

**CORPORACION MAYOR DEL DESARROLLO SIMON  
BOLIVAR**

**TESIS DE GRADO EN AUDITORIA EN SALUD**

**DIAGNOSTICO INSTITUCIONAL DE LA CALIDAD DE  
LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS HOSPITAL LA  
MANGA**

**DRA. MOIRA STRIEDINGER**

**BERMUDEZ DARIO  
CEPEDA JESUS DARIO  
CORREA LUIS  
CORONADO TOMAS E  
LLINÁS ADALBERTO  
VASQUEZ ROCIO**

**BARRANQUILLA, NOVIEMBRE 16 DEL 2001**

**0005**

## TABLA DE CONTENIDO

	PAG.
INTRODUCCION	
1. JUSTIFICACIÓN .....	3
2. OBJETIVOS .....	5
2.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	5
3. GENERALIDADES .....	6
4. DEFINICIÓN .....	7
5. ANTECEDENTES .....	9
6. RESEÑA HISTORICA .....	13
7. MARCO NORMATIVO .....	15
8. ESTRUCTURA DEL PROGRAMA .....	20
9. MODELO DEL PROGRAMA DE GARANTIA Y CALIDAD	22
I. PASO	
10. MODELO DOPRI .....	24
10.1 ANALISIS DEL CONTEXTO .....	24
10.2 ANALISIS DE LA DEMANDA .....	30
10.3 ANALISIS DE LA OFERTA O ESTRUCTURA .....	31

10.4 PROCESOS .....	44
10.5 RESULTADOS .....	45
10.6 IMPACTO .....	48
II. PASO	
11. ANALISIS DOFA .....	50
III. PASO	
12. CONCLUSIONES .....	54
IV. PASO	
13. RECOMENDACIONES .....	55
V. PASO	
14. PLAN ESTRATEGICO .....	56
<b>II . PARTE.</b>	
PROCESO DE FACTURACIÓN .....	72
1. MODELO GENERAL DEL PROCESO DE FACTURACIÓN COMPONENTES .....	73
2. LA FACTURA FUENTE PRINCIPAL DEL REGISTRO CONTABLE DE LAS TRANSACCIONES .....	74
3. CARACTERÍSTICAS TRIBUTARIAS DE LAS ESE QUE INCIDEN EN EL MANEJO DEL PROCESO DE FACTURACIÓN .....	75

4. CONTENIDO MÍNIMOS DE LOS DOCUMENTOS EQUIVALENTES.	80
5. PERIODO QUE SE DEBE CONSERVAR LA FACT.....	83
6. REQUERIMIENTOS DE INFORMACIÓN PARA LA FACTURACIÓN	84
7. EJECUCIÓN DEL PROCESO.....	91
8. ATENCIÓN AL USUARIO EN LOS SERVICIOS AMBULATORIOS	96
9. PROGRAMAR LOS SERVICIOS DEL USUARIO .....	98
10. ATENCIÓN AL USUARIO EN SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN	99
11. AYUDA PARA REALIZAR ADECUADAMENTE EL ARCHIVO DE DOCUMENTOS .....	102
12. AYUDA PARA REALIZAR ADECUADAMENTE LA REVISIÓN Y CORRECCIÓN DE CUENTAS. ....	103
13. AYUDA PARA HACER LA CORRECCIÓN DE ERRORES POSTERIORES EN LA ENTREGA .....	105
14. MAPA DE LOS SERVICIOS DE URGENCIA .....	108
15. MAPA DE LOS SERVICIOS AMBULATORIOS .....	109
16. MAPA DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN .....	110

17. MAPA DE LOS SERVICIOS DE AYUDA DIAGNÓSTICA ...	111
18. FLUJOGRAMA Y PROCESO DE FACTURACIÓN. ....	113
19. ANALISIS FINANCIERO DEL BALANCE GENERAL A 31 DIC	116
20. INFORME DE AUDITORIA.....	118
21. INDICADORES FINANCIEROS .....	125
22. PLANTILLAS DE AUDITORIA PARA EVALUAR EL RECURSO..	133
HUMANO.	
23. INDICADORES DEL PROCESO DE RECURSO HUMANO.....	143

# DIAGNOSTICO INSTITUCIONAL DE LA CALIDAD EN LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS E.S.E MANGA

## INTRODUCCIÓN

El tema de la Calidad puede tener diferentes enfoques pero independientemente del que se escoja el punto de partida y el punto final de cualquier planteamiento de calidad deben ser el Ser Humano.

Por lo que para la E.S.E. HOSPITAL LA MANGA es importante entonces "Humanizar", los procesos de generación de calidad y aquellos relacionados con el aseguramiento y el control de la calidad, para lo cual manejan el concepto de que la calidad debe ser integral y dinámica y lo fundamentan en el compromiso de su equipo humano: y su consecución se dará si se tienen en cuenta las normas, los procedimientos y las técnicas que satisfacen las expectativas del usuario.

Finalmente, el HOSPITAL es consciente que del aseguramiento y del control de la calidad depende de la satisfacción de los usuarios tanto internos como externos y por ende la supervivencia de la institución, en un medio caracterizado porque lo único constante es el cambio.

El HOSPITAL cuenta con unos estatutos claros como único documento de orientación y ha venido funcionando con una misión definida y visión clara de lo que somos capaces de realizar y a donde queremos llegar, sin embargo, es necesario estudiar todo lo anterior para poder aplicar e implementar un programa de Garantía de la Calidad que permita plasmar nuestro interés por el mejoramiento continuo en nuestros procesos; por lo que se convocó a todos los actores de la Institución como son: Junta Directiva, Gerente y empleados para definir entre todos y comprometernos con el proceso de mejoramiento y continuo de nuestra institución, de tal manera que podamos conseguir implementar un programa con participación y concertación dentro del modelo de planeación del Marco Lógico que nos permita unificar una misión y una visión entre todos los gestores.

En el Instituto se tiene la clara convicción que con el presente programa, nos daremos a la tarea como siempre lo hemos hecho, de verificar día a día que nuestro trabajo en equipo se ajuste al cumplimiento de nuestra misión, visión y objetivos; por tanto basado en la razón de ser de nuestra Institución (Misión) y afianzando nuestros valores para alcanzar la visión, nuestro Instituto se compromete a diseñar y desarrollar un programa de garantía de calidad.

En este orden de ideas el HOSPITAL LA MANGA implementa y adapta un esquema evolutivo del diseño y programa de Garantía de Calidad en el que se establece lo siguiente. Nuestra institución tiene una Misión que le sirve de base, apoyándose en sólidos valores para alcanzar un sueño futuro, su Visión. Todos estos tres elementos Misión, Visión y valores se revisarán y modificarán de acuerdo a las circunstancias y estarán en permanente evolución.

## 1. JUSTIFICACIÓN

Los países del mundo iberoamericano, han institucionalizado en menor o mayor grado, políticas de calidad para sus servicios de salud, ya sean estos integrados o no a sus sistemas de seguridad social, como una respuesta técnicamente válida y viable ante las necesidades y exigencias de satisfacción de sus usuarios.

De aquí, parte que la institucionalidad de la calidad y de sus normas estándar en los sistemas y los servicios de salud, es una necesidad y debe ser una respuesta clara de interés del Estado y sus organismos reguladores frente a las necesidades y expectativas de la población que requiere los servicios.

Esto se fundamenta en nuestro país Colombia a través del marco legal y político establecido como consecuencia de la voluntad de estimular y desarrollar las decisiones sobre organización del Estado y en consecuencia con el mismo la reorganización del componente salud, la estructura de la oferta y sus lineamientos superiores para garantizar los derechos sociales de los ciudadanos.

Todo este ordenamiento jurídico concomitante y su compleja y extensa reglamentación, enfatiza y promueve entre otros, la creación y organización de un sistema obligatorio de garantía de calidad, con el fin de asegurar con un buen nivel de certeza la obtención de los resultados esperados, inspirando en esta forma esfuerzos decididos y acciones concretas de todos los actores de los sistemas de prestación de servicios de salud, para operacionalizar sus controles de calidad.

Dentro de esta dinámica, compleja y variada, el HOSPITAL LA MANGA a través de la preocupación permanente de su directiva se genera una propuesta de solución a la problemática

de la gestión de la calidad de la institución que involucra mejorar y mantener la calidad de los servicios, imperando la necesidad de establecer un programa de garantía de calidad que incluya un plan de mejoramiento continuo y así impulsar a que se genere en el personal la cultura de la calidad y lograr que sea asimilado como una actitud permanente; esto para llegar a la meta insuperable de todo servicio, que no es otra cosa que la satisfacción del usuario.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GENERAL.

Realizar el diagnostico institucional del hospital la manga E.S.E, relacionados con la calidad de la prestación de los servicios en salud.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- ❖ Realizar la evaluación del contexto de la E.S.E.
- ❖ Evaluar la demanda del Hospital la Manga.
- ❖ Analizar la oferta o la estructura del Hospital la Manga
- ❖ Realizar un análisis de los procesos en la institución
- ❖ Realizar un análisis de los resultados del Hospital
- ❖ Evaluar el impacto de la Institución
- ❖ Identificar debilidades y fortalezas a través de evaluación y las oportunidades y amenazas que se obtienen del análisis del entorno.
- ❖ Establecer el plan de acción a seguir de acuerdo a las estrategias del análisis de la matriz DOFA.

### 3. GENERALIDADES

La salud es un servicio actualmente manejado desde una perspectiva empresarial, por tanto la competencia por la oferta del mismo al mercado se hace con base en variables como calidad de prestación, servicio al paciente (cliente), costos, resultados y otras.

De la misma forma como se hace la promoción con otros productos y servicios, las condiciones nuevas del entorno de la salud han exigido a las "empresas prestadoras de servicios de salud" promover la inclusión de los usuarios potenciales a las mismas, siendo la calidad del servicio la principal ventaja competitiva diferenciadora entre empresas e instituciones.

Hace unas décadas, la posición del médico Per se y su profesionalismo eran suficientes argumentos para inspirar confianza y "garantía de calidad" en la comunidad sobre los servicios prestados, sin embargo en la actualidad, como resultado de la nueva dinámica empresarial de la medicina y la salud, el manejo de la misma por terceros, los altos costos (insumos, tecnología, etc.), la penalización de las prácticas médicas y otros factores; los clientes, empresas aseguradoras, gobierno y consumidores solicitan documentación sobre costo/efectividad y calidad de atención al usuario.

La "garantía de calidad" es entonces un concepto nuevo que ha sido introducido por los clientes o usuarios y que finalmente, en la E.S.E HOSPITAL LA MANGA se han propuesto garantizar la calidad en la prestación de sus servicios, como una forma de retribuirle a sus usuarios un mejor servicio.

#### 4. DEFINICIÓN

Los Hospitales E.S.E se puede definir como sistemas sociales autónomos que cumplen una finalidad específica dentro de las comunidades donde operan y que han sido creadas para lograr **UNA FINALIDAD DE BENEFICIO SOCIAL**, entendiendo esta como la contribución que el hospital hace desarrollo de las comunidades donde actúan, generando tanto los servicios de salud que la población necesita, como un consumidor de los recursos que la misma comunidad provee ( incluido el talento humano de sus pobladores ) que en conjunto con los demás actores sociales potencia el mejoramiento de las condiciones de bienestar y calidad de vida de las personas dentro de su ámbito de influencia.

El proceso de "Garantía de Calidad en los Servicios de Salud" es un imperativo de esta época en que la evolución tecnológica, los avances en la medicina y el desarrollo del talento humano en salud, hacen que los administradores deban utilizar herramientas que les permita controlar en forma adecuada los procesos que ha ellos han sido encomendados.

La calidad en salud, en su más amplia concepción globaliza la gran complejidad que caracteriza a los servicios de salud, incluyendo diferentes variables endógenas y exógenas a los mismos servicios.

Dentro de esta concepción, se puede considerar la "Garantía de Calidad en Salud", como un proceso Técnico- Científico, Administrativo y Financiero que busca asegurar una adecuada prestación de servicios de salud, con un alto grado de utilización de los mismos, por parte de los

usuarios del sistema y con un excelente nivel de atención y clara percepción por parte de los proveedores de la calidad del servicio que ofrecen.

En el HOSPITAL LA MANGA definimos nuestro programa de Garantía de Calidad, como: "El conjunto de acciones, procesos y métodos de la institución, cuya implementación dentro de un marco de competencia nos genera mecanismos de evaluación, seguimiento y control en forma planificada, sistemática y continua para obtener la calidad de la atención en salud".

Por lo tanto, la calidad es un proceso que debe penetrar todas las dependencias de la institución para evitar problemas: Administrativos, de comunicaciones, en financiera, presupuesto, en los sistemas de información, comisiones legales y regulatorias, insatisfacción del cliente, servicios defectuosos, iatrogenia, morbilidad innecesaria, citas incumplidas, inoportunidad de citas, errores en los servicios, en los contratos; en el área de personal como quejas del cliente interno no atendidas a tiempo, insatisfacción del cliente interno, carencia o falta de capacitación, desconocimiento de la institución, desmotivación, problemas en el mantenimiento preventivo y recuperativo.

## 5. ANTECEDENTES

Los antecedentes de garantía de calidad de los servicios de salud se originaron a finales del siglo pasado XIX, cuando se registran los primeros esfuerzos documentados para evaluar la calidad de la atención proporcionada durante la guerra de Crimea, siendo el más reconocido el registro de la mortalidad en los hospitales de campaña elaborados por Florence Nightingale.

Por muchos años estos esfuerzos fueron dirigidos a desarrollar metodología para evaluar la calidad, más que para establecer mecanismos que aseguran que los hallazgos de las evaluaciones realmente mejoran los servicios proporcionados.

En 1848 se publicó en el Reino Unido el Primer Informe sobre Muerte relacionada con anestesia, sucedió durante la utilización del agente cloroforno, posteriormente se recomendó la monitoria continuada del pulso como medida para prevenir accidentes.

Posteriormente aparecieron diversos estudios de mortalidad asociada a la anestesia, muchos de los cuales contribuyeron a la evolución de la calidad en la especialidad, incluyendo la conciencia sobre el riesgo anestésico.

En los años veinte se inició con el método de "resultados finales" de Codman, luego pasando por la elaboración de normas y estándares para establecer los fundamentos del proceso de la "buena

atención médica” desarrollados por Lee y Jones en 1933, y el interés predominante sobre la estructura condujo a la creación en 1954 en los Estados Unidos de la Joint Commission For The Accreditation of Hospitals, que en español es: La comisión conjunta para la acreditación de los hospitales, quien estableció los niveles mínimos aceptables de instalaciones, equipos, organización administrativa y profesional y calificaciones profesionales. Utilizando índices numéricos sobre la organización y funcionamiento. Esto corresponde a los “estándares”.

En 1955, Mindel C. Sheps dice: “Cada vez se presta más atención a la medición y mejora de la calidad de los servicios de salud en general y de la asistencia hospitalaria en particular”.

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

En la década de los años sesenta (60) el Seguro Social Mexicano inicia programas de evaluación de calidad en salud, constituyéndose como la institución pionera en lo que se refiere a evaluación de calidad de la atención, principalmente a través de su sistema de auditoría.

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

En 1966 Aredis Donabedian, publicó el trabajo: “Evaluación de la calidad de la Atención Médica”, pero aún no se habla de Garantía de Calidad.

En muchos países europeos los programas de Garantía de Calidad han surgido de los grupos de profesionales, como la Asociación Nacional de Directivos Médicos, de Hospitales y de Especialistas en Holanda, Organismo No Gubernamental (ONG) que ha desarrollado estándares de calidad y proporciona asesoría y capacitación para el desarrollo de programas de garantía de calidad en los hospitales de dicho país.

RECIBIDO EN LA SECRETARIA DE SALUD  
EL 10 DE ABRIL DE 2010  
MONTAÑO J. GONZALEZ

En Suecia, el Instituto Sueco de Planeación y Racionalización de los Servicios Sociales y de Salud (SPRI) elaboró un documento guía para las entidades prestadoras de salud, sobre garantía de calidad en la atención, destacando la importancia de esfuerzos coordinados y manifestando que las actividades de la Garantía De Calidad deben ser parte intrínseca de las labores cotidianas del personal.

En 1983, el gobierno Canadiense promulga una ley que establece la obligación para todos los hospitales del país de contar en un plazo de tres años con programas de Garantía de Calidad de la Atención Médica. En 1985, se crea la Sociedad Internacional de Garantía de Calidad de Atención Médica.

El proceso de aseguramiento de la calidad (Quality Assurance "QA" propuesto por la Joint Commission on Accreditation, publicado en 1987, se constituyó en el primer intento por definir claramente la secuencia que debe ser desarrollada para el logro de este objetivo.

En septiembre de 1988, la Organización Panamericana de la Salud, mediante la resolución XV de la XXXIII reunión del Consejo Directivo, aprobada en la X Sesión Plenaria, Septiembre 30 de 1988, recibió el mandato de sus cuerpos directivos de reforzar las actividades de cooperación técnica a los países miembros y de movilizar los recursos en la transformación de los Sistemas Nacionales de Salud, con base en el desarrollo de los sistemas locales de salud.

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

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

En el milenio que iniciamos, las exigencias de calidad serán cada vez más crecientes ante los avances tecnológicos, los sistemas, la robótica, hasta llegar a enmarcar el concepto de la **SUPERCALIDAD**. No se comercializará ningún producto ni servicio que no acredite un sistema de aseguramiento de la calidad.

## 6. RESEÑA HISTORICA DEL HOSPITAL LA MANGA

Al inicio de la década del 90, se propuso por parte del gobierno local del momento la construcción de dos hospitales locales, ubicados estratégicamente en el sur occidente del municipio de Barranquilla con la finalidad de mejorar la accesibilidad de la población a los servicios de salud; interpretando la voluntad del gobierno local de ese momento, grupos organizados de la comunidad empezaron a trabajar mancomunadamente con las autoridades señaladas para hacer realidad este proyecto.

De 1990-1992 el centro de salud estuvo dirigido de manera sucesiva por de estados profesionales de la salud. Creándose al final del periodo la sala de maternidad. Mas tarde en el periodo de 1992 a 1996 el hospital respondiendo a la legislación colombiana desarrolla los principios de participación social y el desarrollo institucional creado al final del periodo la red de servicios SILOS 1, teniendo al hospital la manga como cabeza del mismo con 10 centros de salud adscritos a él constituyendo en una Empresa Social del Estado mediante acuerdo No 328 del 30 de junio de 1995.

Su condición de empresa social del estado, enmarcada en la Ley 100 del 93, favoreció el desarrollo institucional al fortalecer el área administrativa, la creación de la oficina de control interno y seguimiento y la oficina de los recursos humanos.

Igualmente se conforman, al final de este periodo, diversos comités como el de vigilancia epidemiológica de SILOS 1, comité de lactancia materna, comité técnico de SILOS 1, conformación de grupos adolescentes, tercera edad, comité de atención para discapacitados, reactivación de los comités de participación comunitaria.

Se paso del tradicional subsidio a la oferta a una nueva modalidad del subsidio a la demanda. En donde se compete con calidad tratando de llegar aun punto de perfección que nos permita cumplir con los principios básicos que la ley promulga: solidaridad, eficiencia, integridad, participación, unidad y universalidad.

La prestación de servicios se ha ido mejorando en la medida que se ofrece un servicio humanizado, oportuno y eficaz. La atención de los organismos de atención de SILOS 1, está dirigida tanto al individuo como al contexto social y fisico que circunda al individuo y a la familia.

## 7. MARCO NORMATIVO

1. Decreto No. 2174 del 28 de Noviembre de 1996. Por el cual se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Ministerio de Salud.
2. Decreto No. 1392 del 26 de Mayo de 1997. Por el cual modifica el artículo 17 del decreto 2174 del 28 de Noviembre de 1996. Ministerio de Salud.
3. Resolución No. 4445 del 2 de Diciembre de 1996. Por el cual se dictan normas para el cumplimiento del Título IV de la Ley 09 de 1979, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, y se dictan otras disposiciones técnicas y administrativas. Ministerio de Salud.
4. Decreto No. 2240 del 9 de Diciembre de 1996. Por el cual se dictan normas en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Ministerio de Salud.
5. Resolución No. 741 del 14 de Marzo de 1997. Por el cual se imparten instrucciones sobre seguridad personal de usuarios para Instituciones y demás Prestadores de Servicios de Salud. Ministerio de Salud.
6. Circular Externa No. 09 del 3 de Julio de 1996. Referente a la atención al usuario, trámite de quejas y peticiones. Superintendencia Nacional de Salud.
7. Resolución No. 3905 del 8 de Junio de 1994. Por el cual se adopta un formato para la recolección de información en las Instituciones prestadoras de Servicios de Salud. Ministerio de Salud.

8. Decreto No. 190 del 25 de Enero de 1996. Por el cual se dictan normas que reglamentan la relación Docente – Asistencial en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Ministerio de Salud.
9. Resolución No. 5039 del 25 de Julio de 1994. Por el cual se desarrollo el artículo 88 del decreto 1298 de 1994 Estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En lo referente a la Evaluación de tecnología Biomédica. Ministerio de Salud.
10. Decreto No. 1769 del 3 de Agosto de 1994. Por el cual se reglamenta el artículo 90 del decreto 1298 de 1994. En lo referente a la asignación y utilización de los recursos financieros del 5% del presupuesto total, destinados al mantenimiento de la infraestructura y de la dotación hospitalaria. Ministerio de Salud.
11. Resolución No. 9031 del 12 de Julio de 1990. Por el cual se dictan normas y se establecen procedimientos relacionados con el funcionamiento y operación de equipos de Rayos X y otros emisores de Radiaciones Ionizantes y se dictan otras disposiciones. Ministerio de Salud.
12. Resolución No. 320 del 7 de Febrero de 1997. Por el cual se adopta el Manual de Normas Técnicas, Administrativas y Científicas para el Laboratorio Clínico. Ministerio de Salud.
13. Decreto No. 77 del 13 de Enero de 1997. Por el cual se deroga totalmente el decreto 1917 del 5 de Agosto de 1994 y se reglamenta el título VII de la Ley 09 de 1979, en cuanto a los requisitos y condiciones sanitarias para el funcionamiento de los laboratorios clínicos y se dictan otras disposiciones sobre la materia. Ministerio de Salud.
14. Decreto No. 412 del 6 de Marzo de 1992. Por el cual se reglamenta parcialmente los servicios de urgencias y se dictan otras disposiciones. Ministerio de Salud.

15. Circular Externa No. 014 del 28 de Diciembre de 1995. Por el cual se imparten instrucciones para la atención de Urgencias. Superintendencia Nacional de Salud.
16. Resolución No. 9279 de 1993. Normatización del Componente. Traslado para la Red Nacional de Urgencias. Ministerio de Salud.
17. Decreto No. 1945 del 28 de Octubre de 1996. Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 23 de 1962 y la Ley 212 de 1995, y se dictan otras disposiciones. Ministerio de Salud.
18. Ley 47 del 5 de Diciembre de 1967. Por el cual se modifica el artículo 10 de la Ley 23 de 1962, se crea la carrera intermedia de Regente de Farmacia y se dictan otras disposiciones.
19. Decreto No. 1950 del 3 de Julio de 1964. Por el cual se reglamenta la Ley 23 de 1962, sobre el ejercicio de la profesión de Químico Farmacéutico y se dictan otras disposiciones.
20. Resolución No. 1016 del 31 de marzo de 1989. Por el cual se reglamenta la organización, funcionamiento y forma de los Programas de Salud Ocupacional que deben desarrollar los patronos o empleadores en el país. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
21. Decreto No. 614 del 14 de Marzo de 1984. Por el cual se determinan las bases para la organización y administración de Salud Ocupacional en el país. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
22. Decreto No. 1295 del 22 de Junio de 1994. Por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

23. Decreto No. 2759 del 11 de Diciembre de 1991. Por el cual se organiza y establece el régimen de Referencia y Contrarreferencia. Ministerio de Salud.
24. Decreto No. 1485 del 6 de Septiembre de 1992. Por el cual se reglamenta la Ley 23 de 1991 en cuanto a la expedición de la Tarjeta Profesional del Médico. Ministerio de Salud.
25. Resolución No. 14707 del 5 de Diciembre de 1991. Por el cual se organiza el registro especial de las personas que prestan servicio de salud. Ministerio de Salud.
26. Resolución No. 13437 del 1 de Noviembre de 1991. Por el cual se constituyen los comités de ética hospitalaria y se adopta el decálogo de los derechos de los pacientes. Ministerio de Salud.
27. Decreto No. 1875 del 3 de Agosto de 1994. Por el cual se reglamenta el registro de los títulos en el área de la salud, expedidos por las Instituciones de Educación Superior. Ministerio de Salud.
28. Ley 6 del 14 de Enero de 1982. Por la cual se reglamenta la profesión de Instrumentación Técnica – Quirúrgica.
29. Decreto No. 2435 del 29 de Octubre de 1991. Por el cual se reglamenta la Ley 6 de 1982, que trata de la profesión de la Instrumentación Técnico – Quirúrgica. Ministerio de Salud.
30. Circular Externa No. 045 del 17 de Agosto de 1994. Por el cual se imparten algunas instrucciones para el establecimiento de un registro consecutivo de ingreso de pacientes a los servicios de urgencias, hospitalización y cirugía ambulatoria. Superintendencia Nacional de Salud.
31. Carta Circular No. 02 del 6 de Junio de 1995. Sobre Auditoria Médica. Superintendencia Nacional de Salud.

32. Ley 09 del 24 de Enero de 1979. Por el cual se dictan medidas sanitarias.
33. Circular Externa 029 del 13 de Marzo de 1997. Inspección, vigilancia y control en la asignación y ejecución de los recursos destinados al mantenimiento hospitalario y en la elaboración y aplicación de los planes de mantenimiento hospitalario en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Hospitalarios de su jurisdicción. Superintendencia Nacional de Salud.
34. Decreto No. 2753 del 13 de Noviembre de 1997. Por el cual se dictan normas para el funcionamiento de los Prestadores de Servicios de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Ministerio de Salud.
35. Resolución No. 04252 del 14 de Noviembre de 1997. Por el cual se establecen normas técnicas, científicas y administrativas sobre los requisitos esenciales para la prestación de servicios de salud, se fija el procedimiento de registro de la Declaración de Requisitos Esenciales y se dictan otras disposiciones. Ministerio de Salud.
36. Decreto No. 204 del 28 de Enero de 1998. Por el cual se modifican parcialmente los Decretos 1392 y 2753 de 1997.
37. Resolución No. 00238 del 28 de Enero de 1999. Por el cual se modifican parcialmente las Resoluciones 4252 de 1997 y 4445 de 1996 y se dictan disposiciones reglamentarias
38. Resolución No. 1995 de 1999. Se establece el comité de historias clínicas.

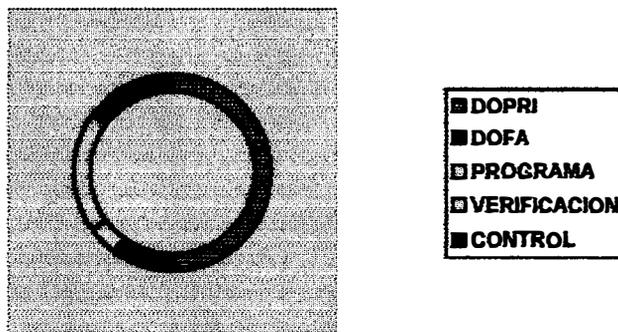
## 8. ESTRUCTURA DEL PROGRAMA

El presente programa incluye todos los aspectos relacionados con la atención al usuario, relativos con la demanda, oferta, procesos, resultados e impactos; ya que del aseguramiento y control de estos dependen la satisfacción de los usuarios internos y externos.

Los componentes básicos del programa de Garantía de Calidad, que se desarrollará a continuación son los siguientes:

- Cumplimiento de los requisitos esenciales para la prestación de los servicios de salud.
- El diseño y ejecución de un plan de mejoramiento de la calidad.
- El desarrollo de un sistema de información que incluye los componentes de la oferta de servicios, el uso por parte de los usuarios, su perfil epidemiológico y la situación de salud de los usuarios atendidos.
- La actividad de Auditoría Médica, entendida como la evaluación sistemática de la atención en salud, que tiene como objetivo mejorar la calidad de los servicios.
- Finalmente el desarrollo de procesos que permiten conocer el nivel de satisfacción de los usuarios y la oportuna atención de las reclamaciones y sugerencias que se presenten.

El concepto teórico sobre el cual se basa el programa, está esquematizado en la Figura 8.1



## DISEÑO DEL PROGRAMA

La cual representa un diseño del programa de Garantía de Calidad adaptado al círculo calidad, PHVA (Planear, hacer, verificar, actuar). La cual destaca que el programa está basado en el conocimiento profundo de las realidades del instituto y está acorde con la misión y la visión del HOSPITAL DE LA MANGA:

P	>	DOPRI – DOFA
H	→	PROGRAMA
V	→	VERIFICACION
A	>	CONTROL? <i>Plan de Mejoramiento</i>

En donde para la etapa de planeación se recomienda aplicar el modelo DOPRI, a partir de la cual se aplica la matriz DOFA, ya que un programa de Garantía de Calidad debe planearse con base en las fortalezas de la Institución, para poder responder a las situaciones particulares de esta. En la etapa de acción se ubica el programa objeto del presente trabajo y para la etapa de verificación se incluyen los mecanismos que nos permiten conocer el cumplimiento del programa. La última etapa se relaciona con la actividad de control que nos permite realizar los ajustes necesarios para corregir las desviaciones observadas. Es en ese momento como se aprecia en la gráfica se cierra el círculo y se comienza uno nuevo con los mismos componentes pero situado en un nivel superior. Como si se hubiese ascendido un peldaño de la escalera a la excelencia porque todas las estrategias están orientados al Mejoramiento Continuo, gracias a la dinámica de transformación cultural que se va generando.

## EL MODELO DEL PROGRAMA DE GARANTIA DE CALIDAD COMPRENDE LOS SIGUIENTES PASOS:

### I. PASO

**Primero:** Se realiza la evaluación de los servicios que presta la institución utilizando el modelo DOPRI en donde:

- Inicialmente se hace un análisis del contexto o entorno donde se desenvuelve la institución, teniendo en cuenta las políticas, planes, programas y legislación, que rigen la prestación del servicio.
- A continuación se analiza la demanda a través de las siguientes variables. Grupos etéreos, condiciones de salud, demanda efectiva.
- Se continúa con el análisis de la oferta o estructura evaluando: Estructura orgánica, estructura funcional, recurso humano, recursos físicos, recursos financieros, sistemas de información.
- Posteriormente se analizan los procesos, identificando los promedios de tiempo por actividades y los periodos de espera (flujogramas).
- Seguidamente, se realiza el análisis de los resultados el cual se realiza a través de indicadores.
- Por ultimo, se evalúa el impacto o efecto logrado a través de indicadores.

**SEGUNDO:** Se elabora la matriz DOFA, identificando las debilidades y fortalezas que surgen de la aplicación de la evaluación; las oportunidades y amenazas que se obtienen del análisis del entorno.

**TERCERO Y CUARTO:** Se sacan las conclusiones que se derivan de la matriz DOFA, y las recomendaciones que se obtienen de las estrategias planteadas para garantizar a los usuarios una atención oportuna, suficiente y óptima.

**QUINTO:** y último paso se realiza el plan estratégico, que resulta de plasmar en él las estrategias para llegar a cumplirlas en un corto, mediano y largo plazo de tal forma que al culminar con el plan, las prestación del servicio de la institución sea un servicio de excelencia y para mantenerlo se inicia nuevamente con los pasos mencionados. En esta forma el Hospital estará en permanente "Mejoramiento continuo hacia la calidad". A continuación se desarrollan cada uno de los pasos que constituyen el programa de Garantía de Calidad de la ESE HOSPITAL LA MANGA.

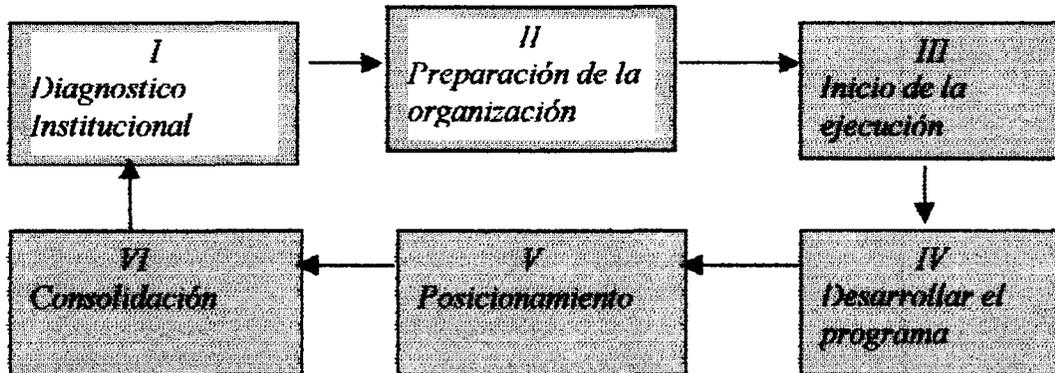
## **PLANEACION**

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

Las etapas del ciclo son las siguientes:



El tiempo que se desarrolla el ciclo completo de este programa puede comprender de 1 a 1 1/2 año en el Hospital la Manga.

Para la etapa de planeación se recomienda aplicar el modelo de evaluación DOPRI, a partir del cual se elabora la matriz DOFA. El programa de garantía de calidad debe planearse con base en la fortaleza de la institución para poder responder, a su situación en particular.

## **MODELO DOPRI.**

### **ANÁLISIS DEL CONTEXTO:**

Inicialmente se analizó el contexto o entorno donde se desenvuelve la E.S.E. Hospital la Manga, la cual funciona con una Empresa Social del Estado prestadora de servicios de salud de conformidad con lo establecido mediante el acuerdo No 328 del 30 de junio de 1995.

Personería jurídica naturaleza

ESTATUTO :La junta directiva de la E.S:E, expidió mediante acuerdo No 001 del 9 de julio de 1996, los estatutos de la Empresa social del estado.

## REGLAMENTO

**JUNTA DIRECTIVA:** Existe una junta directiva conformada por 6 miembros, elegidos conforme a los dispuestos en la ley y posesionado antes la secretaria de salud.

En desarrollo de este objeto el Hospital ejecutará 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 la Ley 100 del 93 y sus decretos y resoluciones reglamentarias así como también de las normas específicas de los niveles seccionales y locales.

Actualmente en el Hospital ha establecido contratos de prestación de servicios con las siguientes

EPS y ARS:

UNIMED

CAPRECOM

SOLI SALUD

COPSACARIBE

MUTUAL SER

MUTUAL LIPAYA

SOLCARIBE

CONCAJA

Manteniendo de esta manera sus relaciones interinstitucionales, prestando un servicio de manera autónoma de acuerdo a lo establecido en el artículo primero parágrafo 1 del 2174 de 1996.

En cuanto al aspecto cultural y ubicación el Hospital se encuentra ubicado en el suroccidente de Barranquilla en donde predomina un tipo de economía de estrato social 1 y 2, sectores ampliamente desprotegidos por el Estado. La ESE hace parte del SILOS 1 del Distrito la cual cuenta con 10 centros de salud adscritos, los cuales son:

CENTRO DE SALUD LOS OLIVOS

CENTRO DE SALUD PRADERA

CENTRO DE SALUD CARLOS MEISEL

CENTRO DE SALUD DEL PUEBLITO

CENTRO DE SALUD LA ESMERALDA

CENTRO DE SALUD ROSUR 7

CENTRO DE SALUD LIPAYA

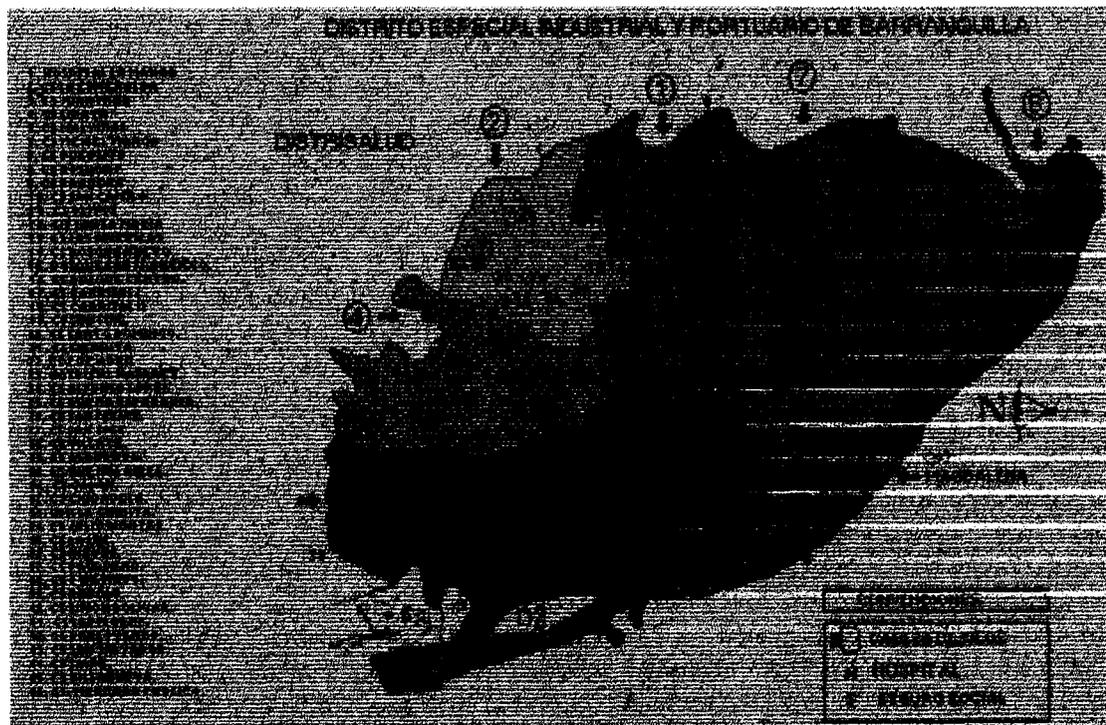
CENTRO DE SALUD MALVINAS

CENTRO DE SALUD NUEVA COLOMBIA

CENTRO DE SALUD JUAN MINA.

En los cuales se prestan servicios médicos asistenciales de primer nivel de salud.

El hospital interpretando el sentido de la Ley ha venido implementando un modelo de atención con enfoque de salud familiar en el sistema local de salud 1. Este nuevo modelo de atención se distingue por hacer énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. De esta manera se le comunica a la comunidad interna y externa del hospital su matriz D.O.F.A para de esta forma corregir sus debilidades contra restar las amenazas aprovechar las oportunidades y utilizar adecuadamente sus fortalezas.



El contexto se evalúa a través de los siguientes indicadores:

Legislación, políticas, planes y programas, relaciones institucionales, relaciones con los proveedores y relaciones con la comunidad, los cuales se analizan para determinar si favorece o no el funcionamiento del Hospital.

**Cuadro 8.1. Evaluación del Contexto**

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

**Criterios para la calificación:**

Contexto óptimo: 4,

Contexto bueno: 3;

Contexto regular: 2;

Contexto malo: 1.

**Interpretación:**

Contexto adecuado: 3 ó más

Contexto inadecuado: menos de 3

En el Hospital la Manga se considera que el contexto es adecuado para su funcionamiento.

**Demanda.**

Clasificación de la población por grupos de edad y sexo, análisis de la demanda a través de los grupos etareo

Demanda en Consulta General Médica y Odontológica Según Grupos de Edad y Procedencia, Sexo y Nivel Socio-Económico En el hospital la Manga 1 Silos 1.

Grupo Etareo	No	%	Barrio	Población
Menos de 1	4.077	25.27	Olivo-Porfin	16.128
Mas de 1	3.579	11.78	Silencio	30.373
2	4.170	62.58	C.meisel	6.663
3	4.341	31.48	N. colombia	13.789
4	4393	24.98	Manga-Mode	17.583
5-14	36.422	844.2	7 Agosto	4.314
15-44	36.422	241.0	Villate-lipaya	15.111
Total	171730			103.961

Hombres Pobl.	41.382	Acapulco	8.517
Mujeres	47.493	Sourdis	15.286
45 - 59		El Pueblo	10.787
Hombres	7.405	Las Malvinas	13.240
Mujeres	8.300	Juan Mina	3.231
60 y Más	10.168	Paz	16.708

Morbilidad de las 10 primeras causas de los servicios de consulta externa, urgencia, urgencia por maternidad, No. De partos vaginales normales por mes y los pacientes atendidos diariamente por los servicios.

**Morbilidad consulta externa Hospital la Manga ESE 1999**

1	I.R.A. (Infección Respiratoria Aguda)	4.600
2	I.V.U. (Infección de Vías Urinarias)	5.909
3	Hipertensión arterial	4.019
4	Anemia	2.800
5	Vulvovaginitis inespecífica	6.161
6	Parasitosis intestinal	1.290
7	Diabetes mellitus	2.500
8	Asma	4.939
9	Amenorrea	6.260
10	Escabiosis	1.330

### URGENCIA

1. Rinofaringitis Aguda (resfriado común)	4.600
2. Asma No Específica	4.939
3. Amigdalitis Aguda	4.630
4. IVU sin especificación	5.909
5. Gastritis Aguda	5.350
6. Diarrea de presunto origen infeccioso	0.093
7. Diarrea Infecciosa	0.092
8. Nauseas Vómitos	7870
9. Colitis Enteritis y Gastroenteritis Inf.	0090
10. Calculo Renal	5.920

### URGENCIA MATERNIDAD

1. Atención de Parto	6.500
2. Control de Embarazo	6.772
3. Intento Fallido de aborto Sin	6.389
4. Amenaza de aborto	6.400
5. Infección de Vías Urinarias sin Especificación	5.909
6. Amenaza de Parto Prematuro	6.440
7. Vaginitis y Vulvo-Vaginitis	6.161
8. Aborto espontáneo	6.349

### Número de partos Hospital La Manga 2000

Enero	34
Febrero	35
Marzo	29
Abril	17
Mayo	47
Junio	28
TOTAL	190

Promedio Mensual 31.6

Identificación de la demanda efectiva atendida y no atendida en el servicio de consulta externa

### Demanda Efectiva Atendida y No Atendida en la Consulta Externa Medica – Odontológica Hospital La Manga 2000

Demanda	Usuarios	
	No	%
Atendida	80.843	47.07
No Atendida	90.886	52.92
Total	171.729	100 %

## PLANILLA DE EVALUACIÓN

INDICADOR	CALIFICACIÓN (1-4)	PONDERACION	CALIF-PONDERA
RELACION ENTRE EL NIVEL DE ATENCIÓN INSTITUCIONAL Y LA MORBILIDAD			
Consult ext MD	4	0.30	1.2
Consult ext Odont	4	0.30	1.2
Demanda efectiva			
Const ext MD	2	0.20	0.4
Const ext Odont	2	0.20	0.4
TOTAL		1.00	3.2

Con la calificación obtenida en el Hospital de 3.2 se considera que la demanda es adecuada.

- **ANÁLISIS DE LA DEMANDA:** En la demanda se estudian las características socio demográfica de los demandantes efectiva atendida, teniendo en cuenta si son pacientes particulares, de otras IPS, del área urbana, de IPS oficiales, del área rural, pacientes con cita previa, etc.

Se analizan también los tiempos de espera en los diferentes servicios.

Este análisis se realizó para determinar si coincide la morbilidad, atendida con el nivel de atención del instituto y verifican que todos los pacientes que solicitan los servicios estén siendo atendidos en el tiempo necesario.

Al caracterizar la demanda; se realizó una clasificación de la morbilidad de consulta externa médica, hospitalización; para tal efecto se tomaron sendas muestras de las historias clínicas, representativas. La calificación se realizó con base en los criterios siguientes: si la morbilidad atendida corresponde a su 90% o más entre 60% y 79%. 2 y menos 60%: 1.

Para la demanda atendida efectiva que representa el porcentaje de pacientes realmente atendidos en consulta externa especializada; se califica con los siguientes criterios: si se atiende al 100%: 4, entre 0,0% y 90%:3; si la atención solo cubre el 80% y 89%: 2 y 1; si la atención cubre a menos del 80% de los demandantes:

- **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, para lo cual se definen dos macroprocesos: el de la atención ambulatoria que comprende los procesos, de consulta externa especializada y Urgencia y otro que comprende la atención hospitalaria que incluye los procesos de hospitalización. Dicho análisis también incluye el área administrativa de la institución.

Se utilizó como instrumento de evaluación los formatos de verificación contemplados en el anexo técnico de la supersalud que aplica para las diferentes área, elaborados de acuerdo con las disposiciones legales vigentes y varían de acuerdo con el grado de complejidad de la institución. Ver el resumen de la aplicación de este instructivo en el cuadro . Lista de verificación de áreas claves de resultado. Ver cuadro.

Este análisis nos permitió evaluar la situación real del Hospital en cuanto a:

- **ESTRUCTURA ORGÁNICA:** Se determinó que el organigrama del Hospital no se 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.

También se determinó que en la estructura organizativa no figuraban los procesos y procedimientos en el cual se determinó que no existía una relación de ellos y no se especificaban etapas en cada uno de ellos, los tiempos de espera, los flujogramas, etc.

- **PROCESOS CIENTÍFICOS:**
- **PROTOSCOLOS Y FORMATOS:** para cada uno de los procesos anteriores.
- **PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS:** Nómina, personal, capacitaciones, inducciones, elaboración de cuentas por cobrar, control de suministros, citas, recepción de pacientes, correspondencia, archivos, informes, etc.
- **PROCEDIMIENTOS FINANCIEROS:** Balances, informes de resultados, flujo de caja, actividades bancarias, pronóstico, evaluación y secuencia presupuestal de los servicios o procesos.
- **MECANISMOS DE CONTRATACIÓN:** Aquí se analizó si tenían contratos o convenios con EPS, otras IPS, los tipos de servicios pactados, requisitos para establecer contratos o convenios, forma de pago.

**CUADRO 8.4. EVALUACION ESTRUCTURA ORGANICA**

<b>ESTRUCTURA ORGANICA</b>	<b>Calificación (1 -4)</b>	<b>Ponderación</b>	<b>Calificación Ponderada</b>
• Existe organigrama	4	0.2	0.8
• El organigrama posee líneas de coordinación y asesoría.	4	0.1	0.4
• Organigrama ajustado a: Los principios, misión, visión, estatutos, objetivos, estrategias y servicios.	1	0.2	0.2
<b>Procesos:</b>			
• Científicos	1	0.2	0.2
• Administrativos	1	0.1	0.1
• Financieros	1	0.1	0.1
<b>Mecanismos de contratación</b>	4	0.1	0.4
• Sistemas de información	3	0.1	0.3
<b>TOTAL</b>		<b>1.0</b>	<b>2.5</b>

- **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. **CUADRO**

• **8.5: EVALUACION DE LA ESTRUCTURA FUNCIONAL**

<b>ESTRUCTURA FUNCIONAL</b>	<b>Calificación (1-4)</b>	<b>Ponderación</b>	<b>Calificación Ponderada</b>
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 estas	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 de 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 manuales	2	0.1	0.2
<b>TOTAL</b>		<b>1.0</b>	<b>1.9</b>

- **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, secretarías, 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 20 minutos. Así la producción en 8 horas será 24 consultas y en los 22 días laborales del mes de 528. Pacientes por mes

Producción de Médicos Especialistas Ginecología Hospital la manga 1999

Enero 78 Consultas

febrero 87 Consulta

Marzo 89 Consulta

Abril 121 Consultas

Mayo 140 Consultas

Junio 172 Consultas

Total Consultas 687

Consulta de Médicos especialista en Pediatría.

Enero 147 consulta

Febrero 170 Consultas

Marzo 228 Consultas

Abril 105 Consultas

Mayo 1107 Consultas

Junio 214 Consultas.

Total Consultas en el 1 semestre 971

Consulta externa Hospital la Manga

Enero 1491—94.1%

Febrero 1369 —86.4%

Marzo 1466—92.5%

Abril 958—64.4%

Mayo 663 —41.8%

Junio 1504—94.9%

En 22 horas de consultorio al día por 4 pacientes es igual 88

88 pacientes por 22 días hábiles del mes es igual 1936 pacientes por mes.

Al revisar la productividad en la consulta externa del hospital la Manga 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).

- 4 consultorios : 2 auxiliar
- Sala de Urgencia; 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 8 auxiliares.

Las enfermeras jefes se calculan de acuerdo a los siguientes parámetros: procedimientos especiales y consultorios 4 para 24 horas, quirófanos, 1 para cada 6 quirófanos, recuperación 5 para 24 horas, central de materiales y esterilización 1 para 12 horas.

El hospital la Manga cuenta con 2 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).

Otro persona: incluye el personal administrativo y servicios generales entre estos tenemos.

Jefes de servicios, secretarias, contabilidad, mantenimiento, lavandería, aseo

**CUADRO 8.6 EVALUACION DEL RECURSO HUMANO**

RECURSO HUMANO	Nº	Calificación (1 - 4)	Ponderación	Calificación Ponderada
<b>ADMINISTRATIVO</b>				
GERENTE	1	4	0.10	0.4
JEFE ADMINISTRA	1	4	0.03	0.12
CONTADOR	1	4	0.03	0.12
SECRET-CONTABI	1	4	0.03	0.12
CORDINA-ES ADIS	1	4	0.03	0.12
SECRET-RECEPCI	1	4	0.03	0.12
SECRET-CUENAS	1	4	0.03	0.12
FACTURACION	4	4	0.03	0.12
MENSAJERO	1	4	0.03	0.12
MANTENI-APOYO	2	4	0.03	0.12
<b>ASISTENCIAL</b>				
MD ESPECIALISTA	4	4	0.21	0.84
ENFERMERA-JEFE	2	4	0.21	0.84
AUX-ENFERMERIA	16	4	0.21	0.84
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>52</b>	<b>1.00</b>	<b>4.00</b>

**RECURSOS FISICOS:** 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 a funcional, consultorios, imágenes diagnósticas, elementos de sutura y curación, equipamiento básico por servicio, medicamentos, lavandería y cocina.

### CUADRO 8.7. EVALUACION DE RECURSOS FÍSICOS

RECURSO FISICO	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).	3	0.15	0.45
Equipamiento básico por servicios asistenciales: (dotación de consultorios, de salas de cirugía, de salas de hospitalización, etc.	2	0.4	0.8
Equipamiento básico de oficinas: (escritorios, sillas, canecas, líneas telefónicas, intercomunicador, secador de manos, lavamanos, equipos de oficinas, etc.)	3	0.25	0.75
Equipamiento básico servicios de apoyo: (imágenes, medicamentos, elementos de sutura y curación, lavandería y cocina)	2	0.2	0.4
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>1.0</b>	<b>2.4</b>

- **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.

### CUADRO 8.8. EVALUACION 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
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>1.0</b>	<b>3</b>

- **SISTEMA DE INFORMACION:** La evaluación se realiza con base en las siguientes industrias:

- Estructura orgánica; si esta estructura orgánica en 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 el 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 estadísticos 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.

### CUADRO 8.9. EVALUACION DE SISTEMAS DE INFORMACION

SISTEMA DE INFORMACION	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
<b>TOTAL</b>		<b>1.0</b>	<b>2.3</b>

### PLANTILLA PARA INTEGRAR LOS COMPONENTES DE LA OFERTA

INDICADOR	Calificación (1-4)	Ponderación	Calificación Ponderada
• ESTRUCTURA ORGANICA	2.5	0.05	0.125
• ESTRUCTURA FUNCIONAL	1.9	0.10	0.19
• RECURSOS HUMANOS	4	0.25	1.00
• RECURSOS FISICOS	2.4	0.25	0.6
• RECURSOS FINANCIEROS	3	0.25	0.75
• SISTEMA DE INFORMACION	2.3	0.10	0.23
<b>TOTAL</b>	<b>16.1</b>	<b>1.00</b>	<b>2.89</b>

#### PROCESOS.

En los procesos se evalúan los flujogramas si los posee la institución y se cumplen.

Tiempo de espera.

Sistema de referencia de pacientes.

Diligenciamiento de historias clínicas.

Protocolo de manejo clínico terapéutico.

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

FLUJOGRAMA	CALIFICACION	PONDERACION	CALF.PONDERADA
Cons.Externa	1	0.14	0.14
Urgencia	1	0.14	0.14
Facturacion	1	0.14	0.14
Aten.Usuario	1	0.14	0.14
Farmacia	1	0.14	0.14
Aten.Parto	1	0.14	0.14
Total		1.00	0.84

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

### TIEMPO DE ESPERA PARA CONSULTA MEDICA GENERAL

No de paciente	Porterla	Central de citas	caja	Sala de espera	Consultorio	farmacia	Total	calificación
1- 1267889 5	15	10	3	15	15		58	4
2- 2861523 2	25	15	4	15	15	10	84	2
	20	12.5	3.5	15	15	5	71	3

Los tiempos de espera para medica general son buenos.

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%

### REGISTRO DE HISTORIA CLÍNICA MÉDICA

No. De .H.clinica Ponderada	Identif	Motivo Consul	Antec Fam.	Antec perso	Examen Fisico	Ayudas Diagnos.	Diagn	Tto.	Cal
7528.415	80	90	60	70	70	60	90	60	72.5
12325718	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

## SISTEMA DE REFERENCIA DE PACIENTES

Se evalúa, si hay transito ordenado en la remisión del paciente de un nivel de atención a otro o si se elaboraron todos los procedimientos administrativos.

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

La evaluación la realizamos tomando 30 historias clínicas al azar 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 solo se aplica en un porcentaje inferior en un 70%: 2
- No existe : 1

<i>No H. Clínica</i>	<i>Contrarreferencia Calificación 1-4</i>	<i>Ponderación</i>	<i>Calificación Pondera</i>
10	2	0.33	0.66
10	2	0.33	0.66
10	2	0.33	0.66
30	6	1.00	2.64

## PROTOCOLO DE MANEJO CLINICO TERAPEUTICO

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

PROTOCOLO	CALIFICACIÓN 1 A 4	PONDERACION	CALIFICACIÓN PONDERADA
Urgencia	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	1.3

Posteriormente se realizó el análisis y evaluación a los procesos a través de la plantilla el cual dio el siguiente resultado 1.3 el cual significa que no hay protocolos.

## PLANTILLA DE EVALUACIÓN DE PROCESO.

INDICADOR	CALIFICACION 1-4	PONDERACIÓN	CALIFICACIÓN PONDERADA
Fluigiograma			
Cons-med.Genl	0.84	0.075	0.063
Cons-odont.Genl	0.84	0.075	0.063
Tiempo espera			
Cons-Med.Genl	3.00	0.10	0.3
Sist.Referencia	0.66	0.20	0.132
Dilig. H.Clínica	2.00	0.15	0.3
Protocolos	1.3	0.40	0.52
Total	8.64	1.00	1.37

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 buenos. El sistema de referencia y contrarreferencia es malo en la institución.

El diligenciamiento de la historia clínica es regular. Los protocolos clínicos terapéuticos no se encuentran elaborados.

## 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 las malas oportunidad que puede ser por recurso humano o recurso físico insuficiente o por la falta de optimización de estos recursos.

Para medicina general:

Tiempo de espera(hora)		%
Menos de 24 horas		
24-47 h		
48-71 h		
72 y más		

$$\text{RENDIMIENTO} = \frac{\text{No de consultas realizadas}}{\text{No de horas laboradas}}$$

El rendimiento se mide en cada uno de los profesionales del área asistencial que labora en la institución.

$$\text{MEDICINA} = \frac{1491}{484} = 3.0$$

$$\text{ODONTOLOGÍA} = \frac{291}{176} = 1.65$$

ANÁLISIS :El rendimiento ideal para el médico y el odontólogo general es de 3 pacientes por hora en el hospital la Manga el rendimiento del odontólogo es malo y el del medico bueno.

$$\text{UTILIZACIÓN} = \frac{\text{Cantidad de recursos utilizados}}{\text{Recursos disponibles}} \times 100$$

Cantidad de recursos utilizados: Se refiere al número de hora utilizada en cada uno de los consultorios.

Recursos disponibles: Es el número de horas disponibles para ser utilizadas en cada consultorio mensualmente.

Esto se evalúa de la siguiente manera:

No de consultorios x No de consulta día x 20 días

Medicina = 3X 88X 20=5280

Odontología = 1 X 24 X 20=480

Para la calificación, la cantidad de recursos utilizados en un determinado período ( mes ) se compara con los recursos disponibles para el mismo periodo , expresándolo en porcentaje .

$$\text{Utilización en medicina} = \frac{484}{5280} \times 100 = 9.16$$

$$\text{Odontología} = \frac{176}{480} \times 100 = 36.66$$

La clasificación se realiza de acuerdo a los siguientes criterios :

De 100 – 104 % = 4

95-85% 3

85-80% 2

Menos de 80% 1

- **SATISFACCION 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.

### EVALUACION DEL IMPACTO

INDICADOR	Calificación (1-4)	Ponderación	Calificación Ponderada
Satisfacción de usuarios o cliente externo	3	0.5	1.5
Satisfacción del prestatario o cliente interno	3	0.5	1.5
<b>TOTAL</b>		<b>1.0</b>	<b>3.0</b>

Del cuadro anterior se deduce que el impacto es adecuado en el Hospital, lo que indica que los usuarios tanto internos como externos están satisfechos y el servicio es de buena calidad.

**GASTOS DE ATENCION:** (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 la Manga permitió determinar que a través de los servicios que se prestan se está percibiendo un beneficio económico.

• **EVALUACION 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.

**CUADRO 8.15. EVALUACION GLOBAL DE LA CALIDAD**

INDICADOR	Calificación (1-4)	Ponderación	Calificación Ponderada
• Contexto	3	0.05	0.15
• Demanda	3.2	0.05	0.16
• Oferta	2.89	0.15	0.43
• Procesos	1.37	0.25	0.34
• Resultados	1	0.15	0.15
• Impacto	3	0.35	1.05
<b>CALIFICACION GLOBAL DE LA CALIDAD</b>	-	1.00	<b>2.28</b>

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.

## II PASO: ANÁLISIS DOFA

El segundo paso corresponde a la elaboración de la matriz DOFA, identificando las: Debilidades, fortalezas que surgen de la aplicación del modelo DOPRI, (análisis externos), que se obtienen del análisis del entorno en el que se desenvuelven el Hospital

### DEBILIDADES:

- Mala estructura orgánica.
- No existen manuales ni procesos en la institución
- Falta de sistematización de áreas claves.
- No existen flujogramas
- Atención inadecuada de la demanda efectiva
- Inapropiado sistema de referencia.
- Diligenciamiento incompleto de historias clínicas.
- Falta de implementación de la auditoria médica.
- Inadecuada eliminación de los desechos patógenos

- No existen oficina de atención al cliente

#### **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.

#### **FORTALEZAS:**

- Disponibilidad de personal capacitado de diferentes áreas y sentido de pertenencia.
- Buenas relaciones institucionales, con la comunidad y proveedores.
- Nuevas instalaciones de consulta externa y urgencia.
- Alta demanda por parte de la comunidad.
- Buena satisfacción del cliente interno y externo.

#### **AMENAZAS:**

- Las políticas y legislación del país.
- La competencia
- Falta de capacitación sobre los derechos de los usuarios.
- Altas deudas de las ARS con el Hospital
- Falta de insumos en todas las áreas.

Con base en el listado completo de las: Debilidades, fortalezas, oportunidades y amenazas se hace un cruce para obtener las estrategias (FO, FA, DO y DA). Ver Gráfica No. \_\_\_\_ MATRIZ, DOFA.

- **ESTRATEGIAS:**

- **FO:**

- Aprovechar la demanda progresiva al contar con personal idóneo y recurso físico.
- Aprovechar las nuevas instalaciones para atender mejor la demanda.
- Elaborar proyectos de mejoramiento institucional con base en la financiación externa.

- **FA:**

- Implementar estrategias de mercadeo
- Aprovechar el recurso humano para enfrentar la competencia
- Capacitar a los usuarios sobre los derechos y deberes con la institución.

- **DO:**

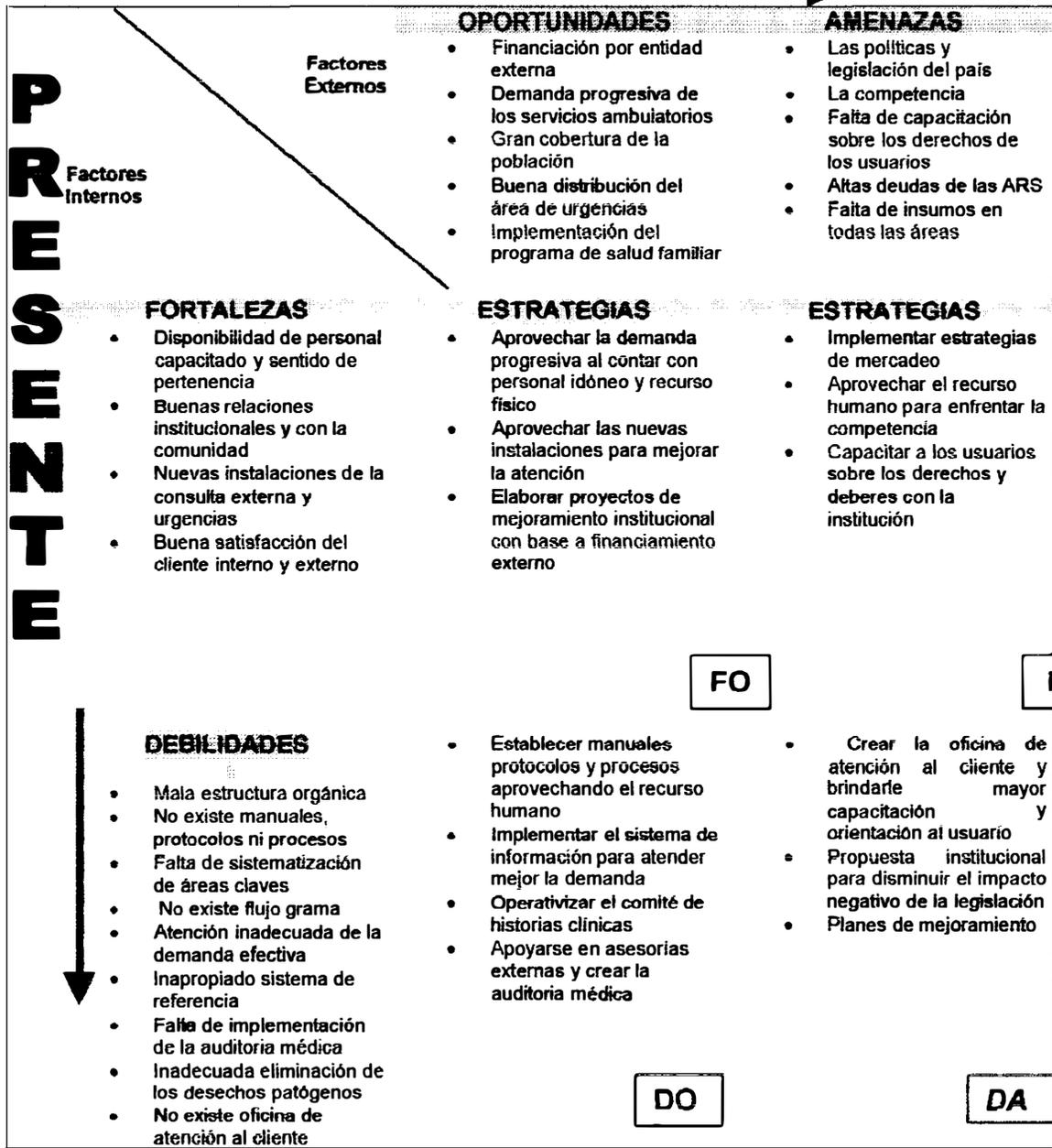
- Establecer manuales, procesos y protocolos aprovechando el recurso humano.
- Implementar el sistema de información para mejor atención de la demanda.
- Operativizar el comité de historias clínicas.
- Apoyarse en asesorías externas y crear la auditoria médica.

- **DA:**

- Crear la oficina de atención al cliente y brindarle mayor orientación y capacitación al usuario.
- Propuesta institucional para disminuir el impacto negativo de la legislación.
- Planes de mejoramiento.

# FUTURO

**PRESENTE**



### III PASO. CONCLUSIONES

El tercer paso corresponde a las "conclusiones" emanadas de la matriz DOFA, las cuales se relacionan con el contexto, la demanda, la oferta, los procesos, los resultados y el impacto registrado en el Hospital.

#### **CONCLUSIONES:**

En base al análisis de la matriz DOFA se realizaron las siguientes conclusiones:

- Debe actualizarse la estructura funcional y orgánica del Hospital, y darla a conocer a todos los empleados.
- La institución cuenta con un recurso humano especializado y de alta calidad.
- La infraestructura física es suficiente, pero falta optimizarla.
- La institución tiene un sistema de información deficiente.
- No tiene un buen sistema de señalización en base a la normatividad.
- Existen fallas en el diligenciamiento de las historias clínicas.
- El rendimiento en las especialidades de Pediatría y Gineco- obstetricia es deficiente.
- El rendimiento en odontología es deficiente.
- La satisfacción del cliente interno y externo es buena.
- No existen manuales, procesos y flujogramas en la institución.
- Al evaluar la estructura orgánica, funcional, recursos físicos, financieros y sistema de información fue malo.
- La demanda efectiva de la institución fue atendida sólo en un 50%.
- La evaluación del contexto fue óptima.
- El Hospital posee una cartera morosa alta.
- Tiene posibilidades de contratar de acuerdo a su capacidad instalada con otras instituciones (ARS-EPS).

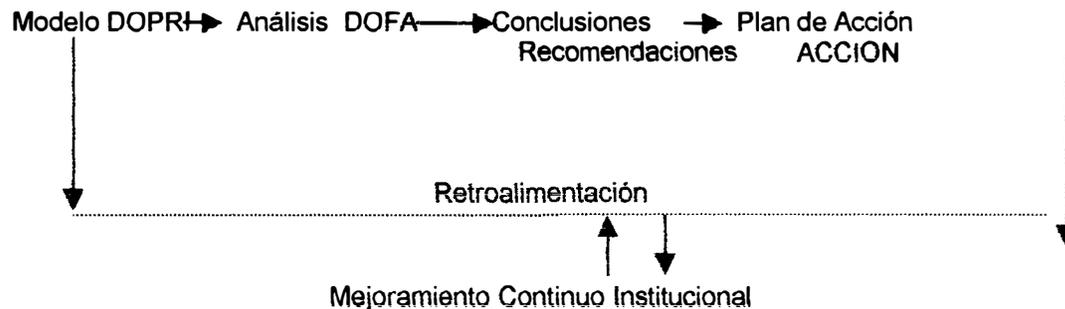
## IV. PASO. RECOMENDACIONES

El cuarto paso está constituido por las “recomendaciones” emanadas de la matriz DOFA:

- **RECOMENDACIONES:**
- Desarrollar integralmente el conjunto de procesos, técnico- científicas y administrativas para mejorar la calidad de vida de los usuarios.
- Apoyarse en una asesoría externas para la realización de los manuales, procesos y flujogramas de la institución.
- Optimizar los recursos existentes.
- Con base a la demanda, se propone fijar metas y monitorizar tendencias de morbilidad en la atención médico odontológica.
- Garantizar el mejoramiento continuo de los procesos asistenciales.
- Alcanzar la excelencia en el perfil institucional, que se traduzca en servicios de alta calidad y oportunidad.
- Optimizar la infraestructura física.
- Implementar y establecer el sistema de información.
  
- Operativizar el comité de historias clínicas con el fin de corregir las fallas.
- Realizar un programa de control de desechos sólidos, líquidos y de medio ambiente.

## V PASO. PLAN ESTRATEGICO

Finalmente, se formula el plan de acción constituido por tareas y actividades, que serán realizadas en un corto, mediano y largo plazo, incluyendo los recursos humanos, técnicos, físicos y financieros, necesarios para el cumplimiento del plan; y así generar todo un proceso de mejoramiento continuo institucional con una amplia perspectiva para perdurar en el tiempo. Ver Gráfico No. \_\_\_ Mejoramiento Continuo Institucional.



Este proceso de mejoramiento institucional, consigue permanencia, mediante el efecto de retroalimentación y por lo tanto actúa continuamente sobre la naturaleza evaluativa del DOPRI. Con base en las recomendaciones se elabora entonces el plan estratégico que a su vez incluye los siguientes tópicos: Misión – Visión, políticas, objetivos, actividades del programa.

- **PLAN DE ACCION:**

El plan de acción se diseña con base en la evaluación integral y sistemática del instituto y acorde con las metas, traducidos en actividades y tareas e incorporando las actividades del perfil actual del Hospital, procurando que los diferentes compromisos puedan ser evaluados:

- **Políticas Generales:**

El gerente del "Hospital La Manga ESE" declara y se compromete con las siguientes políticas para poder cumplir con los objetivos y estrategias de calidad en la prestación de los servicios:

- Eficiencia, mejorando la utilización de los recursos, técnicos, materiales, humanos y financieros con el fin de mejorar las condiciones de salud de la población atendida.
- La calidad relacionada con la atención efectiva, oportuna, personalizada, humanizada, continua; de acuerdo con estándares aceptados sobre procedimientos científicos- técnicos y administrativos y mediante la utilización de la tecnología apropiada, de acuerdo con los requerimientos de los servicios de Salud y de las normas vigentes sobre la materia.
- Las actividades de calidad en el Hospital harán hincapié en la prevención de problemas de calidad y no solo en la detención y corrección de los mismos.
- La institución lanzará nuevos servicios, solo si su calidad global es superior a la de la competencia.
- Todos los parámetros de calidad reflejarán las necesidades de nuestros clientes, las condiciones de uso y los requerimientos reglamentarios.
- Se definirán mediante acto administrativo todas las tareas necesarias para lograr una calidad superior y cada tarea se evaluará para asegurar que la inversión tiene un efecto tangible sobre la calidad.

**- Objetivo Institucional:**

- Desarrollar y dar lineamientos para la implementación del programa de garantía de calidad, que involucre desde un diagnóstico institucional hasta la evaluación de efectos en el entorno y así establecer medidas de control para el mejoramiento continuo del Hospital.

## VISION.

Lograr que el Hospital sea una Empresa Social del Estado, que preste los servicios de atención en Salud con alta calidad y oportunidad, promoviendo el desarrollo humano de las comunidades de su área de influencia a través del fomento de la salud.

## MISION

Satisfacer las necesidades y expectativas en salud de las familias del área de influencia, mediante la prestación de un servicio de alta calidad, oportuno y fundamentado en la participación comunitaria, la educación, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación. Con ello se logra hacer accesible a la comunidad, para comprometerla de manera efectiva con el proceso de auto-cuidado.

La idoneidad, renovación, la equidad, el respeto, la responsabilidad y el desarrollo del talento humano, son los principios y valores que rigen a la institución y permiten una retribución justa tanto para los clientes internos como externos.

## **Valores del Hospital**

- Compromiso institucional
  
- Calidad de vida
  
- Atención esmerada
  
- Trata respetuoso y amable
  
- Trabajo en equipo
  
- Respeto a los derechos fundamentales

• **CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:**

- Tomando como base el perfil actual de la institución que integra los componentes de la oferta (estructura orgánica, estructura funcional, recursos humanos, recursos físicos, recursos financieros, sistema de información), se procede a realizar el cronograma de actividades a seguir como plan de acción:

**CUADRO No. 8 – 15. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

COMPONENTE	MESES	Corto Plazo	Mediano Plazo	Largo Plazo
	→	EF MAMJ	JASOND	EFMAMJ
1. ESTRUCTURA ORGANICA				
• Adecuar el organigrama.		----		
• Redefinir la visión, misión y valores		----		
2. ESTRUCTURA FUNCIONAL				
• Manual de funciones procedimiento financiero .			_____	
• Manual de funciones por dependencia .				
• Manual de funciones por cargo.				
• Manual de procedimientos.		----		
2. RECURSO HUMANO.				
• Capacitar al recurso humano			-----	
3. RECURSOS FÍSICOS.				
• Dotación.				
• Optimizar recuso físico instalado			_____	
		_____		
		_____		
COMPONENTE	MESES	Corto Plazo	Mediano Plazo	Largo Plazo
	→	EF MANJ	JASOND	EFMAMJ
4. RECURSOS DE INFORMACION.				
• Dotación.		_____	_____	
• SISTEMATIZAR EN RED.-				_____

COMPONENTE	MESES	Corto Plazo	Mediano Plazo	Largo Plazo
		EF MANJ	JASOND	EFMAMJ
5. RECURSOS FINANCIEROS.				
• Aumentar la contratación.				
• Mercadeo.				

• **ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS:**

**Propósito:**

Ubicar al Hospital La Manga ESE en el liderazgo de las instituciones prestadoras de servicios hospitalarios mediante el suministro de servicios de alta calidad y eficiencia y la creación de una cultura de calidad como valor fundamental de la institución.

**OBJETIVOS**

- Establecer un sistema de gestión que conduzca a un mejoramiento continuo de la calidad técnica de los servicios.
- Promover y destacar el uso suficiente de los recursos humanos, físicos y tecnológicos.
- Adecuar las estrategias de organización de los servicios para brindarles al paciente la máxima satisfacción en el proceso de su atención.
- Coordinar el desarrollo de un programa de educación continua para formar líderes y multiplicadores de la cultura de la calidad en el hospital.

- Divulgar la marcha del programa, sus factores de éxito y los empleados de merecimiento por su desempeño de calidad.

## **ESTRATEGIAS**

1. 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.
2. 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.
3. Organizar el Comité de calidad bajo la dirección de la gerencia del hospital para que importa 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 de salud y administrativo.
  - Los directores de programa.
  - El grupo de facilitadores.

Para transmitir las decisiones del Comité se utilizan reuniones informativos con los departamentos, reuniones de grupos primarios (personal operativo) y los canales ordinarios de comunicación.

## **OPERATIVIDAD DEL PLAN**

Con la puesta en marcha del plan se requiere diseñar e implantar los modelos que le den sustento administrativo a las actividades del mejoramiento continuo y sirvan de herramientas de dirección: inicialmente se proponen los siguientes modelos:

## MODELO OPERACIONALES

- Intervención de procesos
- Sistemas de información
- Planeación
- Control y auditoría
- Promoción y prevención
- Investigación y corrección de quejas
- Evaluación de calidad
- Educación y Promoción al recurso humano
- Mantenimiento preventivo.
- Adopción estándar y protocolos.
- Salud ocupacional.
- Vigilancia epidemiológica.
- Disposición de residuos hospitalarios.
- Bioseguridad.

## **MODELOS DE INTERVENCION DE PROCESOS**

Se fundamenta en la investigación operativa y en la organización, mediante el análisis de alternativas.

Consta de dos partes, los criterios para la calificación de los procesos y el método de mejoramiento.

- Calificación de los procesos: se implementará para seleccionar los procesos críticos, porque en el hospital existen algunos procesos con diversos grados de calidad y también se requiere para evaluar el avance del mejoramiento.

- Criterios: Se construirán indicadores de evaluación de procesos para medir el desempeño del proceso.

Se proponen los siguientes indicadores con su criterio de evaluación:

### EVALUACION DE PROCESOS

CRITERIOS	INDICADOR	COMPONENTE OPERACIONAL
* Producción	Cantidad de actividades ejecutadas	Cantidad de actividades ejecutadas.
* Oferta	Recursos y capacidad de actividades	Recursos y capacidad de actividades
* Eficiencia	Rendimiento, Productividad Costos	Actv./recursos Actv/ Tiempo Costos / Actividades
* Oportunidad	Tiempo de atención	Duración del proceso
* Programación	Eficacia	Programación/Observado
* Satisfacción del cliente	Oportunidad Trato amable Racionalidad lógico/científica Integralidad Expectativa	
* Extensión	Cobertura	Clientes potenciales Clientes servidos

El equipo de mejoramiento de los procesos será el encargado de recolectar los datos para calcular los indicadores de evaluación del proceso y de autocalificarse. Esto con el fin de generar una sana competencia por la calidad.

### METODOLOGIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LOS PROCESOS

Se adoptó la siguiente guía en el hospital para reorganizar los procesos.

#### 1era Etapa:

Organización : Una vez seleccionado el proceso para su mejoramiento, el jefe del departamento del área invitará a los empleados responsables del proceso para que conformen su equipo (EMP), así los facilitadores le impartirán el entrenamiento sobre calidad su gestión y

mejoramiento, programas de calidad, misión, metas, herramientas de calidad, métodos de mejoramiento, elaboración del proyecto.

Luego del entrenamiento se elaborará un proyecto de las actividades que se van a realizar, el tiempo y los recursos requeridos para ejecutarlo.

Esta actividad será publicada y se le concederá una hora diaria para las actividades de calidad y así promover su labor.

### 2da Etapa

**EVALUACION:** para comprender el proceso en toda su extensión para identificar las opciones de mejoramiento se realizaran las siguientes actividades: definir misión y alcance del proceso y límites del proceso, identificar insumos y productos y clientes del proceso, elaborar el flujograma del proceso, reunir datos para construir indicadores de evaluación, definir estándar para el proceso, aplicar la matriz DOFA, definir oportunidades de mejoramiento, documentar el producto de esta fase.

### 3ra Etapa

**REORGANIZACION:** Es modernizar el proceso, mejorar su eficiencia, efectividad y adaptabilidad a las nuevas condiciones del hospital.

Se realizaran las siguientes actividades: evaluar las alternativas para el mejoramiento de los procesos (simulación, Benchmarking, adopción de modelos de procesos estandarizados) según las oportunidades para su mejoramiento:

- Simplificar el proceso.
- Eliminar actividades sin valor agregado.
- Reducir el tiempo del proceso
- Eliminar los errores
- Reducir los costos
- Aumentar la eficiencia en el uso de los equipos

- Automatizar tareas
- Estandarizar y fijar metas.
- Documentar el producto de esta fase y entrenar al personal en el nuevo proceso reorganizado o mejorado.
- Solicitar la aprobación para su implantación.

#### 4ta Etapa

EVALUACION Y CONTROL: Evaluar sistemáticamente el proceso para verificarlo, corregirlo y prepararlo para su mejoramiento.

Se realizaran las siguientes actividades desarrollar las evaluaciones periódicas, retroalimentar el proceso identificar y corregir los costos de la no-calidad, verificar el proceso.

#### 5ta Etapa

MEJORAMIENTO CONTINUO: ponerlo en práctica para ubicar el proceso en la frontera de la calidad.

Se realizaran las siguientes actividades: calificar el proceso, entrenar al equipo, corregir problemas del proceso, elevar el estándar del proceso, evaluar el impacto del cambio, documentar cambios.

“ El mejoramiento de los procesos se presenta aquí desarrollado porque es esencial para que arranque el programa y tiene prioridad para su implantación”.

#### RECURSOS:

- Recursos Humanos:

El primer recurso que requiere el programa de calidad en el hospital en el apoyo político y gerencial, ante el convencimiento y la necesidad de ubicar a la institución en la cima del liderazgo de las prestadoras de servicios de salud.

El otro recurso humano fundamental para el hospital es el equipo operativo para el control de los procesos de calidad de la institución y le sigue el recurso humano que operativiza los procesos por lo que se concluye que para el hospital todo el recurso humano es importante y debe ser involucrado en los procesos.

- **Recurso Tecnológico:**

Se requiere todos los recursos tecnológicos para la logística en el desarrollo e implantación del proceso de calidad en el hospital.

### COSTOS

Los principales costos para la implantación del programa es el recurso humano pero esto se puede minimizar tratando de aprovechar el recurso humano profesional del hospital que tiene formación en el área para que lideren el comité de calidad y así facilitar la puesta en marcha del programa.

### COSTO-BENEFICIO

El impacto del programa de calidad en el hospital se verá representado en la mayor satisfacción de los clientes, mejorar el clima laboral y satisfacción de los empleados, disminución de las quejas, disminución de la mala práctica, utilización eficiente de los recursos, disminución de los costos, de la no calidad, mejor calidad de los servicios, alta estima y ética laboral, mejor imagen corporativa y lo más importante "posicionamiento como empresa".

## **II PARTE**

A través del diagnóstico institucional realizado al hospital la Manga E.S.E., se detectó que en el área funcional de apoyo logístico en su componente de recursos financieros; existen tres servicios críticos como son : el sistema de costo, el sistema de facturación de servicios y la cartera vencida.

**EL SISTEMA DE COSTO:** No tiene implementado su centro de costo pero tienen establecido un sistema de tarifas basados en tarifas SOAT .

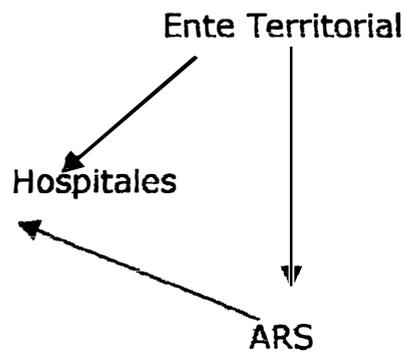
**SISTEMA DE FACTURACIÓN DE SERVICIOS:** Tienen implementado el proceso manual y automático, de la facturación, existe un área para facturación pero no está creada la oficina de facturación como tal, tienen dotación de dos equipos o computadores con un software para facturación del hospital que no está en red para sus centros de salud en el cual se realiza el proceso en forma manual, en cuanto al personal asignado al proceso de facturación en el hospital existe un facturador y un cajero por turno de 8 horas ; en los centros de salud en algunos existen una facturadora que realiza funciones de cajera al mismo tiempo y en otros centros de salud la función es realizada por las auxiliares en aquellos centros de salud que hacen turnos nocturnos ( centro de salud Juan Mina )

**CARTERA VENCIDA:** Existe una alta concentración de cuentas por cobrar relacionadas con la prestación de servicios, los afiliados al régimen subsidiado y los que tienen que ver con los vinculados al sistema. En este aspecto cabe anotar que existen dificultades para recuperar la cartera por el círculo vicioso del pagos no oportunos entre el ente territorial, hospitales y

**DIAGNÓSTICO INSTITUCIONAL DE LA CALIDAD EN LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS  
HOSPITALARIOS E.S.E LA MANGA**

**HOSPITAL LA MANGA**

administradoras lo cual evidencia un problema en el recaudo de cartera que afecta la liquidez de la institución.



Teniendo en cuenta el análisis anterior podemos implementar La normalización de los procesos de facturación de los servicios y recuperación de cartera.

## PROCESO DE FACTURACIÓN

En el marco del Sistema General de Seguridad Social SGSSS y acorde con el nuevo modelo de prestación de servicios que cambia el subsidio a la oferta por subsidio a la demanda, las E.S.E., como cualquier empresa productora de bienes o servicios, debe garantizar su subsistencia mediante la producción y venta de servicios asistenciales por un monto igual o superior a sus gastos.

El proceso de facturación se define como el conjunto de actividades que nos permite liquidar la prestación de servicios de salud que conlleva la atención al usuario en el hospital. Este proceso se activa cuando un usuario solicita un servicio, su atención y su egreso de la institución.

Dadas las características del SGSSS, Hospitales E.S.E. deben realizar un registro sistemático e individual de los procedimientos realizados y servicios prestados a cada usuario, liquidarlos a las tarifas establecidas por el CNSSS y realizar el cobro a las instancias pertinentes.

**El proceso de facturación tiene dos funciones claves que son:**

1. Recopilar y organizar la información que generan los servicios sobre la atención prestada a un paciente.
2. Reproducir un documento equivalente a la factura para poder cobrarle correctamente a un paciente o a una entidad (EPS, ARS), con la cual se tiene una relación contractual o como producto de un evento atendido (accidente transito, evento catastrófico, etc.).

## MODELO GENERAL DEL PROCESO DE FACTURACIÓN

**Los componentes de este esquema son:**

### ENTRADAS

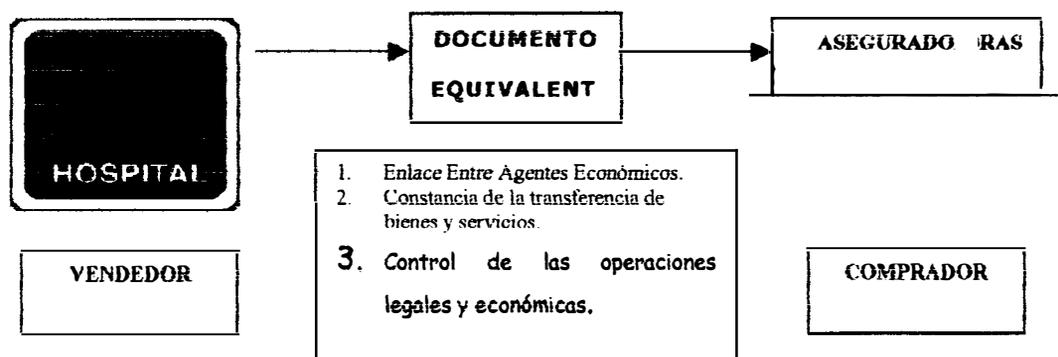
- a. Un contrato o convenio y un manual de tarifas, en los cuales se deben basar para liquidar las cuentas de cobro de los servicios prestados a un paciente. Varios contratos pueden utilizar un mismo manual de tarifa o mas (Manual del Soat y el del ISS).
- b. Soportes o documentos que deben llegar del área de admisiones del Hospital, donde indiquen los ingresos (Hoja de Admisión) de los pacientes, los traslados de camas y pabellones, y los egresos ( salidas), de los mismos.
- c. Otros soportes o documentos de apoyo que envían los distintos servicios médicos del hospital en que informan los procedimientos, exámenes y suministros que fueron realizados o aplicados a un paciente.

### SALIDAS

- a. La principal salida de un área de facturación es la factura individual por paciente por concepto de servicios prestados a un paciente. Esta debe cumplir estrictamente los requisitos que exige el contratante en cuanto a presentación, soportes, fechas, liquidación, formatos, etc.
- b. También un Hospital requiere internamente información muy valiosa que se genera en facturación y que debe ser distribuida bajo unos requisitos precisos. Esta información está compuesta de reportes a la gerencia, a las áreas administrativas y a las áreas medicas.

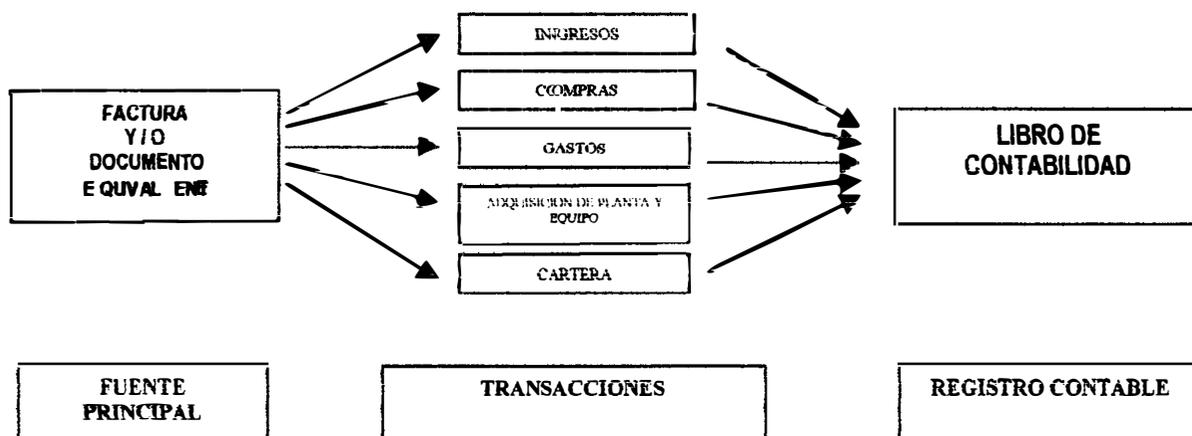
Esta estructura del proceso de facturación se puede visualizar en la representación gráfica del proceso (flujogramas), para cada uno de los tipos de servicios.

- Los Hospitales públicos no son responsables del impuesto sobre las ventas
- Los Hospitales públicos no son contribuyentes del impuesto sobre la renta



### **LA FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE, FUENTE PRINCIPAL DEL REGISTRO CONTABLE DE LAS TRANSACCIONES**

Toda actividad empresarial gira en torno al cumplimiento de su objeto social, la que se refleja en las transacciones que se realizan con terceros, documentándose en la factura y soportada en los comprobante diarios que originan el movimiento de las cuentas de resultado y el crecimiento del patrimonio por efecto de los valores agregados generados, constituyéndose en el eje central de la contabilidad, afectando no sólo las cuentas de ingreso, sino también las cuentas por cobrar, por pagar, efectivo, bancos, inventarios.



### **CARACTERISTICAS TRIBUTARIAS DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO QUE INCIDEN EN EL MANEJO DEL PROCESO DE FACTURACION**

El DECRETO 841 de 1998 establece el manejo tributario que se dan a las instituciones de Seguridad Social, entre ellas las de salud, en lo que tiene que ver con los Impuestos Nacionales administrados por la DIAN. Estos impuestos son: Impuesto a la renta, Impuestos a las ventas, Impuesto de timbre y la Retención en la Fuente.

Del impuesto a la Renta:

El Decreto 841 de 1998, en sus artículos 6 y 7, establece dos categorías de Instituciones Prestadoras de Salud para efectos del manejo tributario del Impuesto sobre la Renta:

Artículo 6°. Entidades de Salud no Contribuyentes: " No son contribuyentes del Impuesto sobre la Renta, los hospitales que estén constituidos como personas jurídicas sin animo de lucro, y las entidades sin animo de lucro cuyo objeto principal

sea la prestación de los servicios de salud, siempre y cuando obtengan el permiso de funcionamiento del Ministerio de Salud y destinen la totalidad de los excedentes que obtengan a programas de salud conforme lo establece el presente decreto.”

En esta categoría se encuentran tanto las ESE así como los hospitales no transformados en ESE. Las ESE son personas jurídicas sin animo de lucro, cuyo objeto principal es la prestación de los servicios de salud.

Artículo 7º. Entidades de salud contribuyentes con Régimen Especial: “Sin perjuicio de lo que establece el artículo anterior, las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Salud que tengan el carácter de Corporación, fundación, asociación sin animo de lucro, caja de compensación familiar o cooperativa, se someten al Impuesto de Renta y Complementarios conforme al Régimen Tributario especial, contemplado en el Título VI del Libro Primero del Estatuto Tributario.”.

#### Del Impuesto sobre las ventas:

En la Reforma Tributaria, Ley 488 de diciembre 24 de 1998 hace referencia a los servicios excluidos del Impuesto sobre las ventas, de la siguiente forma:

“Artículo 476. Servicios excluidos del impuesto sobre las ventas. Se exceptúan del impuesto los siguientes servicios: Los servicios médicos, odontológicos, hospitalarios, clínicos y de laboratorio, para la salud humana”.

También hace referencia a los bienes que no causan el impuesto sobre las ventas, en el artículo 424.

“Artículo 424. Bienes que no causan el impuesto. Los siguientes bienes se hallan excluidos del impuesto y por consiguiente su venta o importación no causa el impuesto a las ventas.

29.41 Antibióticos.

30.02 Sangre humana; sangre animal preparada para usos terapéuticos, profilácticos; antisueros (sueros con anticuerpos), demás fracciones de la sangre y productos inmunológicos modificados, incluso obtenidos por proceso biotecnológico; vacunas, toxinas, cultivos de microorganismos.

30.03 Medicamentos constituidos por productos mezclados entre si, preparados para usos terapéuticos o profilácticos, sin dosificar ni acondicionar para la venta al por menor.

30.04 Medicamentos constituidos por productos mezclados o sin mezclar preparados para usos terapéuticos o profilácticos, dosificados o acondicionados para la venta al por menor.

30.05 Guatas, gasas, vendas y artículos análogos (por ejemplo: apósitos, esparadrapos, sinapismos), impregnados o recubiertos de sustancias farmacéuticas o acondicionados para la venta al por menor con fines médicos, quirúrgicos, odontológicos o veterinarios.

30.06 Preparaciones y artículos farmacéuticos a que se refiere la Nota 4, Capítulo 2 de la Reforma Tributaria (Ley 488/98).

48.18.40.00.00 Compresas y toallas higiénicas, pañales para bebés y artículos higiénicos similares.

56.0.10.00.00 Compresas y tampones higiénicos, pañales para bebés y artículos higiénicos similares, de guata.

68.15.20.00.00 Compresas y toallas higiénicas, pañales para bebés y artículos higiénicos similares de turba.

90.01.30.00.00 Lentes de contacto

90.01.40 Lentes de vidrios para gafas

90.01.50.00.00 Lentes de otras materias

90.21 Aparatos de ortopedia y para discapacitados.

También está excluidos los aparatos de ortopedia, prótesis, artículos y aparatos de prótesis; todos para uso de personas, audífonos y demás aparatos que lleve la propia persona, o se le implanten para compensar un defecto o una incapacidad y bastones para ciegos aunque estén dotados de tecnología, contenidos en la partida arancelaria 90.21.

También estarían excluidos los dispositivos anticonceptivos para uso femenino.

**Conclusión:**

**De acuerdo a los referentes legales expuestos, las ESE son entidades no responsables del impuesto sobre las ventas porque los servicios y los productos vendidos por éstas están excepto del impuesto sobre las ventas.**

**CARACTERISTICAS DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO**

Las empresas Sociales del Estado son:

- Entidades de Derecho público
- Empresas Industriales y Comerciales del estado donde el estado posee más del 50% de su capital.
- Entidades de Salud no contribuyentes del Impuesto sobre la Renta.
- Entidades no responsables del Impuesto sobre las Ventas.

## **OBLIGACION DE EMITIR DOCUMENTO EQUIVALENTE POR PARTE DE LAS ESE**

Los hospitales públicos no están obligados a emitir factura de venta sino **DOCUMENTO EQUIVALENTE**, de acuerdo a lo establecido en la Resolución 1001 del 8-04-97 Artículo 17, el cual dice:

Artículo 17. Otros documentos equivalentes a la factura. Constituyen documentos equivalentes a la factura, los expedidos por Entidades de derecho público incluidas las empresas industriales y comerciales del Estado y Sociedades de Economía Mixta donde el Estado posea más del 50% de su capital, los expedidos por empresas o entidades que presten servicios públicos domiciliarios, cámaras de comercio, notarías y en general los expedidos por los no responsables del impuesto sobre las ventas que simultáneamente no sean contribuyentes del impuesto sobre la

## **CONTENIDOS MINIMOS DE LOS DOCUMENTOS EQUIVALENTES**

El Decreto 1001 del 97, Artículo 17 establece los contenidos mínimos de los documentos equivalentes.

Estos documentos deberán contener como mínimo los siguientes requisitos:

Nombre o razón Social y Nit ( de la persona o entidad a quien se efectúa el pago)

Numeración consecutiva

Descripción específica o genérica de bienes o servicios

Fecha

Valor

\* formato de documento equivalente

## **EXPEDICION DE LA FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE**

La expedición de la factura o documento equivalente, consiste en la entrega del original con el lleno de los requisitos legales, conservando la copia de los mismos. (Artículo 617 Estatuto Tributario).

## **NUMERACIÓN CONSECUTIVA.**

El documento equivalente debe llevar un número que corresponda a un Sistema de numeración consecutiva, como sistema técnico de control. Dicha numeración consecutiva tratándose de tiquetes expedidos por máquina registradora podrán llevar prefijo alfanuméricos, alfabéticos o numéricos, sin que sea necesario solicitar autorización de la numeración.

### **AUTORIZACION DE LA NUMERACION**

Como los hospitales públicos emiten DOCUMENTOS EQUIVALENTES A LA FACTURA, no es necesario la autorización de numeración. En el Artículo 3º de la Resolución 3878 de 1996 hace referencia de la siguiente manera:

Artículo 3º. Casos en los que no se requiere autorización de la numeración. "No será necesaria la autorización de la numeración en la expedición de documentos equivalentes a la factura, en las facturas expedidas por entidades de derecho público incluidas las empresas industriales y comerciales del Estado y sociedades de economía mixta donde el estado posea más del (50%) del capital, así como las que expidan las entidades que presten servicios públicos domiciliarios, las cámaras de comercio, las notarías y en general los no contribuyentes del impuesto sobre la renta señalados en el Estatuto Tributario."

### **INSCRIPCIÓN DEL SOFTWARE DE FACTURACION ANTE LA DIAN.**

A partir de la Resolución 8998 del 24 de Diciembre de 1998 expedida por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales es optativa la utilización de los mecanismos de facturación por computador o máquina registradora POS con la autorización del software por parte de la DIAN o no.

"ART1. Utilización optativa del sistema aplicativo de facturación. Las personas que utilicen el mecanismo de facturación por computador o máquina registradora POS, tendrán las siguientes opciones, a partir del 1º de enero de 1999:

- a) A Continuar aplicando los mecanismos de facturación por computador o máquina registradora POS, que venían utilizando, sin que requieran para ello de autorización del software por parte de la DIAN, y

b) Utilizar el software aplicativo de facturación debidamente aprobado por la DIAN.”

Esta Resolución modifica las resoluciones 3878 de 199, 2002 de 1997, 3316 de 1997, 4022 de 1998 y 6305 de 1998.

**LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO AL EXPEDIR DOCUMENTO EQUIVALENTE DE VENTA NO ESTAN OBLIGADAS A SOLICITAR NINGUNA AUTORIZACION DEL SOFTWARE DE FACTURACION ANTE LA DIAN.**

VALOR TOTAL DE LA OPERACION DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA.

Debe incluirse en el monto total de la operación, independientemente de la forma de pago. En el evento de expedirse la factura en varias hojas, el valor de la operación deberá constar en la última y podrá subtotalizarse en cada una de ellas.

Cuando haya lugar a hacer ajustes por mayor valor a la transacción efectuada deberá constar en una factura nueva.

Cuando se realicen ventas o prestación de servicios las facturas deberán expedirse en idioma español y en pesos colombianos.

#### **PERIODO QUE SE DEBE CONSERVAR LA FACTURA**

Por disposiciones del artículo 632 del Estatuto Tributario, para efectos de control de los impuestos, las personas y entidades contribuyentes o no contribuyentes, deberán conservar por un período mínimo de cinco años contados a partir del 1° de enero del año siguiente al de su elaboración, expedición o recibo.

#### **RECIBO DE CAJA**

Es un documento soporte con el cual se recauda el dinero por la venta de un bien o servicio y sirve de soporte tanto para Tesorería como para Contabilidad. En ningún caso reemplaza la factura, debe contener como mínimo:

Fecha de expedición

Nombre del Cliente

Concepto el cual debe ser abonando o cancelando X factura

Valor recibido

Forma de Pago

## **REQUERIMIENTOS DE INFORMACIÓN PARA LA FACTURACIÓN**

La facturación de los prestados por la institución a sus usuarios es un proceso que consume esencialmente información y produce información, de la calidad de la información que se le suministre depende la calidad de la informes que genere. Por esta razón es de suprema importancia garantizar que esta unidad cuente con este insumo en la cantidad, veracidad y oportunidad que permita su buen desempeño.

La información requerida para el proceso se puede clasificar en general e individual.

### **INFORMACION GENERAL**

**Denominamos información general, a aquella que es necesaria para el manejo global del proceso de facturación en la empresa y tiene que ver con:**

#### **1. IDENTIFICACION DEL HOSPITAL ESE:**

Dado que todo documento equivalente debe contener, razón social y Nit de la empresa.

### IDENTIFICACION DEL HOSPITAL ESE:

R A Z Ó N  S O C I A L	R E P R E S E N T A N T E  L E G A L	D I R E C C I Ó N	T E L É F O N O

### 2. PORTAFOLIO DE SERVICIOS

Denominación y clasificación única de los procedimientos y servicios que la institución brinda, acorde con lo establecido en la resolución No. 365 de 1.999.

Denominación y/o código del centro de costos ejecutor o generador del procedimiento.

Esta información es necesaria para la implantación del sistema de costos en la empresa pues permite conocer cuanto factura, es decir cuanto produce efectivamente, cada centro de costos del área asistencial.

Dado que existen diferencias en los servicios que cubren los planes de beneficios de los regímenes, subsidiado y contributivo y que algunos procedimientos son cubiertos

**DIAGNÓSTICO INSTITUCIONAL DE LA CALIDAD EN LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS E.S.E LA MANGA**

**HOSPITAL LA MANGA**

mediante convenios, es necesario que establecer a que planes corresponden los procedimientos y/o servicios.

**TIPO DE SERVICIOS (PORTAFOLIO DEL HOSPITAL ESE)**

CODIGO POR CENTRO DE PRODUCCIÓN	NOMBRE DE LOS GRUPOS DE SERVICIOS POR CENTRO DE PRODUCCIÓN O DE COSTO (ejemplos)	CODIGO POR SERVICIO	NOMBRE DE LOS SERVICIOS INDIVIDUALES
	SERVICIOS DE CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS DE URGENCIAS		
	SERVICIOS DE OBSERVACIÓN URGENCIAS		
	SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA		
	SERVICIOS DE PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS CRUENTOS Y NO CRUENTOS		
	SERVICIOS DE SALUD ORAL		
	SERVICIOS DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN		
	SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN PEDIATRICA, ETC		
	SERVICIOS DE HOSPITALIZACION GINECOOBSTETRICA		
	SERVICIOS DE HOSPITALIZACION EN MEDICINA INTERNA		
	SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN EN QUIRURGICAS		
	SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS		
	SERVICIOS DE HOSPITALIZACION EN QUEMADOS		
	SERVICIOS DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE CIRUGIA GENERAL		
	SERVICIOS DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS EN NEUROCIRUGIA		
	SERVICIOS DE ATENCIÓN DE PARTOS Y URGENCAS GINECOOBSTETRICAS		
	SERVICIOS DE ESTUDIOS DE LABORATORIO CLINICO		
	SERVICIOS DE ESTUDIOS DE ANATOMO PATOLOGIA		
	SERVICIOS DE ESTUDIOS DE ELECTRODIAGNOSTICO		
	SERVICIOS DE ESTUDIOS DE IMAGENOLOGIA		
<i>ETC (VER MAPA DE PROCESOS Y SERVICIOS, PAGINA 8 A LA 14)</i>			

**EMPRESAS CONTRATANTES:**

TIPO	NOMBRE	NIT	MANUAL DE TARIFAS	DIRECCION	TELÉFONOS	CONTACTO	PLAN DE BENFICIOS
E.P.S.	I.S.S						POS
	UNIMEC						POS
E.A.S.	Caja de Previsión Social						
	Caja de Previsión Social						
Regimenes de excepción	Ecopetrol Fondo del Magisterio						
A.R.P.	Suratep ARP coipatria						
EMP MD PREPAG	COLSANITAS COOMEVA						
A.R.S.	Cafesalud EPS COMPENSAR C.C.F. EMPRESA SOLIDARIA E.S.S.						POS-S
ESTADO	Dirección Distrital de salud... Dirección Deptal de salud de... Dirección Municipal de						

**EMPRESAS POR NIVEL SOCIOECONÓMICO:**

NOMBRE EMPRESA	NIT	NIVEL CLASIFICACIÓN SOCIOECONOMICA	% PAGO POR EL USUARIO	COBRO MÁXIMO
COMPENSAR ARS		1 (SISBEN)	5 (COPAGO)	
		2 (SISBEN)	10 (COPAGO)	

**MANUALES DE TARIFAS A UTILIZAR SEGUN LAS EMPRESAS CONTRATANTES:**

Código	Nombre

**SERVICIOS DE CADA MANUAL DE TARIFAS:**

Código	NOMBRE DEL SERVICIO	GRUPO QUIRURGICO	TARIFA

**SUMINISTROS:**

Código	Nombre	Genérico	Presentación	TARIFA

**GRUPO QUIRURGICOS MANUAL TARIFAS DECRETO 2423/96:**

Grupo	Nombre	H. Médico	Anestesiología	D. Sala	Materia	Ayudante	Perfusión
3	GRUPO QUIRURGICO DOS	39002	39100	39204	39301	0	0
4	GRUPO QUIRURGICO TRES	39003	39101	39205	39301	0	0
5	GRUPO QUIRURGICO CUATRO	39004	39102	39206	39302	0	0
6	GRUPO QUIRURGICO CINCO	39005	39103	39207	39302	0	0
7	GRUPO QUIRURGICO SEIS	39006	39104	39208	39302	39117	0
8	GRUPO QUIRURGICO SIETE	39007	39105	39209	39303	39118	0
9	GRUPO QUIRURGICO OCHO	39008	39106	39210	39303	39119	0
10	GRUPO QUIRURGICO NUEVE	39009	39107	39211	39303	39120	0
11	GRUPO QUIRURGICO DIEZ	39010	39108	39212	39304	39121	0
12	GRUPO QUIRURGICO ONCE	39011	39109	39213	39304	39122	0

**DIAGNÓSTICO INSTITUCIONAL DE LA CALIDAD EN LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS  
HOSPITALARIOS E.S.E LA MANGA**

**HOSPITAL LA MANGA**

12	GRUPO QUIRURGICO DOCE	39012	39111	39214	39304	39123	0
13	GRUPO QUIRURGICO TRECE	39013	39111	39215	39304	39124	0
14	GRUPO QUIRURGICO CATORCE	39007	39105	39220	0	39118	0
20	GRUPO QUIRURGICO 20	39020	39112	39216	0	39125	0
21	GRUPO QUIRURGICO 21	39021	39113	39217	0	39126	0
22	GRUPO QUIRURGICO 22	39022	39114	39218	0	39127	0
23	GRUPO QUIRURGICO 23	39023	39115	39219	0	39128	0

### **3. TARIFAS.**

Las Tarifas que deben aplicar las E.S.E. son las establecidas en el Decreto 2423 de 1.996, se debe conocer la homologación de la denominación de los procedimientos que aparece en dicho Decreto con la que aparece en la Clasificación Unica de Procedimientos en Salud, Resolución N° de 1.999.

### **4. CONTRATOS VIGENTES.**

Se deben tener conocimiento preciso de los contratos de prestación de servicios con A.R.S., E.P.S., Minsalud, Direcciones de salud del orden local, Distrital o Departamental, vigentes, y condiciones establecidas en ellos, tales como: objeto, servicios contratados, requisitos exigidos para la prestación de servicios, manejo de copagos o cuotas de recuperación, etc.

### **5. USUARIOS.**

La información sobre los usuarios involucra listado de afiliados a los diferentes aseguradoras de los regímenes subsidiado y contributivo, listado de población identificada por SISBEN y aún no ha sido asegurada. Aunque en la mayor parte de

**HOSPITAL LA MANGA**

los departamentos solo se tiene esta información parcialmente, en la medida que esta se complete, la eficacia del proceso de facturación mejorará (La eficacia de la facturación esta dada por el valor facturado en relación con los recaudo efectuados). a clasificación socioeconómica de la población y la aplicación de las normas existentes para la liquidación de los servicios prestados.

## **6. MARCO LEGAL.**

Los funcionarios involucrado en el proceso de facturación deben tener un amplio conocimiento del sistema general de seguridad social, y debe estar siendo informado y actualizado de los cambios y novedades legales.

### **INFORMACION ESPECIFICA.**

La información específica, es la que se solicita en el momento de realizar la facturación de servicios a cada usuario y esta relacionada con:

#### **1. USUARIO.**

El proceso de facturación requiere de la identificación plena del usuario, que incluye nombre, identificación, edad, sexo, domicilio, régimen al que pertenece, empresa aseguradora si es el caso,

#### **2. SERVICIOS.**

Denominación y cantidad de procedimientos realizados.

Denominación, especificaciones técnicas (forma y presentación) de los medicamentos e insumos medico quirúrgicos suministrados.

### **EJECUCION DEL PROCESO.**

En el proceso de facturación mediante el registro sistemático de todos los servicios prestados por la I.P.S. y con base en unas tarifas establecidas para cada una de ellos, se generan los informes legales y administrativos requeridos para el cobro respectivo.

El proceso de facturación conlleva tres pasos, varían en su secuencia, duración y oportunidad, dependiendo del servicio asistencial donde sea brindada la atención y de los procedimientos establecidos en cada institución, pueden ser desarrollados en forma

manual o automatizado, previo, "simultanea", o posterior a la prestación de los servicios, previo el egreso o posterior al egreso del paciente hospitalizado. Los tres

pasos son:

### **1. IDENTIFICACION Y REGISTRO DE INFORMACION DEL USUARIO.**

En este paso se precisa quien es el beneficiario o demandante de atención en los diferentes servicios de la I.P.S., se establece o trata de establecer el régimen al que pertenece, y la entidad aseguradora, y si se del caso e procede, se solicitan los documentos y requisitos exigidos para la atención.

### **2. REGISTRO DE INFORMACION DE PROCEDIMIENTOS.**

Una vez establecida la identificación del usuario, (a designada alguna, si no ha sido posible su identificación, caso de N.N.) se registran la denominación, código y cantidad de los procedimientos realizados o solicitados, denominación, y especificaciones técnicas de los medicamentos y suministros solicitados o suministrado.

### **2. LIQUIDACION DE LOS SERVICIOS PRESTADOS.**

A las tarifas establecidas se realiza la liquidación de los servicios prestados o solicitados, y se procede a la elaboración, expedición y entrega del documento equivalente a factura que soporta los servicios en mención.

En el caso de usuarios afiliados al régimen contributivo y subsidiado, y de todos aquellos que no responden directamente por el pago de la atención, se requiere de la recolección consolidación de los documentos equivalentes debidamente firmados por el usuario beneficiario de la atención para proceder a realizar el cobro.

## PROCESO DE RECAUDAR

### CAJAS:

Código Caja	Nombre	Cajero

### CAJEROS:

Código	Nombre

### CONCEPTOS:

Código	Conce pto	

### FORMA DE PAGO:

Código	Forma de Pago

### RECIBOS:

Número	Cliente	Factura	Concepto	Forma Pago	Valor

Este proceso se activa cuando en la atención al usuario para la prestación de un servicio de salud exista un copago, cuota de recuperación o cuota moderadora.

El cobro efectivo y oportuno de los servicios ofrecidos les permite a las instituciones su supervivencia, oportunidad para la adquisición de los recursos requeridos para brindar servicios con altos estándares de calidad, la posibilidad de ampliar la oferta de servicios y ofrecer más y mejores servicios para y por el beneficio de los usuarios, objeto fundamental del que hacer cotidiano de las empresas sociales del estado.

En este proceso, el recaudo directo que proviene del usuario corresponde según sea el caso al pago de cuotas moderadoras y copagos en el régimen contributivo, a copagos en el régimen subsidiado, a cuotas de recuperación en caso de los vinculados y a pagos totales en el caso de los particulares.

Para realizar el proceso de recaudo se debe contar con los siguientes insumos de información.

Documento equivalente a factura, donde este liquidado el valor de la atención, y se establezca el valor de la cuota de recuperación, moderadora o copago.

#### **ADMITIR AL USUARIO A LA HOSPITALIZACIÓN O A LA OBSERVACIÓN DE URGENCIA Y APERTURA DE CUENTA (ADMISIONES).**

Admitir al usuario a un servicio de hospitalización o de observación en urgencia se conoce como el servicio de admisiones.

En este proceso se realiza.

- Identificación al usuario.
- Comprobar sus derechos.

Apertura de la cuenta manual o automatizada, a partir de la cual se contabilizan los días de estancia del usuario.

En esta cuenta se seguirán registrando posteriormente todos los servicios que se le presten al usuario.

**RECEPCIONAR EL USUARIO EN LOS CENTROS DE PRODUCCION.**

Es un punto de control del proceso de admisión y permite verificar el cumplimiento de los procedimientos establecidos en el.

## TRAMITAR LA SALIDA Y ORIENTAR AL USUARIO Y SU FAMILIA

Luego de que se le ha prestado el servicio de salud y se le ha definido al usuario su plan terapéutico y la conducta a seguir, se debe proceder a apoyar el retiro del usuario de la entidad, verificando el cumplimiento de los trámites administrativos y de acuerdo con las pautas asistenciales trazadas. Así, el usuario podrá ser remitido a otra entidad o IPS, trasladado de servicio, enviado al domicilio o citado nuevamente a control. La labor del Hospital en estos casos, es garantizar que el usuario llegue a su destino final, con la debida información sobre los requisitos a seguir y sobre la aplicación del plan terapéutico trazado.

### ATENCION AL USUARIO EN LOS SERVICIOS AMBULATORIOS.

Los servicios ambulatorios son la serie de servicios asistenciales que la institución presta a los usuarios en fechas y horas programadas con antelación y que no lo obligan a permanecer en la institución.

<b>ADMITIR</b>	1. ENTREGAR y RECIBIR INFORMACIÓN del Usuario.
	2. DISPONER LOS REGISTROS CLINICOS del Usuario
	3. PROGRAMAR y CITAR LA ATENCIÓN, requerida por el Usuario.
	4. FACTURAR los servicios solicitados por el Usuario y RECAUDAR el valor de pago directo del Usuario.
<b>PRESTAR</b>	5. RECIBIR al usuario en el Servicio Ambulatorio.
	6. PRESTAR EL SERVICIO DE SALUD específico.
<b>EGRESAR</b>	7. ORIENTAR al Usuario y la familia.

### ENTREGAR Y RECIBIR INFORMACION DEL USUARIO.

En el servicio ambulatorio se brinda información relacionada con:

- Servicios asistenciales.

HOSPITAL LA MANGA

- **Profesionales que prestan el servicio.**
- **Horario de atención.**
- **Costo de servicio.**

La unidad de atención al usuario da la información si es de su competencia de lo contrario remite al usuario a la unidad competente para que esta satisfaga su necesidad de información.

**DISPONER LOS REGISTROS CLINICOS DEL USUARIO, PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO DE SALUD.**

- Identificar el código o numero del registro clínico, si este no lo recuerda se busca en el fichero índice
- Usuario nuevo.

Se verifica que el nombre del usuario no aparece registrado en fichero.

Se registra con documento de identificación, nombre y apellidos, nombre de los padres , domicilio, fecha y lugar de nacimiento, sexo.

- 1.-Asignación del código consecutivo o numero de identidad.
- 2.- Registrarlo en el fichero índice el numero del código.
- 3.- llenar el camé de identificación de usuario con el numero o código.

**Si tiene historia clínica.**

- 1.- se programa el servicio solicitado.
- 2.- se comunica al archivo sobre el servicio solicitado.
- 3.- se busca un día antes la historia clínica.
- 4.- se envían a los servicios donde se dará atención al usuario.
- 5.- retorna la historia clínica al archivo.

ADMITIR	<b>Proveniente de servicios ambulatorios.</b>
	1. ENTREGAR la INFORMACIÓN solicitada por el Usuario. INGRESAR el Usuario al Servicio de Hospitalización y apertura de la cuenta.
	<b>Proveniente de servicios de observación/hospitalización urgencias ó de otros servicios de hospitalización.</b>
	1. TRASLADAR al paciente.
PRESTAR	<b>Proveniente de servicios de consulta/procedimientos urgencias.</b>
	1. INGRESAR el Usuario al Servicio de Hospitalización y apertura de la cuenta
PRESTAR	RECIBIR al usuario en el Servicio de Hospitalización.
	PRESTAR EL SERVICIO DE SALUD específico.
	Trasladar un usuario hacia quirófanos o hacia otro servicio
	4. REGISTRAR los SERVICIOS PRESTADOS al Usuario durante la Hospitalización.
EGRESAR	SALIDA hacia Domicilio:
	5. FACTURAR los servicios prestados por el Usuario.
	6. TRAMITAR la salida del paciente.
	7. ORIENTAR al Usuario y la familia.
	REMISION hacia otra IPS:
	5. FACTURAR Y COBRAR los servicios prestados al Usuario.
	6. TRAMITAR la salida del Usuario.
	7. ORIENTAR al Usuario y la familia
	EGRESO por defunción:
	5. FACTURAR Y COBRAR los servicios prestados al Usuario.
6. TRAMITAR la salida del Usuario.	
7. ORIENTAR al Usuario y la familia.	

### ADMITIR A LOS USUARIOS EN UN SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.

Es el proceso o procedimiento mediante el cual el usuario ingresa a la institución para la prestación de un servicio asistencial. En el proceso de Admitir al usuario en un servicio de hospitalización se identifican varios procedimientos como son los de Entregar información solicitada por el Usuario, Ingresar al Usuario a la institución y realizarle la apertura de su cuenta.

### ENTREGAR INFORMACIÓN SOLICITADA POR EL USUARIO.

La Unidad de Atención al Usuario (UAU) debe informarse e informar a los usuarios y/o a sus familiares en:

- 1.- Cuales son los deberes y derechos de los usuarios.

- 2.- Cuál es el servicio al que el usuario va a ingresar
- 3.- Cuáles son las instrucciones para procedimientos especiales
- 4.- Cuáles son los requisitos exigidos para la prestación del servicio.
- 5.- Cómo se presta este servicio
- 6.- Con qué recursos cuenta la Institución para prestar el servicio
- 7.- Cuáles son los riesgos y beneficios de los servicios requeridos
- 8.- Horarios de atención de visitas
- 9.- Cuál cama fue asignada para el paciente
- 10.- Cuál es el médico responsable del paciente y su equipo de trabajo
- 11.- Cuál es el estado del familiar hospitalizado.
- 12.- Qué es un plan de beneficio
- 13.- Costo de servicios y monto de copagos o cuotas de recuperación

La UAU, debe realizar diariamente o dos veces al día el censo diario de paciente, con base a las novedades de traslado y egresos de pacientes.

#### **REGISTRAR los SERVICIOS PRESTADOS al Usuario durante la Hospitalización.**

Es la actividad en el cual se registran los servicios prestados y consumos al paciente, se recomienda que tan pronto como suceda un evento se registre en las diferentes **NOTAS DE CARGOS de PROCEDIMIENTOS E INSUMOS** establecidos y reportar al servicio de facturación según los turnos de envío en el manual de procesos y procedimientos. **VER FORMATOS MODELO.**

#### **EGRESAR AL USUARIO DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN**

Es el proceso o procedimiento mediante el cual el usuario termina su estadía en la institución, el médico tratante genera una orden de salida, ya sea para el domicilio del usuario por el restablecimiento de su salud, para otra IPS por considerarlo paciente crítico o por defunción.

La base de este trabajo es la comprensión adecuada de los contratos y manuales de tarifa a los que ya nos referimos, y el proceso de liquidación misma, que tratamos a continuación:

Cada área del hospital que presta un servicio debe ser la responsable de dar la información completa y correcta a facturación, para permitir la elaboración de la liquidación individual por paciente y por ende su cobro. Cuando la facturación es automatizada, esta responsabilidad puede llenarse de dos maneras: o bien el área misma digita en el computador la información sobre los servicios prestados y entrega a facturación la información digitada y los soportes para el cobro, o bien entregan los soportes para el cobro y un grupo que llamaremos digitación, se encarga de alimentar el computador con la información sobre los servicios prestados.

Las ventajas de que cada área digite la información sobre los servicios que prestó son las siguientes:

Las áreas conocen mejor los servicios prestados y pueden detectar errores o incoherencia en los soportes de cobro, que no serian detectados por los digitadores de facturación o de sistemas

Como los soportes son la base para la correcta facturación, esta solución de problemas en los soportes para poder digitar la información correctamente, sirve de capacitación y refuerzo al personal del área para mejorar y completar la información de los soportes: nombres pocos claros, identificación inadecuada del servicio, etc.

Si la información fuera utilizada también para beneficio interno del área, ésta debe controlar que sea correcta y por lo tanto debe encargarse de su digitación. Un ejemplo claro de esto es el área de suministro. Cuando se tiene un sistema integrado, los suministros entregados a un paciente, una vez digitado, afectan tanto a facturación como a los inventarios. Quienes responden por los inventarios deben manejar su información para asegurarse de que está correcta, y evitar errores que falseen sus existencias.

Bajo cualquiera de las dos modalidades, o si el documento equivalente a la factura es manual, el trabajo de digitación debe hacerse diario, por las siguientes razones:

- ◇ En cualquier momento se debe conocer el estado de cuentas de un paciente

De antemano se prevén posibles problemas para el cobro de algún servicio pudiendo así remediarse. Se disminuye la subfacturación por requisitos incompletos y por problemas insolubles, una vez el paciente haya salido

- ◊ El trabajo se hace mas regular durante todo el mes y se evitan sobre costos por horas extras, dominicales o festivos, productos de una acumulación innecesaria.
- ◊ Se agiliza la salida del paciente.

#### **Ayudas para realizar adecuadamente el archivo de documentos.**

El objetivo del archivo es almacenar todos los soportes de cobro que hayan sido radicados en facturación hasta que termine el servicio y se gene una cuenta de cobro consolidado. Ello implica organizar eficientemente los documentos para que en cualquier momento puedan ser encontrados y consultados.

De acuerdo a los procesos descritos al final de esta guía, se estable cual seria el proceso del archivo adecuado.

### **ETAPA 1**

Obtenga la radicación de los documentos recibidos y liquidados

### **ETAPA 2**

Clasifiquelos según su organización del archivo. Algunos ejemplos de clasificación de archivos.

- Por paciente ambulatorio y hospitalizados
- Por empresas contratantes
- Por pacientes activos y egresados ( pasivos)
- Por nombre ( alfabético) o por código ( numérico)
- Combinaciones de las anteriores

### ETAPA 3

Para los pacientes admitidos ( ambulatorios y Hospitalizados), y utilizando las hojas de admisión o las órdenes del contratante, abra nuevas carpetas o haga cambios en el archivo, colocando rótulos con los nombres de los pacientes.

### ETAPA 4

Con el paquete de documentos o soportes recibido de radicación y liquidación, vaya ubicando cada paciente en el archivo, procurando ordenarlos de acuerdo con la clasificación enunciada.

### ETAPA 5

Reclame a los responsables de facturación la lista de los paquetes y se entrega en forma ordenada al responsable de la elaboración del consolidado o cuenta de cobro.

#### **Ayudas para realizar adecuadamente la revisión y corrección de cuentas**

El objetivo de esta actividad es garantizar la calidad de la facturación de los pacientes ingresados al Hospital, revisando que estén bien registrados todos los servicios prestados y la liquidación según el manual de tarifas correspondiente a la empresa contratante. Así como producir la liquidación individual o cuenta de cobro respectiva facilitando la salida del paciente.

El proceso de revisión es el siguiente:

### ETAPA 7

Organice físicamente la cuenta y sus soportes según los requisitos particulares del contratante como:

- ◇ Cartas de presentación de la cuenta
- ◇ Ganchos, sobres, bolsa, carpetas, etc.

### ETAPA 8

Registre los datos básicos de las cuentas de cobro. Es muy importante hacer un control del trabajo de facturación conjuntamente con cartera. Si este proceso es realizado por el área de facturación se debe realizar un seguimiento de las cuentas producidas hasta que se paguen.

Igualmente se debe llevar un control sobre la rapidez del trabajo de facturación y su precisión. Esto puede hacerse registrando en un libro de seguimiento de cuentas, los datos básicos de cada liquidación individual producida, nombre del paciente, nombre del contratante, valor facturado, numero cuenta, fecha y hora de salida del paciente, fecha y hora de entrega.

### ETAPA 9

Entregue la cuenta al paciente (paciente particular), o si el paciente esta cubierto por un contrato, entregue estas cuentas a cartera si es esta la responsable de realizar la entrega al contratante, o por el contrario el proceso termina hasta la radicación de la cuenta de cobro con su soporte a la entidad contratante realizando la radicación respectiva en los plazos establecido.

**Ayuda para hacer la corrección de errores posteriores a la entrega**

Los errores en las cuentas muestran fallas en procedimiento desde el punto de vista administrativo o clínico, los cuales les brinda al Hospital la oportunidad de corregirlas. Es muy importante hacerles seguimiento para entender los problemas.

Se debe igualmente corregir el error en el menor tiempo posible, para lo cual se propone el siguiente proceso:

### **ETAPA 1**

Cada vez que reciba una cuenta devuelta por parte del Gestor de cartera, busquelá en el libro de seguimiento de cuentas y registre los datos más importantes como:

Fecha de devolución de la cuenta ( Recepción en facturación)

Fecha de entrega de la cuenta ( Cartera)

Valor del error

Tipo o tipos de errores

### **ETAPA 2**

El responsable del área analiza el motivo de la devolución, identificando el tipo de error que existió para que pueda dar las instrucciones pertinentes al liquidador y revisor de cuentas, que permitan evitar nuevamente los errores cometidos. Los errores mas frecuentes son:

- ◇ Mala interpretación del Manual de tarifas al liquidar algún servicio.
- ◇ Información incompleta en la cuenta de cobro o en los soportes en cuanto a los datos del paciente, o a los servicios cobrados
- ◇ Errores de mecanografía, letras o números o repasados.
  
- ◇ Cuentas enviadas en el periodo que no corresponde según la fecha de atención al paciente
- ◇ Falta de firmas o sellos que las empresas contratante exigen, etc.

### **ETAPA 3**

El responsable de la cuenta revisa y corrige el error

### **ETAPA 4**

El responsable de la cuenta entrega al área de cartera los documentos con los soportes corregidos, para que se de respuesta en los plazos establecidos al contratante, para su cobro.

**MAPA DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS.**

	PROCESOS	SUBPROCESOS	CODIGO	PRODUCTOS
1.	PRESTAR SERVICIOS DE CONSULTA O INTERCONSULTA DE URGENCIAS	1.1 CONSULTA URGENCIAS MD GENERAL	1	Consulta de Urgencias por MD General
		1.2 CONSULTA O INTECONSULTA MD ESPECIALIZADA DE URGENCIAS	2	Consulta de Urgencias/ Interconsultas por MD Internista
			3	Consulta de Urgencias/ Interconsultas por MD Pediatra
			4	... etc.
		1.3 CONSULTA URGENCIAS ODONTOLÓGICAS		Cx Ur o Ix Ur odontológica
2.	PRESTAR SERVICIOS DE PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS O TERAPEÚTICOS (PX DX O TX)	2.1 PX DX TX POR AUXILIAR DE ENFERMERÍA		Curación
				Nebulización
				...etc.
		2.2 PX DX TX POR ENFERMERA		Curación Mayor
				Cambio Catéter
			...etc.	
		2.3 PX DX TX POR MD GENERAL		Suturas
	Inmovilizaciones			
	Drenajes			
	Extracción cuerpo extraño			
	...etc.			
2.4 PX DX TX POR MD ORTOPEDISTA		Reducción Cerrada Fractura Radio		
		Artrocentesis		
	...etc.			
2.5 PX DX TX POR MD PEDIATRA		...etc.		
2.6 PX DX TX POR MD ESPECIALISTA... ETC		...etc.		
3.	PRESTAR SERVICIOS DE ESTANCIA EN OBSERVACIÓN O DE ESTANCIA EN HOSPITALIZACIÓN (MENOR DE 6 HORAS) O DE ESTANCIA EN HOSPITALIZACIÓN (MAYOR DE 6 HORAS)	3.1 PRESTAR SERVICIOS DE ESTANCIA EN URGENCIAS		Estancia en Sala de Observación II nivel
		3.2 PR SR DE ATENCIÓN INTRAHOSPITALARIA POR MD GENERAL		Valoración INICIAL Intra hospitalaria por MD 'Gral. tratante, del pacte ingresado para tratamiento NO Qx ni Obsx
				Atención diaria Intra hospitalaria por el médico general tratante, de pacte Qx u Obstet
		3.3 PR SR DE ATENCIÓN INTRAHOSPITALARIA POR MD ESPECIALISTA		Atención diaria Intra hospitalaria por el MD especialista tratante de pcte NO Qx ni Obsx
	...etc.			
			Interconsulta Ginecoobstetricia	
			...etc.	

DIAGNÓSTICO INSTITUCIONAL DE LA CALIDAD EN LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS  
HOSPITALARIOS E.S.E LA MANGA  
HOSPITAL LA MANGA

MAPA DE LOS SERVICIOS DE AYUDA DIAGNÓSTICA.

PROCESOS	SUBPROCESOS		No	CODIGO	PRODUCTOS
1 Prestar Servicios de Laboratorio Clínico	1.1.	Prestar Servicios de Lb Cl Hematología	1		Hemoglobina
			2		Leucograma
			3		...etc.
			2		Glicemia
			3		Creatinina
			3		...etc.
	1.2.	Prestar Servicios de Lb Cl Química Sanguínea	1		Cultivos
			2		Antibiograma
			3		...etc.
	1.3.	Prestar Servicios de Lb Cl Microbiología	1		Coprológicos
			2		Análisis Orinas
			3		Etc.
	1.4.	Prestar Servicios de Lb Cl Bacteriología	1		Serología
			2		Coombs
			3		Etc.
	1.5.	Prestar Servicios de Lb Cl Inmunología	1		
			2		
			3		
1.6.	Prestar servicios de Lb Cl - Micología	1			
		2			
2 Prestar Servicios De Imagenología	2.1	RADIOLOGIA			RX Huesos
					Mano, dedos, puño, codo, pie, clavícula, antebrazo, etc.
					Cara, Malar, Arco Cigomático, Huesos Nasales, etc.
					Columna Cervical, etc.
					Tórax AP-lateral, etc.
					Abdomen simple, etc.
		RX Tórax			Cistografía, etc.
			RX Abdomen		Portátiles, etc.
			RX Exámenes Especiales		
			RX Portátiles		
4.2.	ECOGRAFIAS			Eco Obstétrica, etc.	
4.3.	GAMAGRAFIA			...etc.	
3 Prestar Servicios de Estudios Anatómo-Patológicos	3.1.	Prestar Servicios de Estudios de Biopsias	1		Análisis de biopsias simples (una sola muestra)
					Estudio con tinción de rutina
			2		Análisis de biopsias múltiples (dos o mas muestras)
					Estudio con tinciones especiales
	3.2.	Prestar Servicios de Estudios de Especímenes Quirúrgicos.	1		Estudios de especímenes simples (sin disección ganglionar)
					Estudio con tinciones especiales
			2		P.s. Especímenes quirúrgicos (con disección ganglionar)
					Estudio con Tinciones de rutina
	3.3.	Prestar Servicios de estudios citológicos	1		Pr Sr de estudios citológicos
					Estudio con tinciones especiales
				Vaginal Tumoral	
				Vaginal Funcional	

**DIAGNÓSTICO INSTITUCIONAL DE LA CALIDAD EN LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS  
HOSPITALARIOS E. SE LA MANGA**

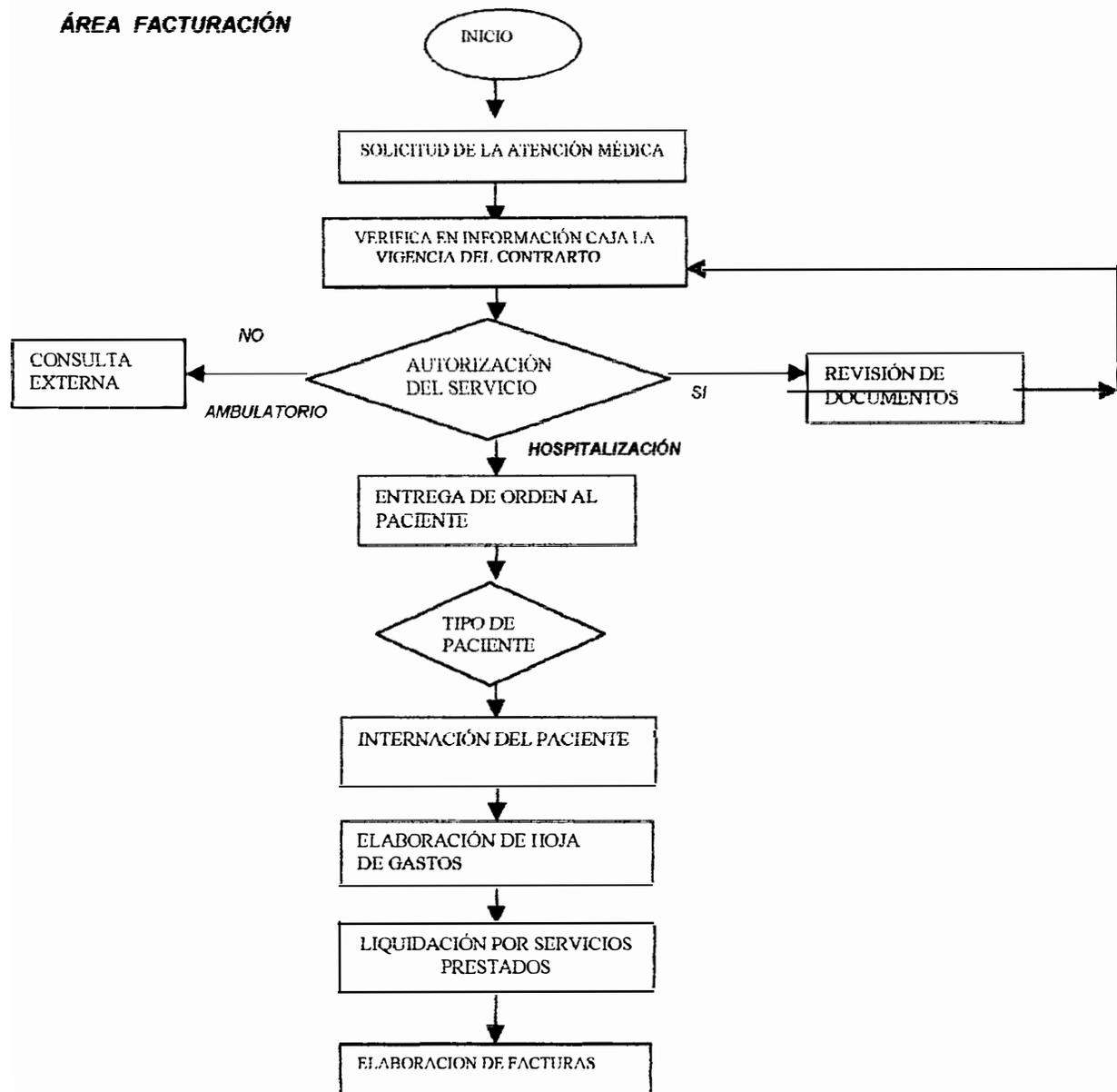
**HOSPITAL LA MANGA**

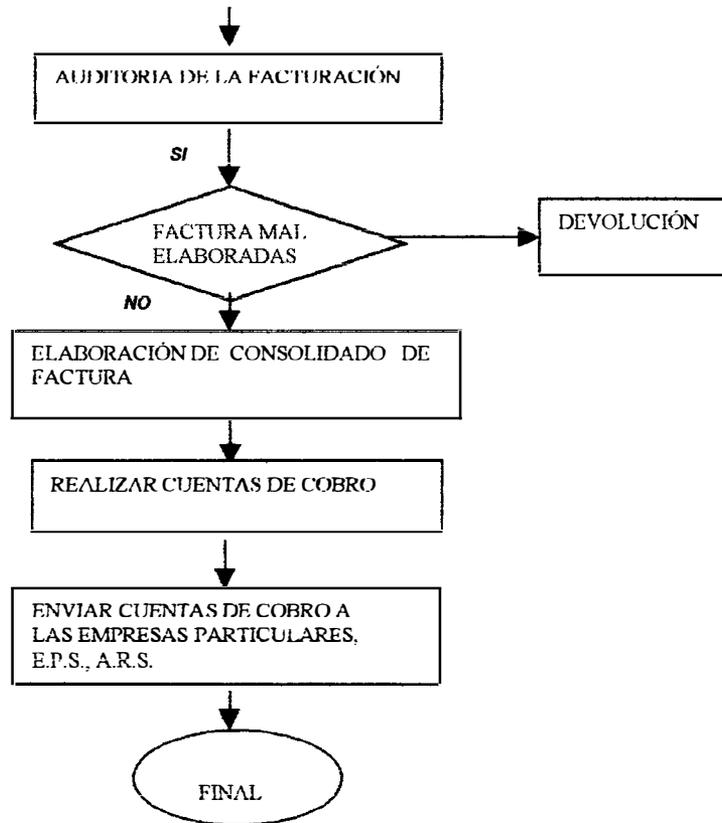
**AREA ADMINISTRATIVA**

**PROCESO: FACTURACIÓN**

<b>SECUENCIAS</b>	<b>DEPENDENCIA</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>DESCRIPCION</b>
1. Solicitud de la atención médica			El paciente solicita la atención Médica.
2. Verificación de la información en caja vigencia del contrato.	Caja.	Cajero	El cajero verifica la información si el contrato está vigente.
3. Autorización del servicio. Se le entrega orden al paciente.	Administrativa	Administrador.	Se le autoriza el uso del servicio y se le entrega orden.
4. Se hospitaliza al paciente.	Administrativa	Administrador	Se hospitaliza al paciente para tratamiento.
5. Se elabora hoja de gastos.	Administrativa	Administrador.	Se elabora una hoja de gastos.
6. Se liquida por servicio prestado.	Administrativa	Administrador	Luego se liquida los gastos por los servicios prestados.
7. Elaboración de la factura.	Administrativa	Administrador.	Se elabora la factura.
8. Auditoria de la factura.	Facturación.	Auditor	Se pasa a auditoria la factura para su auditoria..
9. Elaboración de consolidado de las facturas.	Facturación	Facturación.	Se elabora el consolidado de las facturas ya auditadas.
10. Realizar y enviar cuantas de cobro a las Empresas.	Facturación	Facturación.	Se envía cuenta de cobro a las Instituciones a las cuales se le presto servicio.

ÁREA FACTURACIÓN





Área: DEPARTAMENTO MEDICO PEDIATRICO Proceso: ATENCION AMBULATORIA Subproceso: CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS			
Secuencia	Dependencia	Respons.	Descripción
1. Dar información a los usuarios	Consulta Externa	Auxiliar de Información	Brindar la información requerida por los pacientes y orientarlos según se trate de pacientes remitidos por EPS o particulares.
2. Recibir pago por servicio	Tesorería	Cajero	Recibir abonos requeridos para la prestación del servicio
3. Recibir hoja de remisión o solicitud del servicio	Admisiones	Auxiliar	Verificar documentación que respalda la remisión en caso de pacientes provenientes de EPS
4. Asignar citas	Consulta externa y otros departamentos asistenciales	Auxiliar de información y servicios asistenciales médicos y de enfermería	Citar al paciente para consulta o para procedimiento médico y de enfermería
5. Prestar el servicio	Consulta Externa y otros departamentos asistenciales	Médico de planta, residente y enfermera	Elaborar historia clínica. Brindar atención en consulta o realizar procedimiento correspondiente. Orientar y formular al paciente Indicar necesidad de nueva cita.
6. Diligenciar hoja de contrareferencias	Departamentos asistenciales	Médico de planta residente y enfermera	Llenar la información requerida en los formatos de la entidad que originalmente remitió el paciente.

Area: DEPARTAMENTO MEDICO PEDIATRICO  
Proceso: ATENCION AMBULATORIA  
Subproceso: CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS

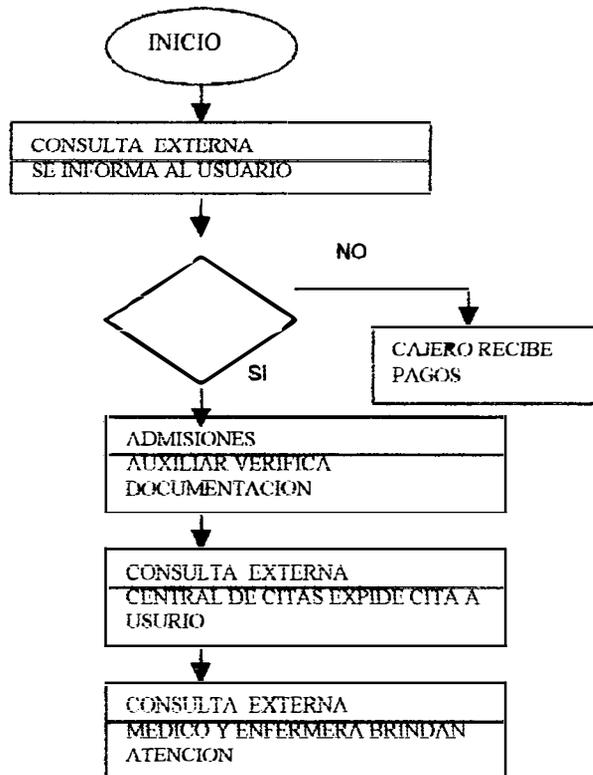
Orientar los pacientes de acuerdo a la empresa que los remite.

Son remitidos por EPS o compañías de medicina prepagada?

Revisar que la remisión esté correcta.

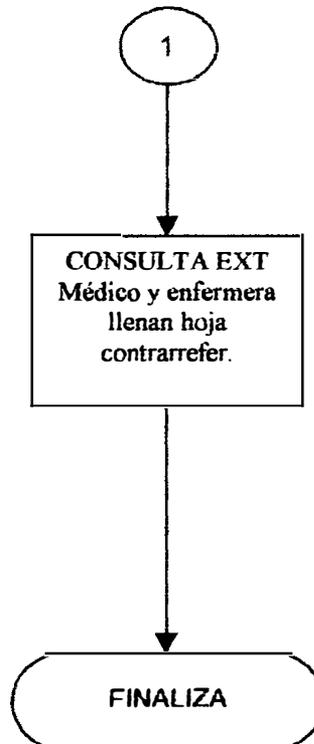
Consulta Externa y otros departamentos asistenciales dan cita para consulta o procedimiento médico.

Médicos de planta, residentes y enfermeras brindan atención en consulta externa o en otros departamentos.



Area: DEPARTAMENTO MEDICO PEDIATRICO  
Proceso: ATENCION AMBULATORIA  
Subproceso: CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS

Diligenciar formato de  
contrarreferencia a usuarios  
remitidos por otras entidades



Area: DEPARTAMENTO MEDICO PEDIATRICO  
 Proceso: ATENCION HOSPITALARIA  
 Subproceso: HOSPITALIZACION

Secuencia	Dependencia	Respons.	Descripción
1. Recibir remisión de paciente procedente de consulta externa, otras urgencias o de otra institución	Departamentos Admisiones	Especialista de planta Auxiliares	Evaluar información relacionada con las condiciones del paciente. Verificar aspectos administrativos relacionados con contratación, derecho a servicios y abonos.
2. Recibir abonos a la cuenta	Tesorería	Cajero	Recibir dinero
3. Asignar cama	Admisiones	Auxiliares	Verificar cama con la Enfermera Jefe del Servicio correspondiente y asignarla
4. Trasladar el paciente	Departamento de enfermería	Enfermera Jefe de consulta externa o auxiliar de enfermería delegada	Trasladar al paciente en el vehículo requerido ( camilla, sillas de ruedas) al servicio asignado en compañía de sus parientes.
5. Recibir el paciente	Departamento de enfermería	Enfermera Jefe	Recibir el paciente e iniciar el manejo ordenado o avisar al médico de planta para que brinde atención inicial en piso
6. Realizar historia clínica	Departamento Médico	Pediatría de Planta y Residente de pediatría	Elaborar la historia de ingreso.
7. Establecer plan de diagnóstico y manejo	Departamento Médico	Pediatría de Planta y Residente de Pediatría	Establecer plan de exámenes paraclínicos y tratamiento a partir del diagnóstico de impresión.
8. Efectuar evolución diaria	Departamento Médico	Pediatría de Planta y Residente de Pediatría	Revisar condiciones diarias del paciente y reformular según evolución.

<p>Area: DEPARTAMENTO MEDICO PEDIATRICO  Proceso: ATENCION HOSPITALARIA  Subproceso: HOSPITALIZACION</p>			
Secuencia	Dependencia	Respons.	Descripción
9. Efectuar revista diaria del servicio	Departamento Médico	Pediatría de Planta asignado a servicio de hospitalización	<del>Revisar las</del> Historias Clínicas y notas de evolución correspondiente a pacientes vistos por personal en entrenamiento.
10. Dar información al paciente y su familia		Pediatría de Planta y residente de Pediatría	Brindar información necesaria acerca de la enfermedad del niño, su evolución y pronóstico. Solicitar autorización para los exámenes cuando sea necesario.
11. Solicitar interconsultas		Pediatría de Planta	Solicitar conceptos clínicos, de manejo o procedimientos necesarios en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes.
12. Dar respuestas a interconsultas		Especialista de Planta	Dar respuesta a solicitud de conceptos clínicos, de manejo o procedimientos.
13. Elaborar resumen de salida		Pediatría de Planta y Residente de Pediatría	Realizar el resumen correspondiente a la hospitalización de cada paciente.
14. Elaborar hoja de contrarreferencia		Pediatría de Planta y Residente de Pediatría	Llenar información requerida en los formatos de la entidad que originalmente remitió al paciente.
15. Establecer plan de diagnóstico y manejo		Pediatría de Planta y Residente de Pediatría	Informar a los parientes del niño acerca de sus condiciones al salir, la prescripción y los controles a los que debe acudir.

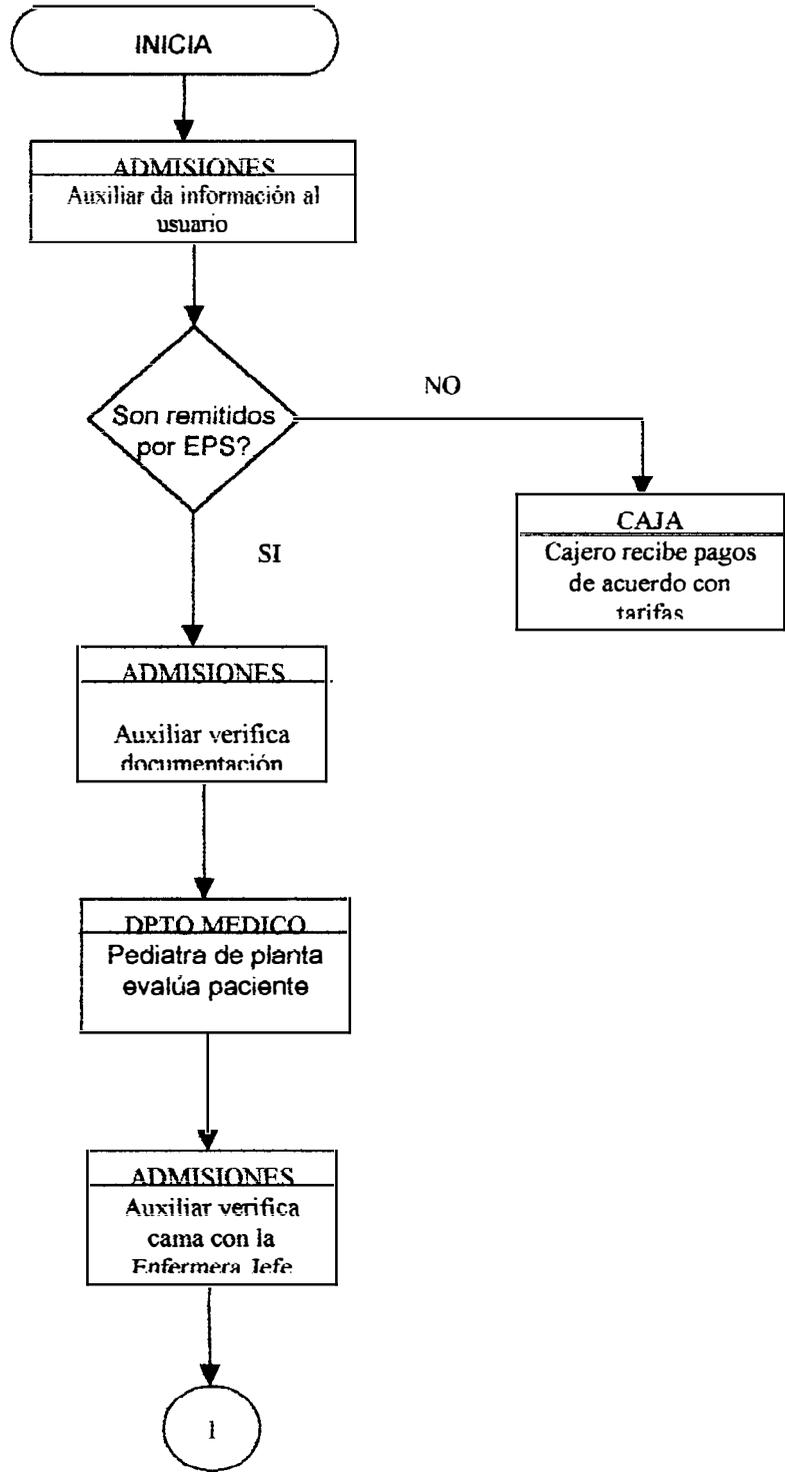
Area: DEPARTAMENTO MEDICO PEDIATRICO  
Proceso: ATENCION HOSPITALARIA  
Subproceso: HOSPITALIZACION

Orientar al usuario en cuanto al trámite a seguir

Son remitidos por EPS o compañías de medicina prepagada?

Verificar que las remisiones esté correcta.

Asignar cama de acuerdo con la información de la Enfermera Jefe del Servicio



Area: DEPARTAMENTO MEDICO PEDIATRICO  
Proceso: ATENCION HOSPITALARIA  
Subproceso: HOSPITALIZACION

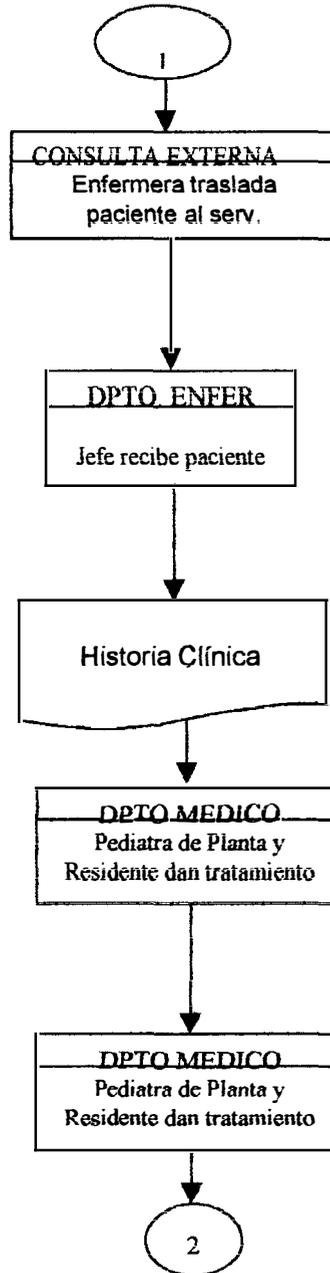
Jefe o Auxiliar de consulta externa traslada paciente (camilla, silla de ruedas) en compañía de sus parientes

Recibir paciente e iniciar manejo ordenado o avisar al médico de planta para que brinde atención

Pediatra de planta – residente de pediatría elaboran historia de ingreso

Establecer plan de exámenes y tratamiento a partir del diagnóstico de impresión

Revisar condiciones diarias al paciente y reformular según evolución



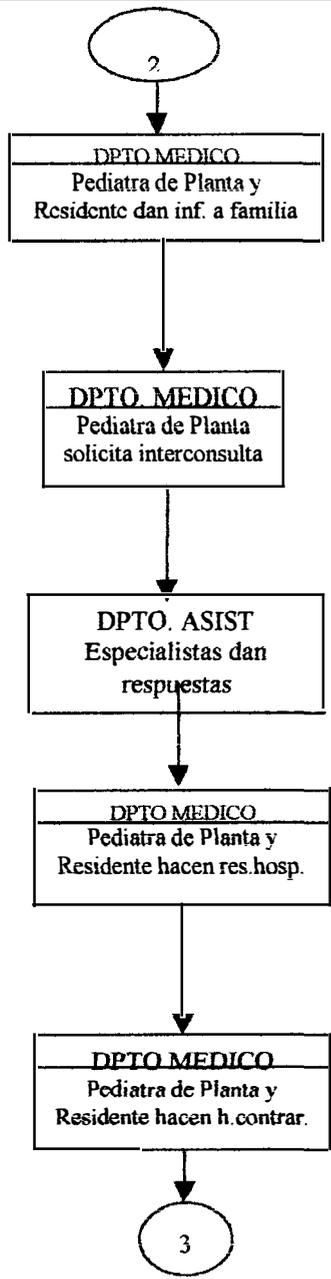
Area: DEPARTAMENTO MEDICO PEDIATRICO  
Proceso: ATENCION HOSPITALARIA  
Subproceso: HOSPITALIZACION

Pediatra de Planta y Residente en Pediatría dan información a la familia

Dar respuesta por conceptos clínicos, de manejo o de procedimientos.

Pediatra de Planta y Residente en Pediatría hacen resumen de Hospitalización

Elaborar hoja de contrarreferencia en los formatos que envían las entidades



Area: DEPARTAMENTO MEDICO PEDIATRICO  
Proceso: ATENCION HOSPITALARIA  
Subproceso: HOSPITALIZACION

Informar a los parientes del  
paciente sobre sus  
condiciones al salir,  
prescripciones y controles a  
seguir

Area: FACTURACION Y COBRANZA  
 Proceso: FACTURACION DE CUENTAS

Secuencia	Dependencia	Respons.	Descripción
1. Recibir remisiones o cartas de servicios	Facturación	Patinator o auxiliar de facturación	Recibir diariamente de admisiones remisiones y cartas de servicios de pacientes para hospitalización que ingresaron en el día o la noche inmediatamente anterior. Incluir los documentos recibidos en la carpeta correspondiente a la cama asignada.
2. Recoger notas de cargo y hojas quirúrgicas	Facturación	Patinator o auxiliar de facturación	Realizar como mínimo cuatro veces en el día recorrido por los diferentes servicios para obtener notas de cargo y hojas quirúrgicas que se hayan generado a pacientes hospitalizados y entregar al digitador del área.
3. Digitar y grabar soportes	Facturación	Digitador	Digitar y grabar en el sistema las notas de cargo y hojas quirúrgicas causadas en los diferentes servicios, a pacientes hospitalizados.
4. Archivar soportes	Facturación	Patinator o auxiliar de facturación	Archivar en la carpeta de cada paciente hospitalizado las notas de cargo y hojas quirúrgicas causados por los servicios.
5. Recibir historias clínicas	Facturación	Auxiliar de facturación	Recibir de los diferentes servicios historias clínicas para tramitar factura y paz y salvo, verificar requisitos tales como: - Hoja registro de admisiones. - Resumen clínico debidamente firmado y con el sello del profesional.
6. Incluir soportes a historias clínicas	Facturación	Patinator o auxiliar de facturación	Tomar los soportes generados en los diversos servicios y que están archivados en el área e incluirlos en la historia clínica verificando que corresponda al paciente y entregar a los liquidadores de cuentas.
7. Liquidar cuentas por paciente	Facturación	Liquidador de cuentas	Liquidador de cuentas Confrontar que los soportes de la cuenta a liquidar correspondan al paciente.  Verificar en pantalla que todos los soportes de la historia clínica estén grabados.  Liquidar con base a la información de la historia clínica lo correspondiente a estancia, cuidado diario, hoja de gastos quirúrgicos, honorarios médicos y anestesiólogos de ser el caso.  Elaborar facturas en original y tres copias, original y una copia para la EPS, una copia para consecutivo de área y otra copia para el folder de cada EPS, esta copia debe tener la firma de recibido de la EPS respectiva.  A los pacientes particulares se les entrega original de la factura con todos sus soportes para que cancelen en caja, con el recibo de caja se les da paz y salvo de salida.  Elaborar paz y salvo, este consta de dos partes, la parte superior se archiva en la historia clínica y la parte inferior para el usuario quien lo presenta en portería para la salida, auxiliar de ventanilla entrega paz y salvo y hace firmar al usuario la parte superior como evidencia de recibo del servicio.

Area: FACTURACION Y COBRANZA  
 Proceso: FACTURACION DE CUENTAS

Secuencia	Dependencia	Respons.	Descripción
8. Separa historias clínicas de facturas y soportes	Facturación	Liquidador de cuentas	Efectuar relación de historia clínicas y remitir al archivo
9. Revisión de cuentas Instituto de Seguros Sociales y Secretaría Distrital de Salud	Facturación	Revisor de cuentas	Revisar y analizar las cuentas generadas por el liquidador. Dar su visto bueno, si existen inconsistencias devolver al liquidador para su corrección.  Archivar cuentas del Instituto de Seguros Sociales y de la Secretaría Distrital de Salud hasta el final del mes para presentar cuentas globales en esta fecha.
10. Integrar las cuentas mensuales del Instituto de Seguros Sociales y la Secretaría Distrital de Salud	Facturación	Jefe Auxiliares Revisores	Organizar, legajar y foliar todas las cuentas generadas en el mes y verificarlas contra el listado que produce el sistema.  Solicitar estadística mensual al área de estadística para adjuntarla a la cuenta.  Jefe firma facturas por paciente.
11. Archivar soportes	Facturación	Liquidador	Ordenar al sistema la impresión de la factura del periodo correspondiente en siete partes  Original y cinco copias para el instituto de Seguros Sociales o Secretaría Distrital de Salud.  Una copia para consecutivo del área  Una copia para la carpeta del Instituto de Seguros Sociales o la Secretaría Distrital de Salud.
12. Presentar factura al instituto de Seguros Sociales o Secretaría Distrital de Salud	Facturación	Jefe	Presentar factura obteniendo firma en la copia como evidencia de recibo.

Area: FACTURACION Y COBRANZA  
Proceso: FACTURACION DE CUENTAS

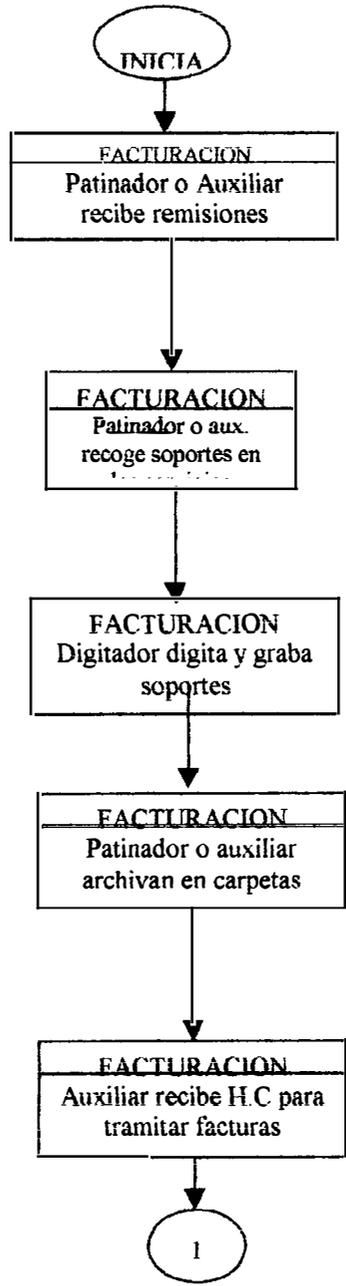
Recibir diariamente de admisiones remisiones o cartas de servicio.

Recoger en los diferentes servicios las notas de cargo y las hojas quirúrgicas generadas a pacientes hospitalizados

Ingresar al sistema notas de cargo y hojas quirúrgicas generadas en los diferentes servicios

Archivar por cama de cada uno de los soportes digitados anteriormente.

Recibir historias clínicas de los diferentes servicios cuando a los pacientes se les ordene la salida para tramitar facturas y paz y salvo



Area: FACTURACION Y COBRANZA  
Proceso: FACTURACION DE CUENTAS

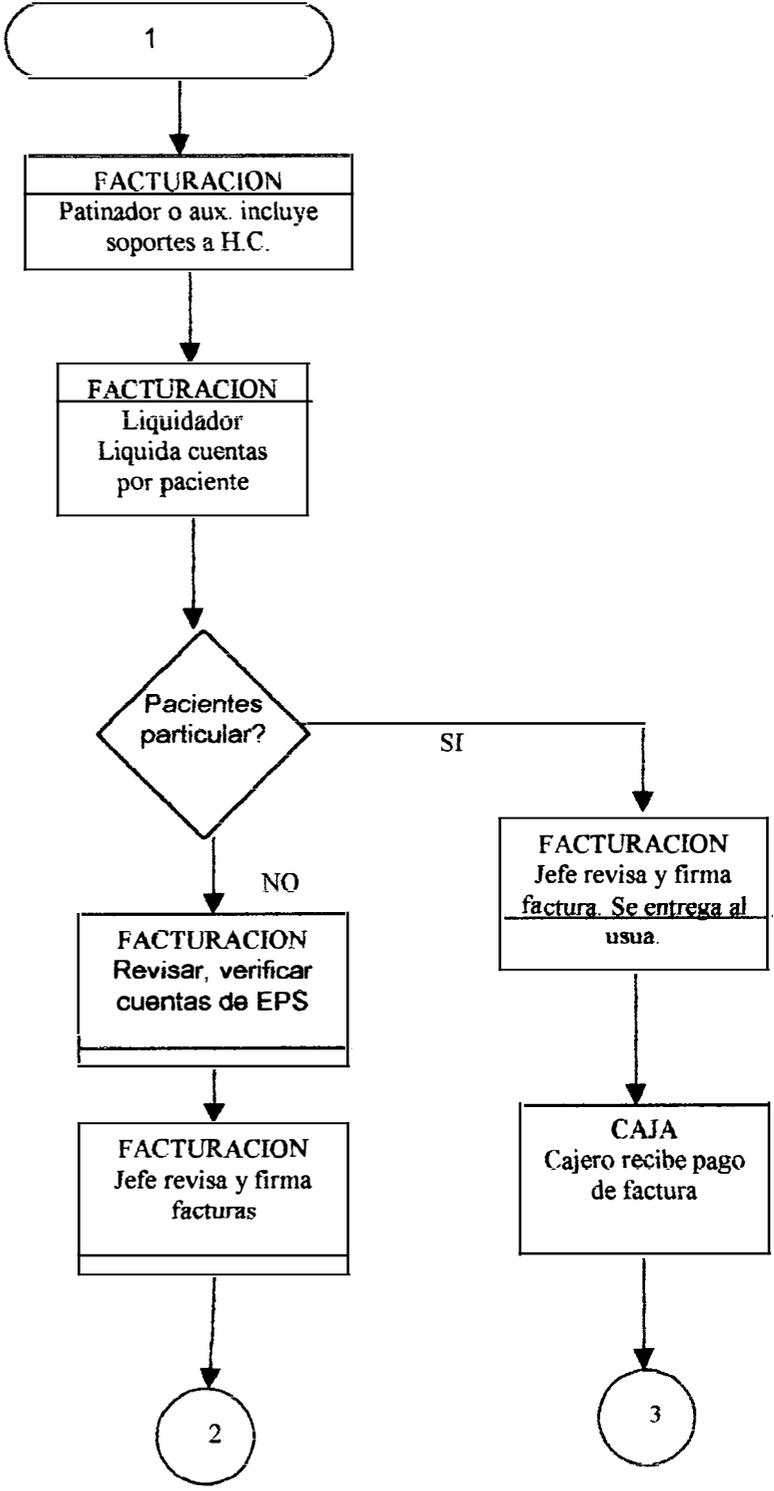
Incluir en cada historia recibida los soportes archivados en el área y entregar al liquidador

Liquidar cuentas de acuerdo con los soportes existentes en las historias clínicas

Elaborar facturas y paz y salvo.

Revisar facturas correspondientes a EPS

Recibir historias clínicas de los diferentes servicios cuando a los pacientes se les ordene la salida para tramitar facturas y paz y salvo.



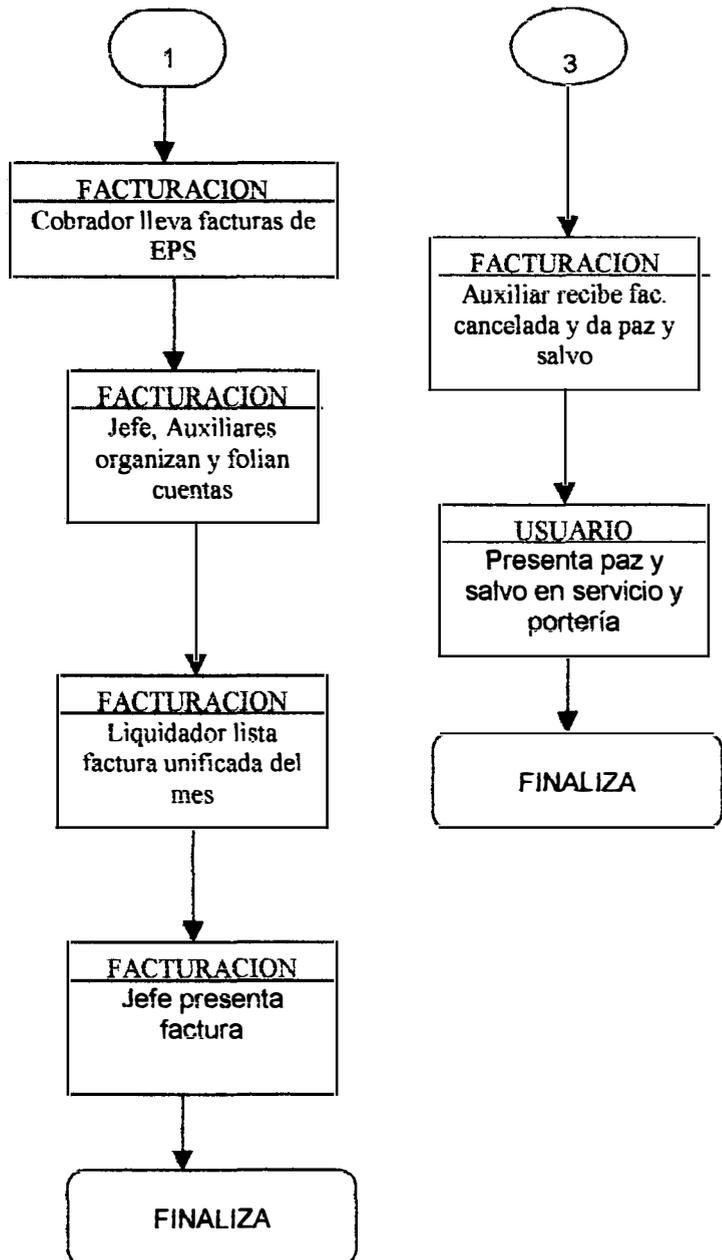
Area: FACTURACION Y COBRANZA  
Proceso: FACTURACION DE CUENTAS

Llevar facturas de cobro a las EPS diferentes del Instituto de Seguros Sociales y de la Secretaría Distrital de Salud.

Organizar y foliar cuentas generadas en el mes y verificarlas contra el listado producido por sistema.

Listar facturas unificadas del mes

Presentar factura al Instituto de Seguros Sociales y la Secretaría Distrital de Salud para su cobro



## **ANÁLISIS FINANCIERO DEL BALANCE GENERAL A 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2000**

Según los porcentajes obtenidos en el análisis realizando al balance general del Hospital La Manga ESE se observó que el activo disponible representa el 0,98 %, el activo total; el valor neto de los deudores deducidos de las provisiones representa el 69.89 % y el patrimonio un 49.2 %, que sumando al pasivo resulta el 100 %, igual al activo total.

Disponible de un capital de trabajo de \$ 870.631.285,21 para cancelar su pasivo a corto plazo. Por cada peso de deuda a corto plazo el Hospital dispone de \$ 1.64 como respaldo o solvencia y liquidez para cubrir oportunamente sus deudas. La institución dispone inmediatamente de \$ 1.60 por cada peso de deuda para cancelar.

En cuanto a la capacidad de pago a corto plazo indica que dispone de \$2 en activos por cada peso que adeuda; así que en determinado momento, al vender todos sus bienes dispondría de dinero suficiente para cubrir sus obligaciones, lo cual es una garantía para sus acreedores.

La capacidad de endeudamiento indica que por cada peso activo de la entidad, \$ 0,50 son de acreedores, siendo aceptable, ya que la institución tiene el 50 % de sus activos libres, es decir, que es una buena garantía para obtener créditos.

Por cada peso que se invierte, \$ 0.49 le pertenece a la institución. Entre más alta sea la proporción indica menor endeudamiento externo. Por cada peso de los propietarios en la protección al pasivo hay una inversión de un peso de los acreedores, y la parte de la entidad que se encuentra inmovilizada en propiedades, planta y equipos indica que por cada peso de inversión de los propietarios hay \$ ,59 inmovilizados en

propiedades planta y equipo, dando como resultado una disminución para su capital de trabajo.

La interpretación de los datos obtenidos mediante el análisis financiero, permiten a la dirección del Hospital medir el progreso comparando los resultados alcanzados con las operaciones planeadas y los controles aplicados, además informar sobre la capacidad de endeudamiento, su rentabilidad, su fortaleza o debilidad financiera, facilitando así el análisis de la situación económica de la entidad para la toma de decisiones.

## INFORME DE AUDITORIA

Examinado el balance General del Hospital la Manga ESE de fecha 31 de Diciembre del 2000, se practicó una Auditoría con las normas generalmente aceptadas y otros procedimientos de auditoria que se consideraron necesarias en las circunstancias.

Se encontraron inconsistencia en el análisis hecho al Balance General de la vigencia fiscal año 2000 que a continuación se relaciona:

- 1.- La cuenta de caja y banco no es un activo fijo sino un activo disponible, es decir efectivo, ya que se agrupan las cuentas representativas de liquidez inmediata para el desarrollo de la función administrativa del ente público.
- 2.- En cuanto a las cuentas por cobrar hay que especificar quien le adeuda a la entidad, por ejemplo: si son transferencias dejadas de recibir u otras.
- 3.- La entidad tiene un pasivo acumulado que de no solventarse a tiempo generaría sanciones moratorias a nivel tributario por el no pago oportuno de los impuestos, poniendo en riesgo la situación financiera, económica y social del Hospital.
- 4.- Las cuentas por cobrar deben registrarse por el monto total adeudado y revelarse por el valor que constituye la obligación de pago a la fecha del informe contable, ya que se encontró una irregularidad en el pasivo, en el rubro de cuentas por pagar. ¿Quiénes son los deudores que lo constituyen?
- 5.- Se debe tener en cuenta las obligaciones por pagar a los empleados como resultado de la relación laboral existente y las originadas como consecuencia del

derecho adquirido de conformidad con las disposiciones legales y los acuerdos laborales establecidos.



**PASIVO:**

5.043.177.00					
-----	X 100	=	.016	—	Retefuente por Pagar
3.132.990.109,64					
			0.23	→	Estampilla por Pagar
			1.96	→	Cuentas por Pagar
			0.02	→	Rete iva pro Pagar
			0.02	→	Industria y Comercio
			21.74	→	Acreedores Varios
			7.73	→	Gastos causado por pagar
			18.94	→	<u>Obligaciones Laborales</u>
			-----		
			50.3		

## PATRIMONIO

33.51	→	Capital Fiscal
- 3.17	→	Deficit del Ejercicio
4.27	→	Superavit del Ejercicio
4.56	→	Revalorización del P.
-----		
47.2		
-----		
100		

Según los porcentajes obtenidos en el Análisis vertical del Balance General del Hospital La Manga E.S.E, se observa que el Activo Disponible representa el 0.98 % del valor del Activo Total; el valor neto de los deudores deducidos de las Provisiones Representa el 69.89 %, el activo Fijo el 27.68 % y el Activo Fijo no Depreciable el 2.45 %; el Pasivo con un 50.8 % y el Patrimonio un 49.2 %. Que sumando al pasivo total resulta el 100 % igual al Activo Total.

## PROCEDIMIENTOS DE RAZONES SIMPLES.

- Las razones o indicadores relacionados con el Balance.

### 1.- Capital de Trabajo. Activo Corriente -- Pasivo Corriente

$$= 2.220.457.712.64 - 1.349.826.427.43 = 870.631.285.21$$

El Hospital la Manga como E.S.E. dispone de \$ 870.631.285.21 de capital de trabajo, con que dispone el Hospital La Manga S.A. para cancelar su pasivo a corto plazo.

### 2.- Razón Circulante o de Capital de Trabajo.

Razón Circulante : Activo Corriente  
-----  
Pasivo Corriente

$$\begin{array}{r} \text{Razón Circulante : } 2.220.457.712.64 \\ \hline \phantom{\text{Razón Circulante : }} 1.1349.826.427.43 \end{array} \longrightarrow 1.64 : 1$$

**3.- Prueba Acida** : Activo Líquidos 2.161.857.895.64  
----- = ----- = 1.60 = 1  
Pasivo Corriente 1.349.826.427.43

**4.- Solidez**

S = Activo Total 3.132.990.109.64  
----- = ----- = \$ 2  
Pasivo Total 1.592.039.834.43

**5.- Endeudamiento**

**E** Pasivo Total 1.592.039.834.43  
----- = ----- = 0.5  
Activo Total 3.132.990.109.64

## **INDICADORES FINANCIEROS.**

### **INDICADORES FINANCIEROS.**

Los indicadores financieros permiten analizar seis conceptos a saber : Liquidez, endeudamiento, actividad, Rentabilidad, crecimiento y eficiencia.

### **INDICADORES DE LIQUIDEZ.**

La liquidez nos permite medir la capacidad de pago a corto plazo que tiene toda institución en un momento determinado del tiempo.

### **LIQUIDEZ.**

RAZON CORRIENTE = ACTIVO CORRIENTE - ANTICIPOS

---

PASIVO CORRIENTE.

PRUEBA ACIDA = ACTIVO CORRIENTE - ANTICIPOS - CARTERA POR  
COBRAR

---

PASIVO CORRIENTE

**CAPITAL DE TRABAJO = CP**

---

CP = ACTIVO CORRIENTE - PASIVO CORRIENTE

## INDICADORES DE ENDEUDAMIENTO.

Los indicadores de endeudamiento miden la participación de terceros en las instituciones y el impacto que los costos de financiación tiene sobre las utilidades del período.

### ENDEUDAMIENTO.

RAZÓN DE ENDEUDAMIENTO = RE

---

RE =  $\frac{\text{TOTAL PASIVOS CON TERCEROS}}{\text{TOTAL ACTIVO}}$

TOTAL ACTIVO

CONCENTRACIÓN ENDEUDAMIENTO CORTO PLAZO = CECP

---

CECP =  $\frac{\text{PASIVO CORRIENTE}}{\text{PASIVO TOTAL CON TERCEROS}}$

**ROTACIÓN DE INTERESES = RI**

$$RI = \frac{\text{UTILIDAD OPERACIONAL}}{\text{GASTOS FINANCIEROS}}$$

**APALANCAMIENTO TOTAL = AT**

$$AT = \frac{\text{PASIVO TOTAL CON TERCEROS}}{\text{PATRIMONIO}}$$

**APALANCAMIENTO A CORTO PLAZO = APCP**

$$APCP = \frac{\text{TOTAL PASIVO CORRIENTE}}{\text{PATRIMONIO}}$$

**APALANCAMIENTO FINANCIERO = AF**

$$AF = \frac{\text{PASIVO TOTALES EN ENTIDADES FINANCIERAS}}{\text{PATRIMONIO}}$$

## **INDICADORES DE ACTIVIDAD**

Los indicadores de actividad miden la velocidad con que las instituciones alcanzan su ciclo de efectivo o el tiempo que se demore en recuperar su inversión.

### **ACTIVIDAD**

#### **1.- ROTACIÓN DE CARTERA = RC**

$$RC = \frac{\text{INGRESOS A CREDITO EN EL PERIODO}}{\text{CUENTAS POR COBRAR PROMEDIO}}$$

#### **2.- PERIODO PROMEDIO COBRO = PPC**

$$PPC = \frac{\text{CUENTAS POR COBRAR PROMEDIO X 365 DÍAS}}{\text{INGRESOS A CREDITO}}$$

#### **3.- ROTACION ACTIVO FIJOS = RAF**

$$RAF = \frac{\text{INGRESOS}}{\text{ACTIVOS FIJOS BRUTO}}$$

#### **4.- ROTACION ACTIVO OPERACIONAL = RAO**

$$\text{RAO} = \frac{\text{INGRESOS}}{\text{ACTIVOS OPERACIONALES BRUTOS}}$$

#### **5.- ROTACION ACTIVOS TOTALES = RAT**

$$\text{RAT} = \frac{\text{INGRESOS}}{\text{ACTIVOS TOTAL BRUTO}}$$

### **INDICADORES DE RENTABILIDAD**

Los indicadores de rendimiento o rentabilidad permite medir los resultados del institución, los cuales dependen de la parte operacional o no operacional del Instituto. Es costumbre comparar el resultado de estos indicadores, con la inflación, lo cual lleva normalmente a equívocos.

#### **RENDIMIENTO.**

##### **1.- RENTABILIDAD Bruta Ingresos = RBI**

**RBI = Utilidad Bruta**

$$\frac{\text{Utilidad Bruta}}{\text{Ingreso Netos}} \times 100$$

**2.- Rentabilidad Operacional Ingresos = ROI**

**ROI = Utilidad operacional**

$$\frac{\text{Utilidad operacional}}{\text{Ingresos Netos.}} \times 100$$

**3.- Rentabilidad Neta Ingresos = RNI.**

**RNI = Unidad neta**

$$\frac{\text{Unidad neta}}{\text{Ingreso Netos.}} \times 100$$

**4.- Rendimiento neto patrimonio = RNP.**

**RNP= Unidad neta**

$$\frac{\text{Unidad neta}}{\text{Patrimonio.}} \times 100$$

**5.- Rendimiento Neto Activo Total = RNAT.**

**RNAT = Utilidad Neta.**

$$\frac{\text{Utilidad Neta.}}{\text{Activo total Bruto.}} \times 100$$

## INDICADORES DE CRECIMIENTO.

Estos indicadores miden el crecimiento financiero de una institución de un periodo a otro. Es importante medir estos indicadores después de inflación con el fin de establecer el crecimiento real.

### CRECIMIENTO.

**INGRESOS** = Ingresos 1 – Ingresos 0

---

Ingresos 0

**COSTO DE INGRESOS** = C. Ingresos 1 – C. Ingresos 0

---

C. Ingreso 0

**ACTIVO TOTAL** = A. Total 1 - A. Total 0

---

A. Total 0

**UTILIDAD NETA** = U. Neta 1 – U. Neta 0

---

U. Neta 0.

Los indicadores de crecimiento miden las variaciones que de un período a otro tienen las cuentas que representan el crecimiento de las instituciones. Se debe analizar estos indicadores deflactados para interpretar datos reales.

## **INDICADORES DE EFICIENCIA.**

Los indicadores de eficiencia son aquellos que miden la proporción de costos y gastos en que incurre una institución frente a sus ingresos de operación. Se mide entre otras cosas por una reducción de costos y gastos para la obtención de los mismos ingresos.

### **EFICIENCIA.**

**TOTAL** = Costos y gastos totales

---

Ingresos Totales.

**OPERACIONAL** = Costos y gastos operacionales.

---

Ingresos Operacionales.

**ADMINISTRATIVA** = Gastos Administrativos.

---

Ingresos Totales.



## ACTIVIDADES EDUCATIVAS.

	NUMERO	CALIFICACION 1-4	PONDERACION	CALIFICACION PONDERADA
EDUCACION BACHILLER		4	0.10	0.4
EDUCACION TECNICA		4	0.15	0.6
EDUCACION PREGRADO		4	0.25	1.0
EDUCACION POST-GRADO		4	0.30	1.2
CURSO DE ACTUALIZACION		4	0.20	0.8
				4.0

Al analizar esta plantilla podemos concluir que las actividades educativas es adecuada para la dependencia la calificación se da de la siguiente manera 4 cumple con todos los requisitos en educación para el indicador. 3 no cumple con el indicador en un 100% 2 cumple con un 50% del indicador 1 no cumple con el indicador. Se observo que el recurso humano en el hospital la Manga cumple con

Los indicadores de idoneidad del personal.

### ORGANIZACIÓN.

	NUMERO	CALIFICACION 1-4	PONDERACION	CALIFICACION PONDERADA
ESTAN DEFINIDOS LOS PROCESOS Y ESTANDARES EN LA INSTITUCION		2	1.25	2.5
ESTA DIBULGADO EL MANUAL DE FUNCIONES Y SUS CARGOS		4	1.25	5.0
CUMPLEN LOS FUNCIONARIOS CON SUS FUNCIONES		4	1.25	5.0
SE CUMPLEN Y ESTAN BIEN CLAROS LOS ESTANDARES DE CALIDAD, DESEMPEÑOS, CANTIDAD		2	1.25	2.5
LOS EMPLEADOS PARTICIPAN EN EL PROCESO DE MEJORAMIENTO CONTINUO		3	1.25	3.75
SE PRESENTAN INFORMES Y EVALUACION, GESTION QUE SE DESARROLLAN EN EL AREA		3	1.25	3.75
EXISTE PLAN DE MEJORAMIENTO CONTINUO Y SUS RESPONSABLES.		2	1.25	2.5
EXISTE FORMATOS PARA REGISTROS, ESTADISTICOS DE ACTIVIDADES PROCEDIMIENTO Y INTERVENCIONES		3	1.25	3.75
				<b>28.75</b>

Al analizar esta plantilla concluimos que los estándares de los procesos de la institución no están definidos, como tampoco se cumplen los estándares de calidad, y desempeño, no hay planes de mejoramiento continuo.

La calificación se da de la siguiente manera: 4 Organización Optima, 3 Organización Buena, 2 Organización Regular, 1 Organización Mala.

## ENTRENAMIENTO

	NUMERO	CALIFICACION	PONDERACION	CALIFICACION PONDERADA
EXISTEN PROCESOS ADMINISTRATIVOS.		<b>2</b>	<b>0.10</b>	<b>0.2</b>
SE LE REALIZA INDUCCION AL PERSONAL QUE VA A INGRESAR.		<b>2</b>	<b>0.10</b>	<b>0.2</b>
EXISTE UN PROCESO PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO LABORAL.		<b>3</b>	<b>0.10</b>	<b>0.3</b>
EXISTEN LOS PROCESOS TECNICO CIENTIFICOS.		<b>2</b>	<b>0.10</b>	<b>0.2</b>
EXISTEN LOS PROCESOS DE ENFERMERIA.		<b>2</b>	<b>0.10</b>	<b>0.2</b>
EXISTE UN MECANISMO DE EVALUACION DE LAS GUIAS DE MANEJO.		<b>2</b>	<b>0.10</b>	<b>0.2</b>
ESTAN BIEN ENTRENADOS CADA UNO DE LOS FUNCIONARIOS.		<b>3</b>	<b>0.10</b>	<b>0.3</b>
EXISTE UN PROGRAMA DE EDUCACION COTINUADA.		<b>3</b>	<b>0.10</b>	<b>0.3</b>
EXISTE UN METODO PARA EVALUAR LOS PROCESOS.		<b>2</b>	<b>0.10</b>	<b>0.2</b>
EXISTE UNA PERSONA RESPONSABLE PARA EVALUAR LOS PROGRAMAS DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO.		<b>2</b>	<b>0.10</b>	<b>0.2</b>
				<b>2.3</b>

Al analizar esta plantilla concluimos que los estándares en entrenamiento del Hospital la Manga con respecto a la inducción del personal no se realiza, no se llevan los procesos técnicos científicos, enfermería y no se evalúan las guías de manejo y los procesos.

La calificación se da de la siguiente forma: 4 Entrenamiento optimo, 3 Entrenamiento Bueno 2  
entrenamiento regular 1 Entrenamiento Malo

## PERSONALIDAD.

	NUMERO	CALIFICACION	PONDERACION	CALIFICACION PONDERADA
SE APLICAN PRUEBAS SICOTECNICAS EN EL PROCESO DE SELECCIÓN DEL PERSONAL.		<b>2</b>	<b>0.20</b>	<b>0.4</b>
SE TIENEN EN CUENTA LOS VALORES ETICOS,MORALES Y CORPORATIVOS DE LOS EMPLEADOS.		<b>3</b>	<b>0.20</b>	<b>0.6</b>
EXISTE MOTIVACION AL PERSONAL INTRINSECA O EXTRINSECA.		<b>2</b>	<b>0.20</b>	<b>0.4</b>
ES EVALUADA LA ACTITUD DE LOS TRABAJADORES FRENTE A LOS CAMBIOS INSTITUCIONALES.		<b>2</b>	<b>0.20</b>	<b>0.4</b>
SE REALIZAN ENCUESTAS DE SATISFACION DEL CLIENTE INTERNO.		<b>2</b>	<b>0.20</b>	<b>0.4</b>
				<b>2.2</b>

Al analizar esta plantilla concluimos que los estándares de personalidad del Hospital la Manga con respecto a las pruebas sicotecnicas en el proceso de selección no se dan, como tampoco existe la motivación al personal, no se evalúan las actividades de los trabajadores frente a los cambios .

No se realizan las encuestas de satisfacción al cliente interno. La calificación se da de la siguiente forma: 4 personalidad optima,3 personalidad buena, 2 personalidad regular, 1 personalidad mala.

## CLIMA ORGANIZACIONAL

	NUMERO	CALIFICACION	PONDERACION	CALIFICACION PONDERADA
CONOCEN LOS JEFES LOS NOMBRES DE LAS PERSONAS A SU CARGO.		4	1.66	6.64
EL JEFE DEL AREA TIENE CONOCIMIENTO DE LAS NECESIDADES BASICAS DE SUS COLABORADORES.		2	1.66	3.32
EXISTE UN PROGRAMA DE BIENESTAR SOCIAL QUE CUMPLA CON LAS EXPECTATIVAS DE LOS TRABAJADORES.		2	1.66	3.32
EXISTE EN LA INSTITUCION UN COMITÉ DISCIPLINARIO.		2	1.66	3.32
TIENEN LOS FUNCIONARIOS CONOCIMIENTO DEL REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO		2	1.66	3.32
EXISTE UN INSENTIVO O PREMIO A LOS TRABAJADORES POR ANTIGÜEDAD O BUEN DESEMPEÑO.		2	1.66	3.32
				23.24

Al analizar esta plantilla concluimos que los estándares que el clima organizacional del hospital la Manga no se cumplen con respecto a : no se tienen en cuenta las necesidades básicas de los colaboradores.

No existe un programa de bienestar social.

No existe en la institución un comité disciplinario.

No se conoce el reglamento interno de trabajo y no están publicado

La clasificación se da de la siguiente manera: 4 el clima organizacional es optimo,3 el clima organizacional es bueno,2 el clima organizacional es regular ,1 el clima organizacional malo.

## LIDERAZGO

	NUMERO	CALIFICACION	PONDERACION	CALIFICACION PONDERADA
INNOVA Y DESARROLLA O CONTRIBUYE CON NUEVAS IDEAS.		2	0.10	0.2
COPERA Y PROPICIA LOS CAMBIOS POSITIVOS		2	0.10	0.2
TIENE LA HABILIDAD DE HACER PARTICIPAR Y ENTUSIASMAR A TODOS LOS MIEMBROS DEL GRUPO A QUIEN LES HABLA.		2	0.10	0.2
RESCATA O ACLARA LAS IDEAS DE OTROS PARTICIPANTES.		2	0.10	0.2
PUEDE DAR LA DESCRIPCION DE LAS METAS DE SU DEPENDENCIA EN FORMA CLARA Y PRESISA		2	0.10	0.2
PUEDE DAR INSTRUCCIONES CLARAS Y ESPECIFICAS		2	0.10	0.2
ES FLEXIBLE Y PUEDE ADAPTARSE FACILMENTE A LAS SITUACIONES Y PERSONA		3	0.10	0.3
TIENE HABILIDAD PARA SOLUCIONAR PROBLEMAS		3	0.10	0.3
LE INTERESA MUCHO EL DESARROLLO DE CADA MIEMBRO DEL GRUPO.		2	0.10	0.2
SIEMPRE PUEDE HABLAR EN NOMBRE DEL GRUPO		3	0.10	0.3
				2.3

Al analizar esta planilla concluimos que los estándares en el liderazgo de la institución no se cumplen , la calificación es de la siguiente manera :

4 Liderazgo optimo ,3 liderazgo bueno , 2 liderazgo regular, 1 liderazgo malo.

## INICIATIVA INGENIO DEL RECURSO HUMANO

	NUMERO	CALIFICACION	PONDERACION	CALIFICACION PONDERADA
SE TOMAN DECISIONES OPORTUNAS EN EL MOMENTO REQUERIDO.		<b>3</b>	<b>0.25</b>	<b>0.75</b>
SE HACE USO DE ALTERNATIVAS ,CREATIVIDAD,INOVACION A LA FALTA DE INSUMOS.		<b>3</b>	<b>0.25</b>	<b>0.75</b>
EVITA O RESUELVE LOS PROBLEMAS PARA SATISFACER AL CLIENTE.		<b>3</b>	<b>0.25</b>	<b>0.75</b>
SE CUMPLE CON LOS ESTANDARES DE OPORTUNIDAD PROPUESTOS PARA LAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL SERVICIO.		<b>3</b>	<b>0.25</b>	<b>0.75</b>
				<b>3.00</b>

Al analizar esta plantilla concluimos que las estándares en la iniciativa, ingenio del recurso humano es buena.

La calificación es la siguiente forma.

- 4 Iniciativa Ingenio Optimo.
- 3 Iniciativa Ingenio Bueno.
- 2 Iniciativa Ingenio regular.
- 1 Iniciativa Ingenio malo.

## MANEJO DEL RECURSO HUMANO

	NUMERO	CALIFICACION	PONDERACION	CALIFICACION PONDERADA
EL RECURSO HUMANO CUMPLE CON LOS ESTRATEGIAS PARA MINIMIZAR LOS COSTOS		<b>3</b>	<b>0.25</b>	<b>0.75</b>
EXISTE INTERES POR EL CUIDADO DE LAS INSTALACIONES Y EQUIPOS .		<b>3</b>	<b>0.25</b>	<b>0.75</b>
EL RECURSO HUMANO PLANTEA ESTRATEGIAS PARA LA CONTENCION DE COSTOS.		<b>3</b>	<b>0.25</b>	<b>0.75</b>
SE TIENE EN CUENTA AL TRABAJADOR CON SUS IDEAS Y SE DISCUTEN PARA MEJORAR		<b>3</b>	<b>0.25</b>	<b>0.75</b>
				<b>3.00</b>

Al analizar esta plantilla concluimos que los estándares en el manejo del recurso humano es bueno .

La calificación es de la siguiente forma :

4 Manejo del recurso humano optimo, 3 manejo del recurso bueno, 2 manejo del recurso humano regular, 1 manejo del recurso humano malo.

## INDICADORES DEL PROCESO DE CAPACITACION.

**CUMPLIMIENTO :**  $\frac{\text{No DE CURSOS REALIZADOS}}{\text{No DE CURSOS PROPUESTOS}}$

**CUBRIMIENTO :**  $\frac{\text{No TOTAL DE PERSONAS ENTRENADAS}}{\text{TOTAL PLANTA DE PERSONAL}}$

**INTENSIDAD:**  $\frac{\text{HORAS DE CAPACITACION TOTALES}}{\text{TOTAL PLANTA DE PERSONAL}}$

**EJECUCION PRESUPUESTAL :**  $\frac{\text{TOTAL DINERO INVERTIDO EN CAPACITACION}}{\text{TOTAL PERSONAL ENTRENADO}}$

**EFICACIA DE LA FORMACION :**  $\frac{\text{No DE PERSONAS CALIFICADAS}}{\text{No DE PERSONAS FORMADAS}}$

## **INDICADORES DE RESULTADOS.**

- **DISMINUIR EN UN 10% ANUAL EL COSTO DE REPROCESOS**
- **REDUCIR EN UN 15% EL TIEMPO DE MANTENIMIENTO DE MAQUINARIA**
- **DISMINUIR EN UN 5% EL DESPERDICIO DE MATERIA PRIMA**
- **LOGRAR POR ENCIMA DEL 85% EL GRADO DE SATISFACCION DEL CLIENTE EN CUANTO AL PRODUCTO/ SERVICIO OFRECIDO.**

## **BIBLIOGRAFIA**

- 1. Garantía de Calidad en Salud, Malagon Londoño, Galán Morera, Pontón Laverde. Editorial Médica Panamericana**
- 2. Auditoría en Salud para una Gestión eficiente, Malagón Londoño, Galán Morera, Pontón Laverde. Editorial Médica Panamericana**
- 3. Gerencia en procesos. Braulio Mejia G, MD MSO. W. Taller editorial Ltda.**
- 4. Auditoría Médica. Braulio Mejía G. MD. W. Taller editorial Ltda.**
- 5. Proyecto de normas técnicas colombiana Iso 9009/2000**
- 6. Superintendencia Nacional de Salud Instructivo para la Verificación de los requisitos esenciales en los prestadores de servicio de Salud Resolución 4252 de Nov/97**
- 7. Lista de verificación de áreas claves de mejoramiento en la E.S.E. Programa de mejoramiento de los servicios de salud proyecto desarrollo institucional**
- 8. Morbilidad, Plan de acción documento hospital la Manga.**
- 9. Estudio técnico Hospital la Manga realizado por la oficina de Garantía de Calidad Distrital B/quilla/98**