

**DIAGNOSTICO Y FUNDAMENTOS DE UNA PROPUESTA DE  
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN EL AREA DE CONSULTA  
EXTERNA DE LA DIVISIÓN DE SALUD DEL MAGDALENA MEDIO  
ECOPETROL BARRANCABERMEJA**

**JOHN MANUEL DELGADO NIVIA  
ENRIQUE JIMÉNEZ TRESPALACIOS**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
FACULTAD DE SALUD  
DEPARTAMENTO DE SALUD PUBLICA  
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD  
BUCARAMANGA  
2004**

**DIAGNOSTICO Y FUNDAMENTOS DE UNA PROPUESTA DE  
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN EL AREA DE CONSULTA  
EXTERNA DE LA DIVISIÓN DE SALUD DEL MAGDALENA MEDIO  
ECOPETROL BARRANCABERMEJA**

**ENRIQUE JIMÉNEZ TRESPALACIOS  
JOHN MANUEL DELGADO NIVIA**

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TITULO DE ESPECIALISTA EN  
ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**

**Director  
ALBERTO ZÁRATE MARTINEZ  
Médico Cirujano, M.S.P.**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
FACULTAD DE SALUD  
DEPARTAMENTO DE SALUD PUBLICA  
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD  
BUCARAMANGA  
2004**

## RESUMEN

|                |  |
|----------------|--|
| TITULO         | DIAGNOSTICO Y FUNDAMENTOS DE UNA PROPUESTA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN EL AREA DE CONSULTA EXTERNA DE LA DIVISIÓN DE SALUD DEL MAGDALENA MEDIO ECOPETROL BARRANCABERMEJA <sup>1</sup> |
| AUTOR          | DELGADO NIVIA, John Manuel <sup>2</sup><br>JIMÉNEZ TRESPALACIOS, Enrique Carlos <sup>2</sup>   |
| PALABRAS CLAVE | Calidad, Auto evaluación, Control de la calidad total, Centro de Gestión Hospitalaria de Colombia (GEHOS), Propuesta de mejoramiento, ECOPETROL  |
| DESCRIPCIÓN    |  |

**OBJETIVO:** Generar una propuesta de las intervenciones requeridas en el área de Consulta Externa de los Servicios de Salud de ECOPETROL en Barrancabermeja, para alcanzar el nivel óptimo de calidad con base en las recomendaciones del sistema de evaluación de instituciones de salud del GEHOS.

**MATERIALES Y METODOS:** Elegida el área de consulta externa de la División de salud del Magdalena Medio ECOPETROL (régimen de excepción dentro del marco del sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) se realiza una adaptación de los elementos conceptuales del sistema de auto evaluación de instituciones prestadoras de salud del GEHOS se elabora estándar en calidad con su respectivo formato de verificación para nueve criterios.

**RESULTADOS:** Producto de la verificación se obtienen observaciones que permiten plantear los factores críticos de éxito: **Direccionamiento estratégico:** Aseguramiento, incorporación y vivencia de la filosofía del direccionamiento estratégico; **Liderazgo:** Redefinición de la percepción de liderazgo y cultura organizacional frente al contexto institucional actual; **Satisfacción de los Clientes:** Interés institucional por fomentar la integralidad en el sistema de satisfacción orientado a los clientes; **Gerencia de la Información:** Aseguramiento en la implantación del Sistema Único de Información; **Gerencia de los procesos de atención:** Respuesta coordinada a las necesidades de información de los usuarios e Incorporación del aseguramiento a los procesos institucionales; **Gerencia de los procesos Administrativos:** Introducción del enfoque de resultado; **Conformación y desarrollo del Equipo Humano:** Redimensionamiento del concepto del desarrollo integral; **Contribución al desarrollo sostenible del país:** Construcción de una estrategia de proyección institucional hacia el sector salud, la comunidad y la sociedad en general; **Logros en Mejoramiento:** Gerencia de una cultura hacia el logro de resultados. A partir de éstos se definen las estrategias de intervención.

**CONCLUSIONES:** Es posible a través de un proceso técnico administrativo realizar un proceso de auto evaluación en instituciones de salud, obtener un diagnóstico y plantear alternativas de mejoramiento.

---

<sup>1</sup> Trabajo de Grado

<sup>2</sup> Facultad de Salud, Departamento de Salud Publica, Especialización en Administración de Servicios de Salud, 2004



*A nuestras familias,  
por todo su apoyo y comprensión*

## CONTENIDO

|   | pág. |
|---|------|
| 1. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA  | 9    |
| 2. OBJETIVOS  | 10   |
| 2.1 GENERAL   | 10   |
| 2.2 ESPECÍFICOS   | 10   |
| 3. JUSTIFICACIÓN  | 11   |
| 4. DESCRIPCIÓN DE LA INSTITUCIÓN  | 13   |
| 5. DESARROLLO DEL TRABAJO   | 15   |
| 6. MARCO CONCEPTUAL   | 17   |
| 7. CAPITULO I. INSTRUMENTOS PARA EL DIAGNÓSTICO   | 28   |
| 8. CAPITULO II. DIAGNÓSTICO TÉCNICO ADMINISTRATIVO  | 64   |
| 8.1. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO   | 64   |
| 8.2. LIDERAZGO  | 66   |
| 8.3. SATISFACCIÓN DEL CLIENTE   | 67   |
| 8.4. GERENCIA DE LA INFORMACIÓN   | 70   |
| 8.5. GERENCIA DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN: PREVENCIÓN,<br>PROMOCIÓN, ASISTENCIA, REHABILITACIÓN | 74   |
| 8.6. GERENCIA DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS   | 84   |
| 8.7. CONFORMACIÓN Y DESARROLLO DEL EQUIPO HUMANO  | 90   |
| 8.8. DESARROLLO SOSTENIBLE DEL PAÍS   | 96   |
| 8.9. LOGROS EN MEJORAMIENTO   | 98   |

|  |     |
|--|-----|
| 9. CAPITULO III. BASES PARA LA PROPUESTA DE MEJORAMIENTO | 100 |
| BIBLIOGRAFÍA   | 115 |
| ANEXOS   | 112 |

## 1. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Es posible implementar el sistema de auto evaluación establecida por el Centro de Gestión Hospitalaria para las Instituciones de Salud en la División de Salud del Magdalena Medio de ECOPETROL en Barrancabermeja.

La prestación de los servicios de salud ha sufrido un redireccionamiento a partir de los cambios suscitados por los nuevos modelos económicos y sociales. Estos cambios han generado la necesidad de optimizar los recursos disponibles para mejorar los niveles de cobertura y de calidad en la atención de las necesidades en salud de la población.

En Colombia se han realizado esfuerzos por mejorar la calidad de los servicios en términos de eficiencia, eficacia y efectividad, que sin duda se han reflejado en disposiciones legales que brindan herramientas para tal fin. Un serio ejercicio acorde con los conceptos mencionados es el del centro de gestión hospitalaria con su premio calidad en salud Colombia, el cual recoge los fundamentos para el establecimiento de un sistema de acreditación en calidad de las instituciones de salud.

La División de Salud dentro de sus lineamientos ideológicos contempla los elementos orientados a garantizar una prestación de calidad. Sin embargo no se ha desarrollado un ejercicio que permita comparar y evaluar esos esfuerzos respecto a un referente ideal.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 GENERAL**

Generar una propuesta de las intervenciones requeridas en el área de Consulta Externa de los Servicios de Salud de ECOPETROL en Barrancabermeja, para alcanzar el nivel óptimo de calidad con base en las recomendaciones del sistema de evaluación de instituciones de salud del centro de gestión hospitalaria.

### **2.2 ESPECÍFICOS**

- Realizar el diagnóstico de la situación de la división de salud del Magdalena Medio, en términos de los parámetros de calidad contenidos en la propuesta del premio calidad en salud Colombia del centro de gestión hospitalaria.
- Comparar los hallazgos respecto al patrón del centro de gestión hospitalaria
- Realizar un Análisis temático como fundamento de una propuesta de implementación de los estándares de calidad en la División de Salud del Magdalena Medio ECOPETROL.

### 3. JUSTIFICACIÓN

Las instituciones de salud inmersas en sistemas de prestación cada vez más competitivos, bajo el ritmo creciente de avances técnicos y científicos (no siempre bien validados) y los cambios de perfiles epidemiológicos requieren implementar mecanismos que permitan mantener equilibrio entre estos factores y garantizar la prestación en salud con estándares de calidad. Estos estándares deben ser entendidos como el mejor resultado para el paciente a la luz del conocimiento vigente y teniendo en cuenta la utilización óptima de los recursos.

Como expresión de esta necesidad las instituciones de salud han respondido tratando de reorientar sus esfuerzos de una manera estructurada dirigida a cumplir unos estándares mínimos de calidad.

Desde el punto de vista macroeconómico todas las tendencias económicas mundiales que se reflejan de manera directa o indirecta sobre el mercado colombiano inciden en las decisiones de la Empresa en todas sus áreas: los cambios del sistema de mercado de proteccionismo a libre mercado mediado por competitividad, los cambios en la adaptación de un nuevo modelo de seguridad social en sus aspectos operativos y conceptuales entre otros.

El presente es un ejercicio teórico que parte de la propuesta de una entidad preocupada por armonizar los elementos de la prestación de los servicios de salud (técnicos y administrativos) con el fin de garantizar el cumplimiento de altos estándares que se traduzcan en beneficios para el paciente, la institución y la sociedad, en donde finalmente se refleja el impacto de los servicios de salud.

La presente evaluación permitirá tener un inventario actual de la situación de calidad de la institución, al tiempo que plantear las intervenciones requeridas para lograr un proceso de mejoramiento que busque involucrar la calidad como una filosofía de vida para las personas, como el centro del desarrollo de la institución y al mismo tiempo participar en el proceso de mejoramiento continuo que se vea reflejado en progreso de sus trabajadores, beneficiarios y la sociedad en general.

El principio orientador del trabajo no es el premio calidad en salud Colombia, sino las directrices fundamentales que genera, el objeto que persigue y los medios que dispone para ello (*"...busca identificar, evaluar y difundir las*

*mejores prácticas de las instituciones en salud, con el fin de promover la excelencia en el sector.” ) Si como producto final de este proyecto de grado se logra participar y acceder al premio, el esfuerzo habrá generado un valor adicional ya que el premio “constituye un reconocimiento y un compromiso para las instituciones ganadoras, al convertirse en ejemplo para las demás del sector... El premio también cumple una función de impulsador del mejoramiento y fortalecimiento de las instituciones de salud en la medida en que el instrumento de auto evaluación permite identificar fortalezas y oportunidades de mejoramiento; definir planes para el desarrollo futuro; definir, ordenar y documentar ideas, políticas y procedimientos; generar una cultura de trabajo en equipo; alcanzar logros inmediatos en el desempeño institucional”<sup>4</sup>*

---

<sup>4</sup> CENTRO DE GESTION HOSPITALARIA. Premio Calidad en Salud Colombia: Guía para los Participantes. Bogotá : CGH, 2000.

#### **4. DESCRIPCIÓN DE LA INSTITUCIÓN**

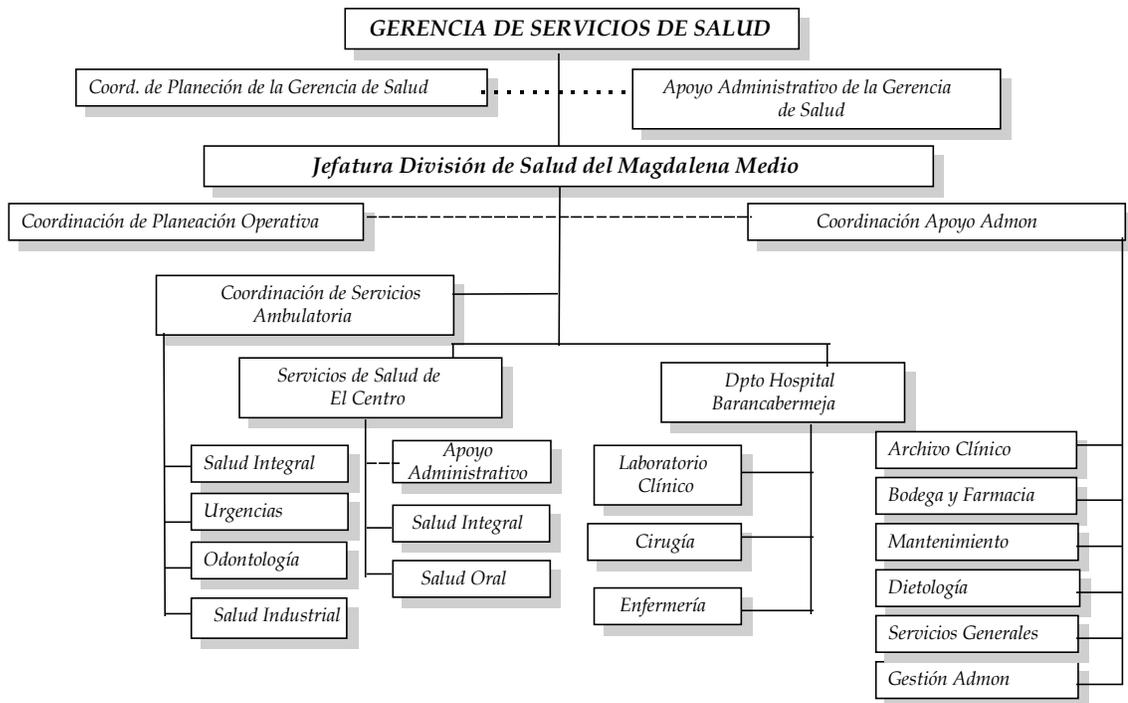
El Sistema de Salud de ECOPETROL se encuentra dentro de las excepciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) que rige en nuestro país desde la expedición de la Ley 100 de 1993.

ECOPETROL esta definida como una Empresa Industrial y Comercial del Estado y su Sistema de Salud depende en todos sus aspectos directamente de ella, de esta manera todo trabajador, pensionado y los familiares de unos y otros acceden de manera directa e inmediata y por derecho a la prestación de estos servicios de salud que incluyen todos los niveles de complejidad para el manejo integral del individuo.

El Sistema de prestación incluye una infraestructura propia en las áreas donde la actividad de exploración, producción y refinación, ejes centrales de la actividad industrial, se desarrolla con mayor importancia. En las zonas en donde ello no ocurre se contratan servicios mediante diversos mecanismos que garantizan la atención integral.

La estructura organizacional para la División de Salud del Magdalena Medio se muestra de manera general en el organigrama adjunto. Se trata de una organización de carácter funcional, de línea jerárquica (burocrática) con la particularidad respecto de las instituciones del sector de llevar a cabo actividades y funciones de aseguramiento y prestación de servicios.

Es de suma importancia que para el análisis se tenga en cuenta que el marco de referencia sobre el que se desarrolla este trabajo corresponde a un sistema de aseguramiento y prestación en salud que tiene establecido ECOPETROL para sus beneficiarios en Barrancabermeja descrito previamente y que impone algunas características especiales frente al esquema de administración convencional.



El mecanismo actual de financiación está determinado en su totalidad por los recursos que la empresa tiene destinado para ello a través de una asignación presupuestal que se proyecta anualmente; de esta manera todos los determinantes que influyen sobre las políticas económicas del Estado y de éste sobre ECOPELROL como empresa estatal, repercuten sobre los lineamientos que enmarcan la viabilidad de algunas de las áreas de la empresa incluyendo su servicio de salud.

## 5. DESARROLLO DEL TRABAJO

Para lograr los objetivos planteados se llevaron a cabo las siguientes fases:

- Documentación. Proceso de recopilación de la información bibliográfica.
- Descripción del estándar. Elaboración del instrumento base que permite el proceso comparativo.
- Verificación del estado actual. Determinación de las condiciones actuales por medio de la realización de entrevistas, listas de chequeo ó encuestas.
- Análisis comparativo. Proceso de evaluación de los aspectos que difieren del estándar establecido.
- Análisis temático. Fundamento de una propuesta de implementación de los estándares de calidad.

El estudio planteado es operativo administrativo. Es un diagnóstico técnico administrativo en los aspectos de calidad del área de consulta externa (Salud Integral) de la institución.

A través del trabajo de recopilación de información se ha logrado re-construir el estado actual de la División de Salud respecto de la calidad, teniendo como punto de partida el argumento conceptual de la gestión integral por la calidad, concepto guía original en la elaboración del instrumento de diagnóstico técnico administrativo.

Partiendo de la estructura organizacional descrita se eligió dentro del área funcional de Servicios Ambulatorios la consulta externa médica (Salud Integral) que incluye las actividades de atención al paciente que consulta de manera ambulatoria. Aunque las áreas funcionales de apoyo no hacen parte de la prestación directa se hace necesario incluirlas dentro del análisis y elaboración de este trabajo como componente del sistema de gestión integral por la calidad.

Metodológicamente se plantearon varios imperativos con el fin de garantizar confiabilidad y veracidad de las fuentes y por tanto de la información suministrada:

- Se identificaron previamente los individuos cuya relación mas directa y profunda con el ítem a evaluar permitiera obtener una información más depurada y exacta. Se tuvo en cuenta además nivel de capacidad decisoria y de intervención real sobre cada uno de los aspectos evaluados. La complejidad de cada ítem hizo necesario recurrir a diferentes fuentes para integrar la respuesta.
- Se practicaron entrevistas dirigidas teniendo como guía los formatos de verificación
- La validación de la información se realizó con base en los documentos institucionales o elemento de soporte.
- La construcción del análisis temático se llevó a cabo bajo el siguiente esquema:
  1. Examen de los elementos constitutivos para cada ítem
  2. Identificación a partir de las observaciones del diagnóstico técnico administrativo de los aspectos que no se cumplen respecto del estándar preestablecido para cada ítem.
  3. Establecimiento de fortalezas y debilidades
  4. Construcción del factor crítico de éxito definido como el conjunto de elementos realmente importantes para la organización en el logro de los objetivos y sobre los cuales se diseñan las áreas de direccionamiento estratégico o de intervención.

## **6. MARCO CONCEPTUAL**

El desarrollo del pensamiento administrativo ha generado drásticos cambios en la valoración y percepción de lo que significa y representa una organización. Históricamente los sectores productivos han recibido esta influencia de manera más temprana y han adaptado o no las nuevas corrientes de pensamiento. Las instituciones de salud se han mantenido distantes a raíz de las características particulares de su ejercicio en el que la conjunción de los componentes técnicos, científicos y éticos se convertían en un obstáculo para la incorporación de tales conceptos. Sin embargo los cambios macroeconómicos y las reglas de juego del marco de la “economía global” han impulsado a todos los sectores incluyendo el de salud a incorporar estas metodologías generando una dinámica diferente en sus acciones. En Latinoamérica el proceso ha resultado aún más complejo producto de la encrucijada a la que se ven abocados estos países tratando de responder por un lado a la problemática de salud propia de los países en vía de desarrollo y por otro a la necesidad de consumo de insumos tecnológicos y científicos de última línea propios de países en vía de desarrollo.

En Colombia la incorporación de dichas prácticas ha generado profundas modificaciones al sector y producto de esta respuesta se han instaurado diferentes metodologías para generar un sector competitivo. Una característica inherente a este proceso ha sido la incorporación del concepto de calidad como principio fundamental y orientador debido a que conceptualmente permite integrar a todos los actores y genera efectos positivos sobre cada uno de ellos.

En este sentido el presente trabajo establece una metodología en la que con base en el concepto de calidad se construye un sistema de auto evaluación que contempla el análisis de los elementos preestablecidos por el Centro de Gestión Hospitalaria y producto del cual se identifican áreas o aspectos susceptibles de ser intervenidos. Los aspectos de la evaluación están agrupados en nueve criterios a cada uno de los cuales se le establece un standard deseable frente al cual se mide el estado presente. La estructura de la evaluación está organizada temáticamente según la afinidad de cada uno de ellos.

- **LOS RETOS PARA LA PRESTACIÓN EN SALUD**

- **EL RETO CONCEPTUAL:**

Dentro de las categorías de lo que consideramos socialmente importante para una comunidad así como relevante en la construcción de las libertades

fundamentales de los individuos se encuentra el estado de salud. Ningún régimen político es ajeno a la necesidad de ofrecer un esquema de acceso a servicios de salud que responda de alguna manera a los requerimientos sociales básicos. Ese crecimiento simbiótico que relaciona el desarrollo social y el acceso a mejores condiciones de atención en salud ha sido casi paralelo con el desarrollo tecnológico y la construcción de idearios filosóficos y morales. El concepto de salud ha estado ligado al desarrollo social y se ha incorporado al de bienestar.

Esta situación hace que invariablemente la valoración que hacemos de salud esté influida por muchos aspectos que desembocan finalmente en un concepto complejo que involucra variables sociales, políticas y económicas. La misma percepción individual y la construcción de este concepto en la sociedad marcan el tipo de respuesta que la sociedad misma espera recibir de quienes la proveen. Como bien material o si se quiere espiritual el estado de "salud" o saludable es una condición que suele percibir y entender curiosamente quien carece de ella<sup>9</sup>. Esta abstracción relativa del concepto de salud sumado al hecho de la avanzada influencia positivista de la ciencia occidental con su sentido pragmático y teórico rígido restringe poderosamente el espectro de posibilidades no solo en el momento de abordar casos particulares sino de enfrentar el reto de prestar servicios de salud a grupos poblacionales o diseñar políticas de salud.

Este problema de definición conceptual varía dependiendo de los idearios de la época y los alcances de la ciencia y evolución social, encontrando respuesta mediante la construcción de conceptos acordes con esas nuevas realidades. La Organización Mundial de la Salud en 1948 definió la salud como "*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia*" expresando el equilibrio armónico entre mente y cuerpo; para Roberto Capote la salud "*es una categoría biológica y social que está en unidad dialéctica con la enfermedad y expresa el nivel de bienestar físico, mental y social del individuo y la sociedad en cada momento histórico de su desarrollo. La patología representa un fenómeno socialmente condicionado*", mientras que para Salleras constituye "*el logro del mas alto nivel de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento, que permita los factores sociales en los que vive inmersos el individuo y la colectividad*".

Al margen del amplio debate definitorio existen puntos comunes respecto de la influencia de los factores sociales, ambientales y hereditarios: "*El concepto verdadero de salud no puede basarse en abstracciones sutiles ni en subjetivismos complicados, sin relación con las estructuras y funciones de*

---

<sup>9</sup> GADAMER, Hans Georg. El Estado Oculto de la Salud. Barcelona: Gedisa, 1.992.

*las sociedades humanas y ajeno a las necesidades de éstas”* <sup>21</sup>. Ello necesariamente impone que la prestación en salud debe incluir todas las acciones y medidas destinadas a garantizar el acceso de un individuo, comunidad o grupo poblacional a la atención de necesidades básicas en salud por parte de un(os) prestador(es) de salud que garantice el mantenimiento de un estado físico y mental armónico que permita su desarrollo individual y/o colectivo a la luz de las características culturales en las que se desarrolla.

Es indispensable tener en cuenta en este sentido la poderosa influencia hemisférica sobre la estructura de pensamiento individual y colectivo y por lo tanto sobre la forma como los individuos perciben y aprehenden la salud y la forma de satisfacer dicha necesidad. El ejercicio administrativo moderno exige que la construcción del concepto de calidad parta del principio aglutinador que involucre por un lado la concepción de salud y por otro la percepción que de ella tenga el individuo y la comunidad. Esta disertación conceptual marca profundamente el interés de este trabajo pues solo un marco definitorio claro (no solo de procedimiento sino de concepto) construido a partir del origen y evolución del pensamiento permite realizar una valoración objetiva respecto de la calidad en la prestación de los servicios de salud. La práctica médica y administrativa no puede ni debe ser ajena a este hecho.

#### **- MODELO ECONÓMICO Y SUBDESARROLLO:**

*“La pobreza sigue siendo la causa principal de la enfermedad y remediarla no está al alcance inmediato de la medicina. Pero la ciencia médica es inútil si no puede aplicarse sin reservas. Necesitamos un sistema de servicios de salud que llegue a todo el mundo, enfermo o sano, rico o pobre y no hay ninguna razón para que no lo podamos establecer”*<sup>14</sup>.

América Latina inmersa en una compleja coyuntura económica y política no ha logrado independizar su economía y fortalecerse como bloque. Carece de estabilidad política por la fragilidad de su estructura económica y los enormes vicios políticos heredados siglos atrás. Los niveles de pobreza e inequidad generan una profunda brecha social que reagudiza ancestrales conflictos por la tenencia de la tierra y el acceso a condiciones de vida favorables. En este marco se deben desarrollar modelos de salud que respondan a las necesidades básicas fundamentales de cerca del 10% de la población mundial (350 millones de habitantes de América Latina) de los cuales cerca

---

<sup>21</sup> SINGERIST, H. E. Civilization and disease. USA : Chicago Univ. Press, 1962

<sup>14</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe Sobre la Salud en el Mundo. Paris : OMS, 2002.

de la mitad se encuentran por debajo de la línea de pobreza en las áreas urbanas. Al menos 1000 millones de personas, esto es el 20% de la humanidad<sup>13</sup>. Por otro lado el panorama de una aldea global exige economías competitivas para ingresar a mercados agresivos y sociedades de consumo con capacidad de adquisición, fenómeno que puede en el largo plazo desestabilizar la zona si no se adoptan decisiones transnacionales de unificación o consolidación real de bloques regionales<sup>8</sup>. Esta tendencia “globalizadora” tiene también implicaciones importantes en el sector salud. El desarrollo científico (la “*circulación del conocimiento*”) adquiere canales de distribución más amplia; su difusión ocurre con mayor facilidad favoreciendo el acceso a este conocimiento de una manera rápida, a menor costo y con restricciones prácticamente inexistentes. En contraste con estos beneficios los países latinoamericanos evidencian un pobre crecimiento en el desarrollo de tecnologías propias y producción de conocimiento científico de punta que resulta proporcionalmente insignificante frente a la generación de conocimiento en otras latitudes<sup>11</sup>.

Latinoamérica se debate entre la necesidad de dar respuesta a profundas necesidades sociales en salud mediante la optimización de los recursos destinados (control de costos y eficiencia) y el ingreso permanente de conocimientos y avances que exceden la capacidad real de adaptación de sus sistemas de salud, paradoja moral difícil de resolver en sociedades sin capacidad real de respuesta frente a las demandas sociales que exigen que se garantice el desarrollo de libertades individuales mínimas. Se debe entonces dirigir esfuerzos en ofrecer soluciones en salud pública que generen un alto impacto poblacional frente a incorporar las nuevas tendencias tecnológicas en diagnóstico y técnicas terapéuticas, los descubrimientos de última generación en fármacos o en aplicación de los nuevos modelos de investigación. Representa no solo un reto político y social sino un tema en donde está por medio el proyecto comunitario que tenemos para nuestra sociedad futura.

### **- EXPLOSIÓN DEMOGRÁFICA Y DESARROLLO SOSTENIBLE:**

La preocupación por el crecimiento poblacional armónico en consonancia con el nivel de recursos naturales disponibles está vigente en las agendas globales de las organizaciones internacionales. El gran debate sobre el desarrollo y su impacto sobre el medio ambiente genera polémicas y posiciones divergentes y contradictorias que enfrentan partidarios de un

---

<sup>13</sup> ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Informe Fondo de Población. Washington D.C. : ONU, 1991.

<sup>8</sup> DRUCKER, Peter. Managing in a time of great change. New York: Trumar Talley Books/ Dutton, 1995.

<sup>11</sup> LLINÁS, Rodolfo et al. Colombia al Filo de la Oportunidad. Misión, Ciencia, Educación y Desarrollo. Presidencia de la República - Colciencias. Bogotá, 1995.

desarrollo sostenible frente a defensores del crecimiento económico<sup>13</sup>. Desde el año 1972 con la Cumbre de Estocolmo se ha reconocido que un desarrollo desequilibrado genera pobreza y hambre y esta a su vez depredación y deterioro del medio ambiente. El tipo de relaciones que guardan estas variables puede modificarse pero finalmente sus conexiones son tan íntimas que pueden resultar inadvertidas:

*“Ahora que el siglo XX toca a su fin, el mundo afronta un problema intimidante: la necesidad urgente de equilibrar el número de seres humanos y sus necesidades crecientes con los recursos disponibles, limitando a la vez el ritmo de destrucción ambiental”<sup>19</sup>*

El creciente número de individuos con necesidades básicas insatisfechas sin acceso a satisfactores fundamentales que propicien el desarrollo de la libertad y por tanto de las capacidades para ayudarse a sí mismos y los cambios demográficos en general imponen numerosos retos a los servicios de salud, los acerca aún más a su responsabilidad social y en consonancia con algunas tendencias económicas y académicas promovidas en los últimos años frente a la problemática del desarrollo y la pobreza. Uno de ellos, el premio Nóbel de economía 1998, Amartya Sen menciona que esta *“perspectiva basada en la libertad guarda una similitud genérica con la preocupación habitual por la calidad de vida, que también centra la atención en la forma en que transcurre la vida humana y no sólo en los recursos o en la renta que posee una persona”*. ¿Hasta qué punto sociedades justas y equitativas buscan generar como valor agregado de su actividad económica el mejoramiento en la calidad de vida o como lo menciona Sen, una perspectiva basada en la libertad y cómo se articula el papel de los servicios de salud en esa intrincada relación?<sup>20</sup>

Es innegable que el crecimiento poblacional deteriora las condiciones medioambientales, altera el equilibrio atmosférico, forestal, de aguas y en general deriva en importantes modificaciones en la condición de salud de los individuos. Las estimaciones que aseguran que la contaminación del aire provoca el 36% de las infecciones de las vías respiratorias inferiores y el 22% de las enfermedades obstructivas crónicas y que cerca de 1.7 millones de muertes anuales son atribuibles al agua insalubre<sup>13</sup> y a condiciones deficientes de saneamiento e higiene representan una realidad asombrosa y

---

<sup>13</sup> ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Informe Fondo de Población. Washington D.C. : ONU, 1991.

<sup>19</sup> SAN MARTÍN, H. y PASTOR, V. Economía de la Salud. Madrid : Interamericana - Mac Graw Hill, 1989.

<sup>20</sup> SEN, Amartya. Desarrollo y libertad. Bogotá : Editorial Planeta Colombiana, S.A., 2000.

<sup>13</sup> ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Informe Fondo de Población. Washington D.C. : ONU, 1991.

a la cual se ha dado respuesta deficiente en los países en vía de desarrollo por múltiples razones.

¿Qué papel deben asumir los prestadores de salud así como los gestores y los decisores en políticas frente a esta problemática?

### **- LOS RETOS PARA COLOMBIA:**

El panorama colombiano ha sido objeto de profundos análisis y desde el punto de vista teórico se han realizado esfuerzos muy importantes algunos de ellos materializados en disposiciones legales. La implementación misma de un Sistema Integral de Seguridad Social en 1993 acoge la preocupación de algunos sectores mundiales por redimensionar el sentido real de la economía y su función social por encima de intereses sectoriales y tecnócratas que valoran la maximización de utilidades y dejan de lado la construcción de sociedades más equitativas.

El debate respecto de la caracterización conceptual del sistema de salud concebido en la ley 100 ha sido fructífero en opiniones pero corto en análisis y sin duda han proliferado más los comentarios anecdóticos que la reconstrucción de la propuesta. Al respecto uno de sus gestores intelectuales, Juan Luis Londoño reconocía en el 2002 que la corrupción representaba el peor adversario frente al establecimiento de un sistema de seguridad social solidario por encima de fuertes dificultades como el bajo crecimiento de la economía y el desempleo. García Márquez lo describe magistralmente al anotar que *“somos dos países a la vez: uno en el papel y otro en la realidad”... En cada uno de nosotros cohabitan, de la manera más arbitraria, la justicia y la impunidad; somos fanáticos del legalismo pero llevamos bien despierto en el alma un leguleyo de mano maestra para burlar las leyes sin violarlas, o para violarlas sin castigo*”.<sup>11</sup>

¿COBERTURA O CALIDAD: CUÁLES DEBEN SER LAS PRIORIDADES EN SALUD?<sup>5, 16, 18</sup>.

---

<sup>11</sup> LLINÁS, Rodolfo et al. Colombia al Filo de la Oportunidad. Misión, Ciencia, Educación y Desarrollo. Presidencia de la República - Colciencias. Bogotá, 1995.

<sup>5</sup> CENTRO DE GESTION HOSPITALARIA. Reflexiones del Consejo Directivo del Centro de Gestión Hospitalaria ante el Foro Internacional Calidad en el proceso de atención: Gestión centrada en el paciente. Revista Vía Salud No. 14. Bogota : CGH, 2000.

<sup>16</sup> ORJUELA DE DEEB, Norma; KERGUÉLÉN BOTERO, Carlos y CAMACHO, Manuel. Acreditación en Salud: El camino hacia el mejoramiento de la calidad. Revista Vía Salud No. 17. Bogotá: CGH. p. 42 - 45.

Para comprender la evolución del concepto de Calidad en Colombia es importante conocer su desarrollo histórico y conceptual.

Como es lógico, la evolución del concepto de calidad ha ido siempre ligada a las tendencias en la gestión empresarial que se han ido dando a lo largo del tiempo. Antes de los años setenta la empresa se centraba principalmente en producir: la demanda era creciente o al menos estable, y el control del mercado lo ostentaban los productores, con lo que el concepto de calidad tenía una importancia secundaria. En los años setenta, tras la crisis del petróleo se produjo un recrudecimiento de la competencia a nivel internacional, una grave recesión económica acompañada de una gran inflación, y un incremento considerable de los costes financieros. El cliente pasó a ser quien controlaba el mercado al disponer de una gran variedad de posibles alternativas, con lo que demandaba, cada vez con mayor intensidad, productos y servicios de calidad.

Desde el enfoque tradicional de calidad que se había centrado únicamente en tratar de evitar que se produjesen fallos durante la fabricación, se evolucionó en tres etapas:

- Control de calidad
- Aseguramiento de la calidad
- Gestión de la calidad total

#### Control de calidad

En esta etapa no aparece el cliente, ya que es el propio fabricante el que elabora sus estándares de calidad. Las dificultades inherentes a este modelo y al hecho de que la calidad estaba adquiriendo una importancia creciente como factor competitivo se produjo un cambio de enfoque que dio lugar a una etapa diferente: el aseguramiento de la calidad.

#### Aseguramiento de la calidad

El aseguramiento de la calidad son todas aquellas acciones, llevadas cabo sistemáticamente, que están destinadas a obtener un proceso productivo que asegure que el producto o servicio llegará a satisfacer los requerimientos de calidad. La cultura de la empresa incorpora la idea de hacer las cosas bien desde el principio.

---

<sup>18</sup> RIAÑO, Gamboa Germán. Auditoria de Calidad en salud. Casa Editorial Grupo ECOMEDIOS, 2001.

Bajo esta estructura se empieza a generar un auge inusitado de las metodologías de certificación de procesos. Una de las más conocidas la certificación a través de la serie ISO 9000. Autoridades de certificación evalúan dicho sistema y en caso de cumplir los requerimientos de calidad necesarios, certifican a la organización.

- Alcanzar y mantener la calidad del producto o servicio para satisfacer al cliente.
- Proporcionar garantías al cliente de que el producto o servicio que se le ofrece cumple unos determinados estándares de calidad.

Pueden distinguirse tres pasos fundamentales en esta metodología:

- Establecimiento de un sistema y evaluación de su adecuación. De esta manera se obtiene el Manual de Calidad.
- Auditoría del sistema para verificar que las disposiciones se están implementando.
- Revisión del sistema de manera continua, de forma que se compruebe que se sigue trabajando del modo adecuado respecto del manual de calidad y que el producto tiene las características prescritas.

Aunque el aseguramiento de la calidad supone algunas mejoras respecto al control de calidad tradicional persisten debilidades:

- No se produce una actividad de mejora. Dado que existen unos procedimientos claramente definidos, cualquier cambio supone un riesgo.
- Procedimientos formales tan definidos limitan de manera considerable la creatividad del personal.
- Se supone la satisfacción del cliente al recibir su pedido de acuerdo a lo especificado, cuando realmente la recepción conforme a lo pactado es algo que el cliente debe dar por supuesto.

La evolución del concepto de calidad llevó a la siguiente etapa: La Gestión de la Calidad Total, que hace acopio de todas las técnicas que han demostrado su utilidad en las fases anteriores pero introduciendo nuevos elementos y una nueva mentalidad en la cultura empresarial.

## Gestión de la calidad total

Esta metodología (o tendencia) se refiere al conjunto de actividades extendidas a todas las áreas, operaciones, procesos y departamentos de una organización (es decir, extendidas a toda la organización) que tiene como objetivo enviar productos o servicios libres de defectos, en el plazo requerido y que satisfagan plenamente las expectativas de los clientes, así como elevar el nivel de calidad de todas las operaciones de la empresa. Para este fin es indispensable que exista un compromiso de la dirección y una completa participación de todos los empleados.

Los principios que rigen la gestión de la calidad están descritos en la enumeración más conocida: los catorce puntos de Deming:

- Constancia en el propósito de mejora continua, a la que debe destinarse tiempo, esfuerzo y recursos. Es importante pensar en el largo plazo.
- Asimilar la nueva filosofía. No son admisibles los antiguos niveles de defectos, retrasos e ineficiencias.
- Prevención. La calidad no se consigue mediante la inspección sino mediante la prevención.
- Cooperar con proveedores. Deben establecerse vínculos estrechos con ellos y no deben seleccionarse los proveedores únicamente con base en precio.
- Mejora continua en todos los procesos.
- Potenciar la formación de todas las personas de la empresa, especialmente de aquellas que tengan responsabilidades ejecutivas.
- Liderazgo, que sustituya a la supervisión tradicional. De esta manera aquellas personas que ocupen puestos de supervisión tendrán tiempo y recursos para detectar problemas en vez de dedicar todos sus esfuerzos a “lo urgente”
- Eliminar el miedo, de modo que todo el personal pueda sugerir ideas y hacer preguntas para mejorar su trabajo.
- Comunicación. Eliminar barreras y promover el trabajo en equipo, así como la comunicación horizontal y vertical.

- Eliminar lemas, exhortaciones y objetivos numéricos, y sustituirlos por declaraciones e ideas orientadas a la mejora.
- Eliminar la gestión por objetivos o por metas numéricas.
- Eliminar las barreras que impiden a los trabajadores sentirse orgullosos de su trabajo.
- Instaurar un plan de formación continua.
- Crear una estructura en la empresa que lleve a cabo los trece puntos anteriores.

La influencia de estas tendencias ha marcado pautas en los estilos administrativos y gerenciales de nuestras instituciones de salud. En mayor o menor grado su influencia ha generado modificaciones en la forma de percibir el servicio y la gestión. Sin embargo la complejidad inherente a la prestación de servicios de salud ha hecho que la incorporación de estos elementos se produzca lenta y en algunos casos de manera tórpida.

La descripción estructural detallada de nuestro actual sistema de seguridad social en salud (de carácter funcional desde su concepción) y su operatividad, expuestos entre otros en el documento de Pluralismo Estructurado de Londoño y Frenk muestran claramente dos aspectos críticos para la viabilidad del sistema: el diseño financiero y la regulación. El primero porque garantiza la continuidad del sistema, aumento de cobertura y aumentos progresivos en calidad, y el segundo porque permite establecer parámetros ideales o deseables de prestación y la verificación de su aplicación por los organismos destinados para ello.<sup>12</sup>

Así las cosas parece no existir divergencia conceptual respecto al aumento en los niveles de cobertura frente al logro de mayores niveles de calidad. Sin embargo el esfuerzo financiero debe necesariamente por un lado armonizar la movilización de los recursos requeridos y por otro contener costos *“no puede haber racionalidad si no se cuenta con dicha consistencia financiera”*. Esa necesidad del sistema establece unos imperativos sin los cuales su sostenimiento no es posible y que se han centrado en el control de costos principalmente en la prestación profesional asistencial que genera el 80% del gasto pero que en algunos sectores ha generado amplios interrogantes respecto que *“Las señales del mercado dicen claramente a los proveedores que no pierdan su tiempo mejorando la calidad de sus servicios más allá de*

---

<sup>12</sup> LONDOÑO, Juan Luis y FRENK, Julio. Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina. Documento de Trabajo 353, Banco Interamericano de Desarrollo, 1997.

*lo que exige el decreto 2174 del 96, puesto que en la medida en que puedan reducir sus costos, el deterioro de la calidad se convierte en un factor externo que tendrá que soportar el sistema en el futuro en términos de un peor estatus de salud”.*<sup>1</sup>

El estado colombiano ha ido desarrollando un marco legislativo congruente con la evolución de estos principios y actualmente cuenta con disposiciones que permiten a las instituciones de salud posicionarse dentro de este marco. Sin embargo existe un desarrollo asincrónico entre la disposiciones legales y la ejecución y seguimiento de éstas explicado por debilidades del estado en la verificación y la realización de las acciones correctivas previstas.

Bajo este panorama resulta claro que los principios orientadores hacia la calidad no deben constituirse en una disyuntiva costos / calidad pues aunque la estabilidad y viabilidad financiera son un aspecto clave en toda empresa existe una oportunidad de facilitación del desempeño financiero mediante la incorporación de una cultura de calidad como imperativo ético en el sistema de salud.<sup>2, 10</sup>

---

<sup>1</sup> CASTAÑO, Ramón Abel. ¿Cómo medir calidad?. Revista Vía Salud No. 5, 1998. p. 4 - 8.

<sup>2</sup> CENTRO DE GESTION HOSPITALARIA. Consideraciones y Definiciones para un Sistema de Garantía de Calidad en Colombia. Revista Vía Salud No. 12. Bogotá: CGH, 2000. p. 5 – 12.

<sup>10</sup> GOMEZ DE LEON, Patricia y PINTO, Diana. Incentivos para Calidad en Salud. Revista Vía Salud No. 17. Bogotá: CGH. p. 4 – 13.

## CAPITULO I

### INSTRUMENTOS PARA EL DIAGNÓSTICO<sup>4</sup>

#### DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

**Estándar.** La institución debe tener definida la misión, visión, valores de forma clara, concreta, sencilla, de manera que traduzcan las características esenciales de la organización. La expresión de la misión define el objeto de la institución; la visión establece la orientación hacia la cual se pretende proyectar la institución y los valores son los principios éticos organizacionales.

Derivado de la conceptualización básica inmersa en la misión, visión y valores se establecen las políticas como la manera de conducir las acciones para alcanzar un fin determinado; los objetivos corresponden al fin que se desea alcanzar; las metas al logro del resultado respecto a una unidad de tiempo y las estrategias entendidas como las acciones encaminadas hacia el cumplimiento de los objetivos.

El direccionamiento estratégico es una herramienta gerencial que permite adecuar, flexibilizar, intervenir y analizar el desarrollo de los conceptos estratégicos frente al contexto en el que esta inmersa la organización. Su proyección puede ser planteada a través de diferentes metodologías entre las que se encuentra la planeación prospectiva o por escenarios.

Los grandes propósitos corresponden a la misión, visión, valores y las áreas de direccionamiento estratégico y por tanto son el eje fundamental de la organización; deben estar definidos con claridad, ampliamente incorporados dentro del diario transcurrir por todos y cada uno de los integrantes de la organización. Están sujetos a revisión de acuerdo a las necesidades de adaptación y los cambios internos o del entorno que a su vez se examinan a través del desempeño de la organización.

Los planes constituyen la descripción operativa de las acciones que buscan satisfacer el cumplimiento de los objetivos estratégicos. Se examinan siempre que se realice revisión de la planeación estratégica o se evalúe el cumplimiento de metas

---

<sup>4</sup> CENTRO DE GESTION HOSPITALARIA. Premio Calidad en Salud Colombia: Guía para los Participantes. Bogotá : CGH, 2000.

El valor agregado representa el factor diferenciador frente al servicio que se acerca o aproxima a la percepción de satisfacción real de la necesidad por parte del cliente. Su sostenibilidad debe estar no solo íntimamente ligada al compromiso y el esfuerzo institucional permanente por lograrlo sino a la disposición eficiente de todos los recursos evaluados con base en elementos objetivos

Un proceso de aseguramiento implica una definición precisa del proceso de direccionamiento estratégico, hecho que incluye su documentación, seguimiento y revisión sistemática así como la ejecución de las acciones de mejoramiento requeridas.

La elaboración del direccionamiento estratégico implica que la alta gerencia genere los espacios que permitan enriquecer su construcción mediante la participación de todos los actores involucrados con la organización, esto significa proveedores, los usuarios o sus representantes, y todos los empleados que constituyen la organización misma y las relaciones con su entorno. Este proceso implica la existencia de mecanismos de verificación previos que permitan corroborar que todos los actores estén involucrados; para tal fin la información se obtiene de las fuentes que garanticen la representatividad de cada uno de los actores.

La alta administración debe promover la construcción de un lenguaje común frente a los grandes propósitos, para tal fin debe existir una elaboración teórica, una estrategia de difusión (y la medición de su cumplimiento) así como los ajustes necesarios que permitan garantizar el logro de los grandes propósitos. A través de los planes operativos se establecen líneas de acción coherentes con los grandes propósitos. Esta conceptualización en las áreas operativas busca integrar las acciones con los conceptos y significados comunes de manera que la evolución y seguimiento de dichos planes permita evaluar el logro de la misión, visión y objetivos estratégicos. Este seguimiento se fundamenta en la construcción de indicadores de cumplimiento de las actividades y/o tareas previstas; se debe definir con anterioridad la periodicidad del seguimiento y las fuentes de información. A partir de las observaciones se deben identificar y bloquear las causas que originan desvíos en el cumplimiento de objetivos y metas. La práctica de trabajo en equipo interfuncional e interdisciplinario facilita el desarrollo de esta metodología (seguimiento e intervención).

Como elemento fundamental debe proveerse dentro del presupuesto los recursos necesarios que garanticen la ejecución de todos los planes operativos; mediante un enfoque financiero debe determinarse el tipo de información, forma de seguimiento y el modo de relación de las áreas asistenciales (funcionales) con las administrativas que permitan la elaboración de la estructura de costos y la composición de los gastos.

## **Formato de verificación para el direccionamiento estratégico.**

### **1. DEFINICIONES BÁSICAS Y FORMULACIÓN DE PLANES**

- Misión, visión, valores.
- Políticas, objetivos , metas y estrategias.
- Cómo se lleva cabo el direccionamiento estratégico.
- Como se definen y revisan los grandes propósitos.
- Cómo se construyen y revisan los planes. En qué momento se lleva a cabo este proceso. Cuáles son las variables más relevante tenidas en cuenta para su formulación.
- Cómo se proyecta el proceso de direccionamiento hacia el futuro.
- Como se determina el valor agregado hacia los clientes:
  - Cuáles son.
  - Cómo se determinan los recursos.
- Capacidades vitales para garantizar sostenibilidad del valor agregado.
- Aseguramiento del proceso de direccionamiento estratégico de la institución (cómo se asegura)

### **2. ANÁLISIS ESTRATÉGICO**

- Medición de la participación de los miembros de la institución, usuarios, otros clientes y proveedores en el análisis para la elaboración del direccionamiento estratégico:
  - Información utilizada, mecanismos y procedimientos de recolección y análisis, periodicidad.
  - De quien se obtiene.
  - Cómo se realizo análisis DOFA: Mecanismos, procedimientos y acciones de la alta dirección para identificar las variables del análisis DOFA.
  - Cuáles son las variables más relevantes tenidas en cuenta para la formulación de los planes estratégicos.
  - Análisis del entorno
    - Competitividad del mercado
    - Desempeño de otros proveedores de servicios
    - Capacidad de asociarse
    - Se contemplan diferentes escenarios?
- Cómo se hace seguimiento a las variables.
- Cómo se identifican cambios en las variables.
- Cómo se comunican a las áreas esos cambios

- Cómo incide este seguimiento en las modificaciones de las estrategias y en el día a día.
- Cómo se revisa y mejora el proceso de análisis estratégico.

### 3. DESPLIEGUE DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

- Como se hace la difusión del direccionamiento estratégico (objetivo, metas, estrategias)
- Despliegue áreas operativas
- Despliegue áreas de apoyo
- Cómo se integran
- Como la alta dirección promueve la construcción de significados comunes (compartidos) alrededor de los grandes propósitos
- Como se definen en las áreas funcionales la misión, visión, valores, planes operativos e indicadores de seguimiento de cada área
- Como se integran los planes e indicadores al nivel superior
- Medición de la contribución de cada área o nivel al logro de los planes globales
- Como se evalúa y mejora la planeación operativa.

### 4. SEGUIMIENTO AL DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

- Mecanismos y periodicidad de seguimiento por la dirección al grado de avances de los planes y resultados claves
- Cual es el Sistema de indicadores que apoya al despliegue y permite el seguimiento
- Señale las fuentes de información para el seguimiento a planes
- Mecanismos y periodicidad de seguimiento por las diferentes áreas al grado de avances de los planes y resultados
- Cómo se definen las brechas entre lo planeado y lo ejecutado
- Como se identifican y bloquean las causas que originan desvíos en el cumplimiento de objetivos y metas.

### 5. TRABAJO INTERFUNCIONAL E INTERDISCIPLINARIO PARA LOGRAR LAS METAS

- Explicar enfoque y papel de la alta dirección al orientar hacia el cumplimiento de la misión y el alcance de la visión.
- Describir la forma en que se relacionan e interactúan las diferentes áreas para el logro de las metas propuestas.

- Explique como enfoca la institución el proceso salud-enfermedad y como promueve el trabajo en equipo interfuncional e interdisciplinario (enfocado hacia esa meta: equilibrio salud-enfermedad)
- Como esta conformado el equipo de dirección.
- Como están conformados los proyectos, comités y actividades interdisciplinarias e interfuncionales del último año.
  - Cuáles son sus integrantes, perfiles, responsabilidades, periodicidad de las reuniones, seguimiento a resultado y efectividad
- Cual es la participación del área financiera en la planeación, seguimiento y evaluación de los proyectos de desarrollo de cada una de las áreas
- Que información produce el área financiera para el seguimiento y evaluación de los proyectos de desarrollo de cada una de las áreas
  - Quien participa
  - Como se lleva a cabo el seguimiento
- Como se desarrolla el trabajo entre el área financiera y las demás áreas para la elaboración y seguimiento del presupuesto de ingresos y gastos
- Como participan las áreas asistenciales en la definición de estándares de calidad para compras (y en general para todos los aspectos referentes a costos y/o gastos).

## **LIDERAZGO**

**Estándar.** El desarrollo de la capacidad de liderazgo en todos los niveles y la participación franca del equipo directivo como líder y responsable principal de la creación y mantenimiento de un direccionamiento estratégico claro y visible, que sirva de guía al trabajo diario de ese equipo humano y actúe como promotor de un proceso permanente de mejoramiento buscando dar una respuesta más efectiva a los usuarios, a otros clientes y a la comunidad. Ello implica el compromiso en la generación de un proceso de Gestión Integral hacia la Calidad que incluye la construcción y ejecución de dicho direccionamiento reflejado en el desarrollo de las actividades cotidianas que apunten al direccionamiento. La Gestión Integral hacia la calidad debe tener como fundamento la consolidación de un equipo humano que trabaje hacia el cumplimiento de los grandes propósitos. En concordancia este proceso debe estar enmarcado dentro de una estrategia de desarrollo integral del talento humano.

El equipo gerencial debe garantizar la verificación de la coherencia entre los principios y valores respecto de los planes operativos y adoptar las medidas que permitan difundir, consolidar, integrar y reforzar las practicas que se correspondan con esos principios y valores.

La institución debe compartir la experiencia en el desarrollo de su proceso de Gestión Integral hacia la Calidad hacia otras organizaciones o sectores así como a sus usuarios y clientes.

### **Formato de verificación para el liderazgo.**

#### **1. LIDERAZGO DEL EQUIPO DE DIRECCIÓN MEDIANTE EL EJEMPLO**

- Determinación del papel de la Alta Dirección en la construcción de una “cultura de la calidad” entendida como la respuesta más efectiva de la institución a los usuarios, a otros clientes y a la comunidad
- Respecto de Visión, principios y valores, misión y políticas cómo se desarrolla por parte del equipo gerencial en términos de:
  - Participación
  - Creación
  - Difusión
  - Refuerzo del enfoque hacia usuarios y otros clientes
- Cual es la participación de la alta dirección en el desarrollo del talento humano
- Determinar la participación de la alta dirección en el proceso de Gestión Integral hacia la calidad (*Direccionamiento estratégico, Gerencia del día a día, Cultura organizacional*):
  - Concepción
  - Diseño
  - Seguimiento
- Determinar la participación de la alta dirección en la definición de una estrategia de calidad:
  - Establecimiento de objetivos y metas
  - Revisión de planes y avances
  - Reconocimiento a individuos y grupos que contribuyen al cumplimiento de objetivos organizacionales.
- Determinar la participación de todos los niveles en el direccionamiento y divulgación de conceptos y metodologías de un proceso de Gestión Integral por la Calidad
  - Participación en comités de calidad
  - Reuniones con clientes y proveedores
  - Seguimiento y comparación de resultados en cuanto a calidad con otras instituciones.
- Determinar participación y compromiso de la alta dirección con actividades de desarrollo humano
  - Selección
  - Inducción
  - Capacitación
  - Evaluación

- Mejoramiento de las condiciones de vida
- Seguimiento a la satisfacción de los empleados
- Cómo se promueve la autonomía y participación de los empleados en la toma de decisiones
- Describir mecanismos y políticas para promover y desplegar el liderazgo de la institución (en los niveles directivo, operativo y diferentes niveles jerárquicos)
  - Esta determinado el perfil de los jefes
  - Criterios para selección de jefes y directivos
  - Quien los contrata
  - Que tipo de vinculación tienen
  - Como se promueven y fortalecen las habilidades de liderazgo en los jefes
    - a. Qué actividades se desarrollan
    - b. Cómo se desarrollan
    - c. Periodicidad
    - d. Quien participa
- Cómo se hace el seguimiento de los jefes para garantizar que cumplan con el perfil de líderes
- Describa frecuencia y actitud de la alta dirección en las reuniones con clientes y proveedores

## 2. VALORES Y PRINCIPIOS

- Describa los principios y valores de la institución (tácito y/o explícitos)
- Cómo se relaciona los principios y valores con la misión, visión y políticas corporativas de la institución
- Cómo se relaciona los principios y valores con la misión, visión y políticas operativas de la institución (planes operativos)
- Describa actividades, sistemas y planes para lograr comunicación, aceptación e integración y refuerzo de los valores
- Cómo se mide el grado de avance de actividades, sistemas y planes para lograr comunicación, aceptación e integración y refuerzo de los valores
- Cómo auto evalúa el equipo directivo la coherencia entre los principios y valores predicados y los practicados
- Anotar los cambios estructurales y disposiciones históricos que muestren la tendencia del equipo directivo para conseguir una cultura de la calidad

## 3. PROMOCIÓN DE UNA CULTURA DE CALIDAD EN EL SECTOR

- Describa la forma como la institución divulga y comparte los valores y estrategias hacia la calidad con miembros de la comunidad (organizaciones sociales)

- Indique las acciones emprendidas para educar a usuarios y otros clientes en materia de calidad y para difundir valores y principios de calidad
- ¿Qué recursos dedica a ellas ? Grado de avance frente a objetivos planeados en ese sentido
- Acciones institucionales para compartir conocimientos, experiencias y prácticas de la gestión integral hacia la calidad (con organizaciones sociales) Anotar los beneficiarios, tiempo y esfuerzo dedicado

## **SATISFACCIÓN DE LOS CLIENTES**

**Estándar.** La institución frente a sus usuarios actuales y potenciales debe establecer con claridad estrategias que le permitan acercarse a la percepción de necesidades y expectativas y su satisfacción real. El grado de elaboración y afinamiento de estas estrategias determinará el tipo de actividades desarrolladas y la sensibilidad de los instrumentos, los hallazgos y confiabilidad de los mismos; para tal fin se hace indispensable un proceso de revisión, validación y mejoramiento. La materialización de estas observaciones debe generar acciones sistemáticas periódicas y dirigidas que rediseñen procesos o generen otros en los que se traduzcan los hallazgos.

La interacción usuario (o cliente) organización se debe caracterizar por la fluidez y facilidad del contacto en todas sus instancias. En ese sentido debe existir un engranaje institucional dispuesto que permita liderar una política coherente dirigida al cliente no sólo en su trato amable y humanizado sino en las condiciones estructurales y físicas de la institución. Ello implica la construcción de un sistema de información al usuario que facilite dicho contacto y permita mantener una comunicación clara, oportuna y precisa, la selección y capacitación del personal de la organización y los mecanismos de verificación, evaluación e intervención de las acciones desplegadas. Se debe resaltar en este sentido la relevancia de un sistema de quejas y sugerencias como un mecanismo que permita oír la voz del cliente y disponer de los recursos necesarios para analizar e intervenir los aspectos identificados por los usuarios así como para dar respuesta oportuna a ellos.

La caracterización del perfil de la comunidad objeto de la atención representa un esfuerzo y necesidad institucional y como tal debe soportarse sobre fuentes y métodos confiables, actualizados y consistentes que permitan conocer detalles específicos de los grupos poblacionales en el ámbito cultural, político, económico, geográfico, etc. pero principalmente que permitan establecer perfiles de riesgo de los usuarios.

La organización de un sistema de información confiable que permita mejorar el trabajo diario es un ejercicio indispensable. De él se derivan la

construcción de bases de datos que respondan al mejoramiento de los procesos en todas las áreas buscando optimización, eficiencia y mejoramiento de productos y servicios. Alrededor de esta necesidad se debe establecer el uso de algún tipo de tecnología que ayude a garantizar confiabilidad, consistencia y actualización de la información.

No sólo el proceso de construcción de bases de datos sino el uso de información para el cumplimiento de metas y objetivos organizacionales debe considerarse fundamental. En ese sentido la información debe estar al alcance y a la vista de las personas que la requieran en forma oportuna y actualizada.

Finalmente el análisis de datos e información debe responder en todas las áreas a un proceso sistemático establecido que permita evaluar la eficiencia de los sistemas de información y su importancia en la producción de resultados orientado a la toma de decisiones.

### **Formato de verificación para la satisfacción de los clientes.**

#### **1. CONOCIMIENTO DE EXPECTATIVAS DE LOS USUARIOS Y OTROS CLIENTES**

- Mecanismos y procedimientos empleados por la institución para conocer de manera continua y sistemática las necesidades y expectativas de sus usuarios (por Ej. necesidad de comunicación, compartir experiencias con otros usuarios en condiciones similares, tiempos de espera, privacidad, comodidad mínima, respeto por su dignidad, resultado de su proceso de atención entre otros)
- Mecanismos y procedimientos empleados por la institución para conocer las necesidades y expectativas presentes y futuras de otros clientes actuales o potenciales.
- Qué información se recoge, quien, con qué frecuencia, cual es la fuente, la metodología, etc.
- Cómo y quien valida la información (evaluación de los mecanismos utilizados, confiabilidad de la información recogida y cómo los mejora)

#### **2. DESPLIEGUE DE LA CALIDAD - SISTEMA DE INTERPRETACIÓN DE LAS NECESIDADES DE LOS USUARIOS**

- Qué procedimientos o mecanismos utiliza la institución para traducir la información recibida sobre necesidades o expectativas de sus usuarios y otros clientes en atributos de calidad para la prestación de los servicios
- Cómo se revisan y actualizan estos mecanismos y procedimientos

- Cómo se diseñan o rediseñan los procesos de atención y administrativos a partir de esos atributos de calidad y de otros estándares definidos (con base en evidencia científica)
- Quienes intervienen en esta labor, de qué manera y periodicidad, etc.

### 3. GESTIÓN DE LAS RELACIONES CON LOS USUARIOS Y OTROS CLIENTES

- Cómo se facilita el acceso y utilización de la infraestructura de la institución por parte del usuario y otros cliente (Ej. Señalización, información sobre servicios y funcionamiento, facilidad para obtener servicios, facilidad y agilidad de los trámites para la admisión, ambulancias, remisión de pacientes, recepción de servicios, pagos, egreso o retiro, etc)
- Cómo y a quien se dirige esta información (para favorecer el acceso y el uso)
- Explique Mecanismos para generar trato amable de los usuarios y otros clientes en su contacto con la institución
- Criterios de selección, entrenamiento y capacitación de los empleados que interactúan con los usuarios y otros clientes
- Valoración de la calidad del trato personal:
  - Es adecuada la interacción de usuarios con los empleados?
- Describa el enfoque de la organización respecto al manejo de las relaciones con sus clientes y cómo ello se traduce en compromisos y políticas explícitas con respecto a sus productos y servicios
- Describir procedimientos y especificaciones del cumplimiento de la organización hacia sus clientes y cómo asegura que estos procesos se evalúen y mejoren constantemente
- Describir la manera en la que suministra información a los familiares del usuario, procedimientos de información acerca de deberes y derechos del usuario, tipo de contacto entre el personal que interactúa y el cliente y grado de privacidad. Comodidad de instalaciones, aseo, orden y adecuación de los baños y sitios de espera y otras áreas de uso. Explique políticas de visita, etc.

### 4. SISTEMA DE RESPUESTA A QUEJAS

- Cuáles son los mecanismos, sistemas y procedimientos para recibir quejas y sugerencias de los usuarios y otros clientes
- Cuáles son los mecanismos, sistemas y procedimientos para evaluarlas, resarcir fallas o errores o dar respuesta a ellas
- Cómo se promueve el mejoramiento de servicios y procesos con base en las quejas, análisis de problemas y boqueo de las causas buscando su erradicación
- Cómo se evalúan y mejoran los sistemas de respuesta.

- Cómo es el proceso de análisis y utilización de la información obtenida detallando acciones y tiempo de respuesta a cada uno de ellos.

## **GERENCIA DE LA INFORMACIÓN**

**Estándar.** La institución debe garantizar para sus beneficiarios un registro único por paciente en documento de registro clínico (historia clínica) estableciendo mecanismos para su uso adecuado en cuanto manipulación de los documentos, oportunidad en el manejo de la información clínica y privacidad. La información contenida debe cumplir las condiciones establecidas por las leyes vigentes garantizando registros completos y únicos. En este sentido debe existir metodología de auditoría de la calidad de la historia clínica y sus registros así como de la oportunidad en el manejo de la información que permitan fortalecer prácticas adecuadas y corregir desviaciones.

La caracterización del perfil de la comunidad objeto de la atención representa un esfuerzo y necesidad institucional y como tal debe soportarse sobre fuentes y métodos confiables, actualizados y consistentes que permitan conocer detalles específicos de los grupos poblacionales en el ámbito cultural, político, económico, geográfico, etc. pero principalmente que permitan establecer perfiles de riesgo de los usuarios.

La organización de un sistema de información confiable que permita mejorar el trabajo diario es un ejercicio indispensable. De él se derivan la construcción de bases de datos que respondan al mejoramiento de los procesos en todas las áreas buscando optimización, eficiencia y mejoramiento de productos y servicios. Alrededor de esta necesidad se debe establecer el uso de algún tipo de tecnología que ayude a garantizar confiabilidad, consistencia y actualización de la información.

No sólo el proceso de construcción de base de datos sino el uso de información para el cumplimiento de metas y objetivos organizacionales debe considerarse fundamental. En ese sentido la información debe estar al alcance y a la vista de las personas que la requieran en forma oportuna y actualizada.

Finalmente el análisis de datos e información debe responder en todas las áreas a un proceso sistemático establecido que permita evaluar la eficiencia de los sistemas de información y su importancia en la producción de resultados orientado a la toma de decisiones.

### **Formato de verificación para la gerencia de Información.**

## 1. LA HISTORIA CLÍNICA

- Políticas y procedimientos para asegurar una sola Historia Clínica por paciente.
- Apertura y uso de la Historia Clínica:
  - A quien y en qué casos se abre, se usa y se mantiene una Historia Clínica
  - Cómo se asegura información única y registro de todos los contactos con la organización, que no se extravíe ni se pierda.
- Políticas y procedimientos para garantizar completitud y veracidad:
  - Información obligatoria (por Ej. Identificación del paciente, atención previa, valoración, conclusión de la valoración y el examen, diagnóstico, admisión o no, metas del tratamiento, consentimiento diagnóstico y terapéutico, exámenes y resultados, decisiones quirúrgicas o intervencionistas, notas de progreso, nuevas valoraciones, observaciones clínicas, respuesta a tratamiento, reporte de Interconsultas, toda medicación ordenada y suministrada, reacción adversa, nuevos diagnósticos relevantes, referencia interna o externa a otro prestador de servicios, reporte de cirugías con procedimiento utilizado, diagnóstico post operatorio, responsables. Diagnóstico, procedimiento, medicamento ambulatorio, hora y forma de llegada a urgencias y si el paciente sigue o no indicaciones.
  - Quién puede y debe registrar en la Historia Clínica. Cómo garantiza la institución la completitud y el acceso restringido solo a personal autorizado.
  - Cómo identifica quienes agregaron información, omisiones, subsana y previene errores.
- Políticas y procedimientos para garantizar oportunidad de la información en la Historia Clínica, registros médicos disponibles y archivo oportuno de documentos emitidos.
- Mecanismos para asegurar la calidad de la historia clínica. Comité que monitoree el manejo de Historias Clínicas, quien lo conforma, periodicidad de su trabajo, metodología, acciones frente a fallas.
- Indicadores del manejo de historias clínicas del último año (porcentaje de historias clínicas que cumplen con los requisitos establecidos por la institución), tiempo que demoran los resúmenes de egreso en ser archivados en la historia clínica.
- Que acciones pro activas se desarrollan para buscar la calidad en el manejo de la historia clínica.

## 2. PERFILES DE USUARIO

- Como se define el perfil de la comunidad a atender (caracterización)

- Proceso, fuentes de información alcance y usos sobre perfiles de usuarios (epidemiológico, cultural, económico y social de la población, área de influencia, georeferenciación de la demanda).
- Bases de datos de origen e información contenida en ellas.
- Se determinan tipo o riesgos de los usuarios con base en la historia clínica, que tipo de análisis y quien los hace.
- Procedimientos y mecanismos para asegurar confiabilidad, consistencia y actualización de la información utilizada. Como se hace la evaluación y mejora de las bases de datos y sus formas de análisis.

### 3. OTROS DATOS Y FUENTES

- Cuales son las fuentes, alcance y uso de la información para el mejoramiento del trabajo diario (referenciación competitiva).
- Que criterios se utilizan para diseñar las bases de datos que apoyan el mejoramiento de los procesos de atención al usuario y los procesos administrativos y cuales bases de datos se utilizan:
  - En la planeación
  - En el seguimiento
  - En la evaluación
- Que alcance y tipos de datos contienen las bases de datos en relación con satisfacción de usuarios y otros clientes externos, calidad en los procesos, mejoramiento, productos y servicios, duración de procesos, costos. Cuales son las fuentes de donde se obtienen.
- Que procedimientos y tecnologías se usan para asegurar la confiabilidad, consistencia y actualización de la información utilizada.
- Como se mejoran las bases de datos. Con qué periodicidad?

### 4. PROMOCIÓN DEL USO Y ADMINISTRACIÓN VISUAL DE LA INFORMACIÓN

- Que sistemas se utilizan en la institución para que la información este al alcance y a la vista de las personas que la requieran en forma oportuna y actualizada.
- Como se evalúan y mejoran los sistemas para promover el uso de información para el cumplimiento de metas y objetivos organizacionales. Que acciones correctivas y de mejora se ejercen.

### 5. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

- Describir tipo de análisis de datos e información rutinarios y modelos y herramientas utilizados (periodicidad, quien lleva a cabo el análisis). Referirse a información sobre usuarios, producción y costos de servicios,

facturación y cartera, utilización de activos productivos, inventarios y personal.

- Como contribuyen los resultados de los análisis al aprendizaje (satisfacción de clientes y usuarios, compromiso, participación y satisfacción del equipo humano, planeación y aseguramiento de la calidad, eficiencia, disminución en la duración de los procesos)
- Como se evalúa la eficiencia de los sistemas de información (como se obtiene la información, analiza, difunde y utiliza)

## **GERENCIA DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN: PREVENCIÓN, PROMOCIÓN, ASISTENCIA, REHABILITACIÓN**

**Estándar.** El proceso de atención está constituido por todas aquellas acciones sistemáticas y repetitivas orientadas a satisfacer las necesidades de servicio de un usuario con el fin de alcanzar con el mínimo riesgo los mayores y mejores beneficios dados unos recursos. Esto implica por parte de la organización la configuración de una metodología que permita garantizar la calidad de dichos procesos con base en tres elementos fundamentales:

- a. El liderazgo del equipo directivo en el control e intervención de los procesos
- b. La construcción de indicadores de control que permitan medición de los procesos prioritarios y medición de las actividades del proceso. Estos indicadores deben guardar correlación con los criterios de calidad deseados y deben definir un marco regulador propio que permita su análisis periódico para hacer seguimiento a procesos y resultado así como establecer medidas correctivas y preventivas.
- c. La preparación del talento humano orientada en este sentido.

El proceso de atención como eje fundamental de la prestación en salud debe mantener una política que permita documentar los estándares y garantizar su revisión y actualización de manera que se logre obtener el resultado esperado de la atención. En ellos deben estar contenidos los aspectos asistenciales y operativos fundamentales que intervienen en cualquier proceso de atención a paciente. Así mismo todos aquellos mecanismos que validen y organicen de manera lógica y sistemática la información técnica y científica con el fin de ofrecer seguridad al paciente y racionalidad terapéutica; estos aspectos hacen parte de la construcción de los estándares de calidad de la atención en salud.

Dentro de la gerencia del proceso de atención al cliente corresponde a la institución establecer los mecanismos necesarios para identificar

necesidades del paciente y sus acompañantes respecto a expectativas, nivel y vías de información, representaciones culturales del proceso salud – enfermedad, aspectos psicológicos de dicha relación de manera que se garantice una comunicación fluida orientada a entregar información clara acerca de las opciones terapéuticas (medicamentos y procedimientos) y sus consecuencias probables. Este elemento busca ofrecer información valiosa en el proceso de toma de decisiones durante y después de la fase terapéutica y en la responsabilidad compartida que ello implica. Esta política dirigida al usuario debe incluir todos los niveles de complejidad de la institución en sus áreas hospitalaria y ambulatoria (dentro del marco de las estrategias de capacitación al usuario en prevención y promoción)

Los procesos de atención incluyen aquellas áreas en las que se entregan bienes y/o servicios a los usuarios. Debe establecer con claridad las características del manejo de medicamentos y suministros médicos, equipos biomédicos, mantenimiento de áreas clínicas y de apoyo clínico así como el marco regulador de la relación con los proveedores que ofrecen directa o indirectamente servicios de atención.

En cuanto a medicamentos y suministros médicos deben considerarse las disposiciones y el manejo respecto a almacenamiento, prescripción, entrega y distribución orientadas hacia la eficiencia y eficacia en el manejo de estos recursos (marcos reguladores y mecanismos de verificación y control). Con la misma orientación debe estar establecido el marco regulador del manejo de los equipos biomédicos que permita garantizar uso racional y apropiado, mantenimiento preventivo y correctivo, oportunidad y seguimiento a ordenes de mantenimiento, confiabilidad de los equipos y optimización en su uso.

La disposición del acondicionamiento limpieza y asepsia de las áreas clínicas y de apoyo clínico establece el tipo de organismo coordinador de las acciones así como las condiciones operativas que deben existir en los procesos de limpieza, asepsia, esterilización, desinfección quirúrgica y manejo de desechos hospitalarios con el fin de minimizar riesgos a pacientes y familiares.

Para la prestación directa o indirecta de servicios de atención por parte de proveedores externos se debe establecer claramente la política de asignación de dichas actividades, los criterios de selección, verificación, seguimiento y control así como el proceso de evaluación y la intervención en el rediseño de los planes de mejoramiento y de los productos ofrecidos.

La gerencia de los procesos de atención debe incluir como elemento final un sistema de evaluación o auditoría de la eficacia de los procesos institucionales para garantizar calidad a los usuarios.

## **Formato de verificación para la gerencia de los procesos de atención: prevención, promoción, asistencia, rehabilitación**

### **1. SEGUIMIENTO Y CONTROL DE PROCESOS DE ATENCIÓN**

- Enfoque y método que garantice calidad de procesos de atención
- Definir el papel de jefes como **LIDERES INTEGRALES DEL TRABAJO EN EQUIPO** para el control de los procesos, la solución de los problemas y evitar su reincidencia
- Cómo se identifican, definen y comunican en diferentes niveles y profesiones los **INDICADORES DE CONTROL** para seguimiento a procesos prioritarios y medición de las actividades del proceso y así asegurar el resultado deseado.
- Cómo está reflejada en estos indicadores la calidad de la atención en sus diferentes dimensiones
- Respecto a indicadores:
  - Cómo se utilizan para hacer seguimiento a los procesos y resultados
  - La frecuencia, la toma de decisiones con base en dicha información
  - El establecimiento de medidas correctivas y preventivas
  - Cómo se traduce este esfuerzo en mantener los resultados
- Existen políticas y procedimientos definidos para evitar riesgos a visitantes y al usuario derivadas de uso de tecnología o de pacientes
- Cómo se monitorea y garantiza el estado de salud de usuarios y visitantes que entran en contacto con riesgo.
- Cuenta con comités de vigilancia, quienes lo conforman, periodicidad de reuniones, responsabilidades, autonomía y cómo actúan.
- Política y procedimientos para capacitar al personal responsable de procesos de atención en manejo de información para seguimiento y evaluación de los procesos a su cargo. Forma para evaluar y mejorar estos mecanismos.

### **2. DEFINICIÓN Y DOCUMENTACIÓN DE ESTÁNDARES PARA LA ATENCIÓN**

- Directrices y procedimientos para:
  - Desarrollar y,
  - Mantener documentados los estándares para la atención del usuario
- Se han definido políticas y procedimientos para asegurar el resultado del proceso de atención?
  - A que se refiere
  - Quien las define
  - Cómo se han enseñado, difundido e implementado
  - Cómo se tiene evidencia de su uso generalizado para la atención del usuario

- Está claramente establecido quienes son responsables directamente de valoración y diagnóstico.
- Existen protocolos o guías de atención
  - Cómo son
  - Que comprenden
  - Cómo se desarrollaron Criterios para escoger los prioritarios
  - Quién los elabora y cómo
- Cuáles son los sistemas de recopilación, ordenamiento, preservación, evaluación, actualización y reemplazo de protocolos, guías de atención
  - Cómo se enseñan y difunden
  - Cómo se promueve su uso para mantener y mejorar la calidad
  - Hacen parte del proceso de inducción, entrenamiento y capacitación de nuevos empleados
- Cómo se evalúan y mejoran esos sistemas

### 3. CAPACITACIÓN Y EDUCACIÓN A LOS USUARIOS

- Explique políticas, procedimientos y alcance para identificación de necesidades del paciente y su familia en cuanto:
  - Información, capacitación y educación
  - Prácticas culturales y religiosas
  - Barreras emocionales
  - Deseos de aprender sobre su enfermedad
  - Barreras de lenguaje o limitaciones de conocimiento
  - Cómo son, a quienes se aplica, que tan generalizados están, cómo se implementan, cómo se diseñaron y cómo responde a las necesidades detectadas
- Explique políticas, procedimientos y alcance de la institución para informar al paciente y su familia previa a la atención:
  - Sobre las opciones referentes a su cuidado y posibles consecuencias
  - Las operaciones o procedimientos invasivos requeridos y sus posibles resultados y cuando es necesario obtener su consentimiento
- Explique políticas, procedimientos y alcance de la institución para informar al paciente y su familia durante la atención sobre:
  - Seguridad y efectividad de medicamentos
  - Seguridad y efectividad en uso de equipos médicos
  - Interacciones medicamentosas posibles y de alimentos
  - Prevenciones en la dieta
  - Técnicas de rehabilitación para facilitar su recuperación o independencia funcional
  - Acceso a recursos disponibles
  - Cuándo y cómo obtener tratamiento adicional
  - Responsabilidades personales en su tratamiento

- Explique políticas, procedimientos y alcance de la institución para informar al paciente y su familia sobre el cuidado posterior a la atención
- Explique políticas, procedimientos y alcance de la capacitación utilizada para prevención y promoción de la salud de los usuarios:
  - Indicar estrategias para romper barreras socioculturales en relación con la adopción de conductas saludables y hábitos adecuados
  - Cómo son las estrategias
  - Cómo se diseñaron
  - Quiénes participaron en el diseño
  - A quienes se aplica
  - Quien los implementa y qué entrenamiento recibe
  - Cómo los implementa y qué tan sistemática es su aplicación
- Cómo se evalúa la capacitación y educación a los usuarios?
  - La claridad en las explicaciones
  - La efectividad de los mecanismos y cómo se mejoran

#### 4. CONTROL SOBRE MEDICAMENTOS Y SUMINISTROS MÉDICO - QUIRÚRGICOS

- Cómo garantiza la institución la disponibilidad oportuna de medicamentos y suministros médico - quirúrgicos :
  - Existe lista de medicamentos y suministros disponibles como marco de referencia dentro del cual debe prescribirse y cómo controla que así se haga
  - Cómo se elabora y actualiza
  - Criterios que utiliza y quien participa
  - Papel de los medicamentos esenciales
  - Horario de atención de farmacia y/o suministros y atención fuera de esos horarios
  - Cuenta con medicamentos o suministros de emergencia en lugares especiales
- Explique Políticas y procedimientos para mantener medicamentos y suministros en condiciones ambientales y de seguridad favorables
- Explique Políticas y procedimientos para controlar la prescripción de medicamentos:
  - Quien prescribe
  - Quien lo aplica
  - Verificación del medicamento frente a la orden
  - Verificación del nombre del paciente a quien se administra
  - Mecanismos de información al interior de la farmacia:
    - Para evitar formulación inadecuada
    - Interacción de medicamentos o efectos adversos
    - Controles visuales y ubicación física de medicamentos para evitar errores

- Explique políticas y procedimientos para buscar eficiencia en uso de medicamentos y suministros (desde compra hasta utilización)
  - Indicar el alcance de los esfuerzos hechos
  - Cómo lo han hecho
  - Qué áreas cubre
  - Quien participa
- Señale políticas y procedimientos para capacitar al personal de farmacia y manejo de medicamentos y suministros para el manejo de información, seguimiento y evaluación de los procesos a cargo. Para cada aspecto indicar:
  - Cómo se diseñaron
  - Cómo se implementan
  - Cómo se hace seguimiento
  - Qué indicadores usa
  - Quién los analiza
  - Si existen fallas cómo se toman medidas correctivas y preventivas
- ¿Existe comité de medicamentos en interacción con compras?
  - Quién lo conforma
  - Periodicidad de las reuniones
  - Responsabilidades y cómo actúa

## 5. RESPONSABILIDAD SOBRE EQUIPOS BIOMÉDICOS

- Explique la forma como la institución controla y verifica el buen funcionamiento de los equipos que intervienen en los procesos de atención del usuario
- Cuentan con hojas de vida:
  - Cómo son los programas de mantenimiento (preventivos por periodicidad de uso, programados o correctivos)
- Cómo se controlan las ordenes de trabajo de mantenimiento
- Existe entrenamiento o acciones para garantizar el buen manejo de los equipos por parte de quienes los usan
- Mecanismos para garantizar confiabilidad en la medición y resultado de los equipos
- Señale procedimientos y criterios cuando se utilizan entidades externas para el mantenimiento y certificación de los equipos
- Explique políticas y procedimientos para
  - Buscar eficiencia en el uso de equipos biomédicos
  - Evitar daños innecesarios
  - Buscar mejor aprovechamiento del equipo
- Indicar alcance de los esfuerzos en ese sentido, cómo lo han hecho, qué áreas cubre y quien participa.
- Indicar los mecanismos de evaluación y mejora de los sistemas presentados

## 6. CONTROL SOBRE ACONDICIONAMIENTO, LIMPIEZA Y ASEPSIA DE LAS ÁREAS CLÍNICAS Y DE APOYO CLÍNICO

- Explique políticas y procedimientos para garantizar limpieza y asepsia en áreas clínicas y de apoyo clínico:
  - Cómo se implementan
  - Cómo se les hace seguimiento
  - Qué indicadores utiliza
  - Cómo evalúa la efectividad y mejora de los procesos
- Explique los procesos para asegurar mantenimiento, adecuación y orden en áreas clínicas y de apoyo clínico:
  - Periodicidad
  - Responsables
  - Forma como se le hace seguimiento
  - Indicadores que utiliza
  - Cómo evalúa efectividad y mejoras de estos procesos
- Procedimientos de desinfección y esterilización en salas y equipos
  - Cómo se implementan
  - Cómo se hace seguimiento
  - Indicadores utilizados
  - Cómo evalúa la efectividad y mejora de procesos
- Comité de infecciones:
  - Quién lo conforma
  - Periodicidad de las reuniones
  - Responsabilidades
  - Autonomía
  - Cómo actúa
- Explique enfoque empleado para manejo de residuos provenientes de servicios clínico y de apoyo clínico
- Indicar tipo de procedimientos para manejo de ropa de los usuarios y limpieza de habitaciones para reducir riesgo para familiares y usuarios
- Cómo se monitorea posibilidad de contagio de visitante o usuarios al entrar en contacto con servicio de salud

## 7. RELACIÓN CON PROVEEDORES QUIENES CONTRATA O SUBCONTRATA SERVICIOS DE ATENCIÓN

- Mencione directrices respecto a:
  - El número y tipo de proveedores de servicios de atención con quienes contrata o sub contrata
  - Proceso de selección, seguimiento y desarrollo
  - Enfoque que sigue en relación con proveedores de dichos servicios

- Explique mecanismos y procedimientos de concertación para llegar a acuerdos sobre las especificaciones de los servicios que contrata:
  - Métodos de verificación
  - Certificaciones de calidad
  - Disposiciones para la solución de conflictos y los cambios en especificaciones
  - Mencione si la organización colabora en la formulación del diseño de los planes de mejoramiento de los productos y servicios que contrata o subcontrata
- Indique forma, frecuencia y responsabilidad de la evaluación de proveedores
- Describir cómo se evalúan y mejoran las políticas y procedimientos relacionados con proveedores

## 8. AUDITORIAS O EVALUACIONES AL SISTEMA DE GARANTÍA DE LA CALIDAD

- Explique las políticas y mecanismos definidos para la realización de auditorías (internas o externas) sobre eficacia de los sistemas para garantizar calidad a los usuarios
  - Cómo se llevan a cabo
  - Quién las realiza
  - Frecuencia con que se aplica
  - Procedimientos que se desarrollan
  - Quienes intervienen en las actividades
  - Es una evaluación integral:
    - Incluye áreas asistenciales y administrativas
    - Sólo áreas específicas
- Señalar participación de la alta dirección:
  - En las evaluaciones y auditorias al sistema
  - Cómo se utilizan los resultados
  - De qué manera se garantiza el ajuste a los procesos y servicios de atención

## GERENCIA DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS

**Estándar.** Los servicios administrativos comprenden las actividades de las áreas de apoyo que permiten realizar el manejo de recursos económicos y de suministros con el fin de garantizar la prestación oportuna y eficiente. El análisis de la calidad en estos servicios debe partir de la definición de calidad de los procesos administrativos: establecer qué significa la calidad de los

procesos administrativos para la institución. Este ejercicio requiere de un proceso de formulación, construcción y seguimiento de indicadores de calidad y de desempeño. Esta labor es fundamental pues busca garantizar los niveles de calidad en los procesos y la satisfacción de las necesidades de los clientes internos receptores finales de los productos.

El seguimiento implica una alta capacidad para identificar las necesidades de los clientes y un manejo sistemático de indicadores en cuanto a su construcción, difusión, evaluación periódica y ajuste. La adecuada gerencia de los procesos administrativos se apoya en la existencia de una cultura del acondicionamiento, limpieza y mantenimiento de las áreas comunes y puestos de trabajo. Debe hacer parte de la cultura organizacional y como tal corresponder a una política corporativa que debe evaluarse para ser intervenida.

El punto de partida en el cumplimiento y seguimiento de los procesos administrativos de la institución es la documentación y estandarización sistemática de cada uno de ellos incluyendo sus revisiones, actualizaciones y ajustes periódicos.

La gerencia de los recursos financieros debe estar dirigida a garantizar que los planes de la institución cuenten con disponibilidad oportuna de recursos para soportar su avance. En este proceso debe existir participación de las diferentes áreas en la elaboración, seguimiento y control de presupuesto de gastos e ingresos. Así mismo la estructura de costos (de acuerdo a las particularidades de cada institución) se debe soportar en un presupuesto de inversiones y recursos alrededor del cual se debe generar su proceso de construcción, desarrollo y viabilidad (rentabilidad) institucional.

En cuanto al manejo de las relaciones contractuales con proveedores de bienes y servicios se debe buscar eficiencia en manejo de convenios y contratos así como en la captación de recursos. Respecto a los productos y servicios que hacen parte de los elementos de apoyo para la prestación del servicio deben establecerse criterios de calidad previos que permitan por un lado garantizar condiciones de adquisición favorables y por otro evaluar la calidad de ellos así como la eficiencia en la aplicación de esta política por parte de la institución.

Esto implica claridad en los términos de las condiciones para la firma de contratos y la aplicación de mecanismos suficientes para garantizar un manejo eficiente de ellos. A esto debe sumarse el establecimiento de mecanismos de control para asegurar el uso de los recursos financieros desde el punto de vista contable y respecto a los procesos de autorización (niveles de autorización y delegación) y legalización de documentos; en ese

sentido son fundamentales todas las acciones dispuestas orientadas a preparar al personal del área en la ejecución y seguimiento.

Todos los equipos no biomédicos que participan en el apoyo a las actividades operativas y asistenciales deben disponer (como parte del manejo adecuado de los recursos) de sistemas de verificación y control en el uso y mantenimiento de manera que permitan identificar y prever daños para obtener un uso eficiente y racional.

Un marco regulador acerca del tipo y manejo de proveedores requiere de insumos y productos respecto de número, tipo de contratación y seguimiento y evolución de contratos. Los aspectos relacionados con los intercambios propios de la actividad deben permitir participación de los proveedores en el rediseño y mejoramiento de productos y servicios; por tanto se deben tener en cuenta las consideraciones que permitan afianzar el contacto buscando proveer elementos de mayor calidad y acordes a las necesidades institucionales. Ese esfuerzo implica participar en las evaluaciones sistemáticas de proveedores y facilitación en el desarrollo de sus procesos de gestión hacia la calidad.

### **Formato de verificación de la gerencia de los procesos administrativos.**

#### **1. SEGUIMIENTO Y CONTROL DE PROCESOS ADMINISTRATIVOS**

- Describir enfoque y método para garantizar los niveles de calidad de los procesos administrativos (contabilidad, facturación, etc.)
- Frente a los productos de los procesos administrativos cómo se determinan las necesidades y prioridades de los clientes internos
- Respecto a los indicadores de calidad y desempeño:
  - Cómo se identifican
  - Cómo se definen
  - Cómo se comunican
  - Cómo se incorporan las diferentes dimensiones de la calidad de la respuesta a los clientes a estos indicadores
- Describir cómo opera el seguimiento a los procesos administrativos y a los indicadores de control definidos:
  - Frecuencia de medición
  - Toma de decisiones con resultados

#### **2. ESTANDARIZACIÓN Y DOCUMENTACIÓN DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS**

- Explique directrices, procedimientos y alcance para desarrollo y mantenimiento de documentación de los procesos administrativos

- Refiérase a la documentación y estandarización de los procesos relacionados con manejo:
  - Financiero
  - Admisión
  - Facturación y cartera
  - Pagos:
    - De servicios
    - A proveedores
    - A empleados
    - Tesorería
  - Contabilidad y costos
  - Presupuesto
- Refiérase a la documentación y estandarización de los procesos relacionados con el manejo de:
  - Suministros
  - Proveedores
  - Compras
  - Recepción
  - Inventarios y distribución a las áreas
- Refiérase a la documentación y estandarización de los procesos relacionados con mantenimiento y adecuación de instalaciones
- Refiérase a la documentación y estandarización de los procesos relacionados con manejo de personal (u otros de apoyo administrativo)
- Describa la estandarización de los procesos administrativos en cuanto:
  - Establecimiento
  - Recopilación
  - Ordenamiento
  - Preservación y difusión
- Respecto de los manuales de procedimientos, cómo los emplea la organización para garantizar:
  - Establecimiento, mantenimiento y mejora de la calidad
  - Inducción, entrenamiento y capacitación de nuevos empleados.
- Indicar los mecanismos de actualización o eliminación de documentos obsoletos y la periodicidad de estas revisiones
- Cómo se evalúa y mejora la estandarización y documentación de los procesos administrativos

### 3. CONTROL SOBRE LOS RECURSOS FINANCIEROS

- Cuáles son las políticas y mecanismos que garantizan la disponibilidad oportuna de recursos financieros para soportar el avance de los planes de la institución
- Respecto del Presupuesto:
  - Indicar la participación de las áreas en la elaboración, seguimiento y control de presupuesto de ingresos y gastos

- Explique si cuenta con un presupuesto de inversiones y recursos para financiarlas
  - Forma de elaboración
  - Forma de hacer seguimiento
- Presente las políticas y mecanismos para garantizar la seguridad y rentabilidad de las inversiones financieras y sus excedentes
- Criterios que utiliza y fuentes de información usadas para toma de decisiones
- Presente políticas, mecanismos y alcance para garantizar un adecuado manejo de convenios y contratos para la prestación de servicios y para recuperación del valor de los servicios prestados
  - Indicar las pautas para negociación y aprobación de convenios y contratos
  - Análisis para fijación de tarifas
  - Seguimiento a la ejecución y costo del convenio, contrato o servicio prestado
  - Cobro de facturas
  - Gestión para la pronta recuperación de cartera
- Indique el alcance del análisis de costos de los servicios, la información que produce el sistema y el uso que se le da.
- Explique políticas mecanismos y alcance para hacer análisis de riesgo y para protección con base en perfiles de usuarios e información sobre costos y uso de servicios.
- Indique las políticas y mecanismos para dar seguridad al uso de recursos financieros y el alcance de los mismos:
  - Indicar si está claramente establecida la delegación de autoridad para manejo de estos recursos
  - Qué cargos pueden dar autorizaciones y hasta qué monto tienen autonomía
  - Refiérase al manejo de tesorería: apertura y cancelación de cuentas bancarias, manejo de inversiones temporales, firmas autorizadas para pago de cheques, manejo de chequeras y sellos, transferencias bancarias, pagos a terceros entre otros.
  - Refiérase al manejo de facturación: fijación de tarifas, descuentos, castigos de cuentas, cobro judicial.
  - Refiérase al manejo de contabilidad: presentación de estados financieros, informes de tesorería, informes fiscales, informes de carácter legal, revisiones presupuestales, etc.
- Explique las políticas y procedimientos para garantizar la veracidad de la información contable y la oportunidad de los informes de carácter contable y financiero
  - En los siguientes aspectos:
    - Estados financieros
    - Ejecución presupuestal global y por áreas

- Informes fiscales
- Cierre contable
- Preparación de conciliaciones bancarias
- Procesos de revisoría fiscal
- Qué controles existe sobre la información
- Existen fechas límites para la presentación de informes y realización de actividades críticas
- Explique las políticas para capacitar al personal del área financiera en manejo de información y en seguimiento y evaluación de los procesos a su cargo
- En cada caso explique cuáles son las políticas, su cumplimiento, cómo se implementa, cómo se le hace seguimiento, quien participa, qué indicadores utiliza, cómo actúa si se detectan fallas y cómo se toman medidas correctivas y preventivas

#### 4. CONTROL SOBRE EQUIPOS NO BIOMÉDICOS

- Explique políticas y mecanismos para controlar el buen funcionamiento de las calderas, máquinas, computadoras y otros equipos no biomédicos
- Programas de mantenimiento preventivos, correctivos o programados
- Cómo se elaboran y controlan las ordenes de trabajo de mantenimiento
  - Qué mecanismos de control y verificación del estado de funcionamiento, mantenimiento y existencia de “hojas de vida”
- Explique las políticas y procedimientos para buscar eficiencia y evitar desperdicio en el uso de equipos no biomédicos
  - Mencione acciones para evitar daños innecesarios
  - Mencione acciones para buscar mayor aprovechamiento de equipos
  - Indique el alcance de estos esfuerzos, cómo los han realizado, qué cubrimiento tienen y quien participa
- Indique los mecanismos de evaluación y mejora de los sistemas y procedimientos de control
  - Indique los criterios y procedimientos aplicados cuando se utilizan entidades externas para el ajuste, calibración y certificación de los equipos

#### 5. ACONDICIONAMIENTO, LIMPIEZA, MANTENIMIENTO DE LAS ÁREAS COMUNES Y PUESTOS DE TRABAJO

- Explique políticas y prácticas encaminadas a mantener un lugar de trabajo digno que promueva respeto por las personas y promueva el trabajo productivo
- Políticas y mecanismos para acondicionamiento y mantenimiento de los puestos de trabajo y áreas comunes
  - Indique cómo se implementan

- Quienes son los responsables
- Cuál es la participación de las personas y si hay capacitación para ello.
- Describir si existen medidas de aseo, orden y clasificación de los recursos de trabajo para que no haya desperdicio y sean de fácil acceso.
- Señalar cómo se hace el seguimiento a esas prácticas, que indicadores se utilizan para verificar su efectividad y cómo se mejoran las prácticas como resultado de su evaluación.

## 6. CALIDAD EN LAS COMPRAS

- Describir políticas y enfoque de la organización con respecto a las compras y contratos de elementos de apoyo para la prestación de servicios
- Mecanismos para garantizar la calidad de los productos y servicios que la institución compra, contrata o subcontrata
- Señalar cómo la institución tiene definidos requisitos y especificaciones de calidad para insumos
  - Que procedimiento emplea para asegurar que sean incluidos en los documentos de compra y en los contratos
  - Describa los procedimientos relacionados con la inspección en la recepción, las exigencias en cuanto certificación de calidad y control de las mismas
  - Como están definidas las compras de:
    - Medicamentos
    - Suministros médicos y otros suministros
    - Equipos
    - Servicios de alimentación
    - Lavandería
    - Vigilancia
    - Asesoría o consultoría.
  - Anote los indicadores de efectividad y oportunidad
    - Como se evalúa el proceso de compras y contratos
    - Cuales son las acciones correctivas y de mejoramiento que se emprenden para el logro de objetivos

## 7. MANEJO DE PROVEEDORES

- Mencionar las directrices respecto al número y tipo de proveedores de insumos y productos con quienes contrata o subcontrata, su selección, seguimiento y desarrollo
- Describir la forma como se involucra a los proveedores en el proceso de diseño y mejoramiento de los productos y servicios

- Señalar los procedimientos y acuerdos con los proveedores sobre métodos de verificación, disposiciones para la solución de conflictos, certificaciones de calidad y cambios en especificaciones
- Explicar la forma, frecuencia y confiabilidad de la evaluación de los proveedores
- Describir la manera como la institución participa y facilita que los proveedores desarrollen sus esquemas de gestión hacia la calidad
- Señalar mecanismos empleados por la institución para compararse con las mejores prácticas nacionales e internacionales respecto al manejo de proveedores
- Describir como se evalúan y mejoran las políticas y procedimientos relacionados con los proveedores

## **CONFORMACIÓN Y DESARROLLO DEL EQUIPO HUMANO**

**Estándar.** El marco de referencia en el manejo del talento humano guarda relación con todas aquellas condiciones y disposiciones que permiten involucrar al personal asistencial y administrativo de la organización en el logro de los objetivos mediante el empoderamiento. Para ello se definen algunas necesidades que se describen a continuación.

La organización establece con base en los objetivos hacia los que apunta y las características institucionales el tipo de personal que requiere para prestar atención al paciente desde el punto de vista técnico y humano y la correlación con el servicio efectivamente prestado. Esta definición debe incluir entre otros aspectos perfil de cargos, competencias requeridas, niveles de experiencia o entrenamiento y condiciones físicas y mentales así como los mecanismos de verificación de cumplimiento de dichos perfiles respecto al servicio prestado con el fin de realizar las intervenciones necesarias. Este sistema debe estar sometido a revisión de manera que permita evaluar la efectividad y realizar los ajustes respecto de la idoneidad del personal vinculado.

La definición con base en las políticas institucionales de una metodología de inducción y entrenamiento del personal contratado así como mecanismos de evaluación y mejoramiento. El establecimiento del marco de referencia de un sistema de educación continuada que tenga en cuenta las necesidades definidas y detectadas para el personal, su marco regulatorio, propósito y mecanismos de verificación y actualización.

Debe establecerse una evaluación periódica del personal que tenga en cuenta la contribución a los objetivos y metas de la institución y la forma de realizar este reconocimiento. En ese mismo sentido los planes de desarrollo del equipo humano deben establecer todos los aspectos que contribuyan al

logro de los objetivos de la organización. Estos elementos guardan estrecha relación con las políticas y mecanismos definidos para establecer la remuneración de las personas y los cargos en la institución así como los criterios para incrementos salariales.

Los esfuerzos sobre los canales de comunicación y trabajo en equipo deben estar orientados a generar espacios de participación en la toma de decisiones mejorando el nivel de empoderamiento, autoridad y autonomía en el trabajo así como el desarrollo del potencial de trabajo enfocado sobre metas, el estímulo hacia el trámite de iniciativas e ideas innovadoras y la mejora de las practicas para buscar la participación de las personas (incluyendo organizaciones de trabajadores o sindicatos). Así mismo la generación de un ambiente interno que promueva el desarrollo personal de los trabajadores mediante diferentes prácticas y la orientación en la creación de condiciones que propicien el sano desarrollo individual físico y mental.

Es indispensable que la organización establezca mecanismos que permitan conocer las necesidades y expectativas del talento humano en todas las áreas así como el grado de satisfacción con el trabajo que desarrollan. Esta información debe validarse para adoptar correcciones y establecer metas con respecto a personal.

La política de higiene y seguridad debe establecer un proceso claro y definido en salud ocupacional que incluya medicina preventiva, seguridad industrial y medicina del trabajo en el que se expongan objetivos y componentes de los programas de salud ocupacional.

## **Formato de verificación para conformación y desarrollo del equipo humano.**

### **1. ASEGURAMIENTO DE LA IDONEIDAD DEL PERSONAL**

- Cómo se asegura idoneidad del personal de salud responsable de la atención del paciente (perfiles definidos para cada cargo, criterios de selección de acuerdo al cargo, privilegios clínicos o rangos de competencia por especialidad, por nivel de entrenamiento o experiencia, por perfil de riesgo de pacientes atendidos, por tipo de procedimiento que se lleve a cabo, por capacidad técnica actual, aptitudes físicas y mentales de los individuos).
- Cómo se controla que el personal preste el servicio o atención que le corresponde de acuerdo con las políticas mencionadas, como se revisan las atribuciones del personal, renueva el nombramiento, cancela la vinculación.
- Que mecanismos están diseñados para asegurar la idoneidad del personal de los cargos no asistenciales (criterios establecidos, procesos para

valoración de los cargos, definición de perfiles para cada cargo, reclutamiento y selección de los candidatos y contratación, políticas para renovar nombramientos o cancelar su vinculación)

- Como evalúa y mejora la institución la efectividad de los mecanismos diseñados para asegurar la idoneidad de personal

## 2. INDUCCIÓN, ENTRENAMIENTO Y CAPACITACIÓN DE TODO EL PERSONAL

- Qué procesos sigue la institución para dar inducción y entrenamiento al personal contratado, cómo se determinan las necesidades a llenar y los temas que abarcan.
- Cómo se llevan a cabo los procesos de inducción y entrenamiento, quienes participan y los mecanismos aplicados para evaluar la efectividad y para mejorar estos procesos.
- Qué mecanismos existen para asegurar un conocimiento actualizado y para mantener habilidades técnicas y científicas del equipo humano (educación continuada)
- Cómo se determinan las necesidades de educación continuada, que cronograma se sigue, como se planean las acciones, sobre que temas se trabaja, a quien va dirigido (cómo se selecciona el personal: profesionales de la salud, personal administrativo, personal auxiliar, etc.)
- Cómo se evalúa y cómo se mejora el proceso enseñanza aprendizaje individual y grupal.

## 3. EVALUACIÓN DE CARGOS, RETRIBUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE SALARIOS

- Cuáles son las políticas y mecanismos para definir la remuneración de las personas en la institución (asistenciales y administrativas)
- Cómo se valoran los cargos, cómo se compara la institución con otras instituciones en aspectos referentes a remuneración de cargos.
- Cómo se define la remuneración para un cargo (proceso y variables tenidas en cuenta para los incrementos salariales)

## 4. RECONOCIMIENTO Y DESARROLLO

- Cómo se realiza la evaluación periódica del personal (políticas y procedimientos)
- Cómo se mide la contribución a los objetivos y metas de la institución y como se realiza este reconocimiento (individual y grupal) quien participa en la definición de estas practicas, que se tiene en cuenta para dar un reconocimiento a un empleado, quien y como se define.

- Cómo se determinan y ejecutan los planes de desarrollo del equipo humano para que ellos contribuyan al logro de los objetivos de la organización.

## 5. PARTICIPACIÓN, TRABAJO EN EQUIPO Y COMUNICACIÓN

- Cómo se logra desarrollar el potencial de las personas (medios, alcance y profundidad de los mecanismos) mediante la participación en las metas del área y de la institución
- Cómo se estimula la innovación y como se da respuesta rápida y satisfactoria a las iniciativas de las personas.
- Cómo participan las personas en el proceso de toma de decisiones, cómo se incrementa la autoridad y autonomía de las personas en su trabajo.
- Cómo se involucra al sindicato para lograr un trabajo conjunto por objetivos de la organización. Qué resultados se han obtenido.
- Cómo se mide la efectividad y cómo mejora las prácticas para buscar la participación de las personas. Como se comparan esas prácticas con las mejores a nivel nacional e internacional.

## 6. CALIDAD DE VIDA EN EL TRABAJO

- Qué importancia da la institución a factores relacionados con
  - Ergonomía
  - Bienestar
  - Recreación
  - Actividades culturales
  - Trato digno y respetuoso a todo el personal
  - Salud y seguridad
  - Programas de extensión a la familia para mejorar la calidad de vida integral de los trabajadores
- Cuáles son las estrategias y prácticas que buscan propiciar un ambiente interno que promueva el desarrollo personal
  - Conocimiento y aplicación de habilidades múltiples para el personal
  - Movilidad y flexibilidad en el trabajo
  - Variedad de tareas y contenidos de los puestos
- Cómo se evalúa la efectividad y como mejora los mecanismos mencionados

## 7. HIGIENE Y SEGURIDAD

- Cómo ha establecido e implementado la institución un proceso de salud ocupacional orientado a promover y mantener el mayor grado posible de bienestar físico, mental y social de los trabajadores mediante:

- Actividades de medicina preventiva (promoción y prevención de la salud)
- Medicina del trabajo (exámenes preocupacionales y ocupacionales)
- Higiene y seguridad industrial (identificación y corrección de factores de riesgo, estudios ambientales, etc.)
- Cuáles son los objetivos y alcance de los programas de seguridad industrial, medios y equipos para minimizar los riesgos de: incendio, explosión, contaminación.
  - Cómo se definen los programas (cobrimiento, frecuencia, procedimientos, simulacros, plan de evacuación, señalización de vías de evacuación y salidas de emergencia, control sobre mantenimiento y buen estado de los equipos y medios para evitar y responder a riesgos, etc.)
  - Cómo se hace la capacitación al personal para evitar y enfrentar un momento de riesgo.
- Cuáles son los componentes del programa de Salud Ocupacional
  - Cómo se planea
  - Cómo se definió el panorama de riesgo y mecanismos de prevención de riesgos a los trabajadores derivados de la atención de cierto tipo de pacientes, manipulación de desechos contaminantes o del uso de la tecnología (elementos de protección personales, aislamiento, exámenes ocupacionales, capacitación al personal sobre temas de salud e higiene, cubrimiento, frecuencia, procedimientos, etc.)
- Cómo evalúa la eficacia de los programas de Salud ocupacional y seguridad industrial
- Cómo mejora estos programas
- Qué indicadores comparativos utilizan con respecto a los líderes nacionales e internacionales.

## 8. MECANISMOS PARA CONOCER LAS NECESIDADES, EXPECTATIVAS DEL EQUIPO HUMANO Y LA SATISFACCIÓN CON SU TRABAJO EN LA INSTITUCIÓN.

- Qué mecanismos emplea la institución para conocer las necesidades y expectativas de los miembros del equipo humano (personal asistencial, personal administrativo y de apoyo) respecto de:
  - Realización adecuada de su trabajo y satisfacción dentro de la institución
  - Liderazgo de los directivos
  - Posibilidades de participación y desarrollo
  - Condiciones de trabajo
  - Ambiente de trabajo
- Qué tipo de información recoge, con qué frecuencia, que metodología usa, que fuente tiene, quien la recoge.

- Qué tipo de análisis se hace a la información recogida, cómo se usa para tomar decisiones.
- Cuál es la situación de la institución en cuanto a satisfacción de su equipo humano
- Cuáles son las metas trazadas con respecto a personal
- Cuál es el valor y la tendencia en los últimos años de los indicadores
- Cómo y quien evalúa los mecanismos utilizados. Qué confiabilidad tiene la información recogida y como los mejora.

## **CONTRIBUCIÓN AL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL PAIS**

**Estándar.** La institución debe proyectarse a su comunidad mediante acciones sociales que busquen generar un valor agregado diferente al que se produce por el ejercicio de su actividad propia. El impacto generado debe medirse en términos de progreso, bienestar y calidad de vida. Para este ejercicio se deben disponer esfuerzos para romper las barreras socioculturales y geográficas que impiden el desarrollo de hábitos y practicas saludables.

Con esta misma proyección la institución debe participar activamente en la consolidación de un sector armónico a través de la interacción con las demás entidades del sector de manera que se pueda compartir experiencia y buenas prácticas. Este desarrollo armónico de la organización debe soportarse sobre el principio de preservación ambiental de manera que todas las actividades y procesos institucionales deben producir la menor afección en el medio ambiente y minimizar el impacto en el ecosistema..

### **Formato de verificación para la Contribución al Desarrollo Sostenible del país.**

#### **1. RESPONSABILIDAD SOCIAL CON LA COMUNIDAD**

- Describa el enfoque y estrategia para garantizar la sostenibilidad de la institución y contribuir de esta manera a la sociedad
- Cómo impulsa la institución el progreso, bienestar y calidad de vida de su comunidad en aspectos diferentes a su función básica
- Qué mecanismos emplea para interactuar con la comunidad y conocer sus problemas y que acciones lleva a cabo para contribuir en la solución
- Que servicios nuevos ha incorporado para responder a problemas de su comunidad circundante.
- Qué programas ha desarrollado más allá de su labor esencial para ampliar oportunidades de los miembros de la comunidad, promover bienestar económico y mejorar sus condiciones de vida.

- Políticas, procedimientos y alcance de mecanismos de promoción de la salud de la comunidad
- Cómo se rompen barreras socioculturales y geográficas para que se adopten conductas saludables y hábitos adecuados
- Cómo capacita líderes comunitarios para trabajar temas específicos.
- Recursos y fuentes de financiación. Indicadores para medir impacto en su comunidad
- Cómo evalúa y mejora estrategias para promover el desarrollo de la comunidad

## 2. CONTRIBUCIÓN AL DESARROLLO ARMÓNICO DEL SECTOR SALUD

- La institución contribuye con el desarrollo armónico del sector salud
- Ha establecido convenios para integrar redes de atención que permitan la cooperación interinstitucional en la racionalización de adquisición de tecnología.
- Qué información tuvo en cuenta respecto oferta y demanda de tecnología y cual fue el análisis
- En que medida ha contribuido a la racionalización de recursos y al desarrollo armónico del sector
- Participación de la institución en actividades de desarrollo del sector salud (contribuciones específicas con estudios de problemas, análisis de legislación)
- Presente resultados. Indique tiempo y recursos dedicados a estas actividades y los indicadores de impacto
- Evaluación y mejora de los mecanismos mencionados.

## 3. PRESERVACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE O ECOSISTEMAS

- Políticas, procedimientos y alcance para preservar y mejorar ecosistemas cercanos, controlar niveles de contaminación
- Esfuerzos por evitar que los procesos y servicios desarrollados afecten negativamente el entorno.
- Indique el plan de manejo final de desechos y los programas de reciclaje
- Indicadores para medir impacto ambiental en el entorno y como se emplean para evaluar y mejorar sus procedimientos buscando la preservación del medio ambiente.
- Señale tipo de comparación nacional e internacional en esta área

## LOGROS EN MEJORAMIENTO

**Estándar.** El desarrollo de indicadores de impacto y de resultado orientados a medir el nivel de productividad y de avance en la aplicación de ajustes a los

procesos debe establecerse sistemáticamente de manera que permita realizar análisis y proyecciones así como modificaciones al direccionamiento estratégico. Este proceso debe complementarse con un juicioso ejercicio de comparación con entidades del sector que permitan evaluar la evolución de los indicadores y el desarrollo de mejores prácticas.

### **Formato de verificación para logros en mejoramiento.**

#### **1. MEJORAMIENTO DE PROCESOS, PRODUCTOS Y SERVICIOS**

- Cómo ha sido la evolución de los indicadores utilizados por la institución para medir los niveles de calidad y productividad de los productos y servicios debidos a mejoramiento e innovaciones en los procesos. Indicar datos actuales y tendencias de los últimos años(morbi-mortalidad, esperanza de vida, complicaciones, rehospitalizaciones, , accidentes evitables por enfermería, efectos indeseados por mala práctica, accidentes por errores en la formulación, fallas en los procedimientos de bioseguridad, infecciones intrahospitalarias, satisfacción de los usuarios, tiempos de respuesta, tiempos de espera para acceder a los servicios, oportunidad en entrega de medicamentos, tiempos en sala de espera para admisión, consulta, urgencias, pagos, cobros, demanda no atendida, quejas e insatisfacción de los usuarios y otros clientes por diferentes causas, ahorro en desperdicios, errores en información, resultados financieros, etc)
- Cómo se relacionan los logros obtenidos (en el mejoramiento de sus procesos, productos y servicios de atención y administrativos), con las acciones generadas para el cumplimiento de la misión.
- Cuáles son los niveles y tendencias considerados poco satisfactorios y que se ha hecho al respecto.

#### **2. COMPARACIÓN DE RESULTADOS**

- Cuales son los factores críticos para el cumplimiento de la misión y con base en ellos cómo se compara la institución, en sus procesos, productos y servicios con las mejores prácticas dentro y fuera del país.
- Cómo se compara la institución (proceso sistemático y continuo) con organizaciones reconocidas como líderes, buscando mejorar el desempeño (disminuir las brechas).
  - Cómo se lleva a cabo esa actividad
  - Que indicadores utiliza, como se construyeron y como se garantiza que tengan características similares con los utilizados por las organizaciones con las cuales se compara.
  - Cómo se seleccionan las organizaciones líderes para llevar a cabo esa comparación, como selecciona los procesos sobre los que se centra la revisión frente a lo alcanzado por organizaciones líderes.

- Cómo se lleva a cabo la comparación y a través de que mecanismos se permite la incorporación de las mejores prácticas identificadas. Cómo propicia esta información el mejoramiento del desempeño operacional y el establecimiento de nuevos objetivos.
- Cuales son los niveles y tendencias de los indicadores de calidad de la organización con relación a los de otras instituciones (nacionales o extranjeros) de la misma rama o actividad productiva.
- Compare sus logros con las metas y objetivos de calidad y explique las posibles divergencias.
- Cómo evalúa y mejora la institución estos sistemas de comparación.

## **CAPITULO II**

### **DIAGNÓSTICO TÉCNICO ADMINISTRATIVO**

#### **DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO**

La conceptualización de los grandes propósitos institucionales en la División de Salud del Magdalena Medio ha sido concebida dentro del marco de la política de toda la Empresa Colombiana de Petróleos, ECOPETROL. Estos propósitos han sido elaborados de manera participativa con todo el equipo gerencial aprovechando la experiencia individual en cada una de las áreas con la ayuda de herramientas administrativas (como el análisis DOFA)

El ejercicio de construcción ha sido fundamentado en el objeto, proyección y principios éticos organizacionales y además ha orientado la formulación de los planes. Estos se encuentran desarrollados dentro del marco de una planeación estratégica elaborada en unos términos sencillos y concretos compartidos por todos y cada uno de los partícipes en la elaboración; se han tenido en cuenta varios elementos: el contexto en el cual se encuentra inmersa la institución a nivel local, regional y nacional, el contexto de las demás instituciones del sector salud, otras entidades públicas y privadas (propias o ajenas al sector) las políticas económicas y sociales de gobierno y las directrices en el ámbito de aseguramiento en salud, que han incidido en mayor o menor medida para el establecimiento de las prioridades. A partir de allí se construyeron los siete objetivos estratégicos o áreas clave de la institución:

- Gestión comercial.
- Gestión financiera.
- Atención integral promoción y prevención.
- Gestión talento humano.
- Gestión administrativa.
- Gestión tecnológica.
- Salud industrial.

Con el fin de facilitar la planeación del recurso económico, humano y de infraestructura y de los procesos requeridos para el logro de estos objetivos se han descrito de manera detallada cada uno de las estrategias y planes. Para lograr una ejecución y seguimiento se ha definido un cronograma con su responsable quien procura la disposición eficiente de todos los recursos a través del seguimiento continuo de unos indicadores con un ritual de presentación de informes que tiene una periodicidad trimestral.

Una parte de este ejercicio administrativo ha sido la definición en el mediano plazo (proyectada a cinco años) de cada uno de los objetivos, al mismo tiempo que se realiza una revisión anual de esta proyección a fin de garantizar una vigencia de los planteamientos acordes con los posibles cambios de la institución y de su entorno.

La definición que hace el equipo gerencial del logro de los grandes propósitos organizacionales está fundamentada en la lectura del cumplimiento de los indicadores; estos indicadores detallan el porcentaje de avance de las estrategias en cada una de las áreas clave, logrando de esta manera un análisis objetivo y detallado. Es fundamental optimizar la evaluación y mejoramiento a la planeación operativa.

El equipo gerencial tiene varios escenarios en los cuales realiza la divulgación de los objetivos claves propuestos en la planeación estratégica así como los aportes de cada una de las áreas para el cumplimiento de estos. Dentro de estos se pueden anotar las reuniones de seguimiento a la planeación estratégica, consejo de calidad, seguimiento a la ejecución presupuestal, reunión administrativa de coordinadores, reuniones de presentación del seguimiento a indicadores por área, reunión para la presentación de costos por servicios, comité de selección y adquisición de medicamentos. Estos espacios permiten el afinamiento en la construcción de los conceptos claves institucionales, facilitando el enriquecimiento del análisis a las situaciones o resultados planteados al mismo tiempo que favorece el trabajo en equipo entre las áreas mediante la participación dentro de las estrategias compartidas.

Otra metodología que actualmente tiene establecido el equipo gerencial en la División de Salud del Magdalena Medio para lograr la difusión de los aspectos teóricos de la planeación estratégica está contenida dentro de los planes operativos definidos por área elaborados con una periodicidad anual, en un nivel de detalle tal que cada uno de los integrantes de un área operativa o de apoyo tiene establecido un nivel de meta de cada una de las actividades en términos de cumplimiento de los indicadores frente al cronograma establecido para tal fin. La presentación de estos planes operativos por área a cada uno de los grupos de la institución se realiza dentro de las reuniones administrativas que realiza el coordinador de área con los miembros de su equipo. El resultado de este ejercicio es la interiorización en cada uno de los miembros de la institución de los conceptos y elementos claves de la organización así como de la conceptualización de una terminología y conceptos comunes teóricos. A pesar de ello es evidente que los grandes propósitos no están ampliamente incorporados dentro del diario transcurrir de cada uno de los integrantes de la

organización y en ese sentido es necesaria una labor sistemática de incorporación.

Una actividad clave llevada a cabo que asegura la difusión de la planeación estratégica y facilita la medición de su cumplimiento, es la entrevista que hace el coordinador de área con cada uno de sus colaboradores dentro del Plan de Mejoramiento de Resultados PMR, en la cual se concertan las responsabilidades individuales para el cumplimiento de los planes operativos, al mismo tiempo que se establece el acuerdo de compromisos con los cuales se permite garantizar el cumplimiento de los propósitos organizacionales.

La percepción de los usuarios se evalúa a partir de la realización de la encuesta de satisfacción, análisis sistemático de quejas y la información obtenida de los miembros de la organización a través de cada uno de los coordinadores de área que hacen parte del equipo gerencial. De esta manera se garantiza la participación de los usuarios y los empleados de la institución en este análisis. La construcción de estos instrumentos de medición tienen como punto de referencia los elementos de la planeación estratégica. Como debilidad debe anotarse que no se obtiene la información de los otros clientes y proveedores para el análisis estratégico, tampoco se realiza un análisis detallado del entorno (competitividad del mercado, desempeño de otros proveedores de servicios, capacidad de asociarse, ni valoración por escenarios).

Cada una de las actividades previstas dentro de la planeación se encuentra planteada en el presupuesto institucional como Programas de Trabajo dentro del área clave a la cual corresponden; se realiza una tarea de priorización de los recursos disponibles de acuerdo al presupuesto aprobado. De esta manera se garantiza el cumplimiento de las metas con base en los recursos económicos disponibles para cada período fiscal. Se da cumplimiento en la organización a los lineamientos de austeridad y optimización de los recursos financieros del estado.

## **LIDERAZGO**

La institución bajo la orientación de su equipo gerencial acogiendo los lineamientos corporativos previstos para tal fin por la Empresa Colombiana de Petróleos, ECOPETROL, ha planteado los objetivos y estrategias con las cuales lograr una prestación de calidad en términos de alcanzar los mejores resultados, al menor costo y con la mayor seguridad. Para este fin la institución es especialmente rigurosa en ejecutar una estrategia de manejo del talento humano, como un requisito necesario pero no suficiente, que redunde en garantizar que cada miembro que ingrese a la organización cuente con las mas altas condiciones técnicas y humanas a partir de un proceso que incluye la selección, inducción, capacitación y evaluación que

son aplicados de manera sistemática a todos los aspirantes a ingresar a la organización.

Adicionalmente se ha establecido una estrategia de construcción de objetivos y metas, una revisión de planes y avances y el fomento de la participación de todos los miembros a través de la disposición de los insumos necesarios (infraestructura y logística) así como el seguimiento con el fin de que todos puedan contribuir al cumplimiento de dichos objetivos organizacionales.

La institución históricamente ha procurado que los miembros de su equipo gerencial estén vinculados a través de contratos laborales a término indefinido aunque dadas algunas circunstancias limitantes actuales respecto de la política corporativa de nombramiento de personal han ingresado a los puestos de dirección y manejo empleados que tienen contratos laborales a término fijo que en todos los casos cumplen con los requisitos establecidos en el manual de funciones y requisitos definidos para cada uno de los cargos en la institución. Se accede a estos cargos por la necesidad de cubrimiento de las vacantes y como resultado de un juicioso análisis conjunto por parte de los demás miembros del equipo gerencial quienes verifican que estos requisitos se cumplan.

El seguimiento para cada uno de los jefes al igual que para cada uno de los colaboradores en la institución se mide en términos de los resultados a la luz del logro de objetivos, según el aporte que esta previsto que cada área haga para el cumplimiento de estos.

Existe en la institución una debilidad respecto a los recursos y esfuerzos dedicados a promover una cultura de calidad en el sector salud que ha sido favorecida por las particularidades institucionales dentro del sistema de aseguramiento en el país, por ejemplo no existe una participación de los miembros de la institución en Comités de Calidad.

De otra parte la relación con clientes y proveedores en términos generales esta limitada a los aspectos comerciales y sigue los lineamientos que se encuentran determinados en la legislación.

No existe actualmente en la institución un ejercicio sistemático de referenciación con el que se realice seguimiento y comparación de resultados en los aspectos de calidad con otras instituciones del sector en nuestro país.

## **SATISFACCIÓN DEL CLIENTE**

La División de Salud del Magdalena Medio tiene instaurado un sistema nacional estandarizado de recolección de la información dentro del cual

aplica una encuesta de satisfacción como parte del mecanismo a través del cual busca conocer las necesidades y expectativas de sus usuarios.

Esta encuesta que consta de diecinueve preguntas es aplicada de manera permanente por personal distinto a los proveedores de los servicios del área en la que se evalúa y contempla los siguientes temas:

- Trato por parte del Médico o Enfermera (Preguntas 7 y 8)
- Instalaciones Físicas y Dotación (Preguntas 9 y 11)
- Oportunidad en la atención y cumplimiento de la fecha y hora prevista para la atención (Pregunta 18)
- Calidad en la Atención del acto médico (Revisión de historia clínica en la consulta, interrogatorio y posibilidad de expresar las inquietudes de salud del usuario, Información respecto del diagnóstico y tratamiento, legibilidad de la letra por parte de los profesionales médicos y recomendaciones impartidas (Preguntas 12, 13, 14, 15, 16, 17 y 19).
- Calidad en la atención (Trato e Información) por parte de la enfermera, la recepcionista (Preguntas 6 y 10).
- Análisis de Quejas y Sugerencias
- Acciones o Propuestas de Mejora

Los resultados obtenidos se entregan al coordinador de cada área funcional efectuando cortes cada tres ó cuatro meses para que se realice el análisis y comparación con el resto de los servicios homólogos de Ecopetrol a nivel nacional; así mismo se evalúan los mismos ítem de los períodos anteriores contrastándolos con las acciones de mejora implantadas para así asegurar su seguimiento y cumplimiento. Los resultados de estos análisis son presentados en reunión administrativa para tal fin por el coordinador con todos los profesionales del área, recogiendo las inquietudes y justificaciones de las causas que explican las diferencias con los resultados esperados al mismo tiempo que se obtiene el compromiso de cada uno buscando lograr la meta del 100% de usuarios satisfechos en cada uno de los aspectos que evalúa la encuesta.

La confiabilidad de la información se revisa verificando los datos incluidos por los encuestadores en la base de datos frente a los datos registrados en el formato de la encuesta. Para tal fin cada encuesta se identifica con un número que se asigna de manera consecutiva y que se conserva al momento de registrar la información en la base de datos con el fin de poder realizar la discriminación de cada uno de ellos.

Toda la información recogida de esta encuesta de satisfacción es presentada y revisada frente a los indicadores previamente definidos como aspectos claves medidores de la calidad del servicio en el área para cada una de las

áreas funcionales, con lo cual se busca objetivar las causas de insatisfacción de los usuarios, integrar el análisis de estas causas y planear e implantar las acciones correctivas que fueren necesarias. La periodicidad de realización de este ejercicio de análisis es actualmente cuatrimestral, un ejercicio similar más amplio es llevado al Consejo de Calidad institucional con una periodicidad anual.

Como un mecanismo facilitador de la interacción de los usuarios que buscan acceder a los servicios que se prestan en la institución se tiene instalada una placa de identificación y señalización en todos y cada uno de los sitios de atención de usuarios; de esta manera cada una de las áreas clínicas y de apoyo tiene visible la identificación que orienta al usuario el servicio y el nombre del profesional ubicado en ese sitio.

Como parte de este Sistema de información existe una central de atención e información al usuario ubicada en la puerta principal de acceso a la institución donde el usuario puede obtener la información requerida que le permita ubicarse dentro de la infraestructura física así como los horarios y servicios que se prestan en cada área.

Dada la particularidad del esquema de interacción de los prestadores del servicio frente a los representantes de los usuarios a través de los miembros del sindicato de trabajadores de la empresa colombiana de petróleos se mantiene activo un esquema de interlocución entre los usuarios y la institución a través de las reuniones periódicas con el equipo gerencial.

La institución garantiza que en todos los servicios o procedimientos que así lo requieren, dado el grado de complejidad de información que debe tener el usuario, exista un volante informativo que oriente y facilite los pasos a seguir en cada caso.

Adicionalmente la institución aprovecha los medios de comunicación masiva con que cuenta Ecopetrol (correo electrónico, avisos en la Intranet, publicaciones institucionales, entre otros) con el fin de garantizar que la población objetivo de un servicio ó actividad planeada ya sea esta de realización ocasional ó periódica este suficientemente informada permitiendo así aprovechar los recursos destinados en cada una de ellas.

Existe en la institución una preocupación por la creación de ambientes agradables que induzcan en el usuario y los proveedores de servicios un trato amable. Bajo este precepto hay un cuidado permanente por los jardines interiores del área de consulta externa, el mantenimiento de instalaciones y equipos (pintura de puertas y muros, aires acondicionados) que se realizan de manera periódica, privacidad de las áreas de atención clínica entre otros.

La percepción de estos aspectos que tienen que ver con el trato al usuario tienen un peso preponderante dentro de los aspectos evaluados en la encuesta de satisfacción que realiza la institución para las áreas de prestación clínica aunque no se excluye a las áreas de apoyo clínico. De la misma manera en los procesos de selección de personal están incluidos aspectos claves orientados a contratar prestadores con una orientación hacia el servicio como uno de los criterios de selección dentro del perfil deseado.

Dentro de la política de “escuchar la voz del cliente” la institución ha previsto que todos y cada uno de sus miembros sea un posible receptor de las quejas o reclamaciones de los usuarios así como de los miembros de la misma institución. El mecanismo de organización esta dado por la centralización a través del registro en una única hoja de datos en Excel accesible a través de la Intranet y a la cual tienen permiso restringido para su modificación únicamente los miembros del equipo gerencial; ellos actualizan la información allí consignada respecto de las inquietudes solucionadas así como del análisis periódico de todas las quejas agrupándolas por tipo y área para evitar duplicación de registros. La responsabilidad de la solución de las quejas respecto de un área funcional esta asignada al coordinador de dicha área quien debe proveer los mecanismos necesarios para que esta se solucione y de ser posible, realizar las mejoras a los procesos o procedimientos que permitan evitar su recurrencia.

Los usuarios pueden plantear sus inquietudes de manera verbal o escrita, personal, vía correo electrónico o telefónicamente. En la base de datos se registran todos los aspectos que permitan identificar la persona afectada, quien pone la queja, el servicio y proveedor al que se refiere, la vía a través de la cual se manifiesta, si es o no justificada y si se encuentra en trámite ó solucionada.

## **GERENCIA DE LA INFORMACIÓN**

En la institución se maneja un registro de historia clínica único y por tanto un único documento. La historia está marcada con el número de su registro y dígito correspondiente asignado en la oficina de personal quien autoriza la apertura de la historia y por tanto la atención; de dicha oficina llega un Reporte Oficial (REI) en el que se informa el número de la historia clínica el cual corresponde al asignado en la cara frontal de la historia clínica. En la oficina de asuntos laborales (beneficios al personal) es llevado el control de los registros y dígitos ya asignados. Con el REI emanado por la oficina de personal se efectúa la inscripción y construcción de historia clínica.

Cuando la historia clínica se traslada hacia consulta u otra actividad se deja una tarjeta de reemplazo en el lugar donde debe reposar la historia, dicha

lengüeta o tarjeta tiene los siguientes datos: fecha, nombre, registro, hora de salida y consultorio u oficina donde permanecerá la historia clínica. Al regresar al archivo se deja en su sitio correspondiente y se anula la tarjeta de reemplazo que había en su lugar. El profesional de la salud debidamente autorizado que necesite la historia puede solicitarla al archivo clínico y de allí se lleva; ésta historia no debe abandonar la institución a excepción de autorización escrita para ello.

La historia se abre a todo aquel beneficiario trabajador o jubilado ó los familiares de unos y otros debidamente inscrito ante la oficina de personal y/o pensionados. Estas oficinas envían el REI de inscripción a la oficina de inscripciones en las instalaciones de salud y la secretaria procede a enviar los exámenes (preestablecidos) necesarios para tal fin. Una vez efectuado todo el trámite de inscripción se arma la Historia que se mantiene en un archivo clínico debidamente organizado.

La institución cuenta con un Sistema Único de Información en Salud (SUIS) donde se registran todas y cada una de las atenciones realizadas al paciente. Si el profesional que atiende al paciente no puede realizar la prestación a través del SUIS (Por Ej. Médicos adscritos o nuevos en la institución) debe llenar a mano un formato de anotaciones clínicas que se hace llegar al archivo clínico y allí se guarda en su respectiva historia. Para los exámenes clínicos y paraclínicos se lleva a cabo el mismo procedimiento desde el sitio en que se origina el informe; existen para ello 6 personas asignadas al archivo clínico encargadas de archivar todos los documentos que lleguen en sus respectivas historias, ellos son quienes las manipulan desde el archivo hasta el consultorio u oficina requeridos y quienes custodian la privacidad de los documentos.

En la historia puede registrar el profesional de salud debidamente autorizado y/o contratado por la Empresa Colombiana de Petróleos. La historia no se presta a personal ajeno a la institución. En la historia también se registra los suministros ortopédicos y optométricos entregados al paciente, éste registro lo hace y/o lo firma el respectivo coordinador de área.

No existe una labor sistemática que permita realizar seguimiento a los registros clínicos y catalogar los errores, omisiones, etc. Si se pretende examinar esta situación se puede indirectamente buscar nuevos registros hechos en la historia, nuevas consultas incluidas en la historia clínica o por nuevas hojas direccionadas para ser archivadas.

Existe un comité de historias clínicas que opera de manera irregular y un proceso de auditoria externo en curso a través del cual se supervisa la calidad de la información y el grado de veracidad de los datos.

Respecto a indicadores se manejan algunos operativos como: movimiento diario promedio de Historias clínicas (700 historias promedio/día), oportunidad en el archivo de documentos.

En la búsqueda de calidad se trabaja permanentemente aunque no de manera sistemática sobre aspectos actitudinales del personal de archivo dirigido a garantizar una prestación amable, eficiente y oportuna.

No se ha realizado un proceso de Benchmarking. A través de capacitación con entidades en salud con experiencia se han introducido prácticas más recientes acordes con nuevas exigencias y retos del sector.

No existe una georeferenciación debido a que los usuarios del servicio de salud de ECOPETROL acceden a él en condición de trabajador y jubilado y sus beneficiarios debidamente inscritos de manera que el perfil de usuarios es variable y no hay sectores definidos hacia los cuales se oriente con preferencia la oferta pues debe garantizarse cobertura a todos los usuarios mencionados. La información epidemiológica y en general la caracterización de perfiles de usuarios (incluyendo perfiles de riesgo) se obtienen a través del Sistema Único de Información en Salud (SUIS). Este sistema es un software corporativo en donde quedan registrados todos los contactos en salud de los usuarios con la institución. En la actualidad se incluyen un 70% de dichos contactos debido a la contratación de servicios de profesionales por fuera de ECOPETROL (adscripción) y la no introducción de algunos procesos (servicios) dentro del sistema ya que para ello es necesario documentar, definir y garantizar cada uno de dichos procesos. El sistema permite programar actividades (agendas) y registrar su prestación de manera que se logra mantener actualizado en tiempo real el registro clínico de los pacientes. El sistema se encuentra diseñado sobre una base de datos soportada en el software ORACLE y cuenta con los documentos de soporte técnico a cargo de un administrador Ingeniero de Sistemas:

- Manual técnico
- Manual del usuario
- Manual Referencial de Tablas
- Diccionario de datos (descripción y detalle de los componentes del sistema)
- Manual de Back Up y contingencias

El diseño tiene en cuenta además las disposiciones de ley del Ministerio de Salud en cuanto a reportes de estadística de morbimortalidad (actualmente RIPS) cuyo análisis y procesamiento está a cargo del administrador del sistema y un médico epidemiólogo. Se realiza un reporte anual a través del diagnóstico de salud en donde se incluye información epidemiológica de morbimortalidad, perfil epidemiológico, tendencias, análisis de impacto de

programas de prevención y promoción y se obtienen además perfiles de riesgo que orientan la toma de decisiones en prevención y promoción así como de orden administrativo respecto a re-distribución de recursos.

La base de datos que constituye el SUIIS se actualiza diariamente por parte de cada uno de los usuarios del sistema a quien corresponde de acuerdo al administrador un perfil específico:

- Perfil de administrador (súper usuario)
- Perfil de prestador de salud
- Perfil de Operador

Este hecho hace que se requiera un trabajo previo en la construcción de una cultura informática y de responsabilidad frente al sistema y la generación del dato que garantice la completitud y veracidad de los registros y de las modificaciones realizadas. El administrador recibe además diariamente los comentarios frente a dificultades y propuestas de mejora por parte de los usuarios del sistema (prestadores, operadores y administrativos) que son discutidas además (no de manera periódica) en las reuniones de grupo. No existe actualmente una metodología de seguimiento a dichas observaciones. Los requerimientos técnicos de los usuarios del sistema accede al soporte a través de una línea permanente de atención al usuario que las resuelve a través de un sistema de comunicación acceso remoto. En caso de requerir soporte físico asiste personal directamente al sitio de la falla. Se verifica el apoyo mediante correo electrónico que asigna consecutivo de atención y encuesta de satisfacción.

No se han establecido nuevos lineamientos en la construcción de bases de datos y frente a esto ya se han mencionado algunas de las bondades del sistema. El criterio básico que orienta el Sistema Único de Información busca garantizar el registro total y ordenado de los actos de carácter asistencial y administrativo respecto del paciente y organizar la prestación y circulación de este usuario dentro del sistema mediante la administración adecuada del tiempo. Frente a este tópico puede decirse que se cuenta con una herramienta de orden clínico-asistencial y administrativa cuya utilización de su potencial real oscila en un 50% debido a la falta de incorporación de un módulo de costos y la ausencia de indicadores sistematizados.

Otras bases de datos corresponden a manejos específicos de áreas funcionales como el sistema OMEGA para procesamiento de información de laboratorio clínico, SIDEOCA para ejecución de ordenes de medicamentos no disponibles dentro de la institución y el sistema ELLIPSE para manejo de compras y proveedores (que se describe más adelante). La necesidad de operar un sistema en el que se actúa como asegurador y prestador hace que el manejo operativo, funcional y administrativo esté descentralizado y cada

individuo en su área sea responsable del desarrollo y evolución de sus actividades y procesos de manera que él mismo establece los mecanismos de registro y evaluación del desempeño a través de bases de datos propias ajustadas a sus requerimientos. En ese sentido la estructura descrita de bases independientes genera fragmentación y le quita integridad relacional al sistema de información aunque otorga autonomía y creatividad.

En el esfuerzo de unificar indicadores y establecer un seguimiento a metas de planeación estratégica está dispuesta una herramienta en red institucional en la que cada coordinador introduce y actualiza información mensual de su área con el fin de dar desarrollo al direccionamiento estratégico y evaluación del desempeño que se convierte en la herramienta de seguimiento más importante. El sistema de información en satisfacción del usuario se soporta en el registro de encuestas de satisfacción aplicadas de manera sistemática diariamente y presentadas periódicamente. Esta práctica no se desarrolla con proveedores ni prestadores de servicios internos ni externos. El proceso de actualización de bases de datos no se desarrolla de manera sistemática en virtud de la descentralización funcional administrativa y está sujeto a necesidades particulares por área. Sobre la historia clínica se trabaja constantemente revisando dificultades y sugerencias por parte de los prestadores y con el proceso de auditoría clínica evaluando aspectos técnicos para realimentación.

### **GERENCIA DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN: PREVENCIÓN, PROMOCIÓN, ASISTENCIA, REHABILITACIÓN**

La División de Salud del Magdalena Medio ha adoptado históricamente, como parte de la política de calidad prevista para toda la empresa Colombiana de Petróleos, la elaboración del flujograma de todos los procesos institucionales administrativos y operativos. Adicionalmente dentro de esta misma política ha realizado en los últimos dos años la priorización de los procesos definidos como críticos en cada área para realizar con éstos un ejercicio de estandarización al implementar las oportunidades de mejora encontradas en el momento de la evaluación bajo el esquema propuesto por la Organización Internacional de Estandarización (ISO) y adoptado en la Norma Técnica Colombiana NTC - ISO 9000 sobre los Sistemas de Gestión de la Calidad con un enfoque basado en Procesos.

La responsabilidad de la revisión y actualización de los procesos críticos mencionados esta a cargo de cada uno de los coordinadores de área operativa apoyado en los líderes funcionales, así mismo la priorización para la selección de los procesos críticos esta determinada por atributos de la calidad como la satisfacción del usuario y/o satisfacción del prestador, optimización de los recursos, eficacia operativa y calidad del servicio.

De otra parte la institución tiene también definida claramente toda una política que permite asegurar un resultado favorable como producto del proceso de atención al usuario que contempla aspectos entre los que se encuentran:

- La definición detallada de las responsabilidades de cada uno de los prestadores contenida en el Sistema de Gestión Integral del Personal (GIP) construido por cada uno de los coordinadores de área con el soporte del área de apoyo administrativo. Este Sistema contiene la descripción de cada uno de los cargos de la institución, el cual es actualizado permanentemente de acuerdo a la necesidad según los cambios que ocurran en el personal y se garantiza el conocimiento de este a través de la presentación individual y personalizada para cada uno de los miembros de la institución.
- La difusión de la información a través de una Guía de Servicios que permite al prestador así como al usuario el mayor conocimiento de la organización, el plan de salud al que tienen derecho, los servicios que se prestan en la institución y de esta manera facilita la accesibilidad y permite utilizar y aprovechar adecuadamente los servicios y suministros disponibles para satisfacer las necesidades en salud. Esta guía se actualiza periódicamente a fin de incluir los cambios que ocurren en la institución y se difunde a los prestadores del servicio en el momento de la inducción y a través del correo regular se envía un ejemplar por cada grupo familiar beneficiario del plan de salud.
- La definición de los protocolos o guías de atención para los motivos de consulta o diagnósticos de las patologías prioritarias según su frecuencia dentro del perfil de morbilidad de cada uno de los servicios. La elaboración de estas guías de atención siguen los estándares propuestos dentro de las normas de la ISO previstas para la elaboración de documentos y se difunden a todos los profesionales utilizando el recurso informático disponible en la institución. La revisión para la actualización de estos protocolos es realizada por grupos de prestadores designados para tal fin según su afinidad con el tema a revisar. Este mecanismo de construcción participativa incentiva el conocimiento y adopción del estándar planteado en el protocolo. Para el caso de los nuevos empleados se entrega como parte del proceso de inducción, entrenamiento y capacitación.

La institución tiene puesto en práctica un sistema de evaluación de la Satisfacción de los usuarios a través de la aplicación continua de una encuesta que permite determinar la percepción que tienen los usuarios y sus familias de las necesidades de información, capacitación y educación al

mismo tiempo que la calidad en el trato, oportunidad para acceder al servicio, condiciones físicas de las instalaciones, dotación de los consultorios, tiempo dedicado por el profesional entre otros atributos de calidad que son tenidos en cuenta.

La institución también tiene establecido un sistema que permite garantizar el suministro de la información pertinente al paciente y su familia respecto de las opciones terapéuticas disponibles mediante el portafolio incluido dentro de la guía de servicios dirigida a todos los usuarios de la institución. Así mismo se garantiza que todo los usuarios que van a ser sometidos a procedimientos invasivos deben estar ampliamente informados de la descripción del procedimiento, alternativas terapéuticas, riesgos en los que se incurre al realizar o dejar de hacer el tratamiento y haber consentido que se les realice el procedimiento programado mediante la suscripción de un documento impreso el cual es firmado en sentido de aceptación antes de realizarse la intervención.

Todo el esquema de atención actual institucional tiene un énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. En el marco de esta política institucional cada año se evalúa el perfil epidemiológico de la población a atender con el que se determinan las prioridades a partir de las cuales se construye el proyecto de Promoción y Prevención incorporando dentro de este la normativa vigente contenida en el marco de la ley 0412 que el Ministerio de Salud ha previsto para este fin. Los programas institucionales aplican el esquema de establecimiento de prioridades de riesgo por grupo etáreo y dentro de los que actualmente están contemplados se encuentran: Factores de Riesgo Cardiovascular (Hipertensión, Diabetes, Dislipidemia, Obesidad, Tabaquismo Estrés), Detección precoz de Cáncer de Seno, Detección Precoz de Cáncer de Cervix, Salud Mental, Pulmón y Vida (incluye Tuberculosis), Salud Integral para la Infancia (SIPI), Enfermedades de Transmisión Sexual, Control Prenatal y Atención Domiciliaria.

El objetivo último pretende lograr un mejor nivel de vida en cada uno de los usuarios del servicio a través de la incorporación de una cultura del auto cuidado en salud a través de la practica de unos hábitos de vida saludables. Todo el proyecto desarrollado incluye varias estrategias para romper barreras socioculturales en relación con la adopción de conductas saludables y hábitos adecuados dentro de las que se encuentran talleres de preparación de alimentos, realización de ejercicios, charlas y jornadas sobre conceptos básicos y los factores de riesgo a controlar para mantener el mejor estado de salud.

El personal profesional que planea, diseña y desarrolla estas actividades incluye cada una de las áreas requeridas dentro de este proceso de atención (Sicología, Nutrición, Medicina, Enfermería, Trabajo Social) los cuales han

recibido actualización técnica y capacitación para el desarrollo de habilidades comunicativas en temas de la salud con lo cual se ha logrado un mayor impacto de los programas desarrollados. La población objeto a cubrir dentro de cada uno de los programas esta definida con base en el perfil epidemiológico previamente conocido lo cual permite planear en términos de indicadores el recurso económico de personal y el tiempo requerido para cumplir con los objetivos, los cuales se miden en términos de cobertura e impacto en cada uno de los programas desarrollados. El enfoque de los temas desarrollados en estas actividades educativas incluyen: Fomentar la ingesta de una dieta balanceada, incentivar la realización regular de ejercicio (evitar sedentarismo), incrementar la autoestima y estimular el auto cuidado, practicas sexuales saludables, evitar el tabaquismo, manejo adecuado del estrés e inclusive la utilización adecuada de los servicios de salud.

La institución no tiene estructurada una política, procedimientos y el alcance para informar al paciente y su familia durante la atención sobre:

- Seguridad y efectividad de medicamentos
- Seguridad y efectividad en uso de equipos médicos
- Interacciones medicamentosas posibles y de alimentos
- Técnicas de rehabilitación para facilitar su recuperación o independencia funcional
- Acceso a recursos disponibles
- Cuándo y cómo obtener tratamiento adicional

No existe actualmente en la institución una política de capacitación al personal responsable de los procesos de atención en manejo de información para seguimiento y evaluación de los resultados.

No existe tampoco una evaluación de la Percepción de las necesidades del usuario y su familia en aspectos como: prácticas culturales y religiosas, Barreras emocionales, Deseos de aprender sobre su enfermedad, Barreras de lenguaje o limitaciones de conocimiento. Cómo son, a quienes se aplica, que tan generalizados están, cómo se implementan, cómo se diseñaron y cómo se responde a las necesidades detectadas.

La estrategia fundamental que utiliza la institución tendiente a optimizar los recursos disponibles para garantizar la oportunidad en el suministro de elementos médicos y medicamentos es el listado de la proyección del consumo anual de éstos que se construye a partir del perfil epidemiológico, consumos históricos y los protocolos institucionales. Este documento es conocido como el Plan Anual de Compras (PAC), y es a partir de allí que se definen los términos de referencia, condiciones comerciales, aplicación de multas, montos de las entregas parciales y evaluación de proveedores de los

elementos médicos y medicamentos para la institución en un período fiscal e inclusive en las vigencias futuras presupuestales todo esto bajo los preceptos de la legislación vigente.

Como uno de los pilares fundamentales del manejo de los insumos médicos y paramédicos se ha constituido en la institución un Comité de Medicamentos y Elementos Médicos, siendo este el ente rector institucional que establece la metodología del manejo, la selección y adquisición de los nuevos productos. Este comité se encuentra conformado por el Jefe de la institución, la Jefe del Servicio Farmacéutico, todos los profesionales Médicos que se desempeñan como Jefes de Área Funcional, el Jefe del Hospital, el Jefe de Servicios Ambulatorios así como seis vocales que son representantes del grupo de médicos generales ó especialistas cada uno de los cuales tiene claramente definidas sus funciones y responsabilidades. La periodicidad de las reuniones es quincenal y para estas se plantea una agenda que es aprobada por el Jefe del comité.

Adicionalmente la División de Salud del Magdalena Medio de ECOPETROL cuenta con un Sistema para el Mercadeo de Medicamentos y Elementos Médicos (SISMEM) que contempla desde la Selección, Adquisición, Distribución y Uso de estos insumos para toda la institución como una metodología estandarizada que permite garantizar la utilización eficiente de estos recursos.

Los aspectos que incluye cada uno de los módulos que conforman el SISMEM son los siguientes:

- Selección: A partir de la cual se realiza la evaluación de los productos a considerar para inclusión en el vademécum que contempla los aspectos como farmacología (posología, efectos adversos, nivel de dosificación, si requiere o no coadyuvante), nivel de seguridad (restricción en grupos de pacientes, tiempo mínimo de tratamiento), mercadeo (fácil adquisición en el medio, alternativas comerciales, precio, trayectoria en el mercado), protocolos(existe en los protocolos institucionales, aval por agremiaciones reconocidas a nivel internacional o nacional)
- Adquisición: Que contempla la recepción de la mercancía, verificación de las especificaciones técnicas y comerciales.
- Almacenamiento: Que incluye evaluación y mantenimiento de condiciones ideales de humedad, luminosidad, temperatura, apilamiento, condiciones específicas del producto según instrucciones del fabricante, control de inventarios (vencimiento, rotación, mínimos - máximos tiempos de reposición, edad del inventario de cada producto.
- Distribución: Donde se evalúa las necesidades por servicio (valoración de inclusión), requerimientos por periodo, seguimiento presupuestal, sistema de distribución (dosis unitaria para pacientes hospitalizados y formulación

máxima para dos meses para los pacientes ambulatorios). Además de manera ocasional se realiza la identificación de consultadores y consumidores crónicos con el fin de realizar revisiones de caso puntual y definir las mejores conductas en cada uno de ellos.

- Uso: Que incluye aspectos como elaboración y actualización de vademécum, protocolos, reporte de reacciones adversas, boletines (farmacológicos a pacientes así como carteleras), boletines de actualización de vademécum para médicos.

Como debilidad importante en la institución no se ha hecho análisis de reacciones adversas ni tampoco existe un sistema de reporte de respuesta inefectiva de presentación comercial de medicamentos.

Existe en la institución un inventario de todos los equipos y bienes de la institución el cual es actualizado cada dos años dentro del cual se encuentran incluidos los equipos biomédicos. Esta practica periódica permite tener un listado vigente de todos los equipos de la institución. Estos equipos biomédicos son renovados de acuerdo a las necesidades institucionales las cuales se determinan según su obsolescencia enmarcada en aspectos como la posibilidad de realizar actualizaciones acordes con el avance de la tecnología, posibilidad de realizar los mantenimientos o reparaciones de daños, posibilidad de mejoramiento de los resultados obtenidos y riesgo o capacidad de producir contaminación a los individuos o el medio ambiente entre otros.

La responsabilidad de la actualización de esta tecnología biomédica esta a cargo de cada uno de los coordinadores de área que plantea sus necesidades de acuerdo con los criterios planteados estableciendo una priorización de las necesidades para elaborar el plan anual de compra de equipo capital de la institución y la responsabilidad de ejecución de este plan anual esta a cargo del Jefe del Hospital.

Cada uno de los equipos incluidos en este listado tiene una hoja de vida desde su adquisición hasta la culminación de la vida útil institucional que se encuentra bajo la custodia de un Técnico en Electromedicina que al mismo tiempo se encarga de elaborar y ejecutar ya sea de manera directa o contratada el Plan de Mantenimiento Preventivo y Correctivo para cada uno de ellos, según las necesidades que se determinan por las recomendaciones técnicas del fabricante Y según la frecuencia de utilización.

El seguimiento a este programa esta previsto dentro de la Planeación Estratégica en el séptimo de los Objetivos Clave denominado Gestión Tecnológica. Cuando las necesidades de mantenimiento son de tipo correctivo el usuario responsable del equipo debe elaborar una orden de trabajo donde se detalla la ubicación del equipo, el tipo de falla, la prioridad requerida en la respuesta a dicha orden y los nombres e identificación de

quien elabora la orden y quien la recibe en el área de Mantenimiento. A estas órdenes se les va asignando un numero consecutivo de acuerdo a la secuencia de radicación en el libro determinado de registro que será la misma de la respuesta a las órdenes a menos que se determine que exista prioridad para la resolución de alguna de ellas. El coordinador del área lleva un registro periódico del numero total de ordenes recibidas así como del porcentaje de resolución.

Cuando el mantenimiento requerido debe ser realizado por personal externo a la institución debido a la especialización de las actividades a realizar ó por ausencia de la disponibilidad de los equipos ó repuestos para tal fin, el técnico de electromedicina se encarga de gestionar la elaboración del respectivo contrato de prestación de servicios y/o suministros para suplir dicha necesidad acorde a los términos establecidos dentro de la normatividad en materia contractual para las entidades estatales (Ley 80 de 1993 y el Decreto 2170 de 2002). Dentro de los criterios de evaluación para la escogencia de un proveedor de mantenimiento se incluyen su experiencia ó exclusividad en el país, la garantía de los trabajos realizados, la disponibilidad de los repuestos requeridos, la evaluación del proveedor en contratos anteriores dentro o fuera de la institución y el costo del servicio cuando es necesario definir entre dos o mas proveedores.

Para cada uno de los equipos se verifica y ejecuta el programa de requerimientos de calibraciones según las recomendaciones del fabricante para de esta manera garantizar confiabilidad en la medición y resultado de los equipos. Así mismo cuando existen condiciones especiales para una adecuada operación de los equipos biomédicos, lograr buscar una eficiencia en el uso de ellos, confiabilidad de los resultados, evitar daños innecesarios o en general tener un mejor aprovechamiento de las cualidades del equipo, la institución realiza todas las adecuaciones locativas que permitan garantizar las condiciones ideales de operación (humedad, temperatura, nivelación, drenajes, alarmas de indicación de salida de los estándares, etc.) las cuales se monitorean de manera continua en los casos en los que es necesario para verificar así que éstas condiciones se den de manera permanente. Las experiencias en este aspecto con cada uno de los equipos siempre son tenidas en cuenta para los posibles ajustes a que hubiere lugar.

Es una política institucional que dentro del programa de inducción a cada uno de los nuevos colaboradores se realice una verificación del entrenamiento en el manejo de los equipos biomédicos que van a estar a su cargo. Así mismo se realiza capacitación antes de iniciar la operación de un equipo cuando se evidencian falencias en el entrenamiento mínimo requerido para la operación de éste ó cuando por cambio de tecnología se hace necesario actualizar al personal en este sentido.

Cada una de las áreas de atención clínica así como las de apoyo tienen asignado personal que permite garantizar la limpieza y asepsia de cada una de ellas. Las actividades, distribución del recurso humano requerido así como los insumos necesarios están contemplados dentro del presupuesto del área de Servicios Generales; la ejecución de estas están en el cronograma de actividades diarias, así mismo el cronograma de desinfecciones se planea para todo el año y su seguimiento es permanente.

La labor de limpieza y desinfección de áreas clínicas como las de apoyo así como el lavado de la ropa institucional tienen estandarizados sus procesos y el seguimiento a estos se mide en términos de cumplimiento de las actividades planeadas y además de los resultados directos e indirectos mediante una labor que se desarrolla a través del trabajo en equipo entre el personal de servicios generales y los profesionales y auxiliares que conforman el Comité de Infecciones Intra hospitalarias. Es así como se miden en términos de resultado el número de infecciones intrahospitalarias, la calidad de la ropa lavada y de manera más indirecta las desviaciones por encima o por debajo de los consumos promedio de acuerdo a las actividades realizadas. Existe además una continua labor de aseguramiento a través del seguimiento de la utilización adecuada de los materiales para desinfección realizada por los miembros del Comité de Infecciones.

Los procedimientos de desinfección y esterilización de las áreas asépticas y de los equipos se practica bajo unos estándares acordados a la luz de los conceptos técnicos actuales que contemplan la metodología y los insumos. El seguimiento al cumplimiento de las normas establecidas se realiza a través de auditorías periódicas al cumplimiento de las normas de Bioseguridad que responden a un cronograma que hace parte del programa de salud ocupacional institucional enmarcado dentro de un Plan de Reconocimientos por resultados, incorporado y elaborado por el coordinador del área pero que no se notifica con antelación al personal operativo del área a fin de lograr que los resultados de la evaluación corresponda a la realidad del transcurrir en el día a día. Cada visita se cumple siguiendo una lista de chequeo y al final de esta se realiza el afianzamiento de los aspectos positivos y se realizan los compromisos de mejoramiento que son revisados en el seguimiento que se hace al azar de algunas de las áreas auditadas. De la misma manera como se realiza las auditorías de bioseguridad también se incluyen dentro del cronograma auditorías de orden y aseo a las áreas clínicas y de apoyo clínico con una periodicidad similar, utilizando la misma metodología y recursos que los ya mencionados para las de Bioseguridad.

El comité de infecciones por su parte funciona como un ente asesor autónomo, conformado por profesionales médicos y paramédicos (médico, enfermera, bacterióloga, infectólogo visitante) que voluntariamente se vinculan asumiendo las responsabilidades definidas dentro del mismo comité

por sus integrantes de acuerdo a las necesidades definidas en el plan anual. Su accionar cuenta con el respaldo del jefe de la institución y sus reuniones se realizan cada quince días. La actividad de apoyo de este comité trasciende a toda la institución a través de los informes y recomendaciones hechas a partir del análisis de la información obtenida en todas las áreas de la institución y el seguimiento a estas se realiza con el apoyo de cada uno de los coordinadores de área funcional según corresponda. Anualmente se presenta un informe condensado ante el Consejo de Calidad de la institución a partir del cual se realiza la priorización de las actividades a realizar en el periodo siguiente.

Para el manejo de residuos sólidos, líquidos y las emanaciones institucionales se encuentra conformado un equipo de trabajo interdisciplinario denominado Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitario (GAGAS) que se encarga de elaborar todo el plan de trabajo con el fin de garantizar la provisión de todos los recursos económicos, de personal, adecuaciones a la infraestructura, equipos, protocolos de manejos, definición de responsabilidades, elaboración de informes (a los entes gubernamentales competentes en la materia) y seguimiento a la ejecución acorde con toda la normatividad vigente planteada en el Decreto 2676 de 2000 y 1669 de 2002.

En la actualidad no se realiza monitoreo a la posibilidad de contagio de los visitantes o usuarios al entrar en contacto con servicio de salud.

La División de Salud del Magdalena Medio cuenta con todos los servicios requeridos para ser catalogada como una Institución Prestadora de Servicios de Salud de nivel de Complejidad II. Históricamente la institución contaba con todos los prestadores de servicios de salud vinculados de manera directa mediante contrato laboral. En la actualidad dentro de la política de contratación, al igual que en toda la Empresa Colombiana de Petróleos, y así como en todas las entidades estatales, se ha determinado que la vinculación laboral directa esta reservada para aquellos cargos que han sido definidos como parte de la razón de ser del negocio, la excepción está dada para los profesionales o entidades que requieren un grado de especialización tal ya sea en formación académica ó recursos tecnológicos (equipos ó infraestructura) quienes a pesar de desempeñar actividades propias del negocio no se encuentran históricamente definidos dentro de la planta de personal de la organización por lo cual se vinculan a través de contratos de prestación de servicios según esta contemplado en la ley de contratación estatal (Ley 80 de 1993 y Decreto 2170 de 2002). El número de contratos ó proveedores se define de acuerdo al tipo y volumen de servicios que se requieren prestar según las necesidades definidas en los estándares nacionales e históricos institucionales de acuerdo al número de beneficiarios a atender y según el perfil epidemiológico conocido de la población

beneficiaria de los servicios de salud de ECOPETROL en el área del Magdalena Medio.

El proceso de selección de personal para los profesionales de planta así como para los profesionales ó instituciones adscritas tiene como principio la aplicación de unos criterios de selección objetivos evaluando aspectos psicológicos, técnicos, de disponibilidad de recursos e insumos y ventajas económicas para la institución. Así mismo esta claramente definido en la institución que para toda la interacción con los proveedores respecto del seguimiento y desarrollo de cada uno de los contratos se siguen las pautas definidas dentro de los manuales de contratación estatal enmarcados en la ley como se mencionó anteriormente.

La evaluación de la calidad del servicio que prestan todos los proveedores esta ceñida a los parámetros definidos en el Decreto 2309 de 2002 donde se describe el Sistema de Garantía de Calidad para el sector salud y la resolución 1439 de 2002 del sistema de habilitación, el cual es obligatorio para todos los prestadores de servicios de salud en Colombia. De esta manera se garantiza que se cumplan los requisitos mínimos de prestación exigidos en Colombia, condición indispensable sin la cual no se realiza ningún contrato con la institución. La verificación del cumplimiento de estos requisitos corresponde a la Secretaria de Salud a través de le expedición del respectivo certificado de habilitación como está previsto en esta ley vigente.

Para facilitar la solución de conflictos respecto de la prestación de los servicios cada uno de los contratos tiene designado un interventor que mantiene estrecho contacto con cada uno de sus proveedores a cargo y quien tiene entre otras de sus funciones prever problemas potenciales ó reales y facilitar la solución a estos a la luz de la normatividad vigente.

La institución participa activamente en la formulación del diseño de los planes de mejoramiento de los productos y servicios que contrata o subcontrata de acuerdo a sus necesidades y a los estándares definidos para los procesos de atención dentro del mercado de los servicios de salud. Los proveedores son evaluados cada seis meses en los aspectos de cumplimiento de los términos del contrato y una vez al año en lo referente a cumplimiento de unos requisitos mínimos establecidos de infraestructura, ésta evaluación se encuentra a cargo del interventor del respectivo contrato.

El proceso de auditoria en la institución se lleva a cabo a través de varios mecanismos utilizando en algunos casos recursos internos para los casos en los que se desea revisar aspectos puntuales de interés administrativo ó técnico y con recursos externos que funcionan como ente asesor y los cuales se han contratado para realizar una auditoria sistemática de la facturación de los proveedores así como de la pertinencia y racionalidad en el uso de los

recursos disponibles para cada uno de los servicios con que cuenta la institución (formulación, ayudas diagnósticas y terapéuticas, calidad de los registros de atención, interconsultas locales y a otras ciudades entre otras); la frecuencia con la que se audita cada uno de estos aspectos está determinada por la prioridad definida en términos de impacto y/o aporte al cumplimiento de los objetivos organizacionales para cada una de las áreas funcionales. Ninguno de los aspectos mencionados deja de auditarse en un periodo de intervalos mayor a tres meses.

Los resultados de la auditoría son entregados directamente al equipo gerencial con el análisis de los indicadores establecidos y las sugerencias. Luego del análisis respectivo estos son presentados a todos los participantes del proceso auditado para establecer de manera conjunta las acciones de mejora a emprender y establecer los compromisos en términos de indicadores con el fin de lograr los ajustes necesarios para el logro de los objetivos propuestos.

## **GERENCIA DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS**

La División de salud del Magdalena Medio y por tanto el área de servicios ambulatorios comparte procesos referentes a los aspectos financieros con la Vicepresidencia de Refinación y administrativamente de la Gerencia de Servicios de Salud a su vez filial de la Vicepresidencia de Personal. Las disposiciones y políticas en manejo de presupuesto están contenidas en los lineamientos de la vicepresidencia de refinación en los que se garantizan la asignación presupuestal aprobada y su desembolso.

El presupuesto anual aprobado es un presupuesto de gastos. No existe presupuesto real de inversiones ni de ingresos y tampoco se incluyen los gastos derivados de personal manejados directamente por dicha dependencia (Dependencia de personal). En la construcción del presupuesto participan cada una de las áreas operativas y administrativas de servicios ambulatorios liderados por los coordinadores de área: Odontología, medicina y servicios administrativos. La elaboración presupuestal anual se empieza a trabajar desde el mes de mayo según necesidades por área con base en consumos históricos ajustados (no por objetivos o metas) plasmado en programas de trabajo referente a los objetivos estratégicos para cada una de las áreas funcionales. Con el mismo criterio se maneja un Plan Anual de Compras (PAC) incluido medicamentos, suministros médicos y nómina. Para adquisición de tecnología y equipos biomédicos (presupuesto de inversiones) se realizan estudios y análisis técnicos así como de impacto que permitan soportar la adquisición ante la Vicepresidencia financiera (VIF) a través de un plan de compras reflejado en la solicitud de equipo capital.

El seguimiento a estas adquisiciones se delega directamente al coordinador de área que soporta la solicitud quien es el encargado del equipo capital. Sin embargo no existe un seguimiento periódico y sistemático a dichos equipos que permitan evaluar el costo oportunidad y costo beneficio de la inversión.

Respecto a la toma de decisiones sobre el presupuesto de gastos y solicitud de inversión en equipos y tecnología se busca principalmente:

- Dar cumplimiento a las necesidades en salud de la población objeto
- Dar respuesta a los compromisos de salud pactados convencionalmente (Convención Colectiva de Trabajo)
- Cumplir con los compromisos estipulados por la ley
- Cumplimiento de objetivos estratégicos tanto financieros como epidemiológicos.

Estas decisiones se soportan en los lineamientos generales de ley emanados del ministerio de protección social (Plan Nacional de Salud), Diagnóstico de Salud institucional (perfil epidemiológico de la población) y objetivos de la planeación estratégica.

Las relaciones contractuales en cuanto convenios y contratos se rigen a través de la Ley 80 de contratación en todos sus aspectos para homogenizar estos procesos y generar transparencia. Se han modificado los esquemas de contratación en la medida que con el personal de planta no se puede ofrecer ni cubrir todas las necesidades de salud de los beneficiarios reduciendo de esta manera los compromisos prestacionales directos a través de contratos por adscripción, tarifas, o presupuesto global fijo mes, cambio en los períodos de contratación (anual a bianual) y procesos de auditoria interna estipulados en los contratos y a cargo del coordinador de área quien realiza la interventoría y seguimiento. No siempre se cumple con una revisión periódica y sistemática de tales contratos y es quizá en el momento de liquidar cuando se realizan las observaciones pertinentes. El establecimiento de tarifas depende directamente de la Gerencia de Salud que maneja un manual de tarifas propio obviándose de esta manera el desarrollo de un análisis de referenciación competitiva ni de análisis de mercado en cuanto a tarifas.

Debido a las particularidades del régimen especial en el que se encuentra la institución no existe un sistema de facturación ni de cartera establecidos y tan solo se aplica un sistema de recobro interno para beneficiarios con inscripción de registro médico en otras localidades o cobro por procedimientos de patologías renunciadas a trabajadores y/o beneficiarios así como por prestación de servicio de urgencias a no beneficiarios y SOAT.

Al no existir un sistema de facturación no se logra construir adecuadamente el sistema costos a partir del sistema de información disponible. Además el manejo desagregado del presupuesto tal y como se describió dificulta el conocimiento real en costos. Se utiliza un sistema de costo medio evento con base en datos recogidos de las diferentes áreas involucradas pero que no contempla la totalidad de los aspectos respecto de los costos de las actividades desarrolladas.

Para garantizar niveles de responsabilidad y eficiencia en manejo de recursos financieros existe un ordenador del gasto y autorizadores de pagos cuyos montos de autorización están establecidos en un Manual de Control Administrativo de ECOPETROL. No se cuenta en la institución con un sistema de facturación ni tampoco de tesorería pues sólo se autoriza pagos a terceros a través del área de contabilidad la cual hace parte de los servicios compartidos. El área de gestión financiera de la DSMM realiza el seguimiento al Presupuesto de gastos asignado mediante actualizaciones mensuales de ejecución que son registradas por coordinadores de área a quienes se asigna segmentos de presupuesto para desarrollar las actividades propias. Esta área genera a su vez informes que tienen como base los costos por servicio e incluyen:

- Informes de ejecución del gasto
- Informes del presupuesto de disponibilidad
- Informe de tendencia o crecimiento del presupuesto
- Informes de pagos de facturación causada

El jefe de gestión de la DSMM actualiza mensualmente un sistema de registro institucional de ECOPETROL denominado Herramienta para la Ejecución Local del Presupuesto (HELP).

La veracidad de la información contable se fundamenta en la confiabilidad de los ejecutores a quienes se asigna la responsabilidad en el manejo presupuestal. Se maneja además un sistema estructural de servicios compartidos aunque de esta manera se ve afectada la oportunidad en la información en estos aspectos presupuestales.

Los indicadores financieros (costos por servicio, costo medio evento, índice de utilización, costo por usuario) se actualizan los 10 primeros días del cierre contable del mes y en 4 reportes trimestrales a la Gerencia de Servicios de Salud de manera que se realiza seguimiento periódico.

El sistema tiene bajo impacto sobre la capacitación del personal encargado de realizar planeación, interventoría, seguimiento a la ejecución, etc.

Las unidades o áreas de apoyo administrativo y de servicios están a cargo de un jefe de grupo quien coordina y supervisa la ejecución de la planeación y verifica el cumplimiento de procesos aunque no de manera sistemática pues cada área es responsable del conjunto de actividades que le corresponden. El seguimiento se a través de la base de datos de planeación estratégica que cada coordinador debe actualizar mensualmente. Aun no se ha logrado la estandarización de todos los procesos pero no se realiza verificación de cumplimiento en todos los casos. Todos los demás procesos se encuentran documentados siendo su actualización coyuntural mas no periódica.

Aunque se ha trabajado en la construcción de una cultura de la calidad, la dinámica institucional (con los cambios laborales y estructurales recientes) y la cultura organizacional rígida de algunos grupos de individuos y sectores frente al cambio impiden la introducción y cumplimiento de la metodología de procesos. Se han definido con claridad indicadores de proceso y algunos de resultado que son alimentados por las áreas de apoyo administrativo correspondiente y analizados trimestral y anualmente. Con base en ellos se toman las decisiones que afectan presupuesto y nómina.

Respecto del acondicionamiento limpieza, mantenimiento de las áreas comunes y puestos de trabajo se ha establecido como política:

- Brindar a compañeros de trabajo, beneficiarios y visitantes una estadía agradable en las instalaciones, con niveles de limpieza óptimos que garanticen bienestar.
- Se deben mantener además las diferentes áreas en perfecto estado de limpieza y desinfección.
- En el día a día se potencia la práctica de trabajo en equipo (la cual es reforzada con capacitación) así como el cumplimiento de las recomendaciones de aseo y limpieza en cada una de las áreas.
- La elaboración y ejecución ideas para el mejoramiento continuo de las áreas se realiza con los trabajadores de servicios generales, incluyendo análisis y revisión de productos, cumplimiento de especificaciones y mejoramiento de procesos.
- El establecimiento y trabajo continuo a través de educación continuada sobre el manejo de residuos y desechos hospitalarios permite racionalizar y generar cultura del ahorro y de clasificación de desechos.
- La asignación anual a cada uno de los trabajadores del área (servicios generales) de responsabilidades y objetivos por turnos en cada área de trabajo.

Está dispuesto un manual guía para procedimientos del día a día (Ej. desinfección, aseo), además se cumplen los lineamientos del documento actualizado a la luz del marco legal regulatorio sobre manejo de residuos y

desechos aunque operativamente no se hace verificación periódica de su cumplimiento.

Se dispone por zonas de un cuarto almacén en donde la persona responsable del área custodia los insumos de aseo entregados semanalmente de acuerdo al formato de “pedido semanal”. Además existe una bodega general en donde se guardan los productos de aseo que llegan y que son los que se distribuyen semanalmente. Cuando se evidencia que alguna área no requiere algún producto este no es entregado aun cuando esté solicitado en el formato de pedidos con el fin de evitar desperdicio de productos.

Actualmente se hacen inventarios selectivos cuando en algún área son requeridos más implementos y se informa al coordinador quien tiene la responsabilidad de verificar la real necesidad para proceder a autorizar la entrega de las cantidades adicionales que permitan cubrir los requerimientos planteados. Existe una permanente sensibilización al personal respecto de la importancia de cuidar los productos y el manejo adecuado de los mismos.

En la bodega general también se realizan inventarios selectivos y es así como la persona disponible responsable de esta bodega semanalmente actualiza y reporta la cantidad de productos entregados a las áreas y las justificaciones a los incrementos o disminuciones de consumo así como un informe de los elementos ó insumos que se encuentran en las cantidades mínimas al mismo tiempo que se notifica los productos que tienen una baja rotación.

La metodología de indicadores de proceso y resultado no se maneja y por tanto el seguimiento y efectividad se evalúan a través de la apreciación de la coordinación.

Los procesos de compras siguen las directrices regladas en la ley 80 y las normas y procedimientos afines emitidas por la presidencia de la Empresa Colombiana de Petróleos.

Existe en la empresa una política de compra directa a los fabricantes ó productores evitando al máximo la utilización de intermediarios, eso significa que son muy confiables pues no se corre el riesgo de compra de productos adulterados o robados; por otro lado los laboratorios invitados son de las mejores calidades técnicas (Ej. investigador de la molécula y mejor copia para el caso de medicamentos). Al invitar y comprar sólo a fabricantes se garantiza que sean autorizados por el INVIMA y demás entes encargados del control de medicamentos. La jefe del servicio farmacéutico debe además conocer la calificación INVIMA e invitar al laboratorio, elementos que influyen

también en la elección. Puede decirse que en el proceso de compras (proveedores) intervienen los mejores en calidad (y oportunidad).

En el proceso de recepción se revisa que el producto venga en excelentes condiciones, si es refrigerado deberá venir en nevera, la fecha de caducidad debe sobrepasar el año, de lo contrario no se acepta; la carga debe estar en perfectas condiciones para aceptarlo. Si hay dudas sobre las características de algún producto, la química farmacéutica es la persona a cargo de determinar si el producto se acepta o no de acuerdo a criterios técnicos.

Los términos de oportunidad se encuentran claramente definidos en las condiciones para cada una de las compras. Algunos proveedores tardan en las entregas pactadas de sus productos, por tanto el seguimiento a pedidos se realiza de manera constante dado que la demora en las entregas ocasiona sobre costos a la empresa al tener que adquirir los medicamentos a un mayor costo al tener que utilizar el recurso de los intermediarios a través de droguerías adscritas sin poder aplicar estrategias de economía de escala, sin embargo no se realiza un seguimiento sistemático y corresponde más a revisión puntual de casos específicas cuando se efectúa dicho procedimiento; en este sentido, el sistema de información MIMS tiene la forma de calificar a los proveedores en los aspectos técnicos y en los de cumplimiento. En la parte técnica se resta calificación cuando hay discrepancias en bodega por cantidades, ruptura o calidad. El cumplimiento se mide respecto de las fechas pactadas de entrega.

Adicionalmente se cobra una multa del 0.5% por día de retardo hasta máximo 10 días momento en el cual ECOPETROL define la cancelación del pedido o la aplicación de las pólizas de cumplimiento de acuerdo a lo previsto para estos casos en las leyes de contratación y compras.

Frente a las acciones de mejoramiento se ha buscado garantizar un sistema de vigilancia más eficiente mediante el entrenamiento y preparación de dos funcionarios, uno de ellos dedicado exclusivamente al seguimiento a pedidos y problemas derivados de las compras y otro que se dedique a comprar y negociar, pedir pólizas de cumplimiento, hacer seguimiento a las mismas y aplicarlas según corresponda.

Respecto al manejo de proveedores para el caso de los medicamentos y elementos médicos, éstos pueden participar en los procesos licitatorios cuando cumplan con buenas prácticas de manufactura, estén debidamente autorizados, cumplan con los requerimientos técnicos establecidos (por la química farmacéutica para el caso de medicamentos) y una vez cumplidos los requerimientos anteriores también estén debidamente inscritos en la cámara de comercio para lo cual deben presentar el certificado de existencia y representación legal que expide dicha institución. Como ejemplo para el

caso de medicamentos con el apoyo técnico de la química farmacéutica se escoge a los dos mejores proveedores por molécula. La exigencia de estos requisitos implica un incentivo en calidad para proveedores con base en las condiciones explícitas en la ley.

El sistema de información de proveedores ELLIPSE (antes MIMS) es muy completo y confiable, consta de módulos para manejo de cuentas por pagar, inventarios y compras. Es un software institucional general para el manejo de proveedores de todo ECOPETROL.

El módulo de compras es una herramienta efectiva para hacer el seguimiento a proveedores y obtener su calificación; esta se ve afectada cuando se produce incumplimiento o cuando bodega genera discrepancias: no envió de la cantidad o calidad correctas. Las afectaciones a la calificación tienen que generarse los procesos respectivos por parte de las personas que participan en el mismo. Los cambios en especificaciones se realizan directamente y por escrito al proveedor y con apego a las cláusulas contractuales vigentes.

La evaluación de proveedores se obtiene de reportes arrojados por ELLIPSE, muy confiables y completos aunque no existe para este fin una periodicidad definida. No existe un mecanismo de evaluación sistemático y sólo en los casos de sanciones se excluye a un proveedor (de acuerdo a la ley) del sistema de información ELLIPSE.

La institución evita que se presente conflicto de intereses respecto de la interacción directa de los proveedores con sus proveedores de servicios, buscando evitar desequilibrios de información difundida y ofrecida con el fin de que se presente cualquier mala utilización en las alternativas terapéuticas frente a otra de las disponibles en el mercado nacional. De esta manera se busca dar mayor transparencia, así mismo el proveedor debe presentar estudios realizados al comité de compras para su respectivo análisis.

El proceso de BENCHMARKING no se ha implementado en ésta área pues existe una obligación legal de dar cumplimiento a la ley 80 y las directrices que debe acoger ECOPETROL a través de su presidente.

## **CONFORMACIÓN Y DESARROLLO DEL EQUIPO HUMANO**

La Empresa Colombiana de Petróleos tiene establecido para todos sus Distritos de Producción de manera centralizada, sustentado en una política de servicios compartidos, un único Departamento de Manejo de Personal que se encuentra ubicado en las instalaciones del área industrial a través del cual desarrolla la política de Manejo de Talento Humano. Para lograr sus objetivos guarda una estrecha interrelación con la División de Salud así como con cada una de las áreas operacionales de la empresa.

El proceso de selección de personal inicia con el requerimiento del llenado de una vacante en la institución; para tal fin se tiene establecida una descripción de las funciones y requisitos requeridos para cada uno de los cargos que ha sido sistematizado en un software institucional denominado Gestión Integral de Personal (GIP) el cual contiene para cada uno de los cargos de la institución la descripción del nombre del cargo, nombre del superior inmediato y cargo que ocupa, perfil de cargo, descripción detallada de las actividades del día a día y como éstas apuntan a los objetivos estratégicos a los cuales aporta el funcionario, requerimientos humanos, técnicos y experiencia para ocupar el cargo y adicionalmente el espacio requerido para la firma de los funcionarios (Jefe y Funcionario designado para el cargo) en sentido de conocimiento y aceptación de los compromisos al aceptar el nombramiento en el cargo.

Con estos condicionantes básicos se realiza una preselección de las hojas de vida de los aspirantes y se establece un ranking a través de la evaluación de los atributos técnicos y de experiencia que estén certificados. En caso de ser necesario se solicita a los aspirantes la información o certificaciones que amplíen los datos suministrados dentro de la hoja de vida. Se procede a realizar las pruebas psicotécnicas que permitan establecer los rasgos de comportamiento y posibilidades de adaptación individuales frente a las características del puesto de trabajo. De acuerdo al orden de elegibilidad establecido mediante la combinación de estos dos factores (atributos técnicos, experiencia y rasgos de personalidad) se realizan entrevistas individuales aplicadas por los jefes de área funcional y psicólogos organizacionales con los que se pretende profundizar y confrontar los resultados obtenidos del análisis de hoja de vida y pruebas psicotécnicas a cada aspirante a fin de establecer los puntajes finales que se obtienen del consenso de evaluadores luego de considerar el conjunto de características de cada uno de los aspirantes en los aspectos mencionados.

El nombramiento se realiza en estricto orden de elegibilidad de acuerdo a los puntajes finales. El tipo y tiempo de vinculación esta determinado por el tipo de vacante que haya sido aprobada según los planes y recursos disponibles previstos dentro del presupuesto anual que tenga la institución en coherencia con la política corporativa establecida para tal fin. Al momento de generarse el vinculo de un individuo o grupo de personas con la institución a través de contratos laborales directos ó de prestación de servicios se genera una solicitud para que se elabore una credencial de identificación ó carné que identifica al nuevo miembro y le da niveles de acceso a las áreas según el tipo de labor que desempeñe.

Para la Inducción y Entrenamiento de cada nuevo colaborador se ha construido un manual de inducción (no en todas las áreas operativas) que contiene los aspectos administrativos y operativos requeridos para lograr un

completo conocimiento de la institución, el cargo y las personas con las que se va a interactuar así como los procesos con los cuales va a estar relacionado. Para lograr una incorporación más completa de los conceptos incluidos dentro de este manual se planea para cada nuevo colaborador una agenda que incluye el acompañamiento por cada uno de los coordinadores de área funcional para familiarizarlo con el área que cada uno lidera.

Si se requiere complementar la inducción con alguna capacitación específica de acuerdo al tipo de función que va a desarrollar el nuevo colaborador, se planea un entrenamiento hombre a hombre que asegura un adecuado desempeño en estas labores específicas. Es responsabilidad de cada coordinador de área funcional hacer seguimiento estrecho y apoyo para facilitar la adaptación de cada nuevo colaborador. Las actualizaciones al manual de inducción de cada área están a cargo de cada uno de los coordinadores de área funcional.

Con el fin de lograr una permanente actualización de todo el personal de la institución, esta contemplado dentro de los objetivos estratégicos, en el área de manejo del talento humano un Plan de Desarrollo Individual (PDI) en el cual se incluyen las acciones de capacitación requeridas, según el cargo y/o área de desempeño en forma individual o grupal, local o externa (conferencia, curso, practica, taller, rotación por otras áreas dentro o fuera de la institución ó producto de la autogestión, etc.) A través de este PDI se priorizan los recursos disponibles en el presupuesto aprobado dando énfasis a las acciones grupales realizadas en la localidad, al mismo tiempo que se facilita el seguimiento a las acciones de capacitación. La política de Estado orientada a racionalizar la utilización de recursos ha determinado una disminución de los recursos destinados para este fin.

Cada vez que un miembro de la institución asiste a una capacitación individual fuera de la institución o de la localidad realiza un documento y actividad de difusión a los demás miembros de su área con el fin de transmitir los conocimientos adquiridos.

Se plantea como debilidad la inexistencia de una política de estímulo a la innovación y la baja capacidad para acoger de manera rápida y satisfactoria las iniciativas de las personas.

Para la determinación de la remuneración de las personas dentro de la organización se tiene definida una escala salarial la cual esta determinada por el grado de aporte del cargo a la organización y que a su vez es proporcional al grado de participación en el centro del negocio del Petróleo. El valor del salario ó remuneración de cada individuo dentro de esta escala esta determinado por el nivel de cumplimiento de los compromisos concertados dentro de la evaluación de desempeño por cada colaborador

con su jefe inmediato y que son proporcionales a la contribución para el logro de los objetivos estratégicos planeados. Este sistema aplica de manera integral para el personal directivo, de confianza y manejo y es conocido actualmente como Plan de Mejoramiento de Resultados (P.M.R.) El incremento salarial esta determinado de manera proporcional y se calcula de acuerdo a si la contribución que realiza apunta al logro de objetivos estratégicos, operativos ó tácticos, el peso relativo de los objetivos a los cuales contribuye dentro del total de objetivos de la planeación estratégica y el nivel de resultado individual frente a lo esperado para cada estrategia que ayude a cumplir del objetivo del cual hace parte. En este sentido no se lleva a cabo Benchmarking en aspectos referentes a remuneración de cargos.

Para el personal acogido a la convención colectiva de trabajo la promoción dentro de la escala salarial se realiza de manera automática cada tres años previa aplicación de un ritual bastante flexible de evaluación escrita y previamente conocida por el colaborador. Sin embargo periódicamente se complementa esta evaluación escrita con entrevistas para el establecimiento de compromisos a fin de lograr que estos colaboradores participen activamente en el logro de los objetivos organizacionales.

El trabajo en equipo históricamente ha sido favorecido a través de la participación de la mayoría de los individuos dentro de los Equipos de Mejoramiento Continuo generalmente organizados por área funcional los cuales han fomentado la participación para la toma de decisiones. Sin embargo recientemente no se identifica una estrategia a partir de las políticas corporativas con la cual se promueva el trabajo en equipo. En la actualidad los equipos de mejoramiento no presentan una dinámica satisfactoria.

En cada una de las áreas funcionales se fomenta la participación de las personas en el proceso de toma de decisiones a través de la asignación de tareas que implican el liderazgo en procesos operativos según el área y cargo en el cual se desempeña cada individuo incrementando así la autoridad y autonomía de las personas en su trabajo. De esta manera en el área de consulta externa existe un medico general que es el líder funcional para cada uno de los Programas de Promoción y Prevención, así mismo cada una de las enfermeras es responsable del logro de los objetivos planteados para cada una de ellas y el personal de enfermería bajo su mando como aporte para el cumplimiento del proyecto anual de Promoción y Prevención. Los resultados y responsabilidades para cada uno de los programas son compartidos por el equipo interdisciplinario que lo conforma o participa en él. La institución no ha logrado incorporar una estrategia de verificación y aseguramiento que permita medir la efectividad de estas prácticas. Dentro de los objetivos estratégicos se ha identificado al sindicato como uno de los clientes claves y aliado estratégico para el logro de los resultados previstos en estos, acorde con este planteamiento se mantiene

unos canales permanentes de comunicación a través de reuniones periódicas semanales dentro de las cuales se realizan los planteamientos de cada una de las partes buscando soluciones negociadas para las inquietudes planteadas por los trabajadores a través del sindicato. Sin embargo cuando el sindicato antepone a sus solicitudes criterios poco objetivos se entorpece el desarrollo de escenarios de negociación generando en ocasiones conflictos que perturban la normalidad laboral y el logro de algunos de los resultados previstos.

La institución tiene implantado todos los aspectos previstos dentro de la política corporativa para el manejo de la Salud Ocupacional que se desarrollan dentro del Plan Institucional conocido con el nombre de Plan Local de Salud Ocupacional, el cual tiene un seguimiento de periodicidad mensual y revisión anual. Dentro de este plan se encuentran contemplados los aspectos de Medicina Preventiva y del Trabajo, Higiene y Seguridad Industrial.

Dentro del Programa de Medicina Preventiva y del Trabajo la institución contempla análisis de puestos de trabajo, análisis de casos críticos puntuales respecto de condiciones medicas relacionadas con el trabajo, comité de evaluación de secuelas y las actividades que se incluyen dentro de la Evaluación Periódica de Salud (E.P.S.) que incluye los exámenes preocupacionales y ocupacionales. Todas estas actividades y programas de trabajo se realizan a través de un Equipo Multidisciplinario de Medicina Industrial en el que participan tres Médicos, una enfermera, una fonoaudióloga y una psicóloga todos especialistas en Salud Ocupacional y un Medico especialista en epidemiología.

Así mismo dentro del programa de Higiene se han contemplado aspectos como el proyecto de manejo de residuos, mediciones de luminosidad en todos los sitios de trabajo, mediciones de ruido por área para las de promedios altos de ruido.

Además cuenta la institución con un programa de seguridad industrial, el cual tiene como objetivo controlar las fuentes de riesgo para lo cual se ha implantado un Sistema de Factores de Riesgo Ocupacional (SIFRO) Este sistema inicia con la construcción de un mapa de riesgo por área dentro del cual se clasifican los riesgos según si generan patología traumática, es decir pueden generar accidentes de trabajo; incluye los riesgos eléctricos, físicoquímicos, mecánicos y de otra parte los que no generan patología traumática, es decir que en el caso de no controlarse pueden generar enfermedad profesional dentro de los que se encuentran los ergonómicos, biológicos, físicos, químicos y psicosociales.

A partir de este levantamiento de los factores de riesgo se realiza una priorización por cada una de las áreas funcionales y se establecen las medidas de control de los riesgos para que se ejecuten según un plan anual de ejecución y seguimiento que se realiza periódicamente, aproximadamente cada mes, dentro del Comité Local de salud Ocupacional (COLOSO) el cual esta conformado por todo el equipo gerencial, el equipo multidisciplinario de medicina industrial, los representantes de los trabajadores y los miembros representantes del Comité Paritario.

Además dentro de este aspecto de seguridad industrial se realizan actividades específicas que en la institución van ligadas a las actividades de mantenimiento y que buscan controlar las fuentes de riesgo para incendio y explosión (mantenimiento de las calderas, aires acondicionados industriales, etc.). Las medidas preventivas que buscan garantizar la seguridad industrial incluyen entre otros la realización de simulacros de emergencia, así como actividades específicas dentro de las que están charlas para todos los trabajadores respecto de generalidades en salud ocupacional y talleres de manejo de extintores. Otras actividades de seguridad industrial contemplan los análisis y divulgación de incidentes y accidentes, las visitas de seguridad y auditorías de Bioseguridad que se desarrollan dentro del marco de un Plan de Reconocimientos por resultados que busca la creación de una cultura en salud ocupacional y adicionalmente estructurado como Sistema de Vigilancia Epidemiológica a través del seguimiento de los accidentes de riesgo biológico.

Las particularidades del sistema de aseguramiento de riesgos profesionales determinan un contexto especial que limita la referenciación en los aspectos relacionados con la salud ocupacional; sólo en los aspectos de accidentalidad se ha logrado efectuar análisis comparativos.

Dentro de las estrategias y practicas que buscan propiciar un ambiente interno que promueva el desarrollo personal en la institución se plantea la realización de talleres de crecimiento personal y de manera corporativa a través de un manejo centralizado para todos los trabajadores de Ecopetrol la realización de actividades culturales y de esparcimiento (torneos deportivos, eventos culturales). Así mismo existe en la institución un plan de rotaciones para cada uno de los empleados en la cual se tiene en cuenta las preferencias individuales para laborar en algunas áreas de trabajo, se facilita la realización de los cambios de turno como medidas que permitan una adecuada movilidad y flexibilidad en el trabajo para todos y cada uno de los empleados, aunque no existen programas sistemáticos de extensión a la familia para mejorar la calidad de vida integral de los trabajadores.

Se plantea como debilidad la ausencia de un mecanismo estructurado que permita conocer las necesidades y expectativas de los miembros del equipo humano.

## **DESARROLLO SOSTENIBLE DEL PAÍS**

La División de Salud del Magdalena Medio de ECOPETROL como parte integral de un Sistema de Aseguramiento y prestación en Salud de carácter especial, destinado exclusivamente a los beneficiarios del Plan de Salud de ECOPETROL no contempla dentro de sus objetivos estratégicos la extensión hacia la comunidad circundante, por el contrario tiene una prohibición expresa legal de acuerdo a la normativa vigente para invertir los recursos estatales asignados a cualquier esfuerzo diferente del cumplimiento de las obligaciones adquiridas por la Empresa Colombiana de Petróleos en cuestión de salud; estas obligaciones derivan del vínculo laboral con sus trabajadores y los grupos de beneficiarios definidos a partir de los procesos de reversión de los campos petrolíferos en concesión al momento de ser recibidos por la nación.

Las acciones aisladas de apoyo recíproco entre las entidades locales prestadoras de servicios de salud están limitadas al préstamo de elementos médicos, medicamentos ó infraestructura para resolver las eventualidades que generan las crisis que impiden un normal funcionamiento de alguna de ellas.

No existe acciones voluntarias de los miembros de la institución para impulsar acciones que permitan resolver los problemas de la comunidad. Tampoco existe una participación de la institución en actividades de desarrollo del sector salud (contribuciones específicas con estudios de problemas, análisis de legislación) Así mismo tiene limitaciones legales que le impiden hacer parte de convenios para integrar redes de atención para la cooperación interinstitucional en la búsqueda de una racionalización de adquisición de tecnología.

La institución tiene una política de cuidado ambiental clara a través de la cual se organizan todos los esfuerzos institucionales para evitar que las actividades que desarrolla afecten negativamente su entorno mediante el control de los niveles de contaminación. El fundamento de esta política pretende disminuir la generación de residuos al mismo tiempo que lograr una correcta segregación en la fuente para preservar el ambiente y la salud en la comunidad.

Dentro de este proyecto se establecen dos tipos de materiales que implican un manejo diferente:

- Residuos: Aquellos productos resultado de cualquier proceso institucional que no son reutilizables cuya disposición final puede ser el relleno sanitario, la incineración ó los rellenos de seguridad.
- Desechos: Aquellos productos finales de un proceso institucional que pueden ser reciclados como materia prima para otros procesos dentro de los que están papel, cartón, tela, plástico, vidrio.

Con el fin de facilitar la segregación desde la fuente donde se genera el residuo la institución ha adoptado una clasificación de estos productos a través de una simbología de colores que se encuentra acorde a la normativa del Ministerio de Protección Social (Decreto 2676 de 2000 y 1669 de 2002) con los que a través de colores y rótulos diferencia los medios de recolección ya sea bolsas ó recipientes.

Para cada uno de los residuos se establece un control diferente de acuerdo a sus características propias respecto del tipo de riesgo ó peligrosidad y de la posibilidad de afectación del ambiente en términos de biodegradación luego de ser eliminados. Se realiza Desactivación para los residuos químicos (Mercurio, líquidos reveladores de Rayos X, Reactivos de laboratorio clínico, y patología, medicamentos y sustancias químicas como hipoclorito, formol, aceites que finalmente irán a relleno de seguridad) Actualmente la institución esta solicitando a los proveedores las fichas técnicas de cada producto para determinar la disposición final de acuerdo a la clasificación del riesgo en alto, mediano ó bajo riesgo.

Para las emisiones atmosféricas se esta haciendo control de calidad en el uso del horno a través de una verificación y optimización de las entradas a fin de racionalizar su uso, adicionalmente se hace medición de las emisiones durante la utilización del horno.

En el servicio de alimentación se instaló una trampa de grasa a fin de poder realizar un control de emisiones. Finalmente los residuos no peligrosos y biodegradables (restos de alimentos, hojas y tallos de árboles) son enviados para su aprovechamiento, éstos no se incineran ni desactivan sino que se utiliza como materias primas para cría de animales, abono de terrenos a través de intermediarios organizados en cooperativas de recicladores.

Una de los objetivos adicionales del establecimiento de un adecuado manejo de residuos es disminuir el riesgo de accidente con residuos peligrosos generalmente infecciosos por el tipo de servicio que presta la institución al tener residuos de riesgo biológico (secreciones, sangre)

Estos dos aspectos aun no se llevan a cabo:

- Indicadores para medir impacto ambiental en el entorno y como se emplean para evaluar y mejorar sus procedimientos para preservar el medio ambiente.
- Comparación nacional e internacional en esta área.

## **LOGROS EN MEJORAMIENTO**

Los conceptos de planeación y gestión se han ido incorporando en el trabajo de la División de Salud respondiendo de esta manera a los cambios y exigencias del sector. Durante la última década se ha producido una evolución en ese sentido aunque como proceso muy específico y particular debido a la ausencia de una metodología de referenciación competitiva real con el sector. En una primera etapa se establecieron indicadores de uso (o frecuencia) que básicamente respondían al análisis de indicadores de proceso en el que se buscaba medir el cumplimiento o no de las actividades programadas con anterioridad; quedaba al margen el análisis de impacto y de eficiencia administrativa. Así mismo y con el fin de responder a las exigencias de ley se trabajaron indicadores de estructura que permitieran garantizar y demostrar la prestación de servicios bajo condiciones físicas adecuadas.

Estas exigencias implicaron dos trabajos importantes: el primero desarrollar el levantamiento de los procesos operativos y administrativos de la institución que se llevaron a cabo integrando la labor de un organismo interno de mejoramiento continuo de la calidad liderado por profesional de salud e ingeniera industrial y el segundo, revisión y cumplimiento de las exigencias legales del decreto de requisitos esenciales del año 1997. De manera paulatina se han ido incorporando dentro de los niveles de medición indicadores de resultado aunque en ese sentido es importante anotar que el desarrollo de las áreas ha sido disímil principalmente por la orientación de la alta administración que ha priorizado hacia el área financiera por el impacto y relevancia recientes.

Los indicadores de morbi mortalidad, acceso, oportunidad, infecciones nosocomiales, bio-seguridad, satisfacción de usuarios, tiempos de espera se encuentran entre los indicadores que mantienen niveles de medición más altos mientras que los de apoyo administrativo (a excepción de los financieros) no se les realiza una medición y seguimiento óptimos hecho que no se explica necesariamente en la característica fragmentada a través de la cual se ofrecen algunos de estos servicios ni en la tendencia descentralizadora de esta área.

La tendencia del comportamiento de los indicadores ha sido muy favorable y estables en el tiempo en virtud de las características poblacionales cerradas.

La transición demográfica propia de las sociedades modernas ha modificado aún muy levemente el perfil de morbimortalidad. Excelentes resultados en mortalidad materno infantil con una pirámide poblacional cercana a la de países desarrollados. Los índices de infección nosocomial se ubican por debajo de los referentes nacionales. Debilidades importantes en análisis de resultado de procesos y productos no se han abordado aún de manera sistemática: complicaciones, efectos indeseados por mala práctica, infecciones, quejas e insatisfacción de otros clientes y proveedores, etc.

## **CAPITULO III**

### **BASES PARA LA PROPUESTA DE MEJORAMIENTO**

La propuesta realizada ofrece alternativas orientadas a alcanzar un desarrollo integral y armónico dentro del marco del sistema de gestión integral hacia la calidad. Las observaciones del estudio han permitido un análisis temático interesante principalmente al cruzar de manera matricial los tres elementos de la gestión (es decir las herramientas administrativas conceptuales sobre las que se construye la dinámica institucional) y un sistema de valoración que mide la capacidad de la organización en la construcción de enfoque, la implementación y finalmente la valoración de resultado.

Como se ha descrito se detectaron grados de desarrollo muy disímil en todos los criterios razón por la cual la construcción de la propuesta debe responder necesariamente a un proceso evolutivo simétrico de éstas. Los tres elementos de la gestión integral se han incorporado dentro de la organización con un desarrollo mas destacado en direccionamiento estratégico y en menor grado en Gerencia día a día y cambio en Cultura organizacional. Estas discrepancias se valoran a continuación en términos del desarrollo observado en la construcción de enfoque, su implementación y los resultados. Se acompañan además de observaciones críticas acerca de las razones subyacentes a cada uno de los hallazgos realizados; sobre ellas se establece el análisis que desemboca en la construcción de los factores críticos de éxito.

Como parte final de los fundamentos de la propuesta se esboza de acuerdo al proceso analítico descrito, las estrategias de intervención sobre las cuales la institución debe edificar las actividades, tareas y establecer metas que materialicen el mejoramiento en calidad.

#### **DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO**

Los esfuerzos en direccionamiento estratégico han permitido la construcción de una plataforma estratégica y su difusión dentro del área sin embargo es posible determinar que los grandes propósitos no están ampliamente incorporados dentro del diario transcurrir de cada uno de los integrantes de la organización.

Existe una estructura de medición de satisfacción orientada a los usuarios del servicio que no se ha extendido al resto de clientes de la organización. Esto

demuestra que la evaluación de la satisfacción se ha orientado hacia un aspecto específico (satisfacción) dejando de lado la determinación de las expectativas de los clientes lo que provoca un desconocimiento del valor agregado ofrecido a través del servicio y el esperado.

No se ha realizado un proceso de referenciación competitiva hecho que impide la obtención de información de otros clientes y proveedores para el análisis estratégico; tampoco se realiza un análisis detallado del entorno (Competitividad del mercado, desempeño de otros proveedores de servicios, capacidad de asociarse, análisis de diferentes escenarios) Tampoco se lleva a cabo una evaluación y mejoramiento a la planeación operativa.

Existen cinco aspectos considerados en el análisis del Direccionamiento Estratégico:

- Definiciones básicas y formulación de planes
- Análisis estratégico
- Despliegue del direccionamiento estratégico
- Seguimiento al direccionamiento estratégico
- Trabajo Inter funcional e interdisciplinario

Se observa frente a estos tópicos un desarrollo disímil dentro de las diferentes áreas funcionales que interactúan con el área de consulta externa. Se pueden identificar dos circunstancias relacionadas con este fenómeno:

1. La pérdida de continuidad en la intensidad de los esfuerzos dirigidos a garantizar el cumplimiento y seguimiento del direccionamiento estratégico que puede estar determinado por cambios en las personas de los cargos que lideran estos procesos y los cambios en el establecimiento de prioridades institucionales.
2. La existencia dentro de la cultura organizacional de factores individuales y colectivos que producen incongruencia entre los objetivos de la gerencia integral de la calidad frente a la ejecución de las actividades del día a día; este hecho impide la traducción y el desarrollo del lenguaje común de los grandes propósitos.

La particularidad del sistema de salud de ECOPETROL dentro del régimen de excepción ha favorecido un distanciamiento en algunos aspectos frente al sistema general de seguridad social en salud que ha impedido la realización de un análisis del entorno en términos de referenciación competitiva a pesar de estar considerado dentro de los documentos de la planeación estratégica.

De otra parte se identifican fortalezas en el desarrollo de un trabajo estrecho inter funcional e interdisciplinario y en las actividades de seguimiento al direccionamiento estratégico. Si bien se considera que la existencia de las definiciones básicas y la formulación de planes también son una fortaleza es necesario anotar que a estas se deben incorporar los elementos producto del análisis del entorno.

A partir de estas consideraciones sobre el Direccionamiento Estratégico se establece un Factor Crítico de Éxito: ***Aseguramiento, incorporación y vivencia de la filosofía del direccionamiento estratégico.***

Estrategias de intervención

- 1. Despliegue del direccionamiento estratégico**
- 2. Ejecución de un proceso de referenciación competitiva**

## **LIDERAZGO**

Algunas de las características que describen conceptualmente el liderazgo del equipo gerencial de la organización no se identifican al examinar este aspecto. No se ha logrado por parte del equipo gerencial facilitar la dinámica de verdaderos comités de calidad en la institución. No existe un intercambio sistemático con clientes y proveedores orientado a promover en ellos una cultura de calidad aunque si se aplican varios incentivos que inducen a generar bienes y servicios con calidad.

No se desarrolla un proceso de divulgación hacia otras instituciones respecto de indicadores, resultados y experiencias en términos de la gerencia integral de la calidad.

El principio de liderazgo va ligado estrechamente con los planteamientos del direccionamiento estratégico en la medida que está determinado por la capacidad de conducir los esfuerzos institucionales al cumplimiento de los objetivos estratégicos planteados en este.

Los componentes evaluados son:

1. Liderazgo del equipo de dirección mediante el ejemplo
2. Valores y principios
3. Promoción de una cultura de calidad en el sector

Se pueden identificar dentro de la organización los tres elementos de la Gestión Integral hacia la calidad aunque no existe una construcción formal

(teórica) para cada uno de ellos en los diferentes niveles gerenciales. Los esfuerzos se han focalizado hacia la consolidación del direccionamiento estratégico como se expuso anteriormente. Existen grandes esfuerzos en el desarrollo de la gerencia del día a día pero no se correlacionan siempre con los lineamientos del direccionamiento estratégico (no son de carácter sistemático) Así mismo se identifica como una debilidad el trabajo sobre la transformación de la cultura organizacional; este fenómeno se ha favorecido en buena parte por las circunstancias actuales de la institución con modificaciones de la estructura y el tamaño de la organización (individuos nuevos y multifuncionalidad) disminución en inversión de recursos a las actividades de transformación cultural (talleres, cursos, charlas, afiches entre otros) nuevas exigencias institucionales frente a cambios en el entorno (nuevos estándares de información, disposiciones legales mas exigentes)

Se considera como Factor Crítico de Éxito ***La redefinición (en términos de la gestión integral hacia la calidad) de la percepción de liderazgo y cultura organizacional frente al contexto institucional actual.***

Estrategias de intervención

- 1. Conformación de un Equipo Humano gerenciador de una Cultura de Gestión Integral por la calidad**
- 2. Difusión de cultura de calidad hacia el sector**

## **SATISFACCIÓN DE LOS CLIENTES**

Existen algunas limitaciones en infraestructura que imponen dificultades de accesibilidad física dada la antigüedad del diseño de la edificación (v.g. no existen rampas de acceso, ni ascensores).

Aunque se identifican esfuerzos por generar una actitud de servicio orientado al usuario no existe una estrategia sistemática que consolide y articule dichos esfuerzos.

Existe un enfoque de la organización respecto al manejo de las relaciones con sus clientes que se traduce en compromisos y políticas explícitas con respecto a sus productos y servicios, sin embargo no existe un proceso que garantice la verificación del resultado final de dicha relación en términos de las expectativas de los usuarios.

Se pueden identificar cuatro elementos que constituyen el análisis de la Satisfacción de los Clientes:

- Conocimiento de las expectativas de los usuarios y otros clientes

- Despliegue de la calidad – Sistema de interpretación de las necesidades de los usuarios
- Gestión de las relaciones con los usuarios y otros clientes
- Sistema de respuesta a quejas

Existe en la institución una tendencia marcada hacia garantizar la respuesta de las necesidades de los pacientes y en un menor grado hacia aquellas generadas por los clientes internos y los proveedores externos. Esta situación es atribuible al énfasis que históricamente ha recibido la percepción de satisfacción del paciente por la atención recibida en todos los servicios de salud de Ecopetrol.

Se pueden identificar como factores causales de este fenómeno:

- El rezago en la formación en áreas de atención al usuario
- Modificaciones en la interacción con los proveedores de servicios determinados por cambios en el tipo de vínculo con la institución
- Dificultades en la dinámica de los procesos por desarticulación en algunos de ellos

El factor crítico de éxito se debe plantear alrededor del interés institucional de fomentar la integralidad en el sistema manteniendo el alto nivel de respuesta frente a la satisfacción del paciente incorporando un análisis de las necesidades y expectativas de los proveedores y clientes internos de manera que se trabaje alrededor del ***Interés institucional por fomentar la integralidad en el sistema de satisfacción orientado a los clientes***

Estrategias de intervención

- 1. Análisis de necesidades y expectativas de los proveedores y clientes internos**
- 2. Aseguramiento de la incorporación de la gestión por la satisfacción**

## **GERENCIA DE LA INFORMACIÓN**

No existe una labor sistemática que permita realizar seguimiento a los registros clínicos y catalogar los errores, omisiones, etc.

Existe un comité de historias clínicas que opera de manera irregular y un proceso de auditoría externo que permite supervisar la calidad de la información y el grado de veracidad de los datos.

En la búsqueda de calidad se han incorporado dentro de la planeación intervenciones sobre aspectos actitudinales del personal de archivo clínico

dirigido a garantizar una prestación amable, eficiente y oportuna, sin embargo estos esfuerzos no son sistemáticos.

No se ha realizado un proceso de referenciación competitiva en el manejo de la Historia clínica. A través de capacitación realizada con entidades con experiencia se han introducido prácticas más recientes acordes con nuevas exigencias y retos del sector.

En la actualidad se incluyen en el sistema de información un 70% de los contactos de los usuarios con la institución debido a una implementación incompleta del Sistema de Información (SUIS) y la falta de articulación de algunos procesos (servicios) con el sistema.

El administrador del sistema de información recibe solicitudes frente a dificultades y propuestas de mejora por parte de los usuarios pero no existe una metodología de seguimiento a tales observaciones.

Como respuesta a la falta de implementación total del sistema de información existen bases de datos independientes que generan fragmentación y le quitan integridad relacional al sistema de información.

El SUIS es una herramienta de orden clínico-asistencial y administrativa cuya utilización de potencial real oscila actualmente en un 50% por debilidades en la implantación del módulo administrativo.

Existe un sistema de información en satisfacción del usuario que se soporta en el registro de encuestas de satisfacción aplicadas de manera sistemática. Esta práctica no se desarrolla con proveedores ni prestadores de servicios internos ni externos

Los componentes de este elemento son:

- Información clínica y otras fuentes
- Perfil epidemiológico de la población a atender
- Accesibilidad y disponibilidad de la información
- Análisis de la información

Se observa como fortaleza la existencia de unos registros clínicos óptimos producto del esfuerzo institucional para la construcción de un sistema único de información que busca garantizar el orden, actualización y disponibilidad de dichos registros así como la integración y articulación de los eventos clínicos con los administrativos.

Otra fortaleza en el manejo de la información la constituye el conocimiento, análisis y utilización de las características epidemiológicas de la población

beneficiaria mediante las herramientas epidemiológicas que permiten aprovechar de manera adecuada estos datos clínicos. Además se aprecia una tendencia favorable en el análisis crítico de los datos recolectados a pesar que históricamente no ha existido una cultura en este sentido.

Se identifican debilidades en la dinámica e interacción de las diferentes áreas funcionales en el manejo de la información (clínica y no clínica) atribuible a fallas en la calidad de los registros, falta de articulación del sistema único de información y debilidades en la estandarización y/o aplicación de los procesos que se encuentran relacionados con el sistema de información.

Con estos elementos podemos considerar que el factor crítico de éxito es el ***aseguramiento en la implantación del Sistema Único de Información.***

Estrategias de Intervención

- 1. Auditoría de la información**
- 2. Fortalecimiento en la estandarización y aplicación de los procesos de información**
- 3. Optimización del flujo de información entre las diferentes áreas funcionales**

## **GERENCIA DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN: PREVENCIÓN, PROMOCIÓN, ASISTENCIA, REHABILITACIÓN**

Los procesos de atención de la institución deben ser monitoreados de manera sistemática y continua a fin de que exista una real oportunidad de mejora. A pesar de que se realizan en la institución revisiones en algunos aspectos, no se efectúa en todos los casos un seguimiento que permita el aseguramiento para el logro de los resultados esperados.

La institución ha realizado un ejercicio de identificación y priorización de todos sus procesos, sin embargo aun no se cuenta con el diseño de todos los procesos que han sido determinados prioritarios de acuerdo a la criticidad en cada una de las áreas funcionales.

Actualmente no se cuenta con procedimientos definidos para minimizar los riesgos inherentes de los visitantes y los usuarios derivadas del uso de tecnología o del contacto con pacientes propios del medio ambiente institucional.

A pesar de que la institución tiene estructurada la conformación de comités de vigilancia, éstos no logran desarrollar de manera sistemática su plan de acción, generando resultados que en algunos casos se encuentran por debajo de las expectativas previstas.

Los mecanismos de información al usuario y los proveedores se utilizan de manera reactiva perdiendo en algunos casos su capacidad preventiva ante las situaciones no deseadas.

La institución en algunos casos no tiene determinados procedimientos para informar al paciente y su familia durante la atención sobre: seguridad y efectividad de medicamentos, seguridad y efectividad en uso de equipos médicos, interacciones medicamentosas posibles y de alimentos, técnicas de rehabilitación para facilitar su recuperación o independencia funcional.

Existen en la institución una debilidad respecto de capacitación al personal responsable de procesos de atención en manejo de información para seguimiento y evaluación de los procesos a su cargo.

No existe una evaluación sistemática de la Percepción de las necesidades del usuario y su familia en aspectos como: prácticas culturales y religiosas, Barreras emocionales, deseos de aprender sobre su enfermedad, barreras de lenguaje o limitaciones de conocimiento.

Aunque la institución cuenta con un Sistema de Vigilancia epidemiológica para las reacciones adversas medicamentosas, no se ha hecho análisis de la información recolectada, así mismo no se cuenta con un reporte ni análisis de las fallas terapéuticas atribuible a la presentación comercial de algunos medicamentos.

En la construcción de este criterio se han tenido en cuenta ocho (8) componentes:

- Seguimiento y control de procesos de atención
- Definición y documentación de los estándares para la atención
- Capacitación y educación a los usuarios
- Control sobre medicamentos y suministros medico – quirúrgicos
- Control sobre equipos biomédicos
- Control sobre acondicionamiento, limpieza y asepsia de las áreas clínicas y de apoyo clínico
- Relación con proveedores con quienes se mantienen relaciones contractuales para servicios de atención
- Auditorias o evaluaciones al sistema de garantía de la calidad

Existen diversos elementos identificados como fortalezas aunque en ningún caso con criterio de excelencia dada la complejidad que encarna la gerencia de los procesos de información. Se dispone de documentación clara y confiable con los lineamientos y normas institucionales en los que se expone a los usuarios el tipo de prestación y servicio a ofrecer: Convención colectiva

de trabajo, reglamento de salud, guía de servicios, acuerdos extra convencionales, sobre los cuales se observa un trabajo permanente de difusión y revisión hacia los prestadores de servicios

Si bien no se dispone de un sistema de Auditoría integral, si existen los lineamientos conceptuales que permiten el examen de auditoría en las áreas médica y odontológica (procesos clínicos) Se observa que para los procesos no clínicos (administrativos) los entes fiscalizadores y de control del Estado aplican auditorías externas periódicas y de manera interna el seguimiento mediante interventorías donde se debe hacer énfasis en las acciones que permitan la intervención frente a las observaciones realizadas.

Las observaciones demuestran debilidades en:

- El manejo de la información durante el contacto de la institución con el paciente y su familia y de la institución con clientes y proveedores.
- El monitoreo de procesos, seguimiento y/o aseguramiento para el logro de resultados pues a pesar de estar priorizados no todos han sido diseñados.
- La dinámica de los comités de vigilancia.

Aunque los usuarios tienen un alto grado de conocimiento frente a los procesos institucionales favorecido por vínculos de aseguramiento prolongados no ha sido posible asegurar y articular un sistema de información integrado hacia el paciente y su familia a pesar que la información existe y está disponible (pero fragmentada)

Existen debilidades respecto del monitoreo de procesos, seguimiento y aseguramiento desde la conceptualización. Producto de ello el resultado final carece de los mecanismos que permiten el aseguramiento en el momento de operativizar los procesos.

El desarrollo de la dinámica de los comités institucionales es inadecuado debido a falencias en el empoderamiento, falta de interrelaciones necesarias en algunos casos, la fluctuación de sus esfuerzos en respuesta solamente a situaciones reactivas generando de esta manera falta de continuidad.

Dos factores críticos se establecen a partir de este análisis:

- ***La respuesta coordinada a todas las necesidades de información de los usuarios.***
- ***Incorporación del aseguramiento a los procesos institucionales.***

Estrategias de Intervención

### **1. Respuesta unificada a las necesidades de información de los usuarios**

- 2. Monitoreo, seguimiento y aseguramiento de procesos con enfoque de resultados.**
- 3. Dinamización del funcionamiento de los comités de vigilancia.**

## **GERENCIA DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS**

La elaboración presupuestal anual se trabaja con anticipación con base en consumos históricos ajustados según necesidades por área mas no por una planeación con base en objetivos y metas. Así mismo el manejo desagregado del presupuesto por parte de diferentes áreas por fuera de la División de Salud, tal y como se ha descrito dificulta el conocimiento real en costos. Se utiliza un sistema de costo medio evento con base en datos recogidos de las diferentes áreas involucradas pero que definitivamente no son completos respecto de la realidad en costos de las actividades desarrolladas.

No existe un seguimiento periódico y sistemático a los equipos adquiridos como parte del “presupuesto de inversión” de manera que difícilmente se aplica un análisis de costo oportunidad y costo beneficio de la inversión.

Existen deficiencias (en mayor o menor grado) en el proceso de revisión periódica y sistemática de los contratos (de prestación y adquisición de bienes) de manera que sólo en el momento de liquidar la relación contractual se realizan las observaciones pertinentes.

La evaluación de proveedores obtenida a través del sistema de información de proveedores ELLIPSE no posee una periodicidad definida. No existe por tanto un mecanismo de evaluación sistemático.

No se ha desarrollado un análisis de referenciación competitiva ni de análisis de mercado respecto a las tarifas. El sistema tiene bajo impacto sobre la capacitación del personal encargado de realizar planeación, interventoría, seguimiento a la ejecución, etc.

El seguimiento a la ejecución de la planeación se realiza periódicamente a través de indicadores sin embargo la verificación al cumplimiento de procesos no se realiza de manera sistemática. La metodología de indicadores de proceso y resultado no se maneja y por tanto el seguimiento y efectividad se evalúan a través de observaciones. Cabe mencionar en este sentido que sólo algunos procesos están estandarizados principalmente en servicios generales pero no se realiza verificación de su cumplimiento. Todos los demás procesos se encuentran documentados y su actualización es coyuntural y no periódica.

Es importante anotar que existe en algunos individuos y sectores, con estructuras rígidas frente al cambio, posiciones que dificultan la introducción y cumplimiento de la metodología de procesos.

Las fallas en el seguimiento a pedidos generan sobrecostos al tener que adquirir los insumos y medicamentos a un mayor costo a través de proveedores intermediarios. No existe un seguimiento sistemático y corresponde más a revisiones puntuales de casos específicos cuando estos se presentan.

El proceso de Referenciación competitiva no se ha implementado en ésta área pues se ha dado cumplimiento a la legislación vigente (Ley 80 de 1993 y Decreto 2170 de 2002) y las directrices emanadas por el corporativo de Ecopetrol.

Los aspectos constitutivos de este criterio son los siguientes:

- Seguimiento y control de procesos administrativos
- Estandarización y documentación de los procesos administrativos
- Control sobre los recursos financieros
- Control sobre equipos no biomédicos
- Acondicionamiento, limpieza, mantenimiento de las áreas comunes y puestos de trabajo
- Calidad en las compras
- Manejo de proveedores

Las particularidades inherentes a la financiación dentro del sistema de salud de Ecopetrol han hecho innecesaria la construcción de una estructura de costos convencional. Si bien este aspecto no ha sido considerado una debilidad para el funcionamiento de la institución, se hace relevante en el momento de realizar un ejercicio de referenciación competitiva ó plantear nuevos escenarios. De manera directa la construcción del presupuesto (de gastos y de inversiones) se ve afectada por este hecho.

Se observan debilidades en la estandarización y verificación al cumplimiento de procesos. Esta situación determina que desde la concepción no este incorporado el concepto de resultado como producto de estos procesos y por tanto la medición, verificación y aseguramiento no se da en estos términos. No existe un mecanismo de evaluación sistemático de los proveedores (de bienes y servicios) respecto del cumplimiento de los compromisos contractuales adquiridos con la institución atribuible a debilidades en las políticas institucionales respecto de la verificación de los resultados en aspectos de satisfacción y cumplimiento de especificaciones.

Con los elementos mencionados se puede describir como factor critico:

## ***Introducción del enfoque de resultado en los procesos administrativos.***

Estrategias de Intervención

- 1. Desarrollo del proceso de referenciación competitiva**
- 2. Estandarización de procesos**
- 3. Construcción de Indicadores de gestión**
- 4. Aplicación del sistema de evaluación de proveedores**

## **CONFORMACIÓN Y DESARROLLO DEL EQUIPO HUMANO**

El crecimiento de los recursos destinados a inversión en capacitación no se ha incrementado de manera proporcional a los requerimientos institucionales acorde con la política corporativa de austeridad.

Actualmente no se realiza comparación con otras instituciones en aspectos referentes a remuneración de cargos.

La institución no cuenta con una estrategia estructurada con la cual se fomente al trabajo en equipo, así mismo se evidencia fallas en las estrategias que busquen lograr un estímulo a la innovación. No existe un sistema de medición de la efectividad buscando incentivar la participación de las personas con el fin de lograr los objetivos previstos.

En algunos casos el manejo político que da el sindicato a algunas de las solicitudes no permite escenarios de negociación y a partir de estas situaciones se generan conflictos que perturban la normalidad laboral así como el logro de algunos de los resultados previstos.

La institución no cuenta con un mecanismo estructurado que permita conocer las necesidades y expectativas de los miembros del equipo humano, además no existen programas sistemáticos de extensión a la familia para mejorar la calidad de vida integral de los trabajadores.

Debido a las características y particularidades de la empresa sólo es posible realizar análisis comparativos en los aspectos relacionados con la accidentalidad en el trabajo debido a que no existe un sistema de medición en el ámbito nacional que sirva de patrón de referencia.

Los ocho criterios que conforman este elemento se agrupan en los siguientes aspectos:

- Elementos para la conformación y mantenimiento de personal idóneo para la organización

- Elementos promotores de un entorno laboral y extralaboral favorable

Existe frente a los dos elementos mencionados un desarrollo heterogéneo. En cuanto a la conformación del talento humano se aprecian fortalezas en todo el proceso de definición de perfiles, selección, inducción y seguimiento. De otra parte existen debilidades en el reconocimiento y desarrollo para el talento humano atribuibles a las restricciones económicas introducidas por la redistribución de los recursos según las prioridades institucionales, alto recambio en los puestos de trabajo, ausencia de una metodología de referenciación competitiva en aspectos de remuneración para los cargos, así como fragilidad en planes de desarrollo que no han sido construidos teniendo en cuenta la proyección individual a largo plazo.

Respecto de la generación de un entorno laboral favorable la principal fortaleza es la existencia de un programa integrador de salud ocupacional e higiene ambiental que permite la promoción y prevención en este sentido.

Por otro lado aunque existe un ambiente interno favorable no hay una estrategia a partir de la cual se generen esfuerzos tendientes a consolidar la extensión de los conceptos de calidad de vida hacia el ambiente extralaboral atribuible al hecho de que este aspecto no ha sido considerado prioritario. La dinámica de trabajo ha impedido que sobre aspectos como el trabajo en equipo, estímulo a la innovación y comunicación no se hayan desarrollado estrategias que permitan resultados positivos.

De acuerdo con este análisis se identifica como factor crítico de éxito el ***Redimensionamiento del concepto del desarrollo integral del talento humano.***

Estrategia de Intervención

### **1. Replanteamiento del plan individual de desarrollo**

## **CONTRIBUCIÓN AL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL PAÍS**

La institución tiene limitaciones de ley que no le permiten participar de convenios para integrar redes de atención buscando la cooperación interinstitucional con el fin de lograr una racionalización de los recursos destinados a la adquisición de tecnología.

Al mismo tiempo que existe una restricción de invertir recursos institucionales para actividades diferentes de la atención en salud al grupo de beneficiarios de Ecopetrol, no se ha manifestado en los miembros de la institución una

voluntad de desarrollar acciones voluntarias que permitan realizar acciones que permitan resolver los problemas de la comunidad.

Los miembros de la institución se han mantenido ajenos a participar en actividades de desarrollo del sector salud (contribuciones específicas con estudios de problemas, análisis de legislación).

La institución actualmente no cuenta con unos indicadores que permitan medir el impacto ambiental en el entorno a través de los cuales se pueda evaluar y mejorar los procedimientos institucionales que permitan incidir positivamente en la preservación del medio ambiente.

Los elementos que constituyen este criterio son los siguientes:

- Responsabilidad con la comunidad
- Contribución al desarrollo armónico del sector salud
- Preservación del medio ambiente o ecosistemas

Existe frente a estos elementos una homogeneidad respecto de su desarrollo en la institución identificándose que no son estas unas fortalezas institucionales.

La condición de régimen de excepción y en general las restricciones legales actuales no han favorecido una proyección individual ni institucional hacia la comunidad no beneficiaria de los servicios de salud de Ecopetrol así como en aspectos diferentes a los relacionados con la atención en salud. De otra parte aunque se identifican esfuerzos institucionales respecto de la responsabilidad con el medio ambiente, no existe una estrategia sistemática orientada a garantizar la continuidad de los programas que existen y/o generar una sensibilidad frente a la preservación del medio ambiente.

De acuerdo a estas observaciones se determina como factor crítico de éxito la ***Construcción de una estrategia de proyección institucional hacia el sector salud, la comunidad y la sociedad en general (Sensibilización y acción)***

Estrategias de Intervención

- 1. Revisión y recuperación de la política medioambiental institucional**
- 2. Elaboración de alternativas creativas de impacto favorable hacia el entorno (sector salud, la comunidad y la sociedad)**

## **LOGROS EN MEJORAMIENTO**

No existe una metodología de referenciación competitiva real en el sector aunque en ese sentido es importante anotar que el desarrollo de las áreas ha

sido disímil principalmente por la orientación de la alta administración hacia el área financiera debido al impacto y relevancia recientes.

Para los indicadores de apoyo administrativo (a excepción de los financieros) no se realiza una medición y seguimiento óptimos hecho que no se explica necesariamente en la característica fragmentada a través de la cual se ofrecen algunos de estos servicios ni en la tendencia descentralizadora de esta área.

Existen debilidades importantes en los análisis de resultado de procesos y productos debido a que no se han abordado aún de manera sistemática: complicaciones, efectos indeseados por mala práctica, infecciones, quejas e insatisfacción de otros clientes y proveedores, etc.

Los dos elementos que constituyen este criterio son los siguientes:

- Mejoramiento de procesos, productos y servicios
- Comparación de resultados

Se identifican debilidades en la referenciación de la institución hacia la búsqueda e incorporación de las mejores practicas del sector. Así mismo existe debilidades en la construcción y seguimiento de indicadores con los que se evalúe el impacto de todas las acciones de mejora implantadas a los procesos, productos y servicios.

El factor crítico de éxito gira en torno a la ***Gerencia de una cultura hacia el logro de resultados.***

Estrategias de Intervención

- 1. Introducción de una metodología institucional de logro de resultados**
- 2. Elaboración de indicadores de impacto de procesos, productos y servicios**

## BIBLIOGRAFÍA

1. CASTAÑO, Ramón Abel. ¿Cómo medir calidad?. Revista Vía Salud No. 5, 1998. p. 4 - 8.
2. CENTRO DE GESTION HOSPITALARIA. Consideraciones y Definiciones para un Sistema de Garantía de Calidad en Colombia. Revista Vía Salud No. 12. Bogotá: CGH, 2000. p. 5 – 12.
3. CENTRO DE GESTION HOSPITALARIA. El premio Calidad en Salud Colombia: El camino de la Excelencia. Revista Vía Salud Número 18. Bogotá : CGH, 2001.
4. CENTRO DE GESTION HOSPITALARIA. Premio Calidad en Salud Colombia: Guía para los Participantes. Bogotá : CGH, 2000.
5. CENTRO DE GESTION HOSPITALARIA. Reflexiones del Consejo Directivo del Centro de Gestión Hospitalaria ante el Foro Internacional Calidad en el proceso de atención: Gestión centrada en el paciente. Revista Vía Salud No. 14. Bogota : CGH, 2000.
6. COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Decreto 2309 de 2002. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
7. COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Decreto 4252 de 1997. Requisitos Esenciales.
8. DRUCKER, Peter. Managing in a time of great change. New York: Trumar Talley Books/ Dutton, 1995.
9. GADAMER, Hans Georg. El Estado Oculto de la Salud. Barcelona: Gedisa, 1.992.
10. GOMEZ DE LEON, Patricia y PINTO, Diana. Incentivos para Calidad en Salud. Revista Vía Salud No. 17. Bogotá: CGH. p. 4 – 13.
11. LLINÁS, Rodolfo *et al.* Colombia al Filo de la Oportunidad. Misión, Ciencia, Educación y Desarrollo. Presidencia de la República - Colciencias. Bogotá, 1995.

12. LONDOÑO, Juan Luis y FRENK, Julio. Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina. Documento de Trabajo 353, Banco Interamericano de Desarrollo, 1997.
13. ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Informe fondo de población. Washington D.C. : ONU, 1991
14. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe Sobre la Salud en el Mundo. Paris : OMS, 2002.
15. ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Resumen Ejecutivo Informe Nacional de Desarrollo Humano 2003: "Entender para cambiar las raíces locales del conflicto". Bogota : ONU, 2003.
16. ORJUELA DE DEEB, Norma; KERGUÉLÉN BOTERO, Carlos y CAMACHO, Manuel. Acreditación en Salud: El camino hacia el mejoramiento de la calidad. Revista Vía Salud No. 17. Bogotá: CGH. p. 42 – 45.
17. PINEDA, Elia Beatriz *et al.* Metodología de la Investigación. Washington, D.C : Organización Panamericana de la Salud. Segunda edición, 1994.
18. RIAÑO, Gamboa Germán. Auditoria de Calidad en salud. Casa Editorial Grupo ECOMEDIOS, 2001
19. SAN MARTÍN, H. y PASTOR, V. Economía de la Salud. Madrid : Interamericana - Mac Graw Hill, 1989.
20. SEN, Amartya. Desarrollo y libertad. Bogotá : Editorial Planeta Colombiana, S.A., 2000.
21. SINGER, H. E. Civilization and disease. USA : Chicago Univ. Press, 1962

# **ANEXOS**

## Anexo A

### Análisis Temático

| CARACTERÍSTICA               | FACTOR CRITICO DE ÉXITO  | ÁREAS DE INTERVENCIÓN  |
|------------------------------|--|--|
| Direccionamiento Estratégico | Aseguramiento, incorporación y vivencia de la filosofía de direccionamiento estratégico  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Despliegue del direccionamiento estratégico</li> <li>▪ Ejecución de un proceso de referenciación competitiva</li> </ul>   |
| Liderazgo                    | La redefinición (en términos de la gestión integral hacia la calidad) de la percepción de liderazgo y cultura organizacional frente al contexto institucional actual | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conformación de un Equipo Humano gerenciador de</li> <li>▪ una Cultura de Gestión Integral por la calidad</li> <li>▪ Difusión de cultura de calidad hacia el sector</li> </ul>  |
| Satisfacción de los clientes | Interés institucional por fomentar la integralidad en el sistema de satisfacción orientado a los clientes  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Análisis de necesidades y expectativas de los proveedores y clientes internos</li> <li>▪ Aseguramiento de la incorporación de la gestión por la satisfacción</li> </ul>   |
| Gerencia de la información   | Aseguramiento en la implantación del Sistema Único de Información  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Auditoría de la información</li> <li>▪ Fortalecimiento en la estandarización y aplicación de los procesos de información</li> <li>▪ Optimización del flujo de información entre las diferentes áreas funcionales</li> </ul> |

|   |  |  |
|---|--|--|
| Gerencia de los procesos de atención: prevención, promoción, asistencia, rehabilitación | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La respuesta coordinada a las necesidades de información de los usuarios.</li> <li>▪ Incorporación del aseguramiento a los procesos institucionales.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Respuesta unificada a las necesidades de información de los usuarios</li> <li>▪ Monitoreo, seguimiento y aseguramiento de procesos con enfoque de resultados.</li> <li>▪ Dinamización del funcionamiento de comités de vigilancia.</li> </ul> |
| Gerencia de los procesos administrativos  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Introducción del enfoque de resultado en los procesos administrativos</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Desarrollo del proceso de referenciación competitiva</li> <li>▪ Estandarización de procesos</li> <li>▪ Construcción de Indicadores de gestión</li> <li>▪ Aplicación del sistema de evaluación de proveedores</li> </ul>                       |
| Conformación y desarrollo del equipo humano   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Redimensionamiento del concepto del desarrollo integral del talento humano</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Replanteamiento del plan individual de desarrollo</li> </ul>  |
| Contribución al desarrollo sostenible del país  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Construcción de una estrategia de proyección institucional hacia el sector salud, la comunidad y la sociedad en general (Sensibilización y acción)</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Revisión y recuperación de la política medioambiental institucional</li> <li>▪ Elaboración de alternativas creativas de impacto favorable hacia el entorno (sector salud, la comunidad y la sociedad)</li> </ul>                              |
| Logros en mejoramiento  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gerencia de una cultura hacia el logro de resultados</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Introducción de una metodología institucional de logro de resultados</li> <li>▪ Elaboración de indicadores de impacto de procesos, productos y servicios</li> </ul>   |