

**CARACTERIZACION TECNICA DE LA IPS HOSPITAL
DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E.**

**LINA ALEXANDRA BELTRAN CARRILLO
NELSON FABIÁN QUEVEDO MORENO**

**UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACION EN ADMINISTRACION EN SALUD
VILLAVICENCIO
2011**

**CARACTERIZACION TECNICA DE LA IPS HOSPITAL
DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E.**

**LINA ALEXANDRA BELTRAN CARRILLO
NELSON FABIÁN QUEVEDO MORENO**

**Trabajo final como requisito para optar titulo de Especialista en
Administración en Salud**

**Docente
DIEGO MAURICIO VILLA ESPINOSA**

**UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACION EN ADMINISTRACION EN SALUD
VILLAVICENCIO
2011**

Nota de aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Villavicencio, Julio de 2011.

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

Todas aquellas personas que mediante su apoyo y colaboración hicieron posible la realización del presente proyecto.

El Dr. JESÚS EMILIO ROSANDO SARABIA, Gerente del Hospital Departamental de Villavicencio ESE por permitir realizar el presente proyecto de grado dentro de la institución

El Subgerente asistencial el Dr. MIGUEL ANGEL MEJIA, y el todo el cuerpo administrativo por facilitar la recolección de la información necesaria para el desarrollo del presente estudio.

El jefe de la Oficina de Talento Humano Dr. GERMAN SANTIAGO.

El Jefe de Oficina de estadísticas JIMENA CONSTANZA PARDO y sus funcionarios por el tiempo dedicado y por ser fuentes principales de recolección de información.

El Docente DIEGO MAURICIO VILLA ESPINOSA, tutor y guía del proyecto, por su dedicación, orientación y seguimiento en todo el trayecto del estudio y la consecución de producto final.

DEDICATORIA

A la mujer quien con su empeño y fortaleza logró no solo otorgarme la vida y cumplir mis sueños, sino también inculcó los valores necesarios para forjar a un hombre integro, y a quien por fortuna hoy tengo la dicha y el privilegio de llamarle "mamá" "María Marlene Moreno"

A Astrith Rodríguez, la personita más especial que Dios pudo poner en mi camino para que llenara con su sonrisa y palabras todos los espacios vacíos que existían; colmando mi ser de sueños, alegrías y esperanza... TE AMO MI NIÑA...

Nelson Fabián Q.

A mi Señor Jesús y Virgen María, quienes me dieron la fe, la fortaleza, la salud y la esperanza para conseguir este nuevo logro. A mi mamá, Fanny por su amor, apoyo y comprensión, mis abuelitos, Carlos y Rita por su amor y apoyo incondicional, mis tíos, hermanos, primos y amigos por sus ánimos y afán de conseguir mis sueños.

Lina Alexandra B.

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	13
1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA	14
2. JUSTIFICACIÓN	15
3. OBJETIVOS	16
3.1 OBJETIVO GENERAL	16
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	16
4. MARCO REFERENCIAL	17
4.1.1 Características del sistema de salud colombiano.	17
4.1.2 Evolución Del Sistema Colombiano.	18
4.1.3 Características de la Empresa Prestadora de servicios de salud en Colombia.	20
4.1.4 Niveles de Complejidad.	20
4.1.5 Personería Jurídica.	21
4.2 MARCO LEGAL	24
4.3 MARCO TEORICO	26
4.3.2 Sector Salud Colombiano.	27
4.3.4 Caracterización Técnica.	27
4.4 MARCO INSTITUCIONAL	28
4.4.1 Marco Corporativo o Empresarial de la IPS Hospital Departamental De Villavicencio.	28
4.4.2 Plataforma Estratégica de la Empresa	29
4.4.3 Política de Calidad.	30

4.4.4 Principios y Valores Corporativos	31
4.4.5 Estructura Orgánica Funcional.	31
4.6 MARCO INVESTIGATIVO	35
4.6.1 Documento Técnico de Construcción del Ordenamiento (Ranking) de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, basado en el Sistema Único de Habilitación y la incorporación de indicadores financieros y de resultado”, Bogotá, D.C. Septiembre de 2006.	35
4.6.2 Ministerio de la Protección Social República de Colombia Dirección General de Calidad de Servicios.	35
4.6.3 Política Nacional de Prestación de Servicios Salud, Ministerio de Protección social ,Bogotá D.C., noviembre 2005.	36
4.6.4 Análisis de eficiencia técnica de la red Pública de prestadores de servicios dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.	36
4.6.5 Organización Panamericana de la Salud (Ops), Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (Feppen), Calidad de los Servicios de Salud en América Latina y el Caribe: Desafíos para la Enfermería, agosto del 2001	37
4.6.6 Organización Mundial de la Salud. Informa Sobre la salud del Mundo en el 2003; Forjemos el Futuro.	38
4.7 MARCO METODOLOGICO	38
5. ANALISIS Y RESULTADOS	40
6. CONCLUSIONES	52
7. RECOMENDACIONES	54
BIBLIOGRAFIA	55
ANEXOS	58

LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Contratación y vinculación del personal del Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E.	40
Tabla 2. Cubrimiento Poblacional Por Régimen del Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E.	42
Tabla 3. Porcentaje de Facturación por Régimen del Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E.	43
Tabla 4. Cobertura y Accesibilidad del Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E.	44
Tabla 5 . Indicadores de Oportunidad del Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E.	48
Tabla 6. Indicadores de Productividad y Eficiencia del Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E.	50

LISTA DE CUADROS

	pág.
Cuadro 1. Marco legal	24
Cuadro 2. Principios y valores corporativos.	31
Cuadro 3. Normatividad Hospital Departamental.	33
Cuadro 4. Normatividad de los actos administrativos del Hospital Departamental	34

LISTA DE GRAFICAS

	pág.
Gráfica 1. Contratación y vinculación del personal asistencial del Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E.	40
Gráfica 2 . Contratación y vinculación del personal administrativo del Hospital Departamental de villavicencio E.S.E.	41
Gráfica 3. Cubrimiento poblacional por régimen del Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E.	42
Gráfica 4. Porcentaje de facturación por régimen de Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E.	43
Gráfica 5. Procedimientos quirúrgicos realizados en el Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E.	44
Gráfica 6. Atención de urgencias del Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E.	45
Gráfica 7. Número de partos atendidos en el Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E.	46
Gráfica 8. Consultas especializadas del Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E.	46
Gráfica 9. Número de usuarios atendidos en el Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E.	47
Gráfica 10. Número de días de espera en consulta externa del Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E.	48
Gráfica 11. Días de espera cirugía programada en el Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E.	49
Gráfica 12. Atención de urgencias en minutos en el Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E.	49
Gráfica 13. Indicadores de productividad y eficiencia del Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E.	50

LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo A. Instrumento de Evaluación.	59
Anexo B. Solicitud escrita a La IPS Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E.	62

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo es un estudio de caso, en el cual se realiza un análisis técnico de la IPS Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E. en cuanto al servicio, calidad, el talento humano y la infraestructura con el propósito de identificar los recursos con que cuenta la institución para la prestación de servicios de salud, acordes a la plataforma misional institucional y a los estándares de calidad.

Este estudio permitirá identificar los avances que hay actualmente en el sector salud, para lograr satisfacción de las necesidades de la comunidad, acorde a criterios, conceptos y características vigentes, normatividad y exigencias en pro de la garantía en la prestación de servicios de alta calidad relacionada con la atención efectiva, oportuna, personalizada, humanizada y continua; mediante la utilización de la tecnología apropiada, según los requerimientos de los servicios de salud que ofrecen y de las normas vigentes sobre la materia; y “Eficiencia, definida como la mejor utilización de los recursos, técnicos, materiales, humanos y financieros con el fin de mejorar las condiciones de salud de la población atendida”¹, fundamentados en la consecución de un objetivo común encaminado a la satisfacción las necesidades de sus usuarios.

¹ Decreto 1876 de 1994 (agosto 3) Diario Oficial No. 41.478, del 5 de agosto de 1994

1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA

Ley 100 de 1993 impulso la transformación de todos los hospitales públicos en Empresas Sociales del Estado (E.S.E.), lo cual las ha obligado a autogestionar sus recursos y así lograr ser autosostenibles financieramente mediante la venta de servicios a las EPS Subsidiadas y Contributivas, Aseguradoras de Riesgos Profesionales (ARP), Afiliados a planes de Medicina Prepagada, pólizas y Usuarios Particulares en competencia con las IPS privadas, generando propuestas de competitividad que les permita construir ventajas dentro de su mercado.

La Ley 10 de Municipalización de la Salud de 1990 inició un proceso de transformación tendente a fortalecer el sector salud desde sus entes territoriales. El proceso se ha desarrollado lentamente. En el año 2000, 25 departamentos y distritos 524 municipios estaban certificados. La reforma se complementó con las Leyes 60 (que descentralizó las competencias y recursos de salud y educación) y 100 de 1993 (Sistema General de Seguridad Social) que plantean la ampliación de las coberturas de salud pública y de atención personal a través del sistema de aseguramiento².

En los últimos años se ha observado un crecimiento constante de la oferta de prestadores de servicios de salud en todas las modalidades, como profesionales independientes y como entidades jurídicas, de manera desarticulada, así como un proceso de globalización del sector salud enfocado en la prestación de servicios de salud de calidad cuyo objetivo sea la satisfacción del usuario.

Las Empresas Sociales del Estado (E.S.E.), por diversas razones, se enfrentan a las exigencias del actual Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) reglamentado por el Decreto 1011 de 2006 para encaminar sus objetivos y acciones hacia la consecución de aspectos fundamentales para la prestación de servicios de salud con los más altos estándares de calidad en sus productos y servicios que contribuyan al mejoramiento en la atención de sus usuarios y la satisfacción de sus necesidades con la finalidad de proporcionar herramientas para la competencia con las demás prestadores tanto del sector público como privado y así garantizar un mejor posicionamiento en el actual mercado.

² Organización Panamericana de la Salud, Perfil del sistema de servicios de salud de Colombia, 2ª edición, Mayo de 2002.

2. JUSTIFICACIÓN

La IPS Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E. siendo una institución de carácter público que presta servicios de salud a la región de la Orinoquia, Guaviare, Vaupés y Amazonia tiene como objetivo misional el “contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad a través de la prestación de servicios integrales de salud de mediana y alta complejidad de reconocido nivel. Donde los usuarios son atendidos por personal competente, observando los principios de ética, honestidad, y respeto; apoyados en una adecuada tecnología e infraestructura, con responsabilidad y compromiso social”³.

Por tal razón, la realización de una caracterización técnica considerando las unidades de análisis de la IPS Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E con respecto a la infraestructura, el servicio y el talento humano, los cuales representan un eslabón de gran importancia en la consecución de los objetivos y plataforma empresarial e institucional que tiene esta institución del sector salud, y a su vez, representa una herramienta de fomento de sostenibilidad en el mercado fundamentada en la prestación de servicios de alta calidad, accesibles, oportunos, eficientes y efectivos para la satisfacción de las necesidades de sus usuarios.

³ <http://www.hospitalvillavicencio.gov.co/mision.htm>

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Caracterizar las condiciones técnicas de la IPS Hospital Departamental de Villavicencio (Meta, Colombia) de acuerdo a las unidades de análisis en su infraestructura, recursos humanos, calidad y prestación de servicios que tiene la institución durante el año 2009 y 2010.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir el contexto de las unidades de análisis de talento humano, infraestructura, calidad y prestación servicios de la IPS Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E.
- Analizar el uso de los recursos técnicos de la IPS hospital Departamental de Villavicencio en el año 2009 y 2010.
- Realizar conclusiones basados en información en tiempo real de las unidades de análisis que contribuyan a la toma de decisiones gerenciales fundamentados en aspectos misionales de la IPS Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E

4. MARCO REFERENCIAL

4.1 MARCO CONCEPTUAL

4.1.1 Características del sistema de salud colombiano. El sistema de salud Colombiano sufre una reforma general en 1993 dado origen al Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS), dicha reforma incrementa por un lado la gama de servicios que se prestan, y por otro lado promueve un incremento en la cobertura del sistema para toda la población⁴.

El sistema de salud colombiano se encuentra referenciado como un Sistema de Seguridad Social Integral cuyo objetivo principal se encamina a garantizar aquellos derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener una calidad de vida basada en el concepto de dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten.

Este Sistema de Seguridad Social en Salud comprende obligaciones estatales, de la sociedad, de las instituciones y recursos destinados a garantizar la cobertura de la prestación a toda la población de carácter económico, de salud, servicios complementarios y aquellas que se puedan incorporar a la normatividad en un futuro, y cuyo enfoque general establecido por la normatividad actual vigente se encuentra regido bajo los siguientes principios:

- **EFICIENCIA.** Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente.
- **UNIVERSALIDAD.** Es la garantía de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida.
- **SOLIDARIDAD.** Es la práctica de la mutua ayuda entre las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades bajo el principio del más fuerte hacia el más débil. Es deber del Estado garantizar la solidaridad en el régimen de Seguridad Social mediante su participación, control y

⁴ Federación Nacional de Desarrollo – FEDESARROLLO, Salud: Una visión desde los departamentos, 2010

dirección del mismo. Los recursos provenientes del erario público en el Sistema de Seguridad se aplicarán siempre a los grupos de población más vulnerables.

- **INTEGRALIDAD.** Es la cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general las condiciones de vida de toda la población. Para este efecto cada quien contribuirá según su capacidad y recibirá lo necesario para atender sus contingencias amparadas por esta Ley.
- **UNIDAD.** Es la articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos y prestaciones para alcanzar los fines de la seguridad social.
- **PARTICIPACION.** Es la intervención de la comunidad a través de los beneficiarios de la seguridad social en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en su conjunto⁵.

4.1.2 Evolución Del Sistema Colombiano. Al revisar la dinámica del Sistema General de Seguridad Social en Salud se evidencian algunas etapas cuyo comportamiento podría condensarse en tres momentos:

Un primer momento comprendido entre 1985 y 1993, una gran crisis nacional, que empezó a ser reseñado por la Corte entre 1992 y 1996. Este periodo se caracteriza por bajas coberturas, desprotección social, subsidios a la oferta, alta concentración de la atención en salud en lo público (conformación oligopólica - monopolítica), una oferta privada abundante del tipo de aseguramiento (medicina propagada y seguros de hospitalización y cirugía) y, en general, un bajísimo interés por comportamientos solidarios.

La prestación de Servicios de salud en nuestro país sufre una transformación inicialmente conocido como el régimen de salud pública, que regulaba el “Sistema Nacional de Salud”⁶, regido por una política de monopolio comandado por el Instituto Colombiano del Seguro Social, pero con el tiempo se determinó que este sistema presentaba grandes deficiencias en la atención al usuario, en el poco personal médico con que contaban los hospitales, el mínimo grupo de médicos especializados para atender los casos más graves y complejos, el mal trato que recibían los usuarios, el pobre abastecimiento de medicamentos, y las altas tarifas, entre otras.

⁵ Ley 100 de 1993. Sistema General de Seguridad Social en Salud

⁶ La Ley 10 de 1990 que regulaba el “Sistema Nacional de Salud”

Uno segundo momento, catalogado como un periodo de gran entusiasmo y expectativa. Es surge a partir de la Constitución Política de 1991 y posteriormente se consolidó con la implementación de la Ley 100 de 1993, la cual evidenció una alta concentración en la oferta privada, coberturas crecientes, mejora significativa de los estándares de calidad en la prestación del servicio, incorporación de lo solidario, focalización del gasto y subsidios a la demanda.

Y por último, uno tercero momento tomado a partir de 1999, que incluso describe la actualidad, con el retorno de una gran crisis generalizada y un desarrollo reformista que busca superarla. En este momento nos concentraremos en tratar de comprender las bases de legitimidad en las que se anclan las decisiones de los actores involucrados, para revisar las decisiones normativas del Congreso de la República y del Ministerio de la Protección Social. También, para entender las actuaciones de la Corte Constitucional y sus implicaciones para las empresas administradoras de los regímenes de beneficios, sean éstas contributivas o subsidiadas⁷.

El actual Sistema General de Seguridad Social colombiano surgió como resultado de la aceptación del Gobierno de una propuesta promovida por el Banco Interamericano de Desarrollo llamada el “Pluralismo estructurado”. El documento N° 353 del banco definió el pluralismo como “la opción que evita los extremos del monopolio en el sector público y la atomización en el sector privado”; y, al término estructurado como “la opción que evita los extremos de los procedimientos autoritarios del gobierno y la ausencia de reglas de juego transparentes para evitar o compensar las fallas del mercado”⁸.

Las debilidades del sistema anterior, tales como la inequidad, la desarticulación de los servicios, la poca solidaridad, la baja cobertura y en general, su enfoque hacia la asistencia pública⁸, serían los ingredientes que ambientarían la implementación de la reforma, ante un paquete muy atractivo que buscaría minimizar los conflictos entre equidad y eficiencia, una mejor redistribución de los recursos y un alivio en las cargas de poder. Como consecuencia de estos antecedentes, las expectativas superaron los temores que había sobre el modelo, y dieron vía libre a la expedición de la Ley 100 de 1993.

⁷ GUTIERREZ Diana M. La Crisis del Sistema de Salud Colombiano, análisis de las estrategias legislativas y judiciales para la solución; Trabajo de grado, Universidad Javeriana, 2009, p. 31.

⁸ LONDOÑO, Juan Luis y FRENK, Julio. Pluralismo Estructurado Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina. [en línea] <<http://idbgroup.org/res/publications/pubfiles/pubWP-353.pdf>>, p. 16. [consulta: 20 Enero 2011].

La Ley 100 estableció dos regímenes a saber: el contributivo y el subsidiado. El primero, como su nombre lo indica, recibe las contribuciones de los trabajadores; el segundo por su parte, surge de mecanismos de focalización del gasto que permiten identificar a las poblaciones menos favorecidas del país y dirigir hacia estas los subsidios. Estos subsidios se financian de los ingresos provenientes de los aportes del régimen contributivo y de recursos del Presupuesto General de la Nación, entre otras fuentes.

4.1.3 Características de la Empresa Prestadora de servicios de salud en Colombia. Las Instituciones prestadoras de salud (IPS) son los hospitales, clínicas, laboratorios, consultorios, etc. que prestan el servicio de salud. Pueden ser públicas o privadas. Para efectos de clasificación en niveles de complejidad y de atención se caracterizan según el tipo de servicios que habiliten y acreditan, es decir su capacidad instalada, tecnología y personal y según los procedimientos e intervenciones que están en capacidad de realizar. Según estudio del Ministerio de la Protección Social, de las IPS reportantes, el 84,3% corresponden al primer nivel de atención, el 13,4% al segundo nivel y el 2,3% al tercer nivel de atención según sus características.

4.1.4 Niveles de Complejidad.

a. Baja complejidad: Son aquellas instituciones que habilitan y acreditan en su mayoría servicios considerados de baja complejidad y se dedican a realizar intervenciones y actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad así como también consulta médica y odontológica, internación y atención de urgencias y partos de baja complejidad y servicios de ayuda diagnóstica básicos en lo que se denomina primer nivel de atención.

b. Mediana complejidad: Son instituciones que cuentan con atención de las especialidades básicas como lo son pediatría, cirugía general, medicina interna, ortopedia y ginecobstetricia con disponibilidad las 24 horas en internación y valoración de urgencias, además ofrecen servicios de consulta externa por especialista y laboratorios de mayor complejidad, en lo que es el segundo nivel de atención.

c. Alta complejidad: Cuentan con servicios de alta complejidad que incluyen especialidades tales como neurocirugía, cirugía vascular, neumología, nefrología, dermatología, etc. con atención por especialista las 24 horas, consulta, servicio de urgencias, radiología intervencionista, medicina nuclear, unidades especiales como cuidados intensivos y unidad renal. Estas instituciones con servicios de alta

complejidad atienden el tercer nivel de atención, que incluye casos y eventos o tratamientos considerados como de alto costo en el POS.

4.1.5 Personería Jurídica. Se entiende por personería jurídica aquella por la que se reconoce a una persona, entidad, asociación o empresa, capacidad suficiente para contraer obligaciones y realizar actividades que generan plena responsabilidad jurídica propia y en consecuencia, capacidad para actuar como sujetos de Derecho, esto es, capacidad para adquirir y poseer Bienes de todas clases, para contraer Obligaciones y ejercitar acciones judiciales.

▪ CLASIFICACION

- Personas Jurídicas De Derecho Público: Las personas jurídicas de derecho público son las que emanan directamente del Estado y que gozan de derecho de potestad pública y establecen relaciones de subordinación, y tienen por fin la prestación de los servicios públicos y la realización, en el más actual derecho, de ciertas actividades de carácter comercial.

La nación es la más importante persona de derecho público y representa la personificación del ordenamiento jurídico aplicable a todos los colombianos.

Los departamentos son también personas jurídicas, pues emanan del Estado; estas personas tienen un radio de acción más reducido que el de la nación, ya que abarcan circunscripciones territoriales de aquellas en que se divide el territorio de la nación.

Los establecimientos públicos son servicios públicos personificados que carecen de asiento territorial como sucede con la Universidad Nacional, pues tiene varias sedes en distintas ciudades del país.

Las empresas comerciales e industriales del Estado, cuyo fin no es la prestación de un servicio público, sino el desarrollo de actividades mercantiles que antiguamente correspondían a la iniciativa particular; por ejemplo la Federación Colombiana de Cafeteros.

- Personas Jurídicas de Derecho Privado: Las personas Jurídicas de Derecho Privado son las que tienen origen en la iniciativa y actividad de las particulares

(iniciativa privada) con las finalidades más o menos amplias de conformidad con lo que al respecto señale la ley.

Otra definición, dada por Arturo Valencia Zea, es que son aquellas que se establecen mediante la iniciativa de los particulares (negocio jurídico), su funcionamiento se realiza mediante un patrimonio particular y son administrados por órganos que no forman parte de la organización pública.

La Constitución Nacional en el artículo 38 dice que: “Se garantiza el derecho de libre asociación para el desarrollo de las distintas actividades que las personas realizan en sociedad”.

Las personas jurídicas se dividen en dos:

Las asociaciones sin ánimo de lucro, las cuales buscan un bienestar, ya sea físico, intelectual, moral, social o espiritual de los asociados. Siempre va en procura de un mejoramiento cultural, de la propagación de sus valores y de defender sus intereses profesionales. Según lo que busque y como se conforme, las asociaciones sin ánimo de lucro están divididas en:

a. Corporaciones: Es un ente colectivo formado por un número determinado de personas las cuales buscan el bienestar de los asociados, ya sea físico, moral o intelectual. Un ejemplo de esto es un club.

b. Fundaciones: Es un conjunto de bienes dotados de personería jurídica y destinado a un fin especial de beneficencia o de educación pública. Un ejemplo de esto es un hospital o una universidad. El artículo 5° del decreto 3130 de 1968 dice “la fundación es una institución creada para atender servicios de interés social, conforme a la voluntad de los fundadores”⁹.

c. Sindicatos: Asociaciones que tienen como finalidad la defensa, moral y económicamente, de los intereses de sus afiliados. - W. Linares dice que es una forma de asociación cuya base es el vínculo profesional y su objetivo es el interés profesional. - El artículo 353 del Código Sustantivo del Trabajo (C.S.T.), establece el derecho de asociarse libremente para defender sus intereses.

⁹ Decreto 3130 de 1968, art. 5°

Los sindicatos pueden ser de patronos, cuando están integrados por patronos, de obreros, conformados por trabajadores y mixtos que son compuestos por los dos. - Sindicatos de obreros están divididos en: de base que son las de diferentes profesiones en una misma empresa, de industrias personas que prestan servicios a una misma empresa de una misma rama industrial, gremiales formadas por personas de la misma carrera y de oficios varios que están formados por trabajadores de diversas profesiones, disímiles, o inconexas.

d. Cooperativas: Tuvo su origen en Rochdale, Inglaterra en el siglo XIX y buscan especialmente ofrecer a los socios bienes y servicios a un precio mucho menor que como lo pueden encontrar en un mercado. - En el artículo 4º del mencionado Decreto 1598 de 1963 dispone que las cooperativas son asociaciones voluntarias de personas en la que se unen esfuerzos con el propósito de beneficiar a los miembros de la cooperativa¹⁰.

4.1.6 Caracterización de Servicios de Salud Según el Sistema de Calidad.

En 2002 la Ley 715 ordena la creación del sistema de Garantía de la Calidad que se reglamenta posteriormente con el decreto 2309. Este deroga la normatividad anterior y define a los prestadores de servicios de salud como IPS, Profesionales Independientes y empresas para el Traslado de Pacientes, además incorpora el sistema único de habilitación, la auditoría para el mejoramiento, el sistema de información para los usuarios y el sistema único de Acreditación.

La Resolución 1439 de 2002 establece los requisitos que deben cumplirse para cada uno de los servicios de acuerdo con cada uno de los estándares definidos.

El Decreto 1011 del 2006 establece el Sistema Obligatorio de Calidad de la Atención del Sistema General de Seguridad Social en salud y establece los requisitos que deben cumplirse en cada uno de los servicios de acuerdo con cada uno de los estándares establecidos.

El Sistema Único de Habilitación determina para el prestador los mecanismos para el registro, la autoevaluación de los servicios y la declaración juramentada en el cumplimiento de los requisitos definidos por estándares; al ente territorial de salud le otorga la responsabilidad de inscribir a los prestadores en el Registro Especial de Prestadores, la verificación posterior en su jurisdicción de las condiciones técnicas, administrativas, tecnológicas y científicas y de suficiencia

¹⁰ MANTILLA Adriana, Empresas Sociales del Estado, Tesis de grado, Universidad Sergio Arboleda, 2000. p. 12.

patrimonial y financiera, de obligatorio cumplimiento, y permiten la entrada y la permanencia en el Sistema. Además debe informar a los usuarios de las entidades habilitadas para prestar servicios de salud.

El sistema de garantía de calidad incluyó también a las entidades promotoras de salud (EPS), las administradoras del régimen subsidiado (ARS), las entidades adaptadas y las entidades de medicina prepagada, como responsables en la verificación del cumplimiento de estas condiciones en los prestadores que conformen su red de servicios y de abstenerse de contratar con los que no cumplan las condiciones de habilitación.

La auditoría para el mejoramiento pretende en el prestador la evaluación y el mejoramiento de los procesos, mediante la autorregulación.

El sistema de información a los usuarios genera información sobre la calidad de los servicios prestados.

El sistema de acreditación pretende fomentar la competencia en igualdad de condiciones entre los actores del sistema.

4.2 MARCO LEGAL

El marco legal contiene leyes, decretos, resoluciones y políticas que permiten conocer aspectos generales del sector de la salud, tales como:

Cuadro 1. Marco Legal.

NORMA	DEFINE QUE
<p>CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA art. 48</p>	<p>La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social...”</p>
<p>LEY 100/93</p>	<p>Establece la legislación de cuatro fuentes generales: Sistema General de Pensiones, Sistema general de Seguridad Social en Salud, Sistema general de Riesgos profesionales y Servicios Sociales Complementarios.</p>

LEY 715/01	El Sistema General de Participaciones está constituido por los recursos que la Nación transfiere por mandato de los artículos 356 y 357 de la Constitución Política de Colombia a las entidades territoriales, para la financiación de los servicios cuya competencia se les asigna en esta ley. Una participación con destinación específica para el sector salud, que se denominará participación en salud.
LEY 1122/07	Se hacen algunas modificaciones en el 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.
LEY 1176/2007	Por lo cual se realizan modificaciones a la ley 715/2001 "ARTÍCULO 4. Distribución Sectorial de los Recursos. El monto total del Sistema General de Participaciones se distribuirá entre las participaciones mencionadas en el artículo 3° de la Ley 715, así: Un 24.5% corresponderá a la participación para salud.
DECRETO 1876/1994	Este Decreto reglamenta los artículos 96, 97 y 98 del decreto-ley 1298 de 1994 en lo relacionado con las Empresas Sociales del Estado.
DECRETO 1011/2006	Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y tiene como componentes los siguientes: ❖ El Sistema Único de Habilitación. ❖ La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud. ❖ El Sistema Único de Acreditación. ❖ El Sistema de Información para la Calidad.
DECRETO 132 y 1038 del 2010	Por medio de los cuales se reglamenta el giro directo de recurso del Régimen Subsidiado del FOSYGA a las IPS.
RESOLUCIÓN 1043/2006	Condiciones de las IPS para la habilitación.
RESOLUCIÓN 1445/2006	Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.
RESOLUCIÓN 2181/2008	Guía explicativa del sistema Obligatorio de Garantía de calidad de la atención en salud del SGSSS, para las IPS de salud de carácter público.

FUENTE: Autores, 2011

4.3 MARCO TEORICO

4.3.1 Teoría Organizacional. La teoría clásica concibe la organización como una estructura. La manera de concebir la estructura organizacional está bastante influenciada por las concepciones antiguas de organización (como la organización militar y la organización eclesiástica) tradicionales, rígidas y jerarquizadas. Para Fayol, la organización abarca solamente el establecimiento de la estructura y de la forma, siendo por lo tanto, estática y limitada.

Para Money, “la organización es la forma de toda asociación humana para la realización de un fin común. La técnica de la organización puede ser descrita como la técnica de correlacionar actividades específicas o funciones en un todo coordinado”. Así, las preocupaciones por la estructura y la forma de la organización marca la esencia de la teoría clásica.

Los principales aspectos de la teoría de la organización para Fayol son tratados por algunos de sus principios generales de la administración a saber:

a. División del trabajo: es el principio de la especialización necesaria para la eficiencia en la utilización de las personas. Consiste en la designación de tareas específicas a cada una de las partes de la organización.

b. Autoridad y responsabilidad: la autoridad es el poder derivado de la posición ocupada por las personas (autoridad oficial) y debe ser combinada con la inteligencia, experiencia y valor moral de la persona (autoridad personal).

c. Unidad de mando: una persona debe recibir de solo un único superior. Es el principio de la autoridad única.

d. Unidad de dirección: es el principio según el cual cada grupo de actividades que tienen un mismo objetivo, debe tener un solo jefe y un solo plan.

e. Centralización: se refiere a la concentración de autoridad en la cima jerárquica de la organización.

f. Jerarquía o cadena escalar: debe haber una línea de autoridad, del escalón más alto al escalón más bajo de la organización. Toda orden pasa por todos los escalones intermediados hasta llegar al punto donde deba ser ejecutada: es la cadena escalar o principio escalar.¹¹

4.3.2 Sector Salud Colombiano. El sector salud utiliza cuatro palabras con las que permite enmarcar la acción sanitaria estas son equidad, efectividad, eficacia y eficiencia. “Cuando la prestación de servicios se realiza con equidad, esto es dar más a quien más necesita garantizando la accesibilidad, con eficiencia, esto es con metodologías tecnológicas adecuadas, con efectividad, esto es alcanzando cobertura e impactos adecuados, y con eficiencia, esto es con rendimiento y costos acordes; podemos decir que esto constituye la calidad de los servicios de salud”¹².

4.3.2 Calidad. Definimos calidad como el grado en el cual los servicios de salud para los individuos y la población mejoran la posibilidad de lograr resultados deseados en salud y son congruentes con los conocimientos profesionales, para que este concepto de calidad sea real es necesario crear una serie de normas o pautas donde los procesos se ejecute de manera organizada y ceñido a lo establecido en los estándares que en salud se reglamentan para dar los resultados que se pretenden en el Sistema Obligatorio de la Calidad.

4.3.3 Eficiencia. El principio de eficiencia está asociado a la calidad de los servicios de salud por el manejo adecuado de los recursos, la calidad se deriva de las decisiones y acciones tomadas con relación a la calidad de su diseño y la calidad de su cumplimiento, en el diseño se encuentran los estándares de habilitación y en el cumplimiento la ejecución de esta norma.

4.3.4 Caracterización Técnica. La caracterización técnica tiene relación directa con el primer componente de habilitación, Sistema Único de Habilitación y con el Sistema Obligatorio de la Garantía de la calidad, los resultados que se obtienen a partir del cumplimiento de la norma deben satisfacer las necesidades de los usuarios y cumplir con los objetivos sociales establecidos por la constitución política de Colombia.

¹¹ CHIAVENATO Edilberto. INTRODUCCION A LA TEORIA GENERAL DE LA ADMINISTRACION. Tercera edición. Ed McGraw-Hill. 1999. p. 111.

¹²WILLIAMS, Guillermo. Calidad de los Servicios de Salud. 2010 En: http://med.unne.edu.ar/catedras/aps/clases/28_calidad.pdf.

En la actualidad la caracterización técnica es de vital importancia para el mejoramiento de la prestación de servicios de salud en Colombia, la última reforma en salud (14 de Diciembre de 2010), tiene como objetivo fortalecer el Sistema General de Seguridad Social, a través de un modelo de prestación de servicios públicos en salud creando estrategias de atención Primaria en Salud mediante la coordinación del estado, las instituciones y nosotros, la Sociedad el elemento más importante de un País, con el objetivo de brindar mayor calidad en los servicios de Salud, dentro de los criterios técnicos en los que se basa el estado está el acceso efectivo en los servicios de salud en donde el Gobierno Nacional cada cuatro años hará una evaluación integral del Sistema General de Seguridad social en Salud, razón por la cual las IPS del Departamento del Meta deben crear estrategias para el mejoramiento en la calidad en sus servicios con base a resultados obtenidos en estudios de caracterizaciones técnicas de los diferentes recursos.

4.4 MARCO INSTITUCIONAL

4.4.1 Marco Corporativo o Empresarial de la IPS Hospital Departamental De Villavicencio. El Hospital Departamental de Villavicencio, Empresa Social del Estado E.S.E. actualmente es líder en la Orinoquía y Amazonia Colombiana en servicios integrales de salud, buscando la excelencia en la atención hospitalaria, garantizando una asistencia de óptima calidad en el servicio y diagnóstico de pacientes, para mejorar y satisfacer calidad de vida de la comunidad en general.

Esta institución presta los servicios de Salud del segundo nivel de atención, como Servicio público esencial, dentro del Sistema General de Seguridad social en salud, en sus fases de promoción tratamiento y rehabilitación de la salud. Por otra parte, podrá prestar servicios correspondientes al primer Nivel de atención en desarrollo del principio de subsidiaridad y concurrencia y de tercer nivel de acuerdo con su capacidad Científico - Técnica, en desarrollo del principio de complementariedad.

El Hospital Departamental de Villavicencio es un establecimiento público del orden Departamental, dotado de personería jurídica y autonomía administrativa. Su origen se remonta al año 1910 cuando fue creado el Hospital Monfort, por iniciativa de funcionarios de la administración de la entonces Intendencia Nacional del Meta y personas privadas. Creado como Instituto Privado de utilidad común, prestó sus servicios con aportes de la comunidad, de la Nación, el Departamento y el Municipio y posteriormente el de la Beneficencia del Meta.

El Hospital General de Villavicencio nace en 1950 cuando se inició la construcción del mismo con recursos asignados por la Nación. A partir de 1967 el Hospital de Monfort prácticamente se fusiona con el Hospital General de Villavicencio asumiendo su dirección y administración; situación que se prolonga hasta 1969. En ese año, la administración del Departamento considera que el Hospital fue levantado con recursos mayoritariamente de la Nación, su carácter debe ser de un Hospital Público y de propiedad del Departamento.¹³

En 1975 a raíz del Decreto 350 del Gobierno Nacional, el Hospital se constituye como Sede de Unidad Regional de Villavicencio, adscrito al Sistema Nacional de Salud. Con la promulgación de la Ley 10 de 1990, se inicia en el Sistema de Salud. Un proceso de reordenamiento institucional tendiente a definir las situaciones jurídicas y laborales que se presentaban en este y muchos otros hospitales. Así, mediante el Decreto Ordenanza No. 0782 de 1991, el Hospital Regional de Villavicencio se constituye en Establecimiento Público del Orden Departamental, con Personería Jurídica y Autonomía Administrativa y Patrimonio propio, regido por una Junta Directiva y un Director con lo que se pone fin a las controversias.

Con la aprobación de la Ley 100 en 1993, el nuevo escenario llevó a que el Hospital Departamental de Villavicencio como Empresa Social del Estado fue organizado mediante Decreto Ordenanza No. 0895 de 1994 como una Empresa Social del Estado del Orden Departamental, dotada de Personería Jurídica, Autonomía Administrativa y Financiera y Patrimonio Independiente.

4.4.2 Plataforma Estratégica de la Empresa

- **Misión:** Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad a través de la prestación de servicios integrales de salud de mediana y alta complejidad de reconocido nivel científico. Nuestros usuarios son atendidos por personal competente, observando los principios de ética, honestidad, y respeto; apoyados en una adecuada tecnología e infraestructura, con responsabilidad y compromiso social.

- **Visión:** Para el año 2012 El Hospital Departamental de Villavicencio, E.S.E, será reconocido a nivel Nacional como modelo científico, administrativo y tecnológico. Nuestro compromiso es brindar una atención oportuna, humana y confortable que supere las expectativas de los usuarios. Para ello, el eje

¹³ <http://www.hospitalvillavicencio.gov.co>

fundamental será la garantía de la calidad en los servicios. La vocación académico – científica y la responsabilidad social caracterizan el actuar cotidiano de nuestro talento humano.

- **Objetivo.** El Hospital Departamental de Villavicencio, tiene como objeto fundamental la prestación de los servicios de Salud del segundo nivel de atención, como Servicio público esencial, dentro del Sistema General de Seguridad social en salud, en sus fases de promoción tratamiento y rehabilitación de la salud.

El Hospital Departamental de Villavicencio podrá prestar servicios correspondientes al primer Nivel de atención en desarrollo del principio de subsidiaridad y concurrencia y de tercer nivel de acuerdo con su capacidad Científico - Técnica, en desarrollo del principio de complementariedad.

- **Objetivos Específicos**

- Fortalecimiento de la gestión Gerencial y Estratégica
- Implementación del sistema SIGAME con el fin de asegurar la integralidad del Sistema de Gestión de Calidad
- Implementación del proceso de autoevaluación con miras a la Acreditación integral del Hospital.
- Desarrollo científico, tecnológico y de comunicaciones
- Solidez Financiera
- Fortalecimiento del desarrollo organizacional HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO¹⁴

4.4.3 Política de Calidad. En el Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E. prestamos servicios integrales de salud de reconocido nivel científico, de manera oportuna, accesible, acompañada de información clara y veraz.

La atención de nuestros usuarios es realizada por personal idóneo y competente, con calidez humana y vocación académico-científica, apoyada en tecnología e infraestructura adecuadas, para brindar seguridad y bienestar a los pacientes.

¹⁴<http://www.hospitalvillavicencio.gov.co/documentos/PlanEstrategicoInstitucional.pdf>,<http://www.hospitalvillavicencio.gov.co/objetivos.htm>

Trabajamos en el mejoramiento continuo de los procesos, de la calidad de vida de la comunidad y del bienestar de nuestros colaboradores con responsabilidad y compromiso social.

4.4.4 Principios y Valores Corporativos

Cuadro 2. Principios y valores corporativos.

Principios	Valores
Confidencialidad	Tolerancia
Seguridad	Honestidad
Eficiencia	Responsabilidad
Participación	Respeto
Transparencia	Solidaridad

Fuente: Sistema de formación del Hospital Departamental de Villavicencio, 2010.

4.4.5 Estructura Orgánica Funcional. La estructura orgánica funcional que se presenta a continuación, integra las decisiones de la alta dirección, relativas a las áreas de direccionamiento de la Institución con sus respectivos procesos de apoyo a la Gerencia y a la Junta Directiva, en relación al cumplimiento del objeto misional, la estructuración de los procesos productivos y de apoyo, tales como los financieros, administrativos y logísticos.

El Hospital adoptó una estructura organizacional gerencial y de gestión técnica-administrativa y financiera, para la administración por unidades funcionales de producción y adopción de las unidades funcionales de apoyo que soporten la gestión de los recursos financieros, humanos, técnicos y de apoyo logístico en el Hospital¹⁵.

4.4.6 Funciones del Hospital Departamental

a. Prestar el Servicio público esencial de salud correspondiente al segundo nivel de atención a los afiliados y beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

¹⁵ <http://www.hospitalvillavicencio.gov.co>, <http://www.hospitalvillavicencio.gov.co/objetivos.htm>

b. Prestar servicios integrales de salud, que busquen satisfacer de una manera optima, las necesidades y expectativas de la población, tratamiento y rehabilitación de la salud.

c. Garantizar la atención a los usuarios sin discriminación por razones de edad, sexo, raza, religión, credo, política o condición social y en las mejores condiciones de calidad, oportunidad, accesibilidad y equidad en la atención.

d. Realizar el proceso de planeación institucional como parte de la actividad gerencial, con el fin de definir sus principios corporativos, misión, visión y formulación de Objetivos, estrategias, planes operativos y proyectos, basados en diagnósticos técnicos que redunden en el mejoramiento de su desempeño.

e. Promover la compraventa de servicios de los planes de beneficios del sistema General del Seguridad Social en Salud.

f. Garantizar que el desarrollo Institucional del Hospital, se base en un manejo gerencial y de gestión que asegure su supervivencia, capacidad de competir en el mercado, crecimiento y rentabilidad social y financiera.

g. Garantizar que el desarrollo Institucional del Hospital, se base en un manejo gerencial y de gestión que asegure su supervivencia, capacidad de competir en el mercado, crecimiento y rentabilidad social y financiera.

h. Garantizar la prestación de los servicios de atención al usuario, facilitando información suficiente veraz y oportuna, acerca de las características de los servicios que se ofrecen, respondiendo a las solicitudes formuladas por los usuarios y en donde se recepcionen y tramiten las quejas y reclamos de estos.

i. Fomentar y cumplir con la ejecución de los convenios docente - asistenciales celebrados con centros educativos conforme con la normatividad vigente sobre la materia.

j. Implementar y desarrollar un modelo de control integrado de gestión Institucional, que garantice el cumplimiento de normas de control interno, control de gestión y control de atención al usuario, orientadas al fomento de la calidad y al mejoramiento continuo de los servicios de salud que se prestan.

k. Adaptar un sistema de información gerencial, en el que se apoye la toma de decisiones del nivel directivo y la formulación de estrategias para alcanzar los objetivos organizacionales y mejorar el ofrecimiento de los servicios.

l. Programar de acuerdo con los planes operativos y de manera técnica y racional, la distribución y uso de los recursos físicos, financieros, tecnológicos, logísticos y de personal.

m. Estimular la participación ciudadana, comunitaria y de los servidores públicos, en los términos legales y reglamentarios de competencia de la empresa social.¹⁶

4.5 MARCO NORMATIVO.

El Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E. cuenta con un Normograma, cuyo objetivo es servir de elemento de consulta para los funcionarios y colaboradores en los temas de carácter legal o reglamentario, que sea necesario para el cumplimiento de los objetivos institucionales. En las tablas a continuación se extraen las normas generales que guardan relación directa con el Código de Ética y Buen Gobierno y las específicas sobre la evolución institucional del Hospital.

Cuadro 3. Normatividad Hospital Departamental.

NORMATIVIDAD	CONTENIDO
Ley 23 de 1981	Código de ética médica
Ley 594/2000	Ley General de Archivo
Acuerdo 060/2000	Manejo de comunicaciones oficiales
Resolución 13437/91	Por la cual se constituyen los comités de ética hospitalaria y se adoptan el decálogo de los Derechos de los Pacientes.
Circular 045/2007	Circular instructiva, Códigos de Ética y Buen Gobierno
Resolución 1445/2006	Sistema Único de Acreditación
Decreto 1599 de 2005	Por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno
Ley 872 del 2003	Mediante la cual se establece el Sistema de Gestión de Calidad en el sector público
Ley 734 de 2002	Código Único Disciplinario
Ley 909 de 2004	Por la cual se expiden normas que regulan el empleo público, la carrera administrativa, gerencia pública y se dictan otras disposiciones

¹⁶ <http://www.hospitalvillavicencio.gov.co>,

NORMATIVIDAD	CONTENIDO
Ley 489 de 1998	Organización y funcionamiento de las entidades del orden nacional
Ley 1122 de 2007	Por la cual se hacen modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en salud y se dictan otras disposiciones.
Decreto 1876 de 1994	Por el cual se reglamenta los artículos 96, 97 y 98 del Decreto Ley 1298 de 1994 en lo relacionado con las Empresas Sociales del Estado.
Decreto 800 de 2008	Por el cual se reglamenta parcialmente el decreto 28 de la ley 1122 de 2007.

Fuente: Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E

Cuadro 4. Normatividad de los actos administrativos del Hospital Departamental.

AÑO	ACTO ADMINISTRATIVO	EFEECTO HOSPITAL
1,910	Acta de Fundación Hospital San Luis de Monfort	Origen
1,969	Acuerdo No 19 de octubre de 1,967, Decreto 694	Hospital General de Villavicencio
1,975	Decreto 694	Unidad Regional de Villavicencio adscrita al Sistema Nacional de Salud
1,991	Decreto Ordenanza No 0782	Establecimiento público del orden departamental
1,993	Acuerdo No 001	Estatutos del Hospital Departamental de Villavicencio
1,994	Decreto Ordenanza No 0895	Reorganiza el Hospital departamental de Villavicencio como E.S.E adscrita a la Secretaria de Salud
2007	Resolución 0338 Junio 5	Se adoptan los procesos y procedimientos del Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E.
2,009	Acuerdo 002 de Mayo 7	Por el cual se modifica la estructura organizacional del Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E
2,009	Acuerdo 007 de Mayo 7	Por medio del cual se adopta en el Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E los modelos Administrativos y de Gestión
2,009	Resolución 436 de Julio 2	Por medio del cual se reglamentan los modelos Administrativos Institucional y de Gestión.
2,009	Acuerdo 012 de 21 de Octubre	Por el cual se adopta el nuevo estatuto interno del Hospital Departamental de Villavicencio. E.S.E.
2,009	Resolución 0659 de Octubre 2009	Por medio de la cual se modifica la resolución 436 de 2009, reglamentaria de los modelos Administrativo institucional y de Gestión, adoptados mediante acuerdo No 007 de 2009.

FUENTE: Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E, 2010.

4.6 MARCO INVESTIGATIVO

4.6.1 Documento Técnico de Construcción del Ordenamiento (Ranking) de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, basado en el Sistema Único de Habilitación y la incorporación de indicadores financieros y de resultado”, Bogotá, D.C. Septiembre de 2006. Tiene como objetivo informar a los agentes del sistema sobre la existencia de condiciones básicas que garanticen la calidad en la prestación de servicios en las IPS, con el fin de mejorar su proceso de toma de decisiones sobre bases objetivas y de mercado, para reducir la tendencia a contratar únicamente con base en el precio y de esta manera impulsar el sistema de garantía de calidad que se está desarrollando en Colombia.

Este proyecto se desarrolló en dos fases, organizadas por el Ministerio de la Protección Social. La primera convocatoria desarrollada por el Programa de Apoyo a la Reforma a través de FONADE permitió la contratación del Centro de Investigaciones para el Desarrollo de la Universidad Nacional de Colombia.

En esta fase se desarrolló un primer ordenamiento sobre la base de datos de habilitación, a partir de la identificación de servicios seleccionados en la dimensión Complementariedad y en la dimensión Integralidad. Las IPS recibieron los puntos definidos para cada servicio y estos se agruparon hasta obtener un único puntaje que permitiera un primer ordenamiento para las IPS evaluados en Alta, Mediana y Baja Complejidad. En la segunda fase, se construyeron los indicadores respectivos que permitieron adicionar al puntaje previo del ordenamiento los puntajes provenientes de los indicadores financieros y de calidad y resultados, para obtener un ordenamiento definitivo¹⁷.

4.6.2 Ministerio de la Protección Social República de Colombia Dirección General de Calidad de Servicios. ORDENAMIENTO (RANKING) DE INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD IPS (PRIMERA VERSIÓN – 2006), El propósito de este ordenamiento es ofrecer al público en general y los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, información objetiva para que tomen sus decisiones libremente, con base en criterios de calidad¹⁸.

¹⁷ <http://www.saludcolombia.com/actual/documentos/Documento%20Sintesis%20Ordenamiento%201.pdf>

¹⁸ <http://mps.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/Library/documents/DocNewsNo15456DocumentNo2773.pdf>

4.6.3 Política Nacional de Prestación de Servicios Salud, Ministerio de Protección social Bogotá D.C., noviembre 2005. En esencia se busca lograr que la información sobre la calidad se convierta en un bien público que permita orientar las decisiones de los agentes en el sistema, modernizar las formas de operación de los prestadores públicos, consolidar las redes de servicios de salud con el propósito de garantizar el acceso, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los servicios que se prestan a los colombianos. El documento se estructura en dos capítulos, en el primero se presenta la problemática y la formulación de la política propiamente dicha, en el segundo se encuentra el contexto y el ámbito donde ésta se desarrolla.

Objetivos: Mejorar el acceso a los servicios de salud, Mejorar la calidad de la atención en salud, Generar eficiencia en la prestación de servicios de salud y lograr la sostenibilidad financiera de las IPS públicas y se marca en tres eje estratégicos: accesibilidad (entendida como la condición que relaciona la población que necesita servicios de salud, con el sistema de prestación de servicios), calidad (El eje de calidad en la política de prestación de servicios se concibe como un elemento estratégico que se basa en dos principios fundamentales: el mejoramiento continuo de la calidad y la atención centrada en el usuario) y eficiencia(se refiere a la obtención de los mayores y mejores resultados, empleando la menor cantidad posible de recursos)¹⁹.

4.6.4 Análisis de eficiencia técnica de la red Pública de prestadores de servicios dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Investigadores Alfredo SARMIENTO GOMEZ, Wilma CASTELLANOS ARANGUREN, Angélica Cecilia NIETO ROCHA, Carlos Eduardo ALONSO MALAVER, Carlos Andrés PEREZ GARGIA, El objetivo principal de la investigación es realizar un análisis de eficiencia técnica a las IPS públicas , a nivel nacional a propósito del debate actual sobre la eficiencia y gestión pública y privada en donde se presentan ineficiencias en el uso de los recursos y deficiencias en materia de calidad de prestación de los servicios.

En economía, eficiencia es un concepto que describe la relación entre insumos y resultados en la producción de bienes y servicios. Con independencia del criterio que orienta la actuación de las empresas, y de los precios vigentes, hay un tipo de eficiencia básico, no ligado a ningún objetivo económico, que consiste en el adecuado aprovechamiento de los recursos empleados; a este tipo de eficiencia se le denomina **eficiencia técnica**. Koopmans (1951) se centró en ella, afirmando que una combinación factible de insumos y productos es técnicamente eficiente, sí

¹⁹<http://www.minproteccionsocial.gov.co/acercaMinisterio/Documents/Politica%20Nacional%20de%20Prestaci%C3%B3n%20de%20Servicios%20de%20Salud.pdf>

es tecnológicamente imposible aumentar el producto, fijo el nivel de insumos; o reducir el nivel de insumos dado un nivel de producción fijo²⁰.

4.6.5 Organización Panamericana de la Salud (Ops), Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (Feppen), Calidad de los Servicios de Salud en América Latina y el Caribe: Desafíos para la Enfermería, agosto del 2001. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud (HSO), División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud (HSP); La elaboración de este documento "Calidad de los Servicios de Salud en América Latina y el Caribe - Desafíos para la Enfermería", es fruto de un proceso participativo, que se inició en el Taller "Calidad de Atención de Enfermería", realizado en octubre de 1999 en Florianópolis - Santa Catarina, Brasil, con la presencia de quince Asociaciones Nacionales de Enfermería y coordinado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Con vistas a obtener informaciones para el diagnóstico, el Comité Ejecutivo de FEPPEN elaboró y envió a las ANEs, en enero de 2000, un guión sobre el tema específico, través del que se puede conocer la situación de los países en lo que se refiere al proceso de reforma del sector de la salud y su impacto en la calidad de atención, los programas de mejoramiento y calidad de atención de salud desarrollados por los servicios, la participación de los usuarios, la situación y participación de las ANEs en los programas, los marcos legales que regulan la enfermería en la educación y en el ejercicio profesional y los marcos legales de las propias ANEs como organizaciones.

Como parte de este proceso, la FEPPEN firmó un contrato con la Oficina de Representación de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) en Brasil, en diciembre de 1999, para la elaboración de este documento, el cual es un producto enriquecido por la participación de las ANEs en el taller de octubre de 1999, por documentos entregados por algunas ANEs y por la devolución de los guiones con la información solicitada.

En una segunda ocasión fue realizado en Brasilia, Brasil el "Taller Calidad de Atención de Enfermería en América Latina y el Caribe: Desafíos para la Enfermería" el cual² tuvo el objetivo de analizar el documento "Calidad de Atención de Enfermería en América Latina y el Caribe: Desafíos para la Enfermería", definir y elaborar las bases de los términos de referencia para un

²⁰ GOMEZ Sarmiento Alfredo y Cols. *Análisis de eficiencia técnica de la red pública de prestadores de servicios dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud. 2005.*

proyecto OPS/FEPPEN en el área de calidad de atención de enfermería, se reunieron las Asociaciones Nacionales de Enfermería de los siguientes países: Brasil, Chile, Colombia, El Salvador, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, Panamá, Puerto Rico, República Dominicana, Uruguay y Venezuela. El programa de trabajo del taller, fue desarrollado durante los días 6 y 7 de agosto del 2000²¹.

4.6.6 Organización Mundial de la Salud. Informa Sobre la salud del Mundo en el 2003; Forjemos el Futuro. un mensaje claro para este informa es que, para que se logren los progresos reales en materia de salud, se requieren sistemas mejores basados en atención primaria. La mayor parte de los países sólo conseguirán adelantos limitados hacia los Objetivos de desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas y otras Prioridades de salud sino desarrollan Sistemas de atención que respondan a los complejos retos de la salud presente. Los sistemas deben integrar la promoción de la salud y prevención de las enfermedades, por una parte y el tratamiento de las enfermedades agudas y la enfermedad de las enfermedades crónicas, por otras. Esto se debe hacer en todos los niveles a fin de presentar equitativamente y eficientes servicios de calidad a la población entera²².

4.7 MARCO METODOLOGICO

4.7.1 Descripción de Área Geográfica. La IPS Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E., como objetivo para la realización de este estudio, se encuentra ubicada en el Departamento del Meta, ciudad de Villavicencio, domicilio en la Calle 37 No. 58 – 23, Barrio Barzal alto.

4.7.2 Tipo De Estudio: Estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal, cuantitativo y cualitativo.

a. Universo. Para el presente estudio, el universo está compuesto por las IPS públicas y privadas del territorio Colombiano.

b. Población: Para el presente estudio, la población está compuesta por las IPS tanto públicas como privadas de la ciudad de Villavicencio Meta.

²¹ <http://www.paho.org/Spanish/HSP/HSO/calidservesp.pdf>

²² http://books.google.com.co/books?id=V3vzLp54R68C&hl=es&source=gbs_similarbooks

c. Muestra. Para el presente estudio, se tomó como muestra a la IPS HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E.

4.7.3 Recolección de la Información. Para la recolección de la información necesaria en la caracterización técnica del Hospital departamental de Villavicencio E.S.E., se empleó una encuesta estructurada con preguntas cerradas y una entrevista con su respectivo instructivo cuya finalidad radicó en la recolección de datos que proporcionen información en tiempo real de las condiciones dentro de la contextualización de las unidades funcionales.

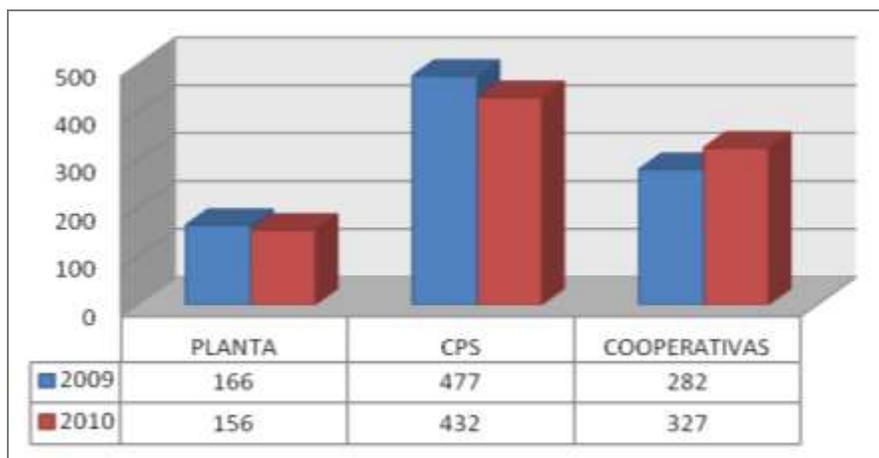
5. ANALISIS Y RESULTADOS

Tabla 1. Contratación y Vinculación del Personal Del Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E.

CONCEPTO	AÑO DEL 2009			AÑO DEL 2010		
	PLANTA	CPS	COOPERATIVAS	PLANTA	CPS	COOPERATIVAS
ASISTENCIAL	166	477	282	156	432	327
ADMINISTRATIVO	207	228	0	85	267	0
TOTAL	273	705	282	241	699	327

Fuente: Oficina de Estadística y RRHH, Hospital departamental de Villavicencio E.S.E.

Gráfica 1. Contratación y vinculación del personal asistencial del Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E.



Fuente: Oficina de Estadística y RRHH, Hospital departamental de Villavicencio E.S.E.

Una vez realizado el sondeo acerca del porcentaje de contratación y vinculación del personal asistencial del Hospital Departamental de Villavicencio comparando el año 2009 – 2010 se encontró que el mayor número de empleados se encuentra contratado por CPS siendo una constante en los dos años, con una variación del 10%. En cuanto a la vinculación directa con el hospital tan solo el 17% del

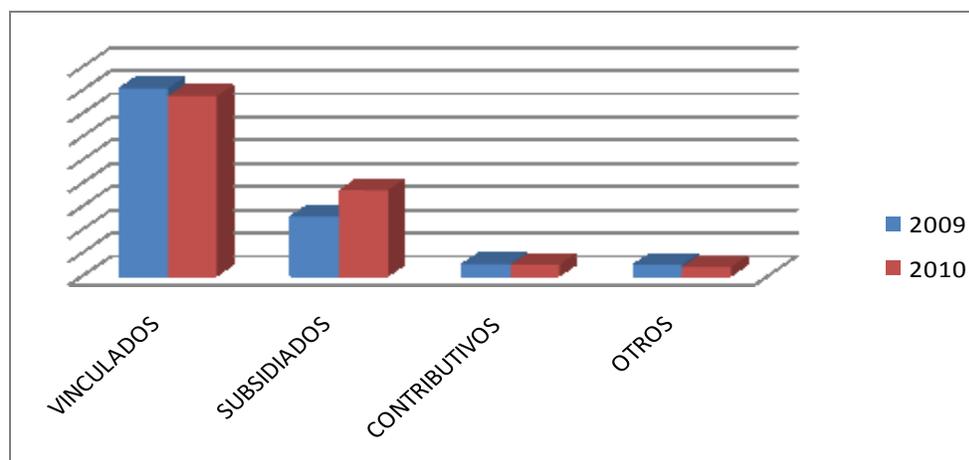
personal es contratado de planta esto se debe a que para realizar este tipo de contratación recaería en incremento de gastos administrativos para esta gestión.

Gráfica 2 . Contratación y Vinculación del Personal Administrativo del Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E.

Fuente: Oficina de Estadística y RRHH, Hospital departamental de Villavicencio E.S.E.

En cuanto a la contratación y vinculación de personal administrativo del Hospital Departamental de Villavicencio, se observa que en el año 2010 se disminuyó el número de personal de planta en un 59% en referencia al año 2009, esto debido a procesos de trámite en pensiones del recurso humano y a al no nombramiento de suplentes en los cargos, esto pasa a ser una vinculación por medio de Contratación de Prestación de Servicios (CPS).

En la contratación de personal administrativo al igual que en el asistencial predomina la vinculación por CPS, y se observa que la contratación por cooperativa es nula, debido a que la institución no tenía planteado la vinculación del personal administrativo por este tipo de contratación, aspecto que se encuentra en reevaluación.



Fuente: Oficina de Estadística, Hospital Departamental de Villavicencio.

Del total de la población por régimen atendida en el hospital departamental de Villavicencio E.S.E. se observa que la mayor concentración corresponde a usuarios vinculados con un 69.4% en el año 2009 y un 62.8% en el año 2010 esto es debido al incremento en la región de la población por el desplazamiento voluntario e involuntario que hace que el número de usuarios vinculados sea el más representativo. En referencia a la población el régimen subsidiado que es atendida se observa un incremento en año 2010 del 31% en comparación con el año 2009, esto debido a factores como lo son las políticas nacionales de aseguramiento encaminadas a desaparecer los usuarios vinculados ya q este

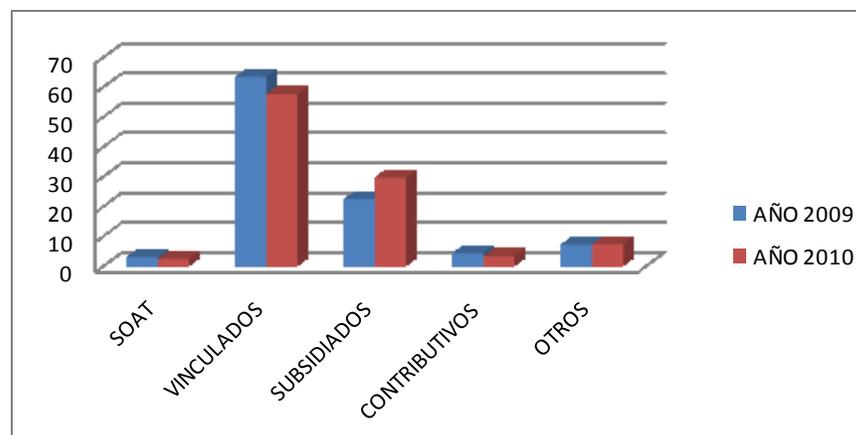
debe ser tan solo un estadio de traspaso para permitir el ingresos al sistema mediante los diferentes regímenes, y por la formalización de nuevos contratos con las Entidades Promotoras de Servicio de Salud subsidiadas (EPS-S) de la región. Los regímenes contributivo y otros²³ no presentan una variación significativa registrando un comportamiento constante durante los dos años, y a su vez representan el más bajo índice de población atendida.

Tabla 3. Porcentaje de Facturación por régimen del Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E.

REGIMEN	AÑO 2009	AÑO 2010	VARIACIÓN
SOAT	2,94	2,34	(-20.41)
VINCULADOS	63,34	57,54	(-9.16)
SUBSIDIADOS	22,35	29,57	32,3
CONTRIBUTIVOS	4,25	3,3	(-22.35)
OTROS	7,11	7,26	(-20.41)
TOTAL	100	100	

Fuente: Unidad funcional de apoyo Facturación, Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E.

Gráfica 4. Porcentaje de facturación por régimen de Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E.



Fuente: Unidad funcional de apoyo Facturación, Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E.

²³ SOAT, pólizas de vida y aseguradoras de riesgos profesionales (ARP).

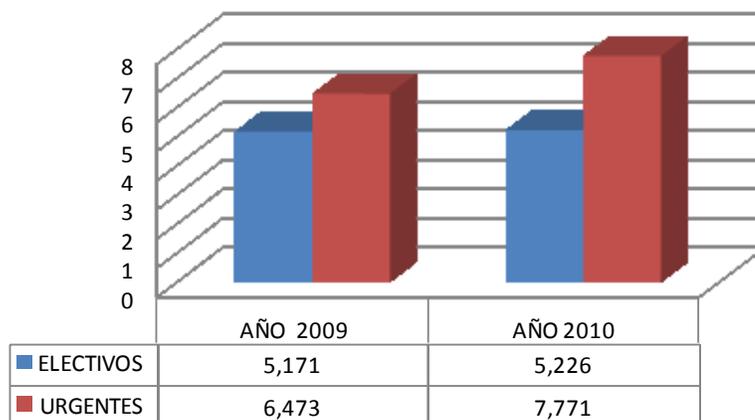
En cuanto al porcentaje de facturación por régimen se observa que la mayor participación corresponde a la población vinculada con un 63.34% en el año 2009 y 57.54% en el año 2010 este debido a que ésta población tiene el mayor porcentaje de cubrimiento en atención. En referencia al régimen subsidiado, se observa que hay un incremento en el año 2010 del 7.22% en comparación con el año 2009 debido a la ampliación del cubrimiento de la población del régimen subsidiado en este año como se muestra en la tabla y gráfico de cubrimiento poblacional.

Tabla 4. Cobertura y Accesibilidad del Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E.

PRODUCCION		AÑO 2009	AÑO 2010	variación 2009-2010
NRO. ATENCIÓN DE URGENCIAS		38,123	42,464	11,4
PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS REALIZADOS	ELECTIVOS	5,171	5,226	1,1
	URGENTES	6,473	7,771	20,11
NUMERO DE PARTO ATENDIDOS	NORMALES	1,975	2269	14,9
	CESAREA	666	918	37,8
NRO. EXAMENES DE LABORATORIOS	HOSPITALIZADOS	144,059	151,045	4,8
	EXTERNOS	218,943	254,118	16,1
NRO. DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS	HOSPITALIZADOS	27610	35,778	29,6
	EXTERNOS	31,534	31,747	1,3
Nro. DE SESIONES DE TERAPIAS	HOSPITALIZADOS	25,025	30,397	21,5
	EXTERNOS	26,323	26,175	(-0,6)
CONSULTAS ESPECIALIZADAS	C. EXTERNA	82,21	86,415	5,1
NRO. USUARIOS ATENDIDOS		116,474	123,334	5,9

Fuente: Oficina de Estadística. Hospital Departamental de Villavicencio.

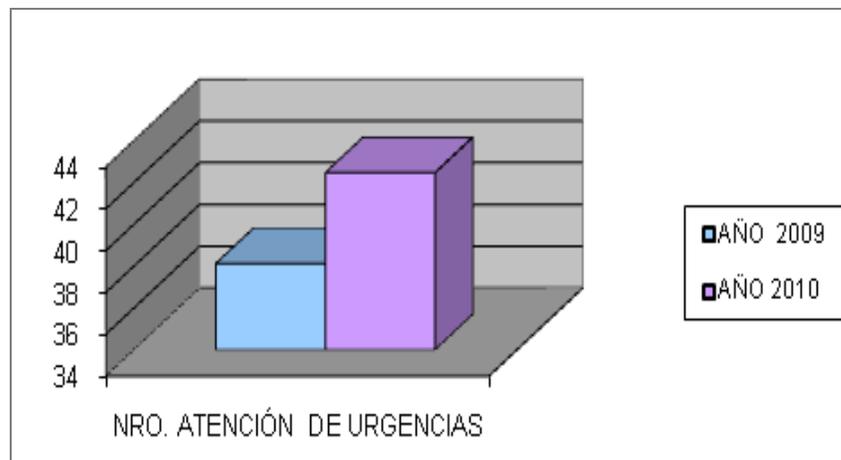
Gráfica 5. Procedimientos Quirúrgicos realizados en el Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E.



Fuente: Oficina de Estadística. Hospital Departamental de Villavicencio.

Observamos que en los procedimientos quirúrgicos realizados predominan los urgentes con un porcentaje de 56% en 2009 y un 60% en el 2010, de igual manera la variación en los procedimientos quirúrgicos electivos 2009-2010 fue de tan solo 1.1%, mientras que la variación en los procedimientos quirúrgicos urgentes fue del 20.11 esto se debe a un incremento de ingresos de pacientes por el servicio urgencias priorizados del primer nivel y usuarios (Régimen Contributivo, Subsidiado, SOAT, Vinculados y otros) que ingresaron por demanda espontanea.

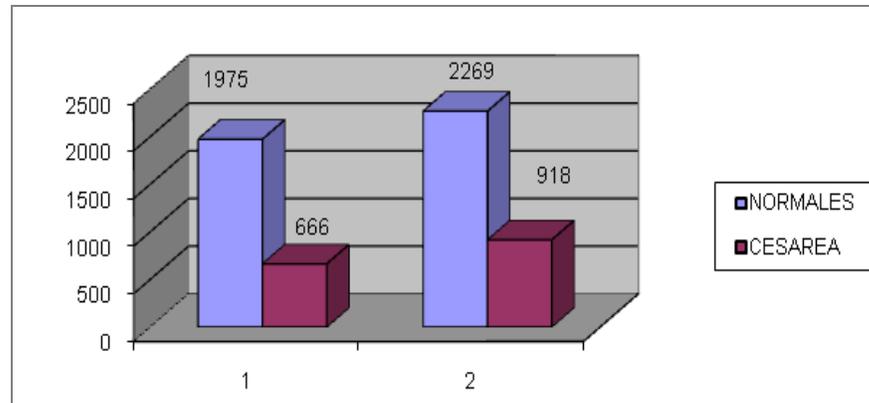
Gráfica 6. Atención de urgencias del hospital Departamental de Villavicencio E.S.E.



Fuente: Oficina de Estadística. Hospital Departamental de Villavicencio.

En referencia al número de atención por urgencias, con aplicación de la norma de la Ley 100 de 1993 en campo de los prestación de servicios de acuerdo a niveles de complejidad y la aplicación de los procedimientos de admisión y autorización de servicios contenidos en la resolución 3047 del 2008 y la ejecución de triages hospitalarios, guías procesos de urgencias, se refleja un aumento del 11.4 % en el comparativo 2009-2010, esto debido a la optimización de los recursos tecnológicos y económicos para la prestación servicios a usuarios que requieren atención inicial de urgencias y especializada en pacientes referidos de primer nivel e ingreso por sus propios medios.

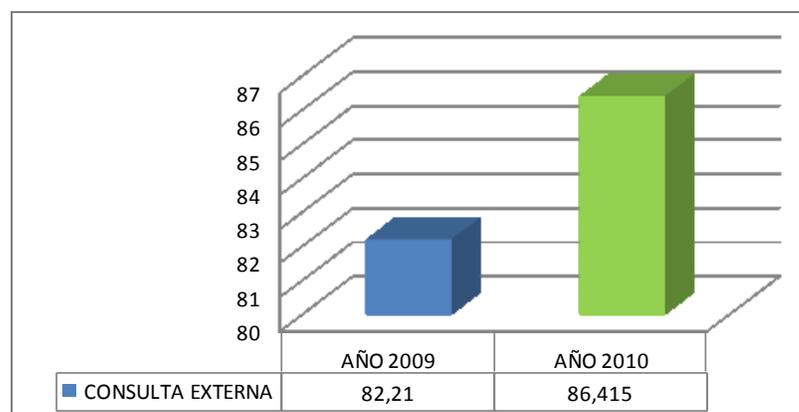
Gráfica 7. Número de partos atendidos en el Hospital Departamental de Villavicencio ESE.



Fuente: Oficina de Estadística. Hospital Departamental de Villavicencio.

En cuanto al número de partos atendidos en el Hospital Departamental de Villavicencio, predomina la atención en partos normales con un 75% en el 2009 y un 71% en el 2010. La variación en partos normales en el periodo 2009-2010 es del 14.9 mientras que la variación en partos por cesárea es de 37.8% esto debido a la aplicación de las norma de prestación de servicios y el mejoramiento continuo en el proceso de referencia y contrarreferencia de las instituciones prestadoras de servicios (IPS) para la ubicación de paciente de acuerdo a los requerimientos de los pacientes.

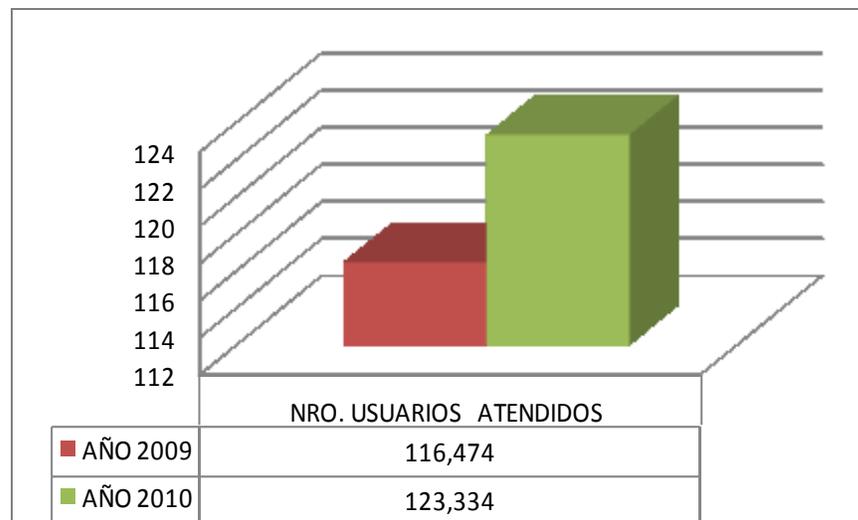
Gráfica 8. Consultas especializadas del Hospital Departamental de Villavicencio ESE.



Fuente: Oficina de Estadística. Hospital Departamental de Villavicencio

Se evidencia en el comparativo del año 2009-2010 un incremento en las ventas de servicios de consultas especializadas de 5.1%, esto debido al aumento de la oferta de servicios, disminución del ausentismo a través de citas opcionales y/o extras, confirmación citas y cancelaciones de las mismas por vía telefónica por parte de los usuarios o instituciones prestadoras de servicios de primer nivel por medio de los procesos de referencia y contra referencia de los municipios del Meta y departamentos del Guaviare y Guainía.

Gráfica 9. Número de Usuarios atendidos en el Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E.



Fuente: Oficina de Estadística. Hospital Departamental de Villavicencio.

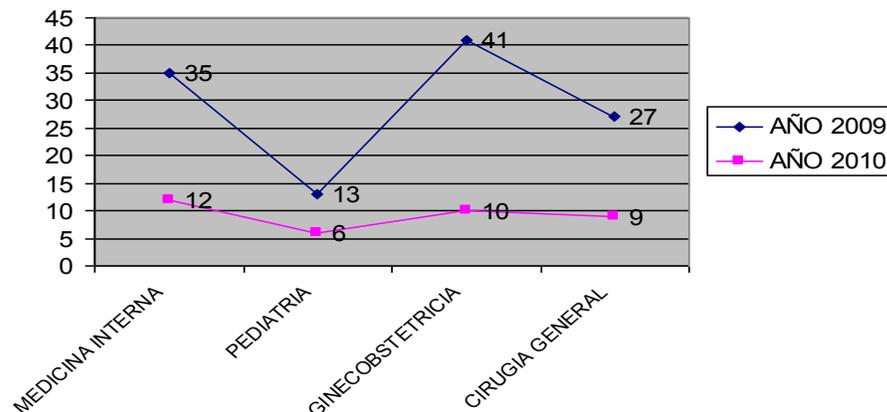
Se observa un incremento en total de la población atendida en año 2010 con respecto al 2009 de un 5.9%, esto se debe a un incremento en ingresos de pacientes por el servicio de urgencias, como urgencias vitales dadas por nuevas relaciones contractuales con el Entidades Responsables de Pago (ERP O EPS), contratos vigentes con EPS por eventos a pacientes de alto costo que requerían manejo y continuidad en sus tratamientos.

Tabla 5 . Indicadores de oportunidad del Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E.

OPORTUNIDAD	ESPECIALIDAD	AÑO 2009	AÑO 2010	VARIACIÓN %
DIAS DE ESPERA EN CONSULTA EXTERNA	MEDICINA INTERNA	35	12	(-65.7)
	PEDIATRIA	13	6	(-53.8)
	GINECOBSTERICIA	41	10	(-75.6)
	CIRUGIA GENERAL	27	9	(-66.7)
DIAS DE ESPERA CIRUGIA PROGRAMADA		25	29	14
ATENCION DE URGENCIAS MINUTOS		24	21	(-12.5)

Fuente: Oficina de Sistema de Información Y Oficina de Estadística Hospital Departamental Villavicencio E.S.E.

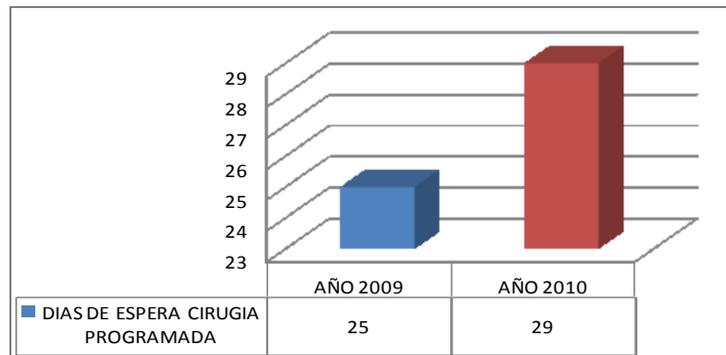
Gráfica 10. Número de días de espera en consulta externa del Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E.



Fuente: Oficina de Sistema de Información Y Oficina de Estadística Hospital Departamental Villavicencio E.S.E.

En el indicador de número de días de espera en consulta externa en el Hospital Departamental de Villavicencio, se observa una optimización en este proceso ya que en el año 2010 el número de días de espera disminuyó para todas las especialidades, esto se debe al plan de manejo y de la estrategia de confirmación y cancelación de las citas médicas por teléfono celular, disminución de ausentismo a través de consultas opcionales o extras, brindando una mayor oportunidad de acceso y cubrimiento de las necesidades de la comunidad de la Orinoquia, demostrando que una buena gestión garantiza óptimos resultados.

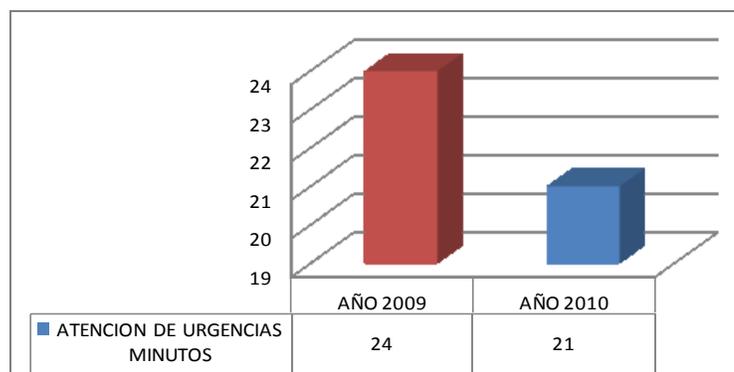
Gráfica 11. Días de espera cirugía programada en el Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E.



Fuente: Oficina de Sistema de Información Y Oficina de Estadística Hospital Departamental Villavicencio E.S.E.

Se observa que para el año 2010 se incrementaron los días de espera en un 14% en referencia al año 2009 debido a la cancelación de contratos con la EPS de régimen Contributivo y Subsidiado por falta de pago oportuno de las entidades por la prestación de servicios de salud prestados a sus afiliados.

Gráfica 12. Atención de urgencias en minutos en el Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E.



Fuente: Oficina de Sistema de Información Y Oficina de Estadística Hospital Departamental Villavicencio E.S.E.

Se observa en la grafica una disminución significativa en minutos correspondiente al 12.5% en la atención de urgencias, esto se debe a la capacitación que le ha brindado la institución al personal asistencial en referencia a la debida clasificación

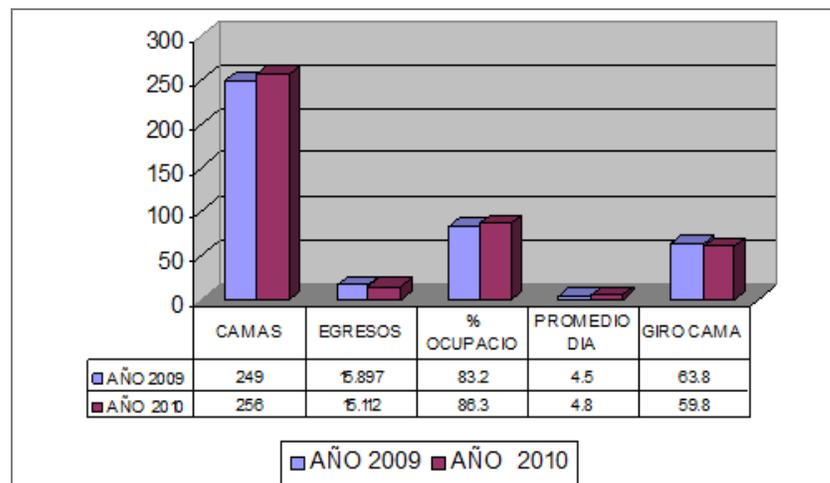
de los triages o urgencias de los usuarios que ingresan por sus propios medios a la institución, esto ha permitido un mayor grado de información y orientación al usuario sobre el procedimiento a seguir y la correcta utilización de los niveles de complejidad para su atención médica, priorizando consultas, brindando mayor oportunidad, accesibilidad y disminución en el tiempo de espera en las consultas de urgencias.

Tabla 6. Indicadores de productividad y eficiencia del Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E.

DATOS	AÑO 2009	AÑO 2010
NRO. DE CAMAS	249	256
NRO DE EGRESOS	15,897	15,112
PORCENTAJE OCUPACIONAL	83,2	86,3
PROMEDIO DIA ESTANCIA	4,5	4,8
GIRO CAMA	63,8	59,8

Fuente: Oficina de Sistema de Información y Oficina de Estadística Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E.

Gráfica 13. Indicadores de productividad y eficiencia del Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E.



Fuente: Oficina de Sistema de Información y Oficina de Estadística Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E.

El hospital departamental entre el año 2009 y 2010 aumento sus camas en 2.73%, pasando de 249 a 256 camas, esto debido a la demanda de servicios y reorganización de las unidades de hospitalización por especialidades, con fin de brindar mayor comodidad y aprovechamiento del espacio físico con que cuenta la institución.

En cuanto a la egresos, comparando el periodo 2009 – 2010, el Hospital Departamental de Villavicencio presento una disminución de egresos hospitalarios de 5.19%, esto debido a estancias prolongadas causadas por abandono social y familiar, en donde la gestión de la Oficina de trabajo Social no es optima por falta de apoyo de instituciones como son; alcaldías de los municipios del Departamento del Meta, hogares geriátricos y albergues, junto con las IPS de primer nivel (contrarremisiones de primer nivel que no son aceptadas) y la insuficiente Red Externa de Servicios en cuarto nivel de atención.

En el indicador de Porcentaje Ocupacional del Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E., se observa un aumento del 3.6% para el año 2010, a pesar que hubo disminución de egresos hospitalarios, se vio el mayor compromiso del equipo de salud en mantener una cultura de seguridad del paciente, disminución de eventos adversos, cumplir con los estándares ocupacionales y el mejoramiento continuo de los procesos y calidad para brindar mejor respuesta resolutive en la evolución del paciente por la parte asistencial.

En referencia al promedio de estancia se observa un aumento correspondiente al 6.25% para el año 2010, debido a hospitalizaciones prolongadas para la realización de pruebas laboratorios e imágenes diagnosticas no disponibles en la ciudad de Villavicencio, limitaciones para referenciar pacientes o usuarios del departamento del Meta, Guaviare y Guainía a los entes territoriales y a niveles de complejidad superiores en una red complementaria insuficiente, y atención básica prolongada a usuarios en abandono social no aceptados en los hogares geriátricos y/o albergues.

En relación al indicador de giro cama se evidencia una disminución para el año 2010 del 6.7% con respecto al año 2009, esta rotación se vio afectada por pacientes de estancia prolongada por abandono social y familiar, falta de compromisos de las IPS de primer nivel del Municipios del Meta, y la falta resolutive de las redes externas a los niveles de mayor complejidad de acuerdo a los requerimientos y necesidades de los usuarios.

6. CONCLUSIONES

El análisis técnico que se realizó a la IPS Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E. en cuanto al servicio, el talento humano y la infraestructura, permitió identificar los recursos con que cuenta la institución para la prestación de servicios de salud, acordes a la plataforma misional institucional y a los estándares de calidad.

El nivel de cumplimiento de la gestión institucional está directamente relacionado con la ejecución de los diferentes planes y programas adoptados por la gerencia de la institución, sus resultados se han visualizado en forma clara y concreta de las tareas, metas, responsabilidades y roles de las diferentes áreas, así como en el compromiso del recurso humano del Hospital Departamental de Villavicencio.

Se observó que la Calidad y Prestación de los servicios de salud se han convertido en un gran reto de la institución, a partir de las acciones contenidas en el Plan de Mejoramiento Continuo de la Calidad PMCC, visualizado por el Ministerio de la Protección Social; permitiendo su ejecución encaminada hacia la acreditación del Hospital departamental.

Este estudio permitió conocer el contexto del hospital y obtener una visión más amplia acerca de las condiciones técnicas del mismo, se logró identificar la administración hospitalaria en todos sus campos de aplicación, así como determinar los componentes que interactúan en ella.

Se identificó la actual situación del sistema de salud en el Hospital Departamental de Villavicencio, sus relaciones de poder y dependencia, sus fuentes de ingresos y recursos.

Se identificó la necesidad de productos y servicios de calidad, permitiéndole a la institución adaptarse a las necesidades cambiantes del consumidor, las normas vigentes, tecnología y entorno.

El presente estudio permite identificar como el hospital Departamental de Villavicencio E.S.E. muestra una alta preocupación por desarrollar estrategias de calidad en la prestación de servicios de salud.

Este estudio permitió identificar los avances en el Hospital Departamental de Villavicencio, para lograr la satisfacción de las necesidades de la comunidad, acorde a criterios, conceptos y características vigentes, normatividad y exigencias en pro de la garantía en la prestación de servicios de salud de la más alta calidad.

7. RECOMENDACIONES

El Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E., debe aplicar una estrategia que le permita identificar periódicamente cuáles son sus planes de acción y saber en qué medida se están ejecutando, identificar cuáles son los aspectos de la institución que deben ser analizados y evaluados para desarrollar mejores métodos que permitan detectar fallas y establecer mejoras continuas.

Continuar con las capacitaciones en referencia a la cultura de Seguridad del paciente, manejo de protocolos y guías de procesos y procedimientos, como aspectos que contribuye efectivamente al logro de mejoramiento continuo en la prestación de servicios de salud y disminución de eventos adversos, infecciones intrahospitalarias y aumento de la satisfacción de los usuarios.

Programar jornadas de socialización en las unidades funcionales del resultado de periodos finalizados con el objetivo de identificar las oportunidades, fortalezas, amenazas y debilidades de cada unidad, con la finalidad de buscar la adopción de acciones correctivas y preventivas que contribuyan al logro de las objetivos institucionales y ser competitivos en el mercado.

Continuar en el fortalecimiento de recuperación de la gestión comercial y cartera ya que en año 2010 se observó que se le cancelaron servicios con varias EPS- Subsidiadas y Contributivas por falta de los pagos, solo quedando prestaciones para servicios de urgencias vitales.

Fortalecer el sistema de facturación con el apoyo de auditoría concurrente en cada unidad de hospitalización, con el objetivo de la disminución de glosas y envío oportuno de las facturas a las Entidades Responsables de Pago ERP.

Fortalecer y avanzar en el sistema de Información del Hospital Departamental con la finalidad de encaminar a la institución dentro de las políticas nacionales en la prestación de servicios de salud.

Establecer políticas de contratación equitativa para garantizar al recuso humano la mayor estabilidad laboral posible como actores fundamentales en la consecución de objetivos y metas institucionales.

BIBLIOGRAFIA

CHIAVENATO, Edilberto. Introducción a la teoría general de la administración. Tercera edición. Ed McGraw-Hill. 1999. p. 111.

DECRETO NUMERO 2309 DE 2002 (Octubre 15). Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

DECRETO NUMERO 1043 DE 2006 (Abril 03). Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.

DECRETO 1876 DE 1994 (agosto 3) Las Empresas Sociales del Estado, Diario Oficial No. 41.478, del 5 de agosto de 1994.

FEDESARROLLO, Federación Nacional de Desarrollo. Salud: una visión desde los departamentos. Bogotá D.C. Colombia. 2010.

GOMEZ SARMIENTO, Alfredo y Cols. Análisis de eficiencia técnica de la red pública de prestadores de servicios dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud. 2005.

GUTIÉRREZ, Diana M. La crisis del sistema de salud colombiano, análisis de las estrategias legislativas y judiciales para la solución; Trabajo de grado. Bogotá: Universidad Javeriana. 2009. p. 31.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN. Normativa Icontec 2010 para la Presentación de Trabajos Escritos. 2011

LEY 100 DE 1993 (Diciembre 23). Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

LEY 1122 DE 2007 (Enero 09). Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

LONDOÑO, Juan Luis y FRENK, Julio. Pluralismo Estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. Disponible en Internet: <<http://idbgroup.org/res/publications/pubfiles/pubWP-353.pdf>>, p. 16.

MANTILLA, Adriana. Empresas sociales del estado; Tesis de grado. Bogotá: Universidad Sergio Arboleda. 2000. p. 12.

OPS - Organización Panamericana de la Salud. Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Colombia. 2ª Edición. 2002.

RESOLUCION 5261 DE 1994 (Agosto 05). Por el cual se establece el Manual de Actividades, Procedimientos e Intervenciones del Plan Obligatorio de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. (MAPIPOS).

RESOLUCION 1164 DE 2007 (Octubre 03). Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud.

WILLIAMS, Guillermo. Calidad de los Servicios de Salud. 2010.

WEBGRAFÍA

<http://minproteccionsocial.gov.co>

<http://www.hospitalvillavicencio.gov.co/mision.htm>

[http://www.medicosgeneralescolombianos.com/Leyes%20y%20Normas%20en%20Salud.htm#Normas Generales en Salud](http://www.medicosgeneralescolombianos.com/Leyes%20y%20Normas%20en%20Salud.htm#Normas%20Generales%20en%20Salud)

<http://espanol.answers.yahoo.com/question/index?qid=20090410134618AAJg8G1>

http://es.wikipedia.org/wiki/Responsabilidad_jur%C3%ADdica

<http://www.personeria-juridica.com.ar/>

<http://www.usergioarboleda.edu.co/biblioteca/documentos/der.016.htm>

<http://idbgroup.org/res/publications/pubfiles/pubWP-353.pdf>

http://www.eevvm.com.co/dmdocuments/decreto_1011_de_2006_3_de_abril_.pdf

<http://www.hospitalvillavicencio.gov.co/documentos/PlanEstrategicoInstitucional.pdf>

<http://www.saludcolombia.com/actual/documentos/Documento%20Sintesis%20Ordenamiento%201.pdf>

<http://mps.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/Library/documents/DocNewsNo15456DocumentNo2773.pdf>

<http://www.minproteccionsocial.gov.co/acercaMinisterio/Documents/Politica%20Nacional%20de%20Prestaci%C3%B3n%20de%20Servicios%20de%20Salud.pdf>

http://books.google.com.co/books?id=V3vzLp54R68C&hl=es&source=gbs_similarbooks

http://med.unne.edu.ar/catedras/aps/clases/28_calidad.pdf.

ANEXOS

Anexo A. Instrumento de evaluación.

UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD

VARIABLES PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LAS IPS

I. RECURSOS HUMANOS

a. Personal Administrativo (Cargos)

		Total Personal Administrativo	

b. Personal Asistencial

Medicos Generales	
Medicos Especialistas	
Enfermeras Profesionales	
Enfermeras Auxiliares	
Bacteriólogos	

c. Otro Personal Asistencial

Nutricionistas	
Fisioterapeutas	
Técnicos en Radiología	
Técnicos en Saneamiento ambiental	
Promotores de salud	
Psicólogos	
Odontólogos	

c. Dedicación semanal en horas

Personal Administrativo	
Personal Asistencial	

d. Personal de Planta y Contrato

Personal de Planta	
Personal de contrato	

e. Remuneración (planta, contrato, administrativo, asistencial, etc.).

Personal Administrativo		Personal Asistencial	
Personal de Planta		Especialista	
Personal de Contrato		Profesional	
		Auxiliar	

2. RECURSOS FÍSICOS

Camas Hospitalarias	<input type="text"/>	Salas de Cirugía	<input type="text"/>
Camas de Observación Urgencias	<input type="text"/>	Mesas de Parto	<input type="text"/>
Consultorios Electivos	<input type="text"/>	Nº de camas de UCI	<input type="text"/>
Consultorios de Urgencias	<input type="text"/>	Nº de camas de UCIM	<input type="text"/>

EQUIPOS (tecnología que se utiliza para adelantar los procesos sanitarios asistenciales)

Consultorios de Médicos	<input type="text"/>	Salas de Ecografía	<input type="text"/>
Salas de Rehabilitación	<input type="text"/>	Laboratorio de Patología	<input type="text"/>
Salas de Radiología	<input type="text"/>	Morgue	<input type="text"/>

INSUMOS

Medicamentos	<input type="text"/>	Material de Sutura y Curación	<input type="text"/>
Reactivos	<input type="text"/>	Insumos Quirúrgicos	<input type="text"/>
Material de Uso Desechable	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. COBERTURA (APROVECHAMIENTO)

a. Nº de Consultas por Consultorio Especializada)

Consulta electiva General	<input type="text"/>	Consulta Programada General	<input type="text"/>
Consulta electiva Especializada	<input type="text"/>	Consulta Programada Especializada	<input type="text"/>

b. Nº de consultas por Medico General al día por consultorio

c. Nº de cirugías al día por sala

d. Nº de prueba de laboratorio al día

e. Nº de imágenes Diagnosticas al día

4. FUNCIONAMIENTO

a. Servicios Ambulatorios

Consultas Médicas realizadas por mes

Consulta Externa

Actividades de PyP (Incluido vacunación)

Actividades Intrahospitalarias

Exámenes de Laboratorio

Partos

Exámenes de imagenología

Cirugía

b. Programas de PyP

Controles de enfermería

Aplicación de Biológicos

Citologías (Examen y lectura en Patología)

c. Funcionamiento Intrahospitalario Clínico

Rotación cama (día cama)

Ocupación total

Promedio en días de estancia
por tipo de servicio

d. Funcionamiento intrahospitalario Quirúrgico

Procedimientos quirúrgicos al día por sala

Salas quirúrgicas no utilizadas

Porcentaje de cirugías según clasificación

e. Funcionamiento del servicio Obstétrico

Ocupación Obstétrica

Remisión Obstétrica

Cesáreas sobre el total de partos

Promedio de estancia Obstétrica

f. Funcionamiento de los servicios de Diagnostico paraclínico

Exámenes de Laboratorio e imagenología por atención

g. Indicadores de calidad en la Prestación del Servicio Asistencial

Altas

Mortalidad en las
primeras 48 Horas

Letalidad Hospitalaria

Infección Nosocomial

h. Remisión de casos (Capacidad Resolutiva)

Remisiones totales

Remisiones desde el servicio
de urgencias

Remisión obstétrica

Anexo B. Solicitud escrita a la IPS Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E.



UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS
Nit. 892.000.757-3
Facultad De Ciencias de la Salud
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD

HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO
GERENCIA

Villavicencio, Abril 5 de 2011

FECHA: 4 ABR 2011 HORA: 16:50
RECIBIDO POR: *Mte*

Doctor
JESUS EMILIO ROSADO SARABIA
Gerente
HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO
Ciudad

Cordial saludo:

Con el objetivo de realizar trabajo investigativo como producto final de la especialización Administración en Salud, muy comedidamente le solicito permitir el acceso a la información pertinente que los profesionales estudiantes **NELSON FABIAN QUEVEDO MORENO**, identificado con la cédula No. 80.450.854 de Fosca (Cund.) y **LINA ALEXANDRA BELTRAN CARRILLO**, identificada con la cédula No. 35.260.551 de Villavicencio; requieren para obtener insumos del trabajo "CARACTERIZACION TECNICA DE LA IPS HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E."

Es importante aclarar que los resultados que se obtengan son con fines netamente académicos pero que a su vez se constituirán en la base para la construcción del Observatorio de las empresas de Salud del Meta que a mediano plazo el posgrado tiene programado liderar.

Atentamente,

Blanca Stella Piñeros Serrada
BLANCA STELLA PIÑEROS SERRADA
Directora Especialización Administración en Salud

*Se reguló
Carné de
Ingreso a la
de ser posible*
Mte