

**DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE PROCESOS SIGUIENDO LINEAMIENTOS
DE LA NORMA ISO 9001:2000 PARA EL AREA DE AUDITORIA EN
SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE
“EVARISTO GARCÍA” E.S.E.**

ALBEIRO MARROQUIN MENDOZA

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE OCCIDENTE
FACULTAD DE INGENIERÍA
DEPARTAMENTO DE SISTEMAS DE PRODUCCION
PROGRAMA INGENIERIA INDUSTRIAL
SANTIAGO DE CALI
2007**

**DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE PROCESOS SIGUIENDO LINEAMIENTOS
DE LA NORMA ISO 9001:2000 PARA EL AREA DE AUDITORIA EN
SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE
“EVARISTO GARCÍA” E.S.E.**

ALBEIRO MARROQUIN MENDOZA

**Pasantía
Para optar el titulo de Ingeniero Industrial**

**Director
NESTOR BARON CARRILLO
Ingeniero Industrial**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE OCCIDENTE
FACULTAD DE INGENIERÍA
DEPARTAMENTO DE SISTEMAS DE PRODUCCION
PROGRAMA INGENIERIA INDUSTRIAL
SANTIAGO DE CALI
2007**

Nota de aceptación:

Aprobado por el Comité de Grado en cumplimiento con los requisitos exigidos por la Universidad Autónoma de Occidente para optar el título de Ingeniero Industrial.

Ing. JAIRO LOZANO
Firma del Jurado

Santiago de Cali, Enero de 2007

AGRADECIMIENTOS

Expreso mis agradecimientos a:

Emilce Arévalo García, Medica, Coordinadora de la oficina de Auditoria Medica del Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E, ya que gracias a su gran colaboración, respaldo y paciencia, logre culminar mi proyecto.

Néstor Barón Carrillo, Jefe del área de Desarrollo Institucional del Hospital Universitario d el Valle “Evaristo García” E.S.E, por la gran colaboración y permanente respaldo que me ha brindado durante la realización del proyecto.

A todos los Médicos del área de Auditoria Médica del Hospital Universitario del Valle, por su colaboración y continuo trabajo durante la realización del proyecto, demostrando la eficiencia de los procesos y procedimientos diseñados.

A todo el personal del Área de Desarrollo Institucional (Planeación) del Hospital Universitario del Valle, por su colaboración y esfuerzo durante la realización del proyecto.

A todas las personas que de una u otra forma ayudaron a culminar este proyecto.

CONTENIDO

	Pág.
GLOSARIO	14
RESUMEN	26
INTRODUCCION	27
1. MARCO CONCEPTUAL	29
1.1 TITULO	29
1.2 ALCANCE	29
1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	29
1.3.1 Definición del Problema	29
1.3.2. Formulación del Problema	30
1.4 JUSTIFICACION DEL PROBLEMA	31
1.4.1 Para el País.	31
1.4.2 Para el hospital.	31
1.4.3 Para la Universidad	32
1.4.4. Para la Autor	33
1.5. OBJETIVO GENERAL	33
1.5.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS.	33
1.6. BENEFICIOS	34
1.7. MARCO LEGAL	37
1.8. MARCO TEORICO	39
1.8.1 Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud	39
1.8.2. Sistema Único de Habilitación	40
1.8.3. Auditoria Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud	43

1.8.4	Sistema Único de Acreditación.	45
1.8.5	Sistema de Información para la Calidad.	49
1.8.6.	Sistemas de Calidad y su Aseguramiento.	50
1.8.7	Norma ISO 9000:2000	52
1.8.8	Calidad	53
1.8.9	Sistemas de gestión de calidad	53
1.8.10	Requisitos generales	55
1.8.11	Requisitos de la Documentación	55
1.8.12	Normalización	56
1.8.13	Norma	57
1.8.14	Certificación	57
1.8.15.	Enfoque Basado en Procesos	58
1.8.16	El Ciclo PHVA y el enfoque basado en procesos	60
1.8.17	Partes integrantes de un sistema de calidad.	62
1.8.18	Manual de Calidad	62
1.8.19	Manual de Procedimientos	63
1.8.20	Soporte documental básica de la calidad en las entidades promotora de salud y las que se asimilen Partes integrantes de un sistema de calidad	63
1.8.21	Manual de la Calidad	63
1.8.22	Manual de Procedimientos	64
1.8.23	Planes de Mejoramiento	64
1.8.24	Informes de Calidad	64
2.	GENERALIDADES DE LA INSTITUCIÓN	65
2.1	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE “EVARISTO GARCIA” E.S.E.	65
2.1.1	Historia del Hospital	65
2.1.2	Misión	68

2.1.3.	Visión	69
2.1.4	Principios Organizacionales	69
2.1.5.	Propósito General	69
2.1.6	Objetivos	69
2.1.7	Líneas Estratégicas	70
2.1.8	Estructura Matricial	71
2.2	OFICINA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	72
3	JUSTIFICACION DEL PROYECTO	77
4	METODOLOGIA	79
4.1	TIPO DE ESTUDIO	79
4.2	METODO DE INVESTIGACION	79
4.3	FUENTES TECNICAS PARA RECOLECCION DE INFORMACION	79
4.3.1	Fuentes primarias	80
4.3.2	Fuentes Secundarias	80
4.4	PASOS PARA LA SOLUCION DE PROBLEMA	81
5	DESARROLLO DEL PROYECTO	84
5.1	RESULTADOS DE LA RECOLECCION DE INFORMACION	84
5.1.1	DEFINICION DEL PROBLEMA EN AUDITORIA MEDICA	84
5.1.2	ANALISIS CAUSA EFECTO	84
5.2	ESTRUCTURA DOCUMENTAL DE PROCESOS	85
5.2.1	Identificar Proveedores y clientes internos y externos del área.	85
5.2.2	Identificar los Procesos	86
5.2.3	Realizar el mapa de procesos	86
5.2.4	Priorizar los procesos	88
5.2.5	Determinación del tipo de documentación	89
5.2.6	Estructura de la codificación.	91
5.2.7	Caracterización de procesos	94
5.2.8	Documentación de Procedimientos.	98

5.3	CONTROL DE LA ESTRUCTURA DOCUMENTAL	104
5.3.1	Requisitos para el control de documentos	104
5.4	MAPA DE PROCESOS DEL AREA DE AUDITORIA MEDICA	107
5.4.1	Identificación de procesos necesarios en el área de auditoria médica	108
5.4.2	Tipo de Documento del área de Auditoria médica	109
5.4.3	Identificación de Proveedores y clientes de área de auditoria médica	110
5.4.4	Matriz documental del área de Auditoria médica	112
5.5	Procesos de auditoria medica concurrente	114
5.5.1	Proceso de seguimiento y control a la implementación del SOGCS	115
5.5.2	Proceso de respuesta a glosas	116
5.5.3	Proceso de capacitación en normatividad del SOGCS	117
5.5.4	Proceso de asesoría a la contratación de prestación de servicios de salud	118
5.5.5.	Procedimientos de identificación de causas de estancia hospitalaria prolongada	119
5.5.6	Procedimiento de evaluación de la calidad del diligenciamiento de historias clínicas	120
5.5.7.	Procedimiento de seguimiento y control a la implementación del sistema único de habilitación	121
5.5.8.	Procedimiento de seguimiento y control a indicadores de calidad	122
5.5.9.	Procedimiento de seguimiento y control a la implementación del sistema único de acreditación	123
5.5.10	Procedimiento de recepción, respuesta y envió de glosa	124
5.5.11.	Procedimiento de capacitación en el sistema general de seguridad social en salud	125
5.5.12	Procedimiento de asesoría a la contratación de servicios de salud.	126

5.5.13	Procedimiento para acompañamiento en la negociación de contratos para prestación de servicios de salud.	127
5.5.14	Diagramas de Flujo	128
6	CONCLUSIONES	138
7	RECOMENDACIONES	140
	BIBLIOGRAFIA	142
	ANEXOS	145

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Enfoque basado en procesos.	58
Figura 2. Representación esquemática de un proceso.	59
Figura 3. El ciclo “Planificar-Hacer-Verificar-Actuar”.	62
Figura 4. Estructura matricial del Hospital Universitario del Valle	71
Figura 5. Pirámide documental.	90
Figura 6. Esquema de Procedimiento.	98

LISTA DE FORMATOS

	Pág.
Formato 1. Identificación de proveedores y clientes externos e internos.	86
Formato 2. Mapa de procesos.	87
Formato 3. Identificación procesos necesarios.	88
Formato 4. Procesos necesarios a documentar	91
Formato 5. Caracterización de procesos necesarios para el Sistema de Gestión de la Calidad.	96
Formato 6. Instructivo de caracterización de procesos necesarios para el Sistema de Gestión de la Calidad.	97
Formato 7. Instructivo elaboración de procedimientos.	100
Formato 8. Diagrama de flujo.	103
Formato 9. Control de documentación.	105

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Codificación para tipos de documentos.	92
Tabla 2. Codificación para las áreas directivas de la institución.	92
Tabla 3. Codificación para las áreas clínicas de la institución.	93
Tabla 4. Ejemplo de codificación en la Oficina de Desarrollo Institucional.	94
Tabla 5. Actividades del diagrama de proceso.	99

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1. Formato de registro y notificación de casos de estancia prolongada hospitalaria	145
Anexo 2. Instructivo del formato de registro y notificación de casos de estancia prolongada hospitalaria	146
Anexo 3. Tabla de metas de estancia por salas	148
Anexo 4. Informe de modelo de estancia prolongada	149
Anexo 5. Formato para evaluar la calidad del diligenciamiento de las historias clínicas de hospitalización.	153
Anexo 6. Instructivo del formato para evaluar la calidad del diligenciamiento de las historias clínicas de hospitalización.	154
Anexo 7. Acta de auditoria de la calidad del diligenciamiento de historias clínicas de hospitalización.	165
Anexo 8. Instructivo del acta de auditoria de la calidad del diligenciamiento de historias clínicas de hospitalización	166
Anexo 9. Manual de Fichas técnicas de indicadores de la calidad.	167
Anexo 10. Lista de Chequeo de recepción de glosas y hoja de ruta del proceso.	216
Anexo 11. Carta de devolución de glosas por incumplimiento circular 035 CGN.	217
Anexo 12. Carta glosa	218
Anexo 13. Formato de solicitud de soportes de glosa	220
Anexo 14. Acta de revisión de la minuta propuesta a los contratos por prestación de servicios.	221
Anexo 15. Instructivo Acta de revisión de la minuta propuesta a los contratos por prestación de servicios.	222

GLOSARIO

ACTA: documento donde se especifica por escrito la responsabilidad de las partes.

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

ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD: parte de la gestión de la calidad orientada a proporcionar confianza en que se cumplirán los requisitos de la calidad.

ATENCIÓN DE SALUD: se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

AUDITORÍA: es una revisión del Sistema de Calidad de una empresa. Puede ser externa o interna. Si es externa, un auditor visita la empresa y comprueba si las actividades de la empresa se corresponden con lo que se describe en el Sistema de Calidad.

AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD: es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD: se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

CALIDAD: grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos.

CALIDAD TOTAL: sistema de gestión de calidad que abarca a todas las actividades y a todas las realizaciones de la empresa, poniendo especial énfasis en el cliente interno y en la mejora continua.

CIRCULO DE CALIDAD: es un pequeño grupo de empleados que realizan un trabajo igual o similar en un área de trabajo común, y que trabajan para el mismo supervisor, que se reúnen voluntaria y periódicamente, y son entrenados para identificar, seleccionar y analizar problemas y posibilidades de mejora relacionados con su trabajo, recomendar soluciones y presentarlas a la dirección, y, si ésta lo aprueba, llevar a cabo su implantación.

CLIENTE: organización o persona que recibe un producto.

CONDICIONES DE CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA: son los requisitos básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud.

CONTINUIDAD: es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

CONFIABILIDAD: principio del sistema de información para la calidad, hace referencia a que la información será y confiable en cuanto mide calidad en todas las instancias en las cuales sea aplicada.

CONFIDENCIALIDAD: principio del sistema de acreditación que hace referencia a que la información a la cual se tenga acceso durante el proceso de acreditación, así como, los datos relacionados con las instituciones a las cuales les haya sido negada la acreditación, son estrictamente confidenciales, salvo la información que solicite el Ministerio de la Protección Social relacionada con el número de entidades que no fueron acreditadas. No obstante, la condición de Institución acreditada podrá hacerse pública, previa autorización de esta.

CONFORMIDAD: cumplimiento de un requisito.

CONSULTOR: persona encargada por la empresa para que implante y desarrolle el Sistema de Calidad y consiga la certificación de la empresa por parte del organismo competente de certificación.

CONTROL DE CALIDAD: parte de la gestión de la calidad orientada al cumplimiento de los requisitos de la calidad.

DIRECTOR O JEFE DE CALIDAD: es la persona de la empresa que se encarga de todo lo referente a la Calidad. Juega un papel de organizador de todas las partes de la empresa, establece la adecuada sinergia entre las partes, comprueba,

mejora y vigila el correcto cumplimiento del Sistema de Calidad instaurado. Como la Calidad afecta a prácticamente toda la empresa, debe ser una persona que dependa directamente de la dirección para que disponga de la suficiente autonomía e imparcialidad.

DOCUMENTO: información y su medio de soporte.

EFICACIA: extensión en la que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados. Grado en que se cumple con los objetivos y requisitos.

EFICIENCIA COMO PRINCIPIO DEL SISTEMA UNICO DE ACREDITACIÓN: hace referencia a que las actuaciones y procesos que se desarrollen dentro del Sistema Único de Acreditación procurarán la productividad y el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles con miras a la obtención de los mejores resultados posibles.

EFICIENCIA COMO PRINCIPIO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD: hace referencia a que debe recopilarse solamente la información que sea útil para la evaluación y mejoramiento de la calidad de la atención en salud y debe utilizarse la información que sea recopilada.

EMPRESAS ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS EAPB: se consideran como tales, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado (Administradoras del Régimen Subsidiado), Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada

ENTIDADES DEPARTAMENTALES Y DISTRITALES DE SALUD: en desarrollo de sus propias competencias, les corresponde cumplir y hacer cumplir en sus respectivas jurisdicciones, las disposiciones establecidas en el presente decreto y en la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de la Protección Social, divulgar las disposiciones contenidas en esta norma y brindar asistencia a los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales para el cabal cumplimiento de las normas relativas a la habilitación de las mismas.

ENTIDADES MUNICIPALES DE SALUD: en desarrollo de sus propias competencias, les corresponde brindar asistencia técnica para implementar la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud en los Prestadores de Servicios de Salud de su jurisdicción y también realizar la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud a los Prestadores de Servicios de Salud, que prestan servicios de salud a la población no afiliada.

ESPECIFICACIÓN: documento que establece requisitos.

ESTRUCTURA DE LA ORGANIZACIÓN: disposición de responsabilidades, autoridades y relaciones entre el personal.

FOCALIZACIÓN: principio del sistema de información para la calidad, hace referencia a que la información estará concentrada en transmitir los conceptos fundamentales relacionados con los procesos de toma de decisiones de los usuarios para la selección de EAPB y de Institución Prestadora de Servicios de Salud de la red con base en criterios de calidad.

GARANTIA: su fin es garantizar el cumplimiento de todas las obligaciones estipuladas en los contratos que celebren.

GESTIÓN: actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización.

GESTIÓN DE LA CALIDAD: actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización en lo relativo a la calidad.

GLOSA: objeción al pago de una factura por prestación de servicios de salud.

GRADUALIDAD COMO PRINCIPIO DEL SISTEMA UNICO DE ACREDITACION: hace referencia a que el nivel de exigencia establecido mediante los estándares del Sistema Único de Acreditación será creciente en el tiempo, con el propósito de propender por el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud.

GRADUALIDAD COMO PRINCIPIO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD: hace referencia a que la información que debe entregarse será desarrollada e implementada de manera progresiva en lo relacionado con el tipo de información que se recolectará y se ofrecerá a los usuarios.

INSATISFACCIÓN DEL CLIENTE: opinión del cliente acerca del grado en el cual la transacción no ha satisfecho sus necesidades y expectativas.

INTERVENTORIA: entidad que se encarga de vigilar las actividades realizadas por el contratista.

LIQUIDACION: corte de cuentas para establecer el estado de los compromisos entre las partes como resultado de la terminación del contrato.

MANUAL DE CALIDAD: documento que especifica el sistema de gestión de la calidad en una organización.

MEJORA CONTINUA: actividad recurrente para aumentar la capacidad para cumplir los requisitos.

MEJORA DE LA CALIDAD: parte de la gestión de la calidad orientada a aumentar la capacidad de cumplir con los requisitos de la calidad.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL: desarrollará las normas de calidad, expedirá la reglamentación necesaria para la aplicación del presente decreto, velará por su permanente actualización y por su aplicación para el beneficio de los usuarios, prestará asistencia técnica a los integrantes del Sistema con el propósito de orientarlos en el cumplimiento de sus responsabilidades y emitirá concepto en aspectos técnicos cuando lo soliciten las Entidades Territoriales y los prestadores de servicios de salud siempre que el Ministerio lo considere pertinente.

También corresponde al Ministerio de la Protección Social velar por el establecimiento y mantenimiento de la compatibilidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud con otros Sistemas de Gestión de Calidad.

NO CONFORMIDAD: incumplimiento de un requisito.

OBJETIVO DE LA CALIDAD: algo ambicionado, o pretendido, relacionado con la calidad.

ORGANIZACIÓN: conjunto de personas e instalaciones con una disposición de responsabilidades, autoridades y relaciones.

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

PARTICIPACIÓN: principio del sistema de información para la calidad, hace referencia a que en el desarrollo e implementación de la información participarán de manera activa las entidades integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

PERTINENCIA: es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

POLÍTICA DE LA CALIDAD: intenciones globales y orientación de una organización, relativas a la calidad tal como se expresan formalmente por la alta dirección.

PLAN DE CALIDAD: documento que especifica que procedimientos y recursos asociados deben aplicarse, quien debe aplicarlos y cuando deben aplicarse a un proyecto, proceso, producto o contrato específico.

PLANIFICACIÓN DE LA CALIDAD: parte de la gestión de la calidad enfocada al establecimiento de los objetivos de la calidad y a la especificación de los procesos operativos necesarios y de los recursos relacionados para cumplir los objetivos de la calidad.

PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD: se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes. Para los efectos del presente decreto se consideran como instituciones prestadoras de servicios de salud a los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud.

PROFESIONAL INDEPENDIENTE: es toda persona natural egresada de un programa de educación superior de ciencias de la salud de conformidad con la Ley 30 de 1992 o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, con facultades para actuar de manera autónoma en la prestación del servicio de salud para lo cual podrá contar con personal de apoyo de los niveles de formación técnico y/o auxiliar.

PROCEDIMIENTO: forma específica para llevar a cabo una actividad o proceso.

PROCESO: conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados.

PRODUCTO: resultado de un proceso.

PROVEEDOR: organización o persona que proporciona un producto.

REGISTRO: documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.

REQUISITO: necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.

RESOLUCION: acción y efecto de resolver o resolverse. Fallo, decreto, providencia, etc.; de autoridad gubernamental o judicial.

SANCION: castigo derivado de la infracción al ordenamiento jurídico del estado.

SATISFACCIÓN DEL CLIENTE: opinión del cliente acerca del grado en el cual la transacción ha satisfecho sus necesidades y expectativas.

SEGURIDAD: es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

SENCILLEZ: principio del sistema de información para la calidad, hace referencia a que la información se presentará de manera que su capacidad sea comprendida y asimilada por la población.

SISTEMA: conjunto de elementos mutuamente relacionados o que interactúan.

SISTEMA DE GESTIÓN: sistema para establecer la política y los objetivos y para lograr dichos objetivos.

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD: es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD: sistema de gestión para dirigir y controlar una organización con respecto a la calidad.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD: ejercerá las funciones de vigilancia, inspección y control dentro del SOGCS y aplicará las sanciones en el ámbito de su competencia.

VALIDEZ: principio del sistema de información para la calidad, hace referencia a que La información será válida en la medida en que efectivamente presente aspectos centrales de la calidad.

SIGLAS

AM: Auditoría Médica.

D.I: Desarrollo Institucional.

D.G: Dirección General.

EAPB: Empresas Administradoras de Planes de Beneficios.

H.U.V: Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E.

IPS: Institución prestadora de Servicios De Salud.

PAMEC: Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la atención de salud.

S.S.D: Secretaría de Salud Departamental.

SOGCS: Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud.

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud.

SINS: Superintendencia Nacional de Salud.

RESUMEN

Este proyecto fundamentado en la norma NTC ISO 9001:2000 fue desarrollado en el Hospital Universitario del Valle con el objetivo de diseñar e implementar el sistema documental para los procesos del Área de Auditoria de de Servicios de salud del HUV, el cual esta fundamentado en los lineamientos de calidad que le permiten fomentar la creación de una cultura de calidad reflejada en los servicios prestados con el fin de satisfacer y superar las expectativas del cliente interno y externo.

Para alcanzar tal objetivo se procedió a estudiar la normatividad por la cual se rige el Hospital. Se continua fortaleciendo los conceptos referentes al proyecto con un enfoque hacia la calidad y el mejoramiento continuo, luego se describen los aspectos generales de la institución, posteriormente se pasa a diseñar una metodología para la elaboración de la estructura documental, en la cual se detallan los elementos mas importantes para la documentación y su respectivo control, mas adelante se pasa a describir las áreas en las cuales está enfocado el proyecto y se consolidan los diferentes formatos por áreas, estos formatos son el mapa de procesos, los tipos de documentos a elaborar, la matriz documental en la cual se detallan los procedimientos correspondientes a los procesos internos ejecutados en cada área, la caracterización de los procesos donde se consolidan las variables de cada proceso y finalizando se muestran algunos ejemplos de documentación de procedimientos con su respectivo diagrama de flujo.

Por ultimo se enuncian algunas conclusiones y recomendaciones con el fin de servir como guía para la institución en la implantación, crecimiento y desarrollo de su cultura de calidad, que le ayudará a ser más competitiva y enfrentar las divergentes que presenta el mundo actual.

INTRODUCCIÓN

El área de Auditoría Médica perteneciente a la Oficina de Desarrollo Institucional, fue objeto de la realización del presente trabajo que se fundamentó en la creación del manual de la calidad en lo correspondiente a estructura documental con el objetivo de tener información confiable, oportuna y veraz, procesos y procedimientos estandarizados y controlados que garanticen la eficiencia del recurso humano del área, la optimización de los recursos, y el mejoramiento continuo del área de auditoría médica y de las áreas asistenciales y administrativas relacionadas con la prestación de servicios de salud que son objeto del trabajo evaluador de la oficina de auditoría médica. Esto en conjunto redundará en garantizar la calidad de las actividades y servicios que el área desarrolla.

Para el Hospital Universitario del Valle mantener su viabilidad, no sólo es una necesidad de supervivencia, sino que lo obliga a desarrollar estrategias de cambio y modificaciones internas que le permitan mejorar su capacidad de gestión, ajustando su estructura organizacional y planta de personal, para así ofrecer servicios de salud que respondan a las necesidades de la comunidad, con la mejor utilización de sus recursos garantizando un desarrollo sostenible.

Por tal motivo con el aseguramiento y certificación de las unidades y/o procesos, se garantiza a los usuarios la calidad de los servicios que demandan y se les proporciona la información necesaria y oportuna. A nivel institucional, la certificación comprende la evaluación de la estructura organizativa con el fin de establecer una clasificación en términos de calidad que estimule la competencia entre los distintos servicios y dé cumplimiento a las normas legales vigentes. La certificación constituye una pieza clave para garantizar que, en un sistema

competitivo, la prestación de los servicios se dé con las mayores garantías de calidad.

Por tal motivo las directivas del Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E. en su compromiso por prestar servicios de excelente calidad a la comunidad del Sur Occidente Colombiano y ser mas competitivos, se dio a la tarea de diseñar e implementar el Sistema de Gestión de la Calidad y mejoramiento continuo en todas las áreas de esta institución según los lineamientos de la norma ISO 9000:2000.

En el marco de referencia de este trabajo debe tenerse en cuenta que con el fin de estandarizar los Sistemas de Calidad de distintas empresas y sectores, y con algunos antecedentes en los sectores nuclear, militar y de automoción, en 1987 se publican las normas ISO 9000, un conjunto de normas editadas y revisadas periódicamente por la Organización Internacional de Normalización (ISO) sobre el aseguramiento de la Calidad de los procesos. De este modo, se consolida en el ámbito internacional el marco normativo de la gestión y control de la calidad.

Estas normas aportan las reglas básicas para desarrollar un Sistema de Calidad siendo totalmente independientes del fin de la empresa o del producto o servicio que proporcione. Son aceptadas en todo el mundo como un lenguaje común que garantiza la calidad continua de todo aquello que una organización ofrece.

En los últimos años se ha puesto en evidencia que no basta con mejoras que se reduzcan, a través del concepto de aseguramiento de la calidad, al control de los procesos básicamente, sino que la concepción de la calidad sigue evolucionando, hasta llegar hoy en día a la llamada Gestión de la Calidad Total. Dentro de este marco, la Norma ISO 9000 es la base en la que se asientan los nuevos Sistemas de Gestión de la Calidad.

1. MARCO CONCEPTUAL

1.1. TITULO

DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE PROCESOS SIGUIENDO LINEAMIENTOS DE LA NORMA ISO 9001:2000 PARA EL PROCESO DE AUDITORIA EN SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE “EVARISTO GARCÍA” E.S.E.

1.2. ALCANCE

Esta tesis abarca la estructura del sistema de gestión de la calidad para el área de auditoria médica del Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E; ya que esta área tiene como objetivo evaluar la calidad de la atención en salud de manera transversal en la institución y retroalimentar a las áreas correspondientes con el objetivo de propiciar el diseño de estrategias de mejoramiento continuo, para ser evaluadas de manera posterior a su implementación y definir su impacto en la organización.

El diseño de los procesos de Auditoria Médica busca estandarizar las actividades de los profesionales del área con el objeto de ser altamente eficientes en toda la institución y favorecer el desarrollo y cumplimiento de los objetivos estratégicos.

1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.3.1. Definición del problema. El Hospital Universitario del valle “Evaristo García” es una Institución prestadora de servicios de salud que se ha constituido como centro de referencia para la atención en Salud del sur occidente Colombiano. Tiene una capacidad instalada de 724 camas, 21 quirófanos; 66

consultorios y 15 cuartos de procedimientos en consulta externa, servicios de apoyo diagnóstico de alta tecnología, atención de consulta externa de todas las especialidades médicas, produjo en el año anterior 87.741 consultas, un servicio de urgencias con 17.135 egresos y 28.096 egresos por hospitalización, 20.900 intervenciones quirúrgicas, con un equivalente paciente día de 333.015; y genera facturación por servicios de salud de doce mil millones de pesos mensuales. Presta servicios de salud a la población pobre y vulnerable no asegurada, población afiliada al régimen subsidiado y contributivo en el sistema de seguridad social de salud, así como a víctimas de accidentes laborales, enfermedades profesionales y accidentes de tránsito.

El Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E tiene como una de sus prioridades definidas en el plan de Desarrollo 2004- 2007 el Desarrollo de un sistema de mejoramiento continuo y garantía de la calidad, para dar plan satisfacción a los clientes y potencializar su rentabilidad social, para lograrlo requiere de procesos estandarizados que permitan para medir la calidad real de la prestación de los servicios de Salud y así poder comparar los resultados obtenidos con los criterios de calidad esperada e implementar estrategias de mejoramiento que lleven a obtener los resultados planteados.

1.3.2. Formulación del problema. Teniendo en cuenta las condiciones del sector salud, la dinámica del mercado y la situación actual de la institución, el área de Auditoría Médica debe preguntarse:

¿Como estructurar el proceso de Auditoría Médica de la oficina de Desarrollo Institucional del Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E. acorde a la norma ISO 9001:2000?

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

1.4.1. Para el País. Han transcurrido trece años desde la creación de la Ley 100 en Colombia y algunos de sus objetivos principales aún no se han logrado como la cobertura total de la población y la prestación de servicios de Salud con plenos criterios de Calidad. Pero es Indiscutible el inmenso desarrollo que el Ministerio de la Protección Social ha impulsado en el sistema obligatorio de garantía de la calidad pasando de buscar el simple cumplimiento de requisitos estructurales obligatorios, al desarrollo de procesos eficientes de prestación de servicios de salud con el objeto de obtener excelencia en los resultados de la atención con la plena satisfacción de las necesidades y expectativas razonables de los usuarios.

1.4.2. Para el Hospital. El Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E es una de las mas importantes de las mas importantes instituciones hospitalarias del País, con una trayectoria de 50 años de prestación de servicios de Salud al Sur Occidente Colombiano, siendo al mismo el centro de formación de profesionales de la Salud de la Universidad del Valle. Esta comprometido con el desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad de la atención en Salud y aspira a lograr en el corto plazo certificar sus procesos bajo el Sistema de Gestión de Calidad ISO 9000 versión 2000 y a mediano plazo obtener el certificado del sistema Único de Acreditación de instituciones prestadoras de Servicios de Salud; Procesos en los que auditoria médica desarrolla un papel fundamental como organismo encargado de la evaluación de los procesos de atención en salud y además por hacer parte del área de Desarrollo Institucional la tiene como uno de sus objetivos estratégicos el desarrollo de los sistemas de gestión de calidad en la Institución.

Los sistemas de gestión de la calidad pueden ayudar a las organizaciones a aumentar la satisfacción del cliente. Los clientes necesitan productos con características que satisfagan sus necesidades y expectativas. Estas necesidades

y expectativas se expresan en la especificación del servicio y son generalmente denominadas como requisitos del cliente. Los requisitos del cliente pueden estar especificados de forma contractual o pueden ser determinados por la propia organización. En cualquier caso, es finalmente el cliente quien determina la aceptabilidad del producto. Dado que las necesidades y expectativas de los clientes son cambiantes y debido a las presiones competitivas y a los avances tecnológicos y científicos, la institución debe mejorar continuamente sus productos y procesos.

La Norma ISO 9001:2000 es una herramienta que sirve para que la institución estandarice y mejore los procedimientos, de hecho el área de Desarrollo Institucional ha impulsado desde hace varios años el diseño y la implementación de muchos procesos clínicos y administrativos en diferentes áreas del Hospital. Ante la ausencia de la documentación de los procesos de Auditoría Médica se toma la determinación de desarrollar este trabajo con el objeto de dar eficiencia a las actividades de esta área y facilitar el desarrollo del sistema obligatorio de garantía de la calidad en la Institución, con el objetivo de aumentar la satisfacción de sus clientes y el cumplimiento de los requisitos que ellos establecen. Además con esta herramienta se pueden disminuir tiempos en procesos que no agregan valor a la institución y que llevan a los usuarios a buscar otras IPS que cumplan sus requisitos. También se establecen indicadores que permiten evaluar y mejorar el desempeño de los procesos y así generar una ventaja competitiva frente a prestadores del mercado.

1.4.3. Para la Universidad. El desarrollo del proyecto de grado en la Universidad Autónoma de Occidente además de ser un requisito para acceder a un título, es la herramienta que tiene la universidad para evaluar la formación integral que están generando y asegurar la calidad de los egresados de todas las carreras y post grados.

Los trabajos de grado son una carta de presentación de la Universidad ante el país y nada mejor que la elaboración de un proyecto de grado que muestre una mejora significativa en una empresa del sector de salud que se encuentra en pleno desarrollo y cuenta con el apoyo del gobierno colombiano.

1.4.4. Para la Autor. En el ámbito personal la justificación es muy clara:

Este trabajo de grado integra todos los conocimientos adquiridos y las capacidades desarrolladas en los años de estudio y en el tiempo de trabajo que duro la pasantía, y la puesta en práctica de los mismos en una empresa real para colaborar con el desarrollo de la Institución, del país y la sociedad. No es culminar una etapa, sino dar un gran paso hacia el siguiente sueño de lograr en conjunto, con el área de Desarrollo Institucional certificar la Institución con la certeza de que somos capaces de generar ideas y soluciones en pro del desarrollo del Hospital.

1.5. OBJETIVO GENERAL

Diseñar e implementar el sistema documental para el proceso de Auditoria Médica en servicios de salud del Hospital Universitario del Valle "Evaristo García" E.S.E. con el fin de cumplir con los requisitos de la Norma ISO 9001: 2000.

1.5.1. Objetivos específicos. Identificar los procesos que el área de auditoria médica realiza para dar cumplimiento a sus objetivos y metas.

- Realizar la priorización de los procesos de auditoria médica para definir aquellos que deben ser documentados.
- Documentar los procesos priorizados y sus procedimientos.
- Estandarizar los procesos documentados y medir su eficacia.

1.6. BENEFICIOS

La norma ISO 9001, mejora los aspectos organizativos de una empresa, que es un grupo social formada por individuos que interaccionan. Sin calidad técnica no es posible producir en el competitivo mercado presente y una mala organización, genera un producto de deficiente calidad que no sigue las especificaciones de la dirección.¹

La norma ISO 9001:2000 contiene los siguientes principios, que se consideran básicos en cualquier empresa que quiera perdurar en el mercado, aunque no se quiera obtener la certificación. Los 8 principios básicos de la norma ISO 9001 y de gestión de la calidad son:

- Organización enfocada al cliente
- Liderazgo
- Participación de todo el personal
- Enfoque basado en procesos
- Enfoque del sistema hacia la gestión
- La mejora continua
- Enfoque objetivo hacia la toma de decisiones
- Relaciones mutuamente benéficas con los proveedores.²

Haciendo énfasis en el nuevo enfoque que maneja la norma ISO 9000- 2000 se resaltan a continuación los puntos que quiere destacar al implantar un sistema de gestión de calidad:

¹Norma ISO 9000:2001 [en línea]. Buenos aires: Murcia Cequeda, Jorge Orlando, 2004. [Consultado el 26 de mayo, 2006]. Disponible en Internet: www.buscarportal.com/articulos/iso_9001_2000_gestion_calidad.html

² Ibíd., Disponible en Internet: www.buscarportal.com/articulos/iso_9001_2000_gestion_calidad.html

- Enfoque hacia el cliente: Comprender las necesidades actuales y futuras de los clientes, satisfacer sus requisitos y esforzarse por exceder sus expectativas.
- Liderazgo: Crear y mantener un ambiente interno, en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la organización.
- Participación del personal: Las habilidades de todas y cada una de las personas son valiosas para el beneficio de la organización.
- Enfoque basado en procesos: Los resultados deseados se alcanzan más eficientemente cuando los recursos y las actividades relacionadas se gestionan como un proceso.³

El cambio de paradigma enseñado por las organizaciones de calidad consiste en trasladarse de la concentración típica de funciones de personas, agrupadas en un departamento, a trabajar en la gerencia de un proceso que puede realizarse íntegramente en una misma unidad organizacional o que atraviesa fronteras departamentales e involucra en su realización a muchos o a todos los departamentos, ya que la mayoría del valor agregado para el cliente se crea a través de procesos horizontales.

ISO 9001:2000 constituye una herramienta importante para Auditoría médica del Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E, ya que permite a la institución enfocarse al cliente y diseñar sus productos de acuerdo a sus necesidades, además de estandarizar y mejorar continuamente sus procesos, para que sus integrantes puedan cumplir las expectativas del cliente.

³ BAHAMON, Carolina; CAMACHO, Sandra. Anteproyecto de grado. Santafè de Bogotá: 2001. p. 22.

Otra de las grandes ventajas de la Norma ISO 9001:2000, al enfocarse en los procesos, es que los integrantes de la organización entenderán más su responsabilidad al ver que sus funciones afectan directamente al cliente. También se fomentará el trabajo en equipo ya que no se trabaja por los objetivos individuales sino por los organizacionales, lo que permite que las diferentes áreas se consideren clientes y proveedores entre si, estableciendo relaciones de sinergia para lograr el mismo resultado que es la satisfacción del cliente.

La Norma ISO 9001:2000, al ser reconocida en el ámbito internacional como una herramienta que asegura la calidad, da a los usuarios de la Institución la certeza y confianza de estar trabajando con una organización en proceso de mejora continua que busca exceder las necesidades y expectativas de los clientes, generando así rentabilidad social y ventaja competitiva en el mercado.

El Ministerio de la Protección Social ha velado porque el Sistema único de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud definido en el Decreto 1011 de 2006 y sus resoluciones reglamentarias, sea coherente y se interrelacione con el Sistema Nacional de Normalización, certificación y Metrología, evidencia de dichas interrelaciones es que el componente de Habilitación dentro del SOGCS se relaciona con los requisitos e indicadores de estructura mínima que debe cumplirse para disminuir el riesgos de la prestación de servicios de salud en beneficio del paciente, la certificación del sistema de gestión de la calidad bajo la norma ISO 9000 versión 2000, se fundamenta en el desarrollo de procesos estandarizados con seguimiento basado en auditorias y seguimiento de indicadores y tanto el sistema único de acreditación, como la auditoria para el mejoramiento también se fundamentan en el mejoramiento basado en procesos pero le agregan especificidad a estos para el sector salud exigiendo la acreditación de la institución de manera integral y no solamente uno o algunos procesos buscando teniendo como objetivo máximo el resultado final, producto de la estandarización del proceso.

1.7. MARCO LEGAL

Ley 100 del 23 de Diciembre de 1993: Por el cual se crea el sistema general de seguridad Social.

Decreto 1807 de 1995: El presente decreto transforma el Hospital Universitario del Valle en Empresa Social del Estado.

Decreto 1011 del 2003 de Abril de 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. Cuyas disposiciones se aplican a los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

Resolución 1043 de 3 de Abril de 2006: 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 auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.

Anexo Técnico No.1 de la Resolución N° 1043 de Abril de 2006: 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 auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.
Manual único de estándares y de verificación.

Anexo Técnico No.2 de la Resolución N° 1043 de 3 de abril 2006: Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para

el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones. Manual único de procedimientos de habilitación.

Resolución 1446 de 8 de Mayo de 2006: Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

Anexo Técnico Resolución N° 1446 de mayo de 2006: Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

Resolución 1445 de 8 Mayo de 2006: Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones.

Anexo Técnico N° 1 de la Resolución 1445 de 2006: Por el cual se definen las funciones de la entidad acreditadora y se dictan otras disposiciones. Manuales de estándares del sistema único de acreditación.

Anexo Técnico N° 2 de la Resolución 1445 de 2006: Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones. Lineamientos para el desarrollo del proceso de otorgamiento de la acreditación en salud.

Circular Externa no. 030 de 2006 de la Superintendencia Nacional de Salud: Por la cual se definen los indicadores de calidad para evaluar y mejorar la calidad de la atención en salud.

1.8. MARCO TEÓRICO

1.8.1. Sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud.

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud se aplican a los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, y a los prestadores de servicios de salud que operen exclusivamente en cualquiera de los regímenes de excepción contemplados en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001, Están exentas las Instituciones del Sistema de Salud pertenecientes a las Fuerzas Militares y a la Policía Nacional, las cuales podrán acogerse de manera voluntaria al SOGCS y de manera obligatoria, cuando quieran ofrecer la prestación de servicios de salud a Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, o con Entidades Territoriales.

Las acciones que desarrolla el SOGCS se orientan a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados.

El SOGCS busca cumplir con las características de Accesibilidad, Oportunidad, Seguridad, Pertinencia y Continuidad en la prestación de servicios de salud, elementos fundamentales para evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud.

El SOGCS tiene los siguientes cuatro componentes que buscan desarrollar de manera integral el sistema de gestión de calidad de la atención en salud:

- 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.

A nivel Nacional las entidades responsables del funcionamiento del SOGCS son el Ministerio de la Protección Social, que desarrollará las normas de calidad, expedirá la reglamentación necesaria para su aplicación presta asistencia técnica a los integrantes del Sistema y vela por el establecimiento y mantenimiento de la compatibilidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud con otros Sistemas de Gestión de Calidad.

Superintendencia Nacional de Salud: Ejercerá las funciones de vigilancia, inspección y control dentro del SOGCS y aplica las sanciones en el ámbito de su competencia.

Entidades Departamentales y Distritales de Salud: Les corresponde cumplir y hacer cumplir en sus respectivas jurisdicciones, las disposiciones establecidas en el SOGCS y brindar asistencia a los Prestadores de Servicios de Salud.

Entidades Municipales de Salud: Les corresponde brindar asistencia técnica para implementar la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud en los Prestadores de Servicios de Salud de su jurisdicción y también realizar la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud a los Prestadores de Servicios de Salud, que prestan servicios de salud a la población no afiliada.

1.8.2. Sistema Único de Habilitación. Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el

cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB.

Las condiciones de capacidad tecnológica y científica del Sistema Único de Habilitación para Prestadores de servicios de Salud se presentan en áreas temáticas que corresponden a Recursos Humanos, Infraestructura instalaciones físicas y su mantenimiento, Dotación y su mantenimiento, Medicamentos dispositivos médicos y su gestión, Procesos prioritarios asistenciales, Historia clínica y registros clínicos, Interdependencia de servicios, Referencia de pacientes, Seguimiento a riesgos.

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

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

Los Prestadores de Servicios de Salud deberán declarar el cumplimiento de los requisitos de habilitación y son responsables por la veracidad de la información contenida en el formulario de inscripción estando obligados a mantener las condiciones de habilitación declaradas durante el término de su vigencia, a permitir el ingreso de la autoridad competente para llevar a cabo la respectiva verificación, a facilitar la verificación, a renovar la Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud cuando este pierda su vigencia o cuando haya cambios en lo declarado.

Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud son responsables de verificar el cumplimiento de las condiciones exigibles a los Prestadores de Servicios de Salud en lo relativo a las condiciones de capacidad técnico-administrativa y de suficiencia patrimonial y financiera, las cuales se evalúan mediante el análisis de los soportes aportados por la Institución Prestadora de Servicios de Salud.

En relación con las condiciones de capacidad tecnológica y científica, la verificación del cumplimiento de los estándares de habilitación se realiza conforme al plan de visitas que para el efecto establezcan las Entidades Departamentales y Distritales de Salud. Los Prestadores de Servicios de Salud deben cumplir con los estándares de habilitación y no se aceptará la suscripción de planes de cumplimiento o mejoramiento y la Entidad Departamental o Distrital de Salud, una vez efectuada la verificación del cumplimiento de todas las condiciones de habilitación aplicables al Prestador de Servicios de Salud, debe enviar en un plazo de quince (15) días hábiles contados a partir de la fecha de la visita, la “Certificación de Cumplimiento de las Condiciones para la Habilitación”, en la que informa a dicho Prestador de Servicios de Salud que existe verificación de conformidad de las condiciones. Para efectos de contratar la prestación de servicios de salud el contratante está en la obligación de verificar que el prestador esté inscrito en el registro especial de prestadores de servicios de salud.

1.8.3. Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud.

Los programas de auditoria deben ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema único de Habilitación. Los procesos de auditoria se constituyen en obligatorios para las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las EAPB.

La auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica:

- La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.
- La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.
- La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

En cada una de las entidades obligadas a desarrollar procesos de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud, el modelo que se aplique operará con los siguientes niveles:

Autocontrol: Cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que estos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización.

Auditoria Interna: Consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol. Este nivel puede estar ausente en aquellas entidades que hayan alcanzado un alto grado de desarrollo del autocontrol, de manera que este sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoria interna.

Auditoria Externa: Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoria interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoria de segundo orden. Las entidades que se comporten como compradores de servicios de salud deberán desarrollar obligatoriamente la auditoria en el nivel de auditoria externa.

El modelo de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud se lleva a cabo a través de tres tipos de acciones:

- *Acciones Preventivas.* Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoria sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma.
- *Acciones de Seguimiento.* Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoria, que deben realizar las personas y la organización a la prestación de sus servicios de salud, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad.
- *Acciones Coyunturales.* Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoria que deben realizar las personas y la organización retrospectivamente, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de

intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y a la prevención de su recurrencia.

El Modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud para las instituciones prestadoras de servicios de salud, debe implementarse mediante la adopción de criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán las acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para garantizar los niveles de calidad establecidos en las normas legales e institucionales; dicho modelo se fundamenta con base en las pautas indicativas expedidas por el Ministerio de la Protección Social.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud, deberán establecer un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, que comprenda como mínimo, el procedimiento de Auto evaluación del Proceso de Atención de Salud; La entidad debe establecer prioridades para evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios desde el punto de vista del cumplimiento de las características de calidad.

1.8.4. Sistema Único de Acreditación. Es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de auto evaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

El Sistema Único de Acreditación se orienta por los principios de confidencialidad, eficiencia y gradualidad. El MANUAL DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN PARA LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIAS, presenta los lineamientos instrumentales que guían el proceso de acreditación para dichas instituciones y los estándares de acreditación.

Los estándares se encuentran ordenados en dos secciones, en la primera aparecen los Estándares del Proceso de Atención a los Usuarios y en la segunda se hallan los Estándares de Apoyo Administrativo – Gerencial a dichos procesos asistenciales.

El proceso asistencial de la primera sección, cuenta con un gran módulo denominado Estándares del Proceso de Atención al Cliente – Asistencial, en el cual encuentra un proceso de atención genérico de un paciente en una institución hospitalaria.

Estos estándares poseen una serie de llamadas de atención para servicios particulares, como el materno, ambulatorio, urgencias y cirugía. Estas secciones sólo incluyen las diferencias particulares que deben ser consideradas por las organizaciones que cuenten con esos servicios. Se entiende que el resto de los estándares y criterios para estos servicios son exactamente iguales a los que aparecen en el proceso de atención asistencial.

La segunda sección de los estándares incluye aquellos procesos administrativos gerenciales que son críticos dentro de la organización para el apoyo de los procesos asistenciales. Esta sección se subdivide en cinco grupos grandes de estándares:

- **Direccionamiento:** es el trabajo que se ha de realizar por parte de la organización frente a su proceso de planeación estratégica y el papel de los órganos de gobernabilidad de la organización.
- **Gerencia:** es el trabajo de las unidades funcionales y organismos de gobernabilidad interna de la institución frente a las diferentes áreas y funciones clave que debe desarrollar permanentemente la institución.
- **Recursos humanos:** se enfoca en la gestión del recurso humano desde su planeación hasta su proceso de mejoramiento continuo.
- **Sistema de información:** se enfoca en la integración de todas las áreas asistenciales y administrativas frente a la información y su uso para las decisiones en cualquier nivel de la organización.
- **Ambiente físico:** incluye las decisiones y procesos que deben ser tenidos en cuenta en la organización para que la funcionalidad de la estructura colabore con el adecuado funcionamiento de los procesos asistenciales.

Cada una de las secciones de los estándares (tanto asistenciales como administrativos) cuenta con una sección común, el cual es el Proceso de Mejoramiento Continuo. Este proceso se encuentra reflejado en los últimos estándares, los cuales son comunes e idénticos en todas las secciones de estándares.

La sección de los estándares del proceso de atención al paciente, en su forma general y los específicos para ciertos servicios, pretende señalar el camino lógico de la relación paciente - organización dentro de un proceso discreto de atención. Este camino está desarrollado mediante una serie de pasos subsecuentes y

complementarios que integran, de manera coordinada, los diferentes servicios, personas y elementos clave de la atención frente al paciente y su familia.

La organización debe entonces garantizar que se ofrezcan servicios de calidad dentro de un ambiente de trabajo seguro.

La organización debe tener definida una política respecto a los derechos de los clientes, acorde con el direccionamiento estratégico, los cuales son difundidos y conocidos por todos en la organización; así mismo se conoce por todos el proceso de atención desde el ingreso hasta el egreso del paciente. De manera Coherente con el proceso de atención, existen subprocesos de: admisión para la atención inicial e información al paciente; registro para la atención, donde se captura la información de identificación y del paciente y familia y se brinda información inicial de la organización frente al proceso de atención y derechos o servicios cubiertos; evaluación inicial del ingreso donde se recoge la mayor cantidad posible de información acerca de las condiciones de ingreso, y se brinda la educación acerca de las características de la enfermedad, del tratamiento y sus posibles resultados.

Con base en la información obtenida la entidad planea el cuidado y tratamiento del paciente, así como de su seguimiento, lo cual parte de la obtención del consentimiento informado, aceptación de participar o no en una investigación, se garantiza la privacidad y confidencialidad, asesoría farmacológica, valoración anestésica cuando es requerida y apoyo emocional y espiritual. Los resultados del tratamiento son asegurados mediante la atención por parte de un equipo interdisciplinario que brinda una buena información al paciente y su familia acerca de la enfermedad su evolución y cuidados posteriores.

En cuanto al proceso de gestión de la atención, se cuenta con procesos como: un sistema de información que asegura el registro de la información y la preservación de la historia clínica de manera integral, única y segura, identificando e informando

a los profesionales involucrados la evolución y respuesta del paciente; el cuidado y tratamiento de acuerdo con estándares, guías y procedimientos aceptados; así mismo debe existir un proceso para el manejo de las quejas para su investigación, respuesta y mejoramiento. Se debe contar con un proceso y políticas de aislamiento de pacientes en los casos que sea necesario, en condiciones dignas y que aseguren su tratamiento. El tratamiento debe ser evaluado permanentemente por la entidad y los clientes para lo cual se debe contar con procesos definidos de evaluación muestral que verifiquen el cumplimiento de estándares de atención y procedimientos adecuados para casos exitosos y para casos con resultados adversos. En la evaluación con la familia se debe contar con la posibilidad de revisar los resultados esperados contra los reales y analizar las diferencias.

El egreso del paciente debe ser registrado de forma tal que indique los requerimientos futuros que permitan planear los cuidados del cliente en ese momento. El plan de egreso contiene información relacionada con cuidados, medicación, alimentación, uso de equipos médicos y rehabilitación si se requiere. Así mismo, información completa del tratamiento y resultados a la EPS y a la entidad o médico que lo refirió.

Este proceso de atención se debe monitorear por medio de indicadores de desempeño, redundando esto en procesos de mejoramiento que son compartidos y seguidos permanentemente.

1.8.5. Sistema de Información para la Calidad. El Sistema de Información para la Calidad tiene como objeto estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector salud y al mismo tiempo, permitir orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud y de las EAPB, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de

ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Los objetivos del Sistema de Información para la Calidad, son monitorear la calidad de los servicios para que los responsables de los mismos y los entes de vigilancia y control realicen los ajustes necesarios, orientar el comportamiento de la población general para la selección de la EAPB y/o las Instituciones Prestadoras de Servicios, con base en información sobre su calidad; contribuir a la referenciación competitiva sobre la calidad de los servicios entre las EAPB y las Instituciones Prestadoras de Servicios; y estimular la gestión de la calidad basada en hechos y datos.

Los principios del Sistema de Información para la Calidad, son la gradualidad, sencillez, focalización, Validez, confiabilidad, participación, y eficiencia los cuales están integrados en los indicadores los indicadores de calidad del SOGCS que fueron definidos por el ministerio de la protección social en la Resolución 1446 de 2006 los cuales son de obligatorio reporte por parte de las instituciones que deben cumplir con el SOGCS según el Decreto 1011 de 2006.

1.8.6. Sistemas de Calidad y su Aseguramiento⁴. En el pasado se partía de la suposición que la calidad de un producto podía juzgarse de forma suficiente mediante la comprobación de la calidad del producto acabado. La calidad del producto es el conjunto de todas las características referentes a su aptitud para satisfacer requisitos específicos y supuestos previamente (los requisitos de la calidad). En un ensayo completo de la calidad tenían que comprobarse todas las características de calidad con respecto a los requisitos individuales, especificados, teniendo en cuenta el grado de la exigencia, todo requisito de calidad resulta del fin previsto de la unidad y en un caso dado incluye seguridad, fiabilidad,

⁴ JURAN, J.M. Manual de Control de la Calidad. Barcelona: Ed. Reverte S.A., 1986. p. 55-75.

mantenibilidad, utilización adecuada de los recursos, la compatibilidad ambiental, etc. Para el consumidor o usuario de un producto a fin de cuentas es una cuestión de confianza en el producto con base en criterios y ensayos objetivos.

A consecuencia de la creciente complejidad del producto, sus crecientes riesgos y el aumento de costos de control o la imposibilidad técnica o económica de realizar determinados ensayos, se crearon regulaciones específicas para las diferentes ramas, y más tarde regulaciones neutras sin referirse a las ramas específicas, que tenían por objetivo conseguir la confianza de los usuarios en los productos, mediante el requisito de medidas durante el proceso de fabricación, y, en parte durante el proyecto del producto, tales medidas constituyen una parte del Aseguramiento de la Calidad, es decir una parte de la totalidad de las actividades de la gestión de la calidad, la planificación, el control y la verificación de la misma.

Por interés propio, cada empresa asegura la calidad de sus productos en formas más organizadas y completas. El sistema de calidad de una empresa se caracteriza sobre todo por los objetivos de la empresa, sus productos, proceso organizativos y tamaño. Por ello no puede existir un sistema de calidad normalizado. Pero si pueden establecer reglas para la organización adecuada de un sistema de calidad apropiado para cada caso.

Algunos de los elementos necesarios son:

- Declaración de la Política de Calidad por parte de la dirección de la empresa, definición de las responsabilidades.
- Verificación del resultado del proyecto.
- Control de la documentación.
- Aseguramiento de la calidad de compras.
- Identificación y seguimiento de los productos.
- Inspección y ensayos.

- Control de los equipos de inspección, medición y ensayo.
- Tratamiento de productos no conformes.
- Eliminación de las causas de las no conformidades.
- Auditorias internas de calidad.
- Formación y entrenamiento.
- Aseguramiento de la Calidad en la fase de uso del producto.
- Métodos estadísticos.
- Servicio Posventa o asociado.

El aseguramiento de la Calidad es un proceso que ha venido adquiriendo mayor importancia en los últimos años, debido principalmente al nuevo orden económico mundial que tiene por característica principal la conformación de bloques de integración política, económica y comercial.

El desarrollo acelerado que ha dado el Acta única firmada por doce países miembros de la comunidad Económica Europea en 1986, para alcanzar el mercado sin fronteras, de una parte, y de otra la unificación Alemana y la creación de los dos nuevos bloques del mercado, el norteamericano y el asiático, han educado unos nuevos términos de referencia al comercio internacional, al punto de que ya no sólo aparece la Calidad Total como estrategia Fundamental de la Gerencia moderna, sino que entran en juego nuevos elementos decisivos de las negociaciones como el Aseguramiento de Calidad, la conformidad con normas, la acreditación de laboratorios, las certificaciones, etc.

1.8.7. Normas ISO 9000:2000⁵. La serie de Normas ISO 9000 son un conjunto de enunciados, los cuales especifican que elementos deben integrar el Sistema de Gestión de la Calidad de una Organización y como deben funcionar en conjunto

⁵ Norma ISO 9000:2001 [en línea]. Buenos aires: Murcia Cequeda, Jorge Orlando, 2004. [Consultado el 26 de mayo, 2006]. Disponible por Internet: <http://www.calidad.com.ar/iso9000-2001.html>

estos elementos para asegurar la calidad de los bienes y servicios que produce la Organización.

Las Normas ISO 9000 son generadas por la International Organization for Standardization, cuya sigla es ISO. Esta organización internacional está formada por los organismos de normalización de casi todos los países del mundo.

Los organismos de normalización de cada país producen normas que se obtienen por consenso en reuniones donde asisten representantes de la industria y de organismos estatales. De la misma manera, las Normas ISO se obtienen por consenso entre los representantes de los organismos de normalización enviados por cada país.

1.8.8. Calidad⁶. La palabra Calidad se ha definido de muchas maneras, pero podemos decir que es el conjunto de características de un producto o servicio que le confieren la aptitud para satisfacer las necesidades del cliente.

1.8.9. Sistema de gestión de la calidad⁷. En primer lugar, es necesario definir que significa *sistema*. Formalmente sistema es un conjunto de elementos que están relacionados entre sí. Es decir, hablamos de sistema, no cuando tenemos un grupo de elementos que están juntos, sino cuando además están relacionados entre sí, trabajando todos en equipo.

Entonces, Sistema de Gestión de la Calidad significa disponer de una serie de elementos como Procesos, Manual de la Calidad, Procedimientos de Inspección y Ensayo, Instrucciones de Trabajo, Plan de Capacitación, Registros de la Calidad, etc., todo funcionando en equipo para producir bienes y servicios de la calidad requerida por los Clientes.

⁶ Ibid., Disponible por Internet: <http://www.calidad.com.ar/iso9000-2001.html>

⁷ Ibid., Disponible por Internet: <http://www.calidad.com.ar/iso9000-2001.html>

Las Normas ISO 9000 no definen como debe ser el Sistema de Gestión de la Calidad de una organización, sino que fija *requisitos mínimos* que deben cumplir los sistemas de gestión de la calidad. Dentro de estos requisitos hay una amplia gama de posibilidades que permite a cada organización definir su propio sistema de gestión de la calidad, de acuerdo con sus características particulares.

Las Normas ISO relacionadas con la calidad son las siguientes:

ISO 9000: *Sistemas de Gestión de la Calidad - Fundamentos y Vocabulario.*

En ella se definen términos relacionados con la calidad y establece lineamientos generales para los Sistemas de Gestión de la Calidad.

ISO 9001: *Sistemas de Gestión de la Calidad - Requisitos.*

Establece los requisitos mínimos que debe cumplir un Sistema de Gestión de la Calidad. Puede utilizarse para su aplicación interna, para certificación o para fines contractuales.

ISO 9004: *Sistemas de Gestión de la Calidad -Directrices para la Mejora del desempeño.*

Proporciona orientación para ir mas allá de los requisitos de la ISO 9001, persiguiendo la Mejora Continua del Sistema de Gestión de la Calidad.

La ISO 9001 del 2000 utiliza un enfoque orientado a Procesos. Un Proceso es un conjunto de actividades que utiliza recursos humanos, materiales y procedimientos para transformar lo que *entra* al proceso en un *producto de salida*.

La Entrada del Proceso puede ser elementos materiales, recursos humanos, documentos, información, etc. En forma análoga, la Salida del Proceso puede ser productos materiales, información, recursos humanos, servicios, etc. En general,

la Salida de un Proceso alimenta a un Proceso Cliente. Y la Entrada de un Proceso es la Salida de un Proceso Proveedor.

En general, hay más de una Entrada y más de una Salida. Y frecuentemente una de las Salidas puede entrar al mismo Proceso. Esto se llama *Retroalimentación*:

Un Sistema de Gestión de la Calidad es un sistema en el cual los elementos son Procesos. La ISO 9001 del 2000 visualiza al Sistema de Gestión de la Calidad en su conjunto como un proceso:

En este proceso ingresan los Requisitos de un Producto y se obtiene el Producto que cumple los requisitos y la Satisfacción del Cliente. A su vez, el Sistema de Gestión de la Calidad también está integrado por Procesos.

1.8.10. Requisitos Generales⁸. La Organización (Empresa o Compañía) debe establecer, documentar, implementar y mantener un Sistema de Gestión de la Calidad, y mejorar continuamente su eficacia de acuerdo con los requisitos de esta Norma. El Sistema de Gestión de la Calidad es el proceso global que incluye todos los otros procesos.

1.8.11. Requisitos De La Documentación⁹. La Documentación del Sistema de Gestión de la Calidad debe incluir lo siguiente:

- Declaraciones de la Política de la Calidad y Objetivos de la Calidad.
- Manual de la Calidad.
- Los Procedimientos requeridos en esta Norma.
- Los Documentos necesarios para asegurar la planificación, operación y control de los procesos.

⁸ Ibid., Disponible por Internet: <http://www.calidad.com.ar/iso9000-2001.html>

⁹ Ibid., Disponible por Internet: <http://www.calidad.com.ar/iso9000-2001.html>

- Los Registros requeridos por esta Norma.

La Organización debe *establecer y mantener* un Manual de la Calidad. El Manual de la Calidad debe realizar una descripción adecuada de los procedimientos y procesos del Sistema de Gestión de la Calidad y servir como referencia permanente en la implementación y mantenimiento del mismo.

Los Documentos requeridos por el Sistema de Gestión de la Calidad deben controlarse. Es necesario contar con procedimientos por escrito respecto a como crear y autorizar el uso de la documentación sobre la calidad, como distribuirla entre los distintos sectores y personas, como modificarla cuando sea necesario y como retirar la documentación obsoleta para que no se confunda con la que es válida.

Debe redactarse un Procedimiento Documentado que establezca los controles necesarios para:

- Aprobar los documentos antes de su emisión.
- Revisar y actualizar los documentos.
- Identificar los cambios y el estado de revisión de los documentos.
- Asegurar que los documentos estén disponibles para su uso.
- Asegurar que los documentos permanecen legibles e identificables.
- Prevenir el uso de documentos obsoletos.

1.8.12. Normalización¹⁰. Actividad que consiste en establecer, con respecto a problemas reales o potenciales, disposiciones para uso común y repetido, encaminadas al logro del grado óptimo de orden en un contexto dado. La actividad consta de los procesos de formulación, publicación e implementación de las

¹⁰ Que es la normalización [en línea]. Bogota: Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación, 2005. [Consultado 26 de mayo, 2006]. Disponible en Internet: <http://www.icontec.org.co/normalizacion.asp>

normas. Algunos beneficios importantes de la normalización son una mejor adaptación de los productos, procesos y servicios a sus propósitos previstos, eliminar obstáculos al comercio y facilitar la cooperación tecnológica.

1.8.13. Norma¹¹. Documento establecido por consenso y aprobado por un organismo reconocido, que suministra, para uso común y repetido, reglas, directrices o características para las actividades o sus resultados, encaminados al logro del grado óptimo de orden en un contexto dado.

Las normas técnicas se deben basar en los resultados consolidados de la ciencia, la tecnología y la experiencia y sus objetivos deben ser los beneficios óptimos de la comunidad.

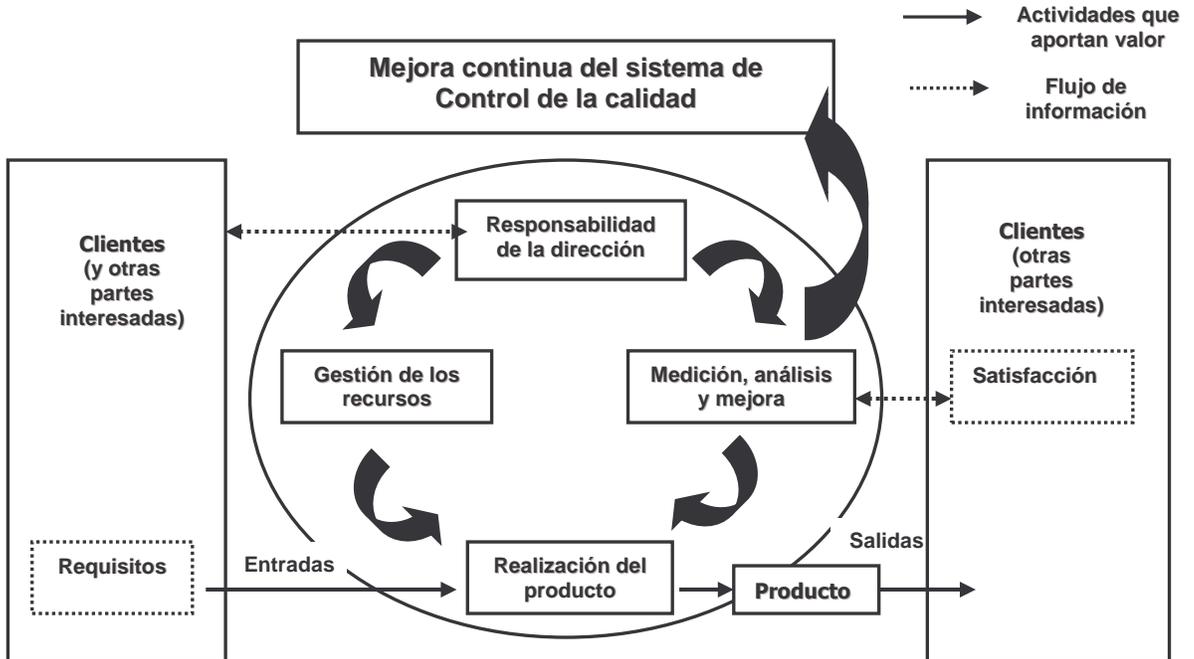
1.8.14. Certificación¹². La certificación es el procedimiento mediante el cual una tercera parte diferente al productor y al comprador asegura, por escrito, que un producto, un proceso o un servicio, cumple los requisitos especificados. Por esta razón, constituye una herramienta valiosa en las transacciones comerciales nacionales e internacionales. Es un elemento insustituible para generar confianza en las relaciones cliente-proveedor.

¹¹ Ibid., Disponible en Internet: <http://www.icontec.org.co/normalizacion.asp>

¹² Que es la certificación [en línea]. Bogotá: Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación, 2005. [Consultado 26 de mayo, 2006]. Disponible en Internet: <http://www.icontec.org.co/certificacion.asp>

1.8.15. Enfoque Basado en Procesos

Figura 1. Enfoque basado en procesos.



Fuente: Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004 Santiago de Cali, 2004. p.1.

Uno de los ocho principios de gestión de la calidad sobre los que se basa la serie de Normas ISO 9000:2000 se refiere al "Enfoque basado en procesos".

Un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.

La norma ISO 9000:2000 apartado 3.4.1 define un "Proceso" como:

"Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados.

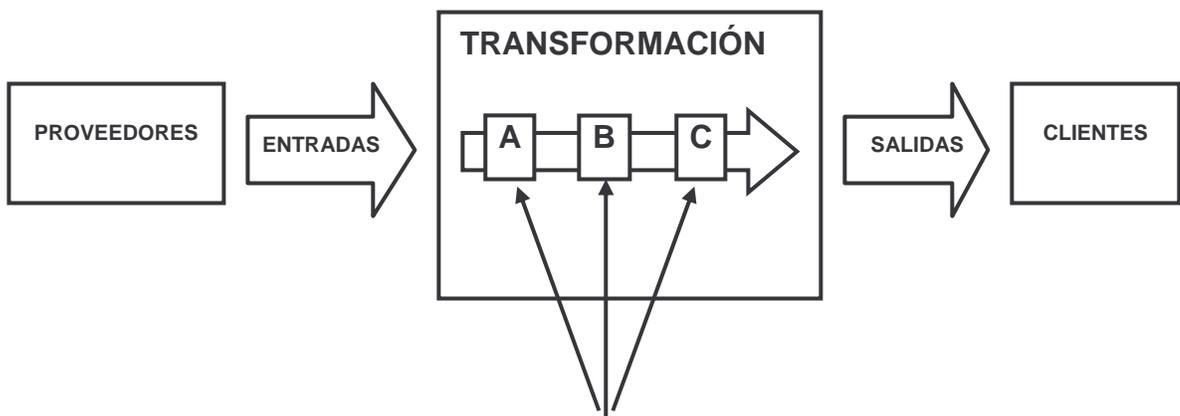
NOTA 1 Los elementos de entrada para un proceso son generalmente resultados de otros procesos.

NOTA 2 Los procesos de una organización son generalmente planificados y puestos en práctica bajo condiciones controladas para aportar valor.”

Los elementos de entrada (entrada) y los resultados (salida) pueden ser tangibles o intangibles. Ejemplos de entradas y de salidas pueden incluir equipos, materiales, componentes, energía, información y recursos financieros, entre otros.

Para realizar las actividades dentro del proceso tienen que asignarse los recursos apropiados. Puede emplearse un sistema de medición para reunir información y datos con el fin de analizar el desempeño del proceso y las características de entrada y de salida.

Figura 2. Representación esquemática de un proceso.



Una serie de pasos transforma las entradas en salidas

Fuente: Hospital Universitario del Valle, Oficina de Desarrollo Institucional, Formatos para la elaboración de procedimientos. Santiago de Cali, 2004. p. 2.

La Norma ISO 9001:2000 enfatiza la importancia para una organización de identificar, implementar, gestionar y mejorar continuamente la eficacia de los procesos que son necesarios para el sistema de gestión de la calidad, y para

gestionar las interacciones de esos procesos con el fin de alcanzar los objetivos de la organización. La norma ISO 9004:2000 guía a la organización más allá de los requisitos de la Norma ISO 9001:2000 al centrarse sobre las mejoras del desempeño. La Norma ISO 9004 recomienda una evaluación de la eficiencia, así como de la eficacia de los procesos.

La eficacia y eficiencia del proceso puede evaluarse a través de los procesos de revisión internos o externos y valorarse en una escala de madurez. Estas escalas se dividen en grados de madurez desde un "sistema informal" hasta "el de mejor desempeño en su clase". Una ventaja de este enfoque es que los resultados pueden ser documentados y seguidos en el tiempo hasta alcanzar las metas de mejora. Se han desarrollado numerosas tablas de grados de madurez para diferentes aplicaciones.

1.8.16. El Ciclo P-H-V-A y el enfoque basado en procesos. El ciclo “Planificar-Hacer-Verificar-Actuar” fue desarrollado inicialmente en la década de 1920 por Walter Shewhart, y fue popularizado luego por W. Edwards Deming. Por esa razón es frecuentemente conocido como “Ciclo de Deming”. Existe una extensa literatura sobre el ciclo PHVA en numerosos idiomas, y se invita a los usuarios de la familia de Normas ISO 9000:2000 a consultarla para comprender más a fondo el concepto. El concepto de PHVA es algo que está presente en todas las áreas de nuestra vida profesional y personal, y se utiliza continuamente, tanto formalmente como de manera informal, consciente o subconscientemente, en todo lo que hacemos. Cada actividad, no importa lo simple o compleja que sea, se enmarca en este ciclo interminable:

Dentro del contexto de un sistema de gestión de la calidad, el PHVA es un ciclo dinámico que puede desarrollarse dentro de cada proceso de la organización, y en el sistema de procesos como un todo. Está íntimamente asociado con la

planificación, implementación, control y mejora continua, tanto en la realización del producto como en otros procesos del sistema de gestión de la calidad.

El mantenimiento y la mejora continua de la capacidad del proceso pueden lograrse aplicando el concepto de PHVA en todos los niveles dentro de la organización.

Esto aplica por igual a los procesos estratégicos de alto nivel, tales como la planificación de los sistemas de gestión de la calidad o la revisión por la dirección, y a las actividades operacionales simples llevadas a cabo como una parte de los procesos de realización del producto. La Nota en el apartado 0.2 de la Norma ISO 9001:2000 explica que el ciclo de PHVA aplica a los procesos tal como sigue:

- "Planificar" establecer los objetivos y procesos necesarios para conseguir resultados de acuerdo con los requisitos del cliente y las políticas de la organización.
- "Hacer" implementar los procesos.
- "Verificar" realizar el seguimiento y la medición de los procesos y los productos respecto a las políticas, los objetivos y los requisitos para el producto, e informar sobre los resultados.
- "Actuar" tomar acciones para mejorar continuamente el desempeño de los procesos.

Figura 3. El ciclo “Planificar-Hacer-Verificar-Actuar”.



Fuente: Hospital Universitario del Valle, Oficina de Desarrollo Institucional, Formatos para la elaboración de procedimientos. Santiago de Cali, 2004. p. 3.

1.8.17. Partes integrantes de un sistema de calidad¹³. La base de una Sistema de Calidad se compone de dos documentos, denominados Manuales de Aseguramiento de la Calidad, que definen por una lado el conjunto de la estructura, responsabilidades, actividades, recursos y procedimientos genéricos que una organización establece para llevar a cabo la gestión de la calidad (Manual de Calidad), y por otro lado, la definición específica de todos los procedimientos que aseguren la calidad del producto final (Manual de Procedimientos). El manual de calidad nos dice ¿Qué? Y ¿Quién?, y el Manual de procedimientos, ¿Cómo? Y ¿Cuándo? Dentro de la infraestructura del Sistema existe un tercer pilar que es la de los Documentos Operativos, conjunto de documentos que reflejan la actuación diaria d la empresa.

1.8.18. Manual de calidad. Especifica la política de calidad de la empresa y la organización necesaria para conseguir los objetivos de aseguramiento de la calidad de una forma similar en toda la empresa. En el se describen la política de calidad de la empresa, la estructura organizacional, la misión de todo elemento

¹³ GONZALES, Carlos. Conceptos generales de calidad total [en línea]. Cali: Monografías, 2005. [Consultado 26 de mayo de 2006]. Disponible en Internet: <http://www.monografias.com/trabajos11/conge/conge.shtml>

involucrado en el logro de la calidad, etc. El fin del mismo se puede resumir en varios puntos:

- Única referencia oficial.
- Unifica comportamientos operativos.
- Clasifica la estructura de responsabilidades.
- Independiza el resultado de las actividades de la habilidad.
- Es un instrumento para la formación y la Planificación de la Calidad.
- Es la base de referencia para auditar el Sistema de Calidad.

1.8.19. Manual de procedimientos. El manual de Procedimientos sintetiza de forma clara, precisa y sin ambigüedades los Procedimientos Operativos, donde se refleja el modo detallado la forma de actuación y de responsabilidad de todo miembro de la organización dentro del marco del Sistema de Calidad de la empresa y dependiendo del grado de compromiso en la consecución de la Calidad del producto final.

1.8.20. El soporte documental básico de la calidad en las entidades promotoras de salud y las que se asimilen¹⁴. La puesta en marcha del Sistema de Garantía de Calidad en las Entidades Promotoras de Salud y las que se asimilen, implica la elaboración de un plan de desarrollo institucional del cual hacen parte los siguientes elementos documentales básicos:

1.8.21. Manual de calidad. Consiste en una descripción general de la organización, de su estructura orgánica, de los elementos que conforman su Sistema de Evaluación y Mejoramiento de la Calidad y de las normas internas que respaldan su adecuado funcionamiento. Contiene además una declaración general

¹⁴ Decreto 2174 de 1996 [en línea]: Artículo 8. Bogotá: El presidente de la república de Colombia, 1996. [consultado 26 de mayo, 2006]. Disponible en Internet: <http://www.presidencia.gov.co/decretoslinea/1996/noviembre/28/dec2174281996.pdf>

de la filosofía de la organización y de sus principios, políticas y estrategias en materia de Calidad.

1.8.22. Manual de procedimientos. Describe los procedimientos administrativos en los cuales intervienen los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Cada descripción de procedimiento debe incluir los estándares de calidad definidos por la entidad para garantizar la accesibilidad, oportunidad y seguridad del servicio.

1.8.23. Planes de mejoramiento. Conjunto de proyectos y programas mediante los cuales la entidad promotora de salud, se compromete en un proceso de Mejoramiento Continuo de la Calidad de sí misma y de las instituciones prestadoras de servicios de su propiedad.

1.8.24. Informes de calidad. Conjunto de documentos que se generan como resultado de las actividades de evaluación, seguimiento y control de la calidad.

2. GENERALIDADES DE LA INSTITUCIÓN

2.1. HOSPITAL UNIVERSITARIO EL VALLE “EVARISTO GARCÍA” E.S.E

2.1.1. Historia del Hospital. El HUV, es una Entidad de Categoría Especial, descentralizada del orden Departamental, cuyo domicilio y sede de sus órganos administrativos es Santiago de Cali. Adscrita a la Secretaría Departamental de Salud, presta servicios en salud en todos los niveles de atención con énfasis en los niveles II y III, con acciones de prevención, orientadas a reducir y minimizar la incapacidad, el sufrimiento y las secuelas de la enfermedad, lo mismo que a promover la adaptación a condiciones irremediables; como las actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a modificar, aminorar o hacer desaparecer los efectos inmediatos o mediatos de la enfermedad que alteran el normal funcionamiento laboral, familiar, individual y social del individuo y su rehabilitación. Así como todo lo concerniente a las labores de docencia, de investigación y desarrollo científico y tecnológico.

El Hospital Universitario del Valle "Evaristo García", lleva el nombre del médico caleño fundador de las Academias de Medicina de Bogotá y del Cauca, Inicia su construcción en 1.936 bajo la dirección de la firma constructora Guillermo Garrido Tovar, obra que se terminó en 1940 por el Arquitecto Hernando Vargas Rubiano. Creado como Hospital por la ordenanza No. 20 de 1938, reformada sucesivamente por las ordenanzas No. 50 de 1942, No. 12 de 1954, N° 9 de 1955 y No. 106 de 1969. Mediante la Resolución N° 97 de julio 26 de 1948 expedida por el Ministerio de Justicia, se reconoció la personería jurídica del "Hospital Departamental del Valle", cuyo tiempo de construcción sufrió dos prolongados cortes, por dificultades financieras, siendo solo hasta el 28 de enero de 1956 que abre sus puertas a la comunidad, con 60 camas; habilitando en su inicio tres de

sus seis pisos, conservando el tercero para el Seguro Social que empezaba actividades en Cali; designaba áreas del primero y segundo piso a la Facultad de Medicina de la Universidad del Valle, convirtiéndose en el sitio obligado de consulta de todos los habitantes del Sur occidente Colombiano, cuando apenas contaba con un mediano servicio de urgencias, siendo el único centro de atención de emergencias de la Región. En 1964 se construye un área para urgencias, el complejo quirúrgico con capacidad de 17 quirófanos, más 40 camas algunas de ellas para maternidad. Organiza la Unidad de Pensionados con 75 camas, con el objetivo de prestar un servicio clínico de primera calidad a quienes pudieran costearlo; previamente el "Consejo Directivo de la Facultad de Medicina mediante Resolución 04 de febrero 25 de 1960, reglamentó la práctica privada en el HUV para los Profesores de dedicación exclusiva y los de tiempo completo geográfico¹⁵".

En 1970 su crecimiento se había triplicado en las áreas de pediatría, partos, recién nacidos y medicina interna, su capacidad superaba las 300 camas e inaugura el bloque de consulta externa con 60 consultorios. En 1973 abre la sala de recién nacidos dando asistencia al 80% de los prematuros de la ciudad. En 1978 se creó la primera unidad de cuidado intensivo con siete camas y en 1981 nace la primera unidad de cuidado intensivo para recién nacidos, líder luego en los programas de neonatología en Latinoamérica. Al inicio de los ochenta impulsa un programa de reparaciones locativas y de inversión de equipos, como el mejoramiento de los procesos asistenciales y administrativos y se crea el departamento de informática y sistemas. En 1981 tenía más de 514 camas, en 1982 se crea la sala de quimioterapia, en 1983 la Unidad Renal, se remodelaron los servicios de lavandería, cocina y la cafetería en el séptimo piso. En los noventa, se desarrollan 63 proyectos de modernización física y tecnológica.

¹⁵ OROZCO, Guillermo. De la Escuela de Medicina y su Universidad. Santiago de Cali: Departamento de Publicaciones Universidad del Valle, 1984. p. 11-18.

La Resolución N° 1962 de diciembre 26 de 1980 lo establece en "El Hospital Universitario del Valle "Evaristo García", establecimiento público adscrito al Sistema Nacional de Salud, con personería jurídica, patrimonio independiente y autonomía administrativa, de conformidad con el artículo 5° del Decreto 056 de enero 15 de 1975¹⁶. Mediante el Decreto Departamental N° 1807 del 7 de noviembre de 1995 el HUV se transforma en Empresa Social del Estado, en cumplimiento al artículo 194 y 197 de la Ley 100 de 1993.¹⁷ Se entiende así como una categoría especial de entidad pública descentralizada del orden Departamental adscrita a la Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca e integrante del Sistema General de Seguridad Social en Salud y sometida al régimen jurídico previsto en el capítulo III, artículo 195 de la Ley 100 de 1993 y Decreto 1876 de 1994. "La denominación de la entidad pública que se transforma mediante el Decreto mencionado será: HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "Evaristo García" "Empresa Social del Estado", con jurisdicción en todo el territorio del Departamento del Valle del Cauca, su domicilio y sede de sus órganos administrativos es la Ciudad Santiago de Cali".¹⁸

La Junta Directiva del Hospital, mediante el Acuerdo No 004 del 27 de febrero de 1997 aprueba el Estatuto del HUV Empresa Social del Estado y mediante el acuerdo 007 del 1 de abril de 1997 expide el estatuto contractual. Con el acuerdo 007 de septiembre de 2001 modifica la Estructura Organizacional y el Acuerdo 005 de abril 29 de 2002 adopta el Manual de Funciones y Requisitos de Cargos.

El Hospital Universitario del Valle "Evaristo García" se encuentra ubicado en la calle 5ª con carrera 36 de la comuna 19. La calle es una vía arteria principal que aloja grandes flujos de tránsito de vehículos livianos y es preferida para la operación del sistema de transporte público colectivo de alta frecuencia y paradas

¹⁶ Ministerio de Salud División de Registro y Certificación de Instituciones. Santa fé de Bogotá Diciembre 14 de 1996. p. 15-23.

¹⁷ Gobernación del Valle del Cauca Secretaría Departamental de Salud Grupo Funcional Inspección Vigilancia y Control. 2002. p. 28-33.

¹⁸ Gobernación Departamento del Valle del Cauca Decreto 1807 Noviembre 7 de 1995. p. 7-16.

distantes reguladas. Es por tanto una vía que forma parte de la Red Básica primordial de la estructura urbana de Cali, generando para la Institución excelentes condiciones de accesibilidad desde y hacia otros sectores de la ciudad.

Funciona actualmente como Empresa Social del Estado con 724 camas, 21 quirófanos; 66 consultorios y 15 cuartos de procedimientos en consulta externa, servicios de apoyo diagnóstico de alta tecnología, atención de consulta externa de todas las especialidades médicas, produjo en el año anterior 87.741 consultas, un servicio de urgencias con 17.135 egresos y 28.096 egresos por hospitalización, 20.900 intervenciones quirúrgicas, con un equivalente paciente día de 333.015. Se erige como el soporte en el área de prestación de servicios de salud para las personas con menores recursos económicos del sector, aproximadamente el 60% de la población que atiende está en la extrema pobreza y no cuenta con ninguna vinculación a la seguridad social, desplazando la atención de la población del régimen contributivo y aún del régimen subsidiado. Destaca dentro de sus distintas especialidades la atención de trauma y la atención al recién nacido, como fortaleza importante dentro del perfil institucional. Es además el único servicio de atención quirúrgica urgente para la población infantil del Valle del Cauca y Sur Occidente Colombiano. Con el cierre de camas en la actual crisis de la salud, el HUV se vio forzado a abrir nuevas camas (100 camillas), ante la demanda que genera un porcentaje ocupacional promedio del 109% y alcanzando cifras del 150% y 300% en urgencias, con una demanda efectiva proveniente el 75% de Cali, el 18% del resto del Departamento del Valle y un 7% del Cauca y Nariño.

2.1.2. Misión. Brindar como Empresa Social del Estado, servicios de promoción, prevención, fomento y rehabilitación en Salud en los diferentes niveles de complejidad, a la comunidad del Sur occidente Colombiano, afiliados y no afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asegurando el equilibrio financiero; ofreciendo servicios de alta tecnología y garantizando la calidad de la atención con personal humanizado, motivado y altamente comprometido.

Como Institución Universitaria, participa en la formación, desarrollo y actualización del Talento Humano, fomentando la inversión buscando fortalecerse como líder de la Salud en Colombia.

2.1.3. Visión. El H.U.V. busca mantener su compromiso como fuente de desarrollo de la salud y calidad de vida, constructor de un modelo de Empresa Social que garantice la prestación de servicios y formación del Talento Humano, basado en la excelencia y siendo motor Regional de la Salud Nacional, enmarcado en el nuevo Sistema General de Seguridad Social de Salud en Colombia.

2.1.4. Principios Organizacionales

- Honestidad
- Responsabilidad
- Disciplina
- Respeto
- Crecimiento Constante

2.1.5. Propósito General. El HUV como fuente de Desarrollo de Salud y Calidad de vida logra un modelo de Empresa Social que garantiza la prestación de servicios de salud y la formación del recurso humano basado en la excelencia y desde la región, es movilizador de las políticas de Salud Pública para el Territorio Nacional.

2.1.6. Objetivos. Consolidar una organización basada en principios de mejoramiento continuo.

- Propiciar que el talento humano identifique al HUV como parte fundamental de su proyecto de vida.

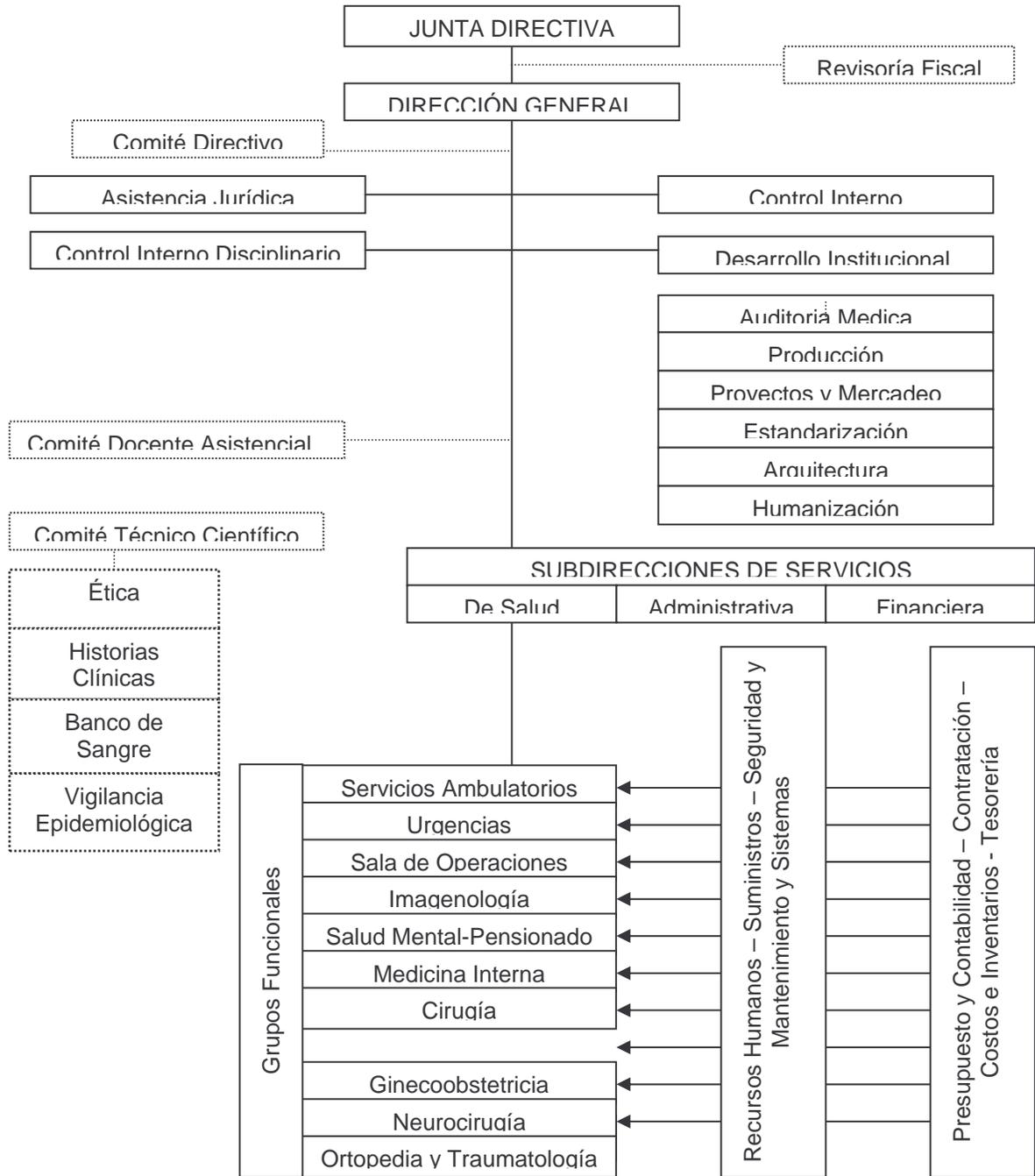
- Estructurar un perfil institucional de servicios que permitan liderazgo con responsabilidad social.
- Asegurar el equilibrio financiero y viabilidad enfocados a su carácter de empresa social del estado.
- Elaborar, gestionar e implementar proyectos estratégicos que permitan el desarrollo y la viabilidad financiera y social del HUV.
- Contribuir a la integración de los entes municipales y departamentales para el mejoramiento y desarrollo de la Red de Atención de Servicios en Salud.

2.1.7. Líneas Estratégicas. El "Desarrollo de las Líneas Estratégicas", parte esencial de este Plan, se configura teniendo presente nuestra misión, la realidad en la que estamos y en especial asumiendo la responsabilidad en el servicio público que debemos prestar en forma productiva con los recursos que la sociedad nos entrega y que exige por tanto niveles muy rigurosos de trabajo, responsabilidad y de toma de decisiones acompañadas de la acción para llevarlas a cabo y obtener los resultados requeridos en el logro de nuestra visión y cumplimiento de nuestros objetivos. El Plan de Desarrollo 2004 - 2007 está compuesto de seis líneas estratégicas, las cuales se describen a continuación:

- *Mejoramiento Continuo y Garantía de la Calidad*
- *Talento Humano*
- *Organización y Desarrollo de Servicios*
- *Equilibrio financiero con rentabilidad social*
- *Desarrollo de Proyectos estratégicos*
- *Red de Servicios*

2.1.8. ESTRUCTURA MATRICIAL

Figura 4. Estructura matricial del Hospital Universitario del Valle



Fuente: Hospital Universitario del Valle, Oficina de Desarrollo Institucional, Formatos para la elaboración de procedimientos. Santiago de Cali, 2004. p. 4.

2.2. OFICINA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL.

La oficina de Desarrollo Institucional del Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E. desarrolla actividades inherentes a la administración mediante la aplicación de la técnica gerencial del mejoramiento continuo pretendiendo ser más productivos y competitivos en el mercado de instituciones prestadoras de servicios de salud, formada por un equipo humano de alto rendimiento que guía y asesora al talento humano del Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E. hacia escenarios futuros deseables en los cuales su modelo de gestión genera alto impacto social y sostenibilidad a los usuarios, proveedores, comunidad y sus servidores públicos.

Facilita y garantiza procesos que conduzcan a la formulación, ejecución y evaluación de: políticas, planes, programas y proyectos a través de la investigación y el liderazgo continuo, generando los elementos esenciales de las culturas de planificación, calidad, mercadeo y desarrollo sostenible.

Cuenta con un equipo multidisciplinario de profesionales conformado por dos Administradores de Empresa, tres Ingenieros Industriales, doce auditores médicos, un dibujante arquitectónico, una trabajadora social, y una secretaria.

Las áreas que conforman la oficina de desarrollo Institucional son:

- **Gestión de Calidad:** El Hospital Universitario del Valle constantemente analiza sus procesos, de manera tal que si existe algún inconveniente pueda mejorarse o corregirse; como resultado de la aplicación de esta técnica el H.U.V. ha venido creciendo dentro del mercado, convirtiéndose en líder en la prestación de Servicios de Salud en el Sur occidente colombiano. Son logros del área la formación, capacitación y socialización de la Normas del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Asesoría permanente en técnicas para el

mejoramiento continuo de los procesos. Generación y despliegue de la Política y Objetivos de Calidad. Diseño, elaboración y socialización de guías y formatos para elaboración y mejoramiento de procedimientos administrativos, financieros y asistenciales siguiendo los lineamientos de la norma internacional ISO 9001:2000. Conformación de equipos de alto rendimiento por área en búsqueda del mejoramiento y la certificación de calidad de sus servicios. Planeación y Presupuesto de los Planes de Acción para la intervención a la Infraestructura Física. Diseño, Elaboración y Estandarización de procesos de contratación de obras civiles.

- **Arquitectura y desarrollo Sostenible:** Esta área se encarga de realizar diseños arquitectónicos y técnicos, el acompañamiento, seguimiento y control de la ejecución de recursos de los proyectos de adecuación a la infraestructura física hospitalaria, modernización tecnológica y mobiliarios contemplados en el Plan de Desarrollo 2004-2007, mediante la coordinación de actividades con los diseñadores, interventores, contratistas, oficina jurídica, subdirección técnica, gerentes y demás personal responsables de los proyectos. Entre sus logros se destacan la coordinación de actividades con los diferentes diseñadores e interventores de proyectos de obra. Coordinación de actividades para el diseño de mobiliarios de los servicios que se modernizan. Conformación de comités técnicos de obra para cada uno de los proyectos de infraestructura. Diligenciamiento y reporte oportuno de la información de ejecución de proyectos de infraestructura a la Contraloría Departamental. Diligenciamiento de información y trámites administrativos para la solicitud de licencias y permisos ante los diferentes entes para la ejecución de los proyectos de intervención a la infraestructura física. Diseños arquitectónicos, técnicos y presupuesto de los proyectos de adecuación física a las diferentes áreas de la institución como resultado de la modernización de servicios que se adelantan en el hospital. Depuración, Clasificación y Organización de toda la información de estudios técnicos y arquitectónicos en medios físicos por pisos, áreas y por proyecto.

- **Gestión de proyectos y mercadeo:** La oficina de Desarrollo Institucional en su área de proyectos y mercadeo asesora a las diferentes áreas y subdirecciones de servicios de la institución en la formulación y desarrollo de los proyectos estratégicos en el marco del Plan de Desarrollo 2004-2007. En los últimos años se han desarrollado proyectos que le permiten a la institución un mejoramiento a nivel físico, tecnológico, económico y social, aumentando la oferta de servicios a sus diferentes usuarios. De la misma forma se han diseñado estrategias de mercadeo a nivel administrativo que le permiten al HUV obtener un portafolio de servicios amplio y competitivo, permitiendo a los usuarios un acceso a servicios de salud que el mercado actual no le ofrece.

A través de estudios e investigaciones realizadas, se han diseñado e implementado estrategias que han dado respuesta positiva a la institución y a los usuarios, de tal manera que satisfacen las necesidades de un grupo poblacional a través de beneficios sociales y generando nuevos ingresos a la institución.

La determinación de las necesidades de los servicios y la formulación de los proyectos debe cumplir con metodologías del Banco de Proyectos de Inversión Nacional -B.P.I.N.-, exigidas por el gobierno departamental, nacional y entidades internacionales, entre estas se encuentran:

Metodología BPIN 019.

Metodología	BPIN	001	Tipo	A
Nueva Metodología General Ajustada -MGA-. Son logros del área la Determinación de necesidades de modernización física y renovación tecnológica Diseño y Elaboración de los planes operativos, bienales y anuales de inversión Consecución de entes que financien para los diferentes proyectos institucionales.				

Formulación y elaboración de proyectos de modernización física y tecnológica en las metodologías exigidas por los entes patrocinadores.

Sustentación de los proyectos formulados en las diferentes metodologías ante las respectivas entidades para la consecución de los conceptos de viabilidad y técnicos favorables. Elaboración de informes de ejecución de proyectos para reportar a los diferentes estamentos que solicitan información a la institución. Implementación del Banco de Proyectos del HUV bajo el Sistema de Seguimiento y Evaluación de Proyectos de Inversión – S.S.E.P.I.

- **Gestión de producción:** El área de Producción de Servicios de Salud se encarga de planificar, diseñar e implementar los procesos de seguimiento, medición y análisis de indicadores de calidad, como instrumento para la toma de decisiones y el mejoramiento de la producción hospitalaria, así mismo, de proporcionar información oportuna de la producción de servicios de salud a nivel interno y externo, que permita la toma de decisiones basados en hechos y datos, para la optimización de los recursos y de este modo el mantenimiento de los índices de acuerdo a las metas determinadas en la normatividad vigente. Son logros del área la aplicación de la normatividad exigida por el gobierno nacional, departamental y municipal. Construcción de indicadores para el mejoramiento de la calidad. Organizar y consolidar la información de los diferentes servicios con el fin de realizar los reportes de manera oportuna a los diferentes entes de control de la institución, como: Ministerio de la Protección Social, Secretaría de Salud, Planeación y Contraloría del Departamento del Valle del Cauca, entre otros.

Brindar información estadística verídica para complementar la formulación de proyectos de inversión y de desarrollo administrativo.

Diseñar, elaborar y capacitar a los funcionarios de la institución mediante instrumentos técnicos en temas relacionados con la recolección de información en

la fuente para la construcción de indicadores de calidad y productividad que permitan el cumplimiento de metas propuestas y estándares dados por los entes de control.

- **Auditoria Médica:** Tiene como misión realizar la auditoria de la calidad en la prestación de los servicios de salud en su dimensión técnica y humana, mediante la evaluación del cumplimiento de los procesos asistenciales y administrativos relacionados, además de asesorar y acompañar a las diferentes UES en el desarrollo de los planes de mejoramiento en lo relacionado con la prestación de servicios de salud, teniendo siempre en cuenta que la razón de ser del Hospital es el paciente. Las áreas de trabajo son: Auditoría concurrente para la calidad de la atención en salud y el área de respuesta de glosas. Entre sus objetivos se encuentran Desarrollar el programa de Auditoria concurrente mediante la a evaluación de procesos de atención registrados en la historia clínica, identificar y medir las causas de la estancia hospitalaria prolongada, Realizar seguimiento y control a la implementación del Sistema Obligatorio de garantía de la Calidad de la Atención en Salud mediante la inspección de las condiciones de habilitación, y el seguimiento y control a los indicadores de la calidad definidos en el Sistema Único de Información para la Calidad y la circular 030 de la Superintendencia Nacional de Salud.

Realizar la respuesta a glosas de facturas por prestación de servicios de salud de manera oportuna y eficiente de conformidad con la normatividad vigente, finalmente brindar asesoría durante el proceso de contratación por prestación de servicios de Salud y realizar capacitación a la comunidad hospitalaria en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

3. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

De conformidad a lo dispuesto por el Decreto 1011 de 2006 que establece el sistema obligatorio de garantía de calidad para todas las instituciones prestadoras de servicios de salud en el territorio Nacional, en lo referente al Sistema de Seguridad Social en Salud, se encuentra la necesidad de diseñar los procesos y procedimientos de auditoría médica para optimizar la eficiencia del área, y el desarrollo e implementación del Programa de Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, con el fin de que el Hospital Universitario del Valle "Evaristo García" E.S.E desarrolle integralmente el sistema único de garantía de la calidad de la atención en salud.

Además del interés del Hospital Universitario del Valle "Evaristo García" E.S.E. por desarrollar el sistema obligatorio de garantía de la calidad y de garantizar procesos de gestión en el marco del mejoramiento continuo, la institución busca ser:

- Una organización con rentabilidad social y auto sostenible, donde todos los que interactúen con ella se desarrollen y estén satisfechos.
- Sus usuarios y todos sus clientes reciban servicios de calidad.
- Mejorar la productividad de cada persona de la organización, a través de instrumentos para gerenciar sus procesos, mejorar la calidad y reducir costos.
- Lograr concebir, desarrollar y mantener ventajas competitivas sostenibles garantizando su supervivencia, a través de un Sistema de Gestión de Calidad Integral

El plan de Desarrollo del Hospital Universitario del Valle "Evaristo García" E.S.E. 2004- 2007, es coherente con el planteamiento anteriormente expuesto, este tiene consignado en su numeral 5.6.1 el mejoramiento continuo y garantía de la calidad como un objetivo estratégico institucional el cual busca Consolidar una organización basada en principios de mejoramiento continuo, siendo un factor clave de éxito para el logro de este objetivo la Habilitación y acreditación de los servicios de salud.

4. METODOLOGIA

4.1. TIPO DE ESTUDIO

De acuerdo al problema y los objetivos que se han planteado, el estudio es de tipo descriptivo – deductivo, ya que a partir de la información y con base en investigaciones se seguirán los procedimientos adecuados para la resolución del problema.

4.2. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

Se inició con la investigación y consulta en materia de calidad, sistemas de aseguramiento de calidad y manuales de calidad para conocer antecedentes y formar una visión global del tema a desarrollar.

Posteriormente se estudió la norma ISO 9001:2000, que ES la base para el elaborar el proyecto planteado.

Una vez conocido el tema, se cuenta con la fundamentación teórica para el desarrollo del proyecto, se socializo al equipo de trabajo de auditoria médica el objetivo del proyecto se inició la fase de recolección de información de los procedimientos a estudiar, para organizarla y redactar la estructura documental correspondiente.

4.3. FUENTES TÉCNICAS PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

La información para la realización del proyecto “Diseño e Implementación del proceso de Auditoria Médica de la Oficina de Desarrollo Institucional del Hospital

Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E.” acorde a la Norma ISO 9001:2000 se apoyó en fuentes de información primarias y secundarias.

4.3.1. Fuentes primarias. Las fuentes primarias utilizadas son:

Para el cumplimiento de los objetivos del proyecto, se acude al empleo de los siguientes métodos con el fin de obtener información acerca de los procedimientos ejecutados en las áreas a estudiar:

- **Método de Observación:** Se realiza mediante la observación general de los puestos de trabajo y procedimientos que se llevan a cabo en las áreas a estudiar dentro de la institución.
- **Método de Cuestionario:** Se solicita al encargado de realizar un procedimiento que diligencie un formato donde relacione de manera específica todas sus actividades.
- **Método de Entrevista:** Se indaga a los funcionarios para obtener información mas detallada del procedimiento y responder algunas posibles dudas que puedan presentarse sobre el mismo.

4.3.2. Fuentes secundarias. Las fuentes secundarias utilizadas son:

Se realizaron investigaciones preliminares relativas a los sistemas de calidad, normas de la serie ISO 9000:2000 y manuales de calidad de otras áreas de la institución; para ello se tomaron las siguientes fuentes principales:

- Textos bibliográficos de Sistemas de Gestión de la Calidad.
- Norma NTC ISO 9000:2000 del ICONTEC.
- Documentación de Procesos del Banco de Sangre de la institución.

4.4. PASOS PARA LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA

Ante un problema se deben diseñar e implementar medidas que logren evitar que los factores causales vuelvan a presentarse. Este procedimiento es una especie de recuento o representación de las actividades necesarias de llevar a cabo y dado que se encausan a motivos de mejora se le puede llamar "la ruta de la calidad".

Un problema se soluciona de acuerdo con los siguientes siete pasos:

- **EL PROBLEMA:** Motivo de mejora o problema, se debe identificar el problema justificando claramente las razones para trabajar en su eliminación. Si su grado de importancia es alto y muchas personas lo comprenden, la búsqueda de su solución será tratada con seriedad y se logrará compromiso en los involucrados. El Diagrama Causa efecto o espina de pescado se aplica con el objeto definir la o las causas raíz del problema identificado con el objeto de impactarlas y así eliminar la presentación del problema o el diseño de procesos ineficientes.
- **OBSERVACION:** Descripción de la situación actual y fijación de objetivos de mejora.
- **ANALISIS:** Análisis del problema, identificando y verificando las causas que lo originan.
- **ACCION:** Elaboración de alternativas para corregir o eliminar el problema. Selección de la mejor alternativa e implementación de la misma.
- **EJECUCION:** Análisis de resultados, comprobación de que el problema se ha corregido, sus causas han disminuido o desaparecido y el objetivo de mejora se ha cumplido.

-VERIFICACION: Revisión de las actividades y planeación del trabajo futuro.

Si estos siete pasos se clarifican y se implementan en el mismo orden, las actividades de mejoramiento en la contratación serán lógicamente consistentes.

Para lograr el mejoramiento continuo y el aseguramiento de calidad en el área de Auditoría Médica y en la institución en general se debe llevar a cabo procedimientos de capacitación del personal de la institución en cuanto a procesos actitudinales, aseguramiento de la calidad, mejoramiento continuo, mejoramiento de los procesos, sistemas de documentación, con el fin de contar con personal apto para el levantamiento de los procesos que se desarrollen dentro de su puesto de trabajo acorde a los lineamientos establecidos en la norma Internacional ISO 9000 versión 2000, este proceso se llevará a cabo bajo la orientación de los coordinadores de calidad.

La recolección de la información se realiza en forma escrita, tomando como base los procesos que se encuentran consignados en los actuales manuales de procedimiento. Esta información se valida con las personas que intervienen en los procesos del área de Planeación.

Con la anterior información se procede al diagnóstico situacional del área de Auditoría Médica de la Oficina de Desarrollo Institucional, en relación con sus procesos y procedimientos para proceder a realizar las actividades necesarias con el fin de cumplir con procesos y procedimientos estandarizados diseñados acorde a los lineamientos de la norma internacional ISO 9000 versión 2000.

Se jerarquizan los procesos dentro del área de Auditoría Médica y se realiza la documentación de los mismos de acuerdo a los criterios establecidos.

Una vez efectuadas las mejoras se lleva a cabo la socialización de los procesos con el talento humano involucrado con los diferentes procesos que se han

sometido a documentación, con el objeto de lograr que lo planeado sea ejecutado y se obtenga resultados eficientes.

- **ESTANDARIZACION:** Implementación definitiva de los procesos que probaron durante la fase de Verificación utilidad y eficiencia, ejecutando de esta manera el ciclo PHVA buscando evitar que el problema o su causa raíz se origine.

5. DESARROLLO DEL PROYECTO.

5.1. RESULTADOS DE LA RECOLECCIÓN TÉCNICA DE INFORMACION

La aplicación de los métodos técnicos de recolección de información produce la definición del problema del área de Auditoria Médica.

5.1.1. Definición del problema en auditoria médica. Carencia de la definición de procesos y procedimientos claros y estandarizados que precisen las competencias de auditoria medica en el Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E lo cual ha ocasionando resultados desarticulados y perdida del enfoque de la auditoria de servicios de salud.

5.1.2. Análisis causa efecto. Imprecisión de la organización en la definición del rol de auditoria medica al interior del HUV.

- Enfoque de auditoria médica centrado en el ámbito de cuentas médicas sin ser el responsable del proceso de respuesta de glosas.
- Imprecisión en la definición de los procesos y procedimientos prioritarios del área de Auditoria Médica.
- Multiplicidad de funciones que llevan a reproceso.
- Enfoque de intervención en los resultados de los procesos de manera correctiva.

- Insuficiente medición de las actividades, procesos y resultados del equipo de auditoria medica.

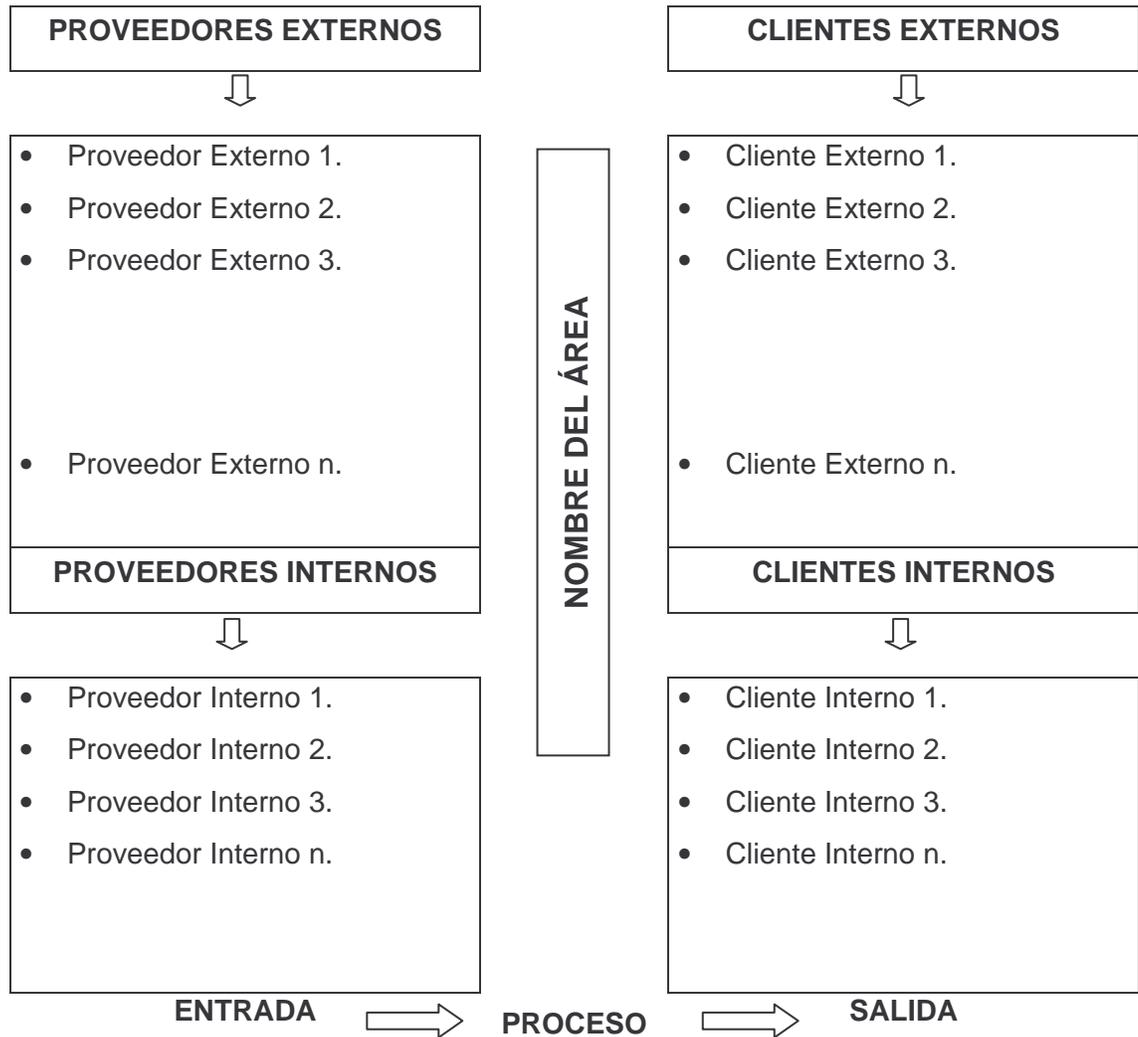
5.2. ESTRUCTURA DOCUMENTAL DE PROCESOS

Para identificar y clasificar los procesos realizados en las áreas de Auditoria Médica, Institucional se empleó la siguiente metodología:

5.2.1. Identificar proveedores y clientes internos y externos del área.

Consiste en identificar los proveedores y clientes de cada área, es decir, las partes interesadas, esto se realiza listando las instituciones, empresas y todo aquel que requiera o preste servicios al área, posteriormente se clasifica la lista anterior en proveedores y clientes, y con dicha clasificación se distribuyen los proveedores y clientes en internos y externos. (Véase Formato 1).

Formato 1. Identificación de proveedores y clientes externos e internos.



Fuente: Hospital Universitario del Valle, Oficina de Desarrollo Institucional, Formatos para la elaboración de procedimientos. Santiago de Cali, 2004. p. 5.

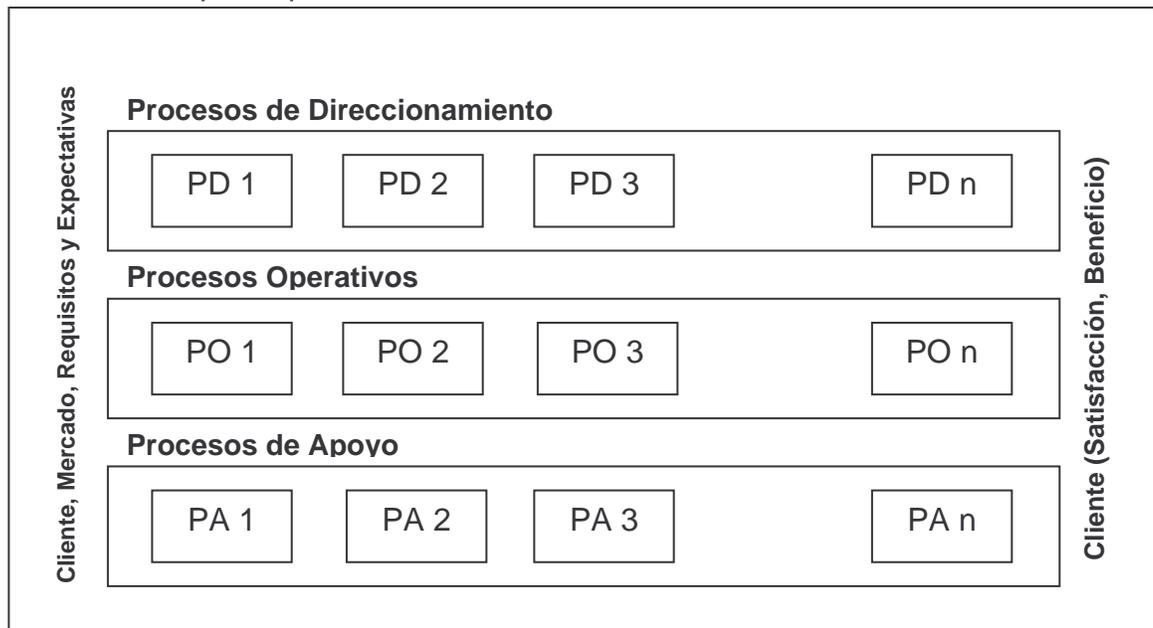
5.2.2. Identificar los procesos. Consiste en realizar una lista de todos los procesos que son desarrollados en el área.

5.2.3. Realizar el mapa de procesos. Consiste en clasificar los procesos identificados anteriormente en las tres siguientes categorías:

- **Procesos de Direccionamiento:** son todos aquellos que este relacionado con la Planeación Estratégica del área.

- **Procesos Operativos:** son todos aquellos que tiene relación directa con la razón de ser del área.
- **Procesos de Apoyo:** son todos aquellos que contribuyen a la eficacia y adecuada ejecución de los procesos operativos. (Véase Formato 2).

Formato 2. Mapa de procesos.



Fuente: Hospital Universitario del Valle, Oficina de Desarrollo Institucional, Formatos para la elaboración de procedimientos. Santiago de Cali, 2004. p. 6.

5.2.4. Priorizar los procesos. Una vez realizado el mapa de procesos se continua evaluando cada uno de los procesos consignados en este de acuerdo a la siguiente tabla para priorizar los mismos; lo anterior se realiza calificando uno a uno los procesos según los factores consignados en dicha tabla en una escala de 1 a 3; siendo 3 alto, 2 medio y 1 bajo. Para los procesos que sean Requisitos ISO 9001, Afectan la satisfacción del cliente, Afectan la calidad del servicio / producto y Exigencia de Ley; es obligatoria su documentación. (Véase Formato 3).

Formato 3. Identificación procesos necesarios.

No.	Nombre del Proceso	Requisitos ISO 9001	Afecta Satisfacción del cliente	Afecta la calidad del servicio	Afecta Intereses de la empresa	Método de ejecución (complejidad)	Competencia del personal	Afecta partes interesadas	Exigencia de Ley	Frecuencia	Afecta Otros procesos	Total
1												
2												
3												
4												

Fuente: Hospital Universitario del Valle, Oficina de Desarrollo Institucional, Formatos para la elaboración de procedimientos. Santiago de Cali, 2004. p. 7.

Una vez calificados todos los procesos necesarios del área, el equipo de trabajo de la misma debe establecer el puntaje mínimo a partir del cual se documentarán los procesos.

Los procesos con puntaje igual o superior al definido por el equipo de trabajo del área deben ser documentados.

NOTA: Si un proceso obligatorio tiene un puntaje inferior al definido por el equipo de trabajo debe ser documentado o debe reevaluarse su calificación con el propósito de incluirlo dentro del rango definido para su documentación.

Para el caso de las áreas de Oficina Jurídica, Unidad de Control Interno y Oficina de Desarrollo Institucional se determinó documentar los procesos que tuvieran un puntaje igual o mayor a 26 puntos, este criterio de calificación fue establecido en colaboración con el jefe de cada área, que habían asistido previamente al curso de capacitación de ISO 9000:2000. Esto se determinó para favorecer los procesos que a consideración de los colaboradores eran esenciales para la excelente prestación del servicio.

Una vez se terminan estas actividades, se deben socializar con el resto del personal de las áreas correspondientes, para someter el trabajo a consideración de todos y así hacer las correcciones pertinentes de acuerdo a los criterios de todo el personal.

La tabla de identificación de los procesos necesarios a documentar se realizó con base a otros modelos para calificar los procesos, teniendo en cuenta los ítems más importantes según la norma NTC ISO 9000:2000, donde se recomienda documentar los siguientes procesos:

- Requisitos ISO 9001.
- Afecta satisfacción del cliente.
- Afecta la calidad del servicio.
- Exigencia de Ley.

5.2.5. Determinación del tipo de documentación. Una vez determinado los procesos prioritarios o críticos del área, se seleccionará para cada uno de estos el tipo de documentación a emplear de acuerdo a la pirámide documental. (Véase la Figura 1 y formato 4).

Los tipos de documentación empleados en la institución son:

- Manual de Calidad.
- Plan de Calidad.
- Caracterización.
- Procedimientos, Guías, Especificaciones, Instructivos y Planos.
- Registros.
- Documentos Externos.

Figura 5. Pirámide documental.



Fuente: Hospital Universitario del Valle, Oficina de Desarrollo Institucional, Formatos para la elaboración de procedimientos. Santiago de Cali, 2004. p. 8.

Formato 4. Procesos necesarios a documentar.

No.	Proceso necesario a documentar	Caracterización del proceso	Instructivo de Trabajo	Manual de Calidad	Diagrama de flujo	Guías	Especificación
1							
2							
3							

Fuente: Hospital Universitario del Valle, Oficina de Desarrollo Institucional, Formatos para la elaboración de procedimientos. Santiago de Cali, 2004. p. 9.

Para las oficinas de Desarrollo Institucional y Auditoría médica se decidió documentar todos los procesos en diagramas de flujo debido a que en otras áreas de la institución ya se había trabajado bajo este formato.

5.2.6. Estructura de la codificación. La estructura para la codificación de la documentación de cada una de las áreas de Hospital Universitario del Valle "Evaristo García" E.S.E. será alfa-numérica teniendo en cuenta el organigrama de la empresa que consta de tres subdirecciones, los diferentes tipos de documentos manejados, las áreas de la institución y un consecutivo asignado a cada documento, con el fin de facilitar su identificación a través de toda la institución.

La codificación asignada a los tipos de documentos es la siguiente: (Véase el Tabla 1).

Tabla 1. Codificación para tipos de documentos.

TIPO DE DOCUMENTO	CÓDIGO
Manual de calidad	MC
Plan de calidad	PC
Caracterización de procesos	CA
Procedimiento	PR
Especificación	ES
Instructivos	INS
Guía	GI
Libro	LIB
Planos	PL
Registro	REG

Fuente: Hospital Universitario del Valle, Oficina de Desarrollo Institucional, Formatos para la elaboración de procedimientos. Santiago de Cali, 2004. p. 10.

La codificación asignada a la dirección general y las tres subdirecciones de la institución es la siguiente: (Véase el Tabla 2).

Tabla 2. Codificación para las áreas directivas de la institución.

DIRECCIÓN	CÓDIGO
Dirección General	DG
Subdirección de Servicios de Salud	SSS
Subdirección Administrativa	SSA
Subdirección Financiera	SSF

Fuente: Hospital Universitario del Valle, Oficina de Desarrollo Institucional, Formatos para la elaboración de procedimientos. Santiago de Cali, 2004. p. 11.

La codificación de algunas de las áreas clínicas de la institución es la siguiente: (Véase el Tabla 3).

Tabla 3. Codificación para las áreas clínicas de la institución.

ÁREA	CÓDIGO
Banco de Sangre	BS
Cirugía	CX
Desarrollo Institucional	DI
Hospital Universitario del Valle	HUV
Imagenología	IMG
Neurocirugía	NQX
Urgencias	URG

Fuente: Hospital Universitario del Valle, Oficina de Desarrollo Institucional, Formatos para la elaboración de procedimientos. Santiago de Cali, 2004. p. 12.

Finalmente a cada procedimiento de cada una de las área se le asigna un consecutivo de los documentos que está posee. La codificación será generada por el área de Desarrollo institucional.

El orden de la codificación es el siguiente:

- PASO 1. Código del tipo de documento.
- PASO 2. Código de la dirección o subdirección a la cual pertenece el área.
- PASO 3. Código del área a la que pertenece el documento.
- PASO 4. Consecutivo del documento.

Las anteriores codificaciones se escriben separadas por un slash. (Véase Tabla 4).

Tabla 4. Ejemplo de codificación en la Oficina de Desarrollo Institucional.

CODIFICACIÓN	SIGNIFICADO
MC/DG/DI/001	Manual de calidad número 1: Manual de calidad Oficina Desarrollo Institucional acorde a la norma ISO 9001:2000
CA/DG/DI/004	Caracterización de proceso número 4 del área de Desarrollo Institucional que pertenece a la Dirección General.
PR/DG/DI/036	Procedimiento número 36 del área de Desarrollo Institucional que pertenece a la Dirección General.
ES/DG/DI /001	Especificación número 1 del área de Desarrollo institucional que pertenece a la Dirección General.
INS/DG/HUV/001	Instructivo número 1 del Hospital Universitario del Valle que pertenece a la Dirección General.
REG/DG/DI /001	Registro número 1 del área de Desarrollo Institucional que pertenece a la Dirección General.

Fuente: Hospital Universitario del Valle, Oficina de Desarrollo Institucional, Formatos para la elaboración de procedimientos. Santiago de Cali, 2004. p. 13.

5.2.7. Caracterización de procesos. La caracterización de los procesos se realiza con el fin de obtener una descripción sistémica del mismo y de esta manera observar el proceso de transformación; definiendo el límite correspondiente.

Todos los procesos se someterán a caracterización para identificar su objetivo, responsable, indicador de gestión, proveedores, entradas, actividades, salidas, clientes, requisitos de ley, procesos de apoyo, interrelaciones, requisitos ISO y documentos empleados para las actividades del proceso. Solo los procesos Principales a documentar deben tener caracterización. La caracterización de procesos se realiza a través del diligenciamiento del formato de caracterización de procesos (Véase formatos 5 y 6).

Los ítems que se relacionan en este formato son un complemento al trabajo realizado anteriormente, así como también son de gran ayuda para ir estructurado aun más cada proceso.

Formato 5. Caracterización de procesos necesarios para el Sistema de Gestión de la Calidad.

 <p>HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE ENRIQUE GARCÍA RUIZ</p>	<h2>PROCESO</h2>	CÓDIGO:
		FECHA DE EMISIÓN:
		VERSIÓN:
		PÁGINA:
		TIPO DE DOCUMENTO:
		No. DE COPIA:

OBJETIVO:
RESPONSABLES:
INDICADOR DE GESTIÓN:

PROVEEDORES	ENTRADAS	ACTIVIDADES	SALIDAS	CLIENTES
INTERRELACIONES:	REQUISITOS ISO 9001:		REQUISITOS DE LEY:	
PROCESOS DE APOYO:		DOCUMENTOS:		

Realizó: 	Revisó: Firma: Nombre: Cargo: Área:	Aprobó: Firma: Nombre: Cargo: Área:
-------------------------	--	--

Fuente: Hospital Universitario del Valle, Oficina de Desarrollo Institucional, Formatos para la elaboración de procedimientos. Santiago de Cali, 2004. p. 14.

Formato 6. Instructivo de caracterización de procesos necesarios para el Sistema de Gestión de la Calidad.

 <p>HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE Evaristo García U.S.E</p>	<h2>PROCESO</h2>	CÓDIGO:
		FECHA DE EMISIÓN:
		VERSIÓN:
		PÁGINA:
		TIPO DE DOCUMENTO:
		No. DE COPIA:

OBJETIVO: Describa brevemente el (los) resultado(s) esperado(s) de la realización del proceso; en esta descripción debe quedar clara la finalidad de su aplicación.

RESPONSABLES: El (los) cargo(s) de la(s) persona(s) que tengan la responsabilidad del desarrollo del proceso ante la gerencia.

INDICADOR DE GESTIÓN: Escriba el (los) indicador(es) de gestión que faciliten la medición y control del proceso.

PROVEEDORES	ENTRADAS	ACTIVIDADES	SALIDAS	CLIENTES
Liste todo aquel que preste servicios al proceso.	Liste todo lo que se someta a transformación durante el proceso.	Liste el conjunto de actividades (procedimientos) que interactúan y conforman el proceso.	Liste todos los resultados de la transformación.	Liste todo aquel que requiera los servicios del proceso.

INTERRELACIONES:
Liste los procesos que se interrelacionan con el proceso.

REQUISITOS ISO 9001:
Liste los requisitos de la Norma ISO 9001 que se satisfacen con el proceso en mención.

REQUISITOS DE LEY:
Liste las leyes, decretos y toda la normatividad que se satisfacen con el proceso en mención.

PROCESOS DE APOYO:
Liste los procesos que soportan el proceso en mención.

DOCUMENTOS:
Liste los documentos que se van a emplear para documentar las actividades (procedimientos) del proceso.

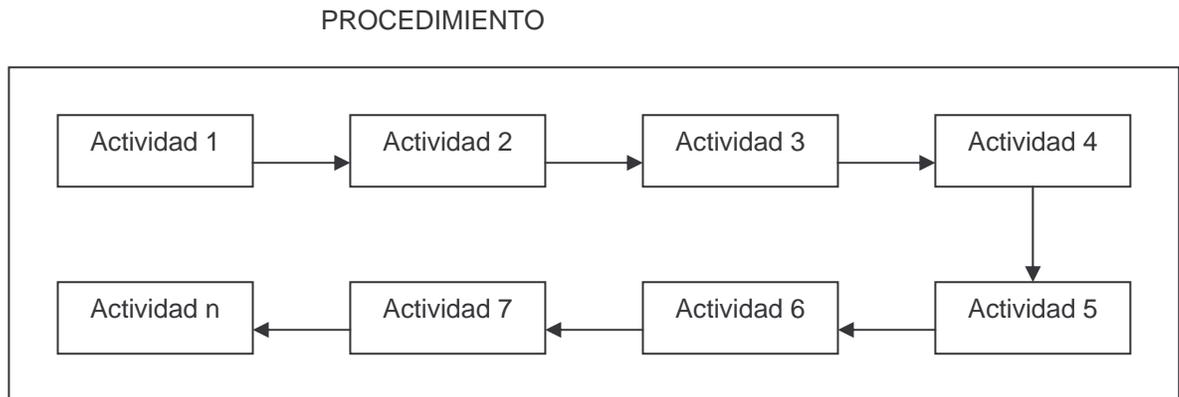
Realizó:	Revisó: Firma: Nombre: Cargo: Área:	Aprobó: Firma: Nombre: Cargo: Área:
-----------------	--	--

Fuente: Hospital Universitario del Valle, Oficina de Desarrollo Institucional, Formatos para la elaboración de procedimientos. Santiago de Cali, 2004. p. 15.

5.2.8. Documentación de procedimientos. La documentación que se emplea en la institución para los procedimientos comprende el diligenciamiento del formato correspondiente y del diagrama de flujo. (Véase Anexo 5, Formato 7 y Formato 8).

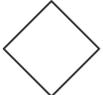
Un diagrama de flujo es la representación gráfica de la secuencia de las operaciones, transportes, inspecciones, esperas y almacenamientos que suceden durante un procedimiento.

Figura 6. Esquema de Procedimiento.



Fuente: Hospital Universitario del Valle, Oficina de Desarrollo Institucional, Formatos para la elaboración de procedimientos. Santiago de Cali, 2004. p. 16.

Tabla 5. Actividades del diagrama de proceso.

	<p>Inicio o fin: Se emplea este símbolo para dar inicio y finalización del diagrama.</p>
	<p>Operación: Una operación tiene lugar cuando un objeto es modificado intencionadamente en sus características físicas o químicas, es acoplado o separado de otro objeto o es ordenado o dispuesto para otra operación, transporte, inspección o almacenamiento. También se realiza una operación cuando se da o recibe información o cuando tiene lugar una planificación o cálculo.</p>
	<p>Transporte: Tiene lugar un transporte cuando un objeto es movido de un lugar a otro, excepto cuando tales movimientos son parte de una operación o son causados por el operario en el puesto de trabajo durante una operación o una inspección.</p>
	<p>Inspección: Una inspección tiene lugar cuando un objeto es examinado para su identificación o es verificado en su cantidad o en la calidad de alguna de sus características.</p>
	<p>Espera: Una espera tiene lugar para un objeto cuando las condiciones, excepto aquellas que intencionadamente cambian las características físicas o químicas del objeto, no pertinente o no requieren la inmediata realización de la siguiente acción planeada.</p>
	<p>Almacenamiento: Un almacenamiento tiene lugar cuando un objeto es mantenido y protegido contra movimientos no autorizados.</p>
	<p>Decisión: Una decisión tiene lugar posteriormente a la realización de una inspección, señala un estado en el cual se debe tomar una decisión a partir de la que el procedimiento se divide en dos o más posibilidades. La alternativa que se escoja depende de la respuesta al cuestionamiento que se establece en la decisión correspondiente. Cada una de las vías se nombra de acuerdo con la respuesta (si o no) al cuestionamiento que se establece en el símbolo.</p>
	<p>Conectores: Se emplean para dar continuidad al diagrama de flujo cuando se pasa de una página a otra.</p>

Fuente: Hospital Universitario del Valle, Oficina de Desarrollo Institucional, Formatos para la elaboración de procedimientos. Santiago de Cali, 2004. p. 17.

Formato 7. Instructivo elaboración de procedimientos.

	INSTRUCTIVO ELABORACIÓN DE PROCEDIMIENTOS	CÓDIGO: INS/DG/HUV/001
		FECHA DE EMISIÓN:
		VERSIÓN:
		PAGINA:
		TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA
		NO. DE COPIA:

ENCABEZADO

TÍTULO: Referencia el nombre del documento (Manual de calidad, Manual de procedimiento, instructivos, formatos etc.) que se va a tratar.

CÓDIGO: Código del documento según la estructura de codificación para la documentación interna.

FECHA DE EMISIÓN: Fecha en que se elaboró el documento, escrita en el siguiente orden dos dígitos para el día, a continuación / como símbolo de separación, dos dígitos para el mes, a continuación el símbolo de / y finalmente cuatro dígitos par el año.

VERSIÓN: Numero de la versión del documento, indica el número de veces que se ha modificado el documento.

PAGINA: Indica numeración consecutiva de las páginas del documento del total de las mismas

TIPO DE DOCUMENTO: En esta casilla se identificara el nivel de restricción del documento de la siguiente forma:

INFORMACIÓN INTERNA: Libre circulación dentro del Hospital.

- Manual de Calidad.
- Manual de Buenas Prácticas de Manufactura.
- D.R.A. - Descripción de Responsabilidades Asignadas.
- Normas de Perfil del Cargo.
- Tablas de Datos.

INTERNA RESTRINGIDA: Solamente tienen acceso las personas que el responsable de la aprobación designe.

- Planes de Calidad.
- Especificaciones Técnicas - Condiciones de Operación.
- Instructivos.
- Procedimientos.
- Guías.

El nivel de restricción de una norma específica es determinado por el responsable de su aprobación, de acuerdo con el grado de confidencialidad y las necesidades de uso de la información suministrada en el documento.

CONTENIDO

1. OBJETIVO

Describa brevemente el (los) resultado(s) esperado(s) de la aplicación del procedimiento, en esta descripción debe quedar claro la finalidad de su aplicación.

2. ALCANCE

Describa la cobertura de las disposiciones expresadas en términos de procesos, cargos, áreas. Se recomienda utilizar expresiones como:

- Este procedimiento define los métodos para.....de aplicación en las áreas de.....del Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E.

3. RESPONSABILIDAD

El (los) cargo(s) de la(s) persona(s) que tengan la responsabilidad del desarrollo del procedimiento.

4. PROCEDIMIENTOS

Actividades o secuencia de pasos que deben seguir para alcanzar el objetivo del documento haciendo referencia a lo que se hace, como se hace, los responsables, los documentos y los registros asociados a la actividad y demás información que requiera ser aplicada.

Este procedimiento se puede documentar de la siguiente manera:

- Diagrama de flujo.
- Protocolos.
- Guías de manejo.

4.1 Redacción de documentos

Para redactar un documento se debe utilizar verbos en tiempo infinitivo. Ej. Dirigir, desarrollar, etc.

Emplear lenguaje sencillo, conciso y claro. Ser breve, uniforme en la exposición y coherente con los procedimientos del sistema de calidad.

Utilizar el mismo término para el mismo concepto.

PERIODICIDAD PARA LA REVISIÓN

Se indica el responsable y la periodicidad para la revisión de los documentos. Indicando cómo y dónde se debe registrar el control de los cambios realizados al documento, como el resultado de la revisión.

5. ACCIONES DE CONTINGENCIA

En esta parte de la norma se deben indicar las acciones que se deben tomar para evitar algún evento inesperado o problema durante la realización del proceso y/o las acciones a seguir para evitar que se repita algún inconveniente que haya surgido en el desarrollo del proceso.

6. ANEXOS

Se indican los anexos relacionados con el procedimiento.

7. REFERENCIAS

Se registran instrucciones y documentos referidos en el procedimiento descrito, así como normas o lineamientos utilizados.

CUADRO DE CONTROL

Realizó: En esta casilla se indica la profesión y nombre de las personas que realizaron el procedimiento.

Revisó: Presenta la firma, nombre y el cargo del encargado con autoridad para revisar el documento.

Aprobó: Presenta la firma, nombra y el cargo del encargado con autoridad para aprobar el documento.

Fuente: Hospital Universitario del Valle, Oficina de Desarrollo Institucional, Formatos para la elaboración de procedimientos. Santiago de Cali, 2004. p. 18.

Formato 8. Diagrama de flujo.

 <p>HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE Evaristo García U.S.E</p>		NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO								CÓDIGO:
										FECHA DE EMISIÓN:
										VERSIÓN:
										PÁGINA:
										TIPO DE DOCUMENTO:
No. DE COPIA:										
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE								
		ÁREA:	ÁREA:	ÁREA:	ÁREA:	ÁREA:	ÁREA:	ÁREA:	ÁREA:	ÁREA:
		CARGO:	CARGO:	CARGO:	CARGO:	CARGO:	CARGO:	CARGO:	CARGO:	
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										

Fuente: Hospital Universitario del Valle, Oficina de Desarrollo Institucional, Formatos para la elaboración de procedimientos. Santiago de Cali, 2004. p. 19.

5.3. CONTROL DE LA ESTRUCTURA DOCUMENTAL

El área de administración de calidad del Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E. será el encargado de ejercer el debido control de todos los documentos, procedimientos y datos relacionados con el objetivo de mantener estos actualizados y disponibles para los usuarios. (Véase Formato 14).

5.3.1. REQUISITOS PARA CONTROL DE DOCUMENTOS. Los ítems que se relacionan a continuación se deben tener en cuenta para la debida actualización y control de documentos:

- Antes de editarse los documentos estos deben ser revisados y aprobados para su adecuación, por el personal autorizado.
- Se debe realizar la adecuada distribución de los documentos a las áreas que las requieran.
- Los documentos obsoletos deben ser retirados con prontitud, garantizando que los sitios que efectúen operaciones esenciales en el sistema de gestión de calidad dispongan de las ediciones oportunas de los documentos utilizados.
- Cuando se efectúen cambios, los documentos deben ser aprobados por el mismo responsable que los aprobó inicialmente.
- Los cambios, modificaciones y copias son responsabilidad del coordinador de calidad de cada área.

Formato 9. Control de documentación.

	CONTROL DE DOCUMENTACIÓN	CÓDIGO: INS/DG/HUV/001
		FECHA DE EMISIÓN:
		VERSIÓN:
		PAGINA:
		TIPO DE DOCUMENTO: Interna Restringida
		NO. DE COPIA:

PAGINA: Indica numeración consecutiva de las páginas del documento del total de las mismas.

TIPO DE DOCUMENTO: En esta casilla se identificara el nivel de restricción del documento de la siguiente forma:

INFORMACIÓN INTERNA: Libre circulación dentro del Hospital.

- Manual de Calidad.
- Manual de Buenas Prácticas de Manufactura.
- D.R.A. - Descripción de Responsabilidades Asignadas.
- Normas de Perfil del Cargo.
- Tablas de Datos.

INTERNA RESTRINGIDA: Solamente tienen acceso las personas que el responsable de la aprobación designe.

- Planes de Calidad.
- Especificaciones Técnicas - Condiciones de Operación.
- Instructivos.
- Procedimientos.
- Guías.

El nivel de restricción de una norma específica es determinado por el responsable de su aprobación, de acuerdo con el grado de confidencialidad y las necesidades de uso de la información suministrada en el documento.

CONTENIDO: el cual se compone de lo siguiente:

1. Objetivo.
2. Alcance.
3. Responsabilidad.
4. Contenido específico del documento.
5. Periodicidad para la revisión.
6. Acciones de contingencia.
7. Anexos.
8. Referencias.

Este contenido es aplicable a los siguientes tipos de documentos: Procedimientos, especificaciones, guías, instructivos, planes de calidad.

Para los demás tipos de documentos es obligatorio que contenga objetivo y la

responsabilidad además del contenido específico del mismo.

El revisor del documento debe cerciorarse de que este sea legible.

Una vez revisado por el coordinador de calidad del área de influencia el documento o en su defecto será revisado por el par de otra área de la institución se diligenciará el comentario con respecto al documento propuesto y se dará la firma de aceptado o no aceptado. La firma del revisor será respaldada por la firma de aprobación por parte de la gerencia de U.E.S. correspondiente. Si el documento es rechazado solo se firmará la solicitud dando la no aceptación.

Si el documento es aceptado el revisor firmará la solicitud y la entregará a la(s) persona(s) que lo realizó, quien con este requisito solicitará un código de documento al encargado de mejoramiento continuo y Garantía de Calidad en la oficina de Desarrollo Institucional y posteriormente se emitirá el documento definitivo con las modificaciones pertinentes actualizando el documento correspondiente.

CUADRO DE CONTROL

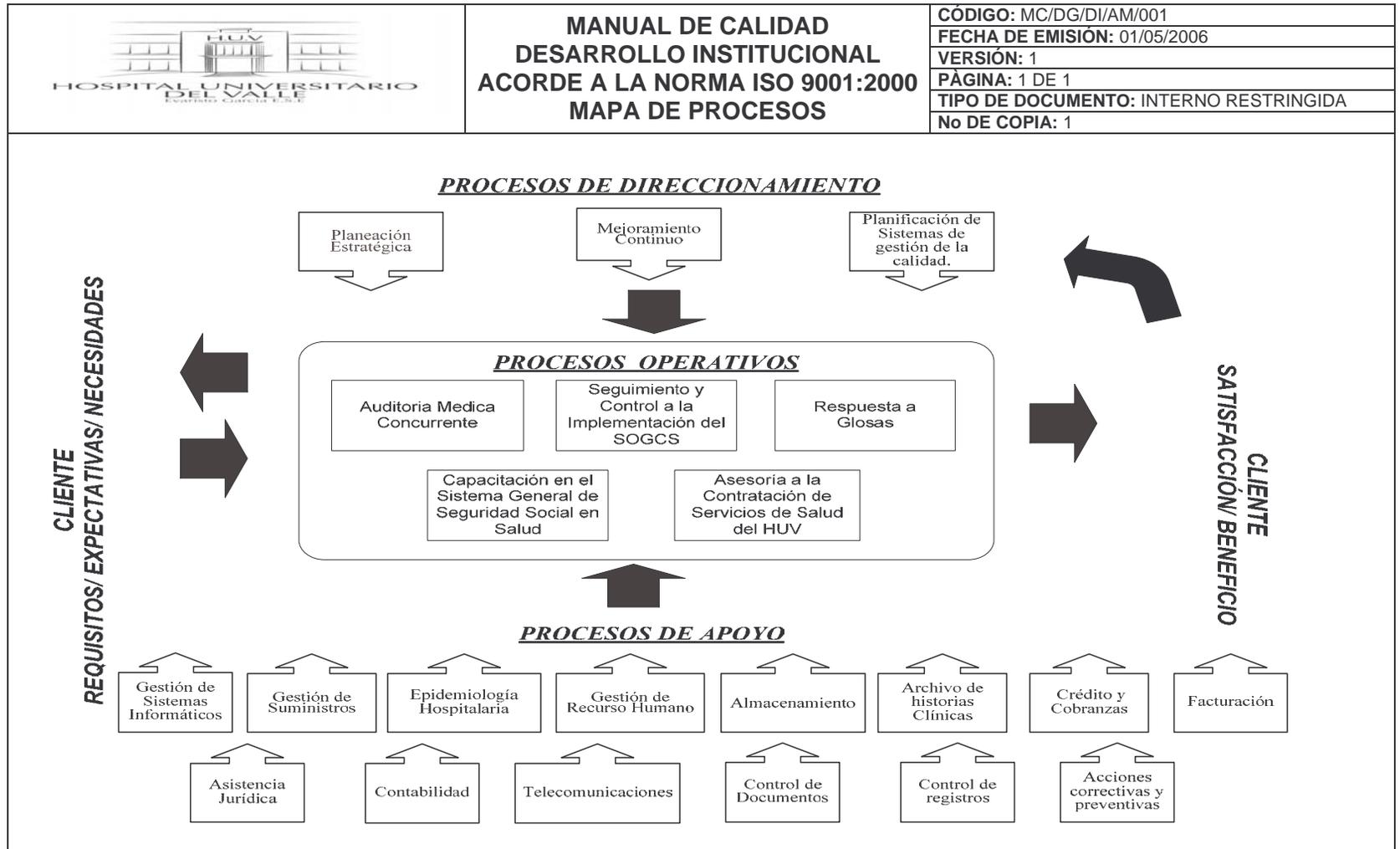
Realizó: En esta casilla se indica la profesión y nombre de las personas que realizaron el procedimiento.

Revisó: Presenta la firma, nombre y el cargo del encargado con autoridad para revisar el documento.

Aprobó: Presenta la firma, nombra y el cargo del encargado con autoridad para aprobar el documento.

Fuente: Hospital Universitario del Valle, Oficina de Desarrollo Institucional, Formatos para la elaboración de procedimientos. Santiago de Cali, 2004. p. 20.

5.4. MAPA DE PROCESOS DEL AREA DE AUDITORIA MÉDICA DE LA OFICINA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL



5.4.1. Identificación procesos necesarios en el área de auditoría médica de la oficina de desarrollo institucional

 <p>HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE Evaristo García E.S.E</p>	MANUAL DE CALIDAD AUDITORIA MEDICA ACORDE A LA NORMA ISO 9001:2000 IDENTIFICACIÓN DE PROCESOS NECESARIOS	CÓDIGO: MC/DG/DI/AM/001
		FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006
		VERSIÓN: 1
		PÁGINA: 1 DE 1
		TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA
		NO. DE COPIA: 1 de 1

No.	Nombre del Proceso	Requisitos ISO 9001	Afecta Satisfacción del cliente	Afecta la calidad del servicio	Afecta Intereses de la empresa	Método de ejecución (complejidad)	Competencia del personal	Afecta partes interesadas	Exigencia de Ley	Frecuencia	Afecta Otros procesos	Total
1	Auditoría Médica Concurrente	3	2	3	2	3	3	3	2	3	3	27
2	Seguimiento y Control a la Implementación del SOGCS	3	2	3	2	3	3	3	2	3	3	27
3	Respuesta a Glosas	3	2	3	2	3	3	3	2	3	3	27
4	Capacitación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud	2	3	3	2	3	3	3	2	3	3	27
5	Asesoría a la Contratación de Servicios de Salud del HUV	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	28

Realizó: Dra. Emilce Arévalo García Ing. Albeiro Marroquín Mendoza	Revisó: Firma: Nombre: Ing. Néstor Barón Carrillo. Cargo: Jefe de Oficina Área: Desarrollo Institucional.	Aprobó: Firma: Nombre: Ing. Néstor Barón Carrillo. Cargo: Jefe de Oficina Área: Desarrollo Institucional.
---	--	--

5.4.2. Tipo de documento del área de auditoria médica de la oficina de desarrollo institucional.

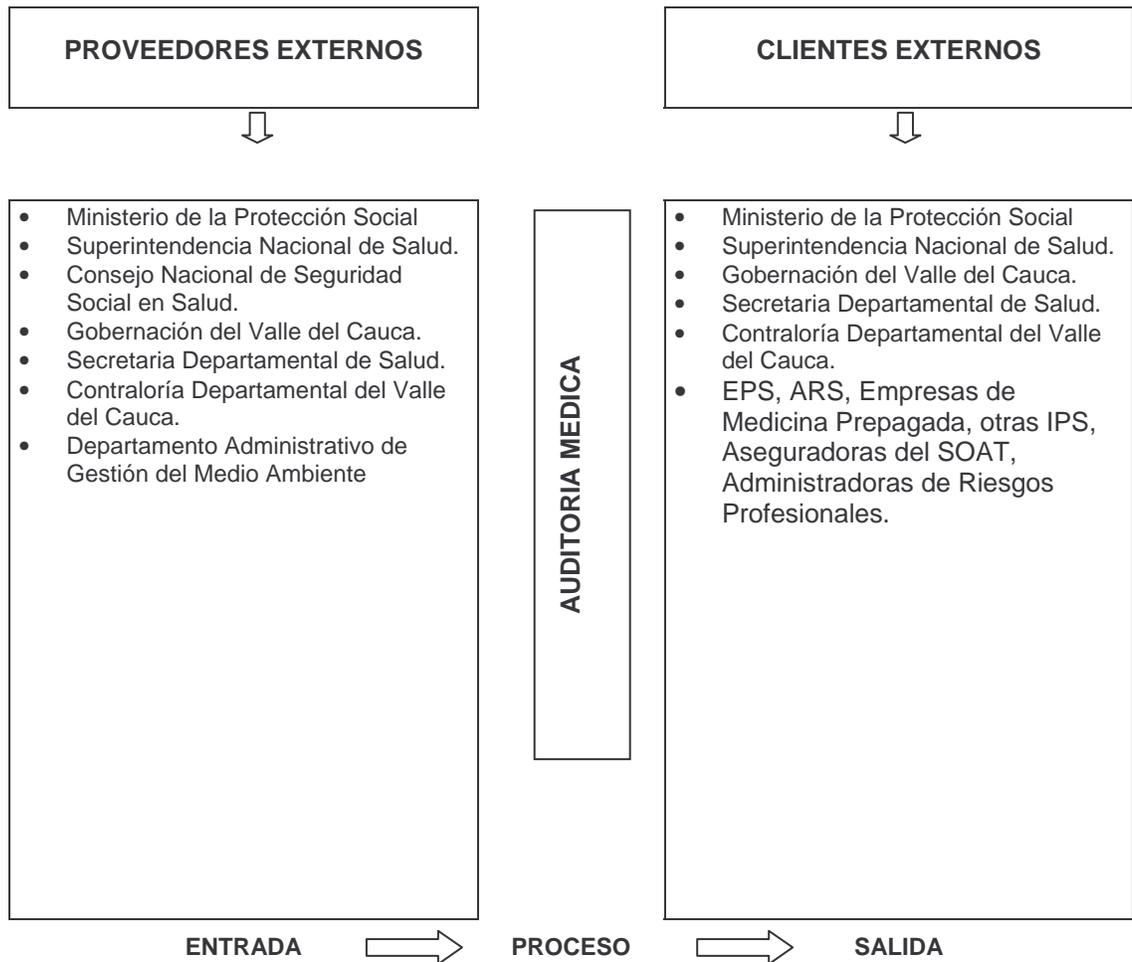
	MANUAL DE CALIDAD DESARROLLO INSTITUCIONAL ACORDE A LA NORMA ISO 9001:2000 TIPO DE DOCUMENTO	CÓDIGO: MC/DG/DI/AM/001
		FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006
		VERSIÓN: 1
		PÁGINA: 1 DE 1
		TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA
		NO. DE COPIA: 1

No.	Proceso necesario a documentar	Caracterización del proceso	Instructivo de Trabajo	Manual de Calidad	Diagrama de flujo	Guías	Especificación
1	Auditoria Medica Concurrente	X	X		X		
2	Seguimiento y Control a la Implementación del SOGCS	X			X		
3	Respuesta a Glosas	X	X		X		
4	Capacitación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud	X			X		
5	Asesoría a la Contratación de Servicios de Salud del HUV	X			X		

Realizó: Dra. Emilce Arévalo García Ing. Albeiro Marroquín Mendoza	Revisó: Firma: Nombre: Ing. Néstor Barón Carrillo. Cargo: Jefe de Oficina Área: Desarrollo Institucional.	Aprobó: Firma: Nombre: Ing. Néstor Barón Carrillo. Cargo: Jefe de Oficina Área: Desarrollo Institucional.
---	--	--

5.4.3 Identificación de proveedores y clientes del área de auditoría médica de la oficina de desarrollo institucional.

 <p>HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE Evaristo García E.S.E</p>	<p>MANUAL DE CALIDAD AUDITORIA MEDICA ACORDE A LA NORMA ISO 9001:2000 IDENTIFICACIÓN DE PROVEEDORES Y CLIENTES</p>	CÓDIGO: MC/DG/DI/AM/001
		FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006
		VERSIÓN: 1
		PÁGINA: 1 DE 1
		TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA
		NO. DE COPIA: 1 de 1

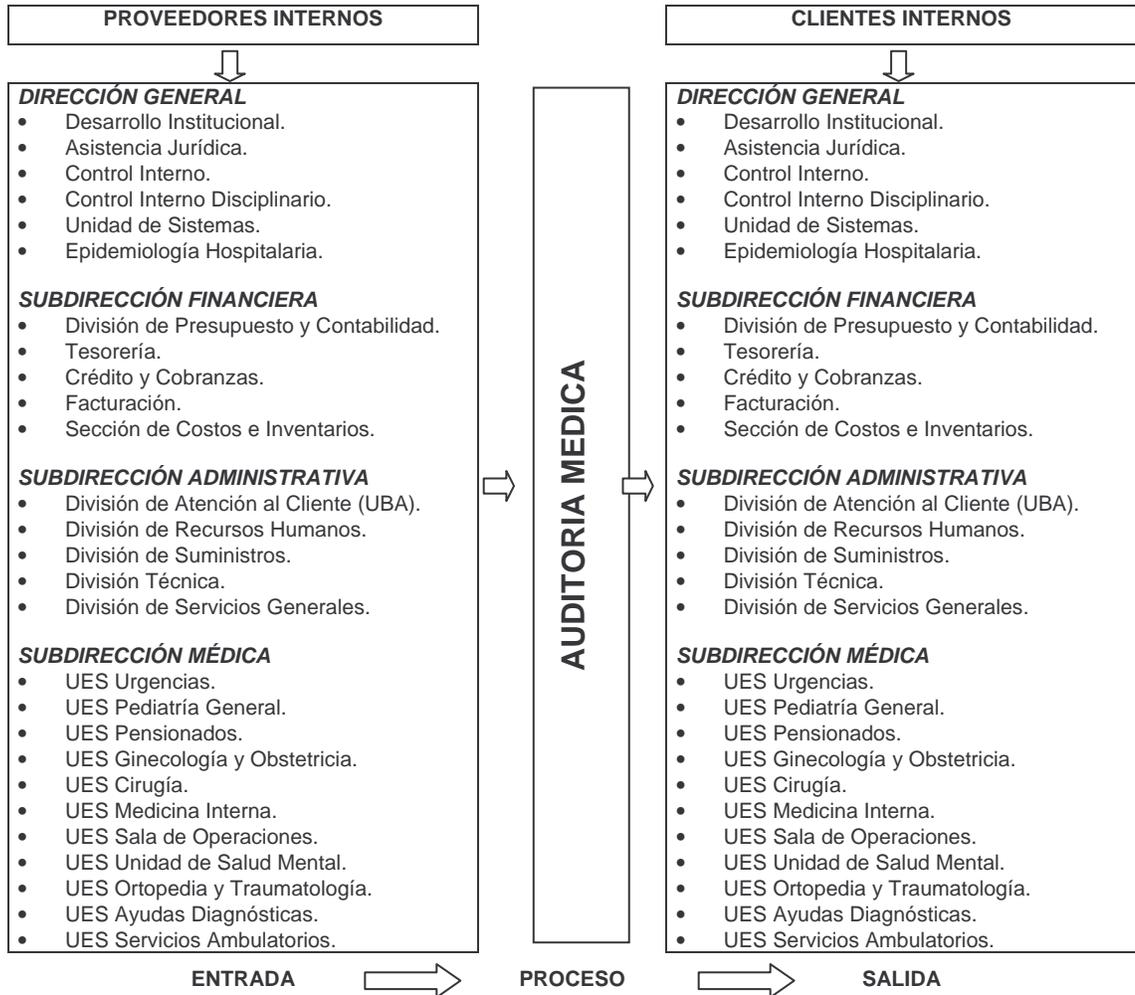


<p>Realizó: Dra. Emilce Arévalo García Ing. Albeiro Marroquín Mendoza</p>	<p>Revisó: Firma: Nombre: Ing. Néstor Barón Carrillo. Cargo: Jefe de Oficina Área: Desarrollo Institucional.</p>	<p>Aprobó: Firma: Nombre: Ing. Néstor Barón Carrillo. Cargo: Jefe de Oficina Área: Desarrollo Institucional.</p>
--	---	---



**MANUAL DE CALIDAD
AUDITORIA MEDICA ACORDE A
LA NORMA ISO 9001:2000
IDENTIFICACIÓN DE
PROVEEDORES Y CLIENTES**

CÓDIGO: MC/DG/DI/AM/001
FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006
VERSIÓN: 1
PÁGINA: 1 DE 1
TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA
NO. DE COPIA: 1



Realizó: Dra. Emilce Arévalo García Ing. Albeiro Marroquín Mendoza	Revisó: Firma: Nombre: Ing. Néstor Barón Carrillo. Cargo: Jefe de Oficina Área: Desarrollo Institucional.	Aprobó: Firma: Nombre: Ing. Néstor Barón Carrillo. Cargo: Jefe de Oficina Área: Desarrollo Institucional.
---	--	--

5.4.4. Matriz documental del área de auditoría médica de la oficina de desarrollo institucional.

	MANUAL DE CALIDAD AUDITORIA MEDICA ACORDE A LA NORMA ISO 9001:2000 MATRIZ DOCUMENTAL	CÓDIGO: MC/DG/DI/001
		FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006
		VERSIÓN: 1
		PÁGINA: 1 DE 1
		TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA
		NO. DE COPIA: 1 de 1

PROCESO		PROCEDIMIENTOS	ANEXOS
1	Auditoría Médica Concurrente.	Identificación de Causas de Estancia Hospitalaria Prolongada.	<ul style="list-style-type: none"> • Formato de registro y notificación de casos de estancia prolongada hospitalaria. • Instructivo del formato de registro y notificación de casos de estancia prolongada hospitalaria. • Tabla de metas de estancia por sala. • Informe modelo de estancia prolongada.
		Auditoría de la Calidad del Diligenciamiento de Historias Clínicas	<ul style="list-style-type: none"> • Formato para evaluar la calidad del diligenciamiento de las historias clínicas de hospitalización. • Instructivo del formato para evaluar la calidad del diligenciamiento de las historias clínicas de hospitalización. • Acta de auditoría de la calidad del diligenciamiento de historias clínicas de hospitalización • Instructivo del Acta de auditoría de la calidad del diligenciamiento de historias clínicas de hospitalización
2	Seguimiento y Control a la implementación del SOGCS	Seguimiento y control al cumplimiento del Sistema Único de Habilitación	
		Seguimiento y Control a los indicadores de la Calidad de la Atención en Salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Manual de fichas técnicas de indicadores de la Calidad de la atención en Salud del HUV.
		Seguimiento y Control al Desarrollo del Sistema Único de Acreditación.	

3	Respuesta a Glosas	Recepción de Glosa	<ul style="list-style-type: none"> • Lista de Chequeo de recepción de la glosa y hoja de Ruta del proceso. • Carta de devolución de glosas por no cumplimiento de los requisitos de la circular 035 de la Contaduría General de la Nación.
		Respuesta a Glosa	<ul style="list-style-type: none"> • Formato de Carta glosa. • Formato de solicitud de soportes de glosa.
		Envío de Respuesta a Glosa	
4	Capacitación en el SGSSC	Planeación de Capacitación	
		Ejecución de Capacitación.	
		Calificación de Capacitación.	
5	Asesoría a la contratación de Servicios de Salud del HUV	Revisión de la minuta de contratos por prestación de Servicios de Salud	<ul style="list-style-type: none"> • Acta de revisión de minuta propuesta para la contratación por prestación de servicios de Salud • Instructivo del acta de revisión de minuta propuesta para la contratación por prestación de servicios de Salud
		Acompañamiento en la negociación de contratos por prestación de Servicios de Salud.	

Realizó: Dra. Emilce Arévalo García Ing. Albeiro Marroquín Mendoza	Revisó: Firma: Nombre: Ing. Néstor Barón Carrillo. Cargo: Jefe de Oficina Área: Desarrollo Institucional.	Aprobó: Firma: Nombre: Ing. Néstor Barón Carrillo. Cargo: Jefe de Oficina Área: Desarrollo Institucional.
---	--	--



5.5. AUDITORIA MEDICA CONCURRENTE

CÓDIGO: CA/DG/DI/AM/01
FECHA DE EMISIÓN: 01/05 2006
VERSIÓN: 1
PAGINA: 1 DE 1
TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA
NO. DE COPIA: 1

OBJETIVO: Realizar Auditoria de la Calidad de los procesos clínicos y administrativos relacionados con la prestación de Servicios de la Salud de manera simultanea a la atención clínica.

RESPONSABLES: Auditores Médicos

INDICADOR DE GESTIÓN: Porcentaje de procesos evaluados.

<p>PROVEEDORES Unidades estratégicas de servicio</p>	<p>ENTRADAS Procesos clínicos y administrativos relacionados con la prestación de Servicios de Salud.</p>	<p>ACTIVIDADES - Identificación de casos de Estancia Hospitalaria Prolongada. - Auditoria a la Calidad del diligenciamiento de Historias Clínicas.</p>	<p>SALIDAS Procesos clínicos y administrativos relacionados con la prestación de Servicios de Salud auditados.</p>	<p>CLIENTES Internos: Subdirección de UES. Dirección Operativa de Servicio de Salud. Desarrollo Institucional. Dirección General. Externos: Secretaría Departamental de Salud del Valle. Contraloría del Valle del Cauca.</p>
---	--	--	---	--

<p>INTERRELACIONES: Todos los procesos clínicos y administrativos relacionados con la prestación de Servicios de Salud.</p>	<p>REQUISITOS ISO 9001: 4.1d), 4.1e), 4.2.1d), 4.2.2 b) 4.2.3 4.2.4 5.2 5.4 5.5.1 5.5.3 5.6 6.1 6.2 6.3 6.4 7.1 7.2 7.5 8.1 8.2 8.3 8.4 8.5</p>	<p>REQUISITOS DE LEY: Ley 100 de 1993 Decreto 1011 de 2006 Resolución 1995 de 1999 Convenio 0420 de 2006 por prestación de Servicios de Salud entre el HUV y la Gobernación del Valle del Cauca.</p>
--	--	---

<p style="text-align: center;">PROCESOS DE APOYO:</p> <p>Gestión de sistemas informáticos. Gestión de suministros. Epidemiología hospitalaria. Archivo de historias clínicas.</p>	<p style="text-align: center;">DOCUMENTOS:</p> <p>Formato e instructivo 011 para registro y notificación de Estancia Hospitalaria Prolongada. Formato e instructivo 012 para la Evaluación de la Calidad del diligenciamiento de Historias Clínicas. Formato e instructivo 013 la Evaluación de la Pertinencia de la remisión de pacientes al HUV.</p>
--	---

<p>Realizó: Dra. Emilce Arévalo García Ing. Albeiro Marroquín M.</p>	<p>Revisó: Firma: Nombre: Néstor Barón Carrillo Cargo: Jefe de Oficina Área: Desarrollo Institucional</p>	<p>Aprobó: Firma: Nombre: Néstor Barón Carrillo Cargo: Jefe de Oficina Área: Desarrollo Institucional</p>
---	--	--



5.5.1 Seguimiento y control a la implementación del SOGCS.

CÓDIGO: CA/DG/DI/AM/002
FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006
VERSIÓN: 1
PAGINA: 1 DE 1
TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA
NO. DE COPIA: 1

OBJETIVO: Estandarizar la metodología para evaluar la implementación del sistema obligatorio de garantía de la calidad en sus cuatro componentes.

RESPONSABLES: Coordinador Auditoría Médica.

INDICADOR DE GESTIÓN: Porcentaje de cumplimiento del programa de implementación del SOGC.

PROVEEDORES Todas las áreas clínicas y administrativas del HUV	ENTRADAS Estándares del sistema único de habilitación. Requerimientos de medición de indicadores de calidad de la atención en salud en el SOGCS. Estándares del sistema único de Acreditación	ACTIVIDADES Seguimiento y control al cumplimiento de los requisitos de habilitación. Seguimiento y control a los indicadores de la calidad de la atención en salud. Seguimiento a la implementación del sistema único de acreditación.	SALIDAS Informe de cumplimiento de los requisitos del sistema único de habilitación. Informe del comportamiento de los indicadores de la calidad de la atención en salud. Informe de la implementación del sistema único de acreditación.	CLIENTES Internos: Subdirección de UES. Dirección General. Desarrollo institucional. Dirección Operativa de servicios de salud. Dirección administrativa. Externos: Ministerio de protección social. Secretaria Departamental de Salud del Valle. Superintendencia Nacional de Salud.
--	---	--	---	--

INTERRELACIONES: Todos los procesos clínicos y administrativos relacionados con la prestación del servicio de salud.	REQUISITOS ISO 9001: 4.1d) 4.1e) 4.2.1d) 4.2.2b) 4.2.3 4.2.4 5.1 5.2 5.4 5.5.1 5.5.3 5.6 6.1 6.2 6.4 7.1 7.2 7.5 8.1 8.2 8.3 8.5	REQUISITOS DE LEY: Ley 100 de 1993 Resolución 1043 de 3 de Abril de 2006 Resolución 1445 de 8 Mayo de 2006 Decreto 1011 de 2006 Anexo Técnico No.1 de la Res. N° 1043 de 2006 Anexo Técnico No.2 de la Res. N°. 1043 de 2006 Anexo Técnico N°. 1 de la Res. N°. 1445 de 2006 Anexo Técnico N°. 2 de la Res. N°. 1445 de 2006
--	--	---

PROCESOS DE APOYO: Gestión de sistemas informáticos. Epidemiología hospitalaria. Archivo de historias clínicas.	DOCUMENTOS: Fichas técnicas de indicadores de la calidad de atención en salud. Lista de chequeo de requisitos de habilitación de IPS (Anexo técnico 1 Res. 1043/2006)
---	---

Realizó: Dra. Emilce Arévalo García Ing. Albeiro Marroquín M.	Revisó: Firma: Nombre: Néstor Barón Carrillo Cargo: Jefe de Oficina Área: Desarrollo Institucional	Aprobó: Firma: Nombre: Néstor Barón Carrillo Cargo: Jefe de Oficina Área: Desarrollo Institucional
--	---	---



5.5.2. Respuesta a glosas

CÓDIGO: CA/DG/DI/AM/03
FECHA DE EMISIÓN: 01/06/2006
VERSIÓN: 1
PAGINA: 1 DE 1
TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA
NO. DE COPIA: 1

OBJETIVO: Garantizar la oportuna y eficiente respuesta de las glosas presentadas por las diferentes Empresas administradoras de planes de beneficios Para facilitar la recuperación de la cartera.

RESPONSABLES: Coordinador Auditoria Medica

INDICADOR DE GESTIÓN: Porcentaje de glosa contestada, porcentaje de glosa aceptada, porcentaje de glosa rechazada.

<p>PROVEEDORES</p> <p>Entidades aseguradoras de servicios de salud: EPS, ARS, IPS, SOAT, ECAT. Secretaria de salud municipal Cali, Secretaria de salud Departamental Valle del Cauca, y otras secretarías.</p>	<p>ENTRADAS</p> <p>Glosa</p>	<p>ACTIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recepción de glosa. - Análisis y respuesta a la glosa. - Envío de la respuesta a la glosa. 	<p>SALIDAS</p> <p>Glosa resuelta</p>	<p>CLIENTES</p> <p>Internos: Crédito y Cartera. Dirección Operativa de servicios de salud. Desarrollo Institucional. Dirección General.</p> <p>Externos: EPS, ARS, IPS, SOAT, ECAT Secretaría de salud municipal Cali, Secretaría de salud departamental Valle del Cauca, y otras secretarías.</p>
---	-------------------------------------	--	---	---

INTERRELACIONES:
Facturación, Crédito y Cobranzas, Atención al usuario.

REQUISITOS ISO 9001
4.1e) 4.2.3 4.2.4 5.2 5.4 5.5.1 5.5.3 6.1 6.2 6.4 7.1 7.2 7.5 8.1 8.2 8.3 8.4 8.5

REQUISITOS DE LEY:
Circular externa 035 de 2000.
Decreto 3260 de 2004.

PROCESOS DE APOYO:
Gestión de procesos informáticos
Archivo de historias clínicas

DOCUMENTOS:
Carta glosa e instructivo para su diligenciamiento.
Hoja de ruta del proceso de respuesta de glosa.
Lista de chequeo para respuesta de glosa.

<p>Realizó: Dra. Emilce Arévalo García Ing. Albeiro Marroquín M.</p>	<p>Revisó: Firma: Nombre: Néstor Barón Carrillo Cargo: Jefe de Oficina Área: Desarrollo Institucional</p>	<p>Aprobó: Firma: Nombre: Néstor Barón Carrillo Cargo: Jefe de Oficina Área: Desarrollo Institucional</p>
---	--	--



5.5.3. Capacitacion en normatividad del SGSS

CÓDIGO: CA/DG/DI/AM/004
FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006
VERSIÓN: 1
PAGINA: 1 DE 1
TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA
NO. DE COPIA: 1

OBJETIVO: Dar capacitación a los diferentes integrantes de la comunidad hospitalaria en el Sistema General de Seguridad social en Salud de una manera estandarizada.

RESPONSABLES: Auditores Médicos.

INDICADOR DE GESTIÓN: Numero de capacitaciones realizadas

PROVEEDORES	ENTRADAS	ACTIVIDADES	SALIDAS	CLIENTES
Unidades estratégicas de servicios. Oficina de educación y asuntos internacionales.	Solicitud de capacitación.	Planeación de la capacitación. Ejecución de la capacitación. Evaluación de la capacitación	Capacitación realizada.	Todas las áreas clínicas y administrativas de HUV.

INTERRELACIONES:	REQUISITOS ISO 9001:	REQUISITOS DE LEY:
Gestión de la Oficina de educación y asuntos internacionales	4.1.d) 4.1e) 4.1f) 4.2.2b) 4.2.3 4.2.4 5.1 5.2 5.4 5.5.1 5.5.3 5.6 6.1 6.2 6.3 6.4 7.1 7.2 7.4 7.5 8.1 8.2 8.3 8.4 8.5	Ley 100 de 1993 Decreto 1011 de 2006. Resolución 1995 de 1999. Acuerdo 306 de 2005. Decreto 2423 de 1996.

PROCESOS DE APOYO:	DOCUMENTOS:
Oficina de educación y asuntos internacionales.	Resultados de la evaluación de los asistentes a la capacitación

Realizó: Dra. Emilce Arévalo García Ing. Albeiro Marroquín M.	Revisó: Firma: Nombre: Néstor Barón Carrillo Cargo: Jefe de Oficina Área: Desarrollo Institucional	Aprobó: Firma: Nombre: Néstor Barón Carrillo Cargo: Jefe de Oficina Área: Desarrollo Institucional
--	---	---



5.5.4. Proceso de asesoría a la contratación de prestación de servicios de salud.

CÓDIGO: CA/DG/DI/AM/005
FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006
VERSIÓN: 1
PAGINA: 1 DE 1
TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA
NO. DE COPIA: 1

OBJETIVO: Estandarizar la metodología para asesorar al área de contratación en el contenido de la minuta de los contratos por prestación de servicios de Salud suscritos entre el HUV y los diferentes Administradores de Planes de Beneficios.

RESPONSABLES: Auditoría Médica

INDICADOR DE GESTIÓN: Numero de asesorías realizadas, Numero de contratos asesorados y legalizados.

PROVEEDORES	ENTRADAS	ACTIVIDADES	SALIDAS	CLIENTES
Oficina de Contratación de servicios de Salud.	Propuesta de Minuta para contratación de prestación de servicios de Salud al HUV.	- Revisión de minutas de contratos. - Acompañamiento en la negociación de contratos por prestación de servicios de salud.	Minuta revisada.	Oficina de contratación de servicios de Salud.

INTERRELACIONES:	REQUISITOS ISO 9001:	REQUISITOS DE LEY:
Procesos de Facturación. Procesos de Atención al usuario. Procesos de crédito y cobranzas. Comité de contratación.	4.1d) 4.1e) 4.2.3 4.2.4 5.2 5.4 5.5.1 5.5.3 6.1 6.2 7.1 7.2 7.4 7.5 8.1 8.2 8.3 8.4 8.5	Ley 100 de 1993. Ley 23 de 1981. Resolución 1995 de 1999. Resolución 3374 de 2000. Decreto 1011 de 2006.

PROCESOS DE APOYO:	DOCUMENTOS:
Comité de contratación Gestión de la oficina Jurídica Gestión de La Dirección operativa de servicios de salud Gestión de la Oficina de desarrollo Institucional	Acta de Recomendaciones de auditoría médica a la minuta del contrato. Instructivo para diligenciar el acta de recomendaciones de auditoría medica a la minuta del contrato.

Realizó:	Revisó:	Aprobó:
Dra. Emilce Arévalo García Ing. Albeiro Marroquín M.	Firma: Nombre: Néstor Barón Carrillo Cargo: Jefe de Oficina Área: Desarrollo Institucional	Firma: Nombre: Néstor Barón Carrillo Cargo: Jefe de Oficina Área: Desarrollo Institucional



5.5.5. Identificación de causas de estancia hospitalaria prolongada.

CÓDIGO: PR/DG/DI/AM/001

FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006

VERSIÓN: 1

PAGINA: 1 DE 1

TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA
RESTRINGIDA

NO. DE COPIA: 1

1. OBJETIVO

Unificar las actividades a desarrollar por los auditores en salud del HUV para Identificar las causas de desvío de estancia hospitalaria en cada una de las UES prioritarias, e informar a las gerencias correspondientes para propiciar la toma de decisiones.

2. ALCANCE

Aplica para las salas de urgencias, hospitalización, unidades de cuidado intensivo e intermedio y sala de operaciones si existen allí pacientes con más de 6 horas en recuperación.

3. RESPONSABILIDAD

- Auditor medico HUV asignado a cada sala.

4. PROCEDIMIENTO

- Ver diagrama de flujo al final del documento

5. PERIODICIDAD PARA LA REVISIÓN

El documento será revisado anualmente por el Jefe de la Oficina de Desarrollo Institucional y el coordinador de auditoria médica.

6. ACCIONES DE CONTINGENCIA

En ausencia de los auditores médicos las coordinadoras de enfermería serán las encargadas de realizar el procedimiento.

7. ANEXOS.

- Formato 01 de registro y notificación de causas de estancia prolongada hospitalaria.
- Instructivo 01 para registro de causas de estancia prolongada hospitalaria.
- Tabla de codificación de causas de estancia prolongada hospitalaria
- Tabla de codificación de días de estancia prolongada por salas.
- Tabla dinámica para el procesamiento de datos de estancia prolongada hospitalaria.
- Modelo del informe de estancia prolongada hospitalaria.

8. REFERENCIAS

No aplica



5.5.6. Procedimiento de evaluación de la calidad del diligenciamiento de historias clínicas.

CÓDIGO: PR/DG/DI/AM/002

FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006

VERSIÓN: 1

PAGINA: 1 DE 1

TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA
RESTRINGIDA

NO. DE COPIA: 1

1. OBJETIVO

Evaluar la calidad del diligenciamiento de las Historias clínicas de hospitalización en el Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E; para definir estrategias de mejoramiento.

2. ALCANCE

El procedimiento aplica para las historias clínicas de hospitalización en las salas de urgencias, hospitalización general UCI y salas de operaciones.

3. RESPONSABILIDAD

Auditor médico asignado a cada sala

4. PROCEDIMIENTO

- Ver diagrama de flujo al final del documento

5. PERIODICIDAD PARA LA REVISIÓN

Los responsables de la revisión de este documento serán el jefe de desarrollo institucional y el coordinador de auditoria medica en colaboración con el equipo humano profesional del Comité de Historias Clínicas.

Los documentos se deberán revisar como mínimo una vez al año y cada que se presente una variación en el desarrollo del procedimiento, dicho cambio se debe solicitar y registrar en el listado de control de documentos.

6. ACCIONES DE CONTINGENCIA

Ninguna

7. ANEXOS

Formato para la evaluación de la calidad del diligenciamiento de historias clínicas.

Instructivo para el registro del formato para la evaluación de la calidad del diligenciamiento de historias clínicas.

Acta de evaluación de la calidad en el diligenciamiento de la historia clínica.

8. REFERENCIAS.

Ley 23 de 1981

Resolución 1995 de 1999.

Resolución 3374 de 2000.

Decreto 1011 de 2006



5.5.7. Procedimiento de seguimiento y control a la implementación del sistema único de habilitación

CÓDIGO: PR/DG/DI/AM/003

FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006

VERSIÓN: 1

PAGINA: 1 DE 1

TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA
RESTRINGIDA

NO. DE COPIA: 1

1. OBJETIVO

Estandarizar la metodología para evaluar la implementación del sistema obligatorio de garantía de la calidad en sus cuatro componentes.

2. ALCANCE

El procedimiento aplica de manera transversal a toda la Institución Hospitalaria y se desarrolla de conformidad al cronograma planteado.

3. RESPONSABILIDAD

Coordinador de Auditoria Médica

4. PROCEDIMIENTO

- Ver diagrama de flujo al final del documento

5. PERIODICIDAD PARA LA REVISIÓN

Los responsables de la revisión de este documento serán el jefe de desarrollo institucional y el coordinador de auditoria medica.

Los documentos se deberán revisar como mínimo una vez al año y cada que se presente una variación en el desarrollo del procedimiento, dicho cambio se debe solicitar y registrar en el listado de control de documentos.

6. ACCIONES DE CONTINGENCIA

Ninguna

7. ANEXOS.

No Tiene

8. REFERENCIAS.

Ley 100 de 1993

Decreto 1011 de 2006

Resolución 1043 de 3 de Abril de 2006

Anexo Técnico No.1 de la Resolución N° 1043 de Abril de 2006

Anexo Técnico No.2 de la Resolución N° 1043 de 3 de abril 2006



5.5.8. PROCEDIMIENTO DE SEGUIMIENTO Y CONTROL A LOS INDICADORES DE CALIDAD

CÓDIGO: PR/DG/DI/AM/004

FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006

VERSIÓN: 1

PAGINA: 1 DE 1

TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA
RESTRINGIDA

NO. DE COPIA: 1

1. OBJETIVO

Estandarizar la metodología para realizar seguimiento y control a la medición y el comportamiento de los indicadores de calidad de la atención en salud.

2. ALCANCE

El procedimiento aplica de manera transversal a toda la Institución Hospitalaria y se desarrolla de conformidad al cronograma planteado.

3. RESPONSABILIDAD

Coordinador de Auditoria Médica

4. PROCEDIMIENTO

- Ver diagrama de flujo al final del documento

5. PERIODICIDAD PARA LA REVISIÓN

Los responsables de la revisión de este documento serán el jefe de desarrollo institucional y el coordinador de auditoria medica.

Los documentos se deberán revisar como mínimo una vez al año y cada que se presente una variación en el desarrollo del procedimiento, dicho cambio se debe solicitar y registrar en el listado de control de documentos.

6. ACCIONES DE CONTINGENCIA

Ninguna

7. ANEXOS.

No Tiene

8. REFERENCIAS.

Ley 100 de 1993

Decreto 1011 de 2006

Resolución 1043 de 3 de Abril de 2006

Anexo Técnico No.1 de la Resolución N° 1043 de Abril de 2006

Anexo Técnico No.2 de la Resolución N° 1043 de 3 de abril 2006

Resolución 1446 de 3 de Abril de 2006

Anexo Técnico No.1 de la Resolución N° 1446 de Abril de 2006.



5.5.9. Seguimiento y control a la implementación del sistema único de acreditación

CÓDIGO: PR/DG/DI/AM/005

FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006

VERSIÓN: 1

PAGINA: 1 DE 1

TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA
RESTRINGIDA

NO. DE COPIA: 1

1. OBJETIVO

Estandarizar la metodología para evaluar la implementación del sistema de Acreditación.

2. ALCANCE

El procedimiento aplica de manera transversal a toda la Institución Hospitalaria y se desarrolla de conformidad al cronograma planteado.

3. RESPONSABILIDAD

Coordinador de Auditoria Médica

4. PROCEDIMIENTO

- Ver diagrama de flujo al final del documento

5. PERIODICIDAD PARA LA REVISIÓN

Los responsables de la revisión de este documento serán el jefe de desarrollo institucional y el coordinador de auditoria medica.

Los documentos se deberán revisar como mínimo una vez al año y cada que se presente una variación en el desarrollo del procedimiento, dicho cambio se debe solicitar y registrar en el listado de control de documentos.

6. ACCIONES DE CONTINGENCIA

Ninguna

7. ANEXOS.

No Tiene

8. REFERENCIAS.

Ley 100 de 1993

Decreto 1011 de 2006.

Resolución 1445 de 2006

Anexo Técnico N° 1 de la Resolución 1445 de 2006

Anexo Técnico N° 2 de la Resolución 1445 de 2006



5.5.10. Procedimiento de recepción respuesta y envío de glosas

CÓDIGO: PR/DG/DI/AM/006

FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006

VERSIÓN: 1

PAGINA: 1 DE 1

TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA
RESTRINGIDA

NO. DE COPIA: 1

1. OBJETIVO

Garantizar la oportuna respuesta de las glosas presentadas por las diferentes entidades aseguradoras de servicios de salud tales como Empresas promotoras de salud - EPS, Administradoras del régimen subsidiado – ARS, Compañías de seguros, Direcciones seccionales de salud y otras IPS, Para facilitar la recuperación de la cartera.

2. ALCANCE

Este proceso define las actividades que se desarrollan en las áreas de auditoría médica para garantizar el éxito del proceso desde la recepción de la glosa hasta su respuesta oficial ante las diferentes empresas.

3. RESPONSABILIDAD

Auditoría Médica

4. PROCEDIMIENTO

- Ver diagrama de flujo al final del documento

5. PERIODICIDAD PARA LA REVISIÓN

Los responsables de la revisión de este documento serán el Jefe de la Oficina de Desarrollo Institucional y el coordinador de auditoría médica

Los documentos se deberán revisar como mínimo una vez al año y cada que se presente una variación en el desarrollo del procedimiento, dicho cambio se debe solicitar y registrar en el listado de control de documentos.

6. ACCIONES DE CONTINGENCIA

No aplica

7. ANEXOS

Circular externa 035 de la Contaduría general de la Nación
Decreto 3260 de año 2000, del Ministerio de la Protección Social.

8. REFERENCIAS

No aplica



5.5.11. Procedimiento de capacitación en el sistema general de seguridad social en salud.

CÓDIGO: PR/DG/DI/AM/007

FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006

VERSIÓN: 1

PAGINA: 1 DE 1

TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA
RESTRINGIDA

NO. DE COPIA: 1

1. OBJETIVO

Estandarizar la metodología para dar capacitación a los diferentes miembros de la comunidad hospitalaria en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia.

2. ALCANCE

El procedimiento aplica todas las actividades educativas que los integrantes del equipo de auditoría médica deban dirigir y proporcionar tanto a recurso humano del área clínica como administrativa.

3. RESPONSABILIDAD

Coordinador de Auditoría Médica.

4. PROCEDIMIENTO

- Ver diagrama de flujo al final del documento

5. PERIODICIDAD PARA LA REVISIÓN

Los responsables de la revisión de este documento serán el jefe de desarrollo institucional y el coordinador de auditoría médica.

Los documentos se deberán revisar como mínimo una vez al año y cada que se presente una variación en el desarrollo del procedimiento, dicho cambio se debe solicitar y registrar en el listado de control de documentos.

6. ACCIONES DE CONTINGENCIA

Ninguna

7. ANEXOS

Ninguno

8. REFERENCIAS.

Ley 100 de 1993

Resolución 5261 de 1994

Decreto 2423 de 1996

Resolución 3374 de 2000.

Decreto 1011 de 2006

Acuerdo 306 de 2005



5.5.12. Procedimiento de asesoría a la contratación de servicios de salud.

CÓDIGO: PR/DG/DI/AM/008

FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006

VERSIÓN: 1

PAGINA: 1 DE 1

TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA
RESTRINGIDA

NO. DE COPIA: 1

1. OBJETIVO

Estandarizar la metodología para asesorar al área de contratación en el contenido de la minuta de los contratos por prestación de servicios de Salud suscritos entre el HUV y los diferentes Administradores de Planes de Beneficios.

2. ALCANCE

El procedimiento aplica para los convenios por prestación de servicios de Salud con EPS, ARS, ARP, Empresas de Medicina Prepagada y Entes Territoriales.

3. RESPONSABILIDAD

Coordinador de Auditoría Médica.

4. PROCEDIMIENTO

- Ver diagrama de flujo al final del documento

5. PERIODICIDAD PARA LA REVISIÓN

Los responsables de la revisión de este documento serán el jefe de desarrollo institucional y el coordinador de auditoría médica en colaboración con el equipo humano profesional del Auditoría Médica y el Profesional Universitario de la Oficina de Contratación.

Los documentos se deberán revisar como mínimo una vez al año y cada que se presente una variación en el desarrollo del procedimiento, dicho cambio se debe solicitar y registrar en el listado de control de documentos.

6. ACCIONES DE CONTINGENCIA

Ninguna

7. ANEXOS

Formato para el registro del concepto de auditoría médica a la minuta propuesta.

8. REFERENCIAS.

Ley 100 de 1993
Resolución 5261 de 1994
Decreto 2423 de 1996
Resolución 3374 de 2000.
Decreto 1011 de 2006
Acuerdo 306 de 2005.



5.5.13. Procedimiento para acompañamiento en la negociación de contratos para prestación de servicios de salud.

CÓDIGO: PR/DG/DI/AM/009

FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006

VERSIÓN: 1

PAGINA: 1 DE 1

TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA
RESTRINGIDA

NO. DE COPIA: 1

1. OBJETIVO

Estandarizar la metodología para acompañar al área de contratación en la negociación de los contratos por prestación de servicios de Salud suscritos entre el HUV y los diferentes Administradores de Planes de Beneficios.

2. ALCANCE

El procedimiento aplica para los convenios por prestación de servicios de Salud con EPS, ARS, ARP, Empresas de Medicina Prepagada y Entes Territoriales.

3. RESPONSABILIDAD

Coordinador de Auditoría Médica, o quien sea designado por él.

4. PROCEDIMIENTO

- Ver diagrama de flujo al final del documento

5. PERIODICIDAD PARA LA REVISIÓN

Los responsables de la revisión de este documento serán el jefe de desarrollo institucional y el coordinador de auditoría médica en colaboración con el equipo humano profesional del Auditoría Médica y el Profesional Universitario de la Oficina de Contratación.

Los documentos se deberán revisar como mínimo una vez al año y cada que se presente una variación en el desarrollo del procedimiento, dicho cambio se debe solicitar y registrar en el listado de control de documentos.

6. ACCIONES DE CONTINGENCIA

Ninguna

7. ANEXOS

Formato para el registro del concepto de auditoría médica a la minuta propuesta.

8. REFERENCIAS.

Ley 100 de 1993

Resolución 5261 de 1994

Decreto 2423 de 1996

Resolución 3374 de 2000.

Decreto 1011 de 2006

Acuerdo 306 de 2005

5.5.14. Diagramas de flujo

		IDENTIFICACION DE CAUSAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA PROLONGADA						CÓDIGO: PR/DG/DI/AM/001				
								FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006				
									VERSIÓN: 1			
									PAGINA: 1 DE 2			
									TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA			
									NO. DE COPIA: 1			
No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLES										
		<small>ÁREA:</small> AUDITORIA MEDICA <small>CARGO:</small> AUDITOR MEDICO	<small>ÁREA:</small> AUDITORIA MEDICA <small>CARGO:</small> AUXILIAR ADMINISTRATIVA	<small>ÁREA:</small> AUDITORIA MEDICA <small>CARGO:</small> COORDINADOR AUDITORIA	<small>ÁREA:</small> AUDITORIA MEDICA <small>CARGO:</small>							
1	Solicitar el censo hospitalario diario a la secretaria de la UES (para el servicio de urgencias al administrador).	INICIO										
2	Identificar a diario los pacientes con estancia prolongada de cada sala en relación a los estándares establecidos para cada una de ellas. (Anexo 011)	○										
3	Escoger a diario una muestra correspondiente a los cinco pacientes (mas uno adicional diario si son los mismos del día anterior) que cursen con mayor estancia en sala.	○										
4	Revisar la historia clínica de los pacientes de la muestra y analizar las causas de estancia prolongada.	○										
5	Diligenciar a diario el formato 01 de causas de desvío de estancia con la información obtenida de las historias clínicas revisadas.	○										
6	Notificar a diario a los gerentes de UES los hallazgos relevantes de la sala y solicitar firma soporte de notificación en el formato 01	○										
7	Entregar a diario el registro 01 de causas de desvío de estancia a la auxiliar administrativa de auditoría médica.	○										
8	Ingresar a la base de datos la información obtenida por cada auditor en el formato 01 de registro de causas de estancia hospitalaria prolongada. .		○									①



IDENTIFICACION DE CAUSAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA PROLONGADA

CÓDIGO: PR/DG/DI/AM/001
FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006
VERSIÓN: 1
PAGINA: 2 DE 2
TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA
 RESTRINGIDA
NO. DE COPIA:1

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLES						
		ÁREA: AUDITORIA MEDICA CARGO: AUDITOR MEDICO	ÁREA: AUDITORIA MEDICA CARGO: AUXILIAR ADMINISTRATIVA	ÁREA: AUDITORIA MEDICA CARGO: COORDINADOR AUDITORIA	ÁREA: AUDITORIA MEDICA CARGO:	ÁREA: AUDITORIA MEDICA CARGO:	ÁREA: AUDITORIA MEDICA CARGO:	ÁREA: AUDITORIA MEDICA CARGO:
9	Consolidar los datos de acuerdo a tabla dinamica de estancia hospitalaria el primero dia habil de cada mes.		○	→ ①				
10	Entregar los datos consolidados de cada sala al auditor correspondiente, el dia 03 habil de cada mes.		○					
11	Realizar el informe de estancia prolongada de cada sala en medio magnetico. (Conforme al anexo 012 Modelo de informe de estancia prolongada).	○						
12	Entregar en medio magnetico el informe realizado a la auxiliar administrativa de auditoria medica el dia 04 habil de cada mes.	○						
13	Imprimir el informe entregado por el auditor y el consolidado de datos de la tabla dinamica.		○					
14	Entregar una copia del informe a la gerencia de UES que corresponda y al coordinador de auditoria el dia 05 habil de cada mes.		○					
15	Realizar el informe general de la estancia prolongada en HUV (anexo 012) y entregarlo a la auxiliar administrativa el dia 7 habil de cada mes.			○				
16	Imprimir el informe de estancia no justificada del HUV con su tabla de datos y entregar una copia a la Dirección Operativa, Dirección General y Desarrollo Institucional.		○					
Elaboró: Dra Emilce Arévalo García Ing. Albeiro Marroquin Mendoza		Revisó: Firma: Nombre: Ing. Nestor Baron Carrillo Cargo: Jefe de Oficina Area: Desarrollo Institucional			Aprobó: Firma: Nombre: Ing. Nestor Baron Carrillo Cargo: Jefe de Oficina Area: Desarrollo Institucional			



**AUDITORIA A LA CALIDAD DEL
DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIAS
CLINICAS**

CÓDIGO: PR/DG/DI/AM/002

FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006

VERSIÓN: 1

PAGINA: 1 DE 1

TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA
RESTRINGIDA

NO. DE COPIA: 1

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLES						
		ÁREA: AUDITORIA MEDICA	ÁREA: AUDITORIA MEDICA	ÁREA: AUDITORIA MEDICA	ÁREA: AUDITORIA MEDICA	ÁREA: AUDITORIA MEDICA	ÁREA: AUDITORIA MEDICA	ÁREA: AUDITORIA MEDICA
		CARGO: AUDITOR MEDICO	CARGO:	CARGO:	CARGO:	CARGO:	CARGO:	CARGO:
1	Escoger de manera aleatoria simple una historia clinica diaria por sala.	INICIO						
2	Leer la historia clinica completa y la epicrisis.	○						
3	Diligenciar el formato 002 para evaluacion de calidad del diligenciamiento de las historias clinicas de hospitalizacion según instructivo.	○						
4	Analizar los resultados obtenidos según instructivo 002 y emitir informe de conformidad con el formato denominado acta de evaluacion de la calidad. Anexo 002	○						
5	Entregar informe a direccion operativa de servicios de salud, subdireccion de UES, comité de historias clinicas.	○						
6	Solicitar a la subdireccion de UES el plan de accion de mejoramiento.	○						
7	Evaluar implementacion y efectividad del plan de accion.	FIN						
Elaboró: Dra. Emilce Arévalo García Ing. Albeiro Marroquin Mendoza		Revisó: Firma: Nombre: Ing. Nestor Baron Carrillo Cargo: Jefe de Oficina Area: Desarrollo Institucional			Aprobó: Firma: Nombre: Ing. Nesto Baron Carrillo Cargo: Jefe de Oficina Area: Desarrollo Institucional			



RECEPCION, RESPUESTA Y ENVIO DE GLOSAS

CÓDIGO: PR/DG/DI/AM/008
 FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006
 VERSIÓN: 1
 PAGINA: 1 DE 4
 TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA
 RESTRINGIDA
 NO. DE COPIA:1

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLES					
		ÁREA: AUDITORIA MEDICA CARGO: AUXILIAR ADMINISTRATIVO 1.	ÁREA: AUDITORIA MEDICA CARGO: AUXILIAR ADMINISTRATIVO 2,3,4.	ÁREA: AUDITORIA MEDICA CARGO: AUXILIAR ADMINISTRATIVO 5.	ÁREA: AUDITORIA MEDICA CARGO: MEDICO	ÁREA: AUDITORIA MEDICA CARGO: AUXILIAR ADMINISTRATIVO CUENTAS COBRO	ÁREA: AUDITORIA MEDICA CARGO:
1	Recibir las glosas en fisico enviadas por las diferentes empresa aseguradoras de servicios de salud.						
2	Verificar que los documentos enviados por las empresas concuerden con la relacion adjunta (No.de factura, nombre del usuario, actividad glosada, causa de glosa, existencia de factura anexa en glosas totales).						
3	¿Los documentos recibidos concuerdan con la relación?						
4	Realizar recepción de las glosas conformes a la lista de chequeo y para faltantes hacer oficio remisorio indicando el no cumplimiento de los requisitos exigidos para recepcion de glosas.						
5	Registrar la glosa con fecha y hora en libro de recepcion de glosas según instructivo y diligenciar hoja de ruta.						
6	Firmar el comprobante de recibido de la empresa externa con fecha hora y sello.						
7	Digitar las glosas en el radicador discriminandolas según instructivo de codigos de radicación de glosa.						
8	¿La glosa es inferior a 30 días calendario posteriores a la radicación de la factura en la empresa?.						



RECEPCION, RESPUESTA Y ENVIO DE GLOSAS

CÓDIGO: PR/DG/DI/AM/008
FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006
VERSIÓN: 1
PÁGINA: 2 DE 4
TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA
 RESTRINGIDA
NO. DE COPIA: 1

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLES						
		ÁREA: AUDITORIA MEDICA CARGO: AUXILIAR ADMINISTRATIVO 1.	ÁREA: AUDITORIA MEDICA CARGO: AUXILIAR ADMINISTRATIVO 2,3,4.	ÁREA: AUDITORIA MEDICA CARGO: AUXILIAR ADMINISTRATIVO 5.	ÁREA: AUDITORIA MEDICA CARGO: MEDICO	ÁREA: AUDITORIA MEDICA CARGO: AUXILIAR ADMINISTRATIVO CUENTAS COBRO	ÁREA: AUDITORIA MEDICA CARGO:	ÁREA: AUDITORIA MEDICA CARGO:
9	Enviar respuesta de glosa rechazada por no cumplimiento de terminos según Dec 3260/04. solo si facturación cumpliero con los terminos de radicación de factura. Diligencia hoja de ruta.							
10	¿La glosa puede ser resuelta por el auxiliar administrativo 1 codigos 50001 y 10024?.							
11	Contestar en el sistema la glosa de acuerdo al manual de respuesta de glosas y entregar a cuentas de cobro. Diligenciar hoja de ruta.							
12	Entregar glosa al auxiliar administrativo 2. para su solución. Y diligenciar hoja de ruta							
13	Se requiere la Historia clínica como soporte de la glosa?							
14	Solicitar y recibir Historia Clínica a archivo							
15	La glosa es administrativa y / o mixta según la clasificación de códigos del manual?							
16	pasar al medico con la historia clinica, carta glosa, detallado de la factura.							



RECEPCION, RESPUESTA Y ENVIO DE GLOSAS

CÓDIGO: PR/DG/DI/AM/008
FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006
VERSIÓN: 1
PAGINA: 3 DE 4
TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA
 RESTRINGIDA
NO. DE COPIA: 1

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLES						
		ÁREA: AUDITORIA MEDICA CARGO: AUXILIAR ADMINISTRATIVO 1.	ÁREA: AUDITORIA MEDICA CARGO: AUXILIAR ADMINISTRATIVO 2,3,4.	ÁREA: AUDITORIA MEDICA CARGO: AUXILIAR ADMINISTRATIVO 5.	ÁREA: AUDITORIA MEDICA CARGO: MEDICO	ÁREA: AUDITORIA MEDICA CARGO: AUXILIAR ADMINISTRATIVO CUENTAS COBRO	ÁREA: AUDITORIA MEDICA CARGO:	ÁREA: AUDITORIA MEDICA CARGO:
17	Esta los soportes de la glosa en la historia clinica?.							
18	Fotocopiar soportes para anexar a carta glosa.							
19	Buscar soportes de respuestas a glosas.							
20	Recoger los soportes solicitados en los servicios							
21	Falta contestar la parte médica de la glosa?							
22	Entregar a medico la glosa con soportes, factura, detallado de la factura e historia clinica. Y diligenciar hoja de ruta.							
23	Responder glosa, en formato de carta glosa, y entregar respuesta al auxiliar administrativo correspondiente, diligenciar hoja de ruta							
24	Hacer nota de credito para glosa aceptada							



RECEPCION, RESPUESTA Y ENVIO DE GLOSAS

CÓDIGO: PR/DG/DI/AM/008
 FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006
 VERSIÓN: 1
 PAGINA: 4 DE 4
 TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA
 RESTRINGIDA
 NO. DE COPIA:1

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLES							
		ÁREA: AUDITORIA MEDICA	ÁREA: AUDITORIA MEDICA	ÁREA: AUDITORIA MEDICA	ÁREA: AUDITORIA MEDICA	ÁREA: AUDITORIA MEDICA	ÁREA: AUDITORIA MEDICA	ÁREA: AUDITORIA MEDICA	ÁREA: AUDITORIA MEDICA
		CARGO: AUXILIAR ADMINISTRATIVO 1.	CARGO: AUXILIAR ADMINISTRATIVO 2,3,4.	CARGO: AUXILIAR ADMINISTRATIVO 5.	CARGO: MEDICO	CARGO: AUXILIAR ADMINISTRATIVO CUENTAS COBRO	CARGO:	CARGO:	
25	Hacer respuesta de la glosa en el sistema, y archivar la respuesta con carta glosa según empresa y vigencia.								
26	Imprimir respuesta de glosa y organizar paquete de envío.								
27	Pasar a auxiliar administrativa de cuentras de cobro y Radicar en libro diligenciando hoja de ruta.								
28									
29									
30									
31									
32									

Elaboró:
 Dra. Emilce Arévalo García
 Ing. Albeiro Marroquin Mendoza

Revisó:
 Firma:
 Nombre: Ing. Nestor Baron Carrillo
 Cargo: Jefe de Oficina
 Area: Desarrollo Institucional

Aprobó:
 Firma:
 Nombre: Ing. Nestor Baron Carrillo
 Cargo: Jefe de Oficina
 Area: Desarrollo Institucional



PROCEDIMIENTO DE CAPACITACION EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

CÓDIGO: PR/DG/DI/AM/007
 FECHA DE EMISIÓN: 01/06/2006
 VERSIÓN: 1
 PAGINA: 1 DE 1
 TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA
 NO. DE COPIA: 1

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLES						
		ÁREA: AUDITORIA MEDICA CARGO: SECRETARIA	ÁREA: AUDITORIA MEDICA CARGO: AUDITOR MEDICO	ÁREA: AUDITORIA MEDICA CARGO:	ÁREA: AUDITORIA MEDICA CARGO:	ÁREA: AUDITORIA MEDICA CARGO:	ÁREA: AUDITORIA MEDICA CARGO:	ÁREA: AUDITORIA MEDICA CARGO:
1	Recibir la solicitud forma de capacitación.	INICIO						
2	Asignar tiempo a la capacitación en el cronograma anual de Auditoria Médica.		○					
3	Definir el temario de la capacitación según las necesidades y expectativas del area solicitante.		○					
4	Asignar Recurso Humano para la ejecución de la capacitación.		○					
5	Entregar a la oficina Educacion el programa de capacitación y el requerimiento de recursos fisicos para realizar la capacitacion.		○					
6	Ejecutar la capacitacion conforme al cronograma.		○					
7	Realizar evaluacion a los estudiantes sobre los conceptos enseñados y sobre la percepcion del curso recibiendo recomendaciones y sugerencias		FIN					
Elaboró: Dra. Emilce Arévalo García Ing. Albeiro Marroquin Mendoza		Revisó: Firma: Nombre: Ing. Nestor Baron Carrillo Cargo: Jefe de Oficina Area: Desarrollo Institucional			Aprobó: Firma: Nombre: Ing. Nestor Baron Carrillo Cargo: Jefe de Oficina Area: Desarrollo Institucional			



**ASESORIA EN LA CONTRATACION DE
SERVICIOS DE SALUD**

CÓDIGO: PR/DG/DI/AM008
 FECHA DE EMISIÓN: 01/06/2006
 VERSIÓN: 1
 PAGINA: 1 DE 1
 TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA
 NO. DE COPIA: 1

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLES						
		ÁREA: CONTRATACION	ÁREA: AUDITORIA MEDICA	ÁREA:	ÁREA:	ÁREA:	ÁREA:	ÁREA:
		CARGO: PROFESINAL UNIVERSITARIO	CARGO: AUDITOR MEDICO	CARGO:	CARGO:	CARGO:	CARGO:	CARGO:
1	Entregar a Auditoria Médica la minuta propuesta para el contrato de prestación de servicios de salud.	INICIO						
2	Revisión de la minuta y diligenciar el acta formato 009 según instructivo anexo		□					
3	Entregar al profesional universitario de contratación el acta de evaluación de la minuta propuesta.		○					
4	La minuta tiene recomendaciones de mejoramiento por parte de Auditoria Medica?	SI NO						
5	Pasar minuta a la oficina Jurídica para revisión y aprobación.	○						
6	Realizar negociación de los términos de la minuta con la entidad contratante.	FIN						
Elaboró: Dra. Emilce Arévalo García Ing. Albeiro Marroquín Mendoza		Revisó: Firma: Nombre: Ing. Nestor Baron Carrillo Cargo: Jefe de Oficina Área: Desarrollo Institucional			Aprobó: Firma: Nombre: Ing. Nestor Baron Carrillo Cargo: Jefe de Oficina Área: Desarrollo Institucional			



**PROCEDIMIENTO DE ACOMPAÑAMIENTO EN
NEGOCIACION DE CONTRATOS POR
PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD**

CÓDIGO: PR/DG/DI/AM/009
 FECHA DE EMISIÓN: 01/06/2006
 VERSIÓN: 1
 PAGINA: 1 DE 1
 TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA
 RESTRINGIDA
 NO. DE COPIA: 1

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLES					
		ÁREA: CONTRATACION	ÁREA: AUDITORIA MEDICA	ÁREA:	ÁREA:	ÁREA:	ÁREA:
		CARGO: PROFESIONAL UNIVERSITARIO	CARGO: AUDITOR MEDICO	CARGO:	CARGO:	CARGO:	CARGO:
1	Informar a auditoria médica la fecha y hora de la negociacion con un informe de los aspectos que no han sido conciliados.	INICIO					
2	Revisar la propuesta de minuta y los puntos que no han sido conciliados.		□				
3	Estudiar estrategias de negociacion de los puntos del conenio, que favorezcan el HUV, protejan la relacion comercial con la EAPB y sean conforme a la normatividad vigente.		○				
4	Solicitar asesoria a la Dirección general y al Comité de contratacion en caso de ser necesario.		◇				
5	Asistir en compañía de la profesional universitaria de contratación a la negociacion de los terminos del contrato.		○				
6	Revisar la minuta final y los terminos de la contratación despues de la reunión de negociacion.		FIN				
Elaboró: Dra. Emilce Arévalo García Ing. Albeiro Marroquin Mendoza		Revisó: Firma: Nombre: Ing. Nestor Baron Carrillo Cargo: Jefe de Oficina Area: Desarrollo Institucional				Aprobó: Firma: Nombre: Ing. Nestor Baron Carrillo Cargo: Jefe de Oficina Area: Desarrollo Institucional	

6. CONCLUSIONES

- Con el desarrollo del presente proyecto se contribuyó al diseño y socialización de la estructura documental del área de auditoría médica de la oficina de Desarrollo Institucional, del Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E. fortaleciendo la implementación de una cultura de aprendizaje fomentando el desarrollo del sistema obligatorio de garantía de la calidad requisito imprescindible de la atención en salud pues constituye su esencia misma.
- La importancia de implementar un sistema de gestión de la calidad, radica en el hecho de que sirve de plataforma para desarrollar al interior de la organización una serie de actividades, procesos y procedimientos, encaminados a lograr que las características del servicio cumplan con los requisitos y expectativas del cliente, en pocas palabras, estructurar un servicio de calidad.
- La socialización de este proyecto no sólo capacita, sino que enseña, forma y entrena al personal del áreas de auditoría médica de la oficina de Desarrollo institucional, que puedan desaprender para aprender, para que cambien sus patrones mentales y culturales permitiendo que la ejecución de sus procesos en el día adía sea eficiente y agradable.
- Con la elaboración del manual de procedimientos se logró visualizar y estandarizar las funciones y responsabilidades de cada funcionario para desempeñar eficientemente sus procedimientos

- Es importante tener en cuenta que para cada organización se debe establecer las actividades correspondientes al proceso de planificación de la calidad acorde con el tipo de organización.
- La documentación de procedimientos a través de diagramas de flujo proporciona un medio eficaz para comparar los procedimientos actuales y diseñar los propuestos como guías para la implantación de futuras mejoras.
- Al interior de la institución, la comunicación es vital para el funcionamiento adecuado del Sistema de Gestión de la Calidad, esto hace necesario establecer un sistema de comunicación que se adecue a las necesidades de la institución para un mejor entendimiento del Sistema de Gestión de la Calidad.
- De acuerdo al proyecto realizado se destaca la importancia del control y revisión de los documentos en forma periódica para hacer los ajustes de acuerdo a los nuevos requerimientos por parte de los clientes.
- El mejoramiento del nivel de satisfacción del cliente exige una minuciosa evaluación de la percepción del cliente acerca del servicio prestado por la institución; y si a su vez se han cumplido sus expectativas, para esto resulta conveniente utilizar el ciclo PHVA (Planear-Hacer-Verificar-Actuar) como herramienta para definir las variables del proceso.
- Para finalizar, se debe mencionar lo valioso y enriquecedor para mi crecimiento personal y profesional la realización del presente trabajo debido a que comprendí la importancia de un trabajo en equipo basado y fundamentado en respeto, las ventajas que presenta la documentación y estandarización de los procesos de acuerdo a los lineamientos de la norma ISO 9000:2000.

7. RECOMENDACIONES

Con la realización de este proyecto es recomendable que de ahora en adelante en el área de Auditoría Médica de la oficina de Desarrollo Institucional, de Control Interno se entrene al recurso humano antes de empezar a laborar en cuanto a normas, procesos y procedimientos.

Una vez terminado este proyecto es indispensable que el área de auditoría médica continúe la documentación de los procesos que en la medida del tiempo se tornen prioritarios y de manera periódica se reviden los existentes con el objeto de aplicar en ellos el proceso de mejoramiento continuo.

Para un mejoramiento continuo en los procesos es importante que cada uno de los funcionarios se coloque en el lugar de sus clientes, sean estos internos o externo, y de esta forma poder interpretar mejor las necesidades y expectativas, estructurar el servicio que ellos requieren, y con esta base planear y ejecutar las actividades que aseguren la satisfacción del cliente.

Cuando sea necesario mejorar los procesos de la institución es vital tener en cuenta que todo proceso agregue valor al servicio.

Para lograr un sistema de gestión de la calidad coherente con la gestión de la institución conviene que las organizaciones establezcan, primero, un proceso de planeación estratégica o direccionamiento estratégico en el cual se incluya la planificación estratégica de la calidad.

Antes de iniciar la documentación de cada proceso es importante buscar como fuente de información a la persona que más conozca del proceso con el fin de realizar una correcta documentación del mismo.

El mantenimiento y mejora continua de los procesos puede lograrse aplicando el concepto de PHVA en todos los niveles dentro de la organización.

BIBLIOGRAFÍA

AENOR, F. Guía para la aplicación de la Norma UNE-EN ISO 9001:2000 en la Educación. Madrid: Saavedra, 2002. 191 p.

BAEZA, Mónica; MERTENS, Leonard. La Norma ISO 9000: y la Competencia. Santafé de Bogota: McGraw-Hill, 1998. 402 p.

BURGOS DE ORTIZ, Myriam; ORTIZ GONZALEZ, Luís Augusto. Investigaciones y trabajo de grado. Santiago de Cali: McGraw-Hill, 2002. 164 p.

DECRETO 1011 DE 2006. Sistema Único de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud. Santafé de Bogotá: Ministerio de la Protección Social, 2006.10-12 p.

HODSON, William K. Manual del Ingeniero Industrial. 4 ed. Santafé de Bogotá: Norma, 2002. 360 p.

IBARRA, Agustín. Formación Profesional y Calidad. Hacia un nuevo paradigma. Lima: SENATI, 2001. 84 p.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN. Compendio Tesis y otros Trabajos de Grado. Santafé de Bogota: Norma, 2004. 115 p.

----- . ISO 9000 para Pequeñas Empresas. Santafé de Bogotá: Norma, 1996. 189 p.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN.
Normas Colombianas para la presentación de tesis de grado. Santafé de Bogotá:
ICONTEC., 1996. 132 p. NTC. 1307

ISHIKAWA, Kaoru. Qué es Control Total de la Calidad. Santafé de Bogotá: Norma,
1986. 201 p.

JURAN, J.M. Manual de Control de la Calidad. Barcelona: Reverte S.A, 1986. 165
p.

JURAN, J.M; Blanton Godfrey. Manual de Calidad. Volumen III. 5 ed. Madrid:
McGraw-Hill, 2004. 178 p.

LÓPEZ CARRIZOSA, Francisco José. ISO 9000 y la Planificación de la Calidad.
Santafé de Bogotá: Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación,
2004. 302 p.

MERTENS, Leonard, Competencia Laboral. Sistemas, Surgimiento, Modelos.
Montevideo: cinterfor, 1996. 155 p.

MERTENS, Leonard. ISO 9000 y Competencia Laboral: El aseguramiento del
aprendizaje continuo en la organización. Veracruz: Inlac, 2000. 102 p.

Normalización [en línea]. Bogota D.C. Instituto Colombiano de Normas Técnicas y
Certificación, 2006. [Consultado 26 de mayo, 2006]. Disponible en Internet:
[http:// www.icontec.org.co/normalizacion.asp](http://www.icontec.org.co/normalizacion.asp)

Plan de desarrollo. Hospital Universitario del Valle. "Evaristo García" E.S.E. del
2004-2007. Santiago de Cali, 2005. 115 p.

RICAURTE LOMBANA, Miguel. Metodología para el Estudio de Procesos. SENA. Santafé de Bogota, 1994. 201 p.

RODRÍGUEZ COLLAZOS, Sandra; MURILLAS MORENO, Mario German. Planteamiento del proceso de calidad total bajo la filosofía de mejoramiento continuo en una empresa planificadora. Santiago de Cali 1993. 269 p. Trabajo de grado (Ingeniero Industrial). Universidad del Valle. Facultad de Ingenierías.

TABLA, Guillermo. ISO 9000:2000 Guía para las pequeñas empresas. México D.F: McGraw-Hill, 1998. 361 p.

VIVAS, Mónica. Las Norma de la serie ISO 9000. Santafé de Bogotá: Instituto Colombiano De Normas Tecnicas Y Certificacion, 1996. 158 p.

Anexo 1. Formato de registro y notificación de causas de estancia hospitalaria prolongada



AREA DE AUDITORIA MEDICA DE LA OFICINA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
PROCESO DE AUDITORIA CONCURRENTE

Anexo 1. Formato de Registro y Notificación de Causas de Estancia Hospitalaria Prolongada

version 01

Fecha auditoria (1)	Historia Clinica (2)	Nombre del Paciente(3)	Entidad Aseguradora (4)	Diagnostico (5)	Fecha de Ingreso HUV (6)	Sala		codigo de la estancia (10)	Auditor		Detalle de la Causa de la Estancia Prolongada y/o resumen de HC (13)	Recibe Información en la UES.(14)
						Fecha de Ingreso a la Sala (7)	Dias en HUV (8)		Dias en Sala (9)	Dias del mes de estancia prolongada por esa causa (11)		

Anexo 2. Instructivo para el diligenciamiento del formato 001 de registro de estancia hospitalaria prolongada.

 <p>HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE Escuela de Medicina E.S.E</p>	<p>IDENTIFICACION DE CAUSAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA PROLONGADA.</p>	CÓDIGO: PR/DG/DI/AM/001
		FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006
		VERSIÓN: 1
		PAGINA: 1 DE 2
		TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA
		NO. DE COPIA: 1

1. OBJETIVO

Unificar los conceptos para el correcto diligenciamiento del formato de registro de causas de estancia prolongada por cada uno de los auditores del HUV asignados a la sala, en el modelo de auditoria concurrente.

2. ALCANCE

Aplica para todos los auditores en salud asignados a las salas de urgencias, hospitalización, unidades de cuidado intensivo e intermedio y sala de operaciones si existen allí pacientes con más de 6 horas en recuperación.

3. RESPONSABILIDAD

- Auditor medico HUV asignado a cada sala.

4. INSTRUCCIONES

1. Registre La fecha de la auditoria.
2. Registre el número de la historia clínica elegida como parte de la muestra.
3. Registre el nombre del paciente.
4. Registre el nombre de la empresa responsable del pago de la factura (ARS, EPS, SOAT, FOSYGA, VINCULADOS VALLE O VINCULADO OTROS DEPTOS).
5. registre los diagnósticos consignados en la historia clínica.
6. Registre la fecha de ingreso al HUV día/mes/año.
7. Registre la fecha de ingreso a la sala día/mes/año.
8. Registre los días de internación del paciente, que el censo reporta en la primera columna.
9. Registre los días de internación del paciente, que el censo reporta en la segunda columna.
10. Registre el código correspondiente a la causa de la estancia prolongada.
11. registre las fechas (días del mes) que han transcurrido como estancia prolongada y son atribuibles al código consignado en el numeral 10.
12. Registre la sumatoria de los días de estancia prolongada atribuibles a ese código.
13. Registre las especificaciones que considere necesarias, respecto de la historia clínica y causas de estancia prolongada.
14. solicite la firma del gerente de la UES, como soporte de notificación de los casos, en su defecto debe firmar la coordinadora de enfermería o la secretaria de la UES.



IDENTIFICACION DE CAUSAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA PROLONGADA.

CÓDIGO: PR/DG/DI/AM/001

FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006

VERSIÓN: 1

PAGINA: 2 DE 2

TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA
RESTRINGIDA

NO. DE COPIA: 1

5. PERIODICIDAD PARA LA REVISIÓN

El documento se revisará anualmente por el coordinador de Auditoría médica y el jefe de la oficina de Desarrollo Institucional.

6. ACCIONES DE CONTINGENCIA

Ninguna

7. ANEXOS.

Formato 01 de registro y notificación de estancia prolongada.

Tabla de codificación de causas de estancia prolongada hospitalaria por salas.

Tabla de metas promedio de estancia hospitalaria por salas.

8. REFERENCIAS

No aplica

Anexo 3. Metas de estancia hospitalaria por sala y valor del día estancia.

 <p>HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE Hospital General S.A.S.</p>	IDENTIFICACION DE CAUSAS DE ESTANCIA PROLONGADA HOSPITALARIA	CÓDIGO: PR/DG/DI/AM/ 01
		FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006
		VERSIÓN: 1
		PAGINA: 1 DE 1
		TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA
		NO. DE COPIA: 1

SALA	META	VALOR DIA ESTANCIA
unidad de trauma	1	112.400
sala de operaciones	0,25	338.100
consultorios	0,5	112.400
sala de yesos	2	112.400
pediatría clínica urgencias	1	112.400
pediatría trauma urgencias	1	112.400
observación neurocirugía	2,5	112.400
observación cirugía	2	112.400
observación medicina interna	3	112.400
medicina interna urgencias	1,5	112.400
Pediatría General	10	112.400
Pediatría Infecto	21	112.400
UCI Pediátrico cipaf	10,5	676.200
UCI Neonatal cirena	8	676.200
Pensionados	9	112.400
Neurocirugía	10	112.400
U.C.I. Neurocirugía	15	676.200
Puerperio	1,5	112.400
Ginecología	3	112.400
Sépticas	4	112.400
Alto Riesgo Obstétrico	5	112.400
Medicina Interna Hombres	10	112.400
Medicina Interna Mujeres	8	112.400
U.C. Intermedio	6	363.700
U.C. Intensivo	14	676.200
U.C.C. Adultos	14	676.200
Unidad Salud Mental	10	112.400
Unidad de Quemados	11	362.300
Cx Ped Ana Frank	15	112.400
Cirugía Hombres	12,5	112.400
Cirugía Mujeres	8	112.400
Infecto Adultos	21	175.400
Sala Ortopedia	5	112.400

Anexo 4. Modelo de informe de estancia prolongada en el Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E

 <p>HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE Evaristo García E.S.E</p>	<p>IDENTIFICACION DE CAUSAS DE ESTANCIA PROLONGADA HOSPITALARIA</p>	CÓDIGO: PR/DG/DI/AM/001
		FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006
		VERSIÓN: 1
		PAGINA: 1 DE 4
		TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA
		NO. DE COPIA: 1

Fecha de realización: Haga referencia al mes y año de la auditoria.

Salas: Nombre de la sala auditada.

1. Objeto: Identificar los casos de estancia prolongada tanto justificada como injustificada, establecer sus causas, y analizarlas en términos del impacto económico que la estancia prolongada implica a la institución como costo de no calidad y glosa potencial.

2. Antecedentes: La estancia prolongada es uno de los problemas mas importantes relacionados con la prestación de servicios de salud, es una causa de no calidad asistencial y afecta financieramente la institución por afectar el giro cama e incrementar la posibilidad de glosa a las facturas, por tanto es identificada como una oportunidad de mejoramiento.

3. Metodología:

Se aplica el procedimiento de identificación de causas de estancia hospitalaria prolongada, el cual incluye las siguientes actividades:

- Realización de auditoria médica diaria a la sala.
- Análisis de una muestra de las historias clínicas de los pacientes que cursen con estancia prolongada de acuerdo al estándar de cada sala.
- Definición de la causa de estancia prolongada tanto justificada como injustificada de acuerdo a la clasificación institucional de las mismas.
- Registro de los hallazgos en el instrumento denominado: Formato de estancia prolongada.
- Notificación por escrito al gerente de la sala, sobre los casos de mayor relevancia para su intervención.
- Realización del informe final mensual, que incluye el total de días de estancia prolongada en que incurrió cada una de las salas analizadas en el servicio de urgencias, su distribución porcentual por causas, y el costo de la no calidad para la institución derivado de la estancia prolongada.



IDENTIFICACION DE CAUSAS DE ESTANCIA PROLONGADA HOSPITALARIA

CÓDIGO: PR/DG/DI/AM/001

FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006

VERSIÓN: 1

PAGINA: 2 DE 4

TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA

NO. DE COPIA: 1

4. Hallazgos:

Descripción de el numero de pacientes correspondiente a la muestra evaluada, el numero total de días de estancia prolongada y la distribución porcentual de la estancia justificada y no justificada

Realización del análisis Pareto de las causas de estancia prolongada; incluyendo número de casos, total de días de estancia prolongada, costo de la no calidad y participación porcentual de cada causa sobre el total del valor de la estancia prolongada.

Causas de estancia prolongada en HUV Junio de 2006.	N° casos	Total dias	Total costo no calidad	Porcentaje	Pareto
Estancia prolongada Justificada clinicamente.	77	607	209.235.000	60,06%	60,06%
No diponibilidad de traslado Interno al HUV	84	227	56.777.000	16,30%	76,36%
inoportunidad en toma de ayudas diagnosticas de imagenologia	31	153	17.699.800	5,08%	81,44%
inoportunidad en interconsultas	41	143	16.325.200	4,69%	86,13%
inoportunidad en reporte de ayudas diagnosticas de imagenologia	11	56	6.294.400	1,81%	87,93%
Paciente no programado Por no disponibilidad de quirofanos	14	52	6.726.800	1,93%	89,86%
tramite de procedimientos no realizados en HUV	9	45	5.058.000	1,45%	91,32%
Conducta no definida	6	43	5.084.500	1,46%	92,77%
falta de insumos medico quirurgicos	6	43	4.833.200	1,39%	94,16%
No disponibilidad de material de osteosintesis	5	35	3.934.000	1,13%	95,29%
inoportunidad en reporte de ayudas diagnosticas de laboratorios	3	26	2.922.400	0,84%	96,13%
Diagnostico no definido	2	19	2.135.600	0,61%	96,74%
No hay claridad sobre causa de Hospitalizacion	5	17	1.910.800	0,55%	97,29%
Inoportunidad de egreso por tramites administrativos ante EPS ARS (O.Servicio)	4	13	1.461.200	0,42%	97,71%
Inoportunidad de egreso por tramite administrativo para efectuar el copago	4	10	1.124.000	0,32%	98,03%
Paciente no programado	2	9	1.514.200	0,43%	98,47%
no disponibilidad de traslado externo al HUV	4	9	1.011.600	0,29%	98,76%
Ausencia de evolucion medica	6	8	899.200	0,26%	99,02%
Cancelacion de cirugia por paciente mas urgente que requiriro el quirofono	4	8	899.200	0,26%	99,27%
Paciente no programado por equipos o insumos	2	8	899.200	0,26%	99,53%
inoportunidad en toma de ayudas diagnosticas de laboratorios	3	4	449.600	0,13%	99,66%
cancelacion de cirugia por causa del paciente	2	3	839.800	0,24%	99,90%
Inoportunidad de egreso por demora en ubicacion de pacientes abandonados	1	3	337.200	0,10%	100,00%
Total general	326	1541	348.371.900	100,00%	



**IDENTIFICACION DE
CAUSAS DE ESTANCIA
PROLONGADA
HOSPITALARIA**

CÓDIGO: PR/DG/DI/AM/001

FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006

VERSIÓN: 1

PÁGINA: 3 DE 4

TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA
RESTRINGIDA

NO. DE COPIA: 1

Realización del análisis de la distribución por salas de la estancia prolongada justificada, incluyendo la participación porcentual de cada sala en el total de la estancia prolongada justificada del Hospital.

sala	Estancia prolongada Justificada clínicamente.	porcentaje
Unidad de Quemados	148	24,38%
U.C. Intermedio	116	19,11%
U.C. Intensivo	99	16,31%
Unidad Salud Mental	38	6,26%
Pensionados	36	5,93%
Infecto Adultos	34	5,60%
U.C.C. Adultos	30	4,94%
Cx Ped Ana Frank	27	4,45%
Sala Ortopedia	18	2,97%
Ginecología	15	2,47%
Pediatría General	11	1,81%
Puerperio	11	1,81%
Alto Riesgo Obstétrico	9	1,48%
Pediatría Infecto	8	1,32%
Sépticas	5	0,82%
consultorios	1	0,16%
pediatria clinica Urgencias	1	0,16%
Total general	607	100,00%

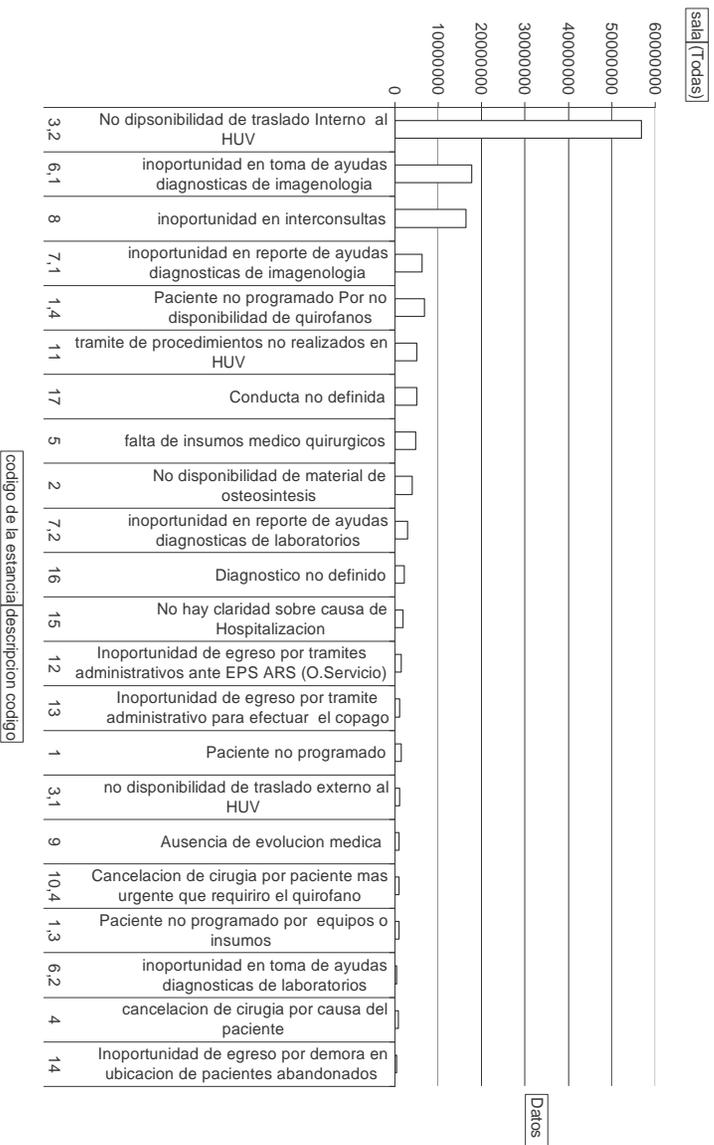
Análisis de la estancia prolongada no justificada

Se realiza el calculo del costo de No calidad por estancia prolongada no justificada teniendo en cuenta el valor de la estancia hospitalaria según el Manual Tarifario del Gobierno Nacional (Decreto 2423 de 1996 – SOAT) en cada una de las salas.



**IDENTIFICACION DE
CAUSAS DE ESTANCIA
PROLONGADA
HOSPITALARIA**

CÓDIGO: PR/DG/DI/AM/001
FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006
VERSIÓN: 1
PÁGINA: 4 DE 4
TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA
 RESTRINGIDA
NO. DE COPIA: 1



A continuación se realiza un análisis de las causas que quedaron incluidas en el paretto de la estancia prolongada en HUV durante junio de 2006.

Recomendaciones: Se sugieren estrategias de mejoramiento a ser implementadas por las Unidades estratégicas de servicio para corregir las causas de estancia prolongada identificadas.

Realizado por:
Nombre:
Cargo:
Firma:

Anexo 5. Formato para evaluar la calidad del diligenciamiento de las historias clínicas de hospitalización.



FORMATO PARA EVALUAR LA CALIDAD DEL DILIGENCIAMIENTO DE LAS HISTORIAS CLINICAS DE HOSPITALIZACION

MES _____
 AÑO _____
 SALA _____

INDICADOR	S N NA			Observaciones	S N NA			Observaciones	S N NA			Observaciones
	S	N	NA		S	N	NA		S	N	NA	
ASPECTOS DE FORMA DE LA HISTORIA CLINICA												
A	Numero de historia clinica											
B	Afilacion al SGSSS											
C	Sala											
D	Fecha Ingreso											
E	Fecha Egreso del HUV											
1	Letra legible.											
2	Ausencia de siglas											
3	Historia Foliada											
4	Ausencia de Tachones y/o enmendaduras											
5	Datos consignados Cronológicamente											
6	Registro de Fecha y Hora											
7	Identificación de los responsables											
ASPECTOS DE CONTENIDO DE LA HISTORIA CLINICA DE INGRESO												
8	Identificación del paciente en los folios de la HC											
9	Anamnesis											
10	Antecedentes personales											
11	Antecedentes Familiares											
12	Revisión de Sistemas											
13	Examen físico											
14	Impresión diagnóstica											
15	Conducta o plan de manejo											
ASPECTOS DE CONTENIDO COMUNES A TODA LA HISTORIA CLINICA (Ingreso y estancia hospitalaria).												
16	Evolucion											
17	Paraclínicos no imagenológicos											
18	Imágenes diagnósticas.											
19	Ordenes medicas completas.											
20	Solicitud de Interconsulta											
21	Respuesta de interconsulta											
22	Nota operatoria bien diligenciada											
23	Valoración preanestésica											
24	Registro de anestesia.											
25	Consentimiento informado.											
26	Formato de justificación del uso de medicamentos NO POS											
ASPECTOS DE CONTENIDO COMUNES A TODA LA HISTORIA CLINICA DE DILIGENCIAMIENTO EXCLUSIVO DE ENFERMERIA.												
27	Notas de Enfermería											
28	Hoja de Administracion de medicamentos											
29	Formato de balance de Líquidos diligenciado correctamente											
ASPECTOS DE CONTENIDO DE EPICRISIS												
30	Encabezado de epicrisis											
31	Diagnosticos en la epicrisis											
32	Datos del ingreso											
33	Datos de la evolucion											
34	datos de la conducta											
35	Datos del egreso											
F	Subtotales											
G	TOTAL											
H	Evaluador											

Anexo 6. Instructivo para el diligenciamiento del formato 002 de auditoria a la calidad de las historias clínicas.

	AUDITORIA A LA CALIDAD EN EL DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIAS CLINICAS	CÓDIGO: INS/DG/DI/AM/002
		FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006
		VERSIÓN: 1
		PAGINA: 1 DE 11
		TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA
		NO. DE COPIA: 1

1. OBJETIVO

Estandarizar la metodología de evaluación de la calidad del diligenciamiento de las historias clínicas del Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E, por parte del Comité de Historias Clínicas.

2. ALCANCE

Permitir que el Comité de Historias clínicas del HUV, realice la evaluación del diligenciamiento de la historia clínica dando cumplimiento a su competencia en toda la institución.

3. RESPONSABILIDAD

- Comité de Historias Clínicas.

4. INSTRUCTIVO.

Generalidades:

Cada hoja de evaluación permite el análisis de tres historias clínicas. Para cada una de ellas es de obligatorio diligenciamiento una de las casillas que brinda el concepto de calificación: si cumple, no cumple o No aplica, las cuales son mutuamente excluyentes. En total hay 35 requisitos a evaluar en cada historia clínica y para cada uno de ellos existe un espacio para el registro de las observaciones respectivas.

Este instrumento permite la evaluación de la historia clínica en forma integral, desde el ingreso del paciente hasta su egreso en la última hospitalización, verificando el cumplimiento de los criterios administrativos y clínicos, de acuerdo a las normas existentes, logrando identificar las causales de glosa en el proceso de atención y diligenciamiento de la historia clínica.



**AUDITORIA A LA
CALIDAD EN EL
DILIGENCIAMIENTO DE
HISTORIAS CLINICAS**

CÓDIGO: INS/DG/DI/AM/002

FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006

VERSIÓN: 1

PAGINA: 2 DE 11

TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA
RESTRINGIDA

NO. DE COPIA: 1

ASPECTOS DE FORMA DE LA HISTORIA CLINICA.

A. **NUMERO DE LA HISTORIA CLINICA:** Registre el número de historia clínica del paciente.

B. **AFILIACION AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD:** Registre el tipo de seguridad social en salud. Hace referencia a la identificación del administrador de régimen de beneficios responsable del paciente en el sistema de seguridad social en salud.

C. **SALA:** Hace referencia a la sala o servicio en el cual se efectuó el egreso del paciente la cual será la sala objeto a evaluar.

D. **FECHA DE INGRESO DEL PACIENTE AL HUV.** Registre la fecha de ingreso a la institución de la siguiente manera: día- mes - año. (Tome el dato de la hoja de admisión)

E. **FECHA DE EGRESO DEL PACIENTE AL HUV.** Registre la fecha de egreso del paciente de la institución de la siguiente manera: día- mes - año. (Tome el dato de las ordenes médicas y de las notas de enfermería)

1. **LETRA LEGIBLE:** Marque N (no cumple) con por lo menos una nota en la historia clínica, con letra ilegible y haga referencia en la casilla de observaciones de la fecha de dicho registro y el nombre de la persona que lo realizo.

2. **AUSENCIA DE SIGLAS:** Marque N (no cumple), si por lo menos uno de los registros de la historia clínica tiene siglas consignadas. Haga referencia en la casilla de observaciones de la fecha de la nota y el folio no enumerado a que corresponda.

3. **HISTORIA CLINICA FOLIADA:** Marque N (no cumple) , si por lo menos uno de los componentes de la historia clínica (ordenes medicas, evoluciones medicas, notas de enfermería, balance de líquidos, hoja de administración de medicamentos, hojas de signos vitales, notas de cirugía, notas de anestesiología, etc.) no se encuentran numeradas consecutivamente. Haga referencia en la casilla de observaciones de la fecha de la nota y el folio no enumerado a que corresponda.



AUDITORIA A LA CALIDAD EN EL DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIAS CLINICAS

CÓDIGO: INS/DG/DI/AM/002
FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006
VERSIÓN: 1
PAGINA: 3 DE 11
TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA
NO. DE COPIA: 1

4. TACHONES O ENMENDADURAS: Marque como N (no cumple), si por lo menos existe una nota con tachones, enmendaduras y/o uso de corrector. Haga referencia en la casilla de observaciones de la fecha de la nota y el nombre de la persona que realizo dicho registro.

5. DATOS CONSIGNADOS CRONOLOGICAMENTE: Marque como N (no cumple), si por lo menos una nota médica, paramédica o de enfermería no respeta el orden cronológico debido, o si se dejan espacios en blanco entre dos registros secuenciales. Haga referencia en la casilla de observaciones de la fecha de la nota, folio de la historia y nombre de la persona que realizo dicho registro.

6. REGISTRO DE FECHA Y HORA: Marque como N (no cumple), si por lo menos una nota medica (Evolución, ordenes medicas o ínter consultas) paramédica o de enfermería no esta encabezada con la fecha y hora. Haga referencia en la casilla de observaciones del tipo de nota, folio en el que se encuentra y el nombre de la persona que realizo dicho registro.

7. IDENTIFICACION DE RESPONSABLE: Marque como N (no cumple), si por lo menos una nota medica, paramédica o de enfermería no tiene firma y sello del profesional de la salud tratante. Haga referencia en la casilla de observaciones de la fecha de la nota, folio y nombre de la persona que realizo dicho registro.

ASPECTOS DE CONTENIDO DE LA HISTORIA CLINICA DE INGRESO.

8. IDENTIFICACION DEL PACIENTE: Marque como N (no cumple), si por lo menos una hoja de los componentes de la historia clínica no se encuentra marcada con nombre completo del paciente, número de historia clínica y sala de hospitalización. Haga referencia en la casilla de observaciones de la fecha de la nota, folio y nombre de la persona que realizo dicho registro.

9. ANAMNESIS: Marque como N (no cumple), si la historia clínica de ingreso no registra anamnesis completa. Haga referencia en la casilla de observaciones de la fecha de la nota, folio y nombre de la persona que realizo dicho registro.



AUDITORIA A LA CALIDAD EN EL DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIAS CLINICAS

CÓDIGO: INS/DG/DI/AM/002
FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006
VERSIÓN: 1
PAGINA: 4 DE 11
TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA
NO. DE COPIA: 1

10. ANTECEDENTES PERSONALES: Marque como N (no cumple) si la historia clínica de ingreso no registra antecedentes personales completos (patológicos, obstétricos, hospitalarios, Quirúrgicos, Inmunológicos, Traumáticos, Tóxicos, Psiquiátricos, Alérgicos, Enfermedades de transmisión sexual, ocupación) Haga referencia en la casilla de observaciones de la fecha de la nota y el nombre de la persona que realizo dicho registro.

11. ANTECEDENTES FAMILIARES: Marque como N (no cumple), si la historia clínica de ingreso no registra antecedentes familiares. Haga referencia en la casilla de observaciones de la fecha de la nota, folio y nombre de la persona que realizo dicho registro.

12. REVISION POR SISTEMAS: Marque como N (no cumple), si la historia clínica de ingreso no registra datos positivos y negativos en la revisión por sistemas. Haga referencia en la casilla de observaciones de la fecha de la nota, folio y el nombre de la persona que realizo dicho registro.

13. EXAMEN FISICO: Evalúa la existencia del registro del examen físico completo (signos vitales, examen físico general) en la historia clínica de ingreso. Marque como N (no cumple), si por alguna de estos aspectos no se cumple en la Historia Clínica de ingreso, Haga referencia en la casilla de observaciones de la fecha de la nota y el nombre de la persona que realizo dicho registro.

14. IMPRESION DIAGNOSTICA: Hace referencia a la existencia de impresión diagnostica en la historia clínica de ingreso. Marque como N (no cumple), si no cumple con este criterio. Haga referencia en la casilla de observaciones de la fecha de la nota y el nombre de la persona que realizo dicho registro.

15. CONDUCTA: Hace referencia a la existencia de conducta o plan de manejo registrado al final de la historia clínica de ingreso. Marque como N (no cumple), si no esta registrada la conducta o se registro la expresión “ver órdenes médicas” Haga referencia en la casilla de observaciones de la fecha de la nota y el nombre de la persona que realizo dicho registro.



AUDITORIA A LA CALIDAD EN EL DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIAS CLINICAS

CÓDIGO: INS/DG/DI/AM/002
FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006
VERSIÓN: 1
PAGINA: 5 DE 11
TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA
NO. DE COPIA: 1

ASPECTOS DE CONTENIDO COMUNES A TODA LA HISTORIA CLINICA (Ingreso y estancia hospitalaria).

16. **EVOLUCION:** Hace referencia a la existencia diaria de por lo menos una evolución medica, que contenga: signos vitales, examen físico, diagnósticos nuevos o ratificación de los anteriores y plan de manejo. Sin que en ningún caso se acepte la frase "iguales ordenes medicas" o " ver ordenes medicas". Marque como N (no cumple) si por lo menos una evolución no cumple con estos criterios. Haga referencia en la casilla de observaciones de la fecha de la nota, folio y el nombre de la persona que realizo dicho registro.

17. **PARACLINICOS NO IMAGENOLOGICOS:** Hace referencia a que los exámenes de laboratorio solicitados al paciente estén interpretados en las hojas de evolución y su soporte o reporte oficial se encuentre anexo en la historia clínica. Marque como no cumple si por lo menos un examen de laboratorio no cumple con este criterio. Haga referencia en la casilla de observaciones del examen solicitado y no reportado y/o comentado, así como la fecha de la solicitud.

18. **IMAGENES DIAGNOSTICAS:** Hace referencia a que las imágenes diagnosticas solicitados al paciente, estén interpretados en las hojas de evolución y su soporte o reporte oficial se encuentre anexo en la historia clínica. Marque como no cumple si por lo menos una imagen diagnostica no cumple con este criterio. Haga referencia en la casilla de observaciones de la imagen diagnostica solicitada y no reportado y/o comentado, así como la fecha de la solicitud.

19. **ÓRDENES MÉDICAS COMPLETAS:** Hace referencia a que se consignen en forma diaria órdenes médicas completas con fecha hora, firma y sello médico; sin que en ningún caso se acepte la frase "iguales ordenes médicas". Marque como no cumple si por lo menos un día de la estancia hospitalaria no cumple con este criterio. Haga referencia en la casilla de observaciones de la fecha de la nota y el nombre de la persona que realizo dicho registro.



AUDITORIA A LA CALIDAD EN EL DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIAS CLINICAS

CÓDIGO: INS/DG/DI/AM/002
FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006
VERSIÓN: 1
PAGINA: 6 DE 11
TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA
NO. DE COPIA: 1

20. SOLICITUD DE INTERCONSULTA: Hace referencia al registro de la historia clínica de la solicitud de interconsultas médicas y paramédicas. Marque como N (no cumple) si por lo menos una interconsulta no cumple con este criterio. Haga referencia en la casilla de observaciones de la fecha de la nota, folio y el nombre de la persona que realizó dicho solicitud.

21. RESPUESTA A INTERCONSULTAS: Hace referencia al diligenciamiento completo de la nota de respuesta a interconsultas médicas y paramédicas, con signos vitales, examen físico, análisis del caso, diagnósticos nuevos o ratificación de los anteriores y plan de manejo. Marque como N (no cumple), si por lo menos una interconsulta no cumple con este criterio. Haga referencia en la casilla de observaciones de la fecha de la nota, la especialidad y el nombre de la persona que contestó la interconsulta. Y en caso de nunca haber sido contestada la interconsulta haga referencia de este hecho en la casilla de observaciones.

22. NOTA OPERATORIA: Hace referencia al diligenciamiento completo de la nota operatoria con diagnóstico, nombre de los procedimientos realizados, código de los procedimientos, descripción del procedimiento quirúrgico, firma y sello de cirujano ayudantes (si lo hubo) e instrumentadora. Marque como N “no cumple”, si por lo menos uno de estos criterios no se cumple en una o varias notas operatorias. Haga referencia en la casilla de observaciones de la fecha de la nota, la especialidad y el nombre del cirujano que diligenció la nota operatoria.

23. VALORACION PREANESTESICA: Hace referencia a la existencia de hoja de valoración preanestésica completamente diligenciada con firma y sello del profesional responsable. Marque como N (no cumple), si por lo menos una nota preanestésica no cumple con estos criterios. Haga referencia en la casilla de observaciones de la fecha de la nota, y el nombre del anestesiólogo que realizó la valoración preanestésica.



AUDITORIA A LA CALIDAD EN EL DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIAS CLINICAS

CÓDIGO: INS/DG/DI/AM/002
FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006
VERSIÓN: 1
PAGINA: 7 DE 11
TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA
NO. DE COPIA: 1

24. **REGISTRO DE ANESTESIA:** Hace referencia a la existencia de hoja de registro de anestesia completamente diligenciada con firma y sello del profesional responsable. Marque como no cumple si por lo menos una nota anestesia no cumple con estos criterios. Haga referencia en la casilla de observaciones de la fecha de la nota, la especialidad y el nombre del anestesiólogo realizo la valoración preanestésica.

25. **CONSENTIMIENTO INFORMADO:** Hace referencia al diligenciamiento completo del consentimiento informado de los procedimientos quirúrgicos terapéuticos o diagnósticos realizados a los pacientes. Debe contar con la fecha, hora, nombre del paciente (o de su responsable legal en caso de un menor de edad), firma, cedula de ciudadanía y huella digital. Marque como N no cumple, si por lo menos uno de estos criterios no esta presente en el registro. Haga referencia en la casilla de observaciones de la fecha de la nota, y la especialidad quirúrgica responsable de la realización de dicho procedimiento, en caso de no existir en la historia clínica el consentimiento informado debe hacerse referencia en la casilla de observaciones de la fecha del procedimiento realizado sin consentimiento informado y la especialidad quirúrgica a la que corresponde.

26. **FORMATO DE JUSTIFICACION DEL USO DE MEDICAMENTOS NO POS:** Hace referencia al diligenciamiento completo del formato, en especial los espacios correspondientes a si existen medicamentos homólogos en el POS y la experiencia tenida con ellos que justifique la determinación de usar el medicamento no POS; además énfasis especial en la consignación de nombre y sello del medico especialista tratante. Marque como no cumple si fue prescrito un medicamento no pos y no existe el formato correspondiente o si este formato no cumple con por lo menos uno de estos criterios. Haga referencia en la casilla de observaciones de la fecha del formato, el nombre del medicamento al que corresponde y el nombre del medico tratante responsable de su diligenciamiento.

ASPECTOS DE CONTENIDO COMUNES A TODA LA HISTORIA CLINICA DE DILIGENCIAMIENTO EXCLUSIVO DE ENFERMERIA.

27. **NOTAS DE ENFERMERIA:** Hace referencia a la existencia de notas de enfermería legibles, una por cada turno en orden cronológico, con el nombre claro de la auxiliar de enfermería responsable. Marque como N no cumple, si por lo menos una nota de enfermería no cumple con este criterio. Haga referencia en la casilla de observaciones de la fecha de la nota y el nombre de la persona que realizo dicho registro.



AUDITORIA A LA CALIDAD EN EL DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIAS CLINICAS

CÓDIGO: INS/DG/DI/AM/002
FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006
VERSIÓN: 1
PAGINA: 8 DE 11
TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA
NO. DE COPIA: 1

28. HOJA DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS: Hace referencia al diligenciamiento de hojas de administración de medicamentos en forma suficiente y clara, consignándose nombre del medicamento, dosis, vía de administración, y hora de administración de la respectiva dosis con nombre claro de la persona responsable de su administración. Marque como N (no cumple) si por lo menos una hoja de administración de medicamentos no cumple con los criterios. Haga referencia en la casilla de observaciones de la fecha de la nota y el nombre de la persona que realizo dicho registro.

29. HOJA DE BALANCE DE LIQUIDOS: Hace referencia al diligenciamiento completo y claro del registro de acuerdo a su ordenamiento. Marque como N (no cumple), si por lo menos una hoja de Control de Líquidos no cumple con estos criterios. Haga referencia en la casilla de observaciones de la fecha de la nota y el nombre de la persona que realizo dicho registro.

ASPECTOS DE CONTENIDO DE EPICRISIS.

30. Encabezado: Hace referencia al completo diligenciamiento de las casillas del formato de epicrisis referentes a: Nombres y apellidos, edad y sexo. Numero de historia clínica, Fecha de ingreso y egreso. Sala de egreso. Marque como N (no cumple), si por lo menos uno de estos criterios no se cumple en la epicrisis. Haga referencia en la casilla de observaciones de nombre de la persona que realizo dicho registro.

31. Diagnósticos: Hace referencia al registro en la epicrisis de diagnósticos de ingreso y egreso tanto presuntivos, confirmados y relacionados con sus respectivos códigos CIE-10. Marque como N (no cumple), si por lo menos uno de estos criterios no se cumple en la epicrisis. Haga referencia en la casilla de observaciones de nombre de la persona que realizo dicho registro. Marque como N (no cumple), si por lo menos uno de estos criterios no se cumple en la epicrisis. Haga referencia en la casilla de observaciones de nombre de la persona que realizo dicho registro.

32. Del ingreso: Hace referencia al registro en la epicrisis de los aspectos relevantes respecto al motivo de la solicitud del servicio, estado general al ingreso, enfermedad actual, antecedentes, revisión por sistemas relacionado con el motivo que origino el servicio, hallazgos positivos del examen físico. Marque como N (no cumple), si por lo menos uno de estos criterios no se cumple en la epicrisis. Haga referencia en la casilla de observaciones de nombre de la persona que realizo dicho registro.



**AUDITORIA A LA
CALIDAD EN EL
DILIGENCIAMIENTO DE
HISTORIAS CLINICAS**

CÓDIGO: INS/DG/DI/AM/002

FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006

VERSIÓN: 1

PAGINA: 9 DE 11

TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA
RESTRINGIDA

NO. DE COPIA: 1

33. De la evolución: Hace referencia al registro en la epicrisis de la evolución clínica y los cambios en el estado del paciente que conlleven a modificar la conducta o el manejo. Marque como N (no cumple), si por lo menos uno de estos criterios no se cumple en la epicrisis. Haga referencia en la casilla de observaciones de nombre de la persona que realizo dicho registro.

34. De la conducta: Hace referencia al registro en la epicrisis del total de cirugías, procedimientos, interconsultas, exámenes de laboratorios, imágenes diagnosticas, realizadas al paciente durante su hospitalización, así como el registro de los Tratamientos recibidos. Marque como N (no cumple), si por lo menos uno de estos criterios no se cumple en la epicrisis. Haga referencia en la casilla de observaciones de nombre de la persona que realizo dicho registro.

35. Del egreso: Hace referencia al registro en la epicrisis de recomendaciones al egreso, estado del paciente a la salida, motivo que origino la atención, grado de discapacidad si aplica, fecha de inicio y finalización de la incapacidad medica, nombres y apellidos legibles con numero de registro y sello del medico tratante.

Marque como N (no cumple), si por lo menos uno de estos criterios no se cumple en la epicrisis. Haga referencia en la casilla de observaciones de nombre de la persona que realizo dicho registro.

SISTEMA DE CALIFICACION.

El sistema permite evaluar cada historia clínica en forma integral mediante la sumatoria de los puntajes de cada uno de los ítems evaluados, y a la vez permite evaluar el comportamiento de cada aspecto evaluado en la muestra de historias clínicas de cada servicio.

F. SUBTOTAL: Se otorgará calificación de un punto a cada item evaluable, cada concepto de evaluación es mutuamente excluyente, al final debe sumar los totales para cada concepto.

G. CALIFICACION TOTAL:

1. CALIFICACION DE CALIDAD DE DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLINICA:
El puntaje final se obtendrá calculando el porcentaje de los ítems calificados como **SI cumple**, en relación al total de los ítems a evaluar menos los reportados como **NO aplica**.



AUDITORIA A LA CALIDAD EN EL DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIAS CLINICAS

CÓDIGO: INS/DG/DI/AM/002
FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006
VERSIÓN: 1
PAGINA: 10 DE 11
TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA
NO. DE COPIA: 1

CRITERIO DE CALIDAD DE DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLINICA: Se considera una historia clínica de buena calidad en el diligenciamiento, con puntuación entre 90 y 100%.

Aceptable: Igual o mayor al 80%.

De mala calidad: menor al 80%.

2. CALIFICACION DE CALIDAD DE DILIGENCIAMIENTO DE CADA UNO DE LOS ASPECTOS EVALUADOS DE LA HISTORIA CLINICA EN EL TOTAL DE LA MUESTRA EVALUADA:

El formato permite evaluar cada aspecto por separado, cuyo indicador será el siguiente:

% de calidad diligenciamiento de cada aspecto= $\frac{\# \text{ veces que SI cumple cada aspecto evaluado}}{\# \text{ Historias clínicas evaluadas.}}$

Historias clínicas evaluadas.

CRITERIO DE CALIDAD DE DILIGENCIAMIENTO DE CADA UNO DE LOS ASPECTOS EVALUADOS DE LA HISTORIA CLINICA: Se considera cada aspecto evaluado en de la historia clínica como de buena calidad en el diligenciamiento, cuya puntuación de calificación este entre 90 y 100%.

Aceptable: Igual o mayor al 80%.

De mala calidad: menor al 80%.

H. REVISION: Nombre de la persona que realiza la evaluación del diligenciamiento de la historia clínica y fecha de ejecución de la misma.



**AUDITORIA A LA
CALIDAD EN EL
DILIGENCIAMIENTO DE
HISTORIAS CLINICAS**

CÓDIGO: INS/DG/DI/AM/002

FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006

VERSIÓN: 1

PAGINA: 11 DE 11

TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA
RESTRINGIDA

NO. DE COPIA: 1

5. PERIODICIDAD PARA LA REVISIÓN

El comité de historias clínica revisará anualmente el contenido del formato y su instructivo para generar mejoras acorde a las necesidades de la institución.

6. ACCIONES DE CONTINGENCIA

No Aplica.

7. ANEXOS

Formato de evaluación de diligenciamiento de historias clínicas

8. REFERENCIAS

Resolución 1995 de 1.999

Modulo 11 Manual de Calidad de Auditoria Clínica Hospitalaria del Ministerio de Salud
Ahora Ministerio de la Protección Social.

9. Realizado por:

Auditoria Médica.

Anexo 7. Acta de auditoria de la calidad del diligenciamiento de historias clínicas

ACTA DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DEL DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIAS CLINICAS				 HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE
Área	Auditoria de calidad de atención en salud	Oficina	DESARROLLO INSTITUCIONAL	Anexo 7
				FECHA:
				PAG: 1 DE 1
UNIDAD ESTRATEGICA DE SERVICIO:				
Tamaño de la muestra auditada (Numero de Historias clínicas):				
Calificación promedio de las Historias clínicas de la UES:				
Calificación promedio de cada aspecto evaluado en la Historia Clínica:				
Recomendaciones para planes de mejoramiento:				
Realizado por:				
Nombre: _____ Cargo: Auditor Médico				

Anexo 8. Instructivo para diligenciamiento del acta de auditoria de la calidad del diligenciamiento de historias clínicas

 <p>HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE Evaristo García E.S.E</p>	<p>AUDITORIA A LA CALIDAD DEL DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIAS CLINICAS</p>	CÓDIGO: INS/DG/DI/AM/003
		FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006
		VERSIÓN: 1
		PAGINA: 1 DE 2
		TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA
		NO. DE COPIA: 1

1. OBJETIVO

Estandarizar la manera de la correcta emisión del acta de Auditoria de la Calidad del Diligenciamiento de historias Clínicas del Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E, por parte del auditor medico.

2. ALCANCE

El presente documento aplica para emitir el acta Auditoria de la calidad del diligenciamiento de las historias clínicas de pacientes hospitalizados

3. RESPONSABILIDAD

- Auditoria Medica.

4. INSTRUCTIVO.

1. FECHA: Registre el día, mes y año de diligenciamiento del acta.
2. UNIDAD ESTRATEGICA DE SERVICIO: Registre el nombre de la Unidad Estratégica de Servicio auditada.
3. TAMAÑO DE LA MUESTRA AUDITADA (NUMERO DE HISTORIAS CLINICAS: Registre el número total de historias clínicas que constituyeron la muestra auditada.
4. CALIFICACIÓN PROMEDIO DE LA HISTORIA CLINICA DE LA UES: Registre la calificación promedio de la calidad del diligenciamiento de las historias clínicas en la UES realizando una sumatoria de la calificación de cada historia clínica, y dividiéndolo entre el numero de historias clínicas de la muestra
5. CALIFICACION PROMEDIO DE CADA ASPECTO EVALUADO EN LA HISTORIA CLÍNICA: Realice la sumatoria de la calificación de cada aspecto de todas las historias clínicas y divídalo entre el numero de historias clínicas de la muestra
6. RECOMENDACIONES PARA PLANES DE MEJORAMIENTO: Realice recomendaciones y estrategias de mejoramiento sugeridas al subdirector de la unidad estratégica de servicio que sean necesarias para mejorar el diligenciamiento de las historias clínicas.
7. REALIZADO POR: Registre nombre y la firma del auditor que diligencio el acta.



**AUDITORIA A LA
CALIDAD DEL
DILIGENCIAMIENTO DE
HISTORIAS CLINICAS**

CÓDIGO: INS/DG/DI/AM/003

FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006

VERSIÓN: 1

PAGINA: 2 DE 2

TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA
RESTRINGIDA

NO. DE COPIA: 1

5. PERIODICIDAD PARA LA REVISIÓN

El documento se revisará anualmente por el coordinador de Auditoria médica y el jefe de la oficina de Desarrollo Institucional.

6. ACCIONES DE CONTINGENCIA

Ninguna

7. ANEXOS.

Acta de Auditoria de la Calidad del Diligenciamiento de Historias Clínicas.

8. REFERENCIAS

No aplica

Anexo 9. Tabla de monitoria a los indicadores de la calidad de la atención en salud del SOGCS.

 <p>HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE Hospital General U.S.V.</p>	<p>PROCEDIMIENTO DE SEGUIMIENTO Y CONTROL A LOS INDICADORES DE CALIDAD</p>	CÓDIGO: PR/DG/DI/AM/004
		FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006
		VERSIÓN: 1
		PAGINA: 1 DE 1
		TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA
		NO. DE COPIA: 1

Dominio	IPSS
1. Accesibilidad / Oportunidad	(1) Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Medica Especializada. (2) Proporción de cancelaron de cirugía programada. (3) Oportunidad en la atención en consulta de Urgencias. (4) Oportunidad en la atención en servicios de Imagenología. (5) Oportunidad en la atención en consulta de Odontología General. (6) Oportunidad en la realización de cirugía programada.
2. Calidad Técnica	(1) Tasa de Reingreso de pacientes hospitalizados. (2) Proporción Hipertensión Arterial Controlada.
3. Gerencia de Riesgo	(1) Tasa de Mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas. (2) Tasa de Infección Intrahospitalaria. (3) Proporción de Vigilancia de Eventos adversos.
4. Satisfacción / Lealtad	(1) Tasa de Satisfacción Global.



INDICADORES DE CALIDAD

CÓDIGO: PR/ DG/DI/AM/004
FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006
VERSIÓN: 1
PAGINA: 1 DE 47
TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA
NO. DE COPIA: 1

ASPECTOS GENERALES

Nombre	TASA DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA DESPUES DE 48 HORAS
Código	I.3.1
Justificación	La tasa de mortalidad hospitalaria es un indicador que ha sido utilizado dentro de los sistemas de salud para evaluar resultados relacionados con la atención en salud brindada durante la hospitalización del paciente y detectar problemas de calidad en la atención. Se encuentra directamente relacionado con características como el nivel de complejidad, niveles socio culturales y perfil epidemiológico de la población usuaria y por esta razón requiere de ajustes de riesgo sensibles.
Dominio	3. Gerencia del Riesgo

DEFINICION OPERACIONAL

Numerador	Número total de pacientes hospitalizados que fallecen después de 48 horas del ingreso.
Denominador	Número total de pacientes hospitalizados.
Unidad de medición	Tasa por mil
Factor	1000
Fórmula de cálculo	Divide numerador entre el denominador y se multiplica por 1000.



INDICADORES DE CALIDAD

CÓDIGO: PR/ DG/DI/AM/004
FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006
VERSIÓN: 1
PAGINA: 2 DE 47
TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA
NO. DE COPIA: 1

VARIABLES

	Numerador	Denominador
Origen de la información	IPS	IPS
Fuente primaria	Registros de Egreso Hospitalario	Registros de Egreso Hospitalario
Periodicidad recomendada (no obligatoria) De generación de la información.	Mensual	
Periodicidad de remisión de la información (Obligatoria).	Semestral	
Responsable de la obtención de la información del indicador.	Subdirector de UES Enfermera coordinadora de UES	
Responsable de la remisión externa de la información.	Desarrollo institucional	
Responsable de la verificación de la medición del indicador	Auditoria Medica	
Nivel de Desagregación	<p>Indicador sin desagregación para efectos de utilización en el nivel de monitoría del Sistema de Información para la Calidad. En el HUV es recomendable desagregar por sexo, grupo étnico y causa de enfermedad o muerte. Se debe remitir numerador y denominador ajustados por riesgo.</p> <p>El ajuste por riesgo se hará contra una población hipotética con distribución similar a la de Colombia para el año correspondiente al período de recolección del indicador según cifras del DANE así: Para edad menores de un año, de uno a cuatro años y demás grupos quinquenales y para sexo: masculino y femenino.</p>	



INDICADORES DE CALIDAD

CÓDIGO: PR/ DG/DI/AM/004
FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006
VERSIÓN: 1
PAGINA: 3 DE 47
TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA
NO. DE COPIA: 1

ANALISIS

Ajuste por Riesgo	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">NO requiere ajuste por Riesgo</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td>Ajuste por edad</td> <td style="text-align: center;">X</td> <td>Ajuste por sexo</td> <td style="text-align: center;">X</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte.</td> <td></td> </tr> </table>	NO requiere ajuste por Riesgo				Ajuste por edad	X	Ajuste por sexo	X	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte.			
NO requiere ajuste por Riesgo													
Ajuste por edad	X	Ajuste por sexo	X										
Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte.													
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.												
Umbral de desempeño NO Aceptable	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador.												
Estándar meta	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador.												
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema.												
Bibliografía	En este campo se incluirá la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador. Por tratarse de un indicador de nueva introducción en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, aún no existe bibliografía nacional al respecto.												



INDICADORES DE CALIDAD

CÓDIGO: PR/ DG/DI/AM/004

FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006

VERSIÓN: 1

PAGINA: 4 DE 47

TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA

NO. DE COPIA: 1

USUARIOS

Según tipo de Institución a la cual aplica	IPSS			
Según tipo de indicador	Monitorización SOGC	X	Seguimiento a riesgos Habilitación	X
	Vigilancia y control	X	Trazador de Calidad Promoción y Prevención	
	Institucional IPS	X	Institucional EAPB	



INDICADORES DE CALIDAD

CÓDIGO: PR/ DG/DI/AM/004
FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006
VERSIÓN: 1
PAGINA: 5 DE 47
TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA
NO. DE COPIA: 1

ASPECTOS GENERALES

Nombre	TASA DE INFECCIÓN INTRAHOSPITALARIA
Código	I.3.2
Justificación	<p>Se define como la incidencia de infecciones que aparecen dentro del ámbito hospitalario o asistencial, como complicación de un proceso de atención ambulatorio o con internación. A través de él puede monitorizarse la eficiencia de los procesos de asepsia y antisepsia utilizados para el control de microorganismos patógenos en el personal asistencial, las áreas físicas, los equipos y materiales de la institución.</p> <p>Su incidencia es importante en la medida en que puede indicar fallas en los procesos asistenciales y su utilización como medida de la calidad en las instituciones prestadoras de servicios de salud es universal. Puede ser utilizada en forma particular por servicios, procedimientos, periodos de tiempo u otras variables.</p>
Dominio	3. Gerencia del Riesgo

DEFINICION OPERACIONAL

Numerador	Número de pacientes con infección nosocomial.
Denominador	Número total de pacientes hospitalizados.
Unidad de medición	Relación porcentual
Factor	100
Fórmula de cálculo	Divide numerador entre el denominador y se multiplica por el factor.



INDICADORES DE CALIDAD

CÓDIGO: PR/ DG/DI/AM/004
FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006
VERSIÓN: 1
PAGINA: 6 DE 47
TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA
NO. DE COPIA: 1

VARIABLES

	Numerador	Denominador
Origen de la información	IPS	IPS
Fuente primaria	Registro de infecciones Nosocomiales	Registro de hospitalización
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información	Continua	
Periodicidad de remisión de la información (Obligatoria).	Semestral	
Responsable de la obtención de la información del indicador.	Subdirector de UES Enfermera coordinadora de UES	
Responsable de la remisión externa de la información.	Desarrollo institucional	
Responsable de la verificación de la medición del indicador	Auditoria Medica	
Nivel de Desagregación	Se considera como infección nosocomial aquella que aparece 48 horas después del ingreso Indicador sin desagregación para efectos de utilización en el nivel de monitoría del Sistema de Información para la Calidad.	



INDICADORES DE CALIDAD

CÓDIGO: PR/ DG/DI/AM/004
FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006
VERSIÓN: 1
PAGINA: 7 DE 47
TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA
NO. DE COPIA: 1

ANALISIS

Ajuste por riesgo	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
Umbral de desempeño NO Aceptable	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador.		
Estándar meta	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador.		
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema.		
Bibliografía	En este campo se incluirá la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador. Por tratarse de un indicador de nueva introducción en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, aún no existe bibliografía nacional al respecto.		



INDICADORES DE CALIDAD

CÓDIGO: PR/ DG/DI/AM/004

FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006

VERSIÓN: 1

PAGINA: 8 DE 47

TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA

NO. DE COPIA: 1

USUARIOS

Según tipo de Institución a la cual aplica	IPSs			
Según tipo de indicador	Monitorización SOGC	X	Seguimiento a riesgos Habilitación	X
	Vigilancia y control	X	Trazador de Calidad Promoción y Prevención	
	Institucional IPS	X	Institucional EAPB	

 <p>HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE Evaristo García E.S.E</p>	INDICADORES DE CALIDAD	CÓDIGO: PR/ DG/DI/AM/004
		FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006
		VERSIÓN: 1
		PAGINA: 9 DE 47
		TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA
		NO. DE COPIA: 1

ASPECTOS GENERALES

Nombre	PORCENTAJE DE COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS INMEDIATAS.
Código	No aplica
Justificación	Se define como la incidencia de complicaciones posteriores a la realización de un procedimientos quirúrgico. Su incidencia es importante en la medida en que puede indicar fallas en los procesos asistenciales y su utilización como medida de la calidad en las instituciones prestadoras de servicios de salud es universal. Puede ser utilizada en forma particular por servicios, procedimientos, periodos de tiempo u otras variables.
Dominio	3. Gerencia del Riesgo

DEFINICION OPERACIONAL

Numerador	Número de pacientes con complicaciones atribuibles al procedimiento quirúrgico, durante las primeras 24 horas del post operatorio.
Denominador	Número total de pacientes Operados.
Unidad de medición	Relación porcentual
Factor	100
Fórmula de cálculo	Divide numerador entre el denominador y multiplica por el factor

VARIABLES

	Numerador	Denominador
Origen de la información	Sala de recuperación Sala de hospitalización	Sala de recuperación Sala de hospitalización
Fuente primaria	Libro de registro de eventos adversos.	Registro de pacientes operados.
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información	Continua	
Periodicidad de remisión externa de la información (obligatoria).	Semestral	
Responsable de la obtención de la información del indicador.	Subdirector de UES Enfermera coordinadora de UES	
Responsable de la remisión externa de la información.	Desarrollo institucional	
Responsable de la verificación de la medición del indicador	Auditoria Medica	



INDICADORES DE CALIDAD

CÓDIGO: PR/ DG/DI/AM/004
FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006
VERSIÓN: 1
PAGINA: 10 DE 47
TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA
NO. DE COPIA: 1

ANALISIS

Ajuste por riesgo	NO requiere ajuste por riesgo		
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Ajuste por especialidad		X
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
Umbral de desempeño NO Aceptable	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador.		
Estándar meta	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador.		
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema.		
Bibliografía	En este campo se incluirá la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador. Por tratarse de un indicador de nueva introducción en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, aún no existe bibliografía nacional al respecto.		

USUARIOS

Según tipo de Institución a la cual aplica	IPSs			
Según tipo de indicador	Monitorización SOGC	X	Seguimiento a riesgos Habilitación	X
	Vigilancia y control		Trazador de Calidad Promoción y Prevención	
	Institucional IPS		Institucional EAPB	

 <p>HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE Evaristo García E.S.E</p>	INDICADORES DE CALIDAD	CÓDIGO: PR/ DG/DI/AM/004
		FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006
		VERSIÓN: 1
		PAGINA: 11 DE 47
		TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA
		NO. DE COPIA: 1

ASPECTOS GENERALES

Nombre	PORCENTAJE DE COMPLICACIONES ANESTESICAS
Código	No aplica
Justificación	Se define como la incidencia de complicaciones posteriores a la administración de anestesia. Su incidencia es importante en la medida en que puede indicar fallas en los procesos asistenciales y su utilización como medida de la calidad en las instituciones prestadoras de servicios de salud es universal. Puede ser utilizada en forma particular por servicios, procedimientos, periodos de tiempo u otras variables.
Dominio	3. Gerencia del Riesgo

DEFINICION OPERACIONAL

Numerador	Numero de casos de complicaciones anestésicas.
Denominador	Numero de anestésias dadas.
Unidad de medición	Relación porcentual
Factor	100
Fórmula de cálculo	Divide numerador entre el denominador y multiplica por el factor.

VARIABLES

	Numerador	Denominador
Origen de la información	Registro de complicaciones anestésicas	Registro de anestésias realizadas
Fuente primaria	Libro sala de operaciones	Libro de sala de operaciones
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información.	continua	
Periodicidad de remisión externa de la información (obligatoria).	semestral	
Responsable de la obtención de la información del indicador.	UES Sala de operaciones	
Responsable de la remisión externa de la información.	Desarrollo Institucional	
Responsable de la verificación de la medición del indicador.	Auditoria médica	
Nivel de Desagregación	Ninguna	



INDICADORES DE CALIDAD

CÓDIGO: PR/ DG/DI/AM/004
FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006
VERSIÓN: 1
PAGINA: 12 DE 47
TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA
NO. DE COPIA: 1

ANALISIS

Ajuste por Riesgo	NO requiere ajuste por Riesgo		
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Ajuste por comorbilidad.		
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
Umbral de desempeño NO Aceptable	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador.		
Estándar meta	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador.		
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema.		
Bibliografía	En este campo se incluirá la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador. Por tratarse de un indicador de nueva introducción en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, aún no existe bibliografía nacional al respecto.		

USUARIOS

Según tipo de Institución a la cual aplica	IPSs			
Según tipo de indicador	Monitorización SOGC	X	Seguimiento a riesgos Habilitación	X
	Vigilancia y control		Trazador de Calidad Promoción y Prevención	
	Institucional IPS		Institucional EAPB	



INDICADORES DE CALIDAD

CÓDIGO: PR/ DG/DI/AM/004

FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006

VERSIÓN: 1

PAGINA: 13 DE 47

TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA

NO. DE COPIA: 1

ASPECTOS GENERALES

Nombre	PORCENTAJE DE COMPLICACIONES MEDICAMENTOSAS
Código	No aplica
Justificación	Se define como la incidencia de complicaciones atribuibles al uso de medicamentos en forma intrahospitalaria. No incluye los efectos secundarios definidos en la literatura para dicho medicamento. Su incidencia es importante en la medida en que puede indicar fallas en los procesos asistenciales y su utilización como medida de la calidad en las instituciones prestadoras de servicios de salud es universal. Puede ser utilizada en forma particular por servicios.
Dominio	3. Gerencia del Riesgo

DEFINICION OPERACIONAL

Numerador	Numero de pacientes que cursaron con alguna complicación medicamentosa intrahospitalaria.
Denominador	Numero total de pacientes hospitalizados que recibieron medicamentos.
Unidad de medición	Relación porcentual
Factor	100
Fórmula de cálculo	Divide numerador entre el denominador y multiplica por el factor.



INDICADORES DE CALIDAD

CÓDIGO: PR/ DG/DI/AM/004

FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006

VERSIÓN: 1

PÁGINA: 14 DE 47

TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA

NO. DE COPIA: 1

VARIABLES

	Numerador	Denominador
Origen de la información	Registro de complicaciones medicamentosas de enfermería.	Registro de pacientes hospitalizados
Fuente primaria	UES	UES
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información.	continua	
Periodicidad de remisión externa de la información (obligatoria).	semestral	
Responsable de la obtención de la información del indicador.	Unidades estratégicas de servicio	
Responsable de la remisión externa de la información.	Desarrollo Institucional	
Responsable de la verificación de la medición del indicador.	Auditoria medica	
Nivel de Desagregación	Por medicamento.	



INDICADORES DE CALIDAD

CÓDIGO: PR/ DG/DI/AM/004
FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006
VERSIÓN: 1
PAGINA: 15 DE 47
TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA
NO. DE COPIA: 1

ANALISIS

Ajuste por Riesgo	NO requiere ajuste por Riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte.		
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
Umbral de desempeño NO Aceptable	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador.		
Estándar meta	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador.		
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema.		
Bibliografía	En este campo se incluirá la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador. Por tratarse de un indicador de nueva introducción en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, aún no existe bibliografía nacional al respecto.		

USUARIOS

Según tipo de Institución a la cual aplica	IPSS			
Según tipo de indicador	Monitorización SOGC		Seguimiento a riesgos Habilitación	X
	Vigilancia y control	X	Trazador de Calidad Promoción y Prevención	
	Institucional IPS	X	Institucional EAPB	



INDICADORES DE CALIDAD

CÓDIGO: PR/ DG/DI/AM/004
FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006
VERSIÓN: 1
PAGINA: 16 DE 47
TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA
NO. DE COPIA: 1

ASPECTOS GENERALES

Nombre	PORCENTAJE DE COMPLICACIONES TRANSFUSIONALES
Código	
Justificación	Se define como la incidencia de complicaciones posteriores a la realización de una transfusión de sangre total o cualquier componente sanguíneo. Su incidencia es importante en la medida en que puede indicar fallas en los procesos asistenciales y su utilización como medida de la calidad en las instituciones prestadoras de servicios de salud es universal. Puede ser utilizada en forma particular por servicios, y componente sanguíneo
Dominio	3. Gerencia del Riesgo

DEFINICION OPERACIONAL

Numerador	Numero de casos de complicaciones transfusionales
Denominador	Numero de eventos transfusionales (cada vez que inicia una transfusión independientemente del número de unidades aplicadas).
Unidad de medición	Relación porcentual
Factor	100
Fórmula de cálculo	Divide numerador entre el denominador y multiplica por el factor.



INDICADORES DE CALIDAD

CÓDIGO: PR/ DG/DI/AM/004
FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006
VERSIÓN: 1
PAGINA: 17 DE 47
TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA
NO. DE COPIA: 1

VARIABLES

	Numerador	Denominador
Origen de la información	Registro de complicaciones transfusionales	Registro de eventos transfusionales
Fuente primaria	UES	UES
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información.	continua	
Periodicidad de remisión externa de la información (obligatoria).	semestral	
Responsable de la obtención de la información del indicador.	Unidades estratégicas de servicio	
Responsable de la remisión externa de la información.	Desarrollo Institucional	
Responsable de la verificación de la medición del indicador.	Auditoria médica	
Nivel de Desagregación	Hemocomponente	



INDICADORES DE CALIDAD

CÓDIGO: PR/ DG/DI/AM/004
FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006
VERSIÓN: 1
PAGINA: 18 DE 47
TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA
NO. DE COPIA: 1

ANALISIS

Ajuste por Riesgo	NO requiere ajuste por Riesgo	X		
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo	
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte.			
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.			
Umbral de desempeño NO Aceptable	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador.			
Estándar meta	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador.			
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema.			
Bibliografía	En este campo se incluirá la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador. Por tratarse de un indicador de nueva introducción en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, aún no existe bibliografía nacional al respecto.			



INDICADORES DE CALIDAD

CÓDIGO: PR/ DG/DI/AM/004

FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006

VERSIÓN: 1

PAGINA: 19 DE 47

TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA

NO. DE COPIA: 1

USUARIOS

Según tipo de Institución a la cual aplica	IPSS			
Según tipo de indicador	Monitorización SOGC	X	Seguimiento a riesgos Habilitación	X
	Vigilancia y control	X	Trazador de Calidad Promoción y Prevención	
	Institucional IPS	X	Institucional EAPB	

 <p>HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE Evaristo García E.S.E</p>	INDICADORES DE CALIDAD	CÓDIGO: PR/ DG/DI/AM/004
		FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006
		VERSIÓN: 1
		PAGINA: 20 DE 47
		TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA
		NO. DE COPIA: 1

ASPECTOS GENERALES

Nombre	OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACION DE CITA EN LA CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA
Código	I.1.2
Justificación	<p>La oportunidad en la respuesta a la necesidad de la atención de casos de mayor complejidad que requieren de la intervención de especialistas tiene impacto sobre la capacidad resolutive de los casos por su detección y atención temprana disminuyendo los riesgos de incapacidad en tiempo, severidad, secuelas y en la congestión y mal uso de servicios de urgencias y de menor nivel de complejidad.</p> <p>El tiempo de respuesta en los prestadores puede resultar útil para medir la suficiencia institucional para la demanda de servicios que recibe, orientando decisiones de mejoramiento y la evaluación de la relación contractual con las entidades promotoras de salud.</p>
Dominio	1. Accesibilidad/Oportunidad

DEFINICION OPERACIONAL

Numerador	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para que ser atendido en la consulta médica especializada y la fecha para la cual es asignada la cita.
Denominador	Número total de consultas médicas especializadas asignadas en la institución.
Unidad de medición	Días
Factor	1
Fórmula de cálculo	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta con una cifra decimal.



INDICADORES DE CALIDAD

CÓDIGO: PR/ DG/DI/AM/004

FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006

VERSIÓN: 1

PAGINA: 21 DE 47

TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA

NO. DE COPIA: 1

VARIABLES

	Numerador	Denominador
Origen de la información	IPS	IPS
Fuente primaria	Libro registro de asignación de citas	Libro registro de asignación de citas
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información.	Mensual	
Periodicidad de remisión de la información (Obligatoria).	Semestral	
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador.	IPS	
Vigilancia y control	Entidad territorial - Superintendencia Nacional de Salud.	
Nivel de Desagregación	Para efectos del nivel de monitoría de sistema se debe desagregar y reportar por Medicina Interna, Ginecoobstetricia, Pediatría y Cirugía General.	

 <p>HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE Evaristo García E.S.E</p>	INDICADORES DE CALIDAD	CÓDIGO: PR/ DG/DI/AM/004	
		FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006	
		VERSIÓN: 1	
		PAGINA: 22 DE 47	
		TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA	
		NO. DE COPIA: 1	

ANALISIS			
Ajuste por Riesgo	NO requiere ajuste por Riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte.		
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
Umbral de desempeño NO Aceptable	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador.		
Estándar meta	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador.		
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema.		
Bibliografía	En este campo se incluirá la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador. Por tratarse de un indicador de nueva introducción en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, aún no existe bibliografía nacional al respecto.		
USUARIOS			
Según tipo de Institución a la cual aplica	IPSS		
Según tipo de indicador	Monitorización SOGC	X	Seguimiento a riesgos Habilitación
	Vigilancia y control	X	Trazador de Calidad Promoción y Prevención
	Institucional IPS	X	Institucional EAPB



INDICADORES DE CALIDAD

CÓDIGO: PR/ DG/DI/AM/004

FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006

VERSIÓN: 1

PAGINA: 23 DE 47

TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA
RESTRICTIVA

NO. DE COPIA: 1

ASPECTOS GENERALES

Nombre	PROPORCION DE CANCELACION DE CIRUGIA PROGRAMADA
Código	I.1.3
Justificación	<p>La cancelación de cirugías programadas puede estar relacionada con ineficiencia en los procesos de programación o asignación de recursos, planificación de la atención al paciente, y son un fenómeno de frecuente ocurrencia en nuestras instituciones. La oportunidad en la respuesta a la necesidad de realización de procedimientos quirúrgicos tiene impacto sobre la capacidad resolutoria de los casos por su detección y atención temprana disminuyendo los riesgos de incapacidad en tiempo y severidad y secuelas, sí como impactan positivamente en la contención de costos de no calidad originados en la no atención oportuna.</p> <p>El tiempo de respuesta en los prestadores puede resultar útil para medir la eficiencia en los procesos clínicos y administrativos que deben confluir para que estos procesos de atención en salud se den exitosamente.</p>
Dominio	1. Accesibilidad/Oportunidad

DEFINICION OPERACIONAL

Numerador	Número total de cirugías canceladas en el período.
Denominador	Número de cirugías programadas en el período.
Unidad de medición	Relación porcentual
Factor	100
Fórmula de cálculo	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta con una cifra decimal.

 <p>HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE Evaristo García E.S.E</p>	INDICADORES DE CALIDAD	CÓDIGO: PR/ DG/DI/AM/004
		FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006
		VERSIÓN: 1
		PÁGINA: 24 DE 47
		TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA
		NO. DE COPIA: 1

VARIABLES

	Numerador	Denominador
Origen de la información	IPS	IPS
Fuente primaria	Libro/Registro de Cirugías	Libro/Registro de Cirugías
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información.	Mensual	
Periodicidad de remisión de la información (Obligatoria).	Semestral	
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador.	IPS	
Vigilancia y control	Entidad territorial - Superintendencia Nacional de Salud.	
Nivel de Desagregación	Indicador sin desagregación para efectos de utilización en el nivel de monitoría del Sistema de Información para la Calidad.	

	INDICADORES DE CALIDAD	CÓDIGO: PR/ DG/DI/AM/004	
		FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006	
		VERSIÓN: 1	
		PAGINA: 25 DE 47	
		TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA	
		NO. DE COPIA: 1	

ANALISIS			
Ajuste por Riesgo	NO requiere ajuste por Riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte.		
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
Umbral de desempeño NO Aceptable	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador.		
Estándar meta	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador.		
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema.		
Bibliografía	En este campo se incluirá la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador. Por tratarse de un indicador de nueva introducción en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, aún no existe bibliografía nacional al respecto.		
USUARIOS			
Según tipo de Institución a la cual aplica	IPSS		
Según tipo de indicador	Monitorización SOGC	X	Seguimiento a riesgos Habilitación
	Vigilancia y control	X	Trazador de Calidad Promoción y Prevención
	Institucional IPS	X	Institucional EAPB



INDICADORES DE CALIDAD

CÓDIGO: PR/ DG/DI/AM/004

FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006

VERSIÓN: 1

PAGINA: 26 DE 47

TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA

NO. DE COPIA: 1

ASPECTOS GENERALES

Nombre	OPORTUNIDAD EN LA ATENCION EN CONSULTA DE URGENCIAS
Código	I.1.4
Justificación	<p>La oportunidad de la atención en este nivel de atención es directamente proporcional al acceso a los servicios ambulatorios y su resolutivez es vital para la seguridad y efectividad de la atención en salud a los usuarios. Una respuesta rápida en este nivel contribuye a la disminución de la mortalidad, la incapacidad, secuelas y riesgos inherentes al proceso patológico que origina la demanda de atención y disminuye la congestión en los servicios de urgencias.</p> <p>El tiempo de respuesta en los prestadores es útil para medir la suficiencia institucional para atender la demanda de servicios que recibe, orientando decisiones de mejoramiento, puede servir para la evaluación contractual entre las entidades promotoras de salud y los prestadores. Su monitorización puede proveer al usuario de información relevante para su decisión de acudir a un determinado proveedor de servicios de salud y para la auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud puede representar además un trazador indirecto de la capacidad resolutivez de los procesos de atención y de la suficiencia de la oferta en el primer nivel.</p> <p>La monitorización por parte de las instituciones de este indicador debe incentivar las acciones de mejoramiento que incrementa la posibilidad del usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud, reducir las fallas relacionadas con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.</p>
Dominio	1. Accesibilidad/Oportunidad



INDICADORES DE CALIDAD

CÓDIGO: PR/ DG/DI/AM/004

FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006

VERSIÓN: 1

PÁGINA: 27 DE 47

TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA

NO. DE COPIA: 1

DEFINICION OPERACIONAL

Numerador	Sumatoria del número de minutos transcurridos entre la solicitud de atención en la consulta de urgencias y el momento en el cual es atendido el paciente en consulta por parte del médico.
Denominador	Total de usuarios atendidos en consulta de urgencias.
Unidad de medición	Minutos
Factor	1
Fórmula de cálculo	Se divide el numerador entre el denominador.

VARIABLES

	Numerador	Denominador
Origen de la información	IPS	IPS
Fuente primaria	Libro/Registro de Atención en Urgencias	Libro/Registro de Atención en Urgencias
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información.	Mensual	
Periodicidad de remisión de la información (Obligatoria).	Semestral	
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador.	IPS	
Vigilancia y control	Entidad territorial - Superintendencia Nacional de Salud.	
Nivel de Desagregación	Indicador sin desagregación para efectos de utilización en el nivel de monitoría del Sistema de Información para la Calidad.	



INDICADORES DE CALIDAD

CÓDIGO: PR/ DG/DI/AM/004

FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006

VERSIÓN: 1

PAGINA: 28 DE 47

TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA

NO. DE COPIA: 1

ANALISIS

Ajuste por Riesgo	NO requiere ajuste por Riesgo		
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte.		
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
Umbral de desempeño NO Aceptable	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador.		
Estándar meta	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador.		
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema.		
Bibliografía	En este campo se incluirá la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador. Por tratarse de un indicador de nueva introducción en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, aún no existe bibliografía nacional al respecto.		

USUARIOS

Según tipo de Institución a la cual aplica	IPSS		
	Monitorización SOGC	X	Seguimiento a riesgos Habilitación
	Vigilancia y control	X	Trazador de Calidad Promoción y Prevención
	Institucional IPS	X	Institucional EAPB



INDICADORES DE CALIDAD

CÓDIGO: PR/ DG/DI/AM/004

FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006

VERSIÓN: 1

PAGINA: 29 DE 47

TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA

NO. DE COPIA: 1

ASPECTOS GENERALES

Nombre	OPORTUNIDAD EN LA ATENCION EN SERVICIOS DE IMAGENOLOGIA
Código	I.1.5
Justificación	<p>La oportunidad de la atención en el servicio de imagenología es vital para la seguridad y efectividad de la atención en salud a los usuarios. Una respuesta rápida en este servicio contribuye a la disminución de la mortalidad, la incapacidad, secuelas y riesgos inherentes al proceso patológico que origina la demanda de atención.</p> <p>El tiempo de respuesta del prestador en la provisión de servicios de imagenología es útil para medir la suficiencia institucional para atender la demanda de servicios que recibe, orientando decisiones de mejoramiento, puede servir para la evaluación contractual entre las entidades promotoras de salud y los prestadores. Su monitorización puede proveer al usuario de información relevante para su decisión de acudir a una determinada IPS y escoger proveedor de servicios de salud dentro de la red de su asegurador y para la auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud puede representar además un trazador indirecto de la capacidad resolutive de los procesos de atención y de la suficiencia de la oferta por parte del prestador.</p> <p>La monitorización por parte de las instituciones de este indicador debe incentivar las acciones de mejoramiento que incrementen la posibilidad d el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud, reducir las fallas relacionadas con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.</p>
Dominio	1. Accesibilidad/Oportunidad



INDICADORES DE CALIDAD

CÓDIGO: PR/ DG/DI/AM/004

FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006

VERSIÓN: 1

PAGINA: 30 DE 47

TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA

NO. DE COPIA: 1

DEFINICION OPERACIONAL

Numerador	Sumatoria del número de días transcurridos entre la solicitud del servicio de imagenología y el momento en el cual es prestado el servicio.
Denominador	Total de atenciones en servicios de imagenología.
Unidad de medición	Días
Factor	1
Fórmula de cálculo	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta con una cifra decimal.

VARIABLES

	Numerador	Denominador
Origen de la información	IPS	IPS
Fuente primaria	Libro/Registro de asignación de citas	Libro/Registro de atención
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información.	Mensual	
Periodicidad de remisión de la información (Obligatoria).	Semestral	
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador.	IPS	
Vigilancia y control	Entidad territorial - Superintendencia Nacional de Salud.	
Nivel de Desagregación	Indicador sin desagregación para efectos de utilización en el nivel de monitoría del Sistema de Información para la Calidad.	

 <p>HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE Evaristo García E.S.E</p>	INDICADORES DE CALIDAD	CÓDIGO: PR/ DG/DI/AM/004
		FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006
		VERSIÓN: 1
		PAGINA: 31 DE 47
		TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA
		NO. DE COPIA: 1

ANALISIS			
Ajuste por Riesgo	NO requiere ajuste por Riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte.		
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
Umbral de desempeño NO Aceptable	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador.		
Estándar meta	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador.		
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema.		
Bibliografía	En este campo se incluirá la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador. Por tratarse de un indicador de nueva introducción en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, aún no existe bibliografía nacional al respecto.		

USUARIOS			
Según tipo de Institución a la cual aplica	IPSs		
Según tipo de indicador	Monitorización SOGC	X	Seguimiento a riesgos Habilitación
	Vigilancia y control	X	Trazador de Calidad Promoción y Prevención
	Institucional IPS	X	Institucional EAPB



INDICADORES DE CALIDAD

CÓDIGO: PR/ DG/DI/AM/004

FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006

VERSIÓN: 1

PAGINA: 32 DE 47

TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA

NO. DE COPIA: 1

ASPECTOS GENERALES

Nombre	OPORTUNIDAD EN LA ATENCION EN CONSULTA DE ODONTOLOGIA GENERAL
Código	I.1.6
Justificación	<p>La oportunidad en este nivel de atención es directamente proporcional al acceso a los servicios y su resolutivez es vital para la eficiencia del sistema pues orienta y racionaliza la demanda y contiene costos. Una respuesta rápida en este nivel contribuye a la detección y tratamiento en etapas iniciales del proceso patológico disminuyendo la incapacidad, secuelas y riesgos inherentes a él y disminuye la congestión e inadecuada utilización de servicios especializados y de urgencias.</p> <p>El tiempo de respuesta en los prestadores en los servicios de odontología es útil para medir la suficiencia institucional para atender la demanda de servicios que recibe, orientando decisiones de mejoramiento, puede servir para la evaluación contractual entre las entidades promotoras de salud y los prestadores</p> <p>Su monitorización puede proveer al usuario de información relevante para su decisión de acudir a un determinado proveedor de servicios de salud y para la auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud puede representar además un trazador indirecto de la capacidad resolutivez de los procesos de atención y de la suficiencia de la oferta en el primer nivel.</p> <p>La monitorización por parte de las instituciones de este indicador debe incentivar las acciones de mejoramiento que incrementen la posibilidad d el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud, reducir las fallas relacionadas con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.</p>
Dominio	1. Accesibilidad/Oportunidad



INDICADORES DE CALIDAD

CÓDIGO: PR/ DG/DI/AM/004
FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006
VERSIÓN: 1
PAGINA: 33 DE 47
TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA
NO. DE COPIA: 1

DEFINICION OPERACIONAL

Numerador	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta de odontología general y la fecha para la cual es asignada la cita.
Denominador	Número total de consultas odontológicas generales Asignadas en la Institución.
Unidad de medición	Días
Factor	1
Fórmula de cálculo	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta con una cifra decimal.

VARIABLES

	Numerador	Denominador
Origen de la información	IPS	IPS
Fuente primaria	Libro/Registro de asignación de citas	Libro/Registro de asignación de citas
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información.	Mensual	
Periodicidad de remisión de la información (Obligatoria).	Semestral	
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador.	IPS	
Vigilancia y control	Entidad territorial - Superintendencia Nacional de Salud.	
Nivel de Desagregación	Indicador sin desagregación para efectos de utilización en el nivel de monitoría del Sistema de Información para la Calidad.	

 <p>HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE Evaristo García E.S.E</p>	INDICADORES DE CALIDAD	CÓDIGO: PR/ DG/DI/AM/004
		FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006
		VERSIÓN: 1
		PAGINA: 34 DE 47
		TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA
		NO. DE COPIA: 1

ANALISIS			
Ajuste por Riesgo	NO requiere ajuste por Riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte.		
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
Umbral de desempeño NO Aceptable	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador.		
Estándar meta	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador.		
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema.		
Bibliografía	En este campo se incluirá la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador. Por tratarse de un indicador de nueva introducción en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, aún no existe bibliografía nacional al respecto.		

USUARIOS			
Según tipo de Institución a la cual aplica	IPSS		
Según tipo de indicador	Monitorización SOGC	X	Seguimiento a riesgos Habilitación
	Vigilancia y control	X	Trazador de Calidad Promoción y Prevención
	Institucional IPS	X	Institucional EAPB

 <p>HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE Evaristo García E.S.E</p>	INDICADORES DE CALIDAD	CÓDIGO: PR/ DG/DI/AM/004
		FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006
		VERSIÓN: 1
		PAGINA: 35 DE 47
		TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA
		NO. DE COPIA: 1

ASPECTOS GENERALES

Nombre	OPORTUNIDAD EN LA REALIZACION DE CIRUGIA PROGRAMADA
Código	I.1.7
Justificación	La oportunidad en la respuesta a la necesidad de realización de procedimientos quirúrgicos tiene impacto sobre la capacidad resolutive de los casos por su detección y atención temprana disminuyendo los riesgos de incapacidad en tiempo y severidad y secuelas, sí como impactan positivamente en la contención de costos de no calidad originados en la no atención oportuna. El tiempo de respuesta en los prestadores puede resultar útil para medir la suficiencia institucional para atender la demanda de servicios que genera su población, orientando decisiones de mejoramiento. Igualmente es útil para el usuario en su decisión de elegir IPS en la cual desea ser atendido.
Dominio	1. Accesibilidad/Oportunidad

DEFINICION OPERACIONAL

Numerador	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha de solicitud de la Cirugía programada y el momento en el cual es realizada la cirugía.
Denominador	Número de cirugías programadas realizadas en el período.
Unidad de medición	Días
Factor	1
Fórmula de cálculo	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta con una cifra decimal.



INDICADORES DE CALIDAD

CÓDIGO: PR/ DG/DI/AM/004

FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006

VERSIÓN: 1

PAGINA: 36 DE 47

TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA

NO. DE COPIA: 1

VARIABLES

	Numerador	Denominador
Origen de la información	IPS	IPS
Fuente primaria	Libro/Registro de control de Cirugías	Libro/Registro de control de Cirugías
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información.	Mensual	
Periodicidad de remisión de la información (Obligatoria).	Semestral	
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador.	IPS	
Vigilancia y control	Entidad territorial - Superintendencia Nacional de Salud.	
Nivel de Desagregación	Indicador sin desagregación para efectos de utilización en el nivel de monitoría del Sistema de Información para la Calidad.	

 <p>HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE Eduardo Gaitán E.S.E.</p>	INDICADORES DE CALIDAD	CÓDIGO: PR/ DG/DI/AM/004
		FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006
		VERSIÓN: 1
		PAGINA: 37 DE 28
		TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA
		NO. DE COPIA: 1

ANALISIS			
Ajuste por Riesgo	NO requiere ajuste por Riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte.		
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
Umbral de desempeño NO Aceptable	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador.		
Estándar meta	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador.		
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema.		
Bibliografía	En este campo se incluirá la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador. Por tratarse de un indicador de nueva introducción en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, aún no existe bibliografía nacional al respecto.		

USUARIOS			
Según tipo de Institución a la cual aplica	IPSS		
Según tipo de indicador	Monitorización SOGC	X	Seguimiento a riesgos Habilitación
	Vigilancia y control	X	Trazador de Calidad Promoción y Prevención
	Institucional IPS	X	Institucional EAPB

 <p>HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE Evaristo García E.S.E</p>	INDICADORES DE CALIDAD	CÓDIGO: PR/ DG/DI/AM/004
		FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006
		VERSIÓN: 1
		PAGINA: 38 DE 47
		TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA
		NO. DE COPIA: 1

ASPECTOS GENERALES

Nombre	TASA DE REINGRESO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS
Código	I.2.1
Justificación	El reingreso de los pacientes a los servicios de hospitalización se presenta con frecuencia como consecuencia de un deficiente abordaje y solución del problema que generó la consulta o fallas en la calidad de la información dada al usuario sobre la evolución del evento médico que la generó. Por esta razón, este indicador puede constituirse como un signo de alarma sobre la calidad de los servicios prestados.
Dominio	2. Calidad Técnica

DEFINICION OPERACIONAL

Numerador	Número total de pacientes que reingresan al servicio de hospitalización, en la misma institución, antes de 20 días por la misma causa en el período.
Denominador	Número total de egresos vivos en el período.
Unidad de medición	Relación porcentual
Factor	100
Fórmula de cálculo	Divide numerador entre el denominador y multiplica por el factor.

VARIABLES

	Numerador	Denominador
Origen de la información	IPS	IPS
Fuente primaria	Registro de Ingreso de Pacientes Hospitalizados	Registro de Ingreso de Pacientes Hospitalizados
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información.	Mensual	
Periodicidad de remisión de la información (Obligatoria).	Semestral	
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador.	IPS	
Vigilancia y control	Entidad territorial - Superintendencia Nacional de Salud.	
Nivel de Desagregación	Indicador sin desagregación para efectos de utilización en el nivel de monitoría del Sistema de Información para la Calidad. No se incluyen en este indicador reingresos a los servicios de urgencias.	



INDICADORES DE CALIDAD

CÓDIGO: PR/ DG/DI/AM/004

FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006

VERSIÓN: 1

PAGINA: 39 DE 47

TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA

NO. DE COPIA: 1

ANÁLISIS

Ajuste por Riesgo	NO requiere ajuste por Riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte.		
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
Umbral de desempeño NO Aceptable	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador.		
Estándar meta	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador.		
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema.		
Bibliografía	En este campo se incluirá la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador. Por tratarse de un indicador de nueva introducción en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, aún no existe bibliografía nacional al respecto.		

USUARIOS

Según tipo de Institución a la cual aplica	IPSS		
Según tipo de indicador	Monitorización SOGC	X	Seguimiento a riesgos Habilitación
	Vigilancia y control	X	Trazador de Calidad Promoción y Prevención
	Institucional IPS	X	Institucional EAPB

 <p>HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE Evaristo García E.S.E</p>	INDICADORES DE CALIDAD	CÓDIGO: PR/ DG/DI/AM/004
		FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006
		VERSIÓN: 1
		PAGINA: 40 DE 47
		TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA
		NO. DE COPIA: 1

ASPECTOS GENERALES	
Nombre	PROPORCION DE PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL CONTROLADA
Código	I.2.2
Justificación	<p>La hipertensión arterial afecta a una importante cantidad de pacientes en Colombia, incluidos muchos que tienen presión arterial elevada pero no presentan síntomas, y no saben que padecen la enfermedad. Esta es la razón por la cual a la hipertensión arterial a menudo se le llama el "asesino silencioso".</p> <p>La hipertensión arterial no controlada puede conducir al infarto agudo de miocardio, o a la insuficiencia renal crónica terminal, entre otras graves complicaciones, los pacientes hipertensos representan un segmento importante de utilización de servicios de salud y son potencialmente una vertiente de incremento del alto costo en el sistema. Existe evidencia científica que asocia las deficiencias en la calidad de la atención con bajos niveles de control de presión arterial. La monitorización de este indicador debe incidir en la mejora de la eficiencia y la efectividad clínica e impactar en las fallas de calidad que incrementan el alto costo en el sistema.</p>
Dominio	2. Calidad Técnica
DEFINICION OPERACIONAL	
Numerador	Número total de pacientes que seis meses después de diagnosticada su hipertensión arterial presentan niveles de tensión arterial esperados de acuerdo con las metas recomendadas por la Guía de Práctica Clínica basada en Evidencia.
Denominador	Número total de pacientes hipertensos diagnosticados.
Unidad de medición	Relación porcentual
Factor	100
Fórmula de cálculo	Divide numerador entre el denominador y multiplica por el factor .El resultado se presenta con una cifra decimal.

	INDICADORES DE CALIDAD	CÓDIGO: PR/ DG/DI/AM/004
		FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006
		VERSIÓN: 1
		PAGINA: 41 DE 47
		TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA
		NO. DE COPIA: 1

VARIABLES

	Numerador	Denominador
Origen de la información	IPS	IPS
Fuente primaria	Registro del Programa de Hipertensión	Registro del Programa de Hipertensión
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información.	Mensual	
Periodicidad de remisión de la información (Obligatoria).	Semestral	
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador.	IPS	
Vigilancia y control	Entidad territorial - Superintendencia Nacional de Salud.	
Nivel de Desagregación	Se considera Hipertensión arterial controlada cuando el paciente ha alcanzado tanto los niveles de presión diastólica sistólica (ambas) que la Guía de práctica Clínica basada en evidencia establezca como meta del tratamiento. Indicador sin desagregación para efectos de utilización en el nivel de monitoría del Sistema de Información para la Calidad.	



INDICADORES DE CALIDAD

CÓDIGO: PR/ DG/DI/AM/004
FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006
VERSIÓN: 1
PAGINA: 42 DE 47
TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA
NO. DE COPIA: 1

ANALISIS

Ajuste por Riesgo	NO requiere ajuste por Riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte.		
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
Umbral de desempeño NO Aceptable	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador.		
Estándar meta	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador.		
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema.		
Bibliografía	En este campo se incluirá la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador. Por tratarse de un indicador de nueva introducción en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, aún no existe bibliografía nacional al respecto.		

USUARIOS

Según tipo de Institución a la cual aplica	IPSs			
Según tipo de indicador	Monitorización SOGC	X	Seguimiento a riesgos Habilitación	
	Vigilancia y control		Trazador de Calidad Promoción y Prevención	
	Institucional IPS	X	Institucional EAPB	X

 <p>HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE Evaristo García E.S.E</p>	INDICADORES DE CALIDAD	CÓDIGO: PR/ DG/DI/AM/004
		FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006
		VERSIÓN: 1
		PAGINA: 43 DE 47
		TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA
		NO. DE COPIA: 1

ASPECTOS GENERALES

Nombre	PROPORCION DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS
Código	I.3.3
Justificación	<p>La seguridad paciente está recibiendo atención cada vez mayor en los sistemas de atención en salud. Un indicador importante de la seguridad paciente es el índice de Eventos Adversos en los pacientes atendidos.</p> <p>Los Eventos Adversos son lesiones o complicaciones involuntarias que son causadas con mayor probabilidad por la atención en salud, que por la enfermedad subyacente del paciente, y que conducen a la muerte, la inhabilidad a la hora del alta o a la hospitalización prolongada. Muchos de estos eventos pueden ser prevenibles.</p> <p>Existe evidencia que demuestra la asociación entre la calidad de la atención y la ocurrencia de eventos adversos.</p> <p>La monitorización de este indicador debe impactar en la eficiencia y efectividad clínica.</p>
Dominio	3. Gerencia del Riesgo

DEFINICION OPERACIONAL

Numerador	Número total de eventos adversos detectados y gestionados.
Denominador	Número total de eventos adversos detectados.
Unidad de medición	Relación porcentual
Factor	100
Fórmula de cálculo	Divide numerador entre el denominador y multiplica por el factor. El resultado se presenta con una cifra decimal.



INDICADORES DE CALIDAD

CÓDIGO: PR/ DG/DI/AM/004

FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006

VERSIÓN: 1

PAGINA: 44 DE 47

TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA

NO. DE COPIA: 1

VARIABLES

	Numerador	Denominador
Origen de la información	IPS	IPS
Fuente primaria	Libro / registro de vigilancia de eventos adversos	Libro / registro de vigilancia de eventos adversos
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información.	Continua	
Periodicidad de remisión de la información (Obligatoria).	Semestral	
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador.	IPS	
Vigilancia y control	Entidad territorial - Superintendencia Nacional de Salud.	
Nivel de Desagregación	Indicador sin desagregación para efectos de utilización en el nivel de monitoría del Sistema de Información para la Calidad.	

 <p>HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE Evaristo García E.S.E</p>	INDICADORES DE CALIDAD	CÓDIGO: PR/ DG/DI/AM/004
		FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006
		VERSIÓN: 1
		PAGINA: 45 DE 47
		TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA
		NO. DE COPIA: 1

ANALISIS			
Ajuste por Riesgo	NO requiere ajuste por Riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte.		
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
Umbral de desempeño NO Aceptable	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador.		
Estándar meta	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador.		
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema.		
Bibliografía	En este campo se incluirá la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador. Por tratarse de un indicador de nueva introducción en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, aún no existe bibliografía nacional al respecto.		
USUARIOS			
Según tipo de Institución a la cual aplica	IPSS		
Según tipo de indicador	Monitorización SOGC	X	Seguimiento a riesgos Habilitación
	Vigilancia y control	X	Trazador de Calidad Promoción y Prevención
	Institucional IPS	X	Institucional EAPB

 <p>HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE Evaristo García E.S.E</p>	INDICADORES DE CALIDAD	CÓDIGO: PR/ DG/DI/AM/004
		FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006
		VERSIÓN: 1
		PAGINA: 46 DE 47
		TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA
		NO. DE COPIA: 1

ASPECTOS GENERALES

Nombre	TASA DE SATISFACION GLOBAL
Código	I.4.1
Justificación	<p>La percepción de satisfacción de los usuarios es uno de los factores con mayor incidencia sobre la toma de decisiones al momento de seleccionar instituciones prestadoras de servicios de salud.</p> <p>La monitorización de este indicador permitirá identificar el nivel de satisfacción de los usuarios con los servicios y trato recibido por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.</p>
Dominio	4. Satisfacción / Lealtad

DEFINICION OPERACIONAL

Numerador	Número total de pacientes que se consideran satisfechos con los servicios recibidos por la IPS.
Denominador	Número total de pacientes encuestados por la IPS.
Unidad de medición	Relación porcentual
Factor	100
Fórmula de cálculo	Divide numerador entre el denominador y multiplica por 100.

VARIABLES

	Numerador	Denominador
Origen de la información	IPS	IPS
Fuente primaria	Encuesta de satisfacción	Encuesta de satisfacción
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información.	Mensual	
Periodicidad de remisión de la información (Obligatoria).	Semestral	
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador.	IPS	
Vigilancia y control	Entidad territorial - Superintendencia Nacional de Salud.	
Nivel de Desagregación	Indicador sin desagregación para efectos de utilización en el nivel de monitoría del Sistema de Información para la Calidad.	

 <p>HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE Evaristo García E.S.E</p>	INDICADORES DE CALIDAD	CÓDIGO: PR/ DG/DI/AM/004
		FECHA DE EMISIÓN: 01/05/2006
		VERSIÓN: 1
		PAGINA: 47 DE 47
		TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA
		NO. DE COPIA: 1

ANALISIS			
Ajuste por Riesgo	NO requiere ajuste por Riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte.		
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
Umbral de desempeño NO Aceptable	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador.		
Estándar meta	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador.		
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema.		
Bibliografía	En este campo se incluirá la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador. Por tratarse de un indicador de nueva introducción en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, aún no existe bibliografía nacional al respecto.		

USUARIOS			
Según tipo de Institución a la cual aplica	IPSs		
Según tipo de indicador	Monitorización SOGC	X	Seguimiento a riesgos Habilitación
	Vigilancia y control	X	Trazador de Calidad Promoción y Prevención
	Institucional IPS	X	Institucional EAPB

Anexo 11. Carta de devolución de glosas por incumplimiento Circular 035 CGN

Santiago de Cali, de 2006.

Señores



Cordial saludo. Les comunico que las glosas presentadas por ustedes el día xx / xx / xxxx, no cumplen con los requisitos mínimos estipulados en el artículo 5.3.1 de la circular 035 del 2000 de la Contaduría General de la Nación correspondientes a relación de facturas o documentos equivalentes glosados donde se especifique en detalle:

Número del documento. _____
Nombre del usuario _____
Servicio glosado. _____
Causa de la glosa. _____

Razón por la cual se hace imposible recibir la glosa y le solicitamos reenviar los documentos con la información correspondiente, la fecha de recepción de la glosa con dichos requisitos será la tomada en cuenta para efectos de los plazos establecidos de respuesta.

Cordialmente

Emilce Arévalo García.
Coordinación Auditoría Médica.

cc archivo

Anexo 13. Solicitud de soportes para respuesta de glosas



AUDITORIA MEDICA

FECHA: _____
 DOCTOR (A): _____
 GERENTE UES: _____

Su UES ha sido objeto de glosas por carencia o inexactitud de algunos soportes de actividades, procesos y procedimientos realizados durante la estancia del paciente en su servicio, razón por la cual después de haber revisado minuciosamente la historia clínica, comedidamente le solicitamos se sirva soportar las siguientes actividades de la historia clínica No.: _____, en la atención de la fecha _____, Agradecemos que la gestión se realice en las siguientes 24 horas para dar cumplimiento al acuerdo 3260 del 2004, y contribuyamos a la viabilidad financiera de nuestro Hospital.

CAUSA DE LA GLOSA	DETALLE DEL REQUERIMIENTO
EPICRISIS INCOMPLETA QUE NO SOPORTA LA HOSPITALIZACION	
REGISTRO DE TRANSFUSION POR MEDICO	
EVOLUCION O REGISTRO MEDICO SIN SELLO	
FORMATO CTC INCOMPLETO O ERRONEO	
NOTA OPERATORIA INCOMPLETA O ERRONEA	
REGISTRO DE ANESTESIA INCOMPLETO O ERRONEO	
SOPORTE DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS	
SOPORTE DE ADMINISTRACION DE NUTRICION ENTERAL	
SOPORTE DE ADMINISTRACION DE NUTRICION PARENTERAL	
COPIA DE EXAMENES DE LABORATORIO	
PATOLOGIAS BANCO DE SANGRE	
COPIA DE EXAMENES Y/ O PROCEDIMNETOS ESPECIALES	
COPIA DE EXAMENES DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS	
OTROS	

 Recibe en la UES
 Hora: _____
 Fecha: _____

 AUDITORIA MEDICA

Anexo 14. Acta de evaluación de minuta propuesta para convenios de prestación de servicios de salud

ACTA DE EVALUACION DE MINUTA PROPUESTA PARA CONVENIOS DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD				 <small>HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE</small>		
Área	Auditoria Médica	Oficina	Desarrollo Institucional	Anexo 14.		
				PAG: 1 DE 1		
Fecha de recibo de Minuta en auditoria médica				Día:	Mes:	Año:
Fecha de Entrega del Acta a la Oficina de Contratación.				Día:	Mes:	Año:
Entidad Contratante:				<input type="checkbox"/> EPS <input type="checkbox"/> ARS <input type="checkbox"/> PREPAGO		
Recomendaciones al texto de la minuta:						
Realizado por:						
Nombre: _____						
Cargo: Auditor Médico						

Anexo 15. Instructivo para el acta de evaluación de minuta propuesta para convenios de prestación de servicios de salud

	PROCEDIMIENTO DE REVISION DE LA MINUTA DE CONTRATOS POR PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	CÓDIGO: INS/DG/DI/AM/008
		FECHA DE EMISIÓN: 01/06/2006
		VERSIÓN: 1
		PAGINA: 1 DE 2
		TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA RESTRINGIDA
		NO. DE COPIA: 1

<p>1. OBJETIVO</p> <p>Estandarizar la manera de la correcta emisión del acta de minuta propuesta para convenios de prestación de servicios de salud del Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E, por parte del auditor medico.</p> <p>2. ALCANCE</p> <p>El presente documento aplica para emitir el acta de minuta propuesta para convenios de prestación de servicios de salud.</p> <p>3. RESPONSABILIDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Auditoria Medica. <p>4. INSTRUCTIVO.</p> <p>1. FECHA DE RECIBO DE MINUTA EN AUDITORIA MEDICA: Registre el día, mes y año en que se recibió el acta de evaluación de la minuta propuesta para convenios de prestación de servicios de salud.</p> <p>2. FECHA DE ENTREGA DEL ACTA A LA OFICINA DE CONTRATACION: Registre el día, mes y año en que se entrega el acta de evaluación de la minuta propuesta para convenios de prestación de servicios de salud a la oficina de contratación.</p> <p>3. ENTIDAD CONTRATANTE: Marque con una X la casilla correspondiente a la entidad contratante, EPS, ARS o PREPAGO.</p> <p>4. RECOMENDACIONES AL TEXTO DE LA MINUTA: Registre las recomendaciones que sean necesarias para mejorar el diligenciamiento de la minuta.</p> <p>5. REALIZADO POR: Registre nombre y la firma del auditor que diligencio el acta.</p>
--



**PROCEDIMIENTO DE
REVISION DE LA MINUTA DE
CONTRATOS POR
PRESTACION DE SERVICIOS
DE SALUD**

CÓDIGO: INS/DG/DI/AM/008

FECHA DE EMISIÓN: 01/06/2006

VERSIÓN: 1

PAGINA: 2 DE 2

TIPO DE DOCUMENTO: INTERNA
RESTRINGIDA

NO. DE COPIA: 1

5. PERIODICIDAD PARA LA REVISIÓN

El documento se revisará anualmente por el coordinador de Auditoría médica y el jefe de la oficina de Desarrollo Institucional.

6. ACCIONES DE CONTINGENCIA

Ninguna

7. ANEXOS.

Acta de Evaluación de Minuta Propuesta para Convenios de Prestación de Servicios de Salud.

8. REFERENCIAS

No aplica