se llevan manuales de dietas
4.8 Verifique que exista en lugar visible la programación de las dietas a preparar			X	No realiza programación de dietas

4.9 Verifique mediante la solicitud de resultados si se realizan exámenes periódicos (cada 3 meses) de control bacteriológico al personal que labora en el servicio			X	No se realizan exámenes periódicos
4.10 Interrogue al personal del servicio sobre el conocimiento y cumplimiento de las guías de bioseguridad de limpieza y desinfección establecidas por la institución			X	El personal no conoce las normas de limpieza y bioseguridad. No están establecidas
5. REGISTROS PARA EL SISTEMA DE INFORMACION				
5.1 Gestión Administrativa				
Solicite información sobre el desarrollo de los siguientes registros				
5.1.1 "Censo Diario de Comidas Distribuidas"			X	No se realiza censo
5.1.2 " Informe Mensual de Consumos"			X	No se hacen análisis de consumo
5.1.3 "Censo Mensual de Raciones"			X	No se proyectan las raciones
5.1.4 Verificar la existencia de un documento que registre la evaluación de la satisfacción del cliente interno.			X	No se evalúa la satisfacción del usuario
5.2 Atención al usuario				
5.2.1 Solicite y verifique la existencia de encuesta individual de satisfacción			X	No se evalúa la satisfacción del usuario
6. TRANSPORTE Y COMUNICACIONES				
Verifique que el servicio con un sistema de comunicación interna y externa y los procedimientos específicos para el transporte de los alimentos.		X		No están documentados los procedimientos para el transporte.
7. AUDITORIA DE SERVICIOS				
7.1 Verifique la existencia de los informes presentados por el comité de Infecciones en cumplimiento de las guías establecidas			X	No hay comité de infecciones
7.2 Verifique la existencia, aplicación y evaluación de las encuestas de satisfacción del cliente interno y externo.			X	No se realizan estas evaluaciones
7.3 Verifique la existencia de informes del cumplimiento los manuales establecidos			X	No hay manuales establecidos
7.4 Si el servicio es contratado, solicite los informes de la revisión y evaluación del contrato.				No aplica

ANÁLISIS

1. Esta no cumple con lo establecido en él articulo 36 de la Resolución 04445/96. No existen los siguientes ambientes: Administración del servicio, almacenamiento para víveres secos y con ambientes separados para las labores de cocción, preparación, distribución, comedor y zonas de parqueo para carros termos. No hay vestier para el personal, ni duchas sanitarias por sexo en proyección de una por cada 15 personas. El ambiente de cocción de alimentos no cuenta con sistemas de extractor de humos y vapores. El ambiente de preparación de alimentos no esta divido en sectores para preparación de vegetales, tubérculos y carnes, ni tampoco existe área para preparación de jugos y postres. El área es estrecha y por consiguiente no cuenta con las respectivas divisiones. Las paredes no se encuentran enchapadas en material de cerámica y los pisos no se encuentran en condiciones aceptables de higiene.

2. No hay administrador del servicio de cocina, dietista-nutricionista, ni ecónoma. El recurso existente no posee certificación sobre estudio de educación básica primaria y tampoco ha recibido capacitación sobre sus funciones.

3. Equipos de cocción: Existe una estufa para uso doméstico y casero. No hay estufa industrial con planchas, ni tampoco existen marnitas.

   Equipos de conservación: No hay cuarto frío, existe una nevera tipo doméstico y casera y dentro de la cual se encuentran almacenado junto con los alimentos drogas que necesitan refrigeración. Existe un congelador, el cual no esta en funcionamiento y esta siendo utilizado para labores de almacenaje. El resto de la dotación se encuentra incluyendo ollas, calderos, vajillas, vasos, licuadoras domésticas, cubiertos, ayudantes de cocina, etc.

4. No existen manuales sobre funcionamiento, circulación, control de insectos y roedores, desinfección y aseo del servicio. Tampoco hay libro de minutas, ni de dietas. El personal desconoce las medidas de bioseguridad y limpieza, ya que la institución no ha establecido los manuales correspondientes. Deben realizarse los exámenes médicos de rutina que deben practicarse al personal del servicio.

5. No se llevan censos diarios de comidas y raciones, ni informe mensual de suministros de alimentos. Tampoco existen documentos que registren la evaluación y la satisfacción del cliente por el servicio recibido.

6. Se deben realizar e implementar procedimientos específicos para el transporte de alimentos. El servicio debe contar con una línea telefónica interna que lo comunique con otras áreas de la institución especialmente con el servicio de hospitalización.

7. No existen procesos para la evaluación del servicio y la satisfacción del usuario

Tabla 60.

EVALUACIÓN DE LA OFERTA
ALIMENTACION

INDICADORES	CALIFICACION 1	2	3	4	PONDERACION	CALIFICACION PONDERADA
INFRAESTRUCTURA FISICA	X				0.20	0.20
RECURSO HUMANO		X			0.20	0.40
DOTACIÓN		X			0.20	0.40
PROCEDIMIENTOS TECNICO – ADMINISTRATIVOS	X				0.10	0.10
REGISTROS PARA EL SISTEMA DE INFORMACION	X				0.10	0.10
TRANSPORTE Y COMUNICACIONES	X				0.10	0.10
AUDITORIA DE SERVICIOS	X				0.10	0.10
TOTAL						1.40

1	2	3	4

INADECUADO **ADECUADO**

9.3.13.1. 4 LAVANDERÍA

Tabla 61

ÁREA **SERVICIOS GENERALES**
UNIDAD FUNCIONAL **APOYO HOSPITALARIO**
SERVICIOS **LAVANDERIA**

INSTRUCCIÓN DE VERIFICACION	CUMPLE			OBSERVACIONES
	S	P	N	
El servicio puede ser propio o contratado				Propio
1.INFRAESTRUCTURA FISICA				
Verifique que el área cumple con los requisitos establecidos en el Articulo 36 de la Resolución No. 04445 de Diciembre 2 de 1996.			X	Limitación del espacio fisico no cumple con los ambientes exigidos por la norma
2. RECURSO HUMANO				
2.1 Verifique que el servicio cuente con una persona responsable de las funciones administrativas			X	No se llevan funciones administrativas
2.2 Compruebe mediante la revisión de las Hojas de vida si el Recurso Humano no profesional posee Certificados de estudios primarios completos, e interrogue a los funcionarios si han recibido entrenamiento en el área		X		Tiene educación básica primaria, no ha recibido capacitación
3. DOTACION				
Verifique que el área disponga de la siguiente dotación:				
3.1 Pesas (mediana y alta complejidad)			X	
3.2 Lavadoras	X			Una lavadora domestica con capacidad de 12 lb
3.3 Secadoras	X			Una secadora domestica con capacidad de 12 lb
3.4 Rodillos			X	No hay y no existe el ambiente para recuperar ropa
3.5 Maquina de coser			X	No hay
3.6 Carros recogedores y repartidores de ropa para (mediana y alta complejidad)	X			
3.7 Planchas			X	En la institución no planchan la ropa
3.8 Estantería para el almacenamiento de ropa limpia			X	No hay ambiente
4. PROCEDIMIENTOS TECNICOS-ADMINISTRATIVOS				

4.1 Si el servicio es contratado, solicite el contrato y verifique que el contratista este cumpliendo con los Requisitos Esenciales establecidos			X	No hay contratación con ninguna empresa para el servicio de la lavandería
4.2 Solicite, verifique e interrogue al personal sobre el conocimiento de las normas sobre:				
4.2.1 Funcionamiento			X	Ninguna de las personas han recibido instrucción sobre el conocimiento de las normas de funcionamiento en el servicio de lavandería
4.2.2 Circulación			X	Ninguna de las personas han recibido instrucción sobre el conocimiento de las normas de circulación en el servicio de lavandería
4.2.3 Control de insectos y roedores			X	Ninguna de las personas han recibido instrucción sobre el conocimiento de las normas de control de insectos y roedores en el servicio de lavandería
4.2.4Desinfeccion y aseo del servicio			X	
4.3 Solicite y verifique la existencia de guías sobre el manejo y clasificación de la ropa sucia (sucia y contaminada) desde el sitio de origen			X	No existen guías y manuales sobre el manejo y clasificación de la ropa sucia y contaminada
4.4 Solicite información sobre los mecanismos establecidos para la programación de necesidades de elementos de consumo y mantenimiento de maquinas			X	No hay programación de consumo ni se ha hecho mantenimiento a las maquinas, la secadora es nueva
4.5 Verifique que exista en lugar visible la programación diaria de las actividades del servicio			X	No se programan actividades
4.6 Interrogue a la persona responsable del servicio sobre la coordinación en el Comité de Infecciones			X	No funciona el comité de infecciones
4.7 Interrogue al personal del servicio sobre el conocimiento y cumplimiento de las medidas de bioseguridad y limpieza y desinfección establecidas por la Institución		X		Se conocen algunas normas, pero no están documentadas
5. REGISTROS PARA EL SISTEMA				

DE INFORMACION				
5.1 **Gestión administrativa**				
Solicite información sobre el desarrollo de los siguientes registros:				
5.1.1 Registro diario de la ropa lavada y entregada a los servicios			X	No se llevan registros
5.1.2 "Informe mensual de consumos"			X	No se elaboran informes
5.1.3 Inventario de toda la ropa existente en la institución			X	No se hacen inventarios actualizados
5.1.4 Solicite y verifique la existencia de encuesta individual de satisfacción del servicio recibido			X	No se hacen encuestas de satisfacción del servicio
6. TRANSPORTE Y COMUNICACIONES				
Verifique que el servicio cuente con un sistema de comunicación interna y externa y los procedimientos específicos para el transporte de la ropa contaminada			X	No hay procedimientos específicos para el transporte de ropa contaminada
7. AUDITORIA DE SERVICIOS				
7.1 Verifique la existencia de los informes presentados por el Comité de Infecciones en cumplimiento de las guías establecidas			X	No hay comité de infecciones
7.2 Verifique la existencia, aplicación y evaluación de las encuestas de satisfacción del cliente interno y externo			X	No se evalúa la satisfacción del usuario
7.3 Verifique la existencia de informes de cumplimiento de las manuales establecidos			X	No hay manuales de procesos y procedimientos
7.4 Si el servicio es contratado, solicite los informes de la revisión y evaluación del contrato				No aplica

ANALISIS

1. La infraestructura fisica no cumple con lo establecido en el articulo 36 de la Resolución 4445/96 el cual estipula los siguientes requerimientos en ambientes para el desarrollo de sus actividades: Ambiente de recepción, pesaje y clasificación, ambiente de almacenamiento y distribución, ambiente de lavado y ambiente de secado y planchado.

   El área mínima por cama para el servicio de lavandería y según capacidad de la institución debe ser de 1mt cuadrado hasta 51 camas. La proporción de los diferentes ambientes es: 25% para zonas de recepción, pesaje y clasificación; 45% para zonas de lavado y planchado; 30% para zonas de almacenamiento, costura y distribución. Se requiere aislamiento entre el ambiente de recepción, pesaje y clasificación y el ambiente de almacenamiento, costura y distribución; entre el ambiente de lavado, secado y planchado. Se deberá proveer espacio para detergentes y otros elementos de lavado, limpieza y desinfección. Se debe cumplir en cuanto a techos paredes y pisos con los requisitos exigidos para estas áreas de apoyo logístico.

2. El personal operativo encargado del servicio debe ser convenientemente capacitado en el área con respecto a procedimientos técnicos - administrativos y funciones.

3. No se cuenta con la dotación mínima requerida para el funcionamiento del servicio.

4. No existen documentados procedimientos técnicos – administrativos y al interrogar al personal tampoco conocen las normas de funcionamiento, circulación, control de insectos y roedores, etc.

5. No se están diligenciando ningún soporte de información.

6. No se ha implementado ningún procedimiento especifico para el transporte de ropa contaminada y para la evaluación de la eficiencia del servicio

Tabla 62

EVALUACION DE LA OFERTA
LAVANDERIA

	CALIFICACION					
INDICADORES	**1**	**2**	**3**	**4**	**PONDERACION**	**CALIFICACION PONDERADA**
INFRAESTRUCTURA FÍSICA	X				**0.20**	**0.20**
RECURSO HUMANO		X			**0.20**	**0.40**
DOTACIÓN		X			**0.20**	**0.40**
PROCEDIMIENTOS TECNICO – ADMINISTRATIVOS	X				**0.10**	**0.10**
REGISTROS PARA EL SISTEMA DE INFORMACIÓN	X				**0.10**	**0.10**
TRANSPORTE Y COMUNICACIONES		X			**0.10**	**0.20**
AUDITORIA DE SERVICIOS	X				**0.10**	**0.10**
TOTAL						**1.50**

1	2	3	4

INADECUADO **ADECUADO**

9.3.13.1.5. MANTENIMIENTO HOSPITALARIO

Tabla 63

AREA	**SERVICIOS GENERALES**
UNIDAD FUNCIONAL	**APOYO HOSPITALARIO**
SERVICIOS	**MANTENIMIENTO HOSPITALARIO**

INSTRUCCIÓN DE VERIFICACION	CUMPLE			OBSERVACIONES
	S	P	N	
El servicio puede ser propio o contratado				
1.INFRAESTRUCTURA FISICA				
Verifique que el área cumple con los requisitos establecidos en el Articulo 36 de la Resolución No. 04445 de Diciembre 2 de 1996.			X	No se sujeta a la norma, no hay un área especifica para este servicio.
2. RECURSO HUMANO				
2.1 Compruebe mediante la revisión de las Hojas de vida si el Recurso Humano no profesional posee Certificado de estudios Primarios completos e interrogue a los funcionarios si han recibido entrenamiento en el área.	X			Personal calificado, algunos servicios subcontratados según necesidades
En la programación del Recurso Humano, interrogue y verifique la disponibilidad de:				
2.2 Ingeniero mecánico y Electricista	X			Subcontratado
2.3 En Instituciones de Complejidad Alta, Ingeniero Electrónico	X			Subcontratado
2.4 En Instituciones de Complejidad Baja:				
2.4.1 Plomero				No aplica
2.4.2 Albañil				No aplica
2.5 En Instituciones de Complejidad Media y Alta:				
2.5.1 Plomero	X			Subcontratado
2.5.2 Albañil	X			Subcontratado
2.5.3 Carpintero	X			Subcontratado
3. DOTACION				
Disponer del equipo necesario de acuerdo a al Complejidad y a los servicios que presta		X		Subcontratado
4. PROCEDIMIENTOS TECNICOS-ADMINISTRATIVOS				
4.1 Si el servicio es contratado, solicite el contrato y verifique que el contratista esté	X			Se verificaron los contratos

cumpliendo con los Requisitos Esenciales establecidos.				
4.2 Solicite, revise e interrogue al personal sobre el conocimiento de las normas sobre el funcionamiento del servicio			X	Aunque hay servicios subcontratados se deben cumplir algunas normas en el funcionamiento de servicios especiales
4.3 Solicite información sobre los mecanismos establecidos para la programación de necesidades de elementos de consumo y mantenimiento de equipo			X	No se programan necesidades
4.4 Solicite y verifique la existencia de un formato interno para la solicitud de trabajos correctivos en los siguientes servicios			X	No hay formatos especiales para solicitar servicios
4.5 Solicite y verifique la existencia del plan anual de mantenimiento preventivo Institucional			X	No hay un plan anual de mantenimiento preventivo
4.6 Solicite información y observe la reserva de materiales para mantenimiento urgente			X	No se llevan reservas de materiales
4.7 Verifique que exista en lugar visible la programación diaria de las actividades del servicio			X	No se programan actividades
4.8 Interrogue al personal del servicio sobre el conocimiento y cumplimiento de las medidas de Bioseguridad de limpieza y desinfección establecidas en la Institución.			X	No se documentan las medidas de bioseguridad, no se aplican, no se ejecutan, el personal asume que las conoce
5. REGISTROS PARA LE SISTEMA DE INFORMACION				
5.1 **Gestión Administrativa**				
5.1.1 Inventario de todos los elementos de trabajo existentes en la Institución.			X	No hay inventarios actualizados
5.1.2 Informe diario de los trabajos realizados			X	No se realizan informes escritos, ni actas de entrega de trabajos.
5.1.3 Hoja de vida actualizada de todos los equipos existentes en la Institución			X	No se llevan hojas de vida de los equipos
5.1.4 Planos actualizados de todas las redes instaladas en la Institución		X		Planos incompletos
5.1.5 Registros de periodos de inactividad de los equipos.			X	No se llevan esos registros
6. TRANSPORTE Y COMUNICACIONES				

Verifique que el servicio cuente con un sistema de comunicación interna y externa			X	No hay un área especifica para este servicio
7. AUDITORIA DE SERVICIOS				
7.1 Verifique los procedimientos establecidos para la evaluación mensual de las tareas cumplidas en el mantenimiento correctivo y preventivo			X	No se hace evaluación de tareas cumplidas
7.2 Evaluación de los registros de los tiempos transcurridos entre la recepción de la solicitud y la respuesta			X	No se miden los tiempos de espera
7.3 Si el servicio es contratado, solicite los informes de la revisión y evaluación del contrato			X	No se hace interventoria para los contratos

ANALISIS

1. Aún cuando se subcontratan algunas actividades de mantenimiento de la infraestructura física y de equipos se debe cumplir con lo establecido en el articulo 36 del decreto 4445/96 para garantizar la operatividad de la institución, hacen parte de este servicio los siguientes ambientes: Espacio para taller, espacio para purificación de agua, espacio para planta eléctrica de emergencia, espacio para aprovisionamiento de oxigeno, espacio para desnaturalización de residuos sólidos, unidad sanitaria con ducha en proporción de una por cada 15 personas.

   Los espacios destinados para estos equipos deben cumplir como mínimo con los siguientes requisitos:

- Estar señalizados, con indicaciones claras y precisas para el manejo de los equipos, en cuanto a protección del personal y del ambiente.
- Prohibición expresa de entrada a personas no comprometidas con el manejo de los equipos.
- Tener sistemas de ventilación natural o artificial, según las características del equipo.
- Pisos de material resistente, con pendiente y sistema de drenaje que permita fácil lavado y limpieza.
- Paredes o muros impermeables, incombustibles, sólidos, de fácil limpieza y resistentes a factores ambientales como humedad y temperatura.
- Estar dotados de equipos para prevención y control de incendios y otros incidentes.
- Estar ubicados en sitios donde el ruido no obstaculice el funcionamiento de la institución y de fácil acceso para el mantenimiento de los equipos.

2. Se debe responsabilizar a un funcionario del servicio.

3. No se documentaron procesos técnicos – administrativos que contenga el plan de mantenimiento preventivo procesos y procedimientos para atender la demanda de reparación y mantenimiento de equipos y locativos.

4. Se debe implementar un sistema de información para la buena operatividad del servicio al igual que una adecuada comunicación interna.

5. Hay que implementar procesos de evaluación de los trabajos de mantenimiento

Tabla 64

EVALUACION DE LA OFERTA
MANTENIMIENTO HOSPITALARIO

	CALIFICACIÓN					
INDICADORES	**1**	**2**	**3**	**4**	**PONDERACION**	**CALIFICACION PONDERADA**
INFRAESTRUCTURA FISICA	X				**0.20**	**0.20**
RECURSO HUMANO			X		**0.20**	**0.60**
DOTACION			X		**0.20**	**0.60**
PROCEDIMIENTOS TECNICO – ADMINISTRATIVOS	X				**0.10**	**0.10**
REGISTROS PARA EL SISTEMA DE INFORMACION	X				**0.10**	**0.10**
TRANSPORTE Y COMUNICACIONES	X				**0.10**	**0.10**
AUDITORIA DE SERVICIOS	X				**0.10**	**0.10**
TOTAL						**1.80**

1	2	3	4
INADECUADO		**ADECUADO**	

9.3.13.1.6 SEGURIDAD HOSPITALARIA

Tabla 65.

AREA **SERVICIOS GENERALES**
UNIDAD FUNCIONAL **APOYO HOSPITALARIO**
SERVICIOS **SEGURIDAD HOSPITALARIA**

INSTRUCCIÓN DE VERIFICACION	CUMPLE			OBSERVACIONES
	S	P	N	
El servicio puede ser propio o contratado				
1.INFRAESTRUCTURA FISICA				
1.1Verifique que el edificio y/o estructura de la Institución, disponga de salidas apropiadas en cuanto a número, localización y capacidad de acuerdo con la altura y tipo de construcción del edificio para permitir una rápida y conveniente evacuación de los ocupantes, en caso de incendio o cualquier otra emergencia		X		Hay una sola vía de acceso constituida por una puerta amplia de vidrio y plegable y otra segunda salida que es estrecha y no apta para salida de emergencia
1.2 Verifique que la edificación haya sido construida, dispuesta, equipada, mantenida y operada para evitar correr riesgos innecesarios, incluyendo el peligro de la vida de sus ocupantes, como resultado de fuego, humo o cualquier situación de pánico			X	La edificación no fue planificada para institución prestadora de servicios de salud
1.3 Verifique que la salida este dispuesta y sea mantenida de forma tal, que proporcione una ruta sin obstrucciones y libre de bloqueos, desde todas partes del edificio y en todo momento	X			Amplia y sin obstáculos
1.4 Verifique que cada salida este claramente visible identificable y las salidas de emergencia adecuadamente demarcadas, de acuerdo con los símbolos y normas internacionales, para permitir que todas las personas fisica y mentalmente capacitadas, puedan identificar fácil y rápidamente la dirección.		X		No hay señalización
1.5 Verifique que la edificación se encuentre provista de iluminación artificial	X			

adecuada, donde y cuando sea necesario				
1.6 Verifique que todas las áreas de la Institución se encuentren señalizadas e identificadas, de acuerdo con el sistema de señales y colores convencionales.			X	No hay señalización
1.7 Verifique que la Institución cumple con los requisitos de estructura fisica establecidos en la Resolución 4445 de 1996		X		No se ajusta a la norma en todas las áreas
4. PROCEDIMIENTOS TECNICOS-ADMINISTRATIVOS				
4.1 Verifique y solicite información sobre el Desarrollo del Panorama de Factores de Riesgo			X	No se desarrollan programas
4.2 Verifique si se desarrollan sub-programas de Seguridad Industrial, Higiene Industrial y Medicina Preventiva y del Trabajo, conforme a la ley 9 de 1979, Decreto 614 de 1984, la Resolución 1016 de 1989 y, el Decreto 1295 de 1994			X	No se desarrollan programas
4.3 Verifique que se cuenta con diseño e implementación de un plan de emergencia hospitalario, acorde con la resolución 1802 de 1989 del Ministerio de Salud			X	No hay plan de emergencia
5. REGISTROS PARA LE SISTEMA DE INFORMACION				
Verifique que se de cumplimiento establecido en el Decreto 1295 de 1994 y Resolución 1016 de 1989			X	
6. TRANSPORTE Y COMUNICACIONES				
6.1 Verifique que el servicio cuente con un sistema de comunicación interna y externa		X		Hay comunicación externa, no hay comunicación interna
7. AUDITORIA DE SERVICIOS				
7.1 Verifique los mecanismos establecidos para verificar el cumplimiento de las normas administrativas establecidas por la institución			X	No hay normas establecidas para este servicio
7.2 Verifique la existencia, aplicación y evaluación de las encuestas de satisfacción del cliente interno y externo			X	No se hace evaluación del servicio
7.3 Si el servicio es contratado, solicite los informes de la revisión y evaluación del contrato.				No aplica

ANÁLISIS

1. La edificación no fue diseñada, ni planificada, ni construida para institución prestadora de servicios de salud. Fue construida para casa de familia y que con el tiempo ha sido reformada y adecuada paulatinamente para ser adaptada como institución de salud por tal motivo se observa que carece de algunas locaciones y ambientes adecuados para la función correspondiente. Entre sus debilidades observamos que faltan señales e identificaciones que no cumplen con el sistema de señales y colores convencionales dificultando la identificación fácil y rápida para todas las personas físicas y mentalmente capacitadas.

2. Observamos que no hay programas de seguridad industrial, higiene industrial y medicina preventiva y del trabajo conforme a lo establecido en la ley 9 de 1979 decreto 614 de 1884, decreto 1295 de 1994 y la resolución 1016 de 1989. Tampoco se cuenta con diseño e implementación de un plan de emergencia hospitalario de acuerdo con lo establecido en la resolución 1802 de 1989 del Ministerio de Salud.

3. No se cumple con lo establecido en el decreto 1295 de 1994 y la resolución 1016 de 1989

4. Encontramos que la institución cuenta con dos líneas telefónicas que permiten comunicación de la institución con el exterior careciendo de comunicación interna. Se sugiere que se implemente un sistema de comunicación interno que permita que todas las áreas, servicios y dependencias se encuentren debidamente intercomunicadas como lo exige la normatividad vigente.

5. No se encontraron mecanismos establecidos para verificar el cumplimiento de las normas establecidas, ni encuestas aplicables para evaluar la satisfacción del cliente tanto interno como externo.

Tabla 66

EVALUACION DE LA OFERTA
SEGURIDAD HOSPITALARIA

INDICADORES	CALIFICACIÓN 1	2	3	4	PONDERACION	CALIFICACION PONDERADA
INFRAESTRUCTURA FÍSICA		X			**0.30**	**0.60**
PROCEDIMIENTOS TECNICO – ADMINISTRATIVOS	X				**0.30**	**0.30**
REGISTROS PARA EL SISTEMA DE INFORMACIÓN	X				**0.20**	**0.20**
TRANSPORTE Y COMUNICACIONES			X		**0.10**	**0.30**
AUDITORIA DE SERVICIOS	X				**0.10**	**0.10**
TOTAL						**1.50**

1	2	3	4

INADECUADO **ADECUADO**

9.3.13.1.7 LIMPIEZA Y ASEO

Tabla 67.

AREA **SERVICIOS GENERALES**
UNIDAD FUNCIONAL **APOYO HOSPITALARIO**
SERVICIOS **LIMPIEZA Y ASEO**

INSTRUCCIÓN DE VERIFICACION	CUMPLE			OBSERVACIONES
	S	P	N	
El servicio puede ser propio o contratado				
1.INFRAESTRUCTURA FISICA				
1.1Verifique la existencia de un espacio fisico destinado para los elementos de aseo			X	Los servicios especiales no tienen área fisica
2. RECURSO HUMANO				
2.1 Verifique que el servicio cuente con una persona responsable de las funciones administrativas		X		No hay funcionario administrativo
2.2 Compruebe mediante la revisión de Hojas de vida si el Recurso Humano no profesional posee Certificado de estudios Primarios completos; e interrogue a los funcionarios si han recibido entrenamiento en el área		X		No han recibido entrenamiento. El recurso humano no cuenta con capacitación básica primaria
3. PROCEDIMIENTOS TECNICOS-ADMINISTRATIVOS				
3.1 Si el servicio es contratado, solicite el contrato y verifique que el contratista esté cumpliendo con los Requisitos Esenciales establecidos.				No aplica
3.2 Solicite, revise e interrogue al personal sobre conocimiento de las normas sobre:				
3.2.1 Funcionamiento			X	No hay normas establecidas
3.2.2 Circulación			X	No hay normas establecidas
3.2.3 Control de insectos y roedores			X	No hay normas establecidas
3.2.4 Desinfección y aseo de los servicios			X	El personal no los conoce
3.3 Solicite información sobre los mecanismos establecidos para la programación de elementos de consumo			X	No hay normas establecidas en la programación
3.4 Verifique que exista en un lugar visible la programación diaria de las actividades del servicio			X	No hay normas y el personal no las conoce
3.5 Interrogue al personal del servicio sobre el conocimiento y cumplimiento de las			X	No hay normas establecidas, el personal no las conoce

medidas de Bioseguridad de limpieza y desinfección establecidas en la institución				
4. REGISTROS PARA EL SISTEMA DE INFORMACION				
4.1 **Gestión Administrativa**				
Solicite información sobre el desarrollo de los siguientes registros:				
4.1.1 "Informe mensual de Consumos"			X	No hay informes
4.1.2 Inventario de todos los elementos de trabajo existente en la institución			X	No hay inventarios actualizados
4.1.3 Verificar la existencia de un documento que registre la evaluación de la satisfacción del cliente interno.			X	No hay evaluación para la satisfacción del cliente
4.2 Atención al usuario				
4.2.1 Solicite y verifique la existencia de encuesta individual de satisfacción del servicio recibido.			X	No evalúan la satisfacción del servicio recibido
5. AUDITORIA DE SERVICIOS				
5.1 Verifique la existencia de los informes presentados por el comité de Infecciones en cumplimiento de las guías establecidas			X	No hay comité de infecciones
5.2 Verifique la existencia, aplicación y evaluación de las encuestas de satisfacción del cliente interno y externo.			X	No se hacen encuestas
5.3 Verifique la existencia de informes del cumplimiento de los manuales establecidos			X	No hay manuales establecidos
5.4 Si el servicio es contratado solicite los informes de la revisión y evaluación del contrato.				No aplica

ANALISIS

1. Según el articulo 14 de la resolución 4445/96 todos los servicios deben disponer de cuartos independientes con pocetas o unidades para el lavado de implementos de aseo y espacio suficiente para la ubicación de escobas, traperos, jabones, detergentes y otros elementos usados con el mismo propósito. Se verifico que la institución no cumple con este requisito.

2. No cuenta con una persona responsable de funciones administrativas asignadas para el caso, y el personal existente de limpieza y aseo no ha recibido la capacitación adecuada para el cumplimiento de sus funciones. No se han implementado normas de funcionamiento circulación y control de roedores. Existen servicios especiales como

cirugía y unidad de cuidados intensivos donde se requiere normatizar la limpieza y aseo de estos servicios. Se debe implementar un plan para la programación de necesidades y actividades del servicio.

3. No cumple con el diligenciamiento de los registros mínimos que debe llevar el servicio.

4. No hay procedimientos técnicos – administrativos, ni evalúan la satisfacción del cliente interno, no hay procesos de auditoria de servicios

Tabla 68

EVALUACIÓN DE LA OFERTA
LIMPIEZA Y ASEO

	CALIFICACIÓN					
INDICADORES	**1**	**2**	**3**	**4**	**PONDERACION**	**CALIFICACION PONDERADA**
INFRAESTRUCTURA FISICA	X				**0.25**	**0.25**
RECURSO HUMANO		X			**0.25**	**0.50**
PROCEDIMIENTOS TECNICOS – ADMINISTRATIVOS	X				**0.20**	**0.20**
REGISTROS PARA EL SISTEMA DE INFORMACION	X				**0.15**	**0.15**
AUDITORIA DE SERVICIOS	X				**0.15**	**0.15**
TOTAL						**1.25**

1	2	3	4

INADECUADO **ADECUADO**

9.3.13.1.8 TRANSPORTES Y COMUNICACIONES

Tabla 69.

AREA SERVICIOS GENERALES
UNIDAD FUNCIONAL APOYO HOSPITALARIO
SERVICIOS TRANSPORTES Y COMUNICACIONES

INSTRUCCIÓN DE VERIFICACION	CUMPLE			OBSERVACIONES
	S	P	N	
El servicio puede ser propio o contratado				
1. RECURSO HUMANO				
1.1 Interrogue y verifique que independiente de la modalidad de vinculación todo el personal debe cumplir los requisitos exigidos por la ley para el desarrollo de su actividad	X			
1.2 Compruebe mediante la revisión de las Hojas de vida si el Recurso Humano no profesional posee Certificado de estudios Primarios completos, e interrogue a los fimcionarios si han recibido entrenamiento en el área	X			
1.3 Verifique que las personas a cargo de la conducción de vehículos institucionales cuentan con la autorización respectiva para conducir (licencia de conducción.	X			
2. DOTACION				
Verifique la existencia de la siguiente dotación				
2.1 Radioteléfono	X			celulares
2.2 Teléfono Directo	X			
2.3 Teléfono publico en el servicio de Urgencias y Consulta Externa			X	No hay teléfono públicos, no hay servicios de urgencias y consulta externa
2.4 Ambulancia de uso exclusivo para las actividades asistenciales, según la Resolución 9279 de 1993 del Ministerio de Salud	X			La ambulancia se utiliza exclusivamente para el transporte de pacientes
3. PROCEDIMIENTOS TECNICOS-ADMINISTRATIVOS				
3.1 Si el servicio es contratado, solicite el contrato y verifique que el contratista esté cumpliendo con los Requisitos Esenciales establecidos.				No aplica
3.2 Solicite, revise e interrogue al personal sobre el conocimiento de las normas sobre:				

3.2.1Utilización de los medios de transportes existentes en la institución			X	No se establecen normas sobre la utilización de los medios de transportes
3.2.21Utilización de los medios de comunicación existentes en la institución			X	No hay comunicación interna con los diferentes servicios
3.2.3 Mensajería interna y externa	X			Se cuenta con servicio de mensajería
3.3 Verifique que exista en lugar visible la programación diaria de las actividades del servicio			X	No hay programación de actividades
3.4 Solicite información sobre los mecanismos establecidos para la programación de necesidades de elementos de consumo y mantenimiento de los equipos de comunicación y del parque automotor.			X	No existen mecanismos establecidos
4. REGISTROS PARA EL SISTEMA DE INFORMACION				
4.1 **Gestión Administrativa**				
Solicite y verifique la existencia de los siguientes registros:				
4.1.1 Registro de inventario de elementos de dotación	X			
4.1.2 Registros de inventario diario de elementos por cada paciente trasladado	X			
4.1.3 Planilla de pacientes trasladado o record del servicio prestado, haciendo relación a:				
- Registro de cada servicio	X			
- Fecha y hora en que es solicitado el servicio	X			
- Nombre de la persona que atiende la solicitud	X			
- Indicación del tipo de servicio aceptado por los interesados	X			
- Nombre de los profesionales que a nombre de la Institución prestan el servicio	X			
- Constancia de la fecha y hora en que el paciente es entregado en la entidad médico-asistencial u otro lugar	X			
- Firma de la persona que recibe el paciente	X			
4.1.4 Solicite y verifique el registro diario del recorrido de la ambulancia			X	

4.2 Atención al usuario				
4.2.1 Verifique la existencia de algún mecanismo para informar a los usuarios sobre la disponibilidad de los servicios			X	No existe mecanismo de información
4.2.2 Verifique si el servicio aplica encuestas a sus usuarios de satisfacción del servicio recibido			X	No se realizan encuestas
5. AUDITORIA DE SERVICIOS				
5.1 Verifique las evaluaciones realizadas por la institución sobre el transporte y las comunicaciones			X	No se realizan evaluaciones
5.2 Verifique la existencia de informes y recomendaciones tomadas con relación a los tiempos utilizados por la ambulancia en el transporte de los pacientes			X	No se realizan informes, ni recomendaciones
5.3 Si el servicio es contratado, solicite los informes de la revisión y evaluación del contrato				No aplica

ANALISIS

1. Al revisar las hojas de vida del recurso destinado para la conducción de la ambulancia se encontró que tiene educación básica secundaria y cuenta con licencia de conducción. Su debilidad es que no ha recibido cursos de primeros auxilios.

2. Cuenta con una ambulancia dotada con los siguientes elementos: balas de oxigeno, mascarillas, succionador, cánulas para succión, esparadrapos, tensiometros y Fonendoscopio, atriles porta sueros, soluciones destrozadas y electrolíticas y carro de paro con su respectiva dotación. Cuenta con sistemas de luces, faros, pitos y alarmas. El interior de la ambulancia cuenta con ventiladores y aires acondicionados, camilla para el paciente y diván para los acompañantes y médicos en caso de ser necesario el transporte, con personal médico. No cuenta con radio teléfono, pero la comunicación la hace el conductor a través de celulares.

3. Interrogado el personal sobre los conocimientos de las normas sobre los medios de comunicación y transporte manifestaron no tener conocimiento de ellas. Tampoco existe en un lugar visible la programación diaria de las actividades propias y diarias del servicio.

4. Se cumple con la mayoría de requisitos exigidos, como las notas de revisión con el nombre de los profesionales que remiten y reciben a los pacientes, estados clínicos o condiciones actuales del paciente, fecha y hora en que se presenta el servicio y fecha y hora en que se recibe el paciente.

5. No cumple las evaluaciones realizadas sobre transporte y comunicación y tampoco hay recomendaciones tomadas con relación a los tiempos utilizados por la ambulancia en el transporte de los pacientes

Tabla 70

EVALUACION DE LA OFERTA
TRANSPORTES Y COMUNICACIONES

	CALIFICACION					
INDICADORES	**1**	**2**	**3**	**4**	**PONDERACION**	**CALIFICACION PONDERADA**
RECURSO HUMANO			X		**0.25**	**0.75**
DOTACION			X		**0.30**	**0.90**
PROCEDIMIENTOS TECNICO – ADMINISTRATIVOS	X				**0.25**	**0.25**
REGISTROS PARA EL SISTEMA DE INFORMACION		X			**0.10**	**0.20**
AUDITORIA DE SERVICIOS	X				**0.10**	**0.10**
TOTAL						**2.20**

1	2	3	4

INADECUADO **ADECUADO**

9.3.13.2 SERVICIOS INTERMEDIOS

9.3.13.2.1 CIRUGÍA

Tabla 71.

ARREA	**ASISTENCIAL**
UNIDAD FUNCIONAL	**HOSPITALARIA**
SERVICIOS	**CIRUGIA**
	ALTA (3)

INSTRUCCIÓN DE VERIFICACION	CUMPLE			OBSERVACIONES
	S	P	N	
1.INFRAESTRUCTURA FISICA				
1.1 Verificación de las condiciones generales:				
1.1.1 Tiene un área exclusiva y debidamente delimitada	X			
1.1.2 El acceso a esta área es exclusivo para el personal autorizado para ingresar a ella	X			El acceso es directo a la zona quirúrgica
1.1.3 Es fácil el acceso para un paciente que requiera de un procedimiento quirúrgico de urgencia	X			El acceso es directo a la zona quirúrgica
1.1.4 De ninguna manera se utiliza como área de transito entre esta y otras dependencias de la institución	X			
1.1.5 Verifique el cumplimiento de los requisitos sanitarios estipulados en el Art.34 de la Resolución 04445 de 1996 del Ministerio de Salud		X		No cumple con todos los ambientes
1.2 Verifique la existencia de la siguientes Áreas especificas de la Unidad:				
1.2.1 Área para recepción y entrega de pacientes			X	No se delimita el área prequirúrgica
1.2.2 Área de lavados		X		Falta uno
1.2.3 Sala(s) de Cirugía o quirófano: Consiste en una sala aislada con puerta de vaivén, verifique el cumplimiento de las guías de asepsia y antisepsia tanto para los elementos fisicos como en el comportamiento del personal	X			Guías no documentadas
1.2.4 Sala de recuperación: Debe estar localizada en forma contigua y comunicada con el área de recepción y entrega de			X	No hay sala de recuperación

pacientes, así mismo tendrá acceso al corredor o pasillo interno				
1.2.5 Vestier y baño exclusivo para el personal del servicio			X	No hay vestier, sino fuera del área prequirúrgica
1.2.6 Área de preparación de material y equipo		X		Área no adecuada
1.2.7 Depósito de equipos, instrumental, medicamentos y anestésicos			X	No hay este ambiente
1.2.8Cuarto de aseo			X	No hay cuarto de aseo
1.2.9 Deposito de elementos y materiales de aseo			X	No hay cuarto de aseo
1.2.10 Área de secretaria o recepción			X	
1.2.11 Área de descanso para el personal Médico y de enfermería			X	
1.2.12 Deposito para material y equipo estéril			X	
2. RECURSO HUMANO				
2.1 Se cuenta con un Médico General responsable del servicio				No aplica
2.2 Verifique que exista un Médico anestesiólogo para los procedimientos quirúrgicos que requieran anestesia general o regional quien será el responsable del acto anestésico y estará presente todo el tiempo en la sala de cirugía	X			
2.3 En el área quirúrgica verifique la asignación de Enfermera profesional con funciones Administrativas y asistenciales			X	Sin funciones de administración documentadas
2.4 Verifique la asignación de Instrumentadora cuando el procedimiento lo requiera	X			
2.5 Verifique en la programación de turnos la asignación permanente de auxiliar por enfermería o circulante			X	No hay auxiliar de enfermería
2.6 Verifique la disponibilidad de personal de servicios generales y mantenimiento	X			
2.7 Verifique la asignación de un Médico Especialista, Jefe de la Unidad Quirúrgica			X	No hay este cargo
2.8 Existen Médicos Especialista de cada uno de los de servicios que ofrece la Institución	X			
2.9 En el Área de Quirúrgica:				
- Enfermera profesional con funciones administrativas y asistenciales			X	No hay personal de enfermería, ni profesional, ni

				auxiliares
- Instrumentadora quirúrgica	X			
- Auxiliar de Enfermería			X	No hay auxiliares de enfermería
2.10 En el área de recuperación:				
- Enfermera profesional compartida con área quirúrgica			X	
- Auxiliar de enfermería por cada 5 paciente			X	
- Disponibilidad de personal de aseo las 24 horas			X	No esta las 24 horas
2.11 Verifique la asignación de un Médico Especialistas como jefe de la unidad Quirúrgica			X	No es de permanencia las 24 horas. No esta asignado el cargo
2.12 Existen Médicos Especialistas Y Subespecialistas de cada una de los servicios que ofrece la Institución	X			De disponibilidad de acuerdo a la necesidad del servicio
2.13 Verifique en la programación de cirugía la asignación de un anestesiólogo para cada procedimiento quirúrgico que requiera de anestesia general o regional, de presencia permanente en la sala como responsable del acto anestésico	X			Hay anestesiólogo presencial
2.14 En el área quirúrgica:				
- Verifique en la programación de turnos la asignación de una Enfermera profesional que cumpla funciones administrativas y asistenciales, por cada seis (6) salas de cirugía funcionando			X	No hay funciones exclusivas para el área
- Verifique en la programación de salas de cirugía la asignación de una Auxiliar de enfermería como circulante por sala de cirugía.			X	Los circulantes son instrumentadores
- Verifique en la programación de cirugía la asignación de una Circulante de puente en las salas	X			
- Verifique en la programación de salas de cirugía la asignación de Instrumentadoras por acto quirúrgico	X			
2.15 En el área de recuperación:				
- Asignación de Enfermera Profesional independiente del área quirúrgica cuando haya más de 6 salas funcionando simultáneamente			X	No se dispone de recurso humano
- Asignación de una Auxiliar de enfermería			X	No se dispone de recurso

por cada 3 pacientes				humano
2.16 Verifique la asignación de una secretaria o asistente administrativo para el área			X	No se dispone de recurso humano
2.17 Verifique la asignación de camillero permanente			X	No se dispone de recurso humano
3.DOTACION				
Verifique la existencia de la siguiente dotación por áreas:				
3.1 Sala de cirugía.	X			2
3.1.1 Mesa para cirugía	X			2
3.1.2 Maquina de anestesia	X			3
3.1.3 Lámpara cielítica y portátil	X			2 lámparas cieliticas y 2 portátiles
3.1.4 Negatoscopio	X			4
3.1.5 Mesa para le instrumental quirúrgico	X			4
3.1.6 Mesa de Mayo	X			2
3.1.7 Mesa auxiliar	X			2
3.1.8 Cilindro de oxígeno con manómetro	X			4
3.1.9 Reguladores de succión	X			1
3.1.10 Laringoscopio con hojas para adulto y pediátricas	X			4
3.1.11 Equipo de órganos de los sentidos	X			3
3.1.12 tensiómetro y Fonendoscopio	X			2
3.1.13 Atril porta suero	X			4
3.1.14 Compresero porta-talego			X	No hay
3.1.15 Vitrina para medicamentos	X			4
3.1.16 Butaco giratorio para el anestesiólogo	X			4
3.1.17 Escalerilla	X			3
3.1.18 Recipiente para desecho de elementos corto punzantes	X			4
3.1.19 Desfibrilador con monitor	X			1
3.1.20 cardiovisoscopio con una derivación stantandar	X			1
3.1.21 Cagnografo	X			
3.2.22 Lámpara de calor radiante	X			2
3.1.23 Microscopio para neurocirugía	X			1
3.1.24 Artoscopio	X			1
3.1.25 Aspirador ultrasónico para tumores cerebrales	X			1
3.1.26 Lámpara portátil con fibra óptica	X			1
3.1.27 Estante para medicamento	X			1

3.1.28 Estante para material de sutura	X			1
3.2 Sala de recuperación:				
3.2.1 Camillas rodantes con barandas	X			2 por sala
3.2.2 Atril porta - sueros	X			4
3.2.3 Escalerilla	X			1 por cama
3.2.4 tensiómetro y Fonendoscopio	X			1 por cama
3.2.5 Riñoneras	X			
3.2.6 Patos coprológicos y orinales	X			1 por cama
3.2.7 Aspirador de succión	X			1
3.2.8 Carro de paro	X			1
3.2.9 Tomas directas de oxigeno y aire	X			1 por cama
3.2.10 Por paciente dos tomas eléctricas conectadas a red emergencia	X			
3.2.11 Fuente de succión y fuente de oxigeno por dos pacientes	X			
3.3 Otros:				
3.3.1 Lavamanos y dispensador de jabón accionados con pedal, uno por cada quirófano	X			Falta uno
3.3.2 Deposito para medicamentos de control	X			
3.3.3 Mesón para la preparación de material y equipo	X			
3.3.4 Estantería para el almacenaje de equipos	X			
3.3.5 Compreseros transportadores de ropa limpia y sucia	X			
3.3.6 Recipiente para el desecho de elementos corto punzantes	X			
3.3.7 Recipiente para material de desecho.	X			

3.3.8 Desfribilador con Monitor	X			
3.3.9 Electrocardiógrafo disponible	X			
3.3.10 Equipo de paro, con igual dotación ala estipulada en el instructivo de Urgencias	X			
3.3.11 Equipo de portátil de RX	X			
3.4 Verifique la existencia y funcionamiento en sala de recuperación de 2 camillas en el caso de una sala en caso de existir varias salas	X			
4.PROCEDIMIENTOS TECNICOS - ADMINISTRATIVOS				
4.1Interrogue sobre la disponibilidad de los			X	Banco de sangre

servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico las 24 horas (Laboratorio, Imagenología, Banco de sangre, farmacia) si el servicio es contratado esta debe cumplir con los Requisitos establecidos para el servicio				subcontratado laboratorio bacteriológico de disponibilidad
4.2 Solicite y verifique la existencia de las guías de manejo de las 10 primeras causas de morbimortalidad			X	No hay guías
4.3 Solicite y verifique la existencia de las guías de los procedimientos médicos y de enfermería			X	No se documentan los procedimientos
4.4 Verifique el diligenciamiento de la historia clínica, incluyendo los registros de atención en el área quirúrgica tales como:				
4.4.1 Fecha y hora de entrada del paciente al quirófano	X			
4.4.2 Condiciones generales de ingreso	X			
4.4.3 Se elabora en su totalidad la hoja (registro) de anestesia	X			
4.4.4 Descripción quirúrgica	X			
4.4.5 Ordenes médicas	X			
4.4.6 Solicitudes de ayudas diagnósticas	X			
4.4.7 Descripciones de las condiciones de egreso del paciente	X			
4.4.8 Notas de enfermería		X		Deben corresponder a la magnitud del riesgo
4.5 Verifique la existencia de normas establecidas para el manejo de productos biológicos			X	No se documentan normas
4.6 Verifique la existencia y cumplimiento de las técnicas de esepsia y antisepsia con relación a:				
4.6.1 La planta fisica		X		No documentadas
4.6.2 Equipo de salud		X		No documentadas
4.6.3 El paciente		X		No documentadas
4.6.4 El equipo y el instrumental		X		No documentadas
4.7 Se poseen mecanismos que garanticen la difusión de las medidas de bioseguridad, limpieza y desinfección establecidos por la institución			X	No se cuenta con mecanismos
4.8 Se realiza programación de reposición de elementos de consumo y se tiene cronograma de mantenimiento preventivo			X	No se realiza

de equipos				
4.9 Se tiene actualizado el inventario de la dotación del servicio			X	No se actualizan inventarios
4.10 Verifique la existencia de cartera con la programación de turnos del personal asistencial en la fecha	X			No se llevan carteleras
4.11 Se tiene establecido y se cumple con el diligenciamiento del formato de cirugía electiva	X			
4.12 Se dispone de servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico durante las 24 horas (propios de la institución)		X		Personal de disponibilidad que es llamado en caso necesario
4.13 Se realiza evaluación pre-anestésica a todo paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente	X			
4.14 Verificar la existencia documental, disponibilidad y aplicación de normas y procedimientos administrativos y asistenciales de la Unidad Quirúrgica en los siguientes aspectos:				
4.14.1 Solicitud de sala de cirugía			X	No hay formatos de solicitud, no se documenta el procedimiento
4.14.2 Evaluación y registro pre-anestésico			X	No hay formatos de solicitud, no se documenta el procedimiento
4.13.3 Preparación del paciente para el acto quirúrgico			X	No hay formatos de solicitud, no se documenta el procedimiento
4.14.4 Traslado del paciente al quirófano			X	No hay formatos de solicitud, no se documenta el procedimiento
4.14.5 Recibido del paciente y cambio de camilla			X	No hay formatos de solicitud, no se documenta el procedimiento
4.14.6 Manejo de pertenencias de valor de los pacientes			X	No hay formatos de solicitud, no se documenta el procedimiento
4.14.7 Elaboración de los formatos específicos de la historia clínica			X	No hay formatos de solicitud, no se documenta el procedimiento
4.14.8 Transporte de pacientes complicados y remisión a otras instituciones			X	No hay formatos de solicitud, no se documenta el procedimiento

4.14.9 Entrega de turnos			X	No hay formatos de solicitud, no se documenta el procedimiento
4.14.10 Información a los familiares			X	No hay formatos de solicitud, no se documenta el procedimiento
4.14.11 Manejo en caso muerte del paciente			X	No hay formatos de solicitud, no se documenta el procedimiento
4.14.12 Declaración de muerte cerebral			X	No hay formatos de solicitud, no se documenta el procedimiento
5. REGISTROS PARA EL SISTEMA DE INFORMACION				
5.1 Gestión Administrativa				
5.1.1 Verifique la existencia de un registro que contenga los siguientes datos:				
- Número de orden de ingreso	X			
- Nombres y apellidos del paciente	X			
- Edad y sexo	X			
- Número del documento de identidad	X			
- Número de la historia clínica	X			
- Fecha y hora de ingreso	X			
- Diagnóstico de ingreso	X			
- Procedimiento realizado	X			
- Tipo de anestesia usada	X			
- Nombre del profesional que realiza el procedimiento quirúrgico	X			
- Nombre del anestesiólogo	X			
- Tiempo de duración del procedimiento	X			
- Nombre de la Instrumentadora o Enfermera	X			
- Fecha y hora de egreso del quirófano	X			
- Destino del paciente	X			
5.1.2 Verifique la existencia de los siguientes registros:				
- Cirugías programadas	X			
- Cirugías de Urgencias	X			
- Cirugías ambulatorias		X		Solo en caso de una cirugía ambulatoria
- Cirugías canceladas	X			
- Accidentes quirúrgicos y anestésicos			X	No se han registrado accidentes

- Específicos biológicos	X			Se hace el registro para patología
- Mortalidad intra-operaria			X	No se han registrado muertes en el quirófano
5.1.3 Se diligencian los registros legalmente establecidos para el procesamiento estadístico		X		No hay registro oficial estadístico, ni oficina de estadísticas
5.2 Atención al usuario:				
5.2.1 Verifique la existencia de encuestas para evaluar la satisfacción de los usuarios		X		No se evalúan encuestas
5.2.2 Verifique la existencia de algún mecanismo que proporcione información permanente de la ubicación y el estado de salud del paciente		X		No se documentan mecanismos pero se da la información
5.2.3 Verifique la existencia de algún mecanismo que proporcione información permanente de la ubicación y el estado de salud del paciente sobre el procedimiento a realizar		X		No se documentan mecanismos pero se da la información
6. COMUNICACIÓN Y TRANSPORTE				
Se cuenta con mecanismos de comunicación interna y externa y traslado de pacientes de acuerdo a su condición		X		No se cuenta con comunicación interna
7. AUDITORIA DE SERVICIOS				
7.1 Se realizan análisis periódicos de las historias clínicas			X	No hay comités de historias clínicas
7.2 Se realiza evaluación sistemática de los registros de anestesia			X	No se hace evaluación
7.3 Se realiza análisis de las causas de cancelación de cirugías			X	No se realizan análisis de cirugía cancelada
7.4 Se realiza análisis de las muertes intraoperatorias			X	No hay reportes de muertes intraoperarias
7.5 Se hacen análisis de las complicaciones intraoperatorias			X	No se hace análisis de complicaciones intraoperarias
7.6 Se hacen análisis de los accidentes anestésicos			X	No se han reportado accidentes anestésicos
7.7 Se hace evaluación de las listas de espera para la programación de cirugía			X	No se evalúa lista de programación

ANALISIS

Este servicio es el destinado a la realización de procedimientos de intervenciones quirúrgicas que requieren total asepsia, se relaciona fundamentalmente con los siguientes servicios: Esterilización, hospitalización y urgencias. En este servicio deberán funcionar de manera independiente:

a. Zona prequirúrgica o semiaseptica, donde estará el vestuario para cambio de ropa, para personal de salas, con unidad sanitaria que funciona como filtros entre la zona aséptica y la zona semiaséptica. La puerta de acceso a la zona quirúrgica deberá abrir únicamente en ese sentido y con visor a 1.40 mts de altura

b. Zona quirúrgica o corredor aséptico donde estará lavamanos quirúrgico en cantidad igual al numero de salas de cirugías mas uno.

- Salas de cirugías
- Deposito de materiales
- Deposito de medicamentos
- Deposito de anestesia
- Aseo
- Lavamanos de instrumental
- Star del personal

La puerta de salida de esta zona abrirá hacia el exterior y en ese sentido exclusivamente con un visor a 1.40 mts de altura.

c. Zona de recuperación con capacidad de 2 camas por quirófano. La zona quirúrgica, debe ser exclusiva, delimitada, señalizada y de circulación restringida.
En las salas de cirugía deben llevarse estrictamente las medidas y guías de asepsia y antisepsia, tanto para los elementos fisicos como en el comportamiento del personal. La puerta de acceso a la zona quirúrgica deberá abrir únicamente en ese sentido, y con un visor de 1.40 mts de altura.

Las puertas para los quirófanos y las salas de parto deben tener un ancho mínimo de 1.40 mts. Si se plantean ventanas de abrir en las salas de cirugías, se debe tener un control de apertura de basculantes.
Iluminación uniforme y simétrica en el campo operatorio, la temperatura será de 21g centígrado, la humedad relativa del 50%, la velocidad del viento de 60cm/sg, la renovación del aire entre 25 y 30 veces por hora.
Pisos impermeables, sólidos, resistentes y antideslizantes, de fácil limpieza y uniforme de tal manera que ofrezcan continuidad para evitar tropiezos y accidentes. Tener nivelación adecuada para facilitar drenaje de manera que no transmita ruido. Cuando existan aparatos eléctricos en las salas de cirugía expuestas a la presencia de gases inflamables deberán estar construidos de materiales conductivos a polo de tierra o de otro sistema similar. Los cielos rasos, techos y paredes deben caracterizarse por ser

impermeables, sólidos, resistentes a factores ambientales e incombustibles, de materiales que no contengan sustancias tóxicas.

Se debe contar con una luz de emergencia generada por unidad autónoma o lámpara con acumulador. La planta eléctrica autónoma debe tener capacidad suficiente para quirófanos y servicios de apoyo.
Se debe contar con un sistema mínimo para extracción de gases anestésicos residuales de la maquina, al exterior de la sala quirúrgica.

Tabla 72.

EVALUACION DE LA OFERTA
CIRUGÍA

	CALIFICACION					
INDICADORES	**1**	**2**	**3**	**4**	**PONDERACION**	**CALIFICACION PONDERADA**
INFRAESTRUCTURA FISICA		X			**0.20**	**0.40**
RECURSO HUMANO			X		**0.20**	**0.60**
DOTACIÓN			X		**0.20**	**0.60**
PROCEDIMIENTOS TECNICO – ADMINISTRATIVOS	X				**0.10**	**0.10**
REGISTROS PARA EL SISTEMA DE INFORMACION		X			**0.10**	**0.20**
TRANSPORTE Y COMUNICACIONES		X			**0.10**	**0.20**
AUDITORIA DE SERVICIOS	X				**0.10**	**0.10**
TOTAL						**2.20**

1	2	3	4

INADECUADO **ADECUADO**

9.3.13.2.2 ESTERILIZACIÓN

Tabla 73.

ARREA **ASISTENCIAL**
UNIDAD FUNCIONAL **HOSPITALARIA**
SERVICIOS **ESTRILIZACION**
COMPLEJIDAD **BAJA (1) MEDIANA (2) ALTA (3)**

INSTRUCCIÓN DE VERIFICACION	CUMPLE			OBSERVACIONES
	S	P	N	
1.INFRAESTRUCTURA FISICA				
1.1 Verifique que el área fisica sea exclusiva y de circulación restringida			X	No es exclusiva, ni adecuada
1.2 Tiene fácil acceso desde las Salas de Parto y los Quirófanos	X			
1.3 De ninguna manera se utiliza como área de transito entre otras dependencias	X			
1.4 Verifique el cumplimiento de las generalidades estipuladas en el articulo 34 de la Resolución 04445 de Diciembre de 1996			X	No se tienen todos los ambientes
1.5 Se tiene diferenciados los espacios de tal manera que no se cruce el material sucio con el limpio			X	Hay cruce de material sucio y limpio
1.6 De acuerdo con el grado de complejidad de la institución verifique las siguientes áreas:				
1.6.1 Recepción			X	No se cuenta con el ambiente
1.6.2 Lavado			X	No se cuenta con el ambiente
1.6.3 Clasificación			X	No se cuenta con el ambiente
1.6.4 Preparación de paquetes y material			X	No se cuenta con el ambiente
1.6.5 Esterilización			X	No se cuenta con el ambiente
1.6.6 Almacenamiento			X	No se cuenta con el ambiente
2. RECURSO HUMANO				
2.1 Instrumentadora con funciones administrativas	X			
2.2 Verifique la asignación de Auxiliares de Enfermería para el desarrollo de las tareas, y la disponibilidad de recurso de servicios generales con entrenamiento especifico			X	No se asignan objetivamente tareas, personal no entrenado
3. DOTACION				
Verifique la existencia de los siguientes				

elementos indispensable				
3.1 Autocable	X			
3.2 Mesón			X	No se dispone de este equipo
3.3 Estantería metálica para el deposito de material de equipo			X	No se dispone de este equipo
3.4 Carros transportadores de material y equipo		X		Falta dotación
4. PROCEDIMIENTOS TECNICOS – ADMINISTRATIVOS				
4.1 Si el servicio es contratado verificar que el contratista cumpla con los Requisitos esenciales establecidos				No aplica
4.2 Verifique la existencia y disposición de normas sobre:				
4.2.1 Funcionamiento			X	No se documentan procesos, no hay existencia de normas
4.2.2 Circulación			X	No se documentan procesos, ni la existencia de normas
4.2.3 Asepsia y antisepsia			X	No se documentan procesos, ni la existencia de normas
4.2.4 Manejo de material estéril			X	No se documentan procesos, ni la existencia de normas
4.2.5 Desinfección y aseo del servicio			X	No se documentan procesos, ni la existencia de normas
4.3 Interrogue al personal del servicio sobre le conocimiento y el cumplimiento de las medidas de Bioseguridad y normas de limpieza y desinfección establecidas en la institución			X	No se documentan procesos, ni la existencia de normas
4.4 Verifique mediante la solicitud de resultados si se realizan exámenes periódicos (cada seis (6) meses) de control Bacteriológicos al personal del servicio			X	No se documentan procesos, ni la existencia de normas
4.5 Verifique la programación de elementos de consumo y mantenimiento preventivo de equipos			X	No se documentan procesos, ni la existencia de normas
4.6 Se mantiene coordinación permanente con el comité de infecciones			X	No se documentan procesos, ni la existencia de normas
4.7 Verifique la existencia de la programación diaria de las actividades del servicio			X	No se documentan procesos, ni la existencia de normas
4.8 Solicite y verifique la existencia de las guías de mantenimiento de los equipos			X	No se documentan procesos, ni la existencia de normas

5. REGISTROS PARA EL SISTEMA DE INFORMACION				
5.1 Gestión administrativa				
5.1.1 Solicite y verifique la existencia de un registro diario de la distribución o préstamo de los elementos devolutivos			X	No se llevan registros
5.1.2Verifique la existencia y actualización del inventario de todos los elementos devolutivos del servicio		X		No esta actualizado
5.1.3 Verifique si se registran los incidentes que se registran en el área			X	No se lleva este registro
6. COMUNICACIÓN Y TRANSPORTE				
Igual que la comunicación y transporte de las generalidades institucionales				
Se dispone de mecanismos con otras de la institución y el traslado del usuario		X		Comunicación externa y ambulancia
7. AUDITORIA DE SERVICIOS				
7.1Verifique si se realiza evaluación del cumplimiento de guías			X	No se realiza esta evaluación
7.2 Verifique si se realiza evaluación del conocimiento y cumplimiento de las normas de asepsia y antisepsia			X	No se realiza esta evaluación
7.3 Se hace análisis sistemático de los incidentes presentados en el servicio			X	No se hace un análisis sistemático de incidentes
7.4 Verifique si se han desarrollado indicadores de satisfacción de necesidades de los servicios que se apoyan en esterilización.			X	No se realizan indicadores

ANALISIS

1. Según el Art. 34 de la resolución 4445/96 este servicio destinado a la limpieza, preparación, desinfección, control y distribución de ropas, instrumental y material médico- quirúrgico se requiere de asepsia y antisepsia, se relaciona fundamentalmente con los servicios de cirugía, UCI y lavandería. Hacen parte de este servicio los siguientes ambientes:

- Recepción
- Lavado
- Clasificación y preparación
- Preparación de paquetes
- Esterilización
- Almacenamiento

La recepción y la entrega de material serán totalmente independiente. El área física debe ser exclusiva y de circulación restringida, con fácil acceso a las salas de cirugía. No debe ser utilizada como área de transito entre otras dependencias, ni utilizarse para otros propósitos.

2. El recurso humano debe ser personal capacitado y acreditado como instrumentador quirúrgico.
3. Los ambientes que constituyen este servicio deben ser adecuadamente dotados según su necesidad.
4. No se documentan procedimientos técnicos – administrativos, de evaluación del servicio, ni se llenan registros para el sistema de información, ni control coordinado por el comité de infecciones.

Tabla 74.

EVALUACION DE LA OFERTA
ESTERILIZACION

	CALIFICACION					
INDICADORES	**1**	**2**	**3**	**4**	**PONDERACION**	**CALIFICACION PONDERADA**
INFRAESTRUCTURA FISICA	X				**0.20**	**0.20**
RECURSO HUMANO			X		**0.20**	**0.60**
DOTACION		X			**0.20**	**0.40**
PROCEDIMIENTOS TECNICO – ADMINISTRATIVOS	X				**0.10**	**0.10**
REGISTROS PARA EL SISTEMA DE INFORMACION	X				**0.10**	**0.10**
TRANSPORTE Y COMUNICACIONES		X			**0.10**	**0.20**
AUDITORIA DE SERVICIOS	X				**0.10**	**0.10**
TOTAL						**1.70**

1	2	3	4
INADECUADO			**ADECUADO**

9.3.13.2.3. FARMACIA

Tabla 75.

ARREA	**ASISTENCIAL**
UNIDAD FUNCIONAL	**APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO**
SERVICIOS	**SERVICIOS FARMACEUTICOS**
COMPLEJIDAD	**BAJA (1) – MEDIANA (2) – ALTA (3)**

INSTRUCCIÓN DE VERIFICACION	CUMPLE			OBSERVACIONES
	S	P	N	
1.INFRAESTRUCTURA FISICA				
1.1 Verifique mediante la observación que las áreas de almacenamiento y de productos farmacéuticos estén independientes	X			Área independiente
1.2 Interrogue si se cuenta con ventilación natural y/o natural en las instalaciones que garanticen la vida útil de los productos farmacéuticos		X		No hay adecuada ventilación
1.3 Verifique, interrogue y observe que los pisos, paredes, techos y cielos-rasos sean de material impermeable, resistente uniforme y de fácil limpieza y aseo		X		Techo combustible
1.4 Verifique que los medicamentos no permanezcan expuestos a los rayos solares y que se cuenta con luz natural o artificial que garantice una buena iluminación, y que facilite la identificación de los medicamentos durante toda la jornada de trabajo	X			
1.5 Interrogue si se garantizan las condiciones de temperatura y humedad establecidas por el fabricante, solicite y verifique los datos de control de estas variables si son medidos con un termómetro y un higrómetro			X	Sin higrómetro y termómetro
1.6 Según la complejidad de la Institución, verifique las siguientes áreas:				
1.6.1 Complejidad Baja (1) cuenta con:				
1.6.1.1 Área Administrativa			X	No se cuenta con el ambiente
1.6.1.2 Área de Atención al Usuario:				
- De información			X	No se cuenta con el ambiente
- De disposición			X	No se cuenta con el ambiente
1.6.1.3 Área de Recepción y cuarentena			X	No se cuenta con el ambiente

1.6.1.4 Área de Almacenamiento delimitada de acuerdo con el tipo de productos farmacéuticos y afines a dispensar			X	No se cuenta con el ambiente
1.6.1.5 Área de almacenamiento de medicamentos de control especial, con las debidas medidas de seguridad establecidas para el control de estos productos			X	No se cuenta con el ambiente
1.6.1.6 Área para el reenvase, reempaque y/o preparados magistrales que garantice las buenas prácticas de manufactura				No aplica
1.6.1.7 Área para manejo y disposiciones de desechos según la reglamentación vigente			X	No se dispone del área
1.6.2 Complejidad Mediana (2) cuenta con:				
Además de las áreas de Complejidad Baja debe contar con:				
1.6.2.1 En caso de que se elaboren preparaciones extemporáneas estériles, se debe contar con las áreas de que garanticen las buenas prácticas de manufacturas				No aplica
1.6.2.2 Área para Centro de Información de Medicamentos			X	
1.6.2.3 Área de preparación, reenvase y reempaque en dosis unitaria				No aplica
1.6.3 Complejidad Alta (3) cuenta con:				
Además de las áreas de Complejidad Mediana, debe contar con:				
1.6.3.1 En caso de que se dispensen citostáticos, inmunosupresores y otros medicamentos de alto riesgo, se cuenta con un área de preparación dotada equipos y elementos indispensables, de acuerdo a lo previsto en las "Buenas Prácticas de Manufacturas"			X	No se cuenta con el ambiente
1.7 Localización (en las tres complejidades) debe cumplir con:				
1.7.1 Verifique que el servicio se encuentra ubicado en un lugar que facilite el acceso de los usuarios de Consulta Externa y Hospitalario		X		No es cercana a los servicios, no se entregan medicamentos al publico
1.7.2 Verifique que exista comunicación interna con los servicios clínicos de la Institución			X	No hay comunicación
1.7.3 Verifique que todas las áreas del			X	No se cuenta con el ambiente

servicio estén integradas en una misma zona				
1.7.4 Verifique que el servicio farmacéutico se encuentre alejado de las áreas de ruido, contaminación y temperaturas extremas	X			
RECURSO HUMANO				
De acuerdo a la complejidad y tamaño de la Institución, se definirá la Dirección Técnica, y demás personal así:				
2.1 Complejidad Baja (2)				
2.1.1 Químico Farmacéutico, (Decreto 1945, Octubre 28/96) o en su defecto un Tecnológo en Regencia de Farmacia (Ley 47/67)				No aplica
2.1.2 Auxiliar de Farmacia				No aplica
2.1.3 Disponibilidad de mensajería				No aplica
2.2 Complejidad Mediana (2)				
2.2.1 Químico Farmacéutico, (Decreto 1945, Octubre 28/96)	X			
2.2.2 Tecnólogo en Regencia de Farmacia (Ley 47/679				No aplica
2.2.3 Auxiliar de Farmacia			X	Sin titulo de auxiliar de farmacia
2.2.4 Kardista o técnico en sistemas				No aplica
2.3 Complejidad Alta (3)				
Igual que la complejidad Mediana (2), más:				
2.3.1 Secretaria			X	
2.3.2 Mensajero de disponibilidad	X			
2.4 El número de camas de la Institución determinará la necesidad de personal adicional (químico farmacéutico), técnico (Tecnólogo en Regencia de Farmacia) y Auxiliar de Farmacia				No aplica
2.5 Mediante interrogatorio verifique si el personal del servicio ha recibido entrenamiento especial en el área		X		No ha recibido entrenamiento en el último año
3. DOTACION				
La necesaria para el cumplimiento de las actividades y de acuerdo con la complejidad del servicio	X			
4. PROCEDIMIENTOS TECNICOS ADMINTRATIVOS				
4.1 Verifique la existencia de mecanismos que permitan constatar que los equipos se			X	No se documentan mecanismos

encuentran en condiciones óptimas de funcionamiento				
4.2 Interrogue al personal del servicio sobre el conocimiento de la existencia y aplicación de las medidas de bioseguridad, de limpieza y desinfección establecidas en la institución			X	Se conocen, no se aplican, ni documentan
4.3 Solicite información sobre el mecanismo utilizado para la distribución de los medicamentos, que garanticen la correcta interpretación de la fórmula médica			X	No se documentan los procesos, ni se realizan
4.4 Solicite y verifique la existencia de guías de los procedimientos que se desarrollan en el servicio			X	No se documentan los procesos, ni se realizan
4.5 Interrogue sobre el control existente sobre la reserva de medicamentos y productos afines			X	No se documentan los procesos, ni se realizan
4.6 Interrogue sobre los controles establecidos para el manejo de los medicamentos de adición física y psíquica			X	No se documentan los procesos, ni se realizan
4.7 Solicite y verifique la existencia de un recetario especifico de la Institución, para la solicitud de los medicamentos, que contenga como mínimo los siguientes datos:				
4.7.1 Fecha y hora en la cual se expide la orden médica	X			
4.7.2 Nombre completo del paciente	X			
4.7.3 Número de la Historia Clínica		X		No en todas las formulas
4.7.4 Nombre genérico de los medicamentos		X		No en todas las formulas
4.7.5 Forma Farmacéutica (presentación)	X			
4.7.6 Cantidad ordenada del medicamento	X			
4.7.7 Concentración a administrar por dosis (expresada en el sistema métrico decimal.	X			

4.7.8 Vía de Administración	X			
4.7.9 Frecuencia de administración	X			
4.7.10 Firma y registro del Médico			X	Ni legible y sin código
4.8 Verifique que se cumpla con las siguientes consideraciones:				
4.8.1 Las ordenes Médicas se elaboran en original y copia	X			

4.8.2 Debe suprimirse el uso de abreviaturas y símbolos químicos	X			
4.8.3 Definir las condiciones por las cuales debe suspenderse una prescripción			X	No están definidas las condiciones
4.9 Solicite información sobre el mecanismo establecido para el plan de compras de acuerdo a las necesidades Institucionales			X	No se documenta el procedimiento, ni se realiza
4.10 Solicite información sobre las actividades desarrolladas para mantener y garantizar la estabilidad, y conservación y custodia de los insumos adquiridos			X	No se documenta el procedimiento, ni se realiza
4.11 Solicite y verifique la existencia de un listado básico de medicamentos propios de la Institución	X			
4.12 Verifique que se disponga, para ser útil al personal de salud de información referente a los medicamentos, para optimizar la prescripción y administración de los mismos, así como para la población atendida			X	No se documenta el procedimiento
4.13 Verifique que el Kardex de medicamentos se encuentre al día			X	No esta al día
4.14 Interrogue si el servicio ha desarrollado programas de promoción y prevención, relacionados con el uso de los medicamentos			X	No se desarrollan programas
4.15 Interrogue al personal del servicio sobre su participación en los programas de fármaco - vigilancia y estudio de utilización de los medicamentos			X	No se desarrollan programas
4.16 En las Instituciones de Mediana y Alta complejidad, interrogue sobre la existencia del Comité de Farmacia, revisando las actas de las últimas cinco (5) reuniones			X	No hay comité de farmacia
4.17 Solicite información sobre la adopción e implementación de un manual de suministros de medicamentos propios de la Institución			X	No hay manual
5. REGISTROS PARA EL SISTEMA DE INFORMACION				
5.1Solicite y verifique que se esté cumpliendo con los informes estadísticos correspondientes			X	No se documentan informes

6. TRANSPORTE Y COMUNICACION				
6.1 Verifique que el servicio disponga del servicio de teléfono y disponibilidad de fax			X	No hay comunicación interna y externa
6.2 Se cuenta con comunicación interna con los diferentes servicios de la Institución			X	No hay comunicación interna y externa
6.3 Solicite información sobre los procedimientos establecidos por la institución para el transporte de medicamentos especiales			X	No se documenta el proceso
7. AUDITORIA DE SERVICIOS				
7.1 Solicite y verifique la existencia de las evaluaciones realizadas al proceso de suministros de medicamentos: Selección, programación, adquisición, recepción, almacenamiento, distribución, dispensación uso y control			X	No se realiza evaluación
7.2 Verifique los informes de evaluación de los indicadores de eficiencia y efectividad del servicio			X	No se hacen indicadores
7.3 Verifique la existencia y evaluación de las encuestas de satisfacción del cliente interno y externo			X	No se realizan encuestas

ANALISIS

1. El servicio destinado al almacenamiento, conservación, distribución, dispensación y control de medicamentos e insumos para la salud debe contar como mínimo con los ambientes descritos en la resolución 4252/97 que determina los siguientes ambientes:

   - Área de almacenamiento o deposito
   - Área de distribución o recepción
   - Área de administración

2. Se debe contar para el tercer nivel de atención con químico farmacéutico como coordinador del servicio y con tecnología en regencia en farmacia o auxiliar.

3. Se debe dotar adecuadamente el servicio con iluminación y ventilación pues se carecen de varios elementos como el instrumento para medir la humedad, higometro, nevera para medicamentos que requieran refrigeración.

4. El servicio no cuenta con procedimientos técnicos – administrativos y evaluación del servicio.

Tabla 76.

EVALUACION DE LA OFERTA
FARMACIA

	CALIFICACION					
INDICADORES	**1**	**2**	**3**	**4**	**PONDERACION**	**CALIFICACION PONDERADA**
INFRAESTRUCTURA FISICA		X			**0.20**	**0.40**
RECURSO HUMANO			X		**0.20**	**0.60**
DOTACION			X		**0.20**	**0.60**
PROCEDIMIENTOS TECNICO – ADMINISTRATIVOS	X				**0.10**	**0.10**
REGISTROS PARA EL SISTEMA DE INFORMACION	X				**0.10**	**0.10**
TRANSPORTE Y COMUNICACIONES		X			**0.10**	**0.20**
AUDITORIA DE SERVICIOS	X				**0.10**	**0.10**
TOTAL						**2.10**

1	2	3	4

INADECUADO **ADECUADO**

9.3.13.2.4 REHABILITACIÓN

Tabla 77.

AREA	**ASISTENCIAL**
UNIDAD FUNCIONAL	**AMBULATORIA**
SERVICIOS	**MEDICINA FISICA Y REHABILITACION**
COMPLEJIDAD	**BAJA (1) – MEDIANA (2) – ALTA (3)**

INSTRUCCIÓN DE VERIFICACION	CUMPLE			OBSERVACIONES
	S	P	N	
1.INFRAESTRUCTURA FISICA				
1.1 Verifique que el servicio este ubicado en un área especifica y accesible al primer piso de la institución, con acceso directo al exterior para pacientes ambulatorios y fácil comunicación interna para pacientes hospitalarios			X	Área fisica no adecuada
Verifique la existencia de las siguientes áreas:				
1.2 Sala de espera			X	No se cuenta con el ambiente
1.3 Baño para el público			X	No se cuenta con el ambiente
1.4 Cuarto de aseo			X	No se cuenta con el ambiente
1.5 Mediante la observación verifique el acceso entre los servicios que componen la Unidad			X	No se cuenta con el ambiente
1.6 Observe que los pisos sean antideslizantes			X	No se cuenta con el ambiente
1.7 Si presta el servicio de Electromiografia, se ubicará contigua a los consultorios de Medicina Física y Rehabilitación			X	No se cuenta con el ambiente
1.8 Verifique la disponibilidad de lavamanos en cada área de tratamiento			X	No se cuenta con el ambiente
1.9 Si tiene área de Férulas, verifique que este aislada de la de tratamiento			X	No se cuenta con el ambiente
1.10 Si tiene área de talleres, verifique que esta aislada acústicamente			X	No se cuenta con el ambiente
1.11 Verifique que cada área disponga de baño y vestier para los usuarios			X	No se cuenta con el ambiente
2. RECURSO HUMANO				
Verifique el cumplimiento de las generalidades Institucionales.				

2.1 En Instituciones de Alta Complejidad, el servicio debe estar coordinado por Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación			X	No esta asignado el personal
2.2 Verifique la asignación de personal para las funciones administrativas de recepción, citas, mensajería.			X	No esta asignado el personal
Si presta servicio de Prótesis y Ortesis, debe contar con: - Técnico en Prótesis y Ortesis			X	No esta asignado el personal
3. DOTACION				
3.1 Podoscopio			X	
3.2 Espirómetro			X	
3.3 Goniómetro			X	
4.PROCDIMIENTOS TECNICOS – ADMINISTRATIVOS				
Igual que las generalidades de Consulta Externa				
4.1 Registro de discapacidades por tipo de discapacidad			X	No se lleva este registro
4.2 Estructura organizacional del servicio			X	No documentada
4.3 Manual de funciones			X	No documentada
4.4 Manual de procedimientos			X	No documentada
4.5 Verifique la existencia de recepción del paciente para su asignación a la cita			X	No documentada
4.6 Seleccione aleatoriamente sobre la asignación de citas si todos los pacientes cuentan con historia Clínica	X			
5.TRANSPORTE Y COMUNICACIÓNES				
Se disponen de mecanismos para la comunicación con otras áreas de la institución, el traslado del usuario cuando así lo requiera su condición.		X		Consulta externa y ambulancia
6. AUDITORIA DE SERVICIOS				
6.1 Se tiene un acta de análisis de Historia Clínica, realizada durante el año en curso			X	No hay comité de historias clínicas
6.2 Se encuentra el funcionamiento el Comité de historias clínicas (constate mediante las actas)			X	No hay comité de historias clínicas
6.3 Verifique si existe el manual de procedimientos y guías clínicas de atención			X	No se documentan
6.4 Existe una metodología aplicada para evaluar los tiempos de atención (verifique)			X	No se mide el tiempo de espera
6.5 Se cuenta con una metodología para la			X	No se analizan encuestas

evaluación de satisfacción del usuario (Constate los resultados de la misma)				
6.6 Se llevan Registros de complicaciones Pos – quirúrgicas y Pos- hospitalarias.			X	No se evalúan registros

TERAPIA FÍSICA

Tabla 78.

ARREA	**ASISTENCIAL**
UNIDAD FUNCIONAL	**AMBULATORIA**
SERVICIOS	**TERAPIA FISICA**
COMPLEJIDAD	**BAJA (1) – MEDIANA (2) – ALTA (3)**

INSTRUCCIÓN DE VERIFICACION	CUMPLE			OBSERVACIONES
	S	P	N	
1.INFRAESTRUCTURA FISICA				
Igual que las generalidades de Consulta Externa más:			X	No se cuenta con este ambiente
1.1 Baño para pacientes con adaptaciones para discapacitados			X	No se cuenta con este ambiente
1.2 Lavamanos			X	No se cuenta con este ambiente
1.3 Depósito			X	No se cuenta con este ambiente
Servicio de Complejidad Mediana y Alta requiere de:				
1.4 Espacio para tanques de remolino para **MMSSY MMIII1**			X	No se cuenta con este ambiente
1.5 Espacio para tanque de parafina			X	No se cuenta con este ambiente
1.6 Espacio para tanque de fomentos calientes			X	No se cuenta con este ambiente
1.7 Espacio para tanques de fomentos fríos			X	No se cuenta con este ambiente
1.8 Vestier para pacientes			X	No se cuenta con este ambiente
1.9 Área para gimnasio			X	No se cuenta con este ambiente
1.10 Servicios de Complejidad Alta, requieren oficina para coordinación			X	No se cuenta con este ambiente
2.RECURSO HUMANO				
Verifique el cumplimiento de las generalidades Institucionales, más:				
2.1 Terapeuta Física	X			1 Terapeuta médica

2.2 En servicio de Complejidad Alta requiere Coordinador			X	No hay coordinador
3. DOTACION				
Igual que las generalidades de Consulta Externa más:				
Para Complejidad Baja requiere de:				
- Barras paralelas			X	No se cuenta con este equipo
- Colchonetas			X	No se cuenta con este equipo
- Camillas			X	No se cuenta con este equipo
- Pesas de diferentes libras			X	No se cuenta con este equipo
- Espejos	X			
- Hidrocolector			X	No se cuenta con este equipo
- Paquetes fríos			X	No se cuenta con este equipo
- Paquetes calientes			X	No se cuenta con este equipo
- Electrostimulador			X	No se cuenta con este equipo
- Ultrasonido			X	No se cuenta con este equipo
- Rampa			X	No se cuenta con este equipo
- Tracción cervical			X	No se cuenta con este equipo
- Poleas			X	No se cuenta con este equipo
- Silla de ruedas			X	No se cuenta con este equipo
- Muletas canadienses			X	No se cuenta con este equipo
- Rodillo de espuma			X	No se cuenta con este equipo
- Balones inflables de tamaño mediano y grande			X	No se cuenta con este equipo
- Juguetes			X	No se cuenta con este equipo
- Vibrador eléctrico pequeño			X	No se cuenta con este equipo
- tabla vesticular			X	No se cuenta con este equipo
- Túnel para gateo			X	No se cuenta con este equipo
- Juego de instrumentos musicales			X	No se cuenta con este equipo
- Mesa de trabajo			X	No se cuenta con este equipo
- Caladora manual			X	No se cuenta con este equipo
- Taladro			X	No se cuenta con este equipo
- Telar			X	No se cuenta con este equipo
- Máquina de coser			X	No se cuenta con este equipo
- Caja de herramientas			X	No se cuenta con este equipo
- Yunque			X	No se cuenta con este equipo
- Prensas			X	No se cuenta con este equipo
- Material lúdico y deportivo			X	No se cuenta con este equipo
- Equipo de hogar			X	No se cuenta con este equipo
- Grabadora			X	No se cuenta con este equipo
Para complejidad Mediana requiere de:				
Igual que la complejidad Baja, mas:				
- Espejo de postura			X	No se cuenta con este equipo

- Muletas auxiliares			X	No se cuenta con este equipo
- Bicicleta ergométrica estática			X	No se cuenta con este equipo
- Mesa de Bipedestación			X	No se cuenta con este equipo
- Ultrasonido			X	No se cuenta con este equipo
- Tens			X	No se cuenta con este equipo
- Mesa para ejercicios			X	No se cuenta con este equipo
- Para Alta requiere de:			X	No se cuenta con este equipo
- Estimulador nervioso transcutaneo			X	No se cuenta con este equipo
- Microdine			X	No se cuenta con este equipo
- Electro-mio-feed-back			X	No se cuenta con este equipo
- Nebulizadores ultrasónicos			x	No se cuenta con este equipo
- Inspirómetros incentivos			X	No se cuenta con este equipo
- Medidor de sensación de tres puntas			X	No se cuenta con este equipo
- Equipo de redes digitales			X	No se cuenta con este equipo
- Mesa de escotadura			X	No se cuenta con este equipo
- Integración sensorial			X	No se cuenta con este equipo
- Lotca			X	No se cuenta con este equipo
- Minessota			X	No se cuenta con este equipo
- Pardue			X	No se cuenta con este equipo
- Dinamómetro			X	No se cuenta con este equipo
- Pinzómetro			X	No se cuenta con este equipo
- Test de Monofilamentos			X	No se cuenta con este equipo
- Miller			X	No se cuenta con este equipo
Rehabilitación cardiaca				
Este servicio es exclusivo de Instituciones de Complejidad Alta, y debe ser de fácil acceso al servicio de urgencias:				
- Bandas sin fin			X	No se cuenta con este equipo
- Bicicletas de brazo y pierna			X	No se cuenta con este equipo
- Sistema de telemonitoreo electrográfico			X	No se cuenta con este equipo
Si no existe el servicio de Terapia Respiratoria individualizada en la institución, a la anterior dotación se le debe adicionar:				
- Nebulizador			X	No se cuenta con este equipo
- Inspirómetro incentivo			X	No se cuenta con este equipo
4.PROCDIMIENTOS TECNICOS – ADMINISTRATIVOS				
Igual que las generalidades de Consulta Externa, más:				
4.1 Solicite y verifique la existencia de guías de atención de los procedimientos que se desarrollan en el servicio			X	No se documentan los procedimientos

4.2 Mediante revisión de algunas Historias Clínicas, verifique que se registre el procedimiento realizado al paciente en el servicio		X		Se anotan en la historia Clínica del paciente hospitalizado
5. REGISTROS PARA EL SISTEMA DE INFORMACION				
5.1 Gestión administrativa				
5.1.1 Cuentan con un sistema de registro y asignación de Citas.			X	No se registran los datos
5.1.2 Se hace el registro y reporte de Enfermedades de Notificación obligatoria.			X	No se reportan enfermedades de notificación obligatoria
5.1.3 Se lleva un documento de registro diario de consultas por paciente atendido.		X		Registro diario en los RIPS
5.1.4 Se realiza el registro de actividades de Promoción y Prevención (solo para prestadores en los que se aplique.			X	No se lleva programación de promoción y prevención
5.1.5 Exista un formato único para historia clínica y el archivo esta centralizado.		X		Existe un formato único para historia, el archivo es inadecuado y desordenado y se encuentra en el subsuelo
5.2 **Atención al usuario**				
Se cuenta con mecanismos de información a los usuarios sobre:				
5.2.1 Identificación de los servicios que ofrece			X	No hay señalización
5.2.2 Utilización de los servicios			X	No esta documentado
5.2.3 Fijación de horarios de atención			X	No se fijan horarios
5.2.4 Dependencia funcional organizada para el fin cuando se trate de consulta externa institucional.				No aplica
5.3 Registro de discapacidades por tipo de discapacidad			X	No se lleva este registro
6. TRANSPORTE Y COMUNICACIONES				
Se disponen de mecanismos para la comunicación con otras áreas de la institución, el traslado del usuario cuando así lo requiera su condición.		X		Consulta externa y ambulancia
7. AUDITORIA DE SERVICIOS				
7.1 Se tiene un acta de análisis de Historia Clínica, realizada durante el año en curso			X	No hay comité de historias clínicas
7.2 Se encuentra el funcionamiento el Comité de historias clínicas (constate mediante las actas)			X	No hay comité de historias clínicas

7.3 Verifique si existe el manual de procedimientos y guías clínicas de atención			X	No se documentan
7.4 Existe una metodología aplicada para evaluar los tiempos de atención (verifique)			X	No se mide el tiempo de espera
7.5 Se cuenta con una metodología para la evaluación de satisfacción del usuario (Constate los resultados de la misma)			X	No se analizan encuestas
7.6 Se llevan Registros de complicaciones Pos – quirúrgicas y Pos- hospitalarias.			X	No se evalúan registros

TERAPIA RESPIRATORIA

Tabla 79.

ARREA: **ASISTENCIAL**
UNIDAD FUNCIONAL **AMBULATORIA**
SERVICIOS **TERAPIA RESPIRATORIA**
COMPLEJIDAD **BAJA (1) – MEDIANA (2) – ALTA (3)**

INSTRUCCIÓN DE VERIFICACION	CUMPLE			OBSERVACIONES
	S	P	N	
1.INFRAESTRUCTURA FISICA				
Igual que las generalidades de Consulta Externa más:				
1.1 Baño para pacientes			X	No se cuenta con estos ambientes
1.2 Lavamanos auxiliar			X	No se cuenta con estos ambientes
1.3 Depósito			X	No se cuenta con estos ambientes
Servicios de Complejidad Alta requieren oficina para la coordinación			X	No hay oficina de coordinación
2.RECURSO HUMANO				
Verifique el cumplimiento de las generalidades Institucionales, más:				
2.1 Terapeuta Respiratoria o Terapista Física	X			
3. DOTACION				
Igual que las generalidades de Consulta Externa más:				
Para complejidad Baja y Mediana requiere de:				
- Esterilización			X	
- Equipo de Nebulizador con compresor	X			
- Nebulizador de presión positiva con			X	

aditamentos				
- Aspirador portátil	X			
- Manómetro	X			
- Oxígeno	X			
- Cubetas	X			
- Almohadas	X			
Para complejidad Alta requiere de:				
Igual que para complejidad Baja y Mediana, más:				
- Nebulizador Ultrasonido			X	
- Inspirómetros incentivos	X			2
- Espirómetros de nueve litros de capacidad	X			1
4. PROCEDIMIENTOS TECNICOS ADMINISTRATIVOS				
Igual que las generalidades de Consulta Externa.				
4.1 Verifique la existencia de normas operativas específicas y generales para el funcionamiento del servicio tales como:				
4.1.1 Manual de funciones.			X	No esta documentado
4.1.2 Manual de procedimientos			X	No esta documentado
4.1.3 Estructura organizacional del servicio			X	No esta documentado
4.2 Verifique la existencia de recepción y registro del paciente para su asignación a la cita.			X	No se lleva control de citas
4.3 Historia Clínica de todos los usuarios atendidos.	X			
5. REGISTROS PARA EL SISTEMA DE INFORMACION				
Igual que las generalidades de Consulta Externa más:				
Registros de discapacidades por tipo de discapacidad			X	No se lleva este registro
5.1 Gestión administrativa				
5.1.1 Cuentan con un sistema de registro y asignación de Citas.			X	No se registran los datos
5.1.2 Se hace el registro y reporte de Enfermedades de Notificación obligatoria.			X	No se reportan enfermedades de notificación obligatoria
5.1.3 Se lleva un documento de registro diario de consultas por paciente atendido.		X		Registro diario en los RIPS
5.1.4 Se realiza el registro de actividades de Promoción y Prevención (solo para prestadores en los que se aplique.			X	No se lleva programación de promoción y prevención
5.1.5 Exista un formato único para historia clínica y el archivo esta centralizado.		X		Existe un formato único para historia, el archivo es inadecuado y desordenado y

				se encuentra en el subsuelo
5.2 **Atención al usuario**				
Se cuenta con mecanismos de información a los usuarios sobre:				
5.2.1 Identificación de los servicios que ofrece			X	No hay señalización
5.2.2 Utilización de los servicios			X	No esta documentado
5.2.3 Fijación de horarios de atención			X	No se fijan horarios
5.2.4 Dependencia funcional organizada para el fin cuando se trate de consulta externa institucional.				No aplica
5.3 Registro de discapacidades por tipo de discapacidad			X	No se lleva este registro
6. TRANSPORTE Y COMUNICACIONES				
Igual que las generalidades de consulta externa				
Se disponen de mecanismos para la comunicación con otras áreas de la institución, el traslado del usuario cuando así lo requiera su condición.		X		Consulta externa y ambulancia
7. AUDITORIA DE SERVICIOS				
Igual que las generalidades de consulta externa				
7.1 Se tiene un acta de análisis de Historia Clínica, realizada durante el año en curso			X	No hay comité de historias clínicas
7.2 Se encuentra el funcionamiento el Comité de historias clínicas (constate mediante las actas)			X	No hay comité de historias clínicas
7.3 Verifique si existe el manual de procedimientos y guías clínicas de atención			X	No se documentan
7.4 Existe una metodología aplicada para evaluar los tiempos de atención (verifique)			X	No se mide el tiempo de espera
7.5 Se cuenta con una metodología para la evaluación de satisfacción del usuario (Constate los resultados de la misma)			X	No se analizan encuestas
7.6 Se llevan Registros de complicaciones Pos – quirúrgicas y Pos- hospitalarias.			X	No se evalúan registros

ANÁLISIS

1. Es el servicio destinado a la realización del diagnóstico, tratamiento y prevención de las discapacidades, debe contar con los siguientes ambientes para información, citas y control de pacientes, sala de espera con unidad sanitaria por sexo y por cada 15

personas. Espacio para camillas y sillas de ruedas, consultorios, vestuarios de pacientes con unidad sanitaria por sexo. Ambiente de terapias de acuerdo con las actividades que se realicen. Deposito de equipos y materiales y oficina de coordinación. Y de acuerdo al tipo de terapia, las unidades sanitarias deben disponer de duchas.

2. Se cuenta con recurso humano calificado, fisioterapista debidamente acreditada y certificada. No cuenta con un médico especialista en fisiatría para acreditar el nivel de complejidad alta.

3. No cuenta con la dotación básica como se define en el formato ni con procedimientos técnicos administrativos documentados y establecidos.

Tabla 80.

EVALUACIÓN DE LA OFERTA
REHABILITACION

	CALIFICACIÓN					
INDICADORES	**1**	**2**	**3**	**4**	**PONDERACION**	**CALIFICACION PONDERADA**
INFRAESTRUCTURA FÍSICAS	X				**0.20**	**0.20**
RECURSO HUMANO			X		**0.20**	**0.60**
DOTACIÓN	X				**0.20**	**0.20**
PROCEDIMIENTOS TECNICO – ADMÓN.	X				**0.10**	**0.10**
REGISTROS PARA EL SISTEMA DE INFORMACIÓN	X				**0.10**	**0.10**
TRANSPORTE Y COMUNICACIONES	X				**0.10**	**0.10**
AUDITORIA DE SERVICIOS	X				**0.10**	**0.10**
TOTAL						**1.40**

1	**2**	**3**	**4**
INADECUADO		**ADECUADO**	

9.3.13.2.5. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO

Tabla 81.

ARREA	**ASISTENCIAL**
UNIDAD FUNCIONAL	**HOSPITALARIA**
SERVICIOS	**CUIDADO INTENSIVO ADULTO**
COMPLEJIDAD	**ALTA (3)**

INSTRUCCIÓN DE VERIFICACION	**CUMPLE**			**OBSERVACIONES**
	S	**P**	**N**	
1.INFRAESTRUCTURA FISICA				
1.1 Generalidades				
1.1.1 Verifique que el tamaño físico de la unidad sea el suficiente para incluir todo lo necesario para la atención del paciente critico			X	No hay los ambientes adecuados, no cumple con la normatividad vigente
1.1.2 Verifique que las puertas permitan el rápido y fácil acceso en caso de emergencia			X	La puerta no es plegable, no tiene visor
1.1.3 Verifique que los cubículos sean individuales			X	Los cubículos no son individuales
1.1.4 Confronte el total de camas de la UCI con el total de camas hospitalarias		X		Hay cuatro camas, para un total de 12 camas en la institución
1.1.5 El área de circulación es restringida, amplia y exclusiva para el servicio			X	Es muy estrecha
- El área de circulación dentro de la unidad debe ser utilizada por el personal que allí laboran y las personas que por alguna razón deben presentarse en la unidad	X			
- De ninguna manera debe ser utilizada como área de transito entre otras áreas de la institución	X			
- Debe ser lo suficientemente amplia para permitir la circulación de familiares, del personal, el movimiento fácil de los equipos, la entrada y salida de los carros que transportan ropas e insumos			X	El área no es lo suficientemente amplia, es estrecha, no cumple con la normatividad, las puertas no permiten la entrada fácil de carros e insumos
- Ingreso y egreso en condiciones adecuadas de pacientes provenientes de Urgencias o Cirugía				
- El recubrimiento de esta área debe ser hecho en un material que permita la circulación fácil y cómoda de los equipos pesados con rodachines			X	El material no permite la circulación adecuada.

1.1.6 Disponibilidad permanente de energía eléctrica, agua y fuente de oxígeno	X			Total 8 tomas
1.2 Verifique que la unidad disponga de las siguientes áreas especificas:				
Recepción			X	No hay recepción
1.2.1 Localizada a la entrada de la Unidad			X	No hay recepción
1.2.2 Oficina del Coordinador			X	No hay oficina de coordinador
1.2.3 El área de los cubículos tiene como mínimo 15 metros cuadrados				
1.2.4 Puesto de servicios o de control			X	No hay puesto de servicios
1.2.5 Deposito y preparación de medicamentos y mezclas			X	No existe este ambiente
1.2.6 Sala de trabajo de enfermería limpio			X	No existe este ambiente
1.2.7 Sala de trabajo de enfermería sucio			X	No hay sala de trabajo sucio
1.2.8 Deposito de equipo y material estéril		X		Esta localizado en un espacio pequeño
1.2.9 Área de vestier y baño exclusivo para el personal del servicio: Sanitarios, lavamanos y ducha para el personal			X	No hay área de vestier y baño para el servicio
1.2.10 Cuarto de aseo: Localizado a la salida de la unidad			X	No hay cuarto de aseo
2. RECURSO HUMANO				
2.1 En la asignación de turnos verifique la asignación del personal médico y de enfermería las 24 horas	X			Existe médico general por turnos
2.2 La Unidad tiene un médico Jefe con funciones especificas	X			
2.3 La Unidad tiene una enfermera Jefe con funciones especificas	X			
2.4 Verifique que por turnos se encuentre presente:				
2.4.1 Médico especialista en Cirugía, Medicina Interna, Anestesiología o Cuidado Intensivo.		X		Los médicos especialistas están a disposición de llamadas
2.4.2 Una enfermera profesional por cada 3 camas, siendo una de ellas la encargada del servicio.		X		No se cuenta con enfermera profesional nocturna
2.4.3 Una auxiliar de enfermería por cada 2 camas.	X			
2.4.4 Terapeuta respiratoria			X	La terapeuta esta a disposición de llamadas
2.4.5 Secretaria			X	No hay secretaria
2.4.6 Aseadora			X	No se cuenta con aseadora

				exclusiva en este servicio
2.4.7 Camillero de disponibilidad			X	No hay camillero
3. DOTACIÓN				
Verifique que en la Unidad se encuentre:				
3.1 Recepción				
3.1.1 Línea telefónica y extensiones			X	No hay recepción en este servicio
3.1.2 Estante			X	No hay recepción
3.1.3 Lavamanos adyacente con el fin de que todo visitante se lave las manos al entrar y salir de la Unidad			X	No hay recepción
3.2 Oficina del coordinador				
3.2.1 Escritorio con sillas			X	No hay oficina del coordinador
3.2.2 Archivador			X	No a del coordinador
3.2.3 Teléfono			X	No hay oficina del coordinador
3.2.4 Negatoscopio			X	No hay oficina del coordinador
3.2.5 Tablero			X	No cumple
3.2.6 Mesa para reuniones			X	No cumple
3.3 Cubículos de los pacientes:				
3.3.1 Panel de instalaciones eléctricas múltiples, oxígeno, aire y vacío	X			8 instalaciones
3.3.2 Botón de alarma oída y visualizada en las estaciones de enfermería			X	Ni oída, ni visualizada
3.3.3 Lavamanos con dispensador de jabón			X	No cumple
3.3.4 Diversas fuentes de luz		X		De techo y las lámparas cuello de cisne
3.3.5 Atriles	X			
3.3.6 Estantería de material lavable		X		Hay dos sin el ambiente adecuado
3.3.7 Recipientes para elementos corto punzantes	X			Uno
3.3.8 Soportes para el sistema de succión, 2 por camas		X		1 por cama
3.3.9 Estantería para pertenencia del paciente			X	No cumple
3.3.10 Cama mecánica o eléctrica con barandas y diferentes posiciones	X			Mecánicas
3.3.11 Canecas separadas para elementos limpios y contaminados	X			Cuatro
3.3.12 Monitor con: trazado electrográfico, presión arterial no invasiva, dos módulos de	X			1 por cama

presión invasiva, oximetría de pulso.				
3.3.13 Tensiómetro de pared	X			Esfingomanometro
3.3.14 Silla para acompañante			X	Espacio limitado
3.4 Puesto de servicio o de control y Monitoreo:				
3.4.1 Monitoria central con acceso a todos los monitores de la unidad (telemetría.			X	No cumple
3.4.21Linea telefónica y extensiones			X	No hay líneas de comunicación interna
3.4.3 Estante para historias clínicas			X	No cumple
3.4.4 Estante para papelería			X	No cumple
3.5 Deposito y preparación de medicamentos y mezclas				
3.5.1 Nevera			X	No cumple
3.5.2 Deposito para medicamentos de control			X	No hay ambiente adecuado
3.5.3 Lavamanos			X	No hay lavamanos del servicio
3.5.4 Mesón para preparación de medicamentos			X	No hay existencia del mesón
3.5.5 Estantería para almacenar medicamentos			X	No hay estantería
3.5.6 Casilleros para deposito de drogas por paciente			X	No hay casilleros para drogas del consumo del paciente
3.6 Sala de Trabajo de enfermería limpio				
3.6.1 Estantería			X	No hay ambiente de trabajo limpio
3.6.2 Gabinetes			X	No hay ambiente de trabajo limpio
3.7 Sala de enfermería sucia				
3.7.1 Compresores para ropa sucia			X	No hay ambiente de trabajo sucio
3.7.2 Recipientes para materiales de desecho		X		No hay ambiente de trabajo sucio
3.7.3 Recipientes para materiales reciclables			X	No hay ambiente de trabajo sucio
3.7.4 Recipientes para elementos corto punzantes		X		No hay ambiente de trabajo sucio
3.7.5 Recipiente o bandejas para instrumental		X		No hay ambiente de trabajo sucio
3.8 Dotación general:				
3.8.1 Carro de paro		X		No cumple con todos los medicamentos

3.8.2 Desfribrilador con paletas para adulto	X			
3.8.3 Monitor con trazado EKG presión arterial no invasiva, 2 módulos para presión invasiva, oximetría de pulso	X			1 por cama
3.8.4 Computador de gasto cardiaco	X			1 por cama
3.8.5 Marcapaso transcutaneo	X			1
3.8.6 Fuente para marcapaso interno transitorio.	X			1
3.8.7 Electrocardiógrafo	X			1 para el servicio
3.8.8 Aspirador portátil	X			1 por unidad
3.8.9 Ventilador (1 por cubículo.	X			1 por cubículo
3.8.10 Monitor de transporte (mínimo 1.				
3.8.11 Bala de oxígeno de transporte (mínimo 3.	X			1 para el servicio
3.8.12 Bombas de infusión (4 por cubículo.		X		1 por cubículo
3.8.13 Bombas de infusión para nutrición			X	No cumple
3.8.14 Atril para bombas de infusión	X			
3.8.15 Atril con rodachines	X			
3.8.16 Calentador de líquidos	X			
3.8.17 Mesa auxiliar con rodachines	X			
3.8.18 Silla pato	X			4 sillas para el servicio
4. PROCEDIMIENTOS TECNICOS ADMINISTRATIVOS				
4.1 Elaborar, disponer, aplicar y difundir Normas y procedimientos de la unidad sobre:				
4.1.1 Criterios de admisión y egreso de pacientes			X	No hay normas y procedimientos documentados
4.1.2 Solicitud de interconsultas			X	No hay normas y procedimientos documentados
41.3 Ordenes médicas			X	No hay normas y procedimientos documentados
4.1.4 Cambios en la condición del paciente y notificación al médico			X	No hay normas y procedimientos documentados
4.1.5 Activación de un sistema de alarma			X	No hay normas y procedimientos documentados
4.1.6 Toma de muestras de laboratorios			X	No hay normas y

				procedimientos documentados
4.1.7 Toma de rayos X de rutina			X	No hay normas y procedimientos documentados
4.1.8 Cambio de líneas I.V.			X	No hay normas y procedimientos documentados
4.1.9 Medicamentos e insumos disponibilidad, solicitud y del control del vencimiento			X	No hay normas y procedimientos documentados
4.1.10 Control de infecciones y aislamiento			X	No hay normas y procedimientos documentados
4.1.11 Transporte de pacientes críticos			X	No hay normas y procedimientos documentados
4.1.12 Recibimiento del paciente de la unidad			X	No hay normas y procedimientos documentados
4.1.13 Revista clínica diaria del servicio			X	No hay normas y procedimientos documentados
4.1.14 Manejo de pertenencias del paciente			X	No hay normas y procedimientos documentados
4.1.15 Visitas de los familiares			X	No hay normas y procedimientos documentados
4.1.16 Remisión a otras instituciones			X	No hay normas y procedimientos documentados
4.1.17 Entrega de turnos de médicos y enfermeras en forma verbal y escrita			X	No hay normas y procedimientos documentados
4.1.18 Información a la familia			X	No hay normas y procedimientos documentados
4.1.19 Muerte del paciente			X	No hay normas y procedimientos documentados
4.1.20 Turnos y descanso del personal			X	No hay normas y procedimientos documentados

4.1.21 Evolución del personal			X	No hay normas y procedimientos documentados
4.1.22 Control de líquidos			X	No hay normas y procedimientos documentados
4.1.23 Plan de cuidado de enfermería			X	No hay normas y procedimientos documentados
4.1.24 Declaración de cerebral			X	No hay normas y procedimientos documentados
4.2 Solicite, revise y confronte el documento que contenga guías sobre:				
4.2.1 Control de líquidos			X	No se documentaron guías
4.2.2 Monitoreo hemodinámico y ventilatorio			X	No se documentaron guías
4.2.3 Manejo de líneas arteriales			X	No se documentaron guías
4.2.4 Manejo de pacientes con trauma cervical			X	No se documentaron guías
4.2.5 Control de la vía aérea			X	No se documentaron guías
4.2.6 Control de nutrición parenteral			X	No se documentaron guías
4.2.7 Sondas de alimentación			X	No se documentaron guías
4.2.8 Sondas y tubos de drenaje			X	No se documentaron guías
4.2.9 Administración de medicamentos			X	No se documentaron guías
4.2.10 Transfusión sanguínea			X	No se documentaron guías
4.2.11 Anticoagulación profiláctica			X	No se documentaron guías
4.2.13 Inmovilización de pacientes			X	No se documentaron guías
4.2.14 Terapia respiratoria			X	No se documentaron guías
4.2.15 Presión intracraneana			X	No se documentaron guías
4.2.16 Relajación y sedación de pacientes			X	No se documentaron guías
4.2.17 Terapia física			X	No se documentaron guías
4.3 Solicite, revise y confronte el documento que contenga las guías sobre los procedimientos de:			X	
4.3.1 Colocación de carácter de presión intracraneana			X	No se documentaron guías
4.3.2 Inserción de catéter central			X	No se documentaron guías
4.3.3 Inserción de marcapaso transitorio			X	No se documentaron guías
4.3.4 Traqueostomia			X	No se documentaron guías
4.3.5 Broncospia			X	No se documentaron guías
4.3.6 Toracentesis			X	No se documentaron guías

4.3.7 Colación de tubo de tórax			X	No se documentaron guías
4.3.8 Paracentesis			X	No se documentaron guías
4.3.9 Lavados abdominales			X	No se documentaron guías
4.3.10 Saturas			X	No se documentaron guías
4.3.11 Venodisección			X	No se documentaron guías
4.3.12 Embolectomía			X	No se documentaron guías
4.3.13 Lavado peritoneal			X	No se documentaron guías
4.3.14 Diálisis peritoneal			X	No se documentaron guías
4.3.15 Hemodiálisis, hemodiafiltración			X	No se documentaron guías
4.3.16 Lavado de Fracturas			X	No se documentaron guías
4.3.17 Endoscopio digestivo			X	No se documentaron guías
4.4 Verifique si en la Unidad se cumple y se conocen con las medidas de bioseguridad establecidas en la institución.		X		Se conocen medidas pero no se verifica su cumplimiento
5. REGISTROS PARA EL SISTEMA DE INFORMACION				
5.1 Gestión administrativa				
5.1.1 Enfermedades de notificación obligatoria			X	No se notifica al ente de control
5.1.2 Diagnóstico por paciente	X			
5.1.3 Registros establecidos para el procesamiento de análisis estadísticos			X	No se analiza la información
5.1.4 Registros mensuales de infecciones nosocomiales			X	No hay comité de infecciones
5.1.5 Registros mensuales de complicaciones			X	No se lleva este registro
5.1.6 Censo diario de pacientes	X			
5.2 Atención al usuario				
5.2.1 Encuesta de satisfacción del servicio recibido		X		No se evalúan las encuestas
5.2.2 Información permanente del estado de salud de los pacientes		X		No se documenta el proceso
5.2.3 Instrucciones educacionales al egreso del paciente de la Unidad		X		No se documenta el proceso
6. TRANSPORTE Y COMUNICACIONES				
6.1 El servicio dispone de mecanismos de comunicación interna y externa		X		No hay comunicación interna
6.2 Solicite y verifique la existencia de guías especificas para el traslado de pacientes dentro y fuera del servicio			X	No se documentan las guías
7. AUDITORIA DE SERVICIOS				
7.1 Verifique los procedimientos			X	No se documentan los

establecidos para el análisis periódico de las Historias Clínicas. Solicite actas				procedimientos, no hay comité de historias clínicas
7.2 Verifique la existencia de mecanismos de auditoria establecidos para la verificación de las guías, normas y procedimientos.			X	No hay evaluación, ni se documentan guías
7.3 Verifique la existencia de los informes de evaluación de indicadores de eficiencia y efectividad del servicio			X	No se hace análisis de indicadores
7.4 Solicite informe de la evaluación de las causas de mortalidad			X	No se hace este análisis

ANALISIS

La unidad de cuidados intensivos no cumple con la infraestructura fisica según lo estipulado en la resolución 4445/96. Debe ser exclusivo y delimitada con los siguientes ambientes.

- Área de observación

- Disponibilidad de sala de preparación de medicamentos y soluciones, área para deposito de material estéril, área de trabajo sucio y limpio, oficina de coordinación, vestuario y unidad sanitaria, puesto de control y monitoreo.

- Recepción para control de visitantes. Todos deben pasar por esta área antes de ingresar a la unidad de cuidados intensivos.

- Cubículos individuales y separados unos de otros, con la dotación necesaria para el monitoreo permanente, construidos en tal forma que se visualice permanentemente desde el control de enfermería.

- Debe existir un mínimo de 12 tomas eléctricas, colocadas en la cabecera de la cama, deben estar a 1mt. de altura para facilitar la conexión y desconexión. Las conexiones laterales deben colocarse a la altura del piso para evitar los tropiezos con los cables eléctricos. Cada unidad debe tener su propio circuito en el panel principal. A su vez el panel principal debe estar conectado a una planta eléctrica de emergencia.

- Los cubículos debe tener una toma de oxigeno, una de aire y una de succión permanente. El área alrededor de cada cama debe permitir la instalación, entrada y salida de equipos y personal en condiciones de rutina o de emergencia. Debe contar con lavamanos y si existe gabinetes para guardar los objetos personales del paciente o medicamentos, deben estar a una altura adecuada que permita el aseo del piso.

- El espacio físico de la unidad debe ser lo suficientemente amplio para permitir la circulación de personal y familiares, el movimiento fácil de los equipos y la entrada y salida de carros transportadores.

- El recubrimiento de los pisos, paredes, techos y ventanas de esta área debe ser de un material incombustible, gravable y media caña en sus uniones.

- Las puertas deben permitir fácil y rápido acceso en caso de emergencia, con vidrio a medio altura

1. En cuanto al recurso humano se debe contar con un especialista en cirugía general, anestesia o medicina interna, presencial, asignado de manera que haya cubrimiento las 24 horas, disponibilidad de terapista respiratoria o fisioterapeuta, una enfermera jefe con especialización o experiencia demostrada en cuidado critico presencial asignado de manera que haya cubrimiento las 24 horas. La Clínica no cumple con garantizar el recurso humano presencial permanente durante las 24 horas.

2. En cuanto dotación se debe realizar un esfuerzo para contar con todo lo mínimo requerido, como es 4 bombas de infusión por unidad, bombas de infusión para nutrición parenteral, gases arteriales, etc.

3. Se identificó una gran deficiencia por la ausencia de procedimientos técnicos – administrativos documentados con respecto a las diferentes variables que se identifican en el anterior formato tanto en la parte administrativa como en la parte asistencial en este ultimo se hace imperativo trabajar en concertación con los profesionales para la elaboración de guías de manejo para los principales procedimientos del servicio y protocolos de atención institucionalizados para las principales causas de morbimortalidad.

4. La unidad de cuidado intensivo dentro de los estándares de coordinación de recursos en coordinación con otras dependencias de servicios debe garantizarse la disponibilidad de salas de cirugía, servicios de terapia respiratoria y de ayudas diagnósticas, laboratorio clínico e imagenología permanente.

5. No cumple con documentar un proceso para la operatividad de un sistema de evaluación de indicadores de eficiencia y efectividad del servicio ofrecido, se realizan encuestas pero su contenido no corresponde a un estudio cuidadoso de lo que se quiere evaluar y sus resultados no son evaluados.

Tabla 82.

EVALUACION DE LA OFERTA
CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO

	CALIFICACION					
INDICADORES	**1**	**2**	**3**	**4**	**PONDERACION**	**CALIFICACION PONDERADA**
INFRAESTRUCTURA FISICA	X				**0.20**	**0.20**
RECURSO HUMANO		X			**0.20**	**0.40**
DOTACIÓN			X		**0.20**	**0.60**
PROCEDIMIENTOS TECNICO – ADMINISTRATIVOS	X				**0.10**	**0.10**
REGISTROS PARA EL SISTEMA DE INFORMACION		X			**0.10**	**0.20**
TRANSPORTE Y COMUNICACIONES		X			**0.10**	**0.20**
AUDITORIA DE SERVICIOS	X				**0.10**	**0.10**
TOTAL						**1.80**

1	2	3	4

INADECUADO **ADECUADO**

9.3.13.2.6 UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS ADULTO

Tabla 83.

AREA:	**ASISTENCIAL**
UNIDAD FUNCIONAL	**HOSPITALARIA**
SERVICIOS	**HOSPITALIZACION-CUIDADO-INTERMEDIO**
COMPLEJIDAD	**MEDIANA (2)-ALTA (3)**

INSTRUCCIÓN DE VERIFICACION	CUMPLE			OBSERVACIONES
	S	P	N	
1.INFRAESTRUCTURA FISICA				
Igual a la Infraestructura Física del servicio de Hospitalización				
1.1 Cuenta con un puesto de servicios (estación de enfermería.	X			
1.2 Posee una sala de trabajo de enfermería.			X	No hay sala de trabajo de enfermería
1.3 Tiene una sala de procedimientos.			X	No hay sala de procedimiento
1.4 Verifique y confirme que no existan más de cuatro(4) camas en habitación compartida.	X			
1.5 Dispone de un área deposito de material.		X		Se encuentra en un pequeño espacio
2. RECURSO HUMANO				
2.1 Solicite la lista de turnos y verifique que cuenta con personal Médico y de Enfermería asignado permanentemente, de manera que haya cubrimiento las 24 horas.	X			
2.2 Interrogue sobre la existencia de un Coordinador del servicio, el cual puede estar compartido con la Unidad de Cuidado Intensivo.	X			Esta compartido con cuidados intensivos
2.3. En cada turno debe permanecer:				
2.3.1 Médico Especialista y/o general con formación en el área	X			
2.3.2 Una Enfermera profesional por cada 10 pacientes y encargada de las funciones administrativas del servicio	X			
2.3.3 Un auxiliar de enfermería por cada 5 pacientes	X			
2.3.4 Terapeuta respiratoria o fisioterapeuta	X			
2.3.5 Servicios generales de disponibilidad	X			

2.4 Secretaria - Recepcionista			X	
3. DOTACIÓN				
Igual a la dotación del servicio de Hospitalización más:				
3.1 Electrocardiógrafo	X			
3.2 Bombas de infusión 1 por paciente			X	
3.3 Glucómetro	X			
3.4 Atriles	X			
3.5 Estantería de material lavable para almacenamiento de insumos		X		No tiene el área adecuada
3.6 Recipiente para desechos de elementos corto punzantes	X			
3.7 Succionador	X			
3.8 Estantería para pertenencias del paciente (los elementos de valor ser entregados a la familia o a seguridad)	X			
3.9 Monitor con trazado Electrocardiográfico presión arterial no invasiva, dos módulos depresivos, oximetría de pulso, por cama.			X	
3.10 Oxígeno central o cilindros con manómetros	X			
3.11 Compreseros para ropa sucia	X			
4.PROCEDIMIENTOS TECNICOS-ADMINISTRATIVOS				
Igual a los procedimientos técnicos-administrativos del servicio de Hospitalización				
4.1 Revise las Historias Clínicas y verifique que el o los profesionales médicos responsables, registran diariamente los hallazgos de la revista médica	X			
4.2 Revise las Historias Clínicas y verifique que en ellas se registra la entrega de turnos por parte de enfermería y medicina	X			
4.3 Indague sobre la disponibilidad de los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico las 24 horas (Laboratorio, Imagenología, Farmacia, Banco de Sangre.		X		No hay banco de sangre, el laboratorio clínico no está funcionamiento y este está en fase de implementación
4.4 Solicite y verifique la existencia de guías de manejo de las patologías más frecuentes, constate las fechas de su elaboración, adopción y revisión			X	Se están implementando
4.5 Verifique la existencia de manuales de			X	Existen manuales que se

procedimientos de enfermería: solicítelos, constante las fechas de elaboración, pregunte al personal sobre su divulgación y aplicación.				encuentran en borrador y no se han implementado
4.6 Interrogue al personal médico y de enfermería sobre la difusión y cumplimiento de las medidas de Bioseguridad de limpieza y desinfección establecidas por la institución		X		Se están implementando las normas
5. REGISTROS PARA EL SISTEMA DE INFORMACION				
Igual al sistema de información del servicio de Hospitalización				
5.1 Gestión Administrativa				
5.1.1 Registros de enfermedades de notificación obligatoria.	X			
5.1.2 Registro de diagnóstico por paciente	X			
5.1.3 Elaboración de los registros establecidos para el procesamiento de análisis estadísticos			X	No se llevan registros
5.1.4 Registro mensual de infecciones nosocomiales			X	No se llevan registros
5.1.5 Registro mensual de complicaciones del Servicio			X	No se lleva registros
5.1.6 Censo diario de pacientes	X			
5.1.7 Verifique en algunas Historias Clínicas de pacientes que han egresado, el diligenciamiento del Resumen de Atención según la Resolución 3905/95	X			Se practica la epicrisis al momento de egresar el paciente
5.2 Verifique que el servicio se realicen los siguientes procedimientos:				
5.2.1 Encuesta individual de satisfacción del servicio recibido			X	No se hacen encuestas
5.2.2 Instructivos educacionales específicos post-hospitalización	X			Se da por parte del personal médico y de enfermería
5.2.3 Horarios de visitas fijados en lugares visibles	X			
5.2.4 Información a los familiares de los pacientes por parte de los médicos (verifique interrogando a los familiares)	X			
6.TRANSPORTE Y COMUNICACIONES				
Igual al transporte y comunicación del servicio de Hospitalización				

6.1 verifique el funcionamiento del sistema de llamado de pacientes al Puesto de Servicios.			X	No hay sistemas de comunicación interna
6.2 Disponibilidad de los mecanismos de comunicación interna y externa			X	No hay comunicación interna y externa

7. AUDITORIA DE SERVICIOS				
Igual a la Auditoria del servicio de Hospitalización				
7.1 Indague al personal médico y de enfermería si las Historias Clínicas del servicio son analizadas periódicamente.	X			Son revisadas por la persona encargada de la auditoria interna
7.2 Confronte con algunas historias clínicas si se están cumpliendo con las guías de atención.			X	No hay guías establecidas
7.3 Solicite los informes de evaluación de los indicadores de eficiencia y efectividad del servicio			X	No hay evaluación de los indicadores
7.4 Interrogue sobre los mecanismos de evaluación establecidos para verificar el cumplimiento de los profesionales de disponibilidad.			X	No hay mecanismos de evaluación establecidos
7.5 Interrogue y verifique la existencia de un registro y las investigaciones realizadas sobre los accidentes e incidentes ocurridos a pacientes hospitalizados			X	No se lleva ese registro

ANALISIS

En cumplimiento de los requisitos mínimos esenciales se aplican las mismas consideraciones que en el servicio de hospitalización.

Tabla 84.

EVALUACIÓN DE LA OFERTA
CUIDADO INTERMEDIO ADULTO

	CALIFICACION					
INDICADORES	**1**	**2**	**3**	**4**	**PONDERACION**	**CALIFICACION PONDERADA**
INFRAESTRUCTURA FISICA		X			**0.20**	**0.40**
RECURSO HUMANO		X			**0.20**	**0.40**
DOTACIÓN		X			**0.20**	**0.40**
PROCEDIMIENTOS TECNICO – ADMINISTRATIVOS	X				**0.10**	**0.10**
REGISTROS PARA EL SISTEMA DE INFORMACIÓN		X			**0.10**	**0.20**
TRANSPORTE Y COMUNICACIONES		X			**0.10**	**0.20**
AUDITORIA DE SERVICIOS	X				**0.10**	**0.10**
TOTAL						**1.80**

1	2	3	4

INADECUADO **ADECUADO**

9.3.13.2.7 IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

Tabla 85.

ÁREA	**ASISTENCIAL**
UNIDAD FUNCIONAL	**APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPEUTICO**
SERVICIOS	**RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS**
COMPLEJIDAD	**BAJA (1) MEDIANA (2) ALTA (3)**

INSTRUCCIÓN DE VERIFICACION	CUMPLE			OBSERVACIONES
	S	P	N	
1.INFRAESTRUCTURA FISICA				
1.1 Verifique mediante la observación que el servicio sea de acceso restringido pero fácil para los usuarios, y que no tenga comunicación directa con el exterior.			X	Área fisica no adecuada
1.2 Verifique la existencia de algún documento que indique que se incluyeron las normas del **ICRP** (Comisión Internacional de Protección en Radiología) en el diseño de la construcción.			X	No se documenta
2. Interrogue si para el diseño de las barreras protectoras se tuvo en cuenta los siguientes puntos:				
2.1 Tipo de equipo, máximo valores de kilovoltaje, factores de carga de trabajo y de ocupación y los requerimientos de espacio			X	No-se tubo en cuenta su diseño con respecto a equipos
2.2 Localización: las distancias entre las barreras y el equipo de rayos X y entre este y otras áreas aledañas			X	No se tubo en cuenta su diseño con respecto a equipos
2.3 tipos de Barreras Protectoras: barreras primarias y barreras secundarias			X	No-se tubo en cuenta su diseño con respecto a equipos
2.4 Diseño y blindaje de la consola			X	No se tubo en cuenta su diseño con respecto a equipos
3. Interrogue si para el diseño de las instalaciones Radiológicas Médicas y Dentales se tuvo en cuenta:				
3.1 Que todas las paredes, pisos y áreas de cielos-rasos expuestas al haz útil			X	No se tubo en cuenta en el diseño

dispusieran de barreras primarias				
4. Interrogue si las instalaciones de las Unidades Fluoroscopios están equipadas con barreras secundarias en sus paredes, pisos y cielos-rasos		X		Falta equipamiento
5. Interrogue si para el diseño de las instalaciones terapéuticas se tuvo en cuenta:				
5.1 Que las paredes pisos y cielos-rasos en las que pueda incidir el haz de rayos útil se dispusieran barreras protectoras primarias			X	No se tubo en cuenta su diseño, falta cumplimiento
5.2 En todas las demás paredes, pisos y cielos-rasos de la sala se dispuso de barreras secundarias			X	No-se tubo en cuenta su diseño, falta cumplimiento
6. Interrogue si para la construcción de las Barreras protectoras los materiales utilizados son los contenidos en las recomendaciones de la **ICPR**	X			

RADIOLOGÍA E IMAGINOLOGÍA

Tabla 86.

ÁREA	**ASISTENCIAL**
UNIDAD FUNCIONAL	**APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPEUTICO**
SERVICIOS	**RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS**
COMPLEJIDAD	**ALTA (3)**

INSTRUCCIÓN DE VERIFICACION	**CUMPLE**			**OBSERVACIONES**
	S	**P**	**N**	
1.INFRAESTRUCTURA FISICA				
Verifique que se cumpla con las especificaciones generales del servicio de Radiología e Imágenes Diagnósticas, y que se disponga de las siguientes áreas:				
1.1 Sala de Rayos X.	X			
1.2 Sala de revelado o cuarto oscuro.	X			
1.3 Sala de lectura	X			Fuera del área
1.4 Baño y vestier para pacientes y personal de área			X	
1.5 Sala de examen para estudios de imágenes diagnósticas diferentes a radiología			X	Ecografia en zona de disparo

1.6 Oficina del coordinador del área			X	
1.7 Sala de espera y recepción			X	
1.8 Área para camillas y sillas de ruedas			X	
1.9 Deposito de material de consumo y ropas			X	
1.10 Salas de RX para:				
1.10.1 Sala de RX con fluoroscopio e intensificador de imagen y TV			X	
1.10.2 Sala de RX simple	X			Área no adecuada
1.10.3 Sala de RX para procedimientos especiales			X	
1.10.4 Sala de ultrasonido			X	Esta en la zona de disparo de RX simple
1.10.5 Sala de observación de pacientes en camilla			X	
2. RECURSO HUMANO				
Verifique el cumplimiento de las generalidades institucionales, más:				
2.1 Médico Especialista en Radiología		X		Tiempo parcial
2.2 Enfermera profesional para las salas de procedimientos y observación			X	
2.3 Técnicos en Radiología	X			
2.4 Secretaria - recepcionista			X	
2.5 Auxiliares de Radiología			X	
2.6 Auxiliares de Enfermería			X	
2.7 Disponibilidad de camillero			X	
2.8 Disponibilidad de personal de servicios generales	X			
2.9 Mediante interrogatorio verifique si el personal del servicio ha recibido entrenamiento especial del área	X			
3. DOTACION				
Verifique la disponibilidad de los siguientes elementos:				
3.1.1 Equipo de RX con fluoroscopio e intensificador de imagen y T.V.			X	
3.1.2 Equipo de RX portátil.	X			1
3.1.3 Intensificador de imagen y TV para cirugía			X	
3.1.4 Ecógrafo - Doppler	X			1
3.1.5 Equipo de RX para procedimientos especiales	X			
3.1.6 Marcador de placas	X			1

3.1.7 Delantal plomado	X			2
3.1.8 Negatoscopio	X			1
3.1.9 Escalerilla	X			1
3.1.10 Protector de gónadas	X			1
3.1.11 Carro de paro (igual que el de las generalidades institucionales)			X	
3.1.12 Oxímetro de pulso			X	
3.1.13 Sistema de dictado y de trascripción			X	
3.1.14 Maquina de escribir o Computador con impresora	X			1
3.1.15 Mamógrafo (si presta el servicio)				No aplica
3.1.16 Densitómetro				No aplica
3.1.17Sensitómetro				No aplica
3.1.18 Equipo de dosimetría (electómetro y cámara de ionización)				No aplica
3.2.19 Sala de TAC	X			1
3.2 Dotación para la sala de observación				
Verifique la existencia de la siguiente dotación				
3.2.1 Oxígeno			X	No hay sala de observación
3.2.2 Succión			X	No hay sala de observación
3.2.3 Atriles porta-sueros			X	No hay sala de observación
3.2.4 Fonendoscopio			X	No hay sala de observación
3.2.5 Tensiómetro			X	No hay sala de observación
3.2.6 Patos			X	No hay sala de observación
3.2.7 Orinales			X	No hay sala de observación
3.2.8 Camillas con barandas			X	No hay sala de observación
3.2.9 Oxímetro de uso			X	No hay sala de observación
4. PROCEDIMIENTOS TECNICOS ADMINISTRATIVOS				
4.1 Verifique la existencia de procedimientos que permitan constatar que los equipos se encuentran en condiciones óptimas de funcionamiento			X	No se documentan estos procedimientos
4.2 Solicite y verifique la existencia de guías de los procedimientos que se desarrollan en el servicio			X	No se documentan estos procedimientos
4.3 Interrogue al personal del servicio sobre la existencia y aplicaciones de las medidas de bioseguridad, de limpieza y desinfección establecidas en la institución			X	No se documentan estos procedimientos
4.4 Solicite y verifique la existencia de un documento que contenga la programación			X	No se documentan estos procedimientos

de necesidades de elementos de consumo y mantenimiento de equipo				
4.5 Verifique la existencia del inventario actualizado de la dotación del servicio	X			
4.6 Solicite y verifique la existencia de formatos de solicitud para la realización de procedimientos radiológicos	X			
4.7 Si el servicio es contratado verifique que el contratista cumpla con los Requisitos Esenciales establecidos	X			
4.8 Verifique mediante la revisión de documentos que el tiempo de entrega de los resultados de los exámenes practicados no es mayor a 24 horas			X	
4.9 Verifique la existencia de un programa de control de calidad que incluya de equipo y cuartos oscuro			X	No se documentan estos procedimientos
5. REGISTROS PARA EL SISTEMA DE INFORMACIÓN				
5.1 Gestión Administrativa				
Solicite y verifique la existencia de los siguientes registros:				
5.1.1 Libro que contenga el registro diario de los estudios realizados con los datos de:				
- Nombre y Apellido del paciente	X			
- Edad y sexo	X			
- Posibilidad de embarazo	X			
- Diagnóstico	X			
- Examen solicitado	X			
- Procedencia del paciente	X			
5.2 Atención al usuario	X			
5.2.1 Verifique los mecanismos que se utilizan para informar a los usuarios sobre la disponibilidad de los servicios			X	No se documentan mecanismos
5.2.2 Solicite y verifique la existencia de encuesta individual de satisfacción del servicio recibido			X	No se documentan mecanismos
5.2.3 Verifique la existencia de un registro de control de dosimetría a los funcionarios que laboren en el servicio	X			
5.2.4 Verifique la existencia de mecanismos (formularios, encuestas) que permitan conocer la satisfacción del cliente interno			X	No se documentan mecanismos
5.2.5 Verifique la existencia de un registro			X	No se documentan

de placas o de películas rechazadas que incluya la descripción del motivo del rechazo				mecanismos
5.2.6 Verifique la existencia y registro de resultados del programa del control de calidad, funcionamiento de los equipos.			X	No se documentan mecanismos
5.2.7 Verifique el registro de disponibilidad de citas			X	No se documentan mecanismos
5.2.8 Verifique la existencia de información escrita que e indique a los pacientes la preparación de los estudios radiológicos que lo ameriten			X	No se documentan mecanismos
6. TRANSPORTE Y COMUNICACIONES				
Verifique la existencia de teléfono, citófono u otro medio de comunicación con las demás dependencias			X	No hay comunicación interna
7. AUDITORIA DE SERVICIOS				
7.1 Verifique la existencia de informes de control a los estudios realizados			X	No se llevan estos registros
7.2 Verifique los informes de control de los indicadores de eficiencia y efectividad del servicio			X	No se hacen estos indicadores
7.3 Verifique la existencia y evaluación de las encuestas de satisfacción del cliente interno y externo			X	No se evalúan
7.4 Verifique los mecanismos de revisión si el servicio es contratado				No aplica

ANÁLISIS

1. En infraestructura física la Clínica no cumple del todo con los requisitos estipulados en el numeral 6 Art. 33 resolución 4445/96.

RAYOS X

Es el ambiente destinado a la realización, procesamiento e interpretación de las imágenes de los estudios efectuados por rayos x.
Requiere lo siguiente:

- Información de citas y control de pacientes
- Vestuario de pacientes
- Control y disparo de equipos

- Sala de examen, acorde con las dimensiones del equipo e intensidad de las emisiones de rayos x.
- Deposito para medios de contraste y elementos de consumo
- Cuarto para revelado automático o manual, con cámara oscura y cámara clara
- Lectura de placa
- Oficina del radiólogo
- Deposito o archivo de placas, alejados de la zona de examen

Los servicios radiológicos deben tener en cuenta las protecciones necesarias para evitar radiaciones al personal, para lo cual se requiere:

a. Adecuado blindaje en lamina de plomo en paredes y puertas para protección contra las radiaciones ionizaciones. Cuando se trate de una edificación de mas de 1 piso, los entrepisos correspondientes al área de la sala de examen deberán contar con la protección adecuada.
b. Que la sala de examen no esta cercana a zonas de permanencia de personal como son oficinas, salas de espera y espacios similares.
c. Área mínima de 20.0m2 (mínimo 3.80 mts) para equipo de 300 miliamperios para una sala de radiología
d. Cuando las posibilidades de recubrimiento en plomo no sean factibles, se tendrán en cuenta las siguientes equivalencias en otros materiales para seguridad de las personas as:
   1 mm de plomo equivale a:
   80 mm de concreto ordinario
   17 m de concreto y barita
   100 de ladrillo de tolete
   200 mm de placa hueca

ECOGRAFÍA

Es el ambiente destinado a la realización, procesamiento e interpretación de los estudios efectuados por ultrasonido que son traducidos a imágenes, no necesita protección especial.
Requiere espacios para:
- Información, citas y control de pacientes
- Vestuario de pacientes con unidad sanitaria

RESONANCIA MAGNÉTICA

Es el ambiente destinado a la realización, procesamiento e interpretación de los estudios efectuados por variación de campos magnéticos que son traducidos a imágenes. Requiere protección contra campos magnéticos con un recubrimiento que se denomina jaula de FARADAY. Requiere espacios para:

- Información, citas y control de pacientes
- Vestuario de pacientes

- Detector de metales
- Control y disparo de equipos
- Sala de examen, acorde con las dimensiones del equipo e intensidad de los campos magnéticos
- Deposito para elementos de consumo
- Cuarto para revelado con cámara oscura y cámara clara
- Lectura de placas
- Oficina

La información referente a las especificaciones de construcción para protección contra la radiación esta contenida en las recomendaciones de la comisión internacional de protección radiológica.

1. Para los servicios de apoyo diagnóstico, de electrodiagnóstico la Clínica debe contar con un área física y exclusiva.
2. En la estructuración y adecuación del área física se necesitara la dotación adecuada para cada ambiente en cumplimiento de los requisitos mínimos del servicio
3. No se cuenta con un programa de control de calidad, calibración de equipos y control de calidad de cuartos oscuros, ni tampoco se han implementado manuales de procedimiento diagnóstico aplicados a cada área.
4. No existe manual de funciones del departamento, ni del personal documentado, pero el personal da por conocido sus obligaciones y responsabilidades en el servicio
5. No hay un sistema de comunicación interna que permita la adecuada coordinación entre las dependencias con se relaciona el servicio como son cirugía, hospitalización, consulta externa.

Tabla 87.

EVALUACIÓN DE LA OFERTA
RADIOLOGIA E IMAGENOLOGIA

	CALIFICACION					
INDICADORES	**1**	**2**	**3**	**4**	**PONDERACION**	**CALIFICACION PONDERADA**
INFRAESTRUCTURA FISICA		X			**0.20**	**0.40**
RECURSO HUMANO			X		**0.20**	**0.60**
DOTACIÓN		X			**0.20**	**0.40**
PROCEDIMIENTOS TECNICO – ADMINISTRATIVOS	X				**0.10**	**0.10**
REGISTROS PARA EL SISTEMA DE INFORMACION	X				**0.10**	**0.10**
TRANSPORTE Y COMUNICACIONES		X			**0.10**	**0.20**
AUDITORIA DE SERVICIOS	X				**0.10**	**0.10**
TOTAL						**1.90**

1	2	3	4

INADECUADO **ADECUADO**

9.3.13.2.8. TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO

Tabla 88.

ARREA — **ASISTENCIAL**
UNIDAD FUNCIONAL — **APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO**
SERVICIOS — **TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO**
COMPLEJIDAD — **ALTA (3)**

INSTRUCCIÓN DE VERIFICACION	CUMPLE			OBSERVACIONES
	S	P	N	
1.INFRAESTRUCTURA FISICA				
1.1 Verifique la existencia de un área dedicada exclusivamente a la toma de muestras			X	No esta el ambiente
2. RECURSO HUMANO				
2.1 Verifique la asignación de un Auxiliar de Laboratorio o de Enfermería para desempeñar las funciones en el área			X	No hay auxiliar de laboratorio
3. DOTACION				
Verifique la existencia de los siguientes elementos:				
3.1 Camilla ginecológica				
3.2 Centrífuga de Mesa				
3.3 Verifique la existencia de gradillas				
3.4 Nevera eléctrica				
4. PROCEDIMIENTOS TECNICOS – ADMINISTRATIVOS				
4.1 Verifique el cumplimiento de los Procedimientos Técnicos Administrativos según lo previsto en el "Manual de Normas Técnicas, Científicas y Administrativas para el Laboratorio Clínico" en lo referente al cumplimiento de los Procedimientos Técnicos Administrativos establecidas en el Decreto 77/79 y la Resolución 320/97			X	No se documentan estos procedimientos
6. REGISTROS PARA EL SISTEMA DE INFORMACIÓN				

5.1 Verifique el cumplimiento del "Manual de Normas Técnicas, Científicas y Administrativas para el Laboratorio Clínico", en lo referente a los aspectos de información del servicio establecido en el Decreto 77/79 y la Resolución 320/97			X	No se documentan estos procedimientos
6. TRANSPORTE Y COMUNICACIÓN				
Verifique el cumplimiento del "Manual de Normas Técnicas, Científicas y Administrativas para el Laboratorio Clínico", en lo referente a los aspectos de información del servicio establecido en el Decreto 77/79 y la Resolución 320/97			X	No se documentan estos procedimientos
7. AUDITORIA DE SERVICIOS				
Verifique el cumplimiento del "Manual de Normas Técnicas, Científicas y Administrativas para el Laboratorio Clínico", en lo referente al cumplimiento de los procedimientos de Garantía de Calidad en este servicio establecido en el Decreto 77/97 y la Resolución320/97			X	No se documentan estos procedimientos

ÁREA **ASISTENCIAL**
UNIDAD FUNCIONAL **APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPEUTICO**
SERVICIOS **LABORATORIO CLINICO**
COMPLEJIDAD **ALTA (3)**

INSTRUCCIÓN DE VERIFICACION	CUMPLE			OBSERVACIONES
	S	P	N	
1.INFRAESTRUCTURA FISICA				
Verifique la existencia de las siguientes áreas:				

1.1 Sala de espera			X	No se cuenta con este ambiente
1.2 Recepción			X	No se cuenta con este ambiente
1.3 Área de Dirección			X	No se cuenta con este ambiente
1.4 Toma de muestras			X	No se cuenta con este ambiente
1.5 Área independiente para la toma de muestras Ginecológicas y Pediátricas			X	No se cuenta con este ambiente
1.6 Lavado de material y esterilización			X	No se cuenta con este ambiente
1.7 Área de análisis de muestras			X	No se cuenta con este ambiente
1.8 Verifique que el área de análisis que requiera de mitología radioactivas debe estar ubicada independiente del resto de las áreas de análisis			X	No se cuenta con este ambiente
1.9 Almacén y depósito de reactivos			X	No se cuenta con este ambiente
1.10 Servicios sanitarios con lavamanos para el personal del servicio y pacientes			X	No se cuenta con este ambiente
1.11 Cuarto de aseo			X	No se cuenta con este ambiente
2. RECURSO HUMANO				
2.1 Constate que además de cumplir con las generalidades institucionales, se disponga de un Bacteriólogo(a) o de un profesional en Medicina, con especialización en Patología Clínica o en una de las áreas técnicas del Laboratorio Clínico, como responsable de toda las actividades del servicio	X			Bacterióloga
2.2 Verifique en la programación de turnos la disponibilidad y número de profesionales en Bacteriología, Patología Clínica, Microbiología y Química asignados al servicio			X	Solo hay una bacterióloga
2.3 Verifique en la programación de turnos la disposición y número de auxiliares de laboratorio clínico asignados al servicio			X	No hay auxiliar del servicio
3. DOTACIÓN				
Además de la dotación establecida para los laboratorios de Mediana y Baja				

complejidad, verifique la existencia de los siguientes equipos:				
3.1 Equipo automatizado para Hematología			X	Se están implementando
3.2 Equipo automatizado para Coagulación			X	Se están implementando
3.3Multianalizador para Química Sanguínea	X			1
3.4 Incubadora	X			1
3.5 Equipo para Electrolitos	X			1
3.6 Equipo para Inmunoanálisis			X	Se están implementando
3.7 Equipo para Electroforesis			X	Se están implementando
3.8 Planta eléctrica	X			Se acaba de instalar
3.9 Agitador de Mazzini	X			1
3.10 Autoclave	X			1
3.11Baño Serológico	X			1
3.12 Cámara de Neubawer	X			1
3.13 Espectrofotómetro o Fotómetro			X	Se están implementando
3.14 Microcentrífuga	X			1
3.15 Centrifuga de mesa	X			1 de seis puestos
3.16 Microscopio binocular	X			1
3.17 Nevera eléctrica	X			1
3.18 Contador diferencial de células	X			1
3.19 Cronómetro			X	Se están documentando
3.20 Humo secador	X			1
4. PROCEDIMIENTOS TECNICOS – ADMINISTRATIVOS				
4.1 Verifique el cumplimiento del "Manual de Normas Técnicas, Científicas y Administrativas para el Laboratorio Clínico", en lo referente al cumplimiento de los procedimientos Técnicos Administrativos establecidas en el Decreto 77/97 y la Resolución 320/97			X	No se documentan
5. REGISTROS PARA EL SISTEMA DE INFORMACION				
Verifique el cumplimiento del "Manual de Normas Técnicas, Científicas y Administrativas para el Laboratorio Clínico", en lo referente a los aspectos de información del servicio establecido en el Decreto 77/97 y la Resolución 320/97			X	No se documentan
6. TRANSPORTE Y COMUNICACIONES				
Verifique el cumplimiento del "Manual de Normas Técnicas, Científicas y Administrativas para el Laboratorio			X	No se documentan

Clínico", en lo referente al transporte y comunicación establecidas en el Decreto 77/97 y la Resolución 320/97				
7. AUDITORIA DE SERVICIOS				
Verifique el cumplimiento del "Manual de Normas Técnicas, Científicas y Administrativas para el Laboratorio Clínico", en lo referente al cumplimiento de los procedimientos de Garantía de Calidad establecidas en el Decreto 77/97 y la Resolución 320/97			X	No se documentan

ANALISIS

1. El laboratorio clínico de la institución no cumple con lo establecido en la resolución 320/97 por medio del cual se adopta el manual de normas técnicas, administrativas y científicas y con lo estipulado en el decreto 77/97 en cuanto a los requisitos y condiciones sanitarias para el funcionamiento del laboratorio clínico.

2. La unidad debe contar como mínimo con los siguientes ambientes exclusivos y bien delimitados:

- Toma de muestras
- Área de análisis de muestras
- Lavado de material, esterilización
- Almacén y deposito de reactivos
- Servicios sanitarios con lavamanos para personal del área y pacientes
- Cuarto de aseo
- El área técnica de análisis que requiera metodologías radioactivas debe estar ubicada independiente de las áreas de análisis
- Áreas de aislamiento para material humano que pueda generar contaminación
- Área independiente para microbiología

Tabla 89.

EVALUACIÓN DE LA OFERTA
LABORATORIO CLINICO

INDICADORES	CALIFICACIÓN 1	2	3	4	PONDERACION	CALIFICACION PONDERADA
INFRAESTRUCTURA FÍSICA	X				0.20	0.20
RECURSO HUMANO		X			0.20	0.40
DOTACION		X			0.20	0.40
PROCEDIMIENTOS TECNICO – ADMINISTRATIVOS	X				0.10	0.10
REGISTROS PARA EL SISTEMA DE INFORMACION	X				0.10	0.10
TRANSPORTE Y COMUNICACIONES	X				0.10	0.10
AUDITORIA DE SERVICIOS	X				0.10	0.10
TOTAL						1.40

1	2	3	4

INADECUADO **ADECUADO**

9.3.13.2.9 ENFERMERÍA

Tabla 90.

ÁREA	**ASISTENCIAL**
UNIDAD FUNCIONAL	**AMBULATORIA HOSPITALARIA**
SERVICIOS	**CONSULTA EXTERNA – HOSPITALIZACION ENFERMERIA**
COMPLEJIDAD	**MEDIANA (2) – ALTA (3)**

INSTRUCCIÓN DE VERIFICACION	CUMPLE			OBSERVACIONES
	S	P	N	
1.INFRAESTRUCTURA FISICA				
Verifique que cuente con un área destinada especifica para el funcionamiento del departamento de enfermería.			X	No hay área especifica para el funcionamiento de enfermería
2. RECURSO HUMANO				
2.1 El servicio es atendido por enfermeras profesionales según su pertinencia en:				
2.1.1 Hospitalización	X			
2.1.2 Cirugía			X	No hay enfermeras profesionales en esta área
2.1.3 U.C.I	X			
3. DOTACIÓN				
Verifique el cumplimiento de generalidades de Consulta Externa.	X			
4. PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS – ADMINISTRATIVOS				
Verifique el cumplimiento de generalidades de Consulta Externa mas:				
4.1 Se cuenta con guías de control prequirúrgico.			X	No están documentadas
5. REGISTROS PARA EL SISTEMA DE INFOMACIÓN				
Verifique las generalidades de Consulta Externa más:				
5.1 Se hace la Clasificación del riesgo anestésico, se registra y se le da información al usuario.	X			
6. TRANSPORTE Y COMUNICACIÓN				
Verificación las generalidades de Consulta Externa.			X	No hay comunicación interna
7.AUDITORIA DE SERVICIOS				
Verifique el cumplimiento de generalidades			X	No hay documentación

ANÁLISIS

El servicio de enfermería no cuenta con una infraestructura física que sea la sede administrativa para la coordinación de sus actividades en todos los servicios, no se documentan procedimientos técnicos – administrativos ni se realiza evaluación de satisfacción del cliente interno y externo, no se evalúa la calidad de los servicios, ni se cumple con el diligenciamiento de registros para el sistema de información

Tabla 91

DEVALUACIÓN DE LA OFERTA
ENFERMERIA

	CALIFICACION					
INDICADORES	**1**	**2**	**3**	**4**	**PONDERACION**	**CALIFICACION PONDERADA**
INFRAESTRUCTURA FISICA	X				**0.20**	**0.20**
RECURSO HUMANO			X		**0.20**	**0.60**
DOTACION		X			**0.20**	**0.40**
PROCEDIMIENTOS TECNICO – ADMINISTRATIVOS	X				**0.10**	**0.10**
REGISTROS PARA EL SISTEMA DE INFORMACION	X				**0.10**	**0.10**
TRANSPORTE Y COMUNICACIONES	X				**0.10**	**0.10**
AUDITORIA DE SERVICIOS	X				**0.10**	**0.10**
TOTAL						**1.50**

1	2	3	4
INADECUADO			**ADECUADO**

9.3.13.3 SERVICIOS FINALES

9.3.13.3.1 CONSULTA EXTERNA

Tabla 92.

ÁREA	**ASISTENCIAL**
UNIDAD FUNCIONAL	**AMBULATORIA**
SERVICIOS	**CONSULTA EXTERNA-GENERALIDADES**
COMPLEJIDAD	**BAJA (1) MEDIA (2) ALTA (3)**

INSTRUCCIÓN DE VERIFICACION	CUMPLE			OBSERVACIONES
	S	P	N	
1.INFRAESTRUCTURA FISICA				
1.1 El servicio cuenta con un área de ingreso independiente de las de urgencias y hospitalización			X	Se comparte con otros servicios como el de recepción de pacientes y urgencias
1.2 Es de acceso fácil para los servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento. (Laboratorio RX, Farmacia)	X			
1.3 Identifique si existe disponibilidad de consultorios para cada uno de los servicios que se ofrece en consulta externa.			X	No se dispone de consultorios adecuados
Cuenta con áreas de:				
1.4 Sala de espera, recepción y citas			X	Es compartido con otros servicios
1.5 Baño para el público			X	Solo hay 1
1.6 Baño para el personal del servicio			X	
1.7Cuarto de aseo			X	No hay área adecuada
2. **RECURSO HUMANO**				
2.1 Constate que además de cumplir con las generalidades institucionales, disponga de profesional Médico y de Enfermería de acuerdo con el tipo de consulta que ofrece y a la demanda que se presenta. Verifique que el número de pacientes atendidos para Medicina General máximo 4 consultas hora/médico; para Medicina Especializada 3 consultas hora / médico	X			Médico general permanente y médicos especialistas de disponibilidad para atender la demanda. La mayoría de los pacientes llegan con orden de hospitalización
Hay personal auxiliar asignado para ejecutar las funciones administrativas de citas, caja, recepción y mensajería.		X		El personal auxiliar cumple múltiples funciones

3. DOTACIÓN				
Verifique si existen en cada consultorio los siguientes elementos:				
3.1 Escritorio y silla	X			
3.2 Sillas para pacientes	X			
3.3 Mesas fijas para examen y escalerilla	X			
3.4 Equipo de órganos por área de consulta (solo para consultorios médicos)	X			
3.5 Mesa Auxiliar	X			
3.6 Recipiente para desechos	X			
3.7 Fonendoscopio y tensiómetro (solo para consultorios médicos)	X			Existe en el servicio de consulta externa
3.8 Balanza y tallímetro (solo para consultorios médicos y de nutrición)	X			
3.9 Linterna y Termómetro (solo para consultorios médicos)	X			
3.10 Lámpara cuello de cisne	X			
3.11 Negatoscopio			X	No hay en el servicio
3.12 Equipo de órganos	X			
4. PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS-ADMINISTRATIVOS				
4.1 Verifique la existencia de normas operativas específicas y generales para el funcionamiento del servicio tales como:				
4.1.1 Manual de funciones.			X	No esta documentado
4.1.2 Manual de procedimientos			X	No esta documentado
4.1.3 Estructura organizacional del servicio			X	No esta documentado
4.2 Verifique la existencia de recepción y registro del paciente para su asignación a la cita.			X	No se lleva control de citas
4.3 Historia Clínica de todos los usuarios atendidos.	X			
5. **REGISTRO PARA EL SISTEMA DE INFORMACIÓN**				
5.1 **Gestión Administrativa**				
5.1.1 Cuentan con un sistema de registro y asignación de Citas.			X	No se registran los datos
5.1.2 Se hace el registro y reporte de Enfermedades de Notificación obligatoria.			X	No se reportan enfermedades de notificación obligatoria
5.1.3 Se lleva un documento de registro diario de consultas por paciente atendido.		X		Registros en los RIPS
5.1.4 Se realiza el registro de actividades de Promoción y Prevención (solo para			X	No se lleva programación de promoción y prevención

prestadores en los que se aplique.				
5.1.5 Exista un formato único para historia clínica y el archivo esta centralizado.		X		Existe un formato único para historia, el archivo es inadecuado y desordenado y se encuentra en el subsuelo
5.2 **Atención al usuario**				
Se cuenta con mecanismos de información a los usuarios sobre:				
5.2.1 Identificación de los servicios que ofrece			X	No hay señalización
5.2.2 Utilización de los servicios			X	No esta documentado
5.2.3 Fijación de horarios de atención			X	No se fijan horarios
5.2.4 Dependencia funcional organizada para el fin cuando se trate de consulta externa institucional.				No aplica
6.TRANSPORTE Y COMUNICACIÓNES				
Se disponen de mecanismos para la comunicación con otras áreas de la institución, el traslado del usuario cuando así lo requiera su condición.		X		Consulta externa y ambulancia
7. AUDITORIA DE SERVICIOS				
7.1 Se tiene un acta de análisis de Historia Clínica, realizada durante el año en curso			X	No hay comité de historias clínicas
7.2 Se encuentra el funcionamiento el Comité de historias clínicas (constate mediante las actas)			X	No hay comité de historias clínicas
7.3 Verifique si existe el manual de procedimientos y guías clínicas de atención			X	No se documentan
7.4 Existe una metodología aplicada para evaluar los tiempos de atención (verifique)			X	No se mide el tiempo de espera
7.5 Se cuenta con una metodología para la evaluación de satisfacción del usuario (Constate los resultados de la misma)			X	No se analizan encuestas
Se llevan Registros de complicaciones Pos – quirúrgicas y Pos- hospitalarias.			X	No se evalúan registros

ANÁLISIS

1. No se cumple con los requisitos establecidos en el numeral 1 Art. 32 de la resolución 4445/96, en cuanto al espacio físico destinado a la atención del paciente ambulatorio. Este servicio se relaciona fundamentalmente con el acceso al publico y con los servicios de atención farmacéutica, de laboratorio clínico e imagenología. Hacen parte de este servicio los siguientes ambientes:

- Espera y general (independiente de las áreas de circulación), con un área mínima de 3 mts cuadrados por consultorios.
- Unidad sanitaria por sexo, 1 por cada 15 pacientes
- Oficina de trabajo social
- Consultorio de medicina general
- Consultorio de medicina especializada
- Consultorio de otras profesiones de salud
- Consultorios de enfermería
- Toma de constantes vitales
- Inyectología y curaciones
- Inmunizaciones

El área mínima por consultorio deberá ser de 10m2 (mínimo 20.50mts.
En el consultorio médico deberá diferenciarse el ambiente de entrevista y el de examen con el fin de que el usuario cuente con la privacidad necesaria, además se instalara un lavamanos, independiente del correspondiente de la unidad sanitaria.

El Instituto de Neurociencias Clínica del Sol Ltda. no cuenta con los anteriores requisitos.

2. Se dispone del recurso humano necesario y calificado para la prestar los servicios de consulta externa general.
3. Ya que no se dispone de la estructura física adecuada en dotación para la prestación del servicio, hay una gran debilidad con respecto al tipo de consulta que se oferta. No se han desarrollado procedimientos técnicos – administrativos, ni de auditoria de servicios.

Tabla 93.

EVALUACION DE LA OFERTA
CONSULTA EXTERNA-GENERALIDADES

	CALIFICACION					
INDICADORES	**1**	**2**	**3**	**4**	**PONDERACION**	**CALIFICACION PONDERADA**
INFRAESTRUCTURA FÍSICA	X				**0.20**	**0.20**
RECURSO HUMANO			X		**0.20**	**0.60**
DOTACIÓN	X				**0.20**	**0.20**
PROCEDIMIENTOS TECNICO – ADMINISTRATIVOS	X				**0.10**	**0.10**
REGISTROS PARA EL SISTEMA DE INFORMACIÓN	X				**0.10**	**0.10**
TRANSPORTE Y COMUNICACIONES		X			**0.10**	**0.20**
AUDITORIA DE SERVICIOS	X				**0.10**	**0.10**
TOTAL						**1.50**

1	2	3	4

INADECUADO **ADECUADO**

9.3.13.3.2 HOSPITALIZACIÓN

Tabla 94.

ÁREA	**ASISTENCIAL**
UNIDAD FUNCIONAL	**HOSPITALARIA**
SERVICIOS	**HOSPITALIZACION – GENERALIDADES**
COMPLEJIDAD	**BAJA(1)-MEDIANA(2)-ALTA (3)**

INSTRUCCIÓN DE VERIFICACION	CUMPLE			OBSERVACIONES
	S	P	N	
1.INFRAESTRUCTURA FISICA				
1.1 Cuenta con un puesto de servicios (estación de enfermería.	X			
1.2 Posee una sala de trabajo de enfermería.			X	No hay sala de trabajo de enfermería
1.3 Tiene una sala de procedimientos.			X	No hay sala de procedimiento
1.4 Verifique y confirme que no existan más de cuatro(4) camas en habitación compartida.	X			
1.5 Dispone de un área deposito de material.		X		Se encuentra en un pequeño espacio
2. RECURSO HUMANO				
2.1 Solicite la lista de turnos de médicos y el censo diario o registro de pacientes, y verifique para cada fecha, que el número de médicos de turno presencial en el servicio y de pacientes hospitalizados, permanezcan en una proporción no menor de 1 médico por cada 20 pacientes.	X			Hay un médico de planta disponible en cada turno
2.2 Solicite la lista de turnos de médicos, que por cada especialidad del servicio haya asignado un médico presencial o de llamada, y que esta obligación se encuentre asignada en los respectivos contratos de trabajo de los profesionales.		X		Hay una lista con los médicos especialistas con disponibilidad de llamadas. No hay contrato de trabajo con los profesionales
2.3 Solicite la lista de enfermeras profesionales y el censo diario o registros de pacientes; verifique que el número de	X			Hay una enfermera profesional con categoría de jefe disponible las 12 horas

enfermeras de turno en el servicio y de pacientes hospitalizados, permanezcan en una proporción no menor de 1 enfermera por cada 20 pacientes (1:20) durante el día y 1 enfermera por cada 30 pacientes durante la noche (1:30.				del día. En la noche hay una enfermera profesional nocturna con carácter de jefe, para toda la institución, incluyendo el servicio de cuidados intensivos
2.4 Solicite la lista de turnos d auxiliares de enfermería y el censo diario o registros de pacientes; Verifique que el número de auxiliares de turno en el servicio y de pacientes hospitalizados, permanezcan en una proporción no menor de 1 auxiliar por cada 7 pacientes (1:7) durante el día y 1 auxiliar por cada 10 pacientes durante la noche (1:10.	X			Las listas de turno se encuentra en lugar visible. Durante el día se encuentra dos auxiliares de enfermería por cada 2 camas y en la noche una auxiliar de enfermería por cada 5 camas
3. DOTACIÓN				
3.1 Verifique que en la unidad hospitalaria se encuentren los siguientes elementos:				
3.1.1 Cama hospitalaria de dos o tres planos, con la dotación esencial.	X			
3.1.2 Mesa de noche.	X			
3.1.3 Mesa de puente	X			
3.1.4 Escalerilla			X	
3.1.5 Riñonera	X			
3.1.6 Pato	X			
3.1.7 Soporte para líquidos	X			
3.1.8 Silla fija con brazos			X	No hay silla fija
3.2 Elementos para todo el servicio:				
3.2.1 Tensiómetro y Fonendoscopio por cada 10 camas	X			
3.2.2 Equipo de órganos de los sentidos por servicio.	X			
3.2.3 Balanza y tallimetro por servicio			X	No hay balanza y tallimetro
3.2.4 Negatoscopio			X	No se cuenta con negatoscopio
3.2.5 Instrumental ginecobstétrico (sí tiene salas de hospitalización de ginecología y obstetricia.				No aplica
3.2.6 Biombos o cortinas	X			
3.2.7 Lámpara cuello de cisne			X	No hay
3.2.8 Camilla con barandas			X	No hay
3.2.9 Silla de ruedas	X			
3.2.10 Succionador	X			
3.2.11 Cilindro de oxígeno con manómetro	X			

3.2.12 Carro de Paro por cada 30 camas con la misma dotación que la del carro de paro del Servicio de Urgencias			X	El carro de paro se encuentra disponible en la unidad de cuidados intensivos
4.PROCEDIMIENTOS TECNICOS-ADMINISTRATIVOS				
4.1 Revise las Historias Clínicas y verifique que el o los profesionales médicos responsables, registran diariamente los hallazgos de la revista médica	X			
4.2 Revise las Historias Clínicas y verifique que en ellas se registra la entrega de turnos por parte de enfermería y medicina	X			
4.3 Indague sobre la disponibilidad de los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico las 24 horas (Laboratorio, Imagenología, Farmacia, Banco de Sangre.		X		No hay banco de sangre, el laboratorio clínico no este funcionamiento, se encuentra en fase de implementación
4.4 Solicite y verifique la existencia de guías de manejo de las patologías más frecuentes, constate las fechas de su elaboración, adopción y revisión			X	Se están implementando
4.5 Verifique la existencia de manuales de procedimientos de enfermería: solicítelos, constante las fechas de elaboración, pregunte al personal sobre su divulgación y aplicación.			X	Existen manuales pero se encuentran en borrador y no se han implementado
4.6 Interrogue al personal médico y de enfermería sobre la difusión y cumplimiento de las medidas de Bioseguridad de limpieza y desinfección establecidas por la institución		X		Se están implementando las normas
5. REGISTROS PARA EL SISTEMA DE INFORMACION				
5.1 Gestión Administrativa				
5.1.1 Registros de enfermedades de notificación obligatoria.	X			
5.1.2 Registro de diagnóstico por paciente	X			
5.1.3 Elaboración de los registros establecidos para el procesamiento de análisis estadísticos			X	No se llevan registros
5.1.4 Registros mensuales de infecciones nosocomiales			X	No se llevan registros
5.1.5 Registros mensuales de complicaciones del Servicio			X	No se lleva registros
5.1.6 Censo diario de pacientes	X			

5.1.7 Verifique en algunas Historias Clínicas de pacientes que han egresado, el diligenciamiento del Resumen de Atención según la Resolución 3905/95	X			Se practica la epicrisis al momento de egresar el paciente
5.2 Verifique que el servicio se realice los siguientes procedimientos:				
5.2.1 Encuesta individual de satisfacción del servicio recibido			X	No se hacen encuestas
5.2.2 Instructivos educacionales específicos post-hospitalización	X			Se da por parte del personal médico y de enfermería
5.2.3 Horarios de visitas fijados en lugares visibles	X			
5.2.4 Información a los familiares de los pacientes por parte de los médicos (verifique interrogando a los familiares)	X			
6.TRANSPORTE Y COMUNICACIONES				
6.1 verifique el funcionamiento del sistema de llamado de pacientes al Puesto de Servicios.			X	No hay sistemas de comunicación interna
6.2 Disponibilidad de los mecanismos de comunicación interna y externa			X	No hay comunicación interna y externa

7. AUDITORIA DE SERVICIOS				
7.1 Indague al personal médico y de enfermería si las Historias Clínicas del servicio son analizadas periódicamente.	X			Son revisadas por la persona encargada de la auditoria interna
7.2 Confronte con algunas historias clínicas si se están cumpliendo con las guías de atención.			X	No hay guías establecidas
7.3 Solicite los informes de evaluación de los indicadores de eficiencia y efectividad del servicio			X	No hay evaluación de los indicadores
7.4 Interrogue sobre los mecanismos de evaluación establecidos para verificar el cumplimiento de los profesionales de disponibilidad.			X	No hay mecanismos de evaluación establecidos
7.5 Interrogue y verifique la existencia de un registro y las investigaciones realizadas sobre los accidentes e incidentes ocurridos a pacientes hospitalizados			X	No se lleva ese registro

ANÁLISIS

1. Acorde al Art. 35 de la resolución 4445/96, los servicios de hospitalización son destinados al internamiento de pacientes para su diagnóstico, recuperación y/o tratamiento y sus ambientes anexos para el trabajo de enfermería se relaciona fundamentalmente con los servicios de apoyo, complementación, diagnóstico y tratamiento, quirúrgico, de cocina y lavandería. El servicio de hospitalización general debe contar como mínimo con los siguientes ambientes:

- Cuarto de hospitalización
- Puesto o estación de enfermería
- Sala de trabajo de enfermería limpio
- Sala de trabajo de enfermería sucio
- Sala de curaciones y tratamiento
- Deposito de medicamentos
- Deposito de ropa blanca
- Sitio para camillas y sillas de ruedas
- Unidad sanitaria por sexo, para trabajadores del servicio de hospitalización como médicos, enfermeras, secretarias y estudiantes en proporción de 1 por cada 15 personas.
- Sala de visitas con unidad sanitaria, por sexo en proporción de 1 por cada 15 personas.

En el puesto o estación de enfermería estarán ubicadas los sistemas de llamadas de pacientes y los carros de historia Clínica. El puesto de enfermería deberá estar centralizado con respecto a los cuartos de hospitalización, a una distancia no mayor a 35mts de la cama más alejada y controlar un máximo de 35 camas.

El centro de distribución de alimentos estará ubicado en un lugar independiente del área de hospitalización y se utilizará exclusivamente para este propósito.

El servicio debe estar localizado de tal manera que exista ventilación e iluminación naturales, que se eviten ruidos, olores y otras molestias en general.

El área mínima de las ventanas deberá ser igual a un 1/8 del área libre del cuarto de hospitalización. En los cuartos individuales el área mínima por cada cama será de 16 m2 incluyendo una unidad sanitaria, una ducha y un guardarropa. En los cuartos comunes la distancia mínima lateral de cama a pared será de 0.50mts y de 0.90mts a la cama vecina, con algún elemento de separación entre camas que permita la privacidad del paciente, además deberá contar con unidad sanitaria, duchas y guardarropas.

Las puertas de acceso a los cuartos deberán tener un ancho mínimo de 1mts que permita el paso y giro de camillas, y sillas de ruedas con comodidad.

El ambiente de los baños debe permitir el fácil desplazamiento del paciente y contar con un sistema para el llamado de enfermeras audible y visible mínimo de 0.80mts, deberá abrir hacia afuera o contar con un sistema que permita ser abierta rápidamente.

Los cuartos comunes para adultos no serán de una capacidad mayor de 4 camas, con un área libre mínimo de 7 mts por cama.
El servicio de hospitalización debe contar con tanques de almacenamiento de agua potable que deberá garantizar como mínimo 48h, de servicio y su construcción deberá permitir que durante la operación de limpieza y desinfección no se interrumpa el suministro de agua. En todos los casos el suministro de agua no puede ser inferior de 600 litros por cama y por día es obligatorio para las instituciones que prestan servicios de hospitalización contar con un espacio físico para él deposito de cadáveres.

2. Se cuenta con 1 médico general presencial por turno y por especialidad ofrecida disponible de acuerdo con la necesidad del servicio.
   Se cumple con el recurso humano paramédico.

3. Las áreas de atención a pacientes hospitalizados deben contar con carro de paro, con todos los elementos de dotación, succionador, oxigeno, electrocardiógrafo, bombas de infusión y glucómetro. No se tienen institucionalizados procedimientos técnicos – administrativos para el servicio, no se cuenta con medios de comunicación interna, ni se evalúa la calidad del servicio

Tabla 95.

EVALUACION DE LA OFERTA
HOSPITALIZACION

INDICADORES	CALIFICACION 1	2	3	4	PONDERACION	CALIFICACION PONDERADA
INFRAESTRUCTURA FISICA		X			0.20	0.40
RECURSO HUMANO			X		0.20	0.60
DOTACIÓN		X			0.20	0.40
PROCEDIMIENTOS TECNICO – ADMINISTRATIVOS	X				0.10	0.10
REGISTROS PARA EL SISTEMA DE INFORMACION		X			0.20	0.40
TRANSPORTE Y COMUNICACIONES	X				0.10	0.10
AUDITORIA DE SERVICIOS	X				0.10	0.10
TOTAL						2.10

1	2	3	4

INADECUADO **ADECUADO**

Tabla 96.

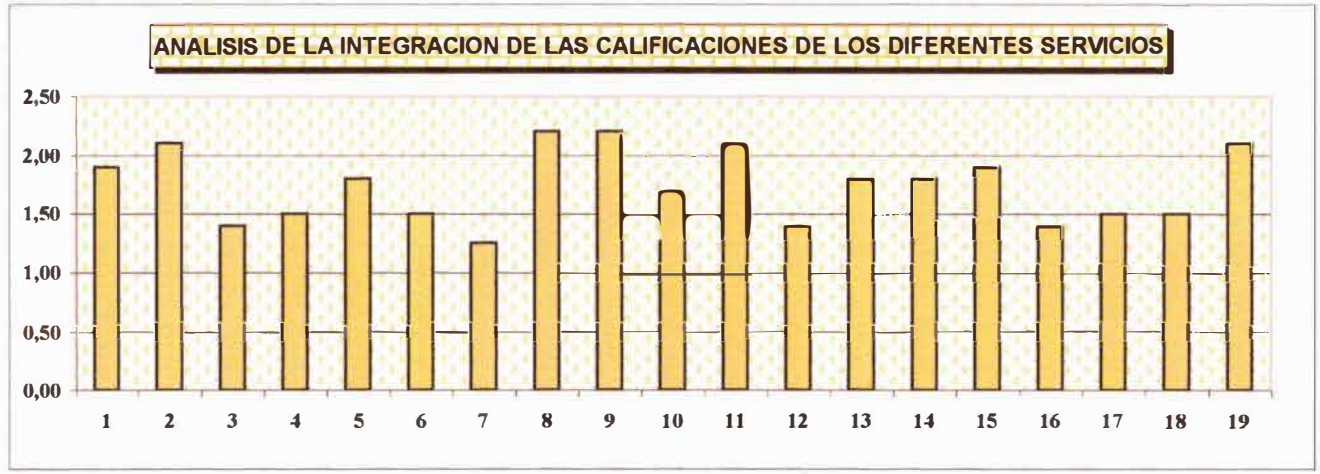
PLANTILLA PARA INTEGRAR LAS CALIFICACIONES DE LOS COMPONENTES DE LA OFERTA GENERAL POR SERVICIOS

INDICADORES	CALIF. 1 – 4	PONDERACIÓN	CALCIFICACIÓN PONDERADA
INFRAESTRUCTURA FÍSICO	1.5	0.20	0.30
RECURSO HUMANO	2.51	0.20	0.52
DOTACIÓN	2.25	0.20	0.55
PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS – ADMINISTRATIVOS	1.2	0.10	0.12
REGISTROS PARA EL SISTEMA DE INFORMACIÓN	1.5	0.10	0.15
TRANSPORTE Y COMUNICACIONES	1.8	0.10	0.18
AUDITORIA DE SERVICIOS	1.0	0.10	0.10
TOTAL			1.92

1	2	3	4

INADECUADO **ADECUADO**

277-H



SERVICIOS

1. PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS
2. GASES MEDICINALES
3. ALIMENTACION
4. LAVANDERIA
5. MANTENIMIENTO HOSPITALARIO
6. SEGURIDAD HOSPITALARIA
7. LIMPIEZA Y ASEO
8. TRANSPORTE Y COMUNICACIONES
9. CIRUGIA
10. ESTERILIZACION
11. FARMACIA
12. REHABILITACION
13. CUIDADO INTENSIVO ADULTO
14. CUIDADO INTERMEDIO ADULTO
15. RADIOLOGIA E IMAGENOLOGIA
16. LABORATORIO CLINICO
17. ENFERMERIA
18. CONSULTA EXTERNA-GENERALIDADES
19. HOSPITALIZACION

277-G



SERVICIOS

1. PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS
2. GASES MEDICINALES
3. ALIMENTACION
4. LAVANDERIA
5. MANTENIMIENTO HOSPITALARIO
6. SEGURIDAD HOSPITALARIA
7. LIMPIEZA Y ASEO
8. TRANSPORTE Y COMUNICACIONES
9. CIRUGIA
10. ESTERILIZACION
11. FARMACIA
12. REHABILITACION
13. CUIDADO INTENSIVO ADULTO
14. CUIDADO INTERMEDIO ADULTO
15. RADIOLOGIA E IMAGENOLOGIA
16. LABORATORIO CLINICO
17. ENFERMERIA
18. CONSULTA EXTERNA-GENERALIDADES
19. HOSPITALIZACION

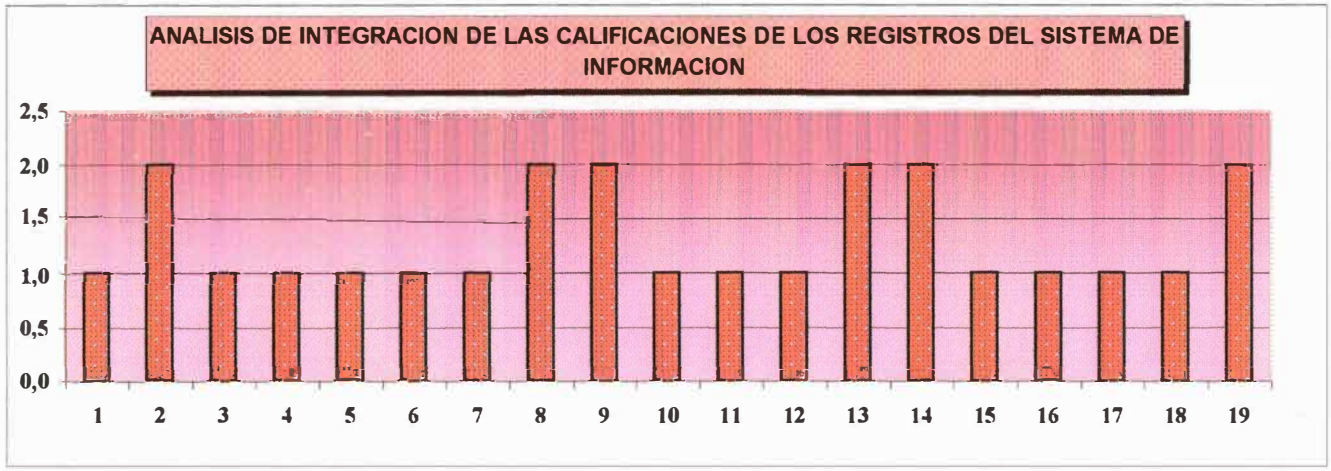
277-F



SERVICIOS

1. PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS
2. GASES MEDICINALES
3. ALIMENTACION
4. LAVANDERIA
5. MANTENIMIENTO HOSPITALARIO
6. SEGURIDAD HOSPITALARIA
7. CIRUGIA
8. ESTERILIZACION
9. FARMACIA
10. REHABILITACION
11. CUIDADO INTENSIVO ADULTO
12. CUIDADO INTERMEDIO ADULTO
13. RADIOLOGIA E IMAGENOLOGIA
14. LABORATORIO CLINICO
15. ENFERMERIA
16. CONSULTA EXTERNA-GENERALIDADES
17. HOSPITALIZACION

277-E



SERVICIOS

1. PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS
2. GASES MEDICINALES
3. ALIMENTACION
4. LAVANDERIA
5. MANTENIMIENTO HOSPITALARIO
6. SEGURIDAD HOSPITALARIA
7. LIMPIEZA Y ASEO
8. TRANSPORTE Y COMUNICACIONES
9. CIRUGIA
10. ESTERILIZACION
11. FARMACIA
12. REHABILITACION
13. CUIDADO INTENSIVO ADULTO
14. CUIDADO INTERMEDIO ADULTO
15. RADIOLOGIA E IMAGENOLOGIA
16. LABORATORIO CLINICO
17. ENFERMERIA
18. CONSULTA EXTERNA-GENERALIDADES
19. HOSPITALIZACION

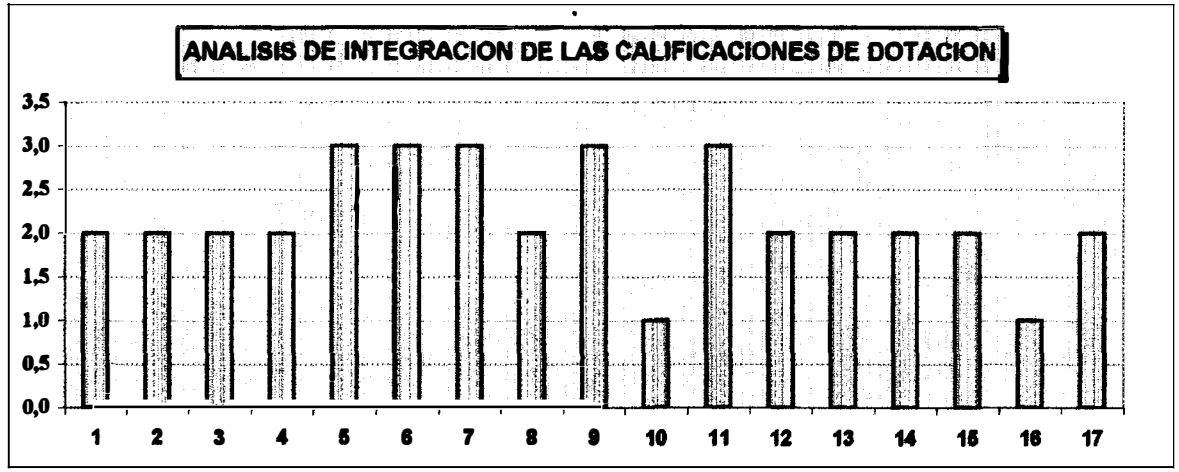
277-D



SERVICIOS

1. PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS
2. GASES MEDICINALES
3. ALIMENTACION
4. LAVANDERIA
5. MANTENIMIENTO HOSPITALARIO
6. SEGURIDAD HOSPITALARIA
7. LIMPIEZA Y ASEO
8. TRANSPORTE Y COMUNICACIONES
9. CIRUGIA
10. ESTERILIZACION
11. FARMACIA
12. REHABILITACION
13. CUIDADO INTENSIVO ADULTO
14. CUIDADO INTERMEDIO ADULTO
15. RADIOLOGIA E IMAGENOLOGIA
16. LABORATORIO CLINICO
17. ENFERMERIA
18. CONSULTA EXTERNA-GENERALIDADES
19. HOSPITALIZACION

277-C



SERVICIOS

1. PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS
2. GASES MEDICINALES
3. ALIMENTACION
4. LAVANDERIA
5. MANTENIMIENTO HOSPITALARIO
6. TRANSPORTE Y COMUNICACIONES
7. CIRUGIA
8. ESTERILIZACION
9. FARMACIA
10. RAHABILITACION
11. CUIDADO INTENSIVO ADULTO
12. CUIDADO INTERMEDIO ADULTO
13. RADIOLOGIA E IMAGENOLOGIA
14. LABORATORIO CLINICO
15. ENFERMERIA
16. CONSULTA EXTERNA-GENERALIDADES
17. HOSPITALIZACION

277-B



SERVICIOS

1. PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS
2. GASES MEDICINALES
3. ALIMENTACION
4. LAVANDERIA
5. MANTENIMIENTO HOSPITALARIO
6. LIMPIEZA Y ASEO
7. TRANSPORTE Y COMUNICACIONES
8. CIRUGIA
9. ESTERILIZACION
10. FARMACIA
11. REHABILITACION
12. CUIDADO INTENSIVO ADULTO
13. CUIDADO INTERMEDIO ADULTO
14. RADIOLOGIA E IMAGENOLOGIA
15. LABORATORIO CLINICO
16. ENFERMERIA
17. CONSULTA EXTERNA-GENERALIDADES
18. HOSPITALIZACION

277-A



SERVICIOS

1. PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS
2. GASES MEDICINALES
3. ALIMENTACION
4. LAVANDERIA
5. MANTENIMIENTO HOSPITALARIO
6. SEGURIDAD HOSPITALARIA
7. LIMPIEZA Y ASEO
8. CIRUGIA
9. ESTERILIZACION
10. FARMACIA
11. REHABILITACION
12. CUIDADO INTENSIVO ADULTO
13. CUIDADO INTERMEDIO ADULTO
14. RADIOLOGIA E IMAGENOLOGIA
15. LABORATORIO CLINICO
16. ENFERMERIA
17. CONSULTA EXTERNA-GENERALIDADES
18. HOSPITALIZACION

9.4. EVALUACIÓN DE PROCESOS

Al evaluar los procesos que se siguen en la institución hay que contar con instrumentos específicos para realizar un diagnóstico objetivo. Como se demuestra en las apreciaciones sobre proceso gerencial, clima y cultura corporativa, sistemas de información, diagnóstico financiero, mercadeo de servicios, recurso humano, recurso físico y auditoria de servicios no se ha documentado un modelo gerencial administrativo. Por lo tanto no se documentan los diferentes procesos. El desarrollo de los servicios se hace dentro de parámetros empíricos de administración y direccionamiento que tienen como consecuencia las evaluaciones bajas en el análisis de estructura.

En el desarrollo de procesos en los servicios finales e intermedios interactúan recursos: Humano, técnico, financiero y logístico. Es la esencia de la ejecución del servicio. La razón de ser institucional. La misión de la organización.

Dentro de este contexto partimos del hecho de que no se documenta, ni se institucionalizan procesos y procedimientos dentro de una ordenada ejecución de los servicios. Su desarrollo obedece al deber ser histórico, donde cada persona asume que está cumpliendo a cabalidad con sus funciones y responsabilidades y su interacción y condición obedece a relaciones de causa – efecto.

Analizamos, por lo tanto, el proceso a través del estudio de variables como tiempos de espera, flujograma de atención, sistema de referencia y contrarreferencia, historia Clínica y protocolos de atención.

9.4.1. FLUJO GRAMAS DE ATENCIÓN

Los flujo gramas corresponden a la esquematización de los distintos pasos que debe cumplir los usuarios para la obtención de los servicios que ofrece la institución. Los flujogramas orientan a los usuarios y al personal de la Clínica, y son elementos de especial importancia para una atención de buena calidad. En la Clínica del Sol no existen flujogramas. Estos se deben implantar para los servicios finales e intermedios. Se califica con base en los siguientes criterios: Existe el flujograma y se aplica correctamente: 4; existe y se aplica en la mayoría de los casos: 3; existe pero se aplica en pocos casos y se aprecia desorientación en la forma como los usuarios deben desplazarse por los diferentes servicios: 2; no existen los flujogramas: 1.

9.4.2. TIEMPOS DE ESPERA

Los tiempos de espera se deben calcular también para los servicios finales e intermedios y en la Clínica no se ejecuta este proceso. Se definen como el tiempo transcurrido entre la llegada y salida de cada uno de los pasos del flujograma. Por ejemplo, para la consulta externa, el tiempo correspondiente a portería, recepción, caja (si es pertinente), sala de espera, consulta médica, farmacia, etc.

En la practica se determina, para cada servicio, el tiempo promedio del usuario en cada paso del flujograma y en la totalidad del servicio, utilizando la misma muestra seleccionada para el estudio de satisfacción de usuarios, que se describe más adelante en la evaluación del impacto.

Con el promedio general del servicio se realiza la calificación que se lleva a la plantilla, aplicando los siguientes criterios: menos de 60 minutos: 4; entre 60 y 74 minutos: 3; entre 75 y 89 minutos: 2; y 90 y más minutos: 1.

9.4.3. SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFENCIA

El sistema de referencia de pacientes es el procedimiento técnico – administrativo que permite el transito ordenado de los pacientes por los distintos niveles de atención, de acuerdo con la naturaleza y severidad de la patología. Incluye los procedimientos administrativos para la remisión (formulario resumen de la historia clínica, consecución de la cita, la atención en un nivel superior o de referencia y la contrarreferencia con un resumen de la atención brindada y las indicaciones para el manejo posterior del paciente en el centro de origen de la remisión. Algunos consideran como parte de este sistema las guías de manejo clínico. Sin embargo, por estar incluidas en otra parte la plantilla, aquí solamente se evalúa el sistema en su parte relacionada con los procedimientos administrativos.

La evaluación se lleva a cabo en una muestra representativa de historias de pacientes que fueron remitidos a la consulta externa especializada o a urgencias en un determinado periodo de tiempo, por ejemplo los últimos 6 meses. Para su calculo se utiliza la siguiente formula:

$$N \Rightarrow \frac{N(pq)}{2}$$

Donde: N = Universo de Historias Clínicas en el periodo de estudio
P = Proporción que se estima adecuada remisión
Q = Proporción que se estima existe inadecuada remisión
E = Error que se acepta en la muestra. Usualmente entre 3% y 5% es aceptable

La calificación se realiza con los siguientes criterios: Existe y se aplica en todos los casos: 4; existe y se aplica entre el 70% y el 99% de los casos: 3; existe pero solo aplica en una proporción inferior al 70%: 2; no existe: 1.

9.4.4. HISTORIA CLINICA

La historia clínica constituye uno de los instrumentos más importantes para evaluar la calidad de la atención. Se utiliza para analizar su diligenciamiento y el cumplimiento de los protocolos de manejo clínico - terapéutico. En una alta proporción de instituciones no se cuenta con protocolos, razón por la cual su diligenciamiento cobra especial significación. Se lleva a cabo en una muestra representativa de historias de los servicios de consulta médica general, consulta especializada, urgencias y hospitalización, elaboradas durante el periodo de evaluación, por ejemplo 6 meses, aplicando la metodología descrita anteriormente. Se debe calcular una muestra para cada servicio.

El análisis se realiza sobre los siguientes tópicos: identificación, motivo de consulta, antecedentes personales y familiares, examen clínico, ayudas diagnósticas, diagnóstico y tratamiento. Dependiendo de las características propias de cada institución se puede realizar los cambios pertinentes en los aspectos antes mencionados.

En cada tópico se anota si el registro se encuentra completo. Al final se establece la proporción de historias con registros completos en cada tópico, por ejemplo 95% en identificación, 100% en motivo de consulta, 25% en antecedentes, etc. A continuación se califica cada tópico en el total de las historias, aplicando los siguientes criterios: todas completas: 4; entre 80% y 99%: 3; entre 60% y 79%: 2; y menos de 60%: 1. Para obtener la calificación final, que se anota en la plantilla, se obtiene un promedio de las anteriores calificaciones.

9.4.5. PROTOCOLOS DE MANEJO

Corresponden a las guías para el manejo de los pacientes desde el punto de vista clínico y terapéutico. Su evaluación muestra la calidad del acto médico. Se elaboran para el manejo de patologías especificas o síndromes. Incluyen los tópicos, que se deben tener en cuenta para la evaluación: motivo de consulta, hallazgos del examen clínico, ordenes de servicio, diagnóstico y manejo terapéutico. Otros aspectos que solo se aplican en algunos no se tienen en cuenta, tales como diagnósticos presuntivos y criterios para la remisión.

La evaluación de la aplicación de los protocolos se realiza en una muestra representativa de las historias clínicas que tengan diagnósticos correspondientes a las patologías que se vienen manejando con estas guías. Se aclara que sólo las patologías más frecuentes y

representativas de cada servicio tienen usualmente protocolos de manejo. Para la selección de la muestra se utiliza el mismo procedimiento descrito anteriormente. El total de la muestra se estratifica de acuerdo con la frecuencia de las distintas patologías.

La calificación se hace en forma similar a la descrita para las historias clínicas, es decir, que cada tópico se confronta con el protocolo para saber si se ajusta al mismo.
A continuación se establece la proporción de historias que se ajusta al protocolo en cada uno de los tópicos. Cada uno de los tópicos, en el total de las historias, se califica de acuerdo con los siguientes criterios: Todas ajustadas al protocolo: 4; entre 90% y 99%: 3; entre 80% y 89%: 2 y menos de 80%: 1. Seguidamente, las calificaciones de los tópicos se promedian para obtener la calificación que se registra en la plantilla.

Tabla 97.

PLANTILLA PARA EVALUACION DE PROCESOS

INDICADORES	CALIFICACION 1	2	3	4	PONDERACION	CALIFICACION PONDERADA
FLUJOGRAMAS						
HOSPITALIZACION	X				0.02	0.02
CONSULTA EXTERNA	X				0.02	0.02
SERVICIOS DE APOYO	X				0.02	0.02
TIEMPOS DE ESPERA						
HOSPITALIZACION	X				0.02	0.02
CONSULTA EXTERNA	X				0.02	0.02
SERVICIOS DE APOYO	X				0.02	0.02
SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA						
HOSPITALIZACION		X			0.02	0.04
CONSULTA EXTERNA		X			0.02	0.04
SERVICIOS DE APOYO		X			0.02	0.04
HISTORIA CLÍNICA						
HOSPITALIZACION		X			0.20	0.40
CONSULTA EXTERNA		X			0.20	0.40
SERVICIOS DE APOYO	X				0.01	0.01
PROTOCOLOS						
HOSPITALIZACION	X				0.20	0.20
CONSULTA EXTERNA	X				0.20	0.20
SERVICIOS DE APOYO	X				0.01	0.01
TOTAL						1.46

1	2	3	4

INADECUADO **ADECUADO**

9.5. RESULTADOS

Los resultados al igual que el impacto se evalúan con base en indicadores. En el Instituto de Neurociencias Clínica del Sol Ltda. no existen registros de información de los servicios que se prestan y los que hay su diligenciamiento es incompleto dificultando la evaluación objetiva de las variables a analizar en el resultado del impacto que como es lógico pensar nunca se han analizado.

Trataremos de realizar una aproximación que no es valida como determinante para tomar decisiones en este proceso de planeación.
En el análisis de resultados se analizan los siguientes indicadores:

9.5.1. CONCENTRACIÓN

Se define como el número de veces que se presenta un servicio sobre un mismo usuario. Se calcula principalmente para las consultas médica general y especializada. Solo se evalúa para consulta médica general.

Concentración: $\frac{\text{numero de consultas Med. General o Espec.}}{\text{Total personas tendidas por primera vez}} \Rightarrow \frac{1.029}{500} \Rightarrow 2.05$

Criterios para consulta general

< de 1.5 = 4
1.5 a 2.4 = 3
2 a 2.4 = 2
= o > 2.5 = 1

9.5.2. OPORTUNIDAD:

Se incluye este indicador de operatividad relacionado con los tiempos de espera en cada uno de los pasos del flujograma de atención, la oportunidad se refiere a la asignación de citas para medicina general y especializada. Aún cuando en la Clínica no se tienen flujogramas, ni se miden los tiempos de espera, pero la oportunidad en el servicio es inmediata donde para todos los casos se atienden en menos de 6 horas.

9.5.3. UTILIZACIÓN:

Se refiere al porcentaje de recurso disponible utilizado, se determinó para consultorio, medicina general, camas y salas de cirugía.
La producción observada se obtiene de las estadísticas de la institución. En la Clínica de acuerdo a la oferta y demanda para consulta médica general hay una utilización del 13.2%, camas disponibles del 22% y salas de cirugía 37.3%.

GASTOS DE ATENCIÓN:

No se determinó este indicador puesto no se llevan costos.

9.5.5. PRODUCTIVIDAD:

Se evalúa el rendimiento de la hora médica en la consulta de medicina general calculada para un periodo de tiempo de 1 año. Con la información obtenida de un resultado de 0.2, lo que refleja una muy baja productividad de este servicio.

9.5.6. APROVECHAMIENTO DE CAMAS HOSPITALARIAS

- Porcentaje ocupacional: 61.6%
- Promedio de estancia: 7.4 días
- Giro cama: 74.

Tabla 98.

PLANTILLA DE EVALUACION DE RESULTADOS

	CALIFICACION					
INDICADORES	**1**	**2**	**3**	**4**	**PONDERACION**	**CALIFICACION PONDERADA**
CONCENTRACION						
CONSULTA GENERAL		X			**0.10**	**0.20**
OPORTUNIDAD						
CONSULTA MÉDICA GENERAL			X		**0.10**	**0.30**
UTILIZACION						
CONSULTA MÉDICA GENERAL	**X**				**0.10**	**0.10**
CAMAS DISPONIBLES	**X**				**0.10**	**0.10**
SALAS DE CIRUGÍA	X				**0.10**	**0.10**
ACTIVIDADES CON RESULTADOS NEGATIVOS						
RAYOS X		.	X		**0.05**	**0.15**
LABORATORIO CLINICO				X	**0.05**	**0.20**
PRODUCTIVIDAD						
CONSULTA MÉDICA GENERAL	X				**0.10**	**0.10**
APROVECHAMIENTO CAMAS HOSPITALARIAS						
PORCENTAJE OCUPACIONAL		X			**0.10**	**0.20**
PROCEDIMIENTO DE ESTANCIA		X			**0.10**	**0.20**
GIRO CAMA				X	**0.10**	**0.40**
TOTAL						**2.05**

1	2	3	4

INADECUADO **ADECUADO**

9.6. IMPACTO

Para la evaluación de esta área seleccionamos como indicadores la mortalidad bruta, mortalidad neta, la satisfacción del usuario para aplicarlos a la Clínica del Sol, pero como se mencionó anteriormente la falta de información dificulta la utilización del resultado de este indicador. Para determinar la mortalidad bruta se analizó un sondeo entre el personal asistencial, para determinar aproximadamente el número de muertes promedio en el mes, igualmente se hizo con la mortalidad neta, los índices calculados por formulas matemáticas de estos indicadores fueron menos de 3.

En cuanto a las encuestas de satisfacción se tiene un modelo cuyas preguntas no fueron diseñadas con base en determinar objetivamente el servicio que se requiere evaluar. No se realiza análisis de las encuestas diligenciadas, por lo tanto el indicador carece de valor.

Tabla 99.

EVALUACIÓN DEL IMPACTO

	CALIFICACION					
INDICADORES	**1**	**2**	**3**	**4**	**PONDERACION**	**CALIFICACION PONDERADA**
MORTALIDAD NETA			X		**0.40**	**1.2**
MORTALIDAD BRUTA			X		**0.40**	**1.2**
SATISFACCION USUARIO	**X**				**0.30**	**0.3**
TOTAL						**2.7**

1	2	3	4
INADECUADO		**ADECUADO**	

Tabla 100

EVALUACIÓN GLOBAL DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD

INDICADORES	CALIF. 1 – 4	PONDERACION	CALIFICACION PONDERADA
CONTEXTO	2.08	0.05	0.104
DEMANDA	1.30	0.05	0.065
OFERTA	1.6	0.15	0.24
PROCESO	1.46	0.25	0.365
RESULTADO	2.05	0.15	0.3075
IMPACTO	2.7	0.35	0.945
TOTAL	**1.0**		**2.0265**

1	2	3	4

INADECUADO **ADECUADO**

12. CONCLUSIONES

Con respecto a los resultados:

- No se tiene en cuenta el ámbito general que afecta por igual a todas las organizaciones en aspectos de índole político, económico, tecnológico y en especial al sector salud en cuanto a normatividad, políticas y programas.

- No hay un análisis de las características de los demandantes de la morbimortalidad que se presenta en la institución, de la severidad de los procesos patológicos y de la demanda efectiva atendida para planificar dentro de mínimos estándares de calidad los servicios permitiendo la rentabilidad económica de la institución.

- No hay implementado un sistema participativo de planeación periódica de acuerdo con objetivos.

- No se define una política de direccionamiento como guía para la acción y toma de decisiones.

- El clima y la cultura corporativa no esta ajustada a la claridad de los valores organizacionales.

- Se carece de un sistema de información en salud ajustado a la normatividad y no se diligencian registros de obligatorio cumplimiento.

- Desorganización financiera.

- Se identificó falta de dotación como requisito mínimo esencial en servicios intermedios y finales.

- Se identificaron servicios intermedios, finales y de apoyo logístico claves para el desarrollo institucional, que no cumple con la estructura física adecuada de acuerdo con la norma que los reglamenta.

- No hay establecidos indicadores para evaluar procesos, resultados e impacto de la prestación de los servicios.

- No hay establecidos indicadores para evaluar procesos, resultados e impacto de la prestación de los servicios.

Con respecto al estudio:

- El estudio permite la evaluación cuantitativa y cualitativa de la calidad.

- Se puntualiza objetivamente las áreas y aspectos sobre los que hay que trabajar para lograr la calidad.

- Las directivas deben reorientar funcional y estructuralmente la entidad para satisfacer las necesidades del cliente interno y externo en función de la visión de negocio y obtener mínimos estándares de calidad en los servicios ofertados.

- Se verifico que la calidad de un servicio se juzga como un todo, sin disociar sus componentes. Prevalece la impresión de conjunto y no al éxito relativo de una u otra acción.

- Se verifico que la calidad de la atención, esta dada por el conjunto de características tecnicotas, científicas, humanas, financieras y materiales bajo la coordinación de las personas que integran el servicio y la correcta utilización del mismo por parte de los usuarios.

13. ANEXOS

desde aquí quitar numeracion

- Formato de cuestionario de evaluación.

CLIMA ORGANIZACIONAL – DIAGNOSTICO INSTITUCIONAL

ENCUESTA

Dependencia: _____
Cargo: _____

Aspectos Generales De La Institución

1. Conoce la Misión de la Institución: _____
   No _____
   Si _____ Cuál es: _____

2. Cuáles son los clientes o usuarios de la institución: _____
   _____

3. Cuáles son los productos o servicios que ofrece la institución:

4. Geográficamente a quien le presta servicios la institución: _____
   _____

5. Cuál es la tecnología disponible para la prestación de los servicios _____
   _____

6. Cuáles son las metas de utilidad económica y social: _____
   _____

7. Cuáles son los valores, principios y aspiraciones de los miembros de la institución: __
   _____

8. Cuáles son las fortalezas y ventajas competitivas de la institución: _____
   _____

9. Qué piensa los usuarios actualmente acerca de la institución y qué quisiéramos que pensaran: _____

10. La institución tiene en cuenta los deseos y objetivos de los miembros que la conforman:
    a. Nunca
    b. Algunas veces
    c. Frecuentemente
    d. Siempre

11. El conocimiento que tienen acerca de los objetivos de la institución: _____
    _____

12. Teniendo en cuenta las respuestas anteriores, cuál sería la visión de la institución:

_____

Aspectos Específicos De Su Área

13. Existen objetivos definidos para su área:
    Si _____ No _____
    Cuáles : _____

    1. _____
    2. _____
    3. _____
    4. Otros: _____
       _____

14. Si la anterior respuesta fue afirmativa, ustedes creen que los objetivos de su área están acordes con la Misión institucional:

    Si _____ No _____

15. La planeación de actividades de la institución está fundamentada en un diagnóstico previo de la población (usuarios de los servicios) que debe cubrir:

    a. Nunca
    b. Algunas veces
    c. Frecuentemente
    d. Siempre

16. Existe un plan de desarrollo (estrategias) a largo plazo para su área:
    Si _____ No _____
    Cuáles: _____
    _____

17. Existen programas de trabajo a mediano plazo:
    Si _____ No _____
    Cuáles: _____

18. Existen metas operativas en el corto plazo:
    Si _____ No _____
    Cuáles: _____

19. ¿ Qué tipo de Dirección existe:

    a. Democrática

b. Autocrática
c. Combinada
d. Otra Cuál: _____
_____.

20. Con que frecuencia se evalúan a nivel de grupo directivos las actividades desarrolladas por la institución con el fin de tomar medidas correctivas:

a. Nunca
b. Algunas Veces
c. Periódicamente
d. Siempre

21. Conoce el organigrama de la institución:
Si _____ No _____

22. Su área de quien depende: _____

23. Considera que la estructura orgánica de su departamento es la más conveniente:
Si _____ No _____
Explique: _____
_____

24. Las funciones y responsabilidades de su área son claramente identificadas:
a. No las conoce
b. Posee algún conocimiento
c. Las conoce claramente

25. Desempeña funciones diferentes a las estipuladas para su área:
Cuáles: _____
_____

26. Existe un Manuel de funciones para su área:
Si _____ No _____

27. Se delegan funciones para su área:
Si _____ No _____
En qué casos: _____

28. Creen ustedes que hay duplicidad de funciones en su área con respecto a otras:
Si _____ No _____

29. Conoce El reglamento interno de la institución:
Si _____ No _____

30. La toma de decisiones en su área, es. (*VR)

a. El resultado de las sugerencias del equipo de trabajo.
b. El resultado de la evaluación periódica de su área.
c. El resultado de las necesidades del área.
d. El resultado de una orden superior.
e. El resultado de iniciativas individuales

31. La toma de decisiones es oportuna:
Si _____ No _____

32. Son ustedes tenidos en cuenta cuando se toman decisiones que afectan su trabajo:

a. Nunca
b. Algunas veces
c. Frecuentemente
d. Siempre

33.Qué tipo de control se hace en su área: (VR)

a. Revisión de procedimientos
b. Control de ejecución presupuestal
c. Control estadístico
d. Control visual
e. No se hace control.

34. Con qué periodicidad se evalúan las metas propuestas en su área: (*VR)
a. Mensual
b. Trimestral
c. Semestral
d. Anual
e. Esporádicamente
f. No se evalúa

35. Que indicadores utilizan para medir las metas en su área: _____

_____

36. Se hace evaluación del desempeño en su área:
Si _____ No _____

37. Respecto a los procedimientos y trámites internos

a. No están establecidos
b. Son excesivos y lentos
c. Hay procedimientos y tramites innecesarios
d. Adecuados, fáciles y de ágil trámite
justifique su respuesta: _____

38. Se han implementado nuevos procesos en su área:
Si _____ No _____
Cuáles: _____
_____

39. Cómo se siente con respecto al trabajo que desempeñan:
a. Insatisfechos
b. Indiferentes
c. Parcialmente satisfechos
d. Plenamente satisfechos

40. Considera que la remuneración salarial que reciben es adecuada para el tipo de trabajo que desempeñan:
Si _____ No _____
Porqué: _____
_____

41. La institución fomenta la participación en capacitación y/o educación continuada

a. Nunca
b. Algunas veces
c. Frecuentemente
d. Siempre

i. Porqué se hace capacitación: (*VR)
a. Como resultado de la evaluación del desempeño
b. Por necesidades del área
c. Por solicitud personal
d. Como reconocimiento
En qué temas: _____

43. Cuando ustedes un labor bien hecha reciben recompensas (ascensos, incrementos saláriales, capacitación, reconocimiento, menciones, etc.):

a. Nunca
b. Algunas veces
c. Frecuentemente
d. Siempre

44. Disponen ustedes de los recursos mínimos necesarios para la ejecución adecuada de su trabajo:
Si _____ No _____
Porqué_____

45. Con qué frecuencia promueve la institución actividades recreativas, sociales y deportivas para sus empleados:

a. Nunca
b. Algunas veces
c. Frecuentemente
d. Permanentemente
Cuáles: _____
_____

a. Se sienten satisfechos con los programas de recreación y bienestar social ofrecidos al empleado y su familia por la institución:

Si _____ No _____
Porque: _____
_____

47. ustedes recolectan alguna clase de información:
Si _____ No _____
De que tipo: _____
_____

48. Con qué periodicidad revisa la información que se recolecta en su departamento: (*VR)
a. Diariamente
a. Semanalmente
b. Mensualmente
c. Esporádicamente

49. La información que se recolecta sirve para tomar decisiones:
Si _____ No _____
De qué tipo de decisiones se toman: _____
_____

50. Qué sugerencias formularían para mejorar el sistema de información: _____
_____

51. Cómo valorarían ustedes el flujo de información entre las diferentes áreas de trabajo (dirección, unidades operativa, administrativa, divisiones, etc.):

a. Malo
b. Regular
c. Bueno
d. Excelente

52. Consideran ustedes que los canales de comunicación (revistas, carteleras, circulares, reuniones, etc.) utilizados para informar novedades de la institución son:

a. Malos
b. Inadecuados
c. Buenos
d. Excelentes
e. No existen