

DISEÑO DE UN MODELO DE CONTROL INTEGRADO DE GESTION PARA LA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA

JULIO CESAR CAMACHO MANTILLA
HENRY GAMBOA DIAZ
ROSALBA HERNÁNDEZ C
CARMEN CECILIA REYES S
MARTHA LUCIA SILVA RAMIREZ

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA - CES
FACULTAD DE MEDICINA
AUDITORIA EN SALUD
BUCARAMANGA
2001

DISEÑO DE UN MODELO DE CONTROL INTEGRADO DE GESTION PARA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO INSTITUTO DE SALUD DE
BUCARAMANGA

JULIO CESAR CAMACHO MANTILLA
HENRY GAMBOA DIAZ
ROSALBA HERNÁNDEZ C
CARMEN CECILIA REYES S
MARTHA LUCIA SILVA RAMIREZ

Monografía para optar al título de
Especialistas en Auditoria en Salud.

Director
ROBERTO HERNAN GOMEZ MORA
Médico Especialista en Auditoria en Salud

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA
FACULTAD DE MEDICINA
AUDITORIA EN SALUD
BUCARAMANGA
2001

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
CAPITULO I	
1. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	6
2. JUSTIFICACIÓN	6
3. OBJETIVOS	7
3.1 GENERAL	7
3.2 ESPECIFICOS	8
4. METODOLOGÍA	8
5. MARCO DE REFERENCIA	10
5.1 MARCO TEORICO	10
5.1.1 OBJETIVO CONTROL INTEGRADO DE GESTION	11
5.1.2 INDICADORES DE GESTION: DEFINICIÓN	11
5.1.3 OBJETIVOS DE LOS INDICADORES DE GESTION	12
5.1.4 CARACTERISTICAS DE LOS INDICADORES DE GESTION	12
5.1.5 LA MEDICION: DEFINICIÓN E IMPORTANCIA	19
5.1.6 ATRIBUTOS DE UNA BUENA MEDICION	21
6. RESEÑA HISTORICA DEL ISABU	24
7. PRESUPUESTO ISABU	28
8. POBLACIÓN OBJETO DE ATENCIÓN PRIMER NIVEL EN BUCARAMANGA	30
9. MORBILIDAD EN LA UNIDAD OPERATIVA HOSPITAL LOCAL DEL NORTE	31
9.1 MORBILIDAD EN CONSULTA EXTERNA MEDICINA GENERAL	31
9.2 MORBILIDAD EN URGENCIAS DE MEDICINA GENERAL	31
9.3 MORBILIDAD EN HOSPITALIZACION DE PEDIATRIA	32
9.4 MORBILIDAD EN HOSPITALIZACION ADULTOS	32
10. MISIÓN DEL ISABU	33
10.1 MISION ACTUAL DEL ISABU	33
10.2 MISION REDEFINIDA POR NUESTRO GRUPO	33
11. VISION DEL ISABU	34
11.1 VISION ACTUAL DEL ISABU	34
11.2 VISION REDEFINIDA POR NUESTRO GRUPO	34
12. PRINCIPIOS CORPORATIVOS	34
13. RECURSOS TECNOLÓGICOS Y HUMANOS	35
14. PORTAFOLIO DE SERVICIOS UNIDAD OPERATIVA HOSPITAL LOCAL DEL NORTE	35
15. ORGANIGRAMA	36
 CAPITULO II	 39
16. FICHAS TENICAS DE PROCESOS MEJORADOS EN LAS UNIDADES FUNCIONALES DE LA UNIDAD OPERATIVA	39

HOSPITAL LOCAL DEL NORTE	
16.1 FICHA TÉCNICA CONSULTA EXTERNA	41
16.2 FICHA TÉCNICA URGENCIAS	
16.2.1 FICHA TÉCNICA CONSULTA Y ATENCIÓN DE URGENCIAS	44
16.2.2 FICHA TÉCNICA URGENCIAS GINECO-OBSTETRICAS	47
16.3 FICHA TÉCNICA HOSPITALIZACION PEDIATRIA	51
16.4 FICHA TÉCNICA HOSPITALIZACION GINECO-OOBSTETRICIA	54
16.5 FICHA TÉCNICA PROGRAMACIÓN CIRUGÍA	55
16.6 FICHA TÉCNICA ATENCIÓN DE CIRUGIA	58
16.7 FICHA TÉCNICA PROMOCION Y PREVENCIÓN	61
16.8 FICHA TÉCNICA ENTREGA MEDICAMENTOS A USUARIOS	64
16.9 FICHA TÉCNICA TOMA Y PROCESAMIENTO DE MUESTRAS	67
16.10 FICHA TÉCNICA ESTUDIOS RADIOLÓGICOS	70
16.11 FICHA TÉCNICA ALMACEN	
16.11.1 FICHA TÉCNICA ALMACEN COMPRAS DIRECTAS	73
16.11.2 FICHA TÉCNICA ALMACEN ENTREGA DE MERCANCÍAS	75
16.12 FICHA TÉCNICA FACTURACIÓN	77
CAPITULO III	
17. FLUJOGRAMAS MEJORADOS PROCESOS	78
17.1 FLUJOGRAMA PROCESO MEJORADO DE ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA	80
17.2 FLUJOGRAMA PROCESO MEJORADO CONSULTA Y ATENCIÓN EN URGENCIAS	81
17.2.1 FLUJOGRAMA PROCESO MEJORADO CONSULTA Y ATENCIÓN URGENCIAS MEDICINA GENERAL	81
17.2.2 FLUJOGRMA PROCESO MEJORADO DE ATENCIÓN EN URGENCIAS GINECO-OOBSTETRICAS Y SALA DE PARTOS	83
17.3 FLUJOGRAMA PROCESO MEJORADO HOSPITALIZACION PEDIATRIA	
17.3.1 FLUJOGRAMA PROCESO MEJORADO HOSPITALIZACION PEDIATRIA PROVENIENTE DE CONSULTA EXTERNA	87
17.3.2 FLUJOGRAMA PROCESO MEJORADO HOSPITALIZACION PEDIATRIA PROVENIENTE DE URGENCIAS	89
17.4 FLUJOGRAMA PROCESO MEJORADO HOSPITALIZACION GINECO-OBSTETRICIA ¹	
17.5 FLUJOGRAMA PROCESO MEJORADO PROGRAMACION CIRUGÍA	91
17.6 FLUJOGRAMA PROCESO MEJORADO ATENCIÓN DE QX	94
17.7 FLUJOGRAMA PROCESO MEJORADO PROMOCION Y PREVENCIÓN	96
17.8 FLUJOGRAMA PROCESO MEJORADO PROCESO DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS AL USUARIO	98

¹ Este flujoograma es idéntico al proceso de Hospitalización pediátrica ya referido.

17.9 FLUJOGRAMA PROCESO MEJORADO TOMA Y PROCESO DE MUESTRAS DE LABORATORIO	101
17.10 FLUJOGRAMA PROCESO MEJORADO TOMA DE RAYOS X	103
17.11 FLUJOGRAMA PROCESO MEJORADO ALMACEN	
17.11.1 FLUJOGRAMA PROCESO MEJORADO COMPRAS DIRECTAS	106
17.11.2 FLUJOGRAMA PROCESO MEJORADO ENTREGA DE MERCANCÍAS	109
17.12 FLUJOGRAMA PROCESO DE FACTURACIÓN	110

CAPITULO IV

18. INSTRUMENTOS PARA LA FORMULACION DE INDICADORES DE GESTION	111
18.1 INSTRUMENTO PARA INDICADORES DE GESTION CONSULTA EXTERNA MEDICINA GENERAL	114
18.2 INSTRUMENTO PARA INDICADORES DE GESTION URGENCIAS	
18.2.1 INSTRUMENTO PARA INDICADORES DE GESTION URGENCIAS MEDICINA GENERAL	119
18.2.2 INSTRUMENTO PARA INDICADORES DE GESTION URGENCIAS GINECO-OBSTETRICAS	122
18.3 INSTRUMENTO PARA INDICADORES DE GESTION HOSPITALIZACION PEDIATRIA	125
18.4 INSTRUMENTO PARA INDICADORES DE GESTION GINECO-OBSTETRICIA	127
18.5 INSTRUMENTO PARA INDICADORES DE GESTION PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍAS	129
18.6 INSTRUMENTO PARA INDICADORES DE GESTION ATENCIÓN DE CIRUGÍA.	132
18.7 INSTRUMENTO PARA INDICADORES DE GESTION PROMOCION Y PREVENCIÓN	
18.8 INSTRUMENTO PARA INDICADORES DE GESTION FARMACIA	134
18.9 INSTRUMENTO PARA INDICADORES DE GESTION LABORATORIO CLINICO	138
18.10 INSTRUMENTO PARA INDICADORES DE GESTION RAYOS X	139
18.11 INSTRUMENTO PARA INDICADORES DE GESTION FACTURACIÓN	
18.12 INSTRUMENTO PARA INDICADORES DE GESTION ALMACEN	140

RECOMENDACIONES	143
-----------------	-----

BIBLIOGRAFÍA	144
--------------	-----

CAPITULO I

1. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA.

Ausencia de un instrumento que originado en la optimización de los procesos permita la evaluación integral y el control del desempeño real de la empresa desde el punto de vista gerencial.

2. JUSTIFICACIÓN

La investigación planteada busca mediante la aplicación de la teoría y los conceptos básicos de control de gestión proponer al ISABU (Instituto de Salud de Bucaramanga), la implementación de un sistema integral de control que sirva de instrumento a los niveles gerenciales, para evaluar situaciones particulares en la institución, medir el impacto en la prestación de los servicios y la aceptación de los mismos por parte del usuario.

El diseño de este sistema integrado de control de gestión generará indicadores de aspectos críticos del éxito institucional en busca de eficientizar el funcionamiento organizacional basándonos en la metodología científica, buscaremos la calidad como eje fundamental de coherencia con su misión y visión.

La aplicación de un indicador en el proceso de gestión, es útil para cuantificar objetivos, planificar, explicar relaciones y comportamientos estructurales, tomar

decisiones, coordinar actuaciones de áreas diferentes así como para el control mismo de la gestión, beneficios apreciables para cualquier institución.

Con este trabajo pretendemos desarrollar instrumentos que faciliten la visualización del comportamiento de la organización, la cual entregará argumentos objetivos a los niveles gerenciales que les facilite tomar las decisiones y permita alcanzar los objetivos de la organización, fundamentados en los conceptos de servicio, calidad y eficiencia.

Además consideramos este proceso de vital importancia para permitirnos el desarrollo de habilidades y destrezas, soportados en una sólida información teórica (revisión bibliográfica) que nos conduzca a la formulación de indicadores para medir el fenómeno que pretendemos evaluar en cada una de las áreas funcionales seleccionadas, lo cual nos garantizará la eficacia del sistema de control, además de la calidad del mismo, teniendo como base el sistema de información con que cuenta el ISABU.

Siendo el presente trabajo un requisito para optar el título de especialista en auditoría en salud nos permite igualmente lograr este propósito.

3. OBJETIVOS

3.1 GENERAL

Diseñar un modelo de control integrado de gestión que sea aplicable a una unidad operativa piloto del ISABU (Hospital Local del Norte), mediante la formulación de indicadores trazadores con miras a evaluar y controlar el

desempeño de la organización permitiendo la toma de decisiones racionales y efectivas y de esta manera lograr el mejoramiento institucional

3.2 ESPECIFICOS

3.2.1 Adquirir un conocimiento integral de la institución en cuanto a su desarrollo histórico, estructura administrativa, estructura operativa, perfil epidemiológico y relaciones contractuales.

3.2.2 Conocer los procesos actuales de la unidad operativa en estudio con el fin de realizar mejoramiento sobre aquellos factores del proceso que sean críticos en la obtención de los resultados.

3.2.3 Diseñar indicadores trazadores partiendo de aquellos aspectos del proceso mejorado que sean necesarios controlar para garantizar el resultado esperado

4. METODOLOGÍA

Con el propósito de lograr diseñar un modelo de control integrado de gestión para el ISABU dentro del marco señalado por el programa de mejoramiento de los servicios de salud del Ministerio de Salud, que pueda ser aplicado en las diferentes unidades operativas que conforman la institución; desarrollamos los siguientes soportes metodológicos:

4.1 Se realizó una revisión bibliográfica en documentos de reciente publicación por autores nacionales e internacionales e igualmente se revisó el marco legal pertinente.

4.2 Se llevó a cabo una búsqueda cuidadosa de los orígenes y desarrollo histórico de la institución a través de los archivos del concejo municipal, alcaldía municipal y la academia santandereana de historia.

4.3 Se desarrolló el trabajo de campo tendiente al conocimiento de la estructura física y organización administrativa y operativa de las diferentes unidades del ISABU, lo que nos aportó argumentos para seleccionar el Hospital Local del Norte como la unidad operativa piloto en donde para efectos del desarrollo del trabajo fueron seleccionadas doce unidades funcionales que consideramos las más importantes en el desempeño institucional.

4.4 En las unidades funcionales seleccionadas se inspeccionaron los procesos existentes y en donde no existían fueron definidos, posteriormente se les aplicó la metodología del 4WH para confrontación de los procesos, obteniéndose procesos mejorados. El nombre de la técnica 4WH, proviene de las iniciales en inglés, de cada una de las preguntas que el documentador de los procesos debe hacerse, estas son:

Why = ¿Por qué?

Where = ¿Dónde?

When = ¿Cuándo?

Who= ¿Quién?

How= ¿Cómo?

La técnica consiste en desglosar cada una de las operaciones del proceso al escrutinio de las cinco preguntas. El cuestionamiento permite conocer las

diferentes circunstancias de un proceso, de esta forma el método nos permite revisar las operación hasta que se cambie su estructura ó se acepta la actual, si no existe una mejor forma de realizarla. (10)

4.5 Tomando como base los procesos mejorados se aplicó la metodología del 4WH que permitió obtener los datos que facilitaron el diseño de los indicadores para las situaciones críticas detectadas en cada proceso y se extrapolaron a otros procesos por lo cual se generaron indicadores trazadores.

4.6 Con toda la información obtenida y los indicadores diseñados procedimos a elaborar el instrumento para la formulación de los indicadores, siendo el objetivo final de nuestro trabajo.

5. MARCO DE REFERENCIA

5.1 Marco Teórico

El control integrado de la gestión es un sistema compuesto por el esquema organizacional, el conjunto de principios, normas, planes, metas, estándares, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por las Empresas de salud, que utiliza como herramienta fundamental información sistemática, objetiva y oportuna de tipo contable, estadístico y operativo, que traducida en una serie de indicadores integrados en un tablero de gestión y puesto a disposición de la gerencia, facilita la toma de decisiones racionales y efectivas.

Este sistema permite evaluar y controlar los procesos y los resultados, mantener una visión completa de la institución, establecer relaciones entre lo programado y lo ejecutado, evaluar de forma eficiente y objetiva la marcha, modificar el rumbo, proyectar el futuro y adoptar medidas de control garantizando la eficacia, calidad, eficiencia, ética y economía de todas las operaciones en cumplimiento de las metas propuestas y la observancia de las funciones asignadas por la ley.

5.1.1 OBJETIVO CONTROL INTEGRADO DE GESTION

El Objetivo del control integrado de la gestión es proveer a todos los niveles gerenciales de la organización de herramientas de gestión que le permitan evaluar el desempeño de la empresa en su totalidad o una de sus áreas para garantizar la eficacia en términos de cumplimiento de metas y objetivos propuestos, eficiencia en términos de la mejor utilización de los recursos con la optimización de los procesos y que los servicios de salud se presten con calidad en términos de satisfacción de las expectativas y necesidades del usuario, integralidad, continuidad, contenido, destreza, oportunidad, precisión técnica y administrativa. (12)

5.1.2 INDICADORES DE GESTION: DEFINICION

La medida del desempeño de productividad, costos, calidad se hace mediante el uso de indicadores. Los indicadores son la expresión cuantitativa del comportamiento o desempeño de una organización cuya magnitud al ser comparada con algún nivel de referencia, podrá mostrar desviaciones sobre las cuales se deben tomar medidas preventivas o correctivas (9), además permiten

analizar cuan bien se está administrando la empresa o unidad, en áreas como uso de recursos (eficiencia), cumplimiento de las actividades programadas (eficacia), satisfacción del usuario (calidad), etc. (12), ó según su ubicación en el sistema organizacional, así: De estructura: accesibilidad y disponibilidad, de proceso: uso, calidad, utilización y productividad, y de resultado: cobertura, eficacia, eficiencia y efectividad. (15)

Es una variable objetiva, bien definida, utilizada para controlar la calidad y/o propiedad de un aspecto de la atención en salud.

Es una herramienta de mejoramiento de calidad que se usa para vigilar esa calidad, para observar los comportamientos de la estructura, procesos y resultados importantes para la dirección, gestión del área clínica y de apoyo. (9)

Los indicadores de gestión vigilan una serie importante y discreta de pasos, eventos o acciones que intervienen en la atención en salud. Los mejores indicadores de este tipo se centran en los estándares de procesos que están estrechamente vinculados con los resultados en los pacientes, lo cual significa que existen fundamentos científicos para creer que el proceso, cuando se efectúa eficazmente, aumenta la probabilidad de obtener el desenlace que busca. (10)

5.1.3 OBJETIVO DE LOS INDICADORES DE GESTION

El objetivo de un indicador es que este responda a una necesidad especial: Qué es lo que se busca, éi por qué de la medida, con el fin de poner en marcha correctivos que permitan mantener un nivel de excelencia. (9)

5.1.4 CARACTERISTICAS DE LOS INDICADORES DE GESTION

En la construcción de indicadores de gestión se deben tener en cuenta los siguientes elementos:

□ **Denominación del Indicador:** Es la expresión matemática que cuantifica el estado de la característica ó hecho que se quiere controlar. La denominación debe ser expresada de la manera más específica posible, evitando incluir las causas y soluciones en la relación. La denominación debe contemplar sólo la característica ó hecho que se observará ó medirá. Se pueden medir cantidades de producción, proporciones, lapsos de tiempo, etc.

□ **Propósito u objetivo del Indicador:** En el propósito se debe expresar él ¿para qué? Se quiere generar el indicador seleccionado. Expresa el lineamiento político, la mejora que se busca y el sentido de esa mejora (maximizar, minimizar, eliminar, etc.).

El propósito permitirá tener claridad sobre lo que significa mantener un estándar en niveles de excelencia y adecuarlo permanentemente ante los diversos cambios, así como proponerse nuevos retos.

□ **Responsable de la toma de decisiones:** Expresa él para quién? Es producido el indicador. La responsabilidad se refiere a la necesidad de especificar y clarificar a quienes les corresponde actuar en cada momento y en cada nivel de la organización frente a la información que está suministrando el indicador y su posible desviación respecto a las referencias escogidas. Muchas veces por no aclararse este aspecto, la responsabilidad de decisión queda indefinida, haciendo nulos los esfuerzos invertidos.

- **Interpretación:** Expresa el qué quiere decir.
- **Nivel de Referencia:** El acto de medir se realiza a través de la comparación y ésta no es posible si no se cuenta con una referencia contra la cual contrastar el valor de un indicador. Esa desviación es la que realmente se transforma en el reto a resolver. Más aún un mismo valor actual de un indicador puede señalar varios tipos de problemas si se compara contra diversos niveles de referencia.

Existen diversos niveles de referencia:

> **Nivel Histórico:** Se determina a partir del análisis que se haga de la serie de tiempo de un indicador, presenta la manera como ha variado en el tiempo. Con esa información y aplicando las técnicas de análisis y proyección adecuadas, se puede proyectar y calcular un valor esperado para el periodo que se está gerenciando bajo la premisa de que nada cambiará. El valor histórico es clave para presupuestos y programas de producción sobre bases realistas y para ilustrar el logro en la evolución de los resultados. (12) Este valor nos dice que se ha hecho pero no dice el potencial alcanzable, aunque dependiendo del grado de control, algunos valores pueden estar indicando capacidades del sistema si se eliminan las llamadas causas especiales. (6) Al evaluar la producción de servicios y compararla con la producción histórica se debe establecer el periodo con el cual se va a comparar. Es decir si se trata de un servicio que no presenta variaciones estacionales se puede comparar con la producción del mes anterior, si presenta variaciones estacionales se debe comparar con el mismo mes en el año anterior. (12)

> **Nivel Estándar:** Se calcula utilizando las técnicas de estudio de métodos y medición del trabajo. Representa el valor deseado si se realizan los procesos de acuerdo al diseño estándar propuesto. Nos muestra el comportamiento del proceso estandarizado en el resultado obtenido, es decir, cuantas veces este resultado es el esperado en iguales condiciones. El Estándar es un nivel de referencia para cada resultado del proceso desarrollado y siempre debe tratar de construirse como el óptimo deseado en la Institución; éste no se calcula una sola vez; sino que hay que actualizarlo con los diversos cambios de orden tecnológico ó de materias primas, ó avances en las curvas de aprendizaje de los operarios, ó por mejoras en los procesos y procedimientos. El estándar debe asumirse como una meta a superar, es decir es un nivel de comparación, no es un fin. El estándar señala el potencial de un servicio determinado, es la base no el techo del resultado esperado de los procesos. Los estándares siempre están en construcción no son obra terminada. Representa los mínimos esperados para los procesos y procedimientos de la Institución.

Para establecer los estándares se dispone de tres fuentes de información así:

- ◆ Estadísticas. Las cuales deben estar relacionada con el proceso en medición.
- ◆ Informes periódicos de logros y resultados, tales como perfil epidemiológico de una población.
- ◆ Encuestas del estado de salud de la población.

En conclusión la estandarización debe hacerse con base en la realidad local, generar identidad corporativa, disminuir los costos asistenciales y administrativos,

mejorar la calidad asistencial, el clima organizacional e inducir respuesta positiva a y en los clientes. (9)

> **Nivel Teórico:** También llamado de diseño, se utiliza fundamentalmente como referencia de indicadores vinculados a capacidades de producción, consumo de materiales, o costos para la producción de los servicios. El nivel teórico de referencia se puede definir a través del análisis de producción, consumos y costos de un grupo de instituciones en una serie de tiempo. Este da la máxima capacidad el sistema con unas características determinadas. Las variaciones respecto al nivel teórico tienen relación con causas múltiples asociadas a los servicios prestados, sistemas, normas, métodos, recursos humanos, materiales, etc, con que operan. Con el uso de niveles teóricos es posible calcular requerimientos de expansión de algunos servicios partiendo de la demanda potencial.

> **Nivel de Requerimientos de los Usuarios:** Los niveles de referencia definidos por los requerimientos de los usuarios son prioritarios. Para su cálculo, se debe hacer un detallado estudio de las necesidades que el usuario requiere del producto ó servicio: **¡ por qué utiliza nuestros servicios!, ¡ Cuales son sus expectativas!, que atributos lo llevan a seguir utilizando nuestros servicios!,** Así como cualquier otra pregunta o marco de referencia que conlleve satisfacción del cliente. La utilización de los requerimientos de los usuarios como nivel de referencia señala las pautas inmediatas de la mejora en caso que éstos sean deficientes. En el caso de que se cumplan adecuadamente puede llevar a

reorientar acciones, a redefinir políticas de tarifas, o al incursionar en mercados más exigentes y atractivos. (12) También se deben conocer las características de la calidad real del usuario a fin de fijar de la manera más adecuada los parámetros. Igualmente se deben conocer los segmentos de clientes del mercado, sus variaciones y el grado de requerimientos para ser más precisos y hacer un buen uso del nivel de referencia. (6)

> **Nivel de competencia:** Para abordar el uso de niveles de referencia provenientes de la competencia se dividen en dos grupos: aquellos que se refieren al producto final (calidad e impacto) y aquellos que se refieren al proceso (rendimiento, productividad y eficiencia). El uso de este tipo de indicadores es un imperativo del mercado, el usuario optará por la mejor combinación de características en la gama de productos que le están ofreciendo. Esta perspectiva exige un permanente afinamiento de las estrategias, si la institución evaluada es la mejor del mercado, con el fin de asegurar las ventajas competitivas que se vayan logrando. Si la institución evaluada no es la mejor se requiere la definición de estrategias de mejoramiento.

> **Nivel de Planeación:** Con frecuencia, se establecen valores de referencia por razones de prestigio, por compromisos para asegurar la supervivencia ó el crecimiento y así garantizar el logro de la rentabilidad social que se espera de las empresas de salud. A través de la consideración del nivel de planeación se fijan metas a cumplir respecto al usuario y a la competencia. (12)

> **Nivel de Consideración Política:** A través de la consideración de los niveles de requerimiento de los usuarios y de competencia, se fija una política a seguir respecto a la competencia y al usuario. Los niveles de competencia provenientes de una política sana y competitiva generalmente expresan nuevos retos; no hay una sola forma de estimularlos, se evalúan posibilidades y riesgos, fortalezas y debilidades , y se establecen.

> **Uso de Técnicas de Consenso:** Cuando no se cuenta con sistemas de información que den cuenta de valores históricos de un indicador, ni se cuenta con estudios de ingeniería industrial, para sacar valores estándares o de otros niveles de comparación una forma rápida de obtener estos valores y acudir a la experiencia acumulada del grupo involucrado. El uso de niveles de referencia estimados a través de la técnica de consenso es una buena alternativa para obtener rápidamente un patrón inicial sin embargo debe evitarse la tendencia a sustituir el uso de los otros, dada la gran facilidad de esta técnica, pero en esta se pueden mezclar criterios entre los diferentes participantes y esto puede afectar la confiabilidad del estimado y alterar el resultado de la comparación.(6)

Periodicidad: Se registra cada cuanto se debe medir, el tiempo en que se deba conocer. (9,12)

Definición Operacional: Expresa si se trata de una proporción, razón, si son números absolutos ó relativos. Define la fórmula si se requiere. (9)

Datos Requeridos: Registra todos los tipos de datos para calcular el indicador. (9)

- **Nivel de Desagregación:** Registra a qué nivel se debe generar el indicador.
- **Fuentes:** Registra el nombre del documento, tipo ó formato en el que se captura la información requerida.
- **Responsable de generar los datos:** Registra la dependencia y cargo del responsable de la captura inicial de los datos y flujo de la información hacia el responsable de generar el indicador. (12)
- **Responsable de generar el indicador:** Registra la dependencia y el cargo del responsable de la generación y transmisión del indicador a los responsables de la toma de decisiones, es decir si el indicador debe ser conocido por la junta directiva, dirección general, dirección médica, dirección administrativa, jefes de departamento, jefes de áreas, etc. (9,12)
- **Acción correctiva:** Expresa mecanismos de mejoramiento a las fallas detectadas. (20)

El medir en el desarrollo administrativo de los servicios de salud debe ser permanente, está en todas partes. Debemos cuantificar y analizar un gran conjunto de información. Medimos y analizamos por qué es necesario conocer lo que se está presentando.

Si no puedo medirlo, no puedo administrarlo (Crosby).

5.1.5 LA MEDICION: DEFINICIÓN E IMPORTANCIA

La medición consiste en determinar una cantidad, comparándola con otra. Su importancia radica en que permite cuantificar con certeza, gerenciar con base en datos que desvirtúan el "**yo creo**", "**yo pienso**"; Conocer las oportunidades de

mejora en un proceso, analizar y explicar un hecho, hace tangibles los procesos de la calidad, no es solo conocer datos, puesto que si no se clasifican, analizan y establecen sus necesidades, de muy poco servirán para tomar decisiones gerenciales, administrativas u operativas.

Dentro de los prerrequisitos de la medición es fundamental contar con un clima organizacional sano, donde los objetivos de la empresa estén por encima de los intereses particulares del individuo que verán la medición como una medida persecutoria. Por lo anterior, las mediciones deben verse como una forma de buscar mejoras y no de buscar responsables o culpables.(9)

Una correcta comprensión y análisis de la medición es fundamental para superar la gerencia por situaciones o crisis, este estilo de gerencia que entroniza el “por hacer lo urgente dejamos de hacer lo importante” donde se vive una permanente sensación de estar sobre problemas que se plantean una y otra vez el estar dando siempre vueltas alrededor de un punto sin avanzar, sin superarlo. Bajo este estilo gerencial los compromisos con el cliente se convierten en un “cuando se pueda”. El mantenimiento es solo para las emergencias, "se compra solo lo urgente", "la calidad solo son reclamos", un estilo con el que se sobrevive institucionalmente, pero sin un norte organizacional.

En palabras de S. Nagashima esta gerencia por situaciones se asemeja a la de un jugador de ajedrez a quien lo tienen constantemente en jaque en cada movimiento, al final no hay escape. Cuando nos encontramos con este estilo

gerencial hemos observado una fuerte correlación con la falta de medición o al menos de una adecuada medición para gerenciar. Por su puesto que ambas cosas se refuerzan, la urgencia y la permanente situación de “apaga fuegos” dejan poco tiempo para medir y diseñar sistemas de medición, lo que a su vez facilita y refuerza también los procesos sin control y por lo tanto propensos a permanecer en crisis.

5.1.6 ATRIBUTOS DE UNA BUENA MEDICION

> **Pertinencia:** Con ello queremos referirnos a que las mediciones que hagamos deben ser tomadas en cuenta y tener importancia en las decisiones que se toman con base en las mismas. En cualquier departamento o sección de la empresa podemos hacer mediciones sobre un sin número de características, comportamientos, situaciones, pero ¿ para qué hacemos cada una de esas cosas? ¿Cuál es realmente la utilización que hacemos de la información obtenida?. El grado de pertinencia de una medición debe revisarse periódicamente ya que algo que sea muy importante en un momento determinado puede dejar de serlo al transcurrir el tiempo. Es de resaltar, además, que el grado de pertinencia de una medición es relativo al conjunto de mediciones a realizar, debido a los recursos y capacidades de procesamiento y dirección que tengamos. Por demás no todas (as variables a medir requieren el mismo grado de atención en cada momento. A medida que colocamos un sistema bajo control podemos gerenciar por excepción un conjunto de variables y ello nos ayuda a concentrarnos en otras que requieran mayor dedicación.

> **Precisión:** Con este término nos referimos al grado en que la medida obtenida refleja fielmente la magnitud del hecho que queremos analizar o corroborar. A nosotros nos interesa conocer un proceso, tomar decisiones para obtener los resultados esperados. De ahí entonces que nos interese conocer a fondo la precisión del dato que estamos obteniendo. En otras palabras, nos interesa conocer el grado de distorsión de la medida obtenida, y claro está, que este grado permanezca por debajo de los límites de aceptación a la decisión que vayamos a tomar. Aquí nos referimos a la medición y no al proceso. Para el proceso los términos preciso y exacto tienen otras connotaciones. Para lograr la precisión de una medición deben darse los siguientes pasos:

- Realizar una buena definición operativa, vale decir, definición de la característica, de las unidades de la escala de medición, número y selección de las muestras, momento del registro, responsable del registro quien debe recibir la capacitación a cerca de lo que debe registrar y la importancia de esta actividad, cálculo de las estimaciones, errores permisibles (tolerancia de la medición), etc.
- Elegir un instrumento de medición con el nivel de apreciación adecuado.
- Asegurar que el dato dado por el instrumento de medición sea bien recogido por el funcionario encargado de hacerlo. Este supone adiestrar al personal, pero, también supone tener un buen clima organizacional donde todos estén interesados en la fidelidad de la lectura.

Estos tres pasos para obtener una lectura precisa, parecieran estar circunscritos sólo a las tareas operativas de planta, en la cual sería más fácil al decir algunos,

pero no es así. También para conocer la satisfacción de los clientes es necesario contar con medidas precisas y para ello debemos implantar el mismo procedimiento descrito.

> **Oportunidad:** La medición es información para el logro de ese conocimiento profundo de los procesos, que nos permita tomar decisiones más adecuadas, bien sea para corregir restableciendo la estabilidad deseada del sistema, bien sea para prevenir y tomar decisiones antes que se produzca la anomalía indeseada o más aun para diseñar incorporando elementos que impidan que las características deseadas se salgan fuera de los límites de tolerancia. Por ello la necesidad de contar oportunamente con la información procesada de la manera más adecuada que nos dan las mediciones, es un requisito a que deben atenerse quienes diseñan un sistema de medición.

> **Confiabilidad:** Si bien esta característica no está desvinculada de las anteriores especialmente de la precisión se refiere fundamentalmente al hecho de que la medición en la empresa no es un acto que se haga una sola vez, por el contrario es un acto repetitivo y de naturaleza generalmente periódica. Si nosotros queremos estar seguros que lo que midamos sea la base adecuada para las decisiones que tomamos, debemos revisar periódicamente todo el sistema de medición. Para ello debemos empezar por revisar periódicamente por ejemplo la correcta elaboración de los formatos de recolección de la información, es decir validar la cantidad de la medida que están reportando y en segundo lugar se debe revisar el flujo de los datos y los puntos donde estos son consolidados.

Finalmente, la auditoría general del sistema nos permitirá detectar cualquier posibilidad de distorsión posterior por él mas entendido o por error en el procesamiento de los datos que medimos.

> **Economía:** Aquí la justificación económica es sencilla y compleja a la vez. Sencilla, porque nos referimos a la proporcionalidad que debe existir entre los costos incurridos en la medición de una característica o hecho determinado, y los beneficios y relevancia de la decisión que soportamos con los datos obtenidos. Pero cuantificar esa proporcionalidad no es fácil en muchos casos por lo complejo de cuantificar importancia y relevancia de decisiones que en un momento dado sólo se soportan en directrices políticas y no meramente económicas. En todo caso es claro que la actividad de medición debe ajustarse también a los criterios de calidad y productividad de tal manera que es fundamental adoptar los nuevos enfoques que propugnan que el propio operario tenga la capacidad y habilidad para realizar la medición. De esta manera se disminuyen los costos de medición y se agiliza la toma de decisiones ya que la retroalimentación es inmediata.(12)

6. RESEÑA HISTORICA DEL ISABU

La historia de la Empresa Social del Estado (E.S.E.) ISABU tiene sus inicios a comienzos del siglo pasado cuando el Consejo Municipal mediante el acuerdo No. 10 de 1918 creó y reglamentó el servicio de higiene pública municipal el cual constaba de un médico inspector de sanidad y dos agentes de vigilancia, al médico le fue encomendada la tarea de estudiar y reglamentar las bases sobre las cuales deban celebrarse contratos de desinfección del Hospital San Juan de

Dios, de la cárcel del circuito y del matadero público. Posteriormente en 1922 mediante el acuerdo No 6 se amplía a tres la plaza de médicos del Hospital San Juan de Dios encargándose de los servicios de sala de hombres, glorieta de pediatría, sala de mujeres y maternidad, pabellón de locos y tuberculosos.

En el mes de mayo de 1925 se adopta el reglamento para el Hospital de Caridad San Juan de Dios, a través del acuerdo No. 12 en donde se detalla el objeto del establecimiento, los deberes del personal, los horarios de visita, y el proceso de ingreso y egreso del paciente al hospital, lo mismo que los medios correccionales en caso de faltas al reglamento.

En 1933 mediante acuerdo No. 6, se dispone de partida presupuestal para que durante la reconstrucción del Hospital San Juan de Dios se establezca una planta de rayos X y un laboratorio químico biológico. , En julio del mismo año mediante acuerdo No. 18 se destina el producido de la venta de bonos nacionales para continuar y terminar la reconstrucción y ensanche del Hospital de Caridad.

En marzo 30 de 1938 se aprueba el acuerdo No. 11 (derogado por el acuerdo No. 28 de 1969) que da origen a la junta general de beneficencia a cuyo cargo quedara la administración general de todos los establecimientos de beneficencia pública que funcionan en la ciudad y además elaborará el presupuesto de beneficencia y el reglamento interno del Hospital San Juan de Dios, así mismo se crea el puesto de médico director del hospital y se aumenta a seis el número de médicos que prestan servicios. Además propone se presente al consejo un proyecto para mejorar el servicio hospitalario de pensionado.

Mas tarde, en enero de 1944 se aprueba el funcionamiento del centro de higiene de Bucaramanga, que dependía administrativamente del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social, el cual se encargara del saneamiento en general y control de alimentos, protección infantil y materna, control de enfermedades transmisibles y endémicas, labor educativa, higiene y odontología escolares, campaña antituberculosa y antivenérea, según lo contempla el acuerdo No. 12. Posteriormente la organización y funcionamiento es asumida por el Departamento de Santander (administrativamente) y el Municipio (financieramente), según lo consigna el acuerdo No.51 de 1946.

Hacia finales de 1956 se autoriza un auxilio para obras de reparación y mejoras en el pabellón de maternidad del Hospital San Juan de Dios. (Acuerdo No.40), el cual una vez terminado es dotado según lo dispuesto en el acuerdo No. 16 de 1957. En diciembre de 1958 es creada la consulta prenatal gratuita bajo la dependencia del departamento de maternidad del Hospital San Juan de Dios de la ciudad.

En junio de 1969 se crea la junta municipal de hospitales y beneficencia de Bucaramanga, establecimiento público descentralizado con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa; integrado por el hospital municipal San Juan de Dios, San Luis, Ramón González Valencia y demás establecimientos de beneficencia pública que existan en el municipio.

Más tarde la secretaría de higiene municipal mediante el acuerdo 032 de Diciembre 01 de 1975 se creó el centro materno infantil del barrio Santander,

dotándolo de los elementos necesarios para la prestación del servicio de urgencias de maternidad con un médico, un auxiliar de enfermería y una enfermera partera dentro de su personal, igualmente con el acuerdo 035 de 1975 se crea el centro de salud del barrio transición situado al norte de la ciudad. Posteriormente se inicia la creación de centros periféricos de salud integrados a la secretaría de higiene municipal, con el acuerdo 024 de septiembre 03 de 1979 crease el centro de salud del barrio San Rafael institución vinculada con la Universidad Industrial de Santander para desarrollar servicios en Atención ambulatoria y de urgencias.

En 1987 se crea y organiza un establecimiento para el servicio quirúrgico ambulatorio de Bucaramanga, Instituto Quirúrgico de Bucaramanga.

Posteriormente el ISABU, se crea mediante los decretos 665 y 668 de 1989 y es reestructurado mediante decreto 683 de 1994 como establecimiento publico descentralizado del orden municipal.

En mayo 15 de 1995 se autoriza la creación del Hospital Local del Norte como Empresa Social del Estado.

El 30 de julio de 1997 el ISABU se transforma en una Empresa Social del Estado mediante acuerdo No.031 del Consejo Municipal, constituyéndose en una Institución que presta servicios de salud en Bucaramanga, a través de 22 centros de salud, una unidad intermedia materno-infantil y un hospital local que actualmente presta servicios de primer nivel de atención y mediante convenio docente asistencial algunos servicios de segundo nivel de atención.

7.PRESUPUESTO ISABU (VER TABLA ANEXA NUMERO 1)

La mayor cantidad de ingresos que percibe el ISABU provienen del dinero recaudado por la venta de servicios al régimen subsidiado, con aportes significativos por recaudo de venta de servicios a la población vinculada y usuarios particulares.

TABLA ANEXA No. 1

ESTRUCTURA DEL PRESUPUESTO 2001			
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO 1SABU			
INGRESOS CORRIENTES	PRESUPUESTO BASICO	PRESUPUESTO COMPLEMENTARIO	PRESUPUESTO DEFINITIVO
INGRESOS DE EXPLOTACIÓN			
Venta de Servicios			
Régimen Subsidiado	2,600,000,000	356,000,000	2,956,000,000
Régimen Contributivo	0	0	0
Recaudo	901,000,000	0	901,000,000
Fondo de Biológicos	100,000,000	0	100,000,000
Salud Ocupacional	100,000,000	0	100,000,000
Desplazados	200,000,000	0	200,000,000
Convenios Alcaldía B/ga	0	400,000,000	400,000,000
Convenio Min Salud	0	0	0
Otras Entidades	50,000,000	182,000,000	232,000,000
Subtotal Venta Servicios	3,951,000,000	938,000,000	4,889,000,000
Contratación Dir. Local	1,600,000,000	100,000,000	1,700,000,000
Horno Crematorio	100,000,000	0	100,000,000
Reintegros Aprovechamiento	5,000,000	0	5,000,000
Otros Ingresos	0	0	0
Total Ingresos Explotación	5,656,000,000	1,038,000,000	6,694,000,000
RECURSOS POR OBTENER APORTES			
Situado Fiscal Prestación de servicios	0	1,051,141,000	1,051,141,000
Situado Fiscal Aporte Patronal (sin situación de fondos)	0	1,025,000,000	1,025,000,000
Otros Aportes Nacionales	0	0	0
Aportes Municipales	0	0	0
Otros Aportes	0	0	0
Total Aportes	0	2,076,141,000	2,076,141,000
INGRESOS DE CAPITAL			
Crédito Interno	0	0	0
Rendimientos Financieros	1,000,000,000	0	1,000,000,000
Venta Activos	0	0	0
Donaciones	0	0	0
Total Ingresos de Capital	1,000,000,000	0	1,000,000,000
Total Ingresos	6,657,000,000	3,114,141,000	9,771,141,000

8.P0BLACIÓN OBJETO DE ATENCIÓN PRIMER NIVEL EN BUCARAMANGA

- Sisbenizados 250.000
- Vinculados -----> 190.000 (para la atención en salud hay disponible \$ 1.051.141.000)
- Afiliados —▶ 60.000 (para la atención en salud hay disponible \$ 7.720.000.000)

De los 60.000 afiliados a ARS que posee actualmente Bucaramanga, la E.S.E ISABU atiende a 36.785 usuarios mediante contratos de capitación en la mayoría de los casos; estos usuarios se discriminan por ARS así:

<input type="checkbox"/> Cafesalud	2.803
<input type="checkbox"/> Cajasan	9.890
<input type="checkbox"/> Coesan	2.153
<input type="checkbox"/> Colombia Solidaria	1.534
<input type="checkbox"/> Comcaja	1.432
<input type="checkbox"/> Comfenalco	9.745
<input type="checkbox"/> Cooflorsalud	1.184
<input type="checkbox"/> Coopsagar	866
<input type="checkbox"/> Nacer	477
<input type="checkbox"/> Solsalud	800
<input type="checkbox"/> Unimec	5.901

- Otros (son usuarios a los cuales el ISABU presta algunos servicios, recibiendo por la atención una parte de la UPC)

6.640

9. MORBILIDAD EN LA UNIDAD OPERATIVA HOSPITAL LOCAL DEL NORTE

Para fines de facilitar el desarrollo del presente trabajo tomamos una unidad operativa que reuniera todas las unidades funcionales que se manejan en la Institución, esta unidad es el Hospital Local del Norte, por lo tanto la morbilidad que a continuación mostraremos es la presentada en el año 2000 en esta unidad.

9.1 Morbilidad en la consulta externa de medicina general:

- Parasitosis intestinal sin otra especificación.
- Rinofaringitis aguda: resfrío común.
- Escabiosis.
- Hipertensión esencial no especificada como benigna ni como maligna.
- Vulvovaginitis.
- Otras infecciones víricas sin especificación.
- Amigdalitis aguda.
- Diabetes meditas sin mención de complicación.
- Bronquitis aguda.
- Hipertensión esencial especificada como benigna.

9.2 Morbilidad en urgencias de medicina general:

- Rinofaringitis aguda: resfrío común
- Asma no especificada.

- Herida de otras partes especificada sin mención de complicación.
- Amigdalitis aguda.
- Otros síntomas relacionados con el abdomen y la pelvis: dolor abdominal.
- Infección intestinal mal definida: colitis, enteritis y gastroenteritis infecciosas.
- Gastritis aguda.
- Infección intestinal mal definida: diarrea de presunto origen infeccioso.
- Estado de embarazo normal incidental.
- Absceso periapical sin fístula.

9.3 Morbilidad en hospitalización de pediatría:

- Neumonía, organismo causal no especificado.
- Asma no especificada.
- Dengue hemorrágico.
- Bronconeumonía, organismo causal no especificado.
- Infección intestinal mal definida: diarrea infecciosa.
- Otra celulitis y abscesos de otro sitio especificado.
- Infección intestinal mal definida: colitis, enteritis y gastroenteritis infecciosas.
- Celulitis y abscesos.
- Impétigo.
- Erisipela.

9.4 Morbilidad en hospitalización adultos:

- Amenaza de parto prematuro

- Cicatriz uterina debido a cirugía previa mencionadas durante el embarazo parto y puerperio.
- Aborto retenido.
- Embarazo prolongado.
- Neumonía, organismo causal no especificado.
- Asma no especificada.
- Otras celulitis y abscesos de otro sitio especificado.
- Dengue hemorrágico.
- Pielonefritis y pionefrosis agudas.
- Posición y presentación anormales del feto: presentación de nalgas sin mención de versión.

10. MISIÓN DEL ISABU

10.1 MISION ACTUAL DEL ISABU

Prestar servicios integrales de salud de primer y segundo nivel de atención a la población perteneciente al sistema de seguridad social bajo el régimen contributivo, subsidiado, administradoras de riesgos profesionales (A.R.P.) y vinculados del Municipio de Bucaramanga y su área metropolitana, para lo cual dispone de los mejores recursos tecnológicos y científicos que permiten hacer la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, obteniendo el mejoramiento de las condiciones de salud y de la calidad de vida, bajo los principios de eficiencia y oportunidad de los servicios.

10.2 MISION REDEFINIDA POR NUESTRO GRUPO

Prestar servicios de salud del primer nivel de atención de manera oportuna, eficiente y eficaz contribuyendo así con el mejoramiento de la calidad de vida de la población perteneciente al sistema de seguridad social bajo el régimen subsidiado , población vinculada y riesgos profesionales, del Municipio de Bucaramanga y su área metropolitana; para lo cual dispone de los mejores recursos tecnológicos y científicos que permiten realizar promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.

11. VISION DELISABU

11.1 VISION ACTUAL DEL ISABU

Constituirse en la Empresa Social del Estado líder del Nororiente Colombiano en la prestación del plan obligatorio de salud de primer y segundo nivel de atención por la excelencia de sus servicios.

11.2 VISION REDEFINIDA POR NUESTRO GRUPO

En 3 años, constituirse en la Empresa Social de) Estado líder del Nororiente Colombiano en la prestación de los servicios de salud de primero y segundo nivel de atención enmarcados dentro del Sistema General de la Seguridad Social en Salud, caracterizándose por la excelencia de sus servicios, la eficiencia de sus sistemas de información, desarrollo de políticas de calidad en la prestación de los servicios de salud, alcanzando el mejoramiento en la calidad de vida de la población.

12. PRINCIPIOS CORPORATIVOS

- Calidad en los servicios

- Eficiencia en los procesos
- Eficacia en el manejo de los recursos (aporte del grupo)
- Ética y responsabilidad en la atención
- Satisfacción del cliente.
- Participación comunitaria

13. RECURSOS TECNOLÓGICOS Y HUMANOS

La Institución cuenta con recursos tecnológicos suficientes y de buena calidad para satisfacer la demanda en los diferentes servicios de salud de primer y segundo nivel de atención, como también con el personal profesional y auxiliar idóneo para la prestación de servicios de alta pertinencia técnica y científica.

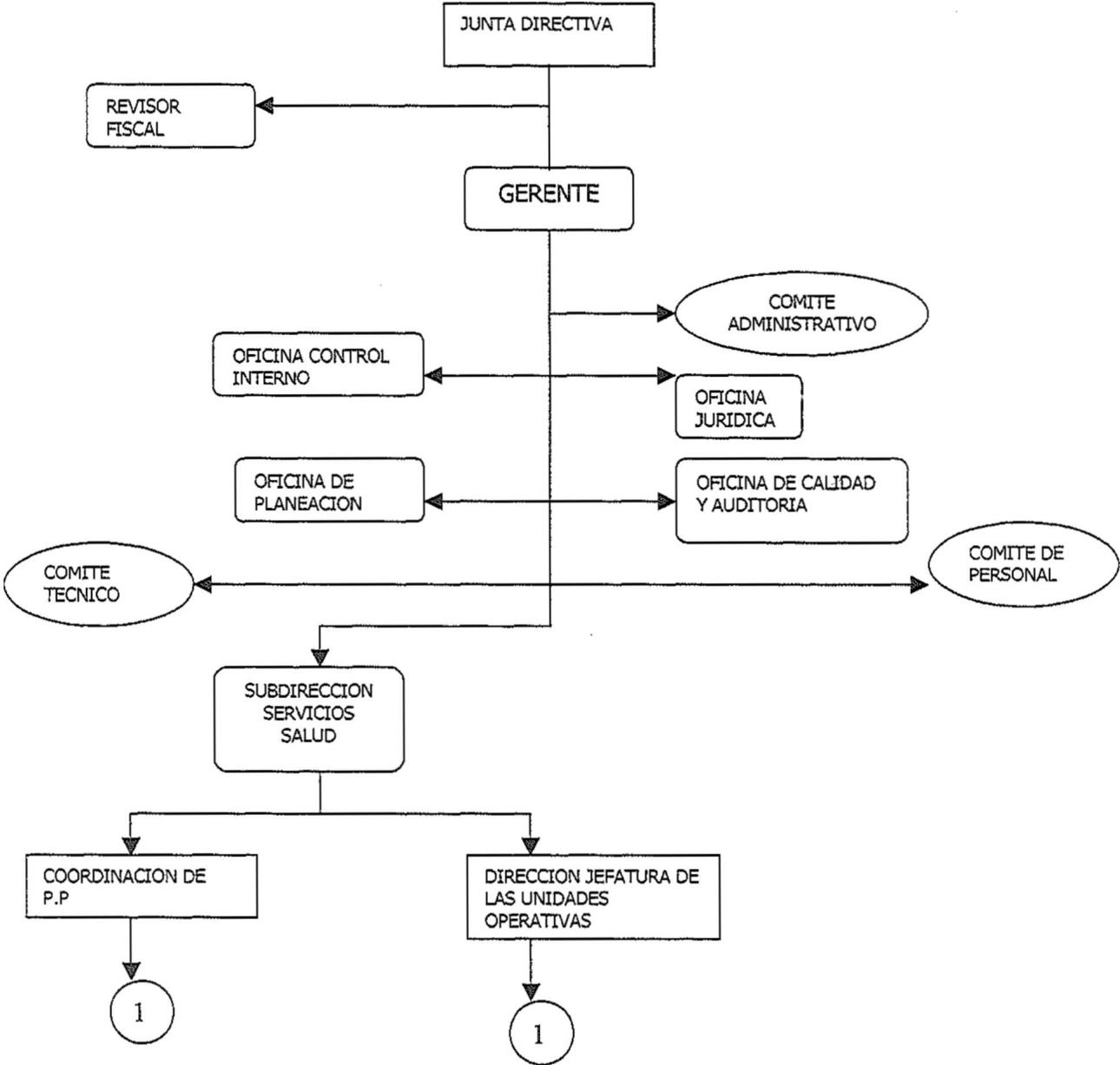
14. PORTAFOLIO DE SERVICIOS UNIDAD OPERATIVA HOSPITAL LOCAL DEL NORTE (ver hoja anexa número 2).

15. ORGANIGRAMA

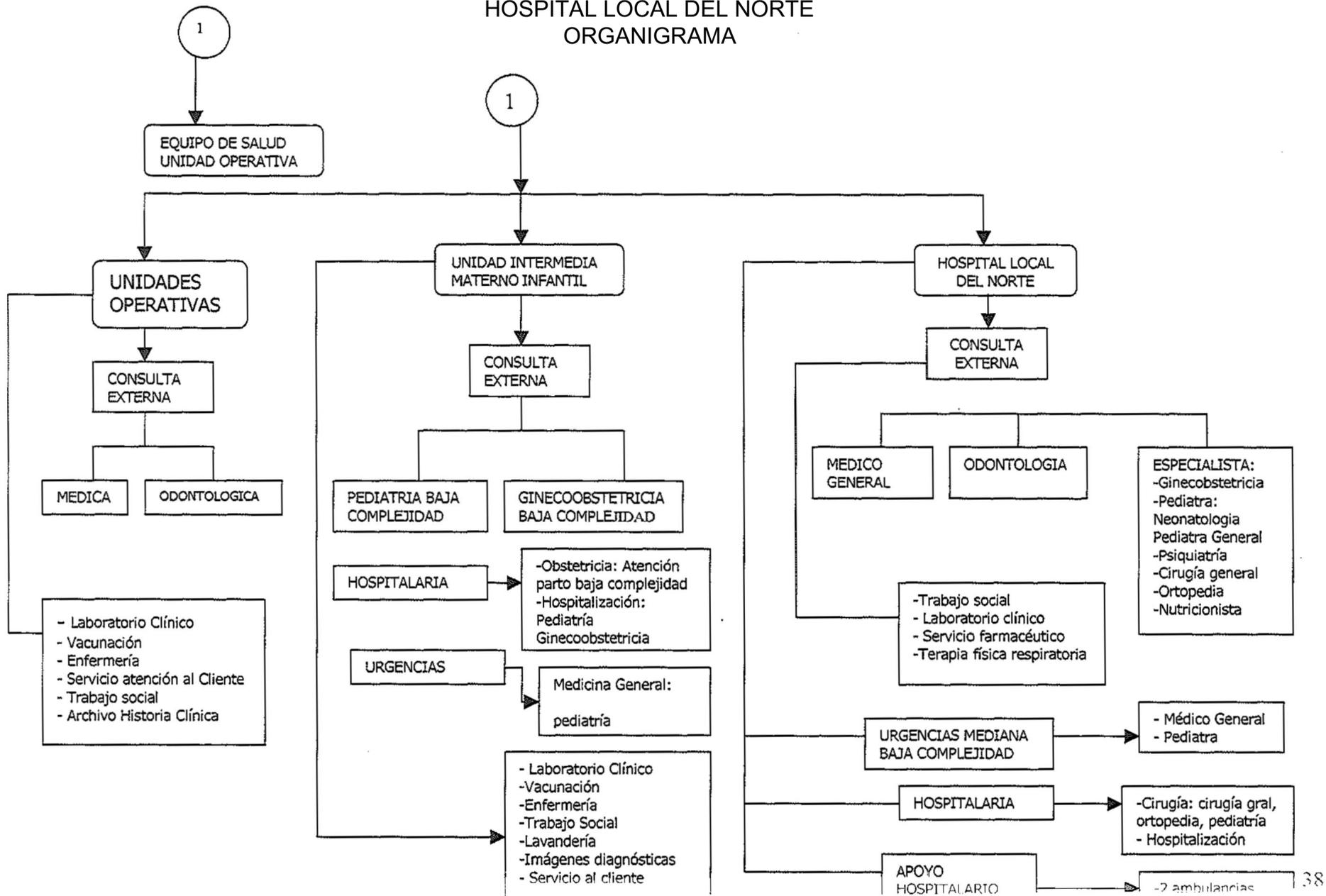
A continuación se presenta el organigrama diseñado por el grupo para la E.S.E ISABU, para el cual nos apoyamos en un organigrama ya existente en la Institución.

ORGANIGRAMA ISABU

ORGANIGRAMA



ESE INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA (ISABU)
HOSPITAL LOCAL DEL NORTE
ORGANIGRAMA



CAPITULO II

16. FICHAS TÉCNICAS DE PROCESOS MEJORADOS EN LAS UNIDADES FUNCIONALES DE LA UNIDAD OPERATIVA HOSPITAL LOCAL DEL NORTE

Con el conocimiento obtenido de la Institución y en común acuerdo con el Docente Tutor fueron escogidas doce unidades funcionales que por su importancia y connotación dentro del objeto social de la Empresa y por contener factores críticos de éxito institucional que se requieren evaluar, controlar y mejorar para permitir de esta manera mantener el control de la Empresa a nivel gerencial que garantice la eficacia en términos de cumplimiento de metas y objetivos propuestos , la eficiencia en términos de la mejor utilización de los recursos con la optimización de los procesos y que los servicios de salud se presten con calidad en términos de satisfacción de las expectativas y necesidades del usuario con integralidad, oportunidad y precisión técnico- administrativa.

El mejoramiento de los procesos en las unidades funcionales, lo iniciamos con el conocimiento del manual de procedimientos de la Institución, aclarando que no

todas las unidades funcionales elegidas presentaban procedimientos registrados en dicho manual, en este caso partimos del diseño que el grupo realizó del proceso de acuerdo a la observación realizada directamente en el servicio motivo de mejoramiento.

Para el conocimiento del lector lo remitimos al cuadernillo anexo a este trabajo, el cual contiene los procesos de dicho manual que actualmente maneja el ISABU.

Estas unidades funcionales son presentadas a continuación.

16.1 FICHA TECNICA

DEPENDENCIA : Medicina

UNIDAD FUNCIONAL: Atención al usuario

NOMBRE DEL PROCESO: Consulta externa

RECURSO HUMANO: Un funcionario del servicio de atención al cliente (SAC) que labora 8 horas diarias; dos médicos generales de 7am a 11 PM, un médico general de 11 a 3 PM, tres funcionarios de estadística, una auxiliar de enfermería de tiempo completo, una enfermera jefe de nómina, una trabajadora social.

RECURSO TÉCNICO: Seis consultorios dotados de camilla, tensiómetro, fonendoscopio, báscula, equipo de órganos de los sentidos, negatoscopio, escalerilla, cinta métrica, sala de espera.

RECURSO TECNICO-CIENTIFICO: Tres médicos generales, cuatro médicos especialistas y una enfermera jefe.

PROPOSITO : Brindar atención ambulatoria al usuario evaluando el estado de salud, hacer un diagnóstico y emprender un plan terapéutico.

PRODUCTO : Consulta externa médica

USUARIO : Pacientes afiliados al régimen subsidiado, vinculados y particulares.

PROCEDIMIENTO:

1. El usuario solicita el servicio.
2. El SAC comprueba derechos:

No tiene derechos, cancelar la consulta, conéctese a la actividad 3

Si tiene derechos, conéctese a la siguiente actividad.

3. El SAC dígita factura y RIA.
4. El SAC (Caja) entrega factura y RIA al usuario.
5. El usuario recibe factura.
6. El usuario firma factura.
7. El usuario entrega factura al SAC.
8. El SAC recibe factura.
9. El SAC asigna cita médica.
10. La auxiliar de enfermería agenda consulta médica.
11. La auxiliar de enfermería determina si la consulta médica es primera vez:
No es primera vez, conéctese a la actividad 12.
Si es primera vez, abrir historia clínica, conéctese a la actividad 13.
12. La auxiliar de enfermería busca historia clínica.
13. La auxiliar de enfermería entrega la historia clínica, el registro individual de atención (RIA) y la copia de la factura al médico.
14. El médico pregunta al usuario si es consulta de primera vez por este diagnóstico:
No, es consulta de control, conéctese con la actividad 15.
Si, conéctese con la siguiente actividad.
15. El médico diligencia datos de la consulta en el RIA y anamnesis en historia clínica.
16. El médico realiza anamnesis al usuario
17. El médico examina al usuario.

18. El médico emite impresión diagnóstica.
19. El médico diligencia los datos faltantes de la historia clínica y nombre del diagnóstico en el RIA.
20. El médico define la conducta a seguir y genera fórmula u orden médica de acuerdo a la impresión diagnóstica:
 - Orden de examen de laboratorio clínico
 - Remisión de actividades de promoción y prevención (P y P).
 - Hoja de referencia de pacientes
 - Fórmula médica y / o elementos terapéuticos.
21. El médico le indica al usuario que firme el RIA de consulta externa.
22. El usuario firma el RIA de consulta externa.
23. El médico recibe el RIA.
24. El médico firma el RIA .
25. El médico da indicaciones a seguir, fin del proceso.

VER FLUJOGRAMA CORRESPONDIENTE CAPITULO III

16.2.1 FICHA TECNICA

DEPENDENCIA : Médico-Quirúrgica.

UNIDAD FUNCIONAL: Urgencias

NOMBRE DEL PROCESO : Consulta y atención de urgencias.

RECURSO HUMANO : Un funcionario del SAC 24 horas, una auxiliar de enfermería por turno 24 horas, un médico por turno 24 horas, un camillero 8 horas, un conductor 24 horas, un funcionario de servicios generales 8 horas, una trabajadora social.

RECURSO TÉCNICO: Dotado de una camilla de transporte, una silla de ruedas, una camilla para inyectología, un doopler, un glucómetro, un desfibrilador, un carro de paro, un electrocardiógrafo, un equipo de reanimación , un monitor de signos vitales, un aspirador de secreciones, un electro cauterio, tres nebulizadores, un vacuum de oxígeno.

PROPOSITO : Brindar al usuario atención oportuna en caso de presentar patologías de urgencias, ofreciendo alternativas para diagnóstico y manejo de patologías prioritarias.

PRODUCTO : Consulta de urgencias.

USUARIO : Pacientes afiliados al régimen subsidiado, vinculados y particulares.

SISTEMAS DE INFORMACIÓN: RIA que diligencia manualmente y posteriormente se digitan.

PROCEDIMIENTO:

1. El usuario solicita el servicio de urgencias.

2. La enfermera jefe del servicio de urgencias realiza triage:

No es urgencia: indica que debe solicitar cita por consulta externa.

Si es urgencia: indica que debe ser valorado por médico general .conéctese con la actividad 3.

3. El medico valora al usuario y decide si es urgencia clínica:

No es urgencia clínica: conéctese con la actividad 12

Si es urgencia clínica: conéctese con la siguiente actividad

4. El medico realiza anamnesis al usuario

5. El médico diligencia la hoja de historia clínica

6. El médico realiza el examen físico

7. El médico diligencia el resto de la historia clínica

8. El médico decide si el usuario necesita tratamiento hospitalario:

No necesita tratamiento hospitalario: conéctese con la actividad 15

Si necesita tratamiento hospitalario: conéctese con la siguiente actividad

9. Necesita remisión a nivel superior:

No, conéctese con la actividad 16

Sí, conéctese con la siguiente actividad

10. El médico elabora la remisión

11. El médico indica que debe trasladarse al SAC, conéctese con la actividad 17

12. El médico decide si el usuario presenta una urgencia traumática

No es urgencia traumática: conéctese con la actividad 4

Si es urgencia traumática: conéctese con la siguiente actividad

13. El médico realiza atención inicial de urgencias
14. El médico estabiliza condiciones clínicas del usuario, conéctese con 4
15. El médico prescribe tratamiento ambulatorio
16. El médico indica al usuario que debe trasladarse al SAC.
17. El usuario se traslada al SAC
18. El SAC comprueba derechos:
No tiene derechos, conéctese con la actividad 19
Si tiene derechos, conéctese con la actividad 20
19. El usuario cancela la consulta
20. El SAC dígita factura y RIA de urgencias
21. El SAC entrega facturas y RIA al usuario
22. El usuario recibe factura original y copia y RIA
23. El usuario firma facturas
24. El usuario entrega factura original
25. El SAC recibe factura original
26. El SAC indica al usuario trasladarse a sala de urgencias
27. El usuario se traslada a sala de urgencias
28. El usuario entrega RIA y copia de factura al médico
29. El médico recibe copia de factura y RIA
30. El usuario firma RIA.
31. El médico firma RIA, termina el proceso.

VER FLUJOGRAMA CORRESPONDIENTE CAPITULO III

16.2.2 FICHA TECNICA

DEPENDENCIA : Médico-Quirúrgica.

UNIDAD FUNCIONAL Cirugía

NOMBRE DEL PROCESO: Atención de urgencias obstétricas.

RECURSO HUMANO: Una enfermera jefe servicio de 8 horas, nueve auxiliares de enfermería de tiempo completo, tres médicos de tiempo completo y uno de medio tiempo(tres médicos rurales), un funcionario de servicios generales por turno.

RECURSO TÉCNICO: Dos camillas ginecológicas, tres camillas para recuperación, cuatro camas para trabajo de parto, dos mesas para atención de partos, un botiquín de enfermería, un consultorio, una máquina de anestesia y una incubadora de transporte.

SISTEMAS DE INFORMACIÓN: Se lleva manualmente, libro de admisiones, libro de nacimientos según parto, libro de puerperio o egreso hospitalario y RIAS.

PROPOSITO : Atender oportunamente la patología de urgencias en gineco-obstetricia así como la atención de partos que ameriten ser manejados en este nivel de complejidad.

PRODUCTO : Consulta de urgencias en ginecología y atención de partos.

USUARIO : Pacientes afiliados al régimen subsidiado, vinculados y particulares.

PROCEDIMIENTO:

1. El usuario solicita el servicio.
2. El SAC comprueba derechos:

No tiene derechos, cancela consulta o realiza depósito, conéctese con la actividad 3.

Si tiene derechos, conéctese con la siguiente actividad.

3. El SAC dígitá factura y datos iniciales del RIA.
4. El SAC entrega factura y RIA al usuario.
5. El usuario firma factura y RIA.
6. El usuario recibe copia de factura y RIA.
7. El usuario se traslada a sala de urgencias obstétricas.
8. El usuario espera ser atendido por el médico general.
9. El médico valora al usuario.
10. El médico examina al paciente.
11. El médico elabora historia clínica.
12. El médico decide si el usuario necesita ser hospitalizado:

No, da indicaciones: fórmula médica, monitoreo fetal, paraclínicos, conéctese con la actividad 13.

Si, conéctese con la actividad 14.

13. El médico da de alta al usuario.
14. El médico decide si el usuario necesita remisión:

No, conéctese con la actividad 16.

Si, conéctese con la actividad 15.

15. El médico llena hoja de remisión, fin del proceso.
16. El médico determina si el usuario necesita exámenes de laboratorio:

No, conéctese a la actividad 18.

Si, conéctese con la siguiente actividad.

17. El médico elabora ordenes de exámenes.

18. El médico determina si la paciente necesita monitoreo fetal:

No, conéctese a la actividad 20.

Si, conéctese a la siguiente actividad.

19. El médico elabora orden de monitoreo fetal.

20. El médico llama a la auxiliar de enfermería.

21. El médico determina si es parto en expulsivo:

No, trasladar a hospitalización, fin del proceso.

Si, conéctese a la siguiente actividad.

22. El médico determina el traslado a sala de partos.

23. La auxiliar traslada el usuario a sala de partos con historia clínica y RIA.

24. La auxiliar de enfermería registra al usuario en el libro de sala de partos.

25. La auxiliar de enfermería organiza: la historia clínica, RIA de urgencias obstétricas, hoja de evolución de enfermería y hoja de medicamentos.

26. La auxiliar de enfermería llena hoja de enfermería.

27. La auxiliar de enfermería prepara al usuario para la atención del parto.

28. El médico general realiza atención del parto.

29. El médico general diligencia:

- Certificado de nacido vivo.

- Historia clínica.

- Hoja de evolución.

- Formula médica.

- Elementos terapéuticos.

- Examen de laboratorio.

30. El médico diligencia datos en hoja de parto.

31. El médico indica al usuario que firme RIA de procedimientos y recién nacido.

32. El usuario firma el RIA de procedimientos y del recién nacido.

33. El médico remite el usuario y el recién nacido a Hospitalización.

34. La auxiliar de enfermería traslada el usuario y el recién nacido a Hospitalización, fin del proceso.

VER FLUJOGRAMA CORRESPONDIENTE CAPITULO III

16.3 FICHA TÉCNICA

DEPENDENCIA: Médico-Quirúrgica

UNIDAD FUNCIONAL: Hospitalaria

NOMBRE DEL PROCESO: Hospitalización Pediatría

RECURSO HUMANO: Un médico pediatra de 4 horas, una enfermera profesional de 8 horas quien atiende hospitalización y sala de partos, una auxiliar de enfermería por turno de 12 horas, un funcionario de servicios generales de 8 horas, en las noches se comparte el personal de servicios generales en urgencias.

RECURSO TÉCNICO: Dotado de 21 camas para hospitalización distribuidas así:

Neonatos	5 camas
Lactantes	6 camas
Escolares menores	5 camas
Escolares mayores	3 camas
Aislados	2 camas

PROPÓSITO: Brindar al usuario atención integral durante su hospitalización de pediatría, comprometiéndose con él en la mejoría de su estado de salud.

PRODUCTO: Servicio de hospitalización pediatría.

USUARIO : Pacientes afiliados al sistema subsidiado, vinculados y particulares.

SISTEMAS DE INFORMACIÓN: Libro de ingresos y egresos, RIA de Hospitalización.

PROCEDIMIENTO:

1. El usuario puede venir de:
 - a) Consulta externa: conéctese con la actividad 2
 - b) Consulta de urgencias: conéctese con la siguiente actividad
2. El médico del servicio remitente decide si el paciente necesita ser hospitalizado:
 - a) No necesita ser hospitalizado: prescribe formula médica
 - b) Si necesita ser hospitalizado: conéctese con la siguiente actividad
3. El medico del servicio remitente realiza ordenes de Hospitalización (formulas / ordenes de laboratorio)
4. El médico del servicio remitente indica al usuario que debe trasladarse al SAC
5. El usuario se traslada al SAC
6. El SAC comprueba derechos de Hospitalización
 - a) No tiene derechos de Hospitalización: conéctese con la actividad 1
 - b) Si tiene derechos de Hospitalización: conéctese con la siguiente actividad
7. El SAC llama al camillero
8. El SAC entrega documentos y usuario al camillero
9. El camillero recibe documentos y usuario
10. El camillero traslada el usuario al servicio de hospitalización
11. La auxiliar de enfermería recibe al usuario y documentos
12. La auxiliar de enfermería diligencia libro de ingresos
13. El usuario firma libro de ingresos

14. La auxiliar de enfermería solicita al servicio remitente la historia clínica del usuario
15. El médico del servicio evalúa y realiza historia clínica (H.C.) de ingreso
16. El médico del servicio diligencia RIA de hospitalización
17. El médico del servicio determina conducta a seguir
18. La enfermera jefe del servicio revisa ordenes médicas y elabora tarjetas de administración de medicamentos
19. La auxiliar de enfermería administra medicamentos iniciales
20. La auxiliar de enfermería abre hoja de signos vitales
21. La auxiliar de enfermería instala al paciente en la sala asignada
22. El usuario queda hospitalizado, fin del proceso

VER FLUJOGRAMA CORRESPONDIENTE CAPITULO III

16.4 FICHA TECNICA

DEPENDENCIA : Médico-Quirúrgica.

UNIDAD FUNCIONAL: Hospitalaria.

NOMBRE DEL PROCESO: Hospitalización obstétrica.

RECURSO HUMANO: Una enfermera jefe de 8 horas que atiende hospitalización y cirugía, una auxiliar de enfermería por turno, un funcionario de servicios generales de 8 horas, en las noches se comparte personal de servicios generales en urgencias.

RECURSO TÉCNICO: Dotado de 30 camas para hospitalización.

PROPOSITO: Brindar al paciente atención integral en hospitalización y comprometerse con el paciente para su mejoría.

PRODUCTO: Servicio de hospitalización.

USUARIO : Pacientes afiliados al régimen subsidiado, vinculados y particulares.

SISTEMAS DE INFORMACIÓN: Libro de ingresos y egresos (libro de puerperio).

PROCEDIMIENTO ¹

²Este proceso es idéntico al proceso de Hospitalización pediátrica ya referido.

16.5 FICHA TECNICA:

DEPENDENCIA: Médico-Quirúrgica

UNIDAD FUNCIONAL: Cirugía.

NOMBRE DEL PROCESO: Programación de Cirugía.

RECURSO HUMANO: 3 médicos generales, médicos especialistas quirúrgicos , 1 funcionario del SAC, 1 trabajadora social, 1 enfermera jefe.

RECURSO TECNICO: 6 consultorios dotados para consulta médica general y especializada, 1 oficina de trabajo social.

SISTEMAS DE INFORMACION: Programación quirúrgica diaria.

PROPOSITO: Realizar la programación de las cirugías necesarias con una adecuada planeación.

PRODUCTO: Programación quirúrgica.

USUARIOS: Pacientes del régimen subsidiado, vinculados y particulares.

PROCEDIMIENTO:

1. El médico general valora al usuario.
2. El médico general ordena exámenes y remite al usuario al especialista según patología.
3. El usuario se dirige donde la auxiliar de enfermería de consultorio a solicitar cita con especialista.
4. La auxiliar de enfermería de consultorio programa cita con especialista (agenda).
5. La auxiliar de enfermería de consultorio indica al usuario se dirija al SAC.

6. El SAC factura consulta con especialista y entrega factura al usuario.
7. El usuario recibe copia de la factura.
8. El usuario se presenta en el consultorio correspondiente con copia de la factura el día de la consulta.
9. El médico especialista valora al usuario y emite impresión diagnóstica.
10. El médico especialista decide hacer cirugía: SI, conéctese con la actividad
11. No, indica al usuario tratamiento a seguir.
11. El médico especialista programa la cirugía y diligencia el formato de solicitud de turno para cirugía.
12. El médico especialista elabora orden de exámenes paraclínicos.
13. El médico especialista entrega al usuario orden de exámenes paraclínicos e indica al usuario se dirija a trabajo social.
14. El usuario recibe orden de exámenes paraclínicos y se dirige a trabajo social.
15. Trabajo social solicita a la auxiliar de enfermería de consultorio H.C. y solicitud de turno de cirugía.
16. Trabajo social estudia si efectúa descuento: SI, diligencia formato de estudio socioeconómico. No, conéctese con la actividad 17.
17. La trabajadora social diligencia orden de servicios y total a pagar.
18. La trabajadora social diligencia autorización de cirugía.
19. La trabajadora social indica al usuario que debe firmar la autorización de cirugía.
20. El usuario firma la autorización de cirugía.

21. La trabajadora social entrega la usuario orden de servicios e indica que se dirija al SAO a cancelar.
22. El usuario se dirige al SAC a cancelar el servicio o comprobar derechos.
23. El SAC factura el servicio.
24. El SAC indica al usuario se dirija a cirugía para conocer fecha y hora de la cirugía.
25. La enfermera jefe de cirugía programa fecha y hora de la cirugía e informa al usuario.

VER FLUJOGRAMA CORRESPONDIENTE CAPTITULO III.

16.6 FICHA TECNICA

DEPENDENCIA :Médico-Quirúrgica

UNIDAD FUNCIONAL: Cirugía

NOMBRE DEL PROCESO: Atención de cirugía

RECURSO HUMANO: Una instrumentadora por 8 horas, un cirujano general de 4 horas, cuatro anestesiólogos de 4 horas, un ginecólogo de 4 horas, un ortopedista de 4 horas, un cirujano plástico por 4 horas, cinco auxiliares de enfermería de 8 horas, una auxiliar de servicios generales, una enfermera jefe.

RECURSO TÉCNICO: Ocho camillas de recuperación, dos máquinas de anestesia, cuatro monitores de signos vitales, dos mesas quirúrgicas, dos lámparas ciefticas, tres lámparas auxiliares, dos electro bisturí, cuatro equipos de succión.

EQUIPO TECNICO CIENTIFICO: Una instrumentadora, un ginecólogo, un cirujano general, dos anestesiólogos, un ortopedista, un cirujano plástico y una enfermera jefe.

SISTEMAS DE INFORMACIÓN: Programación quirúrgica diaria, libro registro diario de cirugías, un informe mensual de productividad a cargo de la enfermera jefe.

PROPOSITO : Llevar a cabo los procedimientos quirúrgicos que los usuarios requieran.

PRODUCTO : Procedimiento quirúrgico.

USUARIO : Pacientes afiliados al régimen subsidiado, vinculados y particulares.

PROCEDIMIENTO:

1. Viene del procedimiento de facturación de servicios y programación de cirugías.
2. El usuario se presenta el día en que se programó la cirugía con copia de la orden de servicios o factura.
3. La enfermera jefe recepciona la copia de la orden de servicios o factura.
4. La enfermera jefe verifica de acuerdo a la programación los datos del usuario y los procedimientos a realizar.
5. La enfermera jefe envía al usuario al área quirúrgica destinada para que se cambie.
6. El usuario se cambia y coloca bata de cirugía
7. La auxiliar de enfermería prepara al usuario para la cirugía.
8. La auxiliar de enfermería ingresa al usuario a la sala de cirugía.
9. El anesthesiólogo realiza inducción anestésica.
10. El cirujano efectúa la cirugía.
11. El anesthesiólogo diligencia documentos (record de anestesia)
12. El cirujano diligencia los siguientes documentos: Fórmula médica y / o elementos terapéuticos, historia clínica de cirugía, RIA de procedimientos, descripción quirúrgica, epicrisis.
13. El anesthesiólogo completa record de anestesia, hoja de recuperación.

14. La enfermera jefe diligencia documentos, notas de enfermería, hojas de recuperación, control de líquidos y administración de medicamentos.
15. El cirujano decide si es usuario necesita hospitalización. Si necesita, emite orden de hospitalización, continúe con la actividad 16. Si no necesita, emite orden de salida, continúe con la actividad 17
16. La auxiliar de enfermería solicita camillero para traslado del paciente.
17. El cirujano diligencia formula de medicamentos según el tratamiento que necesite el usuario.
18. La enfermera jefe avisa al SAC de la orden de salida y envía historia clínica para liquidar servicios.
19. El SAC recibe H.C. y documentos para facturar servicios.
20. El SAC comprueba que los gastos sean cubiertos por el respectivo contrato ó recibe pago.
21. El SAC entrega factura y paz y salvo.
22. La enfermera jefe recibe paz y salvo.
23. La enfermera jefe entrega formula médica y explica recomendaciones médica al paciente.

VER FLUJOGRAMA CORRESPONDIENTE CAPITULO III

16.7 FICHA TÉCNICA

DEPENDENCIA: PROMOCION Y PREVENCIÓN

(Protección Específica y Detección Temprana)

UNIDAD FUNCIONAL: Medicina

NOMBRE DEL PROCESO: Atención en actividades de promoción y prevención.

RECURSO TÉCNICO: 6 consultorios dotados para la realización de las diferentes actividades.

RECURSO HUMANO: 24 digitadores del SAC, 26 auxiliares de enfermería, 6 enfermeras profesionales, 25 médicos generales, 20 auxiliares de odontología y 20 odontólogos generales.

PROPÓSITO: Brindar al usuario programas de promoción y prevención que contribuyan a modificar la morbimortalidad.

PRODUCTO: Actividades de promoción y prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo.

USUARIO: Pacientes pertenecientes al régimen subsidiado, vinculados y particulares.

PROCEDIMIENTO:

1. Los servicios asistenciales y personal de convenio docente asistencial sensibilizan y canalizan los usuarios a los programas de promoción y prevención.
2. El usuario solicita información al SAC
3. El SAC comprueba derechos al usuario y determina:
 - Si presenta derechos, determina a que contrato lo carga.
 - Si no presenta derechos, canaliza al usuario hacia la Institución Prestadora de Salud (I.P.S) donde puede acceder al servicio ó factura como vinculados.
4. El SAC informa al usuario como acceder al servicio.
5. El SAC informa al usuario cuales servicios se prestan.
6. El SAC remite al usuario al programa correspondiente para ser atendido por médico general, enfermera jefe, auxiliar de enfermería, odontólogo, optómetra)

7. El usuario se dirige donde la correspondiente auxiliar (odontología o enfermería) según el programa para ser atendido.
8. El usuario solicita atención en los programas de promoción y prevención.
9. La auxiliar (enfermería u odontología) solicita la historia clínica a estadística..
10. La auxiliar (enfermería u odontología) verifica si el usuario está inscrito en la tarjeta de seguimiento y determina:
 - Si está inscrito, conéctese a la actividad 12.
 - Si no está inscrito, conéctese a la actividad 11.
11. La auxiliar (enfermería u odontología) inscribe al usuario en el programa de promoción y prevención.
12. La auxiliar (enfermería u odontología) diligencia datos iniciales en carné del programa.
14. La auxiliar lleva el carné del usuario e historia clínica al profesional respectivo.
15. La auxiliar de enfermería remite el usuario donde el profesional que corresponda según el programa.
16. El usuario acude donde el profesional respectivo según el programa.
17. El profesional respectivo según programa realiza actividades de promoción y prevención.
18. El profesional respectivo diligencia la historia clínica del programa, el registro de promoción y prevención y el carné con las actividades del programa realizadas.
19. El profesional encargado del programa indica al usuario firmar el registro de promoción y prevención.
20. El usuario firma el registro de promoción y prevención.
21. El usuario entrega al profesional el registro firmado.
22. El profesional recibe el registro firmado.

23. El profesional encargado del programa entrega al usuario el carné de actividades realizadas.
24. El usuario recibe el carné de actividades realizadas.
25. La auxiliar (enfermería u odontología) diligencia y archiva tarjeta de seguimiento.
26. La auxiliar envía la historia clínica para estadística.

VER FLUJOGRAMA CORRESPONDIENTE CAPITULO III

16.8 FICHA TECNICA

DEPENDENCIA : Farmacia

UNIDAD FUNCIONAL: Consulta externa.

NOMBRE DEL PROCESO: Dispensación de medicamentos

RECURSO HUMANO: Un regente de farmacia 8 horas laborales, dos auxiliares de farmacia 8 horas laborales.

RECURSO TÉCNICO: Archivadores, una nevera, estantería, software de inventarios, aire acondicionado, un computador.

PROPOSITO: Dispensación de los medicamentos, ofreciendo un servicio farmacéutico óptimo de acuerdo a las necesidades de los usuarios, manteniendo una rotación de medicamentos adecuada.

PRODUCTO : Entrega de medicamentos al usuario

USUARIO : Pacientes afiliados al régimen subsidiado, vinculados y particulares.

PROCEDIMIENTO:

1. El usuario solicita medicamentos
2. El usuario entrega formula en original y copia al auxiliar de farmacia encargado de la dispensación
3. El auxiliar de farmacia reciba la formula en original y copia
4. El auxiliar de farmacia verifica si los medicamentos de la formula están contemplados en el Acuerdo 83 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS)

- a) Medicamentos no Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS-S): coloca sello no POS-S, conectarse con la actividad 5
 - b) Medicamentos POS-S: entrega formula a auxiliar de farmacia encargada del sistema, conéctese con la actividad 7
5. El auxiliar de farmacia devuelve las formulas al usuario
6. El usuario recibe formulas, fin del proceso
7. La auxiliar de farmacia encargada del sistema verifica derechos de aseguramiento
- a) No tiene derechos de aseguramiento: entrega la formula al usuario, conéctese a la actividad 5
 - b) Si tiene derechos de aseguramiento: devuelve la formula a la auxiliar de farmacia de dispensación, conéctese con la siguiente actividad
8. La auxiliar de farmacia recibe formulas
9. La auxiliar de farmacia verifica existencia de medicamentos en el inventario
- a) No hay medicamento: coloca sello de pendiente en las formulas, conéctese con la actividad 5
 - b) Si hay medicamentos: elabora facturas, conéctese con la siguiente actividad
10. La auxiliar de farmacia solicita firma al usuario
11. El usuario firma las facturas
12. El usuario devuelve las facturas a la auxiliar de farmacia
13. La auxiliar de farmacia verifica la firma del usuario
- a) No corresponde: devuelve la formula al usuario, conéctese con la actividad 5

b) Si corresponde: entrega a auxiliar de farmacia encargada de sistemas las facturas, conéctese con la siguiente actividad

14. El auxiliar de farmacia descarga la factura en el sistema

15. El auxiliar de farmacia devuelve la factura al auxiliar de farmacia de dispensación

16. El auxiliar de farmacia recoge los medicamentos de los estantes

17. El auxiliar de farmacia coloca el sello de entregados en las formulas

18. El auxiliar de farmacia entrega los medicamentos, brindando indicaciones pertinentes con la posología de la medicación al usuario

19. El auxiliar de farmacia entrega copia de la formula

20. El usuario recibe medicamentos y copia de formulas, fin del proceso

VER FLUJOGRAMA CORRESPONDIENTE CAPITULO III

16.9 FICHA TECNICA

DEPENDENCIA : Médico Quirúrgica.

UNIDAD FUNCIONAL: Consulta externa.

NOMBRE DEL PROCESO: Toma y procesamiento de muestras de laboratorio

RECURSO HUMANO: Una bacterióloga de planta, una bacterióloga rural, una auxiliar de laboratorio , un funcionario de servicios generales que se comparte para todo el primer piso.

RECURSO TÉCNICO: Una olla esterilizadora, una estufa, una nevera, y dotación para toma de muestras, dos microscopios, un equipo de química, un equipo de hematología semi-automatizado, dos centrifugas, una micro centrifuga, un horno.

RECURSO TECNICO CIENTIFICO: Dos bacteriólogos.

PROPOSITO : Servir de soporte diagnostico durante el estudio de morbilidad de los usuarios atendidos en los diferentes servicios, permitiendo confirmar o descartar una hipótesis diagnostica.

PRODUCTO : Exámenes de laboratorio.

USUARIO : Pacientes afiliados al régimen subsidiado vinculados y particulares.

PROCEDIMIENTO:

1. El usuario se dirige con orden solicitud médica de exámenes de laboratorio al SAC.
2. El SAC recibe orden de servicios.
3. El SAC verifica derechos de aseguramiento:
Si tiene derechos, continúe con la actividad 4.

- NO tiene derechos, cancela el servicio.
4. El SAC elabora RIA de laboratorio y expide factura.
 5. El SAC entrega RIA y factura al usuario.
 6. El usuario recibe RIA y copia de la factura.
 7. El usuario se dirige al laboratorio con orden de examen y factura.
 8. La auxiliar de laboratorio recibe RIA.
 9. La auxiliar de laboratorio agenda fecha y hora para toma de muestras.
 10. La auxiliar de laboratorio entrega instructivo de preparación para exámenes.
 11. El usuario recibe instructivo.
 12. El usuario el día de la cita se dirige al laboratorio con orden de exámenes y copia de la factura.
 13. La auxiliar de laboratorio verifica pago de examen.
 14. La auxiliar de laboratorio diligencia RIA de laboratorio e indica a usuario firmarlo.
 15. La auxiliar de laboratorio entrega a usuario consecutivo de toma de muestra.
 16. La auxiliar de laboratorio indica al usuario dirigirse a sala de espera.
 17. El usuario espera ser llamado para toma de muestra.
 18. El usuario se dirige a toma de muestras al ser llamado por auxiliar de laboratorio.
 19. La auxiliar de laboratorio realiza toma de muestras.
 20. La auxiliar de laboratorio marca la muestra.
 21. La auxiliar de laboratorio almacena la muestra para examen.

22. La auxiliar de laboratorio clasifica las muestras.
23. La bacterióloga realiza procedimiento técnico.
24. La bacterióloga consigna manualmente resultados en libro de resultados.
25. La auxiliar de laboratorio recoge libro de resultados.
26. La auxiliar de laboratorio transcribe resultados.
27. La auxiliar de laboratorio empaca resultados.
28. La auxiliar de laboratorio lleva los resultados a portería.
29. El vigilante elabora planilla de entrega de exámenes.
30. El vigilante entrega resultados al usuario.
31. El usuario firma la planilla de entrega de exámenes.

VER FLUJOGRAMA CORRESPONDIENTE CAPITULO III

16.10 FICHA TÉCNICA

DEPENDENCIA: Médico-Quirúrgica.

UNIDAD FUNCIONAL: Consulta externa

NOMBRE DEL PROCESO: Realización de estudios radiológicos.

RECURSO HUMANO: Un técnico en imágenes diagnósticas y un radiólogo.

PROPOSITO: Prestar el servicio de rayos X con buena calidad, que permita soportar los hallazgos clínicos encontrados durante la exploración del usuario.

RECURSO TECNICO: Un equipo de rayos X, negatoscopios, oficina dotada para lectura de rayos X.

PRODUCTO : Estudios radiológicos.

USUARIO : Pacientes afiliados al sistema subsidiado, vinculados y particulares.

PROCEDIMIENTO:

1. El usuario se dirige al SAC con orden de rayos X.
2. El SAC recibe orden de rayos X.
3. El SAC verifica derechos:
SI tiene derechos, continúa con actividad 4.
NO tiene derechos, cancela el servicio.
4. Entrega RIA y factura al usuario.
5. El usuario recibe RIA y copia de la factura.
6. El usuario se dirige a rayos X.
7. El técnico de rayos X recibe el RIA.
8. El técnico de rayos X agenda fecha y hora toma de rayos X.

9. El técnico de rayos X entrega instructivo de preparación para rayos X.
10. El usuario recibe instructivo.
11. El usuario se dirige a rayos X el día de la cita con orden de rayos X y copia de la factura.
12. El técnico de rayos X verifica pago de examen y recibe orden de rayos X.
13. El técnico de rayos X elabora RIA de rayos X y registro diario.
14. El técnico de rayos X solicita firmar RIA y registro.
15. El usuario recibe RIA y registro.
16. El usuario firma RIA y registro.
17. El técnico de rayos X recibe RIA y registro firmados.
18. El técnico de rayos X ingresa usuario a sala de examen.
19. El técnico de rayos X realiza toma de rayos X.
20. El técnico de rayos X revela placa de rayos X.
21. El técnico de rayos X guarda rayos X en sobres.
22. El técnico de rayos X rotula sobre.
23. El técnico de rayos X diligencia formato de lectura.
24. El técnico de rayos X entrega rayos X y formato de lectura al radiólogo.
25. El radiólogo recibe rayos X y formato de lectura.
26. El radiólogo realiza lectura de rayos X y termina de diligenciar el RIA.
27. El radiólogo entrega rayos X leídos y formato diligenciado.
28. El técnico de rayos X verifica lectura: NO, reenvía rayos X y formato. SI, continúa con la actividad 29.

29. Entrega resultado al usuario.

30. El usuario recibe resultado.

VER FLUJOGRAMA CORRESPONDIENTE CAPITULO III

16.11 FICHA TÉCNICA ALMACEN

16.11.1 FICHA TÉCNICA ALMACEN COMPRAS DIRECTAS

DEPENDENCIA: Administración.

UNIDAD FUNCIONAL: Almacén.

NOMBRE DEL PROCESO: Compras directas .

RECURSO HUMANO: Jefe de almacén , dos auxiliares de almacén.

RECURSO TÉCNICO: estantería, escritorio, nevera, aire acondicionado.

Propósito: establecer las cantidades necesarias para un buen funcionamiento seleccionando proveedores y adquiriendo insumos de calidad.

PRODUCTO: Compra de insumos.

USUARIO: Enfermera jefe de urgencias, sala de partos hospitalización y cirugía:, servicio de rayos X.; servicio de laboratorio, área administrativa.

PROCEDIMIENTO:

1. El almacenista elabora formato de requisición.
2. El almacenista envía formato de requisición a los jefes de servicios.
3. Los jefes de servicios reciben formato de requisición.
4. Los jefes de servicios diligencian formato de requisición.
5. Los jefes de servicios entregan formato de requisición diligenciado al almacenista.
6. El almacenista recibe formato de requisición diligenciado.
7. El almacenista verifica inventario en almacén:
SI hay existencia, entrega material.
NO hay existencia, continua con la actividad 8.
8. El almacenista elabora listado de necesidades.
9. El almacenista entrega listado de necesidades al jefe de almacén.
10. El jefe de almacén recibe listado de necesidades.
11. El jefe de almacén verifica presupuesto:
SI hay presupuesto, continua con la actividad 12.
NO hay presupuesto no se puede realizar la compra.

12. El jefe de almacén solicita cotizaciones
13. El jefe de almacén selecciona proveedores.
14. El jefe de almacén envía carta de solicitud de cotizaciones a proveedores seleccionados.
15. El jefe de almacén recibe cotizaciones.
16. El jefe de almacén entrega cotizaciones al almacenista
17. El almacenista recibe cotizaciones.
18. El almacenista consolida cotizaciones.
19. El almacenista entrega consolidado de cotizaciones al jefe de almacén.
20. El jefe de almacén recibe consolidado de cotizaciones.
21. El jefe de almacén decide necesidad de licitación:
SI conectarse con proceso de licitaciones.
NO continúa con la actividad 22.
22. El jefe de almacén elabora listado de selección de compras.
23. El jefe de almacén solicita certificado de disponibilidad presupuestal (C.D.P.)
24. Tesorería recibe solicitud de C.D.P.
25. Tesorería revisa disponibilidad presupuestal:
No, no se puede realizar compra.
SI, continúe con la actividad 26.
26. Tesorería elabora C.D.P.
27. Tesorería envía C.D.P. a jefe de almacén.
28. Jefe de almacén recibe C.D.P.
29. El jefe de almacén elabora orden de compra.
30. El jefe de almacén envía orden de compra.

VER FLUJOGRAMA CORRESPONDIENTE CAPITULO III.

16.11.2 FICHA TÉCNICA ALMACEN ENTREGA DE MERCANCÍAS.

DEPENDENCIA: Administración.

UNIDAD FUNCIONAL: Almacén.

NOMBRE DEL PROCESO: Entrega de mercancías.

RECURSO HUMANO: Jefe de almacén , dos auxiliares de almacén.

RECURSO TÉCNICO: estantería, escritorio, nevera, aire acondicionado.

Propósito: establecer las cantidades necesarias para un buen funcionamiento seleccionando proveedores y adquiriendo insumos de calidad.

PRODUCTO : Suministros.

USUARIO: Enfermera jefe de urgencias, sala de partos ,hospitalización y cirugía.; servicio de rayos X.; servicio de laboratorio, área administrativa.

PROCEDIMIENTO:

1. La unidad de negocios elabora orden de solicitud de mercancías.
2. El almacén recibe solicitud de mercancías.
3. El almacén elabora consolidado de solicitud de mercancías.
4. El almacén verifica existencia:

NO hay en existencia, elabora listado de pendientes y continúa con el proceso de compras.

SI hay existencia continúa con la actividad 5.

5. El almacén realiza bajas de almacén.
6. El almacén realiza orden de entrega de mercancías al bodeguero.
7. El bodeguero recibe orden de entrega de mercancías.
8. El bodeguero retira mercancías de la estantería.
9. La unidad de negocios firma recibo de mercancías y recibe suministros.
10. La unidad de negocios entrega recibo de mercancías firmado al bodeguero.
11. El bodeguero recibe recibo de entrega de mercancías firmado.
12. El bodeguero entrega consolidado de suministros firmado al almacén.
13. El almacén recibe consolidado de suministros firmado.
14. El almacén realiza consolidado mensual.

15. El almacén entrega informe de suministros.

VER FLUJOGRAMA CORRESPONDIENTE CAPITULO III

16.12 FICHA TÉCNICA FACTURACIÓN.

DEPENDENCIA: Administración.

UNIDAD FUNCIONAL: Tesorería.

NOMBRE DEL PROCESO: Facturación.

RECURSO HUMANO: Auxiliar de auditoría y mensajería.

PROPOSITO: Clasificación y envío de la facturación a las diferentes administradoras de régimen subsidiado (ARS).

PRODUCTO : Facturación clasificada y entregada.

USUARIO : Oficina de calidad y auditoría en salud.

PROCEDIMIENTO:

1. La auxiliar de auditoría recibe informe de facturación y soportes.
2. La auxiliar de auditoría elabora consolidado de facturación.
3. La auxiliar de auditoría clasifica facturación por cliente.
4. La auxiliar de auditoría elabora listado de correspondencia.
5. La auxiliar de auditoría envía correspondencia con el mensajero.
6. Mensajería realiza entrega a clientes.
7. Mensajería hace firmar listado de correspondencia.
8. La auxiliar de auditoría verifica entrega de correspondencia.

VER FLUJOGRAMA CORRESPONDIENTE CAPITULO III.

CAPITULO III

17. FLUJOGRAMAS DE LOS PROCESOS MEJORADOS EN LAS UNIDADES FUNCIONALES DE LA UNIDAD OPERATIVA HOSPITAL LOCAL DEL NORTE.

En este capítulo se presentan los flujogramas de los proceso mejorados en las unidades funcionales del Hospital Local del Norte correspondientes a las fichas técnicas de los procesos mostrados en el anterior capítulo, se ilustrarán en el siguiente orden:

- 17.1 Flujograma proceso mejorado consulta externa.
- 17.2 Flujograma proceso mejorado urgencias medicina general.
- 17.3 Flujograma proceso mejorado urgencias gineco-obstétricas.
- 17.4 Flujograma proceso mejorado Hospitalización pediatría
 - 17.4.1 Hospitalización pediatría proveniente de consulta externa.
 - 17.4.2 Hospitalización pediatría proveniente de urgencias.
- 17.5 Flujograma proceso mejorado programación de cirugía.
- 17.6 Flujograma proceso mejorado de atención de cirugía.

17.7 Flujograma proceso mejorado promoción y prevención.

17.8 Flujograma proceso mejorado entrega de medicamentos al usuario

17.9 Flujograma proceso mejorado toma y procesamiento de muestras de laboratorio.

17.10 Flujograma proceso mejorado toma de rayos X.

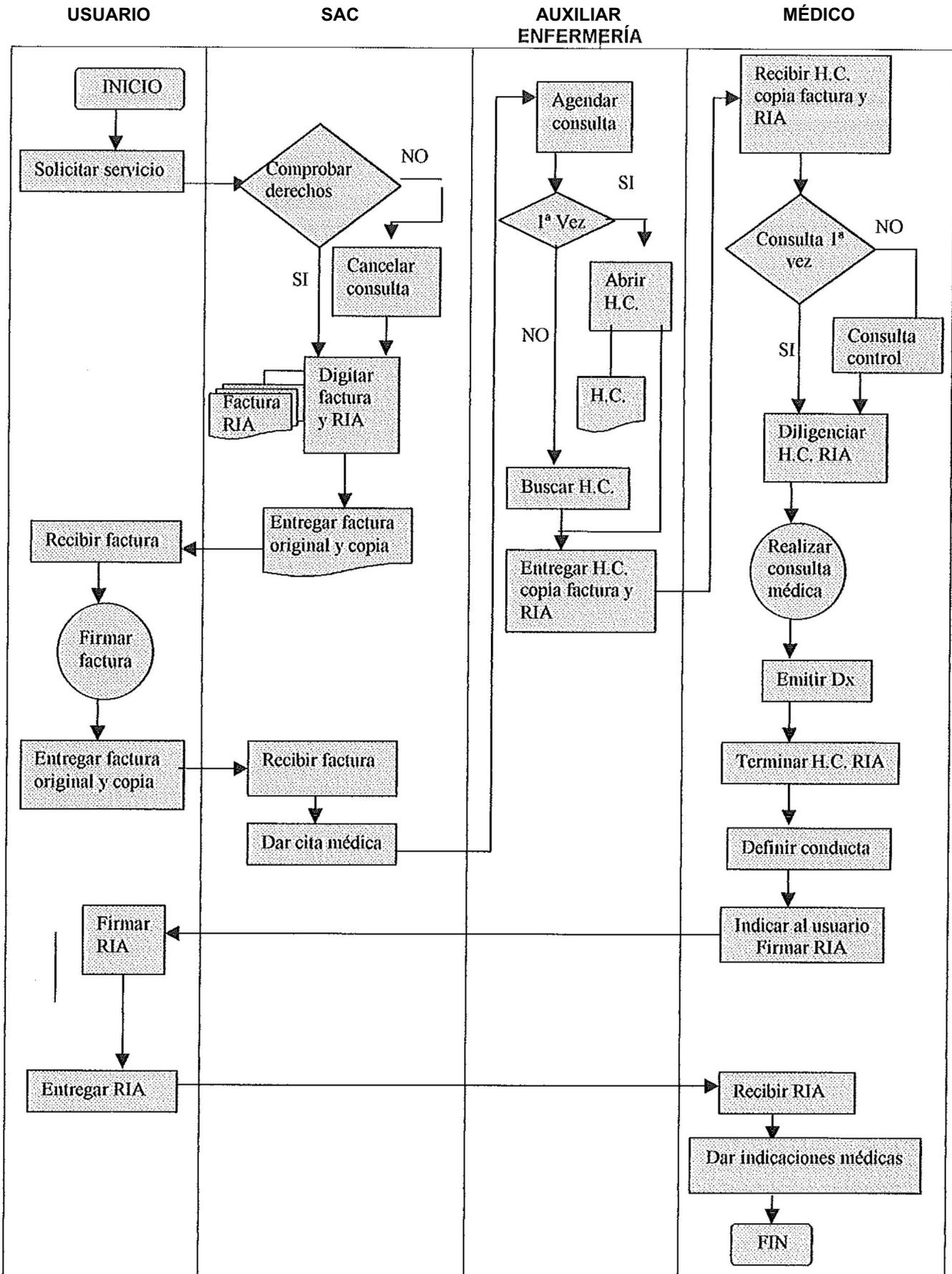
17.11 Flujograma proceso mejorado almacén.

17.11.1 Compras directas

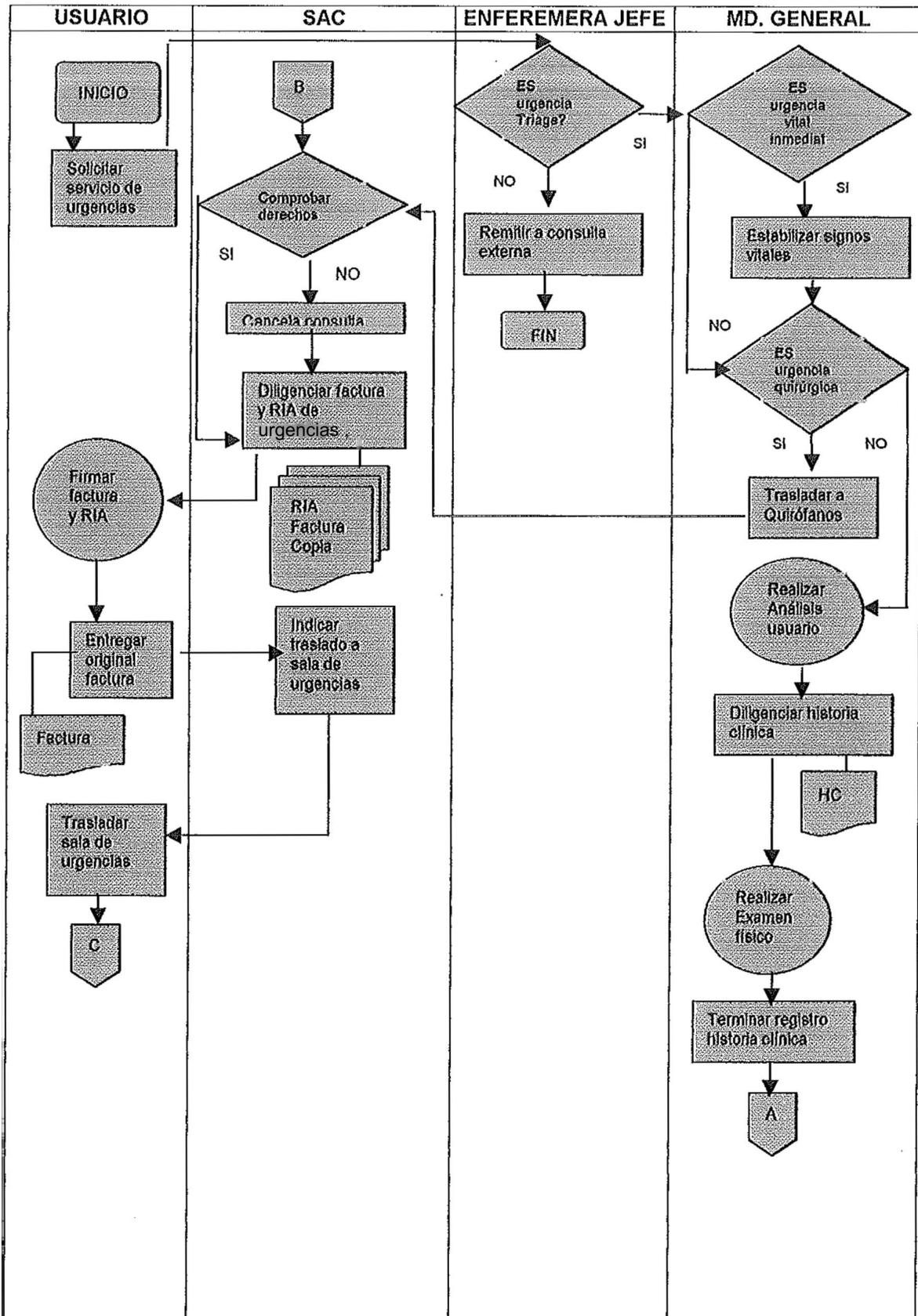
17.11.2 Entrega de mercancías

17.12 Flujograma proceso mejorado facturación.

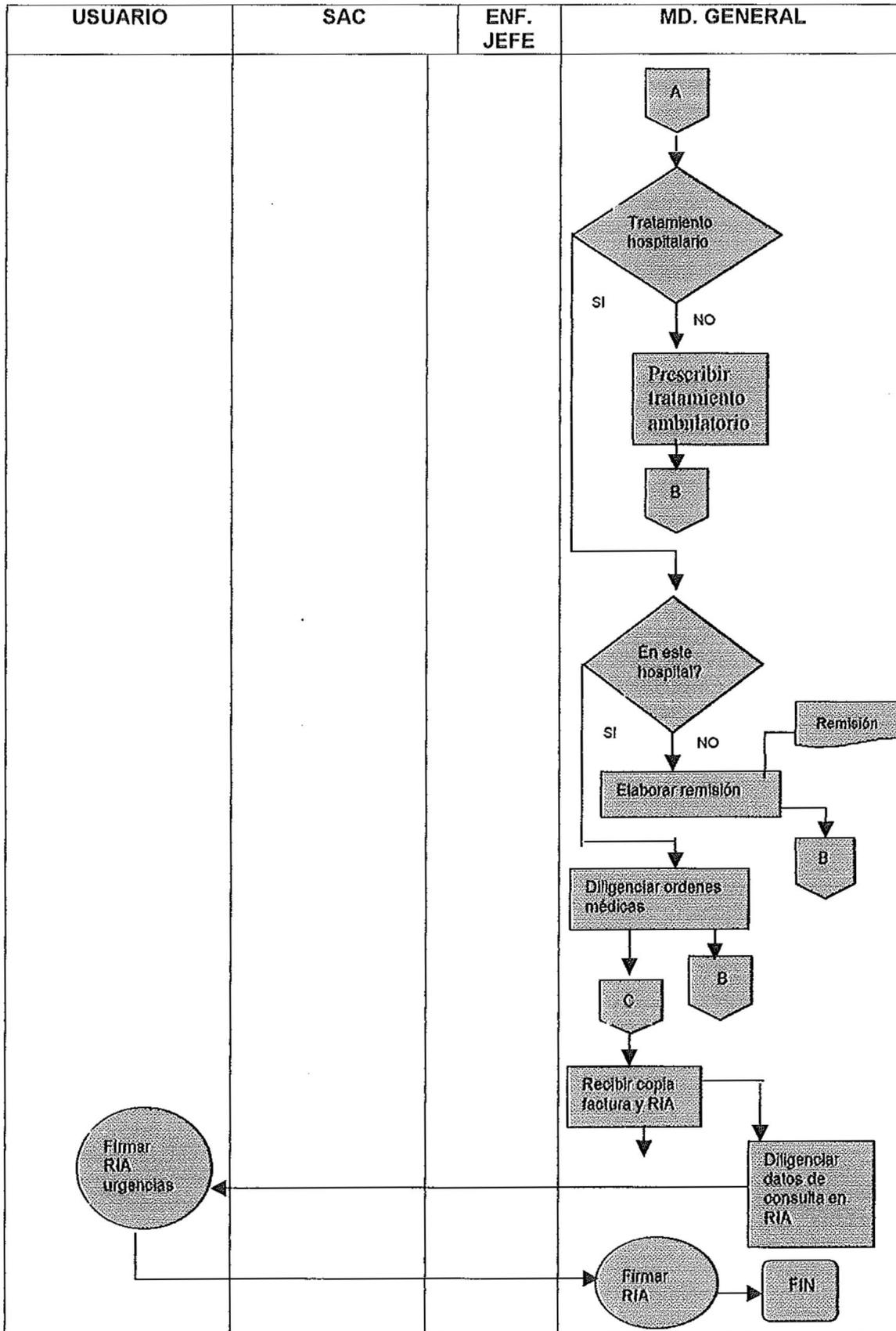
**E.S.E. INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA
HOSPITAL LOCAL DEL NORTE
FLUJOGRAMA PROCEDIMIENTO ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA**



ESE INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA
HOSPITAL LOCAL DEL NORTE
PROCESO DE CONSULTA Y ATENCIÓN DE URGENCIAS
PROCESO MEJORADO



ESE INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA
HOSPITAL LOCAL DEL NORTE
PROCESO DE CONSULTA Y ATENCIÓN DE URGENCIAS
PROCESO MEJORADO



E.S.E. INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA
HOSPITAL LOCAL DEL NORTE

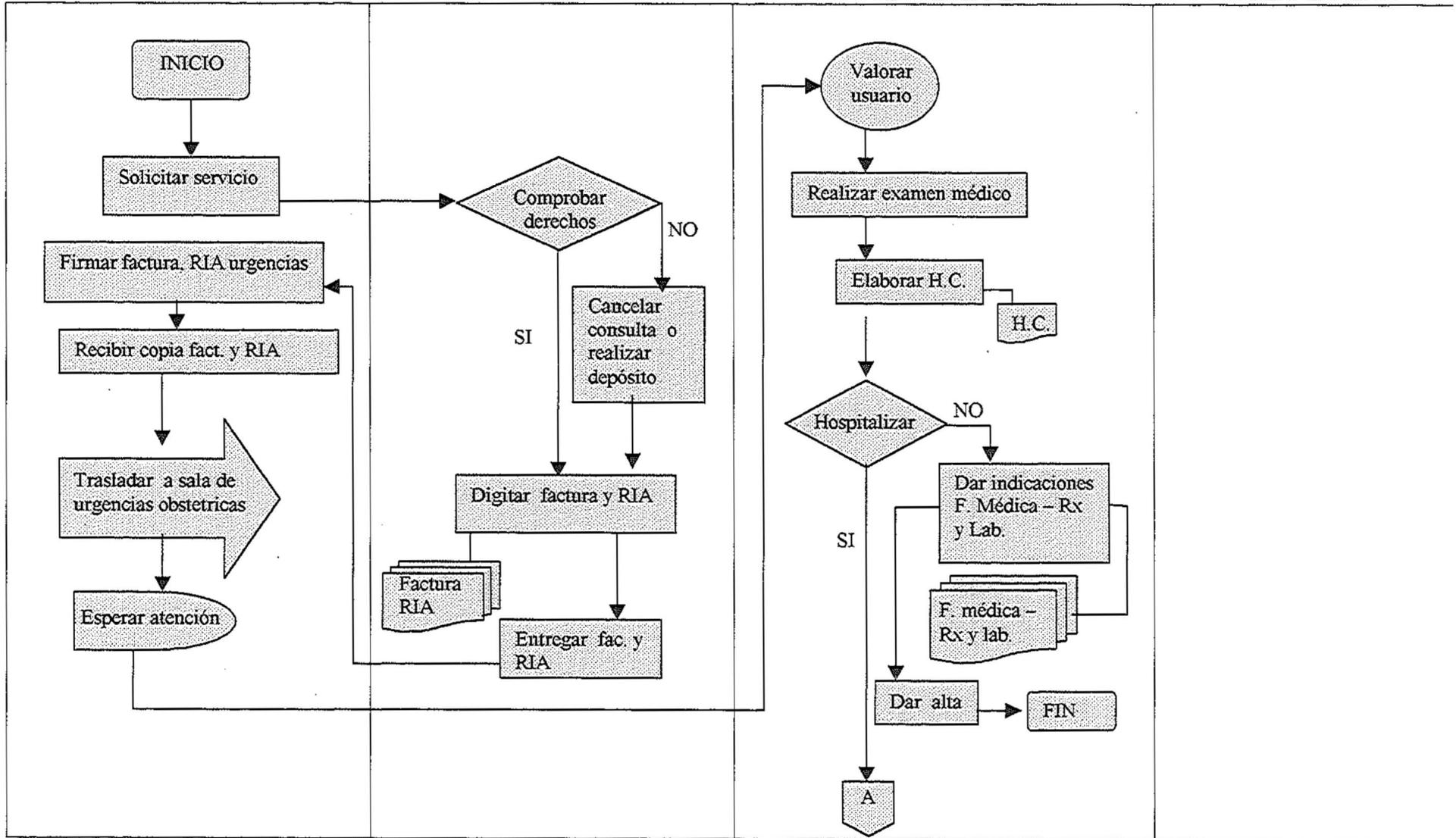
FLUJOGRAMA PROCEDIMIENTO ATENCIÓN EN URGENCIAS GINECOBISTETRICIA Y SALA DE PARTOS

USUARIO

SAC

MD. GENERAL

AUX. ENFERMERÍA



E.S.E. INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA
HOSPITAL LOCAL DEL NORTE

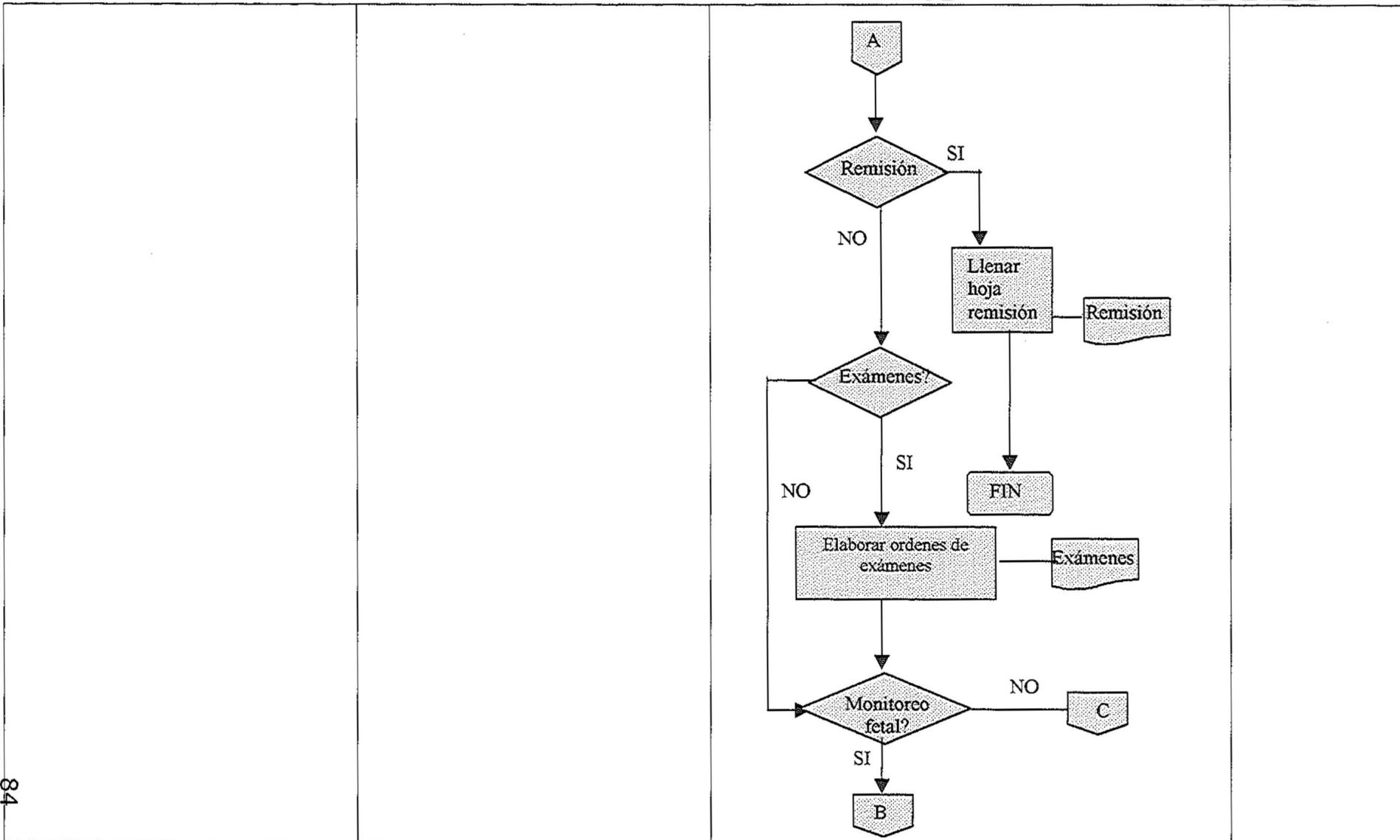
FLUJOGRAMA PROCEDIMIENTO EN URGENCIAS CINECOBSTETRICIA Y SALA DE PARTOS

USUARIO

SAC

MD. GENERAL

AUX. ENFERMERÍA



E.S.E. INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA
HOSPITAL LOCAL DEL NORTE

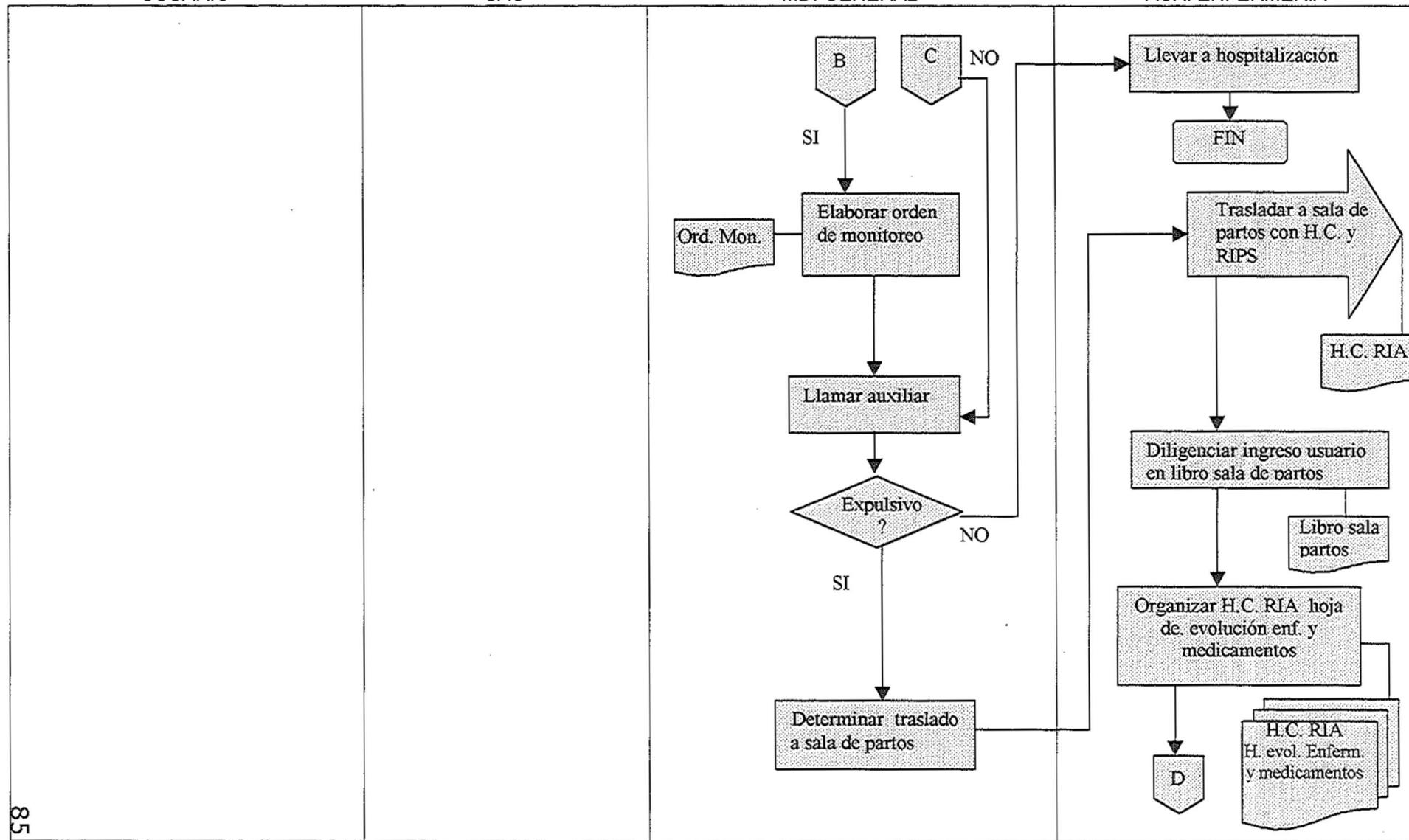
FLUJOGRAMA PROCEDIMIENTO ATENCIÓN EN URGENCIAS GINECOBISTETRICIA Y SALA DE PARTOS

USUARIO

SAC

MD. GENERAL

AUX. ENFERMERÍA

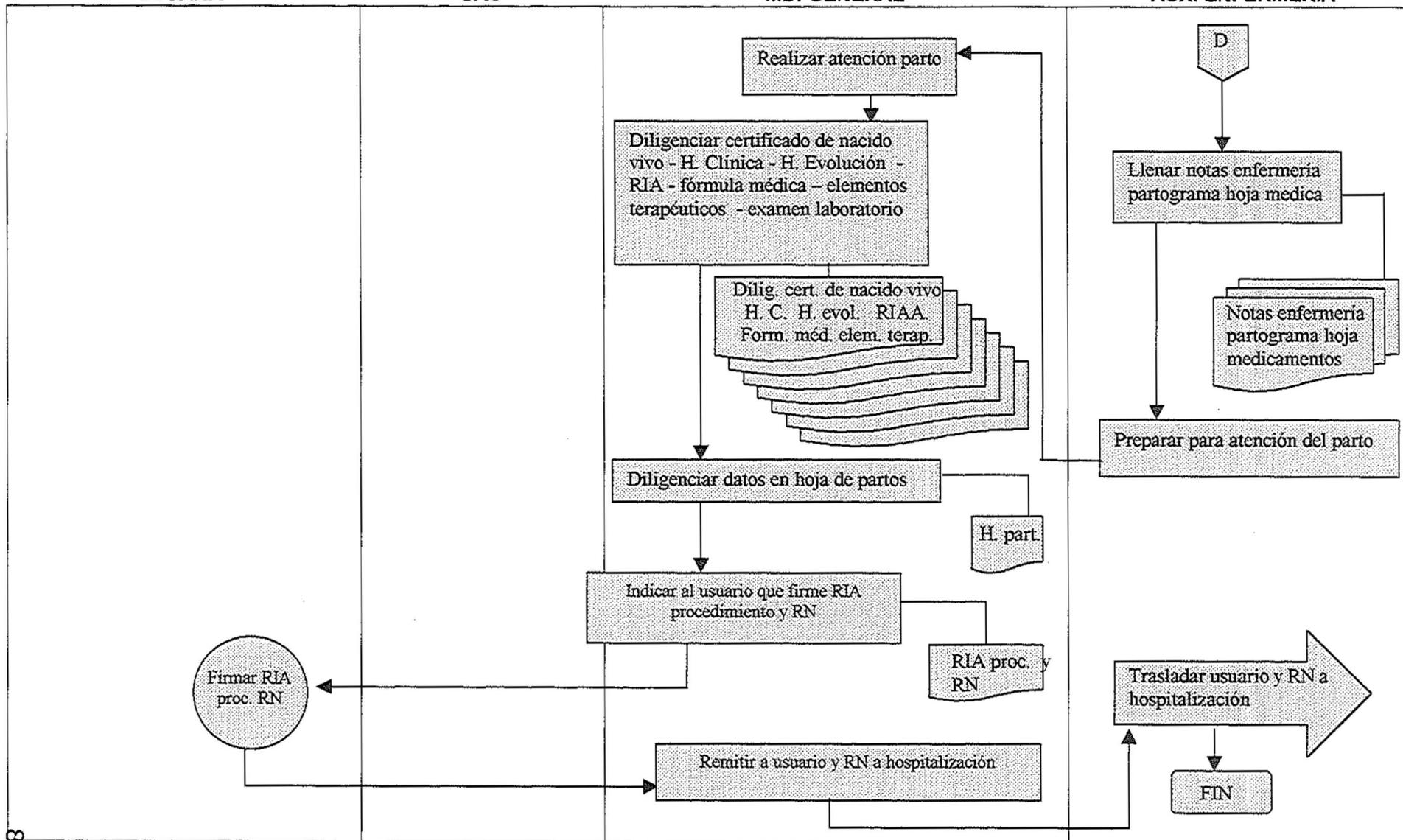


USUARIO

SAC

MD. GENERAL

AUX. ENFERMERÍA



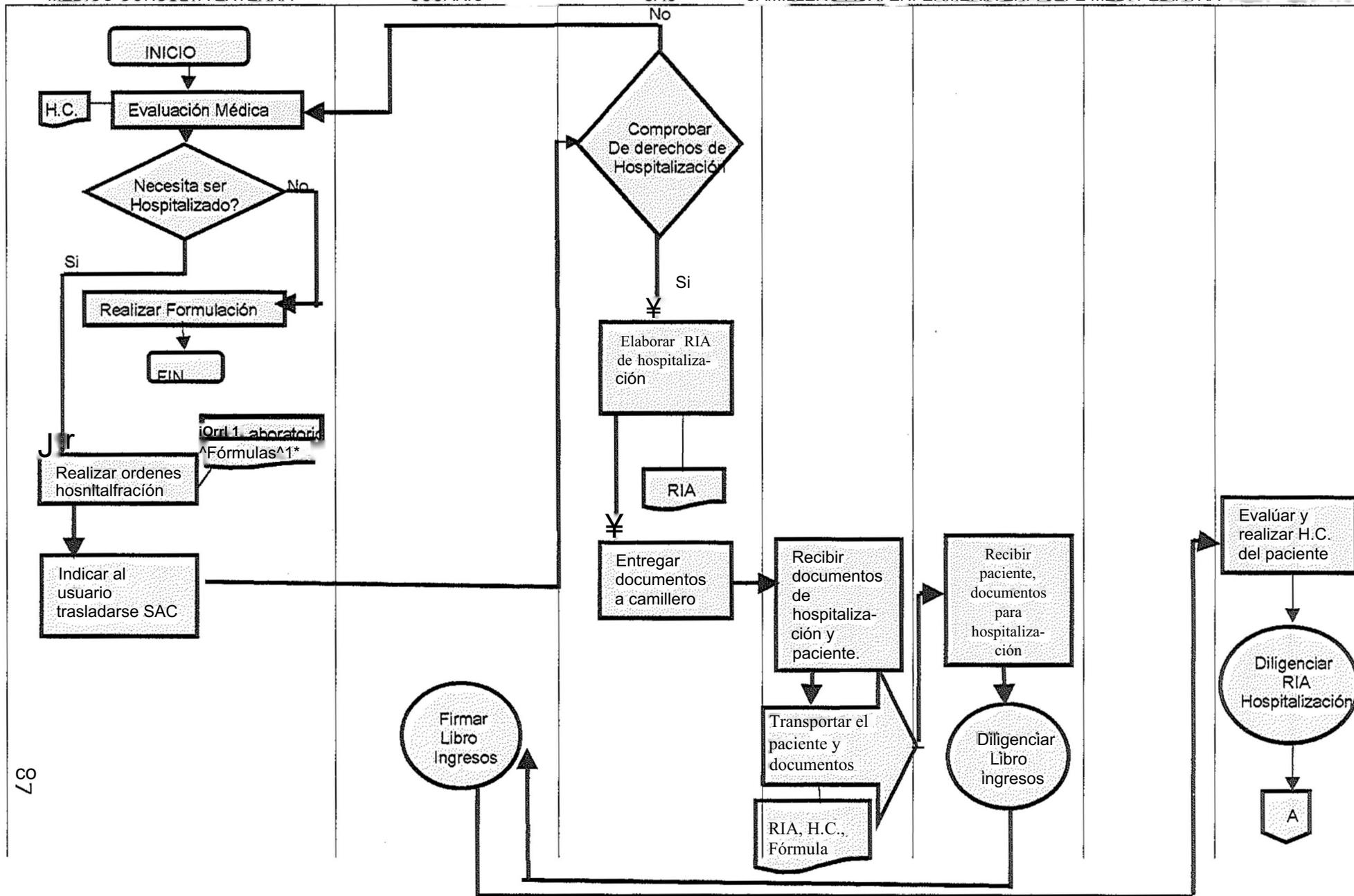
HOSPITALIZACIÓN PEDIATRIA PROVENIENTE CONSULTA EXTERNA (FLUJOGRAMA PROCESO MEJORADO)

MEDICO CONSULTA EXTERNA

USUARIO

SAC

CAMILLERO AUX. ENFERMERIA ENF. JEFE MED. PEDIATRA



ESE INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA
HOSPITAL LOCAL DEL NORTE

HOSPITALIZACION PEDIATRIA PROVENIENTE CONSULTA EXTERNA (FLUJOGRAMA PROCESO MEJORADO)

MEDICO CONSULTA
EXTERNA

USUARIO

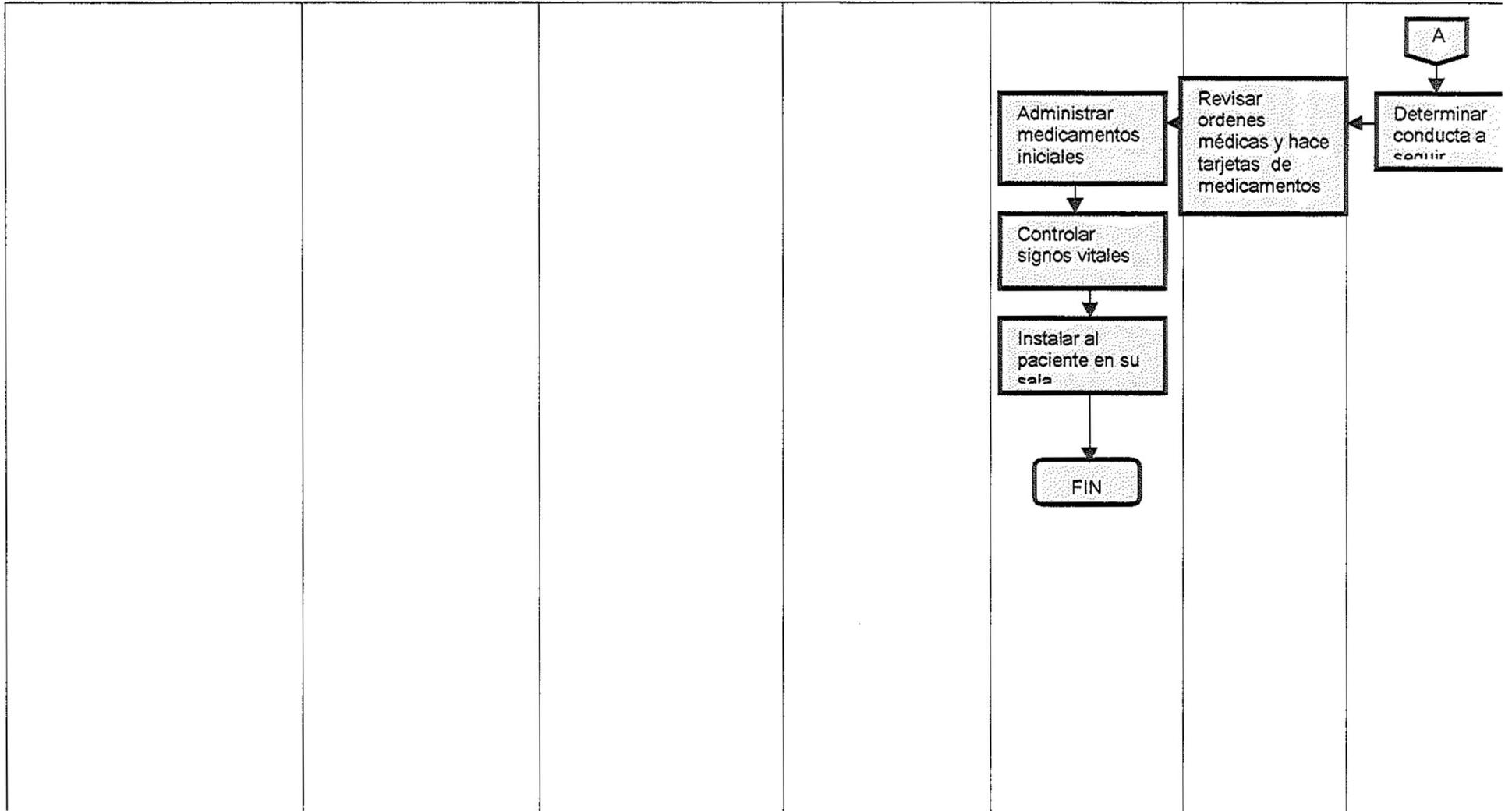
SAC

CAMILLERO

AUXILIAR DE ENFERMERA
ENFERMERIA

JEFE

MEDICO
PEDIATRA



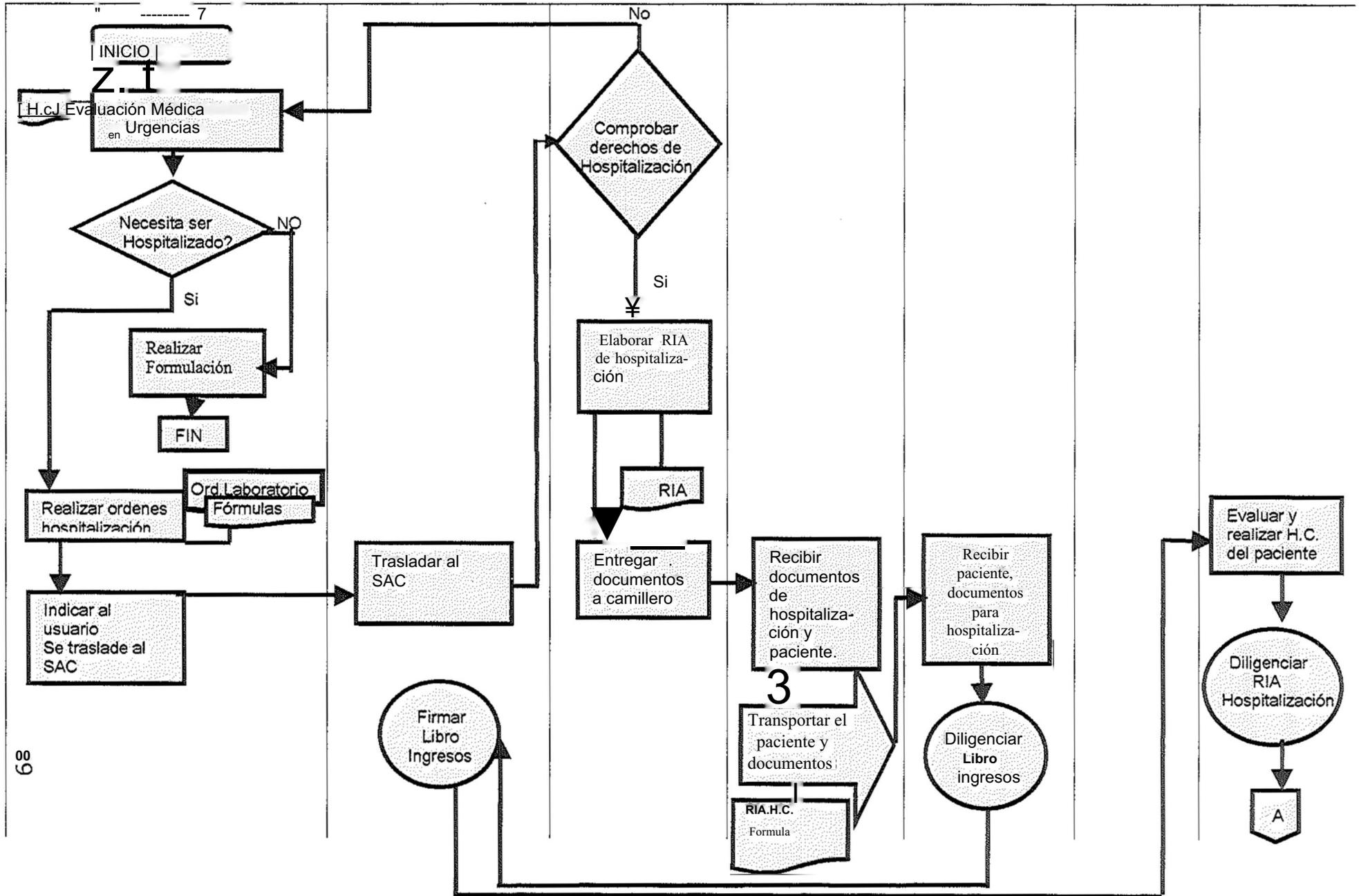
HOSPITALIZACION PEDIATRIA PROVENIENTE DE URGENCIAS (FLUJOGRAMA PROCESO MEJORADO)

MEDICO URGENCIAS

USUARIO

SAC

CAMILLERO AUX. ENFERMERIA ENF. JEFE MED. PEDIATRA



ESE INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA
HOSPITAL LOCAL DEL NORTE

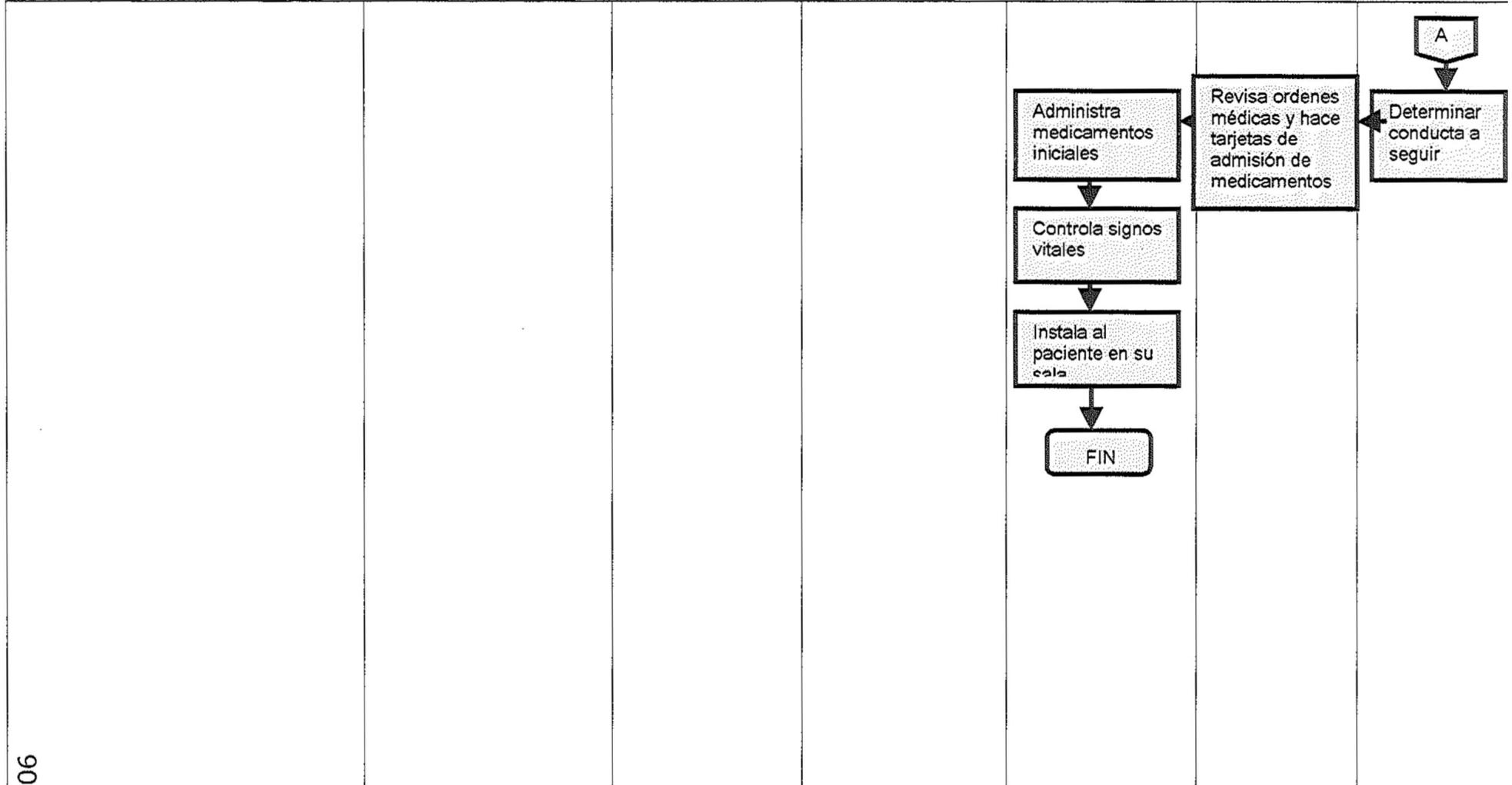
HOSPITALIZACION PEDIATRIA PROVENIENTE DE URGENCIAS (FLUJOGRAMA PROCESO MEJORADO)

MED. CONSULTA EXTERNA

USUARIO

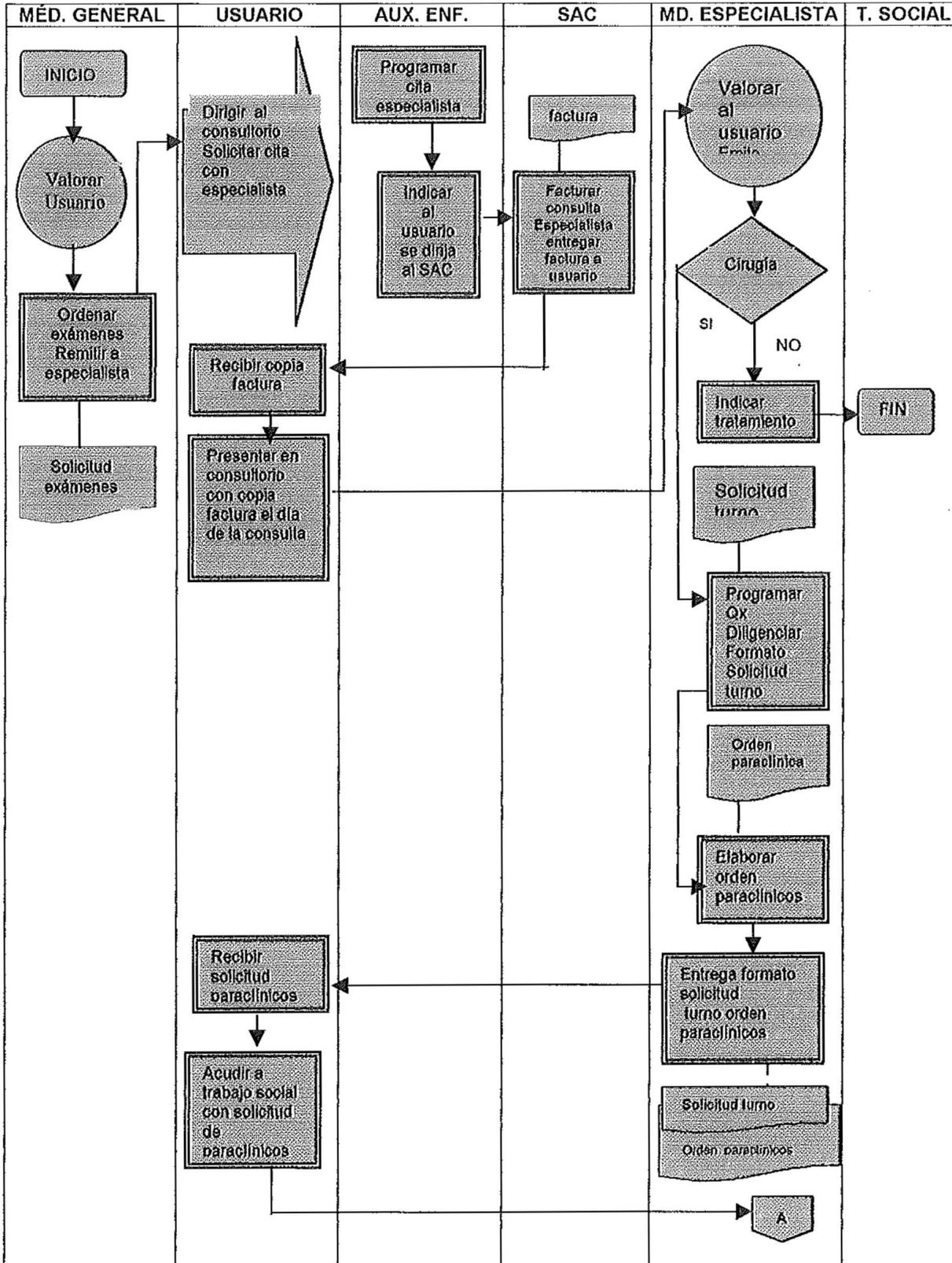
SAC

CAMILLERO AUX. ENFERMERIA ENF. JEFE MED. PEDIATR^A

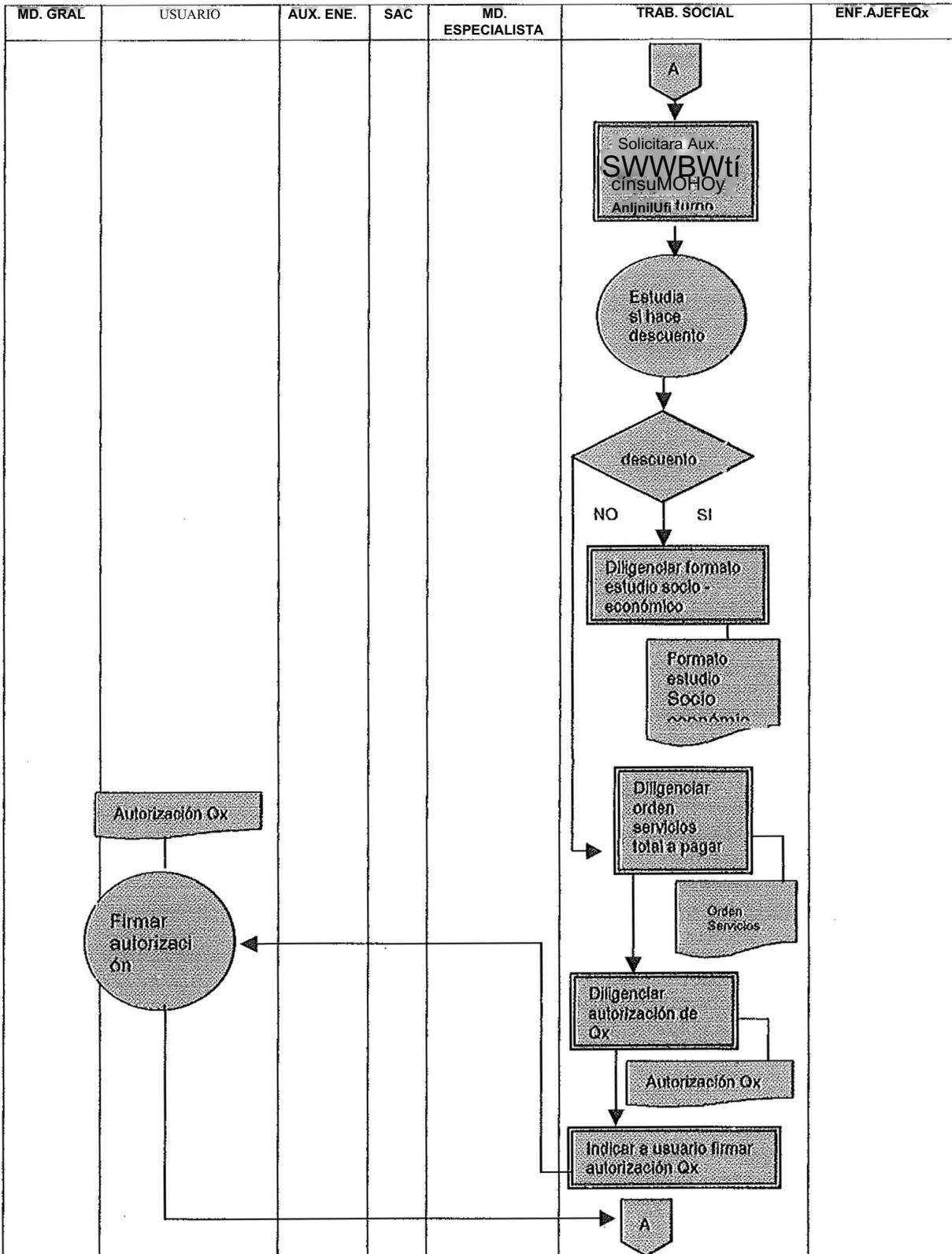


ESE INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA
HOSPITAL LOCAL DEL NORTE

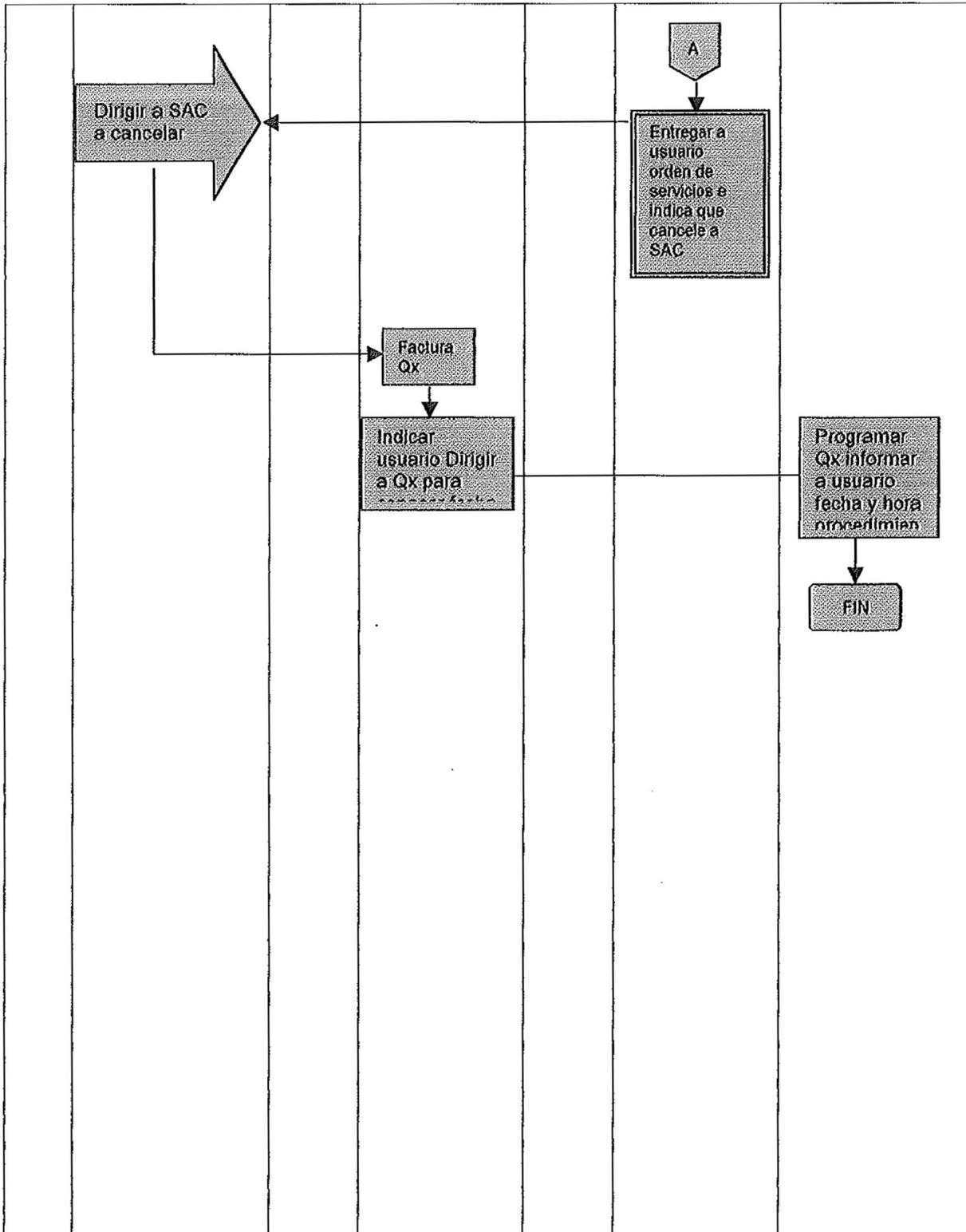
PROCESO PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA FLUJOGRAMA PROCESO MEJORADO



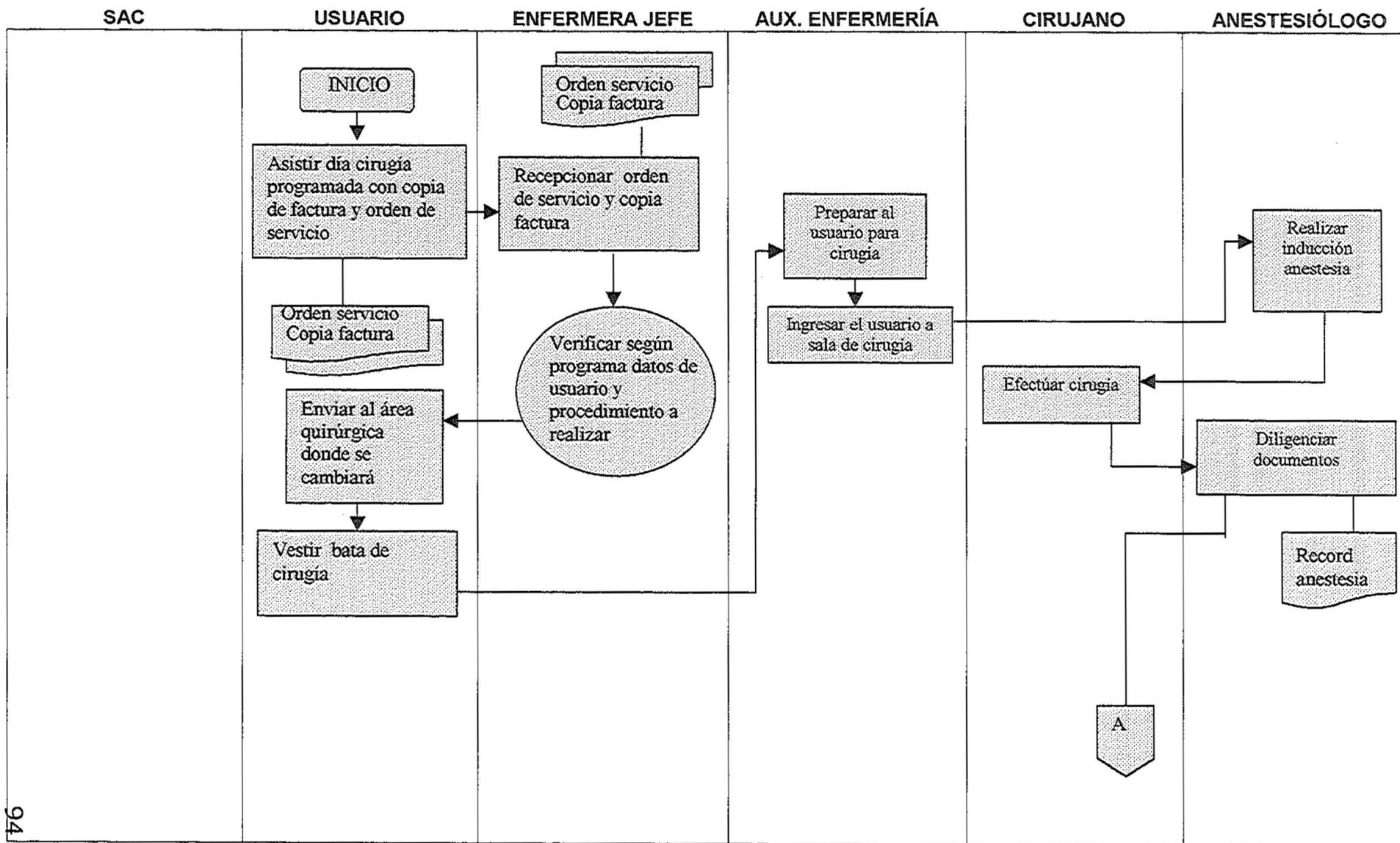
ESE INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA
HOSPITAL LOCAL DEL NORTE
PROCESO PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA
FLUJOGRAMA PROCESO MEJORADO



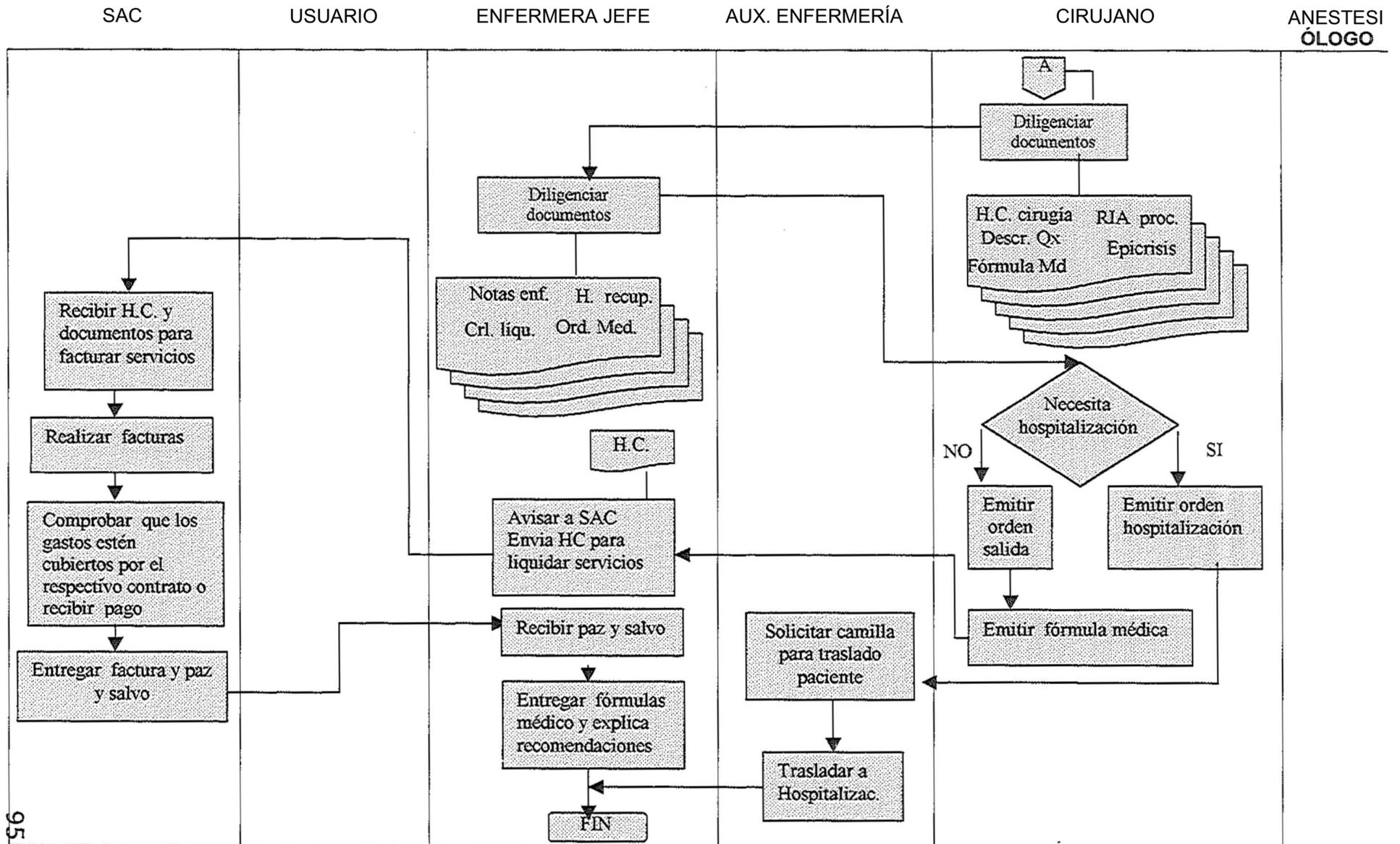
ESE INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA
HOSPITAL LOCAL DEL NORTE
PROCESO PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA
FLUJOGRAMA PROCESO MEJORADO



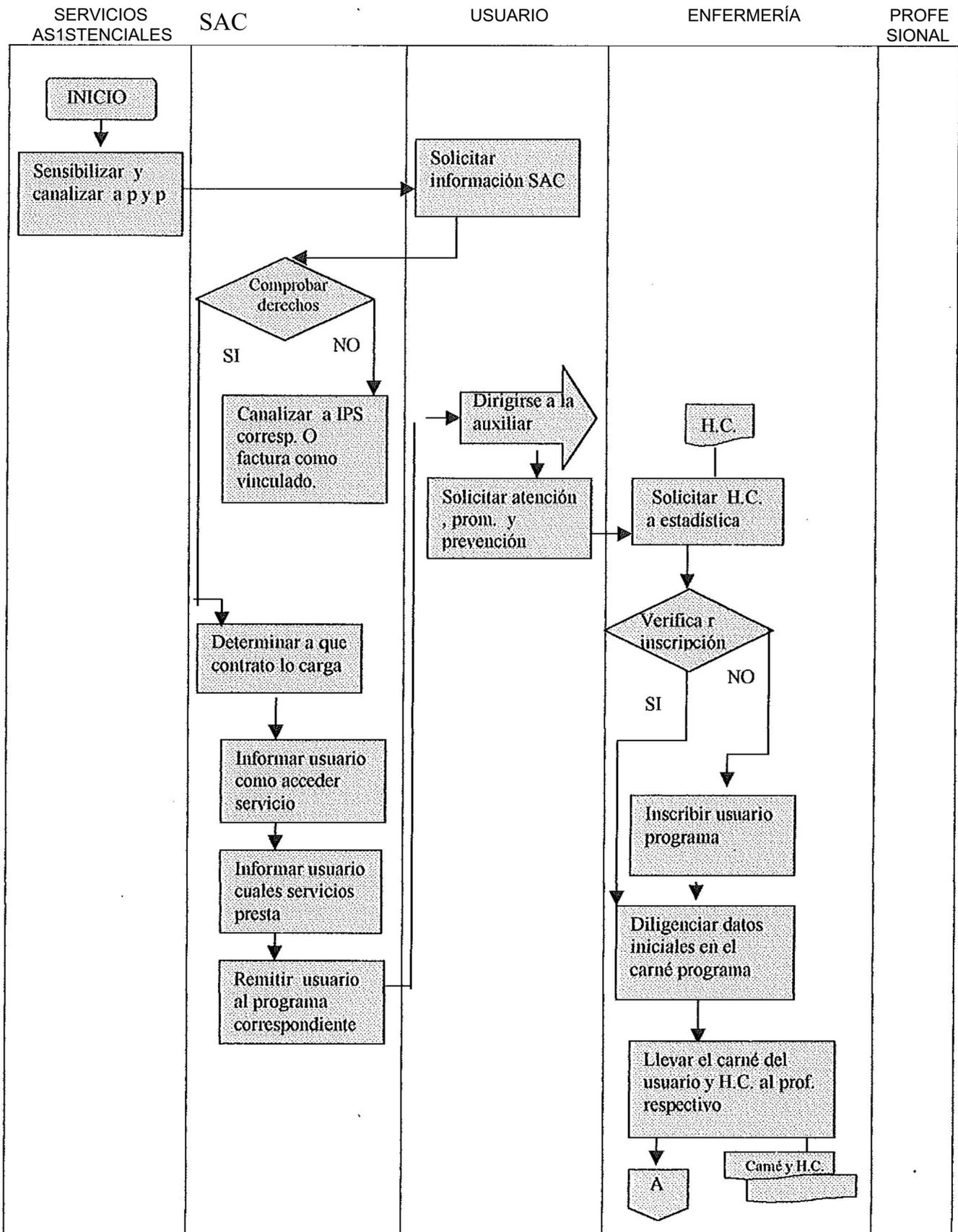
E.S.E. INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA
HOSPITAL LOCAL DEL NORTE
ATENCIÓN DE CIRUGIA (FLUJOGRAMA PROCESO MEJORADO)



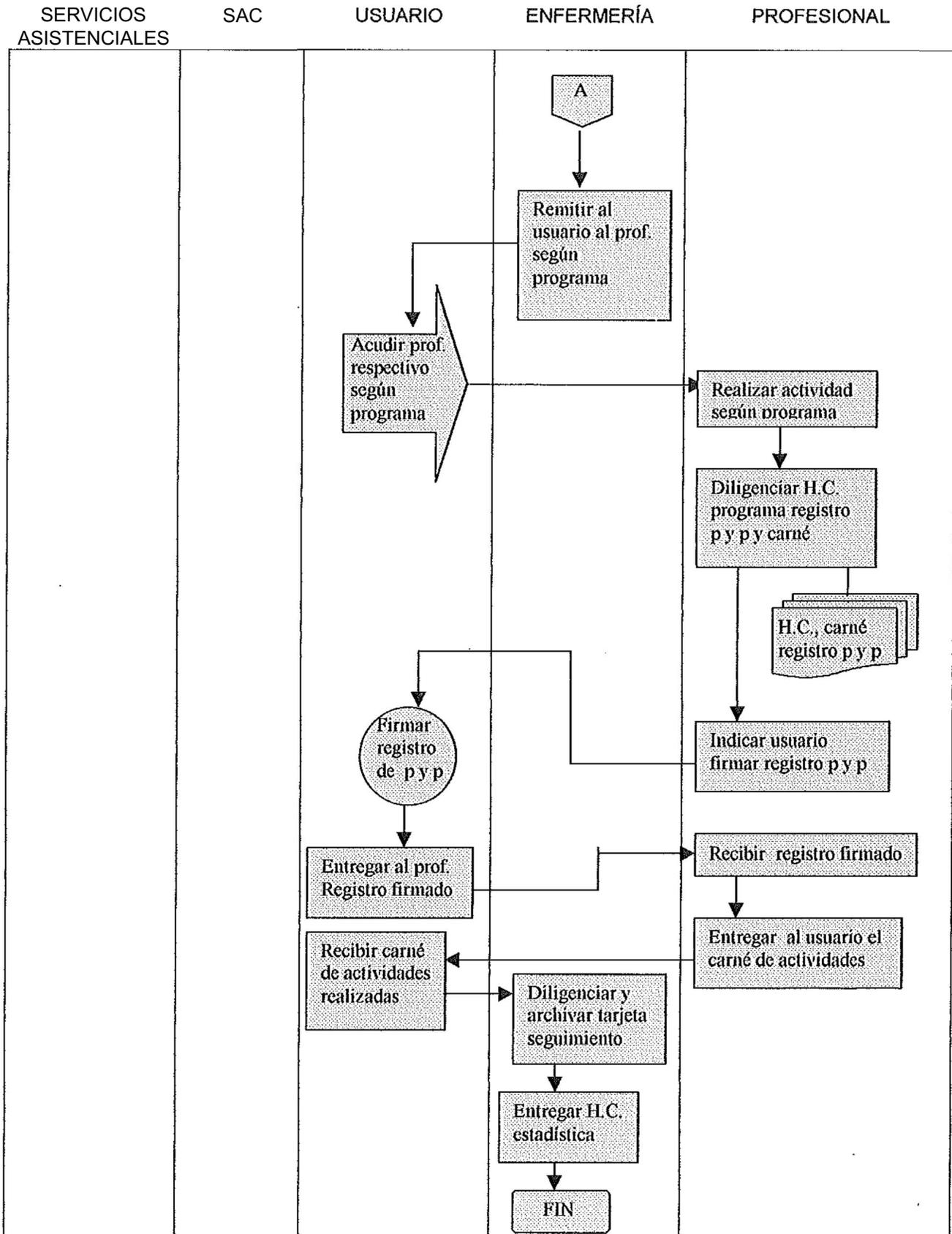
E.S.E. INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA
 HOSPITAL LOCAL DEL NORTE
 ATENCIÓN DE CIRUGIA (FLUJOGRAMA PROCÉSO MEJORADO)



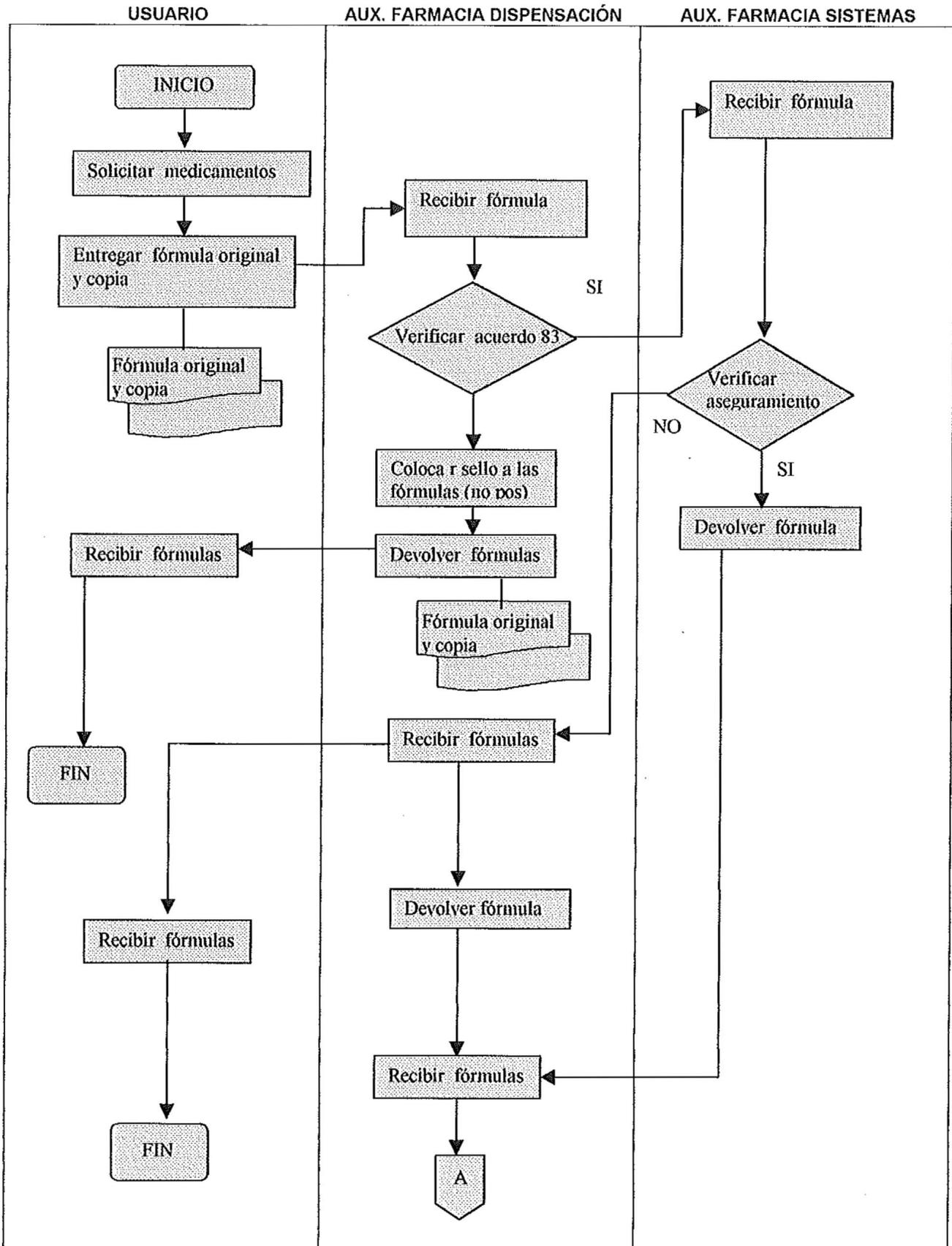
E.S.E. INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA
 HOSPITAL LOCAL DEL NORTE
 PROCESO DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
 (PROCESO MEJORADO)



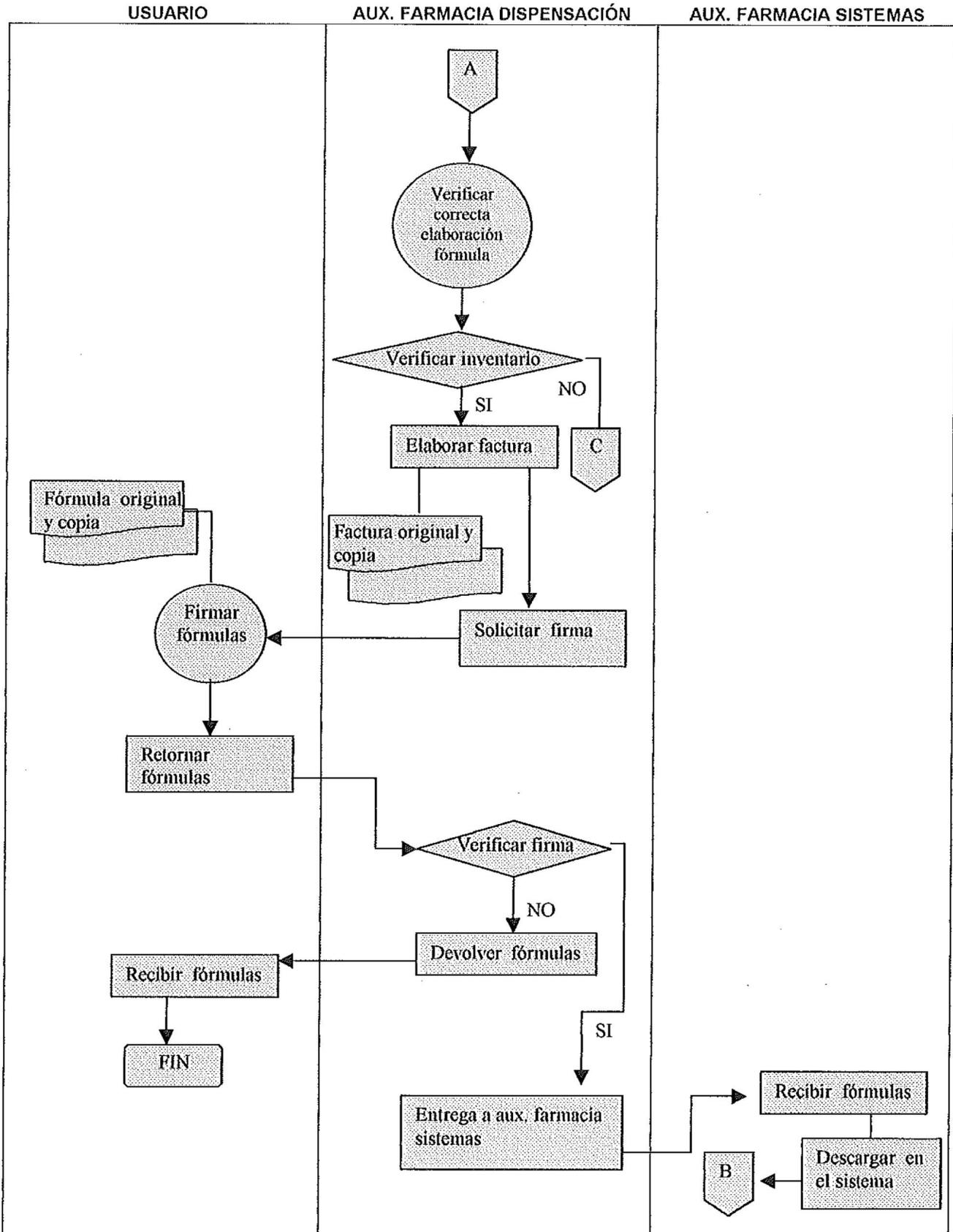
E.S.E. INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA
 HOSPITAL LOCAL DEL NORTE
 PROCESO DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
 (PROCESO MEJORADO)



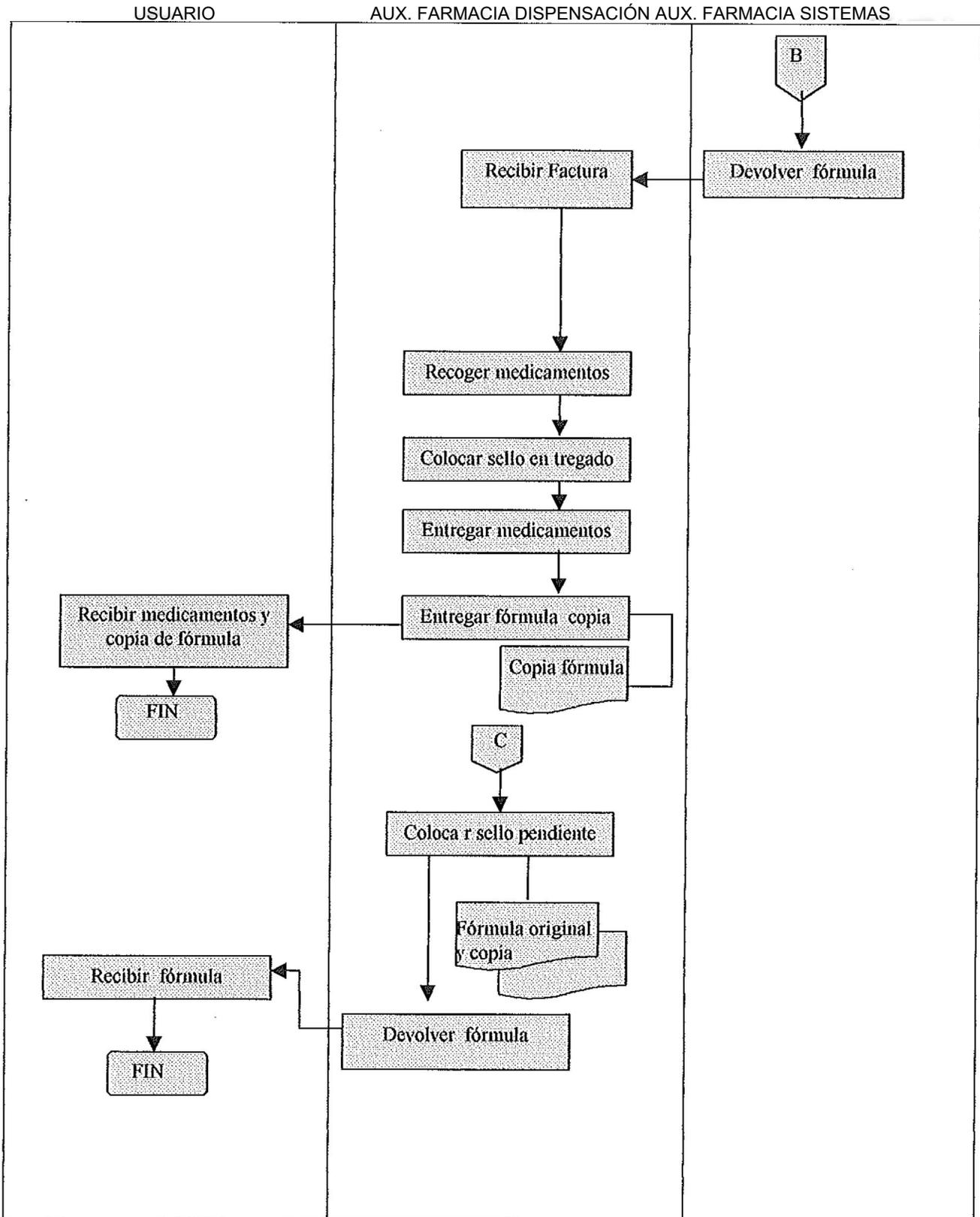
E.S.E. INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA
HOSPITAL LOCAL DEL NORTE
PROCESO DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS AL USUARIO
(PROCESO MEJORADO)



E.S.E. INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA
 HOSPITAL LOCAL DEL NORTE
 PROCESO DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS AL USUARIO
 (PROCESO MEJORADO)

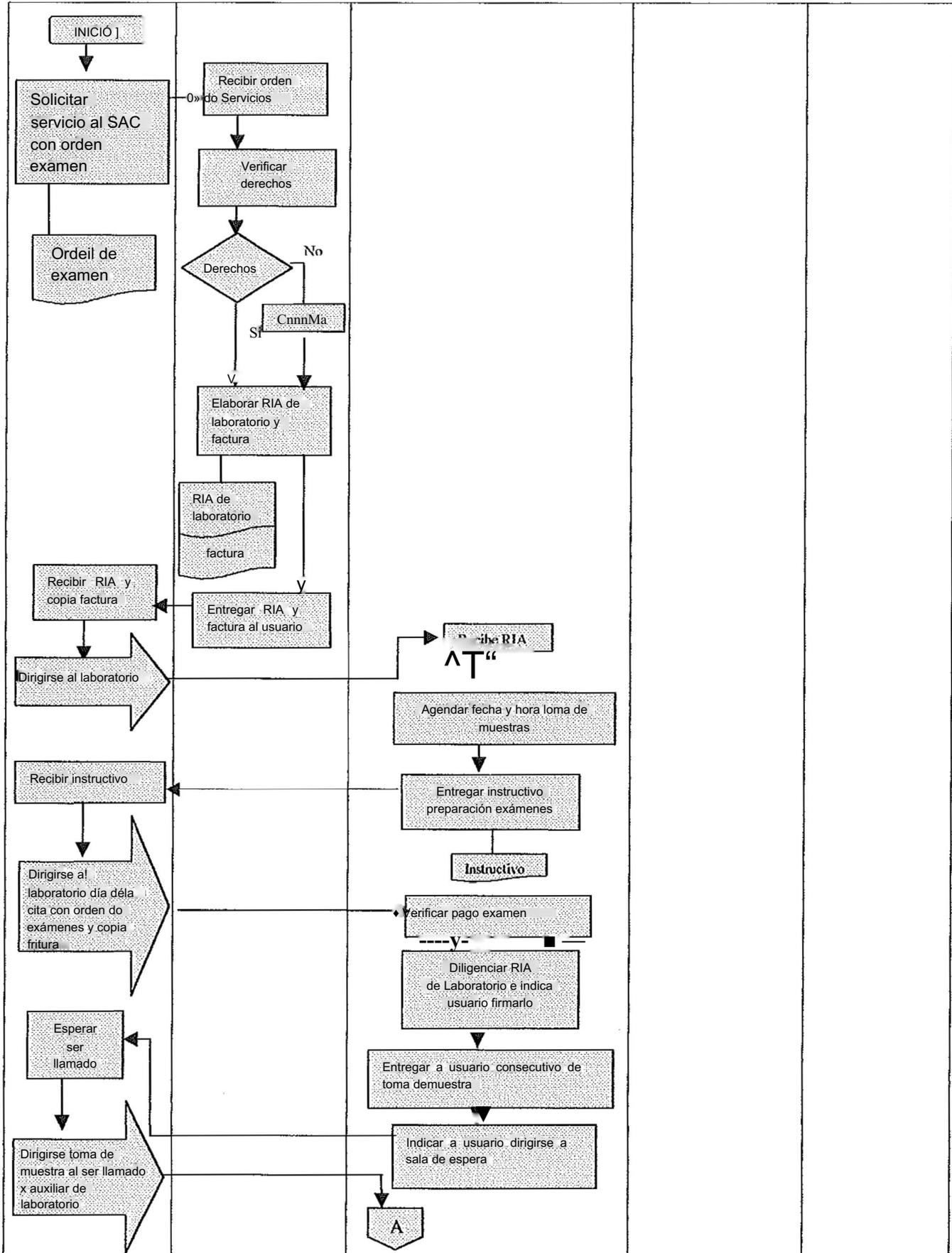


E.S.E. INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA
 HOSPITAL LOCAL DEL NORTE
 PROCESO DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS AL USUARIO
 (PROCESO MEJORADO)



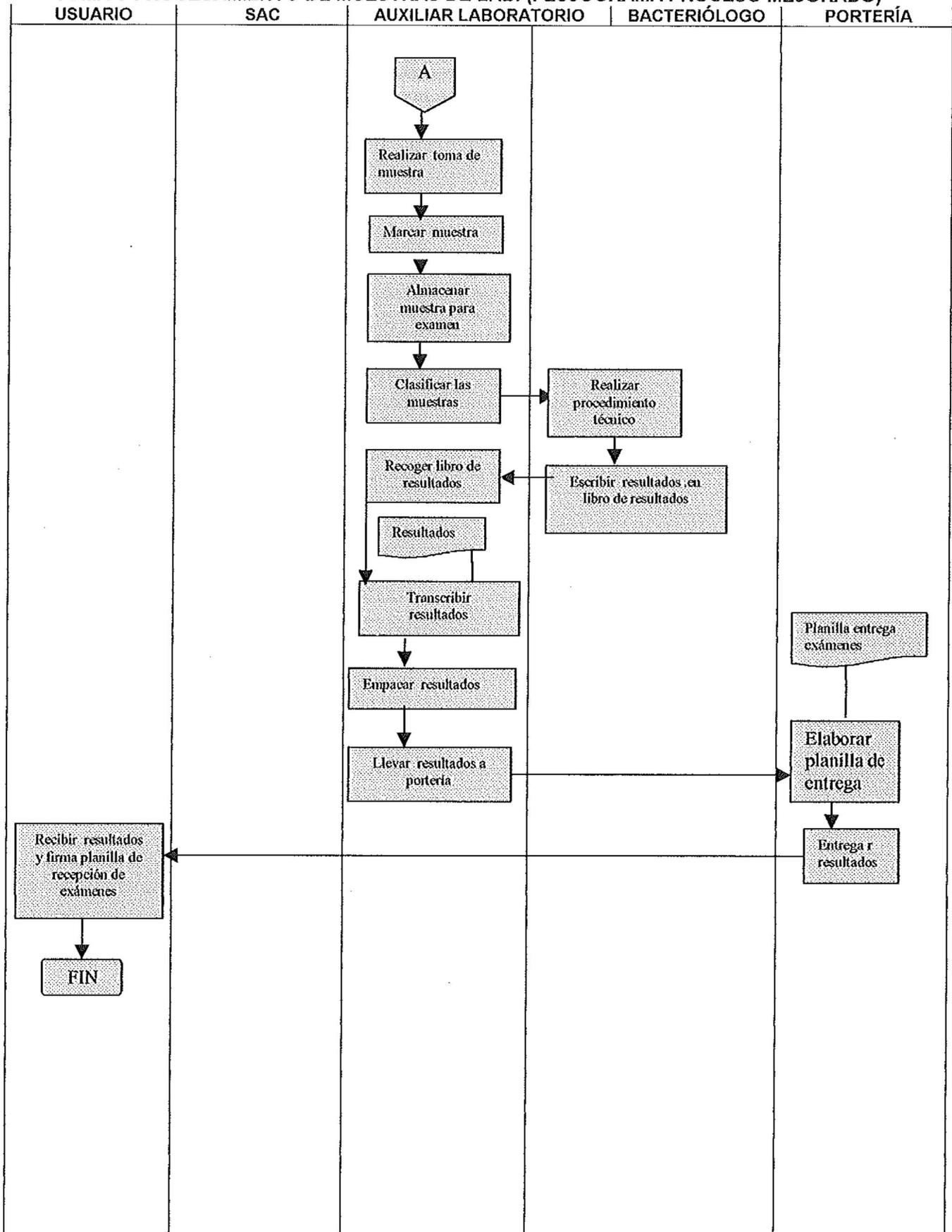
E.S.E. INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA
HOSPITAL LOCAL DEL NORTE

TOMA Y PROCESAMIENTO DE MUESTRAS DE LAB. (FLUJOGRAMA PROCESO MEJORADO)
USUARIO SAC AUXILIAR LABORATORIO BACTERIÓLOGO PORTERÍA

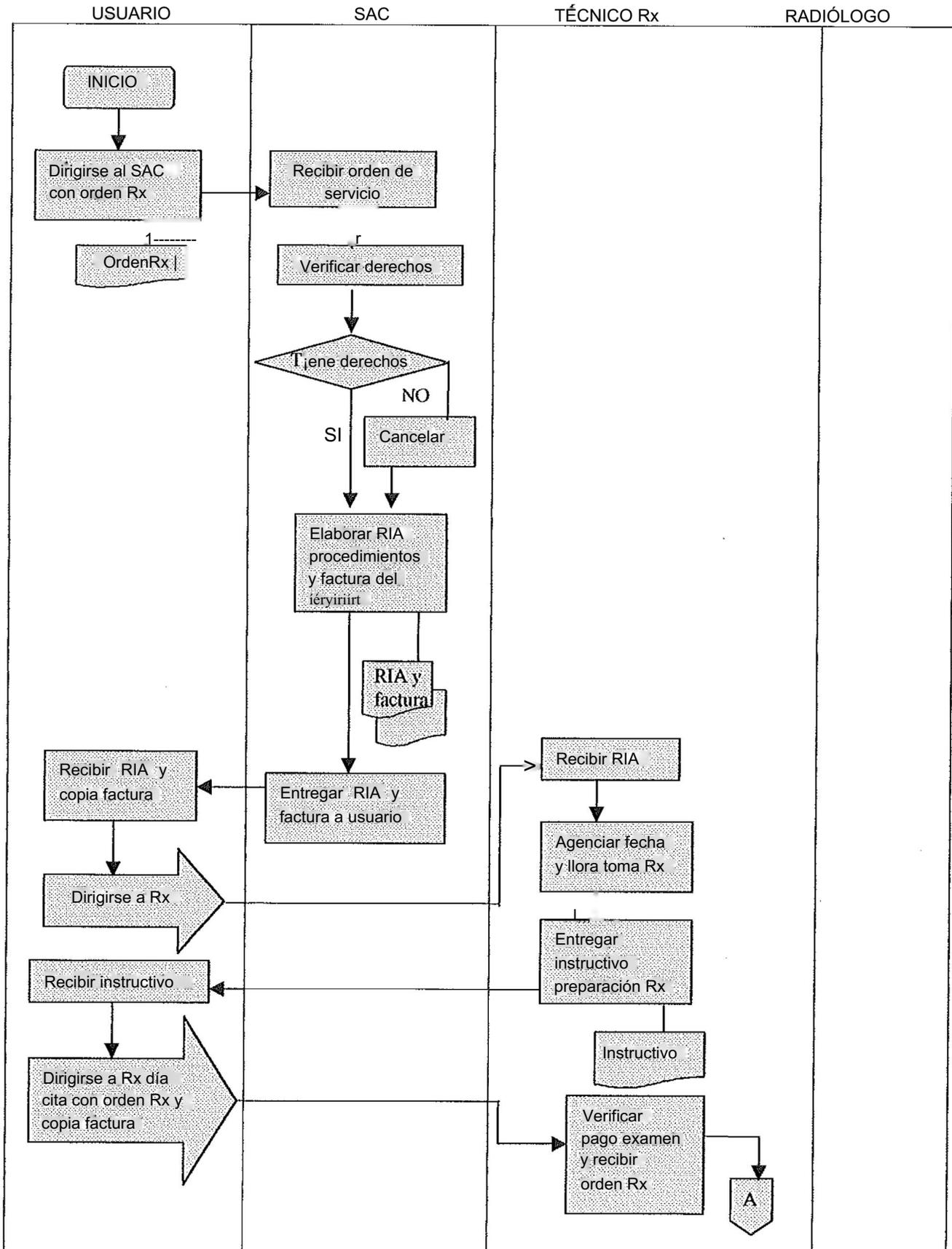


E.S.E. INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA
HOSPITAL LOCAL DEL NORTE

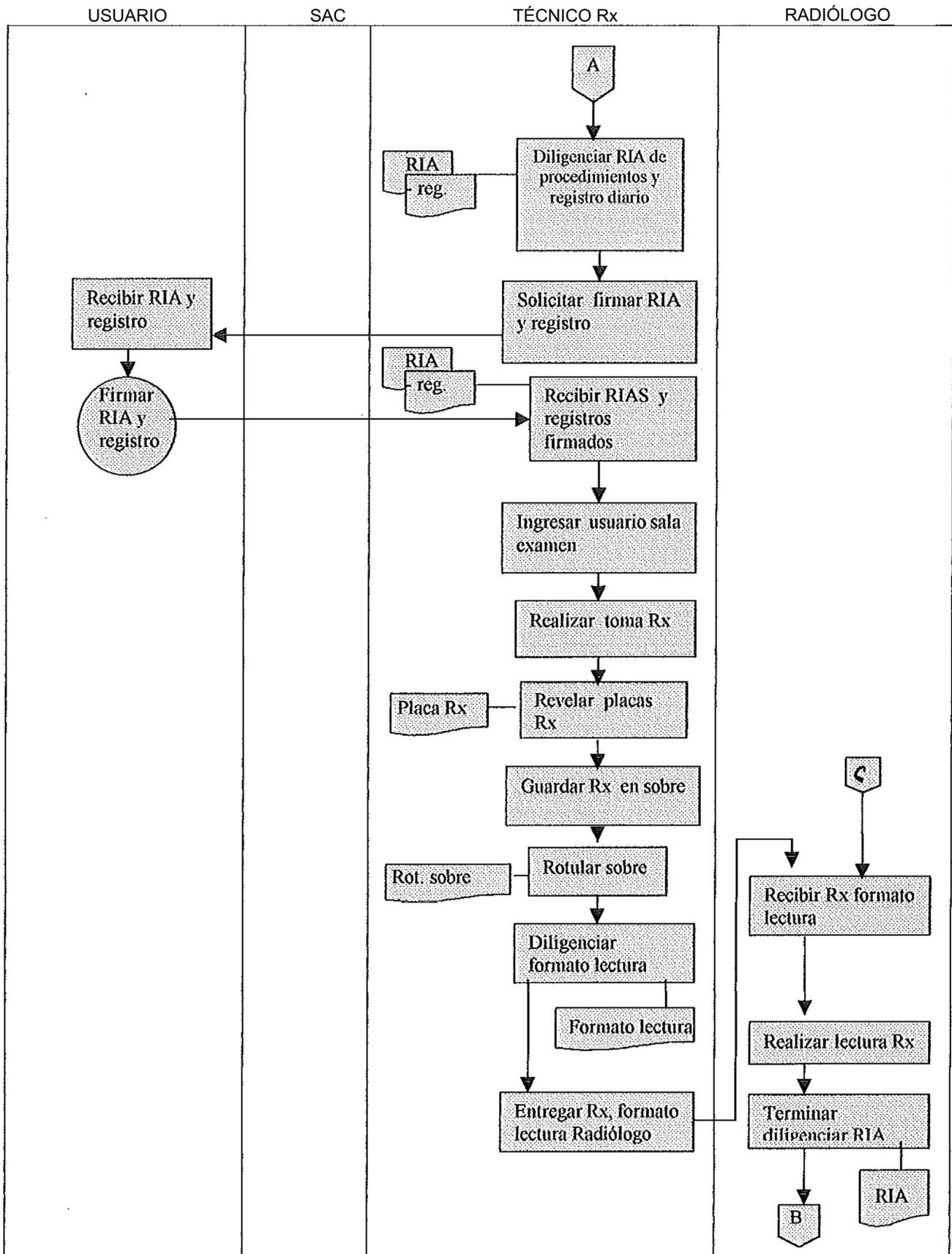
TOMA Y PROCESAMIENTO DE MUESTRAS DE LAB. (FLUJOGRAMA PROCESO MEJORADO)



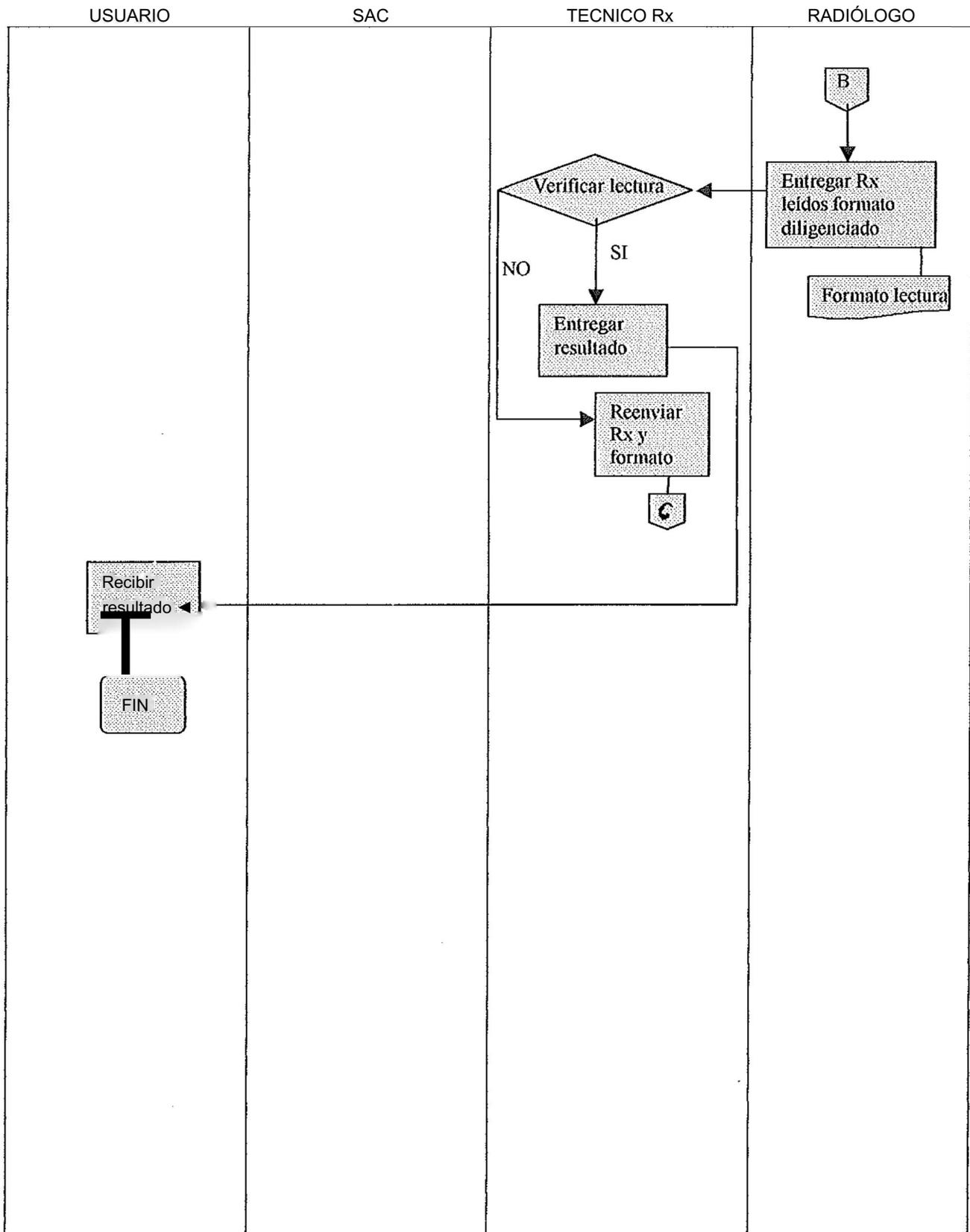
E.S.E. INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA
HOSPITAL LOCAL DEL NORTE
PROCESO DE TOMA DE RAYOS X
(PROCESO MEJORADO)



E.S.E. INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA
HOSPITAL LOCAL DEL NORTE
PROCESO DE TOMA DE RAYOS X
(PROCESO MEJORADO)



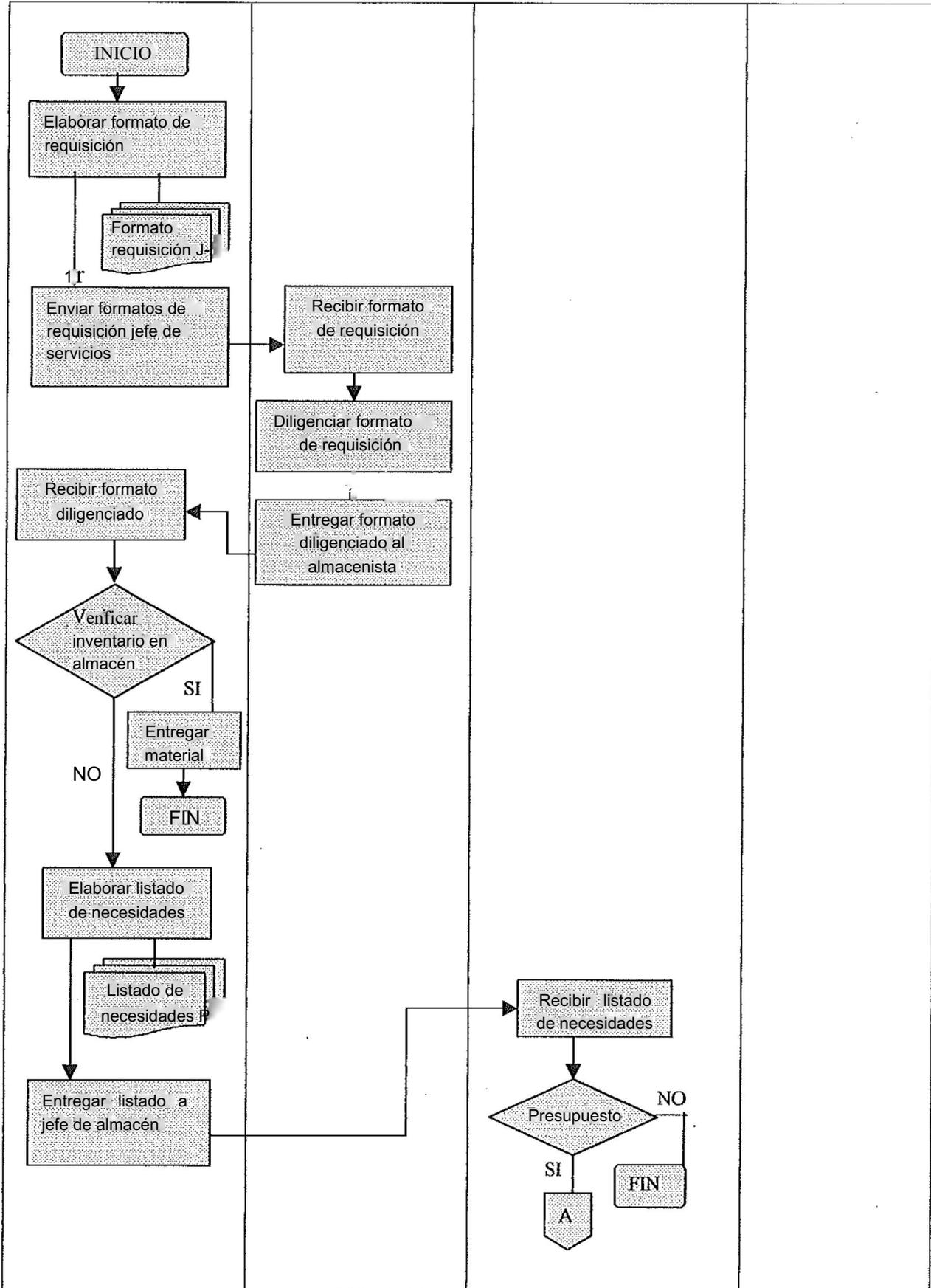
E.S.E. INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA
HOSPITAL LOCAL DEL NORTE
PROCESO DE TOMA DE RAYOS X
(PROCESO MEJORADO)



E.S.E. INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA
 HOSPITAL LOCAL DEL NORTE
 PROCESO ALMACÉN - COMPRAS DIRECTAS
 JEFE DE SERVICIO JEFE DE ALMACÉN

ALMACENISTA

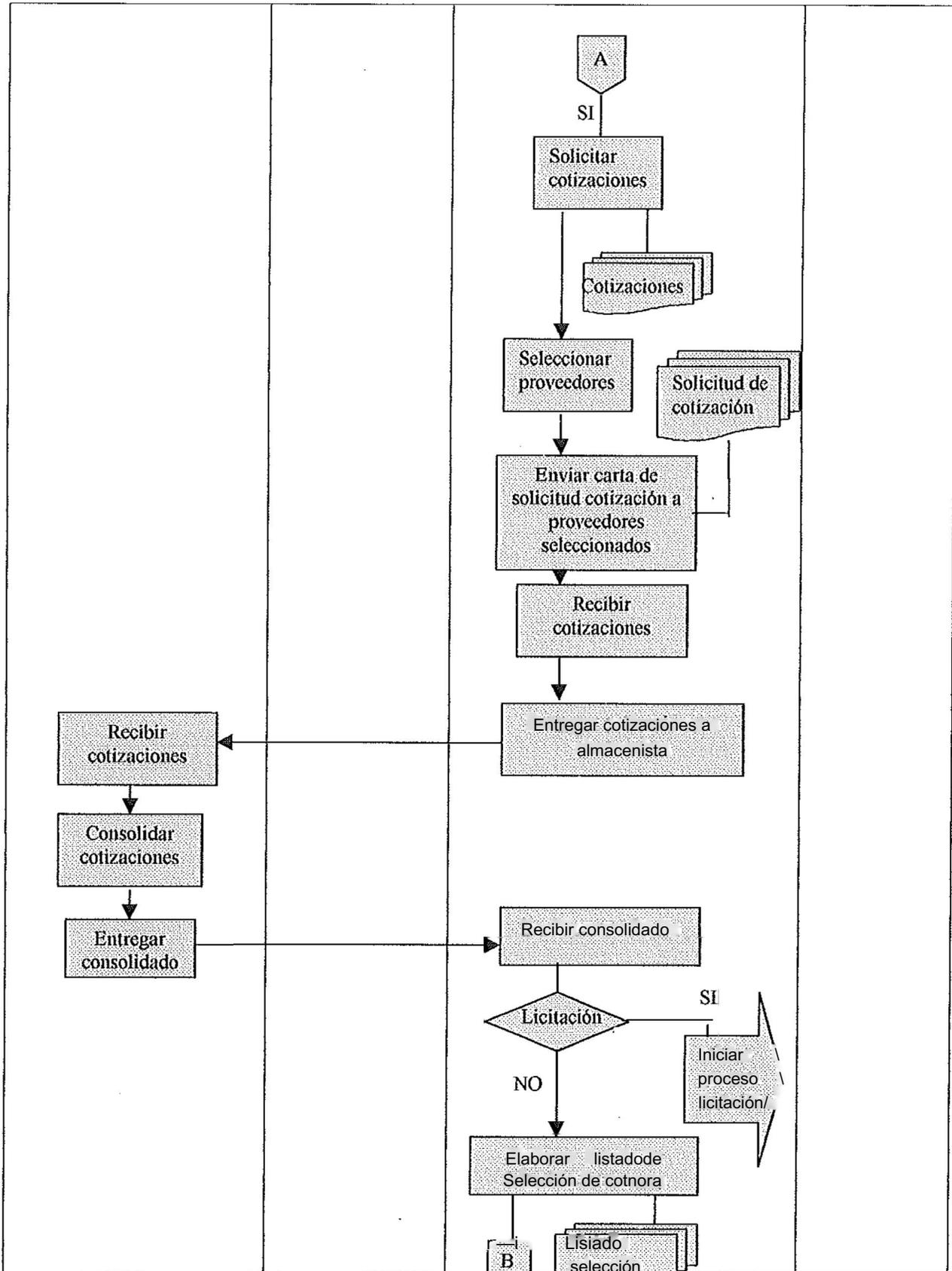
TESORERÍA



E.S.E. INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA
 HOSPITAL LOCAL DEL NORTE
 PROCESO ALMACÉN - COMPRAS DIRECTAS
 JEFE DE ALMACÉN

ALMACENISTA

TESORERÍA

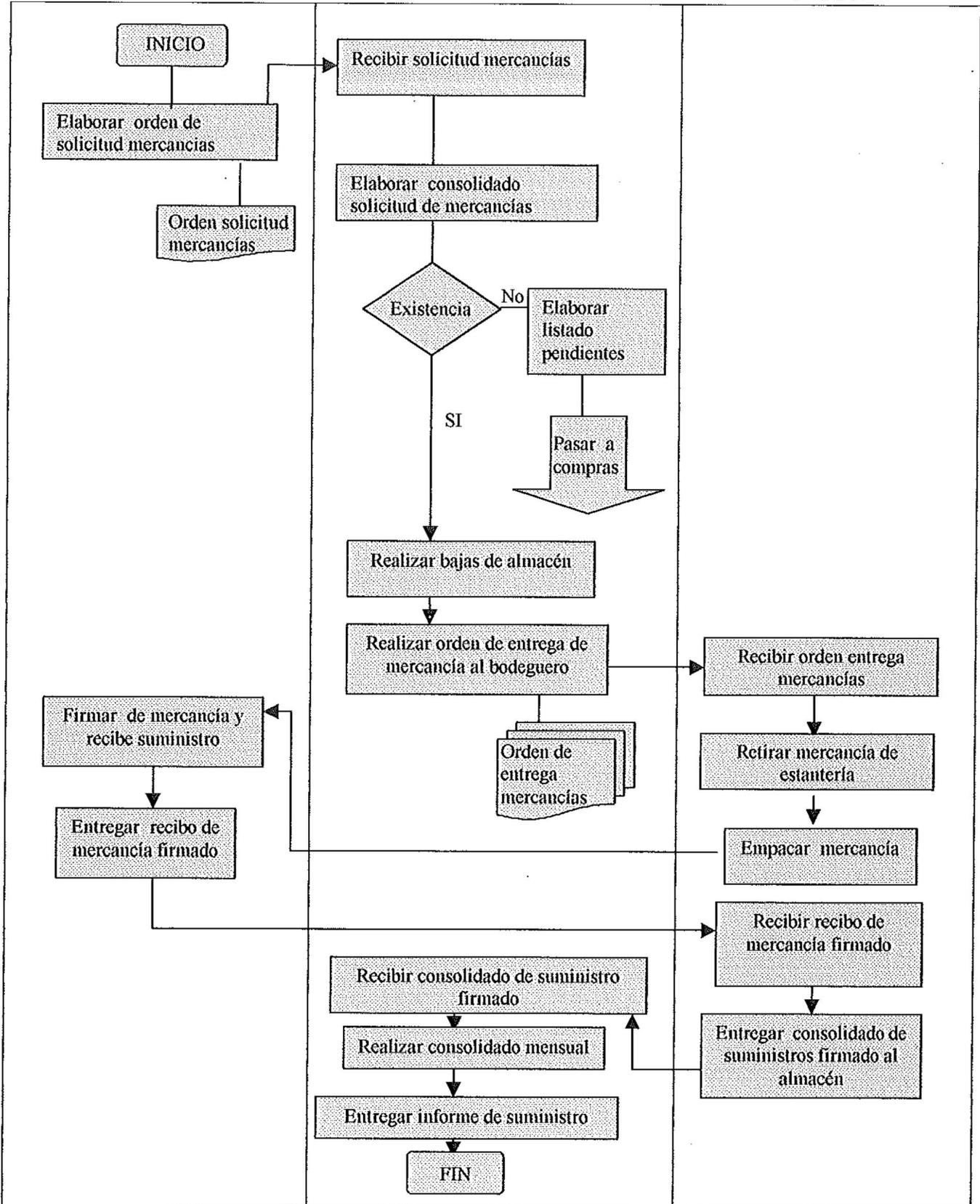


E.S.E, INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA
 HOSPITAL LOCAL DEL NORTE
 PROCESO: ALMACÉN - ENTREGA MERCANCIAS

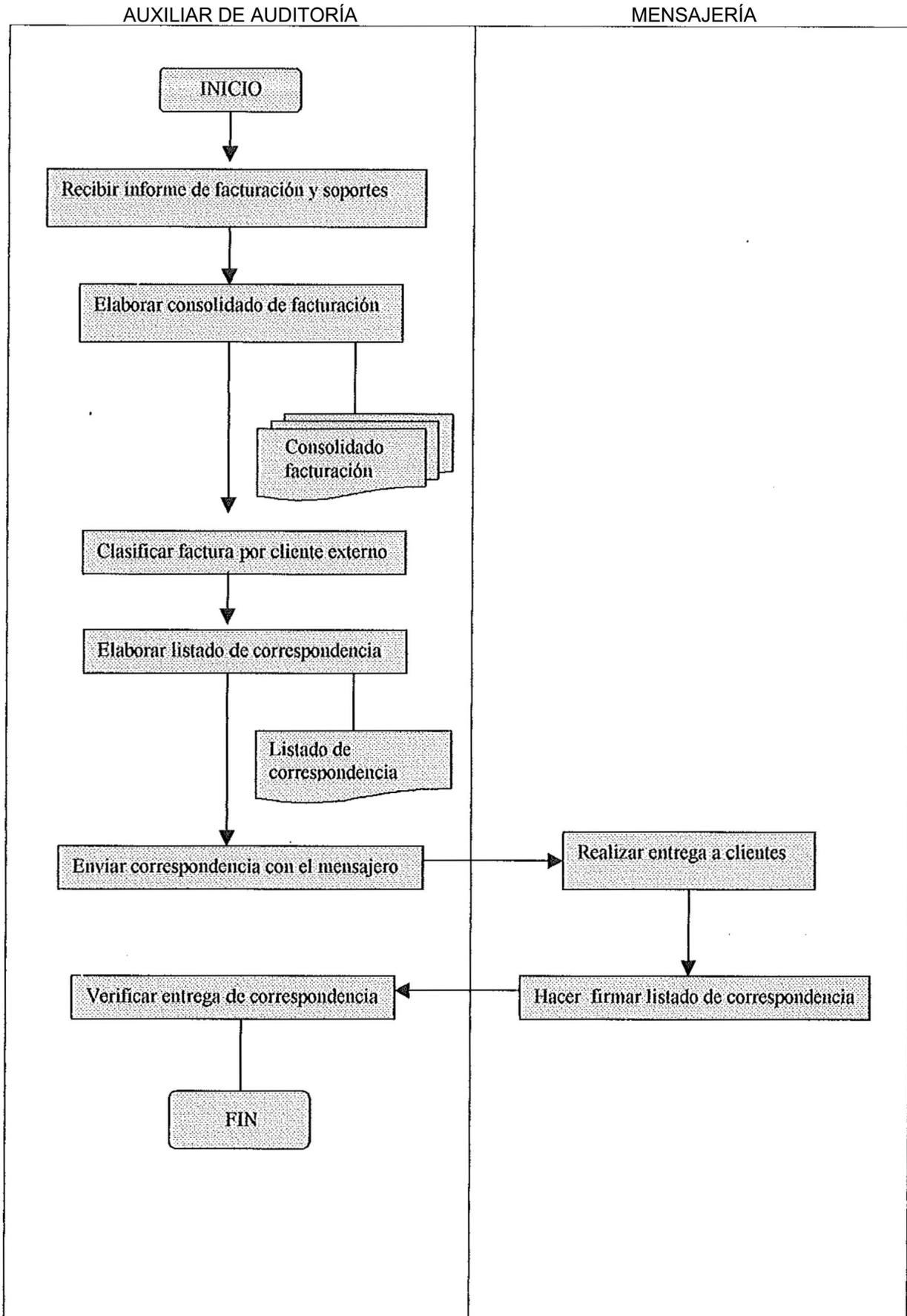
UNIDAD DE NEGOCIOS

ALMACÉN

BODEGA



E.S.E. INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA
HOSPITAL LOCAL DEL NORTE
PROCESO DE FACTURACIÓN (PROCESO MEJORADO)



CAPITULO IV

I. INSTRUMENTOS PARA LA FORMULACION DE INDICADORES

- 1.1 INSTRUMENTO PARA INDICADORES DE GESTION DE CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA GENERAL.
 - 1.1.1 NUMERO DE COPAGOS RECAUDADOS.
 - 1.1.2 RENDIMIENTO MEDICO.
 - 1.1.3 OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN EN EL SERVICIO.
 - 1.1.4 CONSULTA POR PRIMERA VEZ.
 - 1.1.5 PROMEDIO DE EXAMENES POR CONSULTA.
- 1.2 INSTRUMENTO PARA INDICADORES DE GESTION DE URGENCIAS .
 - 1.2.1 INSTRUMENTO PARA INDICADORES DE GESTION URGENCIAS DE MEDICINA GENERAL.
 - 1.2.1.1 TIEMPO DE ESTANCIA EN EL SERVICIO.
 - 1.2.1.2 PROPORCION DE URGENCIAS PERTINENTES ATENDIDAS.
 - 1.2.1.3 PORCENTAJE DE RESOLUCIÓN EN EL SERVICIO.

1.2.2 INSTRUMENTO PARA INDICADORES DE GESTION URGENCIAS

GINECOBSTETRICIA.

1.2.2.1 RELACION PARTOS ATENDIDOS CONSULTAS OBSTETRICAS.

1.2.2.2 CAPACIDAD DE RESOLUCIÓN DEL SERVICIO.

1.2.2.3 RELACION PARTOS ATENDIDOS FACTURADOS.

1.3 INSTRUMENTO PARA INDICADORES DE GESTION
HOSPITALIZACION PEDIATRIA.

1.4 INSTRUMENTO PARA INDICADORES DE GESTION
GINECOBSTETRICIA.

1.4.1 PACIENTES HOSPITALIZADOS PROVENIENTES DE URGENCIAS.

1.5 INSTRUMENTO PARA INDICADORES DE GESTION
PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA.

1.5.1 RELACION PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS POR EGRESO.

1.5.2 RENDIMIENTO CIRUJANO.

1.5.3 PROPORCION CONSULTAS DE CIRUGÍA REALIZADAS.

1.6 INSTRUMENTO PARA INDICADORES DE GESTION ATENCIÓN
DE CIRUGÍA.

1.6.1 NUMERO DE CIRUGÍAS REALIZADAS POR PERIODO.

1.6.2 PACIENTES QUIRÚRGICOS HOSPITALIZADOS.

1.7 INSTRUMENTO PARA INDICADORES DE GESTION EN
PROMOCION Y PREVENCIÓN.

1.8 INSTRUMENTO PARA INDICADORES DE GESTION FARMACIA.

- 1.8.1 PROPORCION DE ORDENES DE COMPRA RECIBIDAS
COMPLETAS.
- 1.8.2 PEDIDOS RECIBIDOS ACORDE CON LA FACTURA.
- 1.8.3 MEDICAMENTOS POS-S PRESCRITOS.
- 1.9 INSTRUMENTO PARA INDICADORES DE GESTION DE
LABORATORIO CLINICO.
- 1.9.1 RENDIMIENTO POR BACTERIÓLOGO.
- 1.10 INSTRUMENTO PARA INDICADORES DE GESTION DE RAYOS X.
- 1.10.1 PLACAS DE RAYOS X TOMADAS SEGÚN TIPO DE
PROCEDIMIENTO.
- 1.11 INSTRUMENTO PARA INDICADORES DE GESTION DE
FACTURACIÓN.
- 1.12 INSTRUMENTO PARA INDICADORES DE GESTION ALMACEN
- 1.12.1 COMPRAS CON REQUISICIÓN.
- 1.12.2 VERIFICACION DE COTIZACIONES POR ORDEN DE COMPRA.
- 1.12.3 CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS PARA COMPRAS POR
PROVEEDORES.

INSTRUMENTO PARA FORMULACION DE INDICADORES

18.1.1 CONSULTA
EXTERNA

COPAGOS RECAUDADOS

PRODUCTO

NOMBRE DEL INDICADOR	Número de copagos recaudados en el servicio de urgencias y consulta externa.
OBJETIVO	Conocer si todos los pacientes del régimen subsidiado están aportando el copago.
INTERPRETACION	Representa la relación de # de copagos recaudados con el # de pacientes atendidos
TIPO DE INDICADOR	Eficacia.
NIVEL DE COMPARACION	!!<<!
NIVEL DE DESAGREGACION	Consulta Externa
PERIODICIDAD	Mensual
DEFINICION OPERACIONAL	# de copagos recaudados # de pacientes atendidos
DATOS REQUERIDOS	Número de copagos facturados, # de consultas externas atendidas a pacientes del régimen subsidiado.
FUENTE DE DATOS	El Servicio de Atención al Cliente, RIAS.
RESPON. DE GENERAR DATOS	El Servicio de Atención al Cliente
RESPON. DE GENERAR INDICADOR	Control Interno
RESPON. TOMA DE DECISIONES	Gerencia, Auditoría, Control Interno, Revisoria Fiscal, Tesorería.

18.1.2 CONSULTA EXTERNA

PRODUCTO **CONSULTAS REALIZADAS POR TIEMPO LABORADO**

NOMBRE DEL INDICADOR	Rendimiento Médico.
OBJETIVO	Establecer la cantidad de consultas realizadas por el recurso médico dedicado efectivamente a este servicio.
INTERPRETACION	Permite conocer el número de pacientes atendidos por cada hora laborada por el médico.
TIPO DE INDICADOR	Proceso (Rendimiento)
NIVEL DE COMPARACION	Histórico.
NIVEL DE DESAGREGACION	Consulta Externa
PERIODICIDAD	Mensual
DEFINICION OPERACIONAL	# de pacientes atendidos # horas médico laboradas
DATOS REQUERIDOS	# de pacientes atendidos en el periodo y número de horas medico laboradas en el periodo.
FUENTE DE DATOS	RIAS, Instrumento de control de horas laboradas.
RESPON. DE GENERAR DATOS	Personal, Servicio de Atención al Cliente.
RESPON. DE GENERAR INDICADOR	Auditoria.
RESPON. TOMA DE DECISIONES	Gerente, Control Interno, Auditoria y Subdirección De servicios de salud, Jefe de recurso Humano

Es necesario elaborar un instrumento que permita conocer numero de horas medico efectivamente laboradas

18.1.3 CONSULTA EXTERNA

PRODUCTO

OPORTUNIDAD EN LA ATENCION

NOMBRE DEL INDICADOR	Oportunidad en la atención en el servicio de urgencias o Consulta Externa.
OBJETIVO	Conocer el tiempo de espera en el servicio de urgencias o Consulta externa.
INTERPRETACION	Tiempo promedio de espera del paciente en urgencias y Consulta Externa para ser atendido.
TIPO DE INDICADOR	Oportunidad (Calidad)
NIVEL DE COMPARACION	"Concertado"el 80% de los pacientes atendidos esperan menos de 30 Minutos.
NIVEL DE DESAGREGACION	Urgencias o Consulta Externa.
PERIODICIDAD	Mensual
DEFINICION OPERACIONAL	Pacientes atendidos en menos de 30 Minutos en el periodo # total de pacientes atendidos en el periodo.
DATOS REQUERIDOS	Hora de llegada, hora de atención, total de usuarios atendidos en el período
FUENTE DE DATOS	Encuesta de satisfacción del usuario.
RESPON. DE GENERAR DATOS	El Servicio de atención del Cliente(Generar encuesta y tabular).
RESPON. DE GENERAR INDICADOR	El Servicio de atención del Cliente.
RESPON. TOMA DE DECISIONES	Gerencia, Auditoría y Coordinación Médica.

18.1.4 CONSULTA EXTERNA

PRODUCTO

PACIENTES ATENDIDOS POR PRIMERA VEZ

NOMBRE DEL INDICADOR	Consulta por primera vez.
OBJETIVO	Conocer que proporción del total de las consultas corresponde a consulta de primera vez.
INTERPRETACION	Conocer el tiempo que el recurso humano utiliza en consultas iniciales.
TIPO DE INDICADOR	Proceso (Frecuencia de uso).
NIVEL DE COMPARACION	
NIVEL DE DESAGREGACION	Consulta Externa
PERIODICIDAD	Mensual
DEFINICION OPERACIONAL	# de consultas por primera vez # de consultas totales
DATOS REQUERIDOS	Número de consultas de primera vez y el número de consultas totales.
FUENTE DE DATOS	RIA
RESPON. DE GENERAR DATOS	El Servicio de Atención al Cliente.
RESPON. DE GENERAR INDICADOR	El Servicio de Atención al Cliente.
RESPON. TOMA DE DECISIONES	Gerente, Subdirección de servicios de Salud, Auditoria.

18.1.5 CONSULTA EXTERNA

PRODUCTO

EXAMENES TOMADOS POR CONSULTA

NOMBRE DEL INDICADOR	Promedio de exámenes por consulta
OBJETIVO	Conocer la proporción de exámenes atendidos por consulta externa
INTERPRETACION	Numero promedio de exámenes de laboratorio practicados a cada paciente por consulta externa
TIPO DE INDICADOR	Frecuencia de uso
NIVEL DE COMPARACION	No mayor de 2 (Concertado).
NIVEL DE DESAGREGACION	Por el servicio de consulta externa y urgencias
PERIODICIDAD	Mensual
DEFINICION OPERACIONAL	# de Exámenes realizados en el periodo (Consulta Externa o Urgencias) # de Consultas realizadas (Consulta Externa o Urgencias)
DATOS REQUERIDOS	Número de exámenes de laboratorio practicados a CE y urgencias, Numero de Consultas Externas, Urgencias realizadas.
FUENTE DE DATOS	RIA
RESPON. DE GENERAR DATOS	El Servicios de Atención al Cliente.
RESPON. DE GENERAR INDICADOR	Oficina de Calidad y Auditoría.
RESPON. TOMA DE DECISIONES	Gerencia y Subdirector de servicios de salud, Oficina de Calidad y Auditoría

18.2.1.1 URGENCIAS MEDICINA GENERAL.

PRODUCTO

ESTANCIA EN EL SERVICIO

NOMBRE DEL INDICADOR	Tiempo de estancia en el servicio de consulta externa o urgencias.
OBJETIVO	Mejorar el rendimiento.
INTERPRETACION	En cuanto tiempo se presta la atención al usuario después de llegar al servicio.
TIPO DE INDICADOR	Eficiencia
NIVEL DE COMPARACION	El tiempo de estancia en el servicio del 80% de los pacientes atendidos debe ser inferior a una hora, (concertado).
NIVEL DE DESAGREGACION	Urgencias, consulta externa.
PERIODICIDAD	Mensual
DEFINICION OPERACIONAL	Hora de salida- Horas de llegada Número de pacientes atendidos
DATOS REQUERIDOS	Hora de llegada del usuario, hora de salida, total de usuarios atendidos en el período.
FUENTE DE DATOS	Encuesta de satisfacción.
RESPON. DE GENERAR DATOS	SAC
RESPON. DE GENERAR INDICADOR	Oficina de Calidad y Auditoría.
RESPON. TOMA DE DECISIONES	Gerencia, Subdirección de servicios de salud, Coordinación Médica, y Auditoría.

18.2.1.2 URGENCIAS MEDICINA GENERAL

PRODUCTO

CONSULTA DE URGENCIA PERTINENTE

NOMBRE DEL INDICADOR	Proporción de urgencias pertinentes atendidas
OBJETIVO	Conocer el % de usuarios que solicitan el servicio de urgencias que corresponde a urgencias verdaderas.
INTERPRETACION	Permite la adecuada utilización del servicio de urgencias.
TIPO DE INDICADOR	Eficiencia.
NIVEL DE COMPARACION	90% concertado
NIVEL DE DESAGREGACION	Urgencias
PERIODICIDAD	Mensual
DEFINICION OPERACIONAL	Número de urgencias pertinentes atendidas Número total de consultas atendidas en el servicio de urgencias X 100.
DATOS REQUERIDOS	Urgencias pertinentes atendidas, Número total de consultas atendidas.
FUENTE DE DATOS	RIAS, epicrisis
RESPON. DE GENERAR DATOS	El Servicio de Atención al cliente y Auditoria.
RESPON. DE GENERAR INDICADOR	El Servicio de Atención al cliente y Auditoria.
RESPON. TOMA DE DECISIONES	Gerencia, Subdirector de servicios de salud coordinador médico.

18.2.1.3 URGENCIAS MEDICINA GENERAL

PRODUCTO **PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**

NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de resolución del servicio de urgencias.
OBJETIVO	Conocer y mejorar la capacidad de resolución del servicio de urgencias.
INTERPRETACION	Porcentaje de casos que el servicio esta en capacidad de resolver.
TIPO DE INDICADOR	Eficacia.
NIVEL DE COMPARACION	80% (concertado).
NIVEL DE DESAGREGACION	Urgencias
PERIODICIDAD	Mensual
DEFINICION OPERACIONAL	# total de pacientes atendidos en el período - Número de pacientes remitidos en el período # de total de pacientes atendidos periodo X 100
DATOS REQUERIDOS	Numero de pacientes atendidos en el período, Número de pacientes remitidos en el período.
FUENTE DE DATOS	RIA y Formato de Remisiones.
RESPON. DEGENERAR DATOS	El Servicio de Atención al Cliente.
RESPON. DE GENERAR INDICADOR	Auditoría.
RESPON. TOMA DE DECISIONES	Gerencia y La subdirección de servicios de Salud, Oficina de calidad y auditoría.

Debido a convenios docente asistenciales un % alto de la atención en urgencias recae en personal en formación (Md rurales, estudiantes) que por su inexperiencia aumentan el número de remisiones.

18.2.2.1 URGENCIAS GINECO-OBSTETRICAS

PRODUCTO

PARTOS ATENDIDOS

NOMBRE DEL INDICADOR	Relación partos atendidos-consulta obstétrica
OBJETIVO	Conocer cuantas consultas obstétricas terminan en atención de partos
INTERPRETACION	Permite evaluar la utilización de la sala de partos.
TIPO DE INDICADOR	Uso
NIVEL DE COMPARACION	Histórico
NIVEL DE DESAGREGACION	Urgencias Obstétricas
PERIODICIDAD	Mensual
DEFINICION OPERACIONAL	# de partos atendidos en el mes/No total de consultas obstétricas
DATOS REQUERIDOS	Número de partos atendidos, Número de consultas obstétricas.
FUENTE DE DATOS	RIAS
RESPON. DE GENERAR DATOS	La enfermera jefe de sala de partos.
RESPON. DE GENERAR INDICADOR	La enfermera jefe de sala de partos.
RESPON. TOMA DE DECISIONES	Gerencia, Subdirección de servicios salud, coordinación Médica.

18.2.2.2 URGENCIAS GINECO-OBSTETRICAS

PRODUCTO

CONSULTAS OBSTETRICAS RESUELTAS

NOMBRE DEL INDICADOR	Capacidad de resolución del servicio obstetricia
OBJETIVO	Definir a cuantos pacientes obstétricas se les resuelve el problema sin necesidad de remisión.
INTERPRETACION	Permite conocer la capacidad de resolución del servicio de sala de partos
TIPO DE INDICADOR	Resultado (Efectividad)
NIVEL DE COMPARACION	Histórico
NIVEL DE DESAGREGACION	Urgencias Obstétricas y sala de partos
PERIODICIDAD	Mensual
DEFINICION OPERACIONAL	# pacientes obstétricas remitidas # total de pacientes obstétricas atendidas
DATOS REQUERIDOS	Número de pacientes obstétricas remitidas, Número total de pacientes obstétricas atendidas
FUENTE DE DATOS	RIAS, Libro de remisiones.
RESPON. DE GENERAR DATOS	Enfermera jefe de sala de partos.
RESPON. DE GENERAR INDICADOR	Enfermera jefe de sala de partos.
RESPON. TOMA DE DECISIONES	Gerente, Auditoría, Subdirección de servicios de salud.

18.2.2.3 URGENCIAS GINECO-OBSTETRICAS

PRODUCTO

PARTOS ATENDIDOS REGISTRADOS

NOMBRE DEL INDICADOR	Relación partos atendidos-facturados
OBJETIVO	Conocer cuantos de los partos atendidos se registran y facturan..
INTERPRETACION	Verificar que todos los partos atendidos sean facturados
TIPO DE INDICADOR	Proceso
NIVEL DE COMPARACION	x
NIVEL DE DESAGREGACION	Urgencias obstétricas y partos
PERIODICIDAD	Mensual
DEFINICION OPERACIONAL	# de partos registrados y facturados # total de partos atendidos
DATOS REQUERIDOS	# total de partos registrados y facturados y Número total de datos requeridos.
FUENTE DE DATOS	Libro de registro de partos, RIAS.
RESPON. DE GENERAR DATOS	El Servicio de Atención al Cliente, Auxiliar de enfermería de piso.
RESPON. DE GENERAR INDICADOR	Control Interno.
RESPON. TOMA DE DECISIONES	Gerencia, Con trol Interno, Auditoría , Tesorería.

Elaboramos este indicador para controlar el subregistro que ocurre en algunas unidades operativas de la institución

18.3.1.1 HOSPITALIZACION PEDIATRIA

PRODUCTO

PACIENTES HOSPITALIZADOS CON RIA

NOMBRE DEL INDICADOR	Número de RIAS de Hospitalización por egreso.
OBJETIVO	Verificar que a todo paciente hospitalizado se le elabore el RIA.
INTERPRETACION	Expresa la concordancia entre la elaboración del RIA de ingreso (Facturación) y el número de pacientes hospitalizados
TIPO DE INDICADOR	Proceso
NIVEL DE COMPARACION	"/"/"
NIVEL DE DESAGREGACION	Hospitalización
PERIODICIDAD	Mensual
DEFINICION OPERACIONAL	# de RIAS de Hospitalización # de pacientes Hospitalizados
DATOS REQUERIDOS	Número de RIAS de hospitalización y Número de egresos.
FUENTE DE DATOS	RIAS, Libro de Ingresos.
RESPON. DE GENERAR DATOS	El Médico.
RESPON. DE GENERAR INDICADOR	El Auditor.
RESPON. TOMA DE DECISIONES	Gerencia, Control Interno, Revisoría Fiscal, Auditoría.

Este indicador nos permite controlar los no registros de hospitalización que obedezcan a circunstancias poco claras (recomendaciones políticas de ciertos pacientes, etc.) que permitan evadir el cobro de la atención prestada

18.3.1.2 HOSPITALIZACION PEDIATRIA

PRODUCTO

CERTEZA DIAGNOSTICA

NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de aciertos del diagnostico principal al ingreso
OBJETIVO	Mejorar la eficacia del manejo del paciente hospitalizado, Quirúrgico, Ginecológico, Pediátrico.
INTERPRETACION	Expresa la proporción de concordancia entre el diagnóstico principal de ingreso con el diagnóstico de egreso
TIPO DE INDICADOR	Eficacia.
NIVEL DE COMPARACION	Concertado se sugiere 80% de aciertos.
NIVEL DE DESAGREGACION	Por servicio "Quirúrgicos, Ginecología, Pediatría, Hospitalización.
PERIODICIDAD	Mensual
DEFINICION OPERACIONAL	$\% = \frac{\# \text{ de diagnósticos que al egreso fueron iguales al de ingreso en el periodo}}{\text{Total de egresos por servicio en el período}} \times 100$
DATOS REQUERIDOS	Número de diagnóstico de egreso que sea igual al número de diagnóstico de ingreso y Número de Egreso.
FUENTE DE DATOS	Epicrisis- RIAS
RESPON. DE GENERAR DATOS	Auditor
RESPON. DE GENERAR INDICADOR	Auditor
RESPON. TOMA DE DECISIONES	Gerencia, Subgerencia de Servicios de Salud y Coordinación Médica.

Debido a la inexperiencia de personal en formación (Md rurales y estudiantes) que interviene en la atención en algunos casos, no se tiene una certeza diagnóstica, lo que se refleja en la ineficacia de estos servicios.

18.4.1 HOSPITALIZACION GINECO-OBSTETRICIA

PRODUCTO **HOSPITALIZACION PROVENIENTE DE URGENCIAS**

NOMBRE DEL INDICADOR	Pacientes hospitalizados provenientes de urgencias.
OBJETIVO	Conocer cuantos de los pacientes atendidos por urgencias son hospitalizados
INTERPRETACION	Permite conocer la utilización del servicio de hospitalización por pacientes provenientes urgencias.
TIPO DE INDICADOR	Proceso
NIVEL DE COMPARACION	Histórico
NIVEL DE DESAGREGACION	Hospitalización.
PERIODICIDAD	Mensual
DEFINICION OPERACIONAL	# de pacientes hospitalizados por urgencias. # total de pacientes atendidos por urgencias.
DATOS REQUERIDOS	Número de pacientes evaluados por urgencias, Número de pacientes Hospitalizados.
FUENTE DE DATOS	RIAS Consulta de urgencias, RIAS de hospitalización.
RESPON. DE GENERAR DATOS	Médicos
RESPON. DE GENERAR INDICADOR	El Auditor.
RESPON. TOMA DE DECISIONES	Gerencia, Subdirector de servicios de salud y el cordinador médico.

18.4.2 HOSPITALIZACION GINECO-OBSTETRICIA

PRODUCTO

EXAMENES TOMADOS POR EGRESO

NOMBRE DEL INDICADOR	Exámenes de laboratorio por Egreso Hospitalario.
OBJETIVO	Conocer la proporción de exámenes atendidos por hospitalización.
INTERPRETACION	Número promedio de exámenes de laboratorio practicados a cada paciente en el período de hospitalización.
TIPO DE INDICADOR	Frecuencia de uso
NIVEL DE COMPARACION	Histórico o concertado, sugerimos 5 exámenes por egreso.
NIVEL DE DESAGREGACION	Hospitalización
PERIODICIDAD	Mensual
DEFINICION OPERACIONAL	# de exámenes de laboratorio practicados a pacientes hospitalizados en el período # total de egresos en el período
DATOS REQUERIDOS	Número de exámenes de laboratorio practicados en hospitalización, número de egresos en el período
FUENTE DE DATOS	reporte de exámenes de laboratorio SAC, Libro de Egresos
RESPON. DE GENERAR DATOS	Auditoría.
RESPON. DE GENERAR INDICADOR	Oficina de Clidad y Auditoría
RESPON. TOMA DE DECISIONES	Gerencia y Auditoría, Coordinador Médico.

*El número total de egresos en el período es un indicador que debe ser generado previamente por la oficina de Calidad y Auditoría en Salud para la aplicación de este instrumento.

18.5.1 PROGRAMACION DE CIRUGIAS

PACIENTES ATENDIDOS PARA PROCEDIMIENTO

PRODUCTO

QX

NOMBRE DEL INDICADOR	Relación procedimientos Qx por egreso
OBJETIVO	Conocer cual es el porcentaje de procedimientos Qx con respecto a los egresos
INTERPRETACION	Proporción de cirugía por cada egreso.
TIPO DE INDICADOR	Frecuencia de uso
NIVEL DE COMPARACION	Concertado ó histórico
NIVEL DE DESAGREGACION	Hospitalización.
PERIODICIDAD	Mensual
DEFINICION OPERACIONAL	# de procedimientos Qx realizados en el período # total de egresos en el período
DATOS REQUERIDOS	Número de procedimientos Qx en el período , Número de egresos.
FUENTE DE DATOS	Libro de cirugías, Libro de Egresos, RIA de procedimientos quirúrgicos.
RESPON. DEGENERAR DATOS	Estadística, Jefe de Cirugía.
RESPON. DE GENERAR INDICADOR	Oficina de Calidad y Auditoría
RESPON. TOMA DE DECISIONES	Gerencia, Subdirección de servicios de salud, Coordinación Médica, y Auditoría.

18.5.2 PROGRAMACION
CIRUGIA

PRODUCTO

CIRUGIAS REALIZADAS POR HORA LABORADA

NOMBRE DEL INDICADOR	Rendimiento Cirujano
OBJETIVO	Conocer el número de cirugías realizadas por hora cirujano laborada en quirófanos.
INTERPRETACION	Permite evaluar el rendimiento del cirujano.
TIPO DE INDICADOR	Rendimiento
NIVEL DE COMPARACION	Histórico
NIVEL DE DESAGREGACION	Cirugía
PERIODICIDAD	Mensual
DEFINICION OPERACIONAL	# de cirugías totales # horas cirujano laboradas en quirófano.
DATOS REQUERIDOS	Número de cirugías totales, Número de horas cirujano laboradas.
FUENTE DE DATOS	RIAS, Instrumento para control horas cirujano laboradas.
RESPON. DE GENERAR DATOS	Enfermera jefe de quirófanos, Servicio de atención al Cliente.
RESPON. DE GENERAR INDICADOR	Enfermera jefe de quirófanos.
RESPON. TOMA DE DECISIONES	Gerente, Subdirección servicios de salud, Oficina de calidad auditoría

18.5.3 PROGRAMACION
CIRUGIA

PRODUCTO

CONSULTAS DE CIRUGIAS REALIZADAS

NOMBRE DEL INDICADOR	Proporción consultas de cirugía realizadas
OBJETIVO	Conocer cuantas de las consultas especializadas son de cirugía.
INTERPRETACION	Conocer cuantas de las consultas especializadas corresponden a cirugía.
TIPO DE INDICADOR	Frecuencia de Uso
NIVEL DE COMPARACION	Histórico
NIVEL DE DESAGREGACION	Consulta Especializada.
PERIODICIDAD	Mensual
DEFINICION OPERACIONAL	# de consultas de cirugía # total de consultas especializadas
DATOS REQUERIDOS	Número de consultas de cirugía, número total de consultas.
FUENTE DE DATOS	RIAS
RESPON. DEGENERAR DATOS	El servicio de Atención al Cliente.
RESPON. DE GENERAR INDICADOR	El servicio de Atención al Cliente.
RESPON. TOMA DE DECISIONES	Gerente, Suddirección de servicios de salud, Coordinación Médica.

18.6.1 QUIROFANOS

PRODUCTO

CIRUGIAS REALIZADAS

NOMBRE DEL INDICADOR	Número de cirugías realizadas por periodo
OBJETIVO	Cuantificar el promedio de procedimientos quirúrgicos por mes
INTERPRETACION	Permite conocer la utilización del servicio de quirófanos
TIPO DE INDICADOR	Uso
NIVEL DE COMPARACION	Histórico
NIVEL DE DESAGREGACION	Quirófanos
PERIODICIDAD	Mensual
DEFINICION OPERACIONAL	# de cirugías realizadas por periodo
DATOS REQUERIDOS	Número de cirugías realizadas por periodo
FUENTE DE DATOS	RIAS
RESPON. DE GENERAR DATOS	El Servicio de Atención al Cliente.
RESPON. DE GENERAR INDICADOR	El Servicio de Atención al Cliente.
RESPON. TOMA DE DECISIONES	Gerente, Coordinación Médica, Subdirección de servicio de salud.

18.6.2 QUIROFANOS

PRODUCTO

HOSPITALIZACION PROVENIENTE DE CIRUGIA

NOMBRE DEL INDICADOR	Pacientes quirúrgicos hospitalizados
OBJETIVO	Conocer cuantos de los pacientes que se llevan a cirugía son hospitaliz.
INTERPRETACION	Permite evaluar la utilización del servicio de hospitalización por pacientes provenientes de quirófanos.
TIPO DE INDICADOR	Uso
NIVEL DE COMPARACION	Histórico
NIVEL DE DESAGREGACION	Quirófanos
PERIODICIDAD	Mensual
DEFINICION OPERACIONAL	# de pacientes operados que requieren hospitalización # de pacientes hospitalizados
DATOS REQUERIDOS	Número de pacientes quirúrgicos hospitalizados, Número total de pacientes hospitalizados
FUENTE DE DATOS	Enfermera jefe de cirugía.
RESPON. DE GENERAR DATOS	Enfermera jefe de cirugía.
RESPON. DE GENERAR INDICADOR	El Servicio de Atención al Cliente
RESPON. TOMA DE DECISIONES	Gerencia, Oficina de Calidad y Auditoria, Subdirección de serv. de salud.

18.8.1 FARMACIA

PRODUCTO

ORDENES DE COMPRA RECIBIDAS COMPLETAS

NOMBRE DEL INDICADOR	Proporción de ordenes de compra recibidas completas.
OBJETIVO	Conocer la relación entre los suministros solicitados y recibidos.
INTERPRETACION	Permite conocer que proporción de suministros son recibidos en su totalidad.
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
NIVEL DE COMPARACION	HAH
NIVEL DE DESAGREGACION	Farmacia y Almacén.
PERIODICIDAD	Mensual
DEFINICION OPERACIONAL	# de ordenes completas recibidas de proveedor (Almacén, farmacia) # total de ordenes
DATOS REQUERIDOS	# total de órdenes completas recibidas de proveedor y # total de órdenes.
FUENTE DE DATOS	Ordenes de compra, Formato de coincidencias
RESPON. DE GENERAR DATOS	Farmacia, Almacén.
RESPON. DE GENERAR INDICADOR	Control Interno
RESPON. TOMA DE DECISIONES	Gerencia, Control Interno, Auditoría, Revisoría Fiscal.

18.8.2 FARMACIA

PRODUCTO

FACTURACION PERTINENTE CON LA COMPRA

NOMBRE DEL INDICADOR	Pedidos recibidos acorde con la factura.
OBJETIVO	Conocer que el número de pedidos recibidos sea igual al número de elementos facturados recibidos.
INTERPRETACION	Permite detectar que se facturen medicamentos no recibidos.
TIPO DE INDICADOR	Eficiencia.
NIVEL DE COMPARACION	1
NIVEL DE DESAGREGACION	Farmacia y Almacén
PERIODICIDAD	Mensual
DEFINICION OPERACIONAL	# de pedidos recibidos # de facturas
DATOS REQUERIDOS	Número de pedidos recibidos , Número total de elementos facturados recibidos
FUENTE DE DATOS	Solicitud de pedidos, Facturas
RESPON. DE GENERAR DATOS	Farmacia, Tesorería.
RESPON. DE GENERAR INDICADOR	Control Interno.
RESPON. TOMA DE DECISIONES	Gerencia, Control Interno, Reviraría Fiscal, Auditoría.

18.8.3 FARMACIA

PRODUCTO

MEDICAMENTOS POS-S PRESCRITOS

NOMBRE DEL INDICADOR	Medicamentos POS-s prescritos
OBJETIVO	Conocer cuantos medicamentos formulados corresponden al Pos-s
INTERPRETACION	Permite evaluar el conocimiento y la utilización del acuerdo 83.
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
NIVEL DE COMPARACION	Histórico
NIVEL DE DESAGREGACION	Farmacia
PERIODICIDAD	Mensual
DEFINICION OPERACIONAL	Medicamentos POS-s prescritos Número total de medicamentos prescritos
DATOS REQUERIDOS	Medicamentos Pos-s y Medicamentos solicitados.
FUENTE DE DATOS	Fórmulas, Acuerdo 083
RESPON. DE GENERAR DATOS	Farmacia
RESPON. DE GENERAR INDICADOR	Oficina de calidad de Auditoria.
RESPON. TOMA DE DECISIONES	Gerencia, Oficina de calidad y Auditoría, Subdirección servicios salud.

18.8.4 FARMACIA

**SUMINISTROS OPORTUNAMENTE DISTRIBUIDOS
EN LOS SERVICIOS**

NOMBRE DEL INDICADOR	Oportunidad en la entrega interna de los suministros.
OBJETIVO	Conocer el tiempo transcurrido entre la solicitud del suministro y la entrega del suministro.
INTERPRETACION	Permite conocer la oportunidad en la entrega de suministros.
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
NIVEL DE COMPARACION	1 día (Concertado)
NIVEL DE DESAGREGACION	Farmacia y Almacén.
PERIODICIDAD	Mensual
DEFINICION OPERACIONAL	Tiempo transcurrido entre la solicitud de suministros y la entrega de suministros.
DATOS REQUERIDOS	Fecha de entrega del pedido a la farmacia y fecha de despacho del pedido
FUENTE DE DATOS	Formato de fecha de solicitud y fecha de despacho.
RESPON. DE GENERAR DATOS	Farmacia y Almacén.
RESPON. DE GENERAR INDICADOR	Control Interno.
RESPON. TOMA DE DECISIONES	Gerencia, Oficina de calidad y Auditoría, Cordinación médica.

18.9.1 LABORATORIO

PRODUCTO

EXAMENES REALIZADOS POR HORA LABORADA

NOMBRE DEL INDICADOR	Rendimiento por bacteriólogo
OBJETIVO	Conocer el rendimiento del bacteriólogo por hora laborada
INTERPRETACION	Expresa el número de pruebas realizadas por bacteriólogo por hora laborada
TIPO DE INDICADOR	Proceso (Rendimiento)
NIVEL DE COMPARACION	14 pruebas por hora
NIVEL DE DESAGREGACION	Servicio de laboratorio
PERIODICIDAD	Mensual
DEFINICION OPERACIONAL	Total de pruebas realizadas en el período. Total de horas laboradas en la realización de pruebas en el periodo
DATOS REQUERIDOS	Número total de pruebas realizadas en el período, Número total de horas laboradas por bacteriólogo en el período.
FUENTE DE DATOS	RIAS de laboratorio, Informe mensual de horas laboradas
RESPON. DE GENERAR DATOS	Bacteriólogo.
RESPON. DE GENERAR INDICADOR	El Auditor.
RESPON. TOMA DE DECISIONES	Gerencia, Subdirección de servicios de salud, Oficina de calidad y Auditoría, Cordinador Médico, jefe de recurso humano.

PLACAS TOMADAS CLASIFICADAS POR TIPO DE PROCEDIMIENTO

18.10.1 RAYOS X

PRODUCTO

NOMBRE DEL INDICADOR	Placas de Rayos X Tomadas según tipo de procedimiento
OBJETIVO	Conocer el número de placas de rayos x que se toman de acuerdo al tipo de procedimiento en un período.
INTERPRETACION	Expresa el número total de placas de Rayos X Tomadas según tipo de procedimiento en un periodo.
TIPO DE INDICADOR	Uso
NIVEL DE COMPARACION	Histórico
NIVEL DE DESAGREGACION	Se aplica al Servicio de Rayos X
PERIODICIDAD	Mensual
DEFINICION OPERACIONAL	Número de placas de Rayos X Tomadas según tipo de procedimiento en un periodo determinado.
DATOS REQUERIDOS	Número de placas de rayos x Tomadas según tipo de procedimiento en un período.
FUENTE DE DATOS	RIAS.
RESPON. DE GENERAR DATOS	El Servicio de Atención al Cliente.
RESPON. DE GENERAR INDICADOR	El Servicio de Atención al Cliente.
RESPON. TOMA DE DECISIONES	Gerencia, Subdiección de servicios de salud, Auditoría.

18.12.1 ALMACEN

PRODUCTO

COMPRAS CON REQUISICION

NOMBRE DEL INDICADOR	Compras con Requisición
OBJETIVO	Conocer el número de compras que tienen formato de requisición debidamente diligenciado.
INTERPRETACION	Permite evaluar si las compras efectuadas corresponden a las necesidades.
TIPO DE INDICADOR	Proceso
NIVEL DE COMPARACION	"1"
NIVEL DE DESAGREGACION	Compras
PERIODICIDAD	Mensual
DEFINICION OPERACIONAL	# de compras con formato de requisición # total de compras
DATOS REQUERIDOS	Número de compras que tienen formato de requisición, Número total de compras.
FUENTE DE DATOS	Formato de requisiciones, Facturas de compras.
RESPON. DE GENERAR DATOS	Tesorería, Almacén.
RESPON. DE GENERAR INDICADOR	Control Interno.
RESPON. TOMA DE DECISIONES	Gerencia, Control Interno, Revisoría Fiscal, Auditoría.

18.12.2 ALMACEN

PRODUCTO

COMPRAS

NOMBRE DEL INDICADOR	Verificación de Cotizaciones por orden de compra
OBJETIVO	Que todas las ordenes de compra sean previa cotización.
INTERPRETACION	Indicador menor al estándar significa que se compro sin cotización.
TIPO DE INDICADOR	Proceso
NIVEL DE COMPARACION	2*
NIVEL DE DESAGREGACION	Almacén
PERIODICIDAD	Mensual
DEFINICION OPERACIONAL	# de cotizaciones # de ordenes de compra
DATOS REQUERIDOS	Número de cotizaciones, Número de ordenes de compra
FUENTE DE DATOS	Tesorería, Certificado de Disposición Presupuestal.
RESPON. DE GENERAR DATOS	Tesorería
RESPON. DE GENERAR INDICADOR	Control Interno
RESPON. TOMA DE DECISIONES	Gerencia, Auditoría, Control Interno, Revisor Fiscal, Tesorería y Administración.

18.12.3 ALMACEN

COMPRAS SEGÚN REQUISITOS PARA**PROVEEDORES****PRODUCTO**

NOMBRE DEL INDICADOR	Cumplimiento de requisitos para compras por proveedor
OBJETIVO	Verificar que las compra se efectúen según requisitos para proveedores.
INTERPRETACION	Permite garantizar que las compras se efectúen a proveedores seleccionados según requisitos establecidos
TIPO DE INDICADOR	Proceso
NIVEL DE COMPARACION	Concertado sugerimos el 98%
NIVEL DE DESAGREGACION	Compras
PERIODICIDAD	Mensual
DEFINICION OPERACIONAL	# de órdenes de compra por fuera de listado de proveedores # total de órdenes de compra
DATOS REQUERIDOS	Número de órdenesa de compra por fuera de listado, Número total de órdenes de compra.
FUENTE DE DATOS	Listado de proveedores (contiene los proveedores que cumplen con los requisitos establecidos), Ordenes de compras.
RESPON. DE GENERAR DATOS	Jefe de Almacén.
RESPON. DE GENERAR INDICADOR	Control Interno.
RESPON. TOMA DE DECISIONES	Gerencia, Control Interno, Jefe de Almacén, Auditoría.

RECOMENDACIONES

Consideramos pertinente sensibilizar a la parte administrativa del ISABU, para que a partir de procesos mejorados se diseñen políticas de mejoramiento continuo que se direccionen al cumplimiento y logro de su visión.

Es muy importante que la reingeniería de los procesos sea participativa, concertada y difundida entre todo el personal involucrado en el mismo.

Sugerimos que en los macroprocesos actuales del ISABU se afinen los microprocesos que los componen ya que esto otorga una visión detallada de las fases del mismo facilitando de esta manera el diseño de indicadores ajustados a las necesidades reales.

Proponemos para el diseño de futuros indicadores en el ISABU se tenga en cuenta aspectos clínicos y administrativos que permitan de esta manera evaluar integralmente las unidades funcionales y tomar decisiones dirigidas hacia el logro de la misión y visión de la organización.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alcaldía de Bucaramanga. Decreto No. 665 y 668 de 1989 mediante el cual se crea el Instituto de Salud de Bucaramanga.
2. Alcaldía de Bucaramanga. Decreto No. 683 de 1994 por el cual se reestructura el Instituto de Salud de Bucaramanga.
3. Beltrán, U. , Quintero, R. Tendencias en la contratación en IPS. Revista Hospitalaria. Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. 2 (12): Págs. 11 a 15.
4. Consejo Municipal de Bucaramanga. Acuerdo No. 031 de 1997. Por el cual se transforma el instituto de salud de Bucaramanga en una ESE del orden municipal.
5. Consejo Municipal de Bucaramanga. Archivo del consejo municipal (revisión de acuerdos desde 1918 a 1997 referentes al sistema de salud de Bucaramanga.)

6. Duque, Cristina. Duque, Carlos. Rodas, Nora E. Indicadores de gestión hospitalaria. Tesis de grado CES, Medellín. Marzo, 2000.
7. Malagón-Londoño, G.; Galán-M., R.; Pontón-L., G. Administración hospitalaria. Editorial Médica Panamericana, 1996.
8. Martínez, Rigoberto. Manual de procedimientos. (Elaboración, implantación, mejoramiento continuo). Editorial ABC . Primera edición. Bogotá ,mayo, 1994.
9. Mejía G, Braulio. Auditoria médica . Para la garantía de calidad en salud. ECOE Ediciones. Tercera edición. Bogotá, marzo, 2000.
10. Mejía G, Braulio. Gerencia de procesos para la organización y el control interno de empresas de salud. ECOE ediciones. Tercera edición. Bogotá, septiembre, 2000.
11. Méndez A, Carlos E. Metodología. Guía para elaborar diseños de investigación en ciencias económicas, contables y administrativas. Me Graw Hill. Segunda edición. Bogotá, septiembre , 1997.

12. Ministerio de Salud. Programa mejoramiento de los servicios de salud en Colombia, control integrado de gestión. Bogotá , 1996.
13. Ministerio de Salud. Decreto 2174 de noviembre 28 de 1996, por el cual se organiza el sistema obligatorio de garantía de calidad.
14. Ministerio de Salud. Resolución 2542-2546 de 1998, por el cual se reglamentan los sistemas de información en salud.
15. Propuesta de un modelo de institución prestadora de salud. Tesis de grado CES. p. 95 - 98. Medellín , marzo , 2000.
16. República de Colombia. Ley 10 de 1990. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Publicaciones SENA. Bogotá, 1990.
17. República de Colombia. Ley 100 de 1993. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Publicaciones SENA. Bogotá, 1993.
18. Ruelas B, Enrique. Calidad, productividad y costos. Revista salud pública de México. 35 (3): p. 298 - 304.

19 Serna G, Humberto. Gerencia estratégica . Planeación y gestión - teoría y metodología. 3R Ediciones. Séptima edición. Bogotá, junio, 2000.

20 Vivas G, Fernando. Análisis de indicadores para la implementación de procesos de garantía de calidad para instituciones prestadoras de servicios de salud. Tesis de grado CES-EAFIT. Medellín, 1996.