

**DISEÑO Y DOCUMENTACION DE PROCESOS PARA EL
SISTEMA INTEGRADO DE GESTION Y CONTROL BASADOS
EN LA NORMA NTCGP-1000 Y MECI-2014 DE LA E.S.E
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, PAMPLONA N/S.**

Autor

ALVARO JOSE ANAYA HERRERA

**PROGRAMA DE INGENIERIA INDUSTRIAL
DEPARTAMENTO DE INGENIERIA MECANICA,
MECATRONICA E INDUSTRIAL
FACULTAD DE INGENIERIAS Y ARQUITECTURAS**



UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
PAMPLONA, Diciembre 7 de 2015

**DISEÑO Y DOCUMENTACION DE PROCESOS PARA EL
SISTEMA INTEGRADO DE GESTION Y CONTROL BASADOS
EN LA NORMA NTCGP-1000 Y MECI-2014 DE LA E.S.E
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, PAMPLONA N/S.**

(Autor) ALVARO JOSE ANAYA HERRERA

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de
INGENIERO INDUSTRIAL**

Director: CARLOS HUMBERTO SOLANO ESPINOSA
Ingeniero Industrial
Carlosolano79@hotmail.com

**PROGRAMA DE INGENIERIA INDUSTRIAL
DEPARTAMENTO DE INGENIERIA MECANICA,
MECATRONICA E INDUSTRIAL
FACULTAD DE INGENIERIAS Y ARQUITECTURAS
UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
Pamplona, Diciembre 7 de 2015**

Dedicatoria

Dedico la culminación de éste trabajo de grado primeramente al Espíritu Santo, de quien recibí la inspiración e iluminación necesarias para continuar, aun en los momentos difíciles. A mis padres Alvaro Anaya y Rosa Herrera quienes sin dudarlo un solo segundo, pusieron su confianza en mí. A mis hermanos, abuelos, tíos, primos y demás familiares cuyo apoyo moral ha mantenido viva en mi alma la llama del progreso. De manera muy especial a mi novia con quien superé momentos amargos a lo largo de la carrera y con quien compartí también muchas alegrías. Lo dedico a mis compañeros de clase, guerreros imparables que sin duda alguna verán el fruto de su esfuerzo materializarse porque se lo merecen. A mis amigos de infancia, de la secundaria y otros círculos sociales. A todos los profesores que he tenido desde que empecé éste maravilloso camino del saber, que con su pedagogía, paciencia y esfuerzo hicieron un aporte muy valioso en la persona que me enorgullezco de ser hoy. Finalmente dedico éste trabajo a quienes creyeron imposible que terminara mis estudios universitarios, a aquellos que pensaron que me rendiría a mitad de camino o considerar que el dinero sería mi mayor obstáculo.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios todo poderoso que me ha dado la salud física y mental suficiente para avanzar con cada paso que doy en la vida.

Muchas gracias padre y madre, sin ustedes no podría formar parte de ésta prestigiosa institución, ni volver real el gran sueño de ser el primer Ingeniero y uno de los pocos profesionales de la familia, soy consciente de lo mucho que significa eso para ustedes padres, que han sacrificado muchas de sus metas por ver a mis hermanos y a mí cumplir las nuestras.

A mis abuelos que son grandes ejemplos de disciplina y lucha incansable por los sueños en la vida. Además de fuente de sabiduría y filosofía de vida.

A mi gran amiga docente y desde la infancia, Nohora Pérez Valdés, ya que su apoyo fue determinante en el inicio de éste gran proyecto de vida.

Al banco de profesionales íntegros de la Universidad de Pamplona cuyo conocimiento entregado a lo largo de mi formación profesional ha sido vital para fortalecer el pensamiento creativo, el sentido crítico y las habilidades útiles para desempeñar mi labor de ahora en adelante.

A mis compañeros y amigos por formar parte de una de las mejores experiencias de mi vida, con ustedes aprendí a valorar el trabajo en equipo, sus ideales y sueños son el ingrediente que necesita nuestra sociedad para seguir avanzando.

A las personas que durante mi periodo de estudios se encargaron de brindarme el hospedaje y la alimentación.

A los colaboradores incansables de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios por el espacio que me ofrecieron para llevar a la práctica los conocimientos adquiridos y tener en cuenta el aporte que humildemente pudiera darles en pro del cumplimiento de las metas institucionales, debo decir que es más grande aún todo lo que aprendí de cada uno de ustedes.

TABLA DE CONTENIDO

1. RESUMEN	9
1.1 Información general del proyecto.....	10
1.2 Palabras clave	10
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACION	11
3. OBJETIVOS	13
3.1 Objetivo general.....	13
3.2 Objetivos específicos	13
4. MARCO TEORICO.....	14
4.1 Acreditacion en salud.....	14
4.2 NTCGP-1000.....	14
4.3 MECI.....	15
5. ESTADO DEL ARTE	16
6. METODOLOGIA.....	20
6.1 Cronograma y Descripción de Fases.....	20
6.2 Descripción de Actividades: (lista de tareas)	21
6.2.1 FASE 1 DISEÑO PARTE DE LA ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE GESTIÓN: Mapa de procesos e integración de los requerimientos de acreditación.....	21
6.2.2 FASE 2 EXAMEN DE GESTIÓN DEL HOSPITAL A TRAVÉS DEL DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL	21
6.2.3 FASE 3 DOCUMENTACION DE LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS, MIDIENDO SU EFICIENCIA Y OPTIMIZANDO SU OPERACIÓN.....	22
6.2.4 FASE 4 PROPUESTA DE MEJORA BASADA EN EL ANÁLISIS DE LAS DIFICULTADES ENCONTRADAS EN CADA PROCESO QUE CONTRIBUYA A LA ADAPTACIÓN AL SISTEMA DE GESTIÓN.....	23
7. RESULTADOS DE LA EJECUCION DE LAS FASES DEL PROYECTO.....	25
7.1 Fase 1.....	25
7.2 Fase 2.....	25
7.2.1 Análisis de los resultados de la aplicación de encuestas	25
7.3 Fase 3.....	29
7.4 Fase 4 Propuestas de Mejora.....	30
7.4.1 Cambios en el organigrama institucional y Asignación de líderes permanentes	30

7.4.2	Realización de un plan de capacitación sobre NTCGP-1000, MECI y PHVA	32
7.4.3	Expansión de Capacidad de Atención.....	32
7.4.4	Aumentar a un 90% el uso sistematizado de formatos e historias clínicas.	33
7.4.5	Unificación de Manuales y Guías.....	34
7.4.6	Evaluación de desempeño y medición de clima laboral	35
7.5	Relación Costo Beneficio de Este Trabajo.....	35
7.5.1	Costos	35
7.5.2	Beneficios.....	37
8.	CONCLUSIONES.....	40
9.	RECOMENDACIONES	42
10.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	43

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Cronograma de Actividades.....	20
Tabla 2 Dificultades más frecuentes	28
Tabla 3 Encuesta de satisfacción del cliente por servicios	29
Tabla 4 Costo reestructuración organigrama	31
Tabla 5 Costo plan de capacitación.....	32
Tabla 6 Costo aumento de capacidad.....	33
Tabla 7 Costos del proyecto.....	36
Tabla 8 Informe Concepto venta de servicios.....	37

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Conocimiento del SIG	2024
Figura 2 Entrega de documentos	285
Figura 3 Tipo de documentos.....	295
Figura 4 Importancia de documentos.....	26
Figura 5 Participación activa.....	27
Figura 6 Organigrama propuesto	30
Figura 7 Porcentaje de participación.....	37

1. RESUMEN

Atendiendo a los parámetros establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), entidad técnica estratégica y transversal del Gobierno Nacional, cuyo objetivo principal es brindar calidad a los colombianos a través del control y mejora de la gestión de los servidores públicos en las entidades de todo el país y según lo dictaminado por el Ministerio de Salud y Protección Social a través del decreto 903 del 2014, que en su artículo 3° establece: “Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud. En el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, se entiende que las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud alcanzan el nivel superior de calidad con la certificación en la Norma Técnica de Calidad de la Gestión Pública NTCGP 1000:2009 o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, en concordancia con lo dispuesto en la Ley 872 de 2003.”

Los directivos del hospital San Juan de Dios, Pamplona, han encaminado sus lineamientos administrativos con el fin de preparar a la entidad para presentarse ante las instituciones gubernamentales encargadas del proceso de acreditación en salud y para ello propone llevar a cabo el mismo integrando los parámetros establecidos en el Modelo Estándar de Control Interno (MECI), La norma NTCGP-1000 y los estándares de acreditación, en el logro de dicho objetivo se hace necesario contar con la documentación de los procesos a través de los cuales la E.S.E. da cumplimiento a su razón social. Este proyecto busca en el corto plazo levantar la documentación y caracterización de cuatro de los principales procesos entre misionales y de apoyo que son: Gestión de la información, Urgencias, Hospitalización y Traslado asistencial que darán un gran aporte a la integración global del proyecto cuya meta final es alcanzar la acreditación institucional en salud a largo plazo por parte del Instituto Colombiano de Normas Técnicas (ICONTEC). A lo largo de todas las actividades que se deben ejecutar, desde el rediseño del mapa de proceso hasta el levantamiento de indicadores de gestión, se debe tener contacto directo con los responsables de cada área objeto de estudio con el fin de que ellos con su experiencia puedan direccionar este trabajo hasta el punto más alto de eficiencia y eficacia.

1.1 INFORMACION GENERAL DEL PROYECTO

Título: DISEÑO Y DOCUMENTACION DE PROCESOS PARA EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION Y CONTROL BASADOS EN LA NORMA NTCGP-1000 Y MECI-2014 DE LA E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, PAMPLONA N/S.							
Nombre Autor: ALVARO JOSÉ ANAYA HERRERA				C.C. : 1.052.051.801			
E-mail: alvaro.anaya@hotmail.com				FIRMA: Teléfono: 300 819 55 35			
Lugar de Ejecución del Proyecto: E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, PAMPLONA NORTE DE SANTANDER, COLOMBIA							
Duración de Proyecto (en meses): 4							
Modalidad:							
Investigación		Pasantía Investigación		Práctica Empresarial	X	Diplomado	

1.2 PALABRAS CLAVE

Función pública, MECI, Caracterización, Acreditación, calidad.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACION

El Hospital San Juan de Dios, Pamplona es una entidad de carácter departamental que presta sus servicios de salud a la ciudad y a todos los municipios y veredas cercanas, para realizar todo ese trabajo se requiere tanto de una planta física amplia como de gran cantidad de talento humano y recursos físicos. Si bien el hospital cuenta con gran parte de lo anterior, la administración de todos los procesos que se realizan en el hospital ha venido presentando inconvenientes dado que no se cumplen los requisitos mínimos de control de las funciones que se desempeñan, es decir, la entidad no tiene documentado (o la documentación existente es obsoleta) muchos de los procesos de direccionamiento estratégico, misionales, de apoyo y de evaluación que le permitan adaptar el Modelo Estándar de Control Interno (MECI) en su versión más reciente y cumplir con lo señalado en la norma NTCGP-100, tal y como lo exige la ley a las entidades de carácter público. El no cumplimiento de los estándares del MECI y de la GP-1000 ha hecho que no se tenga un flujo de información eficiente de un proceso a otro, desconocer las acciones que realmente se realizan ya que no se tiene sincronía ni secuencias parametrizadas de lo que se lleva a cabo, además de la dificultad para identificar y controlar riesgos administrativos, por ende es muy común que los usuarios de los servicios del hospital perciban demoras innecesarias, disgustos, errores en los trámites, cambios inesperados. Adicionalmente como no se cuenta con una estructura jerárquica fuerte en el sentido de que se clarifique quienes son los principales representantes de cada proceso que realicen el control de la eficiencia de los mismos, como consecuencia se hace uso inadecuado de los recursos sin contar con herramientas de medición que demuestre la eficacia y la efectividad con la que se prestan los servicios al usuario, si no se cumplen los estándares, no se consigue la acreditación de calidad en salud, indispensable para el buen nombre de la E.S.E. y el acceso a los beneficios que el estado otorga a las entidades acreditadas a lo largo de todo el territorio nacional.

Urgencias, entendida como aquella sección de un hospital donde se brinda atención inmediata a enfermos o heridos que requieran de la misma de forma rápida, es la cara visible o el punto de referencia para evaluar no solo las capacidades asistenciales del Hospital San Juan de Dios en este caso, sino de la eficiencia real de la gestión realizada desde el área administrativa. Se ha tomado para este proyecto además los procesos de Hospitalización, Traslado Asistencial y Gestión de la información por ser considerados puntos clave y zonas con las deficiencias

más notorias de la entidad, en las cuales se puede desarrollar el potencial y conocimientos de ingeniería adquiridos en la academia en el esfuerzo mancomunado por dar un aporte significativo en la preparación del hospital para el cumplimiento de las exigencias legales propias de la acreditación en salud.

En un mundo donde los siniestros son cada vez más comunes, y la población cuenta con más fuentes de información de fácil acceso, el buen nombre del hospital es algo que vale la pena cuidar porque de ello depende también su sostenibilidad a largo plazo, ya que son los ciudadanos quienes acceden a los servicios y califican según su grado de satisfacción, para revisar el concepto a fondo veamos la publicación realizada por el Dr. Carlos Édgar Rodríguez H. Md. Magister en bioética y Director de Acreditación en salud del ICONTEC, Titulada “Impacto de la Acreditación en Salud en Colombia” que expresa que los sistemas de acreditación tienen como objetivo fundamental el desarrollo de la confianza de los usuarios de los servicios de salud en las instituciones que los prestan a partir del reconocimiento por un tercero del cumplimiento de estándares superiores.

Los usuarios pueden aprender a distinguir los sellos de calidad de las instituciones y reconocer en ellas características de la atención, por ejemplo, seguridad, humanización, intervención de los riesgos, alta tecnología etc. La información puede ser útil para tener una idea general sobre el grado de calidad alcanzado por un país, un sistema de salud, un modelo de atención, entre otros. También es posible que la información sea beneficio para que las instituciones que han logrado reconocimientos sean conocidas y preferidas, dicho conocimiento resulta importante a la hora de tomar decisiones de compra. Un ejemplo puede ser la política de sectores de clase mundial impulsada por el gobierno y la posibilidad de exportar servicios de salud; en este caso, los compradores (pagadores, aseguradoras, usuarios directos) pueden acceder a información sobre el comportamiento de indicadores, buenas practicas, etc. De forma que con base en esa información se tomen decisiones inteligentes en la compra de los servicios de salud y se adquiera el mayor valor agregado posible para los usuarios.

Entonces es claro que brindarle al hospital San Juan de Dios la documentación adecuada de procesos fundamentales como los que aquí se plantean, es indispensable porque representa una ganancia no solo para el hospital como empresa pública, sino más importante aún, para las personas que todos los días acceden a sus servicios de salud. Al terminar el desarrollo de este trabajo y su ensamble con el proyecto global, el ICONTEC podrá hacer la revisión del sistema y expedir los sellos de calidad solicitados, aunque cabe resaltar que esto no hace parte del alcance de este proyecto.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Diseñar la estructura de la documentación de los procesos de urgencias, hospitalización, traslado asistencial y gestión de la información de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios, Pamplona, con el fin de adaptarlos a los requerimientos establecidos por la Norma NTCGP-1000 y al Modelo Estándar de Control Interno y así dar paso al cumplimiento de los estándares de acreditación en salud.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Diseñar parte de la estructura del Sistema de Gestión: Mapa de procesos e integración de los requerimientos de acreditación.
- Examinar la gestión del Hospital a través de un diagnóstico de la situación actual.
- Documentar los procesos y procedimientos, midiendo su eficiencia y optimizando su operación.
- Crear una propuesta de mejora presentando sus costos de aplicación y beneficios potenciales.

4. MARCO TEORICO

4.1 ACREDITACION EN SALUD

Acreditación en salud es un proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del cliente en una organización de salud, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por las entidades evaluadas. Es realizada por personal idóneo y entrenado para tal fin, y su resultado es avalado por la entidad de acreditación autorizada para dicha función (Decreto 1011- Resolución 1445 de 2006).

La acreditación en salud es una metodología de evaluación externa, establecida y reconocida desde hace casi 50 años en Norteamérica, específicamente diseñada para el sector salud, realizada generalmente por una organización no gubernamental, que permite asegurar la entrega de servicios de salud seguros y de alta calidad. Se basa en requisitos de procesos de atención en salud, orientados a resultados y se desarrolla por profesionales de salud que son pares o contrapartes del personal de las entidades que desean acreditarse y de reconocimiento público en el ámbito nacional e internacional, con efectos de mejoramiento de calidad demostrados. Esta evaluación corresponde a un proceso voluntario en el cual se reconoce públicamente a una Institución Prestadora de Servicios de Salud, (IPS), Entidad Promotora de Servicios de Salud del Régimen Contributivo y Régimen subsidiado (EPS), Entidad de Medicina Prepagada (EMP) o Entidad Adaptada, Entidades Territoriales de Salud (ETS), el cumplimiento de estándares superiores de calidad, previo cumplimiento de los requisitos mínimos determinados por el Sistema Único de Habilitación.

Los estándares de acreditación han sido diseñados para fomentar el mejoramiento continuo de la calidad y, por ende, se ajustan cada cuatro años. Las organizaciones de salud que deseen mantener su certificado de acreditación, deberán renovarlo igualmente cada cuatro años.

El objetivo del Sistema Único de Acreditación, además de incentivar el manejo de las buenas prácticas, es afianzar la competitividad de las organizaciones de salud y proporcionar información clara a los usuarios, de manera que puedan tomar decisiones basadas en los resultados de la Acreditación y decidir libremente si deben permanecer o trasladarse a otras entidades del sistema que también estén acreditadas.¹

4.2 NTCGP-1000

La certificación GP 1000 le permite a las entidades del Estado evaluar y dirigir el desempeño institucional en términos de calidad y de satisfacción social, de manera

sistemática y transparente, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 2 de la Ley 872/2003.

La NTCGP 1000, además de incluir los requisitos de la norma ISO 9001:2000, aporta:

- Eficiencia y efectividad en todas las actuaciones.
- Mecanismos para comunicar a las partes interesadas sobre el desempeño de los procesos.
- Mapas de riesgos y puntos de control sobre los riesgos.
- Control de la prestación de los servicios.
- Comunicación con el cliente acerca de los mecanismos de participación ciudadana.

Cabe resaltar que la aplicación de la norma trae consigo beneficios tales como:

- Permite a las entidades del Estado demostrar que cumplen los requisitos de un sistema de gestión de la calidad, tal como lo exige la Ley 872/2003.
- Facilita a las instituciones que cumplen la norma demostrar su mejora, desempeño y capacidad de proporcionar productos y servicios que responden a las necesidades y expectativas de sus clientes.
- Mejora la imagen de las entidades públicas ante sus clientes-ciudadanos y entidades de control, por tener un sistema de gestión de la calidad certificado.
- Permite identificar mejoras con los constantes seguimientos por parte de ICONTEC, los cuales le permitirán a las instituciones ser más eficaces, eficientes y efectivas en la prestación de sus servicios.²

4.3 MECI

Todo lo anterior apoyado en el Modelo Estándar de Control Interno, que es la herramienta de gestión establecida por el gobierno nacional para que las entidades públicas mantengan el control interno de sus funciones y con ello logren alcanzar sus objetivos y con ello aporten al cumplimiento de la gestión del estado en su totalidad en el marco legal aplicable a ellas.

5. ESTADO DEL ARTE

En 1991, con la aprobación de la nueva Constitución Política, se estableció que 'la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado', que aplica los principios de descentralización, universalidad, solidaridad, equidad, eficiencia y calidad que debe tener el servicio de salud en Colombia. Esta nueva disposición modificó el Sistema Nacional de Salud, vigente desde 1975, organizado básicamente en tres subsistemas: 1) salud pública; 2) los Seguros Sociales y, (que estaba administrado por el Instituto de los Seguros Sociales y las cajas de previsión) y 3) el Subsistema Privado de Servicios. El nuevo modelo, a través de la Ley 60 de 1993, definió las competencias y los recursos para los diferentes entes territoriales, y la Ley 100 de 1993, creó el nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud y dentro de éste se estableció la Acreditación en Salud como mecanismo voluntario para mejorar la Calidad de los Servicios de Salud, mediante el Artículo 186 de la Ley 100 de 1993, disposición que fue ratificada por el Artículo 42.10 de la Ley 715 de 2001.

A comienzos de los años 90, el Ministerio de Salud, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, OPS, y diferentes organizaciones del sector (Ascofame, Asociación Colombiana de Hospitales, Seguro Social, Superintendencia Nacional de Salud, Centro de Gestión Hospitalaria, entre otros), elaboraron un "Manual de Acreditación de IPS", tomando como referencia el "Manual de Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe", publicado por la OPS en 1991. El manual fue aplicado por el Seguro Social y por el Ministerio de Salud, el Centro de Gestión Hospitalaria e ICONTEC, en un grupo amplio de instituciones del Seguro y otras, en una prueba piloto.

Posteriormente, en agosto de 1994 el Ministerio de Salud emitió el Decreto 1918, en el que se estableció la operación de un Consejo Nacional de Acreditación. Sin embargo, este decreto no fue aplicado, el tema de la Acreditación fue pospuesto y el manual no fue difundido.

En 1996, el Ministerio expidió el Decreto 2174, derogado posteriormente por el Decreto 2309 de 2002, en el cual se reglamentó por primera vez, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad para las EPS e IPS y se definió la Acreditación como un procedimiento sistemático, voluntario y periódico, orientado a demostrar el cumplimiento de estándares de calidad superiores a los requisitos mínimos de prestación de servicios de salud.

Aproximadamente cuatro años más tarde, el Ministerio de Protección Social contrató la realización de un estudio para evaluar y ajustar el Sistema de Garantía de Calidad de las EPS e IPS, en el que se estudiaron los avances desarrollados en la Acreditación de instituciones de salud en 12 países con igual o mayor desarrollo al de Colombia, los principios desarrollados por la ISQua (International Society for Quality in Health Care), con su programa ALPHA, (Agenda for Leadership in

Programs for Health Care Accreditation), como una guía a tener en cuenta por los organismos de Acreditación en Salud que desearan avalar su programa de Acreditación en el ámbito mundial.

Con base en este estudio, la experiencia del Centro de Gestión Hospitalaria en Colombia, del Consejo Canadiense de Acreditación en Salud, Qualimed, una empresa mexicana y el entonces Ministerio de Salud, se diseñó el Sistema Único de Acreditación en Salud para Colombia, después de una amplia discusión en el ámbito nacional, varias reuniones de consenso y una prueba piloto tanto en IPS, como en EPS. El Sistema Único de Acreditación en Salud se reglamentó en la Resolución 1474 de 2002 como uno de los componentes del Sistema de Garantía de Calidad en Salud (SOGC)

Es importante anotar que la primera reglamentación del SOGC se realizó en 1996 con la expedición del Decreto 2174 y posteriormente con el Decreto 2309 de 2002 (derogado), en el que se dispone:

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

El decreto 1011 de 2006 establece La Calidad de la Atención en Salud como "la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios", para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:

Accesibilidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

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

Seguridad. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, que pretenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Pertinencia. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

Continuidad. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.”

En el mismo Decreto en mención se definen como componentes del SOGC para los Prestadores de Servicios de Salud y Entidades Administradoras, los siguientes:

La habilitación de IPS y EPS, que consiste en una evaluación externa, de carácter gubernamental y obligatoria, orientada a garantizar unas condiciones mínimas de seguridad, de manejo del riesgo y de dignidad para los usuarios, sin las cuales no se pueden ofrecer ni contratar servicios de salud, cuya vigilancia es de la competencia del Estado, específicamente de las Direcciones Territoriales de Salud. La Auditoría para el mejoramiento de la calidad, identificada como una herramienta básica de evaluación interna, continua y sistemática del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación. Los procesos de auditoría son obligatorios para las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, cuando actúan como aseguradoras, las instituciones prestadoras de servicios de salud, las entidades promotoras de salud del régimen contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada.

La acreditación en salud como el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud, de las entidades promotoras de salud del régimen contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada, que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

El sistema de información para los usuarios, que permitirá estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector y orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes, así como de los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen contributivo y Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada, para que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer sus derechos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Así mismo, en el decreto se describen las funciones de la Entidad Acreditadora y los estándares que deben cumplir las IPS y EPS que opten por esta evaluación.

En concordancia, es importante comprender que la acreditación en salud es uno de los componentes del sistema, que se articula con los otros para garantizar la calidad de la atención en salud y proveer servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta los recursos disponibles para lograr la adhesión y satisfacción del usuario, bajo el control y tutela del Ministerio de la Protección Social. Los estándares de todo el sistema deben ser ajustados de

manera progresiva de tal forma que, poco a poco, el país incrementa el nivel global de la calidad en los servicios de salud.

El Ministerio de la Protección Social, mediante la Resolución 0003557 del 19 de noviembre de 2003, designó a ICONTEC como Entidad Acreditadora para el Sistema Único de Acreditación (SUA) y adjudicó el contrato de concesión 000187 de 2003 para desarrollar, implantar, dirigir, orientar, actualizar y mejorar dicho sistema.

6. METODOLOGIA

Para el desarrollo de esta propuesta se lleva a cabo un método de investigación cualitativa-descriptiva, la parte descriptiva proporciona respuestas precisas a las preguntas de como ocurren ciertas situaciones en el desarrollo de los procesos y que recursos y/o personas son los implicados directamente exceptuando el por qué se da o porque estuvieron involucrados (investigación explicativa), este tipo de investigación proporciona un perfil detallado de un suceso, procedimiento, condición o situación utilizando métodos ya sea cuantitativos, cualitativos o una combinación de ambos. Las técnicas de recopilación de datos como la investigación de campo y los estudios de caso se utilizan para la investigación descriptiva-cualitativa.⁴

Tal y como en este caso que se requiere registrar y analizar las cualidades de los procesos, en busca de un concepto que en lo posible abarque gran parte de la realidad y tomando dicha información para hacer apreciaciones propias de cambios que conduzcan a la mejora.

6.1 CRONOGRAMA Y DESCRIPCIÓN DE FASES

Para el cumplimiento de los objetivos propuestos en este trabajo desarrollado como parte de la creación del sistema integrado de gestión en la E.S.E Hospital San Juan de Dios, Pamplona se estableció el siguiente cronograma de actividades y una descripción detallada de las actividades que se realizaron cada una de ellas en su respectiva secuencia.

Tabla 1 Cronograma de Actividades

No.	FASE	SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
FASE 1																	
1	1. Rediseño del mapa de procesos.																
	2. Asignación de los procesos																
FASE 2																	
2	1. Aplicación de las encuestas																
	2. Consolidación y análisis de datos.																
	3. Indagar el grado de satisfacción de los usuarios																
FASE 3																	
3	1. Documentación del Proceso Hospitalización																
	2. Documentación del Proceso Traslado Asistencial																
	3. Documentación del Proceso Gestión de la Información																
	4. Documentación del Procesos Urgencias																
	5. Documentación de caracterizaciones																

	6. Diseño de indicadores de gestión																		
4	FASE 4																		
	1.Creación de la propuesta de mejora																		
	2. Determinación de la relación costo y beneficio																		

6.2 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES: (LISTA DE TAREAS)

6.2.1 FASE 1 DISEÑO PARTE DE LA ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE GESTIÓN: Mapa de procesos e integración de los requerimientos de acreditación.

- 1. Se debe hacer un consenso con los líderes de los procesos para socializar los procedimientos que realizan en cada una de sus áreas, con el fin de redactar de forma actualizada el mapa de procesos y definir el modelo final a ser implementado. Esta información permitirá tener una secuencia lógica en el orden que se llevará a cabo en la ejecución del proyecto. Además de realizar la integración de los parámetros de la norma NTCGP-1000, MECI y Los estándares de calidad.
- 2. El personal administrativo y asistencial del hospital junto con los profesionales encargados de implementar el sistema de gestión se reunirán para de acuerdo a lo establecido previamente se asignen los procesos a los documentadores, detallando su contenido, el lugar donde se lleva a cabo, la persona a cargo (líder) y los documentos relacionados.

6.2.2 FASE 2 EXAMEN DE GESTIÓN DEL HOSPITAL A TRAVÉS DEL DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL

- 1. A través de la creación y aplicación de una encuesta a el personal implicado en los procesos asignados para documentación, se recolecta información que permitirá conocer diferentes aspectos de las dificultades, la responsabilidad y la disposición de cada persona que participa en la forma de gestión y su papel en la preparación para la evaluación que conlleva a la acreditación de calidad del hospital.
- 2. Una vez obtenida la información esta será tabulada en gráficos en los que se muestre agrupadamente las tendencias de respuesta del grupo de encuestados, para analizar el aporte de la misma en lo que se pretende conocer.
- 3. Se solicitan los consolidados más recientes de la aplicación de encuestas de satisfacción del cliente en la oficina de Sistema de Información y Atención al

Usuario (SIAU), en la cual se ha de observar el nivel de satisfacción de los usuarios de los servicios que se describen en éste proyecto, en términos de cantidad de usuarios atendidos por mes y porcentaje de satisfacción.

6.2.3 FASE 3 DOCUMENTACION DE LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS, MIDIENDO SU EFICIENCIA Y OPTIMIZANDO SU OPERACIÓN.

1. Se solicitarán encuentros en determinados periodos de tiempo con el líder designado a fin de redactar en un formato las actividades en secuencia que conforman cada procedimiento del proceso de Hospitalización, agregando las condiciones generales, algunas definiciones y el marco legal, además de solicitar la entrega (o creación) de formatos, manuales, protocolos, entre otros, utilizados en el desarrollo del proceso. Luego se observará lo plasmado en los documentos, en cada área, con el fin de sugerir la eliminación de actividades de ocio que a consideración propia limitan una óptima operación, Se lleva a cabo la clasificación de los procedimientos según secuencia, seguido del análisis del cumplimiento de los ítems de la norma relacionados a dicho proceso. Esto último también con la aprobación del líder a cargo quien incluso delega responsabilidades de entrega de información sobre procedimientos a personas con experiencia realizándolos.
2. Se solicitarán encuentros en determinados periodos de tiempo con el líder designado a fin de redactar en un formato las actividades en secuencia que conforman cada procedimiento del proceso de Traslado Asistencial, agregando las condiciones generales, algunas definiciones y el marco legal, además de solicitar la entrega (o creación) de formatos, manuales, protocolos, entre otros, utilizados en el desarrollo del proceso. Luego se observará lo plasmado en los documentos, en cada área, con el fin de sugerir la eliminación de actividades de ocio que a consideración propia limitan una óptima operación, Se lleva a cabo la clasificación de los procedimientos según secuencia, seguido del análisis del cumplimiento de los ítems de la norma relacionados a dicho proceso. Esto último también con la aprobación del líder a cargo quien incluso delega responsabilidades de entrega de información sobre procedimientos a personas con experiencia realizándolos.
3. Se solicitarán encuentros en determinados periodos de tiempo con el líder designado a fin de redactar en un formato las actividades en secuencia que conforman cada procedimiento del proceso de Gestión de la Información, agregando las condiciones generales, algunas definiciones y el marco legal, además de solicitar la entrega (o creación) de formatos, manuales, protocolos, entre otros, utilizados en el desarrollo del proceso. Luego se observará lo plasmado en los documentos, en cada área, con el fin de sugerir

la eliminación de actividades de ocio que a consideración propia limitan una óptima operación, Se lleva a cabo la clasificación de los procedimientos según secuencia, seguido del análisis del cumplimiento de los ítems de la norma relacionados a dicho proceso. Esto último también con la aprobación del líder a cargo quien incluso delega responsabilidades de entrega de información sobre procedimientos a personas con experiencia realizándolos.

4. Se solicitarán encuentros en determinados periodos de tiempo con el líder designado a fin de redactar en un formato las actividades en secuencia que conforman cada procedimiento del proceso de Urgencias, agregando las condiciones generales, algunas definiciones y el marco legal, además de solicitar la entrega (o creación) de formatos, manuales, protocolos, entre otros, utilizados en el desarrollo del proceso. Luego se observará lo plasmado en los documentos, en cada área, con el fin de sugerir la eliminación de actividades de ocio que a consideración propia limitan una óptima operación, Se lleva a cabo la clasificación de los procedimientos según secuencia, seguido del análisis del cumplimiento de los ítems de la norma relacionados a dicho proceso. Esto último también con la aprobación del líder a cargo quien incluso delega responsabilidades de entrega de información sobre procedimientos a personas con experiencia realizándolos.
5. Empieza realizado la modificación del formato de caracterización y teniendo lista la documentación relacionada con los procedimientos de cada proceso, redactar la caracterización identificando las actividades según su orden en el ciclo del Planear, Hacer, Verificar y Actuar, la caracterización es la carta de presentación de los procesos ya que en ella se incluye nombres de documentos que proveen al mismo y documentos resultado de su operación, como también hacia dónde va dirigidos dichos resultados.
6. Al finalizar la documentación de los procesos asignados y su caracterización, se hizo la elaboración de los indicadores de gestión, los cuales serán de mucha utilidad en la medición de la evolución y comportamiento del sistema de gestión una vez las directivas del hospital lo implementen a los procesos y con ello evaluar si se cumplen los requisitos mínimos de acreditación en salud.

6.2.4 FASE 4 PROPUESTA DE MEJORA BASADA EN EL ANÁLISIS DE LAS DIFICULTADES ENCONTRADAS EN CADA PROCESO QUE CONTRIBUYA A LA ADAPTACIÓN AL SISTEMA DE GESTIÓN.

1. La creación de las propuestas de mejora se desarrollará a lo largo de la ejecución de los objetivos anteriormente mencionados, en la marcha se espera poder identificar las principales dificultades que se presentan en los procesos como un todo, redactar dichas propuestas planteando las razones

por las cuales es indispensable su aplicación, como también los costos y beneficios tangibles e intangibles que traería como resultado, con el fin de presentar a las directivas del hospital soluciones objetivas que sean de gran aporte en la búsqueda de la excelencia y la mejora continua.

2. Para concluir con la etapa de preparación para la acreditación en salud de la ESE Hospital San Juan de Dios, se realizará una estimación del costo de todos los recursos físicos y profesionales requeridos para llevar a la práctica la ejecución de este trabajo, de forma general, haciendo énfasis también en los múltiples beneficios que se podrían tener luego de lograr ser reconocidos como una entidad prestadora de servicios de alta calidad. Cabe aclarar que muchos de los documentos y registros contables necesarios para proveer de información esta parte del trabajo, son considerados de carácter interno y confidencial, por lo que no se dan a conocer al público sino en las audiencias públicas de rendición de cuentas.

7. RESULTADOS DE LA EJECUCION DE LAS FASES DEL PROYECTO

7.1 FASE 1

Se obtuvo un Mapa de procesos rediseñado de la E.S.E Hospital San Juan de Dios, que contiene de forma detallada cada uno de los procedimientos, la secuencia en la que éstos se llevan a cabo, las personas a cargo de la su ejecución y la manera en que cada uno de ellos interactúa entre sí.

En un segundo documento se estructura el mapa de procesos y la dirección lógica entre procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación todos actuando de forma coordinada desde las necesidades del cliente hasta la satisfacción del cliente.

Por ultimo como resultado de ésta fase se crea un documento que integra artículo por artículo los parámetros que se contemplan en la norma NTCGP-1000, EL MECI y Los Estándares de Acreditación en Salud, que son de gran aporte para establecer el alcance del sistema de gestión desde un punto de visto global. Anexo 1

Como resultado de la reunión que involucró a las diferentes áreas, se establecieron las responsabilidades que cada líder y cada documentador debía asumir, así como los procesos que se iban a desarrollar, delegando a la ejecución de éste proyecto los procesos de Urgencias, Traslado Asistencial, Gestión de la información y Hospitalización, con base en los cuales es presentado.

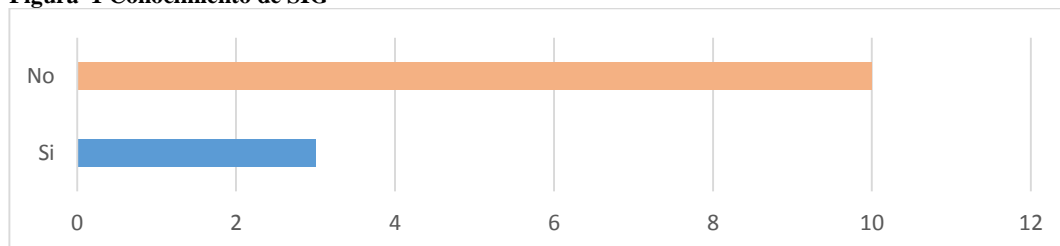
7.2 FASE 2

Se aplicó la encuesta (Anexo 2) diseñada para conocer y analizar información clave de la gestión realizada por los lideres designados del hospital concedores y con gran experiencia en las áreas de Urgencias, Traslado Asistencial y Gestión de la Información, que agrupados son 13 en total.

Luego se realizó la clasificación de la información y se utilizó una herramienta estadística para presentar por medio de gráficos los resultados de cada sección evaluada, a continuación:

7.2.1 Análisis de los resultados de la aplicación de encuestas Conocimiento de los sistemas integrados de gestión

Figura 1 Conocimiento de SIG

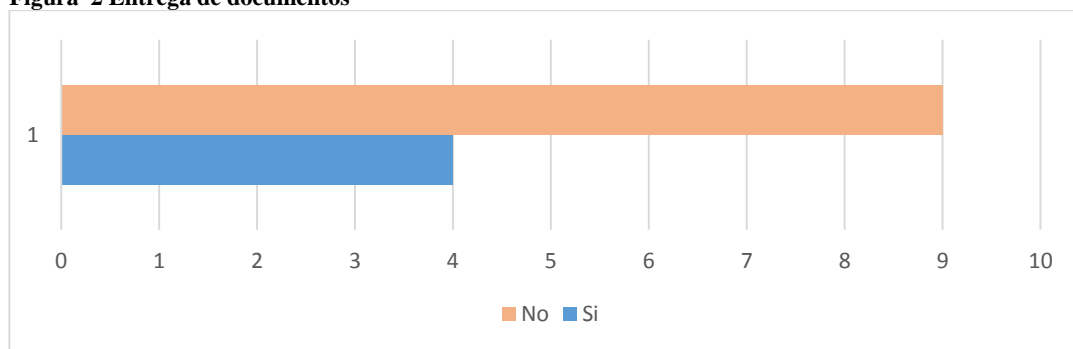


El 76.92% de los actores de los procesos objeto de estudio de éste proyecto no conocen un sistema de gestión, sus fundamentos y por ende tampoco saben cómo se implementa dicho sistema y su influencia directa en la prestación de servicios que satisfagan las necesidades del usuario.

¿Hubo entrega de procedimientos, manuales o cualquier otro documento base?

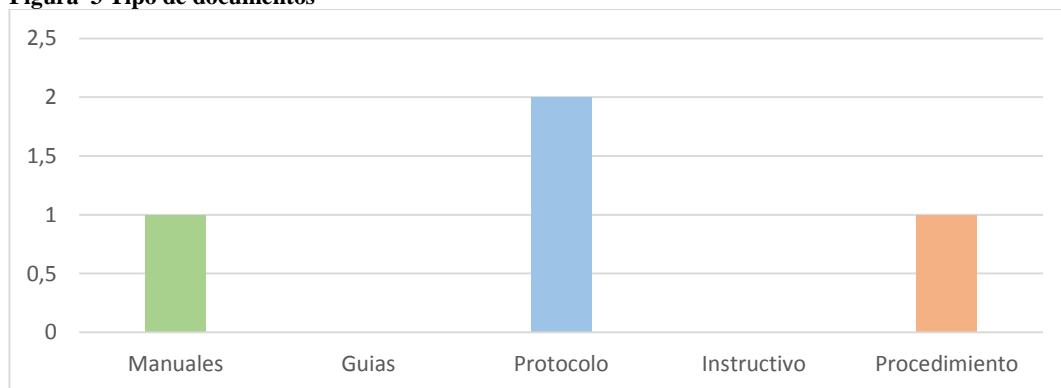
Hubo entrega de procedimientos, instructivos, manuales o cualquier otro documento base para desempeñar su labor en los procesos a los trabajadores

Figura 2 Entrega de documentos



El hecho de que solo poco más del 30.76% de los encuestados mencione haber recibido documentos guías para el desempeño de su labor, significaba que el proceso de documentación para el sistema de gestión precisa ser iniciado prácticamente de cero porque además la información existente requiere ser actualizada a formatos, codificada y enviada a aprobación según los parámetros de calidad exigidos por la normal NTCGP-1000 y el MECI. A continuación además, de las personas que dijeron haber recibido información sobre dichos documentos hacen regencia a

Figura 3 Tipo de documentos

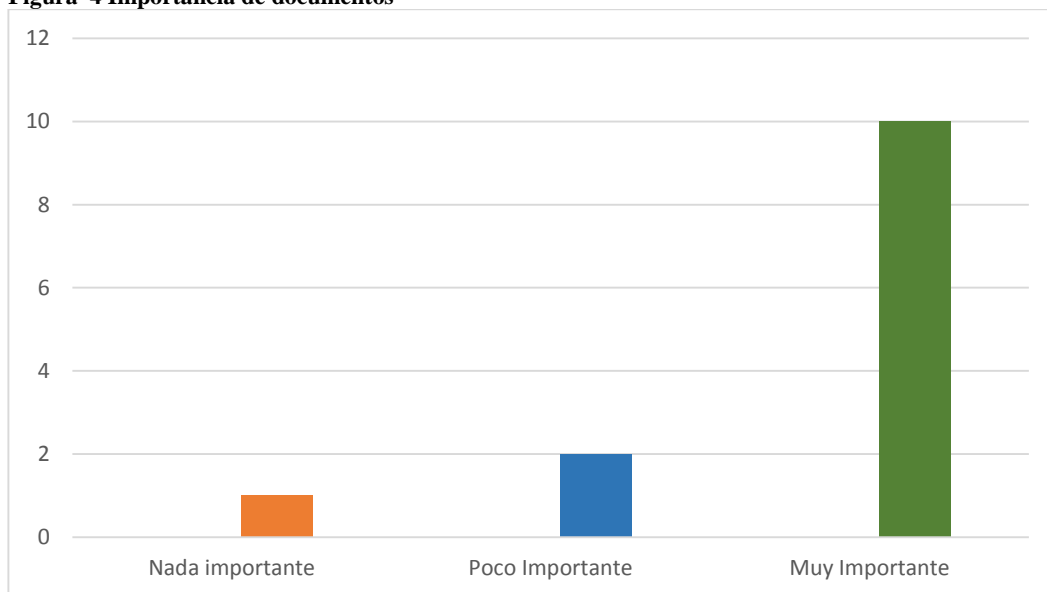


De existir un documento como tal, ¿es aplicado?

De las 4 personas de dijeron conocer la existencia de documentos del tipo mencionado 3 manifestaron aplicarlos en su labor y solo 1 negó hacerlo, aquí sobresale el compromiso que tienen los actores con hacer las cosas bien, como se le específica, sin improvisaciones ni acciones diferentes a las que sean necesarias. Es una buena forma de empezar porque quienes hacen uso de los documentos son más flexibles al cambio y les cuesta menos aplicar los nuevos enmarcados en la legislación correspondiente.

Entonces qué ¿tanto consideran los líderes de los procesos que son importantes estos documentos en la prestación de servicios de calidad?

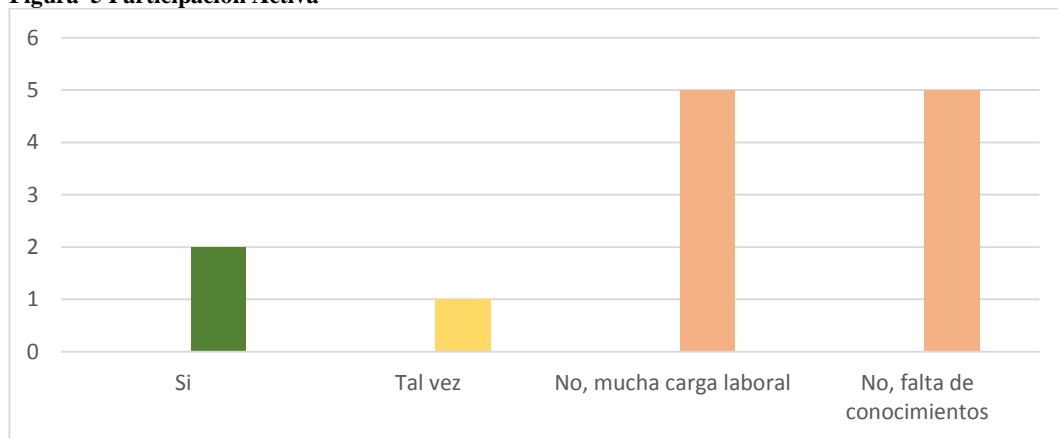
Figura 4 Importancia de documentos



Este resultado indica básicamente que hay conciencia por parte de los trabajadores de la necesidad de levantar la documentación necesaria para desarrollar el sistema integrado de gestión, así que puede que no se requieran esfuerzos extras en métodos que promuevan la concienciación en la comunidad.

Paso a seguir, se mide el nivel de participación que tendrían en la puesta en marcha de un trabajo de diseño y documentación de los procedimientos para el SIG.

Figura 5 Participación Activa



Solo aproximadamente el 15% tiene entera disposición de colaborar en el proceso y el amplio porcentaje restante atribuye su abstención a causas como exceso de carga laboral, las personas con exceso de carga laboral restan calidad a las labores que realizan lo cual no es bueno, además, vuelve a surgir el problema de los conocimientos, por lo que éstos dos factores deben tomarse en consideración a la hora de proponer acciones de mejora y será preciso entonces involucrarlos en el proyecto en cuestión a través de resoluciones de gerencia o circulares.

Dificultades más frecuentes en las áreas de trabajo

Tabla 2 Dificultades más frecuentes

Demoras	53.84%
No disponibilidad de recursos físicos	30.7%
No disponibilidad de trabajadores	7.69%
Fallas en el sistema	7.69%
Malas relaciones interpersonales	-

Demoras, principal obstáculo, según la mayoría y si se hace un análisis a profundidad, las demoras en un proceso tienen causas múltiples pero pueden ser disminuidas desde un con la aplicación de estrategias de gestión bastante simples, puede que se requiera también un estudio de métodos y tiempos con el cual se puedan determinar cuellos de botellas y optimizarlos.

La oficina de Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU) hizo entrega de un documento titulado "ENCUESTA POR SERVICIOS HOSPITAL SEDE Y ORGANISMOS ADJUNTOS" concerniente a la aplicación más reciente (Enero a Septiembre del 2015) de encuestas de satisfacción del usurario, que además divide por áreas de servicio la cuantificación de los pacientes atendidos. Anexo 6

Se extrajo entonces la información a analizar y partiendo desde el análisis de la satisfacción a nivel general de la E.S.E San Juan de Dios, hasta el de los servicios que se contemplan en este trabajo.

Tabla 3 Encuesta de satisfacción del cliente por servicios

INTERVALO DE TIEMPO	NUMERO DE ENCUESTADOS CENTRO DE SALUD PAMPLONA	TOTAL SATISFECHOS	TOTAL INSATISFECHOS
Enero a Marzo	5580	5239	341
Abril a Junio	5316	4953	363
Julio a Septiembre	5420	4970	450
TOTAL	16.316	15.162	1.154

De la tabla anterior se determina que el porcentaje de usuarios insatisfechos es del 7.07% en el periodo comprendido entre Enero y Septiembre del año 2015 y aunque podría considerarse un porcentaje pequeño, es alarmante si consideramos que se trata de la salud de los pacientes la que se opera en cada proceso.

Del total de encuestados el 15, 66% fue atendido en el área de Urgencias y del total de usuarios insatisfechos el 39.41% (454) sintió que éste mismo servicio no había brindado la atención requerida, tal grado de insatisfacción tiene sus causas en la mayoría de los casos en la atención oportuna y el trato por parte del personal asistencial.

7.3 FASE 3

Documentación: luego de haber realizado entrevistas con los líderes y realizar observación directa, se levantó toda la documentación referente a los procedimientos que en secuencia contienen los procesos de Hospitalización, Traslado asistencial, Gestión de la Información y Urgencias del Hospital San Juan de Dios, junto con la recolección, revisión e inclusión de los formatos, manuales, protocolos e instructivos inherentes a la ejecución de los procesos en el día a día laboral, incluyendo en cada documento el objetivo, alcance, los responsables, las condiciones generales que se deben cumplir para que se realicen, las leyes que lo rigen y flujogramas descriptivos. Además de plantear sugerencias de optimización al agrupar procedimientos que podrían realizarse en menos pasos, disminuyendo así los tiempos de ciclo de los mismos. Estos documentos se encuentran Agrupados y organizados por carpetas, que luego se reenviaron a las áreas funcionales para su revisión y aplicación, los documentos a los que se hace referencia se pueden detallar en el Anexo 3. A manera de valor agregado durante la realización de la pasantía se diseñaron los procedimientos de “Gestión contractual externa” y “Elaboración de planes de gestión y operativos anuales” parte

del proceso de Direccionamiento Estratégico y el procedimiento de “Seguimiento y medición del servicio” parte del proceso de Gestión de Calidad. Estos se pueden ver en la carpeta “otros anexos”

Caracterizaciones: en primera instancia se logró en consenso con los demás implicados en el sistema de gestión a nivel general, la creación del formato final de caracterización para luego redactar los documentos de éste tipo por proceso en los cuales se describe con claridad cómo se desarrollan los mismos con sus insumos y salidas enmarcadas en círculo PHVA, como también la identificación de los puntos con los que se cumple lo establecido en la norma NTCGP-1000, requisito fundamental para alcanzar la acreditación. Anexo 4

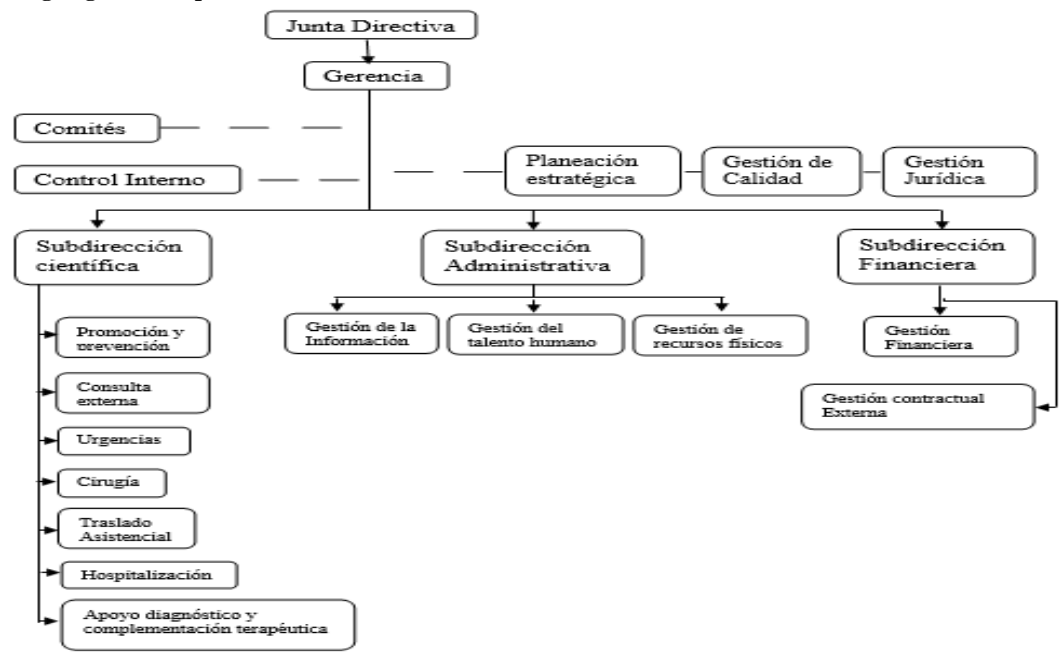
Indicadores: Se establecieron los indicadores de gestión que deberían ser aplicados a los procesos, éstos serán la herramienta de medición del desempeño de la gestión de los procesos que forman parte del alcance de éste trabajo, cuya información permitirá identificar posibles dificultades y proponer acciones preventivas y/o correctivas. La lista maestra de indicadores, en la cual se encuentran los correspondientes a este trabajo se está en el Anexo 5, junto con un ejemplo de la hoja de vida del indicador que debe alimentarse por parte de la persona a cargo en el Hospital.

7.4 FASE 4 PROPUESTAS DE MEJORA

7.4.1 Cambios en el organigrama institucional y Asignación de líderes permanentes

Una entidad en la que a diario se da asistencia a decenas de personas en diversas condiciones de salud y que además cuenta con una planta profesional de más de cien empleados, debe tener control absoluto de sus departamentos y sub departamentos a fin de que éstos coordinen su accionar en pro de la consecución de objetivos, por lo anterior se propone la implementación de la siguiente estructura jerárquica, la cual sería útil en la asignación de funciones y responsabilidades permanentemente y el flujo de la información con la que opera cada área de la entidad.

Figura 6 Organigrama Propuesto



Esta idea es generada dado la evasión constante de responsabilidad que varios de los trabajadores realizaba al momento de entregar información necesaria para llevar a cabo el proceso,

El desarrollo de ésta propuesta puede llevarse a cabo en 3 sesiones extraordinarias de la junta directiva que tardarían un promedio de 4 horas en un día de la semana establecido por la junta, el detalle del costo estará definido por el valor de las horas de trabajo de los participantes y el uso de algunos recursos que podrían ser utilizado tanto para crear el nuevo diseño, como para darlo a conocer.

Tabla 4 Costo reestructuración organigrama

Número de Participantes	Valor Hora de Trabajo	Horas a Utilizar	Papel y otros materiales (asumido)	Total Propuesta
3	\$ 14.344,4*	12	\$ 20.000	\$ 192.132,8

*Calculado del promedio devengado por los directivos 4 SMMLV (2015) entre las 176 Horas de trabajo mensual.

Al compartir esta información con todos los equipos de trabajo, puede hacerse la asignación de líderes a cada proceso, delegando a éstos la responsabilidad en el reporte de inconsistencias y vigilancia de la operación de los mismos, se establece orden, se facilita el trabajo en equipo, se elimina la repetición de tareas y “jefaturas múltiples”, sirve además para materializar los planes estratégicos y la consecución de resultados. Éstos son beneficios tienen retorno monetario que no puede cuantificarse en el corto plazo, pero generan un alto impacto en el proceder misional del Hospital San Juan de Dios a un costo muy pequeño.

7.4.2 Realización de un plan de capacitación sobre NTCGP-1000, MECI y PHVA

En la ESE San Juan de Dios se realizan de forma periódica sesiones de capacitación al personal de las diferentes áreas en temática asistencial, la cual es tan importante como la programación de capacitaciones que enseñen a todos y cada uno de los miembros del hospital, el contenido de la Norma de calidad y con qué acciones se hace cumplir, cuales son los pilares del MECI y como se aplica y la necesidad de conocer el círculo de Mejora Continua propuesto por Edward Deming para llevarlo a la práctica adecuadamente.

La propuesta de capacitar a los implicados en el sistema de gestión de calidad plantea realizarse con una frecuencia anual tomando el día de la semana con tendencias de carga laboral más baja, se llevaría a cabo en dos sesiones de cuatro horas (mañana y tarde) y los asistentes podrán llevar consigo el material utilizado. Se deberán guardar las memorias del evento y comparar la evolución del conocimiento de sus participantes entre un evento y otro.

Los costos de hacer una capacitación para 50 personas se estima en detalle a continuación.

Tabla 5 Costo plan de capacitación

Detalle	Costo	
Capacitador/8 horas	\$600.000	\$25.000/hora
50 asistentes x 2 refrigerios	\$100.000	\$1.000 c/u
Material didáctico	\$300.000	
Material Informativo	\$100.000	
Total	\$1.100.000	

Los beneficios de contar con personal capacitado en SIG son:

- ✓ Se da herramientas para la solución de problemas
- ✓ Se incrementa la confianza y el desarrollo personal
- ✓ Se enmarca el accionar de los trabajadores en los parámetros y estándares de calidad
- ✓ Se garantiza el cumplimiento de la norma y la mejora continua

7.4.3 Expansión de Capacidad de Atención

Uno de los problemas más comunes del Hospital San Juan de Dios es la no disponibilidad de médicos eventualmente en las áreas asistenciales debido a que a muchos de ellos la carga se les asignan extendidos horarios de tiempo en sus turnos, es decir, la demanda supera la capacidad operativa, para elevar los niveles de eficacia operativa se precisa la contratación de médicos adicionales y personal de enfermería con el que se equilibren la demanda de pacientes y la

atención oportuna de pacientes. Ésta propuesta contempla entonces la contratación de un (1) médico general adicional por cada dos áreas misionales, como también jefes de enfermería, ya que la legislación establece que se debe tener 1 jefe de enfermería por cada 20 pacientes y en el hospital San Juan de Dios, los enfermeros atienden incluso el doble de lo establecido, lo que resta calidad en el servicio prestado.

Entonces considerando que en Colombia un médico general devenga en promedio 4 SMMLV y lo mismo un jefe de enfermería. (Fuente: www.elpais.com.co) la relación de costos quedaría de la siguiente manera Valor SMMLV 2015: **\$644.350** (Fuente: www.portafolio.co)

Tabla 6 Costo aumento de capacidad

Número de unidades funcionales	Médicos generales a contratar	Enfermeros a contratar	Valor unitario	TOTAL PLAN/ MES
8	4	4	\$2'577.400	\$20'619.200

El costo de hacer efectivo esto está en periodos mensuales, por lo que al año representarían cifras alrededor de los 248 millones de pesos, lo cual representaría solo el 2% del presupuesto para el año 2014, comparado con los beneficios traería a largo plazo, por ejemplo en:

- ✓ Aumento de la percepción de satisfacción de los usuarios, al brindar una atención oportuna e integral.
- ✓ Reducción en gran medida del número de demandas por negligencia médica o incumplimiento cuyos costos son imprevistos y elevados según la gravedad del caso.
- ✓ Disminución en retrasos de trámites administrativos
- ✓ Fluidez en los procedimientos de cambios de turno
- ✓ Mayor capacidad de respuesta ante siniestros y ausentismos eventuales

7.4.4 Aumentar a un 90% el uso sistematizado de formatos e historias clínicas.

Los cambios que nos presenta el mundo actual ponen en evidencia cuan competitivos somos y nada mejor para probar el nivel de competitividad de la gestión empresarial, que el uso de plataformas tecnológicas de última generación.

Aunque en el hospital San Juan de Dios se está implementando un nuevo sistema de manejo de registros y documentos en general, muchos de ellos aún se diligencian de forma física, las desventajas de proceder así son.

- El papel representa costos monetarios altos en el largo plazo.
- Mover pesados paquetes de registros y procurar mantenerlos en un lugar

seguro

- Requiere contratar personal para la administración de registros
- Buscar, entregar y guardar registros físicos toma más tiempo
- Redactar en papal es tedioso, si se hace de forma repetitiva, sin contar que en muchas ocasiones ese tipo de registros son ilegibles
- La respuesta a solicitud de documentos es lenta

Todo esto es un obstáculo para procesos como urgencias o traslado Asistencial, en donde los tiempos de operación representan literalmente la vida de los pacientes.

Llegar a un 90% de sistematización es una tarea complicada que tomaría no solo el tiempo de creación y codificación de los formatos en el sistema, sino el costo que representa la transición y adaptación de los trabajadores al uso de las nuevas herramientas. Por fortuna, gran parte del costo de dicho trabajo ya se les viene pagando a los ingenieros de sistemas de tiempo completo con los que cuenta el hospital, que por no utilizar el total de sus horas de trabajo resolviendo problemas técnicos, generan tiempos de ocio (muertos) cuyo valor monetario por horas-hombre se pierde pudiendo ser utilizado en la implementación de la mejora propuesta.

Si se se paga por laborar 176 horas al mes a \$14.344,4/H de las cuales 8 horas se estima que son utilizadas para realizar labores ajenas a su cargo. Tendríamos con Costo de: $\$14.344,4 \times 2 \text{ personas} \times 8 = \$229.510,4$.

Si se hace de ésta forma se ese costo de horas desperdiciadas pasaría a ser el costo de utilizar esas horas en la consecución del objetivo planteado en ésta propuesta por lo tanto el beneficio sería no solo ese mismo valor monetario sino también que aumentarían los niveles de competitividad y posicionamiento estratégico del Hospital San Juan de Dios, ya que al observar el flujo de la información generada en el procedimiento "Gestión de Peticiones" realizado de forma tradicional, por ejemplo, y compararlo con una ejecución apoyada en el sistema de información, los tiempos de flujo se reducía entre un 50 y un 70%.

7.4.5 Unificación de Manuales y Guías

Se ha analizado a profundidad y en conjunto con los grupos de trabajo de la ESE Hospital San Juan de Dios, Pamplona y los ingenieros a cargo de la implementación del sistema de gestión de calidad. Pretende unificar lo mayormente posible la documentación de los manuales y guías de un mismo procedimiento a fin de manejar menos archivos y códigos y eliminar la repetición de formatos, asuntos que han generado confusión especialmente a los profesionales que se integran por primera vez a la entidad. Con la unificación se pretende facilitar también la revisión de documentos que realizan los delegados de las entidades facultadas para acreditar.

Costo: 1 SMMLV pagado mensualmente durante el tiempo los 2 meses aproximadamente que tardaría el proceso, por concepto de mano de obra.

7.4.6 Evaluación de desempeño y medición de clima laboral

“Lo que no se mide, no se puede controlar; si no se puede controlar, no se puede dirigir y si no se puede dirigir no se puede mejorar” éste concepto muy conocido, aplicable a casi cualquier proceso en una organización, es particularmente estudiado en el alcance de este proyecto de grado, con un enfoque específico no al desempeño de las relaciones y ejecución de los procesos, sino al de las personas, lo que es lo mismo si se considera al talento humano el valor más grande que posee una organización.

La medición que se propone aquí debe salir desde el departamento de Gestión del Talento Humano de la ESE Hospital San Juan de Dios, a manera de un formato de evaluación, éste puede ser propio o el propuesto por el Ministerio del Trabajo en su página web. Los resultados de una evaluación de desempeño en el trabajo muestran lo que los trabajadores realmente hacen, no lo que saben o deberían hacer, además de fomentar la sana competencia por la consecución de incentivos representados en tiempos libres o comisiones adicionales al salario. Luego se mide también el clima laboral que representa para algunas personas un segundo contexto familiar, mismo que está afectado en algunos procesos contemplados en este trabajo.

Los costos de aplicar un sistema de evaluación están relacionados directamente con el pago de él (los) profesional (es) a cargo. El trabajo va desde la aplicación en campo de las evaluaciones, medición y análisis de resultados hasta la propuesta de planes de capacitación por competencias y de cambios en el entorno laboral. La periodicidad de las evaluaciones serán anuales pero el proceso completo puede tomar dos meses, si se es aplicado a todos los trabajadores, sabido esto y considerando un pago al profesional a cargo en promedio de 2 SMMLV en un contrato por 2 meses, las cuentas estimadas (válidas para el 2015) estarían alrededor de \$1'288.700 nada mal si los beneficios de tener personas satisfechas en sus puestos de trabajo significa la eficiencia de los procesos que llevan a cabo.

7.5 RELACIÓN COSTO BENEFICIO DE ESTE TRABAJO

7.5.1 Costos

La siguiente tabla describe los costos requeridos para montaje y puesta en marcha del sistema de gestión en la ESE Hospital San Juan de Dios, Pamplona. Incluyen los valores de los recursos físicos e intelectuales, estos últimos pagados en función del tiempo.

Tabla 7 Costos del proyecto

Detalle	Cantidad	Tiempo	Valor Unitario (IVA incluido)	Valor Total
Computador Lenovo all-in-one	3		\$ 1.479.000⁶	\$ 4.437.000
Impresora Multifuncional HP	1		\$ 539.000⁷	\$ 539.000
Escritorio	2		\$ 169.900⁸	\$ 339.800
Adecuación (mano de obra/ hora)	2	56 Horas	\$ 2.684	\$ 150.348,33
Adecuación (materiales varios)	-----		-----	\$ 500.000
Profesionales (Ingeniero Industrial)	3	4 Meses	\$ 1.741.379	\$ 20.896.512
Contrato	1	8 Meses	\$ 5.000.000	\$ 40.000.000
Total Costos				\$ 66.862.660,33

Además si se consideran los siguientes datos aportados por la subdirección administrativa base del cálculo del porcentaje de participación que tienen las áreas mencionadas en los recaudos realizados por el Hospital y las variaciones en el presupuesto.

Presupuesto año 2015: \$ 12.000.000.000

Recaudo Año 2015: \$ 7.869.988.444

La siguiente tabla representa la participación de cada concepto en el valor total del recaudo.

Tabla 8 Informe Concepto venta de servicios

Concepto Venta de Servicios	% de Ingreso
Régimen Subsidiado	82.87%
EPS Régimen Contributivo	2.58%
Entidad Territorial Suds Oferta Atención Pobra Pobre No Afil	6.02%
Entidad Territorial Salud Publica	9.19%
Min Protección Social FOSYGA	0%
Compañía de Seguros Accidentes de Tránsito- SOAT	2.16%
Otras Ventas de Servicio de Salud	1.44%
Aportes de la Nación	0%
Aportes del Departamento	0%
Aportes del Municipio	14.33%
Otros Ingresos Corrientes	0.24%
Ingresos de Capital	0.20%

Fuente: Informe Ejecutivo de PSFF del tercer Trimestre 2015, subdirección administrativa

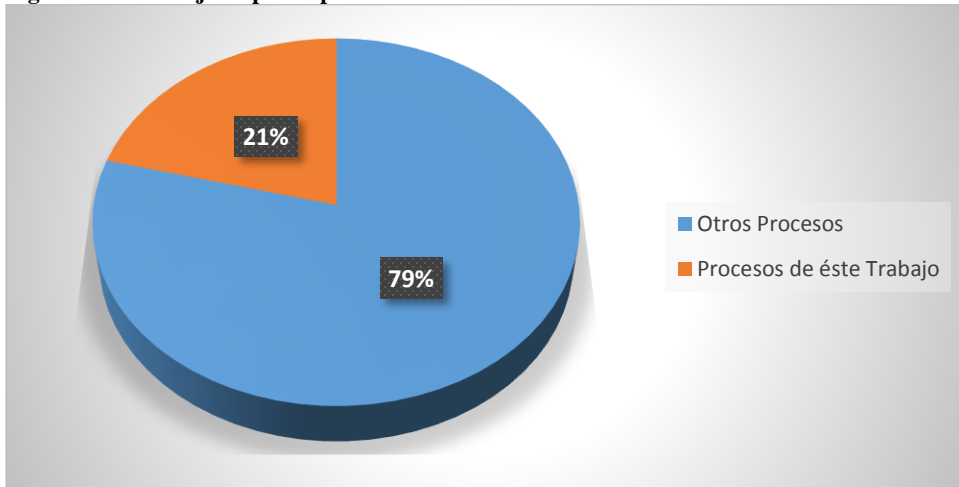
Cabe resaltar que el presupuesto que se pronostica para el año está basado en el total del recaudo, se estimó entonces que el recaudo es aproximadamente un 65.58% del presupuesto.

7.5.2 Beneficios

Los beneficios que se materializarán a través de la implementación de un sistema de gestión de calidad en el sector público para en la E.S.E serán entre otros el aumento de incentivos económicos por parte del gobierno que a través del Ministerio de Salud y las entidades públicas regionales, realizan aportes como incentivos medidos en pequeños porcentajes del presupuesto que representan en muchas ocasiones grandes sumas de dinero, esto con el fin de promover una cultura de misional basada en la calidad total y motivar a las entidades a buscar la acreditación, la cual genera competencias que finalmente benefician a los usuarios. En apoyo con el área financiera se estima que siendo pesimistas el aumento de los incentivos sería del 5% del valor del presupuesto actual para el siguiente periodo lo que es aproximadamente \$600.000.000.

En la siguiente grafica se muestra la participación de éste trabajo en la consecución de dicho objetivo

Figura 7 Porcentaje de participación



La participación de cada proceso del hospital en la consecución de mayores beneficios económicos como consecuencia de la acreditación en salud, es por igual ya que toda organización es entendida como un sistema en el que todas sus áreas tienen la misma importancia, dado que si una de ellas no funciona, el sistema completo colapsa.

Como lo muestra la gráfica f4-1 la participación de éste trabajo es del 21% en el total de costos y de beneficios.

Siendo así, de lograr la certificación de calidad tan solo de los procesos de Traslado asistencial, Hospitalización, Urgencias y Gestión de la información, los beneficios que éstos aportarían al beneficio total ascenderían a los 126 millones de pesos, es decir, \$59.137.334,67 millones más del costo total del ejecutar el proyecto hoy, por lo que se concluye que es totalmente viable.

Una vez calculados los costos del montaje del sistema de gestión, se hace en apoyo con el área financiera la estimación del costo relacionado con el mantenimiento y la operación del sistema que sería de unos \$34.663.548 anuales, éste monto está dado entre otras cosas por concepto de nómina del profesional a cargo del sistema (Ingeniero Industrial), papelería, mantenimiento de equipos y auditoría. Dada esta información se procede con el cálculo de la razón beneficio costo:

$$\text{Beneficio/Costo} = B - CB + CMyO$$

B: Beneficio

CB: Contra beneficio o beneficio negativo

C: Costo

CMyO: Costo de mantenimiento y operación

$$\text{Entonces } B/C = 600.000.000 - 0 / 66.862.660,33 + 34.663.548 = 5.90$$

Como el resultado es significativamente mayor que 1 del proyecto decimos que es económicamente viable.

Además, se obtendrá mayores ingresos por concepto de venta de servicios referenciados en la *Tabla 8* esto debido a que se conseguirá un mayor número de pacientes atendidos, mayor utilización de los recursos y disminución en los costos de no calidad, como también de:

- ✓ Imagen corporativa sinónimo de calidad y buenas practicas
- ✓ Niveles de satisfacción altos
- ✓ Talento Humano cualificado
- ✓ Eficacia y eficiencia en el cumplimiento de metas estratégicas, política de calidad y mejora continua
- ✓ Amplia demanda de contratos de prestación de servicios de salud por parte de las EAPB.
- ✓ Mejoras de la infraestructura física
- ✓ Prestación de servicios de salud con calidad sentido humano

8. CONCLUSIONES

Relativas al primer objetivo

- Los mapas de procesos estructurados claramente constituyen una herramienta importante en la comprensión de las funciones que se realizan y en la búsqueda de mejores formas de relacionar el flujo entre ellos, con la información que brindan se puede incluso hacer redistribuciones de oficinas, recursos y equipos.
- Cuando una entidad toma la decisión de prepararse para la acreditación debe considerar la integración de los pilares que le conducen a tal fin, esto es, no regirse únicamente por los lineamientos de la norma, sino integrar todos los requerimientos presentes, incluso los internacionales, para el caso de éste proyecto fue de mucha utilidad crear un documento que integrara los estándares de calidad, con el MECI y La GP-1000 ya que facilitó la implementación de los mismos a cada proceso optimizado a través de la documentación y los indicadores de gestión, valorando también la ayuda de la experiencia que pudo aportar la información proveniente de algunas entidades acreditadas

Relativas al segundo objetivo

- Aplicando la herramienta de evaluación para detectar los puntos clave de la gestión realizada por los líderes de los procesos, se notó cierto grado abstención o incomodidad por parte de los encuestados dado que algunos de ellos sostenían que su respuesta podría ser causante de represarías por parte de la dirección. Con el fin de no generar impacto en la consecución de datos reales, se realizó una breve charla introductoria resultado en el establecimiento de una conversación a fondo que permitiera recolectar la mayor y más real posible información sobre la gestión actual.

Relativas al tercer objetivo

- la documentación de los procedimientos, fue un aporte valioso que generó confianza a en la ejecución de las labores, sobre todo al personal con reciente vinculación al Hospital San Juan de Dios aunque cabe resaltar que un proceso de documentación de procedimientos para el sistema de gestión requiere de la colaboración activa de todos sus actores, ya que si alguno de ellos se abstiene, el proceso se vuelve largo y lento, nadie conoce mejor lo que se hace, que las personas que llevan años realizando una esa misma labor.

Relativas al cuarto objetivo

- La creación de indicadores de gestión es quizá la parte más complicada de la optimización de procesos dado que aun sabiendo que se quiere medir, hay que identificar si se cuenta con los registros específicos, su ubicación y administradores que brinden la información suficiente para alimentarlos y que los resultados arrojados por el indicador se puedan analizar enmarcados en parámetros de eficiencia, eficacia o efectividad.
- Crear cada una de las propuestas de mejora que se contemplan en éste trabajo no solo necesitó de la observación directa, sino también de la socialización de lo identificado como situación problema con las personas implicadas en cada proceso e incluso propuestas no pudieron ser presentadas aquí dado que requerían de los resultados futuros arrojados por los indicadores diseñados como parte final de éste trabajo y que por lo tanto suponían una limitante porque no se contaba con ellos como soporte.
- Tan solo con el diseño y la documentación los procesos aquí mencionados y su participación en el sistema integrado de gestión vemos que los beneficios superan a los costos de implementar un proceso que conlleve a la acreditación de calidad.
- En la ESE Hospital San Juan de Dios es posible orientar a las personas para que fueran capaces de identificar acciones propias del ciclo PHVA, este nuevo conocimiento será sin duda un paso más en el objeto de poner en marcha un sistema de gestión eficiente.
- La acreditación en calidad es más que un documento meta, las organizaciones deben apropiarse de la acreditación como un proceso estratégico de gestión cuyo fin es lograr mantener en el tiempo la prestación de servicios que satisfagan a sus clientes.

9. RECOMENDACIONES

- Preparar los procesos de acreditación de la fase siguiente haciendo sobre estimaciones de tiempo y marcar en los cronogramas aquellos días o meses en que por factores diversos pudiera haber holguras y absorber pérdidas de tiempo por indisponibilidad de recursos o similares.
- Trasladar la ya tomada decisión de acreditarse a absolutamente todas las áreas de la organización, a través de reuniones, tertulias o carteleras y tener disposición de escuchar la retroalimentación de las mismas. Todos deben saber que la entidad está inmersa en una misión de la cual tienen parte importante de la responsabilidad para que el sistema completo funcione.
- Repetir las acciones realizadas para lograr la acreditación con el fin de mantener las metas alcanzadas antes y después de acreditarse, ya que los certificados tienen fecha de caducidad así que desperdiciar los beneficios alcanzados sería una pérdida de tiempo, recursos y esfuerzo.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. [Citado el día 18 de septiembre del 2015] disponible en < <http://www.acreditacionensalud.org.co/acreditacion.php?IdSub=117&IdCat=29> >
2. [Citado el día 19 de septiembre del 2015] disponible en < <http://www.tiqal.com/index.php/sistemas-de-gestion/70-ntcgp-1000> >
3. [Citado el día 18 de septiembre del 2015] disponible en < <http://www.acreditacionensalud.org.co/acreditacion.php?IdSub=115&IdCat=29> >
4. [Citado el día 20 de septiembre del 2015] disponible en < www.ehowenespanol.com>
5. Revista Normas y Calidad N°85, Impacto de la Acreditación en Salud en Colombia, Dr Carlos Edgar Rodríguez H. Md Magister Bioética, Director Acreditación en Salud ICONTEC, Pag 1, cerodriguez@icontec.org
6. [Citado el día 15 de noviembre del 2015] disponible en < www.ktronix.com/pc-all-in-one-lenovo-c260-pentiumr-b-ii>
7. [Citado el día 15 de noviembre del 2015] disponible en < www.ktronix.com/multifuncional-hp-8610-obsequio>
8. [Citado el día 15 de noviembre del 2015] disponible en < www.ktronix.com/escritorio-practimac-siena-v4-wengue-nuez-pm30012we-nu>