

**INFLUENCIA DE LAS HABILIDADES COGNOSCITIVAS
INDIVIDUALES (ASIMILACIÓN Y ACOMODACIÓN) EN EL
APRENDIZAJE Y ENTRENAMIENTO DE JOVENES SOLDADOS,
DENTRO DEL PROCESO DE ADAPTACION A LA VIDA MILITAR.**

SONIA DEYANIRA COMBITA GUZMAN

**UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
INSTITUTO DE PÓSTGRADOS
ESPECIALIZACIÓN EN DESARROLLO DE PROCESOS
GOGNISCITIVOS
BARRANQUILLA
2006**

**INFLUENCIA DE LAS HABILIDADES COGNOSCITIVAS
INDIVIDUALES (ASIMILACIÓN Y ACOMODACIÓN) EN EL
APRENDIZAJE Y ENTRENAMIENTO DE JOVENES SOLDADOS,
DENTRO DEL PROCESO DE ADAPTACION A LA VIDA MILITAR.**

SONIA DEYANIRA COMBITA GUZMAN

**Informe final de Investigación presentado como requisito para
optar al título de Especialista en Desarrollo de Procesos
Cognoscitivos**

**Asesor
Rosario Joaquín Reales Vega
Docente Investigador**

**UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
PROGRAMA DE PÓSTGRADOS
ESPECIALIZACIÓN EN DESARROLLO DE PROCESOS
GOGNISCITIVOS
BARRANQUILLA
2006**

A todas aquellas personas que han contribuido de alguna manera a la realización de mis sueños, a todos aquellos que se unen a mis logros, a los que están y a aquellos que ya han partido...

TABLA DE CONTENIDO

	Página
- INTRODUCCIÓN	1
- MARCO JURÍDICO DE SERVICIO MILITAR	6
- NORMAS RECTORAS	6
- SITUACIONES ESPECIALES	10
- EXENCIONES Y APLAZAMIENTOS	10
- TEORÍA DE PIAGET	13
- FUNCIONAMIENTO DE LA INTELIGENCIA	13
- CONCEPTO DE ESQUEMAS	14
- EL PROCESO DE EQUILIBRACIÓN	14
- ETAPAS DE DESARROLLO	15
- IMPLICACIONES DE LA TEORÍA DE PIAGET DE APRENDIZAJE	17
- DEFINICIÓN DE CONCEPTOS BÁSICOS	18
- HABILIDADES DE ASIMILACIÓN Y ACOMODACIÓN	20
- TIPOS DE CONOCIMIENTO	24
- CÓMO SE ELABORA EL DESARROLLO COGNITIVO	25
- APRENDIZAJE Y ENTRENAMIENTO MILITAR	29
- INSTRUCCIÓN MILITAR	29
- FUNDAMENTOS DE UNA INSTRUCCIÓN MILITAR	29

- AREAS DE INSTRUCCIÓN	30
- ORDEN CERRADO	30
- EL INSTRUCTOR	30
- VOCES DE MANDO	31
- ADAPTACIÓN A LA VIDA MILITAR	31
- CARACTERÍSTICAS DE UN SOLDADO MOTIVADO	31
- SENTIDO DE PERTENENCIA DEL SOLDADO	32
- MENTALIDAD DE EQUIPO Y COHESIÓN DE GRUPO	32
- FUNDAMENTOS DE UNA INSTRUCCIÓN MILITAR	32
- HABILIDADES INDIVIDUALES PARA EL ENTRENAMIENTO	32
- OBJETIVOS EN LA FORMACIÓN DEL SOLDADO	33
- ACTIVIDADES DE UN CUADRO DE MANDO FRENTE A LOS CAMBIOS DE LOS SOLDADOS	33
- COMANDANTES FRENTE A LA ADAPTACIÓN A LA VIDA MILITAR	34
- REFLEXIONES DE PSICOPATOLOGÍAS EN SOLDADOS	34
- RESULTADOS	36
- ANALISIS RESULTADOS	40
- CONCLUSIONES	42
- BIBLIOGRAFÍA	44
- ANEXOS	45

INTRODUCCION

El siglo XXI ha presenciado un incremento en la profesionalización de las Fuerzas Militares de Colombia, buscando hombres íntegros, ágiles, contundentes y con actitud estratégica ofensiva. Individuos que día a día, se entrenan para ser más competentes militarmente y que se preparan desde el mismo instante en que hacen parte de las filas del Ejército Nacional, hasta el momento de su retiro. Esta preparación se ve enfocada en diferentes áreas de instrucción en las que se busca entrenar al soldado, inicialmente hacia una adecuada adaptación a la vida militar y posteriormente hacia la adquisición de conocimientos y mecanización de conductas que corresponden al orden, disciplina y régimen castrense donde se refuerza la consigna de cuanto más profesional y entrenado es el soldado, mayor probabilidad de alcanzar el éxito tiene.

Es así como este entrenamiento se convierte en la base principal para la competencia militar del soldado, adquiriendo una enorme gama de habilidades, no solo para hacer predicciones tácticas sino también para aplicar la diversidad de sus conocimientos en cada una de las situaciones que así lo requieran. De esta manera, y desde el punto de vista del comportamiento humano, es posible ver el entrenamiento militar y la adquisición de conductas del soldado como estrategias de aprendizaje, donde el objetivo principal es transmitir conocimientos y llevarlos a la práctica inmediata, logrando mecanizar comportamientos a través de la repetición, involucrando procesos cognoscitivos relacionados directamente con la adaptación, interpretando experiencias, ajustándolas a sus propias estructuras y modificando conceptos para desarrollar nuevas conductas.

El entrenamiento y aprendizaje militar, es entendido como un cambio en la estructura cognoscitiva del individuo, siendo interpretado de diferentes maneras. Como todo proceso de adaptación y aprendizaje, exige el máximo desarrollo de capacidades individuales, especialmente porque la época en que se realiza, es en edad adolescente y bajo circunstancias de disciplina y exigencia como lo requiere la vida militar, en donde no contar con ello seguramente se convertirá en un factor de alteración o conflicto dentro del proceso de adaptación al medio,

dificultando la adquisición de nuevos conocimientos y su respectiva aplicación.

De esta manera y ante la problemática descrita, la presente investigación plantea como objetivo principal determinar la influencia que tienen las habilidades cognoscitivas de asimilación y acomodación sobre el aprendizaje y entrenamiento en el proceso de adaptación a la vida militar de 30 jóvenes incorporados como soldados regulares del sexto contingente de 2006. En cuanto a objetivos específicos se han planteado:

- Corroborar la aplicación de la teoría de Piaget en cuanto a adaptación se refiere, desde el punto de vista cognoscitivo y su relación con las habilidades de asimilación y acomodación en la vida militar.
- Crear un instrumento (encuesta) que identifique el nivel de asimilación y de acomodación que utiliza un soldado como habilidad a la hora de adaptarse a un nuevo medio, especialmente el medio militar.
- Relacionar conceptos teóricos como esquema, equilibración y reestructuración cognoscitiva frente al proceso de entrenamiento en el periodo de adaptación de 30 soldados regulares pertenecientes al sexto contingente de 2006.

El presente estudio surge al querer conocer claramente la influencia de ciertas habilidades mentales sobre el comportamiento de una persona, especialmente en situaciones donde el ser humano debe dar uso de todos los recursos personales con los que se cuenta para lograr finalmente adaptarse a un nuevo ritmo de vida, a un nuevo sistema. Se ha establecido la fundamentación teórica que actualmente ejerce mayor influencia en la psicología, partiendo de la psicología cognitiva hasta centrarse en las principales ideas de Piaget frente a la adquisición y manejo del conocimiento. De igual forma se aplica prácticamente en el medio estudiado, analizando cada comportamiento como resultado de la observación y el registro de las conductas de respuesta establecidas en cada una de las actividades previamente elegidas para ser evaluadas. Finalmente se ha querido dar uso de estrategias metodológicas de investigación, teniendo en cuenta que el punto principal de interés es determinar mediante descripciones, como influyen ciertas habilidades sobre algunas conductas aprendidas y para definir esto se requiere de

herramientas básicamente humanas con un alto interés en establecer relaciones y lograr los objetivos propuestos. Para esto se hace necesario tomar un referente teórico que fundamente los conceptos básicos que el presente estudio ha decidido abordar. Tales conceptos nos permite dirigirnos retrospectivamente hacia la visión cognoscitiva, donde las ideas más importantes surgen del pensamiento de Piaget enfocándose hacia el funcionamiento de la inteligencia, conceptos de equilibración, etapas del desarrollo cognitivo y principalmente por ser motivo de este estudio, el concepto de adaptación como resultado de un óptimo proceso de asimilación y acomodación, especialmente al presentarse evidente en jóvenes soldados adolescentes, dentro de un escenario directo como lo es el medio militar.

La construcción del conocimiento de acuerdo a Piaget, se fundamenta en la construcción del pensamiento. Piaget señala que "La inteligencia consiste en mantener una constante adaptación de los esquemas del sujeto al mundo en el que se desenvuelve". Dicha adaptación conduce al desarrollo cognoscitivo y al aprendizaje del individuo. Piaget no considera que el aprendizaje sea motivado únicamente por el medio ambiente al cual el individuo debe adaptarse, sino más bien por un proceso denominado "equilibración", el cual "es una tendencia innata de los individuos a modificar sus esquemas de forma que les permita dar coherencia a su mundo percibido". Así, el aprendizaje puede ser motivado por una situación de desequilibrio o incongruencia entre las estructuras internas o conocimientos previos y una situación o realidad presentada relativamente novedosa. El proceso de equilibración desencadena a su vez otros dos procesos complementarios entre sí: los procesos de "asimilación y acomodación".

La asimilación tiene lugar cuando una persona interpreta una nueva experiencia y trata de ajustarla a sus estructuras conceptuales previas, en otras palabras, es la integración de elementos exteriores a dichas estructuras. Por otro lado la acomodación ocurre cuando una persona modifica sus estructuras conceptuales previas para responder o adaptarse a una nueva situación. La acomodación no sólo implica una modificación de los esquemas previos, sino también "una asimilación o reinterpretación de los datos o conocimientos anteriores en función de los nuevos esquemas construidos".

Estos dos procesos explican el continuo cambio de las estructuras mentales del individuo. "Cuando el sujeto aprende, lo hace modificando activamente sus esquemas, a través de las experiencias, o bien transfiriendo esquemas ya existentes a situaciones nuevas por lo cual la naturaleza del aprendizaje va a depender de lo que el sujeto ya posee". Desde esta perspectiva, el aprendizaje es un proceso complejo en el que se requiere la activación de estructuras internas del pensamiento en el aprendiz. La sola recepción de la información no genera por sí mismo el conocimiento; es necesario producir un desequilibrio entre los mapas mentales del aprendiz y una situación novedosa que no corresponde del todo a su conocimiento y a sus estructuras internas previas. De esta forma y contextualizando la teoría del comportamiento humano con el proceso de adaptación en el medio militar, se hace imprescindible referir como influyen los procesos cognoscitivos en una adecuada adaptación a la vida militar y en el entrenamiento del soldado recientemente incorporado, especialmente si se habla de procesos de asimilación y acomodación frente a la ocurrencia de nuevas experiencias y la adquisición de nuevos esquemas.

De acuerdo a esto y con la firme intención de dar cumplimiento a los objetivos inicialmente plantados, se llevó a cabo una investigación de tipo descriptivo, buscando recolectar datos para determinar la influencia que tienen las habilidades cognoscitivas de asimilación y acomodación sobre el aprendizaje y entrenamiento en el proceso de adaptación a la vida militar de 36 jóvenes incorporados como soldados regulares del sexto contingente de 2006, utilizando herramientas como la observación (3 sesiones donde la población estuvo expuesta a tres tareas diferentes - ejercicio de tiro - orden cerrado - entrenamiento de himnos) y aplicación de encuesta, (aplicada a la muestra poblacional que corresponde a un grupo de jóvenes (36) pertenecientes al sexto contingente de 2006 del Batallón de Servicios No 2, donde sus edades oscilan entre 18 y 21 años, pertenecen a estratos 1 y 2, familias estructuradas y funcionales, condiciones de salud física y mental en óptimo funcionamiento de acuerdo a previos exámenes realizados al ser incorporados.

Dando cumplimiento al proceso investigativo y luego de la aplicación de las técnicas de investigación, es posible hallar resultados que permiten lograr el cumplimiento de los objetivos, determinando finalmente el alto grado de influencia que ejercen las habilidades cognoscitivas frente al

proceso de adaptación de cualquier ser humano. En este caso el proceso de adaptación de un soldado a un medio ajeno a su ritmo de vida, un medio que refleja disciplina, hábitos exigentes, aislamiento y presión. Siendo un medio que de la misma forma le ofrece y le exige la adquisición de nuevas conductas, comportamientos aprendidos que según el análisis de los resultados se adquieren con mayor facilidad en el momento en el que se logra hacer participe del proceso a aquellas habilidades cognoscitivas como la asimilación generándole la capacidad de enfrentar estímulos del entorno, facilitando la concepción de un nuevo concepto o tarea, pasando posteriormente a la acomodación como ajuste a las circunstancias exigentes, produciendo al joven soldado un esfuerzo cognoscitivo a la hora de encontrar el equilibrio entre él y su medio en el que se desempeña.

1. MARCO JURIDICO DEL SERVICIO MILITAR

El artículo 14, capítulo II de la ley 48 y decreto 2048 de 1993, regula las normas que reglamentan el servicio de reclutamiento y movilización, determinando que todo varón colombiano tiene la obligación de inscribirse para definir su situación militar dentro del lapso del año anterior en que cumpla la mayoría de edad, requisito sin el cual no podrá formular solicitudes de exención o aplazamiento. Cuando se llegue a la mayoría de edad sin haberse dado cumplimiento a esta obligación, la autoridad podrá compelerlo sin perjuicio de la aplicación de las sanciones que se establecen en la presente ley.

1.1 LEY 48 DE 1993: Por la cual se reglamenta el servicio de Reclutamiento y Movilización. El Congreso de la República de Colombia,

1.1.1 NORMAS RECTORAS.

ARTICULO 2º. Funciones de las Fuerzas Militares.

La Nación tendrá para su defensa unas Fuerzas militares permanentes constituidas por el Ejército, la Armada y la Fuerza Aérea.

Las Fuerzas Militares tendrán como finalidad primordial la defensa de la soberanía, la independencia, la integridad del territorio nacional y del orden constitucional.

ARTICULO 3º. Servicio militar obligatorio.

Todos los colombianos están obligados a tomar las armas cuando las necesidades públicas lo exijan, para defender la independencia nacional y las instituciones públicas, con las prerrogativas y las exenciones que establece la presente ley.

ARTICULO 4º. Finalidad.

a. Corresponde al Servicio de Reclutamiento y Movilización planear, organizar, dirigir y controlar la definición de la situación militar de los colombianos e integrar a la sociedad en su conjunto en la defensa de la soberanía nacional, así como ejecutar los planes de movilización

ARTICULO 9º. Funciones del Servicio de Reclutamiento y Movilización.

Son funciones del Servicio de Reclutamiento y Movilización:

- a. Definir la situación militar de los colombianos;
- b. Dirigir y organizar el sistema de reemplazos en las Fuerzas Militares;
- c. Efectuar la movilización del personal con fines de defensa nacional;
- d. Inspeccionar el territorio nacional en tiempo de guerra, a fin de determinar las necesidades que en materia de reclutamiento y movilización que tenga el país;
- e. Las demás que le fije el Gobierno Nacional.

ARTICULO 10º. Obligación de definir la situación militar.

Todo varón colombiano está obligado a definir su situación militar a partir de la fecha en que cumpla su mayoría de edad, a excepción de los estudiantes de bachillerato, quienes definirán cuando obtengan su título de bachiller.

La obligación militar de los colombianos termina el día en que cumplan los cincuenta (50) años de edad.

ARTICULO 11º. Duración servicio militar obligatorio.

El servicio militar obligatorio bajo banderas tendrá una duración de doce (12) a veinticuatro (24) meses, según determine el gobierno.

ARTICULO 13º. Modalidades prestación servicio militar obligatorio.

El Gobierno podrá establecer diferentes modalidades para atender la obligación de la prestación del servicio militar obligatorio.

Continuarán rigiendo las modalidades actuales sobre la prestación del servicio militar:

- a. Como soldado regular, de 18 a 24 meses;
- b. Como soldado bachiller, durante 12 meses;
- c. Como auxiliar de policía bachiller, durante 12 meses;
- d. Como soldado campesino, de 12 hasta 18 meses.

PARAGRAFO 1º. Los soldados, en especial los bachilleres, además de su formación militar y demás obligaciones inherentes a su calidad de soldado, deberán ser instruidos y dedicados a la realización de actividades de bienestar social a la comunidad y en especial a tareas para la preservación del medio ambiente y conservación ecológica.

PARAGRAFO 2º. Los soldados campesinos prestarán su servicio militar obligatorio en la zona geográfica donde residen. El Gobierno Nacional organizará tal servicio tomando en cuenta su preparación académica y oficio.

ARTICULO 14º. Inscripción.

Todo varón colombiano tiene la obligación de inscribirse para definir su situación militar dentro del lapso del año anterior en que cumpla la mayoría de edad, requisito sin el cual no podrá formular solicitudes de exención o aplazamiento. Cuando se llegue a la mayoría de edad sin haberse dado cumplimiento a esta obligación, la autoridad podrá compelerlo sin perjuicio de la aplicación de las sanciones que se establecen en la presente Ley.

ARTICULO 15º. Exámenes de aptitud psicofísica.

El personal inscrito se someterá a tres exámenes médicos.

ARTICULO 16º. Primer examen.

El primer examen de aptitud psicofísica será practicado por Oficiales de sanidad o profesionales especialistas al servicio de las Fuerzas Militares en el lugar y hora fijados por las autoridades de Reclutamiento.

Este examen determinará la aptitud para el servicio militar, de acuerdo con el reglamento expedido por el Ministerio de Defensa Nacional para tal fin.

ARTICULO 17º. Segundo examen.

Se cumplirá un segundo examen médico opcional, por determinación de las autoridades de Reclutamiento o a solicitud del inscrito, el cual decidirá en última instancia la aptitud psicofísica para la definición de la situación militar.

ARTICULO 18º. Tercer examen.

Entre los 45 y 90 días posteriores a la incorporación de un contingente, se practicará un tercer examen de aptitud psicofísica para verificar que los soldados no presenten inhabilidades incompatibles con la prestación del servicio militar.

ARTICULO 20º. Concentración e incorporación.

Cumplidos los requisitos de ley, los conscriptos aptos se citan en el lugar, fecha y hora determinados por las autoridades de Reclutamiento, con fines de selección e ingreso, lo que constituye su incorporación a las filas para la prestación del servicio militar.

PARAGRAFO. La incorporación se podrá efectuar a partir de la mayoría de edad del conscripto hasta cuando cumpla 28 años, salvo las excepciones establecidas en la presente Ley para bachilleres.

1.2 SITUACIONES ESPECIALES

ARTICULO 23º. Colombianos residentes en el exterior.

Los varones colombianos residentes en el exterior definirán su situación militar en los términos de la presente Ley, por intermedio de las autoridades consulares correspondientes.

ARTICULO 24º. Colombianos por adopción.

Los varones colombianos por adopción residentes en el país definirán su situación militar de conformidad con la presente Ley, siempre y cuando no lo hayan hecho en el país de origen.

ARTICULO 25º. Colombianos con doble nacionalidad.

Los varones colombianos, por nacimiento con doble nacionalidad definirán su situación militar de conformidad con la presente Ley.

PARAGRAFO. Se exceptúan de este artículo los jóvenes colombianos, por nacimiento, que presenten comprobantes de haber prestado el servicio militar en alguno de los Estados con los cuales Colombia tenga celebrado convenio al respecto.

ARTICULO 26º. Extranjeros domiciliados en Colombia.

Los extranjeros domiciliados en Colombia no están obligados a definir situación militar en nuestro país.

1.3 EXENCIONES Y APLAZAMIENTOS

ARTICULO 27º. Exenciones en todo tiempo.

Están exentos de prestar el servicio militar en todo tiempo y no pagan cuota de compensación militar:

- a. Los limitados físicos y sensoriales permanentes;
- b. Los indígenas que residan en su territorio y que conserven su integridad cultural, social y económica.

ARTICULO 28°. Exención en tiempo de paz.

Están exentos del servicio militar en tiempo de paz, con la obligación de inscribirse y pagar cuota de compensación militar:

- a. Los clérigos y religiosos de acuerdo a los convenios concordatarios vigentes. Así mismo los similares jerárquicos de otras religiones o iglesias, dedicados permanentemente a su culto;
- b. Los que hubieren sido condenados a penas que tengan como accesorios la pérdida de sus derechos políticos mientras no obtengan su rehabilitación;
- c. El hijo único, hombre o mujer, de matrimonio de unión permanente, de mujer viuda, divorciada separada o madre soltera;
- d. El huérfano de padre o madre que atienda con su trabajo a la subsistencia de sus hermanos incapaces de ganarse el sustento;
- e. El hijo de padres incapacitados para trabajar o mayores de 60 años, cuando éstos carezcan de renta, pensión o medios de subsistencia, siempre que dicho hijo vele por ellos;
- f. El hermano o hijo de quien haya muerto o adquirido una inhabilidad absoluta y permanente en combate, en actos del servicio o como consecuencia del mismo, durante la prestación del servicio militar obligatorio, a menos, que siendo apto, voluntariamente quiera prestarlo;
- g. Los casados que hagan vida conyugal;
- h. Los inhábiles relativos y permanentes;
- i. Los hijos de oficiales, suboficiales, agentes y civiles de la Fuerza Pública que hayan fallecido o adquirido una inhabilidad absoluta y permanente en combate o en actos del servicio y por causas inherentes al mismo, a menos, que siendo aptos, voluntariamente quieran prestarlo¹.

Dentro del cumplimiento de esta ley constitucional, cada joven deberá definir su situación militar incorporándose a una de las Fuerzas Militares o de Policía, las cuales le prepararán e instruirán a través del entrenamiento militar, para mantener un excelente desempeño en las diferentes misiones que se le asignen, ya sean de orden administrativo u

¹ Congreso de la República de Colombia, Normas que reglamentan el Servicio de Reclutamiento. Ley 48 decreto 2048 de 1993. Bogotá.

operacional. De esta forma, el joven ingresa a la institución e inicia un proceso de aprendizaje, donde adquiere conductas típicas militares que le adoctrinan hacia su funcionamiento como ser disciplinado y cumplidor, para finalmente lograr ser un soldado integro, dispuesto a asumir retos y cumplir con las funciones propias del soldado regular que presta su servicio militar obligatorio.

Es así, como todo este proceso de adaptación y aprendizaje, exige el máximo desarrollo de capacidades, sentido de pertenencia, habilidades y potencialidades al servicio de las Fuerzas Militares y al no contar con ello, seguramente se convertirá en un factor de alteración o conflicto dentro del proceso de adaptación a la vida militar, dificultando la adquisición de nuevos conocimientos y el manejo de los mismos. Para garantizar el óptimo desempeño del soldado en el medio militar, se hace necesario no solamente que el medio preste las condiciones, sino que el joven cuente con habilidades cognoscitivas especiales que le permitan ser hábil y capaz en su futuro desempeño como soldado.

2. TEORÍA DE PIAGET: UNA VISION COGNOSCITIVA

Las ideas más importantes sobre las que se sustenta la teoría de PIAGET son las siguientes:

- El funcionamiento de la inteligencia: Asimilación y Acomodación.
- El concepto de Esquema.
- El proceso de equilibración.
- Las etapas del desarrollo cognitivo.

2.1 FUNCIONAMIENTO DE LA INTELIGENCIA: ASIMILACIÓN Y ACOMODACIÓN.

En el modelo Piagetiano, una de las ideas nucleares es el concepto de inteligencia como proceso de naturaleza biológica. Para él el ser humano es un organismo vivo que llega al mundo con una herencia biológica, que afecta a la inteligencia. Por una parte, las estructuras biológicas limitan aquello que podemos percibir, y por otra hacen posible el progreso intelectual.

Con influencia Darwinista, PIAGET elabora un modelo que constituye a su vez una de las partes más conocidas y controvertidas de su teoría. PIAGET cree que los organismos humanos comparten dos "funciones invariantes": **organización y adaptación**. La mente humana, de acuerdo con PIAGET, también opera en términos de estas dos funciones no cambiantes. Sus procesos psicológicos están muy organizados en sistemas coherentes y estos sistemas están preparados para **adaptarse a los estímulos cambiantes del entorno**. La función de adaptación en los sistemas psicológicos y fisiológicos opera a través de dos procesos complementarios: LA ASIMILACIÓN Y LA ACOMODACIÓN.

"La asimilación se refiere al modo en que un organismo se enfrenta a un estímulo del entorno en términos de organización actual, mientras que la acomodación implica una modificación de la organización actual en respuesta a las demandas del medio. Mediante la asimilación y la acomodación vamos reestructurando cognitivamente nuestro aprendizaje a lo largo del desarrollo (reestructuración cognitiva).

Asimilación y acomodación son dos procesos invariantes a través del desarrollo cognitivo. Para PIAGET asimilación y acomodación interactúan

mutuamente en un proceso de EQUILIBRACIÓN. El equilibrio puede considerarse cómo un proceso regulador, a un nivel más alto, que gobierna la relación entre la asimilación y la acomodación".²

2.2 CONCEPTO DE ESQUEMA

El concepto de esquema aparece en la obra de PIAGET en relación con el tipo de organización cognitiva que, necesariamente implica la asimilación: los objetos externos son siempre asimilados a algo, a un esquema mental, a una estructura mental organizada.

Para PIAGET, un esquema es una estructura mental determinada que puede ser transferida y generalizada. Un esquema puede producirse en muchos niveles distintos de abstracción. Uno de los primeros esquemas es el del objeto permanente, que permite al niño responder a objetos que no están presentes sensorialmente. Más tarde el niño consigue el esquema de una clase de objetos, lo que le permite agruparlos en clases y ver la relación que tienen los miembros de una clase con los de otras. En muchos aspectos, el esquema de PIAGET se parece a la idea tradicional de concepto, salvo que se refiere a operaciones mentales y estructuras cognitivas en vez de referirse a clasificaciones preceptuales.

2.3 EL PROCESO DE EQUILIBRACIÓN.

Aunque asimilación y acomodación son funciones invariantes en el sentido de estar presentes a lo largo de todo el proceso evolutivo, la relación entre ellas es cambiante de modo que la evolución intelectual es la evolución de esta relación asimilación / acomodación.

Para PIAGET el proceso de equilibración entre asimilación y acomodación se establece en tres niveles sucesivamente más complejos:

1. El equilibrio se establece entre los esquemas del sujeto y los acontecimientos externos.
2. El equilibrio se establece entre los propios esquemas del sujeto

² PAPALIA. Diane E. Psicología del desarrollo. 8º Ed. Editorial Mc. Graw Hill. Bogotá Colombia. 2001. Pág. 31.

3. El equilibrio se traduce en una integración jerárquica de esquemas diferenciados.

Pero en el proceso de equilibración hay un nuevo concepto de suma importancia: ¿Qué ocurre cuando el equilibrio establecido en cualquiera de esos tres niveles se rompe? Es decir, cuando entran en contradicción bien sean esquemas externos o esquemas entre si. Se produciría un CONFLICTO COGNITIVO que es cuando se rompe el equilibrio cognitivo. El organismo, en cuanto busca permanentemente el equilibrio busca respuestas, se plantea interrogantes, investiga, descubre,...etc, hasta llegar al conocimiento que le hace volver de nuevo al equilibrio cognitivo.

2.4 ETAPAS DEL DESARROLLO COGNITIVO.

En la teoría de PIAGET, el desarrollo Intelectual está claramente relacionado con el desarrollo biológico. El desarrollo intelectual es necesariamente lento y también esencialmente cualitativo: la evolución de la inteligencia supone la aparición progresiva de diferentes etapas que se diferencia entre sí por la construcción de esquemas cualitativamente diferentes.

La teoría de PIAGET descubre los estadios de desarrollo cognitivo desde la infancia a la adolescencia: cómo las estructuras psicológicas se desarrollan a partir de los reflejos innatos, se organizan durante la infancia en esquemas de conducta, se internalizan durante el segundo año de vida como modelos de pensamiento, y se desarrollan durante la infancia y la adolescencia en complejas estructuras intelectuales que caracterizan la vida adulta. PIAGET divide el desarrollo cognitivo en cuatro periodos importantes:

PERÍODO	ESTADIO	EDAD
ETAPA SENSORIOMOTORA	Estadio de los mecanismos reflejos congénitos	0-1 mes
La conducta del niño es esencialmente motora, no hay	Estadio de la reacciones circulares primarias	1-4 meses
	Estadio de las reacciones	4-8 meses

representación interna de los acontecimientos externos, ni piensa mediante conceptos.	circulares secundarias	
	Estadio de la coordinación de los esquemas de conducta previos	8-12 meses
	Estadio de las nuevas representaciones mentales	12-24 meses
ETAPA PREOPERACIONAL Es la etapa del pensamiento y la del lenguaje que gradúa su capacidad de pensar simbólicamente, imita objetos de conducta, juegos simbólicos, dibujos, imágenes mentales y el desarrollo del lenguaje hablado.	Estadio preconceptual	2-4 años
	Estadio intuitivo	4-7 años
ETAPA DE LAS OPERACIONES CONCRETAS Los procesos de razonamiento se vuelen lógicos y pueden aplicarse a problemas concretos o reales. En el aspecto social, el niño, ahora se convierte en un ser verdaderamente social y en esta etapa aparecen los esquemas lógicos de seriación, ordenamiento mental de conjuntos y clasificación de los conceptos de casualidad, espacio, tiempo y velocidad.		7-11 años
ETAPA DE LAS OPERACIONES FORMALES Es la etapa del pensamiento y la del lenguaje que gradúa su capacidad de pensar simbólicamente, imita objetos de conducta, juegos simbólicos, dibujos, imágenes mentales y el desarrollo del lenguaje hablado.		11 años adelante

2.5 IMPLICACIONES DE LA TEORÍA DE PIAGET EN EL APRENDIZAJE

PIAGET parte de que la enseñanza se produce "de dentro hacia afuera". Para él la educación tiene como finalidad favorecer el crecimiento intelectual, afectivo y social del niño, pero teniendo en cuenta que ese crecimiento es el resultado de unos procesos evolutivos naturales. La acción educativa, por tanto, ha de estructurarse de manera que favorezcan los procesos constructivos personales, mediante los cuales opera el crecimiento. Las actividades de descubrimiento deben ser por tanto, prioritarias. Esto no implica que el niño tenga que aprender en solitario. Bien al contrario, una de las características básicas del modelo pedagógico Piagetiano es, justamente, el modo en que resaltan las interacciones sociales horizontales.

Las implicaciones del pensamiento Piagetiano en el aprendizaje inciden en la concepción constructivista del aprendizaje. Los principios generales del pensamiento Piagetiano sobre el aprendizaje son:

- Los objetivos pedagógicos deben, además de estar centrados en el niño, partir de las actividades del alumno.
- Los contenidos, no se conciben como fines, sino como instrumentos al servicio del desarrollo evolutivo natural.
- El principio básico de la metodología Piagetiana es la primacía del método de descubrimiento.
- El aprendizaje es un proceso constructivo interno.
- El aprendizaje depende del nivel de desarrollo del sujeto.
- El aprendizaje es un proceso de reorganización cognitiva.
- En el desarrollo del aprendizaje son importantes los conflictos cognitivos o contradicciones cognitivas.
- La interacción social favorece el aprendizaje.
- La experiencia física supone una toma de conciencia de la realidad que facilita la solución de problemas e impulsa el aprendizaje.

- Las experiencias de aprendizaje deben estructurarse de manera que se privilegie la cooperación, la colaboración y el intercambio de puntos de vista en la búsqueda conjunta del conocimiento (aprendizaje interactivo).

2.6 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS BÁSICOS DE LAS TEORÍAS DE PIAGET:

ESQUEMA: Representa lo que puede repetirse y generalizarse en una acción; es decir, el esquema es aquello que poseen en común las acciones, por ejemplo "empujar" a un objeto con una barra o con cualquier otro instrumento. Un esquema es una actividad operacional que se repite (al principio de manera refleja) y se universaliza de tal modo que otros estímulos previos no significativos se vuelven capaces de suscitarla. Un esquema es una imagen simplificada (por ejemplo, el mapa de una ciudad). La teoría de Piaget trata en primer lugar los esquemas. Al principio los esquemas son comportamientos reflejos, pero posteriormente incluyen movimientos voluntarios, hasta que tiempo después llegan a convertirse principalmente en operaciones mentales. Con el desarrollo surgen nuevos esquemas y los ya existentes se reorganizan de diversos modos. Esos cambios ocurren en una secuencia determinada y progresan de acuerdo con una serie de etapas.

ESTRUCTURA: Son el conjunto de respuestas que tienen lugar luego de que el sujeto de conocimiento ha adquirido ciertos elementos del exterior. Así pues, el punto central de lo que podríamos llamar la teoría de la fabricación de la inteligencia es que ésta se "construye" en la cabeza del sujeto, mediante una actividad de las estructuras que se alimentan de los esquemas de acción, o sea, de regulaciones y coordinaciones de las actividades del niño. La estructura no es más que una integración equilibrada de esquemas. Así, para que el niño pase de un estado a otro de mayor nivel en el desarrollo, tiene que emplear los esquemas que ya posee, pero en el plano de las estructuras.

ORGANIZACIÓN: Es un atributo que posee la inteligencia, y está formada por las etapas de conocimientos que conducen a conductas diferentes en situaciones específicas. Para Piaget un objeto no puede ser jamás percibido ni aprendido en sí mismo sino a través de las

organizaciones de las acciones del sujeto en cuestión. La función de la organización permite al sujeto conservar en sistemas coherentes los flujos de interacción con el medio.

ADAPTACIÓN: La adaptación está siempre presente a través de dos elementos básicos: la asimilación y la acomodación. El proceso de adaptación busca en algún momento la estabilidad y, en otros, el cambio. En si, la adaptación es un atributo de la inteligencia, que es adquirida por la asimilación mediante la cual se adquiere nueva información y también por la acomodación mediante la cual se ajustan a esa nueva información. La función de adaptación le permite al sujeto aproximarse y lograr un ajuste dinámico con el medio. La adaptación y organización son funciones fundamentales que intervienen y son constantes en el proceso de desarrollo cognitivo, ambos son elementos indisolubles.

ASIMILACIÓN: La asimilación se refiere al modo en que un organismo se enfrenta a un estímulo del entorno en términos de organización actual. "La asimilación mental consiste en la incorporación de los objetos dentro de los esquemas de comportamiento, esquemas que no son otra cosa sino el armazón de acciones que el hombre puede reproducir activamente en la realidad". De manera global se puede decir que la asimilación es el hecho de que el organismo adopte las sustancias tomadas del medio ambiente a sus propias estructuras. Incorporación de los datos de la experiencia en las estructuras innatas del sujeto.

ACOMODACIÓN: La acomodación implica una modificación de la organización actual en respuesta a las demandas del medio. Es el proceso mediante el cual el sujeto se ajusta a las condiciones externas. La acomodación no sólo aparece como necesidad de someterse al medio, sino se hace necesaria también para poder coordinar los diversos esquemas de asimilación.

EQUILIBRIO: Es la unidad de organización en el sujeto cognoscente. Son los denominados "ladrillos" de toda la construcción del sistema intelectual o cognitivo, regulan las interacciones del sujeto con la realidad, ya que a su vez sirven como marcos asimiladores mediante los cuales la nueva información es incorporada en la persona. El desarrollo cognoscitivo comienza cuando el niño va realizando un equilibrio interno entre la acomodación y el medio que lo rodea y la asimilación de esta

misma realidad a sus estructuras. Es decir, el niño al irse relacionando con su medio ambiente, irá incorporando las experiencias a su propia actividad y las reajusta con las experiencias obtenidas; para que este proceso se lleve a cabo debe de presentarse el mecanismo del equilibrio, el cual es el balance que surge entre el medio externo y las estructuras internas de pensamiento.

Proceso de Equilibración: Aunque asimilación y acomodación son funciones invariantes en el sentido de estar presentes a lo largo de todo el proceso evolutivo, la relación entre ellas es cambiante de modo que la evolución intelectual es la evolución de esta relación asimilación / acomodación. Para PIAGET el proceso de equilibración entre asimilación y acomodación se establece en tres niveles sucesivamente más complejos:

1. El equilibrio se establece entre los esquemas del sujeto y los acontecimientos externos.
2. El equilibrio se establece entre los propios esquemas del sujeto.
3. El equilibrio se traduce en una integración jerárquica de esquemas diferenciados.

2.7 HABILIDADES DE ASIMILACIÓN Y ACOMODACIÓN

La asimilación y la acomodación son dos conceptos (dos subprocesos) que juegan un papel crucial de la teoría de Piaget. Los comentaristas Piagetianos presentan a la asimilación y acomodación ateniéndose a la comparación (que el mismo Piaget sugiere) de los procesos digestivos o metabólicos. Por ejemplo, Flavell escribe: "Probablemente la función más fundamental de la materia viva es incorporar en su estructura elementos nutritivos procedentes de afuera. Primero, el organismo debe y quiere transformar las sustancias que ingiere para incorporar sus valores alimenticios en su propio sistema. Una primera transformación se da por la masticación. Otra transformación, aun más drástica, sobreviene en la digestión lenta; la sustancia pierde allí su identidad primordial y entra a formar parte de la estructura del organismo. El proceso por el que los elementos cambian y se incorporan a éste se

llama *asimilación*, es decir, los elementos son asimilados al sistema. En este proceso de asimilar materias, el organismo está además haciendo otras cosas: está ajustándose él mismo a la consecución del proceso. La boca se abre para que las substancias entren; algunas de éstas deben ser trituradas; el proceso digestivo debe igualmente adaptarse a las características físicas y químicas del alimento so pena de que la digestión no se realice. A este segundo aspecto de ajuste al objeto Piaget lo denomina *acomodación*".

Comparaciones aparte, ¿por qué la asimilación y la acomodación son elementos clave en la teoría de Piaget? En el primer capítulo de *El nacimiento de la inteligencia en el niño*, titulado "El problema biológico de la inteligencia", Piaget sienta la proposición siguiente: "Decir que la inteligencia es un caso particular de la adaptación biológica es suponer que es esencialmente una organización y que su función es estructurar el universo como el organismo estructura el medio inmediato". Esta tesis implica un programa de trabajo: Piaget se impone mostrar que la inteligencia reflexiva (humana) se apoya en la inteligencia práctica sensoriomotriz y ésta, a su vez, emana de la capacidad biológica de adaptación de los organismos a su entorno. "Si la adaptación biológica es una especie de conocimiento material del medio ambiente, se precisará una serie de estructuraciones ulteriores para que de este mecanismo puramente activo salga una representación consciente y gnóstica". Siempre en el registro biológico, Piaget prosigue que la adaptación, garantía de supervivencia, implica transformaciones constantes del organismo a través de intercambios con el entorno. Y aquí, en esta relación necesaria e incesante organismo - entorno, es donde él ubica la asimilación: es aquella dimensión de proceso adaptativo por la que el organismo incorpora elementos del medio a su organización. Esta propuesta la traduce así al dominio psicológico: "La inteligencia es, en efecto, *asimilación* en la medida que incorpora en su marco todos datos de la experiencia. Trátese del pensamiento que, gracias a la capacidad de juzgar, introduce lo nuevo en lo ya conocido y reduce así el universo a sus nociones propias o trátese de la inteligencia sensoriomotriz que estructura igualmente la cosas percibidas ajustándolas a sus esquemas, en todos los casos la adaptación intelectual comporta un elemento de asimilación, es decir, de estructuración por incorporación de la realidad exterior a formas tributarias de la actividad del sujeto". La asimilación, afirma Piaget más adelante, es el hecho primordial de la vida psíquica y, recapitulando el

paralelo entre el orden biológico y el psicológico, remacha: "Entre el conjunto de realidades exteriores que el organismo asimila, algunas son incorporadas gracias a los mecanismos físico-químicos mientras que otras sirven simplemente de alimentos funcionales y globales. En el primer caso puede hablarse de asimilación fisiológica y en el segundo de asimilación psicológica. Pero en ambos casos el fenómeno es el mismo: el universo queda englobado en la actividad del sujeto".

Hasta aquí lo que toca a la asimilación. Por lo que respecta a la *acomodación*, Piaget es mucho más breve. La presenta como el complemento necesario, la otra cara de la moneda, de la asimilación. El organismo en el "procesamiento" de elementos que incorpora a su organización muestra una necesaria flexibilidad, se ajusta a "las presiones de medio" modificando sus esquemas de aprehensión de lo externo. *Acomodación* y *asimilación* se implican mutuamente, constituyen un bucle recurrente y creativo, como se ha explicado en el texto principal. Lo que emerge de ese bucle es, a cada momento de la actividad del sujeto, la adaptación al entorno: la adaptación es un equilibrio entre la asimilación y la acomodación"³.

"En una excelente crítica epistemológica a la teoría del desarrollo sensoriomotor de Piaget, James Russell (1981) razona que la "Demarche" de Piaget resulta de su consciente y confesada decisión (epistemológica) de huir de los extremos sectarios del innatismo, por un lado, y del asociacionismo empirista (teorías del aprendizaje). En su huida recogerá un botín de estos contendientes, lo aprovechable de cada uno. Rechaza que existan estructuras innatas pero suscribe que existen funciones innatas o invariantes funcionales, originariamente biológicos, que luego se reproducen en el dominio psicológico (o que actúan allí analógicamente): se trata de la autorregulación. Rechaza igualmente el principio de que el niño "aprenda por asociación" y lo sustituye por el de *actividad asimilatoria* a partir de los reflejos. El resultado es que "todo lo que el niño logre ha de ser fruto de su capacidad autorreguladora y de la actividad asimilativa, que se traducen ambas en la diferenciación e integración de los esquemas". La crítica de Russell se extiende luego a las consecuencias "no queridas" que se siguen de esta postura, filosófica más que psicológica. Por ejemplo, dice que la insistencia de que toda conquista intelectual del niño es fruto de sus capacidades intrínsecas de autorregulación y de actividad

³ PIAGET, Jean. *Psicología de la Inteligencia*. Ed. Psique, Buenos Aires. 1971.

asimilatoria "le sentencian al egocentrismo". Es un eco de aquel reproche que frecuentemente se hace a Piaget, a saber, que el niño/la niña que él nos presenta son "constructores en solitario".

Queda, pues, delineado el papel que la asimilación y la acomodación juegan en la teoría de Piaget. Entre otras muchas más ideas que arrojarían más luz sobre el tema, añadiremos simplemente dos. Primera, que Piaget distingue varias modalidades de asimilación: la puramente *funcional* (la que afirma los esquemas en base a repeticiones; aquí aparece la noción de "reacción circular"); la asimilación *generalizadora* (por la que un esquema se aplica a "objetos" análogos, ampliando así su campo de actividad) y la asimilación *reconocedora* por la que un esquema "reconoce" su objeto o los discrimina al aplicarse al entorno. La segunda es que aunque la asimilación y acomodación constituyen un bucle de dos "piezas" inseparables hay momentos del desarrollo en que prevalece el subproceso asimilación y momentos en que prevalece el subproceso acomodación. Esta segunda alternativa se da, por ejemplo, en el 5º estadio sensorimotor donde, según Piaget, los numerosos tanteos que hace el niño para descubrir medios nuevos supone una intensa acomodación de los esquemas conocidos a la experiencia presente

La asimilación es "la acción del organismo sobre los objetos que la rodean, en tanto que esta acción depende de las conductas anteriores referidas a los mismos objetos o a otros análogos. El ser viviente no sufre nunca impasiblemente la reacción de los cuerpos que le rodean, sino que esta reacción modifica el ciclo asimilador acomodándolo a ellos"⁴.

Piaget utiliza ambos términos para mostrar cómo opera la inteligencia de los organismos; cada vez que el sujeto se enfrenta a una situación, nueva o no, aplica pautas de conducta o esquemas de comportamiento, físicos u operatorios, adquiridos en experiencias previas. Esto conforma la asimilación. Al mismo tiempo los objetos o la situación en su conjunto ofrecen una cierta resistencia al sujeto, lo cual tiene por consecuencia la necesaria acomodación del sujeto a la situación. Cuando asimilación y acomodación están en equilibrio se habla de adaptación, por lo tanto, de comportamiento inteligente.

⁴ PIAGET, Jean. El lenguaje y el pensamiento del niño: Estudio sobre la lógica del niño. 4º Ed. Editorial Guadalupe. Buenos Aires, 1976. Pág. 17 – 8.

Ni la asimilación ni la acomodación son fenómenos que se den en estado "puro", siempre aparecen en interacción una con la otra. Piaget considera que ambos procesos son "invariantes funcionales": son procesos complementarios siempre presentes, independientemente de la estructura de conjunto que esté progresando hacia el equilibrio en ese momento.

Piaget define tres tipos diferentes de asimilación: asimilación reproductora, asimilación generalizadora o transpositiva, asimilación de reconocimiento.

2.8 TIPOS DE CONOCIMIENTO SEGÚN PIAGET

Piaget distingue tres tipos de conocimiento que el sujeto puede poseer, éstos son los siguientes: físico, lógico-matemático y social.

El conocimiento físico es el que pertenece a los objetos del mundo natural; se refiere básicamente al que está incorporado por abstracción empírica, en los objetos. La fuente de este razonamiento está en los objetos (por ejemplo la dureza de un cuerpo, el peso, la rugosidad, el sonido que produce, el sabor, la longitud, etcétera). Este conocimiento es el que adquiere el niño a través de la manipulación de los objetos que le rodean y que forman parte de su interacción con el medio. Ejemplo de ello, es cuando el niño manipula los objetos que se encuentran en el aula y los diferencia por textura, color, peso, etc.

Es la abstracción que el niño hace de las características de los objetos en la realidad externa a través del proceso de observación: color, forma, tamaño, peso y la única forma que tiene el niño para descubrir esas propiedades es actuando sobre ellos físico y mentalmente. El conocimiento físico es el tipo de conocimiento referido a los objetos, las personas, el ambiente que rodea al niño, tiene su origen en lo externo. En otras palabras, la fuente del conocimiento físico son los objetos del mundo externo, ejemplo: una pelota, el carro, el tren, el tetero, etc.

"El conocimiento lógico-matemático es el que no existe por si mismo en la realidad (en los objetos). La fuente de este razonamiento está en el sujeto y éste la construye por abstracción reflexiva. De hecho se deriva

de la coordinación de las acciones que realiza el sujeto con los objetos. El ejemplo más típico es el número, si nosotros vemos tres objetos frente a nosotros en ningún lado vemos el "tres", éste es más bien producto de una abstracción de las coordinaciones de acciones que el sujeto ha realizado, cuando se ha enfrentado a situaciones donde se encuentren tres objetos. El conocimiento lógico-matemático es el que construye el niño al relacionar las experiencias obtenidas en la manipulación de los objetos. Por ejemplo, el niño diferencia entre un objeto de textura áspera con uno de textura lisa y establece que son diferentes. El conocimiento lógico-matemático "surge de una abstracción reflexiva", ya que este conocimiento no es observable y es el niño quien lo construye en su mente a través de las relaciones con los objetos, desarrollándose siempre de lo más simple a lo más complejo, teniendo como particularidad que el conocimiento adquirido una vez procesado no se olvida, ya que la experiencia no proviene de los objetos sino de su acción sobre los mismos. De allí que este conocimiento posea características propias que lo diferencian de otros conocimientos"⁵.

2.9 COMO SE LOGRA EL DESARROLLO COGNITIVO:

Ningún conocimiento es una copia de lo real, porque incluye, forzosamente, un proceso de asimilación a estructuras anteriores; es decir, una integración de estructuras previas. De esta forma, la asimilación maneja dos elementos: lo que se acaba de conocer y lo que significa dentro del contexto del ser humano que lo aprendió. Por esta razón, conocer no es copiar lo real, sino actuar en la realidad y transformarla.

La lógica, por ejemplo, no es simplemente un sistema de notaciones inherentes al lenguaje, sino que consiste en un sistema de operaciones como clasificar, seriar, poner en correspondencia, etc. Es decir, se pone en acción la teoría asimilada. Conocer un objeto, para Piaget, implica incorporarlo a los sistemas de acción y esto es válido tanto para conductas sensorio motrices hasta combinaciones lógicas-matemáticas.

Los esquemas más básicos que se asimilan son reflejos o instintos, en otras palabras, información hereditaria. A partir de nuestra

⁵ PIAGET, Jean. Psicología. lógica y Comunicación. Editorial Nueva Visión. Buenos Aires, Argentina. 1970.

conformación genética respondemos al medio en el que estamos inscritos; pero a medida que se incrementan los estímulos y conocimientos, ampliamos nuestra capacidad de respuesta; ya que asimilamos nuevas experiencias que influyen en nuestra percepción y forma de responder al entorno. Las conductas adquiridas llevan consigo procesos auto-reguladores, que nos indican cómo debemos percibir las y aplicarlas. El conjunto de las operaciones del pensamiento, en especial las operaciones lógico-matemáticas, son un vasto sistema auto-regulador, que garantiza al pensamiento su autonomía y coherencia.

La regulación se divide, según las ideas de Piaget en dos niveles:

Regulaciones orgánicas, que tienen que ver con las hormonas, ciclos, metabolismo, información genética y sistema nervioso.

Regulaciones cognitivas, tienen su origen en los conocimientos adquiridos previamente por los individuos.

De manera general se puede decir que el desarrollo cognitivo ocurre con la reorganización de las estructuras cognitivas como consecuencia de procesos adaptativos al medio, a partir de la asimilación de experiencias y acomodación de las mismas de acuerdo con el equipaje previo de las estructuras cognitivas de los aprendices. Si la experiencia física o social entra en conflicto con los conocimientos previos, las estructuras cognitivas se reacomodan para incorporar la nueva experiencia y es lo que se considera como aprendizaje. El contenido del aprendizaje se organiza en esquemas de conocimiento que presentan diferentes niveles de complejidad. La experiencia escolar, por tanto, debe promover el conflicto cognitivo en el aprendiz mediante diferentes actividades, tales como las preguntas desafiantes de su saber previo, las situaciones desestabilizadoras, las propuestas o proyectos retadores, etc.

La teoría de Piaget ha sido denominada epistemología genética porque estudió el origen y desarrollo de las capacidades cognitivas desde su base orgánica, biológica, genética, encontrando que cada individuo se desarrolla a su propio ritmo. Describe el curso del desarrollo cognitivo desde la fase del recién nacido, donde predominan los mecanismos reflejos, hasta la etapa adulta caracterizada por procesos conscientes de comportamiento regulado. En el desarrollo genético del individuo se identifican y diferencian periodos del desarrollo intelectual, tales como el

periodo sensorio-motriz, el de operaciones concretas y el de las operaciones formales. Piaget considera el pensamiento y la inteligencia como procesos cognitivos que tienen su base en un substrato orgánico-biológico determinado que va desarrollándose en forma paralela con la maduración y el crecimiento biológico.

En la base de este proceso se encuentran dos funciones denominadas asimilación y acomodación, que son básicas para la adaptación del organismo a su ambiente. Esta adaptación se entiende como un esfuerzo cognoscitivo del individuo para encontrar un equilibrio entre él mismo y su ambiente. Mediante la asimilación el organismo incorpora información al interior de las estructuras cognitivas a fin de ajustar mejor el conocimiento previo que posee. Es decir, el individuo adapta el ambiente a sí mismo y lo utiliza según lo concibe. La segunda parte de la adaptación que se denomina acomodación, como ajuste del organismo a las circunstancias exigentes, es un comportamiento inteligente que necesita incorporar la experiencia de las acciones para lograr su cabal desarrollo.

Estos mecanismos de asimilación y acomodación conforman unidades de estructuras cognoscitivas que Piaget denomina esquemas. Estos esquemas son representaciones interiorizadas de cierta clase de acciones o ejecuciones, como cuando se realiza algo mentalmente sin realizar la acción. Puede decirse que el esquema constituye un plan cognoscitivo que establece la secuencia de pasos que conducen a la solución de un problema.

Para Piaget el desarrollo cognitivo se desarrolla de dos formas: la primera, la más amplia, corresponde al propio desarrollo cognitivo, como un proceso adaptativo de asimilación y acomodación, el cual incluye maduración biológica, experiencia, transmisión social y equilibrio cognitivo. La segunda forma de desarrollo cognitivo se limita a la adquisición de nuevas respuestas para situaciones específicas o a la adquisición de nuevas estructuras para determinadas operaciones mentales específicas.

En el caso del aula de clases Piaget considera que los factores motivacionales de la situación del desarrollo cognitivo son inherentes al estudiante y no son, por lo tanto, manipulables directamente por el profesor. La motivación del estudiante se deriva de la existencia de un

desequilibrio conceptual y de la necesidad del estudiante de restablecer su equilibrio. La enseñanza debe ser planeada para permitir que el estudiante manipule los objetos de su ambiente, transformándolos, encontrándoles sentido, disociándolos, introduciéndoles variaciones en sus diversos aspectos, hasta estar en condiciones de hacer inferencias lógicas y desarrollar nuevos esquemas y nuevas estructuras mentales.

El desarrollo cognitivo, en resumen, ocurre a partir de la reestructuración de las estructuras cognitivas internas del aprendiz, de sus esquemas y estructuras mentales, de tal forma que al final de un proceso de aprendizaje deben aparecer nuevos esquemas y estructuras como una nueva forma de equilibrio.

3. APRENDIZAJE Y ENTRENAMIENTO MILITAR

Las experiencias, modifican a las personas. Los intercambios con el medio, modifican las conductas. Por lo tanto, las conductas se darán en función de las experiencias del individuo con el medio. Dichos aprendizajes, permite cambios en la forma de pensar, de sentir, de percibir las cosas, producto de los cambios que se producen en el SN. Por lo tanto los aprendizajes nos permitirán adaptarnos al entorno, responder a los cambios y responder a las acciones que dichos cambios producen. Este aprendizaje es aquel conocimiento que se va adquiriendo a través de las experiencias de la vida cotidiana, en la cual el alumno se apropia de los conocimientos que cree convenientes para su aprendizaje.

3.1 INSTRUCCIÓN MILITAR

Se llama instrucción militar a la preparación que reciben los efectivos de las Fuerzas Armadas, para desempeñar sus funciones. Esta instrucción militar puede variar en el tiempo según el trabajo que deba desempeñar el soldado. Existen varios tiempos de instrucción militar, como pueden ser la instrucción de combate, la instrucción físico-militar y el orden cerrado. También es un tipo de instrucción militar la formación académica específica militar y la formación jurídico militar, que se especifica en el código penal militar.

3.2 FUNDAMENTOS DE UNA INSTRUCCIÓN MILITAR

- Aprender técnicas de rastreo, inteligencia y resolución de conflicto
- Saber actuar bajo presión.
- El objetivo principal es el entrenamiento de un soldado.

3.3 ÁREAS DE INSTRUCCIÓN

- A. ÁREA DE PREPARACIÓN SICOLOGICA Y MORAL
- B. ÁREA DE PREPARACIÓN TÉCNICA
- C. ÁREA DE PREPARACIÓN FÍSICA
- D. ÁREA DE PREPARACIÓN TÁCTICA Y OPERACIONAL

3.4 ORDEN CERRADO

En las Fuerzas Armadas hay varios tiempos de instrucción militar:

- Instrucción de combate
- La instrucción físico-militar
- Formación académica específica militar
- Formación jurídico militar
- El orden cerrado

Se define como "La ejecución ordenada, precisa y simultánea de movimientos tendientes a crear destreza, coordinación; acostumar al individuo a responder al impulso del Comando y promover el espíritu del trabajo en equipo". El orden cerrado es de gran importancia para promover y direccionar patrones de conducta al crear y desarrollar habilidades como la disciplina, el respeto, la obediencia y el trabajo en equipo.

3.6 EL INSTRUCTOR

El instructor de orden cerrado es el capacitado para llevar a cumplir un objetivo. Su misión es el de instruir, y tener como resultado una agrupación disciplinada como él mismo, para así ser uno de los mejores.

3.7 VOCES DE MANDO

Las voces de mando son una orden dada por el Comandante, expresada oralmente y en el lenguaje prescrito. A menos de que se indique lo contrario las voces de mando son dadas por el Comandante de la Unidad.

Generalmente cada voz de mando se compone de:

a) Una voz preventiva: Indica el movimiento que va a ser ejecutado; por ejemplo: la voz preventiva De Frente, indica que se va a iniciar la marcha.

b) Una voz ejecutiva: Indica el momento preciso en que el movimiento debe ser ejecutado; por ejemplo: después de haber dado la voz preventiva De Frente, la voz ejecutiva Mar, indicará que debe iniciarse, la marcha inmediatamente.

3.8 "ADAPTACIÓN A LA VIDA MILITAR

Es un proceso de preparación y entrenamiento integral que permite un rápido desarrollo en las actividades o misiones que se encomiendan al soldado.

3.8.1 CARACTERÍSTICAS DE UN SOLDADO MOTIVADO

- **Autocontrol:** Manejar sus emociones y tomar decisiones que marquen la diferencia.
- **Sentido del humor:** Hace menos tensa la convivencia para salir adelante en situaciones difíciles.
- **Ejecución de ordenes:** Los hombres motivados frente a las ordenes y consejos.

3.8.2 SENTIDO DE PERTENENCIA DEL SOLDADO

Todos los miembros del Ejército Nacional deben tener sentido de pertenencia por que:

- Es el que nos permite estar orgulloso de nuestra institución.
- Es la fuerza que motiva a hacer las cosas por propia convicción sin esperar retribución externa.
- Es la razón para estar preparados y enfrentar el dolor, el sufrimiento en el campo de combate y soportar las duras jornadas lejos de quienes amamos.
- Es el vínculo entre los hombres, el cual se ve reflejado en los combates y en los resultados de las operaciones.

3.8.3 MENTALIDAD DE EQUIPO Y COHESIÓN DE GRUPO

Por que en operaciones los soldados tienen por obligación confiar los unos en los otros, pues si esto no ocurre se vera vulnerado el grupo y débil en el desarrollo de las operaciones.

3.8.4 FUNDAMENTOS DE UNA INSTRUCCIÓN MILITAR

- Aprender técnicas de rastreo, inteligencia y resolución de conflictos.
- Saber actuar bajo presión.
- El objetivo principal es el entrenamiento de un soldado.

3.8.5 HABILIDADES INDIVIDUALES PARA EL ENTRENAMIENTO

- **Observación:** Asumir la responsabilidad de su campo visual.
- **Reacción:** El equipo depende de las reacciones rápidas de sus miembros, pues todos deben asumir la responsabilidad de su campo visual.

- **Tenacidad:** Resistencia a fuertes entrenamientos físicos.
- **Comunicación:** La interlocución es de suma importancia en el éxito del comandante.
- **Destreza y habilidad con las armas:** Ser capaz de dirigir el arma a un blanco y disparar en forma adecuada.
- **Innovación e inteligencia:** capacidad de toma de decisiones tácticas y prácticas.
- **Espíritu de equipo:** Personas que miren activamente hacia el bienestar del grupo y acepten que existen diferencias y complementos entre personas.

3.8.6 OBJETIVOS EN LA FORMACION DEL SOLDADO, POSTERIOR AL ENTRENAMIENTO

- Que responda rápido y sin dilaciones.
- Que tenga autocontrol emocional.
- Que no alarde ni llame la atención.
- Que tome sus propias decisiones.
- Que sea responsable de sus actos y asuma las consecuencias.
- Que muestre inteligencia y capacidad de juicio.
- Que confíe en los demás y genere la misma confianza.
- Que los demás puedan confiarle su propia vida y la de la tropa.
- Que maneje evasión, escape y supervivencia.
- Que tenga conocimientos de primeros auxilios.

3.8.7 ACTIVIDADES QUE DEBE HACER UN CUADRO DE MANDO FRENTE A LOS CAMBIOS DE LOS SOLDADOS

- Orientar y apoyar.
- Reconocimiento social.
- Establecer valores y normas institucionales.
- Guiarlo y supervisarlos.
- Escuchar por sus características.

3.8.8 COMANDANTES FRENTE A LA ADAPTACIÓN A LA VIDA MILITAR DE SUS SOLDADOS

- Fortalezas y debilidades de sus hombres.
- Mentalidad de equipo dentro de las Unidades Militares.
- Principios y fundamentos del aprendizaje dentro de la instrucción.
- Adecuado manejo de la autoridad con sus subalternos.

3.9 REFLEXIONES DE PSICOPATOLOGIA EN SOLDADOS DE LAS FUERZAS MILITARES

Al servicio militar en Colombia, bien sea Ejército, Armada o Fuerza Aérea Colombiana, ingresan ocasionalmente jóvenes no aptos desde el punto de vista de salud mental para esta difícil obligación. Hay muchos factores relacionados con este problema como son el carácter obligatorio del servicio, la edad adolescente en la que debe prestarse, el origen socio económico y cultural de las personas seleccionadas, los conceptos errados acerca del mismo, la personalidad previa al ingreso y las condiciones de estrés físico y psicológico que son inherentes a este estilo de vida.

Es de vital importancia para las Fuerzas Armadas que la salud de sus soldados sea óptima, pues estos jóvenes van a estar sometidos a condiciones de vida disciplinaria y a tener bajo su responsabilidad el manejo de armas. La precisión de los factores relacionados con la enfermedad mental impediría en un alto porcentaje la desacertada incorporación de algunos jóvenes, preservaría la salud de los seleccionados a soldados y mejoraría la calidad del Servicio Militar.

Estudios realizados en otros países, entre ellos Norteamérica a raíz de los conflictos armados, han demostrado que no es tan sólo necesaria la normalidad psiquiátrica para mantener el equilibrio emocional durante el servicio militar, ya que el esfuerzo y la tensión pueden producir enfermedad mental en personas consideradas normales lo mismo que en aquellas con disposición neurótica. Y partiendo ellos del supuesto de la normalidad psiquiátrica han orientado sus esfuerzos a perfeccionarse en el manejo y tratamiento de su personal considerado normal, para disminuir el número de bajas psiquiátricas en sus filas.

La normalidad neuropsiquiátrica es indispensable para seleccionar a un soldado. Esto debe tenerse en cuenta desde las brigadas de reclutamiento. Incluir un minucioso examen y de ser posible un período de observación médica antes de su incorporación definitiva”⁶.

⁶ McNAB. Chris. Técnicas de Resistencia. Editorial LIBSA. España. 2002

RESULTADOS

Después de haber aplicado el instrumento de evaluación, los resultados son los siguientes:

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN.

OBSERVACION - ENCUESTA:

1. ¿Disfruta de las actividades de recreación dirigidas a los soldados y sus familias los fines de semana?

RESPUESTAS	No. SOLDADOS
Nunca o muy pocas veces	0
Algunas veces	6
Muchas veces	6
Casi siempre o Siempre	24
TOTAL	36

De acuerdo a las respuestas, es evidente que 24 soldados de los 36 encuestados demuestran disfrutar siempre de las actividades de recreación las cuales están dirigidas para integrar a la familia con el medio militar, brindando momentos de esparcimiento con sus familias los fines de semana. Por otro lado 6 jóvenes respondieron que muchas veces disfrutaban de las actividades recreativas y otros 6 jóvenes sólo algunas veces logran disfrutar de esa clase de distracción.

Estos resultados demuestran que 30 jóvenes de los 36 encuestados han logrado llevar a cabo un buen proceso de adaptación a la vida militar, integrando las familias a su nuevo sistema de vida, asimilando nuevas costumbres que son finalmente visibles en su comportamiento.

2. ¿Le resulta fácil levantarse e iniciar labores, al escuchar los toques de corneta anunciando la diana?

RESPUESTAS	No. SOLDADOS
Nunca o muy pocas veces	5
Algunas Veces	3
Muchas Veces	15
Casi Siempre o Siempre	13
TOTAL	36

Teniendo en cuenta las respuestas, 13 jóvenes de los 36 encuestados contestaron que para ellos siempre o casi siempre les resulta fácil levantarse e iniciar las labores diarias con el toque de la diana. 15 de los soldados respondieron que muchas veces les es fácil levantarse e iniciar a desarrollar sus actividades. Por otro lado 8 de los soldados respondieron que algunas veces (3) y nunca o muy pocas veces (5) logran empezar fácilmente sus labores.

Los resultados indican que 28 de los 36 soldados logran levantarse e iniciar fácilmente sus labores diarias con el toque de la diana, demostrando adaptarse de esta manera al desarrollo de sus labores diarias.

3. ¿Siente usted incomodidad, al compartir las duchas y baños con otros hombres?

RESPUESTAS	No. SOLDADOS
Nunca o muy pocas veces	14
Algunas Veces	22
Muchas Veces	0
Casi Siempre o Siempre	0
TOTAL	36

Con base en los resultados obtenidos, se pudo observar que 22 de los 36 soldados encuestados, nunca o muy pocas veces han sentido incomodidad al compartir las duchas y los baños con otros hombres. 14 jóvenes sólo algunas veces han sentido incomodidad al usar y compartir los baños con los compañeros.

Estos resultados indican que 36 de los 36 soldados encuestados logran adaptarse al uso en común de las duchas y los baños con los demás compañeros, asimilando y acomodándose a esta nueva situación.

4. ¿Considera usted que el incremento físico es una oportuna y eficaz técnica de castigo para corregir las faltas disciplinarias del día?

RESPUESTAS	No. SOLDADOS
Nunca o muy pocas veces	2
Algunas Veces	2
Muchas Veces	10
Casi Siempre o Siempre	22
TOTAL	36

Los resultados arrojan que 22 de los 36 soldados encuestados contestan que ellos siempre o casi siempre consideran el incremento físico como una oportuna y eficaz técnica de castigo para corregir las faltas disciplinarias del día. 10 jóvenes consideran que muchas veces el incremento físico es una técnica eficaz de castigo por las faltas cometidas durante el día. Por otro lado, 4 jóvenes piensan que nunca o muy pocas veces (2) y algunas veces (2) el castigo para corregir las faltas disciplinarias del día es el incremento físico.

Estos resultados evidencian que 32 de los 36 soldados han logrado adaptarse al incremento físico como técnica eficaz de castigo para corregir las faltas disciplinarias del día, asimilando así la adaptación a la vida militar.

5. ¿Al recibir una instrucción militar, requiere que el instructor de la materia repita varias veces el tema para lograr captar las ideas principales y mecanizar los conceptos?

RESPUESTAS	No. SOLDADOS
Nunca o muy pocas veces	23
Algunas Veces	11
Muchas Veces	1
Casi Siempre o Siempre	1
TOTAL	36

De acuerdo a las respuestas encontradas, 23 de los 36 soldados encuestados respondieron que ellos no necesitan de la repetición de la instrucción militar para lograr captar el tema y mecanizar los procesos. 11 de los jóvenes comentan que algunas veces necesitan de la repetición de la instrucción para lograr captar las ideas principales y poder mecanizarlas. Por otra parte 1 de los jóvenes contestó que algunas veces (1) y nunca o muy pocas veces (1) necesita de la repetición del maestro para asimilar conceptos en la instrucción militar.

Los resultados demuestran que 34 soldados de los 36 encuestados, no necesitan de la repetición del instructor en la materia vista, para lograr captar toda la información importante, mecanizando adecuadamente los conceptos y llevándolos a cabo posteriormente en la práctica, lo cual permite realizar una correcta y adecuada adaptación al medio militar.

6. ¿Considera Usted que el ingreso al Ejército ha generado cambios positivos y satisfactorios para su estilo de vida?

RESPUESTAS	No. SOLDADOS
Nunca o muy pocas veces	0
Algunas Veces	1
Muchas Veces	6
Casi Siempre o Siempre	29
TOTAL	36

Analizando las respuestas se puede evidenciar, que 29 de los 36 soldados encuestados casi siempre o siempre consideran que haber ingresado al Ejército Nacional ha generado cambios positivos y satisfactorios en su estilo de vida. 6 de los jóvenes contestaron que muchas veces han sentido un cambio positivo en sus vidas el hecho de haber ingresado al Ejército. Sólo 1 persona contestó que algunas veces ha sentido los cambios positivos en su vida después del ingreso a la Institución.

Estos resultados evidencian que 35 de los 36 soldados han logrado adaptarse al medio militar y han encontrado y evidenciado los cambios positivos que se presentan en su vida, obteniendo así una adecuada y satisfactoria adaptación a la vida militar logrando asimilar y acomodar toda aquella información requerida para tal fin.

HABILIDADES COGNOSCITIVAS DE ASIMILACION Y ACOMODACION COMO FACTORES INFLUYENTES EN EL APRENDIZAJE Y ENTRENAMIENTO DE 36 JOVENES SOLDADOS, QUIENES SE ENCUENTRAN EN PROCESO DE ADAPTACION A LA VIDA MILITAR.

Como se ve reflejada la asimilación en estos jóvenes soldados, al momento de incorporar significados y situaciones de orden militar, dentro de los esquemas personales de comportamiento, adoptando conductas típicas castrenses, implicando transformaciones constantes del organismo a través de intercambios con el entorno, adquiriendo una nueva forma de expresarse y hacerse entender dentro de un contexto de disciplina, para convertirse posteriormente en individuos en proceso de acomodación que de acuerdo a Piaget son el complemento necesario para mantener un excelente proceso de adaptación a cualquier medio, en este caso en el medio militar. Es así, como de acuerdo a los resultados de la observación y la encuesta se refleja, que la asimilación que tiene un soldado en su periodo de instrucción, el adecuado manejo de conceptos, la inherencia de significados, facilitan la mecanización de comportamientos, adoptando conductas típicas castrenses de régimen disciplinario y garantizando un óptimo proceso de adaptación que le genera satisfacción personal por las labores que como soldado cumple, realizando actividades que ameritan horarios, siendo conscientes de la necesidad de mantener conductas estrictas que establezcan responsabilidad para su futuro desempeño como soldado, en correctas actuaciones como lo espera la población colombiana.

Describir el proceso de adaptación a la vida militar es remitirse al desempeño individual que cada soldado aprende a expresar y mantener en cada una de las tareas o misiones que le son impuestas, al momento de observar sus conductas en los registros realizados, es posible ver que en la medida en que entiende y asimila las ordenes dadas por su Comandante y les haya significado lógico, resulta fácil llevarlas a conductas, generando hábitos de vida, nuevo lenguaje, estilos corporales particulares, pasando luego a la interpretación de experiencias para posteriormente generar estructuras conceptuales en un nuevo proceso de acomodación al medio, facilitando la interiorización de nuevos comportamientos que ante la cotidianidad y rutina va mecanizando para finalmente modificar esquemas personales previos, reinterpretar conceptos para finalmente lograr un buen proceso de

adaptación a la vida militar, que no es más que construir nuevos esquemas emocionales y conductuales para desarrollar destrezas físicas y mentales, reflejar orgullo de ser soldado, amor a su institución y convicción personal por las labores que cumple.

CONCLUSIONES

En la base del proceso de entrenamiento militar de la población estudiada se encontró la aplicación de dos funciones denominadas asimilación y acomodación, que resultaron básicas para la adaptación del soldado a un nuevo ambiente de disciplina y mística. Esta adaptación se entiende como un esfuerzo cognoscitivo del individuo para encontrar un equilibrio entre él mismo y su ambiente. Mediante la asimilación el organismo incorpora información al interior de las estructuras cognitivas a fin de ajustar mejor el conocimiento previo que posee. Es decir, el joven soldado adapta el ambiente a sí mismo y lo utiliza según lo concibe. La segunda parte de la adaptación que se denomina acomodación, como ajuste del organismo a las circunstancias exigentes, es un comportamiento inteligente que necesita incorporar la experiencia de las acciones para lograr su cabal desarrollo, en este caso asimilar conceptos para lograr ejecutar tareas eficientemente.

Estos mecanismos de asimilación y acomodación conforman unidades de estructuras cognitivas que Piaget denomina esquemas. Estos esquemas son representaciones interiorizadas de cierta clase de acciones o ejecuciones (lenguaje, símbolos netamente militares), como cuando se realiza algo mentalmente sin realizar la acción. Puede decirse que el esquema constituye un plan cognoscitivo que establece la secuencia de pasos que conducen a la solución de un problema o dificultad que se evidente en el medio militar.

Para Piaget el desarrollo cognitivo se desarrolla de dos formas: la primera, la más amplia, corresponde al propio desarrollo cognitivo, como un proceso adaptativo de asimilación y acomodación, el cual incluye maduración biológica, experiencia, transmisión social y equilibrio cognitivo. La segunda forma de desarrollo cognitivo se limita a la adquisición de nuevas respuestas para situaciones específicas o a la adquisición de nuevas estructuras para determinadas operaciones mentales específicas.

Dada la confrontación de la teoría de Piaget sobre la construcción del pensamiento, las habilidades cognitivas y la respectiva confrontación de la realidad que vive un soldado al prestar su servicio militar, al aplicar

las técnicas de investigación y realizar su respectivo análisis, es posible concluir en la presente investigación que para un ser humano es de fundamental importancia aprender a adaptarse a un nuevo medio, utilizando todos sus mecanismos individuales y los recursos personales posibles, entre ellos las habilidades de asimilación de situaciones, conceptos y tareas y la acomodación de hábitos, conductas y comportamientos a un nuevo medio, en este caso al medio militar.

BIBLIOGRAFIA

COHEN, Ronald Jay. Pruebas y Evaluación Psicológicas. 4º Ed. Editorial Mc. Graw Hill. México, 2000.

HERNÁNDEZ, Sampieri Roberto. Metodología de la Investigación. 3º Ed. Editorial Mc. Graw Hill. México. 2002.

KERLINGER, Fred N. Investigación del Comportamiento. 4º Ed. Editorial Mc. Graw Hill. México, 2001

McNAB, Chris. Técnicas de Resistencia. Editorial LIBSA. España. 2002

PAPALIA, Diane E. Psicología del Desarrollo, 8º Ed. Editorial Mc. Graw Hill. Bogotá, Colombia. 2001.

PIAGET, Jean. El lenguaje y el Pensamiento del niño: Estudio sobre la lógica del niño. 4º Edición. Editorial Guadalupe, Buenos Aires, Argentina. 1976.

PIAGET, Jean. Psicología y Pedagogía. Editorial Ariel. Barcelona, España, 1972.

PIAGET, Jean. Memoria e Inteligencia. Ed. Ateneo, Buenos Aires, Argentina, 1972.

PIAGET, Jean. Psicología de La Inteligencia. Editorial Psique, Buenos Aires, Argentina. 1971.

PIAGET, Jean. Psicología, Lógica y Comunicación, Editorial Nueva Visión. Buenos Aires, Argentina. 1970.

ANEXOS

ANEXO 1

INSTRUMENTOS DE EVALUACION

MOMENTOS DE OBSERVACION

INSTRUCCION	TAREA OBSERVADA	TIEMPO
PREPARACION TACTICA	EJERCICIO DE TIRO	45'
PREPARACION TECNICA	ORDEN CERRADO	45'
PREPARACION PSICOLOGICA	MENTALIDAD DE EQUIPO	45'

ITEMS A TENER EN CUENTA EN CADA AREA DE INSTRUCCIÓN

EJERCICIO DE TIRO	Como tirador muestra confianza suficiente con respecto al arma.
	Conoce los principios básicos para un ejercicio de tiro.
	Hace uso de las normas de seguridad, antes, durante y después del ejercicio
	Cumple con la agrupación menor de 2,5 cm. en los 10 impactos hechos (concentración)
ORDEN CERRADO	Ejecuta la posición fundamental, a discreción, giros laterales a pie firme sin armas y giros de cabeza.
	Ejecuta ejercicios en movimiento con armas y cambio de compás.
	Asegura, carga y descarga el área sincronizadamente.
TRABAJO EN EQUIPO	Participa activamente en los ejercicios planteados por el instructor, cumpliendo las ordenes asignadas
	Reconoce la necesidad de colaboración y pide ayuda con facilidad a sus compañeros.
	Identifica los diferentes símbolos y expresiones de comunicación frecuentes en el terreno.

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

ANEXO 2. ENCUESTA APLICADA A 36 JOVENES SOLDADOS PERTENECIENTES AL SEXTO CONTINGENTE DE 2006, QUIENES SE ENCUENTRAN EN PROCESO DE ADAPTACION A LA VIDA MILITAR.

Con el propósito de conocer su opinión acerca de la forma como usted se siente con respecto a la vida militar, se presenta a continuación una serie de interrogantes que es preciso sean contestados con al mayor sinceridad y objetividad posible. La encuesta tiene el propósito de valorar en términos generales su adaptación a la vida militar para lo cual no es necesario que usted firme, sus respuestas son anónimas.

1. ¿Disfruta de las actividades de recreación dirigidas a los soldados y sus familias los fines de semana?

- Nunca o Muy pocas veces _____
- Algunas Veces _____
- Muchas Veces _____
- Casi Siempre o Siempre _____

2. ¿Le resulta fácil levantarse e iniciar labores, al escuchar los toques de corneta anunciando la diana?

- Nunca o Muy pocas veces _____
- Algunas Veces _____
- Muchas Veces _____
- Casi Siempre o Siempre _____

3. ¿Siente usted incomodidad, al compartir las duchas y baños con otros hombres?

- Nunca o Muy pocas veces _____
- Algunas Veces _____
- Muchas Veces _____
- Casi Siempre o Siempre _____

4. ¿Considera usted que el incremento físico es una oportuna y eficaz técnica de castigo para corregir las faltas disciplinarias del día?

- Nunca o Muy pocas veces _____
- Algunas Veces _____
- Muchas Veces _____
- Casi Siempre o Siempre _____

5. ¿Al recibir una instrucción militar, requiere que el instructor de la manera repita varias veces el tema para lograr captar las ideas principales y mecanizar los conceptos?

- Nunca o Muy pocas veces _____
- Algunas Veces _____
- Muchas Veces _____
- Casi Siempre o Siempre _____

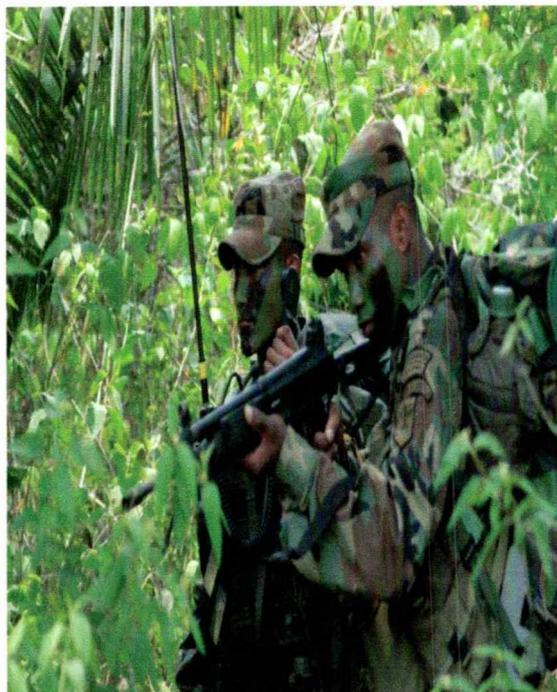
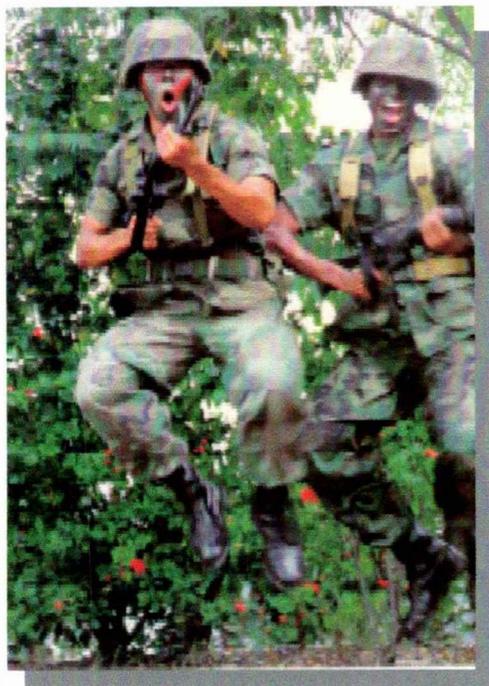
6. ¿Considera Usted que el ingreso al Ejército ha generado cambios positivos y satisfactorios para su estilo de vida?

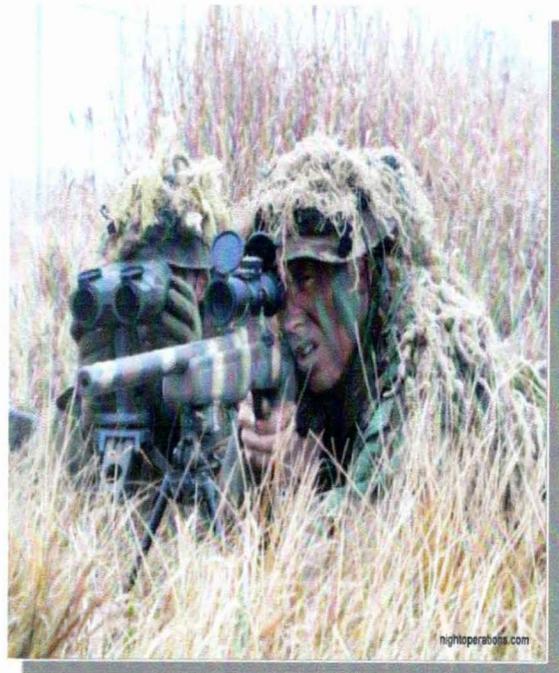
- Nunca o Muy pocas veces _____
- Algunas Veces _____
- Muchas Veces _____
- Casi Siempre o Siempre _____

A close-up, profile view of a soldier's head. The soldier is wearing a camouflage-patterned helmet with the word "CLEAR" written in black marker on the side. A head-mounted display (HMD) is attached to the helmet, featuring a small screen and various sensors. The soldier's face is partially visible, showing a mustache and a focused expression. The background is blurred, suggesting an outdoor setting.

**INFLUENCIA DE LAS HABILIDADES
COGNOSCITIVAS INDIVIDUALES
(ACOMODACIÓN Y ASIMILACIÓN) EN EL
APRENDIZAJE Y ENTRENAMIENTO DE
JÓVENES SOLDADOS, DENTRO DEL
PROCESO DE ADAPTACIÓN A LA VIDA**

ENTRENAMIENTO E INSTRUCCIÓN MILITAR







- No existe señalización de restricción para el personal no autorizado.
 - El área de acceso a las alarmas y toma de gases no es restringido.
 - El área no es lo suficientemente amplia para la circulación del personal y la manipulación de las válvulas y cilindros.
- ***Servicio: Bioseguridad.***
 - No existe una dependencia asignada para coordinar el proceso de Bioseguridad.
 - No existen áreas señalizadas según el riesgo.
 - No existen mecanismos para áreas restringidas.

1.1.1.4. Centros de Salud - Silos III - Hospital Nazareth E.S.E.

El Hospital Nazareth E.S.E. y sus Centros de Salud San José, San Felipe, Buena Esperanza, Villate y Alfonso López se encuentran ubicados en el silos III, parte central del Distrito de Barranquilla.

Los servicios que se ofrecen en los Centros de Salud son los siguientes:

- Consulta Externa.
- Consulta Odontológica.

- Laboratorio Clínico.
- Programas de Protección Específica y Detección Temprana.
- Programas de la Tercera Edad.
- Terapia Respiratoria.
- Procedimientos pequeños.

1.1.1.4.1. Centro de Salud San José.

Las condiciones del centro son regulares, presenta un techo sin cielo raso en un 10%, con dos baños que se encuentran en mal estado, y carecen de servicio de agua potable.

- **Servicio Consulta Externa.**
 - El servicio cuenta con un área de ingreso independiente, cuenta con sala de espera, recepción y citas.
 - Posee baño para el público y baño para el personal, no tiene cuarto de aseo.
- **Servicio Odontológica.**
 - El área es pequeña, se encuentra independiente.
 - Cuenta con lavamanos para uso exclusivo del servicio.
 - Posee sub - áreas de archivo, esterilización y lavado de materiales y deposito de material general y odontológico.

1.1.1.4.2. Centro de Salud Alfonso López.

Se encuentra ubicado en una casa residencial muy pequeña y fueron adaptados los servicios en cada una de las habitaciones.

Cuentan con un solo baño para pacientes, como para el personal que labora.

En el área del patio se observó gran cantidad de inservibles.

Es el único centro de salud que no tiene sede propia.

- **Servicio Consulta Externa.**
 - El servicio cuenta con un área de ingreso independiente, cuenta con sala de espera, recepción y citas.
 - Posee baño para el público, no tiene cuarto de aseo.

- **Servicio Odontológico.**
 - El área es pequeña, se encuentra independiente.
 - Cuenta con lavamanos para uso exclusivo del servicio.
 - Posee sub - áreas de archivo, esterilización y lavado de materiales y depósito de material general y odontológico.

1.1.1.4.3. Centro de Salud San Felipe.

Es el centro de salud más grande, no cuenta con servicio de agua potable, lo cual hace que se encuentre en unas condiciones de higiene deplorables, las condiciones en general de infraestructura son regulares.

- **Servicio Consulta Externa.**

El servicio cuenta con un área de ingreso independiente, cuenta con sala de espera, recepción y citas.

Posee baño para él público y baño para el personal, los cuales nos son utilizados por la problemática de salubridad antes mencionadas, no tiene cuarto de aseo

- **Servicio Odontológico.**

Se encuentra independiente.

Cuenta con lavamanos para uso exclusivo del servicio.

Posee sub-áreas de archivo, esterilización y lavado de materiales y depósito de material general y odontológico.

1.1.1.4.4. Centro de Salud Villate.

Las condiciones del centro son regulares, con dos baños que se encuentran en mal estado, y carecen de servicio de agua potable.

- ***Servicio: Consulta Externa.***

El servicio cuenta con un área de ingreso independiente, cuenta con sala de espera, recepción y citas, posee baño para el público y baño para el personal, no tiene cuarto de aseo

- ***Servicio: Odontología.***

El área es pequeña, se encuentra independiente.

Cuenta con lavamanos para uso exclusivo del servicio.

Posee sub-áreas de archivo, esterilización y lavado de materiales y deposito de material general y odontológico.

1.1.1.4.5. Centro de Salud Buena Esperanza.

Las condiciones del centro son regulares, con dos baños que se encuentran en mal estado, En general el centro de salud es pequeño.

- ***Servicio: Consulta Externa.***

El servicio cuenta con un área de ingreso independiente, cuenta con sala de espera, recepción y citas, posee baño para el público y baño para el personal, no tiene cuarto de aseo.

- ***Servicio Odontológico.***

El área es pequeña, se encuentra independiente.

Cuenta con lavamanos para uso exclusivo del servicio.

Posee sub-áreas de archivo, esterilización y lavado de materiales y depósito de material general y odontológico.

4.2.2. Dotación-Mantenimiento.

1.1.1.5. Área Hospitalaria.

- ***Servicio: Quirúrgico (Baja Complejidad)***

Cuenta con la dotación mínima exigida por la normatividad.

- ***Servicio: Obstetricia.***

Dotación:

- **Consultorio para exámenes:**

No cuenta con balanza y tallmetro.

No cuenta con recipientes para material corto punzante.

- **Área de parto y trabajo de parto:**

No posee mesa de puente.

No tiene cinta métrica.

No tiene campana de pinar.

No tiene camilla y silla de ruedas.

Los recipientes no son de tapa y pedal.

No posee estante o vitrinas para material.

- **Área de parto con área de atención del recién nacido.**

El carro de paro se encuentra incompleto.

Tienen un equipo de órganos para todo el servicio.

- ***Servicio: Esterilización.***

Dotación:

No cuentan con los siguientes elementos:

- Estantería metálica para el depósito de materiales y equipos.

- Carros transportadores de material y ropa.

1.1.1.6. Área Ambulatoria.

- ***Servicio: Urgencia.***

Sala de espera: Cuenta con sillas en buenas condiciones.

Consultorios médicos: No cuentan con Atril porta suero, papeleras y lámparas cuello de cisne.

Puesto de enfermería: No cuenta con mueble porta Historias Clínicas.

Sala de procedimientos: Cuenta con la dotación necesaria para el óptimo desarrollo de sus procesos.

Sala de observación: Cuenta con la dotación necesaria para el óptimo desarrollo de sus procesos.

Elementos para todo el servicio: No cuenta con monitor de signos vitales.

El carro de paro no cuenta con la dotación necesaria según lo estipulado en la resolución 1439 de 2002.

- ***Servicio: Consulta Externa Medicina General.***

No cuentan con:

- Mesa auxiliar
- Recipientes para desechos.

▪ ***Servicio: Consulta Externa Odontología.***

Dotación:

- No cuenta con negastoscopio.
- El esterilizador no funciona.
- El recipiente para desechos no es de tapa y pedal.
- Solo cuenta con un solo juego de instrumental básico.

▪ ***Servicio: Consulta Externa Psicología***

No cuenta con elementos para pruebas psicométricas.

▪ ***Servicio: Consulta Externa Ginecología y Obstetricia.***

Cuenta con el material necesario para el óptimo desarrollo de los procesos.

▪ ***Servicio: Consulta Externa Pediatría.***

No cuenta con equipo de examen para valoración de desarrollo psicomotor.

- ***Servicio: Consulta Externa Optometría.***

Cuenta con la dotación necesaria para el óptimo desarrollo de los procesos de optometría.

- ***Servicio: Fisioterapia.***

De la dotación mínima necesaria no cuenta con:

- Paquetes fríos
- Cinta métrica.
- Elementos de resistencia graduables.

- ***Servicio: Fonoaudiología y Terapia Del Lenguaje.***

No cuentan con:

- Espejo.
- Grabadora.
- Cronómetro.
- Material lúdico, pedagógico y musical.
- Otoscopio.

- ***Servicio: Equipo Móvil (P Y P).***

Carece del equipo de pequeña cirugía.

1.1.1.7. Área de Apoyo Diagnostico y Terapéutico.

- ***Servicio: Radiología e Imágenes Diagnósticas.***

El equipo de rayos X para estudios simples sin fluoroscopia se encuentra fuera de servicio.

No existe el marcado de placa.

- ***Servicio: Laboratorio Clínico.***

El servicio no cuenta con:

- Agitador de Pipetas.
- Destructor de agujas.
- Destilador.
- Escalerilla.
- Gafas de seguridad.
- Lámpara con visor de aglutinación.
- Linterna.
- El sistema de gas se encuentra fuera de servicio.
- Micro centrifuga.
- Pipeteadores de seguridad.
- Vidriería de laboratorio (insuficiente).
- La mayoría de equipos especializados son inoperantes por la falta de reactivo.

Los reactivos se encuentran en óptimas condiciones de vencimiento, almacenamiento y registros.

- ***Servicio: Farmacéutico.***

No cuenta con la dotación necesaria para el óptimo cumplimiento de las actividades del servicio.

1.1.1.8. Área General de Apoyo Hospitalario.

- ***Servicio: Manejo de Residuos.***

El área de almacenamiento final:

- No cuenta con equipos para prevención y control de incendios y otros accidentes.
- No cuenta con recipientes de almacenamientos y debidamente identificados.
- No existe dotación suficiente de elementos de protección personal.

- ***Servicio: Lavandería.***

Todos los procedimientos se realizan en forma manual, no cuentan con:

- Pesas.
- Lavadoras.

- Secadoras.
- Rodillos.
- Máquinas de coser.
- Carros recogedores y repartidores.
- Estantería para el almacenamiento de ropa limpia.

▪ ***Servicio: Mantenimiento Hospitalario.***

La dotación para desarrollar los procesos es mínima e insuficiente.

▪ ***Servicio: Transporte Y Comunicaciones.***

El Hospital acaba de adquirir una Ambulancia de Tipo Asistencial Medicalizada la cual esta dotada de los equipos requeridos para la prestación de un buen servicio.

El servicio cuenta además con:

- Radioteléfono.
- Teléfono directo.
- Teléfonos públicos en urgencia y consulta externa.
- Cuenta con servicio de ambulancia.

▪ ***Servicio: Bioseguridad.***

Existe suministro de elementos de protección personal, pero estos no son usados oportunamente por los empleados.

1.1.1.9. Centros de Salud – Silos III - Hospital Nazareth E.S.E.

En general los Centros de Salud cuentan con la dotación básica para la prestación de los servicios.

4.2.3. Recursos Humanos.

1.1.1.10. Hospitalaria.

- ***Servicio Quirúrgico (Baja Complejidad).***

No cuenta con un medico responsable del servicio. Cuenta con un médico anesthesiólogo para los procedimientos quirúrgicos, cuenta con una sola enfermera jefe para todos los turnos. Se observo la programación de auxiliares y instrumentadoras.

- ***Servicio: Obstetricia.***

Cuenta con el recurso humano necesario para el óptimo desarrollo de los procesos.

- ***Servicio: Esterilización.***

No existe una coordinadora con funciones administrativas, el servicio es atendido por una auxiliar de enfermería.

1.1.1.11. Ambulatoria.

- ***Servicio: Urgencia.***

Cuenta con un médico permanente las 24 horas el cual es el responsable del servicio.

Cuenta con Enfermeras jefes y Auxiliares de enfermería las cuales cubren el servicio las 24 horas del día.

- ***Servicio: Consulta Externa Medicina General.***

Cuenta con 2 médicos generales de planta de 4 y 6 horas respectivamente y 2 por prestación de servicios.

Cuentan con 2 médicos especialistas en ginecología y pediatría de 6 y 4 horas respectivamente.

El resto de especialidades son contratadas por evento, con horarios preestablecidos.

- ***Servicio: Consulta Externa Odontología.***

Cuenta con dos profesionales en el área.

- ***Servicio: Consulta Externa Psicología.***

Cuenta con un profesional por prestación de servicios.

- ***Servicio: Consulta Externa Trabajo Social.***

Cuenta con un profesional desarrollando los procesos.

- ***Servicio: Consulta Externa Ginecología y Obstetricia.***

Cuenta con medico especialista en ginecología.

Cuenta con auxiliar de enfermería.

- ***Servicio: Consulta Externa Pediatría.***

- Cuenta con medico especialista en pediatria.

- Cuenta con auxiliar de enfermería.

- ***Servicio: Consulta Externa Optometría.***

- Cuenta con especialista en optometría.

- ***Servicio: Fisioterapia.***

- Cuenta con profesional en fisioterapia.

- ***Servicio: Fonoaudiología y Terapia del Lenguaje***

- Cumple con los requerimientos exigidos por la norma.

- ***Servicio: Equipo Móvil (P Y P).***

Cuenta con un médico general, una enfermera profesional, promotora de salud y promotor de saneamiento, y dispone de personal del área social, odontólogo e higienista oral, bacteriólogo y una técnica de laboratorio.

- ***Servicio de Enfermería.***

Cuentan con una enfermera profesional responsable del servicio y auxiliar certificada.

1.1.1.12. Área de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico.

- ***Servicio: Radiología e Imágenes Diagnósticas.***

Cuenta con el recurso humano necesario para el óptimo desarrollo de los procesos.

- ***Servicio: Laboratorio Clínico.***

El servicio cuenta con el recurso humano necesario para el óptimo desarrollo de los procesos.

1.1.1.13. Área General de Apoyo Hospitalario.

- ***Servicio: Manejo de Residuos.***
 - Existe un coordinador del programa, que es bacterióloga, la cual maneja la parte de gestión ambiental de la institución.
 - No existe un personal auxiliar para el programa de manejo de residuos.
 - No existe capacitación para el personal.

- ***Servicio: Lavandería.***
 - Cuenta con una persona responsable de las funciones administrativas

- ***Servicio: Mantenimiento Hospitalario.***
 - Cuenta con un coordinador y 2 personas auxiliares a cargo que desarrollan los procesos de plomería, electricidad, carpintería y albañilería.

- ***Servicio: Transporte Y Comunicaciones.***
 - Cuenta con 4 conductores de ambulancia con debida capacitación de los procesos que desarrollan y las respectivas licencias de conducción.

- ***Servicio: Gases Medicinales.***
 - El responsable del servicio es la misma persona del mantenimiento.

- ***Servicio: Bioseguridad.***
 - No tiene asignado responsable de coordinar el proceso dentro del hospital.

 - No existe documento que delegue a los jefes de área la responsabilidad del cumplimiento y hacer cumplir las normas del proceso de bioseguridad.

 - El recurso humano no ha sido capacitado recientemente ni por la ARP, ni por la institución

1.1.1.14. Centros de Salud – Silos III - Hospital Nazareth E.S.E.

En general los puestos de Salud cuentan con un médico coordinador y personal auxiliar de enfermería.

4.2.4. Insumos-Gestión de Insumos.

- No se tienen definidas las especificaciones técnicas para la adquisición, y no se aplican procedimientos técnicos para el almacenamiento de los medicamentos.

- El suministro de electricidad deficiente no favorece al almacenamiento de los reactivos a temperaturas adecuadas.
- No se tienen diseñadas normas institucionales, ni procedimientos para el control de las condiciones de almacenamiento distribución y entrega de los insumos.
- La institución generalmente garantiza la disponibilidad permanente de los insumos indispensables para la prestación de servicios, aunque en ocasiones los reactivos de laboratorio se agotan y la reposición es tardía.

4.2.5. Procesos Prioritarios Asistenciales.

- Actualmente se esta trabajando en el levantamiento de las guías clínicas de atención y protocolos de enfermería de acuerdo a las causas más frecuentes de morbi-mortalidad.
- Las Normas Técnicas de Protección Especifica y detección temprana se encuentran implementadas.
- La institución no cuenta con procedimientos de coordinación permanente entre el comité de infecciones y el servicio de esterilización, limpieza y mantenimiento hospitalario.
- No cuenta con guías sobre el manejo de gases medicinales, cambio de tanques de agua y sistemas de alarmas.

4.2.6. Historia Clínica y Registros Asistenciales.

1.1.1.15. Hospitalaria.

- ***Servicio: Quirúrgico.***

El registro de cirugía no contiene los siguientes datos:

- Número de orden de ingreso
- Fecha y hora de egreso de quirófano
- Destino del paciente.

El registro de cirugías programadas, cirugías de urgencias, cirugías ambulatorias y cirugías canceladas es uno solo y deben de ser individuales.

No cuentan con registro de accidentes quirúrgicos y anestésicos, registro de especímenes biológicos y registro de mortalidad intrahospitalaria. No cuentan con datos estadísticos.

- ***Servicio: Obstetricia.***

Cuenta con registro de notificación obligatoria y diagnóstico por paciente.

El registro de admisión de pacientes no cuenta con la siguiente información:

- Número de orden de ingreso.
- Número del documento de identificación.
- Número de la historia clínica.
- Registro mensual de complicaciones del servicio.

El registro de atención de parto no cuenta con la siguiente información:

- Número del documento de identidad.
- Número de la historia clínica.

- ***Servicio: Esterilización.***

No cuentan con el registro diario producción, distribución y gasto de materiales.

1.1.1.16. Ambulatoria.

- ***Servicio: Urgencia.***

No existen formatos para diligenciar los procesos que involucren pacientes de accidentes de tránsito.

- ***Servicio: Consulta Externa Medicina General.***

Cumple con lo establecido en la normatividad.

- ***Servicio: Consulta Externa Odontología.***

No cuenta con formatos para historia clínica odontológica de urgencias.

- ***Servicio: Consulta Externa Psicología***

No cuenta con registro de actividades individuales y grupales.

- ***Servicio: Consulta Externa Trabajo Social.***

- Cuenta con registro diario de pacientes.
- Cuenta con un formato para el traslado de pacientes a otras instituciones.
- No cuenta con formato de reubicación de pacientes.

- ***Servicio: Consulta Externa Ginecología y Obstetricia:***

- No cuenta con mecanismo de identificación de los servicios que ofrece, ni de utilización de estos.
- No existen horarios de atención.
- No existen encuestas de satisfacción del cliente.

- ***Servicio: Consulta Externa Pediatría.***

Cumple con lo requerido en la normatividad.

- ***Servicio: Consulta Externa Optometría.***

Cumple con lo requerido en la normatividad.

- ***Servicio: Fisioterapia.***

Cuenta con registro de discapacidades por tipo de discapacidad.

- ***Servicio: Fonoaudiología y Terapia del Lenguaje.***

Cumple con los requerimientos establecidos en la normatividad.

- ***Servicio: Archivo de Historias Clínicas y Estadística.***

- Se hace registro de morbi-mortalidad de acuerdo a la clasificación internacional O.M.S.
- Se hace divulgación mensual de los informes estadísticos al Director, Jefe de Dpto. y nivel seccional.

- Se rinde información sobre las enfermedades de notificación obligatoria.
- Se efectúa censo diario de pacientes.
- Existe y funciona comité de historia clínica.
- Todos los procesos se realizan en forma manual, no cuentan con un sistema de informática.

1.1.1.17. Área de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico.

El registro diario de los estudios no cuenta con:

- Posibilidad de embarazo.
- Diagnóstico.
- Examen solicitado.
- Procedencia del paciente.

En general:

- No cuentan con registro ni control de dosimetría.
- No existe encuesta de satisfacción del cliente.
- No poseen registros de resultados de control de calidad.

- ***Servicio: Laboratorio Clínico.***

- No cuentan con un programa de registro de laboratorio todo se hace manualmente.

- El formato de resultado de exámenes se encuentra incompleto y no se ajusta a la normatividad vigente.
- No cuenta con manuales de técnicas y procedimientos por área.
- No cuentan con protocolos de limpieza y desinfección.
- No cuentan con manual de bioseguridad.
- No cuentan con manual de primeros de auxilios.
- No cuentan con manual de garantía de calidad.
- No cuenta con manual de control de calidad.
- No llevan registro mínimos de control de calidad.
- No cuentan con formatos de aceptación de usuarios.
- No cuentan con guías o protocolos de toma de muestra.
- Las áreas no se encuentran debidamente relacionadas e identificadas.

- ***Servicio: Farmacéutico.***

Llevar informes estadísticos, pero no relacionados con el perfil medicamentos o de la población atendida.

1.1.1.18. Área General de Apoyo Hospitalario.

- ***Servicio: Manejo de Residuos.***

- No cuentan con inventarios de elementos del servicio.
- No cuenta con cartelera de actividades.

- ***Servicio: Seguridad Hospitalaria.***

Se encuentran inscritos en el programa de riesgos profesionales, más no reciben las capacitaciones.

- ***Servicio: Lavandería.***

No cuentan con:

- Registro diario de ropa lavada y entregada.
- Informe mensual de consumos.
- Inventario de ropa existente.
- Encuesta individual de satisfacción del servicio recibido.

- ***Servicio: Mantenimiento Hospitalario.***
 - Cuentan con inventario de los elementos de trabajo existentes en la institución.
 - No realizan informes diarios de los trabajos realizados.
 - No cuentan con hoja de vida actualizada de los equipos de la institución.
 - No poseen planos actualizados de las redes instaladas en la institución.
 - Poseen registros de periodos de inactividad de los equipos.

- ***Servicio: Transporte Y Comunicaciones.***
 - No cuentan con registro de inventario diario de elementos de dotación.
 - Cuenta con registro de consumo de elementos por cada paciente trasladado
 - La planilla de pacientes trasladados o récord del servicio cumple con la información mínima requerida por la normatividad.

- No cuentan con un registro diario del recorrido de la ambulancia.

- ***Servicio: Gases Medicinales.***

- Existen registros de ingreso y salida de cilindros a la institución.
- No cuentan con los registros de observación de ronda a la central de gases.
- No cuentan con registro de accidentes del área.
- Cuentan con un inventario de todos los elementos.

1.1.1.19. Centros de Salud – Silos III - Hospital Nazareth E.S.E.

Cuentan con registro de enfermedades de notificación obligatoria, poseen registro diario de consulta por paciente atendido, cuentan con registro de actividades de promoción y prevención Y utilizan un formato único centralizado de historias clínicas.

Con respecto a la atención de usuarios, cuentan con mecanismos para:

- Identificación del servicio.
- Utilización del servicio.
- Fijación de horarios de atención.

4.2.7. Interdependencia de Servicios.

La Institución dispone de los siguientes servicios:

- Laboratorio Clínico.
- Farmacia.
- Ambulancia 24 horas.
- Lavandería, Mantenimiento y Vigilancia.

El Servicio de transporte Asistencial dispone de radio para facilitar las comunicaciones.

4.2.8. Referencia de Pacientes.

- No existen definidas guías para la referencia de pacientes.
- Se cuenta con los equipos necesarios para el contacto de referencia.
- Existe dificultad en la aceptación de los usuarios en las instituciones de destino de mayor nivel de atención de la Red Pública.

4.2.9. Seguimiento a Riesgos de la Prestación de Servicios.

Se realizan parcialmente en las sesiones clínicas una evaluación y seguimiento de los riesgos inherentes a los servicios que pres-

ta la E.S.E., es decir complicaciones que se derivan por la falta de efectividad en la prestación del servicio.

4.3. EVALUACIÓN DE LAS CONDICIONES TÉCNICO ADMINISTRATIVAS.

4.3.1. Área Funcional de Dirección Corporativa.

1.1.1.20. Jurídica.

Naturaleza jurídica: La institución cuenta con un acto administrativo de creación de la empresa.

Asociación de usuarios: Se encuentra conformada pero no se observo el proceso de convocatoria ni el acto administrativo de conformación, no existe reglamento interno de la asociación. No se observo existencias de actas de las sesiones.

Junta Directiva: Se encuentra conformada, no existe reglamento interno de la junta. No se realiza programación anual de reuniones ordinarias, ni se lleva libro de actas.

Estatutos: existen estatutos y fueron aprobados según acuerdo 001 del 23 de mayo de 1996, fue publicado.

Estructura orgánica: cuentan con un organigrama, el cual no se ajusta al plan de cargos institucional, no existe acto administrativo de aproba-

ción, como tampoco fue publicado y es desconocido por parte de los funcionarios y usuarios.

Régimen de personal: Cuenta con un acto administrativo el cual aprueba la planta. Cuenta con manual de cargos y funciones, está incompleto y no es funcional. El plan de cargos aplica y se ajusta a las políticas salariales y bonificaciones del estado.

No cuenta con manual de proceso y procedimientos para la gestión del personal.

No cuenta con programas de capacitación continua.

Cuenta con funcionarios inscritos en carrera administrativa y se lleva a cabo el proceso de evaluación de desempeño.

Licencia de funcionamiento: cumple con los requerimientos mínimos legales para el funcionamiento de la ESE.

Estatutos presupuestales y contables: Cuentan con acuerdo de junta directiva.

1.1.1.21. Planeación.

Oficina de planeación: No cuentan con oficina de planeación, existe un área en secretaria general donde labora la persona encargada de dichas funciones.

Identificación de la situación actual: Actualmente se trabaja en el Proyecto de Certificación como Hospital Amigos de la Mujer y las Infancia.

Plataforma estratégica: Cuentan con misión, visión y objetivos corporativos pero deben ser replanteados.

Plan de desarrollo institucional y planes operativos por dependencia: Cuenta con objetivos, estrategias, metas, actividades, responsabilidades, recursos, plazos, costos financiación e indicadores de cumplimiento de plan.

Proyectos: Cuenta con un banco institucional de proyectos. La metodología la cual es utilizada es la BPIN 019.

Programación de servicios: Tienen definido el portafolio de servicios del hospital, pero no fue realizado basado en estudios de participación y crecimiento en el mercado.

Se evalúan y analizan los servicios del año anterior en su producción.

Existe un dimensionamiento de la capacidad instalada en la capacidad de resolución actual. Existe proyección de la demanda potencial de servicios.

Se evalúan los estándares de productividad y rendimiento.

1.1.1.22. Mercadeo.

Investigación de mercadeo: no cuentan con análisis de oferta y demanda, no se han realizado estudios de participación y crecimiento del mercado por segmentos.

Plan de mercadeo y publicidad: Cuentan con un portafolio de servicios, el cual no se ajusta a la aplicabilidad del mercadeo de la institución. No esta basado en estudios del potencial de demanda actual.

1.1.1.23. Control de Gestión.

Sistema de control interno: Tienen adoptado un plan de desarrollo del sistema a través de un acto administrativo, pero no cuentan con una concepción y aseguramiento de los procesos mínimos en el sistema. No cuenta con manual de procesos de la oficina de control interno.

Diagnósticos de control interno: No existen diagnósticos de control interno por dependencia, no existen informes de auditoria con listado de recomendaciones al gerente.

Comité coordinador del control interno: No existe acto de creación y conformación del comité.

Comités: Se encuentran activos los siguientes comités: Técnico Científico, Vigilancia epidemiológica, Historias Clínicas, Ética hospitalaria y medicina.

Cuentan con actos de creación y conformación de los comités.

No cuentan con programación anual de reuniones ordinarias.

Revisoría Fiscal: No existen informes presentados por revisoría fiscal a la Junta Directiva.

Plan de prevención de riesgos y de protección y recuperación de los recursos: Cuenta con un plan institucional.

Evaluación de servicios: Manejan indicadores de eficiencia, eficacia y efectividad para cada servicio. No existe un aseguramiento del proceso de evaluación, pues no existe un proceso de auditoría técnica y administrativa de servicios.

Informes de gestión: Los informes de gestión de la E.S.E. se realizan trimestralmente.

4.3.2. Área Funcional De Atención al Usuario.

Tienen definidos los servicios de consulta externa general y especializada, así como también los servicios de apoyo diagnóstico para garantizar la oportunidad de servicios a los usuarios.

No existe auditoría de los procesos actuales de prestación de servicios ni el Manual de Procesos y Procedimientos respectivo. No tienen establecido un Plan de Atención de Emergencias y Desastres. La señalización no es la más adecuada y no hay existencia de cadena de llamadas.

En los procesos de vigilancia epidemiológica tienen asignado un personal responsable, pero no existe una oficina específica para esta área. En cuanto a los sistemas de referencia y contrarreferencia carecen de normas y procedimientos para ellos. No existen los formatos de remisión implementados, por lo que carece de oportunidad en el envío de la contrarreferencia.

Cuentan con un buen sistema de comunicación por radio teléfono y servicio de ambulancia.

La atención administrativa al usuario la realizan a través de una oficina de atención al usuario, la cual no está propiamente implementada. No existe oficina de Atención de Quejas y Reclamos, ni cuentan con una línea de servicio al cliente 24 horas. No existen informes semestrales de quejas.

El departamento de trabajo social viene realizando una serie de actividades que van en beneficio de los Usuarios de Los servicios que ofrece la E.S.E y que están dentro de las funciones de la Trabajadora Social las cuales son:

- Estudio Socioeconómico.
- Visitas Domiciliarias.
- Rondas Médicas.
- Seguimiento de Casos de Clientes Externos e Internos.
- Orientación y Asesoría a todos los usuarios.
- Atención Integral a Desplazados.
 - Confirmación de la Red.
- Coordinación de programas de tercera edad (silos III).
 - Grupo los Girasoles.
 - Coordinación Semana Cultural de la Tercera Edad (Silos III).
- Coordinación de Citas médicas.
- Coordinación Sistema de Referencia y Contrarreferencia de pacientes.
- Organización de elección Representante de la Liga de Usuarios.
- Programación y Coordinación de reuniones mensuales de los Usuarios a las ARS. El Objetivo es evaluar el Nivel de satisfacción de los Usua-

rios con los servicios ofrecidos, para esto se utiliza el mecanismo de encuesta personalizada.

- Control de Orden Médicas para Estudios Paraclínicos en pacientes carnetizados.

4.3.3. Área Funcional de Apoyo Logístico.

1.1.1.24. Información Financiera.

En el Hospital Nazareth E.S.E., existe información periódica así: mensual (Estados de Resultados y Balances Generales). Trimestral (Ejecuciones presupuestales).

La información financiera, la utiliza la dirección del Hospital para la toma de decisiones.

1.1.1.25. Sistema Contable.

El Hospital Nazareth E.S.E, cuenta con varios paquetes de programas contables como son: Salud 100, COMODIN, INTERFASE – TESORERO, PRISMA (Inventario), pero estos programas no se encuentran interrelacionados en red.

1.1.1.25.1. Sistemas de costos.

El Hospital, cuenta con sistema de costos – funcionamiento, llamado CENTRO DE COSTOS, cuyo número equivale a dieciséis (16), los cuales son:

- Consulta Externa
- Consulta Urgencias
- Sala de partos
- Promoción y desarrollo
- Laboratorio
- Fisioterapia
- Odontología
- Imagenología
- Conexos a la salud (Puestos de Salud: San José, Villate, San Felipe, Buena Esperanza, Alfonso López).
- Otros servicios conexos (Quirófano, fármaco, otras IPS).
- Consulta especializada

La generación de información de los centros de costos es diaria y se consolida trimestralmente.

La información de los centros de costos, sirve para elaborar los presupuestos, esto permite ver las áreas fuertes y débiles.

1.1.1.25.2. Sistema de facturación.

Se utiliza un sistema de tarifas generales, el cual incluye, el sistema de tarifa SOAT y el sistema de tarifas hospitalarias.

- a) Estado del proceso (Manual y/o automático). En el Hospital se dan las dos (2) modalidades Automático dentro del hospital y Manual en los puestos de salud.
- b) Si existe una oficina de facturación.

- c) El personal de la Oficina de Facturación son los que manejan el software y los equipos de computación.
- d) Existe un personal independiente a contabilidad y tesorería en la Oficina de Facturación.

4.3.4. Suministros e Insumos.

No existe un sistema integral de manejo de insumos hospitalarios. No se observó un plan, ni programación para adquisición de suministros. Existe un área de Almacén para los procesos de almacenamiento, pero no se tiene en cuenta los procesos de distribución adecuada, control de calidad del área y no realizan promoción del uso racional de insumos. Actualmente existen sus depósitos solamente en urgencias, cirugías y salas de parto. No existen sistemas de dosis unitaria para la distribución de medicamentos, ni desarrollan mecanismos que aseguren la calidad de éstos. No existe un Comité de Compras y de Farmacia que sea funcional, generalmente se realiza directamente desde la Gerencia.

4.3.5. Gestión del Talento Humano.

1.1.1.26. Proceso de vinculación.

Este proceso se realiza con una escasa participación de la oficina de personal, ya que, la Gerencia y la Junta directiva del hospital es la encargada de esa labor. Además no existe un procedimiento técnico valido para seleccionar al personal que entra a trabajar a la entidad.

- El reclutamiento de personal es prácticamente inexistente, debido a que no se ha adoptado un método operativo que racionalice todas las acciones que hay que llevar a cabo hasta que las personas idóneas para ingresar a la institución sean evaluadas y aceptadas.

No se realizan labores de identificación de necesidades de personal, que le permitan al hospital conocer los requerimientos de personal, según la cantidad de trabajo y la eficiencia organizacional con la que se maneja el trabajo existente, presentándose desequilibrios en la carga laboral de algunas dependencias.

Las fuentes de reclutamiento son escasas, a nivel interno se utilizan poco los ascensos y las promociones y a nivel externo las recomendaciones personales y políticas constituyen, con raras excepciones la única fuente de reclutamiento de la entidad.

- El proceso de selección se realiza en forma deficiente, ya que, no existe una política clara al respecto, no se realizan pruebas escritas o test psicológicos y en algunos casos se practica una entrevista sencilla. Solamente la oficina de personal se encarga de verificar e investigar los datos que se han consignado en la solicitud de empleo del aspirante.
- El nombramiento o contratación según sea el caso lo realiza la dirección del hospital, cumpliendo con los requisitos legales al respecto. Los que ingresan como empleados públicos se les

nombra por resolución y los trabajadores oficiales se les realiza un contrato a termino indefinido. También se contratan personas con órdenes de prestación de servicios (OPS).

- La inducción se realiza de manera aceptable. Cuando un empleado nuevo ingresa a la institución, no se le informa adecuadamente sobre algunos aspectos fundamentales que debe conocer sobre el hospital.

1.1.1.27. Desarrollo de Personal.

- A nivel de motivación, no hay un adecuado programa, que le permita al hospital desarrollar estrategias adecuadas para desarrollar climas psicológicos positivos, modos de trabajo, sistemas de comunicación e información que sean congruentes con los requerimientos de las necesidades detectadas y respondan a las expectativas personales y sociales de los empleados. No existen los instrumentos básicos para el desarrollo de las potencialidades del empleado, lo cual causa descontento y un clima organizacional inadecuado que afecta el rendimiento y funcionamiento del hospital.
- No existe un programa de capacitación y adiestramiento para el personal, por medio del cual logren los cambios requeridos en habilidades, conocimiento, actitudes y comportamiento de los empleados, con miras a lograr un mejoramiento de la calidad de los servicios prestados por el hospital.

- Si bien es cierto que se han adelantado algunas capacitaciones en convenios con el Servicio Nacional de Aprendizaje, ella ha sido aislada, es decir, no obedece a la concepción de un permanente proceso de desarrollo de personal. Además la entidad no dispone de un presupuesto adecuado, para el desarrollo de estos programas. Esta falta de estímulos hacia los programas de desarrollo hace que la iniciativa de capacitación dependa de cada individuo en particular, lo cual provoca que no exista una adecuada integración y conciliación de los intereses y motivaciones de los empleados con las metas y objetivos de la organización.

1.1.1.28. Gestión administrativa de personal.

- El registro de los empleados del hospital se realiza de manera óptima, los fólderes y carpetas se llevan y archivan en forma adecuada y contienen los documentos que respaldan o sustentan las informaciones de los empleados y de sus relaciones con la organización.
- El control del cumplimiento de la jornada laboral se realiza de manera formal, Existen relojes, tarjetas y planillas para registrar las horas de entrada y salida de cada empleado.
- El proceso de pago al personal se efectúa en forma adecuada, utilizando sistemas de computación, que hacen más ágil y oportuno el control de la nomina del personal.

- La evaluación de desempeño o la calificación de servicios, se practica únicamente a los empleados públicos, en una labor, que no pasa de ser un mero formalismo, ya que el proceso de la carrera administrativa se encuentra paralizado debido a la falta de reglamentación legal por parte del Congreso de la República.
- Las normas disciplinarias se encuentran contempladas en el reglamento interno de trabajo, el cual no se encuentra en un lugar adecuado, que permita a todos los empleados conocerlo y aplicarlo cuando sea necesario.
- Los manuales de funciones se encuentran desactualizados e incompletos. lo cual no permite realizar un adecuado análisis general de la estructura organizacional del hospital.
- No existen manuales de procesos y procedimientos que permitan determinar la composición de las tareas de cada puesto de trabajo.

1.1.1.29. Bienestar social.

- Se verificó que no existe un programa adecuado de servicios y beneficios al interior del hospital, tendiente a satisfacer integralmente las necesidades sociales, económicas y culturales de los trabajadores y empleados. En la mayoría de los casos tales acciones están encaminadas a resolver problemas puntuales y ocasionales de los trabajadores, como por ejemplo, auxilios mortuorios o para otro tipo de calamidad personal que estos

tengan, los dineros que se toman para estos casos provienen de un fondo que se financia con un porcentaje del valor total de la nómina mensual, el cual lo aporta el hospital, sin embargo, este fondo en la mayor parte del año se encuentra sin recursos, debido a que la administración del hospital no gira oportunamente los dineros correspondientes.

- En lo referente a seguridad social los trabajadores y empleados del hospital se encuentran afiliados a empresas promotoras de salud, cajas de compensación familiar, fondos de pensiones y cesantías, sin embargo, los servicios que estas entidades prestan sin en muchos casos negados a los empleados, principalmente por el no pago oportuno de parte del hospital, lo cual le ocasiona costos extras a la institución y causa malestar en los trabajadores.

4.3.6. Mantenimiento, Reparación y Reposición de Equipos:

No existe un plan de mantenimiento preventivo e identificación de necesidades de reparación y reposición de equipos. No existe un kárdex de proveedores del servicio de mantenimiento como tal. Cuentan con disponibilidad de estos servicios. No existen hojas de vida de todos los equipos. No existe catastro físico e inventario de activos como tal.

4.4. EVALUACIÓN DE LAS CONDICIONES DE SUFICIENCIA PATRIMONIAL Y FINANCIERA.

4.4.1. ESTADOS FINANCIEROS

Tabla 2. Balance General. Enero 1 al 15 de Junio.

CONCEPTO	15 Jun/2003
ACTIVO	7.251.677.303
Activo Corriente	6.176.620.599
Efectivo	100.108.448
Inversiones	
Deudores	6.040.823.384
Inventarios	35.668.767
Activo No Corriente	1.075.056.703
Propiedades, Planta y Equipo	1.075.056.703
PASIVO	
Pasivo Corriente	3.299.668.519
Operaciones de Crédito Público	
Obligaciones Financieras	16.954.708
Cuentas por Pagar	2.665.045.309
Obligaciones Laborales y de Seguridad Social	617.668.502
Otros Pasivos	
Pasivo No Corriente	284.019.364
Pasivos Estimados	284.019.364
Otros Pasivos	
PATRIMONIO	
Patrimonio Institucional	3.667.989.418
TOTAL PASIVO Y PATRIMONIO	7.251.677.303

Fuente: Tomada de Los Estados Financieros I semestre 2003.

Tabla 3. Estado de Actividad Económica y Social. Enero 1 a 15 de Junio.

CONCEPTO	15 Jun/2003
Ingresos Operacionales	4.129.212.933
Venta de Servicios	4.136.621.883
Devoluciones-Rebajas- Descuentos	7.408.950
Transferencias	54.000.000
COSTO VENTAS	2.707.174.301
EXCEDENTE (DÉFICIT) OPERACIONAL	1.476.038.630
Otros Ingresos	30.773.839
Otros Gastos	946.957.758
(EXCEDENTE) DÉFICIT ANTES DE AJUSTES POR INFLACIÓN	559.854.712

Fuente: Tomada de los Estados Financieros I Semestre 2003

En Anexo 3 puede verse la ejecución presupuestal correspondiente al primer semestre de 2003.

4.4.2. Indicadores para Verificar la Suficiencia Patrimonial y Financiera.

$$\text{PATRIMONIO} = \frac{\text{PATRIMONIO TOTAL} \times 100}{\text{Cuenta que registre el capital}}$$

(No se dispone de la información para aplicar el indicador)

$$\text{OBLIGACIONES MERCANTILES} = \frac{\text{Cuenta por Pagar (Vigencias Anteriores)} \times 100}{\text{Pasivo Corriente}}$$

$$\text{OBLIGACIONES MERCANTILES} = \frac{400.000.000 \times 100}{3.299.668.519}$$

$$\text{OBLIGACIONES MERCANTILES} = 12$$

Anotación: el resultado fue favorable ya que no fue superior a 50.

$$\text{OBLIGACIONES LABORALES} = \frac{\text{Obligaciones Laborales (Vigencias Anteriores)} \times 100}{\text{Pasivo Corriente}}$$

$$\text{OBLIGACIONES LABORALES} = \frac{850.000.000 \times 100}{3.299.668.519}$$

$$\text{OBLIGACIONES LABORALES} = 25$$

Anotación: El resultado fue favorable ya que no fue superior a 50.

Ver en Anexo 4 el Programa financiero para el cumplimiento de los estándares tecnológicos y científicos.

5. ANÁLISIS DEL ENTORNO.

A continuación se desarrollan cada uno de los pasos que constituyen el modelo del Programa de Garantía de la Calidad, realizando el análisis de la Información contenida en el Diagnostico Institucional del Hospital Nazareth E.S.E.

5.1. ANÁLISIS COPRI.

5.1.1. Análisis del Contexto.

Inicialmente se realiza un análisis del entorno donde se desenvuelve el hospital, el cual es una Empresa Social del Estado cuya naturaleza es la prestación de servicio de salud en forma directa.

El Hospital tiene como principal objeto “producir servicios de salud eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, lo cual en desarrollo de este objeto ejecuta programas, planes y proyectos relacionados con el área de su competencia, diagnóstico – asistencial, como respuesta a la política nacional para la prestación del servicio con calidad basándose en lo dispuesto en la ley 100 y sus decretos y resoluciones reglamentarias, así como también a las normas que expida la Secretaría de Salud Distrital.

Actualmente el hospital tiene establecido convenios o contratos de prestación de servicios de salud a los usuarios del régimen subsidiado con las A.R.S.: **COMPARTA, EMMANUEL, SOLSALUD, BARRIOS UNIDOS**

DE QUIBDO, ASFAMILIAS, COOSALUD, HUMANA VIVIR, MUTUAL SER, PROSALUD, SALUDVIDA, para atender una población total de 54.570 afiliados.

El hospital para garantizar los servicios a estos usuarios generó varias estrategias de tipo contractual con médicos especialistas, los cuales se encuentran con convenio de disponibilidad con el hospital, al igual que algunas instituciones y clínicas.

Además de atender a los afiliados a las ARS, el hospital presta atención en salud a usuarios de la Cárcel Distrital, Sisbenizados, desplazados y vinculados. Vale la pena resaltar que los procesos contractuales en el hospital no son muy claros, toda vez que se encontraron muchos contratos sin perfeccionar con las ARS.

Los contratos con proveedores no son muchos y algunos no existen, por ejemplo, el mantenimiento de la tecnología biomédica, el mantenimiento de los servicios públicos es oportuno, la dotación de papelería.

En cuanto al aspecto cultural y de ubicación el hospital Nazareth E.S.E. está ubicado en el silo III (sistemas locales de salud) del Distrito ubicado en la zona central del Distrito de Barranquilla, en donde predomina la actividad económica para beneficio de la comunidad de bajos recursos, con tendencia institucional y/o social, permitiendo de esta manera mantener una buena posición en el sector.

El Hospital Nazareth cuenta con una plataforma jurídica que garantiza su existencia legal.

El hospital cuenta con estatutos aprobados según el Acuerdo 001 de 23 de mayo de 1996, el cual está publicado. Cuenta con reglamentos internos. La Junta Directiva está conformada pero no existen actas de reuniones. Dentro de los reglamentos están el Régimen de Personal, Régimen Presupuestal, el Régimen Jurídico, Asociación de Alianzas de Usuarios, esta última no está activa ya que no existen actas ni copias.

El contexto se evalúa a través de los siguientes indicadores: Legislación, política, planes y programas, relaciones interinstitucionales.

Tabla 4. Evaluación del Contexto.

Indicador	Calificación (1 - 4)	Ponderación	Calificación Ponderada
Legislación	3	0.3	0.9
Políticas	2	0.3	0.6
Planes y programas	3	0.1	0.3
Relaciones Interinstitucionales	3	0.1	0.3
Relaciones con proveedores	3	0.1	0.3
Relaciones con la comunidad	4	0.1	0.4
Total		1.0	2.8

CRITERIOS PARA LA CALIFICACIÓN

Contexto óptimo:	4	Contexto Regular:	2
Contexto Bueno:	3	Contexto Malo:	1

INTERPRETACIÓN

Contexto adecuado: 3 o más

Contexto inadecuado: Menos de 3

Contexto \approx 2.8

En el Hospital Nazareth E.S.E. se considera que el contexto es inadecuado para su funcionamiento, debido a que carece de políticas adecuadas para su funcionamiento, los proveedores pueden estar inconformes por no oportuno pago.

5.1.2. Análisis de la Demanda.

En el análisis de la demanda se evalúan las características sociodemográficas de los demandantes, la morbi - mortalidad institucional, la demanda efectiva atendida, teniendo en cuenta si son pacientes particulares, de otras IPS, de IPS públicas, pacientes con cita previa, vinculados, sisbenizados, desplazados. Se evalúan los tiempos de espera en los servicios.

A través de este análisis se determina si coincide la morbilidad atendida con el nivel de atención del hospital, y verificar que los pacientes que solicitan los servicios estén siendo atendidos en el tiempo necesario.

A continuación se presenta el análisis de la demanda según grupos etéreos (Período Enero – Diciembre de 2002). (Véase Tabla 5 y Tabla 6)

De acuerdo a la Tabla 3 se observa que la población que más acude al servicio de consulta externa está entre la edad de 15 a 44 años.

Tabla 5. Demanda en consulta externa según grupos etáreos.

Grupo Etáreo (Años)	No.	%
< 1 año	1.859	10.06
1 - 4 años	1.461	7.90
5 - 14 años	2.157	11.67
15 - 44 años	7.212	39.03
45 - 59 años	2.797	15.13
60 años y más	2.991	16.18
Total	18.477	100%

Tabla 6. Demanda por urgencias según grupo etéreos.

Grupo Etáreo (Años)	No.	%
< 1 año	1,302	12.07%
1 - 4 años	2,417	22.41%
5 - 14 años	1,568	14.54%
15 - 44 años	3,877	35.96%
45 - 59 años	777	7.20%
60 años y más	840	7.791%
Total	10,781	100.00%

Se puede observar que la población que más acude a urgencia corresponde a los grupos etéreos entre 15 - 44 años.

Tabla 7. Doce Primeras Causas de Morbilidad por Consulta Externa.

No.	ENFERMEDAD	TOTAL
1	Enfermedad Genitourinarias	4.385
2	Enfermedad Sistema respiratorio	4.042
3	Enfermedad de la piel	3.093

4	Enfermedad Sistema Vascular	1.207
5	Enfermedad Osteomusculares	1.149
6	Enfermedad Intestinales y parasitarias	1.143
7	Enfermedad Sistema digestivo	1.129
8	Enfermedad metabólica	711
9	Enfermedad de la sangre	515
10	Trastornos de aparato respiratorio	416
11	Enfermedad del globo ocular y anexos	353
12	Enfermedad del sistema nervioso central	334

Podemos observar que la población del área de influencia del hospital se está enfermando de afecciones genitourinarias, respiratorias y de la piel; principalmente.

Tabla 8. Quince primeras causas de morbilidad por servicio de urgencias.

No.	ENFERMEDAD	TOTAL
1	Rinofaringitis	3.796
2	Infección Intestinal mal definida	1.326
3	Asma no especificada	843
4	Enf. Ácido Péptica	760
5	Amigdalitis Aguda	693
6	Cistitis Aguda	492
7	Intoxicación Alimentaria	444
8	Cálculo Urinario	409
9	Dolor Abdominal	406
10	HTA – Crisis hipertensiva	398
11	Herida en cara	295
12	Estados de ansiedad	260
13	Fiebre de origen desconocido	261
14	Celulitis y Accesos	246
15	Dolor de cabeza	152

Podemos observar que la población acude al servicio de urgencias principalmente por rinofaringitis y por infección de origen intestinal.

Tabla 9. Demanda efectiva atendida y no atendida por Consulta Externa Medicina General.

DEMANDA	USUARIOS	
	No.	%
5. Atendida	77.342	43.61
6. No Atendida	100.000	56.38
Total	177.342	100%

Teniendo en cuenta la población contratada (54.750) y los usuarios vinculados atendidos a la fecha (34.101) según datos entregados en Contabilidad y Facturación y el área de estadística (Ver anexos).

$$\text{Población Total} = 54.750 + 34.101$$

$$\text{Población Total} = 88.671$$

- Se considera que un usuario acude dos (2) veces al año a consulta:

$$\text{No. Consultas / Año} = \text{Población Asignada} \times 2 \text{ Consultas/año}$$

$$\text{No. Consultas/año} = 177.342$$

- Corresponde a la cantidad de consultas que teóricamente debe realizar el servicio de Consulta Externa en un año.

Según datos estadísticos el número total de consultas realizadas al año fue 77.342 = Consultas atendidas.

- $177.342 - 77.342 = 100.000$ Consultas no atendidas

Demanda por servicio de Urgencias

$$\text{No. Consultas/Año} = 177.342$$

$$\text{Días hábiles} = 365 \text{ días}$$

Horas/día = 24 horas

Horas/año = 24 x 365 = 8.760 horas/año

Nº Pacientes = $\frac{8760 \text{ Horas}}{\text{Año}} \times \frac{1 \text{ Paciente}}{\text{Hora}} = 8.760 \text{ Pacientes/Año}$

- 8.760 pacientes es la cantidad de pacientes que teóricamente deben atenderse por el servicio de urgencias al año.

Según datos estadísticos el número total de consultas por servicios de urgencias es 21.752 consultas de los cuales 4.875 consultas son urgencias maternidad.

- Total Urgencias = 21.752 - 4.875 = 16.877 consultas de urgencias.
- La demanda atendida corresponde a:

$$16.877 / 177.342 \times 100\% = 9.51\%$$

$$21.752 / 177.342 \times 100\% = 12.26\% \text{ Demanda atendida por Urgencias.}$$

Tabla 10. Evaluación de la Demanda.

INDICADOR	Calificación (1 - 4)	Ponderación	Calificación ponderada
Relación entre el nivel de atención y la morbilidad en:			
7. Consulta Externa.	2	0.3	0.6
8. Urgencias.	3	0.3	0.9
Demanda efectiva atendida:			
9. Consulta Medicina.	1	0.2	0.2
10. Servicio urgencias.	1	0.2	0.2
TOTAL	-	1	1.9

La evaluación se realiza con los siguientes criterios:

- Si la morbilidad atendida corresponde a 90% o más 4, 80% 3, entre 79% y 60% 2 y menos 60% 1.
- Para la demanda efectiva, se califica con los siguientes criterios: Si se atiende 100% 4, entre 99% y 90% 3, entre 80 y 89% 2 y menos del 80% 1.

Demanda = 1,9 según este resultado la demanda en el hospital es inadecuada.

5.1.3. Análisis de la Oferta o Estructura.

En esta área se evaluó la estructura orgánica, estructura funcional, recurso humano, recursos físicos, recursos financieros, sistemas de información. Este análisis se realizó en todas las áreas donde se llevan a cabo procesos de atención para pacientes y el área administrativa de la institución.

1.1.1.30. Estructura Orgánica.

Se determinó que el organigrama del Hospital no correspondía con la organización del Hospital, ya que no se ajusta a los principios generales de la organización y no existía una clara jerarquización de las diferentes áreas del Hospital; no se ajusta a los estatutos, objetivos y estrategias del Hospital, no se ajusta a los procesos y mecanismos de control así como al sistema de información.

Tabla 11. Evaluación Estructura Orgánica.

Estructura Orgánica	Calificación (1-4)	Ponderación	Calificación Ponderada
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existe organigrama. 	4	0,2	0,8
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El organigrama posee líneas de coordinación y asesoría. 	4	0,1	0,4
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organigrama ajustado a: Los principios, misión, visión, estatutos, objetivos, estrategias y servicio. 	1	0,2	0,2
Procesos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Científicos. ▪ Administrativos. ▪ Financieros. ▪ Mecanismos de Contratación. ▪ Sistemas de información. 	1	0,2	0,2
	1	0,1	0,1
	1	0,1	0,1
	4	0,1	0,4
	3	0,1	0,3
TOTAL		1,0	2,5

1.1.1.31. Estructura Funcional.

La evaluación se realizó a través del análisis de los manuales de funciones y de procedimientos del Hospital; haciendo énfasis en los siguientes aspectos: Si existe manual de funciones, inducción al personal sobre funciones, evaluación de cumplimiento, si cuenta con manuales de procedimientos científicos, administrativos, financieros, si efectúan evaluación por áreas: científicas, administrativas y financieras, si revisan permanentemente estos manuales.

Tabla 12. Evaluación de la Estructura Funcional.

Estructura Orgánica	Calificación (1 -4)	Ponderación	Calificación Ponderada
▪ Existe manual de funciones.	3	0.1	0.3
▪ Existe manual de funciones y requisitos por cargo.	3	0.1	0.3
▪ Inducción al personal sobre funciones y evaluación del cumplimiento de éstas.	2	0.1	0.2
▪ Existe manual de procedimientos en las áreas: Científica	1	0.1	0.1
Administrativa	1	0.1	0.1
Financiera	1	0.1	0.1
▪ Inducción al personal en las áreas: Científica	2	0.05	0.1
Administrativa	2	0.05	0.1
Financiera	2	0.05	0.1
▪ Se evalúa cumplimiento en las áreas: Científica	2	0.05	0.1
Administrativa	2	0.05	0.1
Financiera	2	0.05	0.1
▪ Se revisan los manua-	2	0.1	0.2

les.			
TOTAL	-	1.0	1.9

1.1.1.32. Recursos Humanos.

Los recursos humanos fueron evaluados a través de los siguientes aspectos: Los médicos especialistas de consulta externa y los médicos hospitalarios, enfermeras, jefes, auxiliares de enfermería, médico director, administrador, secretarias, servicios generales y otros.

El cálculo de los médicos generales se basa en la demanda y un promedio de tiempo por consulta que se estima en 15 minutos. Así la producción en 8 horas será 32 consultas y en los 22 días laborales del mes de 704 Pacientes por mes.

Tabla 13. Promedio Consultas Año 2001.

Servicio	Consultas
Consulta Externa	57,401
Pediatría	3,103
Ginecobstetricia	2,881
Otros especialistas	3,456
Fisioterapia	1,081
Fonoaudiología	257
Nutrición	937
Odontología	7,044

Tabla 14. Número de pacientes por Consulta Externa Medicina General.

Mes	Consultas
Enero	4,459
Febrero	2,901
Marzo	2,621

Abril	3,170
Mayo	1,588
Junio	1,017
Julio	4,048
Agosto	4,770
Septiembre	3,325
Octubre	5,447
Noviembre	4,785
Diciembre	4,920
Total	43,051

Tabla 15. Número de Consultas Especializadas atendidas por trimestre.

Especialistas	1o. Trim.	2o. Trim.	3o. Trim.	4o. Trim.	Total
Ginecología	503	328	615	705	2,151
Pediatría	456	335	591	473	1,855
Dermatología	121	66	98	121	406
ORL	68	29	74	66	237
Oftalmología	49	30	73	79	231
Cardiología	127	59	114	85	385
Med. Interna	96	35	104	136	371
Neurología	45	30	37	44	156
Nefrología	5	-	-	-	5
Ortopedia	100	52	131	132	415
Gastroenterología	-	-	8	5	13
Optometría	123	54	103	93	373
Total	1,693	1,018	1,948	1,939	6,598

En 22 horas de consultorio al día por 4 pacientes es igual 88 pacientes por 22 días hábiles del mes es igual 1936 pacientes por mes.

Al revisar la productividad en la consulta externa del hospital observamos que se presentó un descenso de la productividad en los meses de abril y mayo esto influido por los paros que se realizaron en términos generales la producción de consulta externas en el hospital fue buena.

En cuanto a la producción por consulta de ginecología y pediatría, observamos en el primer semestre por consultas en ginecología se realizaron un total de 687 consultas que corresponden a un 21.68 % cuando la producción por mes es de 528 consultas por mes.

Las auxiliares se calculan de acuerdo al servicio y el número de camas: así: clínicos quirúrgicos 1 por cada 10 camas, consultorios 1 por cada 2 consultorios, sala de procedimientos y tratamientos especiales 1 por sala, quirófanos, por cada hora de utilización 1.5 horas de auxiliar, sala de recuperación 1 por cada tres camas; central de materiales y esterilización depende del volumen. Luego entonces el número de auxiliares para el Hospital se calcula así: (24 horas).

8 consultorios: 4 Auxiliar

Sala de Urgencias: 2 Auxiliares por turno

Odontología: 1 Auxiliar

Central materiales: 1 Auxiliar (volumen bajo)

Sala de parto: 1 Auxiliar por turno

Sala de pediatría: 1 Auxiliar por turno

Para un total de 10 Auxiliares.

Las enfermeras jefes se calculan de acuerdo a los siguientes parámetros: procedimientos especiales y consultorios 4 para 24 horas, quirófa-

nos, 1 para cada 6 quirófanos, recuperación 5 para 24 horas, central de materiales y esterilización 1 para 12 horas.

El Hospital Nazareth E.S.E. cuenta con 4 enfermeras jefes

- Sala de procedimientos especiales y consultorios: una (1) enfermera (8 horas).
- Central de materiales y esterilización. Una (1) enfermera (4 horas)

Para un total de tres enfermeras jefes (8 horas) y una coordinadora de enfermería

Otro personal: Incluye el personal administrativo y servicios generales entre estos tenemos. Jefes de servicios, secretarias, contabilidad, mantenimiento, lavandería, aseo.

1.1.1.33. Recursos Físicos.

Los recursos físicos se evalúan de acuerdo a los siguientes aspectos: Infraestructura física (señalización, salas de espera, con unidades sanitarias, vías de acceso, infraestructura hospitalaria, consultorios, imágenes diagnósticas, elementos de sutura y curación, equipamiento básico por servicio, medicamentos, lavandería y cocina.

Tabla 16. Evaluación de Recursos Físicos.

RECURSO FÍSICO	Calificación (1 -4)	Ponderación	Calificación Ponderada
Infraestructura física: (Salas de espera, de cirugías, de procedimientos, consultorios, distribución de áreas por servicios, unidades sanitarias, cuartos de aseo, vías de acceso, señalización).	2	0.15	0.30
Equipamiento básico por servicios asistenciales: (dotación de consultorios, de salas de cirugía, de salas de hospitalización, etc.	3	0.4	1.20
Equipamiento básico de oficinas: (escritorios, sillas, canecas, líneas telefónicas, intercomunicador, secador de manos, lavamanos, equipos de oficinas, etc.)	2	0.25	0.50
Equipamiento básico servicios de apoyo: (Simágenes, medicamentos, elementos de sutura y curación, lavandería y cocina.)	2	0.2	0.4
TOTAL	9	1.0	2.4

1.1.1.34. Recursos Financieros.

La evaluación económica se realiza con base en el balance semestral y anual del HOSPITAL; utilizando los indicadores de liquidez de endeudamiento, de solvencia, de actividad, de rentabilidad; determinando de esta forma si la institución cuenta con un presupuesto para su funcionamiento.

Tabla 17. Evaluación de Recursos Financieros.

RECURSO FINANCIERO	Calificación (1 -4)	Ponderación	Calificación Ponderada
Cuenta con presupuesto para funcionamiento	4	0.5	2
Cuenta con presupuesto para inversión	2	0.5	1
TOTAL	6	1.0	3

1.1.1.35. Sistema de Información.

La evaluación se realiza con base en los siguientes criterios:

- Estructura orgánica: Si existe en la estructura orgánica informática y opera adecuadamente.
- Manual de funciones: Si todo el personal lo conoce y las funciones que se cumplen son las detalladas en él.
- Manual de procedimientos: Si existe y se aplica a todos los procedimientos.
- Personal capacitado: Se analiza si el personal está formalmente capacitado.
- Equipos con tecnología apropiada: Se evalúa si existen equipos electrónicos de tecnología apropiada para el procesamiento de la información.
- Recolección de información pertinente: Se evalúa si el sistema recoge toda la información que requiere el instituto y si esta de acuerdo al cronograma preestablecido y se considera de buena calidad.
- Procesamiento: Se evalúa si el procesamiento de datos se cumple electrónicamente, en el tiempo oportuno, con programas bien definidos y si permite un análisis estadístico de la información.

- Análisis de la información: Se evalúa si el análisis es oportuno y si se ajusta a las técnicas estadísticas pertinentes.
- Presentación de resultados: Se evalúa si realizan publicación formal y periódica (revista, boletín).
- Utilización de la información: Se evalúa si la información es recibida oportunamente por los niveles directivos y es utilizada para la toma de decisiones.

Tabla 18. Evaluación de Sistemas de Información.

SISTEMA DE INFORMACIÓN	Calificación (1 -4)	Ponderación	Calificación Ponderada
Estructura orgánica	3	0.1	0.3
Manual de funciones	3	0.1	0.3
Manual de procedimientos	1	0.1	0.1
Personal capacitado	3	.01	0.3
Equipos con tecnología apropiada	3	0.1	0.3
Recolección de información	2	0.1	0.2
Procesamiento de la información	2	0.1	0.2
Análisis de la información	2	0.1	0.2
Publicación de información	2	0.1	0.2
Utilización de la información	2	0.1	0.2
TOTAL		1.0	2.3

Tabla 19. Plantilla para integrar los componentes de la oferta.

INDICADOR	Calificación (1 -4)	Ponderación	Calificación Ponderada
Estructura orgánica	2.5	0.05	0.125
Estructura funcional	1.9	0.10	0.19
Recursos humanos	3.58	0.25	0.895
Recursos físicos	2.4	0.25	0.6
Recursos financieros	3	0.25	0.75
Sistema de información	2.3	0.10	0.23
Total	16.1	1.00	2.79

5.1.4. Evaluación de Procesos.

En los procesos se evalúan los flujogramas si los posee la institución y se cumplen. Se evalúa además lo siguiente:

- Tiempo de espera.
- Sistema de referencia de pacientes.
- Diligenciamiento de historias clínicas.
- Protocolo de manejo clínico terapéutico.

1.1.1.36. Evaluación de Flujogramas.

Para evaluar la existencia y cumplimiento de los flujogramas, se entrevista a los prestadores del servicio, quienes son los responsables y dará una información veraz la calificación seda, de la siguiente manera:

- Existe el flujograma y se aplica correctamente 4
- Existe y se aplica en la mayoría de los casos 3
- Existe pero solo se aplica en pocos casos 2

Tabla 20. Evaluación de Flujogramas.

Flujograma	Calificación	Ponderación	Calif. Ponderada
Cons. Externa	1	0.14	0.14
Urgencias	1	0.14	0.14
Facturación	1	0.14	0.14
Atención al Usuario	1	0.14	0.14
Farmacia	1	0.14	0.14
Atención Parto	1	0.14	0.14
Total	-	1.00	0.84

1.1.1.37. Tiempo de Espera.

El tiempo ideal de espera, teniendo en cuenta todos los pasos es de menos de 60 minutos el cual le da una calificación de 4, entre 60 y 74 minutos 3, entre 75 y 89 minutos 2 y más de 90 minutos 1.

Tabla 21. Tiempo de espera para Consulta Médica General.

Número de Cédula de paciente y Número de Pacientes	Portería	Central de citas	Caja	Sala de espera	Consultorio	Farmacia	Total	Calificación
1 32623467 7459385 22394958	15	20	3	30	15	-	83	2
2 32057368 22040648	25	25	4	20	15	10	99	1
	20	22.5	3.5	25	15	5	91	1.5

Los tiempos de espera para medicina general son malos.

1.1.1.38. Evaluación de la Historia Clínica.

La evaluación de la historia clínica se realiza teniendo en cuenta que las variables estén bien diligenciadas. Se tomaron al azar 30 historias clínicas y se evaluaron de acuerdo a los siguientes parámetros: están completos todas las variables 4, entre el 80 y 99%: 3 entre el 60 y 79 %: 2, menos de 60%.

Tabla 22. Registro de Historia Clínica Médica.

H.Clínica	Identif	Motivo Consulta	Antec. Fam.	Antec. Pers.	Examen	Ayudas Diag.	Diag-nost.	Tto.	Calificac. Ponderada
22.040.648	80	90	60	70	70	60	90	60	72.5
72.690.660	90	70	80	75	95	80	90	80	82.5
% Comp.	85	80	70	72.5	82.5	70	90	70	77.5
Calificación	3	3	2	2	3	2	3	2	2.0

1.1.1.39. Evaluación de la Contrareferencia.

Para la contrareferencia se evalúa si el paciente regresó con un resumen de historia clínica de la atención brindada.

La evaluación se realizó tomando 30 historias clínicas, las cuales fueron calificadas bajo los siguientes parámetros:

- 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 sólo se aplica en un porcentaje inferior en un 70%: 2
- No existe: 1

Tabla 23. Evaluación de la Contrarreferencia.

H. Clínica	Contrarreferencia Calificación (1- 4)	Ponderación	Calificación Ponderada
10	2	0.33	0.66
10	2	0.33	0.66
10	2	0.33	0.66
30	6	1.00	2.64

1.1.1.40. Protocolo de Manejo Clínico Terapéutico.

Se evalúan cada uno de los pasos de la atención del paciente (motivo de consulta, examen clínico, ordenes de servicio, diagnostico y manejo) y se comparan con las guías de manejo diagnostico y terapéutico de la institución.

Utilizamos los siguientes parámetros:

- Existen protocolos de manejo: 4
- Existe y aplican en la mayoría de los casos: 3
- Existe pero sólo se aplica en pocos casos: 2
- No existe protocolo: 1

Tabla 24. Evaluación de Protocolos de Manejo Clínico.

PROTOCOLO	CALIFICACIÓN 1 A 4	PONDERACIÓN	CALIFICACIÓN PONDERADA
Urgencias	1	0.1	0.1
Pediatría	1	0.1	0.1
Ginecología	4	0.1	0.4
Consulta Ext.	1	0.1	0.1
Odontología	1	0.1	0.1
Fisioterapia	1	0.1	0.1

Hospitalización	1	0.1	0.1
Enfermería	1	0.1	0.1
Lab. Clínico	1	0.1	0.1
Imágenes dx.	1	0.1	0.1
TOTAL	13	1.0	1.0

Posteriormente se realizó el análisis y evaluación a los procesos a través de la plantilla el cual dio el siguiente resultado 1.0 el cual significa que no hay protocolos.

Tabla 25. Plantilla de Evaluación de Proceso.

Indicador	Calificación 1-4	Ponderación	Calificación Ponderada
Flujograma			
Cons-med.Genl	0.84	0.075	0.063
Cons-odont.Genl	0.84	0.075	0.063
Tiempo espera			
Cons-Med.Genl	1.5	0.10	0.15
Sist. Referencia	0.66	0.20	0.132
Dilig. H. Clínica	2.00	0.15	0.3
Protocolos	1.0	0.40	0.4
Total	8.64	1.00	0.84

Analizando los procesos del hospital se observó que no hay ningún tipo de proceso en esta institución. En los tiempos de espera se observó que son malos. El sistema de referencia y contrarreferencia es malo en la institución, no existen los formatos de remisión de pacientes, el diligenciamiento de la historia clínica es regular. Los protocolos clínicos terapéuticos no se encuentran elaborados.

5.1.5. Evaluación de Resultados.

Los resultados se miden por medio de indicadores:

- **Oportunidad:** Fecha de atención – Fecha de solicitud. Se evalúa teniendo en cuenta que la oportunidad de las citas médicas y odontológicas generales se deben asignar en menos de 24 horas. Se analizan las causas de la atención no oportuna que puede ser por recurso humano o recurso físico insuficiente o por la falta de optimización de estos recursos.

1.1.1.41. Medicina General.

Tabla 26. Evaluación de la oportunidad en Medicina General.

Tiempo de espera (hora)	Nº Consultas	%
Menos de 24 horas	3	6.2
24-47 h	2	4.1
48-71 h	5	10.4
72 y más	38	99.1

1.1.1.42. Capacidad Instalada.

Corresponde a lo ofertado por el Hospital como producto de la multiplicación de las horas al año que está disponible el servicio, con el rendimiento esperado por cada servicio, obteniéndose el número de atenciones o prestaciones que está en posibilidad de ofrecer cada Centro de Salud en el año con personal, material e infraestructura existentes.

1. Inicialmente se establece el potencial de servicio que nos sirven de parámetros para la evacuación de la capacidad instalada, como son:

- a) Consulta Externa:
 - Medicina General
 - Odontología General
- b) Servicio de Urgencias (1)
- c) Sala de parto

2. Seguidamente, se determinan los indicadores a utilizar:

- a) Cuatro pacientes por hora en medicina general
- b) Tres pacientes / hora en odontología general
- c) Una atención / hora en odontología general
- d) 0.5 partos / hora en sala de parto
- e) Dos consultas/ año por paciente
- f) 250 días hábiles / año para consulta externa
- g) No. de horas disponibles = No. horas contratadas
- h) Población contratada ARS = 54.570
- i) Población promedio vinculada/año = 34.101
- j) Horas médico contratadas = 23 horas
- k) Horas odontólogo contratados = 9 horas

1.1.1.42.1. Consulta Externa.

Es importante resaltar que las prolongadas jornadas de paro a nivel nacional, los días festivos y otras causas externas en el año 2002, obligan a este indicador a arrojar un resultado por debajo de lo esperado, principalmente en el servicio de consulta médica general y especializada, crecimiento y desarrollo, fisioterapia, nutrición y dietética, odontología, Centros de Salud y programa entre otros.

- Numero de días Enero – Diciembre: 365 días

- Días improductivos por paro nacional de Sector Salud = 55 días.
- Domingos y días festivos: 67 días
- Número de días hábiles laborados: 243 días

NUMERO TOTAL DE CONSULTAS REALIZADAS: 77.342

Población = 88.671

No. Consultas probables = Población x 1.5 = 80.671 Usuarios x 1.5
= 133.006 Consultas

Nº Consultas Día = $\frac{133.006 \text{ Consultas}}{243 \text{ Días}} = 574,35$

Nº de horas = $\frac{574,35 \text{ Consultas} \times 1 \text{ hora}}{4 \text{ Consultas}} = 136,83 \text{ Horas}$
= 138 horas \approx 137 horas

Nº de consultorios 8 horas = $137 \text{ Horas} \times \frac{1}{8 \text{ Horas}} = 17,10 \text{ Consultorios}$

Porcentaje de Cumplimiento = $\frac{77.342 \times 100}{133.000} = 58,15\%$

Población atendida = 77.342

Nº de días = 243

Nº Consultas/día = $\frac{77.342}{243} = 318,27 \text{ Consultas / día}$

Nº de Consultorios = $\frac{318 \text{ Consultas}}{\text{Día}} \times \frac{1 \text{ Consultorio}}{3 \text{ Consultas}} \times 1 \text{ día}$
= 9.9 \approx 10 Consultorios

En el Hospital Nazareth se dispone de 10 consultorios en Consulta Externa, de los cuales

1.1.1.42.1. Servicio de Odontología en Hospital Nazareth E.S.E.

El servicio de odontología cuenta con dos (2) consultorios odontológicos: Uno para atención odontológica y otra para protección específica y detección temprana en salud oral.

Cuenta con dos (2) odontólogas: Una atiende cuatro (4) horas en la mañana y otra atiende dos (2) en la tarde, dando un total de 6 horas consultorio; y cuenta con recurso de Auxiliar de Odontología de 8 horas laborales en un horario de 7:00 - 4:00 P.M.

El promedio de pacientes atendidos por día es de 18. El servicio de odontología permite evaluar los indicadores relacionados con el rendimiento de la atención odontológica obteniéndolo de dividir el número de consultas atendidas en el servicio entre el número de horas laborales.

$$\frac{1530 \text{ Consultas año}}{1254 \text{ Horas Laboradas Año}} = 1.22 \text{ Consultas/Hora} = \text{Rendimiento}$$

- **Datos obtenidos de estadísticas (Período Enero – Diciembre 2002) y 55 días de paro**

Teniendo en cuenta que el Ministerio de Salud establece para odontología en atención un caso cada 20 minutos o sea, intervenciones o casos por hora:

243 días laborales x 18 consultas (6 Horas Consultorio x 3 Consultas) = 4.374 consultas / año teóricas.

Como se atendieron de enero a diciembre 1.530 consultas, se genera un rendimiento de:

$$\frac{1530 \text{ Consultas Atendidas}}{4.374 \text{ Consultas Teóricas}} = 0,34 \times 100\% = 34\%$$

34% del rendimiento esperado, para un consultorio de 6 horas.

No. Total Consultas / año = 2.865 (Hospital + Centros de Salud)

No. Total Consultas / año = 2.865 - 1530

No. Total Consultas / Año = 1.335 (Centros Salud) Silos III

- **Centros de Salud.**

- San José 1 Odontóloga de 4 horas.
- San Felipe 1 Odontólogo de 4 horas.
- Villate.
- Buena Esperanza 1 Odontóloga de 6 horas

- **Capacidad Instalada Hospital Nazareth E.S.E. – Servicio Odontología.**

243 días laborables año (Estadística – Hospital)

Consulta de Odontología:

- Número de Odontólogos : 2
- Horas contratadas día : 6 horas
- Número de Auxiliares : 1 de 8 horas
- Número de Consultorios : 1

6 horas contratadas x día x 3 casos = 18 casos / día

243 días hábiles laborados x 18 consultas/día = 4.374 consultas/año (teóricas).

• **Capacidad instalada Centros de Salud Silos III.**

Consulta Odontología:

- Número de odontólogos : 3
- Horas Contratadas día : 14 horas
- Número de consultorios : 4

14 horas contratadas/día x 3 consultas = 42 consultas/día

243 días laborados x 42 consultas/día = 10.206 consultas/año (teóricas).

4.373 Consultas teóricas/año en el Hospital.

10.206 Consultas teóricas/año en los Centros/año.

Total = 14.580 capacidad máxima instalada en los silos III con horas contratadas al año para el servicio de odontología.

1.1.1.42.3. Servicio de Urgencias

- **Número Total de Consultas por Urgencias.**

Se debe tener en cuenta que el número total de consultas en el servicio de urgencias en los períodos de paro, al cerrar los servicios de consulta externa en el Hospital Nazareth E.S.E., y en las instalaciones de la Red Pública.

Número Total de Consultas por Urgencias año 2001: 21.752

- **Rendimiento Servicio de Urgencias.**

Se obtiene al dividir el número de consultas atendidas en el servicio de urgencias entre el número de horas laboradas:

$$\frac{21.752 \text{ Consultas atendidas}}{8.760 \text{ Horas Laboradas}} = 2,5$$

- **Urgencias.**

1. Camas de observación urgencias

Estándar: 1 Cama por 14.000 usuarios adultos

1 cama por 10.000 usuarios menores de 15 años.

Composición poblacional: Adultos: 82% - Menores: 18%

$$\text{N}^\circ \text{ de Camas Adultos} = \frac{88.671 \text{ usuarios}}{100 \text{ usuarios}} \times \frac{82 \text{ Adultos}}{14.000 \text{ Adultos}} \times 1 \text{ Cama} = 5,19 \text{ Camas}$$

Nº de Camas Adultos ≈ 5 camas

$$\text{N}^\circ \text{ de Camas Niños} = \frac{88.671 \text{ usuarios}}{100 \text{ usuarios}} \times \frac{18 \text{ menores}}{10.000 \text{ menores}} \times 1 \text{ Cama} = 1,59 \text{ Camas}$$

Nº de Camas Niños ≈ 2 camas

No. Total de Camas = 5 camas (adultos) + 2 camas (pediátricas)

No. Total de Camas = 7 camas (observación)

2. Número de Consultas Urgencias = 21.752

$$\text{N}^\circ \text{ de Urgencias/hora} = \frac{21.752 \text{ Urgencias}}{8760 \text{ Horas}} = 2,4 \text{ Urgencias/Hora}$$

Rendimiento: 1 Atención / hora

Nº de Médicos = 2,4 Médicos/Hora de Atención.

Nº de Médicos ≈ 3.0 Médicos / horas para el servicio de urgencias.

1.1.1.42.4. Servicio de Maternidad.

El área de admisiones y maternidad permite evaluar los indicadores relacionados con la hospitalización de pacientes parturientas de mediano riesgo, teniendo en cuenta que el Ministerio de Salud establece atender ocho (8) partos por día y tres (3) pacientes por urgencias maternidad en una (1) hora.

$$\begin{aligned} 365 \text{ días} \times 24 \text{ horas} &= 8.760 \text{ horas} \times 3 \text{ pacientes} \\ &= 26.280 \text{ Consultas programadas.} \end{aligned}$$

Se atendieron de enero a diciembre 4.875 consultas, generando un rendimiento de 19%.

Teniendo en cuenta que un médico tiene a su cargo la atención del parto y las consultas de urgencias, se obtiene un rendimiento médico por admisiones y atención de partos igual al 80%.

1.1.1.42.5. Sala de Partos.

Al evaluar el servicio de atención de partos en lo que respecta a las salas de partos:

Total partos atendidos = 4.080/ (Ene – Nov./2000)= 324 días

Período año = 365 → 4.596 partos / año según estadísticas
 → 383 partos/ mes
 → 13 partos / día

 → 1 día (24 horas) se producen 8 partos/día
 → en 365 días se producen 2.920 partos/año

$$\frac{1 \text{ Sala}}{2.920 \text{ Partos/año}} \times 4.596 \text{ Partos/año} = 1,57 \text{ Salas de Parto}$$

El Hospital Nazareth E.S.E. para atender la población anual de partos requiere dos (2) salas de partos y requiere un (1) médico general para cada sala y se observa que de acuerdo al número de partos día que realmente se atiende que es de 13 partos / día, lo que indica que el médico atiende un parto en 1,8 horas-

Servicio de Maternidad

Sala de Parto

Población = 88.671 usuarios

Partos de bajo riesgo

$$88,67 \text{ Usuarios} \times \frac{3,3 \text{ Embarazos}}{100 \text{ Usuarios}} \times \frac{76 \text{ Nacimientos}}{100 \text{ Embarazos}} \times \frac{85 \text{ Partos Bajo Riesgo}}{100 \text{ Partos}} \\ = 1.890 \text{ Partos (Bajo Riesgo)}$$

Partos efectuados enero – diciembre = 1.810

$$\text{Porcentaje de cumplimiento} = \frac{\text{Partos Efectuados}}{\text{Partos Esperados}} \times 100 = \frac{1810 \times 100}{1890} = 95,7\%$$

Nº DE MÉDICOS.

$$\text{Nº de Partos/Día} = \frac{1810}{365} = 4,95 \approx 5 \text{ Partos día}$$

$$\text{Nº de Médicos} = \frac{5 \text{ Partos}}{24 \text{ Horas}} \times \frac{2 \text{ Horas}}{\text{Parto}} \times \text{Medico} = 0,41 \approx 1 \text{ Médico}$$

$$\text{Nº de Camas} = \frac{5 \text{ Partos}}{\text{Día}} \times \frac{1 \text{ Cama}}{1 \text{ Parto}} \times 2 \text{ Días} = 10 \text{ Camas (Puerperio)}$$

1.1.1.42.6. Servicio de Laboratorio Clínico.

El servicio de Laboratorio Clínico es una de las principales fortalezas de la institución, por lo que se hace necesario evaluar sus indicadores.

1. Numero de Exámenes Procesados.

Para el período enero – diciembre de 2001, se procesaron 36.392 exámenes.

2. Porcentaje de Exámenes a Pacientes Ambulatorios.

$$\frac{34.015 \text{ Exámenes Procesados a Pacientes Ambulatorios}}{36.392 \text{ Exámenes Procesados en el Período}} = 93\%$$

El 93% de los exámenes realizados pertenecieron a pacientes ambulatorios.

3. Porcentaje de Exámenes a Pacientes Hospitalizados.

$$\frac{1.377 \text{ Exámenes Procesados a Pacientes Hospitalizadas}}{36.392 \text{ Exámenes Procesados en el Período}} = 7\%$$

El 7 % de los exámenes procesados en la institución pertenecen a pacientes hospitalizados.

4. Laboratorio.

Indicador = De cada 100 consultas, 70 generan exámenes de laboratorio.

$$\text{Nº de Consultas} = 77.342 \text{ Consultas} \times \frac{70 \text{ Consultas que generan examen}}{100} = 54.139$$

$$\text{Nº de Exámenes} = 54.139 \text{ Consultas} \times \frac{1,8 \text{ Exámenes}}{\text{Consulta}} = 97.451 \text{ Exámenes}$$

$$\text{Porcentaje de cumplimiento} = \frac{36.392 \text{ Exámenes Realizados}}{97.451 \text{ Exámenes Probables}} \times 100 = 37,34\%$$

5. N° de Bacteriólogos

$$\frac{97.451 \text{ Exámen}}{243 \text{ Días}} \times \frac{1 \text{ Día}}{24 \text{ Horas}} \times \frac{8 \text{ Horas}}{1 \text{ Bacteriólogo}} = 133,6 \text{ Exámenes Bacteriólogo}$$

$$\frac{1 \text{ Bacteriólogo}}{64 \text{ Exámenes}} \times \frac{97.451 \text{ Exámenes}}{243 \text{ Días}} \times \frac{0,33 \text{ Días}}{1 \text{ Turno}} = 2 \text{ Bacteriólogos/Turno}$$

$$\frac{1 \text{ Bacteriólogo}}{64 \text{ Exámenes}} \times \frac{36.392 \text{ Exámenes}}{243 \text{ Días}} \times \frac{0,33 \text{ Días}}{1 \text{ Turno}} = 0,77 = 10 \text{ Bacteriólogo/Turno}$$

5.1.6. Evaluación del Impacto.

Para la evaluación del impacto se utilizó algunos indicadores tales como: Morbilidad, mortalidad, infecciones hospitalarias, cambios de actitud de los usuarios A continuación se presentan los indicadores seleccionados para esta evaluación:

- **Satisfacción de usuarios:** está se mide por medio de encuestas de satisfacción que se realiza en una muestra representativa de los servicios ambulatorios y hospitalarios, al mismo tiempo se determina los tiempos de espera en cada uno de los pasos de la atención. Se utiliza la siguiente formula:

$$\text{Satisfacción Usuario} = \frac{\text{Nº de Personas Satisfechas}}{\text{Nº de Personas Atendidas}} \times 100$$

$$\text{Medicina} = \frac{1230}{1450} \times 100 = 84,8\%$$

El proceso de evaluación de encuesta no es pertinente, ya que realizada la encuesta basada en la evidencia se pudo comprobar.

La satisfacción del prestatario se mide igual por medio de encuesta de satisfacción y la formula que se utiliza es la siguiente:

$$\text{Satisfacción} = \frac{\text{Nº de Trabajadores Satisfechos}}{\text{Nº de Trabajadores de la Institución}} \times 100 = \frac{139}{163} \times 100 = 85\%$$

La calificación se da de la siguiente manera:

95-100%	4
95-85%	3
85-80%	2
Menos de 80%	1

- **Satisfacción Del Prestador O Cliente Interno:** Se mide por medio de encuestas de satisfacción y se puede realizar en la totalidad de los funcionarios. La calificación se da como: Excelente, bueno, regular y malo, en relación con los siguientes aspectos:
 - Ambiente físico donde realiza el trabajo
 - Disponibilidad de elementos esenciales para realizar el trabajo
 - Satisfacción con los compañeros
 - Relaciones con los superiores
 - Estímulos para su desempeño
 - Posibilidad de ascenso
 - Remuneración

En el Hospital la satisfacción de sus empleados es menos del 80% lo que equivale a una calificación de 1.

Tabla 27. Evaluación del Impacto.

INDICADOR	Calificación (1 -4)	Ponderación	Calificación Ponderada
Satisfacción de usuarios o cliente externo	2	0.5	1.0
Satisfacción del prestatario o cliente interno	3	0.5	1.5
TOTAL		1.0	2.5

Del cuadro anterior se deduce que el impacto es inadecuado en el Hospital, lo que indica que los usuarios tanto internos como externos no están satisfechos y el servicio no es de buena calidad.

- **Gastos de Atención:** (Tarifa de cada actividad/Costo misma actividad) x 100

Para determinar el costo de cada actividad se debe realizar un estudio de costos de los procedimientos del servicio a evaluar y se confronta con las tarifas asignadas para cada uno de ellos; así determina el porcentaje de utilidad o pérdida de cada actividad realizada. Este indicador evaluado en el Hospital Nazareth ES.E. permi-

tió determinar que a través de los servicios que se prestan se está percibiendo un beneficio económico.

5.1.7. Evaluación Global de la Calidad en Salud.

La evaluación global de la calidad se realiza con las seis áreas del DOPRI, es decir: Contexto, demanda, oferta, procesos, resultados e impacto. Para lo cual, se trasladan a un cuadro las calificaciones de cada una de las áreas mencionadas, que se encuentran en la parte inferior de las correspondientes plantillas. Finalmente se suman las calificaciones ponderados para obtener la calificación global de la calidad.

Tabla 28. Evaluación Global de la Calidad.

INDICADOR	Calificación (1-4)	Ponderación	Calificación Ponderada
Contexto	2,8	0,05	0,14
Demanda	1,9	0,05	0,95
Oferta	2,79	0,15	0,41
Procesos	0,84	0,25	0,21
Resultados		0,15	
Impacto	2,5	0,35	0,87
CALIFICACIÓN GLOBAL DE LA CALIDAD	-	1,00	
Total			1,73

La interpretación de los resultados se realiza con base en los siguientes:

Calificación de 3 ó más: calidad satisfactoria.

Calificación menos de 3: Calidad deficiente.

Luego entonces evaluando los resultados se puede decir que el Hospital tiene una calidad deficiente.

Existen otras variables de interés para evaluar la calidad en la atención de salud, son las referentes a la comodidad de los pacientes, las características relacionadas con la estancia (hotelería), la información para los usuarios y su familia, los derechos del paciente y la calidad de vida, las cuales no son tratadas pero si se abordaron tangencialmente.

5.2. ANÁLISIS D.O.F.A.

La elaboración de la matriz DOFA hace parte del análisis del entorno, en el cual se identifican las: Debilidades, Fortalezas, Amenazas y oportunidades de la E.S.E. Hospital Nazareth.

5.2.1. Identificación de debilidades.

- Ausencia de Software Integral y flexible que permita la sistematización de los procesos.
- Deficiente Estructura de Costos por Unidades Funcionales.
- Deficiente Gestión de la Generación de RIPS y Facturación haciendo lento el proceso de cobro a las ARS y al distrito.
- Deficiente gestión de Cartera.
- Manual de funciones desactualizado.
- No se han desarrollado las guías de manejo de los diferentes servicios.
- Deficiente Control de gestión.
- Cultura Organizacional anclada en el viejo modelo de prestación de servicios de salud.

- Desconocimiento de la Ley 100 y sus implicaciones para la E.S.E. por parte de los trabajadores.
- Tenso Clima organizacional.
- Débil sentido de pertenencia.
- Deficiente mantenimiento de equipos.
- Deficiencia en el Sistema de Referencia y Contrarreferencia.
- Falta de Implementación de Auditoria Médica de estructuras, procesos, resultados e impacto.
- Espacios de áreas locativas inadecuadas al modelo requerido actualmente.
- Concentración de la consulta externa en la jornada matinal.
- Inexistencia de programas de capacitación.
- Deficiente Aseguramiento de los equipos de la institución lo que ha originado fugas en varias ocasiones.

5.2.2. Identificación de Fortalezas.

- Disponibilidad de personal capacitado de diferentes áreas.
- Buenas relaciones institucionales, con la comunidad y proveedores.
- Nuevas instalaciones de Consulta externa y urgencia.
- Alta demanda por parte de la comunidad.
- Los usuarios prefieren los servicios que ofrece el hospital antes que cualquier servicio de otra E.S.E. del sector Público.
- De la E.S.E.'s del I nivel de Atención en Barranquilla es la mas organizada.
- Dispone de recursos financieros para cumplir con sus compromisos en el mediano y largo plazo.

5.2.3. Identificación de Oportunidades.

- Financiación por entidades externas.
- Demanda progresiva de los servicios ambulatorios.
- Gran cobertura de la población
- Buena distribución del área de urgencia para mejorar la atención.
- Implementación del programa de salud familiar.

5.2.4. Identificación de Amenazas.

- Incertidumbre sobre las posibles modificaciones que pueda sufrir el Régimen de Seguridad Social en Salud.
- Carencia de coordinación y fortalecimiento de la Red Pública de Servicios en Salud
- Ventajas en las transformaciones e innovaciones que lograron las entidades privadas del sector salud.
- Competidores privados actualizados tecnológicamente y con infraestructura atractiva para los usuarios.
- Flujo lento de los recursos provenientes del Régimen Subsidiado.
- Insuficiente aseguramiento de la población pobre y vulnerable (carnetización).
- Alta Dependencia de la Contratación con las ARS para garantizar el funcionamiento normal de la E.S.E.

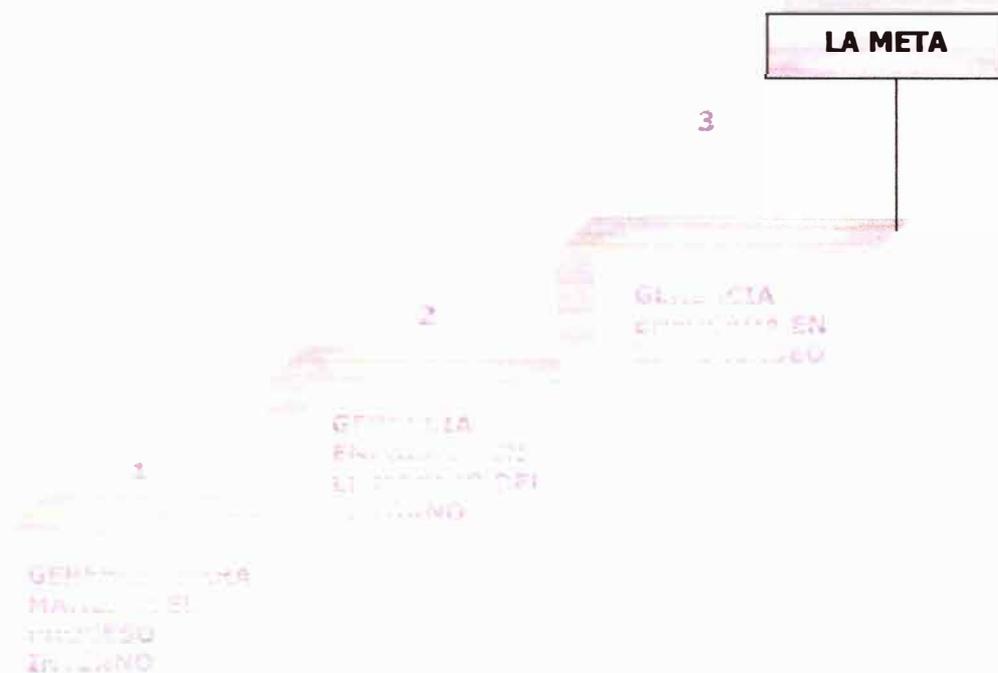


Ilustración 3. La Meta: Modernización de la Gestión de la E.S.E.

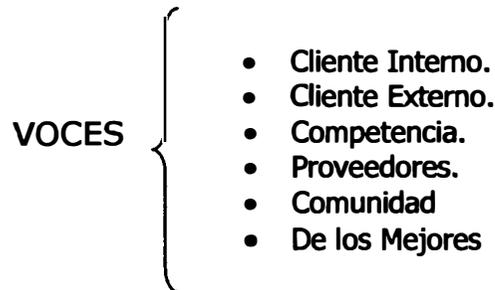
6.7. GERENCIA DEL PROCESO DE TRANSICIÓN INTERNO.

6.7.1. Estrategias para afrontar el Reto de Transición Interna.

6.7.1.1. Cultura de la Calidad.

Se solicita administrar toda la operación desde que se contacta con el cliente potencial, hasta que se le da el servicio posventa. En cada uno de estos requisitos, se analiza la situación de la empresa, se diseñan los mecanismos de control en cada una de las características, se escribe el procedimiento que regirá el cómo, quién, dónde, cuándo y por qué de cada una de las actividades para generar la documentación necesaria para calificar el sistema.

La implementación de la Cultura de la Calidad también implica escuchar las seis voces con el fin de mantener una actitud proactiva y no reactiva.



El Impacto Financiero de la Calidad en la organización se presenta cuando se administran correctamente las acciones que ayudan a superar los problemas que se tienen en la empresa o cuando se aprovecha la experiencia del personal que trabaja en ella, con el fin de mejorar los procesos operativos y administrativos y se evita incurrir en los Costos de la no Calidad (desperdicios, pérdida de clientes potenciales, Ausentismo, Tiempo muerto, etc.)

La Optimización de la Gestión de Auditoría Interna, permite la generación de una Cultura de Auto evaluación en los siguientes aspectos: Estructura, Proceso, Resultados e Impacto, evolucionando de una actitud reactiva a una proactiva.

6.7.1.2. Gestión para el mejoramiento de la Eficiencia y La Productividad.

La orientación hacia el mercado requiere de la implementación de una nueva estructura financiera y la necesidad de competir con otros hospitales. Eso conlleva Implementar mecanismos para planificar y dar se-

guimiento a las actividades del Hospital utilizando indicadores de producción y costos.

Implementar Mecanismos para planificar y dar seguimiento a las actividades del Hospital utilizando indicadores de producción y costos.

La capacidad para estimar costos y facturar servicios es necesaria para poder estimar la rentabilidad del Hospital como un todo, al conocer cuales prestaciones dejan beneficios y cuales deben ser finalmente subsidiadas. Esta capacidad de implementación de mecanismos para estimar costos, facturar y efectuar contratos para participar en el mercado de prestadores de servicios, requiere de información y de una capacidad de predicción sobre los puntos fuertes y las limitaciones del Hospital.

Se requiere en primer lugar conocer los costos de las diferentes prestaciones y a partir de allí determinar las causas y proponer las soluciones. Para conocer los costos se parte de la identificación de las unidades funcionales del hospital como unidades de negocio independientes, con sus ingresos propios, sus gastos fijos y variables y sus costos de ventas, permitiendo así conocer el margen de las operaciones realizadas.

- Sistema de Costos.

El Sistema de Costos no es más que otro sistema de información dentro de la empresa de salud, pero que resulta fundamental dentro del proceso. Como su nombre lo indica ("Sistema") debe abarcar la totalidad de la empresa y busca a diferencia de la contabilidad de costos,

llevar la totalidad de costos y gastos de la manera mas real posible hasta la esencia de la producción es decir de aquellas actividades que nos generan algún ingreso; manteniendo la estructura de conformación y aportando la información necesaria para que de acuerdo a una planeación previa se tomen decisiones a nivel de la alta y mediana gerencia. Entonces el sistema se fundamenta en la integridad de su estructura, el flujo lógico de la información y la toma decisiones de acuerdo a los resultados obtenidos.

Este sistema debe cumplir con ciertas características como son:

- **Dinámico:** Cambiar simultáneamente con los cambios de la empresa incluso en aquellos datos que se consideran "fijos".
- **Oportuno:** Aportar la información en el mismo momento que ocurren los hechos por cuanto su principal fuente de información serán los registros por causación de contabilidad.
- **Integral:** porque requiere de la permanente interrelación entre las Unidades Administrativas y Asistenciales del Hospital.

Unidades funcionales operativas:

- Urgencias.
- Maternidad.
- Consulta Externa.
- Apoyo Diagnostico.

- Apoyo Terapéutico.
- Mercadeo.

Unidad funcional administrativa:

- Recursos Humanos.
- Recursos Físicos.
- Recursos financieros.
- Recursos de información.

Unidad funcional de apoyo logístico:

- Servicios Generales.
- Mantenimiento.
- Almacén.
- Sistemas.

- Sistema de Información

El Hospital requiere de un Sistema de información Integral y Flexible que satisfaga las necesidades de la E.S.E. y proporcione las siguientes ventajas competitivas:

- Mejorar la calidad del trabajo realizado por todos los usuarios del sistema, minimizando el tiempo de asignación de citas y facilitando una información clara y detallada. Eliminación de los formularios manuscritos, obtención de un archivo de Historias Clínicas informatizado y accesible en todo mo-

mento. Presentar ágilmente la información estadística requerida, sirviendo como herramienta para la planificación y control de la E.S.E.

- Facilita la labor administrativa de la clínica, al tener disponible toda la información referente a los distintos aspectos de su gestión en tiempo real, de manera sencilla, integrada, ágil y segura.
- Por otro lado, debido a que el personal clínico en su consulta y en urgencias puede también citar al paciente, el número de citas a asignar se ve reducido en gran medida.
- Control informático del archivo de historias, facilitándose su mantenimiento.
- Tener un acceso rápido a los distintos Episodios de la Historia Clínica y gestión de las consultas externas de los distintos Servicios. La tarea de Codificación de Diagnósticos, realizada principalmente por los Médicos Documentalistas del centro, se debe llevar a cabo de forma integrada desde el Sistema de Información.
- Estadísticas médicas obtenidas automáticamente a partir del trabajo diario.

- Proporcionar herramientas para el control y planificación, pudiéndose obtener el gasto farmacéutico, visado de recetas, etc.
- Proporcionar información que facilite la toma de decisiones, clave para una mejor gestión.



Ilustración 4. Optimización de los procesos administrativos, técnicos-científicos, financieros.

- **Manual de Calidad.**

Requiere definir conceptos como: la política de calidad, la visión, misión y los valores que tiene la E.S.E., así como los servicios que ofrece, su organización, las responsabilidades de la dirección y las definiciones de puesto de las posiciones que afectan la calidad de los servicios, describir las políticas generales de actuación de la E.S.E. para cumplir con cada uno de los Requisitos Mínimos Esenciales y una referencia de todos los procedimientos emitidos para cumplir con la normatividad.

- **Manual de Procedimientos y Guías de Atención**

Este manual proporciona un marco de referencia para el cumplimiento de la normatividad, estableciendo el listado de instrucciones y registros de calidad que son necesarios para el cumplimiento del sistema. Para redactar el Manual de Procedimientos operativos, se requiere la definición de cada uno de los procesos mediante operaciones y/o actividades que deberán desarrollar para cumplir operativamente. Realizar estudios por medio de flujogramas, de los pasos que permitan identificar las rutas críticas de los procesos, y minimizar tiempo en los mismos.

- **Manual de Funciones**

Este manual permite realizar asignación de funciones al personal, identificar la naturaleza y los requisitos del cargo, así como además identificar el perfil del cargo.

- **Evaluación de los Servicios.**

Optimizar la Gestión de Auditoría Médica, y evaluar los servicios con una combinación de indicadores de calidad, utilización de servicios y gestión de los contratos. Entre los más importantes están: Mortalidad, Infección Intrahospitalaria, estancia, girocama, egresos, ingresos, indicadores financieros como cargos no facturados, glosas mensuales, procedimientos realizados, consultas, estancia, promedio de pacientes, frecuencia de uso de servicio/paciente/contrato, etc.

- **Crear la Conciencia del Costo entre los Empleados**

Esto permite que exista un autocontrol y un uso racional de los recursos disponibles para realizar su trabajo.

6.7.1.3. Plan Estratégico en Gestión Humana.

Aspectos para implementar:

- **Plan de Capacitación.**

Se requiere desarrollar programas de capacitación específica en las siguientes áreas: a) Mejoramiento de las relaciones interpersonales, b) Conformación de equipos de trabajo, c) Mercadeo de servicios de salud, d) Técnicas de atención al cliente, e) Trato al cliente difícil, f) Técnicas para mejorar la comunicación con los compañeros de trabajo y con el cliente, g) Formas de uso de tiempo libre, h) Manejo del estrés, i) Negociación y resolución de conflictos, j) liderazgo. Esto

permite a los trabajadores obtener nuevos conocimientos, así como también generar una cohesión de equipo de trabajo.

- **Programa de Bienestar Social.**

Esta política debe basarse en una racionalización seria y responsable sobre los recursos con que cuenta la Institución.

Se debe formular un plan integral de bienestar social, en el cual se establezcan las áreas en las cuales la institución procurará mejorar las condiciones de los trabajadores y los recursos que puedan destinar para los mismos.

Las estrategias para adelantar esta política son:

- Realización de campañas de motivación personal.
- Formulación del plan integral de Bienestar Social.
- Promoción de Actividades de Integración deportivas y recreativas del personal que labora en el Hospital.

- **Favorecer Clima Organizacional.**

Una premisa para el mejoramiento tanto de la calidad de la atención como del clima de la organización, será involucrar a los trabajadores en el análisis de su proceso de trabajo, y a partir de este análisis proponer modificaciones y mejoras. La modernización deberá partir desde un proceso participativo que fomente el trabajo en equipo y se derive de un estilo gerencial participativo.

- **Comunicación Organizacional.**

Mejorar la comunicación y participación de los trabajadores a nivel interno, haciendo uso de diferentes medios como carteleras distribuidas en el Hospital así como boletines, periódicos y videos explicativos del proceso de transformación. Esto permite que los resultados del trabajo estén a la vista de todos y que sean tanto participes del éxito en tener buenos indicadores; y se vean motivados por hacer un esfuerzo cuando se tienen que mejorar indicadores deficientes.

- **Garantizar a los trabajadores estabilidad laboral y seguridad social al día**

La Política a manejar será que el principal activo y motor es el talento humano, por eso se garantizará estabilidad laboral y sobre todo se deberá mantener la Seguridad Social 100% al día.

- **Ergonomía.**

Se proporcionará las herramientas adecuadas para que exista ergonomía en los puestos de trabajo, programas de Higiene Postural y Programar que a las charlas dictadas por la ARS asistan el mayor número de empleados posibles. De esta manera obtener la satisfacción del personal al elaborar sus funciones.

- Incentivo Y Patrocinio al Deporte.

Con el fin de contribuir al bienestar de los empleados es buena estrategia incentivar y promocionar actividades recreativas y deportivas institucionales e interinstitucionales con el fin de distensionar el ambiente laboral.

6.7.1.4. Dotación Oportuna de Insumos y Suministros.

Esta política requiere de una gestión descentralizada, en la cual se participe activamente por parte de los distintos trabajadores involucrados en los procesos, de tal modo que la racionalización de los recursos y su máxima aprovechabilidad se den como fruto de una responsabilidad compartida e interiorizada; de igual manera se debe recurrir a un proceso de planificación que permita determinar sobre la base de cifras reales las necesidades de dotación de insumo y suministros que cada sala o servicio habrá de requerir. Se trata de contar con herramientas ágiles que sean verdaderamente útiles para mantener una dotación suficiente y adecuada a las necesidades variables entre otras, de los servicios. Para lo anterior se requiere de la implementación de las siguientes estrategias:

- Elaboración de un plan anual de compras de insumos y suministros.
- Formulación trimestral por salas y servicios de los requerimientos para la dotación de insumos y suministros.
- Fortalecimiento del rubro presupuestal de insumos y suministros.
- Optimo manejo de relación comercial con proveedores.

6.7.1.5. Adecuación de las Instalaciones Físicas.

Fundamentalmente se debe perseguir crear un entorno institucional agradable para comodidad de los usuarios y excelente desempeño profesional, de esta manera afrontar los problemas locativos que la Institución tiene debido al proceso de deterioro físico por falta de mantenimiento. Es necesario, de igual manera, preocuparse por el aspecto ecológico, paisajístico de la Institución; no solo la interna sino la externa para hacer más agradable el entorno.

Las actividades propuestas son las siguientes.

- Mantenimiento de los techos, paredes y pisos.
- Conformación de brigadas de aseo, arborización y embellecimiento de la Institución con la participación de todos los organismos que conforma el Hospital.
- Realización de campañas que estimulen al empleado a cuidar y mantener su entorno.
- Formulación de proyectos menores de remodelación y/o acondicionamiento de áreas críticas.

6.7.1.6. Modernización de la Tecnología.

La modernización de la tecnología representa el reto más costoso en términos de inversión que habrá de asumir el Hospital. No solo por el valor de los equipos, sino por las inversiones complementarias en adecuaciones locativas, en capacitación al personal que deberá manejar los equipos y en el mantenimiento preventivo.

Las actividades propuestas son:

- Formulación y presentación de proyectos a los fondos de co-financiación para la dotación de equipos modernos en todos los servicios.
- Desarrollo de un Plan de Mantenimiento Hospitalario que garantice las acciones preventivas.
- Control y Aseguramiento de activos fijos.

6.8. GERENCIA ENFOCADA EN EL MANEJO DEL ENTORNO.

6.8.1. Estrategias Enfocadas al Manejo del Entorno.

Entendiéndose por entorno a:

- Sector Público.
- Sector Privado.
- Los usuarios y la Comunidad.

6.8.1.1. Sector Público.

- En cuanto al sector público, la gerencia debe estar comprometida en coordinar las diferentes actividades con el nivel central del Ministerio de Salud, los municipios y los distritos como los principales tomadores de decisiones encargados en la Salud Pública.

- Desarrollar estrategias con las Administradoras del Régimen Subsidiado con el fin de poder hacer elegible al Hospital para que preste los servicios a sus afiliados y obtener el financiamiento debido.
- Promover una nueva relación con las ARS, principal fuente de financiamiento, para ello se deberá trabajar en mejorar los mecanismos contractuales con el fin de que estos sean más específicos en cuanto a las obligaciones de cada una de las partes. *En primera instancia, antes de proponerse el incremento de volumen de pacientes, se deberá trabajar en mejorar la capacidad de facturación, especialmente disminuyendo las glosas y presentándola oportunamente; y de esta manera agilizar el pago de las ARS.*
- Como motivación para el mejoramiento de la productividad la Gerencia deberá fomentar la práctica de efectuar comparaciones de sus indicadores de Gestión, con otros establecimientos, lo que permitirá realizar procesos de "benchmarking" con Hospitales de estándares elevados y del mismo nivel y poder así mejorar sus propias prácticas.

6.8.1.2. Sector Privado.

- En el área de influencia del Hospital se hallan instituciones de carácter privado que prestan servicios de laboratorio e imagenología y servicios de primer nivel de atención, una estrategia que nos permite ser mas competitivo es generar paquetes de servicio con los estándares de la Tarifa Hospitalaria y realizar brigadas masivas de salud puerta a puerta. Véase Tabla 27

- Establecer convenios con universidades, en la que se utilice el Hospital como campo de práctica y estas retribuyen al Hospital con Capacitación al personal y recursos para mejorar la estancia de los estudiantes.

Tabla 29. IPS. y consultorios ubicados en el Silos III.

Institución	Dirección	Servicios Prestados
Consultorio Dr. Enrique Treviño	Calle 68 Carrera 25 esquina	Consulta Externa
Consultorio Dr. Enrique Echeverría	Carrera 24 65B-43	Consulta Externa
METROCLINICA- Calle 65	Calle 65 26B-35	Urgencias, Consulta Externa, Cirugía, Hospitalización, Atención del parto.
Unidad Médica La Candelaria	Calle 70C 22B-16	Consulta Externa, Laboratorio, Terapias Respiratorias.
Consultorio Kennedy	Calle 70C 21B-06	Consulta Externa, Laboratorio, Terapias Respiratorias.
Consultorio Dr. León Ruiz.	Calle 68 25B-26	Consulta Externa.
Consultorio Clínico DGB	Calle 68 24C-44	Consulta General y Especializada, Laboratorio Clínico.
Hospital Universitario de Barranquilla	Calle 58 23-100	Urgencias, Consulta General y Especializada, Laboratorio Clínico, Cirugía, Hospitalización, Atención del parto, Medicina Nuclear.
Clínica Nueva Granada	Calle 68 carrera 25 esquina	Urgencias, Consulta General y Especializada, Laboratorio Clínico, Cirugía, Hospitalización, Atención del parto
I.S.S. Andes.	Calle 57 24-54	Urgencias, Consulta General y Especializada, Laboratorio Clínico, Cirugía, Hospitalización, Atención del parto
Consultorio Dra. Duna Rey Matiz	Carrera 24 Calle 68	Consulta Externa y Laboratorio Clínico
Unidad de Salud Las Delicias	Calle 45 21-125	Consulta Externa y Laboratorio Clínico.
Centro Médico San José	Carrera 21 44-27	Urgencias, Consulta Externa, Hospitalización, Odontología, Fisioterapia.

Institución	Dirección	Servicios Prestados
Centro Médico FABER	Calle 45 18-18	Consulta Externa, Laboratorio Clínico.
ECOCARIBE-Centro Médico IPS	Calle 45 17-116	Consulta Médica General y Especializada, Ecografía, Laboratorio Clínico.
Droguería HEMERY	Carrera 20 38-23	Laboratorio clínico
REY FALS Laboratorio	Carrera 22 40-05	Consulta Externa, Laboratorio Clínico.
Policlínica Familiar	Calle 47B 24-07	Consulta Externa, Cirugías, Atención del Parto, Laboratorio Clínico.
Laboratorio Clínico JANETH NARVAEZ	Calle 47C 22-72	Laboratorios.
Unidad Médica 1° de Mayo	Calle 49 16-08	Medicina General y Especializada, Atención del parto, Laboratorio Clínico.
Unidad Medica Cevillar	Carrera 16 46B-29	Consulta Médica General y Especializada, Odontología, Atención del parto, Laboratorio Clínico
Laboratorio Clínico Clinitest	Carrera 16 47-26	Laboratorios.
Laboratorio Clínico Landsteiner	Carrera 16 47B-43	Laboratorios, Terapias Respiratorias
Unidad Médica Santa Teresa.		Consulta Médica y Especializada.
Consultorio Médico San Vicente.	Carrera 16 Calle 53D Esquina.	Consulta Externa
Unidad Médica Cordialidad.	Calle 47 16-137	Consulta Externa, Odontología, Laboratorio Clínico
Laboratorio REY FALS	Calle 47 14E-12	Laboratorios.

6.8.1.3. Los usuarios y la comunidad.

Una de las grandes tendencias que se plasma en la reorganización del Sistema de Salud y Seguridad Social en Colombia es la participación social en las estructuras institucionales y públicas, para lograr esa participación es necesario que existan canales de comunicación directa y espacios en los cuales la participación se haga efectiva.

Las estrategias propuestas son:

- Fortalecimiento de la Liga de Usuarios del Hospital mediante el apoyo logístico de las directivas de la Institución. Permitir la Reactivación de la Oficina de la Liga en las instalaciones de la E.S.E.

- Edición de un boletín informativo de todas las actividades del Hospital.
- Participar en proyectos de mejoramiento de la Comunidad en Materia de Salud.
- Creación del Centro Distrital de Epilepsia y Discapacitados.
- Brigadas de Salud puerta a puerta.
- Fomentar y patrocinar programas para las mujeres embarazadas.
- Desarrollar Programas para niños en estado de desnutrición.
- Incentivar y patrocinar el Programa de Adulto mayor.

En general la Administración debe estar interesada en que la comunidad juegue un papel protagónico y decisivo en los procesos encaminados a brindar salud integral, a fin de generar una nueva cultura de salud que privilegie la promoción de la salud y la prevención de las patologías que afectan a la población.

6.9. GERENCIA ORIENTADA HACIA EL MERCADO.

6.9.1. Estrategias para el Incremento en los Ingresos por Venta de Servicios.

Las principales estrategias que se proponen para afrontar el reto de incrementar los ingresos operacionales son las siguientes:

- Elaboración Y Actualización permanente del Plan Estratégico Gerencial.
- Fortalecimiento del Departamento de Mercadeo de la E.S.E. a través de la dotación de recurso humano y herramientas necesarias de mercadeo.
- Mejoramiento de la Imagen Corporativa por intermedio de campañas publicitarias y elaboración de un portafolio de servicios competitivo.
- Ofrecimiento del Portafolio de Servicios para contratar la prestación de servicios con las aseguradoras E.P.S., A.R.S. y otras empresas.
- Promover la carnetización de los usuarios por parte de los Entes Territoriales.

La elaboración y actualización permanente del Plan Estratégico Gerencial es de suma importancia para poder identificar las oportunidades del Hospital tomando en cuenta la realidad interna y externa, incluyendo el

mercado. Este ejercicio permitirá el desarrollo del proceso de mejoramiento continuo e incremento del nivel de competitividad de la E.S.E.

Es importante contar con una Unidad de Mercadeo, lo cual permitirá mediante un proceso sistematizado el conocimiento de las necesidades del Usuario con el fin de adecuar los servicios a sus necesidades y expectativas. Además permite optimizar los recursos hospitalarios para cumplir con la finalidad última que es ofrecer un beneficio a la sociedad dentro del marco de una Empresa Social del Estado (E.S.E.).

Las actividades de mercadeo tienen que ver también con la preparación de materiales que divulgan los servicios del Hospital.

La Unidad de Mercadeo debe diseñar un portafolio de servicios en el que se detallan todos los servicios que el Hospital ofrece: Urgencias, Maternidad, Consulta Externa (Medicina General), Consulta Externa Especializada, Consulta Odontológica, Nutrición y Dietética, Fonoaudiología, Psicología, Fisioterapia, Ecografía, Rayos X, Laboratorio Clínico, Actividades de Protección Especifica y Detección Temprana (como Política Institucional) Laboratorio Clínico.

Además del Portafolio de Servicios, el Hospital deberá desarrollar planes de mercadeo para atraer a sus clientes potenciales. Las actividades definidas e implementadas por medio de estos planes tienen como fin el que los usuarios estén informados de los servicios que se ofrecen.

La orientación de los servicios para atraer a los usuarios también venía a ser necesaria en un contexto de competencia y contratación de servi-

cios. Se requiere que el Hospital se enfoque en dar a conocer los servicios que ofrece, y poder garantizar las mejores condiciones para brindarlos con la mejor calidad posible.

La voz del usuario deberá adquirir una nueva dimensión cuando se le ofrece la posibilidad de manifestar en todo momento sus sugerencias y su disconformidad con los servicios recibidos. Esto se logra mediante buzones de sugerencias colocados en los servicios, encuestas de opinión, y mecanismos administrativos para tomar en cuenta de manera efectiva la opinión de los pacientes. La orientación de los servicios hacia el usuario también llega a modificar la lógica de la operación del Hospital, llevando al mínimo el rechazo y logrando una disminución de las filas y las listas de espera mediante la gestión apropiada.

Se empleará una estrategia para mejorar el trato al paciente, como parte de la mejoras en la calidad, es la evaluación de "momentos de verdad", que son las oportunidades en la que personas designadas por la administración tienen acceso a los servicios, para después extraer información detallada, limitaciones y problemas en el contacto del paciente con los servicios y los trabajadores del hospital y a partir de allí diseñar mejoras en los procesos de trabajo.

Resultado final: posicionamiento en el mercado a través de la oportunidad y calidad en la prestación de los servicios.

7. PROGRAMA DE GARANTÍA DE LA CALIDAD.

Un programa de mejoramiento continuo es un proceso, un programa a largo plazo en etapas pasos y momentos muy distintos el uno del otro para poder cumplir con los tres grandes requisitos como son la cultura del mejoramiento de la calidad, una gerencia con políticas de fortalecimiento del recurso humano y el personal, trabajo en equipo.

Para obtener este objetivo se pueden utilizar dos vías: la primera partiendo del desarrollo del sistema de garantía de calidad y la consolidación de un programa permanente de mejoramiento continuo; la segunda parte del máximo nivel jerárquico de la institución la cual asume el liderazgo y las estrategias.

I
Diagnostico Institu-
cional

II
Preparación del
hospital

III
Inicio de la ejecu-
ción

VI
Consolidación

V
Posicionamiento

IV
Desarrollar el pro-
grama

Ilustración 5. Etapas del ciclo PHVA.

El tiempo en que se desarrolla el ciclo completo de este programa puede comprender de 1 a 1/1/2 año en el HOSPITAL NAZARETH E.S.E.

7.1. CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS ESENCIALES.

- **Justificación.**

Para dar cumplimiento a lo establecido en el Decreto 2309 de 2002, el Hospital y sus centros de salud, presentarán el Formulario de Inscripción en Registro Especial, donde afirman ante la autoridad competente que los servicios que ofrecen cumplen con los estándares del sistema único de habilitación definidos por la Resolución 1439 de 2002. Para iniciar, actualizar y/o ampliar la prestación de servicios de salud es necesaria dicha declaración.

- **Objetivo.**

Mejorar la calidad de los servicios y cumplir con las obligaciones legales.

- **Metodología.**

- El Gerente del Hospital y los Coordinadores de los Centros de Salud, deberán convocar a una reunión en sus respectivas áreas para dar a conocer los requisitos mínimos y analizar el contenido de este componente; para el efecto

se debe anexar diskette, contenedor del formato de declaración de requisitos, instructivos de Requisitos Mínimos, Resoluciones y Decretos Reglamentarios.

- Los Jefes de Departamento del Hospital y los Coordinadores de los Centros de Salud y/o quien haga las veces de Coordinador en los Centros de Salud deberán convocar a una reunión con sus áreas correspondientes a fin de verificar el cumplimiento de los estándares.
- Una vez identificados los estándares, se realizará el diligenciamiento del formato de verificación, el cual se hará en medio magnético, se elaborará un informe donde se especifique cuales son los estándares cumplidos el cual será documento que servirá para la Declaración de servicios que cumplen con los Requisitos Esenciales.
- Se procede al diligenciamiento de los formularios para la Declaración de Requisitos Esenciales para la prestación de servicios, documento que debe ser presentado ante la respectiva Dirección Distrital, autorizado para recibirla (Secretaría de Salud Distrital de Barranquilla).

El Gerente del Hospital y los Coordinadores de los Centros de Salud, serán los directamente responsables del proceso de Declaración de Requisitos Mínimos Esenciales.

Cuando no se cumplan la totalidad de los estándares, las Gerencias responsables deberán hacer la respectiva anotación en el formulario en el cual se hace la declaración de requisitos, especificando los procesos correctivos que se llevarán a cabo y los términos fijados para dar cumplimiento a los mismos. Deberán informar a la Gerencia del Hospital, los estándares no cumplidos para analizarlos y tomar las acciones al respecto.

El Gerente del Hospital y los Coordinadores de los Centros de Salud, podrán solicitar el apoyo técnico a los Departamentos de Calidad o a quien haga sus veces, para llevar a cabo este proceso.

- **Evaluación.**

El Hospital y sus Centros de Salud, deberán efectuar el seguimiento a la primera evaluación de los Requisitos Esenciales que hayan realizado y verificar el cumplimiento de los compromisos que se hayan adquirido con las autoridades de salud cuando ello se presente.

7.2. CREACIÓN DE LOS GRUPOS DE CALIDAD.

- **Justificación:**

Dada la necesidad de desarrollar un Sistema de Garantía de Calidad al interior de la institución; cuyo trabajo nazca y se desarrolle desde los mismos profesionales encargados de la presta-

ción de los servicios, se hace necesaria la creación de Grupos de Calidad que efectúen procesos de calidad en forma práctica, flexible y de fácil aplicación; permitiendo la autoevaluación al interior de los mismos.

- **Definición:**

Serán grupos establecidos por los profesionales de la salud al interior del Hospital, en los departamentos, servicios del hospital y sus centros de salud, cuyo objetivo es desarrollar operativamente las estrategias de la calidad mediante procesos de autoevaluación. Se organizarán de acuerdo con el tamaño y complejidad de la institución.

- **Objetivo:**

Mejorar la calidad de la atención a través de grupos de calidad conformados por los mismos prestadores.

- **Metodología:**

La metodología fundamental de los grupos se desarrollará a través del ciclo de mejoramiento continuo, cuyo esquema básico es:

1. Identificación, definición y priorización de problemas.
 - 1.1. Identificación del problema
 - 1.2. Diseño de los estándares de desempeño

- 1.3. Obtener y analizar los datos sobre la atención al paciente
 - 1.4. Retroalimentación
 - 1.5. Diferencias entre lo realizado y el estándar
 - 1.6. Priorización de las necesidades existentes
 - 1.7. Implementación de las acciones correctivas
 - 1.8. Implementación de la medición del impacto (resultado)
 - 1.9. Efectuar el seguimiento sobre la Implementación de las acciones.
2. Identificación, priorización de causas y diseño de soluciones
 3. Ejecución de acciones de mejoramiento del problema
 4. Evaluación de resultados
 5. Reevaluación del problema.

7.2.1. Conformación de los Grupos de Calidad en el Hospital Nazareth E.S.E.

Las actividades de los grupos de calidad están dirigidas a conformar núcleos de calidad en el Hospital por parte de los mismos profesionales de la salud, buscar el enriquecimiento bibliográfico, y generar los procesos de coordinación interna que permitan generar las acciones de mejoramiento en el Hospital. Fundamentalmente, los grupos de calidad trabajarán bajo una metodología de definición de problemas, priorización y búsqueda de las correcciones o acciones de mejora, en el modelo denominado Ciclo de Mejoramiento.

7.2.2. Recursos.

Para que puedan funcionar y desarrollarse los Grupos de Calidad, Los Jefes de cada nivel del Hospital tienen la obligación de asignar los siguientes recursos:

- Para el área de reunión se necesita de la disponibilidad de un espacio físico.
- Es necesario que cada uno de los niveles del hospital dispongan dentro de sus agendas de trabajo del tiempo para efectuar dichas reuniones. Así mismo, deberán asignar y disponer del recurso humano requerido para el desarrollo y funcionamiento de los grupos.

7.2.3. Estructura de los Grupos de Calidad.

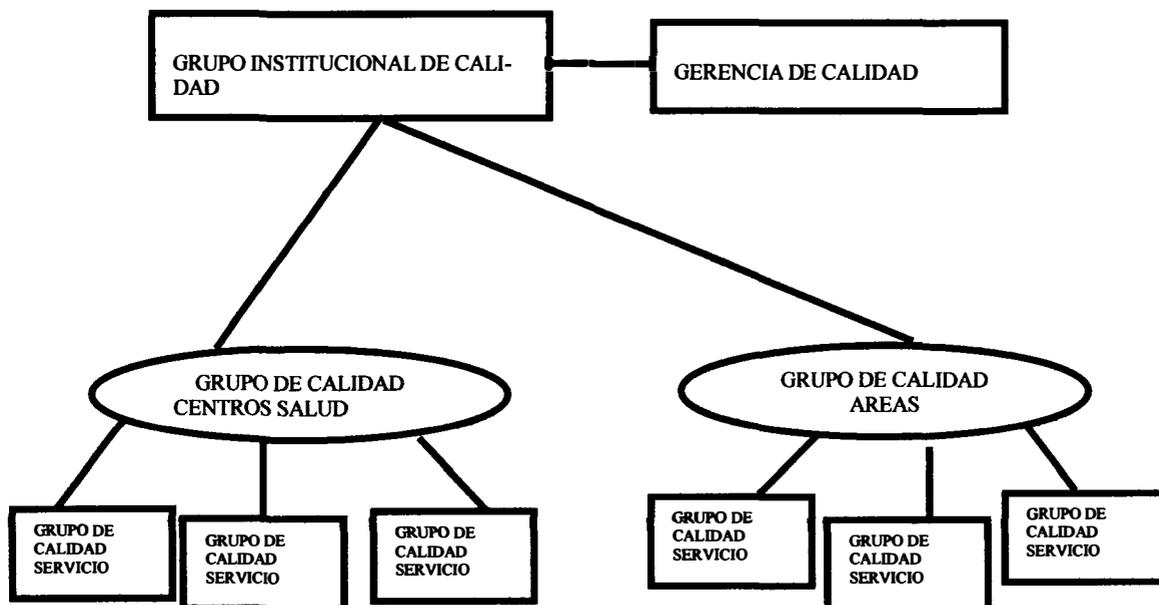


Ilustración 6. Estructura de los grupos de calidad.

Cada grupo de Calidad del Departamento o Servicio debe estar conformado por el Jefe o su delegado, quien coordinará las reuniones y por diferentes profesionales y personal asistencial de manera permanente. También participará a solicitud del grupo el personal administrativo de la institución.

El Grupo de Calidad institucional será coordinado por el Gerente del hospital o su delegado y actuará como Secretario el Jefe de Calidad y Vigilancia Epidemiológica del Hospital; estos grupos también se conformarán con el personal de Departamentos y Servicios y demás personal que se requieran, de acuerdo con el objetivo específico de la reunión.

Se debe tener en cuenta que en el nivel de servicio y/o departamento, como existen turnos de trabajo, se debe lograr que participen los trabajadores de los diferentes turnos, sin descuidar la prestación del servicio. En consecuencia, se deberán brindar los tiempos y espacios necesarios para su adecuado funcionamiento.

El personal asistencial que conforma los grupos de calidad podrá invitar al personal administrativo, a su comité al interior del servicio, de acuerdo con las necesidades y problemáticas a tratar; el proceso de autoevaluación que se efectúe al interior de los servicios, departamentos o el Hospital debe quedar documentado.

Se conformarán dos (2) tipos de Grupos de Calidad según el nivel de atención del Hospital y sus centros adscritos.

- **Grupo de Calidad de Áreas y Servicios:**

Cada una de las áreas y servicios del hospital, conformará un grupo de calidad, bajo la coordinación y dirección del Jefe del Servicio o del área quien definirá los participantes a cada reunión según el tema a tratar, y con la participación de los profesionales de la salud, pertenecientes al servicio o área. Se establecerá un núcleo básico del grupo de Calidad constituido por el Jefe del Servicio y el personal del área que él asigne y que será el responsable de la ejecución de las actividades asignadas. Sin embargo, el número y tipo de participantes podrá ser incrementado según el objetivo a tratar. Así mismo, si bien el funcionamiento del grupo depende fundamentalmente de la participación del personal asistencial, se solicitará la participación del personal administrativo cuando se considere necesario para que colabore en el mejoramiento de la calidad.

Se debe tener en cuenta la existencia de turnos de trabajo, se debe lograr que participen los trabajadores de los diferentes turnos, sin descuidar la prestación de los servicios. En consecuencia, se deberán brindar los tiempos y espacios necesarios para su adecuado funcionamiento.

- **Grupo Institucional de Calidad:**

Estará conformado en el Hospital por el Gerente, el cual coordinará y presidirá el Grupo de Calidad de su institución; por el Jefe de la Unidad de Calidad y Vigilancia Epidemiológica del Hospital, el cual actuará como Secretario Técnico del Grupo de Calidad y por el Jefe o un delegado de cada uno de los grupos de las áreas y servicios; podrá participar el personal administrativo y asistencial, de acuerdo con el objetivo específico

de la reunión. En los Centro de Salud el grupo de calidad lo conformará el médico coordinador quien también actuará como Secretario Técnico del Grupo; los coordinadores o representantes de los servicios de salud de su centro y dependiendo del objetivo a tratar en las reuniones se podrá invitar al personal administrativo.

7.2.4. Periodicidad de las Reuniones.

Estas se efectuarán de rutina por lo menos cada 15 días y de acuerdo con la problemática de los servicios y áreas, y con periodicidad mínima mensual en el Grupo Institucional.

7.2.5. Estrategias.

- **La estrategia básica del programa.** Se fundamenta en el mejoramiento continuo de los procesos de los servicios para que se conviertan en núcleos difusores de la filosofía de la calidad y sirvan de experiencia para los empleados del Hospital.
- **Implementación de la Oficina de Gerencia de la Calidad del Hospital.** Designar a un grupo de profesionales del Hospital para que actúen como facilitadores de la calidad con la misión de definir los métodos y procedimientos para la intervención de los procesos, entrenar y asesorar a los equipos de mejoramiento y evaluar el desarrollo del programa.
- **Organización del Comité de Calidad.** Bajo la Dirección de la Gerencia del Hospital Nazareth E.S.E., para que imparta su apoyo al

programa mediante el sostén administrativo de las decisiones; se propone su constitución con los siguientes miembros:

- Gerente: Quien lo preside
- Los subgerentes científico y administrativo
- Los jefes de programa
- El grupo de facilitadores

Para transmitir las decisiones del Comité se utilizarán reuniones informativas con los Departamentos, reuniones de grupos primarios (personal operativo) y los canales ordinarios de comunicación.

7.2.6. Guía Metodológica para la Operativización de Grupos de Calidad.

Los grupos de calidad tienen como objetivo generar estándares e implementar acciones de mejoramiento, a partir de los profesionales encargados de la prestación de los servicios, como estrategia fundamental para que los procesos de calidad sean efectivos y tengan un real impacto favorable en la calidad de los servicios.

7.2.7. Metodología del Proceso de Auditoría Médica.

Los procesos de auditoría médica se realizan de acuerdo con los siguientes criterios:

- o Problemas significativos detectados en las quejas o reclamos.

- Evaluar la eficacia y eficiencia de los mecanismos de referencia y contrarreferencia.
- Evaluar la calidad de las actividades realizadas para la atención en salud y su pertinencia.
- Complicaciones, tratamientos y procedimientos usados así como los casos de morbi – mortalidad.
- Pertinencia en la facturación.

- **Metodología.**

- Verificación de la idoneidad del recurso humano.
- Comités de Calidad de carácter permanente.
- Comités ocasionales (Ad – Hoc).
- Evaluación de la satisfacción de los usuarios.

- **Procedimiento.**

- Establecer un cronograma de actividades priorizado con el fin de realizar evaluaciones en forma periódica (ver anexo Formato de reporte de servicios para Auditoría Médica de Campo).
- Aplicación de instrumentos de evaluación, la información obtenida se considera confidencial.
- Análisis de los resultados.
- Informar a la alta Gerencia sobre los resultados obtenidos en la auditoría.
- Aplicación de correctivos en la ejecución de las actividades
- Retroalimentación de las diferentes áreas.

- Evaluar la eficacia y eficiencia de los mecanismos de referencia y contrarreferencia.
- Evaluar la calidad de las actividades realizadas para la atención en salud y su pertinencia.
- Complicaciones, tratamientos y procedimientos usados así como los casos de morbi – mortalidad.
- Pertinencia en la facturación.

- Metodología.

- Verificación de la idoneidad del recurso humano.
- Comités de Calidad de carácter permanente.
- Comités ocasionales (Ad – Hoc).
- Evaluación de la satisfacción de los usuarios.

- Procedimiento.

- Establecer un cronograma de actividades priorizado con el fin de realizar evaluaciones en forma periódica (ver anexo Formato de reporte de servicios para Auditoría Médica de Campo).
- Aplicación de instrumentos de evaluación, la información obtenida se considera confidencial.
- Análisis de los resultados.
- Informar a la alta Gerencia sobre los resultados obtenidos en la auditoría.
- Aplicación de correctivos en la ejecución de las actividades
- Retroalimentación de las diferentes áreas.

- **Número de historias clínicas a determinar.**

El número de historias clínicas objeto de auditaje está determinado de acuerdo al número de egresos mensuales conforme a la siguiente proporción:

Tabla 30. Auditoría de Historias Clínicas.

Egresos Mensuales	% de Historias Clínicas
Menos de 100	30%
De 100 a 999	10%
De 1.000 a 1.499	7%
De 1.500 a 1.999	5%
Más de 2.000	3%

Tienen prioridad para la auditoría clínica, los siguientes casos:

- Aquellos en los cuales el diagnóstico y tratamiento generan altos costos.
- Aquellos que originan discrepancias, desacuerdos en su manejo.
- Aquellos que dieron motivo a quejas por parte de los usuarios.
- Aquellos que soliciten los organismos de Dirección de Vigilancia y Control.
- Aquellos que soliciten las autoridades Jurisdiccionales.

7.2.8. Actividades y Responsabilidades de los Grupos de Calidad, y las demás Dependencias Involucradas en el Sistema.

Los Grupos de Calidad, las Unidades de Calidad y Vigilancia Epidemiológica realizarán en desarrollo de sus funciones las siguientes actividades:

- Grupo de Calidad de las áreas y servicios.

- Desarrollar el Ciclo de Mejoramiento Continuo, de acuerdo al plan.
- Definir el Plan de Mejoramiento del área respectiva.
- Realizar procesos de discusión de casos clínicos y revisión de bibliografías, pertinente al mejoramiento de la calidad del área respectiva.
- Retroalimentar al resto del área y a la institución.
- Evaluar las quejas que se presentan en el área respecto al servicio.
- Elaborar y difundir los manuales o documentos solicitados en el Ciclo de Mejoramiento.
- Definir, adoptar o adecuar los protocolos o guías prácticas clínicas para su servicio o área.

- Conservar y presentar cuando el Gerente del Hospital lo solicite los documentos solicitados en el Ciclo de Mejoramiento.
- Apoyar a la Gerencia de la institución y responder en lo pertinente a su departamento o servicio por las obligaciones del Decreto 2309 de 2002, en cuanto a las condiciones de habilitación, Auditoría Médica de Servicios; desarrollar el Sistema de Información de Calidad, Satisfacción de los Usuarios y Plan de Mejoramiento de su servicio o área.
- Desarrollar las funciones que se describen para los grupos de los servicios, aplicados a su ámbito en el nivel institucional, donde se evaluarán los casos más relevantes.
- Coordinar la creación de los Grupos de Calidad al interior de su institución.
- Brindar el apoyo técnico a los grupos de calidad.
- Recoger, analizar y proponer las acciones de mejora sobre las recomendaciones de tipo institucional.
- Hacer seguimiento a los indicadores de tipo institucional.
- Realizar control sobre el funcionamiento de los grupos de calidad de los servicios y áreas, verificando el cumplimiento de las funciones asignadas a los grupos.

- Articular los planes de mejoramiento de cada uno de los servicios dentro del Plan de Mejoramiento Institucional.
- Analizar por el grupo institucional los documentos entregados por los Grupos de Calidad de los servicios y áreas, y evaluar su efectividad en el mejoramiento de los procesos.
- Coordinar y responder por las obligaciones definidas en el Decreto 2309 de 2002 en relación con el cumplimiento del Sistema de Garantía de Calidad de los Prestadores de Servicios de Salud.
- Desarrollar los procesos de calidad en general de su institución.
- Constituir Comité ético hospitalario.
- Cumplir ante la Gerencia de la entidad con el cronograma definido.
- Cumplir con las funciones establecidas para los Grupos de Calidad en cada uno de sus niveles.
- Canalizar la implementación de las acciones de mejora que se salgan del alcance del ámbito de acción de los servicios.
- Responder en lo pertinente a la institución por las obligaciones del Decreto 2309 de 2002, en cuanto al cumplimiento de

las condiciones de habilitación, Auditoría Médica de Servicios; Desarrollar el Sistema de Información de Calidad, Satisfacción de los usuarios y Plan de Mejoramiento de su servicio.

- Analizar la morbilidad, la mortalidad y las estancias con base en los informes estadísticos.
- Ordenar a quien corresponda realizar la revisión de las historias clínicas, epicrisis, mortalidad y estancias, y solicitar al Comité respectivo las conclusiones respectivas.
- Propender por el respeto al usuario, el sentido social de la práctica hospitalaria y una alta relación ética profesional – usuario.
- Propender porque los funcionarios de todas las áreas tomen un espíritu crítico, frente a los problemas de salud que plantea la comunidad.
- Asegurar que el recurso humano vinculado a la entidad cumpla con los requisitos legales que su práctica impone.
- Concientizar a todos los funcionarios sobre la necesidad de prestar un eficiente servicio de manera equitativa a los usuarios sin distinguir de sus condiciones económicas, raciales, políticas, religiosas, o de cualquier otro orden.

- Promover la reglamentación de los diferentes servicios, centros y puestos de salud, en lo relacionado con la atención de los pacientes, protocolos de atención.

7.2.9. Procesos para Conocer, Mejorar y Garantizar el Nivel de Satisfacción de los Usuarios.

Cuando hablamos de usuarios, que califica los servicios nos referimos tanto al cliente externo, como al interno.

El Decreto reglamentario del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad "SOGC", incluye como uno de sus componentes obligatorios por parte de Aseguradoras y Prestadores de Servicios de Salud, la evaluación de satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios consolidando en la práctica de la atención en salud, los conceptos expuestos.

- Objetivos.

Construir una institución más amable, mediante un adecuado uso de la palabra y una determinada disposición de los espacios y los objetos.

- Establecer como una herramienta administrativa de apoyo a la dirección de la Institución, mecanismos que les permitan conocer y transformar las percepciones sobre el servicio y los conceptos de calidad para diseñar servicios y productos que respondan efectivamente a sus necesidades y expecta-

- Promover la reglamentación de los diferentes servicios, centros y puestos de salud, en lo relacionado con la atención de los pacientes, protocolos de atención.

7.2.9. Procesos para Conocer, Mejorar y Garantizar el Nivel de Satisfacción de los Usuarios.

Cuando hablamos de usuarios, que califica los servicios nos referimos tanto al cliente externo, como al interno.

El Decreto reglamentario del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad "SOGC", incluye como uno de sus componentes obligatorios por parte de Aseguradoras y Prestadores de Servicios de Salud, la evaluación de satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios consolidando en la práctica de la atención en salud, los conceptos expuestos.

- Objetivos.

Construir una institución más amable, mediante un adecuado uso de la palabra y una determinada disposición de los espacios y los objetos.

- Establecer como una herramienta administrativa de apoyo a la dirección de la Institución, mecanismos que les permitan conocer y transformar las percepciones sobre el servicio y los conceptos de calidad para diseñar servicios y productos que respondan efectivamente a sus necesidades y expecta-

tivas, como base de una administración hospitalaria centrada en la atención al cliente.

- Identificar las necesidades, expectativas y deseos de los usuarios en relación con los servicios ofrecidos por la institución e identificar sus prioridades.
- Conocer el grado de calidad de los servicios recibidos, vistos desde la perspectiva de los usuarios.
- Canalizar la información sobre aspectos que los usuarios perciben como críticos en la prestación de los servicios.
- Identificar aspectos críticos que deterioran la calidad de los servicios ofrecidos. Precisar fortalezas y debilidades.
- Sensibilizar a la empresa sobre la importancia de algunos elementos del servicio que ésta no ha considerado para el diseño y programación de los servicios.
- Retroalimentar a la institución para fijar planes de mejoramiento continuo de los servicios.
- Sintonizar a los trabajadores con los usuarios y demostrarles a todos ellos, la importancia de su opinión para la organización.

- Dar cumplimiento a la normatividad vigente definida en el decreto 2309 de 2002 sobre la obligatoriedad de los prestadores de realizar actividades de exploración y medición de la satisfacción de los usuarios de los servicios de atención en salud, como uno de los componentes del SOGC.
- Promover un pensamiento crítico en los usuarios que permita la retroalimentación de la institución y la posibilidad de crear espacios creativos.

8. CONCLUSIONES y RECOMENDACIONES

Se puede concluir que:

- El Hospital Nazareth E.S.E. es reconocido en el sector público por poseer recurso humano comprometido y capacidad de gestión.
- Se encontraron debilidades en cuanto a las Condiciones Técnico-científicas para lo cual se requiere que la administración se comprometa con la inversión de recursos para optimizar los servicios que se prestan en la E.S.E. incluyendo los Puestos de Salud.
- Las estrategias contempladas en el capítulo 5 permitirán que la E.S.E. evolucione hacia la administración con sentido empresarial, para lo cual se requiere inversión y es preciso cuantificarla para su ejecución.
- Se sugiere a la gerencia aumentar su compromiso en la gestión de recursos y evaluar la posibilidad de promover los programas y planes contemplados en el presente estudio con el fin de fortalecer a la E.S.E. y permitir la autosuficiencia.

BIBLIOGRAFÍA

KOONTZ, Harold y WEIHRICH, Heinz. Administración: Una perspectiva global. Bogotá: McGraw-Hill. Ed. 11 p. 22

TORO, Julio Ernesto. Hospital como empresa. Medellín: Hospital Universitario San Vicente de Paúl. 2000, p. 13

SENGE, Peter. La quinta disciplina. Barcelona: Garnica. 1993, p. 260

MARKOVITZ, H. Portafolio selectores, Journal of Finance. Mayo 1952.

MENARD, H. La economía de las organizaciones. París: La Découverte. 1990

CAMACHO MONTTOYA, Manuel. Dirija su hospital. Bogotá: Fundación Corona. 1999.

WEB SITIES.

<http://www.saludcolombia.com/ultimasnormas.htm>

<http://www.minsalud.gov.co>

<http://www.saludpublica.com>

<http://www.encolombia.com/salud.htm>

<http://www.cgh.org.co/gestionintegral/index.htm>

ANEXOS

ANEXO 3. EJECUCION PRESUPUESTAL (ENERO 1 A 15 DE JUNIO DE 2003)

INFORME EJECUCION PRESUPUESTAL DE INGRESOS DEL 2.003

FECHA DE CORTE JUNIO 15 DE 2.003

OTROS RECURSOS	PRESUPUESTO	RECONOCIMIENTO	P. POR EJECU	RECAUDOS	S. APROPIA	% RECONOCI	% RECAUDO
PARTICIPACION NACIONAL	915.391.620	152.565.270	762.826.350	152.565.270	762.826.350		
SUBSIDIO ALA DEMANDA A.P	915.391.620	152.565.270	762.826.350	152.565.270	762.826.350	17%	17%
INGRESOS CORRIENTES	7.800.386.893	4.639.363.537	3.161.023.356	3.152.686.826	4.647.700.067		
REGIMEN SUBSIDIADO	2.801.598.930	2.554.336.813	247.262.117	656.742.840	2.144.856.090	91%	23%
ATENCION VINCULADO	1.663.926.837	1.479.781.922	184.144.915	320.000.000	1.343.926.837	89%	19%
ACTIVIDAD NO POS-S	184.880.759	21.101.140	163.779.619		184.880.759	11%	0%
PREVENCION Y PROMOCION	311.288.770	283.815.000	27.473.770		311.288.770	91%	0%
I.P.S. PRIVADAS	165.600.000		165.600.000		165.600.000	0%	0%
USUARIOS VINCULADOS	420.000.000	300.328.662	119.671.338	299.878.679	120.121.321	72%	71%
CUENTAS POR COBRAR	2.253.091.597		2.253.091.597	1.876.065.307	377.026.290		83%
INGRESOS CORRIENTES	6.640.000		8.640.000		6.840.000		
ARRENDAMIENTO Y ALQUILER	6.840.000				6.840.000	0%	
INGRESOS DE CAPITAL	642.110.438		642.110.438		642.110.438		
RENDIMIENTOS FINANCIEROS	1.000.000				1.000.000	0%	
RECUPERACION DE CARTERA	641.110.438				641.110.438	0%	
TOTAL INGRESOS	9.364.728.951	4.791.928.807	4.572.800.144	3.305.252.096	6.059.476.855		

EJECUCION DE GASTOS A JUNIO 15 DE 2003

CONCEPTO	TOTAL	TOTAL	SALDO	TOTAL	%	%
	PRESUPUESTO	COMPROMISO	POR EJECUTAR	PAGADO	COMPROMISO	GIRADO
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	9.364.728.951	4.667.330.362	4.697.398.589	3.394.629.699	50%	73%
GASTOS PERSONAL ADTIVO	1.110.158.154	416.132.908	694.025.246	363.975.239	37%	87%
VIGENCIAS ANTERIORES	108.098.086	81.435.274	26.662.812	81.435.274	75%	100%
REMUNERACION SERV TECNICOS	78.000.000	74.543.963	3.456.037	70.516.501	96%	95%
HONORARIOS	114.000.000	111.414.099	2.585.901	93.524.601	98%	84%
VIGENCIAS ANTERIORES	76.597.295	47.463.082	29.134.213	47.463.082	62%	100%
CONTRIBUCION	424.746.882	89.963.195	334.783.687	61.592.593	21%	68%
GASTOS PERSONAL OPERATI	1.988.813.205	1.224.307.709	784.505.496	1.049.847.682	62%	86%
VIGENCIAS ANTERIORES	284.902.235	196.152.116	88.750.119	196.152.116	69%	100%
REMUNERACION SERV TECNICOS	110.000.000	108.782.718	1.217.282	70.539.243	99%	65%
HONORARIOS	188.382.214	186.177.126	2.205.088	121.782.703	99%	65%
VIGENCIAS ANTERIORES	41.448.966	41.096.267	352.699	41.096.267	99%	100%
CONTRIBUCION	894.108.794	221.917.982	672.190.812	137.691.354	25%	62%
GASTOS GENERALES	2.427.650.568	1.350.561.798	1.077.088.770	724.807.484	56%	54%
OTRAS TRANSFERENCIAS	120.000.000	54.211.869	65.788.131	54.211.869	45%	100%
GASTOS DE PREST DE SERV	1.049.296.864	535.841.130	513.455.734	375.171.565	51%	70%
GASTOS COMPLEMENTARIOS	20.000.000	17.399.200	2.600.800	16.583.200	87%	95%
GASTOS DE INVERSION	328.525.688	85.096.000	243.429.688	24.221.000	26%	28%
SUMAS IGUALES	9.364.728.951	4.842.496.438	4.522.232.515	3.530.811.773	52%	73%

ANEXO 4. PROGRAMA FINANCIERO.

HOSPITAL NAZARETH E. S. E. PROGRAMA FINANCIERO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES TECNOLÓGICOS Y CIENTÍFICOS

ESTÁNDARES	CATEGORÍA		Periodo 2003			TOTAL RI
	RI	NRI	Jul-Ago	Sep- Oct	Nov-Dic	
1. Infraestructura, Instalaciones Físicas y Mantenimiento	X		100.000	250.000	310.000	660.000
2. Dotación-Mantenimiento	X		50.000	130.000	80.000	260.000
3. Recursos Humanos	X		10.000	10.000	10.000	20.000
4. Insumos- Gestión de Insumos	X			2.000		2.000
5. Procesos prioritarios Asistenciales	X		10.000	50.000	50.000	110.000
6. Historia clínica y Registros asistenciales.	X		5.000			5.000
7. Interdependencia de servicios		X				
8. Referencia de pacientes	X		1.000			1.000
9. Seguimiento a riesgos		X				
TOTAL INVERSION						1.058.000

* **R.I.:** Requiere Inversión.

N.R.I.: No requiere Inversión

La información se encuentra en miles de pesos.

HOSPITAL NAZARETH E. S. E.
DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL
VIGENCIA 2003

CONCEPTO		RECURSOS PROPIOS
2010100	Adquisición de Bienes	
2010101	Compra de Equipos	100.000.000
2020100	Adquisición de Bienes	
2020101	Mantenimiento Hospitalario	486.021.393
2020102-1	Compra de Equipos e Inst Médicos	130.000.000
2020200	Adquisición de Servicios	
2020201	Mantenimiento Hospitalario	110.659.713
8000000	Gastos de Inversión	
	Programas de Inversión	258.275.832
TOTAL		1.084.956.938

* El Hospital Nazareth E.S.E. tiene disponibilidad para ejecutar el programa para el cumplimiento de los estándares para la habilitación, y se pueden realizar ajustes con el fin de optimizar la prestación del servicio.

HOSPITAL NAZARETH E. S. E.
PROGRAMA FINANCIERO PARA EL CUMPLIMIENTO
DE LOS ESTÁNDARES TECNOLÓGICOS Y CIENTÍFICOS

1. INFRAESTRUCTURA, INSTALACIONES FÍSICAS Y MANTENIMIENTO	
Servicio de Esterilización	Adecuación y ampliación de área de esterilización con el fin que existan los siguientes ambientes: recepción, lavado, clasificación y preparación, preparación de paquetes, esterilización, almacenamiento.
Medicina General	Adquisición de ventiladores para la sala de espera.
	Adquisición de sillas cómodas para la sala de espera.
	Acondicionar la estación de enfermería.
Cons. Externa Ginecología y Obstetricia	Acondicionar el vestier para pacientes.
Fisioterapia	Instalación de lavamanos.
	Acondicionar depósito de materiales.
Laboratorio Clínico	Adecuación de área de toma de muestra ginecológica.
	Adecuación de área de análisis de muestras.
	Optimizar la iluminación y ventilación.

HOSPITAL NAZARETH E. S. E.
PROGRAMA FINANCIERO PARA EL CUMPLIMIENTO
DE LOS ESTANDARES TECNOLOGICOS Y CIENTIFICOS

1. INFRAESTRUCTURA, INSTALACIONES FISICAS Y MANTENIMIENTO	
Laboratorio Clínico	Dotar de archivador.
	Acondicionar área de depósito de reactivos.
Farmacia	Mejorar las condiciones de ventilación.
	Adquirir cubiculos para el área administrativa
Servicio: Manejo de Residuos	Terminar la adecuación del cuarto de desechos hospitalarios.
Servicio: Seguridad Hospitalaria	Señalizar todas las áreas de la institución.
	Proveer de iluminación artificial adecuada.
Servicio: Lavandería	Acondicionar los siguientes ambientes: Recepción, Pesaje, Clasificación, Lavado, Secado, Almacenamiento, Costura, Distribución y ducha por sexo.
Centros de Salud	Acondicionar baños y cuarto de aseo
	Arreglar techos y paredes.
Áreas Generales	Pintar las paredes y limpieza de los jardines exteriores e interiores.

HOSPITAL NAZARETH E. S. E.

PROGRAMA FINANCIERO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES TECNOLÓGICOS Y CIENTÍFICOS

2. DOTACION-MANTENIMIENTO	
Servicio: Obstetricia	Adquisición de Balanza, tallmetro y cinta métrica.
	Adquisición de mesa puente
	Adquisición de campana de pinar
	Adquisición de camilla y silla de ruedas.
	Adquisición de camilla y silla de ruedas.
Servicio: Esterilización	Compra de carros transportadores de material y ropa.
	Adquisición de estantería metálica para deposito de materiales y equipos.
Servicio: Urgencia	Dotación del carro de paro.
Servicio: Medicina General	Adquisición de mesa auxiliar.
	Adquisición de recipientes para desechos.
Servicio: Odontología	Adquisición de negatoscopio
Servicio: Pediatría	Adquisición de equipo de examen para valoración de desarrollo psicomotor.

HOSPITAL NAZARETH E. S. E.

PROGRAMA FINANCIERO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES TECNOLÓGICOS Y CIENTÍFICOS

2. DOTACIÓN-MANTENIMIENTO	
Servicio: Fisioterapia	Adquisición de paquetes fríos, cinta métrica y elementos de resistencia graduables.
Servicio: Fonoaudiología	Adquisición de espejo, grabadora, cronómetro, Material lúdico, pedagógico y musical.
	Adquisición de otoscopio.
Servicio: Laboratorio Clínico	Adquisición de agitador de pipetas, destructor de agujas, destilador, escalerilla, gafas de seguridad, lámpara de visor de aglutinación, linterna, pipeteadores de seguridad,
Servicio: Lavandería	Adquisición de lavadoras y secadoras.
	Adquisición de carros recogedores y repartidores.
	Adquisición de estantería para el almacenamiento de ropa limpia.

HOSPITAL NAZARETH E. S. E.

**PROGRAMA FINANCIERO PARA EL CUMPLIMIENTO
DE LOS ESTÁNDARES TECNOLÓGICOS Y CIENTÍFICOS**

3. RECURSOS HUMANOS.	
Servicio: Manejo de Residuos	Delegar personal para el manejo de programa de manejo de residuos.
CAPACITACION	Llevar a cabo el programa de capacitación.

4. INSUMOS-GESTIÓN DE INSUMOS
1. Definir las especificaciones técnicas para la adquisición de insumos.
2. Aplicar procedimientos técnicos para el almacenamiento de medicamentos.
3. Diseñar e implementar procedimientos para el control de las condiciones de almacenamiento, distribución y entrega de los insumos.

HOSPITAL NAZARETH E. S. E.

PROGRAMA FINANCIERO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES TECNOLÓGICOS Y CIENTÍFICOS

5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES

1. Diseñar e implementar las guías de atención de los servicios de Urgencias, Maternidad y Medicina General.
2. Diseñar e Implementar los Manuales de Procesos y Procedimientos.
3. Desarrollar e implementar los protocolos de limpieza y desinfección.

6. HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS ASISTENCIALES

1. Modificar el registro de admisión de pacientes.
2. Modificar el registro de atención de parto.
3. Desarrollar registro diario de producción, distribución y gasto de materiales en el servicio de esterilización.
4. Desarrollar registros de observación de ronda a la central de gases.

HOSPITAL NAZARETH E. S. E.

PROGRAMA FINANCIERO PARA EL CUMPLIMIENTO
DE LOS ESTANDARES TECNOLOGICOS Y CIENTIFICOS

7. INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS

NO REQUIERE DESARROLLO DE ACTIVIDADES NI INVERSION FINANCIERA.

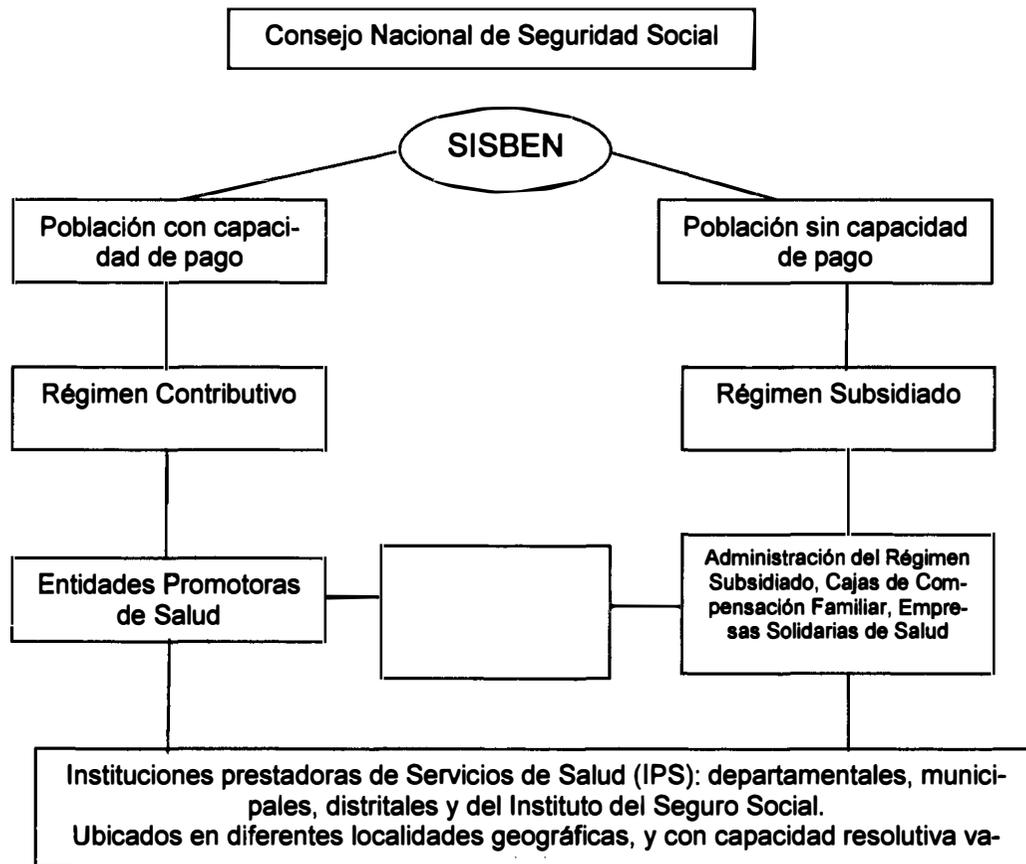
8. REFERENCIA DE PACIENTES

1. Definir guías para la referencia de pacientes.

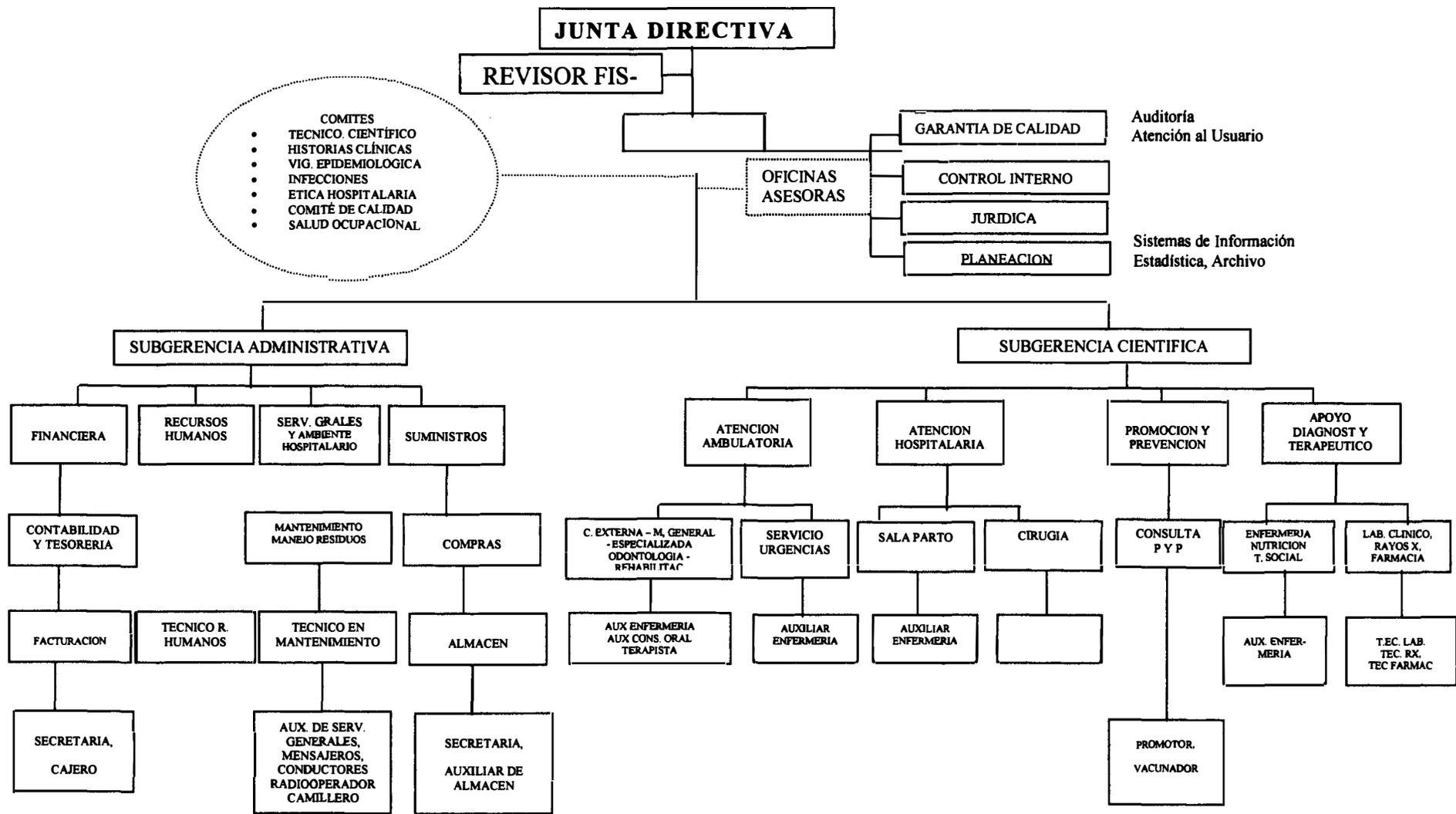
9. SEGUIMIENTO A RIESGOS DE LA PRESTACION DE SERVICIOS

1. Programar sesiones clínicas para evaluar y dar seguimiento a los riesgos inherentes a los servicios que presta la E.S.E.

ANEXO 1. ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL.



ANEXO 2. ORGANIGRAMA- HOSPITAL NAZARETH E.S.E.



Consultas atendidas por medicina general.

Silos III 2005.

Medicina General: 34.627

Promoción y Prevención Hospital Nazareth: 3.136

Medicina General Puesto de Salud: 20.724.

Promoción y Prevención Puesto de Salud: 1442

Rendimiento consulta externa Hospital Nazareth: 34.627.

Comparativo Hospital Nazareth: 36.876

Puesto de Salud: 21.554.

CONSULTAS ESPECIALIZADAS

Ginecología: 2684

Pediatría: 1639

Dermatología: 299

Cardiología: 216

M. Interna: 336

Neurología: 0

Ortopedia: 238

NUMERO DE CONSULTAS ODONTOLÓGICAS POR PRIMERA VEZ 2005

Hospital Nazareth: 1497

P.S. Alfonso Lopez: 995

P.S. Buena Esperanza: 678

P.S. San Felipe: 605

P.S. San José: 810

P.S. Villate: 548

NUMERO DE SESIONES ODONTOLÓGICAS REMITIDAS

2005

Hospital Nazareth: 1051

P.S. Alfonso Lopez: 1268

P.S. Buena Esperanza: 756

P.S. San Felipe: 675

P.S. San José: 593

P.S. Villate: 1217

NUMERO DE SESIONES ODONTOLOGICAS POR PRIMERA

VEZ Y REMITIDAS 2005

Hospital Nazareth: 2572

P.S. Alfonso Lopez: 2323

P.S. Buena Esperanza: 1224

P.S. San Felipe: 1095

P.S. San José: 1293

P.S. Villate: 1839

NUMERO DE TERAPIAS FISICAS 2005

4788

NUMERO DE TERAPIAS RESPIRATORIAS

478

VARIACION % TERAPIAS RESPIRATORIA

Ambulatoria 488.

NUMERO DE CONSULTAS ATENDIDAS POR SERVICIO AÑO

2005

Urgencias: 27.610

Urgencia Maternidad: 6.927

Consulta Externa: 44.627

C. Medica Promocion Y Prevencion.: 5.578

C. Especializada: 5.938

Puestos de salud: 21.724

Nutrición: 1.966

Fonoaudiología: 995

Psicología: 506

Fisioterapia: 6156

Odontología: 18.772

Total: 132.799.

En la tabla No. 1 muestra un aumento en la atención por consulta externa en el año 2005, seguido por urgencias.

Mostrando una disminución en los servicios de psicología y fonoaudiología.

Consultas Puestos de Salud Silos II (incluye P y P). Régimen subsidiado.

Alfonso López: 2442

Buena Esperanza: 2695

San Felipe: 2325

San José: 2460

Villate: 4639

Consultas P.S. Si los II Sisben

Alfonso López: 2182

Buena Esperanza: 1611

San Felipe: 3594

San José: 2292

Villate: 1401

Consultas P. Su Silos II

Vinculados:

Alfonso López: 655

Buena Esperanza: 187

San Felipe: 1056

San José: 1035

Villate: 355

Pacientes atendidos por tipo de afiliación puestas de salud.

Regimen Subsidiado: 14521

Sisbenizados: 11312

Vinculado: 3311

Otros: 39

Rendimiento médico

P. Salud	Horas Lab.	Consulta	Rendimiento
A. López	1886	5558	12
B. Esperanza	1930	4658	12
S. Felipe	1876	7002	15
S. José	1886	5196	12
Villate	1886	6770	15

**Hospital Nazareth y Puestos de Salud Pacientes Vinculados
2005.**

Urgencias: 1639

Urgencias Maternidad: 333

C. Externa: 5279

**Hospital Nazareth por Puestos de salud. Pacientes
Sisbenizados**

Urgencias: 14823

Urgencias Maternidad: 4233

C. Externa: 23515

**Hospital Nazareth por puestos de salud Pacientes
Desplazados:**

Urgencias: 273

Urgencias Maternidad: 91

C. Externa. 439.

Hospital Nazareth y puestos de salud Pacientes Subsidiados

Urgencias: 15.559

Urgencias Maternidad: 3.286

C. Externa: 33.687

**Pacientes Atendidos por Tipo de Afiliación Servicio: Urgencia,
Urgencia Maternidad por Consulta Externa**

R. Subsidiados: 52.647

Sisbenizado: 43.578

Vinculado: 853

Desplazado: 25

Otros: 87

1. Número consultados por nutrición y dietética: 1866 – 2005.

2. Fonoaudiología: 1160 – 2005.

Número de Exámenes Procesados por Tipo de Afiliación

	Nivel I	Nivel II	Nivel III
Sisben	17.207	3.496	755
Vinculados	1.750	383	51
Subsidiados	34.810	4.350	901
Desplazados	590	112	26
Sec. Salud	18.931	5.453	7.778

Número de exámenes procesados por institución

	Nivel I	Nivel II	Nivel III
Hospital Nazareth	58.306	10.489	2.805
Puesto de Salud Alfonso López	13.680	258	17
P.S. Buena Esperanza	2.231	1.065	48
P.S. San Felipe	1.562	431	11
P.S. San José	2.212	289	12
P.S. Villate	2.027	420	32

SILOS II

Diez principales causas de consulta	1 año	
Servicios de urgencias		
Enfermedad		
Rinofaringitis aguda	488	
Diarrea y gastroenteritis	146	
Fiebre no especificada	192	
Infección intestinal viral	138	
Influenza con otras manifestaciones respiratorias	112	
Infección viral no especificada	93	
Psiconeumonía	10	
Asma no especificada	12	
Insuficiencia respiratoria aguda	46	
Bronquiolitis aguda no especificada	12	

Rinofaringitis A. de presunto origen	523	
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen	212	
Amigdalitis aguda no especificada	225	
Fiebre no especificada	282	
Asma no especificada	133	
Infección intestinal viral sin otra especificación	136	

Herida de la cabeza no especificada	115	
Amebiasis no especificada	57	
Intoxicación alimentaria	36	
Bronconeumonía no especificada	23	

**PRINCIPALES EXAMENES PROCESADOS HOSPITALES Y
P.S. NIVEL DE ATENCION**

Examen	H. Nazareth	A. López	B. Esp.	S. Felipe	S. José	Villate	Total
P. de Orina	12.107	172	183	293	310	405	13.470
Glucosa	11.024	99	13	118	123	171	11.548
C. Hemático	11.070	105	195	239	468	235	12.012
Colesterol total	5.215	109	110	138	98	136	5.806
Coprologico	3.348	12	126	156	195	176	4.013
Serología	2.560	9	18	26	15	29	2.657
A. Único	1.974	15	20	8	23	62	2.102
Colesterol HDL	2.298	12	69	6	18	78	2.481
Creatinina	2.169	20	19	42	72	54	2.376
Nitrogeno uréico	480	8	15	4	19	4	530

Hemoclasificacion	308	6	8	8	12	16	358
-------------------	-----	---	---	---	----	----	-----

RADIOLOGIAS

No. Estudios Realizados

2005: 4118

Estudios realizados x tipo de afiliación

Subsidiado: 1715

Sisben: 1505

Vinculado: 181

Desplazados: 61

No. De placas tomadas 2005: 4680

No. De Ecografías

2005: 1716

CONSULTAS MEDICAS GENERAL Y PROMOCION Y

PREVENCION 2005

Alfonso López: 5493

Buena Esperanza: 4761

San Felipe: 6871

San José: 5532

Villate: 4839

Consultas de Promoción y Prevención

Puesto de Salud

Alfonso López: 246

Buena Esperanza: 188

San Felipe: 403

San José: 344

Villate: 646

Principales Exámenes

En esta tabla se observan los exámenes de I Nivel de atención más frecuentes.

El parcial de orina, la glicemia y el hemograma, ocuparon los tres primeros lugares.

El coprológico se posicionó en el 5º lugar.

TIPO DE AFILIACION

En el año 2005 se procesaron 57.353 exámenes de laboratorio, correspondiendo el 53 % de estos a la sec. de salud.

El segundo lugar fue ocupado por pacientes del régimen subsidiado con un 25%.

El tercer lugar fue ocupado por pacientes sisbenizados con un menor porcentaje.15%

SILOS III

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD

SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA HOSPITAL

I TRIMESTRE AÑO 2005

Diagnostico	<1	1 a	5 a	15 a	45 a	60 y	TOTA	%
		4	14	44	59	mas	L	
enfermedades del sistema renitourinario	19	89	237	4116	998	632	6091	19
enfermedades del sistema osteomuscular	5	6	90	1617	1019	1186	3023	12
enfermedades del sistema circulatorio	3	6	8	380	960	1654	3011	11
enfermedades del sistema respiratorio	347	591	545	1042	546	716	3787	9

Enfermedades parasitarias e infecciosas	152	432	840	1127	360	363	3274	9
Inf. Endocrinas, nutricional y metabólicas	2	12	44	795	682	561	2096	6
Otras causas de consulta	213	343	705	7692	759	783	10495	5

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA PUESTOS DE SALUD

Diagnostico	<1	1 a 4	5 a 14	15 a 44	45 a 59	60 y mas	TOTAL	%
Inf. Sistema Respiratorio	153	504	610	680	262	414	2623	19
Inf. Parasitaria e infecciones	79	306	441	678	332	207	2043	12
Inf. Sist. Genitourinario	55	26	77	874	192	147	1371	11
Inf. Sistema Circulatorio	9	7	18	322	600	932	1888	9
Inf. Endocrinas, Nutricionales y Metabólicas	13	20	37	413	375	384	1242	9
Inf. De la Piel y Tejido Subcutáneo	30	42	79	307	76	91	625	6
Inf. De la Sangre y Organos Hematopoyesis	22	264	208	320	88	65	907	5
Inf. Sistema Osteomuscular	8	13	29	313	422	455	1240	3
Inf. Sistema Digestivo	19	30	38	305	186	81	659	10

trauma y Envenenamiento	6	8	13	32	16	19	94	2
Otras Causas	319	390	6562	3401	949	686	6401	5
TOTAL	713	1620	2206	7645	3498	3481	1909	100
							3	

En el año 2005, la primera causa de morbilidad en servicios de consulta externa, en los puestos de salud del silos III, estuvo representada por las enfermedades del sistema respiratorio. En el segundo lugar se ubicaron las enfermedades parasitarias e infecciosas y las enfermedades del sistema circulatorio, registrándose mayor número de consultas en la población de 60 años.

Las enfermedades del sistema genitourinario ocuparon el 4º lugar.

La enfermedad de la sangre y síntomas, signos y hallazgos ocuparon el 9º y 10º lugar.

Las enfermedades respiratorias afectaron en mayor proporción de la población de 15 a 44 años.

NUMEROS DE PACIENTES ATENDIDOS DE ACUERDO AL TIPO DE AFILIACION

Vinculado No Sisben	83
Sisben	946
Subsidiado	742
Desplazados	22

Se observa que la población más atendida en el año 2005 fue la sisbenizada, mostrando una discriminación en la desplazada.

Consultas medicas generales Silos II año 05.

Medicina general: 44.627.

Promoción y prevención Hospital. Nazareth: 4136.

Medicina general puestos de salud: 30.724.

Promoción y prevención puestos de Salud: 1542

ENFERMEDAD	5 A 14 AÑOS	%
Rinofaringitis Aguda (Resfriado Común)	222	9
Amigdalitis aguda, no especificada	201	5
Influenza con otras manifestaciones respiratorias	104	5
Fiebre, no especificada	137	5
Faringitis aguda, no especificada	113	4
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen inf	111	4

Herida de la cabeza, parte no especificada	154	3
Infección viral, no especificada	101	3
Otros dolores abdominales y los no especificados	42	3
Asma no especificada	121	3
Otras causas	1887	55
Total	3163	100

En el II Trimestre de 2005, la Rinofaringitis aguda predominó en el grupo de 5 a 14 años (102 casos).

ENFERMEDAD	5 A 14 AÑOS	%
Gastritis, no especificada	1555	9
Infección de vías urinarias, sitio no especificado	1783	7
Cefalea	632	4
Otros dolores abdominales y los no especificados	580	3
Cólico renal, no especificado	698	3
Cálculo urinario, no especificado	386	3
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen inf.	144	3
Migraña, no especificada	360	3
Rinofaringitis aguda (resfriado común)	242	2
Infección intestinal viral, sin otra especificación	183	2
Otras causas	10334	61
TOTAL	16897	100

El fango de edad de 15 a 44 años, la principal causa de morbilidad que se presentó en el servicio de urgencias fue la gastritis no especificada 436 casos (9%) aumentó en un 5% comparado con el I Trimestre, seguida de infección de vías urinarias (7%).

ENFERMEDAD	5 A 14 AÑOS	%
Hipertensión esencial (primaria)	356	7
Gastritis, no especificada	199	6
Cefalea	224	6
Infección de vías urinarias, sitio no especificado	201	4
Rinofaringitis aguda (resfriado común)	64	3
Lumbago no especificado	157	3
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen inf.	86	3
Cálculo urinario, no especificado	94	3
Otros dolores abdominales y los no especificados	92	3
Cólico renal, no especificado	118	2
Otras causas	2669	61
TOTAL	4260	100

En el grupo de 45 a 59 años, la hipertensión esencial sigue ocupando el primer lugar con 91 casos (7%). La gastritis no especificada, ocupó el 2º lugar.

ENFERMEDAD	5 A 14 AÑOS	%
Hipertensión esencial (primaria)	428	10
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen inf.	128	4
Gastritis, no especificada	157	4
Infección de vías urinarias, sitio no especificado	157	4
Rinofaringitis aguda (resfriado común)	123	3
Influenza con otras manifestaciones respiratorias	64	3
Cefalea	82	3
Infección intestinal viral, sin otra especificación	96	3
Asma, no especificada	117	3
Lumbago no especificado	108	3
Otras causas	2328	60
TOTAL	3788	100

La hipertensión continúa ocupando el 1º lugar en este grupo etáreo, y en el trimestre se atendieron 109 casos (10%).

