

**DISEÑO Y DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS PARA EL  
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN 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)  
JAIDER JOSÉ OVALLE MELO**

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



**UNIVERSIDAD DE PAMPLONA  
PAMPLONA, Diciembre 2015**

**DISEÑO Y DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS PARA EL  
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN 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) JAIDER JOSÉ OVALLE MELO**

**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 2015**

## Dedicatoria

Este trabajo va dedicado primeramente a Dios, a mi mamá, mi papá, a mis amigos, compañeros, profesores y demás personas que de una u otra forma me ayudaron en mi vida.

## **AGRADECIMIENTOS**

Mis agradecimientos en este trabajo son para mis profesores y compañeros universitarios, mi tutor y mis jurados, así como al programa de ingeniería industrial y mi universidad de pamplona.

## TABLA DE CONTENIDO

1. Resumen .....	9
1.1 Información General de la Tesis .....	10
1.2 Palabras Claves .....	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 NTCGP: 1000 .....	15
4.2 MECI .....	15
4.3 Sistema Integrado de Gestión. ....	16
5. ESTADO DEL ARTE .....	16
6. METODOLOGIA .....	20
6.1 FASES DE LA INVESTIGACIÓN, CRONOGRAMA Y DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES .....	20
6.1.1 Fases de la Investigación .....	20
6.1.2 Cronograma y Descripción de Fases .....	21
7. RESULTADOS .....	24
7.1 FASE 1: DISEÑO DE UNA PARTE DE LA ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE GESTIÓN: .....	24
7.1.1 Mapa de Procesos Rediseñado: .....	24
7.1.2 Designación de Procesos a Documentar e Integración de la NTCGP: 1000 y MECI .....	24
7.2 FASE 2: ANALISIS DE LA GESTIÓN DE LA ORGANIZACIÓN. ....	24
7.2.1 Realización de la encuesta: .....	24
7.2.2 Consolidación y Análisis de Datos: .....	24
7.2.3 Examinación del grado de satisfacción de los Usuarios: .....	25
7.3 FASE 3: DOCUMENTACIÓN. ....	25
7.3.1 Documentación: .....	25
7.3.2 Caracterizaciones: .....	26
7.3.3 Indicadores de Gestión: .....	26

7.4 FASE 4: PROPUESTAS DE MEJORAMIENTO Y RELACIÓN COSTO/BENEFICIO.....	27
7.4.1 Propuestas de Mejoramiento con Relación Costo/Beneficio:.....	27
7.4.1.1 <i>Compra de una nueva máquina para la toma de Radiografías:...</i>	27
7.4.1.2 <i>No aceptación de Donación de Medicamentos y Utensilios Médicos:.....</i>	27
7.4.1.3 <i>Habilitación de la sala de Mamografía:.....</i>	28
7.4.1.4 <i>.Comprar más sillas para las Salas de Espera:.....</i>	28
7.4.2 Relación costo/beneficio del proyecto:.....	29
7.4.2.1 <i>Costos.....</i>	29
7.4.2.2 <i>Beneficios.....</i>	30
8. CONCLUSIONES.....	32
9. RECOMENDACIONES.....	33
10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	34
11. ANEXOS.....	35

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Cronograma y descripción de Fases .....	21
Tabla 2 Encuestas Usuarios .....	25
Tabla 3 Costos.....	29
Tabla 4 Recaudos .....	29

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Participación de los Procesos.....	30
---	----



## 1. RESUMEN

El gobierno de Colombia a través del departamento administrativo de la función pública (DAFP) la cual es la entidad estratégica, técnica y transversal del Gobierno Nacional que contribuye al bienestar de los colombianos mediante el mejoramiento continuo de la gestión de los servidores públicos y las instituciones en todo el territorio nacional <sup>1</sup>, busca mejorar las condiciones de los entes que hacen parte de este sector, por lo tanto ha generado estándares de calidad que deben ser cumplidos a cabalidad por todas las entidades que estén bajo el control de él.

Gracias a las exigencias realizadas por el DAFP mediante la emisión de requisitos de funcionamiento, todo el territorio nacional debe velar por su implementación y ejecución, y ese es el caso de la E.S.E Hospital San Juan de Dios de la ciudad de Pamplona, la cual busca ser acreditada por el Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC) en el Modelo Estándar de Control Interno (MECI) y la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública (NTCGP: 1000).

El objetivo de este proyecto es realizar el diseño y la documentación de cuatro procesos que se llevan a cabo en la entidad, los cuales son Apoyo Diagnóstico, Complementación Terapéutica, Gestión Ambiente Físico y Mejora Continua. Estos a su vez están articulados por distintos procedimientos, a los cuales es necesario hacerles descripciones, asignaciones, relación de formatos, manuales, guías, protocolos, etc. y así mismo sus respectivos flujogramas, todo esto encaminado en los principios de la entidad. A estos procesos es necesario realizarles las caracterizaciones según el ciclo PHVA. Todas estas actividades son necesarias para que ésta pueda ser certificada y así mismo poder tener una mejor atención y satisfacción de los usuarios.

Para llevar a cabo la finalidad del proyecto se hace necesario plantear las tareas a realizar mediante una serie de objetivos específicos, los cuales están enfocados al cumplimiento de todos los procedimientos que están integrados en los procesos a diseñar y documentar. Todas las actividades involucradas en ellos se deben ordenar de tal manera que se pueda cumplir con los lineamientos establecidos en las normativas aplicadas en las entidades de orden público en el país.

## 1.1 INFORMACIÓN GENERAL DE LA TESIS

Título: DISEÑO Y DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS PARA EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN 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: <b>Jaidier José Ovalle Melo</b>				C.C. : 1.118.845.283			
FIRMA:							
E-mail: ing.jaiderovalle@hotmail.com				Teléfono: 3155592830			
<b>Lugar de Ejecución del Proyecto:</b> E.S.E Hospital San Juan de Dios de Pamplona- Norte de Santander							
<b>Duración de Proyecto (en meses):</b> 4 Meses							
<b>Modalidad: Practica Empresarial</b>							
Investigación		Pasantía Investigación		Práctica Empresarial	X	Diplomado	

## 1.2 PALABRAS CLAVES

PROCEDIMIENTO, DOCUMENTACIÓN, CALIDAD, CONTROL, PROCESO, DISEÑO.

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACION

De acuerdo con la Ley 1122 de 2007 la salud pública está constituida por un conjunto de políticas que busca garantizar de manera integrada, la salud de la población por medio de acciones dirigidas tanto de manera individual como colectiva ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad<sup>2</sup>.

El ministerio de salud y protección social es el ente nacional encargado de velar por la salud de los colombianos, y por lo tanto el gobierno nacional gracias al departamento administrativo de la función pública (DAFP) orienta a estas entidades prestadoras de un servicio público en la generación de atención con calidad a sus usuarios, por esto exige el cumplimiento de unos requisitos de funcionamiento en todas las áreas que las conforman. Uno de estos requisitos son cumplir a cabalidad el MECI y la NTCGP: 1000.

La E.S.E Hospital san Juan de Dios Pamplona en la actualidad tiene distintos problemas tanto en su parte asistencial como en su parte administrativa. Los retrasos son uno de los más importantes, en la parte asistencial las salas de espera están llenas todo el tiempo, se supera su capacidad y se observan usuarios en los pasillos, los tiempos de atención se prolongan mucho más de lo necesario y por ello evacuar a los usuarios diariamente se vuelve un problema que desgasta día a día el recurso humano de la entidad. Así mismo existen dificultades para identificar riesgos, hay cambios inesperados, no hay orden en los formatos de documentos, etc.

En la búsqueda de solucionar el sinnúmero de inconvenientes que se presentan, la E.S.E pretende comenzar un proceso de acreditación en salud que garantice la atención integral y así de esta manera resolver todo aquel impedimento de un desarrollo ordenado y coherente de los procesos que involucra la entidad en su objetivo general, el cual es atender a la provincia con un servicio de calidad y sentido humano.

La entidad no tiene actualmente ninguno de sus procesos documentados, no hay caracterizaciones, indicadores de gestión que involucren en su totalidad las áreas funcionales, los procedimientos no cuentan con soporte al igual que los manuales y guías, etc. La idea de este proyecto es comenzar a construir la estructura documental de los procesos que tiene el hospital.

Este proyecto se realiza con el fin de dejar diseñados y documentados los procesos de Apoyo Diagnóstico, Complementación Terapéutica, Ambiente Físico y Mejora Continua, los cuales son esenciales en el proceso de certificación en NTCGP: 1000 y MECI 2014 que lleva a cabo la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Pamplona. Se pretende dejar el soporte documental de estos con sus respectivos procedimientos argumentados y relacionados con los formatos, guías, protocolos, instructivos, etc.

Así mismo caracterizar los procesos según el ciclo PHVA para su implementación, evaluación y seguimiento por parte de la entidad. La certificación por parte de ICONTEC (Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación) es la meta a corto plazo que tiene el Hospital, y por lo tanto es necesario el desarrollo de este proyecto. Esta certificación le permitirá a la E.S.E obtener altos estándares de calidad ya sea en su parte asistencial y en su parte administrativa, lo cual lo posesionará como uno de los establecimientos de salud con atención integrada en todos sus servicios. Además el visto bueno por parte de ICONTEC con su certificación fortalece aún más la misión y visión que tiene la E.S.E.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Diseñar la Documentación de los Procesos de Apoyo Diagnostico, Complementación Terapéutica, Ambiente Físico y Mejora Continua de la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Pamplona, cumpliendo los requisitos legales de las normas NTCGP: 1000 2009 y MECI 2014 , con el fin de que se generen propuestas que den paso al cumplimiento de los patrones de acreditación en salud.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- ✓ Diseñar parte de la estructura del sistema de gestión: Mapa de procesos e integración de las normas MECI 2014 y NTCGP: 1000 2009.
- ✓ Analizar la gestión de la E.S.E Hospital San Juan de Dios Pamplona mediante la realización de un diagnóstico de la situación actual.
- ✓ Documentar los procesos y procedimientos de forma objetiva midiendo y optimizando su operación.
- ✓ Construir una propuesta de mejora basada en las dificultades encontradas en la aplicación del sistema de gestión que integre de manera organizada las áreas funcionales, así mismo determinando la relación costo/beneficio que evidencie la aplicación de las normas en la empresa social del estado E.S.E Hospital San Juan de Dios.

#### 4. MARCO TEORICO

El Departamento Administrativo de Presidencia de la República es la máxima autoridad del país, el cual fue creado mediante la Ley 3ª de 1898 y reestructurado mediante el Decreto 3443 de 2010, Decreto 3444 de 2010, el Decreto 3445 de 2010, el Decreto 4679 de 2010, el Decreto 123 de 2011 y el Decreto 1649 de 2014.

La Ley 55 de 1990, dispone que el Departamento Administrativo de la Presidencia de la República, tenga una naturaleza especial y le establece las funciones, objeto y principios de la organización, por lo que cuenta con una estructura y nomenclatura de sus dependencias y empleos acorde con la misma. Tiene regímenes especiales en materia presupuestal, fiscal, administrativa, contractual, salarial y prestacional, para cumplir con el objeto y funciones asignadas <sup>3</sup>. Esta deroga funciones a los ministerios y así estos siguen derogando hasta llegar a las entidades municipales. Para las funciones necesarias en el desarrollo de este proyecto el ente encargado de velar por la buena función de la salud en Colombia es El Ministerio de Salud y Protección Social, el cual es uno de los dieciséis ministerios del poder ejecutivo de Colombia en 2013. Es un ente regulador que determina normas y directrices en materia de temas de salud pública, asistencia social, población en riesgo y pobreza <sup>4</sup>.

Con la Resolución 4110 de 2012 se define la misión, visión y política del Sistema Integrado de Gestión Institucional del Ministerio de Salud y Protección Social. Definiendo que el ministerio de salud tiene como misión dirigir el sistema de salud y protección social en salud, a través de políticas de promoción de la salud, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad y el aseguramiento, así como la coordinación intersectorial para el desarrollo de políticas sobre los determinantes en salud; bajo los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, equidad, sostenibilidad y calidad, con el fin de contribuir al mejoramiento de la salud de los habitantes de Colombia <sup>5</sup>.

La entidad que directamente necesita del desarrollo en su totalidad del proyecto es La empresa social del Estado Hospital san Juan de Dios de Pamplona, la cual es una institución del II nivel de complejidad que brinda servicios de salud óptimos, con calidad humana y tecnológica en el marco de la legislación del país y del compromiso social que nos alienta, orientados hacia la promoción de salud, Prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, a través de la aplicación de la tecnología adecuada, la participación comunitaria y la coordinación interinstitucional e intersectorial. Como equipo puede dar a los demás lo mejor de ellos, por eso busca permanentemente la oportunidad de crecer en forma integral como personas y como empresa, para así lograr una mayor rentabilidad social y económica <sup>6</sup>.

#### **4.1 NTCGP: 1000**

La certificación NTCGP 1000 le permite a las entidades del Estado de la Rama Ejecutiva del Poder Público 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. Esta, 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. En cumplimiento de lo establecido en el artículo 6º de la Ley 872 de 2003, esta norma establece los requisitos para la implementación de un sistema de gestión de la calidad aplicable a la rama ejecutiva del poder público y otras entidades prestadoras de servicios. Esta norma está dirigida a todas las entidades, y tiene como propósito mejorar su desempeño y su capacidad de proporcionar productos y/o servicios que respondan a las necesidades y expectativas de sus clientes. La orientación de esta norma promueve la adopción de un enfoque basado en los procesos, el cual consiste en identificar y gestionar, de manera eficaz, numerosas actividades relacionadas entre sí. Una ventaja de este enfoque es el control continuo que proporciona sobre los vínculos entre los procesos individuales que hacen <sup>8</sup>.

La E.S.E busca implementar un sistema integrado de gestión y control, el cual es un conjunto de actividades mutuamente relacionadas que tienen por objetivo orientar y fortalecer la gestión, dar dirección, articular y alinear conjuntamente los requisitos de los Subsistemas que lo componen (Gestión de Calidad, Modelo Estándar de Control Interno, Gestión Ambiental, Gestión de Desarrollo Administrativo, entre otros).

#### **4.2 MECI.**

El MECI proporciona la estructura básica para evaluar la estrategia, la gestión y los propios mecanismos de evaluación del proceso administrativo, y aunque promueve una estructura uniforme, puede ser adaptado a las necesidades específicas de cada entidad, a sus objetivos, estructura, tamaño, procesos y servicios que suministran.

Además concibe el Control Interno como un conjunto de elementos interrelacionados, donde intervienen todos los servidores de la entidad, como responsables del control en el ejercicio de sus actividades; busca garantizar razonablemente el cumplimiento de los objetivos institucionales y la contribución de éstos a los fines esenciales del Estado; a su vez, persigue la coordinación de las acciones, la fluidez de la información y comunicación, anticipando y corrigiendo, de manera oportuna, las debilidades que se presentan en el quehacer institucional <sup>7</sup>.

### **4.3 SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN.**

El Sistema Integrado de Gestión – SIG sirve para lograr la satisfacción de las necesidades, expectativas y requisitos de los clientes, partes interesadas, usuarios, comunidad, beneficiarios o destinatarios del servicio, dado que las dos normas que lo integran (MECI 1000:2014 y NTCGP 1000:2009) tienen elementos comunes que al ser ejecutados de manera organizada y coordinada con procesos de mejoramiento continuo, ayudan no solo a alcanzar los objetivos específicos de cada Sistema, sino a cumplir la obligación legal de su implementación <sup>9</sup>.

## **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 incremente 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 <sup>10</sup>.

## **6. METODOLOGIA**

La metodología del proyecto es Descriptiva-Cualitativa ya que se van a describir los procedimientos y actividades que hacen parte de los distintos procesos con el fin de obtener todos los contextos que permiten la modificación, reconstrucción o anulación de sus diversos componentes. Además se integran sus conceptos y se unifican las finalidades de ellos. La investigación descriptiva consiste en llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas. Su meta no se limita a la recolección de datos, sino a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables. Los investigadores no son meros tabuladores, sino que recogen los datos sobre la base de una hipótesis o teoría, exponen y resumen la información de manera cuidadosa y luego analizan minuciosamente los resultados, a fin de extraer generalizaciones significativas que contribuyan al conocimiento <sup>11</sup>.

Para LeCompte (1995), la investigación cualitativa podría entenderse como “una categoría de diseños de investigación que extraen descripciones a partir de observaciones que adoptan la forma de entrevistas, narraciones, notas de campo, grabaciones, transcripciones de audio y vídeo cassettes, registros escritos de todo tipo, fotografías o películas y artefactos”. La mayor parte de los estudios cualitativos están preocupados por el entorno de los acontecimientos, y centran su indagación en aquellos Contextos naturales, o tomados tal y como se encuentran, más que reconstruidos o modificados por el investigador, en los que los seres humanos se implican e interesan, evalúan y experimentan directamente <sup>12</sup>.

### **6.1 FASES DE LA INVESTIGACIÓN, CRONOGRAMA Y DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES**

#### **6.1.1 Fases de la Investigación.**

Para el cumplimiento de los objetivos de este proyecto fue necesario desempeñar a cabalidad el cronograma de actividades, para así de esta manera poder documentar los diferentes procedimientos que integran los procesos en mención y por consiguiente cometer efectivamente con el Sistema integrado de Gestión y Control basado en MECI y la NTCGP:1000.

## 6.1.2 Cronograma y Descripción de Fases

Tabla 1 Cronograma y descripción de Fases

No .	FASES	SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	<b>FASE 1</b>																
	1. Rediseño del Mapa de Procesos																
	2. Designación de los Procesos a Documentar																
2	<b>FASE 2</b>																
	1. Aplicación de Encuestas																
	2. Análisis de Datos																
	3. Examinación del grado de satisfacción de los clientes																
3	<b>FASE 3</b>																
	1. Documentación del Proceso Apoyo Diagnóstico																
	2. Documentación del Proceso Complementación Terapéutica																
	3. Documentación del Proceso Gestión Ambiente Físico																
No .	ACTIVIDAD	SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
	4. Documentación del Proceso Mejora Continua																
	5. Realización de las caracterizaciones de los procesos según el ciclo PHVA.																
	6. Diseño de indicadores de gestión																
4	<b>FASE 4</b>																
	1. Diseño de Propuestas de Mejoramiento																
	2. Determinación de la Relación Costo/Beneficio del proyecto																

### **6.1.3 Descripción de Actividades**

#### **6.1.3.1 Fase 1: Diseño de una parte de la Estructura del Sistema de Gestión**

1. Se solicitará reunión con los subdirectores, líderes y demás empleados con el fin de socializar los diferentes procedimientos que actualmente se llevan a cabo dentro de la E.S.E, y así rediseñar el mapa de procesos.
2. Se realizará una reunión en la cual se socializarán las normativas de gestión y control (NTCGP: 1000 y MECI), se determinarán las similitudes existentes entre las dos, y se definirán los alcances que se tienen con la implementación del sistema integrado de gestión. Se definirán los procedimientos que integrarán los diferentes procesos llevados a cabo en la E.S.E, se realizará la asignación de documentadores y líderes por área.

#### **6.1.3.2 Fase 2: Análisis de la gestión de la E.S.E**

1. Mediante la aplicación de encuestas se determinará la situación actual de la documentación, los conocimientos y aplicación de los procesos que se abarcan en el proyecto, y de esta manera comprobar la necesidad de aplicación del SIGC.
2. Se hará la consolidación y análisis de los datos arrojados por la encuesta para la determinación de las condiciones actuales.
3. Se solicitará información en la oficina del SIAU (Sistema de Información y Atención al Usuario) acerca de las encuestas realizadas a los clientes y se examinarán los grados de satisfacción de estos.

#### **6.1.3.3 Fase 3: Documentación de los Procesos**

1. Se realizará la documentación del proceso de Apoyo Diagnostico, se solicitarán citas con los encargados de los procedimientos, se revisará si existe documentación, de no haber se comenzarán a levantar estos procedimientos definiendo sus objetivos, responsables, contenido, marco legal, etc. Se solicitarán los formatos, manuales, guías, protocolos y demás documentos utilizados en el desarrollo del procedimiento, y se verificarán los puntos de la norma con los cuales cumple. Todo esto con el fin de potencializar la atención y así beneficiar a la población con un mejor servicio.
2. Se realizará la documentación del proceso de Complementación Terapéutica, se solicitarán citas con los encargados de los procedimientos, se revisará si existe documentación, de no haber se comenzarán a levantar estos procedimientos definiendo sus objetivos, responsables, contenido, marco legal, etc. Se solicitarán los formatos, manuales, guías, protocolos y demás documentos utilizados en el desarrollo del procedimiento, y se verificarán los puntos de la norma con los cuales cumple. Todo esto con el fin de potencializar la atención y así beneficiar a la población con un mejor servicio.

3. Se hará la documentación del proceso de Gestión Ambiente Físico, se solicitarán citas con los encargados de los procedimientos, se revisará si existe documentación, de no haber se comenzarán a levantar estos procedimientos definiendo sus objetivos, responsables, contenido, marco legal, etc. Se solicitarán los formatos, manuales, guías, protocolos y demás documentos utilizados en el desarrollo del procedimiento, y se verificarán los puntos de la norma con los cuales cumple. Todo esto con el fin de brindar a los usuarios mejores condiciones de seguridad en la atención.
4. Se realizará la documentación del proceso de Mejora Continua, se solicitarán citas con los encargados de los procedimientos, se revisará si existe documentación, de no haber se comenzarán a levantar estos procedimientos definiendo sus objetivos, responsables, contenido, marco legal, etc. Se solicitarán los formatos, manuales, guías, protocolos y demás documentos utilizados en el desarrollo del procedimiento, y se verificarán los puntos de la norma con los cuales cumple. Todo esto con el fin de determinar riesgos a los cuales pueden estar expuestos los usuarios, definir aquellos mecanismos que permitan minimizar estos riesgos y se puedan generar planes de mejoramiento, auditorias y programas que beneficien a la población con un mejor servicio.
5. Una vez terminada toda la documentación de los diferentes procedimientos de cada uno de los procesos, se procederá a la caracterización de ellos, integrando dichos procedimientos y definiendo actividades según el ciclo PHVA.
6. Luego de haber terminado toda la documentación y caracterización de los procesos se procederá a la creación de indicadores que permitan determinar y medir la eficiencia, eficacia y efectividad de cada uno de ellos y así verificar que todas las actividades vayan encaminadas a la certificación en salud.

#### 6.1.3.4 Fase 4: Propuestas de Mejoramiento y Relación Costo/Beneficio

1. Se diseñarán propuestas de mejoramiento dependiendo de cada uno de los inconvenientes o dificultades encontradas al momento de iniciar con el levantamiento de la documentación en cada uno de los procesos, se asignaran los costos de estas mejoras y así mismo el beneficio que traerían si llegasen a implementarse.
2. Se realizará la relación del costo/beneficio que se genera con el proyecto definiendo claramente lo tenido en cuenta durante su ejecución. Además de aquellas variaciones presupuestales, de recurso físico, humano e infraestructura que se generarían con la implementación o no implementación del sistema de gestión.

## 7. RESULTADOS

### 7.1 FASE 1: DISEÑO DE UNA PARTE DE LA ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE GESTIÓN:

#### 7.1.1 Mapa de Procesos Rediseñado:

Se obtuvo el mapa de procesos rediseñado con la definición clara del orden en el cual se realizan los procedimientos, así como los líderes de cada proceso (**Ver Anexo 1**). Además se logró rediseñar la estructura de este mapa, precisando de forma clara los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación que actualmente hacen parte de él y que son de vital importancia para mejorar la atención de los usuarios y de esta manera satisfacer sus necesidades (**Ver Anexo 2**).

#### 7.1.2 Designación de Procesos a Documentar e Integración de la NTCGP: 1000 y MECI

Se socializaron las normas, se determinaron las similitudes que estas presentan, se definieron los alcances del sistema de gestión, se puntualizaron los procesos y procedimientos a documentar así como los líderes por áreas encargados de colaborar con el levantamiento de la estructura documental. Se dejaron claros los compromisos encaminados al cumplimiento de las normativas exigidas, así como el respeto de las necesidades de los clientes y la búsqueda de la satisfacción de ellas con servicios de alta calidad y sentido humano.

### 7.2 FASE 2: ANALISIS DE LA GESTIÓN DE LA ORGANIZACIÓN.

#### 7.2.1 Realización de la encuesta:

Mediante la aplicación de la encuesta se obtuvo el diagnóstico de la situación que se presentaba en la E.S.E Hospital San Juan de Dios Pamplona, se determinó el grado de conocimiento que presentaban los empleados acerca de lo que es un Sistema Integrado de Gestión y Control, el manejo de documentos que facilitan la prestación de los servicios, el compromiso por parte de ellos en la búsqueda de la certificación en calidad, así como otros puntos fundamentales en este diagnóstico.

#### 7.2.2 Consolidación y Análisis de Datos:

Se realizó el análisis de la encuesta, permitiendo así tener el diagnóstico de la situación que se presentaba en la E.S.E dando así una idea clara acerca de los conocimientos y compromiso del personal con la implementación de un sistema de gestión. Los resultados emanados de estas encuestas y el posterior análisis se encuentran descritas en el **Anexo 3**.



### 7.2.3 Examinación del grado de satisfacción de los Usuarios:

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 usuario, que además divide por áreas de servicio la cuantificación de los pacientes atendidos. **Anexo 4.**

Se extrajo entonces la información a estudiar 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 2 Encuestas Usuarios**

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

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.

## 7.3 FASE 3: DOCUMENTACIÓN.

### 7.3.1 Documentación:

Se obtuvo la documentación de cada uno de los procedimientos que constituyen los procesos de Apoyo Diagnostico, Complementación Terapéutica, Mejora Continua y Gestión Ambiente Físico de E.S.E, así como los formatos, manuales, guías, protocolos e instructivos que son de elemental uso a la hora de llevar a cabo cada una de estos. La documentación de estos procedimientos se plasmó en una plantilla, en la cual se constituían los objetivos, alcance, responsables, condiciones generales, entre otros, pero fundamentalmente en el contenido de identificaban las actividades que son el eje esencial de estos, y en las cuales se describe de forma clara y concisa la manera o la forma como se desarrollan. Toda la documentación emanada se presenta en el **Anexo 5** (Carpeta).

### 7.3.2 Caracterizaciones:

Luego de haber levantado todos los procedimientos y haber relacionado sus formatos, manuales, guías, etc. Se procedió a la realización de las caracterizaciones de cada uno de los procesos en mención según el ciclo PHVA, modificando el formato que existía en la E.S.E (**Ver Anexo 6**) por uno que permite la comprensión clara de sus entradas, actividades, salidas, marco legal, indicadores, etc. (**Ver Anexo 7**). Caracterizaciones.

### 7.3.3 Indicadores de Gestión:

Una vez terminada toda la estructura documental, se procedió a la creación de indicadores de cada proceso, los cuales permiten la medición del cumplimiento de los objetivos del sistema de gestión, el desempeño y resultados de la implementación de este. (**Ver Anexo 8**).

## 7.4 FASE 4: PROPUESTAS DE MEJORAMIENTO Y RELACIÓN COSTO/BENEFICIO

En el desarrollo del proyecto se identificaron las dificultades que se presentaban en cada una de las dependencias a las cuales se le realizó el levantamiento de la estructura documental, se analizaron y generaron propuestas de mejoramiento relacionando su costo y su beneficio, buscando una mejor atención de los usuarios y motivación en el personal asistencial.

### 7.4.1 Propuestas de Mejoramiento con Relación Costo/Beneficio:

#### 7.4.1.1 *Compra de una nueva máquina para la toma de Radiografías:*

Se propone la compra de una nueva máquina para la toma de imágenes diagnósticas, ya que actualmente el hospital cuenta con dispositivos portátiles que ponen en riesgo la salud del personal que atiende el área de rayos x, debido a que estos se están exponiendo directamente a la radiación emitida por estos equipos, debido a que tienen que tomar la imagen directamente en la máquina y no aislado en un cuarto recubierto de plomo como debería ser, y gracias a la frecuencia con que toman imágenes eleva altamente el riesgo de contraer cáncer y esto acarrearía demandas a futuro. La máquina sugerida es la jp-300 (300mA) marca nova con un costo promedio de 6.000 U.S que con el costo del dólar actualmente (\$3.047,31 TRM) el precio en pesos sería de \$ 18.283.860, permitiendo así la disminución de la exposición a la radiación y supliendo la demanda de pacientes que actualmente superan la capacidad de los equipos portátiles.

#### 7.4.1.2 *No aceptación de Donación de Medicamentos y Utensilios Médicos:*

El hospital en la actualidad recibe medicamentos y utensilios médicos por medio de donaciones de entidades o de particulares, con esto se pretendía disminuir un poco el costo de estos, pero en realidad han causado todo lo contrario ya que la mayoría de estos medicamentos y utensilios que llegan lo hacen vencidos o dañados. Es por esto que se propone no aceptar estas donaciones ya que representan pérdidas económicas para la E.S.E debido a que los medicamentos y utensilios donados entran de forma gratuita al hospital pero al estar vencidos o dañados el hospital debe pagar por ellos para ser recolectados. Actualmente se tiene contrato con la empresa SANDESOL S.A E.S.P, la cual cobra \$ 1.800 pesos por cada kilogramo de químicos fármacos vencidos, \$ 5.000 por material corto punzante y el flete por cada viaje \$ 240.000 y el hospital mensualmente gracias a las donaciones incrementa el número de fármacos vencidos en 30 Kg, pasando de 60 Kg a 90 Kg en promedio, los cuales representan alrededor de \$ 852.000 mensuales, pero si se dejaran de recibir donaciones los costos disminuirían mensualmente \$ 204.000 y anualmente \$ 2.448.000. Por lo tanto sería válido considerar esta propuesta.

#### *7.4.1.3 Habilitación de la sala de Mamografía:*

Actualmente la E.S.E Hospital San Juan de Dios no tiene habilitada la sala de mamografía, por lo tanto no se realizan dentro de la entidad. La propuesta que se plantea es habilitar esta sala de imágenes Diagnosticas para ampliar las ventas, las cuales en 2014 fueron de \$ 2.082.872.796 y sabiendo que la demanda mensual de mamografías de 307 solicitudes aproximadamente según datos del área de Imágenes Diagnosticas, estas cifras al año son 3684 personas y según datos del departamento de calidad para el año 2014 se atendieron 125.500 usuarios, por lo tanto las solicitudes son el 2.94% del total de usuarios atendidos que a su vez representan \$ 61.236.460,2 pesos del total de ventas del 2014. De esta manera se representa económicamente la viabilidad de la habilitación de las mamografías, ya que están los equipos pero la sala debe ser mejor adecuada para la atención optima de los usuarios.

#### *7.4.1.4 .Comprar más sillas para las Salas de Espera:*

Dentro del hospital existen salas de espera que no cuentan con los suficientes asientos para los usuarios, por lo tanto se presentan represamientos en los pasillos de la entidad. Esto genera molestias en los pacientes, lo cual afecta directamente su sensación de satisfacción gracias a que no se sienten cómodos al momento de esperar su turno de atención. Es por eso que propongo se compren 10 sillas de 4 puestos para sala de espera para que así 40 usuarios más se sientan cómodos dentro de las instalaciones del hospital. La Silla Tándem Speed 4 puestos de Mublex Colombia tiene un costo de \$ 600.000 cada una, por lo tanto la inversión total sería de \$ 6.000.000, los cuales benefician diariamente a 40 usuarios y al año alrededor de 14.600 personas, lo cual evidencia que adquirir estas sillas es beneficioso para la E.S.E dentro de los objetivos principales que se tienen y es la satisfacción de los usuarios en todos los ámbitos.

## 7.4.2 Relación costo/beneficio del proyecto:

### 7.4.2.1 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 3 Costos

Detalle	Cantidad	Tiempo	Valor Unitario (IVA incluido)	Valor Total
Computador Lenovo all-in-one	3		\$ 1.479.000 <sup>13</sup>	\$ 4.437.000
Impresora Multifuncional HP	1		\$ 539.000 <sup>14</sup>	\$ 539.000
Escritorio	2		\$ 169.900 <sup>15</sup>	\$ 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 <sup>16</sup>	\$ 20.896.512
Contrato	1	8 Meses	\$ 5.000.000	\$ 40.000.000
<b>Total Costos</b>				<b>\$ 66.862.660,33</b>

Además si se consideran los siguientes datos aportados por la subdirección administrativa

**Presupuesto año 2015: \$ 12.000.000.000**

**Recaudo Año 2015: \$ 7.869.988.444**

Se puede hacer la siguiente tabla que representa la participación de cada concepto en el valor total del recaudo.

Tabla 4 Recaudos

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*

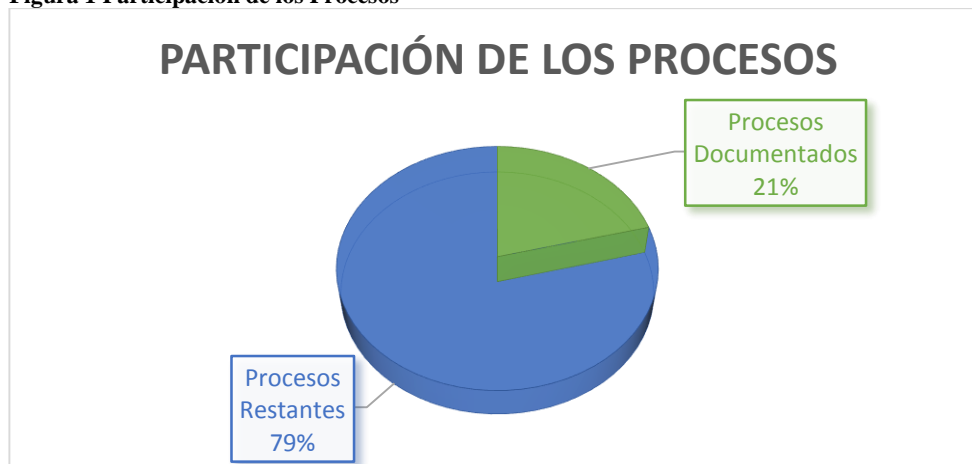
Cabe resaltar que el presupuesto que se pronostica para el año es basado en el total del recaudo. Se estimó que el recaudo equivale a un 65.58% del presupuesto.

#### 7.4.2.2 Beneficios

En la E.S.E hay un total de 19 procesos, donde la participación que tiene cada uno de ellos dentro del proceso de acreditación en salud es igual, ya que la importancia que tiene cada uno es fundamental para poder llegar a la certificación. Del total de los procesos que integran la entidad, con este proyecto se documentaron 4, equivalentes al 21% del total de ellos como se muestra en la figura F4-3.

Por lo tanto se puede determinar el beneficio que traería este proyecto de darse la certificación partiendo de la estimación anteriormente mencionada de un aumento pesimista del 5% en el presupuesto, monetariamente al tener el 21% de los procesos documentados dentro del aumento presupuestal este proyecto aportaría \$126.000.000. El costo del proyecto es de \$66.862.660,33 equivalentes al 53.06% de los beneficios que se aportarían y del total del aumento presupuestal sería el 11.14%.

Figura 1 Participación de los Procesos



Como ya se mencionó anteriormente los costos de este proyecto serán de \$ 66.862.660,33, los beneficios de \$ 600.000.000, los costos de mantenimiento y operación se estiman que serán de \$ 34.663.548, los cuales se encuentran distribuidos en los costos de papelería, mantenimiento de equipos, el sueldo de ingeniero industrial y la auditoría. Con esta información a continuación se calcula la razón beneficio costo del proyecto:

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

B: Beneficio

CB: Contra beneficio

C: Costos

CMyO: Costos de mantenimiento y Operación

Entonces  $B/C = 600.000.000 - 0 / 66.862.660,33 + 34.663.548 = 5.90$

Este resultado se puede representar como económicamente viable para el proyecto debido a que este es mayor que 1.

Los beneficios que se verán representados a través de la implementación de un sistema de gestión de calidad en el sector público para en la E.S.E serán:

- ❖ Aumento de incentivos económicos por parte del gobierno aumentando porcentualmente su presupuesto, teniendo mejores oportunidades de inversión y mejoramiento de infraestructura física.
- ❖ Junto con el área financiera de la E.S.E se estimó un aumento pesimista del 5% en el presupuesto, equivalente a \$600.000.000 si llegase a certificarse el Hospital, habría una ampliación de mercados, ya que las entidades contratarían en mayor medida con la E.S.E, obteniendo así mayores ingresos por concepto de venta de servicios referenciados en la *Tabla F4-2*, ya que se conseguirá un mayor número de pacientes atendidos, mayor utilización de los recursos y disminución en los costos de no calidad.
- ❖ Al ser una entidad certificada, el gobierno nacional ofrece beneficios a sus empleados, impulsando así la satisfacción de estos en su puesto de trabajo, motivándolos activamente con becas de estudio, reconocimientos a su labor, entre otros.
- ❖ Consolidación de nuevos proyectos, tales como ampliación de estructuras físicas, dotación de equipos, asistenciales, administrativa, tecnológica, etc. Permitiendo mayor y mejor atención a sus usuarios.
- ❖ Aumento porcentual en la satisfacción de los usuarios medidos por el SIAU, gracias a una mejor atención, esto debido al cumplimiento de los manuales, procedimientos, guías y demás documentos levantados durante el desarrollo del sistema de gestión.

## 8. CONCLUSIONES

*Según el primer objetivo.*

- ❖ La integración de las normas en el sistema de gestión potencializa la parte operativa del hospital tanto asistencial como administrativamente, brindando múltiples oportunidades de nuevas mejora continua, nuevos seguimientos de los procesos, mejores condiciones en el programa de seguridad del paciente, y así a los demás procesos.
- ❖ El rediseño del mapa de procesos con sus líderes por áreas permitió evidenciar la necesidad de orden jerárquico que existía dentro de la entidad, debido a que no estaban claras las funciones y responsabilidades que tenían cada una de las áreas funcionales.

*Según el segundo objetivo.*

- ❖ El personal observa muchas dificultades a la hora de cumplir a cabalidad con sus funciones, esto debido a la deficiente distribución de tareas y a la no vigilancia activa de un líder por área.
- ❖ Dentro del diagnóstico realizado se evidenciaron ciertas brechas entre jefes y subalternos, debido a que muchos no tienen el contacto necesario con enfermeras, terapeutas, etc.

*Según el tercer objetivo.*

- ❖ Los procesos mencionados en este proyecto son eje fundamental para la E.S.E, ya que estos están directamente unidos a los usuarios, son de entero contacto humano, vigilan su seguridad, su satisfacción, su evaluación y sobre todo su recuperación.
- ❖ La estructura documental que se levantó con la ejecución de este proyecto es pieza fundamental en el fortalecimiento de los estándares de calidad que son exigidos en la entidad para poder tener la certificación .Todas las disposiciones expuestas acá ayudan en el desarrollo operativo de la E.S.E. y propenden al crecimiento activo de la misión y visión que tiene el hospital.

*Según el cuarto objetivo.*

- ❖ La E.S.E Hospital San Juan de Dios Pamplona avanza poco a poco en la acreditación como entidad con una atención de calidad, permitiéndole ser ejemplo de constancia y lucha, todo basado en la satisfacción de las necesidades de la población que hace parte de la provincia de pamplona.
- ❖ Se hace necesario tener en cuenta las propuestas realizadas, ya que su intención es ayudar en el desarrollo adecuado de las actividades que hacen parte de los procedimientos y procesos documentados.



## 9. RECOMENDACIONES

- ❖ En el área de rayos x, la demanda de usuarios supera la capacidad de los equipos, es por esto que se recomienda la compra de nuevos equipos que permitan suplir estos inconvenientes y así hacer más eficiente el servicio y aumentar la satisfacción de los clientes.
- ❖ Actualmente el organigrama del hospital deja muchos temas sueltos, por lo tanto no existe una distribución clara de tareas dentro de los trabajadores, es por esto que se recomienda determinar o asignar claramente el personal encargado de ciertas áreas, con el fin de minimizar los retrasos presentados en el desarrollo de las funciones de cada uno de los empleados.
- ❖ El personal de la E.S.E no colabora intensamente en la búsqueda del mejoramiento en general de todos los procesos. Es por esto que recomiendo que se les exija a estos el compromiso con la entidad, para que la fluidez de las actividades permita la atención con calidad y sentido humano que invita se implemente el hospital a sus usuarios.
- ❖ La entidad debe velar por el cumplimiento de la estructura documental levantada, verificar que se lleven a cabo los procedimientos de acuerdo a lo establecido en los documentos, para así ir creando cultura entre los empleados y de esta manera tener un servicio de calidad.

## 10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. [Citado el 21 de Septiembre de 2015] Disponible en < <https://www.funcionpublica.gov.co/informacion-general;jsessionid=8D56DFD775E4BCC75FD9AEF1A50590FA> >
2. [Citado el 21 de Septiembre de 2015] Disponible en < <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/Paginas/salud-publica.aspx> >
3. [Citado el 21 de Septiembre de 2015] Disponible en < <http://wp.presidencia.gov.co/sitios/dapre/Paginas/nuestra-entidad.aspx> >
4. [Ministerio de la Protección Social. Cuadernos de protección social. El concepto de la protección social.](#)
5. [Citado el 21 de Septiembre de 2015] Disponible en < <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-4110-de-2012.PDF> >
6. [Citado el 21 de Septiembre de 2015] Disponible en < <http://www.hsdp.gov.co/index/index.php/institucional#nosotros> >
7. Departamento Administrativo de la Función Pública. Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI 2014. Citado el 21 de Septiembre de 2015.
8. [Citado el 21 de Septiembre de 2015] Disponible en < <http://www.isolucion.com.co/Info/ntcgp-1000.asp> >
9. Guía Nacional para la Simplificación, el Mejoramiento y la Racionalización de Procesos, Procedimientos y Trámites, expedida por el DAFP y la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Citado el 22 de Septiembre de 2015.
10. [Citado el día 18 de septiembre del 2015] disponible en < <http://www.acreditacionensalud.org.co/acreditacion.php?IdSub=115&IdCat=29> >
11. *Manual de técnica de la investigación educacional*. De Deobold B. Van Dalen y William J. Meyer. Citado el 23 de Septiembre de 2015.
12. [Citado el 23 de Septiembre de 2015] Disponible en < <https://juanherrera.files.wordpress.com/2008/05/investigacion-cualitativa.pdf> >
13. [Citado el 20 de Noviembre de 2015] Disponible en < <http://www.ktronix.com/pc-all-in-one-lenovo-c260-pentiumr-b-ii> >
14. [Citado el 20 de Noviembre de 2015] Disponible en < <http://www.ktronix.com/multifuncional-hp-8610-obsequio> >
15. [Citado el 20 de Noviembre de 2015] Disponible en < <http://www.ktronix.com/escritorio-practimac-siena-v4-wengue-nuez-pm30012we-nu> >
16. [Citado el día 19 de noviembre del 2015] disponible en < <http://www.tusalario.org/colombia/Portada/tusalario/compara-tu-salario?job-id=214101000000> >