

**DISEÑO DE UN PROGRAMA DE CONTROL DE GESTION PARA EL AREA
QUIRURGICA DE LA CLINICA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA**

**HELDA C. AMAYA D.
MIGUEL A. DURAN R.
MARIA PATRICIA MECON N.
GLORIA ESTHER PAREDES V.
YAMILE PEÑALOSAB.**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA ■ UNAB
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD-CES
UNIVERSIDAD EAFIT
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN AUDITORIA EN SALUD
BUCARAMANGA**

1.998

**DISEÑO DE UN PROGRAMA DE CONTROL DE GESTION PARA EL AREA
QUIRURGICA DE LA CLINICA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA**

**HELDA C, AMAYA D.
MIGUEL A. DURAN R.
MARIA PATRICIA MECON N.
GLORIA ESTHER PAREDES V.
YAMILE PEÑALOSAB.**

**Trabajo de grado para optar al título de
Especialistas en Auditoría en Salud**

**Director
JAVIER LOPEZ AGUDELO
Médico Salubrista**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA - UNAB
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD-CES
UNIVERSIDAD EAFIT
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN AUDITORIA EN SALUD
BUCARAMANGA**

1.998

AGRADECIMIENTOS

Muy especialmente al Doctor: Javier López Agudelo, Médico Salubrista y Especialista en Auditoría Médica, Docente Universitario y Asesor del Ministerio de Salud; por su valioso apoyo y constante colaboración.

A nuestras familias por su comprensión y constante apoyo.

A la Clínica Metropolitana de Bucaramanga por facilitarnos la información para la realización del presente trabajo.

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCION	9
JUSTIFICACION	10
1. OBJETIVOS	11
1.1 GENERALES	11
1.2 ESPECIFICOS	11
2. MARCO DE REFERENCIA	12
2.1 SOPORTE LEGAL	12
2.2 MARCO CONCEPTUAL	14
2.2.1 El control de gestión y las organizaciones de salud	14
2.2.1.1 Generalidades	14
2.2.1.2 Fundamentos de control de gestión	16
2.2.1.3 La evaluación como componente del control de gestión	16
2.2.1.4 Los indicadores como instrumentos para el control de la gestión	17
2.3 MARCO INSTITUCIONAL	18
2.3.1 Reseña histórica	18
2.3.2 Filosofía institucional	19
2.3.2.1 Misión	19
2.3.2.2 Visión	19

	pág.
2.3.2.3 Valores	19
2.3.3 Descripción del área quirúrgica de la Clínica Metropolitana de Bucaramanga	20
2.3.3.1 Planta física	20
2.3.3.2 Dependencia administrativa	21
2.3.3.3 Coordinación del personal	21
2.3.4 Situación actual del área de cirugía de la Clínica Metropolitana de Bucaramanga	22
3. METODOLOGIA	24
4. ANALISIS DEL AREA QUIRURGICA DE LA CLINICA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA	25
4.1 ANALISIS SISTEMATICO	25
4.2 ANALISIS DE LA SITUACION ACTUAL	26
4.3 IDENTIFICACION DE PROBLEMAS	28
4.3.1 Problemas administrativos relacionados con el paciente	28
4.3.2 Problemas médicos	28
4.3.3 Problemas de talento humano	29
4.3.4 Problemas de suministros	30
4.3.5 Problemas de información	30
5. MODELO DE CONTROL DE GESTION PARA EL AREA QUIRURGICA DE LA CLINICA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA	31
5.1 TABLERO INTEGRADO DE GESTION PARA EL AREA QUIRURGICA DE LA CLINICA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA	31
6. CONCLUSIONES	42

	pág.
7: RECOMENDACIONES	43
7.1 STANDARIZACION DE PROCESOS	43
7.1.2 Administrativos	43
7.1.3 Asistenciales	44
7.2 INFORMES DE CONTROL INTERNO	44
7.3 ORGANIZACION DEL AREA	45
7.4 CULTURA DE AUTOCONTROL	45
7.5 GESTION DE TALENTO HUMANO	45
7.6 AUDITORIA DEL SERVICIO Y DE LA CALIDAD	46

LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Análisis sistemático	26
Tabla 2. Principales causas de cancelación quirúrgica	27
Tabla 3. Utilización de salas de cirugía	27
Tabla 4. Tablero integrado de gestión	31
Tabla 5. Hoja de vida de capacitación del personal	32
Tabla 6. Hoja de vida de rotación del personal	33
Tabla 7. Hoja de vida de satisfacción del cliente interno	34
Tabla 8. Hoja de vida de satisfacción del usuario	35
Tabla 9. Hoja de vida de infecciones en las heridas quirúrgicas	36
Tabla 10. Hoja de vida de cancelación de horas quirúrgicas	38
Tabla 11. Hoja de vida de utilización de salas de cirugías	39
Tabla 12. Hoja de vida de entrega completa de suministros	40
Tabla 13. Hoja de vida de sub-registro de insumos	41

LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo A. Organigrama	49
Anexo B. Hoja de programación	50
Anexo C. Hoja de gastos	51
Anexo D. Causa de cancelación de cirugías	52
Anexo E. Encuesta de satisfacción del cliente interno	53
Anexo F. Instructivo para el diligenciamiento de encuesta cliente interno.	54
Anexo G. Encuesta de satisfacción del cliente externo	56
Anexo H. Instructivo para diligenciamiento de encuesta cliente externo	57
Anexo J. Heridas quirúrgicas infectadas	60

INTRODUCCION

Los cambios generados desde la Constitución Política de 1991, las leyes, resoluciones y decretos que se han dictado, no han sido ajenos a los servicios de salud; al contrario, la compleja organización hospitalaria no solo desde la perspectiva de sus propios objetivos, sino por los elementos que lo conforman: trabajo interdisciplinario, oportunidad, alta tecnología, diversidad de insumos y procesos y alto nivel de exigencia por parte de los usuarios, han hecho que las instituciones inicien un cambio donde el cliente externo, el talento humano, los procesos internos, el manejo de recursos y el aprendizaje sean el punto alrededor del cual se centre la gestión.

El análisis sistemático considerado como una de las formas más completas de evaluación de una institución o servicio, fue el que se aplicó en el área quirúrgica de la Clínica Metropolitana de Bucaramanga. A partir de ahí, se identificaron los problemas en cada una de las fases: entradas, procesos y salidas. Posterior a este análisis se estudió la situación actual del área, producto de la cual se plantea a la institución el uso de indicadores como las herramientas que van a permitir visualizar el comportamiento de los atributos que se espera que cumplan los diferentes elementos del sistema, para evaluar y hacer seguimiento de cada uno de los procesos.

De hecho, se trata de un nuevo enfoque, donde las instituciones de salud deberán transformar su cultura organizacional para entender y asimilar los cambios que le plantea su entorno, pues su futuro radica en el mejoramiento continuo de los procesos tanto asistenciales como administrativos con énfasis en el autocontrol.

La gestión estará encaminada a obtener el máximo provecho de cada recurso presente, mediante el manejo de estándares de calidad cada día más exigentes.

JUSTIFICACION

La Ley en Seguridad Social marca el más profundo cambio del Sistema de Salud en toda la historia del país, colocando a las instituciones de salud frente a nuevas formas o modelos de atención. Las reformas introducidas en La Constitución de 1.991 obligan a las empresas del sector público y privado a realizar gestión cuyos resultados serán evaluados en función del cumplimiento de metas de eficiencia, eficacia, economía, equidad y medio ambiente.

El artículo 227 de la Ley 100 de 1.993 y el Decreto 2174 del 28 de Noviembre de 1.996 por el cual se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, exigen a las instituciones de salud garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios de salud.

Las instituciones de salud no cuentan con sistemas de información que les permitan hacer un buen seguimiento y evaluación de los procesos que se llevan a cabo, por lo cual, hay problemas que repercuten en la calidad de los servicios. Solamente un sistema que evalúe y controle los procesos y los resultados en forma eficiente y objetiva, que proyecte el futuro y adopte medidas de control que garanticen la eficacia, calidad, eficiencia, ética y economía de todas las operaciones les asegurará el desarrollo como empresas del sector.

La Clínica Metropolitana de Bucaramanga, es una institución prestadora de servicios de salud, IPS de tercer nivel de carácter privado, que ofrece atención en salud, en los servicios de urgencias, hospitalización, cirugía y unidad de cuidados intensivos. El área de cirugía de la Clínica Metropolitana de Bucaramanga, constituye el servicio de mayor movimiento tanto asistencial como económico dentro de la institución, no posee un sistema de información que le permita a la gerencia determinar el nivel de calidad en la atención a los usuarios y evaluar la productividad del servicio.

El propósito del presente trabajo es, como auditores, aplicar los conocimientos adquiridos a través de la especialización y para la institución, Clínica Metropolitana de Bucaramanga, la implementación de un programa de control de gestión en un área que constituye el eje central de la empresa. Además, pretendemos que este trabajo sea gestor en la implementación del programa de garantía de la calidad en la institución.

1. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GENERAL

Diseñar un modelo de control de gestión para el área quirúrgica de la Clínica Metropolitana de Bucaramanga.

1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- o Construir un marco conceptual sobre Control de Gestión en salud
- o Realizar un análisis de la situación actual del servicio de cirugía de la Clínica Metropolitana de Bucaramanga.
- e Presentar un modelo de Control de Gestión que sea aplicable al área quirúrgica de la Clínica Metropolitana de Bucaramanga.
- o Entregar a la institución una serie de recomendaciones y las herramientas necesarias para que pueda iniciar un programa de Control de Gestión en el área quirúrgica.

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1 SOPORTE LEGAL

La Constitución Política de 1991 establece las bases para el desarrollo del sistema de salud, tal como se plantea en los siguientes artículos:

Artículo 48. "La seguridad social como un derecho irrenunciable de todos los habitantes del territorio colombiano, es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del estado"

Artículo 49. Corresponde al estado organizar, dirigir y reglamentar, la prestación de los servicios de salud a los habitantes conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Establece las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas y prevé su vigilancia y control.

En desarrollo de los artículos 267 y 269 de la Constitución Política de Colombia y la ley 87 de 1993, define las pautas para la organización del control interno en las entidades del estado y establece que el sistema de evaluación y control de gestión es un elemento constitutivo del control interno. Esta ley determina en su artículo 4 los elementos que debe orientar la aplicación del sistema de control interno. Aunque esta norma se aplica exclusivamente a los organismos del estado, se tiene en cuenta como elemento de mejoramiento de la gestión en las entidades del sector privado.

Para desarrollar los principios constitucionales de solidaridad, universalidad y eficiencia en el sector salud, la Ley 100 de 1993, crea el Sistema de Seguridad Social Integral, como el conjunto de instituciones, normas y procedimientos que dispone la persona y la comunidad para gozar de una buena calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica de los habitantes del territorio nacional con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.

En su artículo 153, numeral 9, la Ley 100 de 1993 determina que el sistema debe establecer mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios

calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con parámetros aceptados en procedimientos y practica profesional.

En el artículo 154, ordinal c, establece el desarrollo de las actividades de dirección, vigilancia y control de la seguridad social en salud y de la reglamentación de la prestación de los servicios de salud.

En el artículo 227 determina la exigencia del control y la evaluación de la calidad del servicio de salud.

Posteriormente y con el propósito de reglamentar los anteriores artículos de la Ley 100 de 1993, el Decreto 2174 de Noviembre 28 de 1996 organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Según esta norma, son objetivos del Sistema de Garantía de Calidad:

- o Garantizar parámetros mínimos de calidad de la atención en salud, como punto de partida en el proceso de mejoramiento continuo de los servicios de salud.
- o Estimular el desarrollo de un sistema de Información sobre la calidad, que facilite la realización de las labores de auditoría, vigilancia y control y contribuya a una mayor información de los usuarios.

En su artículo 14, el Decreto 2174 de 1996 establece que todos los prestadores de servicios de salud, deberán hacer una evaluación sistemática de la atención en salud, con el objetivo fundamental de mejorar la calidad de los servicios dentro del proceso de auditoría médica.

Para reglamentar el Decreto 2174 de 1996, la resolución 4252 de 1997 establece las normas técnicas, científicas y administrativas sobre los requisitos esenciales para la prestación de servicios de salud.

El Decreto 2753 de 1997, dicta las normas para el funcionamiento de las instituciones prestadoras de servicios de salud (I.P.S.) en el sistema de seguridad social en salud.

Además de lo referido anteriormente, la norma técnica colombiana ISO 9004-2 establece en el sector de los servicios el manejo de los aspectos de calidad en sus actividades, de una manera más eficiente para satisfacer al cliente en todas las etapas, desde el diseño del producto y/o servicio hasta su entrega.

La normatividad legal descrita en los párrafos anteriores plantea nuevos retos a las instituciones de salud; para asumirlos, se ha iniciado un proceso de modernización donde el talento humano es el dinamizador del proceso de mejoramiento. Es así como se ha generado la necesidad de capacitación del recurso médico, paramédico y administrativo de las instituciones de Salud sobre nuevas metodología administrativas para enfrentar la transición, posicionamiento y mantenimiento de las empresas de salud en el nuevo mercado con gran productividad y competitividad, en un entorno de constante cambio, con el principal objetivo de ofrecer servicios con calidad para satisfacer un cliente interno y externo cada día más exigente.

2.2 MARCO CONCEPTUAL

2.2.1 El control de gestión y las organizaciones de salud

2.2.1.1 Generalidades. Con las nuevas tendencias económicas de globalización y competitividad, las Instituciones al igual que las unidades empresariales, sean estas sociales, publicas o privadas, requieren de conceptos, metodología y herramientas claras y precisas que les permitan hacer seguimiento a los procesos y evaluar resultados de sus planes, programas y proyectos sean estos operativos, administrativos y financieros en concordancia con los requerimientos de la comunidad, beneficiarios o clientes. (Quintero, 1997, 6-7)

La creación y el mantenimiento de la calidad de una organización de servicios depende del enfoque sistemático hacia la gestión de la calidad en todos los procesos de las diferentes áreas administrativas y asistenciales, pero es responsabilidad administrativa asegurar que se eviten las fallas en el cumplimiento de los objetivos de calidad que pueden tener consecuencias que afectan desfavorablemente al usuario, a la organización y a la sociedad. (Quintero, 1997, 7-8)

Se debe proveer a todos los niveles gerenciales de la organización las herramientas de gestión que les permitan evaluar el desempeño de la empresa en su totalidad o en una de sus áreas para garantizar la eficacia en el cumplimiento de las metas y objetivos propuestos, eficiencia en relación con la mejor utilización de los recursos, optimización de los procesos y que los servicios de salud se presten con calidad en términos de satisfacción de las expectativas y necesidades del cliente, integralidad, continuidad, contenido, destreza, oportunidad, precisión técnica y administrativa, lo cual se logrará teniendo en cuenta las actividades de seguimiento y control que se desarrollarán bajo los principios de legalidad, ética, eficiencia, eficacia, celeridad, imparcialidad, comunicación y responsabilidad, lo

que garantizará la prestación de servicios de salud universales con participación ciudadana y comunitaria en la evaluación y control de los mismos. Estas actividades deben estar inmersas en el diario quehacer de todas las instancias de la institución y en todos los niveles gerenciales y operativos en el que cada uno tiene responsabilidades en la captura, procesamiento, análisis, uso y circulación de la información; lo que permite cumplir el principio de que la información que cada dependencia maneja y recibe, está en relación directa con su grado de competencia. Esta información racionaliza la toma de decisiones y permite la modificación o eliminación de actividades que no respondan a la misión, objetivos y metas de la institución y que agrega valor a los procesos. (San Vicente Paúl, 1996, 3-4)

El control tiene por objeto verificar si las predicciones se ajustan a las realizaciones e indicar las acciones correctivas necesarias. Comprende tres fases:

- Registro de datos de acuerdo con la ejecución de los programas.
- e Comparación de las previsiones y los resultados, análisis de las desviaciones e interpretación de sus causas.
- Sugiere a los responsables las acciones correctivas. (Fred, 1988, 31)

Debe haber claridad en la evaluación de la gestión y del desempeño en términos de estructura, proceso y resultados e impacto en áreas de medición como son: (Di Preta, 24-25)

o Servicio del paciente

« Servicios de soporte

o Resultados financieros

e Talento humano

2.2.1.2 Fundamentos del control de gestión. Para un buen control de gestión se deben tener en cuenta los siguientes elementos básicos: (Manual de diagnóstico, 1993, 18-19)

o Asegurar responsabilidad a personas concretas.

0 Definir objetivos a alcanzar expresado en patrones de medida o estándares,

o Definir indicadores.

o Medir los resultados, buscando el producto de decisiones tomadas a través de indicadores.

Ⓜ Comparar los objetivos materializados a través de los estándares y los resultados medidos a través de indicadores lo cual determina las desviaciones presentadas.

o Interpretar las explicaciones o causas de estas desviaciones y las posibles consecuencias.

Ⓜ Adoptar medidas correctivas. (Manual de diagnóstico, 1993, 18-19 y 21)

2.2.1.3 La evaluación como componente del control de gestión. La evaluación es una función del proceso administrativo por medio de la cual se miden los resultados de la gestión en una empresa. Evaluar es medir un fenómeno o el desempeño de un proceso, comparar el resultado obtenido con criterios preestablecidos y emitir un juicio de valor tomando en cuenta la magnitud y dirección de la diferencia. (Pabón, 1985, 11-12)

En el desempeño de los servicios se debe tener en cuenta la evaluación de la gestión en términos de los esfuerzos de la organización (estructura y proceso) que conducen al logro de los resultados esperados y la evaluación de la gestión relacionada con el impacto frente a la población. (Pabón, 1985, 47-48)

2.2.1.4 Los indicadores como instrumentos para el control de la gestión. Es un hecho que en los últimos años diversas Instituciones del sector han construido conceptos, metodología, herramientas e instrumentos que permiten concretar

cada vez más los análisis de eficacia y efectividad en la prestación del servicio. (Di preta , 22)

Dentro del proceso de autoevaluación de las instituciones, la construcción de indicadores ayuda en el seguimiento y evaluación pues ellos establecen con precisión qué se quiere hacer, cómo, con qué y cuándo; de igual forma cómo se puede medir lo que va pasando y el resultado final. Como herramienta fundamental sirve para cumplir las funciones de planeación y control y lo que compete específicamente a la gestión. (Di preta, 22)

En términos generales, se espera de las empresas que prestan servicios de salud al igual que de los directivos, administradores y técnicos de las instituciones, que cumplan con cuatro responsabilidades o funciones de desarrollo institucional que son de su competencia. Estos son: Planeación, organización, dirección y control.

De las cuatro funciones o competencias antes mencionadas los sistemas de seguimiento y evaluación, alimentados por sus indicadores correspondientes facilitan que se cumpla al menos dos de las cuatro funciones: Planeación y control. (Di preta, 23)

Actualmente, la función de control propiamente dicha se mira desde una óptica investigativa más que de mandato y autoridad. Surge así un nuevo concepto para la función de control cual es el de seguimiento y evaluación que se propicia a través de un sistema que conjuga los indicadores construidos y utilizados en un proceso de autoevaluación permanente, el cual implica la introducción de ajustes a los procesos y el aprendizaje a través de los resultados obtenidos. (Di preta, 24)

Mediante la construcción y utilización de indicadores se tendrán las herramientas básicas necesarias para evaluar el desempeño, medir los resultados parciales y finales, valorar los efectos y los impactos, replantear, ajustar y tomar medidas correctivas cuando se requiera, y aprender de los procesos y resultados obtenidos. (Programa de mejoramiento, 1996, 5)

Se concluye que los Indicadores son criterios de medición que permiten valorar, analizar y evaluar el comportamiento de variables; es decir las características, componentes, actores y elementos que constituyen el objetivo de planes, programas y proyectos tanto operativos como administrativos y financieros. (Programa de mejoramiento, 1996, 14)

El control integrado de gestión, utiliza como herramienta fundamental la información sistemática, objetiva y oportuna de la producción y financiera, que traducida es una serie de indicadores integrados en un tablero de gestión y puesto a disposición de la gerencia, lo cual facilita la toma de decisiones

racionales y efectivas. (Programa de mejoramiento, 1996, 14)

2.3 MARCO INSTITUCIONAL

2.3.1 Reseña Histórica

En 1982, once médicos provenientes de la ciudad de Medellín, Santafé de Bogotá y Bucaramanga se asociaron para conformar la Unidad Médico Quirúrgica Ltda, cuyo objetivo era la prestación de servicios médicos a pacientes ambulatorios y de urgencias.

Su estructura administrativa estaba conformada por la junta directiva, gerente general, contador, secretaria cajera, auxiliar contable, mensajero y cobrador.

El área médica la conformaban los mismos médicos socios y dos auxiliares de enfermería.

La visión empresarial de sus socios fundadores permitió conocer la necesidad existente en el mercado de una Institución que ofreciera servicios médicos y hospitalarios especializados; con tal motivo se decidió el 25 de junio de 1982 comprar un terreno ubicado en la avenida González Valencia 55B-10, en donde se construyó la Unidad Médico Quirúrgica - Clínica Metropolitana de Bucaramanga UNIMEQ S.A.

En diciembre de 1986 se inauguró la Clínica Metropolitana de Bucaramanga para satisfacer las necesidades relacionadas con el mejoramiento de la salud de los habitantes del nororiente colombiano, con personal médico, paramédico y auxiliar especializado en las diferentes áreas y la más alta tecnología que en su momento podía ofrecer al mercado.

Se inició con 49 camas en el servicio de hospitalización, cuatro quirófanos, atención por urgencias las 24 horas del día, médicos de todas las especialidades (socios), servicio profesional de enfermería, laboratorio clínico, unidad de rayos X y farmacia.

En 1991 el área de hospitalización fue ampliada a 61 camas y se organizó la unidad de cuidados intensivos con tres camas. Este mismo año sus socios,

pensando en el futuro de la institución y en las necesidades de sus clientes potenciales, deciden la compra de los terrenos aledaños para ampliar sus instalaciones y así ofrecer nuevos servicios.

Durante los primeros ocho años de funcionamiento las estrategias de desarrollo y crecimiento lograron posesionar la Institución como una clínica líder en la atención de la salud, con una estabilidad tecnológica, científica y de servicios de excelente prestigio. En el año de 1993 es reconocida con el premio en la región central del país "EXCELENCIA EN LA ATENCIÓN DE SU SALUD", otorgado por Master Card y Fenalco.

En la actualidad, la clínica ofrece todos los servicios establecidos para las instituciones prestadoras de servicios de salud nivel III.

2.3.2 Filosofía Institucional.

En el año de 1994 se reúne la junta directiva de la clínica para definir su filosofía institucional (Acta N° 18 junta directiva 1994), la cual se encuentra vigente a la fecha en los siguientes términos:

2.3.2.1 Misión. "Ofrecer servicios de salud con un alto nivel humano, científico y tecnológico buscando satisfacer las necesidades de salud de la población y su beneficio social, apoyados en un recurso humano que se orienta a un desarrollo integral para alcanzar el liderazgo en la excelencia de la prestación del servicio".

2.3.2.2 Visión. "La Clínica Metropolitana de Bucaramanga, será una empresa de categoría nacional, la mejor de su género en el nororiente colombiano, para competir integralmente en el mercado nacional. Cumplir esta visión del futuro es una meta de todos para antes del año 2.004".

2.3.2.3 Valores. "Enmarcados dentro del mejoramiento continuo y orientación del mercado y asegurando:

- o A nuestros accionistas, el continuo valor de su inversión.
- A nuestros clientes, confiabilidad en sus productos y servicios.

o A nuestros trabajadores, un clima laboral de mutuo respeto y desarrollo integral.

© A la comunidad, el cumplimiento de nuestras obligaciones y un bienestar social".

2.3.3 Descripción del área quirúrgica de la Clínica Metropolitana de Bucaramanga.

2.3.3.1 Planta Física. El área quirúrgica de la Clínica Metropolitana de Bucaramanga, se encuentra ubicada en el primer piso del edificio. La planta física se encuentra distribuida de la siguiente forma:

Zona A: Esta zona se identifica con el color verde y pertenecen a ella los pasillos externos que dan acceso al área de cirugía, el tránsito está restringido para el personal ajeno al área. En ésta se encuentra ubicada la sala de médicos; el vestier de médicos; el vestier de auxiliares de enfermería, estudiantes de instrumentación, auxiliares de oficios generales, el baño y el almacén interno de cirugía.

Zona B: Esta zona está identificada con el color amarillo. Corresponden a ella los pasillos internos del área de cirugía, área de recuperación, lavamanos quirúrgico y área de lavado y arreglo de instrumental y material. Esta zona es de tránsito restringido, solo es utilizada por personal del área que vista ropa de cirugía. El área de recuperación tiene capacidad para cuatro pacientes, cada unidad posee toma central de oxígeno, succión y equipos de monitoreo de signos vitales. En el área de lavado se prepara el material e instrumental quirúrgico para su envío a la central de esterilización.

Zona C: Área estéril: esta identificada con el color rojo, a ella pertenecen las salas de cirugía que son cuatro y se encuentran dotadas para la realización de procedimientos quirúrgicos de II y III nivel de complejidad en todas las especialidades médicas. La sala tres se encuentra acondicionada para realizar cirugía de IV nivel en las especialidades de neurocirugía y cirugía cardiovascular con circulación extra corpórea. Las cirugías ambulatorias y la atención de partos se realiza en la sala cuatro.

2.3.3.2. Dependencia Administrativa. El servicio de cirugía de la Clínica

Metropolitana de Bucaramanga es dependencia directa de la dirección médica de la clínica para los aspectos asistenciales y de la gerencia general en todos los aspectos administrativos del área. (Véase el Anexo 1).

2.3.3.3. Coordinación del personal. La dirección médica coordina el servicio a través de la enfermera jefe del área quien desarrolla funciones y actividades administrativas y asistenciales de ocho horas diarias en un horario de 7 a.m. A 3 p.m. Es la jefe inmediato del personal de instrumentadoras quirúrgicas, auxiliares de enfermería, personal de oficios generales y secretaria del servicio. El área cuenta con el siguiente personal:

- © Instrumentadoras Quirúrgicas: Dos instrumentadoras quirúrgicas de planta y seis de disponibilidad para cubrir las tardes, noches, festivos y dominicales.
- ® Auxiliares de Enfermería : Once auxiliares de enfermería distribuidas de la siguiente forma: cuatro auxiliares en la mañana, tres en la tarde y dos en la noche, los siete días de la semana, quienes desarrollan la labor de circulantes de salas de cirugía y recuperación.
- o Anestesiólogos: El servicio de anestesiología lo ofrecen los anestesiólogos socios de la institución, quienes distribuyen los turnos de acuerdo al número de acciones y a la disponibilidad de tiempo. El servicio asegura la disponibilidad de tres anestesiólogos en la mañana, dos en la tarde y uno en la noche para las cirugías de urgencias.

En servicios generales, el área de cirugía cuenta con el siguiente personal:

- © Auxiliar de almacén: Cumple funciones de secretaria del servicio con dependencia directa de la enfermera jefe de cirugía ; labora ocho horas diarias de lunes a sábado de 7 am. A 3 p.m..
- « Auxiliar de servicios generales: Desarrolla actividades de lavado, desinfección y arreglo del área. Este servicio se cubre las 24 horas del día.
- © Camillero: El servicio de transporte de pacientes lo realiza el camillero general

- de la clínica, durante el día ; en las noches, domingos y festivos las auxiliares de hospitalización y/o cirugía.

2.3.4 Situación actual del área de cirugía de la Clínica Metropolitana de Bucaramanga.

El paciente ingresa al área de cirugía proveniente de hospitalización y/o urgencias. El ingreso por urgencias corresponde a pacientes ambulatorios o verdaderas urgencias. El paciente programado para cirugía no tiene ningún contacto previo con el servicio de cirugía; el paciente hospitalizado ingresa al servicio con la preparación adecuada según el procedimiento a desarrollar, la mayoría de estos pacientes no reciben valoración preanestésica.

Al finalizar el acto quirúrgico el paciente es conducido a sala de recuperación de donde es remitido una vez se recupere del acto anestésico a hospitalización o urgencias, si es paciente ambulatorio. En caso de procedimientos quirúrgicos de alto riesgo el paciente es trasladado a la unidad de cuidados intensivos, y a la morgue en caso de fallecimiento, lo cual se registra en el cuaderno de control que allí se lleva.

La programación quirúrgica diaria, se realiza la tarde anterior de acuerdo a la hora, disponibilidad de sala, complejidad de procedimientos quirúrgicos, equipos, anestesiólogo, instrumentadora quirúrgica y tiempo de utilización de la sala (Véase el anexo 2), se publica en el tablero interno del servicio y se envía al conmutador, recepción y urgencias.

El servicio de cirugía mantiene la planta de personal necesaria para cubrir el servicio las 24 horas, haya o no programa quirúrgico.

El área de cirugía maneja el almacén interno; el inventario se lleva por el sistema de máximos y mínimos. Los suministros se solicitan al almacén general de la clínica de acuerdo al consumo observado de cada producto.

La solicitud de los insumos necesarios para el desarrollo de cada procedimiento quirúrgico, son entregados a la auxiliar de enfermería circulante de cada sala, quien reclama en el almacén interno de cirugía la canasta (paquete estandarizado) correspondiente a los insumos para cada procedimiento; los elementos restantes o sobrantes se devuelven al almacén interno al finalizar el procedimiento sin verificar lo que se consumió. Los insumos utilizados se registran en la hoja de gastos de cirugía, en cuyo diligenciamiento participan: anestesiólogos, instrumentadoras y circulantes de sala; es responsabilidad de la enfermera jefe la revisión y posterior entrega a liquidación (Véase el anexo 3).

El manejo de la información en el servicio, pues responde a los requerimientos solicitados para asignar un turno quirúrgico. El turno de cirugía es solicitado directamente por el cirujano y se confirma en forma inmediata de acuerdo a la disponibilidad de sala quirúrgica, anesthesiologo . equipos y elementos indispensables para el desarrollo normal del procedimiento. Los datos se registran en el cuaderno de programación quirúrgica.

Otra información generada en el servicio, corresponde a la historia clínica de cada paciente, específicamente la hoja de registro de anestesia, procedimiento quirúrgico y patología si es del caso.

En el presente estudio no se incluye la central de esterilización debido a que físicamente se encuentra fuera del área de cirugía, aunque dependa administrativa y asistencialmente de esta, además, se considera un servicio complejo el cual amerita un estudio y control de gestión específico.

3. METODOLOGIA

Basados en la revisión bibliográfica, que incluye la normatividad y los conceptos sobre control de gestión y a través de un análisis sistemático del área quirúrgica de la Clínica Metropolitana de Bucaramanga, se desarrollo el presente trabajo.

El análisis se baso en la observación directa de los procesos actuales y en la recolección de datos del libro de programación quirúrgica. Se detectaron los problemas del área que afectan su desarrollo y productividad.

La identificación de los problemas genera la necesidad de diseñar un sistema de control que permita hacer seguimiento y evaluación de los procesos del servicio.

Para el sistema de control de gestión se utiliza información sistemática, objetiva y oportuna, traducida en indicadores integrados en un tablero de gestión. La información que se toma corresponde a los aspectos más importantes que directamente afectan el desarrollo óptimo de los procesos del área: el factor humano y su capacitación, rotación del personal y satisfacción del cliente interno; la calidad de la atención, con la satisfacción del usuario y control epidemiológico de las heridas quirúrgicas; la rentabilidad representada en la cancelación de cirugías y la utilización de los quirófanos; los suministros en la entrega completa de insumos y el sub-registro de los mismos.

A cada indicador se le realizo una hoja de vida que orienta su aplicación y que contempla los principales aspectos a tener en cuenta como son: dependencia, área de éxito, nombre, propósito, interpretación del indicador, fuente de datos, periodicidad, descripción del indicador, metas y responsables.

Para la standarización y las metas de cada indicador se deja como recomendación a la gerencia de la institución su elaboración luego de tres meses de implementación del programa de control de gestión actual. Al final se realizan las recomendaciones que se deben tener en cuenta para el éxito del programa de control de gestión en el área.

4. ANALISIS DEL AREA QUIRURGICA DE LA CLINICA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA

4.1 ANALISIS SISTEMATICO

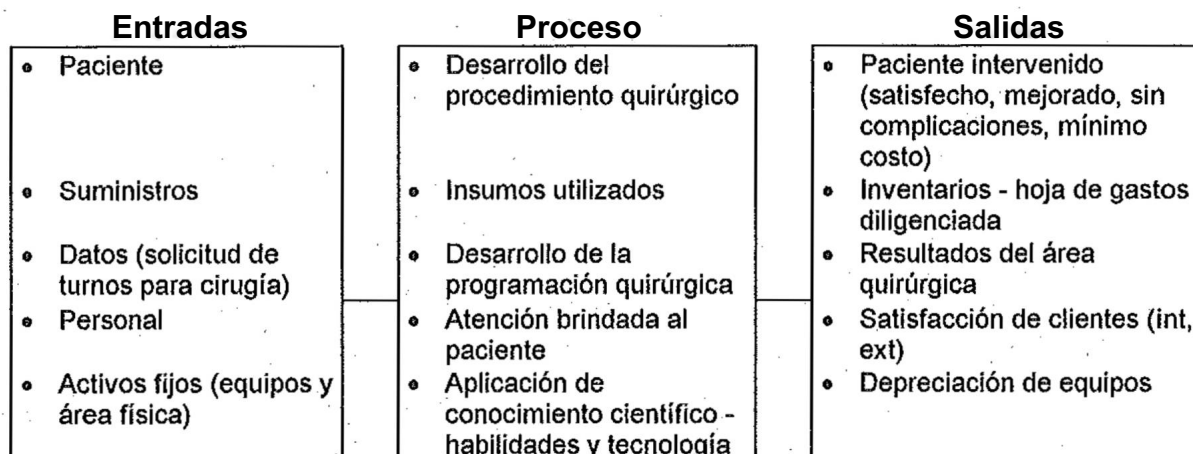
La evaluación de los servicios de salud debe ser en forma integral, es por ello que metodológicamente se acude al análisis sistemático como el abordaje más adecuado para lograr dicha integralidad.

Las entradas corresponden a los pacientes que ingresan al servicio, a los suministros que se requieren para el desarrollo de los procedimientos quirúrgicos, a los datos (solicitud de turnos), al personal que labora en el área y a los activos fijos (equipos y área física).

Los procesos son la forma en que se relacionan entre si los elementos de entrada, corresponden al desarrollo de la programación, al procedimiento quirúrgico, a la atención brindada al paciente en servicio y al manejo de inventarios.

Las salidas son los elementos de entrada después de sufrir una transformación, corresponden al paciente ya intervenido (satisfecho, mejorado, sin complicaciones, mínimo costo), hoja de gastos diligenciada, inventarios, información y resultados del área, satisfacción del cliente interno y externo y depreciación de equipos.

Tabla 1. Análisis Sistemático



4.2 ANALISIS DE LA SITUACION ACTUAL

A través de la observación directa de los procesos en el servicio y de la recolección de datos (Véase anexo 4) obtenidos del libro general de programación quirúrgica, en la que se tomó como muestra los turnos asignados durante los meses de Noviembre, Diciembre de 1.997 y Enero de 1.998, en donde se determinaron las causas de mayor ocurrencia por las que no se desarrolla la programación quirúrgica en forma completa y que origina la cancelación quirúrgica. Estas son:

© Inasistencia del paciente.

o Paciente que llega sin la preparación requerida según el procedimiento que se le va efectuar. El paciente no recibe la información correspondiente, o en hospitalización no se prepara adecuadamente.

o Inasistencia del anesthesiólogo por no estar de acuerdo con las tarifas actuales.

® Incumplimiento del cirujano por estar atendiendo en otras instituciones.

® Turnos mal asignados por simultaneidad en el uso de equipos.

o Falta de suministros en el servicio.

- Desinformación en el área de cirugía acerca de los convenios institucionales.

Tabla 2. Principales causas de cancelación quirúrgica

Ítems / Mes	Noviembre	Diciembre	Enero	Total
Pacientes programados	180	100	63	343
Pacientes inasistentes	35.27%	36.5%	25.39%	33.82%
Pacientes mal preparados	12.22%	6.5%	11.11%	10.35%
Inasistencia del anestesiólogo	-	2%	3.96%	1.31%
Inasistencia del cirujano	15.55%	-	4.76%	9.04%
Cirugía mal programada	20.55%	19%	51.58%	25.8%
Falta del material quirúrgico	9.72%	14%	-	9.18%
Desinformación convenios	6.66%	22%	3.17%	10.49%

La utilización teórica de las salas según lo encontrado corresponde al 89.79% en Noviembre , en Diciembre el 67,62% y en Enero el 52,46%. Esto indica que la capacidad instalada no se ocupa con un buen margen de productividad.

La utilización real corresponde al 54,31% en Noviembre, en Diciembre al 50,26% y en Enero al 41,40%. Según estas cifras hay sub-utilización de las salas y del personal del área, esto representa costos y pérdidas para la institución por los gastos fijos que tiene el área.

Tabla 3. Utilización de salas de cirugía

Horas / Mes	Noviembre	Diciembre	Enero
Total horas solicitadas / mes	463,5	389,5	299
Total horas disponibles / mes	522	576	570
Total horas canceladas / mes	180	100	63
Total horas efectiva cirugía / mes	283,5	289,5	236

Con relación al personal que labora en el área existe rotación por renuncias frecuentes, este se cubre en forma inmediata por personal que ingresa a la institución y al servicio sin experiencia en el área. Durante los meses de Octubre,

Noviembre y Diciembre de 1.997 y Enero de 1.998 renunciaron tres enfermeras profesionales, seis auxiliares de enfermería y cuatro instrumentadoras de disponibilidad, (informe del departamento de personal a la gerencia de la empresa en Febrero de 1.998).

El sistema de inventarios de máximos y mínimos se ve afectado por la limitación en la respuesta oportuna por parte del almacén general de la clínica, es por esto, que hay insumos o productos que llegan a cero y en el momento de necesitarlos, con paciente en sala, no existen en el servicio.

Es conveniente anotar que el servicio pierde oportunidades de recibir turnos de cirugía por la no disponibilidad de algunos equipos y suministros requeridos. Sobre esto no existe registro alguno.

4.3 IDENTIFICACION DE PROBLEMAS

Una vez realizado el análisis de la situación actual del área, se identificaron los siguientes problemas:

4.3.1 Problemas administrativos relacionados con el paciente.

Se determina que la programación quirúrgica no se realiza en función del paciente, lo cual afecta la calidad del servicio y ocasiona pérdida de credibilidad en la institución por parte del paciente y la comunidad; pérdidas y altos costos para la empresa por una programación quirúrgica que no es real.

4.3.2 Problemas médicos

La calidad de la atención médica al paciente, se ve afectada por la ausencia de valoración pre-anestésica, la cual se considera el primer contacto del paciente con el servicio de cirugía. Realizar esta valoración, disminuiría el porcentaje de cirugías canceladas motivadas por enfermedades coexistentes en el paciente y ajenas al diagnóstico pre-quirúrgico, al igual que las posibles complicaciones en el trans y/o postoperatorio, con la correspondiente disminución de la estancia hospitalaria.

La inasistencia del médico cirujano y del anestesiólogo no permite desarrollar la

programación quirúrgica, representando pérdida económica para la institución; para el paciente y su familia, daño psicológico, laboral y económico lo que expone a la empresa a situaciones de tipo jurídico por demandas civiles y penales de los pacientes y familiares afectados. Es evidente la falta de dirección y liderazgo médico en el área.

4.3.3 Problemas de Talento Humano

Se presentan algunas situaciones que alteran el normal funcionamiento del servicio, relacionadas directamente con el recurso humano. La rotación y el ingreso de personal nuevo sin experiencia en el área quirúrgica lleva a fallas entre las cuales podemos mencionar:

o Daño de equipos por desconocimiento de su funcionamiento.

© Desconocimiento en la preparación inmediata de los pacientes según cada procedimiento.

o Desperdicio de materiales.

© Desconocimiento de la técnica aséptica.

® Pérdidas y daños de instrumental quirúrgico.

Como consecuencia de lo anterior, el paciente puede verse expuesto a:

® Riesgo potencial de infección.

® Riesgo de complicaciones.

® Riesgo económico.

La institución se afecta económicamente por los costos adicionales que debe asumir por entrenamiento del personal nuevo. Además, el personal que labora en el área se ve expuesto a manejar niveles de tensión mayores a los generados

normalmente en el servicio, lo que origina la disminución en el rendimiento laboral.

4.3.4 Problemas de suministros

Desde todo punto de vista, significa aumento de costos para la institución y riesgo potencial para el paciente (complicaciones e infecciones) por demoras durante el trans-operatorio al no encontrarse los elementos disponibles en el almacén del servicio.

4.3.6 Problemas de información

La falta de sistematización de la información en el servicio impide la realización del análisis posterior, la obtención de datos estadísticos para evaluar el área y tomar las decisiones correspondientes.

Con relación al manejo de la Hoja de gastos, no hay retroalimentación con el almacén interno de cirugía al no haber verificación de la devolución de los

insumos sobrantes después de cada procedimiento; lo que conlleva a que los informes financieros del área no sean reales ni confiables.

5. MODELO DE CONTROL DE GESTION PARA EL AREA QUIRURGICA DE LA CLINICA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA

Para la elaboración del modelo presentado a continuación se tuvo en cuenta los objetivos, políticas y cultura organizacional de la institución, así como, las características propias del área objeto del estudio.

5.1 TABLERO INTEGRADO DE GESTION PARA EL AREA QUIRURGICA DE LA CLINICA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA

Tabla 4. Tablero integrado de gestión

CLAVE DE EXITO	STANDARD	MINIMO	MAXIMO	SOBRESALIENTE
RECURSO HUMANO				
Porcentaje de horas de capacitación				
Porcentaje de rotación del personal del área				
Porcentaje de satisfacción del cliente interno				
CALIDAD				
Porcentaje de satisfacción del usuario				
Porcentaje de heridas quirúrgicas infectadas				
RENTABILIDAD				
Porcentaje de cancelación de horas quirúrgicas				
Porcentaje de utilización de salas de cirugía				
SUMINISTROS				
Porcentaje de entrega completa de insumos				
Porcentaje de sub-registro de insumos				

Tabla 5. Hoja de vida de capacitación de personal

CLINICA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA SERVICIO DE CIRUGIA HOJA DE VIDA PARA INDICADOR DE GESTION	
DEPENDENCIA	División de personal.
AREA DE EXITO	Recurso humano.
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de horas de capacitación.
PROPOSITO	Evaluar el programa de gestión del recurso humano.
INTERPRETACION	Conocer el número de horas de capacitación dadas al personal de cirugía en un período.
FUENTE DE DATOS	Departamento de recurso humano.
PERIODICIDAD	Semestral.
DESCRIPCION DEL INDICADOR	(No. Horas realizadas de capacitación / No. Horas programadas de capacitación) * 100.
METAS	Aceptable. Satisfactorio. Sobresaliente.
RESPONSABLE DE GENERAR LOS DATOS	Coordinador de división de recurso humano.
RESPONSABLE DE GENERAR EL INDICADOR	Coordinador de cirugía.
RESPONSABLE DE LA TOMA DE DECISIONES	Coordinador de cirugía, dirección médica, división de recurso humano y gerencia.

Tabla 6. Hoja de vida de rotación de personal

CLINICA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA SERVICIO DE CIRUGIA HOJA DE VIDA PARA INDICADOR DE GESTION	
DEPENDENCIA	División de recurso humano.
AREA DE EXITO	Recurso humano.
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de rotación del personal de enfermería e instrumentación del área.
PROPOSITO	Analizar las implicaciones que tiene para el servicio, el ingreso del personal nuevo.
INTERPRETACION	Porcentaje del personal que sale del servicio.
FUENTE DE DATOS	Departamento de recurso humano
PERIODICIDAD	Trimestral.
DESCRIPCION DEL INDICADOR	(Total de renunciaciones del servicio / total del personal de cirugía) * 100.
METAS	Aceptable. Satisfactorio. Sobresaliente,
RESPONSABLE DE GENERAR LOS DATOS	Coordinador de división de recurso humano.
RESPONSABLE DE GENERAR EL INDICADOR	Coordinador de cirugía.
RESPONSABLE DE LA TOMA DE DECISIONES	Coordinador de cirugía, dirección médica, división de recurso humano y gerencia.

Tabla 7. Hoja de vida de satisfacción del cliente interno

CLINICA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA SERVICIO DE CIRUGIA HOJA DE VIDA PARA INDICADOR DE GESTION	
DEPENDENCIA	División de recurso humano.
AREA DE EXITO	Recurso humano.
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de satisfacción del cliente interno.
PROPOSITO	Evaluación del programa de gestión del recurso humano en el área.
INTERPRETACION	Expresa el grado de satisfacción del cliente interno.
FUENTE DE DATOS	Encuesta de satisfacción. (Véase el Anexo 5)
PERIODICIDAD	Semestral.
DESCRIPCION DEL INDICADOR	(Total clientes internos satisfechos por encuestas / total de encuestas realizadas) * 100.
METAS	Aceptable. Satisfactorio. Sobresaliente.
RESPONSABLE DE GENERAR LOS DATOS	Coordinador de cirugía y cliente interno.
RESPONSABLE DE GENERAR EL INDICADOR	Coordinador de cirugía.
RESPONSABLE DE LA TOMA DE DECISIONES	Coordinador de cirugía, dirección médica, división de recurso humano, gerencia y junta directiva.

Tabla 8. Hoja de vida de satisfacción del usuario

CLINICA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA SERVICIO DE CIRUGIA HOJA DE VIDA PARA INDICADOR DE GESTION	
DEPENDENCIA	Oficina de calidad.
AREA DE EXITO	Calidad.
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de satisfacción del usuario.
PROPOSITO	Averiguar el grado de calidad para optimizar el servicio.
INTERPRETACION	Expresa el grado de satisfacción del usuario respecto al servicio.
FUENTE DE DATOS	Encuesta de satisfacción. (Véase el Anexo 6
PERIODICIDAD	Mensual.
DESCRIPCION DEL INDICADOR	(Pacientes satisfechos según encuesta realizada / total de encuestas realizadas) * 100.
METAS	Aceptable. Satisfactorio. Sobresaliente.
RESPONSABLE DE GENERAR LOS DATOS	Coordinador de cirugía, secretaria de cirugía y pacientes.
RESPONSABLE DE GENERAR EL INDICADOR	Coordinador de cirugía.
RESPONSABLE DE LA TOMA DE DECISIONES	Coordinador de cirugía, jefe de la oficina de calidad y gerencia.

Tabla 9. Hoja de vida de infecciones en las heridas quirúrgicas

CLINICA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA SERVICIO DE CIRUGIA HOJA DE VIDA PARA INDICADOR DE GESTION	
DEPENDENCIA	Oficina de calidad.
AREA DE EXITO	Calidad.
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de heridas quirúrgicas infectadas.
PROPOSITO	Optimizar la calidad del servicio y hacer seguimiento al paciente quirúrgico intervenido.
INTERPRETACION	Expresa el porcentaje de pacientes intervenidos quirúrgicamente y que resultan infectados, con relación al total de estos.
FUENTE DE DATOS	Formato de recolección de datos - Historia clínica. (Véase el Anexo 7).
PERIODICIDAD	Mensual.
DESCRIPCION DEL INDICADOR	(No. de heridas quirúrgicas infectadas / No. de procedimientos quirúrgicos realizados) * 100.
METAS	Aceptable. Satisfactorio. Sobresaliente.
RESPONSABLE DE GENERAR LOS DATOS	Enfermera profesional de hospitalización.
RESPONSABLE DE GENERAR EL INDICADOR	Coordinador de cirugía, y comité de infecciones.
RESPONSABLE DE LA TOMA DE DECISIONES	Coord. de cirugía, gerencia, comité de infecciones, jefe de la of. de calidad y enfermera profesional.

Al restablecer estándares para este indicador es necesario partir de la clasificación de las heridas quirúrgicas. Para heridas limpias 0%, heridas limpias contaminadas 10%, heridas contaminadas 30%, heridas sucias 20%.

Se establece a las 72 horas la revisión y observación de las heridas de los pacientes hospitalizados y a las 48 horas al paciente ambulatorio.

Tabla 10. Hoja de vida de cancelación de horas quirúrgicas

CLINICA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA SERVICIO DE CIRUGIA HOJA DE VIDA PARA INDICADOR DE GESTION	
DEPENDENCIA	División financiera.
AREA DE EXITO	Rentabilidad.
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de cancelación de horas quirúrgicas programadas.
PROPOSITO	Evaluar la productividad del servicio.
INTERPRETACION	Número de horas canceladas en cirugía en relación al total de horas programadas.
FUENTE DE DATOS	Cuaderno de control diario de cirugía.
PERIODICIDAD	Mensual.
DESCRIPCION DEL INDICADOR	(No. de horas quirúrgicas canceladas / No. de horas programadas) * 100.
METAS	Aceptable. Satisfactorio. Sobresaliente.
RESPONSABLE DE GENERAR LOS DATOS	Enfermera profesional de cirugía.
RESPONSABLE DE GENERAR EL INDICADOR	Coordinador de cirugía, y enfermera profesional de cirugía.
RESPONSABLE DE LA TOMA DE DECISIONES	Coordinador de cirugía, auditoría médica y gerencia.

Tabla 11. Hoja de vida de utilización de salas de cirugía

CLINICA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA SERVICIO DE CIRUGIA HOJA DE VIDA PARA INDICADOR DE GESTION	
DEPENDENCIA	División financiera.
AREA DE EXITO	Rentabilidad.
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de utilización de salas de cirugía.
PROPOSITO	Optimizar la utilización de las salas de cirugía.
INTERPRETACION	Número de horas utilizadas de 100% de las horas disponibles.
FUENTE DE DATOS	Cuaderno de programación quirúrgica.
PERIODICIDAD	Mensual.
DESCRIPCION DEL INDICADOR	(No. de horas quirúrgicas utilizadas / No. de horas disponibles) * 100.
METAS	Aceptable. Satisfactorio. Sobresaliente.
RESPONSABLE DE GENERAR LOS DATOS	Enfermera profesional de cirugía.
RESPONSABLE DE GENERAR EL INDICADOR	Coordinador de cirugía, y enfermera profesional de cirugía.
RESPONSABLE DE LA TOMA DE DECISIONES	Coordinador de cirugía, auditoría médica y gerencia.

Tabla 12. Hoja de vida de entrega completa de suministros

CLINICA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA SERVICIO DE CIRUGIA HOJA DE VIDA PARA INDICADOR DE GESTION	
DEPENDENCIA	Departamento de compras y suministros.
AREA DE EXITO	Rentabilidad.
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de entrega completa de suministros.
PROPOSITO	Optimizar el sistema de inventarios.
INTERPRETACION	Total de productos entregados, de todos los solicitados
FUENTE DE DATOS	Formato de solicitud de pedido a almacén.
PERIODICIDAD	Mensual.
DESCRIPCION DEL INDICADOR	(Total productos entregados / Total productos solicitados)* 100.
METAS	Aceptable. Satisfactorio. Sobresaliente.
RESPONSABLE DE GENERAR LOS DATOS	Asistente de almacén.
RESPONSABLE DE GENERAR EL INDICADOR	Jefe de almacén.
RESPONSABLE DE LA TOMA DE DECISIONES	Coordinador de cirugía, auditoría médica, gerencia y jefe del departamento de compras y suministros.

Tabte 13. Hoja de vida de sub-registro de insumes

CLINICA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA SERVICIO DE CIRUGIA HOJA DE VIDA PARA INDICADOR DE GESTION	
DEPENDENCIA	Control interno.
AREA DE EXITO	Rentabilidad.
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de sub-registro de insumos.
PROPOSITO	Optimizar el manejo de la hoja de gastos.
INTERPRETACION	Porcentaje de insumos utilizados y no registrados en la hoja de gastos.
FUENTE DE DATOS	Hoja de gastos de cirugía.
PERIODICIDAD	Semanal.
DESCRIPCION DEL INDICADOR	$(\text{Insumos registrados} / \text{Insumos utilizados}) * 100.$
METAS	Aceptable. Satisfactorio. Sobresaliente.
RESPONSABLE DE GENERAR LOS DATOS	Enfermera profesional de cirugía.
RESPONSABLE DE GENERAR EL INDICADOR	Enfermera profesional de cirugía.
RESPONSABLE DE LA TOMA DE DECISIONES	Coordinador de cirugía, auditoría médica, gerencia y control interno.

6. CONCLUSIONES

- « El paciente es el centro de atención del servicio a quien se le debe brindar una atención integral que cumpla con unos parámetros de calidad que satisfaga sus expectativas como cliente. Para lograr éste propósito, el servicio debe contar con un talento humano capacitado, identificado con la institución, con el servicio y en continuo desarrollo humano, laboral y profesional.
- e La programación quirúrgica como principal proceso administrativo debe estar apoyada por una recolección de datos veraz, completa y exacta para evitar contratiempos en el desarrollo posterior del programa. Toda la información generada se debe sistematizar a fin de apoyar todo el proceso de control de gestión en la institución.
- ® En el manejo de los suministros quirúrgicos, se debe garantizar la disponibilidad permanente de los insumos requeridos en el área. Esta disponibilidad debe ajustarse a los parámetros de eficiencia y uso racional de los recursos.
- La calidad en la prestación del servicio de cirugía debe estar liderada por el personal médico (cirujanos y anestesiólogos) pues de un manejo integral del paciente depende el éxito de todo procedimiento que se realice y la buena imagen del servicio,
- © Para que todo lo anterior se lleve a cabo es necesario cumplir con los requisitos mínimos esenciales de que habla la resolución 4252 de 1.997, y el decreto 2174 del 28 de Noviembre; además debe existir un compromiso a todos los niveles de la institución y capacitar al personal para que conozca la realidad y su entorno; solo así se logrará cambiar la cultura de nuestras organizaciones.

7. RECOMENDACIONES

La implantación de un modelo de control de gestión exige para lograr su objetivo, que la institución modifique la cultura organizacional, lidere el cambio y promueva la cultura de la calidad dentro de sus valores como institución.

Presentamos algunas sugerencias para lograr el éxito en la implementación del modelo:

7.1 STANDARIZACIÓN DE PROCESOS

El personal del área debe realizar su trabajo protocolizado a fin de lograr mayor productividad y seguridad en la realización de sus actividades.

Deben realizarse manuales de procesos así:

7.1.2 Administrativos

o Ingreso del paciente a cirugía

« Manejo de los insumos

e Informe de gastos de cirugía

ó Manejo de la historia clínica

o Manejo de la papelería según la empresa

0 Egreso del paciente del área

e Manejo de las muestras de patología .

© Diligenciamiento de formatos (certificación de recién nacidos vivos)

e Manejo de material e instrumental

© Normas de bioseguridad

7.1.3 Asistenciales

o Consulta pre-anestésica

© Protocolos de preparación de paciente para cada procedimiento

o Atención de enfermería en el pre-operatorio inmediato

© Atención de enfermería en el trans-operatorio

• Atención de enfermería en recuperación

e Lavado quirúrgico (preparación del área quirúrgica)

« Preparación de la sala para cada procedimiento quirúrgico

® Técnica de lavado quirúrgico de manos

0 Manejo de desechos del área

7.2 INFORMES DE CONTROL INTERNO

0 Inventarios reales de insumos y suministros

e Diligenciamiento del formato de gastos de cirugía

- © Diligenciamiento de formato de cancelación de cirugías
- ® Inventario de instrumental quirúrgico
- © Sistema de procedimientos por paquetes

7.3 ORGANIZACION DEL AREA

Jefatura médica:

- ® Promover y mantener un trabajo de equipo dentro del área para lograr su buen funcionamiento.
- © Hacer seguimiento y evaluar el trabajo del área
- © Liderar el mantenimiento del área
- ® Coordinar el trabajo con otras áreas de la institución y con las directivas

7.4 CULTURA DE AUTOCONTROL

La institución debe orientar acciones prioritariamente hacia las personas, a cambiar su actitud y hábitos de trabajo, a mejorar la comunicación entre las áreas, a desarrollar su capacidad analítica y autocrítica y a buscar creativamente soluciones a sus problemas, hacer disciplinados y exigentes con la calidad del servicio y a mejorar el estilo de dirección y liderazgo de las directivas.

7.5 GESTION DE TALENTO HUMANO

Liderar acciones que permitan el desarrollo personal, profesional y laboral de cada uno de los colaboradores del área y de la institución.

7.6 AUDITORIA DEL SERVICIO Y DE LA CALIDAD

BIBLIOGRAFIA

BLANCO RESTREPO, Jorge H y MAYA MEJIA, José María. Fundamentos de salud pública : administración de servicios de salud. Medellín : s.n,1997.

CENTRO DE gestión hospitalaria : Guía para el mejoramiento de una unidad quirúrgica. Bogotá : s.n, 1992. (Serie Gueos; no. 7)

Calidad.

— Construyamos el futuro : Calidad y eficiencia. Foro Internacional. Videocasete. Medellín, 1994.

-----Foro de Productividad, 1997

-Revista.

DI PRETA, Brow Lori y otros. Garantía de la calidad de la atención de salud en los países en desarrollo. Documento de estudio. Serie de perfeccionamiento de la metodología de garantía de calidad.

FRED R, David. La gerencia estratégica. Bogotá : Legis, 1988 (Serie empresarial)

FUNDACION HOSPITALARIA SAN VICENTE DE PAUL. Unidad funcional de control de gestión. Indicadores de gestión para unidades funcionales. Medellín : s.n, 1996. Programa de mejoramiento de los servicios de salud en Colombia.

FUNDACION SANTAFE. Unidad de garantía de la calidad. Indicadores de calidad. Santafé de Bogotá, 1996. Documento.

GOMEZ, Edgar E y otros. Control integrado de gestión para el servicio de urgencias de la Clínica Metropolitana de Bucaramanga. Bucaramanga, 1997. Documento.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS Y CERTIFICACION. ISO 9004“2. Administración de la calidad y elementos del sistema de calidad. Parte 2. Directrices para servicios. C06. 101. 1988.

DIAGNOSTICO, PLANEACION y control de gestión para la empresa colombiana. Más de cien indicadores de control de gestión para todas las áreas de la empresa. Santafé de Bogotá, 1993. Manual.

OBREGON SABOGAL, Perla. Administración hospitalaria. Bucaramanga, 1997. Documento de estudio. Escuela de postgrados universidad cooperativa de Colombia.

----- Gerencia de calidad. Bucaramanga, 1997. Documento de estudio. Escuela de postgrados Universidad Cooperativa de Colombia.

PABON LASSO, Hipólito. Evaluación cualitativa de servicios de salud. Modelo Prides. Valle : Universidad del valle, 1985,

QUINTERO URIBE, Victor Manuel. Construcción de indicadores de gestión social. Santafé de Bogotá : Corporación el minuto de Dios, 1997.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Ley 100 de 1.993. Sistema de seguridad social integral. Santafé de Bogotá : s.n, 1993.

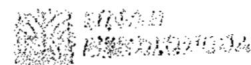
.....-Programa de mejoramiento de los servicios de salud en Colombia. Bogotá, 1996. Módulos 2,3 y 5.

..... Control integrado de gestión. Desarrollo empresarial hospitalario. Santafé de Bogotá, 1996. Proyecto de desarrollo institucional. Módulos 2,3,5 y 6.

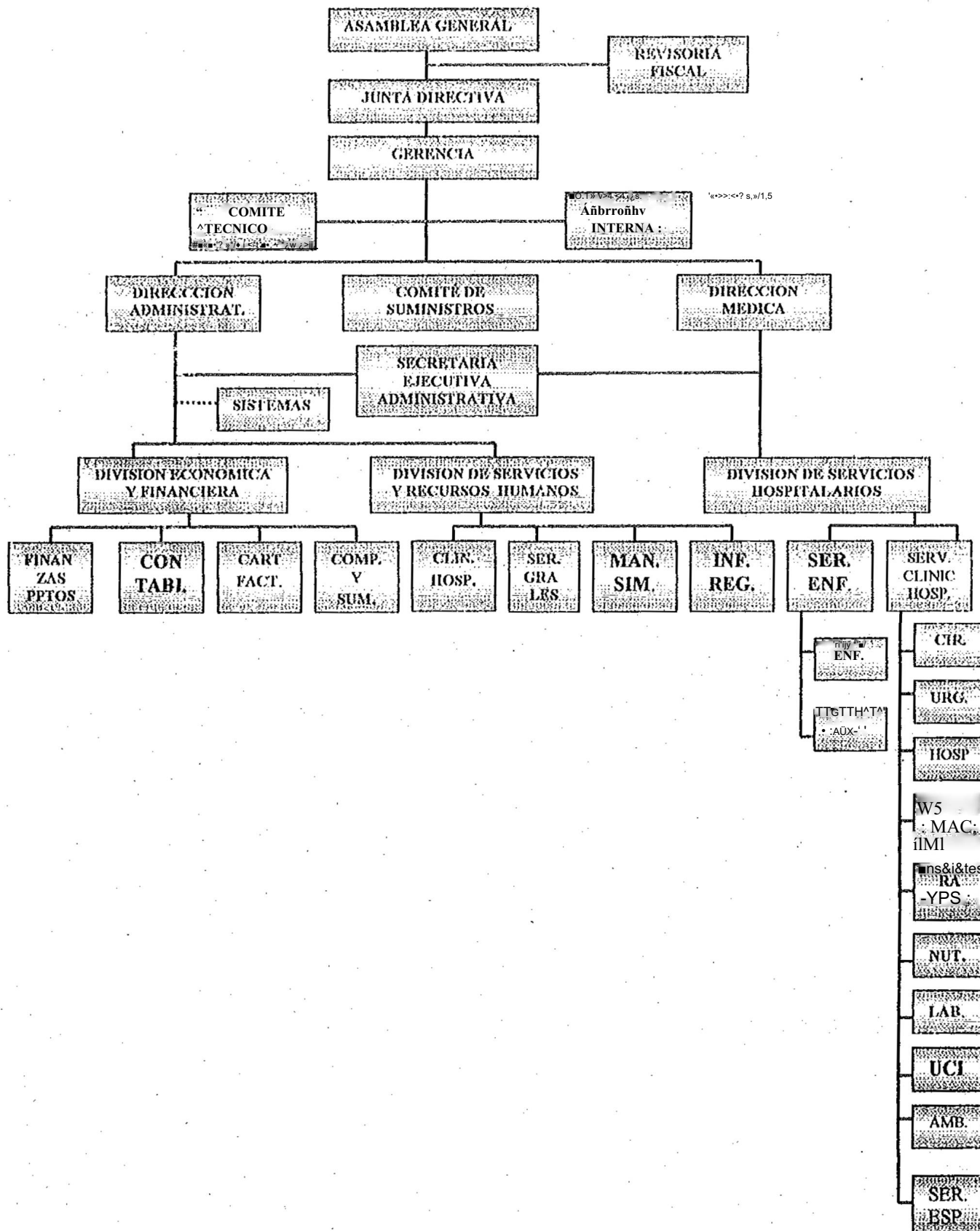
----- Decreto 2753 de 1.997. Declaración de cumplimiento de los requisitos esenciales en la prestación de servicios de salud. Para dirección de salud. Bogotá, 1997.

-----Decreto 2174 de 1.996. Organización del sistema obligatorio de garantía de la calidad del sistema de seguridad social en salud. Bogotá, 1996.

SERNA GOMEZ, Humberto. Auditoría del servicio. Bogotá: s.n, 1996.



Anexo A Organigrama



Hoja de gastos



LA CLINICA EN LA ATENCION DE SUS QUID

UNIDAD MEDICO QUIRURGICA UIMMEQ S.A.
CLINICA MBTR<=>n)I UANA lili IUCAIUMAKGA
INFORME OH SERVICIOS DE CIRUGIA Y ANESTESIA

TECHA	INFORME N° 16376
HOMBRE DEL PACIENTE:	CAMA No
ENTIDAD:	
INTERVENCIONES:	
DURACION:	CIRUJANO
ANESTESIOLOGO:	
INSTRUMENTAORA:	
URGENCIA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	RECARGO NOCTURNO O FESTIVO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

MATERIALES DE CIRUGIA

MATERIALES DE CURACION

CODIGO	mes.	HOMBRE	CANT.	CODIGO	FRES.	HDMRE	CANT.	CODIGO	FRES	HOMIPr	CAH
203001	Sobe	Adapito		202051	Sobre	Catgut Cromado		203006	C.C	Acotml Pirro	
202009	Unidad	Agua Sutura Curva		202050	Sobre	Cnlgul Cromado Oftal		203093	C.C.	Akobol Yodado.	
202010	Unidad	Agua Sutura Reda		202054	Sobre	Calgul SimpW		203009	Ttxund	Algodón IsodWe	
203002	Unidad	Agujas Desechabas		202057	Sobre	Cera Osea		203017	Unidad	ApAsrtrw Gana	
203	Soba	AV StcaJp		202045	Sobre	Servix Set.		203016	Unidad	Apteadoms	
2020	UnWad	Bolsas Recotectoras		202071	Sobre	Dermalon		203021	Unidad	Baja lenguas	
202025	Unidad	BranuJas		202072	Sobe	Dexon		203023	Unidad	Cotorwdes	
202027	Unidad	Cánula Traqueo slomla		202098	Sobre	Etfúbond		222075	Unidad	Drenes Pensóse	
202030	Unidad	Cánula Guedell 0-1-2		202099	Sobre	Eth'bond Oftálmico		203061	C.M.	MicroAore	
202031	Unidad	Cánula Guanell 3-4		202102	Sobre	Elh'on		203024	C.M.	Esparadrappo i lo\$;:l.	
202035	Unidad	Catéter EpWural		202104	Sobre	EthiWn Oftálmico		203038	C.C.	isod'rse Espuma	
202037	Unidad	Caletee Eorgady Codo		202123	Sobre	Mira'-ena		203039	Unidad	Isodte Soterón	
202038	Unidad	Catéter Forgarty Largo		202131	Sobre	ti uroion		203032	Unidad	Gastas	
202028	Unidad	Cánulas Oxigeno		202140	Sobre	Nurelon Neutro		203031	UnWad	Gasa Vaselnada	
202055	Unidad	CristoHo		202232	Sobre	Parenquima Set		203035	Par	Guantes	
2020G3	Unidad	CucWSa Bisturi		202137	Sobre	Fotycol		300001	UnWad	L.M.	
202107	Unidad	Bureta		202139	Sobre	Prolene		300002	UnWad	I.V.	
202400	Unidad	Electrodos		202151	Sobre	Securex		203057	UnWad	Mechas	
202079	Unidad	Equipo Bomba Infusión		202153	Sobre	Seda		203067	Unidad	Torundas	
202084	Unidad	Equipo Mu tifio'		202168	Sobre	Seda Offá'mica		202068	UnWad	Cuchies Afeitar	
202078	Unidad	Equipo Admoñ SoWcs.		202237	Sobre	Surgüene		203018	Unidad	Apórfos Yodados	
202039	Unidad	Mhisel		202197	Sobre	Surgiton		203019	Unidad	Apositos Tooper	
202092	Unidad	Equipo Transfusión		202238	Sobre	Surgfon Oftá'mka					
202093	UnWad	Equipo Venocfisis		202210	Sobre	VJcryl				OTROS	
202108	Unidad	Exovac		202211	Sobre	Vioyl Oftálmica					
202110	Unidad	Gel Electrodos									
203046	Unidad	Jeringa Desech. 2 c.c.								OTROS	
203048	Unidad	Jeringa Deseccó. 5 c.c.									
203015	Unidad	Jeringa Deseccó. loc.c.									
203047	Unidad	Jeringa Deseccó. 20 c.c.									
201366	Unidad	Máscara Oxigeno									
202147	Unidad	Receptal Aju!									
202148	UnWad	Reoeptal Blanco									
20217	UnWad	Senda Foley									
20218	Unidad	Sonda Levwi									
20218	Unidad	Sonda Nelaton									
20219!	Unidad	Stery Drepe									
202192	UnWad	Stery Strip									
20307	Unidad	Vendas Algodón									
20307	Unidad	Vendas DeJa Lia									
20309	Unidad	Vendas Yeso									
2030	UnWad	Venda Gasa									

CODIGO INTER VENCIONES	GRUPO	INFORME N° 16376
CODIGO CIRUJANOS:	CODIGO AYUDANTE	
	CODIGO ANESTESIOLOGO	
	CODIGO INSTRUMENTAORA:	

Anexo E
Encuesta de satisfacción del cliente interno

CLINICA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA
SERVICIO DE CIRUGIA
ENCUESTA DE SATISFACCION DEL CLIENTE INTERNO

Para tener cada día un mejor ambiente de trabajo, necesitamos la participación y colaboración de todos. Por favor conteste objetivamente las siguientes preguntas:

Cargo desempeñado _____ Antigüedad _____ Tipo de Vinculación _____

Señale con una X la respuesta que considere conveniente:

1. Califique el trato recibido por:	E	B	R	M	P
Enfermera profesional	_____	_____	_____	_____	_____
Anestesiólogos	_____	_____	_____	_____	_____
Cirujanos	_____	_____	_____	_____	_____
Gerente	_____	_____	_____	_____	_____
Instrumentadora	_____	_____	_____	_____	_____
Auxiliar de enfermería	_____	_____	_____	_____	_____

2. La relación con los compañeros es:

3. La organización del área quirúrgica es:

4. La capacitación recibida es:

5. El pago recibido es: _____

6. La oportunidad en el pago es: _____

7. Si tuviera la oportunidad de trabajar en otra empresa lo haría: SI

NO

Anexo F
Instructivo para diligenciamiento de encuesta cliente interno

1. Trato recibido:

E: Lo saluda por el nombre, está disponible para el diálogo y lo hace sentir parte del equipo de trabajo.

B: Lo saluda por el nombre, le limita la disponibilidad al diálogo y lo hace sentir parte del servicio.

R: Lo saluda sin reconocerlo, le permite al diálogo muy limitado.

M: Solamente lo saluda sin reconocerlo.

P: No lo determina.

2. Relación con los compañeros:

E: Se interrelaciona con todos los compañeros, le colabora con cambios de turnos y en el desempeño de sus funciones.

B: Se interrelaciona con todos los compañeros, le colabora en el desempeño de sus funciones pero no hace cambios de turnos.

R: Se relaciona con todos los compañeros.

M: Forma grupos y es disociador.

P: No se relaciona con nadie.

3. La organización del área quirúrgica:

E: Cuadros de turnos, elementos quirúrgicos, papelería, información, están en un sitio determinado.

B: Hay cuadros de turnos, elementos quirúrgicos, papelería, información, pero no están en sitio adecuado.

R: Hay cuadros de turnos, elementos quirúrgicos, papelería, pero no hay información.

Anexo F (Continuación)

M: Faltan cuadros de turnos

P: Nadie sabe donde están los elementos

4. Capacitación recibida:

E: Hay planes de capacitación y se cumplen según el organigrama.

B: Hay planes de capacitación pero se cumplen parcialmente.

R: Hay planes de capacitación, organigrama, pero se capacita por preferencia.

M: No hay planes y se capacita según preferencia.

P: No hay planes de capacitación y ni se realiza esta.

5. Pago recibido:

E: Por arriba del promedio salarial de las demás clínicas y con estímulos por el rendimiento.

B: Según promedio de las demás instituciones y con estímulos por el rendimiento.

R: Según promedio de las demás instituciones sin estímulos.

M: Por debajo del promedio de las demás clínicas, pero, más allá del salario Mínimo.

P: Salario Mínimo.

6. Oportunidad en el pago:

E: El pago se realiza menos de 30 días.

B: El pago se realiza entre 30 y 45 días.

R: El pago se realiza entre 45 y 60 días.

M: El pago se realiza entre 60 y 75 días.

Anexo G
Encuesta de satisfacción del cliente externo

CLINICA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA
SERVICIO DE CIRUGIA
ENCUESTA DE SATISFACCION DEL CLIENTE EXTERNO

Nombre _____
Edad _____ Empresa _____

Queremos saber su opinión sobre la atención recibida en el área de cirugía de la Clínica Metropolitana de Bucaramanga. De su colaboración depende el mejoramiento del servicio.

Señale con una X la respuesta que considere conveniente:

1. Califique el trato recibido por: E B R M P

Portero

Recepcionista

Personal de enfermería

Anestesiólogo

Cirujano

2. Como fue la explicación que le dio el siguiente personal, acerca del acto quirúrgico al cual fue sometido:

Personal de enfermería

Anestesiólogo

Cirujano

3. Las indicaciones pre-quirúrgicas dadas por admisiones fueron:

4. Utilizaría de nuevo el servicio de cirugía de la clínica, si lo llegara a necesitar?

SI

NO

Anexo H
Instructivo para diligenciamiento de encuesta cliente externo

1. Trato recibido

® Por el portero:

E: Lo saluda amablemente, le da respuesta sobre la utilización de los diferentes servicios.

B: Lo saluda amablemente pero no le da respuesta a todas las inquietudes del paciente.

R: Lo saluda sin amabilidad y le responde inadecuadamente.

M: No lo saluda y le responde sus inquietudes inadecuadamente.

P: No lo saluda, no le responde las inquietudes.

• Por la recepcionista:

E: Lo saluda amablemente, le revisa documentos y le da todas las indicaciones.

B: lo saluda amablemente, le revisa documentos y le da indicaciones parcialmente

R: Lo saluda amablemente, le revisa los documentos.

M: Lo saluda amablemente.

P: No lo saluda y lo envía donde Hortensia.

o Por personal de enfermería:

E: Lo saluda amablemente, le ayuda a acomodarse en la mesa de cirugía y lo tranquiliza.

B: Lo saluda amablemente y le ayuda a acomodarse en la mesa de cirugía.

R: Lo saluda amablemente.

Anexo H (Continuación)

M: Lo saluda

P: No lo saluda.

© Por el anestesiólogo:

E: Lo saluda por su nombre, le ayuda a subir a la mesa de cirugía, lo tranquiliza y al terminar la anestesia lo llama por su nombre.

B: Lo saluda por su nombre y al terminar la anestesia lo llama por su nombre

R: Lo saluda por su nombre.

M: Lo saluda.

P: No lo determina.

© Por el cirujano:

E: Lo saluda por su nombre, le brinda confianza sobre la cirugía y si despierta le avisa que todo salió bien.

B: Lo saluda por su nombre y le brinda confianza sobre la cirugía.

R: Lo saluda por su nombre.

M: Lo saluda.

P: No lo determina.

2. La explicación que dio el personal de:

® Enfermería:

E: Le explica sobre el procedimiento, las sondas, venoclisis, lavado y responde a sus dudas e inquietudes.

B: Le explica sobre el procedimiento, las sondas, venoclisis y lavado a realizar.

R: Le explica solo el procedimiento.

M: Le explica muy someramente el procedimiento.-

Anexo H (Continuación)

P: No le da explicación.

© Por el anesthesiólogo:

E: Hace visita pre-anestésica, le explica tipo de anestesia, complicaciones, tiempo de duración de la anestesia y responde inquietudes.

B: Hace visita pre-anestésica, explica tipo de anestesia y complicaciones.

R: Hace visita pre-anestésica y explica tipo de anestesia.

M: No hace visita pre-anestésica y someramente le explica procedimiento en sala.

P: No hace visita pre-anestésica, ni en sala le explica el procedimiento.

® Por el cirujano:

E: Le explica el acto quirúrgico, complicaciones pronóstico, duración y el cirujano responde inquietudes,

B: Le explica el acto quirúrgico, complicaciones y responde inquietudes.

R: Le explica el acto quirúrgico y responde inquietudes.

M: Le explica el acto quirúrgico.

P: Ninguna explicación.

3. Las instrucciones pre-quirúrgicas por parte de admisión fueron:

E: Le informaron preparación física, hora, día, que debe traer, revisión de documentos y explicación de formatos a diligenciar.

B: Información sobre fecha, revisión de documentos y formatos a diligenciar.

R: Información sobre fecha y revisión de documentos.

M: información sobre fecha.

P: Ninguna información.

