

**GRADO DE CONOCIMIENTO DEL PLAN DE GESTIÓN EN LA
PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA ESE HOSPITAL
“RAFAEL PABA MANJARREZ” DE SAN SEBASTIÁN DE BUENAVISTA,
DEL DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA, DE ACUERDO AL DECRETO
357 DEL 2008 Y LA RESOLUCIÓN 473 DE 2008
EN LOS PERIODOS 2009 Y 2010.**

LILIANA LEMUS RANGEL

**UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ODONTOLOGIA
SANTA MARTA, JUNIO 2011**

**GRADO DE CONOCIMIENTO DEL PLAN DE GESTIÓN EN LA
PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA ESE HOSPITAL
“RAFAEL PABA MANJARREZ” DE SAN SEBASTIÁN DE BUENAVISTA,
DEL DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA, DE ACUERDO AL DECRETO
357 DEL 2008 Y LA RESOLUCIÓN 473 DE 2008
EN LOS PERIODOS 2009 Y 2010.**

LILIANA LEMUS RANGEL

**Proyecto de Grado de Requisito para Optar El Título de
Odontólogo**

Asesor Científico:

JUAN DAVID SALCEDO

**UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ODONTOLOGIA
SANTA MARTA, JUNIO 2011**

RESUMEN

La investigación determinó el grado de conocimiento del Plan de Gestión en el Área de la prestación de los Servicios de Salud en la ESE Hospital Rafael "Paba Manjarrez" de San Sebastián de Buenavista del Departamento del Magdalena, de acuerdo al decreto 357 del 2008 y la resolución 473 de 2008 en los periodos 2009 y 2010, para ello se utilizó el método inductivo deductivo que nos permitió determinar una tendencia general en la ESE de primer nivel de Complejidad. La población objeto de estudio está conformada por el personal que labora en la ESE que hace parte de las tres áreas como es la estratégica gerencial, administrativa y de la prestación de los servicios de salud. El instrumento de medición que se utilizó es una encuesta de 20 preguntas correspondientes a 8 indicadores del área de la prestación de los servicios de salud, dados por la matriz de evaluación.

Conclusiones generales: El hospital "Rafael Paba Manjarrez" cuenta con un talento humano calificado para realizar estrategias que permitan a su vez el desarrollo del Plan de Gestión de la entidad, clasificándolos de acuerdo al nivel de gestión para operacionalizar los procesos siempre buscando el objetivo del mejoramiento continuo, la eficiencia y excelencia del servicio y la satisfacción de los usuarios.

Palabras Claves: Plan de Gestión, indicadores, prestación de servicios, grado.

SUMMARY

The investigation determined the degree of knowledge of the Management Plan in the area of the provision of Health Services in the Hospital Rafael "Paba Manjarrez" of San Sebastian de Buenavista del Magdalena Department, according to Decree 357 of 2008 and the resolution 473 of 2008 in the periods 2009 and 2010, it was used deductive inductive method allowed us to determine a general trend in the ESE class of Complexity. The study population consists of staff working in the ESE is part of the three strategic areas such as the managerial, administrative and delivery of health services. The measurement instrument used is a survey of 20 questions for 8 indicators in the area of providing health services, given by the evaluation matrix.

Overall Conclusions: The hospital "Rafael PabaManjarrez" has a qualified human talent for strategies to turn the development of the management plan of the entity and classified according to the level of process management to operationalize the objective of always seeking continuous improvement, efficiency and service excellence and customer satisfaction.

Keywords: Management Plan, indicators, service, grade.

NOTA DE ACEPTACIÓN

Presidente de Tesis

Jurado

Jurado

A mi Madre BETTY, y mi Familia, que me han apoyado y no han perdido la
fe en mí para superarme.

A mis amigos a quienes he hecho esperar para sentirse orgullosos de
nuestra Amistad.

A la memoria de Mi Padre JOSÉ FREDDY LEMUS ALVARADO

LILIANA LEMUS RANGEL

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN.	10
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
2. JUSTIFICACION	19
3. OBJETIVOS	22
3.1. OBJETIVO GENERAL	22
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
4. MARCO REFERENCIAL	23
4.1. MARCO INSTITUCIONAL Y TEORICO	23
4.2. DESCRIPCION DEL PLAN DE GESTION	32
4.2.1. Diagnóstico.	33
4.2.2. Formulación del Plan	39
4.2.3. Términos y Procedimientos.	42
4.2.4 DESCRIPCION DE LA MATRIZ DE EVALUACIÓN	46
4.3 MARCO TEMPORAL Y GEOGRAFICO	53
4.3.1 Municipio De San Sebastián De Buenavista Mag.	54
4.3.2 Entidad: ESE Hospital Rafael Paba Manjarrez	54
4.4. MARCO CONCEPTUAL	56
5. DISEÑO METODOLOGICO	64
5.1.TIPO DE INVESTIGACION	64
5.2. POBLACION Y MUESTRA	66
5.3. INSTRUMENTO DE EVALUACION	66
5.4. INDICADORES DE ESTUDIO	67
6. RESULTADOS Y ANALISIS	68
CONCLUSIONES	89
RECOMENDACIONES	93
REFERENCIAS BILIOGRAFÍAS	95
ANEXOS	98

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Matriz Base	46

LISTA DE GRAFICAS

	Pág.
Grafica 1. Distribución Del Personal Según El Área	69
Grafica 2. Grado De Conocimiento Del Plan De Gestión de acuerdo al Decreto 357 Del 2008 Y La Resolución 473 Del 2008	70
Grafica 3. Grado De Manejo De Los Indicadores Del Plan De Gestión Acorde Al Decreto 357 Y De 2008 Y La Resolución 473 Del 2008	71
Grafica 4. Grado De Aplicación De Los Indicadores Correspondientes Al Área De Prestación De Servicios De Salud	72
Grafica 5. Grado De Conocimiento Del Indicador De Certificación Y Cumplimiento Del Requisito De Habilitación	72
Grafica 6. Grado De Conocimiento De Verificación De Cumplimiento Con Las Condiciones Básicas De Habilitación	73
Grafica 7. Grado De Acciones Para El Cumplimiento De La Certificación	74
Grafica 8. Grado De Conocimiento De Autoevaluación Para La Acreditación	75
Grafica 9. Grado De Aplicación Del PAMEC	76
Grafica 10. Grado De Conocimiento Del Indicador De Oportunidad En La Cita De Consulta De Medicina General	77
Grafica 11. Grado De Implementación Con El Indicador De Oportunidad En La Cita De Consulta De Medicina General	78
Grafica 12. Grado De Implicaciones Creativas Oportunas De Citas De Consulta General	79
Grafica 13. Grado De Implementación Con El Indicador De Oportunidad En La Cita De Urgencias	80
Grafica 14. Grado De Conocimiento Del Sistema Para El Manejo De Atención De Pacientes De Urgencia	81

Grafica 15. Grado De Implicaciones Del Indicador De Oportunidad En La Cita De Urgencias	82
Grafica 16. Grado De Implicaciones De Acciones Concretas	83
Grafica 17. Grado De Implicaciones En El Manejo De Eventos Adversos	84
Grafica 18. Grado De Ejecución En El Manejo De Eventos Adversos	85
Grafica 19. Grado De Conocimiento Del SIAU	86
Grafica 20. Grado De Manejo Del Sistema De Información Atención Al Usuario	87
Grafica 21. Grado De Implementacion De Acciones Correctivas	88

LISTA ANEXOS

	Pág.
ANEXO A	97
ANEXO B.	98
ANEXO C.	99
ANEXO D.	100
ANEXO E.	101
ANEXO F.	102

INTRODUCCIÓN.

“La grave situación económica que atraviesa el país, ha llevado a una reestructuración, a cambios en la asignación de los recursos orientados a la atención de la salud, por lo que es obligado estudiar cuáles han sido las tendencias y los resultados del patrón actual de asignación de recursos en el sector salud, para poder realizar una planeación adecuada de los recursos sectoriales. La limitación de éstos obliga a investigar la mejor manera de administrarlos en términos de eficiencia y equidad, sobre todo por el enorme reto de cobertura que aún tiene por resolver el sector en el país” (PALENCIA & MOLINA)

En los años 80 se da un nueva corriente la cual tenía como foco principal buscar la eficiencia en las Entidades del Estado, lo que conllevó la generación de Políticas Públicas de Gestión Pública y se cristalizó en lo que se llama la Nueva Gestión Pública. (BARZELA, 2003).

Lo anterior se dio en un contexto de aplicación de teorías del racionalismo económico a la Gestión Pública, principalmente en buscar y adaptar las entidades públicas a patrones de flexibilidad, tercerización de funciones, producción deslocalizada de bienes públicos.

La gestión de los bienes y servicios públicos no solamente se realizará por el Estado, sino también por actores no estatales – ONG'S, Empresas Comerciales y La Comunidad Organizada. Esta es una nueva manera de gestionar en la que se articulan doctrinas de la Gestión privada – planeación estratégica, gerencia del servicio – calidad-, eficientismo, planeación por objetivos, evaluación de la gestión por resultados.

Todo lo anterior conlleva a que el Estado realice cambios – reestructuración- en las reglas y rutinas en las áreas de gestión financiera, en las áreas de auditoría y evaluación, de la organización y métodos, de contratación, de planeación de gasto y gestión financiera, de la función pública (régimen del empleo, ingreso y reclutamiento), de impuestos, separación entre las áreas de producción de las Políticas Públicas y la área de ejecución de las Políticas Públicas, descentralización. En lo político, se recurre a modelos de elección public choise, el principal y el agente.¹

Lo anterior da pie para muchos teóricos miren de nuevo hacia las teorías Keynesianas, pero otros manifiestan que esto es imposible, que lo ocurrido permitirá que el Capitalismo se reinvente sin la necesidad de volver a algunas de las características del Estado Interventor. Lo que mantiene esta

¹ Estos elementos define a la Nueva Gestión Pública – NGP- como corriente administrativista, rompen con el modelo Weberiano de ahí su denominación de posburocracia. Las cuales viene a dominar las reformas de la administración en los años ochenta en el Reino Unido, Nueva Zelanda y Australia. Ver en TAPIA GONGORA, Edwin y otro. Pensamiento Administrativo y Organizaciones públicas. Programa de Administración Pública territorial. Escuela Superior de Administración Pública. Bogotá DC, 2008.

opción abierta se remite al ejemplo alemán de la economía social de mercado, que no deja de ser neoliberal, pero con un Estado más vigilante y fuertemente regulado que el de aquellos aspectos del mercado que lo necesitan. (TAPIA, 2008)

Todo derivado también de la constituyente cuyo producto fue una nueva Constitución, obligando al Estado a reestructurarse y entrar en una visión de racionalización del gasto, eficientista en uso de los recursos. De tal manera se reduce su tamaño, mediante supresión, fusión de entidades; se le da juego y participación a los particulares, en la prestación del servicio que antes eran de exclusiva función del Estado mediante su Administración Pública.

En este contexto se realizan las reformas estructurales al Sistema de Seguridad Social, y se expide la ley 100 de 1993 como el pilar del sistema y como fórmula para conjurar la crisis de deficiencia, despilfarro en la prestación del servicio no sólo de salud sino en los aspectos de pensiones y riesgos profesionales.

El sistema creado por la ley 100 de 1993, se caracteriza por: "presencia del Estado en Dirección y Control, Gestión Pública y privada, obligatoriedad en afiliación, protección centrada en la población asalariada formal, financiamiento mediante cotizaciones; y finalmente la creación de beneficios mediante la negociación colectiva" (ARENAS, 2007)

El periodo posterior a la reforma del sistema, conllevó a la no erradicación de los problemas, ya que perduraron preocupaciones en cuanto a cobertura, déficit fiscal, inequidad en el gasto de pensiones. Lo que llevó al Estado a emprender una nueva reforma en el año 2002, en los aspectos de cotización, afiliación, régimen de transición creado por la ley 100 de 1993 y manejo del déficit fiscal dando lugar a una reforma constitucional mediante acto legislativo.

En el año 2006 el Estado realiza discusiones en cuanto a las carencias y dificultades del Sistema de Seguridad Social en Salud acumulado en los años anteriores, y como resultado se expiden normas en busca de un mayor control por parte del Estado sobre el sistema. Se reestructura el régimen subsidiado en lo financiero y administrativo, con nuevas normas en el mercado del régimen contributivo y se avanza en el régimen de transferencia para la financiación del servicio de salud; como resultado de este querer resulta la ley 1122 del 2007.

Es así, que si se mira en retrospectiva, el Estado busca una mayor eficiencia e impacto de la gestión en el sector salud, por parte de sus instituciones públicas que lo conforman, fortaleciendo el Control, Inspección y Vigilancia en el desempeño de estos entes descentralizados no sólo en el nivel central sino también en el nivel territorial, llegando a generar mecanismos que le permitan concretar estos objetivos.

Es entonces, el Plan de Gestión exigido a los gerentes de las E. S. E.² y otros instrumentos administrativos, los pináculos del creciente ejercicio de control por parte del Estado en todos sus niveles, principalmente en el territorial (Departamental y Municipal), buscando mejorar en la prestación, cobertura y calidad del servicio en salud. Por lo que este trabajo busca una descripción en conjunto de la utilización de este instrumento que tiene por objeto regular los aspectos relacionados con la presentación, aprobación y evaluación del plan de gestión que debe ser ejecutado por los Directores o Gerentes de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, durante el período para el cual fueron designados mediante concurso o reelección; así como establecer condiciones para la reelección de los mismos.

El trabajo de investigación se encamino a determinar el grado de conocimiento del plan de gestión y evaluación en la ESE de I nivel de Complejidad de la Prestación de los Servicios de Salud del departamento del Magdalena, en el periodo 2008-2010 (primer semestre). Por lo que se partirá de dar una descripción analítica del Plan de Gestión, reglamentados mediante decreto 357 de 2008 y determinados sus parámetros en la Resolución 0473 de febrero 13 de 2008 al comprobarlo mediante la

² A este respecto se expide la ley 1122 de 2007, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Y cuyo objeto es “**Objeto.** La presente ley tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.”

aplicación de los indicadores respectivos el grado de implementación del plan de gestión.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El problema que se planteó en esta investigación surge de la necesidad de verificar si los instrumentos de gestión generados por el Nivel Central en este caso el Ministerio de la Protección Social, se ha implementado o no, y si lo ha hecho constatar y determinar qué hacen y cómo lo hacen en la ESE de I Nivel de complejidad en la Prestación de los Servicios de Salud, en el Departamento del Magdalena en el periodo 2008- primer semestre de 2010, para buscar una mejor y eficiente gestión de los recurso a cargo de la ESE a nivel territorial

Es deber de toda institución prestadora de salud diseñar, elaborar y poner en funcionamiento su plan estratégico para lograr los objetivos y evaluar las fallas encontradas para buscar el mejoramiento continuo y la eficiencia en la prestación de los servicios de salud, prueba de ello la Superintendencia Nacional de Salud emitió la Resolución Número 000710 DE 2009 del 03 junio del 2009 donde se ordena la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LA CANDELARIA DEL MUNICIPIO EL BANCO MAGDALENA, por no cumplir con el objeto social, en lo referente a la prestación de los servicios de salud se encontraron problemas por: no

contar con un sistema de información y auditoria de urgencias, incumplimiento con estándares de habilitación del servicio de urgencias, no dispone de la documentación de un Plan de Emergencias y desastres y no contar con la con la dotación básica en el servicio de urgencias.

Por otro lado la dirección de Vigilancia y Control de la Gobernación del Departamento de Cundinamarca sanciona a la Empresa Social del Estado, Hospital San Martín de Porres de Chocontá, mediante resolución No. 051 de enero de 2008, por irregularidades en la prestación del servicio médico.

Por lo que se determinó el grado de conocimiento del plan de gestión en la ESE de I nivel de complejidad de los servicios de salud del departamento del Magdalena de acuerdo al decreto 357 del 2008 y resolución 473 de 2008. Entre el periodo 2008- primer semestre 2010, Por parte de los empleados del ente prestador de los servicios de salud por parte del personal que labora en el hospital.

Lo anterior conlleva a preguntar ¿cuál es el grado de conocimiento del plan de gestión en la prestación de los servicios de salud en la ESE hospital "Rafael Paba Manjarrez" de San Sebastián de Buenavista, del Departamento del Magdalena, de acuerdo al Decreto 357 del 2008 y la resolución 473 de 2008 en los periodos 2009 y 2010?

2. JUSTIFICACION

Este trabajo de grado se circunscribió, a determinar el grado de conocimiento del plan de gestión en la prestación de los servicios de Salud en la ESE de I nivel de complejidad en el departamento del Magdalena de acuerdo al decreto 357 de 2008 y resolución 473 de 2008. Donde el plan debe contener como mínimo las metas de gestión y resultados relacionados con producción y mejoramiento en la calidad de la prestación de servicios, sostenibilidad financiera y eficiencia en el uso de recursos, así como las metas y compromisos incluidos en convenios suscritos con la Nación o la entidad territorial si los hubiere, debidamente cuantificados. Entre el periodo 2008- primer semestre 2010.

La importancia del trabajo radica en que el objetivo teleológico de la normativa anteriormente mencionada quiere volver eficiente todos los elementos del sistema de la seguridad social, y conjurar la crisis, en especial dentro del sistema de salud y en éste a las IPS del sector público, que muchas de ellas es ESE del orden territorial. En consecuencia esta normativa se expidió en el año 2008, buscando una eficiencia de la gestión en el sector salud, por parte de las instituciones públicas que lo conforman, fortaleciendo el control, inspección y vigilancia en el desempeño de estos

entes descentralizados. Por lo que se generan mecanismos que le permitan concretar estos objetivos. Es entonces, el Plan de Gestión exigido a los Gerentes de las ESE, el instrumento que busca medir la prestación, cobertura y calidad del servicio en salud.

Hasta el momento, en el Departamento del Magdalena no se han realizado este tipo de análisis del grado de conocimiento del plan de Gestión en la prestación de servicios de salud. Por lo que se hace necesario y oportuno realizar por lo menos dicha verificación, ya que la normativa es de obligatorio cumplimiento, ya que este instrumento de evaluación diseñado por el Ministerio de la Protección Social busca medir la gestión y la forma de ejecución de los recursos que en últimas es el cumplimiento de la razón social de las ESE de acuerdo a la ley 1122 del 2007.

Para la Universidad del Magdalena es de gran importancia llevar a cabo esta investigación por que permite apropiarse de los resultados de la investigación para fijar estrategias que conlleven a un mejoramiento continuo de los programas que oferta.

A su vez al programa de Odontología le proporciona herramientas para aumentar la calidad y rendimiento de los estudiantes.

Servirá como marco de referencia para posibles investigaciones que quieran realizar los estudiantes y los investigadores sobre el tema.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el grado de conocimiento del Plan de Gestión en la prestación de los Servicios de Salud en la ESE Hospital “Rafael Paba Manjarrez” de San Sebastián de Buenavista del Departamento del Magdalena, de acuerdo al decreto 357 del 2008 y la resolución 473 de 2008 en los periodos 2009 y 2010.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer si la ESE ha implementado el plan de gestión que permita el reconocimiento de la misión al personal a cargo de la prestación de los servicios de salud.
- Comprobar la ejecución y seguimiento de los indicadores del área de la prestación de los servicios de salud en la ESE.
- Recomendaciones para el desempeño del plan de gestión en el área de prestación de los servicios de salud.

4. MARCO REFERENCIAL

4.1 MARCO INSTITUCIONAL Y TEORICO

El Plan de Gestión y especialmente de la matriz que contiene los indicadores para la evaluación de las instituciones del sector salud llamadas E.S.E. –Empresas Sociales del Estado – que la Constitución y la ley reconoce como Institutos descentralizados (HERNANDEZ, 1999) integrantes de la Rama Ejecutiva del Poder Público en el orden Nacional y Territorial: Es así entonces que las E.S.E., se encuentran reconocidas institucionalmente en el artículo 150 numeral 7 de la Constitución de 1991 y por la ley 489 de 1998 en su artículo 38 literal b. De manera más específica, estos Institutos descentralizados se regulan y operan bajo el principio general en Derecho, en el cual *prima la norma especial frente a la general* sobre la materia según lo determinado el artículo 83 de la ley 489 de 1998 así:

“La empresas sociales del Estado, creadas por la Nación o por los entes territoriales para la prestación en forma directa de servicios de salud se sujetarán al régimen previsto en la ley 100 de 1993, ley 344 de 1996 y ley 1122 y la presente ley en los aspectos no regulados por dichas leyes y las normas que las complementen, sustituyan o adicionen.” (HERNANDEZ, 1999)

Los institutos descentralizados, sean los creados por la Nación o los Entes Territoriales (Departamentos, Distritos y Municipios) y por supuestos reconocidos por la Constitución y la Ley se pueden definir *como aquellas organismos cuya “naturaleza es eminentemente técnica y administrativa” y cuyo objetivo es la prestación de servicios mediante la descentralización de sus funciones con un área geográfica de actuación ya sea, Nacional, Departamental, Distrital y Municipal con la cual pueden coincidir o no.*

En cuanto al marco legal, lo enfocamos desde la Constitución tomando los siguientes aspectos así: primero, El enfoque Orgánico o de reconocimiento institucional y segundo la Salud como un servicio público y obligatorio a cargo del Estado.

Estos dos aspectos comparten normatividad desde el punto vista Constitucional y de algunas normas. En lo relacionado con el servicio de salud como obligación del Estado, Colombia en un contexto de Estado Social de Derecho, podemos citar los siguientes artículos:

*“ARTICULO 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son **servicios públicos a cargo del Estado**. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia,*

universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por **entidades privadas**, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer **las competencias de la Nación, las entidades territoriales** y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Los servicios de salud se organizarán en forma **descentralizada**, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad." (La negrilla es nuestra).

"ARTICULO 64. Es deber del Estado promover el acceso progresivo a la propiedad de la tierra de los trabajadores agrarios, en forma individual o asociativa, y a los servicios de educación <sic>, salud, vivienda, seguridad social, recreación, crédito, comunicaciones, comercialización de los productos, asistencia técnica y empresarial, con el fin de mejorar el ingreso y calidad de vida de los campesinos."

"ARTICULO 356. <Artículo modificado por el artículo 2o. del Acto Legislativo No. 1 de 2001. El nuevo texto es el siguiente:> Salvo lo dispuesto por la Constitución, la ley, a iniciativa del Gobierno, fijará los servicios a cargo de la Nación y de los Departamentos, Distritos, y Municipios. Para efecto de atender los servicios a cargo de éstos y a

proveer los recursos para financiar adecuadamente su prestación, se crea el Sistema General de Participaciones de los Departamentos, Distritos y Municipios.

<Inciso modificado por el artículo 1 del Acto Legislativo 4 de 2007. Rige a partir del 1o de enero de 2008 - Ver <Legislación Anterior> para la legislación vigente hasta esta fecha -. El nuevo texto es el siguiente:>

*Los recursos del Sistema General de Participaciones de los departamentos, distritos y municipios se destinarán a la **financiación de los servicios a su cargo, dándoles prioridad al servicio de salud**, los servicios de educación, preescolar, primaria, secundaria y media, y servicios públicos domiciliarios de agua potable y saneamiento básico, garantizando la prestación y la ampliación de coberturas con énfasis en la población pobre.”*

En segundo aspecto, la forma de su prestación, organización lo describe el artículo 49 ya transcrito. Y que también tiene su apoyo como servicio que se podrá prestar en forma descentralizada en el artículo 209:

“ARTICULO 209. La función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios

*de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, mediante **la descentralización**, la delegación y la desconcentración de funciones”.*

Y un tercer aspecto es el institucional. En la cual se le da reconocimiento no sólo legal sino institucional a los entes descentralizados los cuales desde la reforma de 1968 fueron establecidos; sino también, los que la misma Constitución autorice. Es así, lo que se interpreta en el numeral 7 del artículo 150:

*“7. Determinar la estructura de la administración nacional y crear, suprimir o fusionar ministerios, departamentos administrativos, superintendencias, establecimientos públicos y **otras entidades del orden nacional**, señalando sus objetivos y estructura orgánica; reglamentar la creación y funcionamiento de las Corporaciones Autónomas Regionales dentro de un régimen de autonomía; así mismo, crear o autorizar la constitución de empresas industriales y comerciales del estado y sociedades de economía mixta”.*

En cuanto al marco legal desde el punto vista orgánico o de reconocimiento institucional hay que citar la ley 489 de 1998 por medio de la cual se dictan normas sobre la organización y funcionamiento de los entes de la administración nacional, sin que por ser nacional no se aplique en los entes

territoriales, como lo determina su artículo 83 el cual, autoriza su aplicación en lo que no le sea contrario en las normas especiales.

Siendo más específico, tenemos la ley 10 de 1990, con la que se quiso dar los primeros pasos para la organización del Sistema de Salud, al señalar la Salud como un Servicio Público en el cual el Estado tiene sus responsabilidades y amplias facultades de intervención mediante la descentralización de competencias y recursos. (ARENAS, 2007) Sigue en este mismo marco específico la ley 100 de 1990, la cual creó el Sistema de Seguridad Social integral, en la que el subsistema de salud crea las E.P.S.- Entidades Promotoras de Salud-, I.P.S. –Instituciones Prestadoras de Salud- tanto privadas como públicas, siendo las primeras las entidades administradoras y las segundas las prestadoras de los servicios. Son estas últimas las que en algunos casos terminan organizándose como E.S.E.

Es con la ley 344 de 1996, con la que se busca la racionalización del gasto público, disminuir el déficit fiscal y transformar la forma de financiamiento de los servicios de Salud. Por último tenemos la ley 1122 de 2007³, la cual modifica el sistema de seguridad social en salud, con la cual se pretende como finalidad el mejoramiento en la prestación del servicio a los usuarios.

“Esta ley fortalece la inspección, vigilancia y el control del sistema y

³ Disponible en www.secretariadelsenado.gov.co., Además esta norma obliga a incluir dentro del Plan de Desarrollo no solo nacional sino en las entidades territoriales, un Plan de Salud Pública y las Entidades de Territoriales presentaran el Plan Operativo de Acción cuyas metas serán evaluadas por el Ministerio de Protección Social de acuerdo a la reglamentación expedida para tal efecto.

proporciona mejores herramientas de acción a la Superintendencia Nacional de Salud.”

Como herramientas de control a las E.S.E., y como continuación de la finalidad de la ley 1122⁴, se ha expedido el decreto 357 de febrero 8 de 2008, mediante el cual se reglamenta la evaluación y reelección de los gerentes y directores de las E.S.E. del orden territorial y siguiendo este orden de ideas el Ministerio de la Protección Social expide la Resolución 0473 de febrero 13 de 2008, por medio de la cual se define la metodología para el diseño, elaboración y evaluación del Plan de Gestión de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial y se adopta para ello un instrumento de medición y evaluación. Todo esto encaminado a una mejor gestión eficiente de los recursos y cumplimiento de la razón social de las E.S.E.

Este instrumento de medición y evaluación para cumplir sus objetivos contiene lo que llamamos, indicadores para medir la eficiencia en la prestación de servicios de salud de la E.S.E. Ahora, estos se pueden definir como “medidas específicas verificables objetivamente, sobre los cambios y

⁴ Así mismo, se ha expedido la ley 1151 de 2007 que en su artículo 32 prescribe: “evaluación de Directores o Gerentes de instituciones públicas prestadoras de servicio de salud. Las Juntas directivas de la Instituciones públicas prestadoras de servicio de salud deben definir y evaluar el plan de Gestión para ser ejecutado por el Director y Gerente durante el periodo para el cual fue designado. Dicho plan contendrá entre otras las metas de gestión y resultado relacionado con la viabilidad financiera, calidad y eficiencia en la prestación de los servicios y las metas y compromisos incluidos en convenios suscritos con la Nación o la entidad territorial si los hubiere.” Norma por la cual se adopta el Plan Nacional de Desarrollo 2006 a 2010.

resultados de una actividad. Son variables o relaciones entre variables que ayudan a caracterizar una situación o a medir los cambios presentados en ella después de una actividad” (DPN, 1997) o en otras palabras es “sencillamente algo que nos indica, muestra, señala o cuantifica el grado en que las actividades de un proceso logran un objetivo” (CHARRY, 1996). Así mismo, estos deben cumplir con algunas de estas características y atributos: Fácil de entender; consistentes, es decir que sean sólidos, coherentes y relacionados con el interés de uno o más grupos tomadores de decisiones; Oportunos, es decir su disponibilidad e inmediatez; Pertinente, claramente relacionados con los objetivos y metas de políticas; Confiables; una demostración convincente y objetiva de los datos.

Los indicadores pueden ser de dos tipos:

- 1.1. ***Indicadores de gestión o de eficiencia*** o también llamados como *indicadores de seguimiento, control, monitoreo y administración* y estos se pueden dividir en:
 - a.** *Indicadores estructurales*: que identifican los niveles de dirección y mando, así como su grado de responsabilidad en la conducción institucional;
 - b.** *Indicadores de recursos*: tiene relación con el grado de planificación de las metas y objetivos;
 - c.** *Indicadores de proceso*: aplicables a función operativa de la institución relativa al cumplimiento de su misión y objetivos sociales;

- d. Indicadores de personal:* a las actividades del comportamiento de la Administración de los recursos humanos;
- e. Indicadores interfásico:* trata de medir el comportamiento relativo a la interacción con su medio externo;
- f. Indicadores de aprendizaje y adaptación:* corresponden al comportamiento de los recursos humanos dentro de los procesos evolutivos tecnológico y de identidad.

1.2. ***Indicadores de logros o de eficacia***, conocidos como indicadores de éxito, externos de *impacto* y de *objetivos*, permiten la valoración de los cambios en las variables socioeconómicas propiciados por la acción institucional, miden el grado con el cual una acción alcanza los resultados esperados. Dentro de estos indicadores es posible subclasificarlos en cuatro tipos como son:

- a. Indicadores de impacto:* relacionados con los logros a largo plazo, y al cumplimiento de la misión u objetivo de la institución;
- b. Indicadores de efecto:* son los relacionados con los logros a mediano plazo y cumplimiento de objetivo en una región especial;
- c. Indicadores de resultado:* relacionados con los logros a corto plazo y los contribuciones a resolver problemas y necesidades;
- d. Indicadores de producto,* relacionados con el plazo inmediato y los contribuciones al cumplimiento de los propósitos establecidos en cada objetivo.

4.2. DESCRIPCION DEL PLAN DE GESTION

El Plan de Gestión que trata el decreto 357 del 2008 y la Resolución 473 del 2008 se puede definir como “*el documento que refleja los compromisos que el Director o Gerente establece ante la Junta Directiva de la Entidad, los cuales deben incluir las metas y actividades en la áreas de Gestión Gerencial y Estratégica, Gestión de la Prestación de servicios de salud y Gestión administrativa*” (MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL, 2008)

Este Plan de Gestión debe tener en cuenta de manera general las políticas, objetivos y metas del Plan de Desarrollo de la Entidad Territorial, el Plan Territorial de Salud Pública⁵, y debe ser compatible, coherente y complementario con El Plan Estratégico, Plan Operativo Anual, Plan Indicativo de la E.S.E., o cualquier otro mecanismo de planeación que exista en la E.S.E.

4.2.1 Diagnóstico.

El Plan de Gestión tiene dos grandes partes, una parte de *Diagnóstico* de las tres áreas, es decir, Área de Gestión Gerencial y Estratégica, Área de Prestación de servicios de Salud y Área Administrativa, así:

⁵ Estos Planes es decir, El Plan de Desarrollo de la Entidad Territorial y su Plan Territorial de Salud Pública deben contemplar las directrices determinadas por el Plan Nacional de Desarrollo y el Plan Nacional de Salud Pública, como también CONPES, Ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2007, decreto 3039 de 2007. Consultar: www.secretariadelsenado.gov.co.

En el área de Gestión Gerencial y Estratégica se hace análisis sobre los siguientes aspectos: Ver anexo A.

Direccionamiento estratégico: se debe verificar que tipos herramientas de planificación existe, es decir, si hay planes estratégicos, planes indicativos, planes operativos anuales y su grado de aplicación. También hay que verificar los mecanismos de evaluación de dichos planes y determinar si se deben ajustar o no para el periodo que inicia.

Gestión Financiera: se debe verificar el nivel de desarrollo de los procesos contables presupuestales, de costos, de tesorería, facturación y cartera. Y en cuanto a *Resultados financieros:* analizar el equilibrio operacional, teniendo en cuenta los indicadores de liquidez, endeudamiento, rotación de cartera, niveles de glosa, rotación de inventarios y aquellos mecanismos, que permitan establecer claramente las condiciones financiera de la E.S.E.

Sistema de control de información: el diagnóstico debe tener en cuenta los aspecto de generación, consolidación, análisis y uso de la información financiera, de costos, producción y calidad de servicios, registro de prestaciones en salud, utilización de la capacidad instalada, gestión de recursos humanos y físicos, sistema de compra y apoyo

logístico. Se debe mirar también el grado de sistematización y automatización de los procesos de la información.

Control interno: se debe tener en cuenta el Modelo Estándar de Control Interno para el sector público con los subsistemas de Control Estratégico, de Control de Gestión y de Control de Evaluación, en función de la Resolución No. 142 del 2006, por la cual se adopta el Manual de Implementación del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 en el Estado Colombiano. Ver anexo A.

El diagnóstico, mediante los anteriores indicadores nos permiten determinar la línea base, a partir de la cual se tomará como referencia para la propuesta de metas, propósitos y objetivos del nuevo Plan de Gestión, en esta área o las otras dos, lo cual facilitará la evaluación y calificación de la gestión gerencial en la E.S.E.

Muchas veces no es posible determinar esta línea base, ya sea porque falta la información al interior de E.S.E., o porque existiendo la información se necesite la implementación del índice o indicador, o se tenga que realizar ajustes en la metodología. En estos casos se parte de línea base cero (0).

Cuando en el diagnóstico determine que el resultado de la línea base de cualquiera de los indicadores es el ideal para la E.S.E., el Director o Gerente lo informará así a la Junta Directiva y si está de acuerdo lo aprobará en esas condiciones.

Todos los indicadores en esta área se caracterizan por ser de eficiencia, control y seguimiento (DPN, 1998), lo que permiten ver el grado de planeación y el cumplimiento de las metas, objetivos de los planes (indicador de recursos). Tanto de los planes anteriores como del plan a implementar.

En el área de Gestión de la Prestación de Servicios de salud, se debe tener en cuenta:

Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad: Determinado por el decreto 1011 de 2006⁶ y sus normas reglamentarias, verificando los avances y/o dificultades de los componentes del mismo:

- Sistema Único de Habilitación: inscripción en el registro especial de prestadores, solicitud de visita de verificación y verificación del cumplimiento de los estándares de calidad por parte de las secretarías departamentales o Distritales de salud según corresponda.

- Auditoría para el mejoramiento de la calidad de los servicios:

⁶ A este respecto para garantizar la calidad en la prestación de los servicios de salud, este decreto define calidad así: “Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.” Ver en artículo 2° del Decreto 1011 de 2006 en www.dmsjuridicas.com.co

Diseño e implementación del PAMEC⁷ según los lineamientos del Ministerio de la Protección Social.

- Sistema Único de Acreditación: auto evaluación de acreditación con base en los estándares contenidos en la Resolución 1445 de 2006, tal y como lo establece el decreto 4295 de 2007 y d) Sistema de Información para la calidad: revisando el comportamiento histórico de los diferentes indicadores establecidos en la Resolución 1446 de 2006, verificando el cumplimiento de su reporte a la Superintendencia Nacional de Salud.
- *Contratación de prestación de servicios:* se deben evaluar las condiciones de negociación y contratación con cada entidad responsable del pago, teniendo en cuenta las condiciones establecidas en el Decreto 4747 de 2007.

Igualmente se debe analizar la composición del portafolio de servicios en función de las necesidades de la demanda, los volúmenes de producción, la oportunidad en la atención, la utilización de la capacidad instalada y el análisis de la frecuencia de uso e intensidad de uso de servicios a partir del análisis de Registro Individual de Prestaciones (RIPS).

⁷ PAMEC, es el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, el cual debe ser implementado.

Con relación a las redes de prestación de servicios de las que hace parte la empresa, en función, de los contratos de venta de servicios de salud a las diferentes entidades responsables del pago que operan en el sistema, se deberá evaluar el cumplimiento de las normas de referencia y contrarreferencia establecidas por cada pagador. Ver Anexo B.

Los primeros cuatro (4) indicadores son de eficiencia y gestión (DPN, 1998) ya que determinan cumplir unos objetivos, y en los dos últimos se busca en esta área un impacto, aminorarlo lo que los calificaría como indicadores de eficacia y logros, ya que se busca valorar los cambios en la calidad del servicio y oportunidad brindados y aminorar el impacto de los eventos adversos.

En el área Administrativa, se debe tener en cuenta la operación de los procesos de gestión de los recursos humanos, recursos físicos, externalización de servicios y contratación de personal, sistema compras y apoyo logístico en áreas como mantenimiento, transportes y comunicaciones, vigilancia y aseo, alimentación de pacientes. Igualmente debe revisarse la implementación del Programa de Salud Ocupacional. Ver anexo C.

En esta área los indicadores la mayoría son de eficiencia (DPN, 1998) a excepción del indicador de accidentes de trabajo, el cual es un indicador de

logro o eficacia. El cual busca mediante su implementación y cumplimiento aminorar un impacto negativo.

4.2.2. Formulación del Plan

Esta parte del Plan de Gestión, que es el plan de Gestión en sí, propuesto por el Gerente o Director de la E.S.E., durante el periodo para el cual fue nombrado, con las metas y actividades en cada una de las áreas. Este Plan “como mínimo debe tener las variables y metas señaladas en el anexo técnico” que se encuentra en el instrumento de evaluación determinado por la decreto 357 de 2008 y la resolución 473 de 2008. Debe ser presentado a la Junta Directiva de la E.S.E.

Para el Área de Gestión Gerencial y Estratégica: se debe abarcar, como mínimo, los mismos aspectos mencionados en el diagnóstico, es decir, los relacionados con el *direccionamiento estratégico*, la formulación o ajuste de los planes de la entidad, la creación e implementación de herramientas y el desarrollo de sistemas de evaluación. Es importante contemplar aspectos relativos a la oferta y demanda de servicios en el área de influencia, el desarrollo tecnológico y de infraestructura, los usuarios potenciales, la capacidad para acceder a nuevos mercados, la calidad de los servicios ofertados, entre otros.

En el tema *financiero*, la gerencia se debe orientar a asegurar la sostenibilidad de la institución, plantear actividades que le permitan controlar el gasto, aumentar el ingreso por venta de servicios, fortalecer los procedimientos de mercadeo, mejorar los índices de cobro de la cartera, y mejorar los procedimientos financieros para la facturación y radicación de las cuentas de cobro de los servicios prestados.

Se debe prestar especial atención al desarrollo de los *sistemas de información y control interno*. Para el tema del Control interno, es importante consultar los documentos técnicos del Departamento de la Función Pública, los cuales establecen todos los procedimientos para el desarrollo e implementación del Modelo Estándar de Control Interno (MECI), aplicable a todas las entidades públicas del país.

En el área de gestión, de la prestación del servicio de salud, Se debe implementar el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (Decreto 1011 de 2006). Se deben consultar las normas y los documentos técnicos emitidos por el Ministerio de la Protección Social, los mismos contienen las metodologías para el desarrollo de cada uno de los componentes del Sistema: Sistema Único de Habilitación y Programa de Auditoria para el mejoramiento de la calidad en la Atención (Resolución 1043 de 2006 y las normas que lo modifican anexos técnicos 1 y 2 y pautas indicativas de auditoria, guías prácticas de implementación del programa de auditoria), Sistema Único de Acreditación (Resolución 1445 de 2006 anexos técnicos 1

y 2 y Sistema de Información para la calidad (Resolución 1446 y anexo técnico).

En área de gestión administrativa, los logros deben estar dirigidos a estandarizar y hacer eficientes los procesos logísticos y de soporte, así como al desarrollo de un clima organizacional adecuado para la gestión y orientado a la consecución de resultados.

Establecimiento de programas para el bienestar de los funcionarios, el saneamiento de pasivos laborales, entre otras, asegurando también condiciones laborales dignas y seguras. Ver anexo D.

Digamos que los lineamientos generales del plan deben permitir que los indicadores den una descripción en forma *cualitativa* de los logros a alcanzar y las actividades que le permitan cumplir tales logros. Esto debe ser verticalmente común a todos los indicadores de las tres áreas.

4.2.3 Términos y Procedimientos.

Los Gerentes deben presentar para la aprobación de la Junta o Consejo Directivo, el Plan de Gestión a más Tardar 30 días hábiles siguientes a su posesión, la no presentación dentro del plazo establecido genera Calificación Insatisfactoria.

Una vez presentado el Plan a la Junta o Consejo Directivo, esta cuenta con 15 días hábiles para su estudio y aprobación. Si la Junta no se pronuncia en este plazo se toma como aprobado el Plan Presentado.

Una vez aprobado el Plan, el Gerente o Director tiene un término de 5 días para objetar el Plan Aprobado por la Junta o Consejo Directivo. La Junta tiene un plazo de 15 días hábiles para resolver objeciones.

La aprobación del Plan de Gestión y la aprobación de las modificaciones debe ser dada por las 2/3 partes de la Junta o Consejo Directivo.

Los términos para los informes son: el 1 de marzo con corte de 31 de diciembre del semestre inmediatamente anterior, 1 de agosto, con corte al 30 de junio. Que se constituyen en las evaluaciones ordinarias. En caso de que un gerente se posesione a mitad de algún semestre se puede evaluar pero dicha evaluación no debe ser inferior a tres (3) meses.

La evaluación por parte de la Junta o Consejo Directivo, debe ser dada a conocer mediante acuerdo calificadorio en un término no superior a 15 días hábiles de entregado el informe.

Este acuerdo calificadorio, es susceptible de recurso de reposición de acuerdo al Código Contencioso Administrativo, es decir, 5 días hábiles.

El informe calificado es enviado al Dirección de Salud Departamental.

La evaluación extraordinaria se presenta a solicitud de las 2/3 partes de la Junta o Consejo Directivo, o por Resultado de la Evaluación de los Convenios de desempeño; pero el periodo no debe ser inferior a tres (3) meses, en este ocasión se acortan los términos así: 5 días para la presentación, 10 días hábiles para evaluar, 5 días hábiles para interponer recursos. El informe calificado es enviado a la Dirección de Salud Departamental, Distrital o Municipal.

El retiro del servicio por una calificación insatisfactoria derivada de la gestión del Gerente o Director de la E.S.E., fue declarada inexecutable en el artículo 32 de la 1151⁸, mediante sentencia C-1088 de 5 de noviembre de 2008, ya que la Corte Constitucional, considera que se vulnera el debido proceso, pero se tendrá como herramienta de seguimiento y control.

El Gerente o Director puede ser reelegido por una sola vez a partir de la vigencia de la ley 1122 de 2007, una vez la Junta o Consejo Directivo califique satisfactoriamente la gestión. Dicha propuesta nominativa no obliga

⁸ Ley del Plan de Desarrollo 2006-2010, en I aparte que dice: “ La evolución insatisfactoria de dichos planes será causal de retiro del servicio del Director o Gerente para lo cual la Junta Directiva deberá Solicitar a nominador, y con carácter obligatorio para este , la remoción del gerente o director, aún sin terminar su periodo (.....)” Al considerar que la sanción que ahí se contempla no previó el debido proceso para su imposición, lo que genera vulneración de lo previsto en el artículo 29 de la Constitución Política. Ver Circular Conjunta del Ministerio de la Protección y Departamento Administrativo de la Función Pública N° 10 de 5 de marzo de 2009.

al Gobernador o Alcalde, y la Junta o Consejo Directivo tiene 5 días hábiles para nominar y los nominadores 5 días hábiles para decidir.

El periodo de Gerente o director es de carácter institucional de la vigencia de la ley 1122 de 2007, anteriormente era personal.

El Plan de Gestión deberá contener como mínimo, las variables y metas señaladas en el anexo técnico de la Resolución 473 de 2008, esta tabla corresponde al anexo A., de la resolución y contiene los indicadores mínimos a ser evaluados y los estándares a lograr (estándares propuestos), los cuales serán evaluados y calificados semestralmente por la Junta Directiva o Consejo Directivo de la E.S.E.

Por último se realizó una investigación previa en los hospitales del municipio de Aracataca “Luisa Santiago Higuaran” y del municipio de Ciénaga “ San Cristóbal”, los cuales no reunían los requisitos para desarrollar la investigación, ya que no tenían la información al no implementar el decreto 357 de 2008 y la Resolución 473 del 2008.

4.2.4 DESCRIPCION DE LA MATRIZ DE EVALUACIÓN

Tabla 1. Matriz Base

INFORMACION BASE

	INDICADOR	FORMULA	ESTANDAR PROPUESTO	FUENTE DE INFORMACION
GESTION DIRECTIVA Y ESTRATEGICA	Porcentaje de cumplimiento del plan estratégico de desarrollo u operativo	Logros alcanzados * 100/Logros propuestos	100	Informes de la Gerencia a la Junta Directiva
	Equilibrio financiero operacional ajustado	(Ingresos recaudados de la vigencia por venta de servicios - Disponibilidad inicial- Cuentas por cobrar de vigencias anteriores + el menor valor entre la cartera < a 60 días y el recaudo de cartera de vigencias anteriores)- (costo de ventas y operación + gastos operacionales - depreciaciones- amortizaciones- provisiones-agotamiento)	Como mínimo el equilibrio financiero operacional	Estados Financieros y ejecuciones presupuestales al cierre del periodo, certificados por revisoría fiscal o en su defecto por el contador de la entidad
	Equilibrio o déficit	(Ingresos recaudados de la vigencia sin	Como mínimo el	Informe de ejecuciones

	presupuestal de la vigencia	recursos de convenios - Disponibilidad inicial- Cuentas por cobrar de vigencias anteriores) -(Compromisos de la vigencia- cuentas por pagar de vigencias anteriores)	equilibrio presupuestal en cada vigencia	presupuestales al cierre del período, certificados por revisoría fiscal o en su defecto por el responsable de los procedimientos presupuestales de la entidad
	Porcentaje de participación de los ingresos provenientes de la venta de servicios de salud en la financiación de la entidad	Ingresos recaudados por venta de servicios de salud * 100/Ingresos totales recaudados durante el período	100	Informe de ejecuciones presupuestales al cierre del período, certificados por revisoría fiscal o en su defecto por el responsable de los procedimientos presupuestales de la entidad
	Razonabilidad de estados Financieros	Según la escala establecida por los entes de control	Los estados contables deben ser razonables según revisoría fiscal y contraloría	Dictámenes definitivos de revisoría fiscal y/o contraloría correspondientes al período o en su defecto informe certificado por el contador de la entidad

	Cumplimiento en el reporte de la información del Decreto 2193 de 2004	Según parámetros de oportunidad y calidad establecidos por el Ministerio de la Protección Social	La información debe ser reportada en forma oportuna, completa, confiable y coherente	Certificación de la Dirección General de Calidad de Servicios del Ministerio de la Protección Social
	Calificación de la Gestión del control interno	Según la escala establecida por el DAFP	100	Informes definitivos de Contraloría correspondientes al período o en su defecto del responsable de control interno de la entidad
	Procesos judiciales contestados dentro del término legal, incluidas las tutelas.	Total de procesos judiciales contestados dentro del término legal	Cero	Informe de auditoría de revisoría fiscal o en su defecto del responsable de control interno de la entidad
GESTION DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica General	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta médica general y la fecha para la cual es asignada la cita/número total de consultas médicas generales asignadas en	Mínimo mantener el nivel observado en el período anterior o línea de base	Superintendencia Nacional de Salud

		la institución		
	Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica Especializada	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para que ser atendido en la consulta médica especializada y la fecha para la cual es asignada la cita /número total de consultas médicas especializadas asignadas en la institución	Mínimo mantener el nivel observado en el período anterior o línea de base	Superintendencia Nacional de Salud
	Oportunidad en la atención en consulta de Urgencias	Sumatoria del número de minutos transcurridos entre la solicitud de atención en la consulta de urgencias y el momento en el cual es atendido el paciente en consulta por parte del médico / Total de usuarios atendidos en consulta de urgencias	Mínimo mantener el nivel observado en el período anterior o línea de base	Superintendencia Nacional de Salud
	Proporción de cancelación de cirugía programada	Número total de cirugías canceladas en el período * 100/número de cirugías programadas en el período	Mínimo mantener el nivel observado en el período anterior o línea de base	Superintendencia Nacional de Salud

	Proporción de vigilancia de eventos adversos	Número total de eventos adversos detectados y gestionados * 100/número total de eventos adversos detectados	Mínimo mantener el nivel observado en el período anterior o línea de base	Certificación de la Dirección General de Calidad de Servicios del Ministerio de la Protección Social
	Porcentaje de satisfacción de los usuarios	Número de usuarios satisfechos con el servicio recibido * 100/número total de usuarios atendidos	Mínimo mantener el nivel observado en el período anterior o línea de base	Superintendencia Nacional de Salud
	**Certificación del cumplimiento de requisitos de habilitación	Servicios certificados en el cumplimiento de habilitación/total de servicios	Los servicios deben estar certificados en el cumplimiento de requisitos de habilitación por la dirección territorial de salud	Certificado de verificación de la habilitación expedido por la Dirección Territorial de Salud
	*Autoevaluación para la acreditación	Sumatoria de la calificación de los estándares de acreditación aplicables/Número de estándares de acreditación aplicables a la institución	Autoevaluación semestral	Informe del responsable de control interno de la entidad

GESTION ADMINISTRATIVA	Monto de la deuda de salarios superior a un (1) mes	Valor registrado de deuda correspondiente a salarios del personal de planta	Cero	Certificación de revisoría fiscal o en su defecto por el contador de la entidad
	Monto de la deuda de aportes a seguridad social	Valor registrado de deuda correspondiente a aportes de seguridad social descontados y no pagados	Cero	Certificación de revisoría fiscal o en su defecto por el contador de la entidad
	Monto de la deuda de parafiscales	Valor registrado de deuda correspondiente a pagos de aportes parafiscales no pagados	Cero	Certificación de revisoría fiscal, ICBF, SENA y Caja de Compensación o en su defecto por el contador de la entidad
	Número de accidentes de trabajo gestionados durante la vigencia	Cantidad de accidentes gestionados (acciones correctivas y preventivas) durante el período*100/Total de accidentes de trabajo reportados.	100%	Informe de la ARP avalado por el responsable de control interno de la entidad
	Fenecimiento de la cuenta	Según la escala establecida por los entes de control	La cuenta debe fenecer en cada vigencia	Informe de contraloría correspondiente al período
	Monto de la deuda a	Valor registrado de deuda	Cero	Certificación de revisoría

	contratistas o terceros superior a un (1) mes	correspondiente al personal vinculado por contratación y/o cooperativa de trabajo asociado	fiscal o en su defecto por el contador de la entidad
* solo para hospitales de III nivel	**En las ESE de I y II nivel la ponderación de este indicador será de 0.100		

Fuente: Anexo Técnico resolución 473 de 2008 (Tabla 1). Ministerio de Protección Social

De acuerdo a la resolución 0473 de 2008, el artículo 5º, literal b, el propósito general de la evaluación de la gestión y resultados en cuanto a las “actividades de la prestación de servicios de salud. Son las relacionadas con el conjunto de procesos orientados a la prestación de servicios de salud a los usuarios, en concordancia con su nivel de complejidad, portafolio de servicios y capacidad resolutive de cada entidad. Se materializan con el seguimiento a la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud con enfoque en seguridad al paciente y con el desarrollo, en lo pertinente, de la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud”.

4.3. MARCO TEMPORAL Y GEOGRAFICO

Las instituciones objeto de este trabajo de grado se ubican en el departamento del Magdalena⁹,(CONSTITUCION NACIONAL, 1991) creado por ley 25 de 1967; se creó el departamento del Cesar con algunos municipio del departamento del Magdalena, el cual quedó integrado finalmente por 20 municipios con sus respectivos corregimientos, caseríos en Inspecciones de Policía (www.magdalena.gov.co) actualmente el departamento cuenta con 30 municipios, de los cuales vamos a escoger de acuerdo a la ubicación en su jurisdicción de sus ESE, en el momento actual

⁹ La Constitución en su artículo 1º define: “Colombia es un Estado social de derecho organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía en sus entidades territoriales, (...)” Por lo que los departamentos son divisiones político administrativas del orden territorial ubicadas entre la Nación y los Municipios.

en el territorio departamental funcionan 27 ESE de primer nivel de complejidad (<http://www.contraloriadelmagdalena.gov.co/>) y este trabajo se circunscribirá geográficamente al municipio de San Sebastián de Buena Vista Magdalena y abarcará el lapso de 2008 a primer semestre de 2010.

4.3.1 Municipio De San Sebastián De Buenavista Magdalena

El municipio cuenta con 14 corregimientos y 32 veredas, con una población según DANE de 19.450 personas, distribuida así: 27% en zona urbana y 73% en zona rural.

TOTAL SISBENIZADOS DICIEMBRE-2005 = 17.267

Estrato 0, 1 y 2 = 17.267 =99.87% NBI = 75,6% Z. Urbana NBI = 65.2 Z. Rural.

4.3.2 Entidad: ESE Hospital Rafael Paba Manjarrez

EL HOSPITAL RAFAEL PABA MANJARREZ DE SAN SEBASTIAN, (HRPM) HOSPITAL es una entidad de origen público, que dependía inicialmente del Hospital regional "LA CANDELARIA de EL BANCO MAGDALENA, y posteriormente mediante resolución N°0441 del 13 de abril de 1.994, el servicio seccional de salud del Magdalena le otorgó autonomía administrativa, y el departamento del Magdalena mediante Resolución N°406

del 15 de Julio de 1.994, del la Secretaría Jurídica le reconoció Personería Jurídica. Y mediante el decreto 1064 del 30 de Diciembre de 1.996, se transformó en el HOSPITAL LOCAL RAFAEL PABA MANJARREZ del Municipio de San Sebastián Magdalena, en Empresa Social del Estado de categoría especial del orden departamental; el cual presta servicios del primer nivel de atención, financiado con recursos del situado fiscal, e ingresos por ventas de servicios con las A.R.S., Empresas privadas, particulares, etc.

Cuenta con Patrimonio propio y autonomía administrativa adscrita a la secretaría de desarrollo de la salud del Magdalena y sometida al Régimen Jurídico previsto en el capítulo III, Artículo 194, 195 y 197 de la Ley 100 de 1.993.

Portafolio de Servicio ofrecidos en el hospital

- Consulta Externa: Medicina General, Odontología y Enfermería
- Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad a través de:
PAB Plan de Atención Básica y POS Plan Obligatorio de Salud
- Urgencias 24 Horas
- Servicio Amigable a la infancia y adolescencia.
- Traslado de Pacientes en Ambulancia Básica y Medicalizada
- Laboratorio Clínico
- Apoyo Diagnostico: Rayos X, ecografía
- Servicio Médico extramural

- Hospitalización
- Sala de partos
- Saneamiento Básico

Para ofrecer estos servicios, el hospital cuenta con 10 camas, 1 rayos X y un ecógrafo.

4.4. MARCO CONCEPTUAL

AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN: Este indicador busca evaluar en qué medida la ha desarrollado los procesos de auto evaluación y mejoramiento de acreditación, dando una mayor calificación cuando estos se acompañan de una verificación externa o de la obtención del certificado de acreditado en salud expedido por el ente acreditador.

La ausencia de auto evaluación o el desarrollo de esta sin acciones de mejoramiento, se considera indicio de una gestión deficiente que lleva a una deficiente evaluación.

CERTIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE HABILITACIÓN: Busca evaluar en qué medida la institución cumple con las condiciones básicas requeridas y en qué medida la institución hace esfuerzos por garantizar este entorno seguro, lo cual es evidenciado tanto por las acciones que adelante ante el ente territorial para agilizar el proceso de verificación externa que ratifique las condiciones declaradas por la misma

institución, como por la obtención de la certificación luego de realizado el proceso de verificación, lo cual es indicativo del esfuerzo por ofrecer y mantener condiciones de atención en salud seguras.

DIAGNOSTICO: Es la identificación y cuantificación de la dimensión de los problemas prioritarios que afronta la entidad , así como las potencialidades u oportunidades de desarrollo, todo lo cual constituye, a su vez, la sustentación de los objetivos y de las estrategias de carácter general e integral que contiene el plan.

E.P.S.: Institución llamada Empresa Promotora de Salud, entidad que forma parte del Sistema Integral de seguridad Social, especialmente del Subsistema de Seguridad Social de Salud, la cual es la encargada de afiliara y Administrar la prestación de los servicios de salud de los afiliaciones del régimen contributivo.

EFICACIA: Capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera.

EFICIENTE: Capacidad de disponer de alguien o de algo para conseguir un efecto determinado, o un propósito con el menor uso de tiempo y recursos.

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO: Es un Instituto Descentralizado por servicios creados por autorización de la ley, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio que prestan en forma directa

los servicios de salud. La prestación de servicios de salud en forma directa por la nación o por las entidades territoriales, se hará principalmente a través de las Empresas Sociales del Estado, que constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la Ley o por las asambleas o concejos, según el caso, sometidas al régimen jurídico previsto en este capítulo.

ESTANDAR: Que sirve como tipo, modelo, norma, patrón o referencia.

ESTRATEGIA: definición de medios, acciones, y recursos para el logro de los objetivos. Para su formulación, se considera las condiciones sociales, institucionales, administrativas, políticas y económicas, entre otras. Se materializa a través de programas, subprogramas y proyectos.

GESTION PUBLICA: Proceso dinámico, integral, sistemático y participativo, que articula la planificación, ejecución, seguimiento, evaluación, control y rendición de cuentas de las estrategias de desarrollo económico, social, cultural, tecnológico, ambiental, político e institucional de una Administración sobre la base de las metas acordadas de manera democrática.

GESTION: Terminó traído de la Administración Privada en los años 80's que determinó el auge de la teorías Administrativistas de la Nueva Gestión

Pública- NGP- Hace referencia a la reunión recursos, bienes y servicios productivos y los procesos que encadena el proceso de producción.

GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: Corresponde a algunos de los indicadores establecidos por la Resolución 1446 de 2006, de obligatorio cumplimiento y reporta para las IPS del país. Se adopta la descripción realizada en la norma citada, aclarando que la administración deberá soportarse en la información radicada ante la Superintendencia Nacional de Salud para el semestre en evaluación. La construcción de los indicadores deberá realizarse con base en las fichas técnicas para cada uno de ellos, contempladas en el anexo técnico de la citada resolución.

I.P.S.: Institución llamada Empresa Promotora de Salud, entidad que forma parte del Sistema Integral de seguridad Social, especialmente del Subsistema de Seguridad Social de Salud, la cual es la encargada de la prestación de los servicios de salud de las afiliaciones del régimen contributivo. La cual puede ser Mixta, Privada y pública. Estas últimas fueron obligadas a convertirse en Empresas Sociales del Estado.

INDICADOR: Son medidas específicas, verificables objetivamente, sobre los cambios o resultados de una actividad. Son variables o relaciones entre variables que ayudan a caracterizar una situación o a medir los cambios presentados en ella después de una actividad

INDICE: Expresión numérica de la relación entre dos cantidades.

OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITA EN LA CONSULTA

MÉDICA GENERAL: La atención por el médico general es la más importante y frecuente puerta de entrada al sistema. La oportunidad en la atención es directamente proporcional al acceso a los servicios y su resolutivez es vital para la eficiencia del sistema pues orienta y racionaliza la demanda a niveles superiores de complejidad y especialidad. Una respuesta rápida contribuye a la detección y tratamiento en etapas iniciales del proceso patológico disminuyendo la incapacidad, secuelas y riesgos inherentes a él y disminuye la congestión e inadecuada utilización de servicios especializados y de urgencias.

OPORTUNIDAD DE LA ATENCIÓN EN CONSULTA DE URGENCIAS:

La oportunidad de la atención en estos servicios es directamente proporcional al acceso a los servicios ambulatorios y su resolutivez es vital para la seguridad y efectividad de la atención en salud a los usuarios. Debe brindarse una respuesta rápida para lograr la disminución de la mortalidad, la incapacidad, secuelas y los riesgos inherentes al proceso patológico que origina la demanda de atención.

PLAN ANUAL OPERATIVO:

El Plan Operativo Anual corresponde a las acciones que desde sus competencias desarrollarán las instituciones prestadoras de servicios de salud de la Red Pública del departamento, por

cada uno de los años de vigencia del Plan Indicativo para dar cumplimiento a las metas de resultado y de producto contenidas en éste

PLAN DE DESARROLLO: es el instrumento de planificación que orienta el accionar de los diferentes actores del territorio durante un período de gobierno, en él se expresan los objetivos, metas, políticas, programas, subprogramas y proyectos de desarrollo (Parte Estratégica), así como los recursos para su financiación (Plan Plurianual de Inversiones)

PLAN DE GESTION: Es un documento que refleja los compromisos que el Director o Gerente de una Empresa Social del Estado establece los cuales deben incluir como mínimo las metas y actividades en las áreas de gestión.

PORCENTAJE DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS: La percepción de satisfacción de los usuarios es uno de los factores con mayor incidencia sobre la toma de decisiones al momento de seleccionar instituciones prestadoras de servicios de salud.

PROPORCIÓN DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS: La seguridad paciente está recibiendo atención cada vez mayor en los sistemas de atención en salud. Una medida importante de la seguridad del paciente es la ocurrencia de Eventos Adversos en los pacientes atendidos. Los Eventos Adversos son lesiones o complicaciones involuntarias que son causadas con mayor probabilidad por la atención en salud, que por la enfermedad

subyacente del paciente, y que conducen a la muerte, la inhabilidad a la hora del alta o a la hospitalización prolongada. Muchos de estos eventos pueden ser prevenibles.

SALUD PUBLICA: Esta constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad, dirigidas tanto de manera individual como colectiva.

SERVICIO PUBLICO: Es aquel que está destinado a satisfacer necesidades colectivas en forma general, permanente y continua, bajo la dirección, regulación y control del Estado, así como aquellos mediante los cuales el Estado busca preservar el orden y asegurar el cumplimiento de sus fines.

SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL: es el conjunto de Instituciones Públicas, Privadas, Normas y Procedimientos, que el Estado y la Sociedad desarrolla para lograr el Bienestar individual y de la comunidad.

5 DISEÑO METODOLOGICO

Este trabajo parte de un marco teórico, legal e institucional determinado por el decreto 357 de 2008 y la resolución 473 de 2008, de tal manera que es nuestro marco general.

Se determinó el grado de conocimiento del plan de gestión en la ESE, primero se observó si ha implementado o no el plan de gestión en la prestación de servicios de salud con sus 8 indicadores, de tal manera que se puedan medir a partir del diagnóstico, o línea base. Esto se logrará de dos maneras la aplicación de los indicadores de la matriz de evaluación y una encuesta correlacionada con dichos indicadores. Con esta encuesta se tratará de lograr los objetivos específicos planteados en este trabajo

5.1. TIPO DE INVESTIGACION

Esta investigación se fundamentó en el marco teórico institucional y legal como ya se ha descrito hasta el momento, para luego mediante un instrumento (encuesta) aplicado a una población objeto, en la ESE de primer nivel de complejidad del Departamento del Magdalena, determinado el grado

de conocimiento del plan de gestión en la Prestación de los Servicios de Salud.

El estudio se consideró de tipo descriptivo, porque pretende describir el grado de conocimiento del Plan de Gestión de la prestación de los Servicios de Salud en la ESE Hospital “Rafael Paba Manjarrez” de San Sebastián de Buenavista del Departamento del Magdalena, de acuerdo al decreto 357 del 2008 y la resolución 473 de 2008 en los periodos 2009 y 2010 a los empleados del hospital, Para lo anterior utiliza el método deductivo, deduciendo la implementación y satisfacción de los usuarios con la prestación pronta del servicio de consultas.

Por lo tanto se utilizó fuentes bibliográficas (secundarias) como el Plan de Gestión de la respectiva ESE y una fuente primaria la aplicación de la encuesta a los empleados del Hospital.

Las fuentes secundarias incluyen la específica normatividad de los Planes de gestión que es el decreto 357 de 2008 y la matriz de evaluación determinada en la Resolución 473 de 2008 del Ministerio de Protección Social.

5.2. POBLACION Y MUESTRA

La población objeto de estudio es el personal de la ESE HOSPITAL RAFAEL PABA MAJARREZ, correspondiendo al personal del área estratégica, táctica y operativa.

La población objeto de estudio son los 28 empleados que laboran en la ESE HOSPITAL RAFAEL PABA MAJARREZ, del Municipio de San Sebastián Magdalena.

5.3. INSTRUMENTO DE EVALUACION

El instrumento es un formulario que contiene un total 20 preguntas, van dirigidas a las persona encargada de la prestación de Servicios de Salud de la ESE. Ver anexo E.

Se realizó un cuestionario con 20 preguntas tomadas de los indicadores del plan de gestión por el asesor científico el doctor Juan David Salcedo, mediante el cual autorizo la aplicación de este instrumento, donde cada pregunta hace referencia a las tres áreas funcionales de la empresa, la estratégica y gerencial, administrativa y operativa.

Los empleados no se mostraron inconformidad por las preguntas realizadas y respondieron en un tiempo de 15 minutos aproximadamente, se mostraron atentos y cooperadores con la encuesta.

5.4. INDICADORES DE ESTUDIO

Los indicadores se circunscribieron a los prescritos en la matriz de evaluación del decreto 357 de 2008 y resolución 473 de 2008, con el cual se redactó el anexo H. para determinar el cuestionario que se le aplicó a los empleados del Hospital de San Sebastián de Buena vista.

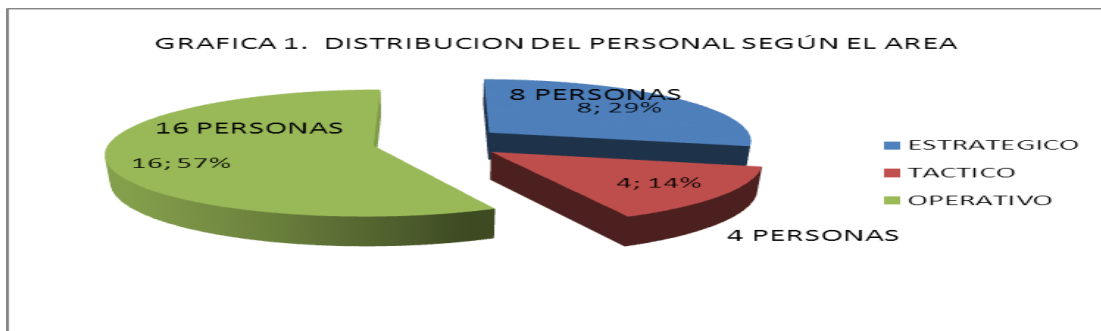
Además se aplicó lo determinado por la encuesta a los empleados y usuarios de la ESE. (Encuesta). Ver anexos F y G.

6. RESULTADOS Y ANALISIS

Una vez aplicado el instrumento en la ESE se obtuvieron los siguientes resultados y análisis sobre el grado de conocimiento del Plan de Gestión

de la prestación de los Servicios de Salud en la ESE Hospital “Rafael Paba Manjarrez” de San Sebastián de Buenavista del Departamento del Magdalena:

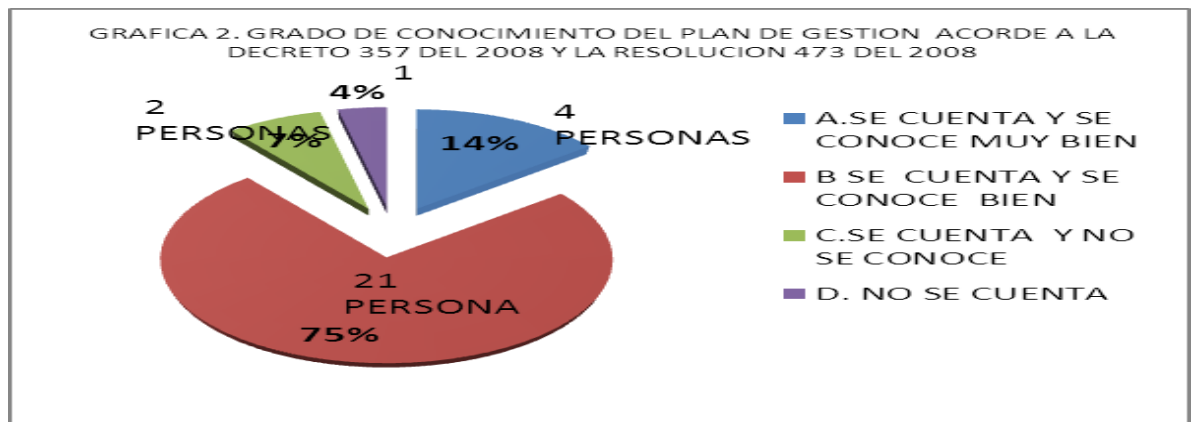
En la la ESE Hospital “Rafael Paba Manjarrez” de San Sebastián de Buenavista, se encuentran empleados 28 personas de las cuales el 57% de las personas, 16, pertenecen al nivel operativo, el 29%, es decir 8 personas están en el área de nivel estratégico del plan de acción y el 14%, es decir 4 empleados, están en el nivel táctico de la empresa, se puede observar con claridad que cada uno de los empleados del hospital tienen definido sus funciones y áreas en el esquema de dirección. Ver gráfica 1.



Fuente: datos suministrados por la encuesta en la ESE Hospital “Rafael Paba Manjarrez” el 20 de marzo del 2011.

1. SE CUENTAN Y SE CONOCE EL PLAN DE GESTION ACORDE AL DECRETO 357 DEL 2008 Y LA RESOLUCION 473 DEL 2008.

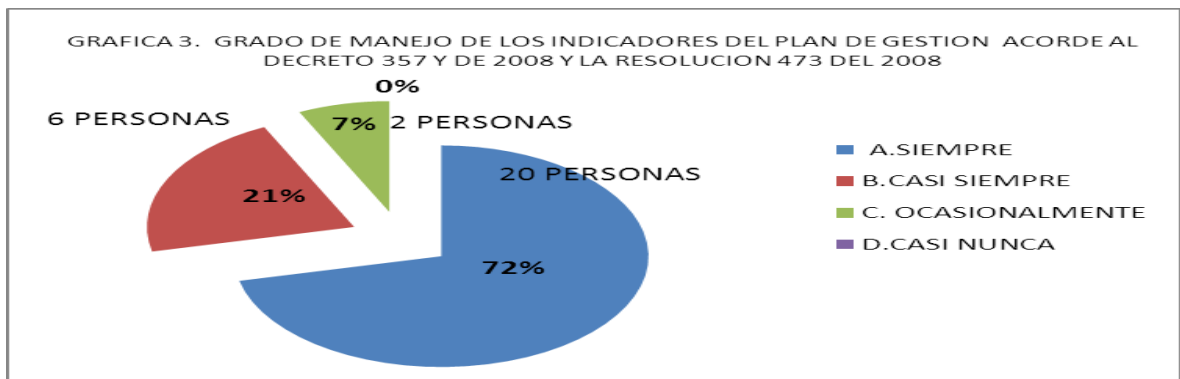
De acuerdo a la gráfica 2, 75% de los empleados (21) cuentan y conocen bien el Plan de Gestión de la institución, el 14% es decir 4 de las personas que laboran en la ESE, cuentan con el Plan y lo conocen muy bien, mientras que el 7% sabe que existe el plan de Gestión pero no lo conocen, es decir 2 personas y el 4%, ósea 1 una persona manifestó que no se cuenta con dicho documento, de acuerdo a la gráfica se requiere que aunque se cuente y se conozca el plan se debe seguir insistiendo con el resto de las personas para que manipulen el plan de gestión y sepan cuáles son sus funciones en la empresa de salud. Ver gráfica 2.



Fuente: datos suministrados por la encuesta en la ESE Hospital "Rafael Paba Manjarrez" el 20 de marzo del 2011.

2. SE GESTIONA EL MANEJO DE LOS INDICADORES DEL PLAN DE GESTION ACORDE AL DECRETO 357 Y DE 2008 Y LA RESOLUCION 473 DEL 2008

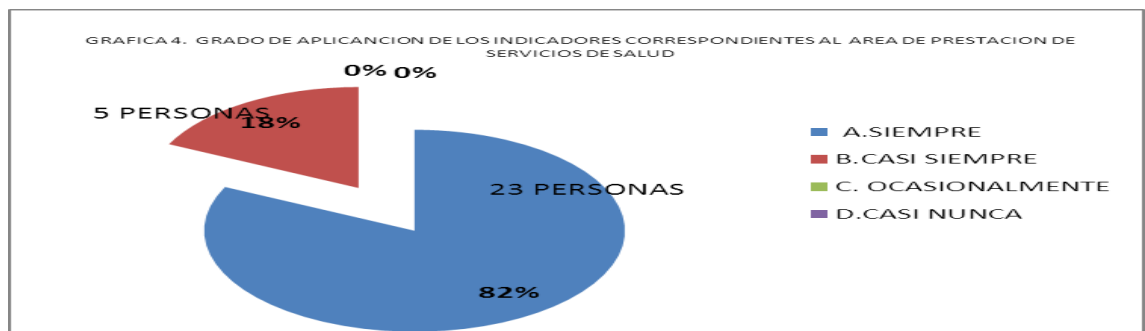
Se procedió a evaluar la gestión en el manejo de los indicadores contemplado en el Plan de Gestión a los empleados, manifestando que el 72% que corresponde a 20 personas utiliza siempre los indicadores para prestar eficientemente los servicio en la institución, en tanto que 21% correspondiente a 6 personas casi siempre los utiliza, mientras que el 7%, es decir 2 personas lo utiliza en forma ocasionalmente se debe afianzar muy bien el manejo de los indicadores con el objeto de disminuir los posibles riesgos que puede ocasionar los problemas de gestión. Ver grafica 3.



Fuente: datos suministrados por la encuesta en la ESE Hospital “Rafael Paba Manjarrez” el 20 de marzo del 2011.

3. SE APLICAN LOS INDICADORES CORRESPONDIENTES AL AREA DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD.

En cuanto a la prestación del servicio en en la ESE Hospital Rafael “Paba Manjarrez, la aplicación de los indicadores los empleados siempre lo utilizan en un 82% es decir 23 personas, mientras el 18% representado en 5 personas lo emplean casi siempre, el hecho que exista la aplicación de los indicadores por parte del personal, ya que aquí radica la eficiencia, calidad y productividad de la empresa para ser altamente competitiva. Ver grafica 4.



Fuente: datos suministrados por la encuesta en la ESE Hospital “Rafael Paba Manjarrez” el 20 de marzo del 2011.

4. ACORDE CON EL INDICADOR DE CERTIFICACION Y CUMPLIMIENTO DEL REQUISITO DE HABILITACION: SE CUENTA CON LA CERTIFICACION DE HABILITACION EMITIDA POR EL ENTE CORRESPONDIENTE

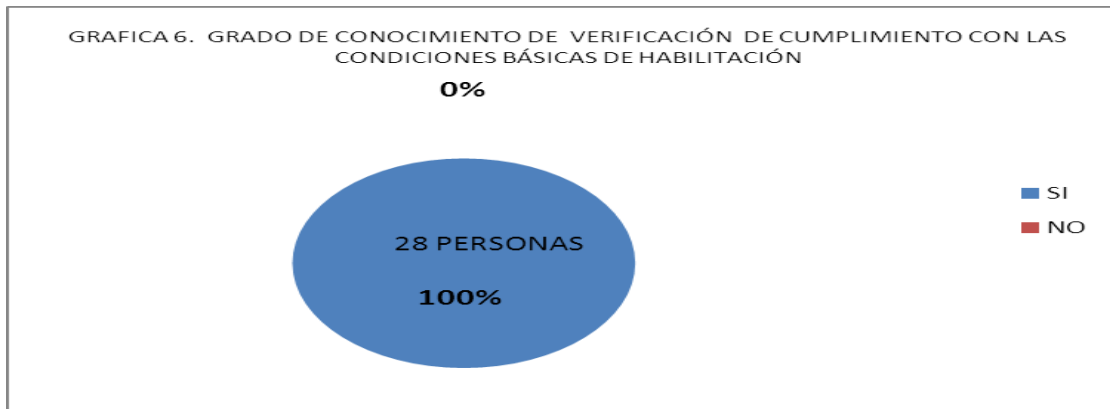
Cuando se refiere si la ESE cuenta con la certificación y cumplimiento del requisito de habilitación los empleados respondieron en un 100%. Se nota que el personal esta atento para que la empresa de salud este certificada y cumplir con los requisitos requeridos. Ver grafica



Fuente: datos suministrados por la encuesta en la ESE Hospital "Rafael Paba Manjarrez" el 20 de marzo del 2011.

5. LE HAN REALIZADO VISITA AL HOSPITAL PARA LA VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES BASICAS DE HABILITACION POR EL ENTE ENCARGADO

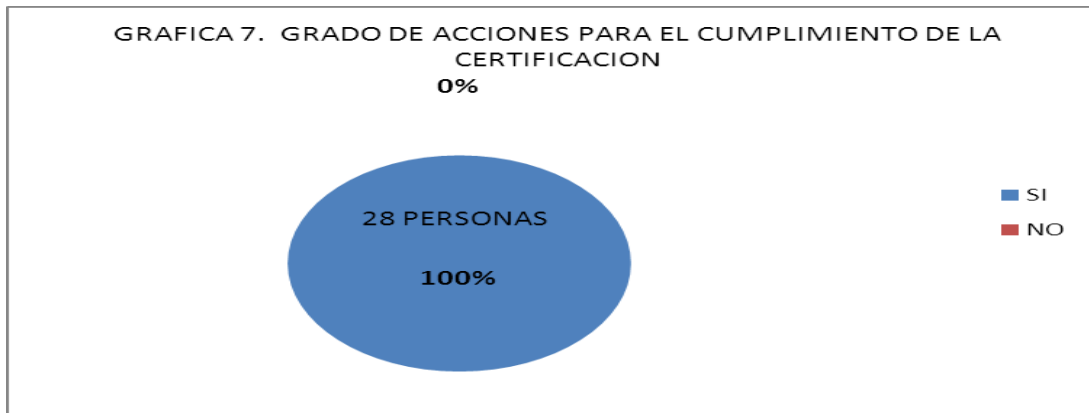
Se ha encontrado que las entidades correspondientes han realizado las visitas de verificación de cumplimiento con las condiciones básicas de habilitación, la cual se ve reflejada en la gráfica 6. Donde los empleados corroboran la información en el 100%, al tiempo se deduce que el hospital cumple con las condiciones básicas para obtener la certificación.



Fuente: datos suministrados por la encuesta en la ESE Hospital “Rafael Paba Manjarrez” el 20 de marzo del 2011.

6. EN CASO DE NO HABER SIDO VERIFICADO: SE HA SOLICITADO AL ENTE TERRITORIAL CERTIFICACION DEL CUMPLIMIENTO POR PARTE DEL ENTE TERRITORIAL

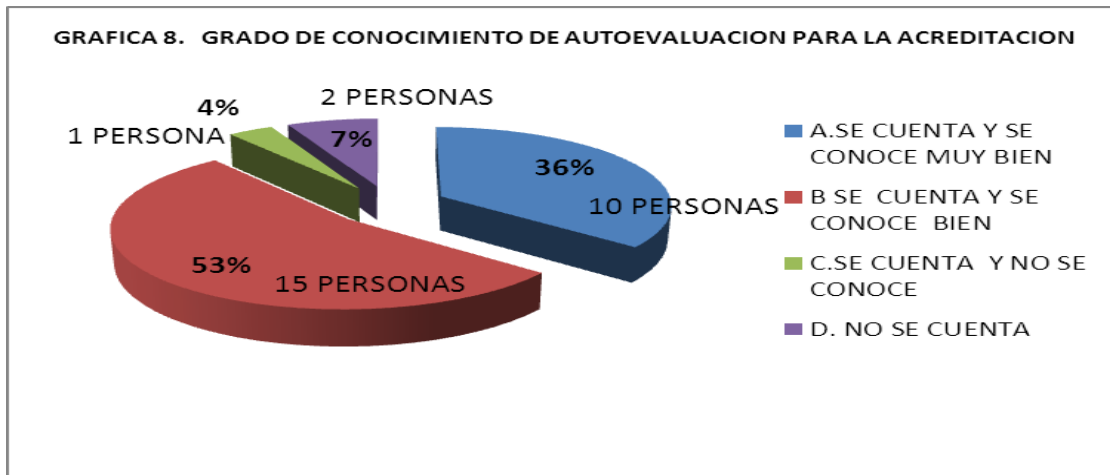
Las personas responsables para que se efectuó el proceso de verificación se encargan de estar pendiente por que se realice la visitas de verificación y poder ofrecerle un servicio con eficiencia, prontitud y calidad a los usuarios en el municipio de San Sebastián, razón por lo cual se refleja en la gráfica 7 que los empleados están al tanto para que se cumpla las condiciones mínimas para que se realicen las visitas correspondientes en un 100%.



Fuente: datos suministrados por la encuesta en la ESE Hospital “Rafael Paba Manjarrez” el 20 de marzo del 2011.

7. ACORDE AL INDICADOR DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION: SE CUENTA Y SE CONOCE CON UN ENFOQUE POR PROCESOS

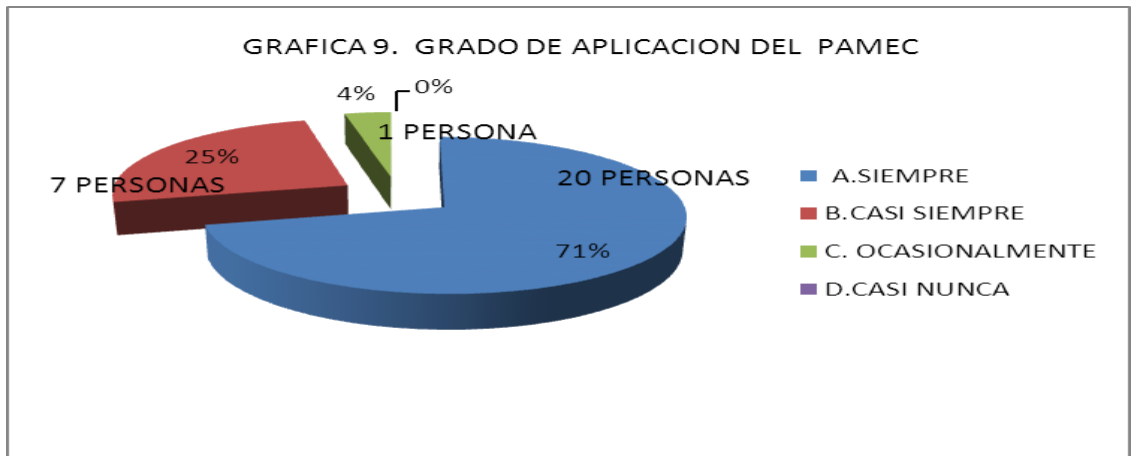
Las personas del centro hospitalario cuentan y conocen bien el indicador de autoevaluación para la acreditación en un 53%, es decir 15 personas, mientras que el 36% correspondiente a 10 personas manifestaron contar y conocer muy bien dicho indicador. Por otro lado el 7% correspondiente a 2 personas manifestaron que no se cuenta con dicho documento y una persona que representa el 4% manifiesta que se cuenta con el documento pero no lo conoce, es evidente que se hace necesario realizar seminarios de actualización hasta que el 100% de los empleados conozcan y manipulen los procesos de autoevaluación. Ver gráfica 8.



Fuente: datos suministrados por la encuesta en la ESE Hospital "Rafael Paba Manjarrez" el 20 de marzo del 2011.

8. SE CUENTA Y SE APLICA LA RUTA CRITICA PARA EL DESARROLLO DEL PAMEC?

En concordancia con la gráfica 9, se puede deducir que siempre se cuenta y se aplica la ruta crítica para el desarrollo el PAMEC para los empleados al manifestar el 71%, es decir 20 personas, en tanto que el 25% correspondiente a 7 personas manifestaron que casi siempre cuentan dicha ruta y el 4% correspondiente a 1 persona refiere que ocasionalmente utiliza la ruta crítica. Lo anterior implica que se debe brindar más capacitación para que los empleados siempre manipulen la ruta crítica y disminuir al mínimo los posibles riesgos que el desconocimiento ocasione. Ver gráfica 9.

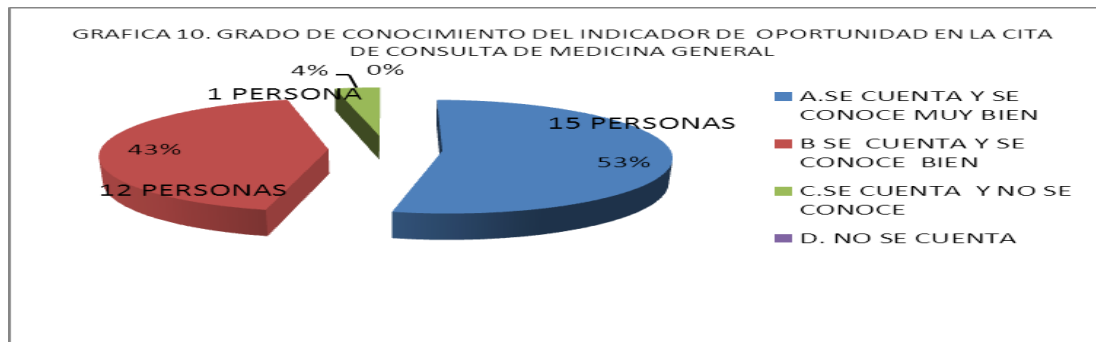


Fuente: datos suministrados por la encuesta en la ESE Hospital “Rafael Paba Manjarrez” el 20 de marzo del 2011.

9. ACORDE AL INDICADOR DE OPORTUNIDAD EN LA CITA DE CONSULTA DE MEDICINA GENERAL. SE CUENTA Y SE CONOCE EL INDICADOR DE OPORTUNIDAD EN LA CITA DE CONSULTA DE MEDICINA GENERAL

En lo referente al indicador de oportunidad en las citas de consulta de medicina general los empleados manifiestan en un 53%, correspondiente a 15 personas, que se cuenta y se conoce muy bien este indicador, por lado se refleja que 12 personas que representa el 43% esta de acuerdo que con que se cuenta y se conoce bien, en otras circunstancia el 4%, es decir una persona, manifiesta que se cuenta pero no se conoce dicho instrumento, como este indicador mide la eficiencia y productividad de la empresa de

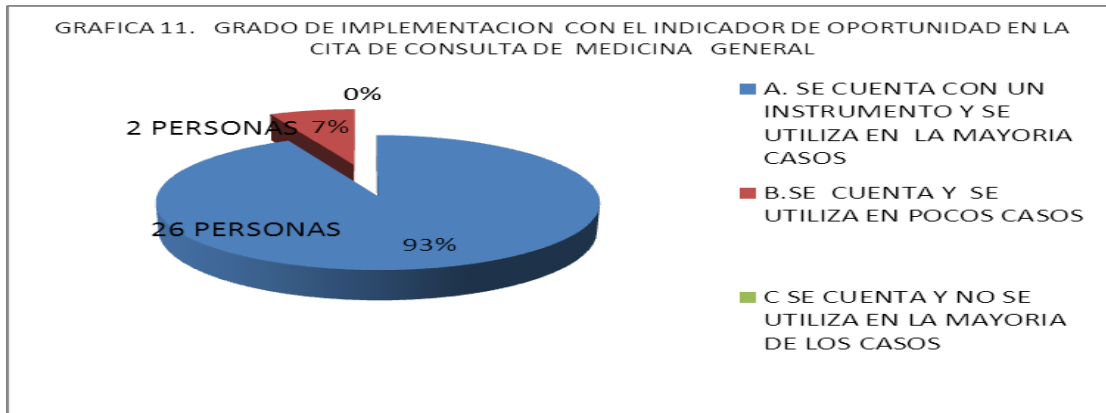
salud es necesario que todos los funcionarios cuenten y conozcan muy bien este indicador. Ver gráfica 10.



Fuente: datos suministrados por la encuesta en la ESE Hospital "Rafael Paba Manjarrez" el 20 de marzo del 2011.

10. EN RELACION CON EL INDICADOR DE OPORTUNIDAD EN LA CITA DE CONSULTA DE MEDICINA GENERAL: SE CUENTA CON UNA HERRAMIENTA PARA SU MEDICION Y SE UTILIZA PARA LA MAYORIA DE LOS CASOS?

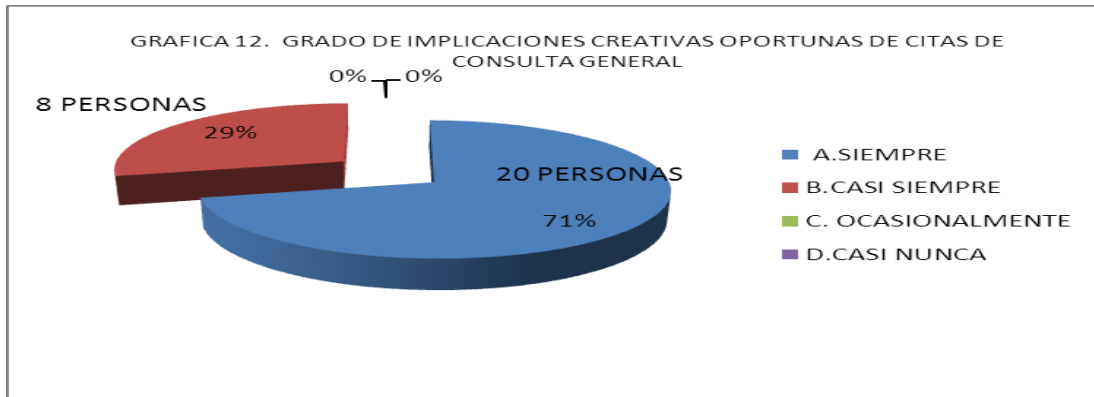
El 93% de los empleados, correspondiente a 26 personas, comentaron que la institución cuenta y utiliza la herramienta en la mayoría de los casos, mientras el 7%, es decir, 2 personas se refirieron que se cuenta pero se utiliza poco este instrumento, si bien el 93% utiliza las herramientas para su medición, es necesario que el resto del personal lo utilice en todos los casos para lograr ser eficiente en el 100%. Ver gráfica 11.



Fuente: datos suministrados por la encuesta en la ESE Hospital “Rafael Paba Manjarrez” el 20 de marzo del 2011.

11. EN RELACION CON EL INDICADOR DE OPORTUNIDAD EN LA CITA DE CONSULTA DE MEDICINA GENERAL: EN EL CASO EN QUE EL INDICADOR PRESENTE DESVIACION SE CUENTA Y SE CUMPLE CON UNA METODOLOGIA PARA IMPLEMENTAR ACCIONES CORRESPONDIENTES

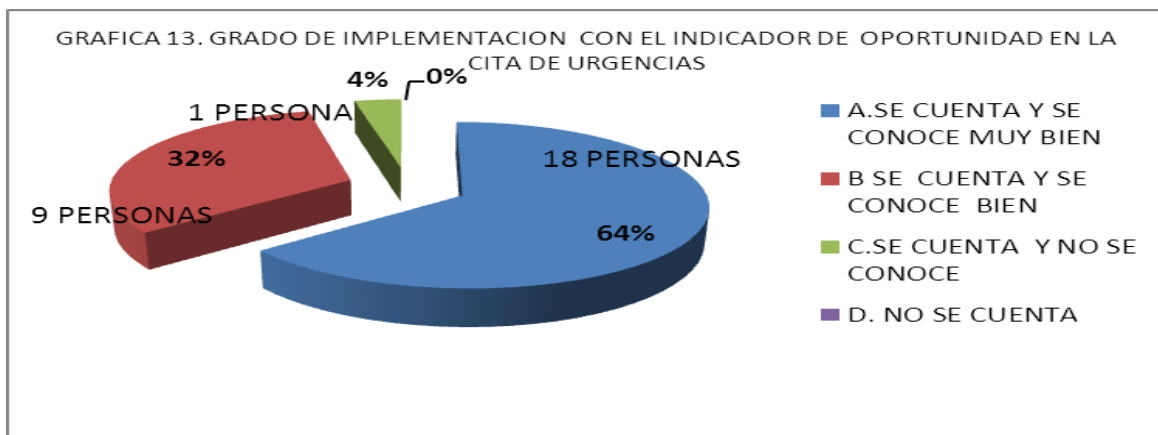
Cuando se presentan problemas que arroje el indicador de oportunidad en las citas se implementan acciones correspondientes para corregir cualquier desviación, por eso el 71%, es decir, 20 personas manifestaron que siempre se hace, y el 29% correspondiente a 8 personas dijeron que casi siempre lo utilizan, se puede deducir que no todos los empleados utilizan siempre la metodología para implementar las acciones correspondiente para corregir los problemas. Ver gráfica 12.



Fuente: datos suministrados por la encuesta en la ESE Hospital “Rafael Paba Manjarrez” el 20 de marzo del 2011.

12. ACORDE AL INDICADOR DE LA OPORTUNIDAD EN LA CITA DE URGENCIAS: ¿SE CUENTA Y SE CONOCE EL INDICADOR?

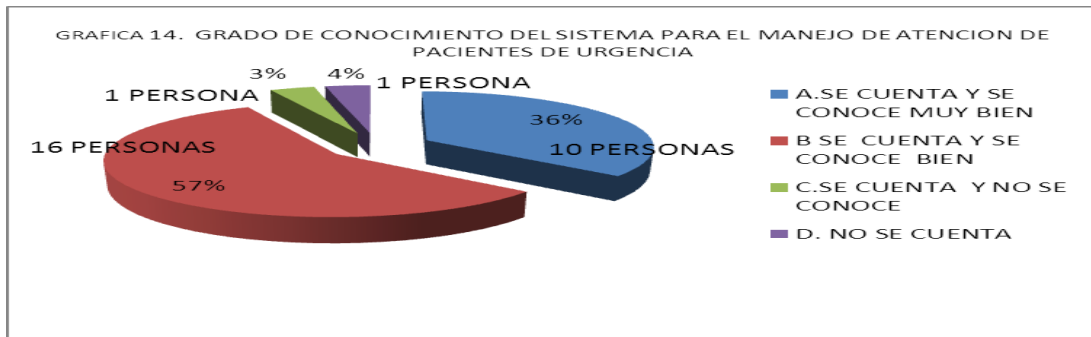
En cuanto al indicador de oportunidad en las citas de urgencias el 64% correspondiente a 18 personas comentaron que se cuenta y se conoce muy bien este indicador, 32% correspondiente a 9 personas se refirieron a que se cuenta y conoce bien el instrumento y el 4%, es decir, una persona comento que se cuenta pero no lo conoce. Por lo anterior se deduce que en el caso de las citas de urgencias los empleados están dejando de usar el indicador, por lo que se hace necesario realizar una retroalimentación para que todos estén a tono con el indicador. Ver gráfica 13.



Fuente: datos suministrados por la encuesta en la ESE Hospital “Rafael Paba Manjarrez” el 20 de marzo del 2011.

13. ACORDE AL INDICADOR DE LA OPORTUNIDAD EN LA CITA DE URGENCIAS: SE CUENTA Y SE CONOCE UN SISTEMA PARA EL MANEJO DE ATENCION DE PACIENTES DE URGENCIA?

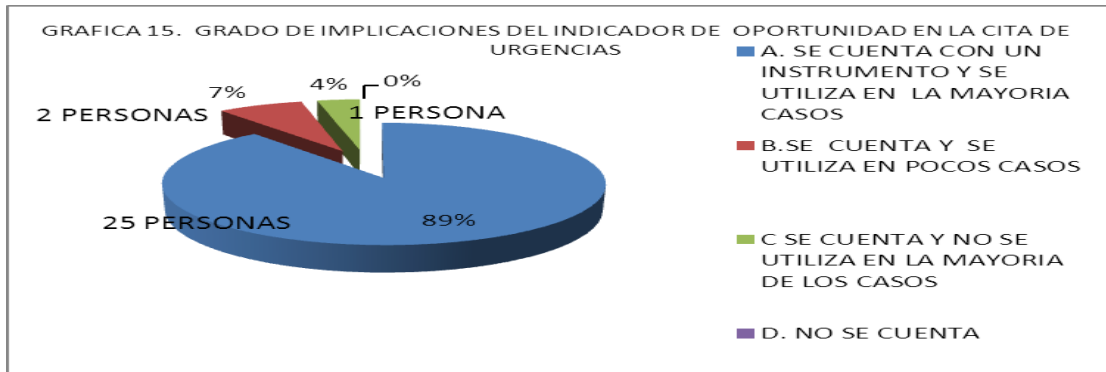
Los empleados en un 57%, es decir, 16 personas comentaron que se cuenta y se conoce bien el sistema para el manejo de atención de pacientes en urgencias, el 36% correspondiente a 10 persona manifestaron que se cuenta y se conoce muy bien esta herramienta, el 4% correspondiente a una persona comenta que se cuenta y no se conoce este instrumento, mientras otro 3%, referente a una persona, manifestó que no se cuenta con un sistema de manejo de atención de pacientes en urgencias. Ver gráfica 14.



Fuente: datos suministrados por la encuesta en la ESE Hospital “Rafael Paba Manjarrez” el 20 de marzo del 2011.

14. ACORDE AL INDICADOR DE LA OPORTUNIDAD EN LA CITA DE URGENCIAS: SE CUENTA CON UNA HERRAMIENTA PARA SU MEDICION Y SE UTILIZA PARA LA MAYORIA DE LOS CASO?

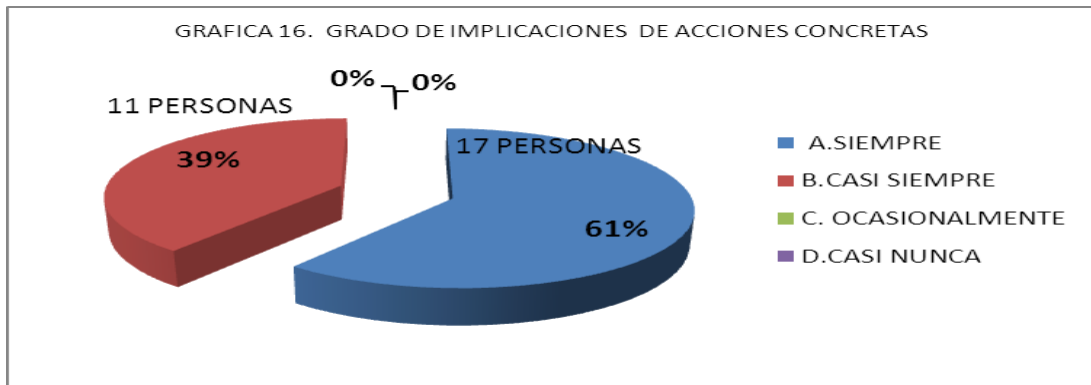
En el hospital “Rafael Paba Manjares” el 89% de los empleados (24) manifestaron que se cuenta con un instrumento y se utiliza en la mayoría de los casos, el 7% de los empleados (2) comento que se cuenta y no se utiliza con frecuencia, en tanto que el 4% de los empleados (1) manifiesta que se cuenta pero no se utiliza e la mayoría de los casos. Lo anterior permite deducir y afianzar el concepto de retroalimentación para que los funcionarios de la institución utilicen las herramientas para su medición en todos los casos. Ver gráfica 15.



Fuente: datos suministrados por la encuesta en la ESE Hospital “Rafael Paba Manjarrez” el 20 de marzo del 2011.

15. ACORDE AL INDICADOR DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS:
SE CUENTA Y SE CONOCE EL INDICADOR EL PROTOCOLO
PARA EL MANEJO DE EVENTOS ADVERSOS

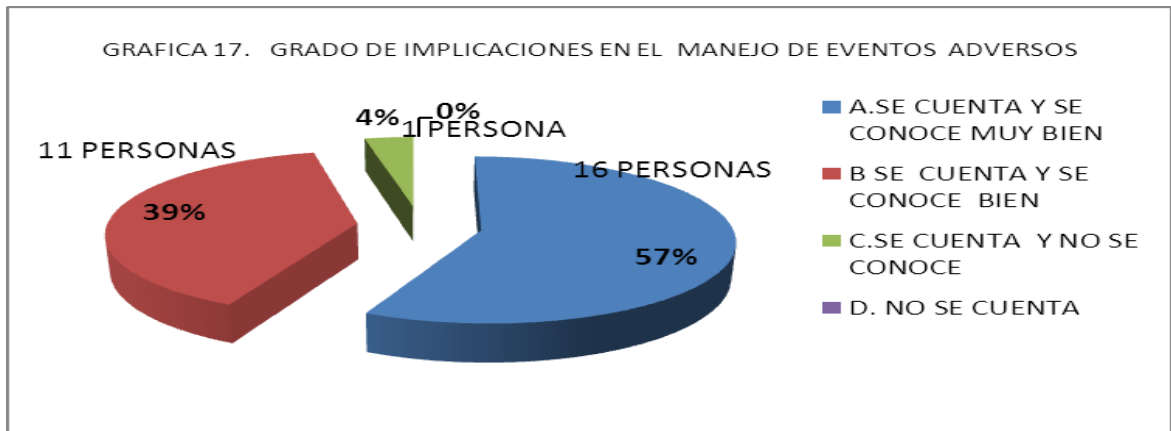
En cuanto al indicador de protocolo para manejo de eventos adversos el 61% de los empleados, es decir, 17 manifestaron que se cuenta y se conoce muy bien los proctólogos para los eventos adversos y el 39% correspondiente a 11 personas comentan que se cuenta y se conoce bien este indicador. Este resultado muestra que los empleados en un 100% conocen la metodología para implementar acciones cuando ocurren desviaciones en las citas de consulta general, pero se hace necesario brindar más capacitación para el empleo de la metodología. Ver gráfica 16.



Fuente: datos suministrados por la encuesta en la ESE Hospital “Rafael Paba Manjarrez” el 20 de marzo del 2011.

16. SE CUENTA Y SE EJECUTA EL PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE EVENTOS ADVERSOS

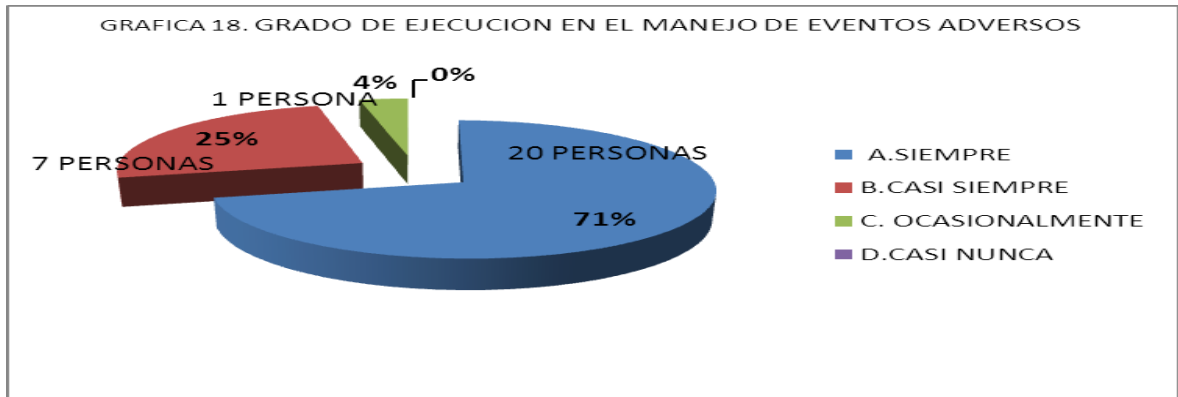
El 57% de los empleados (16) comentaron que siempre se cuenta y se ejecuta de acuerdo al protocoló para el manejo de eventos adversos, en tanto que 39% de los empleados (11) sostienen que casi siempre se cumple con dicho proceso y el 4% de las personas (1) comento que ocasionalmente se cuenta y ejecuta de acuerdo con el protocolo. Si bien se cuenta con el indicador por parte de los empleados es necesario que el 100% lo conozcan muy bien. Ver gráfica 17.



Fuente: datos suministrados por la encuesta en la ESE Hospital “Rafael Paba Manjarrez” el 20 de marzo del 2011.

17. SE CUENTA Y SE CONOCE UN SISTEMA PARA EL MANEJO DE INFORMACIÓN ATENCIÓN AL USUARIO

De acuerdo a la gráfica 18, el hospital cuenta y se conoce el manejo de información de atención al usuario, debido a que el 71% de los empleados (20) manifiesta que se cuenta y conoce muy bien el sistema, el 25%, es decir 7 personas, comentaron que se cuenta y se conoce bien esta herramienta, mientras que el 4% correspondiente a una persona manifiesta que se cuenta con este instrumento pero no se conoce los procedimientos. Por lo anterior se deduce que no se ejecutan los protocolos para el manejo de eventos adversos en un 100%. Ver gráfica 18.



Fuente: datos suministrados por la encuesta en la ESE Hospital “Rafael Paba Manjarrez” el 20 de marzo del 2011.

18. SE CUENTA Y SE APLICA UN SISTEMA PARA EL MANEJO DE INFORMACIÓN ATENCIÓN AL USUARIO.

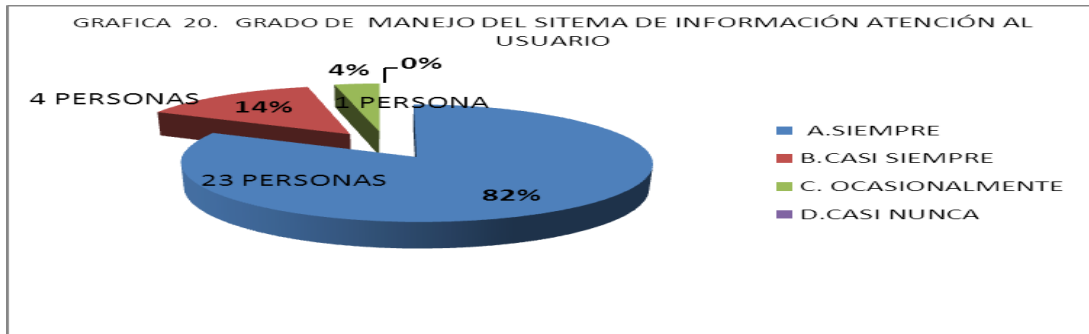
En la ESE Hospital Rafael “Paba Manjares, el 86% de los empleados (24) siempre estan aplicando el sistema para el manejo de información de atención al usuario, lo cual le permite mayor agilidad a los procesos y aumenta la eficiencia y calidad en la prestación del servicio, el 7% de los empleados (2) utilizan casi siempnre el sistema y el 7% de los empleados (2) lo utilizan ocasionalmente. Se deduce que los directivos deben realizar actividades como seminarios , talleres para que se consca el sistema de manejo de atención al usuario lo cual favorece la eficiencia del hospital. Ver gráfica 19.



Fuente: datos suministrados por la encuesta en la ESE Hospital “Rafael Paba Manjarrez” el 20 de marzo del 2011.

19. EN EL CASO EN QUE EL INDICADOR DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO PRESENTE DESVIACIÓN SE CUENTA Y SE CUMPLE CON UNA METODOLOGÍA PARA IMPLEMENTAR ACCIONES CORRESPONDIENTES

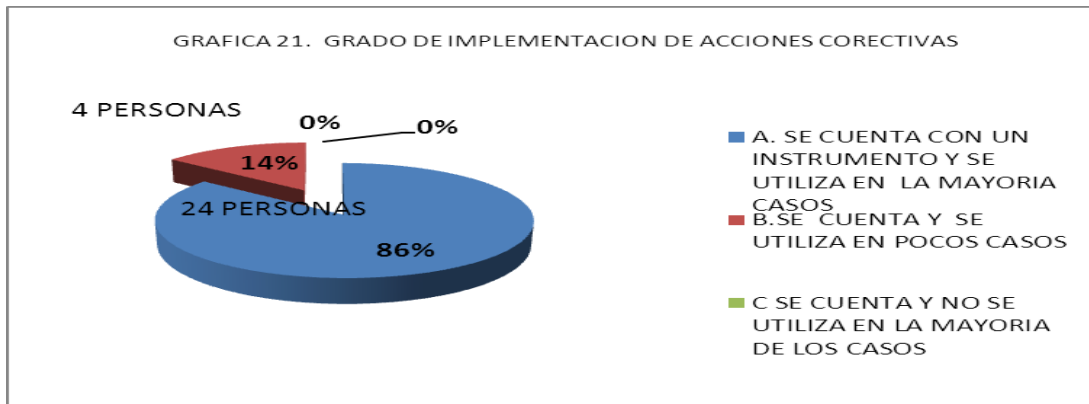
Se encontró que el 82% de los empleados (23) utilizándolo en la mayoría de los casos la metodología para implementar las acciones cuando se presentan desviaciones en el indicador de satisfacción del usuario, mientras 15% de los empleados (4) cuenta y los utiliza poco, por otro lado el 4% de empleados (1) manifiesta que se cuenta pero no se utiliza en la mayoría de los casos. Si bien en la pregunta anterior se reconoce que todos los empleados no conocen los procedimientos del sistema de información, la gráfica 20 confirma no se aplica en el 100% el manejo del sistema de información atención al usuario. Ver gráfica 20.



Fuente: datos suministrados por la encuesta en la ESE Hospital “Rafael Paba Manjarrez” el 20 de marzo del 2011.

20. EN EL CASO EN QUE EL INDICADOR DE SATISFACCION DEL USUARIO PRESENTA DESVIACIONES SE CUENTA Y SE CUMPLE CON UNA METODOLOGIA PARA IMPLEMENTAR ACCIONES CORRESPONDIENTES:

Cuando el indicador de satisfacción presenta desviaciones el 86% de los empleados (24) utilizan la metodología en la mayoría de los casos para implementar las acciones correspondientes, por otro lado el 14% de los empleados (4) lo utilizan en pocos casos. Se deduce que el 100% empleados utilizan el indicador de satisfacción del usuario. Ver gráfica 21.



Fuente: datos suministrados por la encuesta en la ESE Hospital “Rafael Paba Manjarrez” el 20 de marzo del 2011.

CONCLUSIONES

La presente investigación sobre el grado de conocimiento del Plan de Gestión en la prestación de los Servicios de Salud en la ESE Hospital “Rafael Paba Manjarrez” de San Sebastián de Buenavista del Departamento del Magdalena, de acuerdo al decreto 357 del 2008 y la resolución 473 de 2008 en los periodos 2009 y 2010 ha permitido llegar a las siguientes discusiones:

El hospital “Rafael Paba Manjarrez” cuenta con un talento humano calificado para realizar estrategias que permitan a su vez el desarrollo del Plan de

Gestión de la entidad, clasificándolos de acuerdo al nivel de gestión para operacionalizar los procesos siempre buscando el objetivo del mejoramiento continuo, la eficiencia y excelencia del servicio y la satisfacción de los usuarios.

Las directivas del hospital se han encargado de que todo el personal reciba las capacitaciones sobre el Plan de Gestión de la Institución acorde al decreto 357 del 2008 y la resolución, sin embargo existen personas que no asimilan en la misma forma los procesos.

De acuerdo a los resultados obtenidos de las encuestas se puede notar que cada área funcional de la entidad prestadora de salud siempre aplican los indicadores correspondientes en un 82% dependiendo de la posición y cargo que este ejerciendo en ese momento.

Los empleados y directores están en la disposición de manejar los indicadores y se rigen por medio de un cronograma de actividades que les permite estar en un 100% con los documentos y actividades requeridos para obtener la certificación y cumplimiento de los requisitos de habilitación.

Los empleados y cuerpos directivos conocen muy bien todos los procesos para manejar los indicadores de autoevaluación para la acreditación de la Empresa prestadora de Salud en el municipio de San Sebastián de Buena Vista.

Unos de las condiciones de eficiencias del hospital es el manejo de la ruta crítica para el desarrollo del PAMEC para dar una solución pronta y efectiva cuando se presenten riesgos que impidan la normal prestación de servicio.

El conocimiento de del indicador de oportunidad en la citas de consulta de medicina general y odontología ha permitido llegar agilizar los procesos de atención al usuario en un día mediante la metodología adecuada, lo que le permite que las personas puedan acudir a las citas sin problemas por la atención del servicio cuando estos lo solicitan en la mayor brevedad para solucionar su problema de salud.

Se puede deducir que el conocimiento y aplicación del indicador de oportunidad en citas de urgencias se ha utilizado como una herramienta de la eficiencia en la prestación del servicio de salud por parte de los empleados, los cuales atienden a los usuarios de acuerdo a la prioridad de la urgencia.

Los empleados conocen y aplican muy bien los protocolos para el manejo de los eventos adversos en un 61%, mientras que el 37% lo conoce bien, dando una visión de la capacidad para manejar con prontitud cualquier evento adverso que se presente en la institución.

De acuerdo a los empleados y directivos del hospital se conoce y se aplica el sistema de información de atención al usuario, lo que ha permitido que los pacientes y familiares puedan recibir la prestación del servicio en el momento adecuado.

Cuando existen desviaciones en la satisfacción del usuario el hospital cuenta y cumple con la metodología para implementar acciones correspondientes, logrando que los usuarios califiquen como excelente en un 92% la atención del servicio y en un 8% como buena esta labor.

La metodología en el manejo del indicador de satisfacción del usuario ha permitido que las personas soliciten el servicio a través de la línea telefónica en un 56%, lo que les evita realizar largas filas para solicitar las citas, sin embargo existe un 44% de usuarios que acuden muy temprano al hospital, ya sea porque no cuentan con una línea telefónica en sus hogares o vienen de los corregimientos que están distantes de la entidad prestadora de salud.

RECOMENDACIONES

Se recomienda que la entidad realice las siguientes sugerencias:

- Realizar un proceso de retroalimentación a los empleados para que conozcan y manejen eficientemente los indicadores de gestión acordes a los mencionados decreto y resolución en un 100%.
- En la medida en que el hospital logre mantener la certificación de habilitación conocer y aplicar todas las metodologías en los servicios de salud permitirá aumentar la cobertura, los cuales se reflejará en el ingreso de la entidad.
- Cuando ingrese un nuevo empleado a laborar en la institución se les debe capacitar previamente para que este acorde a los lineamientos del

decreto 357 del 2008y resolución 473 del 2008 para que los procesos no sufran ningún percance y se vea perjudicado el hospital.

- En la oficina de atención al usuario se debe brindar la capacitación sobre la utilización de la línea telefónica para solicitar el servicio para reducir al mínimo la estancia de espera en el hospital de los usuarios al pedir una cita de consulta médica y odontológica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARENAS MONSALVE, Gerardo. 2007. *El Derecho colombiano de la seguridad social*. Editorial Legis, segunda edición Bogotá DC.

BARZELAY, Michael. 2003. *La Nueva Gestión Pública. Un acercamiento a la investigación y al debate de las políticas*. Fondo de Cultura Económica México.

CHARRY RODRIGUEZ Jorge Alirio. 1996. *Los Indicadores de Gestión y de resultados en las entidades del Estado*. Biblioteca Jurídica Dike Bogotá DC.

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA, consultada en www.secretariadelsenado.gov.co

Decreto No. 357 de 2008. En sitio web del Ministerio de la Protección Social,

MEJIA Cardona Mario, 2009, *Resolución Número 000710*, Superintendencia Nacional De Salud, Bogotá.

DNP. 2007. *Instrumentos para la Ejecución, Seguimiento y Evaluación del Plan de Desarrollo Municipal Bogotá DC*.

FONADE Y DNP, 1998. *Guía para la elaboración de Planes de Desarrollo*
Bogotá DC.

HERNANDEZ M. Pedro Alfonso, 1999. *Descentralización,
Desconcentración y Delegación en Colombia*. Editorial Legis. Primera Edición
Bogotá DC.

Ley 10 de 1990 www.secretraiadelsenado.gov.co

Ley 100 de 1993 www.secretraiadelsenado.gov.co

Ley 1122 de 2007. www.secretraiadelsenado.gov.co

Ley 1151 de 2007. www.secretraiadelsenado.gov.co

Ley 344 de 1996 www.secretraiadelsenado.gov.co

Ley 489 de 1998, consultada en www.secretraiadelsenado.gov.co

Resolución No. 0473 de 2008. En sitio web del Ministerio de la Protección
Social,

TAPIA GONGORA, Edwin y otro. 2008. *Pensamiento Administrativo y
Organizaciones públicas. Programa de Administración Pública territorial*.
Escuela Superior de Administración Pública. Bogotá DC,.

VOCABULARIO JURÍDICO. Asociación Henri Capitant. Editorial Temis SA
Santa Fe de Bogotá 1995.

Boletín de prensa N° 6 de la Contraloría Departamental del Magdalena y
Superintendencia de Salud. Ver en www.contraloria.gov.co.

Comunicado de prensa N° 6 de abril de 2010, Contraloría Departamental del Magdalena. Ver. <http://www.contraloriadelmagdalena.gov.co/>

Plan de Gestión 2008-2011, ESE HOSPITAL RAFAEL PABA MAJARREZ

Por mala prestación del servicio el hospital fue sancionado, Tomado del Periódico Voces regionales, Año 4, Edición 17., recuperado en <http://choconta.wordpress.com/2009/02/25/por-mala-prestacion-del-servicio-el-hospital-fue-sancionado/>, abril 15 de 2011

Palencia Martha & Molina Raúl, La Crisis Económica y su Repercusión en el Sector de la Salud. Disponible en: <http://148.206.53.230/revistasuam/iztapalapa/include/getdoc.php?rev=iztapalapa&id=1205&article=1235&mode=pdf>, consultado el 16 de junio 2011.

ANEXO

ANEXO A.

Diagnóstico Inicial Área Gestión Directiva y Estratégica

AREA	INDICADOR	SITUACION INICIAL (Resultado del indicador al momento de la formulación del plan)	OBSERVACIONES
GESTION DIRECTIVA Y ESTRATEGICA	Porcentaje de cumplimiento del plan estratégico, de desarrollo u operativo		
	Equilibrio financiero operacional ajustado (pesos)		
	Equilibrio o déficit presupuestal del período (pesos)		
	Porcentaje de participación de los ingresos provenientes de la venta de servicios de salud en la financiación de la entidad		
	Razonabilidad de estados Financieros		
	Cumplimiento en el reporte de la información del Decreto 2193 de 2004		
	Calificación de la Gestión del control Interno		
	Procesos judiciales contestados dentro de los términos de ley (incluidas las tutelas).		

Fuente: Guía para la formulación de planes de Gestión y Evaluación de gerentes de las E.S.E. Ministerio de Protección Social

ANEXO B.

Diagnóstico Inicial Área de la Gestión de la Prestación del servicio de Salud

AREA	INDICADOR	SITUACION INICIAL (Resultado del indicador al momento de la formulación del plan)	OBSERVACIONES
GESTION DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica General (días)		
	Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica Especializada (días)		
	Oportunidad en la atención en consulta de Urgencias (minutos)		
	Proporción de cancelación de cirugía programada		
	Proporción de vigilancia de eventos adversos		
	Porcentaje de satisfacción de los usuarios		
	**Certificación del cumplimiento de requisitos de habilitación		
	*Auto evaluación para la acreditación		

Fuente: Guía para la formulación de planes de Gestión y Evaluación de gerentes de las E.S.E. Ministerio de Protección Social

ANEXO C.

Diagnóstico inicial Área de Gestión Administrativa

AREA	INDICADOR	SITUACION INICIAL (Resultado del indicador al momento de la formulación del plan)	OBS ERV ACIO NES
GESTION ADMINISTR ATIVA	Monto de la deuda de salarios superior a un (1) mes		
	Monto de la deuda de aportes a seguridad social (pesos)		
	Monto de la deuda de parafiscales (pesos)		
	Número de accidentes de trabajo gestionados durante la período		
	Fenecimiento de la cuenta		
	Monto de la deuda a contratistas o terceros superior a un (1) mes (pesos)		

Fuente: Guía para la formulación de planes de Gestión y Evaluación de gerentes de las E.S.E. Ministerio de Protección Social

ANEXO D.

		EST RE 1	2						
GESTION DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica General (días)								
	Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica Especializada (días)								
	Oportunidad en la atención en consulta de Urgencias (minutos)								
	Proporción de cancelación de cirugía programada								
	Proporción de vigilancia de eventos adversos								
	Porcentaje de satisfacción de los usuarios								
	Certificación del cumplimiento de requisitos de habilitación								
	Auto evaluación para la acreditación								

ANEXO F.

UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA

Seleccione el área a la cual usted pertenece

AREA : ESTRATEGICO TACTICO OPERATIVO

1. Se cuentan y se conoce el plan de gestión acorde a la decreto 357 del 2008 y la resolución 473 del 2008.

- A. Se Cuenta Y Se Conoce Muy Bien
- B. Se Cuenta Y Se Conoce Bien
- C. Se Cuenta Y No Se Conoce
- D. No Se Cuenta

2. Se Gestiona El Manejo De Los Indicadores Del Plan De Gestión Acorde Al Decreto 357 Y De 2008 Y La Resolución 473 Del 2008

- A. Siempre
- B. Casi Siempre
- C. Ocasionalmente
- D. Casi Nunca

3. Se Aplican Los Indicadores Correspondientes Al área De Prestación De Servicios De Salud.

- A. Siempre
- B. Casi Siempre
- C. Ocasionalmente
- D. Casi Nunca

4. Acorde Con El Indicador De Certificación Y Cumplimiento Del Requisito De Habilitación : Se Cuenta Con La Certificación De Habilitación Emitida Por El Ente Correspondiente

Si No

5. Le Han Realizado Visita Al Hospital Para La Verificación Del Cumplimiento De Las Condiciones Básicas De Habilitación Por El Ente Encargado

Si No

6. En Caso De No Haber Sido Verificado: Se Ha Solicitado Al Ente Territorial Certificación Del Cumplimiento Por Parte Del Ente Territorial

Si No

7. Acorde Al Indicador De Autoevaluación Para La Acreditación: Se Cuenta Y Se

Conoce Con Un Enfoque Por Procesos

- A. Se Cuenta Y Se Conoce Muy Bien
- B Se Cuenta Y Se Conoce Bien
- C. Se Cuenta Y No Se Conoce
- D. No Se Cuenta

8. Se Cuenta Y Se Aplica La Ruta Critica Para El Desarrollo Del PAMEC?

- A. Siempre
- B. Casi Siempre
- C. Ocasionalmente
- D. Casi Nunca

9. Acorde Al Indicador De Oportunidad En La Cita De Consulta De Medicina General. Se Cuenta Y Se Conoce El Indicador De Oportunidad En La Cita De Consulta De Medicina General?

- A. Se Cuenta Y Se Conoce Muy Bien
- B Se Cuenta Y Se Conoce Bien
- C. Se Cuenta Y No Se Conoce
- D. No Se Cuenta

10. En Relación Con El Indicador De Oportunidad En La Cita De Consulta De Medicina General : Se Cuenta Con Una Herramienta Para Su Medición Y Se Utiliza Para La Mayoría De Los Caso?

- A. Se Cuenta Con Un Instrumento Y Se Utiliza En La Mayoría Casos
- B. Se Cuenta Y Se Utiliza En Pocos Casos
- C Se Cuenta Y No Se Utiliza En La Mayoría De Los Casos
- D. No Se Cuenta

11. En Relación Con El Indicador De Oportunidad En La Cita De Consulta De Medicina General : En El Caso En Que El Indicador Presente

Desviación Se Cuenta Y Se Cumple Con Una Metodología Para Implementar Acciones Correspondientes?

- A. Siempre
- B. Casi Siempre
- C. Ocasionalmente
- D. Casi Nunca

12. Acorde Al Indicador De La Oportunidad en La Cita De Urgencias : Se Cuenta Y Se Conoce El Indicador ?

- A. Se Cuenta Y Se Conoce Muy Bien
- B Se Cuenta Y Se Conoce Bien
- C. Se Cuenta Y No Se Conoce
- D. No Se Cuenta

13. Acorde Al Indicador De La Oportunidad en La Cita De Urgencias: Se Cuenta Y Se Conoce Un Sistema Para El Manejo De Atención De Pacientes De Urgencia?

- A. Se Cuenta Y Se Conoce Muy Bien
- B Se Cuenta Y Se Conoce Bien
- C. Se Cuenta Y No Se Conoce
- D. No Se Cuenta

14. Acorde Al Indicador De La Oportunidad en La Cita De Urgencias: Se Cuenta Con Una Herramienta Para Su Medición Y Se Utiliza Para La Mayoría De Los Caso?.

- A. Se Cuenta Con Un Instrumento Y Se Utiliza En La Mayoría Casos
- B. Se Cuenta Y Se Utiliza En Pocos Casos
- C Se Cuenta Y No Se Utiliza En La Mayoría De Los Casos
- D. No Se Cuenta

15. Acorde Al Indicador De Vigilancia De Eventos Adversos: Se Cuenta Y Se Conoce El Indicador El Protocolo Para El Manejo de Eventos Adversos?

- A. Se Cuenta Y Se Conoce Muy Bien

- B Se Cuenta Y Se Conoce Bien
- C. Se Cuenta Y No Se Conoce
- D. No Se Cuenta

16. Se Cuenta Y Se Ejecuta El Protocolo Para El Manejo De Eventos Adversos?

- A. Siempre
- B. Casi Siempre
- C. Ocasionalmente
- D. Nunca

17. Se Cuenta Y Se Conoce Un Sistema Para El Manejo De Información Atención Al Usuario

- A. Se Cuenta Y Se Conoce Muy Bien
- B Se Cuenta Y Se Conoce Bien
- C. Se Cuenta Y No Se Conoce
- D. No Se Cuenta

18. Se Cuenta Y Se Aplica Un Sistema Para El Manejo De Información Atención Al Usuario.

- A. Siempre
- B. Casi Siempre
- C. Ocasionalmente
- D .Casi Nunca

19. En El Caso En Que El Indicador De Satisfacción Del Usuario Presente Desviación Se Cuenta Y Se Cumple Con Una Metodología Para Implementar Acciones Correspondientes

- A. Se Cuenta Con Un Instrumento Y Se Utiliza En La Mayoría De Casos
- B. Se Cuenta Y Se Utiliza En Pocos Casos
- C Se Cuenta Y No Se Utiliza En La Mayoría De Los Casos
- D. No Se Cuenta

20. En El Caso En Que El Indicador De Satisfacción Del Usuario Presente Desviaciones Se Cuenta Y Se Cumple Con Una Metodología Para Implementar Acciones Correspondientes:

A. Se Cuenta Con Un Instrumento Y Se Utiliza En La Mayoría De Casos

B. Se Cuenta Y Se Utiliza En Pocos Casos

C Se Cuenta Y No Se Utiliza En La Mayoría De Los Casos

D. No Se Cuenta

Gracias