

PLAN DE MEJORAMIENTO PARA LA HABILITACIÓN DEL HOSPITAL PIO XII
DE COLON (PUTUMAYO)

GLORIA ALICIA PANTOJA
MERY HELEN DEL CASTILLO

UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
ESPECIALIZACION EN ALTA GERENCIA
SAN JUAN DE PASTO
2007

PLAN DE MEJORAMIENTO PARA LA HABILITACIÓN DEL HOSPITAL PIO XII
DE COLON (PUTUMAYO)

GLORIA ALICIA PANTOJA
MERY HELEN DEL CASTILLO

Trabajo de Grado

Asesor
CARLOS ARTURO RAMIREZ
Administrador de Empresas

UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
ESPECIALIZACION EN ALTA GERENCIA
SAN JUAN DE PASTO
2007

CONTENIDO

| | pág. |
|-----------------------------------|------|
| INTRODUCCION | 12 |
| 1 SELECCIÓN DEL TEMA DEL PROYECTO | 13 |
| 2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 14 |
| 2.1 DEFINICION DEL PROBLEMA | 14 |
| 2.2 FORMULACION DEL PROBLEMA | 14 |
| 3 OBJETIVOS | 15 |
| 3.1 OBJETIVO GENERAL | 15 |
| 3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS | 15 |
| 4 JUSTIFICACION | 16 |
| 5 MARCO DE REFERENCIA | 17 |
| 5.1 MARCO TEORICO | 17 |
| 5.2 MARCO LEGAL | 19 |
| 5.3 MARCO ORGANIZACIONAL | 22 |
| 5.3.1 Misión | 23 |
| 5.3.2 Visión | 23 |
| 5.3.3 Principios Corporativos | 23 |
| 5.4 MARCO CONTEXTUAL | 26 |
| 5.4.1 Economía | 26 |
| 5.4.2 Salud y educación | 27 |

| | | |
|-------|---|----|
| 5.4.3 | Ecología | 27 |
| 6. | METODOLOGIA | 28 |
| 6.1 | FUENTES Y TECNICAS PARA RECOLLECCION DE INFORMACION | 28 |
| 6.1.1 | Fuentes | 28 |
| 6.1.2 | Técnicas | 28 |
| 6.2 | TRATAMIENTO DE LA INFORMACION | 28 |
| 7 | RESULTADOS | 29 |
| 7.1 | EVALUACION DEL CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD REQUERIDOS POR EL MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL EN EL HOSPITAL PÍO XII | 31 |
| 7.2 | IDENTIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD EXIGIDOS POR EL MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD | 40 |
| 7.3 | SATISFACCIÓN DE LOS CLIENTES INTERNOS Y EXTERNOS DEL HOSPITAL PÍO XII | 42 |
| 7.4 | DIAGNOSTICO | 42 |
| 7.5 | ANÁLISIS DOFA | 42 |
| 7.5.1 | Debilidades | 42 |
| 7.5.2 | Oportunidades | 43 |
| 7.5.3 | Fortalezas | 43 |
| 7.5.4 | Amenazas | 43 |
| 7.6 | ESTRATEGIAS | 44 |
| 8 | PLAN DE ACCIÓN | 46 |
| 9 | PRESUPUESTO DEL PLAN DE ACCIÓN | 59 |
| 10 | RELACIÓN COSTO BENEFICIO DEL PLAN DE ACCIÓN | 60 |

| | | |
|----|--------------|----|
| 11 | CONCLUSIONES | 61 |
| | BIBLIOGRAFIA | 63 |
| | ANEXOS | 64 |

ANEXOS

| | pág. |
|--|------|
| Anexo A Manual Único de Estándares y de Verificación | 65 |
| Anexo B Encuesta de satisfacción del cliente interno | 66 |
| Anexo C Encuesta de satisfacción del cliente externo | 67 |

LISTA DE TABLAS

| | pág. |
|---|------|
| Tabla 1 Estándares de calidad requeridos por el Ministerio de Protección Social en el Hospital Pio XII | 30 |
| Tabla 2 Hallazgos de Cumplimiento de los Estándares de Calidad | 31 |
| Tabla 3 Hallazgos de Incumplimiento de los Estándares de Calidad | 36 |
| Tabla 4 Sistema Interno de Calidad y de Mejoramiento Continuo | 52 |
| Tabla 5 Presupuesto del Plan de Acción | 59 |

LISTA DE FIGURAS

| | pág. |
|---|------|
| Figura 1 Diagrama de la Red de Servicios para cuatro municipios en el Valle de Sibundoy | 24 |

AGRADECIMIENTOS

Al Profesor Carlos Arturo Ramírez Administrador de Empresas por su asesoría.

Al Doctor Nelson Edmundo Arturo por su colaboración como jurado.

Al Doctor Gerardo Mesías Mendez por su colaboración como jurado.

A la Secretaria del Programa Señora Robira Guerra de Luna por su colaboración.

Al Administrador de Empresas Elmer Fajardo por su asesoría y amistad.

La Autora

Gloria Alicia Pantoja Chamorro

dedica este trabajo a

Esteban Dario Morales Pantoja Mi hijo, Milagro de vida y luz de mis ojos.

Seyther D. Morales B. Mi esposo, por su amor, apoyo y dedicación.

A mis padres Alicia Chamorro y Harvey Pantoja por su cariño y comprensión.

A la Señora Enelia Burbano y Luis Morales por su apoyo y colaboración.

A Luisa Muñoz por toda su ayuda y cuidados.

RESÚMEN

El ministerio de Protección social emitió una norma de obligatorio cumplimiento para la Habilitación de las instituciones prestadoras del servicio de salud, reglamentada en el decreto 1011 de 2006 que garantiza la calidad en el servicio.

El Hospital Pio XII de Colón Putumayo es una empresa social del estado que presta sus servicios de primer y segundo nivel a la población del Valle de Sibundoy. A pesar de contar con diversas potencialidades el hospital presenta una serie de problemas de índole financiero y administrativo que han dificultado el cumplimiento de la norma exponiendo a la entidad hospitalaria al cierre de sus servicios. Por lo anterior el propósito de este trabajo es realizar un plan de mejoramiento que permita a la institución cumplir con todos los estándares de calidad. Para el desarrollo del trabajo se hizo una evaluación del cumplimiento de la normatividad en cada uno de los servicios que presta el hospital, se aplicó una encuesta para conocer la opinión del cliente interno y externo y la Matriz DOFA.

En los resultados, el ítem con mayor porcentaje de cumplimiento es el de referencia y contra referencia con un 66% y el de menor porcentaje es el de Seguimiento a riesgos y prestación de los servicios con un 20 %, estos porcentajes indican que la entidad no está cumpliendo con los estándares de calidad. Las encuestas al cliente interno revelan deficiencias administrativas y asistenciales y las del cliente externo indican fidelidad y aprecio a la institución. La Matriz DOFA muestra una entidad rica en potencialidades no aprovechadas por una administración poco comprometida con la entidad y el usuario.

Como conclusión y recomendación el Hospital debe Implementar un Sistema Interno de calidad y de Mejoramiento continuo que garantice el fortalecimiento financiero para dar cumplimiento a los estándares de Calidad y a las obligaciones con los clientes internos y externos gana posicionamiento en el mercado con un nuevo portafolio de servicios que le permite ser mejor ante las ARS Y EPS de la zona y convertirse en una empresa productiva y auto sostenible social y financieramente.

ABSTRACT

The ministry of social Protection emitted a norm of obligatory execution for the Qualification of the institutions lends of the service of health, regulated in the ordinance 1011 of 2006 that it guarantees the quality in the service.

Colon's XII Pious Hospital Putumayo is a social company of the state that he/she lends its services of first and second level to the population of the Valley of Sibundoy. In spite of having diverse potentialities the hospital it presents a series of problems of nature financier and administrative that have hindered the execution of the norm exposing to the hospital entity to the closing of their services. For the above-mentioned the purpose of this work is to carry out a plan of improvement that allows to the institution to fulfill all the standards of quality. For the development of the work an evaluation of the execution of the normativity was made in each one of the services that lends the hospital, a survey it was applied to know the internal and external client's opinion and the Main DOFA.

In the results, the article with more execution percentage is that of reference and against reference with 66% and that of smaller percentage is the one from Pursuit to risks and benefit of the services with 20%, these percentages indicate that the entity is not fulfilling the standards of quality. The surveys to the internal client reveal administrative and assistance deficiencies and those of the external client indicate fidelity and appreciation to the institution. The Main DOFA not shows a rich entity in potentialities taken advantage by a not very committed administration with the entity and the user.

As conclusion and recommendation the Hospital should Implement an Internal System of quality and of continuous Improvement that guarantees the financial invigoration to give execution to the standards of Quality and the obligations with the internal and external clients it wins positioning in the market with a new briefcase of services that allows him to be better before the ARS AND EPS of the area and to become a productive company and social sustainable car and financially

INTRODUCCIÓN

El sistema de salud de nuestro país tiene dentro de sus objetivos garantizar la calidad de los servicios ofrecidos por las entidades prestadoras de servicios de salud, mediante el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, esto da lugar a que dichas empresas entren a un nivel competitivo, que las obliga a ser cada vez mejores en el cumplimiento de los requisitos exigidos por la normatividad vigente.

El Hospital Pío XII de Colon (Putumayo), es una Empresa Social del Estado que presta servicios de salud a la población del Valle de Sibundoy, para que esta entidad pueda ser habilitada y cumpla con su misión, debe acatar los requisitos emitidos por el Ministerio de Protección Social, los cuales se encuentran reglamentados en el Decreto 1011 de 2006 con sus anexos y modificaciones.

Mediante este proyecto pretendemos realizar una evaluación, que permita identificar el cumplimiento de los estándares de calidad requeridos en dicho decreto, con el fin de plantear un plan de mejoramiento que pueda contribuir a su cumplimiento.

La elaboración de este plan de mejoramiento conlleva a una serie de aspectos positivos encaminados al cumplimiento de los estándares de calidad requeridos para la habilitación del Hospital y con ello el mejoramiento en la prestación de los servicios que contribuirá al posicionamiento, credibilidad e imagen de la Institución a nivel regional.

1. SELECCIÓN DEL TEMA DEL PROYECTO

El sistema de habilitación es un requisito de obligatorio cumplimiento para las entidades prestadoras de servicios de salud, con el fin de garantizar a los usuarios servicios seguros, minimizando los riesgos que puedan ser generados por las mismas; ello se establece en el sistema obligatorio de garantía de calidad.

Por lo anterior el propósito de este trabajo es realizar un plan de mejoramiento que permita a la institución cumplir con todos los estándares de calidad establecidos en el decreto 1011 de 2006, y ofrecer mejores servicios a los usuarios.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Dada la importancia que tiene el Hospital Pío XII de Colon (Putumayo), al ser la única Institución prestadora de servicios de salud que presta sus servicios a la población vulnerable del Valle de Sibundoy, se debe propender por su buen funcionamiento y permanencia.

A pesar de la importancia de la empresa para la región y la relevancia de su servicio, el Hospital afronta problemas de índole financiero y administrativo que dan lugar a un sinnúmero de dificultades en el cumplimiento de los 10 Ítems que evalúa el sistema de Habilitación.

Esta situación negativa es causada por la falta de un plan de mejoramiento que conlleva al no cumplimiento de los estándares de calidad, requisito ineludible para su habilitación y por el contrario hace que la entidad hospitalaria quede expuesta al cierre de sus servicios perjudicando a toda la población de usuarios que se benefician de ella.

2.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Con la elaboración de un plan de mejoramiento se garantizará el cumplimiento de los estándares de calidad para la Habilitación del Hospital Pío XII y la mejora en la prestación de los servicios?

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Elaborar un plan de mejoramiento que le permita al Hospital Pío XII de Colon (Putumayo) cumplir con los estándares de calidad para alcanzar su Habilitación.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar la situación actual del Hospital Pío XII de Colon (Putumayo) por medio de la evaluación de cumplimiento de estándares de calidad necesarios para la Habilitación.
- Realizar un diagnostico del Hospital pío XII mediante la aplicación de la matriz DOFA.
- Diseñar una propuesta a través de la formulación de estrategias que permitan el cumplimiento de los estándares de calidad para la Habilitación de Hospital y el mejoramiento en la prestación de los servicios.

4. JUSTIFICACIÓN

En la actualidad es necesario que las instituciones prestadoras de servicios de salud ofrezcan a sus usuarios servicios de salud seguros y con mínimos riesgos, para que puedan ser habilitados y de esta manera garantizar su permanencia dentro de un ámbito de calidad. Por lo tanto la entidad debe asumir la responsabilidad de emprender acciones correctivas respecto a las deficiencias que afectan tanto al cliente interno como al externo, interfiriendo con el desarrollo de su misión y el logro de sus objetivos.

Por lo anterior se analizaran los componentes de los ítems que contempla la norma para la Habilitación de las instituciones prestadoras de servicios de salud, permitiendo de esta forma identificar las fortalezas y debilidades que se presentan al interior de la institución; y también conocer las oportunidades y amenazas del medio en el que se desarrolla.

Esto ayudara a formular estrategias que permitan plantear un plan de mejoramiento con el que se logre alcanzar la Habilitación del Hospital y con ello una óptima prestación de servicios.

5. MARCO DE REFERENCIA

5.1 MARCO TEORICO

Son muchos los cambios que se han presentado en la seguridad social en salud en nuestro país durante los últimos catorce años, y en la actualidad se la ha dado gran énfasis al tema de la calidad, a partir del decreto 2174 de 1996, sin embargo continúan existiendo muchos vacíos respecto a la estandarización del sistema de gestión de la calidad.

En el sistema general de seguridad social en salud se pretende garantizar la calidad en la prestación de los servicios mediante la creación de condiciones de competencia entre prestadores y aseguradores que conduzcan a direccionar la preferencia del usuario de servicios de salud. En el proceso de manejo de la calidad existen diversos actores con diferentes niveles de responsabilidad y acción claramente identificables:

Usuario: quien obrando libremente toma la decisión de elección, que premia o castiga al asegurador y/o prestador, convirtiéndose en la principal herramienta para el control de la calidad.

Aseguradora y Prestadoras de servicios: para quienes la calidad tiene implicaciones de carácter ético, en su rendimiento económico, en el prestigio frente a los consumidores y en la supervivencia a mediano y largo plazo.

El Estado: Ultimo responsable de la operación del sistema, quien con su mayor o menor intervención con normas, incentivos y castigos, ajustadas a las características de competencia de cada región, debe crear las condiciones mínimas para que consumidores de servicios de salud, aseguradoras y prestadoras desempeñen su papel y obtengan los resultados de calidad deseables por el Sistema de seguridad Social en Salud.

La competencia entre las Aseguradoras y prestadoras se da fundamentalmente por la eficiencia en la utilización de los recursos y la calidad en la prestación de los servicios, puesto que el precio está dado de manera estándar en la unidad de pago por capitación y el contenido definido en el plan obligatorio de salud.

Bajo las condiciones anteriores se identifican tres tipos de herramientas para el manejo de la calidad en la prestación de servicios de salud, de los cuales solo se tendrá en cuenta, para el desarrollo de este trabajo, el sistema de Habilitación:

Sistema de Habilitación: Obligatorio para los prestadores de los servicios de salud, consiste en el cumplimiento de condiciones mínimas de operación establecidas en las normas, bajo las cuales se esperan obtener los resultados de calidad deseados en la atención.

La Acreditación de prestadores de servicios, es periódica y voluntaria: Es un proceso de mejoramiento continuo en el que se participa voluntariamente, deberá estar a cargo de una institución independiente que haga las veces de un organismo acreditador de calidad, como lo es ICONTEC.

La certificación de calidad ISO 9001. Es la consolidación del proceso y está a cargo de un organismo certificador. El hecho de estar afiliado a este organismo irá creando confianza y prestigio entre sus usuarios y otras entidades de salud.

Se puede decir que las Instituciones Prestadoras de servicios de Salud son unidades sociales que producen bienes y/o servicios dentro de una estructura socioeconómica específica, por lo tanto está compuesta por una serie de elementos, e influenciada por variables externas (políticas, económicas, sociales). Los elementos en las organizaciones que prestan servicios de salud son:

Objetivos corporativos:

- Supervivencia
- Rentabilidad económica y social.
- Crecimiento.

Estructura interna:

- Organigramas.
- Distribución de trabajo
- Reglamentos.

Recursos:

- Humano: directivos, administrativos, profesionales, técnicos, auxiliares.
- Físicos: equipos medico – quirúrgicos, telecomunicaciones, sistemas de información, mantenimiento, muebles, vehículos, insumos, etc.
- Financieros: dinero en efectivo, fondos, cuentas, cartera, activos, patrimonio, capacidad de endeudamiento.
- Tecnológicos.

Entorno socioeconómico: conjunto de variables externas.

Sistema de administración: capacidad de planear objetivos, asignar recursos y actividades, y controlar resultados.

La organización de las Instituciones Prestadoras de servicios de Salud se hace compleja por las diferencias que pueden existir entre la parte asistencial, y la parte administrativa, pero aunque operen de forma independiente deben estar interrelacionadas, puesto que las acciones tomadas por una de la partes tiene consecuencias en la otra. De cualquier forma la estructura debe estar orientada a la satisfacción de las necesidades del usuario, quienes simultáneamente son el cliente y el producto de la organización.

Desde éste punto de vista establecer las características de *calidad* en un servicio de salud se hace mucho más complejo que para otro tipo de empresas, puesto que puede ser difícil definir lo que el usuario desea, o sus expectativas no siempre son realistas; muchas veces las características de calidad son establecidas a juicio personal, donde juega un papel importante la capacidad e interacción humana que tienen las personas encargadas de la prestación de los servicios, la salud es un servicio intangible y proporcionarle calidad es un reto para quienes tienen esa labor.

Pero cuál es la finalidad de la calidad en los servicios de salud?

- Lograr y mantener la satisfacción de las necesidades de los usuarios.
- Orientar mejor los objetivos y metas de la institución hacia los requerimientos de los usuarios.
- Mejorar el desempeño, la coordinación y la productividad.
- Disminuir los costos de la salud.
- Optimizar la utilización de los recursos.
- Garantizarle al usuario la seguridad de los servicios que está recibiendo.
- Cumplir con la normatividad.

5.2 MARCO LEGAL

Con el fin de ofrecer a los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud servicios con calidad, el Ministerio de Protección Social, mediante el decreto

1011 de 2006, crea el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Salud (SOGC), el cual debe permitir su evaluación y mejoramiento continuo, para ello debe cumplir con ciertas 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 evidencias científicamente probadas que propenden por 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, con la mejor utilización de los recursos 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.

El SOGC tiene unos componentes que son los siguientes:

- El Sistema Único de Habilitación.
- La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.
- El Sistema único de Acreditación.
- El Sistema de Información para la Calidad.

El Ministerio de la Protección Social ajustará periódicamente y de manera progresiva, los estándares que hacen parte de los diversos componentes del SOGCS, de conformidad con el desarrollo del país, con los avances del sector y con los resultados de las evaluaciones adelantadas por las Entidades Departamentales, Distritales de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud.

Las entidades encargadas del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud son los Siguietes:

- Ministerio de la Protección Social. Desarrollará las normas de calidad, expedirá la reglamentación necesaria, prestará asistencia técnica a los integrantes del Sistema con el propósito de orientarlos en el cumplimiento de sus responsabilidades y emitirá concepto en aspectos técnicos cuando lo soliciten las Entidades Territoriales y los prestadores de servicios de salud siempre que el Ministerio lo considere pertinente.
- También corresponde al Ministerio de la Protección Social velar por el establecimiento y mantenimiento de la compatibilidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud con otros Sistemas de Gestión de Calidad.
- Superintendencia Nacional de Salud. Ejercerá las funciones de vigilancia, inspección y control dentro del SOGC y aplicará las sanciones en el ámbito de su competencia.
- Entidades Departamentales y Distritales de Salud. En desarrollo de sus propias competencias, les corresponde cumplir y hacer cumplir en sus respectivas jurisdicciones, las disposiciones establecidas en la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de la Protección Social, divulgar las disposiciones contenidas en la norma y brindar asistencia a los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales para el cabal cumplimiento de las normas relativas a la habilitación de las mismas.
- Entidades Municipales de Salud. En desarrollo de sus propias competencias, les corresponde brindar asistencia técnica para implementar la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud en los Prestadores de Servicios de Salud de su jurisdicción y también realizar la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud a los Prestadores de Servicios de Salud, que prestan servicios de salud a la población no afiliada.

Para que las instituciones prestadoras de servicios de salud puedan funcionar adecuadamente, con el respaldo y autorización del Ministerio de Protección Social es obligatorio implementar el sistema Único de Habilidadación.

Sistema Único de Habilidadación:

Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y permanencia

en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud.

Condiciones de capacidad tecnológica y científica:

Las condiciones de capacidad tecnológica y científica del Sistema Único de Habilitación para Prestadores de Servicios de Salud serán los estándares de habilitación establecidos por el Ministerio de la Protección Social.

Condiciones de suficiencia patrimonial y financiera:

Es el cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en el mediano plazo, su competitividad dentro del área de influencia, liquidez y cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo.

Condiciones de capacidad técnico-administrativa:

Son condiciones de capacidad técnico-administrativa para una Institución Prestadora de Servicios de Salud, las siguientes:

- El cumplimiento de los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal, de acuerdo con su naturaleza jurídica.
- El cumplimiento de los requisitos administrativos y financieros que permitan demostrar que la Institución Prestadora de Servicios de Salud cuenta con un sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes.

5.3 MARCO ORGANIZACIONAL

El Hospital Pío XII es una Empresa Social del Estado que presta servicios de salud a la población de Valle de Sibundoy, pertenecientes a todos los regímenes de Seguridad Social, pero especialmente a la población perteneciente a los regímenes subsidiados y vinculados, donde se encuentran los grupos más vulnerables, incluyendo la población indígena.

Esta condición de vulnerabilidad de la población no excluye a la institución de prestar servicios con calidad y de satisfacer las necesidades de los usuarios; por

el contrario, nos obliga a ser cada vez mejores y ofrecer servicios seguros para su salud, y cumplir con sus expectativas.

El Hospital debe prepararse para ofertar los servicios que la población requiere, en las condiciones de calidad definidas por las normas técnicas legales, y de acuerdo a sus condiciones y capacidades.

5.3.1 Misión. Somos una Institución prestadora de Servicios de Salud, con más de 40 años de experiencia, con infraestructura administrativa, técnica y científica, que ofrece servicios de primer nivel de atención en todos los Municipios del Valle de Sibundoy, por medio de sus centros y puestos de salud, caracterizándose como única entidad que presta servicios de segundo y tercer nivel de atención en la Región Norte del Departamento del Putumayo.

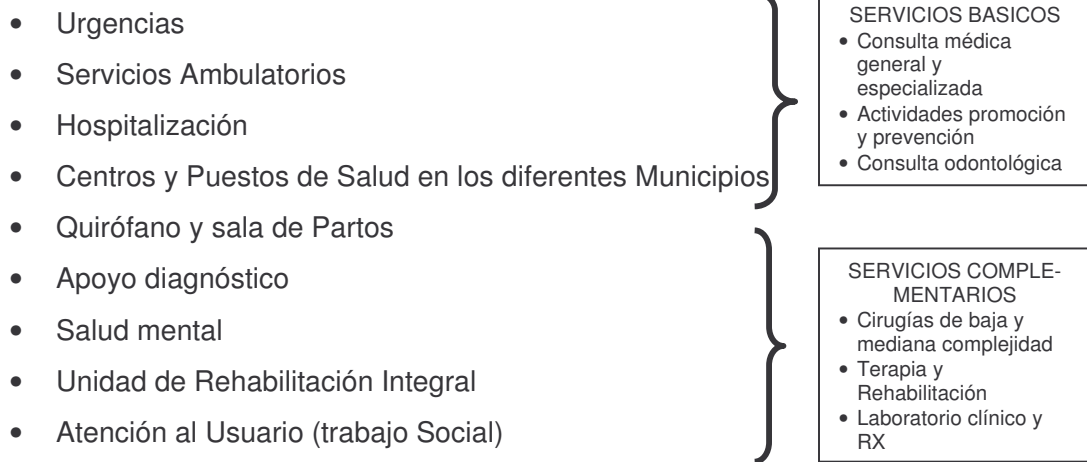
Contamos con personal idóneo comprometido con la salud de nuestros usuarios.

5.3.2 Visión. Estamos proyectados para el año 2009, a habilitar todos nuestros servicios a través del desarrollo de planes y proyectos bien definidos, que unifiquen y orienten esfuerzos humanos, técnicos y científicos hacia una prestación de servicios que cumplan los estándares que exige el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (Decreto 1011/2006), convirtiéndonos en una empresa productiva y auto sostenible social y financieramente.

5.3.3 Principios Corporativos.

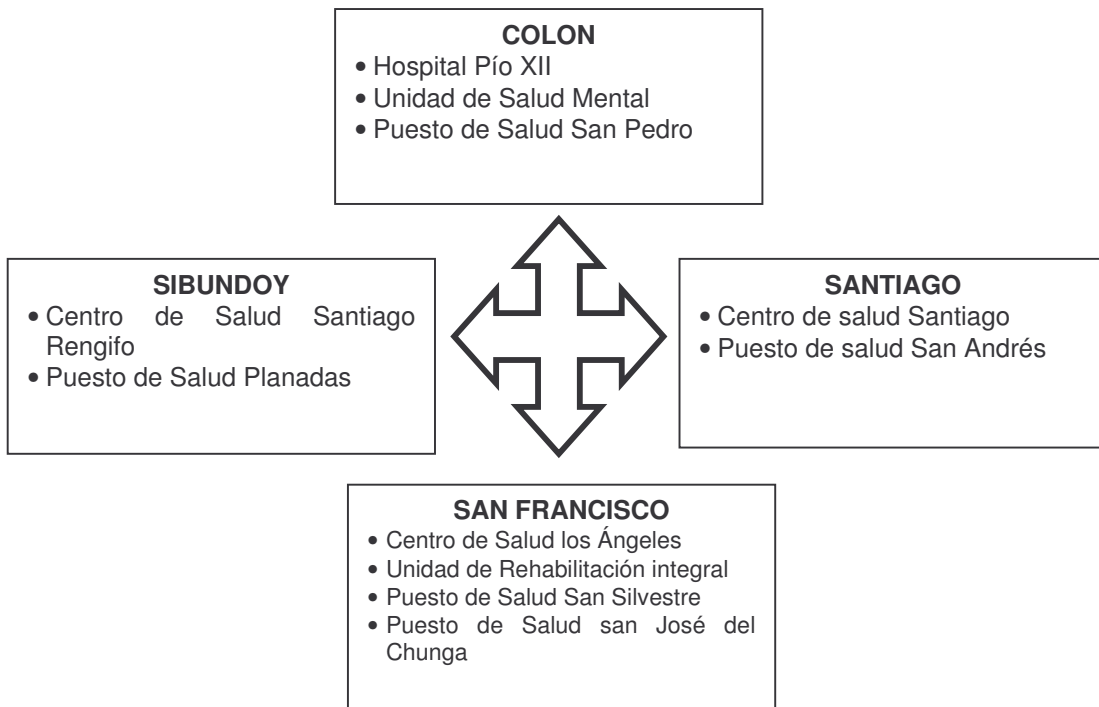
- Respeto a la dignidad humana y sus derechos universales e irrenunciables.
- Universalidad que garantice atención sin discriminación.
- Integralidad brindando atención continua y oportuna.
- Eficiencia en la aplicación de recursos: humano, técnico, científico y financiero.
- Eficacia para suplir las necesidades y expectativas del usuario de acuerdo a nuestra capacidad instalada y niveles de complejidad.
- Calidad y mejora continua al servicio de nuestra población de usuarios.
- Equidad en la atención y protección en salud a poblaciones de mayor riesgo.

El **área funcional asistencial – operativa** del Hospital está conformada por:



La Empresa Social de estado Hospital Pío XII cuenta con una red de servicios ubicada en los cuatro municipios que conforman el Valle de Sibundoy, de la siguiente manera:

Figura 1. Diagrama de la Red de Servicios para cuatro municipios en el Valle de Sibundoy



Para la prestación de sus servicios la Institución cuenta con un equipo Humano idóneo y capacitado en cada una de sus actividades:

- 11 Médicos generales
 - Urgencias
 - Consulta Externa
- 6 Médicos especialistas
 - Cirugía
 - Ginecología
 - Anestesiología
 - Ortopedia
 - Psiquiatría
 - Urología
- Enfermería
 - 8 Enfermeras Jefes
 - 50 Auxiliares de Enfermería
- Odontología:
 - 5 Odontólogas
 - 8 Higienistas Orales
- Apoyo Diagnóstico
 - 3 Bacteriólogas
 - 1 técnico de Rayos x
- Servicio Extramural
 - 15 Promotores sociales
- 1 Optómetra
- Rehabilitación
 - 1 terapeuta ocupacional
 - 1 Fisioterapeuta
 - 1 Fonoaudióloga
- Atención al Usuario
 - 2 trabajadoras Sociales

En este contexto, el Hospital Pío XII es una empresa de servicios de salud, por lo tanto, adopta una organización en la cual intervienen múltiples actores, tales como son el cliente interno y el cliente externo, los cuales deben tenerse en cuenta para llevar a cabo el desarrollo de sus actividades.

También debemos tener en cuenta que aunque el objetivo del Hospital Pío XII es generar beneficio social, igualmente debe obtener utilidades e ingresos suficientes para su mantenimiento y crecimiento; para lograrlo es necesario cumplir con los estándares de calidad y de esta forma calificar su imagen corporativa y posicionar sus servicios de forma que lo hagan atractivo a la comunidad, usuarios, aseguradoras y otros prestadores de servicios de salud.

Desde este punto de vista es importante tener en cuenta algunas condiciones especiales con las cuales debe cumplir el Hospital:

Demanda de servicios de salud: pensar en las necesidades del usuario y en como satisfacerlas es la base de la concepción y la organización del Hospital y su razón de ser; se debe identificar las prioridades del servicio en el área de mercado del Hospital, las características de los usuarios y de las aseguradoras; debe abrirse al conocimiento de su entorno y aprender de las expectativas de atención que tengan los usuarios de acuerdo a sus modelos culturales.

Oferta de servicios de salud: El hospital debe prepararse para prestar servicios específicamente requeridos por su población y en las condiciones de calidad definidas por las normas técnicas y legales.

Venta y contratación de servicios de salud: para garantizar la estabilidad financiera de la empresa deben existir aseguradoras y/o usuarios interesados en comprar los servicios que ofrece el Hospital.

Atención a los usuarios: teniendo en cuenta que en el actual sistema de seguridad social, los usuarios tienen el derecho a la libre escogencia; la calidad de los servicios y el cumplimiento de las expectativas de los usuarios se convierte en una de las herramientas más valiosas para conseguir el éxito empresarial.

5.4 MARCO CONTEXTUAL

El Valle de Sibundoy se encuentra ubicado en el alto putumayo, su geografía es plana y su clima oscila entre 8° y 21° centígrados. Está conformado por cuatro municipios: Santiago, Colón, Sibundoy y San Francisco.

5.4.1 Economía. La economía del Valle de Sibundoy, se basa fundamentalmente en la producción lechera y la agrícola con la explotación intensiva y extensiva de cultivos de maíz y frijol por este último sobresale la Inspección de San Pedro, con su comercialización no solo para Colón sino también para el resto del Putumayo y el país. Como sustento se suma los diferentes trabajos artesanales en chaquira y

madera, producto de la creatividad de la cultura ingana, de donde también se destaca la confección de bolsos y sayos autóctonos.

5.4.2 Salud y educación. En la prestación del servicio de salud funciona el Hospital Pío XII, catalogado como uno de los más completos del Departamento, donde se presta la asistencia profesional a los habitantes del Valle de Sibundoy y del Putumayo. A nivel educativo cuenta con varias instituciones que se encuentran ubicadas en las cabeceras municipales, entre las más destacadas se encuentran El Colegio Champagnat, El Colegio Seminario, El Colegio Sucre, entre otros.

5.4.3 Ecología. En la dimensión ambiental, la región cuenta con una importante riqueza ecosistémica, paisajística y biológica. Se localizan sistemas estratégicos como base de la sustentación natural como: el recurso hídrico, los páramos, las reservas naturales junto con la diversidad de fauna y flora y una gran oferta natural de aguas termales mineralizadas de origen volcánico. Todo esto permite proyectar al municipio hacia el desarrollo turístico, sirve como aporte a la economía y al bienestar social.

6. METODOLOGÍA

6.3 FUENTES Y TECNICAS PARA RECOLLECCION DE INFORMACIÓN

6.3.1 **Fuentes.** Para el desarrollo del trabajo se contó con las siguientes fuentes:

- Normatividad que rige al sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud. Decreto 1011 de 2006, Resolución 1043 de 2006, Anexos técnicos UNO y DOS
- Cliente interno y Cliente externo del Hospital Pío XII.

6.3.2 **Técnicas:** Para realizar la evaluación se aplicó las siguientes técnicas:

- Aplicación del anexo técnico No UNO de la resolución 1043 de 2006 en todos los servicios del Hospital Pío XII, en donde se especifican cada uno de los estándares de calidad que debe cumplir el Hospital Pío XII para su Habilitación.
- Aplicación de encuestas al cliente interno y externo del Hospital Pío XII

6.4 TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

- Procesamiento, análisis y presentación de resultados,
- Elaboración de la matriz DOFA como base para la formulación de un plan de acción.

7. RESULTADOS

7.1 EVALUACION DEL CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD REQUERIDOS POR EL MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL EN EL HOSPITAL PÍO XII

Para evaluar el cumplimiento de los estándares de calidad establecidos por el ministerio de protección social, se aplicó el anexo técnico No 1 de la resolución 1043 de 2006, el cual es una lista de chequeo, con la cual se puede dar un diagnóstico de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, sobre el acatamiento de los requisitos mínimos para obtener la habilitación. La razón por la cual no se ha anexado este documento completo, es que es demasiado extenso (243 Pág.), sin embargo una breve descripción es la siguiente:

El formato contiene el Ítem, los servicios para los cuales aplica (áreas), el criterio a evaluar del respectivo ítem, su estado de cumplimiento (Cumple {C}, No Cumple {NC} o No Aplica {NA}), observaciones y Modo de Verificación, el cual es un instructivo de cómo se debe hacer la verificación.

Los 10 Ítems son:

Recursos Humanos: El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio.

Instalaciones Físicas: Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos.

Dotación y Mantenimiento: Son los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos por el prestador.

Medicamentos y Dispositivos Médicos: Se tienen diseñados y se aplican, procesos para el manejo de medicamentos y dispositivos médicos para uso humano, cuyas condiciones de almacenamiento, distribución y entrega, condicionen directamente riesgos en la prestación de los servicios.

Procesos Prioritarios: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.

Historia Clínica y Registros Asistenciales: Tiene diseñados procesos que garanticen que cada paciente cuenta con historia clínica y que su manejo es técnicamente adecuado. Se cuenta con los registros de procesos clínicos, diferentes a la historia clínica, que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios (Resolución 1995 de 1999 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan).

Interdependencia de servicios: Los servicios ofrecidos por el prestador, tienen el soporte de otros servicios o productos de apoyo asistencial o administrativo necesarios para la realización oportuna e integral de las actividades, procedimientos e intervenciones que realiza, para la atención de los pacientes en el ámbito de los servicios ofrecidos.

Referencia y Contrarreferencia: Se tienen definidos guías o manuales de procedimientos para la remisión urgente de pacientes, indispensables para la prestación de los servicios ofrecidos.

Seguimiento a Riesgos en la Prestación de servicios: Proteger a los usuarios de los principales riesgos en la prestación de servicios mediante procesos obligatorios específicos para su evaluación y control por parte de los propios prestadores de servicios.

Traslado Asistencial de Pacientes: Se tienen en cuenta todas las condiciones y riesgos en el traslado de pacientes.

En el Hospital Pío se aplicó para cada uno de los servicios y dependencias del hospital; cabe aclarar que el Hospital es de Segundo Nivel, por lo tanto fue evaluado únicamente en los estándares a los cuales aplica para su nivel de atención, obteniendo los siguientes resultados:

Tabla 1. Estándares de calidad requeridos por el Ministerio de Protección Social en el Hospital Pío XII

| ITEM | % CUMPLIMIENTO | % NCUMPLIMINETO |
|---|----------------|-----------------|
| Referencia y Contrarreferencia | 66.6 % | 34.4 % |
| Interdependencia de servicios | 62.5% | 37.5 % |
| Recursos Humanos | 59 % | 41 % |
| Historia Clínica y Registros Asistenciales | 58,6 % | 41.4 % |
| Dotación y Mantenimiento | 53 % | 47 % |
| Traslado Asistencial de Pacientes | 51.4 % | 48.6 % |
| Procesos Prioritarios | 36 % | 64 % |
| Instalaciones Físicas | 34 % | 66% |
| Medicamentos y Dispositivos Médicos | 33.3 % | 66.7 % |
| Seguimiento a Riesgos en la Prestación de servicios | 20 % | 80 % |

De los 10 servicios que evalúa la Normatividad que rige al sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud. Decreto 1011 de 2006, Resolución 1043 de 2006, Anexo técnico UNO encontramos que solo dos de los servicios se encuentran por encima del 60 % de cumplimiento y corresponden al servicio de Referencia y contrarreferencia con un 66 % e interdependencia del servicio con un 62.5% de cumplimiento, por otra parte cuatro servicios se encuentran por encima del 50 % de cumplimiento, tres por encima del 30 % de cumplimiento y uno con el 20 % de cumplimiento el cual corresponde al Seguimiento a Riesgos en la Prestación de servicios.

Podemos decir entonces que el Hospital Pío XII no cumple con los Estándares mínimos de calidad exigidos por el ministerio de Protección Social, y por ende los servicios no son seguros para sus usuarios. El cumplimiento de estos estándares es obligatorio, ya que se consideran que es lo mínimo con lo cual debe contar una entidad prestadora de Salud y se debe cumplir con el 100%, por lo tanto son tan preocupantes los ítems que están por encima de 60% como aquel que tiene únicamente un 20% de cumplimiento,

7.2 IDENTIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD EXIGIDOS POR EL MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD

Al aplicar la lista de chequeo correspondiente al anexo técnico No 1 a cada uno de los servicios del Hospital Pío XII se identificaron específicamente cuales son los factores que se cumplen para cada uno de los servicios, así como también aquellos donde se tienen deficiencias. A continuación se muestran 2 tablas en las cuales se indica cada uno de los hallazgos encontrados en el cumplimiento de los estándares de calidad en los servicios evaluados: en la primera, se muestran los factores positivos, es decir aquellos que se cumplen; y en la segunda, los aspectos negativos, ósea, los que no se cumplen.

Tabla 2 Hallazgos de Cumplimiento de los Estándares de Calidad

| ÍTEM | NORMA | CUMPLIMIENTO |
|------|-------------------------|---|
| 1 | RECURSOS HUMANOS | El 95% de las Hojas de Vida cumplen con el perfil de educación, formación y aptitudes, de acuerdo a lo establecido en el Decreto 3616 de 2005. |
| | | Las actividades Docentes Asistenciales que se realizan en la institución, tienen la debida supervisión tanto en la prestación del Servicio, como en el Diligenciamiento de los Formatos, entre ellos la Historia Clínica. |
| | | Los servicios de vigilancia cumplen con los procedimientos definidos de identificación para el personal que labora en el Hospital. |

| | | |
|---|--|---|
| 2 | INFRAESTRUCTURA - INSTALACIONES FÍSICAS - MANTENIMIENTO | En los quirófanos, salas de parto, áreas de terapia respiratoria y esterilización, los pisos son impermeables, sólidos, de fácil limpieza uniformes y con nivelación adecuada para facilitar el drenaje. |
| | | La Institución no está construida en terrenos con riesgo inminente de inundación, deslizamiento, avalancha, erupción volcánica u otros similares, y no se encuentra próxima a zonas de alto riesgo biológico, industrial o de otra índole, que generen riesgos incorregibles de contaminación para sus instalaciones. |
| | | Dispone de un área física exclusiva, delimitada, señalizada y de circulación restringida y no utilizada como área de tránsito entre otras áreas de la Institución y Dispone de los siguientes ambientes: - Área para recepción y entrega de pacientes. - Vestier y baño para el personal. - Sala de cirugía. - Sala de recuperación. - Área para lavamanos quirúrgicos. |
| | | Los equipos eléctricos en salas de cirugía estarán conectados a tomas eléctricas que cuenten con un sistema de polo a tierra. |
| | | La Iluminación es uniforme y simétrica en el campo operatorio |
| | | La sala de recuperación está localizada en forma contigua y se comunica con el área de recepción y entrega de pacientes, así mismo, tendrá acceso al corredor o pasillo interno. |
| | | Salas de parto con área de atención del recién nacido y /o área de adaptación neonatal. |
| | | Las puertas de las salas de parto tienen visor y un ancho que garantice el paso de las camillas y sus acompañantes en condiciones de rutina y emergencia. |
| | | Zona semi - aséptica. Cuando el servicio obstétrico funcione en zona de quirófanos, sólo podrá tener en común con éste, el vestier. |
| | | El área de trabajo de parto posee unidad sanitaria. |
| | | El Área física para esterilización es exclusiva y de circulación restringida. No es utilizada como área de tránsito entre otras dependencias, posee áreas separadas para ropa contaminada, limpia y estéril. |
| | | El área de Odontología cuenta con un ambiente exclusivo y delimitado en odontología, además cuenta con una sala de espera con unidad sanitaria. |
| | | El área de Urgencias es exclusivo y delimitado y dispone de las siguientes áreas: Puesto de enfermería, el cual debe contar como mínimo con los siguientes ambientes: - Trabajo sucio, unidad sanitaria y depósito - Consultorios con las características de consulta externa. - Sala de procedimientos con área para curaciones. - Sala de observación (si atiende pacientes pediátricos contará con ambiente separado para este tipo de pacientes). - Sala de Reanimación (en baja complejidad puede ser la misma área de procedimientos). - Presta servicios 24 horas. |
| | | El área de laboratorio deberá tener las secciones del laboratorio separadas e identificadas. Las áreas de trabajo cuentan con iluminación y ventilación natural y/o artificial. |
| | | Los equipos del laboratorio deben contar con regulador o estabilizador de voltaje con polo a tierra y no deben estar conectados a una extensión eléctrica. |

| | | |
|---|---------------------------------|---|
| | | <p>El área de terapias dispone de áreas específicas de acuerdo con los servicios que ofrezca:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terapia física. - Terapia ocupacional. - Terapia del lenguaje. - Fonoaudiología. - Terapia respiratoria. <p>La Sala General de Procedimientos Menores funciona en un área física exclusiva, delimitada, señalizada y de circulación restringida y no utilizada como área de tránsito entre otras áreas de la Institución.</p> |
| 3 | DOTACIÓN Y MANTENIMIENTO | <p>En el Área de Hospitalización, la Institución cuenta con Equipo de reanimación, con los medicamentos, soluciones, elementos médico quirúrgicos suficientes. Además cuenta con Succionador, electrocardiógrafo, bombas de infusión, glucómetro, camas hospitalarias de acuerdo con el tipo de pacientes hospitalizados y silla de ruedas.</p> |
| | | <p>En cuanto al Cuidado Natal el Hospital cuenta con: Incubadora estándar, o cuna de acuerdo con el tipo de servicio ofrecido, Bomba de infusión, Pulsoxímetro, Disponibilidad de electrocardiógrafo, Glucómetro, Aspirador de secreciones, Oxígeno central o Bala(s) de oxígeno, con carro de transporte en caso de traslado de pacientes, Tensiómetro y fonendoscopio pediátricos, Lámpara de fototerapia, Pesabebés, Lámpara de calor radiante.</p> |
| | | <p>Cada quirófano cuenta con la siguiente dotación: Mesa para cirugía, acorde al tipo de cirugías que realiza, máquina de anestesia, la cual debe contar con: Alarmas de desconexión, seguro de mezcla hipóxica, analizador de gases anestésicos, monitor de oxígeno administrado, monitor de presiones en la vía aérea y ventilador. Lámpara cielítica exceptuando cuando se tengan fuentes diferentes de luz (vgr. oftalmología), mesa para instrumental quirúrgico, aspirador portátil, laringoscopio con hojas para adultos y si se requiere hojas pediátricas, tensiómetro y fonendoscopio, camillas rodantes con barandas, equipo básico de reanimación, disponibilidad de desfibrilador, y elementos de monitoreo mínimo para administrar anestesia: Presión arterial no invasiva, electrocardiograma continuo y pulsoximetría. Instrumental necesario de acuerdo con el tipo de procedimientos que se realizan en el servicio. Bala o cilindro (s) de oxígeno con carro de transporte o sistemas de oxígeno central, en estos últimos casos deben tener planes y equipos para manejo de la contingencia de daños en la red.</p> |
| | | <p>Se posee Equipo de esterilización adecuado y de acuerdo a las normas establecidas.</p> |
| | | <p>Los Servicios Obstétricos poseen Equipo de succión, equipo básico de reanimación, lámpara cuello de cisne, lámpara de calor radiante, mesa de atención de parto, equipos de atención de partos, equipo de episiotomía y episiorrafia, mesa para la atención del recién nacido, tallímetro, báscula pesa bebé. Además cuenta con disponibilidad de máquina de anestesia en el área de salas de partos y legrados, incubadora estándar y ecógrafo.</p> |
| | | <p>La Institución tiene la dotación básica para consultorio médico: Camilla, tensiómetro y fonendoscopio, equipo de órganos de los sentidos (para medicina general, pediatría, ORL, oftalmología), martillo de reflejos, metro y balanza de pie o pesa bebé según el caso.</p> |

| | | |
|---|--|--|
| | <p style="text-align: center;"><i>Continúa</i> DOTACIÓN Y MANTENIMIENTO</p> | <p>La Unidad Odontológica que contiene: Sillón con cabecera anatómica, escupidera, lámpara odontológica de luz fría, espejo de mano, bandeja para instrumental, eyector, jeringa triple, módulo de tres servicios con negatoscopio y acople para piezas de mano. Piezas de mano con: Airotor, micromotor, contra-ángulo; compresor de aire, esterilizador, recipiente para esterilización en frío estéril, disponibilidad mínima de juegos de instrumental básico, los cuales se componen de: Espejos bucales, exploradores doble extremo, sondas periodontales, pinzas algodoneras, cucharillas y/o excavadores, jeringas cámpulas en cantidad suficientes para garantizar la rotación de los mismos en condiciones de esterilidad.</p> <p>En el área de Urgencias la Institución Cuenta con: - En el área de consulta médica: Camilla con estribos, salvo en urgencias pediátricas que no requieren estribos, termómetro, equipo de órganos de los sentidos, balanza de pie. - En urgencias pediátricas: balanza pesa bebé y cinta métrica. - En Sala de procedimientos: Camillas rodantes con freno y con barandas, equipo de pequeña cirugía.</p> <p>Equipo de RX correspondiente con: Mesa radiográfica, delantal plomado, protector gonadal y de tiroides para paciente y el acompañante.</p> <p>El Servicio Farmacéutico cuenta con una Nevera exclusiva para el almacenamiento de insumos.</p> |
| 4 | <p style="text-align: center;">MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS</p> | <p>Se tienen definidas normas institucionales y procedimientos para el control de su cumplimiento, que garanticen que no se reusen dispositivos médicos.</p> <p>El Laboratorio Clínico tiene un proceso de adquisición de dispositivos médicos definido y documentado. Los insumos y reactivos se encuentran almacenados bajo las condiciones de temperatura adecuada según el fabricante. Tiene un sistema de kardex. Las fechas de vencimiento de los reactivos están vigentes. Todos los reactivos y dispositivos médicos tienen Registro Sanitario del INVIMA.</p> |
| 5 | <p style="text-align: center;">PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES</p> | <p>Los procesos, procedimientos, guías y protocolos existentes son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento.</p> <p>Se tienen definidos los procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud, según lo normado en el Decreto 1011 de 2006.</p> <p>El Hospital ofrece los servicios de urgencias durante las 24 horas del día.</p> <p>La institución en el servicios de urgencias, tiene establecido un procedimiento para la revisión en cada turno del equipo de reanimación.</p> <p>El Hospital cuando hace transfusión de sangres tiene la obligación de verificar y registrar la información definida en bancos de sangre para las bolsas de sangre, previo a la aplicación en el paciente.</p> <p>Existe un plan actualizado para la atención de emergencias y es conocido por los funcionarios del servicio.</p> |

| | | |
|---|--|--|
| | | El Servicio Farmacéutico cuenta con Normas explícitas sobre la no formulación ni realización de actividades de asesoría farmacológica ni de farmacovigilancia por personal diferente al químico farmacéutico. Además se encuentra información visible al usuario esta prohibición. |
| 6 | HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS ASISTENCIALES | Todos los pacientes atendidos tienen historia clínica. Toda atención de primera vez a un usuario incluye el proceso de apertura de historia clínica. |
| | | Se tienen definidos procedimientos para utilizar una historia única institucional y para el registro de entrada y salida de historias del archivo. |
| | | Se tienen definidos los procedimientos que garantizan la custodia y conservación integral de las historias clínicas en un archivo único. |
| 7 | INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS | La institución presta servicios de hospitalización, obstetricia o urgencias de baja complejidad, por lo tanto cuenta con: Laboratorio clínico, Servicio farmacéutico, Ambulancia, Radiología, Quirófano, Nutrición, Terapia respiratoria y Servicios de apoyo hospitalario (alimentación, lavandería, aseo, vigilancia y mantenimiento). |
| | | Todos los servicios que requieren procesos de esterilización cuentan con este servicio. |
| | | El servicio de transporte asistencial cuenta con una Red de Radiocomunicaciones. |
| 8 | REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES | Se tienen definidos formalmente los flujos de urgencias de pacientes. |
| | | El Diseño y aplicación de procesos para la remisión de pacientes, incluye: - Destinos y flujos de pacientes en caso que las condiciones clínicas del usuario superen la capacidad técnico-científica de la institución. - Sistema de telecomunicaciones de doble vía, que permita el contacto con la entidad de referencia o quien oriente la referencia. (Aseguradores, Centros Reguladores de Urgencias, otros). - Disponibilidad de medios de transporte. - Definición y aplicación de guías para la referencia de pacientes. |
| | | El Hospital cuenta con un Sistema de referencia de pacientes a alto riesgo obstétrico y neonatal. |
| 9 | SEGUIMIENTO A RIESGOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS | El Hospital cuenta con Guías establecidas por el Comité de Infecciones y vigilancia epidemiológica sobre control de infecciones, manejo de antibióticos, manejo de productos biológicos y manejo de pacientes con patologías altamente contagiosas o altamente sensibles a las infecciones. |
| | | Guía sobre transfusión de sangre total o de sus componentes. El Hospital verifica que todo componente sanguíneo, que se vaya a aplicar a un paciente, cuente con el Sello Nacional de Calidad de Sangre. |

| | | |
|----|--|---|
| 10 | TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES | Las ambulancias tienen dos compartimentos, uno para el conductor y otro para el paciente con comunicación visual y auditiva entre sí. Tiene acceso principal al compartimiento del paciente por la parte posterior con una apertura útil de 1.10 metros de altura y de 0.90 metros de ancho, con mecanismo que permite el bloqueo en posición de "abierta", con un peldaño adherido a la carrocería con acabado antideslizante para facilitar el acceso al compartimiento del paciente. |
| | | Las dimensiones interiores básicas para el compartimiento del paciente para ambulancias 4x4, 4x2 y tipo Van son: mínimo de 2.20m de longitud, 1.50m de ancho y 1.35 de alto. |
| | | El color principal de la ambulancia es visible y de fácil identificación. |
| | | En todos los lados exteriores de la carrocería incluido el techo esta la leyenda "AMBULANCIA" fabricada en material reflectivo. |
| | | Los revestimientos interiores del compartimiento del paciente, estos no tienen elementos afilados o cortantes, son de material lavable, con acabados no rugosos y resistentes al deterioro por agentes desinfectantes habituales. |
| | | El piso de la ambulancia es antideslizante, su unión con las paredes es hermética y se encuentra adherido al vehículo. |
| | | La ambulancia tiene iluminación interior para todo el área de manejo del paciente. |
| | | La ambulancia tiene barra pasamanos en el compartimiento del paciente fijada al techo y resistente para sostener al personal asistencial cuando el vehículo esté en movimiento. |

Tabla 3. Hallazgos de Incumplimiento de los Estándares de Calidad

| ITEM | NORMA | INCUMPLIMIENTO |
|---|-----------------------|---|
| 1 | Recurso Humano | No se ha establecido un proceso de selección de personal |
| | | No todo el personal cumple con el perfil profesional requerido para el cargo |
| | | No se cuenta con archivo de hojas de vida que garantice su custodia. |
| | | No se cuenta con copia de las hojas de vida del personal en cada sede |
| | | No se cuenta con Médicos especialistas en los servicios de Anestesiología, medicina Interna y Pediatría. |
| | | No hay enfermera profesional para la sala de recuperación |
| | | Las auxiliares de transporte asistencial básico no tienen entrenamiento certificado para ello. |
| | | Los conductores del servicio de transporte asistencial básico no han recibido actualización en capacitación de primeros auxilios. |
| | | El encargado del servicio farmacéutico no tiene el perfil profesional o técnico para desempeñar el cargo. |
| El servicio de rayos X no cuenta con médico especialista en el área | | |

| ITEM | NORMA | INCUMPLIMIENTO |
|------|-----------------------------|--|
| 2 | Infraestructura Física | No hay manejo adecuado de residuos hospitalarios. |
| | | Las instalaciones interiores para suministro de agua no funcionan adecuadamente. |
| | | No se ha implementado el manual e bioseguridad. |
| | | No hay depósito adecuado para almacenamiento de residuos hospitalarios. |
| | | No hay depósito adecuado de cadáveres. |
| | | El puesto de enfermería de los servicios de hospitalización y urgencias no permite la visualización y monitoreo continuo de las habitaciones. |
| | | Las salas de cirugía no cuentan con un sistema de extracción de gases |
| | | Las salas de recuperación no cuentan con las fuentes de energía, oxígeno y succión necesarias. |
| | | El área de recuperación no cuenta con unidad sanitaria y de aseo propias. |
| | | En el área de consulta externa no se cuenta con unidad sanitaria por sexo. |
| | | Los consultorios de consulta externa no cuentan con área separada para entrevista y examen físico. |
| | | Los consultorios de Gineco obstetricia, urología y toma de citologías no tienen unidad sanitaria. |
| | | El área de terapia respiratoria es muy limitada, no tiene sistema de ventilación adecuado, ni área específica para lavado y desinfección de equipos. |
| | | La unidad de Salud Mental necesita reparaciones en cuanto a instalaciones internas de agua, energía eléctrica, sanitarios, cocina. |
| ITEM | NORMA | INCUMPLIMIENTO |
| 3 | Dotación y su mantenimiento | No hay revisión periódica de equipos para su respectivo mantenimiento preventivo y correctivo. |
| | | Las hojas de vida de los equipos no están disponibles en cada sede. |
| | | No se cuenta con el recurso humano para el mantenimiento de los equipos. |
| | | Falta equipos de reanimación en los servicios de hospitalización, salud mental y quirófano. |
| | | No hay dosímetro en los servicios de hospitalización, quirófano, reanimación y urgencias. |
| | | La sala de recuperación no cuenta con monitor de signos vitales para cada paciente. |
| | | No hay electrocardiógrafo en la unidad de salud mental. |
| | | El servicio de ginecoobstetricia no cuenta con monitor fetal. |

| | | |
|---|--|---|
| | | Los consultorios de medicina general y especializada no cuentan con pesa, tallimetro y tensiómetro. |
| | | Los consultorios de odontología no tienen el instrumental necesario. |
| | | Los servicios de Urgencias y hospitalización no cuentan con tensiometros y fonendoscopios adecuados. |
| | | La farmacia no cuenta con termo higrómetro. |
| | | En el servicio farmacéutico no hay estantes necesarios para el almacenamiento y clasificación de los medicamentos. |
| ITEM | NORMA | INCUMPLIMIENTO |
| 4 | MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS | No se cuenta con registro, ni listado de los medicamentos, que contenga principio activo, forma farmacéutica, concentración, lote, registro sanitarios, fecha de vencimiento, y presentación comercial. |
| | | No hay un almacenamiento adecuado de los medicamentos. |
| | | No se tiene control de temperatura y humedad en el sitio de almacenamiento de los medicamentos. |
| | | Se encuentran medicamentos vencidos y próximos a vencerse junto con los demás. |
| | | El stock de medicamentos que se encuentra en el servicio de Hospitalización no cuenta con un listado que contenga los ítems mencionados anteriormente, ni un registro que permita tener control de los medicamentos que entran y salen. |
| | | Existe un sitio de almacenamiento de insumos médicos y hospitalarios en el área de hospitalización, que no tiene registro de entradas y salidas. |
| | | El encargado del servicio farmacéutico no tiene el perfil profesional, ni técnico. |
| ITEM | NORMA | INCUMPLIMIENTO |
| 5 | Procesos prioritarios y asistenciales | No se han documentado, definido y socializado procedimientos en cada servicio del hospital. |
| | | No se han implementado protocolos o guías clínicas para las primeras causas de consulta en los diferentes servicios. |
| | | No se han implementado procesos de auditoria para el mejoramiento de la calidad de atención en salud. |
| | | No se han implementado los procesos del sistema de información para los usuarios. |
| | | No se cuenta con los procedimientos para el manejo de los residuos hospitalarios. |
| | | No se tiene establecido procedimientos para la entrega de turnos médicos, y de enfermería; y normas para la roda médica de evolución de pacientes. |
| | | No se ha establecido un sistema organizado de alerta (código azul) |
| | | No se cuenta con guías de manejo de gases medicinales. |
| No se cuenta con un manual de buenas prácticas de esterilización, bioseguridad, manejo de residuos hospitalarios. | | |

| | | |
|-------------|---|--|
| | | <p>No se adopta una guía de clasificación de pacientes.</p> <p>Las ambulancias no cuentan con guías de manejo de urgencias.</p> <p>El servicio de laboratorio clínico no cuenta con guías para la toma, transporte y remisión de muestras.</p> <p>El servicio de odontología no cuenta con las guías para manejo de las 10 primeras causas de morbilidad oral.</p> <p>En el servicio de radiología no se maneja un manual de radio protección.</p> <p>En las sala de procedimientos de Urgencias no se lleva una relación de todos los procedimientos que se realizan.</p> <p>En la sala de procedimientos no se maneja una guía de procedimientos.</p> <p>En el servicio farmacéutico no se cuenta con un manual de procesos y procedimientos para la adecuada recepción, almacenamiento y conservación de los medicamentos; para el manejo de medicamentos de control, para el control de fechas de vencimiento y mecanismo de baja de medicamentos.</p> |
| ITEM | NORMA | INCUMPLIMIENTO |
| 6 | Historia Clínica y Registros asistenciales | <p>Faltan datos en la apertura de la historia clínica.</p> <p>Los datos de identificación del paciente no tiene los contenidos mínimos.</p> <p>En el servicio de urgencias no se cuenta con un sistema de tarjetas para la clasificación de multitud de lesionados.</p> <p>En el servicio de Laboratorio Clínico no se cuenta con un registro adecuado de la recepción, entrega y remisión de muestras.</p> |
| ITEM | NORMA | INCUMPLIMIENTO |
| 7 | Interdependencia de Servicios. | <p>En el servicio de hospitalización pediátrica no se cuenta con un lactario.</p> <p>No se cuenta con un servicio de banco de sangre o transfusión sanguínea.</p> |
| ITEM | NORMA | INCUMPLIMIENTO |
| 8 | Referencia de pacientes | <p>No hay guías para la referencia de pacientes.</p> <p>No se ha socializado los flujogramas de referencia y contrarreferencia de pacientes.</p> |
| ITEM | NORMA | INCUMPLIMIENTO |
| 9 | Seguimiento a Riesgos | <p>No hay un proceso y diseño de los indicadores que permita la evaluación a riesgos inherentes a la prestación de servicios.</p> <p>No se ha establecido un instrumento que permita la documentación de evaluación periódica de la satisfacción del usuario y del resultado del manejo de las patologías del paciente.</p> |
| ITEM | NORMA | INCUMPLIMIENTO |

| | | |
|-----------|---|---|
| 10 | Traslado asistencial de Pacientes. | Las sillas de las ambulancias no cuenta con cinturones de seguridad y protección para la cabeza y la espalda de los acompañantes de paciente. |
| | | Las ambulancias no cuentan con cinturones de seguridad para un camilla adicional. |
| | | En el compartimiento del paciente las ambulancia no tiene un aviso de "NO FUME" Y "USE EL CINTURÓN DE SEGURIDAD" |
| | | Los gabinetes de las ambulancias no cumplen con los requisitos para el transporte de medicamentos y dispositivos médicos. |
| | | Las ambulancias no cuentan con lámpara desmontable para iluminación por fuera de la ambulancia. |
| | | Las ambulancias no tienen compartimiento aislado para los cilindros de oxígeno. |
| | | Las ambulancias no cuentan con un sistema de comunicación con la central o red de comunicación. |
| | | Las ambulancias no cuentan con la siguiente dotación básica: camilla secundaria para movilización especial, aspiración de secreciones, recipientes para almacenamiento de residuos biosanitarios. |
| | | Los conductores, enfermeras y médicos no tienen chalecos reflectivos que los identifiquen. |
| | | Las ambulancias no tienen cables para iniciación eléctrica. |

7.3 SATISFACCIÓN DE LOS CLIENTES INTERNOS Y EXTERNOS DEL HOSPITAL PÍO XII

Para identificar el grado de satisfacción de los Cliente internos y Externos del Hospital Pío se aplico la encuesta correspondiente al anexo No 2, de este documento, donde se obtuvieron los siguientes resultados.

Satisfacción del cliente interno:

Pregunta No 1: Unidades administrativas que deben mejorar, respondieron: 58 % facturación, 38 % estadística, 4 % almacén.

Pregunta No 2: Unidades asistenciales que deben mejora: respondieron: 42 % Urgencias, 27 % Hospitalización, 23 % Promoción y Prevención, 8 % salud mental.

Pregunta No 3: Grupos que deben mejorar: 42 % Auxiliares de Enfermería, 42 % Médicos Generales, 16 % Promotores de Salud.

Pregunta No 4: Piensa que esta desarrollando actividades que no le competen y que deberían desarrollarse por otra unidad, respondieron: 78 % SI, 22 % NO

Pregunta No 5: Los recursos que le brinda la institución para el desempeño de su cargo en cuanto a entrenamiento es, respondieron: 46 % Bueno, 36 % Regular, 18 % Malo.

Pregunta No 6: Los recursos que le brinda la institución para el desempeño de su cargo en cuanto a Información, respondieron: 42 % Bueno, 38 % Regular, 20 % Malo.

Pregunta No7: Los recursos que le brinda la institución para el desempeño de su cargo en cuanto a Materiales, respondieron: 30 % Bueno, 58 % Regular, 12 % Malo.

Pregunta No 8: Considera que la remuneración económica que recibe es oportuna y equitativa, respondieron: 85 % NO, 15 % SI

Se concluyo que existen deficiencias críticas tanto en la parte administrativa, como en la asistencial, siendo los servicios mas deficientes facturación, en la parte administrativa, lo cual influye directamente sobre las finanzas de la institución; y Urgencias y Hospitalización, que son los servicios que generan mayor impacto en los usuarios. Se evidencia también las deficiencias en cuanto a organización respecto al área de talento humano para el cumplimiento de actividades; y las falencias en otros campos importantes como son capacitación, manejo de la información y material de trabajo.

Otro factor importante en la prestación de servicios con calidad es la motivación y el sentido de pertenencia del cliente interno con la institución, los cual se ve agredido por las carencias y atrasos en cuanto a la remuneración económica.

Satisfacción del cliente externo:

Pregunta No. 1: Como califica la atención de los funcionarios del Hospital, respondieron: 90 % Buena, 10 % Regular.

Pregunta No 2: Usted recibió información oportuna para su atención, respondieron: 80 % SI, 20 % NO.

Pregunta No 3: Donde considera que se debería prestar mejor atención para mejorar el servicio, respondieron: 90 % tiempo en las colas, 10 % Urgencias.

Pregunta No 4: Por cual razón escogió los servicios que presta éste Hospital, respondieron: 60 % por buen servicio, 40 % por economía.

Pregunta No 5: como considera los servicios prestados por la institución, respondieron: 80 % Bueno, 20 % Regular.

De esta encuesta podemos concluir que la imagen que proyecta el Hospital hacia los usuarios es buena, eso influye positivamente en el desarrollo empresarial de la institución y más activamente si esta se une al mejoramiento.

7.4 DIAGNÓSTICO

Partiendo de los hallazgos encontrados en la Evaluación del Cumplimiento de los Estándares de Calidad Requeridos por el Ministerio de Protección Social, la Evaluación al Cliente Interno y Externo, se observó que existen muchas deficiencias en todos los ámbitos del Hospital Pío XII, que no le permiten cumplir con los requisitos necesarios para su habilitación y por ende se está afectando la calidad en la prestación de los servicios. Se concluye que el origen de esta problemática radica por una parte en el déficit del estado financiero que no le permite contar con los recursos económicos necesarios para adecuar su infraestructura, adquirir equipos biomédicos, contratar al personal médico y paramédico requeridos y estar al día en el pago a proveedores.

Por otra parte, no se le a prestado la importancia necesaria a la Implementación de un Sistema Interno de Calidad y Mejoramiento Continuo, que le permitan a la administración del Hospital controlar y evaluar permanentemente cada una de sus áreas y detectar tempranamente insuficiencias que puedan trastocar el adecuado funcionamiento.

7.5 ANÁLISIS DOFA

La matriz debilidades, oportunidades, fortalezas, amenazas (DOFA), es un instrumento de ajuste importante que ayuda a los gerentes a desarrollar cuatro tipos de estrategias: Estrategias de Fortalezas y Amenazas (FA), Estrategias de Fortalezas y Oportunidades (FO), Estrategias de Debilidades y Amenazas (DA) y Estrategias de Debilidades y Oportunidades.

Para desarrollar correctamente el análisis es indispensable observar los factores internos y externos claves, lo cual es la parte mas difícil para desarrollar una matriz DOFA ya que requiere de juicios sólidos y objetivos.

7.5.1. Debilidades:

- Incumplimiento de los estándares de calidad para la Habilitación del Hospital Pío XII.
- La falta de continuidad en las directrices administrativas.

- La falta de un sistema de evaluación continua en cada una de las áreas asistenciales y administrativas de la institución.
- Falta de un plan de mejoramiento para cada una de las áreas mencionadas.
- Deficiencias financieras que le impiden al hospital cumplir con sus obligaciones económicas internas y externas.

7.5.2 Oportunidades:

- Organizaciones internacionales que apoyan a instituciones de salud ubicadas en zonas marginales.
- La ubicación geográfica del hospital y su red de servicios que le permiten una fácil asequibilidad.
- Es la Primera opción que tienen los habitantes del valle de Sibundoy para recibir atención oportuna.
- El buen concepto, y la imagen que tienen los Usuarios del Hospital sobre el mismo.

7.5.3 Fortalezas:

- Cuenta con un equipo humano comprometido con la institución.
- Cuenta con una amplia red de servicios que le permite estar presente en los cuatro municipios del Valle de Sibundoy.
- Es el único prestador de servicios de salud de primer y segundo nivel que atiende a todos los afiliados de los regímenes subsidiado y vinculado.

7.5.4 Amenazas:

- Las instituciones prestadoras de servicios de salud pertenecientes a las EPS.
- Las instituciones gubernamentales encargadas de vigilancia y control.
- La corrupción administrativa y política del departamento del Putumayo.

7.6 ESTRATEGIAS

El análisis presentado en el numeral 9.5, en cuanto a las Debilidades, Oportunidades, Fortalezas y Amenazas, permiten establecer las siguientes estrategias:

DO = Pretenden superar las debilidades internas aprovechando las oportunidades externas.

Teniendo en cuenta que una de las principales debilidades es la deficiencia financiera, lo cual no le permite contar con los recursos económicos necesarios para adecuar su infraestructura, adquirir equipos biomédicos, contratar al personal médico y paramédico requeridos, estar al día en el pago a proveedores, y en general cumplir con sus obligaciones económicas internas y externas; y que una oportunidad son las Organizaciones internacionales que apoyan a instituciones de salud ubicadas en zonas marginales; se propone, como primera medida buscar apoyo de las Organizaciones Internacionales, buscando recursos financieros, tecnológicos y otros que puedan brindar.

De otra parte es necesario, implementar un Sistema Interno de Calidad y Mejoramiento Continuo, que permitan dar cumplimiento a los Estándares De Calidad Requeridos por el Ministerio de Protección Social, y además controlar y evaluar permanentemente todas las áreas, y los procesos de la institución, y así identificar tempranamente cada una de las falencias por las que atraviesa el Hospital para actuar oportunamente y no trastornar la prestación de los servicios; y de esta forma imponerse por Calidad y Servicio en el Valle de Sibundoy, de tal manera que los Usuarios se sientan satisfechos y no necesiten, ni quieran buscar otra opción para obtener los Servicios de Salud. Al respecto es importante aclarar, que la Implementación del Sistema debe ser una prioridad, debe convertirse en un Plan Bandera de la Institución, con el fin de lograr la calidad y el mejoramiento continuo esperado, aun habiendo cambios en las directrices administrativas, ya que así se respetara está política.

FO = Usan fortalezas internas de la empresa para aprovechar las ventajas de las oportunidades externas. Todos los gerentes querrían que sus organizaciones estuvieran en esta ventajosa posición.

El Hospital Pío XII cuenta con un recurso muy valioso como es el personal comprometido, por eso es importante mantenerlo e incentivarlo por medio de su remuneración económica oportuna, con capacitaciones regulares y periódicas, para que presten mejores servicios y haya usuarios satisfechos leales a la institución con una mejor imagen de la misma.

Además conociendo la opinión que tienen los Usuarios sobre la Institución, que en general es buena, que el Hospital cuenta con una amplia red de servicios que le permite estar presente en los cuatro municipios del Valle de Sibundoy, que es el único prestador de servicios de salud de primer y segundo nivel que atiende a

todos los afiliados de los regímenes subsidiado y vinculado, y que es la primera opción del Valle de Sibundoy, es necesario dar cumplimiento a los Estándares De Calidad Requeridos por el Ministerio de Protección Social, mediante la implementación de un Sistema de Calidad y Mejoramiento Continuo; para lo cual es indispensable tener un Personal Comprometido, con lo cual ya cuenta la Institución.

DA = Son tácticas defensivas que pretenden disminuir las debilidades internas y evitar las amenazas del entorno.

Al referirse a las debilidades del Hospital, es necesario nombrar el incumplimiento los Estándares de Calidad Requeridos por el Ministerio de Protección Social, y las deficiencias económicas de la Institución, por lo tanto, para esta estrategia en primer lugar se debe Implementar un Sistema Interno de Calidad y de Mejoramiento Continuo, que le permita a la institución prestar servicios de óptima calidad, y para que además sea un fundamento sólido para venderles servicios seguros y con calidad, a todas las EPS, con el fin de asegurar la sostenibilidad financiera de la institución.

FA = Aprovechan las fuerzas de la empresa para evitar o disminuir las repercusiones de las amenazas externas.

El Hospital Pío XII, tiene como una de sus principales amenazas a las Instituciones prestadoras de servicios de salud pertenecientes a las EPS, por lo tanto se hace necesario, que se fortalezca utilizando, los recursos que tiene como son: un personal comprometido, contar una amplia red de servicios y el ser el único prestador de servicios de salud de primer y segundo nivel que atiende a todos los afiliados de los regímenes subsidiado y vinculado; para primero Implementar un Sistema de Calidad, y de Mejoramiento Continuo, de tal forma que permita controlar y evaluar a cada una de las áreas y de los procesos del Hospital, y así poder Implementar planes de mejoramiento con la intervención y el apoyo del cliente interno y externo de tal forma que se cree sentido de pertenencia en cada una de las partes, y así ganar espacio ante las EPS.

8. PLAN DE ACCIÓN

Las actividades que se deben implementar se basan en el diagnóstico hecho en cuanto al cumplimiento de los estándares de calidad, necesarios para la habilitación del Hospital Pío XII; las Encuestas de Satisfacción de los Clientes Internos y Externos; y el análisis DOFA. Entonces el Plan de Acción está encaminado a fortalecer la Institución de tal manera que le permita cumplir con la Misión, Visión y los Objetivos Empresariales.

OBJETIVO 1: Fortalecer la Situación Financiera del Hospital Pío XII.

Estrategia: El Hospital Pío XII debe gestionar ante las Organizaciones internacionales que apoyan a instituciones de salud ubicadas en zonas marginales diferentes recursos que le sean útiles para su fortalecimiento, tales como: recursos económicos, recursos tecnológicos, capacitaciones, de apoyo terapéutico, etc. De esta manera el Hospital se fortalecerá económicamente, pues todo lo que le sea proporcionado es un beneficio adicional, con el cual no se contaba anteriormente, así la entidad podrá continuar mejorando en los Servicios Médicos prestados, dando oportunidad a cumplir con los Estándares de Calidad requeridos y así poder obtener la habilitación.

Meta: Aumentar en un 10 % los Recursos Financieros, con los cuales cuenta la Entidad para el cumplimiento de sus obligaciones.

Actividades:

- El Gerente de la Entidad o uno de sus delegados, debe cumplir actividades de información e investigación de las diferentes Organizaciones Internacionales, que pueden ayudar a la Institución, teniendo claro en que forma pueden aportar (recursos económicos, tecnológicos, Humanos, de capacitación, etc.), el medio de contacto, y los requisitos para acceder a cualquier beneficio.
- Informar a la Junta Directiva de todas las posibilidades de Colaboración existentes de parte de las diferentes Organizaciones Internacionales.
- Una vez se ha obtenido la autorización de la Junta, se debe continuar realizando los contactos con las diferentes Organizaciones Internacionales, así como también con la elaboración de las propuestas, para postularse como aspirante a los beneficios que éstas suministran.

- Demostrar, ante las Organizaciones Internacionales, el cumplimiento de los diferentes requisitos para acceder a los beneficios que otorgan, para posteriormente poder realizar los diferentes convenios de ayudas suministradas y deberes a cumplir por la recepción de las mismas.

Tiempo: 12 meses

Presupuesto: Personal, papelería, gastos de envío de Información, Gastos de Estadía de visitantes.

Indicador:

- Porcentaje de incremento de los Recursos Financieros.
- Porcentaje de propuestas aceptadas, sobre el total enviadas.

OBJETIVO 2: Mantener incentivado al personal que labora en la institución por medio de su remuneración económica oportuna, con capacitaciones regulares y periódicas, para que presten mejores servicios y hayan usuarios satisfechos leales a la institución con una mejor imagen de la misma.

Estrategia: Realizar el pago oportuno de los salarios a los empleados y establecer un programa de capacitación continua con los mismos empleados.

Meta:

- Cumplimiento en un 100% en el pago oportuno de los Salarios, es decir, cero (0) días de espera.
- Realización de 6 capacitaciones Anuales para todo el Personal.

Actividades:

1. **Para el Pago Oportuno:**

- Determinar el Valor de la Nómina con una anticipación mínima de 10 días, para definir el dinero faltante o déficit en caja, para cancelar el valor total, y así mismo especificar las acciones a seguir para completar el monto en el tiempo restante.
- Recuperación de cartera, es una prioridad durante el mes, y más aún después de haberse determinado el valor de la Nómina.
- Realizar nuevas contrataciones con las EPS Y ARS

2. **Para Capacitaciones:**

- Determinar las necesidades de Capacitación, es importante que estas necesidades, no solo se refieran a las Profesiones de los empleados, sino también en cuanto a otros conocimientos que quieran adquirir, para que por lo menos una de las 4 capacitaciones del año se hagan en aquellos temas que son diferentes de la profesión pero que son de gran interés.
- Seleccionar Capacitaciones a desarrollar.
- Presupuestar el valor de las Capacitaciones que se van a desarrollar.
- Definir fechas e informar al personal sobre la capacitación.
- Desarrollar las Capacitaciones.
- Evaluar las Capacitaciones.

Tiempo: Los Pagos deben ser Oportunos permanentemente, y las capacitaciones se deben hacer aproximadamente cada 2 meses.

Presupuesto: Personal encargado del recaudo de cartera, y organización de los eventos de capacitación, valor de la capacitación (Capacitador, y valor de su estadía), papelería, equipos audiovisuales, tiempo laboral utilizado en las Capacitaciones.

Indicador:

- Oportunidad en la realización de los Pagos, que es igual al promedio de días de espera, pasado el mes laborado.
- Porcentaje de cumplimiento de las capacitaciones programadas.

OBJETIVO 3: Vender servicios seguros y de calidad a todas las EPS con el fin de asegurar la sostenibilidad financiera de la institución.

Estrategia: Mejorar la Calidad del Portafolio de Servicios, con el fin de poder proporcionar servicios de un muy buen nivel de calidad, y así ser una mejor alternativa para las diferentes EPS y ARS, satisfaciendo las necesidades de cada uno de sus Usuarios.

Meta: Ser el mayor proveedor de servicios de salud de todas las EPS y ARS que afilian a la población del Valle de Sibundoy.

Actividades: Para el cumplimiento de este objetivo antes se deben tener en cuenta dos aspectos: primero, lo referente a la situación financiera, lo cual se está previendo de con el Objetivo 1; y segundo, se encuentra el mejoramiento de la Calidad con el Cumplimiento de los Estándares exigidos por el Ministerio de Protección Social para la Prestación de Servicios de Salud, los cuales se contemplan en el Objetivo 6. Entonces las actividades son:

- Fortalecer la Situación Financiera del Hospital Pío XII (Objetivo 1).
- Implementar un Sistema de Calidad y de Mejoramiento Continuo (Objetivo 6).
- Realizar adecuaciones en la infraestructura.
- Adquirir los equipos biomédicos necesarios para cada área de servicios del Hospital.
- Contratar al personal idóneo necesario.
- Realizar las propuestas a las EPS y ARS, informando los beneficios de la Institución, y las ventajas de la misma.

Tiempo: Un año para estandarización. Es un proceso permanente.

Presupuesto: Adecuaciones y Construcciones de Infraestructura, Adquisición de Equipos, Personal.

Indicador:

- Porcentaje de actividades contratadas con las EPS Y ARS
- Incremento en el nivel de Ingresos

OBJETIVO 4: Implementar un Sistema Interno de Calidad y de Mejoramiento Continuo en el Hospital Pío XII con el fin de controlar y evaluar permanentemente cada una de las áreas con sus procesos y la satisfacción del cliente interno y externo de la institución para así identificar tempranamente cada una de las falencias por las que atraviesa la entidad para actuar oportunamente y no trastornar la prestación de los servicios.

Este objetivo nace como consecuencia de la observación de las diferentes deficiencias encontradas en el cumplimiento de los Estándares de Calidad exigidos por el Ministerio de Protección Social para la Prestación de Servicios de Salud y la situación del cliente interno y externo frente a la entidad, y además para

apoyar el cumplimiento de todos los objetivos propuestos hasta el momento, ya que la Implementación de un Sistema de Calidad y Mejoramiento Continuo, es muy útil a la hora de Fortalecer financieramente la Institución, Elaborar Planes de Mejoramiento, Vender los Servicios a las EPS y ARS, y lograr vigorizar los aspectos positivos de la Institución, que hoy le dan cumplimiento a algunos factores de los Estándares de Calidad.

Estrategia: Se realiza un Plan de Acción para eliminar cada una de las falencias que tiene del Hospital en el Cumplimiento de los Estándares de Calidad exigidos por el Ministerio de Protección Social para la Prestación de Servicios de Salud y fortalecer y mejorar lo que se tiene de acuerdo al Diagnóstico.

Crear un sistema de de información que retroalimente a la institución, en la cual se conozcan las sugerencias, quejas y reclamos tanto del cliente Externo como del cliente Interno, de tal manera que permita Elaborar planes de mejoramiento.

Meta: corregir el 100 % de los no cumplimientos de los estándares mínimos de calidad para la habilitación del Hospital y mejorar los estándares ya cumplidos, acompañados de una dinámica de trabajo participativa entre cliente interno y externo que permita mejorar la prestación de los servicios.

Actividades:

- Delegar o contratar un representante de la dirección que lidere el proceso de Implementación del Sistema de calidad y de Mejoramiento Continuo, desde luego con el apoyo de cada una de las áreas funcionales del Hospital.
- Proponer una nueva misión y visión para el Hospital Pio XII, teniendo en cuenta la Implementación del Sistema de Gestión. De tal forma que se convierta una guía para la misma.
- Realizar los Planes propuestos de acuerdo a las deficiencias encontradas en cuanto al cumplimiento de los Estándares de Calidad. A continuación se muestra una tabla en la cual se presentan los diferentes planes para cada uno de los Ítems en los cuales se tienen incumplimiento. (Ver tabla 4).
- Mantener y mejorar los Estandares de calidad a los que el Hospital da cumplimiento.
- Recolectar opiniones y propuestas del cliente interno y externo para efectuar correctivos ante los hallazgos negativos de la institución.

- Crear una oficina de quejas y reclamos y ubicar buzones para depositar sugerencias.

Tiempo: Tres años.

Presupuesto: Personal, papelería, equipos audiovisuales, Adquisición de Equipos, Adecuaciones y Construcciones, tiempo laboral utilizado en las reuniones, Capacitaciones, Adquisición de Bienes, Organización de Eventos.

Indicador: Porcentaje de cumplimiento de los estándares mínimos de calidad para la habilitación y el grado de satisfacción del cliente interno y externo.

Teniendo en cuenta la importancia de mantener una guía al momento de realizar la implementación del Sistema Interno de Gestión de Calidad, de tal manera que respalde ante toda la Organización las bases del Sistema, a continuación se propone una nueva Visión y Misión:

MISIÓN

Somos una Institución prestadora de Servicios de Salud, que ofrece atención de primer y segundo nivel en todos los Municipios del Valle de Sibundoy. Estamos comprometidos con la calidad por medio de nuestro personal idóneo, la experiencia técnica y científica, la infraestructura, y la constante preocupación por mejorar continuamente para ofrecer mejores servicios garantizando el bienestar de nuestros usuarios.

VISIÓN

Seremos la Institución número uno en la Prestación de servicios de Salud en el Valle de Sibundoy, convirtiéndonos en una empresa productiva y auto sostenible social y financieramente, mediante la Implementación de un Sistema Interno de Calidad y de Mejoramiento Continuo.

Tabla 4. Sistema Interno de Calidad y de Mejoramiento Continuo

| ÍTEM | HALLAZGO | PLAN DE ACCIÓN |
|-------------------------------|---|---|
| Recursos Humanos | <ul style="list-style-type: none"> - No se ha establecido un proceso de selección de personal - No todo el personal cumple con el perfil profesional requerido para el cargo - No se cuenta con archivo de hojas de vida que garantice su custodia. - No se cuenta con copia de las hojas de vida del personal en cada sede - No se cuenta con Médicos especialistas en los servicios de Anestesiología, medicina Interna y Pediatría. - No hay enfermera profesional para la sala de recuperación - Las auxiliares de transporte asistencial básico no tienen entrenamiento certificado para ello. - Los conductores del servicio de transporte asistencial básico no han recibido actualización en capacitación de primeros auxilios. - El encargado del servicio farmacéutico no tiene el perfil profesional o técnico para desempeñar el cargo. - El servicio de rayos X no cuenta con médico especialista en el área | <p>Teniendo en cuenta las falencias encontradas, se proponen como medidas en lo concerniente a Recursos Humanos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Diseñar los procesos de Planeación de Recursos Humanos; Reclutamiento, Selección y Contratación de Personal; Evaluación de Desempeño; Capacitación del Personal; y el correspondiente al Archivo y Custodia de Hojas de Vida. Actividad que la deben realizar El Jefe de la División Administrativa, el Jefe de División Técnica, y el Coordinador Médico en conjunto con el encargado de la calidad; y además debe contar con la aprobación del Gerente. 2) Una vez elaborados los procesos es necesario se deben, Diseñar todos los instructivos, protocolos, guías y los formatos utilizados, en los cuales se establece los registros requeridos, y las especificaciones para cada una de las actividades del procedimiento. Entre estos documentos deben estar el perfil de competencias requerido para cada uno de los cargos, en el cual es esencial el aporte del Coordinador Médico y del Jefe de la División Técnica. 3) Implementar todos los procesos Diseñados, en este punto es esencial la socialización de toda la documentación de los procesos (procedimiento, guías, manuales, formatos y protocolos), y además verificar el cumplimiento del mismo. 4) Adecuar un pequeño archivo, donde se encuentren ordenadas todas las Hojas de Vida tanto del Personal que labora en la Institución, como las de otros candidatos en caso de necesitarse. 5) Realizar inmediatamente la evaluación del Desempeño, en la cual se realice un Estudio adicional de los perfiles requeridos, determinando necesidades de capacitación y/o reemplazo de personal en caso de ser necesario. 6) Realizar el Proceso de Capacitación, determinando las necesidades prioritarias de capacitación para suministrarlas. 7) Realizar la Planeación de personal faltante, en el cual se incluye el presupuesto para el mismo. 8) Realizar el Reclutamiento del Personal Faltante en cada una de las áreas. |
| Infraestructura Física | <ul style="list-style-type: none"> - No hay manejo adecuado de residuos hospitalarios. - Las instalaciones interiores para suministro de agua no funcionan adecuadamente. | <ol style="list-style-type: none"> 1) Es necesario Diseñar e Implementar el proceso de Manejo de Residuos Hospitalarios, en el cual además se deben diseñar los diferentes formatos, instructivos y desde luego el Manual de Bioseguridad. 2) Es prioritario la socialización de un Manual de Bioseguridad, como una primera capacitación. |

| | | |
|--|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - No se ha implementado el manual e bioseguridad. - No hay depósito adecuado para almacenamiento de residuos hospitalarios. - No hay depósito adecuado de cadáveres. - El puesto de enfermería de los servicios de hospitalización y urgencias no permite la visualización y monitoreo continuo de las habitaciones. - Las salas de cirugía no cuentan con un sistema de extracción de gases - Las salas de recuperación no cuentan con las fuentes de energía, oxígeno y succión necesarias. - El área de recuperación no cuenta con unidad sanitaria y de aseo propias. - En el área de consulta externa no se cuenta con unidad sanitaria por sexo. - Los consultorios de consulta externa no cuentan con área separada para entrevista y examen físico. - Los consultorios de Ginecoobstetricia, urología y toma de citologías no tienen unidad sanitaria. - El área de terapia respiratoria es muy limitada, no tiene sistema de ventilación adecuado, ni área específica para lavado y desinfección de equipos. - La unidad de Salud Mental necesita reparaciones en cuanto a instalaciones internas de agua, energía eléctrica, sanitario, cocina. | <p>3) Adquirir inmediatamente los Extractores de Gases</p> <p>4) Realizar las Adecuaciones de las Instalaciones en cuanto a agua y electricidad.</p> <p>5) Es evidente la necesidad de realizar construcciones y en algunos casos adecuaciones de la Instalaciones, de acuerdo a los Estándares mínimos requeridos, para éllo se propone en primer lugar Diseñar e implementar los procesos de Planeación de Construcciones y Adecuaciones, en el cual debe estar incluido la selección de obras prioritarias, y la elaboración del presupuesto requerido, además la ejecución del Presupuesto. Teniendo en cuenta que son muchas las obras prioritarias, y la condición financiera de la Institución es importante conseguir otro tipo de ayudas con Organizaciones Internacionales e Incluso Nacionales. Por lo tanto una vez hecha la Planeación de las Construcciones, el paso a seguir es determinar los recursos faltantes, y gestionar la consecución de los mismos.</p> |
|--|--|---|

| | | |
|--|--|---|
| <p align="center">Dotación y Mantenimiento</p> | <ul style="list-style-type: none"> - No hay revisión periódica de equipos para su respectivo mantenimiento preventivo y correctivo. - Las hojas de vida de los equipos no están disponibles en cada sede. - No se cuenta con el recurso humano para el mantenimiento de los equipos. - Hace falta equipos de reanimación en los servicios de hospitalización, salud mental y quirófano. - No hay oxímetro en los servicios de hospitalización, quirófano, reanimación y urgencias. - La sala de recuperación no cuenta con monitor de signos vitales para cada paciente. - No hay electrocardiógrafo en la unidad de salud mental. - El servicio de ginecoobstetricia no cuenta con monitor fetal. - Los consultorios de medicina general y especializada no cuentan con pesa, tallímetro y tensiómetro. - Los consultorios de odontología no tienen el instrumental necesario. - Los servicios de Urgencias y hospitalización no cuentan con tensiómetros y fonendoscopios adecuados. - La farmacia no cuenta con termo higrómetro. - En el servicio farmacéutico no hay estantes necesarios para el almacenamiento y clasificación de los medicamentos. | <ol style="list-style-type: none"> 1) Dentro del Proceso de Planeación de Recursos Humanos se debe el personal requerido para el mantenimiento de los Equipos. 2) Diseñar e Implementar un proceso de Adquisición de Equipos, en el cual se tenga en cuenta la Planeación. 3) Diseñar e implementar un Proceso de Control de equipos, en el cual se encuentren las actividades referentes a la entrada de equipos a la Institución, así como también la entrega a las diferentes áreas del Hospital, y también se tengan en cuenta las bajas de los equipos. 4) Diseñar e implementar un proceso de Mantenimiento Correctivo y Preventivo, en el cual se haga una planeación y desde luego setenga muy en cuenta la Hoja de Vida de los Equipos. 5) Adquirir los Equipos faltantes para la prestación de los servicios, seleccionando aquellos de mayor prioridad para la prestación de los servicios y de acuerdo al presupuesto (pese, tallímetro, tensiómetros, Instrumental de Odontología y fonendoscopios) . Para la adquisición de equipos (Equipos de Reanimación, Monitores de Signos Vitales, Electrocardiógrafos, Monitores Fetales) se debe tener en cuenta la ayuda que se puede conseguir con las Organizaciones Internacionales, pues en ocasiones en otros lugares se desechan equipos que son aparentemente obsoletos para ellos, pero que para la Institución son de mucha utilidad. |
| <p align="center">Medicamentos y Dispositivos Médicos</p> | <ul style="list-style-type: none"> - No se cuenta con registro, ni listado de los medicamentos, que contenga principio activo, forma farmacéutica, concentración, lote, registro sanitarios, fecha de | <ol style="list-style-type: none"> 1) Diseñar e implementar los procesos de Despacho de Medicamentos, Control de Condiciones Ambientales, Control de Vencimientos y Control de Inventarios. 2) Diseñar los Formatos e instructivos requeridos, con las especificaciones y registros necesarios, incluyendo aquellos mencionados y detectados en las |

| | | |
|---|--|---|
| | <p>vencimiento, y presentación comercial.</p> <ul style="list-style-type: none"> - No hay un almacenamiento adecuado de los medicamentos. - No se tiene control de temperatura y humedad en el sitio de almacenamiento de los medicamentos. - Se encuentran medicamentos vencidos y próximos a vencerse junto con los demás. - El stock de medicamentos que se encuentra en el servicio de Hospitalización no cuenta con un listado que contenga los ítems mencionados anteriormente, ni un registro que permita tener control de los medicamentos que entran y salen. - Existe un sitio de almacenamiento de insumos médicos y hospitalarios en el área de hospitalización, que no tiene registro de entradas y salidas. - El encargado del servicio farmacéutico no tiene el perfil profesional, ni técnico. | <p>falencias.</p> <p>3) Socializar los Procedimientos, Formatos, e Instructivos, a todas las partes implicadas, incluyendo a Hospitalización, para eliminar el stock de insumos que no tiene control en la parte de Hospitalización, y solicitar todos los necesarios directamente al almacén, o tomar decisiones respecto al Control de este sitio de Almacenamiento.</p> <p>4) Tener en cuenta en la Evaluación del Desempeño al Encargado del Servicio Farmacéutico, para ver las posibilidades de capacitación o en su defecto el reemplazo del personal.</p> |
| <p>Procesos Prioritarios y Asistenciales</p> | <ul style="list-style-type: none"> - No se han documentado, definido y socializado procedimientos en cada servicio del hospital. - No se han implementado protocolos o guías clínicas para las primeras causas de consulta en los diferentes servicios. - No se han implementado procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad de atención en salud. - No se han implementado los procesos del sistema de información para los usuarios. - No se cuenta con los procedimientos para el manejo de | <ol style="list-style-type: none"> 1) Elaborar protocolos, instructivos, Manuales y Guías para cada uno de los procedimientos en cada servicio del Hospital. 2) Socializar, para su implementación, cada uno de los Protocolos, Instructivos, Manuales y Guías elaborados 3) Diseñar e implementar el Proceso de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad. 4) Incluir retroalimentación a Usuarios en los diferentes procesos asistenciales, y Diseñar e implementar el Proceso de Información para la Oficina de Atención al Usuario. 5) Diseñar e implementar un proceso de Código Azul, teniendo en cuenta todos los formatos, Manuales, guías e Instructivos, con las correspondientes especificaciones y registros. 6) Implementar los diferentes formatos, con sus respectivos registros, para el correcto control de los servicios del Hospital. |

| | | |
|--|--|--|
| | <p>los residuos hospitalarios.</p> <ul style="list-style-type: none"> - No se tiene establecido procedimientos para la entrega de turnos médicos, y de enfermería; y normas para la ronda médica de evolución de pacientes. - No se ha establecido un sistema organizado de alerta (código azul) - No se cuenta con guías de manejo de gases medicinales. - No se cuenta con un manual de buenas prácticas de esterilización, bioseguridad, manejo de residuos hospitalarios. - No se adopta una guía de clasificación de pacientes. - Las ambulancias no cuentan con guías de manejo de urgencias. - El servicio de laboratorio clínico no cuenta con guías para la toma, transporte y remisión de muestras. - El servicio de odontología no cuenta con las guías para manejo de las 10 primeras causas de morbilidad oral. - En el servicio de radiología no se maneja un manual de radio protección. - En las sala de procedimientos de Urgencias no se lleva una relación de todos los procedimientos que se realizan. - En la sala de procedimientos no se maneja una guía de procedimientos. - En el servicio farmacéutico no se cuenta con un manual de procesos y procedimientos para la adecuada recepción, almacenamiento y conservación de los medicamentos; para el manejo de medicamentos de control, para el control de fechas | |
|--|--|--|

| | | |
|---|--|---|
| | de vencimiento y mecanismo de baja de medicamentos. | |
| Historia Clínica y Registros Asistenciales | <ul style="list-style-type: none"> - Faltan datos en la apertura de la historia clínica. - Los datos de identificación del paciente no tiene los contenidos mínimos. - En el servicio de urgencias no se cuenta con un sistema de tarjetas para la clasificación de multitud de lesionados. - En el servicio de Laboratorio Clínico no se cuenta con un registro adecuado de la recepción, entrega y remisión de muestras. | <ol style="list-style-type: none"> 1) Diseñar los formatos necesarios para la Historia Clínica, y los Servicios de Laboratorio, con la información básica requerida, y de acuerdo a las directrices del Instituto Departamental de Salud. 2) Implementar dentro del proceso de Urgencias un sistema de tarjetas para la clasificación de multitud de lesionados, realizando los Manuales, guías, instructivos, y formatos necesarios, para el correcto manejo de esta nueva actividad. |
| Inter-dependencia de Servicios | <ul style="list-style-type: none"> - En el servicio de hospitalización pediátrica no se cuenta con un lactario. - No se cuenta con un servicio de banco de sangre o transfusión sanguínea. | <ol style="list-style-type: none"> 1) Establecer un proceso para el Lactario de Hospitalización Pediátrica, teniendo en cuenta todos los Instructivos, Manuales, Guías y formatos requeridos. 2) Adquirir el lactario para el Servicio de Hospitalización Pediátrica, mirando la posibilidad de obtenerlo mediante donación de las Organizaciones Internacionales. 3) Contratar con otra IPS el servicio de Banco de sangre. 4) Diseñar e implementar un proceso para el Almacenamiento de Sangre, teniendo en cuenta los diferentes instructivos, manuales, formatos y con sus respectivas especificaciones y registros. 5) Adquirir una nevera para almacenamiento de sangre. |
| Referencia de Pacientes | <ul style="list-style-type: none"> - No hay guías para la referencia de pacientes. - No se ha socializado los flujogramas de referencia y contrarreferencia de pacientes. | <ol style="list-style-type: none"> 1) Elaborar los Instructivos, Guías, Manuales y formatos que requieren los Proceso de Referencia y Contrarreferencia, para su implementación y adecuado funcionamiento. 2) Implementar los procesos de Referencia y Contrarreferencia, lo cual incluye una socialización del proceso a los implicados, para que lo realicen correctamente. |
| Seguimiento a Riesgos | <ul style="list-style-type: none"> - No hay un proceso y diseño de los indicadores que permita la evaluación a riesgos inherentes a la prestación de servicios. - No se ha establecido un instrumento que permita la documentación de evaluación periódica de la satisfacción del usuario y del resultado del manejo de las patologías del paciente. | <ol style="list-style-type: none"> 1) Diseñar e implementar el proceso de Control y Manejo de Estadísticas de la Entidad, estableciendo los diferentes Instructivos, guías y formatos requeridos, además de los registros necesarios, teniendo en cuenta los Indicadores a los cuales se les desea hacer seguimiento (productividad, morbilidad, Inasistencia, etc.). 2) Diseñar e implementar los procesos de Manejo del Buzón de Sugerencias y Manejo de Quejas y Reclamos, teniendo en cuenta los pasos a seguir, para tomar cualquier acción ya sea preventiva o correctiva, así como las Guías, Manuales e Instructivos, y formatos requeridos para el correcto funcionamiento y control de los procesos. |

| | | |
|---|---|--|
| | | <p>3) Diseñar e Implementar el Proceso de Satisfacción del Usuario, en el cual es supremamente importante el aumento del indicador de satisfacción, por lo tanto es necesario establecer las actividades necesarias para definir el indicador de forma real.</p> |
| <p style="text-align: center;">Traslado Asistencial de Pacientes</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Las sillas de las ambulancias no cuenta con cinturones de seguridad y protección para la cabeza y la espalda de los acompañantes de paciente. - Las ambulancias no cuentan con cinturones de seguridad para un camilla adicional. - En el compartimiento del paciente las ambulancia no tiene un aviso de "NO FUME" Y "USE EL CINTURON DE SEGURIDAD" - Los gabinetes de las ambulancias no cumplen con los requisitos para el transporte de medicamentos y dispositivos médicos. - Las ambulancias no cuentan con lámpara desmontable para iluminación por fuera de la ambulancia. - Las ambulancias no tiene compartimiento aislado para los cilindros de oxígeno. - Las ambulancias no cuentan con un sistema de comunicación con la central o red de comunicación. - Las ambulancias no cuentan con la siguiente dotación básica: camilla secundaria para movilización especial, aspiración de secreciones, recipientes para almacenamiento de residuos biosanitarios. - Los conductores, enfermeras y médicos no tiene chalecos reflectivos que los identifiquen. - Las ambulancias no tiene cables para iniciación eléctrica. | <p>1) Diseñar un Proceso de Plan de Compras, en el cual se deben tener en cuenta todas las dependencias, y sus necesidades, por lo tanto es importante, elaborar los instructivos, Manuales, Guías y Formatos requeridos.</p> <p>2) Socializar a todos los Jefes de Área, para que realicen correctamente el Proceso, y diligencien perfectamente los formatos establecidos, además que conozcan la importancia del Proceso.</p> <p>3) Implementar el Proceso de Plan de Compras.</p> <p>4) Diseñar e Implementar el proceso de Adquisición de Bienes y Servicios (Fuera del Plan de Compras, que son compras imprevistas).</p> <p>5) Diseñar e Implementar un Proceso de Ingreso de Bienes y Distribución Interna, en el cual se tienen en cuenta los elementos que ingresan a la Institución y a quién se lo distribuye, manejando los registros necesarios, para el control adecuado.</p> <p>6) Adecuar las Ambulancias de acuerdo a los Estándares establecidos, para lo cual es necesario, adquirir los elementos necesarios como son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cinturones de seguridad y protección para la cabeza y la espalda de los acompañantes del paciente. - Cinturones de seguridad para un camilla adicional. - Adecuar los gabinetes de las ambulancias para el transporte de medicamentos y dispositivos médicos. - Lámpara desmontable para iluminación por fuera de la ambulancia. - Adecuación de un compartimiento aislado para los cilindros de oxígeno. - Sistema de Comunicación - Camilla secundaria para movilización especial, aspiración de secreciones, recipientes para almacenamiento de residuos biosanitarios. - Chalecos reflectivos para identificación del personal del Hospital, que laboran en las Ambulancias. - Cables para iniciación eléctrica. <p>Pero además se deben realizar letreros de "NO FUME" Y "USE EL CINTURON DE SEGURIDAD", que no se han hecho exclusivamente por descuido.</p> |

9. PRESUPUESTO DEL PLAN DE ACCIÓN

El presupuesto está elaborado teniendo en cuenta las necesidades básicas, que son personal, infraestructura, y otros costos. En el Caso de la Infraestructura y de la Adquisición de Equipos, los valores son distribuidos entre los objetivos 3 y 5 porque en este ítem son complementarios, además son valores tomados sin tener en cuenta los aportes que se logren con Organizaciones Internacionales.

Tabla 5. Presupuesto del Plan de Acción

| PRESUPUESTO REQUERIDO PARA LA EJECUCIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN | | | | | | |
|--|--------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| <i>ITEM</i> | <i>OBJETIVO 1</i> | <i>OBJETIVO 2</i> | <i>OBJETIVO 3</i> | <i>OBJETIVO 4</i> | <i>OBJETIVO 5</i> | <i>OBJETIVO 6</i> |
| Personal | 1,800,000 | 6,000,000 | 7,000,000 | 7,000,000 | 1,000,000 | 12,000,000 |
| Papelería | 50,000 | 50,000 | 50,000 | 50,000 | 200,000 | 300,000 |
| Gastos de Envío de Información | 50,000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 100,000 |
| Gastos de Estadía de Visitantes | 200,000 | 1,000,000 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Capacitaciones | 0 | 2,000,000 | 0 | 0 | 1,000,000 | 1,000,000 |
| Tiempo Laboral requerido en Reuniones | 400,000 | 2,000,000 | 400,000 | 400,000 | 2,000,000 | 1,000,000 |
| Equipos Audiovisuales | 100,000 | 100,000 | 100,000 | 100,000 | 100,000 | 200,000 |
| Organización de Eventos | 50,000 | 200,000 | 100,000 | 100,000 | 100,000 | 400,000 |
| Adecuaciones | 0 | 0 | 25,000,000 | 0 | 6,000,000 | 25,000,000 |
| Construcciones | 0 | 0 | 40,000,000 | 0 | 0 | 40,000,000 |
| Adquisición de Equipos | 0 | 0 | 20,000,000 | 200,000 | 10,000,000 | 20,000,000 |
| Adquisición de Bienes | 0 | 2,500,000 | 2,500,000 | 2,500,000 | 2,500,000 | 2,500,000 |
| Imprevistos | 500,000 | 500,000 | 500,000 | 500,000 | 2,000,000 | 2,000,000 |
| Subtotal | 3,150,000 | 14,350,000 | 95,650,000 | 10,850,000 | 24,900,000 | 104,500,000 |
| TOTAL | 253,400,000 | | | | | |

10. RELACIÓN COSTO BENEFICIO DEL PLAN DE ACCIÓN

El objetivo 1, que se refiere al Fortalecimiento Financiero, tiene un Costo de \$3.150.000, pero que se ve multiplicado en mínimo un 1000%, pues las ayudas que otorgan las Organizaciones Internacionales, en equipos, en capacitaciones, en recursos para Adecuaciones y Construcciones es bastante amplio, y como mínimo se lo puede valorizar en \$30.000.000.

El segundo objetivo está relacionado con mantener motivado al personal, se sabe que el Talento Humano de una Empresa, es la que lo hace funcionar bien o mal, y por lo tanto que los resultados que ésta obtiene sean satisfactorios, por lo tanto se considera que los \$14.350.000, utilizados en mantener motivado al personal, es reducido teniendo en cuenta, que con ellos de parte de la empresa, se puede realizar cualquier tipo de proyecto, como lo es la habilitación, donde se comprometerán 100% y pondrán todo su esfuerzo en alcanzar las metas propuestas.

Las Adecuaciones, Construcciones y Adquisición de Equipos, son los Ítems de mayor valor, y están distribuidos entre los objetivos 3, 5 y 6, pero se tiene conocimiento, que invirtiendo este dinero (\$186.000.000), se puede obtener la habilitación, y desde luego un mejoramiento total de los servicios, entonces, se puede ganar una mayor afluencia de Pacientes, y se puede ofrecer y vender los servicios Médicos a las EPS y ARS, con lo cual se obtendrán utilidades superiores a las invertidas, en por lo menos un 15% anual, pues con los contratos hechos con EPS y ARS, los Pacientes se aumentan en un 30%.

La Satisfacción del Usuario es fundamental para la supervivencia de cualquier entidad, por eso este plan estima un presupuesto de \$10.850.000, para que el proceso de mejoramiento del Hospital Pío XII sea participativo, pues ello redundará en satisfacción, y la satisfacción se convierte en fidelidad, y ésta a su vez en mayores ingresos para la Institución, además se cumple con un factor muy importante en la habilitación.

En general, la ejecución de este plan le permitirá al Hospital Pío XII, obtener su habilitación, con lo cual garantiza su continuidad; además obtendrá un fortalecimiento Financiero, con los nuevos contratos, convenios, y apoyo otorgado por Organizaciones Internacionales; y también logrará un posicionamiento como Institución Prestadora de Servicios de Salud en el Valle de Sibundoy, lo cual aporta para obtener mayores ingresos, logrando así la supervivencia de la entidad y su crecimiento, dando cumplimiento a su Misión y Visión.

11. CONCLUSIONES

- Considerando que el Hospital Pío XII es una institución prestadora de servicios de salud debe cumplir con el requisito de habilitación para continuar con el funcionamiento de cada uno de sus servicios, es decir debe cumplir con las condiciones mínimas de personal infraestructura física, dotación, procedimientos técnico-administrativos, transporte, comunicaciones, así como la auditoria de servicios que deben cumplir todos los prestadores de servicios de salud a los que se refiere el decreto 1011 de 2006, para garantizar que la atención en salud sea prestada a los usuarios con el mayor beneficio a un costo razonable y con el mínimo riesgo posible.
- El Hospital Pío XII, por ser una organización especial diferente a otro tipo de instituciones, debe hacer énfasis especialmente en la prevención de problemas y a partir de ellas lograr el mejoramiento continuo adaptándose a las necesidades del cliente interno y externo
- Dada la obligatoriedad para la habilitación del hospital Pío XII, se hace urgente la implementación de comités en cada una de las áreas funcionales que permitan aplicar correctivos a las no conformidades encontradas a partir del análisis de la evaluación realizada.
- Aunque el Hospital Pío XII es una institución sin ánimo de lucro, necesita tener una capacidad financiera que le permita prestar servicios con calidad y cumplir con sus obligaciones económicas con empleados y proveedores, para ello se considera conveniente replantear su administración actual con otra cuyos objetivos sean aprovechar las fortalezas y oportunidades de las cuales goza al ser la única institución prestadora de servicios de salud de primer y segundo nivel en la región.
- El Hospital Pío XII tiene dos falencias graves: primero, la deficiencia financiera; y segundo, el no cumplir con los estándares mínimos para lograr la habilitación. Teniendo en cuenta lo anterior y observando que las falencias en cierta medida son complementarias, es de vital importancia, fortalecerse financieramente y cumplir con los requisitos para la habilitación, con lo cual se podrá afianzar las fortalezas de la Institución, aprovechar las Oportunidades que le brinda el Mercado por ser la única institución prestadora de servicios de salud de primer y segundo nivel en la región, disminuir las debilidades y aminorar las amenazas.
- Con la ejecución de esta Propuesta, el Hospital Pío XII puede cumplir con los estándares mínimos de calidad, obtener la Habilitación, permitiendo una

permanente gestión, control, evaluación y mejoramiento de todos sus procesos, y por ende de la prestación de sus servicios.

- Obtener la Habilitación, para el Hospital Pío XII representa la continuidad en la Prestación de todos sus servicios, el posicionamiento en el Mercado, y el Fortalecimiento Financiero.
- La Inversión que debe realizar el Hospital Pío XII es de \$253.400.000, lo cual es bajo teniendo en cuenta la cantidad de beneficios que se obtienen, entre los cuales está la habilitación, el fortalecimiento financiero y el posicionamiento en el mercado; garantizando así la continuidad de la Institución, Calidad en sus Servicios y Mejoramiento Continuo.
- El Hospital Pío XII al Implementar un Sistema de Calidad y Mejoramiento Continuo, está cumpliendo con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC), lo cual le permite a la entidad una permanente gestión, control, evaluación y mejoramiento de todos sus procesos, y por ende de la prestación de sus servicios.
- Aunque el sistema de habilitación es de obligatorio cumplimiento para garantizar la calidad en la prestación de servicios de salud, debería ser tomado por las instituciones prestadoras como un camino que los guía hacia un proceso de cambio y mejoramiento que les ofrece la posibilidad de ser competitivos y permanecer en el mercado de la salud con clientes satisfechos.

BIBLIOGRAFIA

MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. Anexos técnicos No. 1 y 2.

_____. Decreto 1011 de 2006.

_____. Resolución 1043 de 2006.

PÁRAMO, José Ernesto. Guía de interpretación y aplicación para instituciones prestadoras de servicios de salud. Bogotá: septiembre de 2002.

A N E X O S

ANEXO A

MANUAL UNICO DE ESTÁNDARES Y DE VERIFICACIÓN

Anexo Técnico No.1 de la Resolución Nº. 1043 de 3 de Abril de 2006

Página 1 de 238

‘Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones’

MANUAL UNICO DE ESTÁNDARES Y DE VERIFICACIÓN

1. Recursos Humanos.

| 1. RECURSO HUMANO | | | | | | | |
|--|---------------------|---|---|----|----|---------------|---|
| Estándar: El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio. | | | | | | | |
| COD | SERVICIO | CRITERIO | C | NC | NA | OBSERVACIONES | MODO DE VERIFICACIÓN |
| 1.1 | TODOS LOS SERVICIOS | Los especialistas, profesionales, tecnólogos, técnicos y auxiliares, cuentan con el título o certificado expedido por una institución educativa debidamente reconocida por el Estado. En caso de estudios en el exterior, cuentan con la respectiva convalidación expedida por el Ministerio de Educación. Los auxiliares en las áreas de la salud deberán ajustarse a las denominaciones y perfiles ocupacionales y de formación establecidas en el Decreto 3616 de 2005 o demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan. | | | | | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Solicite la relación de todo el recurso humano asistencial que preste directamente los servicios a los usuarios en la entidad independientemente del tipo de vinculación. ✓ Solicite las hojas de vida del personal relacionado en el listado. ✓ Verifique que todo el personal de la relación cuente con hoja de vida. ✓ Verifique que en las hojas de vida se cuente con los títulos de grado de especialista, profesional, técnico, tecnólogo o certificados de aptitud ocupacional de auxiliar, según el cargo para que fue vinculado. ✓ Verifique que los profesionales, especialistas, técnicos, tecnólogos y auxiliares asistenciales cuentan con el título formal expedido por una institución educativa que se encuentre en los listados de las instituciones reconocidas por el Estado para la expedición del título que se verifica. Si el título es expedido por una institución educativa por fuera de Colombia, verifique que el título cuente con la respectiva convalidación por el Ministerio de Educación. ✓ Si el número de personas de la relación del personal asistencia es mayor a 100 solicite al menos el 10% de las hojas de vida de cada uno de los siguientes tipos de profesional: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Médicos (Generales y especialistas) ✓ Enfermeras profesionales. ✓ Auxiliares de enfermería. |
| 1.2 | TODOS LOS SERVICIOS | El proceso de selección de personal incluye la verificación del título de grado de especialista, profesional, técnico, tecnólogo y los certificados de aptitud ocupacional de auxiliar previo a la vinculación. | | | | | |

C = Cumple
NC = No cumple
NA = No aplica

ANEXO B

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE INTERNO

1. Que unidad administrativa considera que se debe mejorar?
 - a. Facturación
 - b. Atención al cliente
 - c. Estadística
 - d. Almacén
 - e. Farmacia

2. Que unidad asistencial considera que se debe mejorar?
 - a. Urgencias
 - b. Hospitalización
 - c. Consulta Ext.
 - d. Promoción y Prevención
 - e. Salud Mental

3. Que grupos asistenciales considera que deben mejorar?
 - a. Promotores de salud
 - b. Auxiliares de Enfermería y Enfermería
 - c. Médicos Generales
 - d. Médicos especialistas.

4. Piensa que está desarrollando actividades que no le competen y que deberían desarrollarse por otra unidad?
 - a. Si
 - b. No

5. Los recursos que le brinda la institución para el desempeño de su cargo en cuanto a entrenamiento es:
 - a. Bueno
 - b. Regular
 - c. Malo.

6. Los recursos que le brinda la institución para el desempeño de su cargo en cuanto a Información son:
 - a. Bueno
 - b. Regular
 - c. Malo.

7. Los recursos que le brinda la institución para el desempeño de su cargo en cuanto a Materiales son:
 - a. Bueno
 - b. Regular
 - c. Malo.

8. Considera que la remuneración económica que recibe es oportuna y equitativa?
 - a. Si
 - b. No

ANEXO C

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE EXTERNO

1. Como califica la atención de los funcionarios del Hospital?
 - a. Bueno
 - b. Regular
 - c. Malo.

2. Usted recibió información oportuna para su atención?
 - a. SI
 - b. NO

3. Donde considera que se debería prestar mejor atención para mejorar el servicio?
 - a. Atención al cliente
 - b. Urgencias
 - c. Facturación
 - c. Otro

4. Por cual razón escogió los servicios que presta éste Hospital?
 - a. Buen servicio
 - b. Economía
 - c. Necesidad

5. Como considera los servicios prestados por la institución?
 - a. Bueno
 - b. Regular
 - c. Malo.