

**ESTANDARIZACIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA OFICINA  
DE ATENCIÓN AL USUARIO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO “HERNANDO  
MONCALEANO PERDOMO” DE NEIVA DEPARTAMENTO DEL HUILA.**

**BEATRIZ EUGENIA IRIARTE VIECO  
FRANCY ELENA ROJAS RODRÍGUEZ**

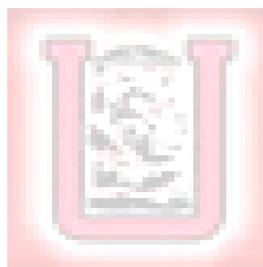
**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
FACULTAD DE SALUD  
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD Y SEGURIDAD  
SOCIAL  
NEIVA-HUILA  
2008**

**ESTANDARIZACIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA OFICINA  
DE ATENCIÓN AL USUARIO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO “HERNANDO  
MONCALEANO PERDOMO” DE NEIVA DEPARTAMENTO DEL HUILA.**

**BEATRIZ EUGENIA IRIARTE VIECO  
FRANCY ELENA ROJAS RODRÍGUEZ**

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de  
Especialista en Gerencia de Servicios de Salud y Seguridad Social**

**Asesor  
CARLOS AUGUSTO POLANÍA TORRES  
Ingeniero Industrial  
Especialista en Gerencia  
Executive M.B.A  
Master en Dirección de Empresas**



**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
FACULTAD DE SALUD  
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD Y SEGURIDAD  
SOCIAL  
NEIVA - HUILA  
2008**

**Nota de aceptación**

---

---

---

---

---

---

---

**Firma del presidente del jurado**

---

**Firma del jurado**

---

**Firma del jurado**

**Neiva, noviembre 5 de 2008**

## DEDICATORIA

*Con gratitud al todopoderoso por darnos sabiduría*

*Dedicamos la realización de este trabajo a quienes amamos,  
dejando además, una grata sensación de contribuir con ella,  
al desarrollo de la comunidad huilense.*

BEATRIZ EUGENIA  
FRANCY ELENA

## **AGRADECIMIENTOS**

Las autoras expresan sus agradecimientos a:

El Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo- Neiva, Huila, especialmente a la Dra. Ángela María Salcedo R., de la Oficina de Garantía de Calidad por su guía y apoyo.

Al Ingeniero Carlos Augusto Polonia Torres, Ingeniero Industrial, Especialista en Gerencia, Executive M.B.A y Master en Dirección de Empresas por su dedicación y constante asesoría.

Al Doctor Pedro Reyes Gaspar, Coordinador de los Postgrados por su paciencia, dedicación y aportes valiosos.

A cada una de las personas que participaron en la investigación. Mil gracias.

## CONTENIDO

	<b>pág.</b>
INTRODUCCIÓN	<b>16</b>
1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	<b>18</b>
2. JUSTIFICACIÓN	<b>19</b>
3. ANTECEDENTES	<b>21</b>
4. OBJETIVOS	<b>24</b>
4.1 OBJETIVO GENERAL	<b>24</b>
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	<b>24</b>
5. MARCO CONCEPTUAL	<b>26</b>
5.1 INFORMAR A LOS USUARIOS SOBRE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS.	<b>31</b>
5.2 TRAMITAR QUEJAS Y RECLAMOS	<b>31</b>
5.3 MEDIR NIVEL DE SATISFACCION DEL USUARIO	<b>33</b>
5.4 APOYAR TRAMITES REQUERIDOS POR LOS USUARIOS	<b>34</b>
6. DISEÑO METODOLOGICO	<b>37</b>
6.1 ESTANDARIZACIÓN DE PROCESOS	<b>38</b>
6.1.1 Etapas del proceso de estandarización	<b>38</b>
6.2 CONTROL Y ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS	<b>41</b>
7. RESULTADOS	<b>46</b>

	<b>pág.</b>	
7.1	OBSERVACIÓN DEL DESEMPEÑO DE LOS FUNCIONARIOS	<b>46</b>
7.2	REVISIÓN INFORMES MENSUALES	<b>47</b>
7.3	ENCUESTAS APLICADAS	<b>48</b>
7.4	PROCESOS ESTANDARIZADOS	<b>50</b>
7.4.1	Información y orientación a usuarios	<b>50</b>
7.4.1.1	Caracterización del proceso	<b>50</b>
7.4.1.2	Indicadores de Gestión (Ficha Técnica)	<b>51</b>
7.4.1.3	Jerarquización del proceso	<b>51</b>
7.4.1.4	Objetivo	<b>51</b>
7.4.1.5	Alcance	<b>52</b>
7.4.1.6	Marco Legal e Institucional	<b>52</b>
7.4.1.7	Responsable	<b>52</b>
7.4.1.8	Definiciones	<b>52</b>
7.4.1.9	Detalle de las actividades	<b>52</b>
7.4.1.10	Diagrama de Flujo	<b>53</b>
7.4.1.11	Documentos Generados	<b>54</b>
7.4.1.12	Procesos Involucrados	<b>54</b>
7.4.1.13	Detalle de Riesgos	<b>54</b>

	<b>pág.</b>	
7.4.2	Evaluación del nivel de satisfacción del usuario	<b>55</b>
7.4.2.1	Caracterización del Proceso	<b>55</b>
7.4.2.2	Indicadores de Gestión (Ficha Técnica)	<b>55</b>
7.4.2.3	Jerarquización del Proceso	<b>56</b>
7.4.2.4	Objetivo	<b>56</b>
7.4.2.5	Alcance	<b>56</b>
7.4.2.6	Marco Legal e Institucional	<b>57</b>
7.4.2.7	Responsable	<b>57</b>
7.4.2.8	Definiciones	<b>57</b>
7.4.2.9	Detalle de las Actividades	<b>58</b>
7.4.2.10	Diagrama de Flujo	<b>59</b>
7.4.2.11	Documentos Generados	<b>59</b>
7.4.2.12	Procesos Involucrados	<b>60</b>
7.4.2.13	Detalle de Riesgos	<b>60</b>
7.4.3	Solicitud de autorización de servicios a pacientes de fuera del departamento	<b>61</b>
7.4.3.1	Caracterización del proceso	<b>61</b>
7.4.3.2	Jerarquización del Proceso	<b>62</b>
7.4.3.3	Objetivo	<b>62</b>
7.4.3.4	Alcance	<b>63</b>

	<b>pág.</b>
7.4.3.5 Marco Legal e Institucional	<b>63</b>
7.4.3.6 Responsable	<b>63</b>
7.4.3.7 Definiciones	<b>63</b>
7.4.3.8 Detalle de las actividades	<b>64</b>
7.4.3.9 Diagrama de flujo (Profesional Universitario)	<b>65</b>
7.4.3.10 Documentos generados	<b>66</b>
7.4.3.11 Procesos involucrados	<b>66</b>
7.4.3.12 Detalle de riesgos	<b>66</b>
7.4.4 Solicitud de formulario para copia de historia clínica	<b>67</b>
7.4.4.1 Caracterización del proceso	<b>67</b>
7.4.4.2 Indicadores de Gestión (Ficha Técnica)	<b>68</b>
7.4.4.3 Jerarquización del Proceso	<b>68</b>
7.4.4.4 Objetivo	<b>69</b>
7.4.4.5 Alcance	<b>69</b>
7.4.4.6 Marco Legal e Institucional	<b>69</b>
7.4.4.7 Responsable	<b>69</b>
7.4.4.8 Definiciones	<b>69</b>
7.4.4.9 Detalle de las actividades	<b>70</b>
7.4.4.10 Diagrama de flujo (Auxiliar de Oficina)	<b>71</b>
7.4.4.11 Documentos Generados	<b>71</b>

	<b>pág.</b>	
7.4.4.12	Procesos Involucrados	<b>71</b>
7.4.4.13	Detalle de riesgos	<b>71</b>
7.4.5	Sugerencias, quejas y reclamos	<b>72</b>
7.4.5.1	Caracterización del proceso	<b>72</b>
7.4.5.2	Indicadores De gestión (Ficha Técnica)	<b>73</b>
7.4.5.3	Jerarquizacion del proceso	<b>73</b>
7.4.5.4	Objetivo	<b>75</b>
7.4.5.5	Alcance	<b>75</b>
7.4.5.6	Marco Legal e Institucional	<b>75</b>
7.4.5.7	Responsable	<b>75</b>
7.4.5.8	Definiciones	<b>75</b>
7.4.5.9	Detalle de las Actividades	<b>76</b>
7.4.5.10	Diagrama de flujo (Profesional Universitario)	<b>79</b>
7.4.5.11	Documentos Generados	<b>82</b>
7.4.5.12	Procesos Involucrados	<b>82</b>
7.4.5.13	Detalle de Riesgos	<b>82</b>
7.4.6	Tramite de autorización de exámenes externo a la institución	<b>83</b>
7.4.6.1	Caracterización del proceso	<b>83</b>
7.4.6.2	Indicadores de Gestion (Ficha Tecnica)	<b>84</b>

	<b>pág.</b>
7.4.6.3 Jerarquización del Proceso	<b>84</b>
7.4.6.4 Objetivo	<b>85</b>
7.4.6.5 Alcance	<b>85</b>
7.4.6.6 Marco Legal e Institucional	<b>85</b>
7.4.6.7 Responsable	<b>85</b>
7.4.6.8 Definiciones	<b>85</b>
7.4.6.9 Detalle de las actividades	<b>86</b>
7.4.6.10 Diagrama de flujo	<b>87</b>
7.4.6.11 Documentos generados	<b>87</b>
7.4.6.12 Procesos involucrados	<b>87</b>
7.4.6.13 Detalle de riesgos	<b>88</b>
7.4.7 Apoyo a hospitalización de pacientes de cirugía programada	<b>88</b>
7.4.7.1 Indicadores de Gestión (Ficha Técnica)	<b>89</b>
7.4.7.2 Jerarquización del Proceso	<b>89</b>
7.4.7.3 Objetivo: Facilitar	<b>90</b>
7.4.7.4 Alcance	<b>90</b>
7.4.7.5 Marco Legal e Institucional	<b>90</b>
7.4.7.6 Responsable	<b>90</b>
7.4.7.7 Definiciones	<b>90</b>
7.4.7.8 Detalle de las Actividades	<b>91</b>

	<b>pág.</b>
7.4.7.9 Diagrama de Flujo	<b>95</b>
7.4.7.10 Documentos Generados	<b>97</b>
7.4.7.11 Procesos Involucrados	<b>97</b>
7.4.7.12 Detalle de Riesgos	<b>97</b>
8. CONCLUSIONES	<b>98</b>
9. RECOMENDACIONES	<b>99</b>
BIBLIOGRAFÍA	<b>100</b>
ANEXOS	<b>102</b>

## LISTA DE ANEXOS

	pág.
<b>Anexo A.</b> Autorización de la institución para realizar la investigación	<b>103</b>
<b>Anexo B.</b> Guía de observación	<b>104</b>
<b>Anexo C.</b> Encuesta dirigida a funcionarios de la oficina de atención al usuario del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo	<b>105</b>
<b>Anexo D.</b> Acuerdo de aprobación del manual.	<b>106</b>

## RESUMEN

La oficina de Atención al Usuario del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva del Departamento del Huila, es uno de los centros de atención y de información al público más importante dentro de la organización Hospitalaria, desde este se desarrollan una serie de actividades, encaminadas, a construir una mejor imagen para la institución y un valor agregado a los servicios que la institución ofrece a la comunidad hospitalaria del Surcolombiano, a sí como es el medio entre la comunidad usuaria y las directivas de la institución. De esta manera el grupo investigador y teniendo como uno de los miembros a la profesional universitaria de Atención al Usuario, decide iniciar este proyecto encaminado a estructurar cada una de las actividades que se realizan buscando enmarcarlas en un Manual de Procesos y procedimientos, que permita tener indicadores de gestión para medir su efectividad e impacto ante la comunidad.

El trabajo de campo se realizó durante 3 semanas de observación directa y con el apoyo de los funcionarios de la Oficina de Atención al Usuario y los asesores de la oficina de calidad del Hospital Universitario de Neiva, una vez aplicadas las encuestas e implementada la guía de trabajo, diseñada previamente, se obtuvieron siete procesos de trabajo básicos para esta dependencia los cuales son: apoyo a hospitalización de pacientes de cirugía programada; información y orientación a usuarios; evaluación del nivel de satisfacción de usuarios; solicitud de autorizaciones a pacientes fuera del Departamento; solicitud entrega de formulario para solicitar copia de historia clínica; sugerencias quejas y reclamos y trámite de autorización de exámenes fuera de la institución.

La presentación del manual de procesos y procedimientos aparte de dar cumplimiento a la normatividad en el proceso de acreditación, permite ofrecer en forma ordenada y clara cada una de las actividades que se realizan las cuales tienen inmerso un valor agregado a los servicios.

Una vez identificados los procesos y procedimientos se registraron dentro del modelo de gestión de calidad con el fin de presentarlos a las Directivas de la Institución, las cuales los aprobaron mediante Acuerdo No. 044 del 10 de diciembre de 2006.

**Palabras Claves:** Gestión de calidad, satisfacción de usuarios, prestación de servicios, acreditación, Calidad, Atención al Usuario, Información, sugerencias, quejas, información, derechos, deberes, servicio, procesos, historia clínica, funcionarios, .

## ABSTRACT

The office of Attention to the User of the University Hospital Hernando Moncaleano Perdomo of Neiva, is one of the centers of attention and of information to the I publish but important inside the Hospital organization, from this they are developed a series of activities, guided, to build a better image for the institution and an added value to the services that the institution offers to the hospital community of the Surcolombiano, to if like it is the means between the usurious community and the directives of the institution. This way the investigating group and having like one of the members to the university professional of Attention to the User, decides to begin this project guided to structure each one of the activities that are carried out looking for to frame them in a Manual of Processes and procedures that he/she allows to have administration indicators to measure their effectiveness and impact before the community.

The field work was carried out during 3 weeks of direct observation and with the support of the officials of the Office of Attention to the User and the advisers of the office of quality of the University Hospital of Neiva, once applied the surveys and implemented the working guide, designed previously, seven basic working processes were obtained for this dependence which are: I support to hospitalization of patient of scheduled surgery; information and orientation to users; evaluation of the level of satisfaction of users; application of authorizations to patient outside of the Department; application form delivery to request copy of clinical history; suggestions complaints and birdcalls and process of authorization of exams outside of the institution.

The presentation of the manual of processes and procedures apart from giving execution to the normatividad in the accreditation process, he/she allows to offer in form ordinate and white each one of the activities that are carried out which have immerse a value adding to the services.

Once identified the processes and procedures registered inside the pattern of administration of quality with the purpose of presenting them to the Directives of the Institution, which Not approved them by means of Agreement. 044 of December 10 2006.

**Passwords** : Administration of quality, satisfaction of users, rendering of services, accreditation, Quality, Attention to the User, Information, suggestions, complaints, information, rights, duties, service.

## INTRODUCCIÓN

La Ley 100 de 1993, que desarrolla la Carta Política Colombiana en lo relacionado con derechos fundamentales a la seguridad social en salud y a obtener una calidad de vida acorde con la dignidad humana, establece la protección a las personas y adopta la integralidad como uno de sus principios.

La normatividad legal vigente (Decreto 1757 de 1994), obliga a las instituciones de salud a establecer el servicio de atención y orientación a sus usuarios, permitiendo la recepción de quejas y reclamos, mecanismos para evaluar el nivel de satisfacción y espacios de participación social.

En este contexto el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, implementa la Oficina de Atención al Usuario, la cual hace parte de la Oficina de Planeación, inicia labores con un funcionario (Profesional Universitario), el cual se encarga de dar operatividad a cada uno de los procesos que reglamenta la instalación de esta oficina.

En el año 2002, la oficina es reubicada dentro del área física de la Institución, donde se instala un módulo de información y una oficina, sumando al equipo de trabajo una auxiliar de enfermería, quien se encarga de permanecer ofreciendo información continua personal y telefónica a los usuarios. Mediante Acuerdos No.008 y 009 de 2006, se reorganiza la estructura orgánica de la institución, la oficina de planeación cambia de nombre al de Oficina de Planeación, Calidad y Desarrollo Institucional de donde hace parte entre otras, la Oficina de Atención al Usuario o al Cliente.

Las investigadoras consideraron como necesidad apremiante para el Hospital Universitario de Neiva parametrizar cada una de las acciones y actividades que desarrolla, con el fin de cumplir con parámetros del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, cuyos componentes básicos son el Sistema Unico de Habilitación, la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, el Sistema Unico de Acreditación, el Sistema de Información para la Calidad; se consideró como fundamento inicial y principal realizar seguimiento a los procesos que se adelantan en cada dependencia y estandarizar cada uno de los procesos, procedimientos y actividades que lleva a cabo la oficina de Atención

al Usuario del Hospital Universitario de Neiva, dentro del marco de cumplimiento de estrategias del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad orientados a la Acreditación en Salud.

De esta manera se logró diseñar el Manual de Procesos y Procedimientos realizando en el área de trabajo un estudio descriptivo de cada una de las acciones y actividades que se ejecutan, verificando documentación histórica y revisando estadísticas de las mismas; de esta manera se logró realizar el levantamiento de este manual que fue presentado a la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol y posteriormente a la Junta Directiva del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, el que fue aprobado mediante Acuerdo No. 044 del 18 de diciembre de 2006.



## **1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

Los servicios de la oficina de atención al usuario, identificados por la presente investigación, correspondió a un grupo de procesos de diversa índole que tienen como común denominador satisfacer necesidades individuales, familiares, sociales y comunitarias de los usuarios agregando valor a la atención clínica suministrada; dichos procesos no se encontraron parametrizados ni poseían mecanismos que permitieran medir y validar su impacto dentro de la organización, por tal razón las investigadoras consideraron importante tanto para la institución como para la oficina identificar: ¿Cuales son los procesos, procedimientos y actividades de la Oficina de Atención al Usuario del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad?, lo que en su conjunto incluye los procesos deliberados y sistemáticos que se desarrollan en el Sector Salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud a nivel de la Institución, en la región y en el país.

Las acciones que desarrolla el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad se orientan a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario que van a la verificación de la existencia de estructura y de la documentación de procesos los cuales se constituyen en prerrequisitos para alcanzar los resultados.

Partiendo de estas premisas se consideró que el Manual de Procesos y Procedimientos es base fundamental para que la Oficina de Atención al Usuario del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo se incorpore en el proceso de Acreditación como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

## 2. JUSTIFICACIÓN

El Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, presta servicios de mediana y alta complejidad de atención a la población de la Region Sur colombiana, compuesta por los habitantes de los Departamentos del Huila, Sur del Tolima , Caquetá, y Putumayo, constituyéndose como un centro de referencia para la atención en salud de los usuarios de esta región.

En los Hospitales de gran referencia poblacional, la atención al usuario está dada por un conjunto de procesos íntimamente interrelacionados entre sí, que involucra no sólo el proceso específico de prestación de servicios de salud, sino abarca también una serie de procesos "no clínicos" o asistenciales, sin los cuales no sería posible atender de manera adecuada los usuarios.

Desde un enfoque integral del ser humano, los individuos deben ser considerados y abordados desde las distintas dimensiones del ser y sus relaciones consigo mismo, su entorno social y ambiental. Por tanto la prestación de los servicios de salud que ofrecen los hospitales, deben ser concebidas bajo una comprensión y una práctica que aborde al individuo en su integralidad humana, es así como se reglamentan las oficinas de atención al usuario, implementadas a través del Decreto 1757 de 1994, en el capítulo II PARTICIPACION CIUDADANA Artículo 3 "Servicios de Atención a los usuarios. Las EPS y las IPS sean públicas, privadas o mixtas deberán establecer un servicio de atención a los afiliados y vinculados al Sistema General de Seguridad Social en Salud."

La oficina de Atención al usuario del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, es entre otras uno de los servicios mas importantes y con gran impacto entre los usuarios, desde allí se direccionan acciones, procesos, y actividades, encaminadas a brindar atención y bienestar, a la vez implementa mecanismos explícitos deliberados y sistemáticos para evaluar la satisfacción del cliente y aborda el seguimiento y apoyo continuo a los espacios de participación ciudadana (Asociación de usuarios).

Estandarizar cada uno de los procesos, acciones y actividades que la oficina de Atención al Usuario desempeña, se consideró un aporte importante para garantizar la calidad de los servicios que esta ofrece y de paso se determinaron

generalidades y requisitos para establecer el Sistema de Gestión de Calidad en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva.

### **3. ANTECEDENTES**

El origen de la institución se relaciona con la existencia de la sociedad de caridad y beneficencia de Neiva Hospital San Miguel creada en 1856 por el párroco de esta ciudad presbítero Félix Ávila Valdés y posterior a cargo de las hermanas de la presentación en 1882., Después de ochenta años y debido al siguiente constante crecimiento de la población, se origina la alternativa de crear un nuevo hospital con mayor cobertura, es por eso que en 1940 se adquiere un lote llamado los chircales en el llano de Avichenty de una dimensión de tres (3) hectáreas, cuatro mil novecientos noventa metros cuadrados (4990 m<sup>2</sup>), con linderos iniciales en el arroyo de la toma y la carrilera que actualmente ocupa la calle novena hasta la avenida la toma entre carreras catorce y quince.

Dieciocho años después se inicio la construcción del edificio nuevo hospital que constará de siete plantas y con capacidad para 350 camas, en octubre de 1975 la planta física del nuevo hospital fue puesta al servicio de la comunidad con el servicio de consulta externa y el 14 de enero de 1976 se abrió el servicio de urgencias y de hospitalización con 120 camas.

En honor al doctor Hernando Moncaleno Perdomo director del Hospital San Miguel, el nuevo hospital lleva su nombre.

A nivel del marco jurídico el Hospital Departamental Hernando Moncaleano surge como institución pública amparado en la personería jurídica 085 del 17 de agosto de 1973 y emanada de la gobernación del Huila, el 26 de julio de 1979 el Ministerio de Salud aprobó los estatutos mediante resolución número 001807 que establecía la organización y funcionamiento de la institución.

En 1990 se inicia un proceso reformador que tiene fundamento jurídico en la ley 10 de 1990, sentando las bases de una nueva cultura al definir la salud como un problema médico y hospitalario, sino como un fenómeno socio-político y comunitario. La filosofía en sí de esta ley busca descentralizar la salud con el fin de que los departamentos asuman en parte esta función haciendo que los municipios se responsabilicen de la atención del primer nivel y el departamento del segundo y tercer nivel, dando un plazo para esta transición de cinco (5) años.

El hospital fue transformado en Empresa del Estado mediante acto administrativo ordenanza 730 del 1 de agosto de 1994, emanada de por Asamblea Departamental y soportada por el decreto 1298 de 1994 que ordena la transformación de entidades descentralizadas en empresas sociales del Estado.

Posteriormente a través del decreto ordenanza número 064 de 1995, se modificó el artículo tercero del decreto ordenanza 730, por la cual se define la estructura administrativa de la Empresa Social del Estado "Hernando Moncaleano Perdomo".

La Empresa Social del Estado Hospital Departamental "Hernando Moncaleano Perdomo" es una institución de tercer nivel que atiende a la población del Huila, el sur del Tolima, el Caquetá, parte del Amazonas, el Putumayo y el sur del Cauca.

La Empresa Social del Estado Hospital Departamental "Hernando Moncaleano Perdomo", constituye una categoría especial de entidad pública, que es descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa. Su característica principal es la de poder contratar bajo las normas del derecho privado lo cual le permite una mayor agilidad de contratación y eficiencia de gestión administrativa y financiera.

Igualmente, mediante acuerdo 001 se adoptan los estatutos de La Empresa Social del Estado Hospital Departamental "Hernando Moncaleano Perdomo" protocolizando de esta manera el soporte legal a la organización.

Atendiendo al cumplimiento del Decreto 1757 de 1994 en el año de 1998, se dio inicio al funcionamiento la Oficina de Atención al Usuario, el cual reglamenta que las instituciones de salud sean públicas o privadas garanticen un sistema de información y atención a los usuarios a través de un servicio personalizado permanente y que garantice según los requerimientos del mismo, el recurso humano necesario para que atienda, sistematice y canalice tales requerimientos, implementando un control de calidad del servicio basado en el usuario.

Con esta normatividad legal se obliga a las instituciones a establecer, servicios de atención a los usuarios, un servicio de recepción de quejas y reclamos, mecanismos para evaluar el nivel de satisfacción, a diseñar planes de garantía de calidad de los servicios, garantizar la adecuada y oportuna atención de los usuarios y abrir espacios de participación social.

La oficina de atención al usuario del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, hoy es eje fundamental en el proceso de atención a los usuarios, desarrollando actividades como:

- 📖 Información y orientación a los usuarios, (población desplazada, víctimas de atentados terroristas, usuarios víctimas de accidentes de tránsito, reinsertados, vinculados, afiliados a regímenes especiales, etc),
- 📖 Apoyar trámites sociales requeridos por los usuarios (validar requisitos, remisiones externas de la institución entre otros),
- 📖 Tramitar quejas y reclamos.
- 📖 Medir el nivel de satisfacción del usuario.
- 📖 Generar espacios de participación social del sector entre otras. (mantenimiento, apoyo y capacitación continua a la Asociación de usuarios).

La E.S.E Hospital Universitario "Hernando Moncaleano Perdomo" de Neiva se caracteriza por atender individuos de todas las clases sociales, económicas, y culturales, siendo frecuente la mayor demanda por personas de nivel 1, 2 y 3 de acuerdo a la ficha del SISBEN.

Las personas que demandan los servicios de salud que oferta el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, llega a través de la solicitud de consulta externa previa citas médicas o por el área de servicios de urgencias, cuando de forma prioritaria o accidental requieren el servicio.

El Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, como principal centro de atención en salud del sector Surcolombiano, es escenario de actividades encaminadas a brindar y mejorar la calidad de vida de la población es así que en coordinación con el Gobierno Local, la Empresa Regional y Organizaciones Internacionales desarrolla las Jornadas de Salud "Healing the Children" la cual se han desarrollado 13 jornadas de cirugía plástica reconstructiva a niños de la Región según cobertura; caracterizándose la Oficina de Atención al Usuario elemento fundamental en el desarrollo de esta gran actividad que aporta beneficios sociales de reconocimiento para la Institución.

La oficina de Atención al Usuario al igual que otros servicios del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, procura mantenerse a la vanguardia de otras instituciones de su mismo nivel o niveles superiores del nivel nacional procurando aportar valor agregado a los servicios que se prestan en la institución.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1. OBJETIVO GENERAL**

Estandarizar los procesos, procedimientos y actividades que ejecuta la oficina de Atención al Usuario del Hospital Universitario de Neiva Departamento del Huila; como estrategia para brindar atención integral dentro del marco de cumplimiento de estrategias del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad orientados a la Acreditación en Salud.

### **4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar cada uno de los procesos, procedimientos y actividades que se desarrollan en la oficina de atención al usuario, los cuales garantizan las expectativas del cliente.
- Mejorar la eficiencia de los procesos mediante la disminución del esfuerzo y de la necesidad de supervisión que se asocian a los procesos variables.
- Estandarizar cada uno de los procesos y procedimientos garantizando un nivel previsible de eficacia.
- Generar y presentar el Manual de procesos en la Oficina de Atención al usuario del Hospital Hernando Moncaleano Perdomo, como herramienta de consulta y orientación para los funcionarios, contribuyendo a a mejorar la efectividad de la Institución.

## 5. MARCO CONCEPTUAL

El servicio al Cliente constituye un medio poderoso de ayuda a los administradores de instituciones a identificar y centrar su atención en los servicios que los clientes desean y demandan. Los programas de planificación al igual que los negocios de tipo comercial, han descubierto que al ofrecer a sus clientes un trato de cortesía , servicios eficientes y de alta calidad, así como la mezcla de servicios que los clientes desean, no solamente es beneficioso para los clientes sino también para el programa y la Institución.

El concepto de servicio al cliente “Sostiene que al comprender y cubrir las necesidades de los clientes y de los clientes potenciales, una clínica puede mejorar la calidad de los servicios, aumentar la demanda de los mismos y mejorar su reputación”<sup>1</sup>. Todos esos elementos contribuirán a la sustentabilidad de la institución en forma significativa.

El concepto de servicio al cliente es fácil de captar. “Se puede reconocer el servicio al cliente cuando uno piensa en el trato que recibe de un Profesional de la salud en un servicio, un buen mesero en un restaurante, o un conductor que realiza un esfuerzo extra para llevarlo a su destino. El servicio al cliente está dado por los individuos que prestan servicios para cubrir las necesidades que usted tiene, haciendo sentir que les interesa su bienestar y por ende, usted desee recomendar dichos servicios a sus familiares y amigos”<sup>2</sup>.

El servicio al cliente es una filosofía que va mas allá de la capacidad de respuesta a las necesidades del cliente y el enfoque del cliente. El enfoque del cliente a menudo se incorpora solamente a los servicios de consejería y de tipo clínico. El servicio al cliente amplía dicho enfoque del cliente para que se incluya todo lo que tiene lugar dentro de la clínica y en los alrededores de la misma, desde la forma en la que el personal saluda a los clientes hasta el ambiente reinante en la sala de espera y la forma en la que se manejan las quejas de los clientes. Se utiliza para ayudar a cada persona a beneficiarse no solamente de los servicios inmediatos que demanda, sino a nivel de toda la gama de servicios que oferta la institución, pudiendo llevar a la introducción de nuevos servicios para cubrir las necesidades expresadas por los clientes.

---

<sup>1</sup> EL CENTRO DE RECURSOS ELECTRÓNICOS DE ACTUALIDAD GERENCIAL. Internet.. Como centrar la atención en el servicio al cliente. 18 de diciembre de 2006. <http://erc.msh.org/readroom/español/custserv.htm>

<sup>2</sup> Ibid.,p. <http://erc.msh.org/readroom/español/custserv.htm> .

Servicio al cliente significa "proporcionar asistencia a los clientes de tal forma que esto redunde en un mayor grado de satisfacción con su programa. Se basa en la preocupación constante por las preferencias de los clientes, tanto a nivel de la interacción con los clientes como el diseño de servicios. Sostiene que el personal es responsable ante los clientes por las decisiones que estas toman y que los clientes tienen derechos que el personal debe respetar"<sup>3</sup>.

"La dedicación al servicio del cliente puede revolucionar la forma en que opera una clínica, involucra a todo el personal integrante al establecer procedimientos apropiados y desarrollar actitudes positivas que les permitan:

- Crear un ambiente acogedor para los clientes
- Mantener un flujo continuo de clientes
- Proveer servicios personalizados
- Comunicarse con los clientes en forma efectiva y cortés
- Manejar las quejas de los clientes en forma satisfactoria para los mismos
- Recopilar información sobre las preferencias de los clientes con el fin de encarar sus preocupaciones"<sup>4</sup>.

La Ley 100 de 1993, que desarrolla la carta política Colombiana en lo relacionado con los derechos fundamentales a la Seguridad Social en Salud y a obtener una calidad de vida acorde con la dignidad humana, establece la protección a las personas de las contingencias que las afecten y adopta la integralidad como uno de sus principios, definiéndola como la cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general todas las condiciones de vida de toda la población.

El Decreto 1757 de 1994 en su Capítulo II PARTICIPACION CIUDADANA Artículo 3. Servicio de Atención a los Usuarios establece "Las empresas Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud sean públicas, privadas o mixtas, deberán establecer un servicio de atención a los afiliados y vinculados al sistema General de Seguridad social en Salud"<sup>5</sup>, como a su vez a través de la Resolución 1043 de 2006 el Ministerio de la Protección Social incluye dentro de las competencias la estandarización de la atención al usuario como proceso de garantía de la calidad de servicios de salud a nivel de las instituciones.

De esta manera se obliga a las instituciones a establecer: Servicios de atención a los usuarios, un servicio de recepción de quejas y reclamos, mecanismos para

evaluar el nivel de satisfacción de los usuarios, formular un plan de garantía de calidad de los servicios, garantizar la seguridad de los usuarios y abrir espacios de participación social.

El establecimiento de los principios de "Libre competencia, libertad de elección, eficacia y eficiencia" como paradigmas que enmarcan la prestación de los servicios de salud en las empresas sociales del estado, implica trabajar en busca de la plena satisfacción de los usuarios resaltando la calidad y ventajas de los servicios que ofrece la ESE, lo cual puede colocar a la empresa en condiciones de privilegio dentro del mercado de salud de la región"<sup>6</sup>.

Desde un enfoque integral del ser humano, los individuos deben ser considerados y abordados desde las distintas dimensiones del ser y sus relaciones consigo mismo, su entorno social y ambiental." El desarrollo del ser humano se produce en varios ejes, sobre los cuales se dan la realización de las distintas dimensiones: Biológica, Psicológica, Social y Espiritual"<sup>7</sup>.

La prestación de los servicios de salud que se dan a los usuarios en los Hospitales, ESES, deben ser concebidas bajo una comprensión y una práctica que aborde al individuo en su integralidad humana.

Se considera de gran importancia la definición que la ley 100 da a las Instituciones prestadoras de servicios de salud como es la de "prestar servicios de salud en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente ley". <sup>8</sup> teniendo en cuenta la puesta en práctica de cada uno de los principios que la misma refiere como son la calidad, la eficiencia, la autonomía administrativa, tecnológica y financiera

---

3, El Centro de Recursos Electrónicos de Actualidad Gerencial. Internet. Como centrar la atención en el servicio al cliente. 18 de diciembre de 2006. <http://erc.msh.org/readroom/español/custserv.htm> Bogota.

4. Ibid., p

5 MINISTERIO DE SALUD. Decreto 1757 de 1994, Organización y establecimiento de formas de participación social en la prestación de servicios de salud. CAPITULO II , Artículo 3. Bogota.

En el ejercicio de una concepción humanizada de la salud, los hospitales ESE que además de ofrecer servicios para atender las alteraciones orgánicas de la salud del individuo, también prestan servicios que permiten atender al individuo en sus dimensiones mental social y espiritual, están en capacidad de crear condiciones que favorecen un elemento promocional para las ventas tan poderosas como los descuentos, la publicación o la venta personal.

La Oficina de atención al usuario es una iniciativa gerencial diseñada por el Ministerio de Salud, para fortalecer la calidad de los servicios, la cual tiene como punto de partida la información que proporcionan los usuarios en las peticiones (demandas, quejas, reclamos o sugerencias) que sobre la prestación de los servicios formulan a las I.P.S.

Todas las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) y prestadoras del servicio de salud, deben tener una oficina de atención al usuario de manera personalizada, ubicada en sitio de fácil acceso y dotada de las herramientas logísticas y tecnológicas necesarias para su normal funcionamiento. Su horario de atención deberá ser acorde a las necesidades de los usuarios, y dichas oficinas deben contar con una línea gratuita nacional 018000 las veinticuatro (24) horas de los siete (7) días de la semana.

Las funciones que se le asignen al personal que labore en las Oficinas de Atención al Usuario, deben ser claras y expresas, señaladas en un manual de procesos y procedimientos.

El perfil del personal asignado a esta dependencia, debe reunir los requisitos de idoneidad acorde con las funciones que va a desempeñar, y con sentido de pertenencia a la institución y con las labores asignadas.

Corresponde a cada entidad de salud, facilitar a la Oficina de Atención al Usuario, los medios idóneos para que se asista y atienda al usuario con prontitud, agilidad, eficiencia y eficacia.

De igual forma, es necesario que la entidad diseñe e implemente canales de comunicación y de acceso a la información, fácil y ágil, por parte del usuario. Así mismo, debe tener un mecanismo apropiado para la radicación de los Derechos de Petición que presenten los interesados.

Es deber y obligación del funcionario responsable de la Oficina de Atención al Usuario, atender al usuario, orientarlo y si es del caso acompañar y gestionar su solicitud, la cual podrá presentar de manera escrita, personalizada, telefónica,

página "web" o por cualquier otro medio que adecue la entidad para recibir las peticiones instauradas.

Su principal misión en este sentido, será brindar información veraz, oportuna, de calidad, garantizando siempre que no se obstaculice el tratamiento o servicio del afiliado y, en consecuencia, debe asegurarse que la salud y la vida del usuario no presente riesgo en ningún momento a causa de la negación.

Hay una frase en las empresas que pocas veces recordamos "trata a tus empleados como quieras que ellos traten a tus clientes."

Es importante considerar que los consumidores son los clientes externos pero también se encuentra el cliente interno de la empresa que demandan ser atendidos y satisfacer sus necesidades, específicamente centrando este artículo en la necesidad de información y procesos.

Si un departamento de la empresa no cumple con enviar la información o el material necesario para que otro departamento continúe un proceso, entonces se está dejando de atender a los clientes internos, lo que provocará diversas situaciones que pueden llegar a afectar a los clientes externos.

Hay que cumplir con ambos, si un área necesita un equipo o un dato en determinado tiempo y no se le proporciona es como no cumplir con la entrega que un comprador solicitó específicamente; la primera genera retrasos, molestias, baja de motivación o de compromiso e incluso podría darse el caso de que sea la causa de la segunda, la cual genera un cliente insatisfecho y posible pérdida de la venta del producto.

Se debe considerar a los departamentos como clientes internos siempre, cumplir con sus requerimientos y especificaciones para disminuir los problemas, quejas y devoluciones de los clientes externos. Lamentablemente se está acostumbrado a transferir la culpa de un área de la empresa a otra, por lo que es fundamental definir los alcances de cada área, su forma y medios de relacionarse con las demás, definiendo el "producto" o "servicio" que se oferta y se presta. Los procedimientos deben integrarse para formar planes de acción para atender a los clientes internos, lo que apoya al logro de resultados.

Por otra parte la forma en que se comunican los clientes internos se ve reflejada en como ellos se comunican con los clientes externos; si la forma de trabajar es autocrática, amenazadora o grosera; simplemente no se puede pedir que se brinden una sonrisa y atiendan a los consumidores sin importancia. Así es como

una buena atención en el exterior procede de una buena atención y respeto desde el interior.

Otra parte importante son los procedimientos claros y bien establecidos, de esa manera se puede definir cuando una etapa del proceso es responsabilidad de un departamento y cuando pasa a ser de otro; lo que ayuda a atender correctamente a los clientes internos.

Regularmente se olvida todas estas premisas y se atiende los requerimientos del personal, en el mismo o diferente departamento, hasta el último sin tener el menor pensamiento de que se puede estar retrasando una tarea que beneficiará a la empresa o que repercutirá en la atención al cliente externo.

Como se observa el trato cordial y el clima de trabajo agradable también son partes fundamentales. Imaginen que a un comprador le gritamos por no traer efectivo para hacer un cobro inmediato, pero que tal le gritamos al compañero o al empleado casi por cualquier cosa. ¿Con ese trato queremos que atienda bien a nuestros clientes? ¿Qué se reduzcan los costos? ¿Qué haya menor rotación de personal?

En resumidas cuentas, no se trata únicamente de ser respetuoso sino de tener la conciencia de que se debe atender a nuestro grupo de colaboradores con el mismo profesionalismo y lealtad que a nuestro grupo de clientes y compradores, de otra manera la organización estará siempre cojeando de un lado y luego del otro y nos preguntaremos ¿qué pasa?

Preguntémonos ¿qué hacemos para facilitar el trabajo de los demás?, ¿qué hacemos para mantener el optimismo y el deseo de trabajo? ¿Existe cohesión en mi empresa? Es decir; el deseo de pertenecer y trabajar para ella.

Por último, ¿es coherente pensar que un empleado satisfecho genera clientes satisfechos? Si así se considera se debe poner manos a la obra y atender a sus clientes internos tan bien como a los externos.

Los servicios de atención social al usuario son el grupo de procesos de diversa índole que tiene como común denominador satisfacer necesidades individuales, familiares, sociales y comunitarias de los usuarios, agregando valor a la atención clínica suministrada y clasificándose en los siguientes procesos:

## **5.1 INFORMAR A LOS USUARIOS SOBRE LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS**

Proceso mediante el cual se da a conocer aspectos relacionados con los servicios que la institución brinda, su calidad, ventajas y condiciones, para satisfacer necesidades de información de los usuarios, con las cuales puede hacer un mejor uso de los servicios y formarse criterios acerca de la calidad de los mismos.

“Los Hospitales están obligados a suministrar a los usuarios la información necesaria para tratar de satisfacer sus solicitudes, regular y armonizar las relaciones asegurador- prestador – usuario – comunidad, relacionados con las condiciones: Administrativas, legales, técnico científicas, éticas, deberes y derechos que se adquieren por el hecho de contratar y recibir servicios de atención en salud”<sup>10</sup>.

La finalidad de este proceso, tiene un interés dual. De una parte se espera mejorar el nivel de satisfacción del usuario frente al servicio y por otro se pretende que el hospital se consolide como sistema empresarial autónomo.

## **5.2 TRAMITAR QUEJAS Y RECLAMOS**

Por mandato legal vigente toda institución del Estado debe contar con una dependencia encargada de recibir y tramitar las quejas y reclamos de los usuarios.

El manejo integral del proceso permite manifestar la alta valoración y el respeto que el Hospital tiene por el usuario y la importancia de su opinión para el mejoramiento de la calidad de los servicios de la empresa.

---

6 MINISTERIO DE SALUD. Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud en Colombia. Capítulo 7. Pagina 1.. Bogota.

7 Ibid., p.

8. Ministerio de Salud. Ley 100 de Seguridad social en salud, Artículo 185. Bogota.

9. [www.supersalud.gov.co](http://www.supersalud.gov.co).

10 MINISTERIO DE SALUD. Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud en Colombia. Capítulo 7. Pagina 7. Bogota.

Es así como la Superintendencia Nacional de Salud en su circular No. 9, manifiesta lo relacionado con la atención de las quejas

“Con el fin de que las quejas y reclamos que se presentan se resuelvan de manera oportuna y eficiente, cada una de las entidades destinatarias de la presente circular debe establecer los mecanismos y procedimientos tendientes a organizar el sistema de trámite de quejas, el cual servirá también de insumo para la elaboración del plan de mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios de salud. Así mismo el resultado de las quejas presentadas contra cada entidad según los registros internos de esta superintendencia, será tenido en cuenta para evaluar semestralmente a la entidad sobre la debida información a los usuarios y la adecuada prestación de servicios de salud “.11.

Mediante el trámite de las quejas y los reclamos de los usuarios en relación con los servicios recibidos, se busca conocer las causas y resolver los problemas que ha generado en su percepción una sensación de insatisfacción. Conocer la insatisfacción del usuario y sus causas, es una información valiosa para el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, que permite:

- 📖 Dar una respuesta que brinde satisfacción o explicación a los usuarios sobre el porqué del hecho que generó la queja o reclamo presentada.
- 📖 Disponer de un mecanismo de identificación de posibles problemas en la prestación del servicio y realimentar la ejecución de los diferentes procesos y procedimientos de la empresa.
- 📖 Establecer estrategias de mejoramiento que permitan corregir y/o minimizar los efectos de los problemas que no tiene solución inmediata.
- 📖 El conocimiento y trámite de las quejas y reclamos, puede evitar posibles complicaciones por demandas de tipo judicial, o una vez establecidas permite soportar la defensa de la empresa.

---

11 MINISTERIO DE SALUD. Superintendencia Nacional de salud CIRCULAR externa 009 julio de 1996. Pag 4. Bogota.

### 5.3 MEDIR NIVEL DE SATISFACCION DEL USUARIO

“Proceso mediante el cual se busca conocer que los directivos y trabajadores, conozcan las necesidades y expectativas de los usuarios, la percepción de los usuarios sobre la calidad de los servicios y generar programas de mejoramiento”<sup>12</sup>.

“El sistema general de seguridad social en salud adoptó como uno de sus principios fundamentales la calidad en la prestación de los servicios y la eficiencia en la gestión. Cuando se habla de usuario, que califica los servicios, se hace referencia al cliente externo e interno “.

“El Decreto reglamentario del sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, incluye uno de sus componentes por aparte de aseguradores y prestadores de servicios de salud, la evaluación de satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios, solicitando en la práctica de la atención en salud, los conceptos expuestos”<sup>13</sup>.

El sistema obligatorio de garantía de calidad tiene como fundamento el usuario, motivo por el cual el establecer un mecanismo explícito, deliberado y sistemático para evaluar la satisfacción del cliente con los procesos de atención en salud se convierte en imperativo del sistema.

Los mecanismos deberán ser no sólo de tipo retrospectivo, como los sistemas de quejas y reclamos, encuestas y entrevista de satisfacción que tienen como objetivo principal conocer la percepción del usuario, posterior al recibir el servicio, sino prospectivos de aquellos que permitan conocer las necesidades y expectativas que tienen los usuarios de los servicios a recibir. Los primeros son

---

12 ----- Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud en Colombia. Capítulo 7. Página 4. Bogotá.

13 MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Auditoría para el mejoramiento de la atención en salud. Pág. 34. Bogotá.

mecanismos que permiten implementar acciones de seguimiento y coyunturales y los segundos acciones preventivas.

La evaluación de la calidad desde la perspectiva del usuario, estimada a través de métodos de medición de satisfacción, es un proceso técnico cuya estructuración es responsabilidad de la unidad de atención al usuario, en coordinación con cada una de las unidades funcionales objeto de evaluación.

El proceso de aplicación de encuestas de satisfacción puede recaer sobre la Oficina de Atención al Usuario o en las unidades funcionales, cuando se dispone de personal idóneo para tal fin.

#### **5.4 APOYAR TRAMITES REQUERIDOS POR LOS USUARIOS**

Conjunto de subprocesos que tiene por finalidad apoyar a los usuarios a afrontar incidentes sociales determinados por su condición socio - económica, cultural, familiar, etc., relacionados con el proceso de enfermedad entre otros:

- 📖 Apoyar pacientes de cirugía programada,
- 📖 Solicitar autorizaciones a otros entes territoriales,
- 📖 Facilitar el acceso a documentos institucionales,
- 📖 Promover la protección social,
- 📖 Apoyar la consecución de elementos requeridos,
- 📖 Propiciar espacios de participación ciudadana.

En el marco de la atención integral, el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, debe establecer mecanismos para identificar aspectos relacionados con la condición socioeconómica, cultural, religiosa, política, familiar y laboral de los usuarios, con el objeto de establecer estrategias para hacer grata la estancia de los usuarios en la institución, facilitar las relaciones sociales con su medio ambiente e integrar esfuerzos con diferentes actores sociales para procurar dar soluciones afectivas a problemas sociales, que afectan a los usuarios e inciden en el proceso salud – enfermedad.

Los servicios se prestan para proporcionar una atención que tenga en cuenta todos los factores y condiciones mórbidas asociadas o determinantes que intervienen en la generación y desarrollo de proceso de enfermedad.

Intervenciones de esta naturaleza contribuyen a lograr los mas altos estándares de calidad de la atención y satisfacción del usuario, particularmente aquella franja de la población vulnerada por factores sociales incidentes.

El mejoramiento continuo de la calidad (MCC), comprende un conjunto de principios que deben llevar a las organizaciones a pensar mas allá de la evaluación de la calidad o de establecer guías o protocolos de seguimiento que sirven únicamente para la inspección.

“El MCC debe ser visto como un proceso de autocontrol, que involucra al cliente y sus necesidades, y que consiste en la identificación permanente de aspectos del proceso que resulten susceptibles de mejoramiento, con el fin de establecer los ajustes necesarios y superar las expectativas de dichos clientes.

La filosofía del mejoramiento continuo nace en la industria como resultado del desarrollo y aplicación de herramientas y métodos de calidad, por personas como Edgar Deming, Joseph Juran y Phillip.

Crosby en los Estados Unidos y en el Japón, se introduce en salud a raíz de los trabajos de Donald Berwick en la década de los 90, integrándose y potenciándose con los conceptos y métodos provenientes del modelo asistencial, incluidos los planteamientos pioneros de EA Codman. Las acciones de mejoramiento deben involucrar a todos las personas en la organización”.<sup>14</sup>

La política de la calidad y los objetivos de la calidad se establecen para proporcionar un punto de referencia para dirigir la organización. Ambos determinan los resultados deseados y ayudan a la organización a aplicar sus recursos para alcanzar dichos resultados. La política de la calidad proporciona un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de la calidad y el compromiso de mejora continua y su logro debe poder medirse

---

<sup>14</sup> MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Auditoria para el mejoramiento de la atención en salud. Pág. 34. Bogota.

. El logro de los objetivos de la calidad puede tener un impacto positivo sobre el producto, la eficacia operativa y el desempeño financiero y en consecuencia sobre la satisfacción y la confianza de las partes interesadas.

## 6. DISEÑO METODOLÓGICO

Al definir el alcance de este proyecto de investigación se observa que se encuentra enmarcado dentro de los tipos de estudios de investigación conocidos como descriptivos: "los cuales buscan especificar las propiedades, características, rasgos importantes y los perfiles de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis pretendiendo medir, evaluar y recolectar datos sobre diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno que se busca investigar". 15

Con este estudio se analizaron las situaciones, eventos, procesos y procedimientos que se presentan en la oficina de atención al usuario del Hospital Universitario "Hernando Moncaleano Perdomo".

Los estudios descriptivos pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a los que se refieren. Desde luego, pueden integrar las mediciones o información de cada una de dichas variables o conceptos para decir cómo es y cómo se manifiesta el fenómeno de interés.

Para la actualización del manual de procesos y procedimientos en la Oficina de Atención al Usuario, se tomó como punto de partida el reconocimiento e identificación de la organización, sus principales características, su estructura organizacional y la revisión de la documentación existente para obtener una visión amplia sobre el funcionamiento del área.

Se realizó la visita al servicio de Atención al Usuario, durante dos semanas consecutivas donde se observaron directamente las actividades realizadas por cada funcionario desde su puesto de trabajo.

Para la recolección de la información anterior, se utilizó una encuesta que se aplicó acompañada de entrevistas y/o charlas a cada uno de los funcionarios adscritos a la dependencia en mención; así mismo, se utilizó la observación directa. A través de estos métodos, se levantaron y/o actualizaron los diferentes procesos y se detectaron algunas falencias acompañadas de sugerencias para el mejor desarrollo de los mismos.

Obtenida la información, se procedió a llevarla al medio de soporte, haciendo uso de plantillas diseñadas en Word para la caracterización, simbología de diagramas de flujo y diagramación, y para las descripciones, formatos elaborados en Word; los cuales son el componente básico de cada proceso.

Para que las organizaciones operen de manera eficaz, tienen que identificar y gestionar numerosos procesos interrelacionados y que interactúan a menudo la salida de un proceso forma la entrada de otro. "La identificación y gestión sistemática de los procesos empleados en la institución y las interacciones entre los procesos se conoce como enfoque basado en procesos." 17. Una ventaja del enfoque basado en procesos es el control continuo que proporciona sobre los vínculos entre los procesos individuales dentro del sistema de procesos, así como sobre su combinación e interacción.

"Cualquier actividad o conjunto de actividades, que utiliza recursos para transformar entradas en salidas puede considerarse un proceso" 16

## **6.1 ESTANDARIZACION DE PROCESOS**

Estandarizar un proceso es ajustar todos sus pasos o actividades a un modelo preestablecido con el propósito de disminuir al máximo posible su variabilidad. En términos simples es "hacer las cosas siempre de la misma manera". Cuando las cosas se hacen de la misma manera, su repetición regular disminuye su costo y la probabilidad de error y por ende el proceso se hace mas seguro. 18.

### **6.1.1 Etapas del proceso de estandarizacion.**

1. ESCOGER EL PROCEDIMIENTO: Para la E.S.E Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, la

---

15 HERNÁNDEZ SAMPIERE, Roberto. Metodología de la Investigación. 3ra Edición. Editorial Mac Graw Hill, Bogota.

16

17 INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS. NTC-ISO 9000. Pag.3, Bogota.

18 ESTANDARIZACION DE PROCESOS QUIRÚRGICOS Y SU RELACION CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.Pag 36, Cali.

Oficina de Atención al Usuario, es eje central en el desarrollo de los procesos misionales, pues es el usuario la razón de ser en día a día del acontecer laboral, es así, como los servicios que ofrece la Oficina de Atención al Usuario se convierten en estrategia Gerencial que contribuye al mejoramiento de la calidad de la atención.

2. DEFINICION DE EQUIPO: Una vez definidas la necesidad de estandarizar los procesos de la Oficina de Atención al usuario, se conformo el equipo que desarrollara esta tarea: Se contó entonces con el apoyo de las funcionarias que laboran allí (2 auxiliares administrativas), la Profesional Universitaria que adelanta labores de coordinación y a la vez es parte del equipo investigador y como observadora otra miembro del equipo investigador.

La creación del equipo con personal del área de atención al usuario es clave de éxito porque ellas conocen las necesidades del usuario y actúan en la resolución de la satisfacción de los mismos, a la vez les interesa contribuir en los pasos de estandarización respectivamente.

3. DESARROLLO Tiene como propósito definir los estándares de los procesos de Atención al Usuario; estandarizar es el resultado del consenso de todas las personas involucradas en el quehacer diario.

#### COMPONENTES:

ENCUESTA: Instruemnto que se creo con el fin de identificar las acciones y actividades que adelantan cada una de las personas de la oficina de atención al usuario, busanco identificar, conocimientos de normatividad relacionada con la atención, sistematización de la información y aportes individuales.

#### REVISION DE MATERIAL Y/O ARCHIVOS

Se conoció cada uno de los documentos archivados en la dependencia de Atención al usuario, se realizo observación de formatos que utilizan los funcionarios en su quehacer diario, se hizo revision de informes que genera esta área y presenta a las directivas con periodicidad diaria, semanal, mensual y anual.

## REVISION DE LITERATURA

Se verifico la normatividad que rige la operatividad de esta área de trabajo, se identificó entre el personal su implementación, documentos que se registran y seguimiento.

## CONSENSO:

Una vez obtenida la información deseada en el desarrollo de los anteriores pasos, las investigadores se reunió para identificar necesidades de los usuarios, expectativas del cliente y directivas.

4. SELECCIÓN DE PROCESOS PRIORITARIOS. Teniendo en cuenta la información y resultados obtenidos, se determinó seleccionar los siguientes procesos:

- Información: Los usuarios diariamente en el área de atención al usuario, solicitan información relacionada con horarios, tarifas, servicios, requisitos para acceder a los servicios, ubicación de pacientes ,etc.
- Satisfacción del usuario: en el area de Atención al Usuario se implementan actividades relacionadas con identificación de necesidades y expectativas con los usuarios como son: La implementación de buzones de sugerencias, la aplicación mensual de encuestas de satisfacción, y la atención diaria de quejas y reclamos.
- Apoyo a procesos: Los usuarios del Hospital Universitario solicitan en el área de atención al usuario apoyo para ingresar a hospitalizarse, órdenes de servicios para toma de exámenes fuera de la institución, etc.

5. IDENTIFICACION DE NECESIDADES Y ESPECTATIVAS DEL CLIENTE:

- Necesidades de información y orientación.
- De apoyo dentro de las instalaciones de la institución.
- De corrección de acciones y expectativas frente a la atención.
- De prestación de servicios con calidad y oportunidad.

## 6. SELECCIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS QUE SE ESTANDARIZAN:

- Información y orientación
- Evaluación del nivel de satisfacción del usuario.
- Solicitud de autorización de servicios a pacientes fuera del departamento.
- Sugerencias , Quejas y Reclamos
- Tramite de Autorización de exámenes fuera de la Institución.
- Apoyo a hospitalización de pacientes de Cirugía programada.
- Solicitud de copias de historia clínica.

### 6.2 CONTROL Y ELABORACION DE DOCUMENTOS

**ASPECTOS GENERALES.** La digitación de los procedimientos y documentos se realizo en Microsoft Word, el tipo de letra y tamaño fue Comic Sans MS 12 a un espacio de 12 en todo el documento, en negrilla, viñetas, márgenes y sangrías necesarias para una buena presentación.

**ESTRUCTURA DEL DOCUMENTO.** Encabezado: Recuadro elaborado en la parte superior de todas las hojas que constituyen el documento; contiene:

- A. Logotipo: localizado en el extremo izquierdo de la hoja.
- B. Tipo del Documento: En este espacio registral tipo de documento elaborado (proceso).
- C. Titulo del documento: Este espacio contiene el titulo del documento, es claro y preciso.
- D. Fecha de emisión: Corresponde al primer recuadro de la parte superior derecha; se consignan los datos (Mes / Año) correspondiente a la fecha en que se coloca en circulación el documento.
- E. Versión: corresponde al segundo recuadro de la parte superior derecha; consigna el control numérico de la actualización del documento, hace referencia al número del último documento aprobado y vigente. Para efecto del control del documento se ha definido de la siguiente manera:

Versión 01: primera emisión de un documento.

Versión 02: segunda emisión de un documento.

Versión 03: tercera emisión de un documento y así sucesivamente.

- F. Código: Corresponde al tercer recuadro de la parte superior derecha; en este espacio se especifica el código del documento para efectos de fácil identificación dentro de todos los documentos de la organización.
- ✓ Primer carácter: especifica el tipo de Subgerencia o Área de la empresa que origina el documento.
  - ✓ Segundo carácter: especifica el servicio.
  - ✓ Tercer carácter: especifica el número consecutivo del proceso, el cual será de tres caracteres.
- G. Página: corresponde al cuarto recuadro de la parte superior derecha; indica la estructura secuencial del documento.

**CUERPO DEL DOCUMENTO.** Hace referencia al contenido básico del documento y esta conformado por:

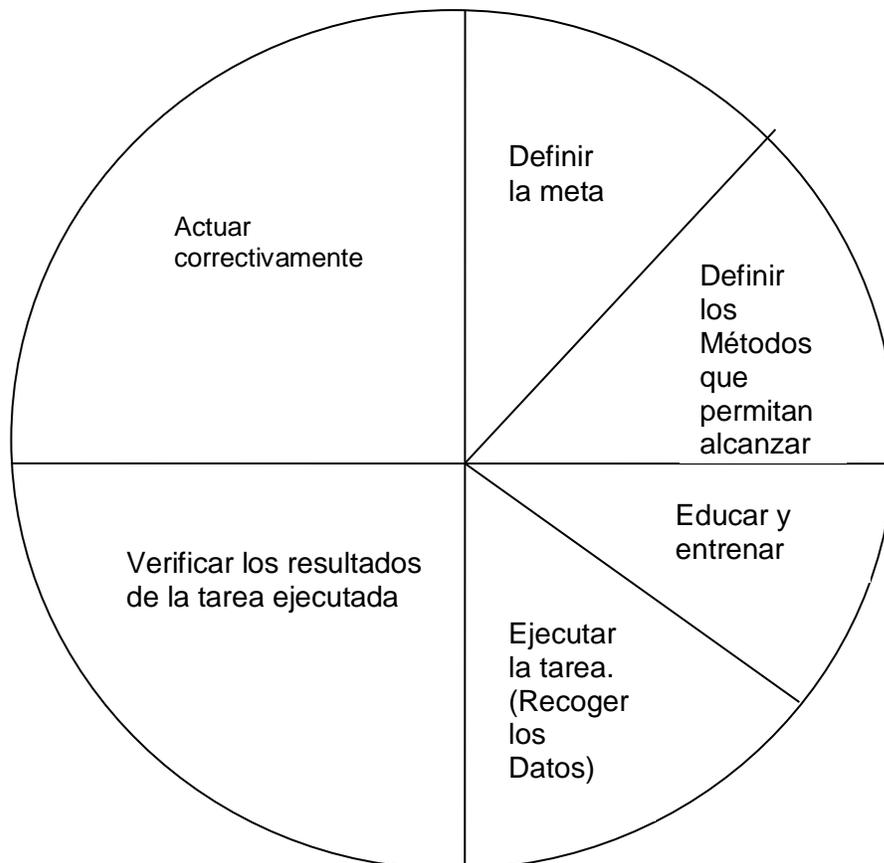
Caracterización del proceso: una buena forma de representar el enfoque del mejoramiento continuo, es el ciclo de mejoramiento o PHVA, en este método general básico se fundamenta el modelo de auditoria para el mejoramiento de la calidad de atención en salud.

El mantenimiento y mejora del proceso puede lograrse aplicando el concepto PHVA en todos los niveles dentro de la organización. Esto aplica por igual a los procesos estratégicos de alto nivel, misionales y de apoyo, es decir, actividades operacionales simples llevadas a cabo para la prestación del servicio.

El ciclo consta de cuatro fases:

- Planear (P): Esta fase esta compuesta de dos etapas. La primera tiene por objeto identificar metas (qué). La segunda tiene que ver con la definición de los medios (Como), es decir, las maneras de alcanzar las metas.
- Hacer (H): Esta es la fase de ejecución de los medios establecidos en la fase inicial; a su vez, tiene dos etapas: la primera se orienta a la formación de las personas en las formas o "como" establecidos para cumplir la meta; la segunda se presenta formalmente como la ejecución de lo planeado, pero tiene que ver, adicionalmente, con la recolección de datos.

- Verificar (V): Esta es la fase de verificación de los resultados. Aquí sobre la base de la evaluación del comportamiento de los indicadores que se han construido o de la aplicación de los métodos de la evaluación de la calidad, incluidos aquellos que forman parte de la auditoria para el mejoramiento de la calidad, se valida la ejecución de la etapa anterior gracias a los hechos y datos recogidos.
- Actuar (A): En esta fase es preciso actuar en relación con todo el proceso. Existen básicamente dos posibilidades; en el caso que la meta haya sido conseguida, es necesario estandarizar la ejecución con el ánimo de mantener los resultados del proceso. La otra opción es que no se haya cumplido con la meta, en cuyo caso resulta necesario corregir y ajustar el proceso, para volver a girar el ciclo hasta que la meta sea alcanzada.



**Jerarquización de los procesos:** Describe la forma esquemática como se clasifica una línea de procesos, la cual consta de un macroproceso, proceso y procedimiento.

**Objetivo:** Define el proceso para el cual se adelanta el mismo, debe ser claro y conciso.

**Alcance:** Señala donde empieza y donde termina.

**Marco Legal e Institucional:** Se consideran los documentos de orden legal que tiene que ver directamente con el proceso, como: Constitución Política, Código, Leyes, Decretos, Resoluciones, entre otros.

**Responsable:** se describe el cargo del funcionario responsable de que se lleve a cabo todo el proceso indicado.

**Definiciones:** Significado de los términos que se consideren necesarios para una buena comprensión del proceso.

**Detalle de actividades:** Describe las actividades a desarrollar y consta de:

- a. Secuencia: Numeración consecutiva ascendente.
- b. Que Hacer: Actividades a realizar.
- c. Donde: Lugar donde se realiza la actividad.
- d. Quien lo Hace: Responsable de ejecutarla.
- e. Como lo debe Hacer: Pautas para la realización de la actividad.
- f. Cuando: Momento de iniciación de la actividad.
- g. Recurso: Documentos diligenciados durante la actividad y equipos utilizados.

**Diagrama de flujo:** Es la representación grafica del detalle de actividades necesarias para la ejecución del proceso.

**Documentos generados:** Son los documentos que resultan del proceso.

**Procesos Involucrados:** Son los procesos que tienen relación con otros procesos.

**Detalle de riesgo:** Especifica el punto critico en un procedimiento.

**Elaboro, Reviso y Aprobó:** Hace referencia a los nombres y a los cargos de las personas responsables de la elaboración, revisión y aprobación, además de la fecha respectiva.

## **7. RESULTADOS**

Una vez obtenida la información suministrada por cada persona que presta los servicios en la oficina de atención al Usuario; se analizo y se determinó lo siguiente:

### **7.1 OBSERVACION DEL DESEMPEÑO DE LOS FUNCIONARIOS**

En la oficina de Atención al Usuario laboran 2 auxiliares y una profesional universitaria.

Las auxiliares se ubican en el modulo de información frente a la entrada principal del Hospital, el horario de atención es de 6:30 a.m. a 12:00 m y de 2:30 p.m. a 5:00 p.m., desde el ingreso hay demanda de atención por parte del público (usuarios) básicamente del área de consulta externa, que solicitan orientación, para acceder a los servicios, revisión de documentos para validar servicios, diligenciamiento de formas (formularios de SOAT, ECAT, Desplazados), solicitan orientación para acceder a copias de historias clínicas, desde entonces se inicia la atención, se orienta al público, se diligencian formularios, se consiguen documentos faltantes y se ofrece acompañamiento.

Una de las auxiliares apoya la labor de informar, orientar, aproximadamente a las 9:30 a.m. se desplaza hacia los diferentes servicios de la institución a aplicar encuestas de satisfacción, previamente diseñadas por la Profesional de la Oficina de Atención al Usuario, visita los servicios ambulatorios como son Laboratorio Clínico , Banco de sangre, RX, Consulta de especialidades, y en horas de la tarde visita los servicios de Hospitalización, se dirige a cada habitación y entrevista al paciente o a su familia, prefiriendo usuarios donde informa que su estancia esta culminando o que tiene orden médica de salida, al finalizar el mes se deben haber aplicado 600 encuestas, las que ingresan al sistema diariamente, con el fin de que al finalizar el mes se obtengan los resultados propuestos.

El horario de trabajo de la Profesional Universitaria es de 6:30 a.m. a 12:00 m y de 2:30 p.m. a 5:00 p.m. durante los días de lunes a viernes, atiende en un módulo con mas privacidad, donde apoya las labores de las auxiliares en el aspecto de ofrecer orientación e información a los usuarios, diseña formatos de recolección de información (encuestas de satisfacción, formato - volante de sugerencias etc), realiza visitas a los diferentes servicios para identificar necesidades de los usuarios, dispensa volantes alusivos al uso del buzón de sugerencias, con el fin de que el usuario haga uso de él en forma respetuosa y precisa, realiza apertura de buzón de sugerencias dos veces al mes, con elaboración de acta de apertura la cual debe ser firmada por dos testigos del hecho, apoya acciones y actividades de la asociación de usuarios la cual asesora continuamente, ofrece educación continua a los miembros de la misma a usuarios internos y externos en temas relacionados con reglamentación y servicio al cliente.

Al finalizar el mes realiza un informe consolidado de resultados de encuestas de satisfacción, de la apertura de buzón de sugerencias, de la cantidad de actividades que se realizan con relación al número de pacientes que se hospitalizan, se les ofrece acompañamiento y búsqueda previa de la historia clínica en el archivo, número de pacientes con remisión a servicios de alta complejidad, talleres realizados, el cual es enviado por correo electrónico interno a la Gerencia y Directivas de la institución.

Cada año se realiza la Jornada de Salud Healing the Children, de la cual la Profesional del area forma parte del comité organizador, generando desde los primeros meses de cada año se realiza toda la actividad previa a esta jornada, entre ellos la inscripción y el soporte a la logística que esta campaña amerita.

## **7.2 REVISION INFORMES MENSUALES**

Se revisaron cada uno de los informes mensuales que se presentan a las directivas de la institución, los cuales se enmarcan en un cuadro consolidado que contiene tres columnas, una corresponde a las actividades, otra a descripción de las mismas y otra a consolidado total.

En la columna de actividades sobresalen actividades como:

- 📖 Atención e información a paciente,
- 📖 Seguimiento, asesoría y sostenibilidad de la Asociación de Usuarios,
- 📖 Atención de Quejas, Buzón de Sugerencias,
- 📖 Encuestas de Satisfacción,
- 📖 Pacientes que se Hospitalizan,
- 📖 Remisiones a servicios de alta complejidad.
- 📖 Atención a Pacientes SOAT,
- 📖 Atención a población desplazada y apoyo de exámenes fuera de la Institución.

En la columna de descripción, se hace referencia a explicar como se desarrolla cada actividad en el mes que transcurre, cambios, aumentos etc., en la columna de totales, se registra el número consolidado de acciones de cada actividad, durante el mes.

### **7.3 ENCUESTAS APLICADAS**

Una vez analizada toda la información se concluye que los procesos de mayor relevancia que se presentan en el quehacer diario en la oficina de atención al usuario del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, son:

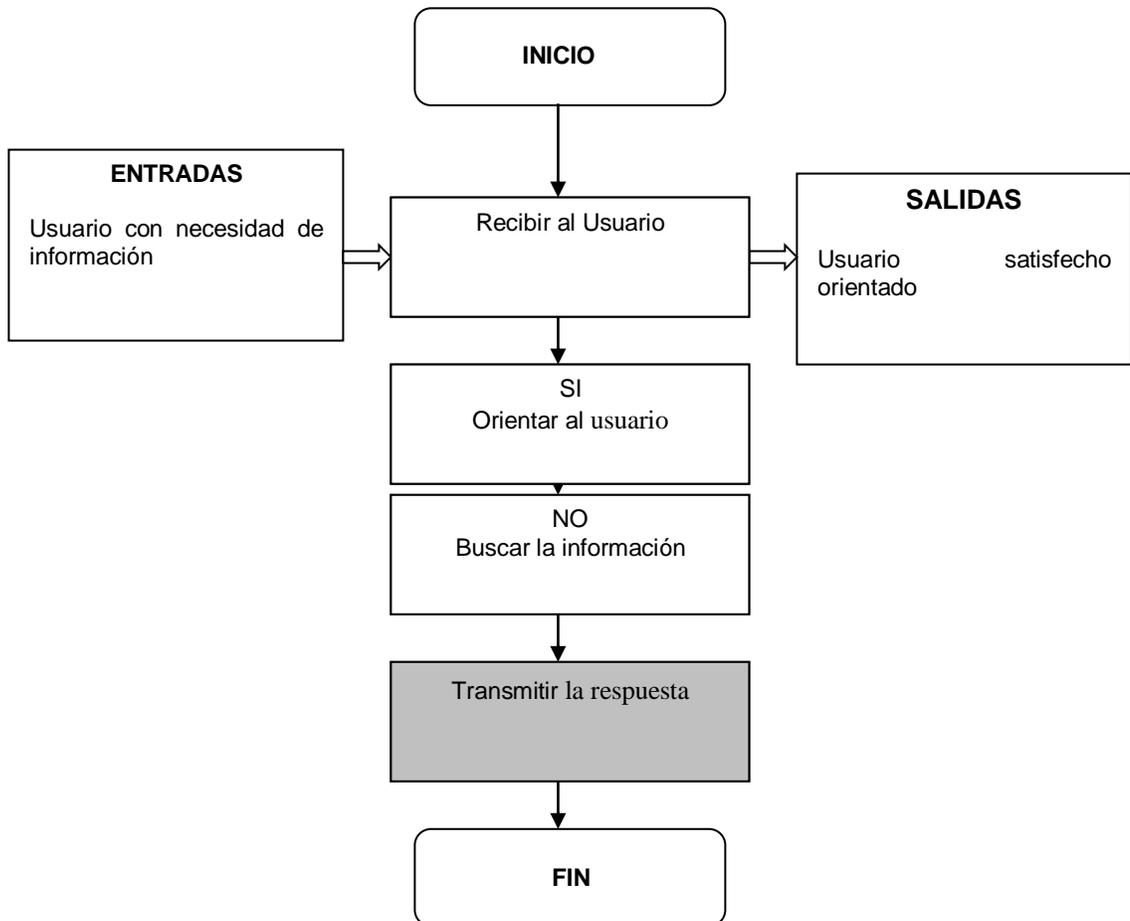
- Apoyo a hospitalización de pacientes de cirugía programada. Que incluye: La identificación del paciente, la validación de sus deberes y derechos, la búsqueda de la historia clínica en el archivo, y el acompañamiento del paciente y su familia hasta el servicio.
- Información y orientación a los usuarios. Incluye: La recepción del paciente, la escucha del mismo, la orientación a su necesidad, la búsqueda de la información que no se posee, y el transmitir respuesta a la necesidad de información.
- Evaluación del nivel de satisfacción del usuario. Incluye: La selección de los usuarios a encuestar, la aplicación de la encuesta, el registro y tabulación de la información, el análisis e interpretación de los resultados y la elaboración del informe mensual.

- Solicitud de autorización de servicios a pacientes de fuera del departamento. Incluye: La recepción del paciente para validar los requisitos, la solicitud de fotocopias y diligenciamientos de formatos de autorizaciones, recepción de la autorización vía fax y la entrega de la misma al usuario.
- Solicitud de formularios para copia de historia clínicas. La atención de la necesidad del paciente, la verificación de derechos y deberes, la entrega del formulario, la asesoría para el diligenciamiento, la entrega por parte del usuario del formato diligenciado.
- Sugerencias, quejas y reclamos. Recolección de sugerencias, quejas y reclamos, tramitación de las mismas, analizarlas, ofrecimientos de solución y respuesta.
- Tramite de autorización de exámenes fuera de la institución. Saludo del paciente, validación de requisitos, diligenciamiento de formatos de autorización, orientación para legalización, facturación y entrega de autorización.

## 7.4 PROCESOS ESTANDARIZADOS

### 7.4.1 INFORMACION Y ORIENTACIÓN A USUARIOS

#### 7.4.1.1 Caracterización del proceso:



#### 7.4.1.2 Indicadores de Gestion (Ficha Tecnica):

PROCESO: INFORMACION Y ORIENTACION A USUARIOS				
Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Unidad de Medición	Periodicidad de remisión de la información	Nivel de Desagregación
TASA DE USUARIOS ORIENTADOS	$\frac{\text{Numero de usuarios orientados}}{\text{Numero Total de usuarios que demanda servicio de información}} \times 100$	PORCENTAJE	MENSUAL	N/A

#### 7.4.1.3. Jerarquizacion del proceso

MACROPROCESO	PROCESO	PROCEDIMIENTO
ATENCION AL USUARIO	2. INFORMACION Y ORIENTACION A USUARIOS.	2.1 Saludar recibiendo con cordialidad la persona.
		2.2 Si tiene la información que se requiere, la trasmite inmediatamente al usuario.
		2.3 Si no se tiene, se busca en archivo físico o sistematizado, se consulta y se transmite al usuario.
		2.4 Hablar clara y amablemente con el usuario.

**7.4.1.4. Objetivo.** Satisfacer solicitudes, regular y armonizar las relaciones asegurador – prestador- usuario – comunidad: relacionadas con condiciones: administrativas, legales, técnico científicas, éticas y los deberes y derechos que se requieren por el hecho de contratar, ofrecer, prestar, y recibir servicios de atención en salud.

**7.4.1.5. Alcance.** Se aplica a y en todos los servicios que presta el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, también se puede utilizar como guía para la elaboración y control de calidad de la atención.

#### 7.4.1.6. Marco Legal e Institucional

- CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA.
- DECRETO 1011 DE Abril de 2006. Ministerio de Protección Social.
- DECRETO 1757 DE 1994. Ministerio de Salud.
- Decreto 1283 de 1996.
- Circular Externa 009 de 1996. Superintendencia Nacional de Salud.
- Ley 962 de Julio de 2005. diario Oficial
- Acuerdo 306 de 2005, Acuerdo 244 de 2003 y Acuerdo 260 de 2004 del Ministerio de Protección social.

**7.4.1.7. Responsable.** Profesional Universitario de atención al Usuario.

#### 7.4.1.8. Definiciones.

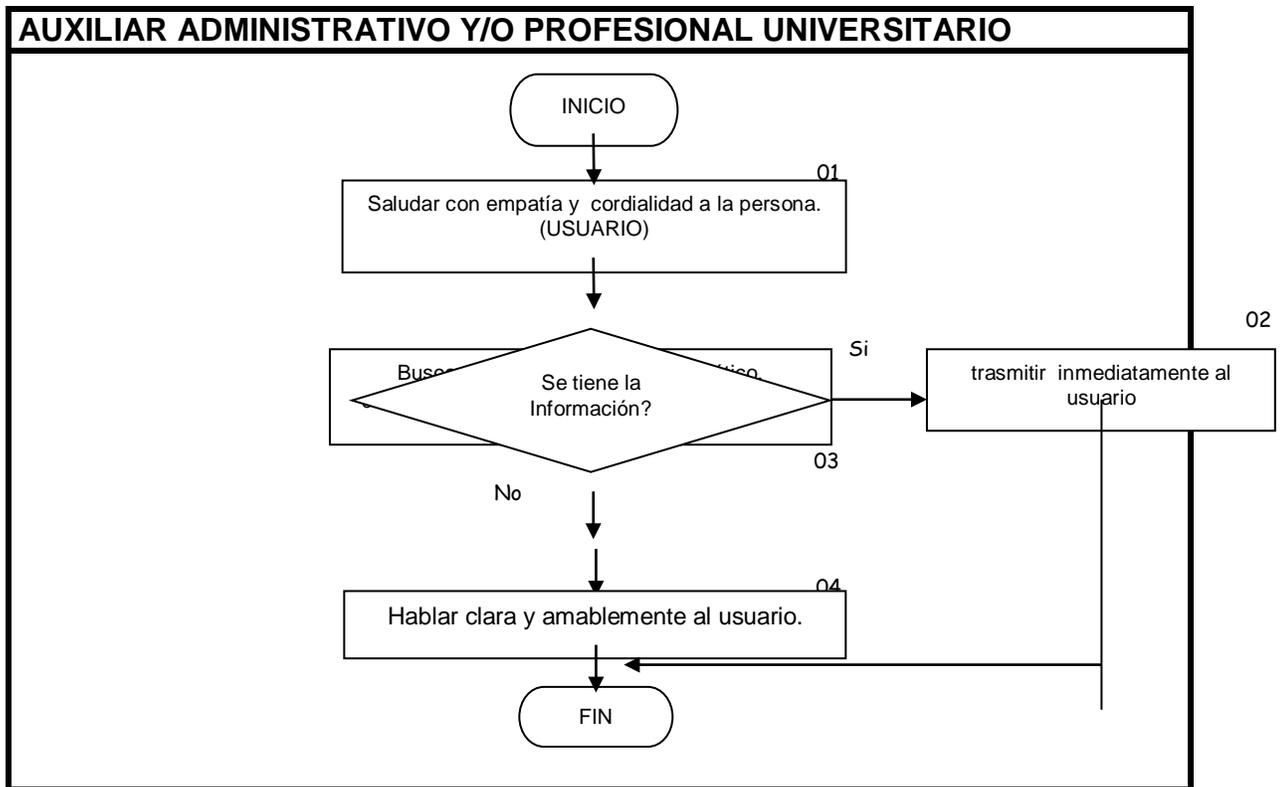
- **USUARIO:** Persona que tiene derecho de usar una cosa o servicio.
- **INFORMACION:** Acción y efecto de comunicar y/o informar.

#### 7.4.1.9. Detalle de las actividades

No	QUE HACER	DONDE	QUIEN LO HACE	COMO LO HACE	CUANDO LO HACE	RECURSO
01	Recibir al usuario	Modulo de información	Auxiliar de Oficina y/o Profesional Universitario	Saludar acogiendo con cordialidad la persona (USUARIO)	Cuando el usuario se hacer presente en el modulo.	N/A
	¿Se tiene la solución inmediata?					N/A
	SI Orientar al	Modulo de	Auxiliar de Oficina y/o Profesional	Si tiene la información que se requiere, la trasmite	Cuando el usuario se encuentra en el modulo de	

02	Usuario	información	Universitario	inmediatamente al usuario.	información o en la línea telefónica.	Teléfono
03	NO Buscar la información	Hospital	Auxiliar de Oficina y/o Profesional Universitario	<b>Buscar en archivo físico o sistemático, consultando documentación o reglamentación.</b>	Cuando el usuario esta en espera de respuesta.	Equipo de computo en Red, archivo físico y documentación
04	Ubicar cama en el servicio	Modulo de información	Auxiliar de Oficina y/o Profesional Universitario	<b>Hablar clara y amablemente al usuario.</b>	Cuando el usuario esta en de espera respuesta.	Teléfono

#### 7.4.1.10. Diagrama de Flujo



**7.4.7.11 Documentos Generados.** No aplica.

**7.4.1.12 Procesos Involucrados.**

Solicitud de autorización de servicios a pacientes de fuera del departamento.

Apoyo a hospitalización de pacientes de cirugía programada.

Validación requisitos de facturación para pacientes víctimas de accidentes de tránsito ambulatorios.

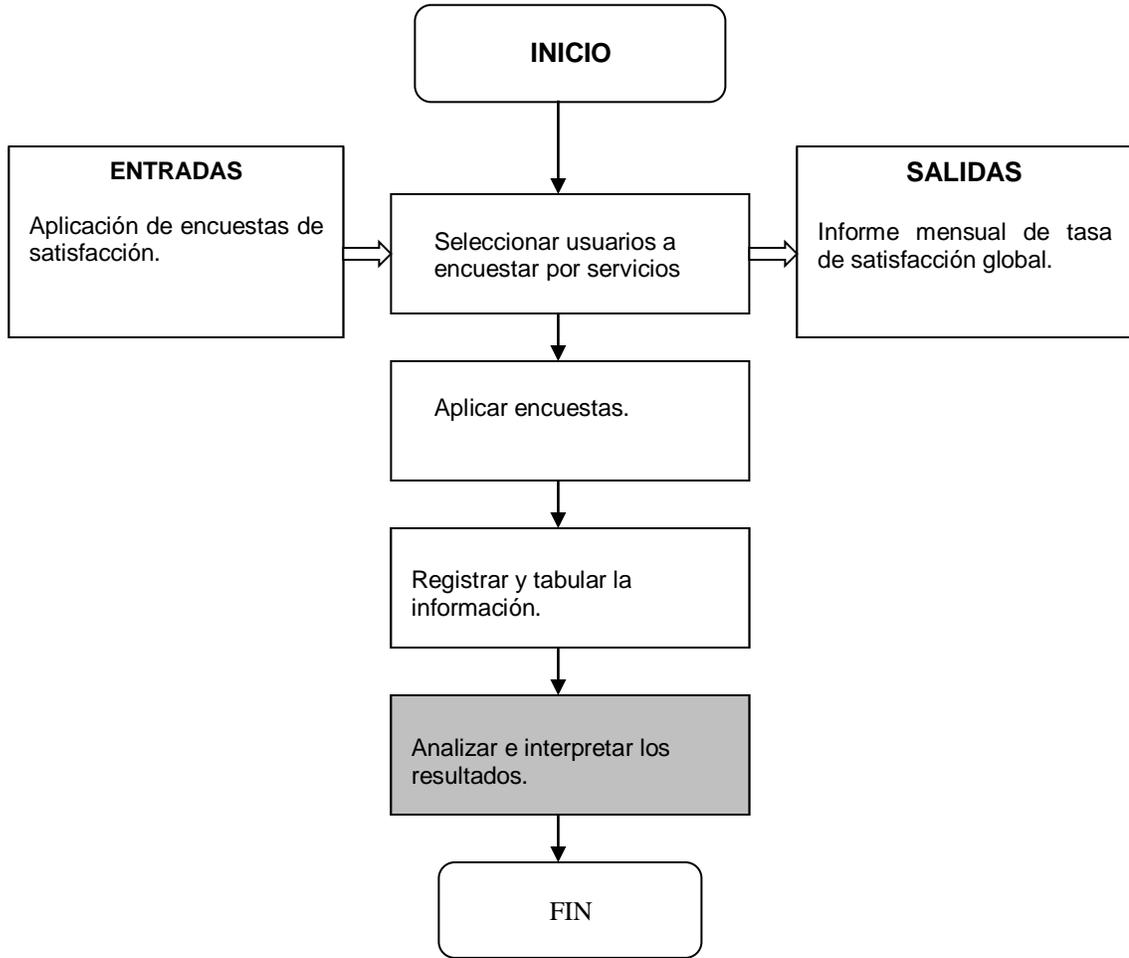
Trámite de autorización de exámenes fuera de la institución o por consorcio.

**7.4.1.13 Detalle de Riesgos.**

No	RIESGO	PUNTO DE CONTROL	RESPONSABLE
04	La transmisión de la información no sea clara para el usuario.	Confirmar la información obtenida y aclararle nuevamente las dudas al usuario.	Profesional Universitario y/o Auxiliar Administrativo

## 7.4.2. Evaluacion del nivel de satisfacción del usuario

### 7.4.2.1 Caracterizacion del Proceso



### 7.4.2.2 Indicadores de Gestion (Ficha Tecnica):

PROCESO: EVALUACION DEL NIVEL DE SATISFACCION DEL USUARIO				
Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Unidad de Medición	Periodicidad de remisión de información	Nivel de Desagregación

TASA GLOBAL DE SATISFACCION DE USUARIOS	Numero de usuarios encuestados satisfechos -----* 100 Numero Total de usuarios encuestados	PORCENTAJE	MENSUAL	N/A
---	---	------------	---------	-----

#### 7.4.2.3 Jerarquizacion del Proceso.

MACROPROCESO	PROCESO	PROCEDIMIENTO
ATENCION AL USUARIO	3. EVALUACION DEL NIVEL DE SATISFACCION DEL USUARIO.	3.1 Determinar cobertura de todos y cada uno de los servicios.
		3.2 Entrevistar personal o telefónicamente a los usuarios.
		3.3 Digitar resultados de las entrevistas a los usuarios.
		3.4 Aplicar formulas de Epi-info.
		3.5 Revisar resultados numéricos y porcentuales y asignando valores correspondientes a cada servicio.
		3.6 Realizar sumatorias de resultados de encuestas por servicios, sacando porcentajes de satisfacción, con totales registrando en sistema y enviando por correo electrónico interno.

**7.4.2.4. Objetivo.** Conocer el grado de satisfacción y calidad de los servicios recibidos, vistos desde la perspectiva de los usuarios.

**7.4.2.5. Alcance.** Se aplica a todos los servicios que presta el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, también se puede utilizar como guía para la elaboración y control de calidad.

#### 7.4.2.6. Marco Legal e Institucional

- CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA.
- DECRETO 1011 DE Abril de 2006. Ministerio de Protección Social.
- DECRETO 1757 DE 1994. Ministerio de Salud.
- Circular Externa 009 de 1996. Superintendencia Nacional de Salud.
- Ley 962 de Julio de 2005. diario Oficial
- Manual recrear, Ministerio de Salud.

#### 7.4.2.7. Responsable Profesional Universitario de atención al Usuario.

#### 7.4.2.8. Definiciones:

- **Encuesta:** Conjunto de preguntas tipificadas dirigidas a una muestra representativa, para averiguar estados de opinión o diversas cuestiones de hecho.
- **Satisfacción:** Presunción, vanagloria. A gusto de alguien.
- **Epi Info:** Es un programa de dominio público diseñado por el centro para el control de Enfermedades de Atlanta (CDC) de especial utilidad para la Salud Pública. Tiene un sistema Fácil para construir bases de datos, analizarlos con las características de uso básico en epidemiología y representarlos con gráficos y mapas.

#### 7.4.2.9. Detalle de las Actividades

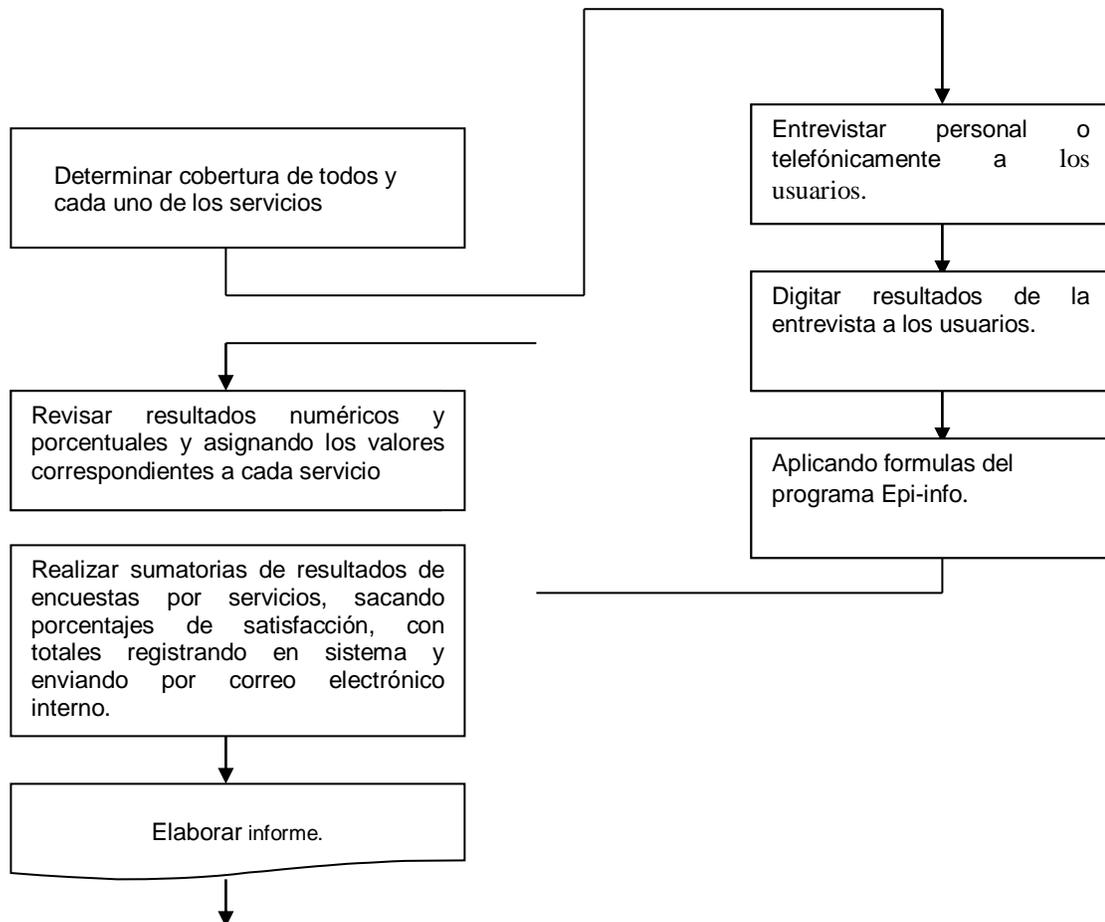
No	QUE HACER	DONDE	QUIEN LO HACE	COMO LO HACE	CUANDO LO HACE	RECURSO
01	Seleccionar usuarios a encuestar	Oficina de Atención al Usuario	Profesional Universitario	Determinar cobertura de todos y cada uno de los servicios.	Mensualmente	N/A
02	Aplicar encuestas	En todo el hospital	Auxiliar de Oficina	Entrevistar personal o telefónicamente a los usuarios	Mensualmente	Formularios prediseñados
03	Registrar información	Oficina de Atención al Usuario	Auxiliar de Oficina	Digitar resultados de la entrevista a los usuarios.	Mensualmente	Equipo de computo programa Epi-info
04	Tabular la información	Oficina de Atención al Usuario	Auxiliar de Oficina	Aplicando formulas del programa Epi-info.	Mensualmente	Equipo de computo
05	Analizar e interpretar los resultados	Oficina de Atención al Usuario	Profesional Universitario	Revisar los resultados numericos y porcentuales y asignando los valores correspondientes a cada servicio.	Mensualmente	Equipo de computo
06	Elaborar y presentar el informe	Oficina de Atención al Usuario	Profesional Universitario	Realizar sumatorias de resultados de encuestas por servicios, sacando porcentajes de satisfacción, con totales registrando en sistema y enviando por correo electrónico interno.	Mensualmente	Equipo de computo en Red.

### 7.4.2.10. Diagrama de Flujo

PROFESIONAL UNIVERSITARIO

AUXILIAR DE OFICINA

---



### 7.4.2.11. Documentos Generados. Cuadro consolidado de niveles de satisfacción.

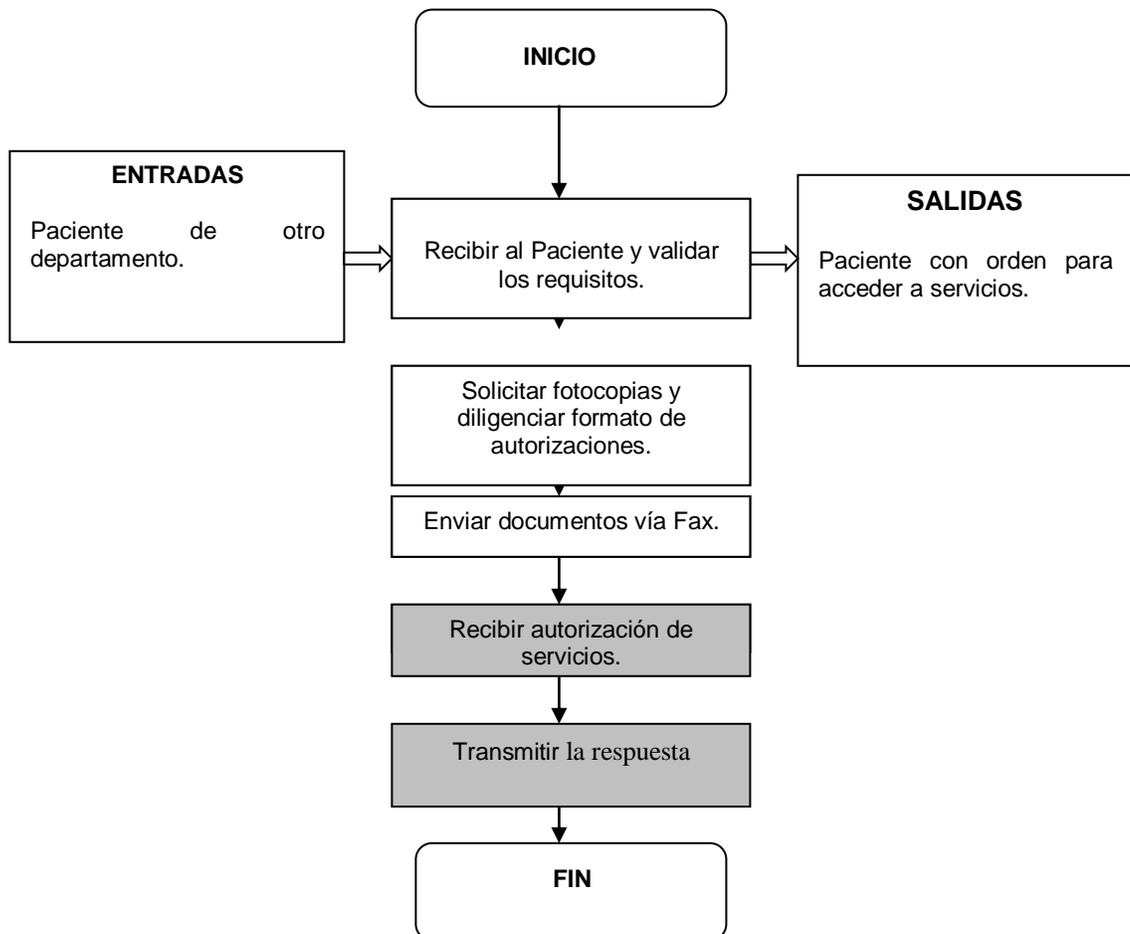
**7.4.2.12. Procesos Involucrados.** No aplica.

**7.4.2.13. Detalle de Riesgos**

<b>No.</b>	<b>RIESGO</b>	<b>PUNTO CONTROL</b>	<b>DE</b>	<b>RESPONSABLE</b>
04	Tabulación errada de la información.	Revisión de los datos ingresados al programa.		Profesional universitario.

### 7.4.3 Solicitud de autorización de servicios a pacientes de fuera del departamento.

#### 7.4.3.1 Caracterización del proceso



Indicadores de Gestión (Ficha Técnica)

<b>PROCESO: SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS A PACIENTES FUERA DEL DEPARTAMENTO</b>				
<b>Nombre del Indicador</b>	<b>Fórmula de Cálculo</b>	<b>Unidad de Medición</b>	<b>Periodicidad de remisión de la información</b>	<b>Nivel de Desagregación</b>
TASA USUARIOS DE FUERA DEL DEPARTAMENTO CON AUTORIZACION DE SERVICIOS	$\frac{\text{Numero total de usuarios de fuera con autorización de servicios}}{100} \times 100$ Numero Total de usuarios de fuera que solicitan tramite de autorización de servicios.	PORCENTAJE	MENSUAL	N/A

#### 7.4.3.2 Jerarquizacion del Proceso

<b>MACROPROCESO</b>	<b>PROCESO</b>	<b>PROCEDIMIENTO</b>
ATENCION AL USUARIO	4. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS A PACIENTES FUERA DEL DEPARTAMENTO.	4.1 Escuchar con atención la necesidad que plantea el usuario.
		4.2 Verificar que anexe fotocopia de documentos de identificación, seguridad social, orden médica y justificación.
		4.3 Enviar al usuario a toma de fotocopias.
		4.4 Ir a la oficina con línea disponible, marcando el número de la EPS, ARS, o Secretaria de Salud. Enviando los documentos una vez se obtenga línea.
		4.5 Recibir la respuesta de Aceptación de Servicios.
		4.6 Informar al usuario que la EPS contributivas o subsidiada o Secretaria de Salud negó la autorización para la prestación del servicio.

**7.4.3.3. Objetivo.** Facilitar el acceso a los servicios de la población usuaria que procede de otros departamentos, evitando su desplazamiento.

**7.4.3.4. Alcance.** Se aplica a todos los usuarios de servicios ambulatorios que proceden de otros departamentos y no poseen orden de servicios.

#### **7.4.3.5. Marco Legal e Institucional**

- CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA.
- DECRETO 1011 DE Abril de 2006. Ministerio de protección social.
- DECRETO 1757 DE 1994. Ministerio de Salud.
- Decreto 1283 de 1996.
- Circular Externa 009 de 1996. Superintendencia Nacional de Salud.
- Ley 962 de Julio de 2005. diario Oficial
- Acuerdo 306 de 2005.
- Acuerdo 244 de 2003.
- Acuerdo 260 de 2004.
- Resolucion 1043 de 2006

**7.4.3.6. Responsable:** Profesional Universitario de atención al Usuario.

#### **7.4.3.7. Definiciones:**

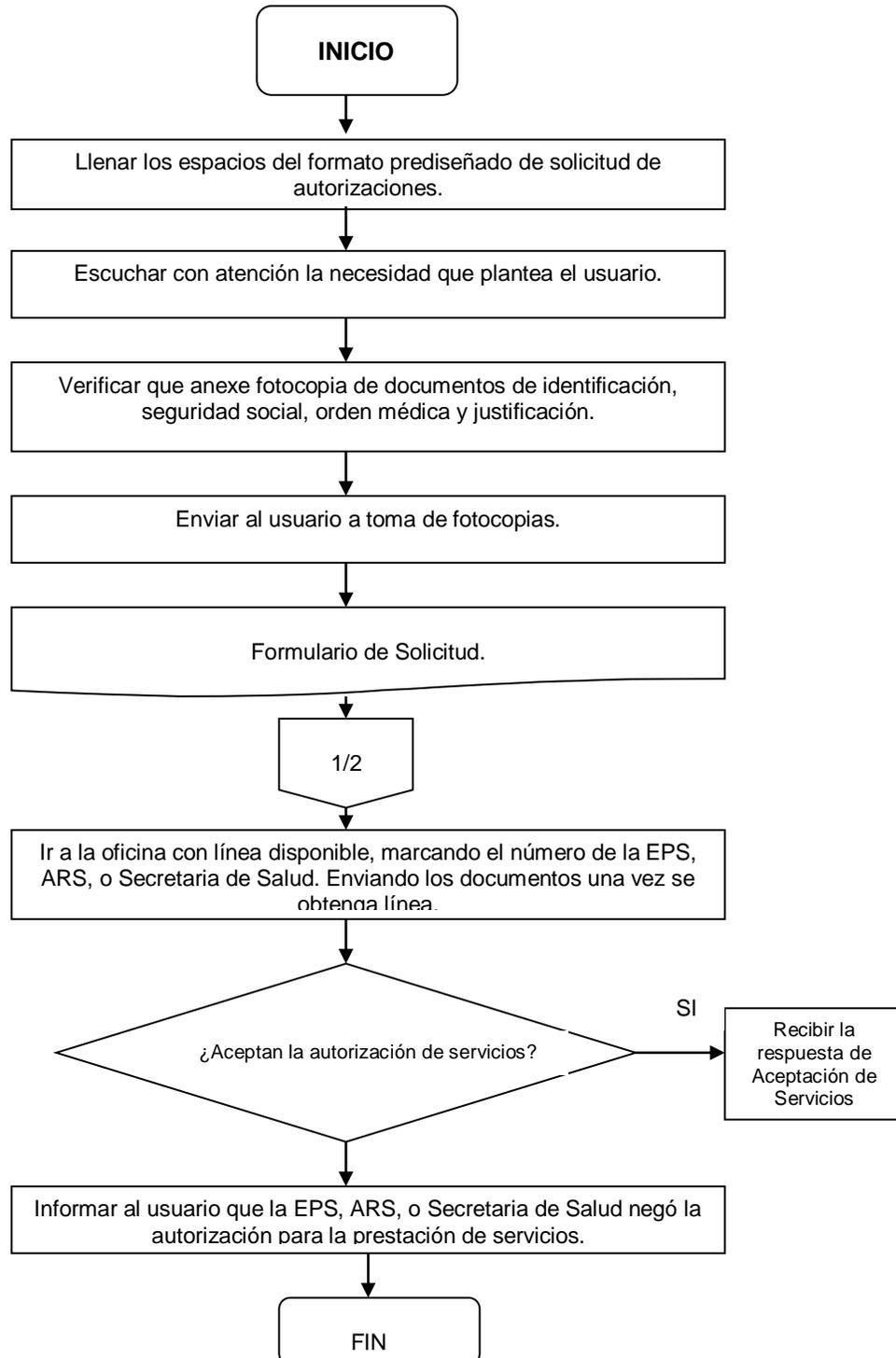
- **REFERENCIA:** Es el envío de usuarios o elementos de ayuda diagnostica por parte de las unidades prestatarias de servicios de salud, a otras instituciones de salud para atención o complementación diagnostica, que de acuerdo con el grado de complejidad den respuesta a las necesidades de salud.
- **HISTORIA CLINICA:** Es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demas procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley.
- **EPS:** Empresa Prestadora de Salud.
- **ARS:** Entidades Administradoras del Regimen Subsidiado.

#### 7.4.3.8. Detalle de las actividades:

No	QUE HACER	DONDE	QUIEN LO HACE	COMO LO HACE	CUANDO LO HACE	RECURSO
01	Recibir al paciente.	Modulo de información	Profesional Universitario	Escuchar con atención la necesidad que plantea el usuario.	Diariamente.	N/A
02	Validar los requisitos.	Modulo de información	Profesional Universitario	Si tiene la información que se requiere, la trasmite inmediatamente al usuario.	Diariamente.	N/A
03	Solicitar fotocopias	Modulo de información	Profesional Universitario	Buscar en archivo físico o sistemático, consultando documentación o reglamentación.	Diariamente.	Fotocopiadora
04	Diligenciar formato de autorizaciones	Modulo de información	Profesional Universitario	Hablar clara y amablemente al usuario.	Diariamente.	Formato prediseñado
05	Enviar documentos via fax.	Oficinas con línea Fax.	Profesional Universitario	Ir a oficina con línea disponible, marcando el número de la EPS, ARS, o Secretaria de Salud. Enviando los documentos una vez se obtenga línea.	Diariamente.	Telefax, con línea de larga distancia.
	¿Aceptan la autorización de servicios?					
06	SI Recibir Autorización de Servicios	Oficina de Atención al usuario.	Profesional Universitario	Recibir la respuesta de aceptación de servicios.	Diariamente.	Telefax receptor.
07	NO Negar la prestación de servicios.	Oficina de Atención al usuario.	Profesional Universitario	Informar al usuario que la EPS, ARS o Secretaria de Salud nego la autorización para la prestación de servicios.	Diariamente.	Telefax receptor.

### 7.4.3.9. Diagrama de flujo.

#### PROFESIONAL UNIVERSITARIO



**7.4.3.10. Documentos generados.** Formulario de solicitud.

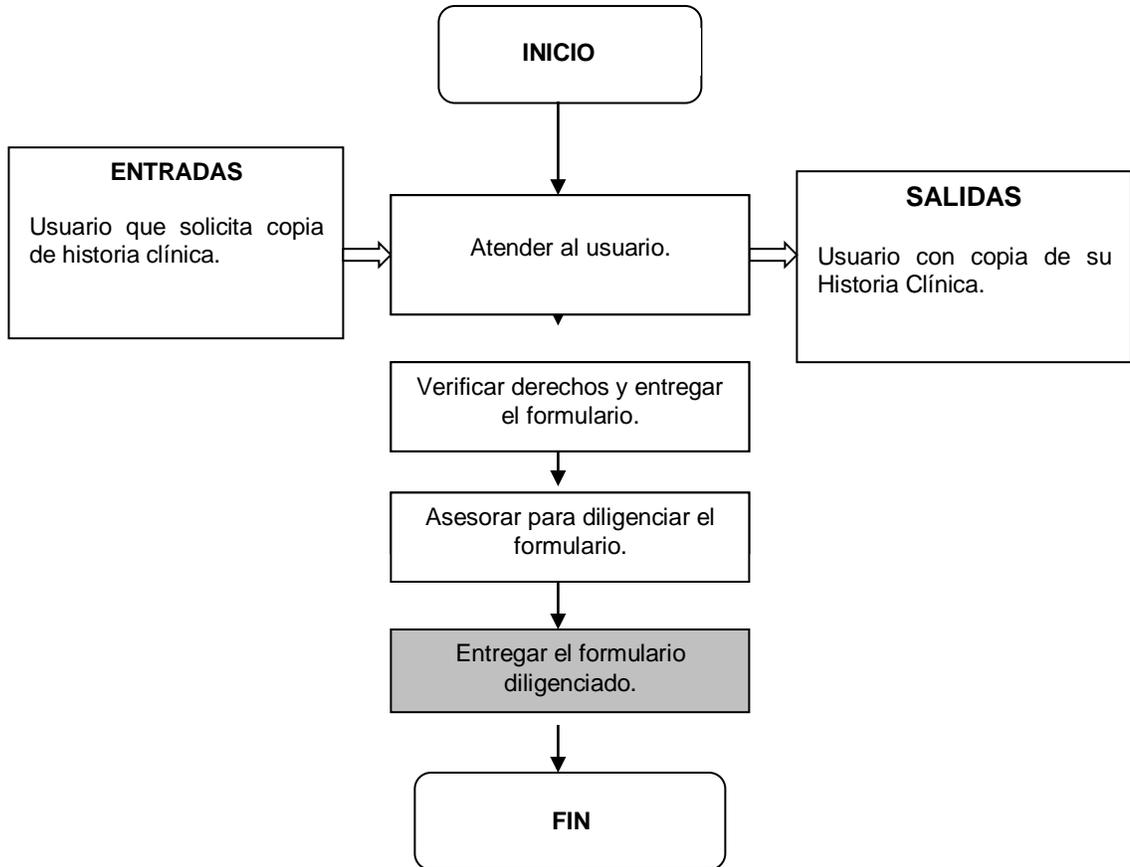
**7.4.3.11 Procesos involucrados.** No aplica.

**7.4.3.12. Detalle de riesgos**

<b>No.</b>	<b>RIESGO</b>	<b>PUNTO DE CONTROL</b>	<b>RESPONSABLE</b>
06	No llega la autorización.	Llamado nuevamente por teléfono para solicitar el envío.	Profesional universitario.

## 7.4.4 Solicitud de formulario para copia de historia clínica

### 7.4.4.1 Caracterización del proceso



#### 7.4.4.2 Indicadores de Gestion (Ficha Tecnica)

<b>PROCESO: SOLICITUD DE FORMULARIO PARA COPIA DE HISTORIA CLINICA</b>				
<b>Nombre del Indicador</b>	<b>Fórmula de Cálculo</b>	<b>Unidad de Medición</b>	<b>Periodicidad de remisión de la información</b>	<b>Nivel de Desagregación</b>
TASA GLOBAL DE USUARIOS CON FORMULARIO DE SOLICITUD DE PRESTAMO DE HISTORIA CLINICA	$\frac{\text{Numero de usuarios con formulario de solicitud de historia clínica.}}{100} \times 100$ Numero Total de usuarios que solicitan formularios de solicitud de historia clinica.	PORCENTAJE	MENSUAL	N/A

#### 7.4.4.3. Jerarquizacion del Proceso

<b>MACROPROCESO</b>	<b>PROCESO</b>	<b>PROCEDIMIENTO</b>
ATENCION AL USUARIO	5. SOLICITUD DE FORMULARIO PARA COPIA DE HISTORIA CLINICA.	5.1 Escuchar detenidamente la solicitud del usuario.
		5.2 Preguntar datos relevantes de con afinidad.
		5.3 En forma personal entregar al usuario el formulario.
		5.4 Explicar detenidamente como se llena cada uno de los espacios y el horario para entregarlo.
		5.5 Entregar el formulario de solicitud a la funcionaria encargada de entregar historias.

**7.4.4.4. Objetivo:** Facilitar a los usuarios la entrega de su historia clínica en forma ordenada y reglamentaria.

**7.4.4.5. Alcance:** Se aplica a todos los usuarios que demanden solicitud de historia clínica. Se puede utilizar como guía para la elaboración y control de calidad.

**7.4.4.6. Marco Legal e Institucional:**

- CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA.
- DECRETO 1011 DE Abril de 2006. Ministerio de protección social.
- DECRETO 1757 DE 1994. Ministerio de Salud.
- Circular Externa 009 de 1996. Superintendencia Nacional de Salud.
- Ley 962 de Julio de 2005. diario Oficial
- Resolucion 1043 de 2006 Ministerio de la Protección Social

**7.4.4.7. Responsable:** Profesional Universitario de atención al Usuario.

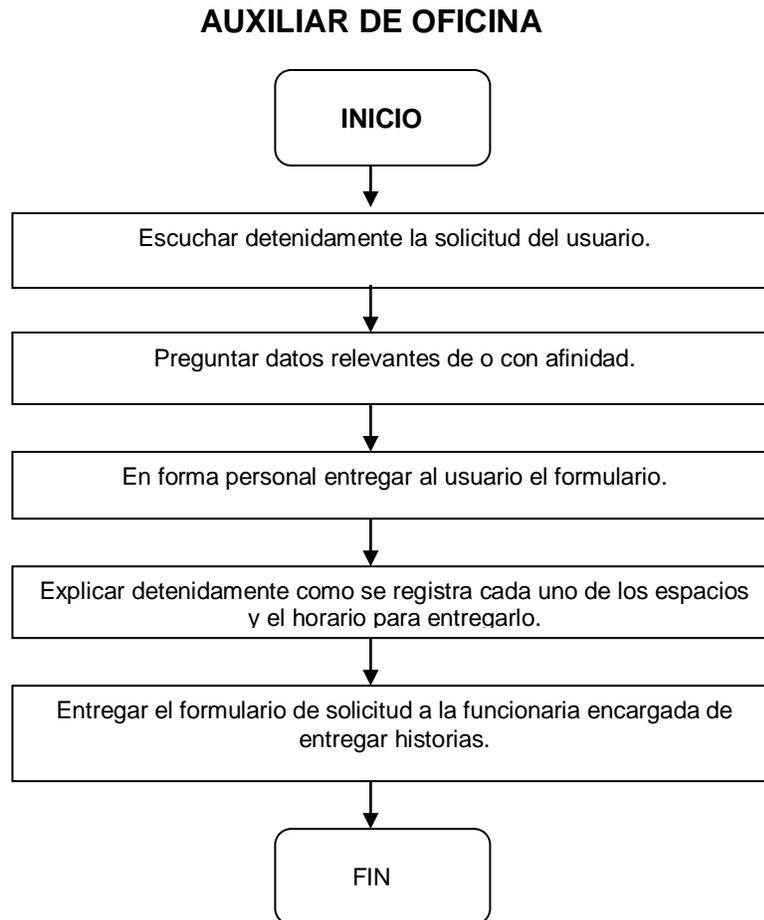
**7.4.4.8. Definiciones:**

- **FORMULARIO:** Impreso con espacios en blanco.
- **HISTORIA CLINICA:** Es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en la atención del usuario. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley.

**7.4.4.9. Detalle de las actividades:**

<b>No</b>	<b>QUE HACER</b>	<b>DONDE</b>	<b>QUIEN LO HACE</b>	<b>COMO LO HACE</b>	<b>CUANDO LO HACE</b>	<b>RECURSO</b>
01	Atender al usuario.	Modulo de información	Auxiliar de Oficina.	Escuchar detenidamente la solicitud del usuario.	Diariamente.	N/A
02	Verificar derechos.	Modulo de información	Auxiliar de Oficina.	Indagar datos relevantes de con afinidad.	Diariamente.	N/A
03	Entregar el formulario,	Modulo de información	Auxiliar de Oficina.	En forma personal entregar al usuario el formulario.	Diariamente.	Formulario prediseñado.
04	Asesorar para diligenciar el formulario.	Modulo de información	Auxiliar de Oficina.	Explicar detenidamente como se registra cada uno de los espacios y el horario para entregarlo.	Diariamente.	N/A
05	Entregar el formulario diligenciado.	Oficinas de Planeacion.	Auxiliar de Oficina.	Entregar el formulario de solicitud a la funcionaria encargada de entregar historias.	Diariamente.	N/A

#### 7.4.4.10. Diagrama de flujo



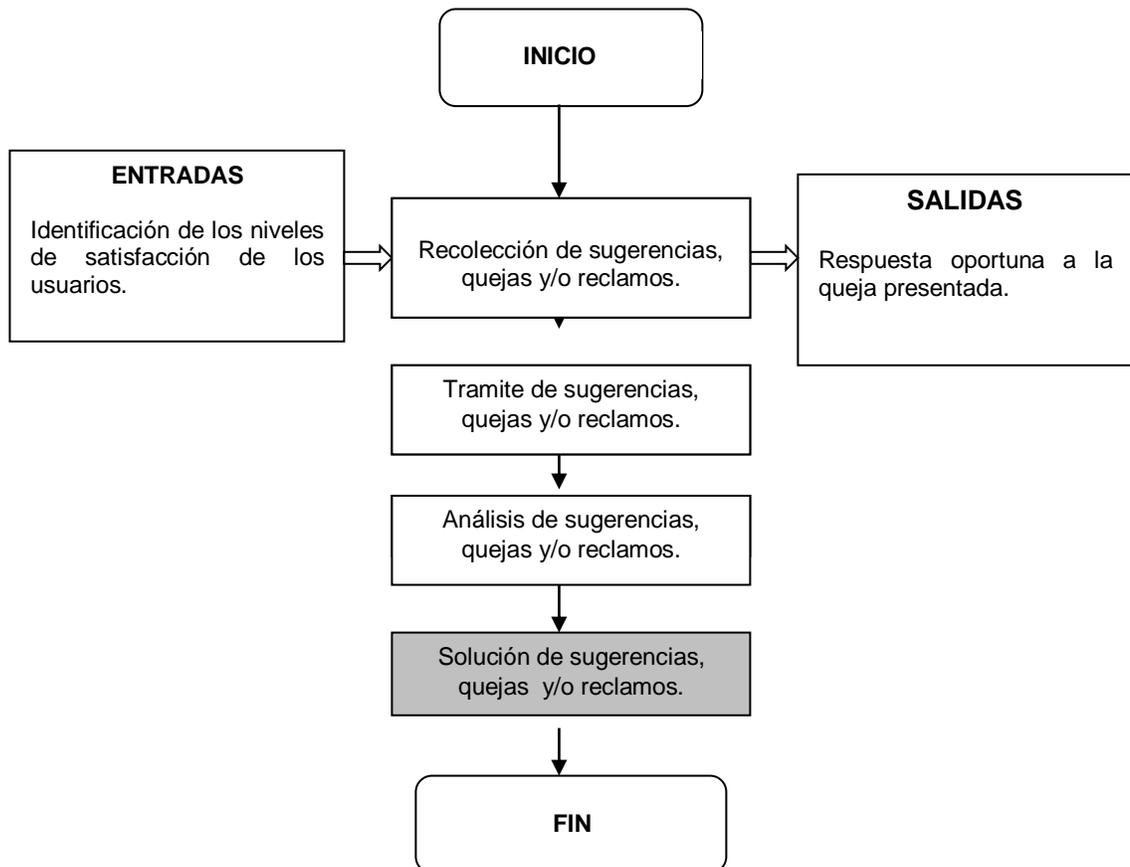
**7.4.4.11. Documentos Generados:** No aplica.

**7.4.4.12. Procesos Involucrados:** No aplica.

**7.4.4.13. Detalle de riesgos.** No aplica.

## 7.4.5. Sugerencias, quejas y reclamos

### 7.4.5.1. Caracterización del proceso.



### 7.4.5.2. Indicadores De gestion (Ficha Tecnica):

<b>PROCESO: SUGERENCIAS QUEJAS Y RECLAMOS</b>				
<b>Nombre del Indicador</b>	<b>Fórmula de Cálculo</b>	<b>Unidad de Medición</b>	<b>Periodicidad de remisión de la información</b>	<b>Nivel de Desagregación</b>
RESPUESTA OPORTUNA USUARIOS	<p>Respuesta oportuna a quejas antes de 15 días hábiles.</p> <p>-----*</p> $\frac{100}{\text{Numero Total de quejas presentadas.}}$	PORCENTAJE	MENSUAL	N/A

### 7.4.5.3 Jerarquizacion del proceso

<b>MACROPROCESO</b>	<b>PROCESO</b>	<b>PROCEDIMIENTO</b>
ATENCION AL USUARIO	6. SUGERENCIAS, QUEJAS Y RECLAMOS.	6.1 Escuchar la inquietud, y se entrega formato prediseñado para registro de queja o se recibe oficio con queja.
		6.2 Codificar con número serial las quejas recepcionadas, registrando datos de identificación de la misma.
		6.3 Enviar a la dependencia donde se genera la queja con el fin de que las directivas hagan el respectivo seguimiento.
		6.4 Emitir respuesta por parte del servicio involucrado y este haga llegar copia de respuesta a Atención al usuario, se recibe.
		6.5 Radicar el oficio de respuesta se procede a proyectar respuesta para envío por correo certificado.

<p><b>ATENCION AL USUARIO</b></p>	<p><b>6. SUGERENCIAS, QUEJAS Y RECLAMOS.</b></p>	<p>6.6 Revisar a fin de mes el libro radicador, se hace conteo de quejas radicadas, se verifica cuales tienen respuesta oportuna y cuales están en proceso. Se registra la información.</p>
		<p>6.7 Revisar el libro radicador cada una de las quejas verificando que se emita respuesta.</p>
		<p>6.8 Enviar por correo electrónico interno el consolidado elaborado a cada uno de los directivos de la institución para revisión.</p>
		<p>6.9 Asignar la fecha y la hora para realizar la recolección de los volantes e invitar a funcionarios y testigos.</p>
		<p>6.10 Visitar a los usuarios y acompañantes que hacen uso de los servicios del hospital, entregando los volantes en blanco e informando que registren sus inquietudes o felicitaciones.</p>
		<p>6.11 Invitar a un Auditor de calidad y a un testigo para que estén presentes durante la apertura del buzón de sugerencias.</p>
		<p>6.12 Abrir el candado que asegura el buzón, sacando los volantes depositados y contándolos.</p>
		<p>6.13 Registrar en el formato prediseñado una vez contados los volantes, el numero, la fecha, el servicio y se firma por parte de los testigos que pueden ser usuarios y personal del servicio.</p>
<p><b>ATENCION AL USUARIO</b></p>	<p><b>6. SUGERENCIAS, QUEJAS Y RECLAMOS.</b></p>	<p>6.14 Leer cada uno de los volantes y se agrupan por servicios, registrando de cada uno la sugerencia que el usuario emite.</p>
		<p>6.15 Enviar por correo electrónico interno a cada uno de los directivos, el consolidado mensual.</p>
		<p>6.16 Guardar en carpeta y archivo de documentos físicos las actas de apertura firmadas con los volantes obtenidos.</p>

**7.4.5.4 Objetivo.** Establecer mecanismo de participación ciudadana, en la cual el usuario manifiesta su inconformismo frente a una acción o evento de no calidad en la prestación de servicios de salud por parte de la IPS, la cual le permita conocer las debilidades y fortalezas en la prestación de servicio y solucionar inconvenientes. Identificar necesidades, sugerencias y felicitaciones de cada uno de los usuarios que se encuentran haciendo uso de los diferentes servicios de la institución, con el fin de ser identificados y priorizadas para implementar planes de mejoramiento y calidad.

**7.4.5.5. Alcance.** Se aplica a todos los servicios del Hospital Universitario utilizándose como guía para identificar niveles de satisfacción y calidad de servicios.

**7.4.5.6. Marco Legal e Institucional:**

- CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA.
- DECRETO 1011 DE Abril de 2006. Ministerio de protección social.
- DECRETO 1757 DE 1994. Ministerio de Salud.
- Circular Externa 009 de 1996. Superintendencia Nacional de Salud.
- Ley 962 de Julio de 2005. diario Oficial
- Resolucion 1043 de 2006 Ministerio de la Protecciòn Social

**7.4.5.7. Responsable:** Profesional Universitario de atención al Usuario.

**7.4.5.8. Definiciones:**

- QUEJA: Manifestar disconformidad con algo o alguien. Presentar querrella.
- CONSOLIDADO: Reunir, resolver o juntar lo quebrado o roto.
- TRAMITE: Paso de una parte a otra o de una cosa a otra.

- **REFERENCIA:** Se entiende por Referencia el envío de usuarios o elementos de ayuda diagnóstica por parte de las unidades prestatarias de servicios de salud, a otras instituciones del sector, para atención o complementaron diagnóstica.
- **BUZON:** Abertura por la que se echan las cartas y papeles para el correo u otro destino.
- **SUGERENCIAS:** Insinuación, inspiración, idea que se sugiere, propone o aconseja algo.
- **TESTIGO:** Persona que presencia o adquiere directo y verdadero conocimiento de algo.
- **ACTA:** Relación escrita de lo sucedido.

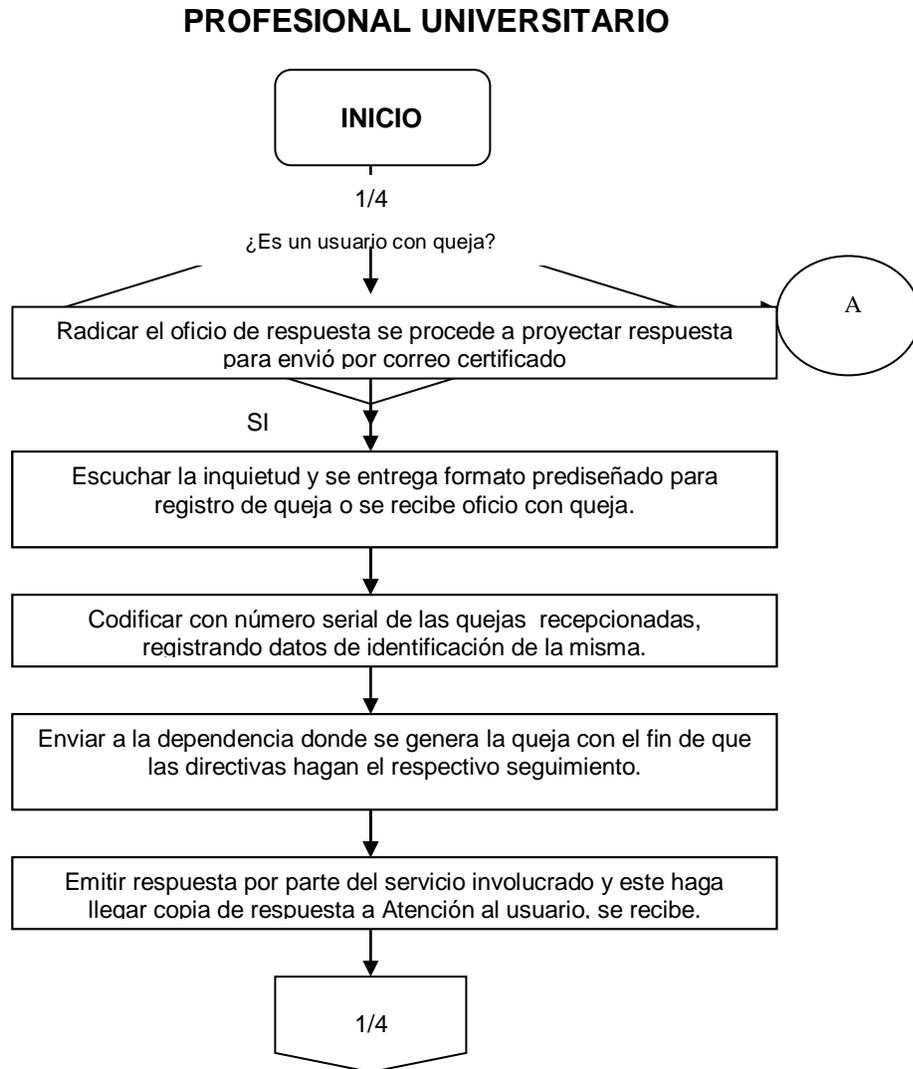
#### 7.4.5.9. Detalle de las Actividades.

No	QUE HACER	DONDE	QUIEN LO HACE	COMO LO HACE	CUANDO LO HACE	RECURSO
	¿Es un usuario con una queja?					
01	SI Recepción y Atención de usuarios quejosos.	Oficina de Atención al Usuario	Profesional Universitario	Escuchar la inquietud y se entrega formato prediseñado para registro de queja o se recibe oficio con queja.	Cuando se manifiesta una queja o cuando se radique por correo.	Formatos prediseñados.
02	Registro de quejas.	Oficina de Atención al Usuario	Profesional Universitario	Codificar con número serial de las quejas decepcionadas, registrando datos de identificación de la misma.	Cuando se reciba una queja.	Libro foliado.
	Tramite de la	Oficina de Atención al Usuario	Profesional	Enviar a la dependencia donde se genera la queja	Cada vez que se registre una	Equipo de computo.

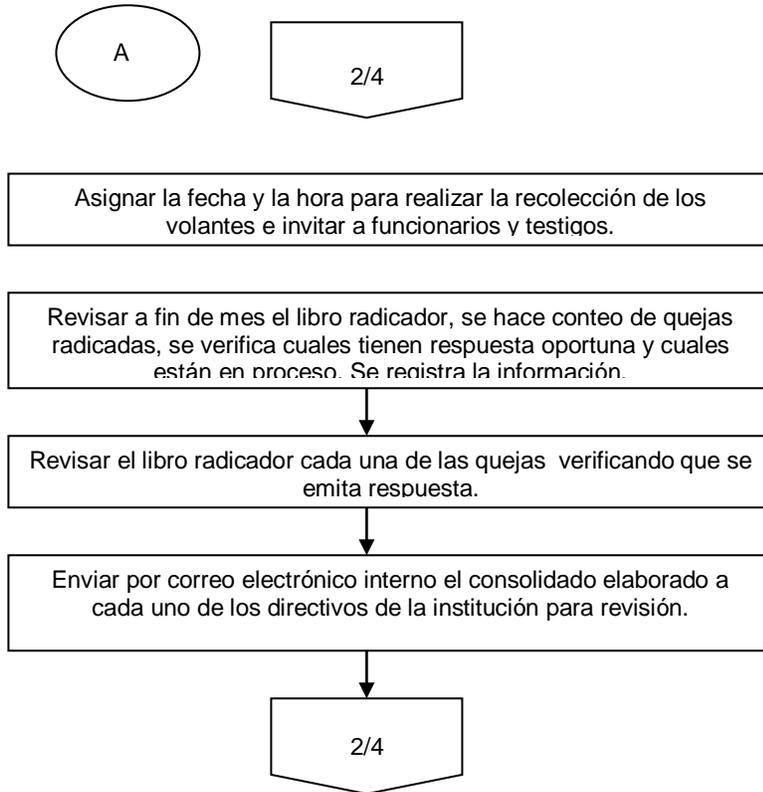
03	queja.		Universitario	con el fin de que las directivas hagan el respectivo seguimiento.	queja.	
04	Recepción de la respuesta	Oficina de Atención al Usuario	Profesional Universitario	Emitir respuesta por parte del servicio involucrado y este haga llegar copia de respuesta a Atención al usuario, se recibe.	Una vez se decepciona respuesta.	Copia de respuesta.
05	Tramite de la respuesta al usuario.	Oficina de Atención al Usuario	Profesional Universitario	Radicar el oficio de respuesta se procede a proyectar respuesta para envié por correo certificado.	Cuando se decepciona respuesta.	Libro, oficio de respuesta.
06	Elaboración de Consolidado mensual.	Oficina de Atención al Usuario	Profesional Universitario	Revisar a fin de mes el libro radicador, se hace conteo de quejas radicadas, se verifica cuales tienen respuesta oportuna y cuales están en proceso. Se registra la información.	Mensualmente	Equipo de cómputo.
07	Seguimiento a quejas sin respuesta	Oficina de Atención al Usuario	Profesional Universitario	Revisar el libro radicador cada una de las quejas verificando que se emita respuesta.	Semanalmente	Libro radicador de quejas.
08	Presentación informe de quejas	Oficina de Atención al Usuario	Profesional Universitario	Enviar por correo electrónico interno el consolidado elaborado a cada uno de los directivos de la institución para revisión.	Mensualmente	Equipo de cómputo en red.
09	NO Programar informe de quejas.	Oficina de Atención al Usuario	Profesional Universitario	Asignar la fecha y la hora para realizar la recolección de los volantes e invitar a funcionarios y testigos.	Mensualmente	N/A
10	Entregar volantes en blanco	En todos los servicios de la institución.	Profesional Universitario	Visitar a los usuarios y acompañantes que hacen uso de los servicios del hospital, entregando los volantes en blanco e informando que registren sus inquietudes o	Diariamente	Volantes en blanco

				felicitaciones.		
11	Invitar a auditores de calidad y testigos	En todos los servicios de la institución.	Profesional Universitario	Invitar a un Auditor de calidad y a un testigo para que estén presentes durante la apertura de buzones.	Quincenalmente	N/A
12	Abrir buzones y contar los volantes	En cada buzón ubicado en los diferentes servicios.	Profesional Universitario	Abrir el candado que asegura el buzón, sacando los volantes depositados y contándolos.	Quincenalmente	Buzones, Llaves, volantes diligenciados.
13	Elaborar acta de apertura	En cada buzón ubicado en los diferentes servicios.	Profesional Universitario	Registrar en el formato prediseñado una vez contados los volantes, el numero, la fecha, el servicio y se firma por parte de los testigos que pueden ser usuarios y personal del servicio.	Quincenalmente	Formatos diseñados en blanco, volantes obtenidos.
14	Sistematizar y consolidar la información.	Oficina de Atención al Usuario	Profesional Universitario	Leer cada uno de los volantes y se agrupan por servicios, registrando de cada uno la sugerencia que el usuario emite.	Quincenalmente	Equipo de cómputo, volantes diligenciados.
15	Presentar informe consolidado a Directivas	Oficina de Atención al Usuario	Profesional Universitario	Enviar por correo electrónico interno a cada uno de los directivos, el consolidado mensual.	Mensualmente	Equipo de cómputo.
16	Archivo de quejas y volantes.	Oficina de Atención al Usuario	Profesional Universitario	Guardar en carpeta y archivo de documentos físicos las actas de apertura firmadas con los volantes obtenidos.	Mensualmente	Archivo de documentos y carpetas.

### 7.4.5.10. Diagrama de flujo.



## PROFESIONAL UNIVERSITARIO



## PROFESIONAL UNIVERSITARIO

3/4

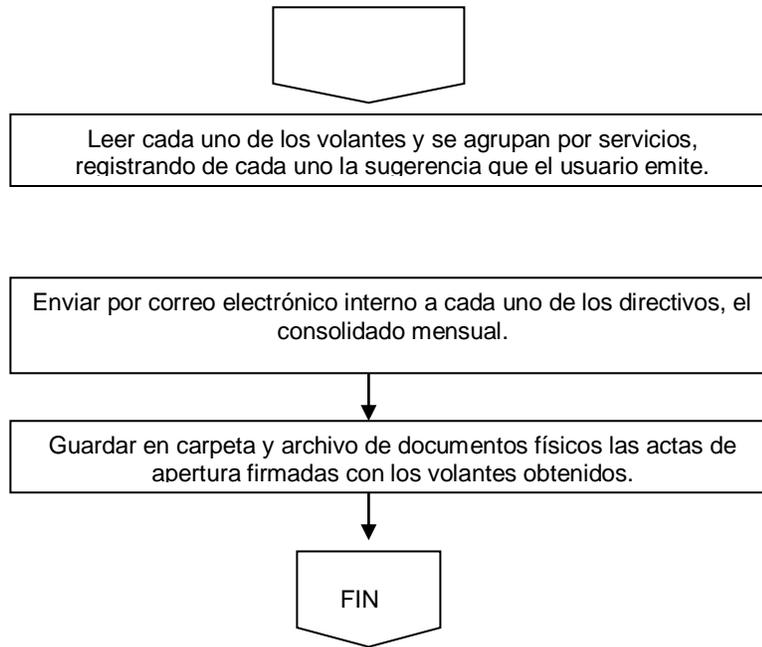
Visitar a los usuarios y acompañantes que hacen uso de los servicios del hospital, entregando los volantes en blanco e informando que registren sus inquietudes o felicitaciones.

Invitar a un Auditor de calidad y a un testigo para que estén presentes durante la apertura de buzones.

Abrir el candado que asegura el buzón, sacando los volantes depositados y contándolos

Registrar en el formato prediseñado una vez contados los volantes, el número, la fecha, el servicio y se firma por parte de los testigos que pueden ser usuarios y personal del servicio.

## PROFESIONAL UNIVERSITARIO



**7.4.5.11. Documentos Generados: Consolidado** mensual de Quejas.

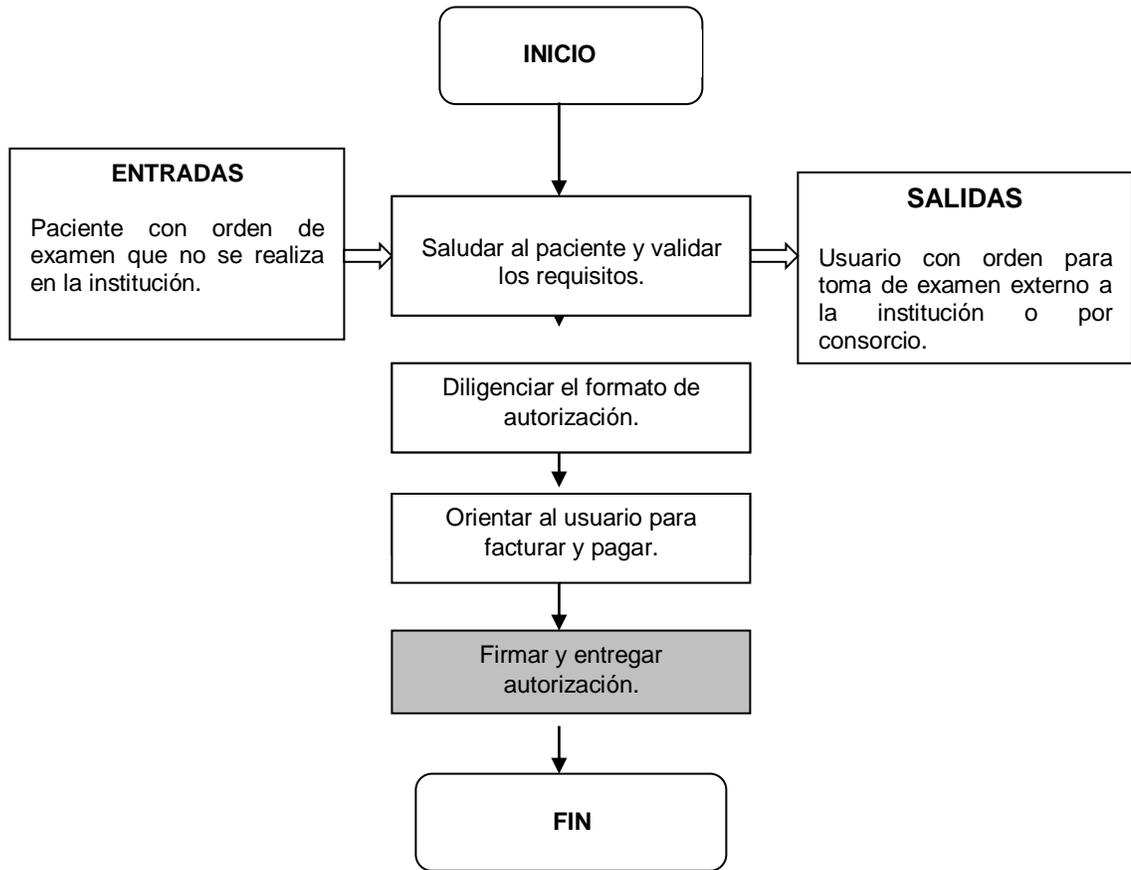
**7.4.5.12. Procesos Involucrados: No** aplica.

**7.4.5.13. Detalle de Riesgos:**

No.	RIESGO	PUNTO CONTROL	DE	RESPONSABLE
14	Error en la sistematización de la información	Verificar los datos incluidos en el programa.		Profesional universitario.

## 7.4.6. Tramite de autorizacion de exámenes externo a la institución.

### 7.4.6.1 Caracterización del proceso.



#### 7.4.6.2. Indicadores de Gestion (Ficha Tecnica):

<b>PROCESO: TRAMITE DE AUTORIZACION DE EXAMENES FUERA DE LA INSTITUCION</b>				
<b>Nombre del Indicador</b>	<b>Fórmula de Cálculo</b>	<b>Unidad de Medición</b>	<b>Periodicidad de remisión de la información</b>	<b>Nivel de Desagregación</b>
TASA DE USUARIOS CON AUTORIZACION DE EXAMENES FUERA DE LA INSTITUCION	$\frac{\text{Numero de pacientes con autorización de exámenes externos}}{\text{Numero Total de pacientes que solicitan autorización de exámenes externos}} \times 100$	PORCENTAJE	MENSUAL	N/A

#### 7.4.6.3. Jerarquizacion del Proceso:

<b>MACROPROCESO</b>	<b>PROCESO</b>	<b>PROCEDIMIENTO</b>
ATENCION AL USUARIO	TRAMITE AUTORIZACION DE EXAMENES EXTERNOS A LA INSTITUCION.	7.1 Saludar y escuchar la solicitud del paciente que trae orden de examen.
		7.2 Revisar cada uno de los documentos que el paciente presenta.
		7.3 Llenar los espacios de formato prediseñado.
		7.4 Registrar el servicio en el sistema de facturación.
		7.5 Presentar al jefe de autorizaciones las copias de facturas y recibos de caja con el formato prediseñado.

		7.6 Entregar al usuario el original de formato prediseñado, para que tome el examen fuera.
--	--	--

**7.4.6.4. Objetivo:** Facilitar la toma de exámenes y procedimientos de la institución con el fin de ofrecer cobertura total y satisfacción total por la atención.

**7.4.6.5. Alcance:** Se aplica a todos los servicios del Hospital Universitario, también se puede utilizar como guía para la elaboración y control de calidad.

**7.4.6.6. Marco Legal e Institucional:**

- CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA.
- DECRETO 1011 DE Abril de 2006. Ministerio de protección social.
- DECRETO 1757 DE 1994. Ministerio de Salud.
- Circular Externa 009 de 1996. Superintendencia Nacional de Salud.
- Ley 962 de Julio de 2005. diario Oficial
- Acuerdo 260 de 2004.
- Acuerdo 306 de 2005.
- Resolucion 1043 de 2006 Ministerio de la Proteccion Social

**7.4.6.7. Responsable:** Profesional Universitario de atención al Usuario.

**7.4.6.8. Definiciones:**

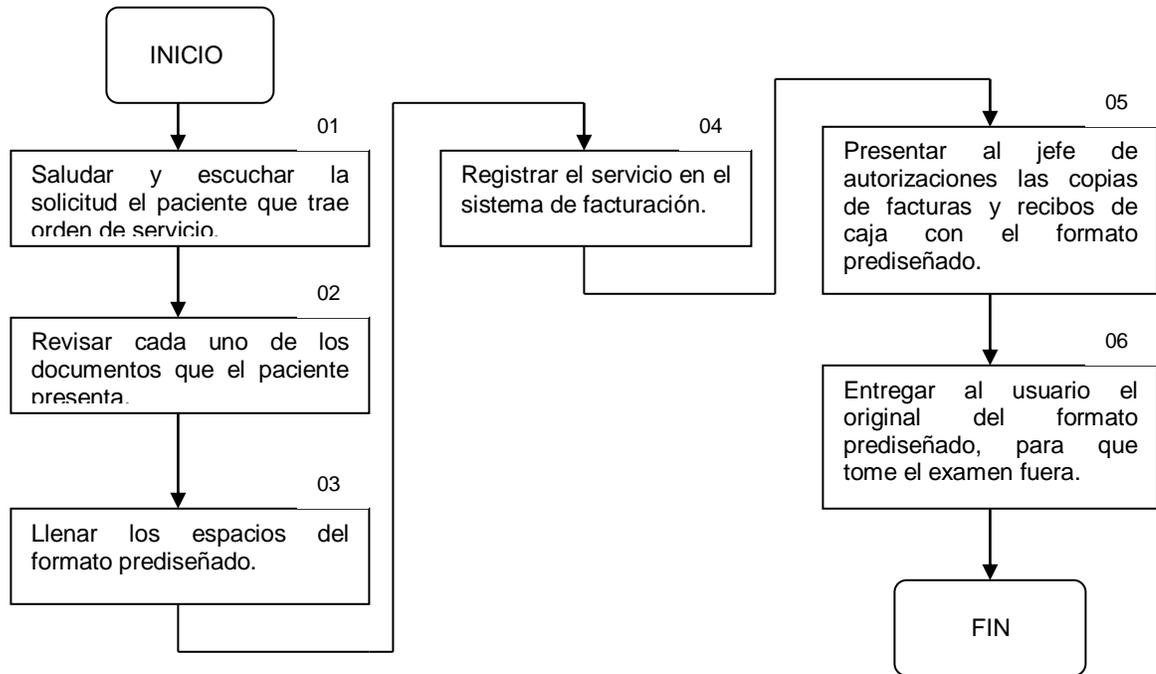
- **HISTORIA CLINICA:** Es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley.
- **EPS:** Empresa Prestadora de Salud.
- **ARS:** Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado.

- **USUARIO:** Persona que tiene derecho de usar una cosa o servicio.

#### 7.4.6.9 Detalle de las actividades:

No	QUE HACER	DONDE	QUIEN LO HACE	COMO LO HACE	CUANDO LO HACE	RECURSO
01	Saludar al paciente.	Modulo de información.	Auxiliar de Oficina.	Saludar y escuchar la solicitud del paciente que trae orden de examen.	Una vez el usuario se acerca al modulo.	N/A
02	Validar los requisitos.	Modulo de información.	Auxiliar de Oficina.	Revisar cada uno de los documentos que el paciente presenta.	Cuando el usuario solicita autorización del examen fuera.	Reglamentación.
03	Diligenciar el formato de autorización.	Modulo de información.	Auxiliar de Oficina.	Llenar los espacios de formato prediseñado.	Al cumplir requisitos el usuario.	Formato prediseñado
04	Orientar al usuario para facturar y pagar.	Modulo de información.	Facturador.	Registrar el servicio en el sistema de facturación.	Con el formato diligenciado el mismo día,	Formato prediseñado diligenciado y fotocopia de requisitos.
05	Firmar autorización.	Modulo de información.	Profesional universitario.	Presentar al jefe de autorizaciones las copias de facturas y recibos de caja con el formato prediseñado.	Diariamente	Formato, copias de facturas y recibos de caja.
06	Entregar autorización.	Modulo de información.	Profesional universitario.	Entregar al usuario el original de formato prediseñado, para que tome el examen fuera.	Diariamente	N/A.

#### 7.4.6.10. Diagrama de flujo.



AUXILIAR DE OFICINA

FACTURADOR

PROFESIONAL  
UNIVERSITARIO

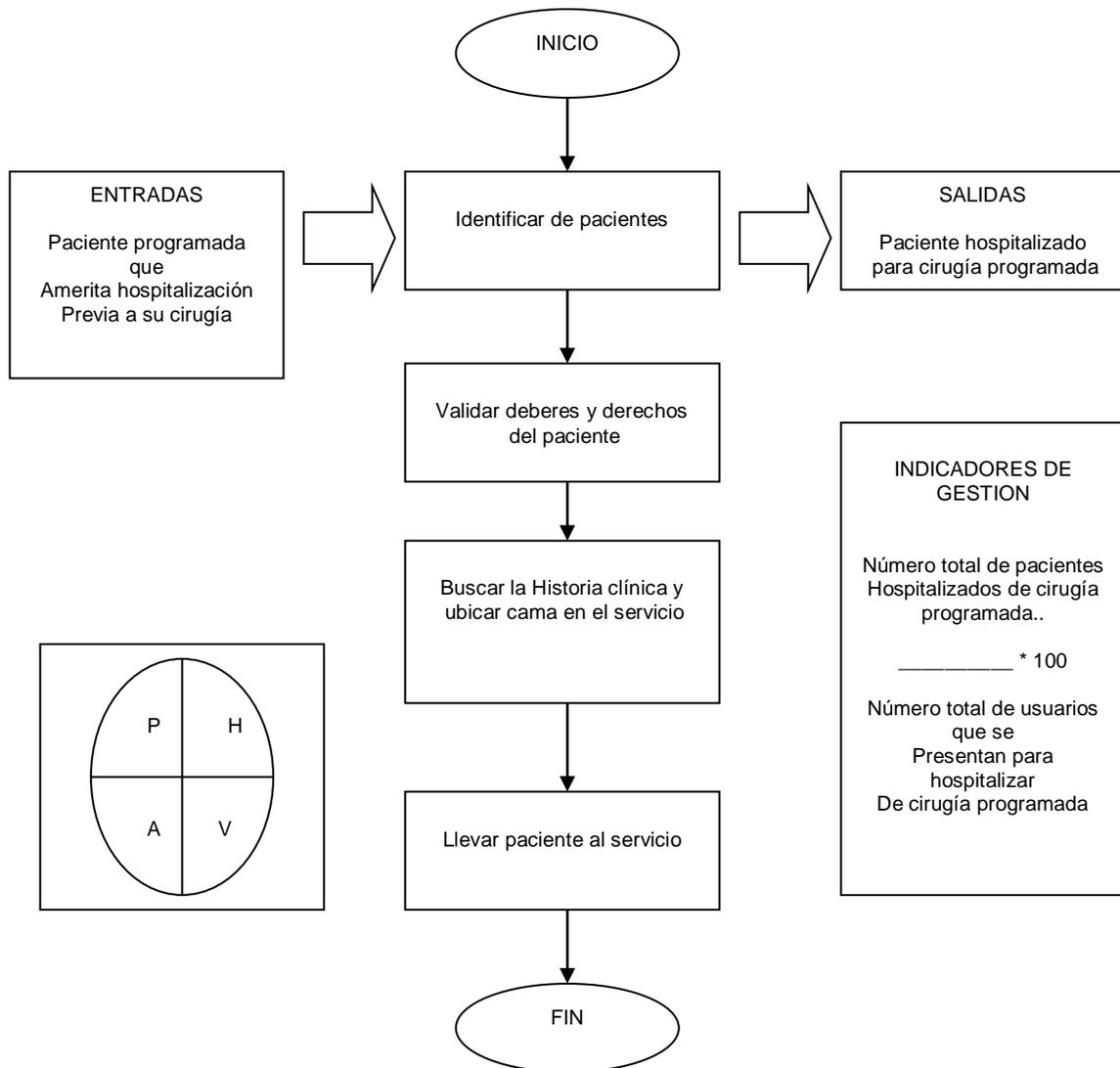
**7.4.6.11 Documentos generados.** Orden de servicios para toma de exámenes fuera.

**7.4.6.12. Procesos involucrados.** Validación de requisitos de facturación para pacientes victimas de accidentes de transito ambulatorios. Solicitud de autorización de servicios a pacientes de fuera del departamento del Huila.

**7.4.6.13. Detalle de riesgos.**

No.	RIESGO	PUNTO CONTROL	DE RESPONSABLE
02	Paciente que solicita sin autorización de examen.	Es necesario informar al usuario la necesidad como requisito de facturación.	Auxiliar de oficina.

**7.4.7. Apoyo a hospitalización de pacientes de cirugía programada.**



### 7.4.7.1. Indicadores de Gestion (Ficha Tecnica):

<b>PROCESO: APOYO A HOSPITALIZACION DE PACIENTES DE CIRUGIA PROGRAMADA</b>				
<b>Nombre del Indicador</b>	<b>Fórmula de Cálculo</b>	<b>Unidad de Medición</b>	<b>Periodicidad de remisión de la información</b>	<b>Nivel de Desagregación</b>
TASA GLOBAL DE PACIENTES HOSPITALIZADOS DE CIRUGIA PROGRAMADA	$\frac{\text{Numero de pacientes Hospitalizados de cirugía programada}}{\text{Numero Total de pacientes que se presentan para hospitalización de cirugía programada.}} \times 100$	PORCENTAJE	MENSUAL	N/A

### 7.4.7.2 Jerarquizacion del Proceso:

<b>MACROPROCESO</b>	<b>PROCESO</b>	<b>PROCEDIMIENTO</b>
ATENCION AL USUARIO	1.APOYO HOSPITALIZACION DE PACIENTES DE CIRUGIA PROGRAMADA	1.1 Consultar lista de programación de cirugía.
		1.2 Identificar documentación de requisitos, como documento de identificación, boletín de autorización, Recibo de Depósitos, Recibos banco de sangre. Ordenes médicas.
		1.3 Ir hasta el archivo a solicitar la Historia clínica completa del paciente.
		1.4 Llamar telefónicamente a Jefe del servicio correspondiente y solicitando cama disponible para el paciente que llega.

		1.5 Acompañar al usuario al servicio donde se le asignó la cama para entregarlo a la enfermera Jefe.
		1.6 Elaborar consolidado mensual.

**7.4.7.3. Objetivo: Facilitar** el proceso de ingreso a pacientes que tiene cirugía programada y ameritan hospitalización previa.

**7.4.7.4. Alcance: Se** aplica a todos los pacientes que tienen cirugía programada que ameritan Hospitalización previa por la complejidad de su cirugía.

**7.4.7.5. Marco Legal e Institucional:**

- Constitución política de Colombia
- Decreto 1011 de abril de 2006. Ministerio de la Protección social.
- Decreto 1757 de 1994. Ministerio de Salud.
- Circular externa 009 de 1996. Superintendencia nacional de Salud.
- Ley 962 de julio de 2005. Diario Oficial.
- Acuerdo 306 de 2005.
- Acuerdo 244 de 2003.
- Resolución 1043 de 2006 Ministerio de la Protección Social
- Acuerdo 260 de 2004.

**7.4.7.6 Responsable:** Profesional Universitario, Atención al Usuario

**7.4.7.7. Definiciones:**

**Hospitalización:** Internar a un paciente, que por su condición amerita atención cercana de profesionales de salud.

**Referencia:** Es el envío de usuarios o elementos de ayuda diagnóstica por parte de las unidades prestatarias de servicios de salud, a otras instituciones de salud para atención o complementación diagnóstica, que de acuerdo con el grado de complejidad den respuesta a las necesidades de salud.

**Historia Clínica:** Es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.

#### 7.4.7.8. Detalle de las Actividades:

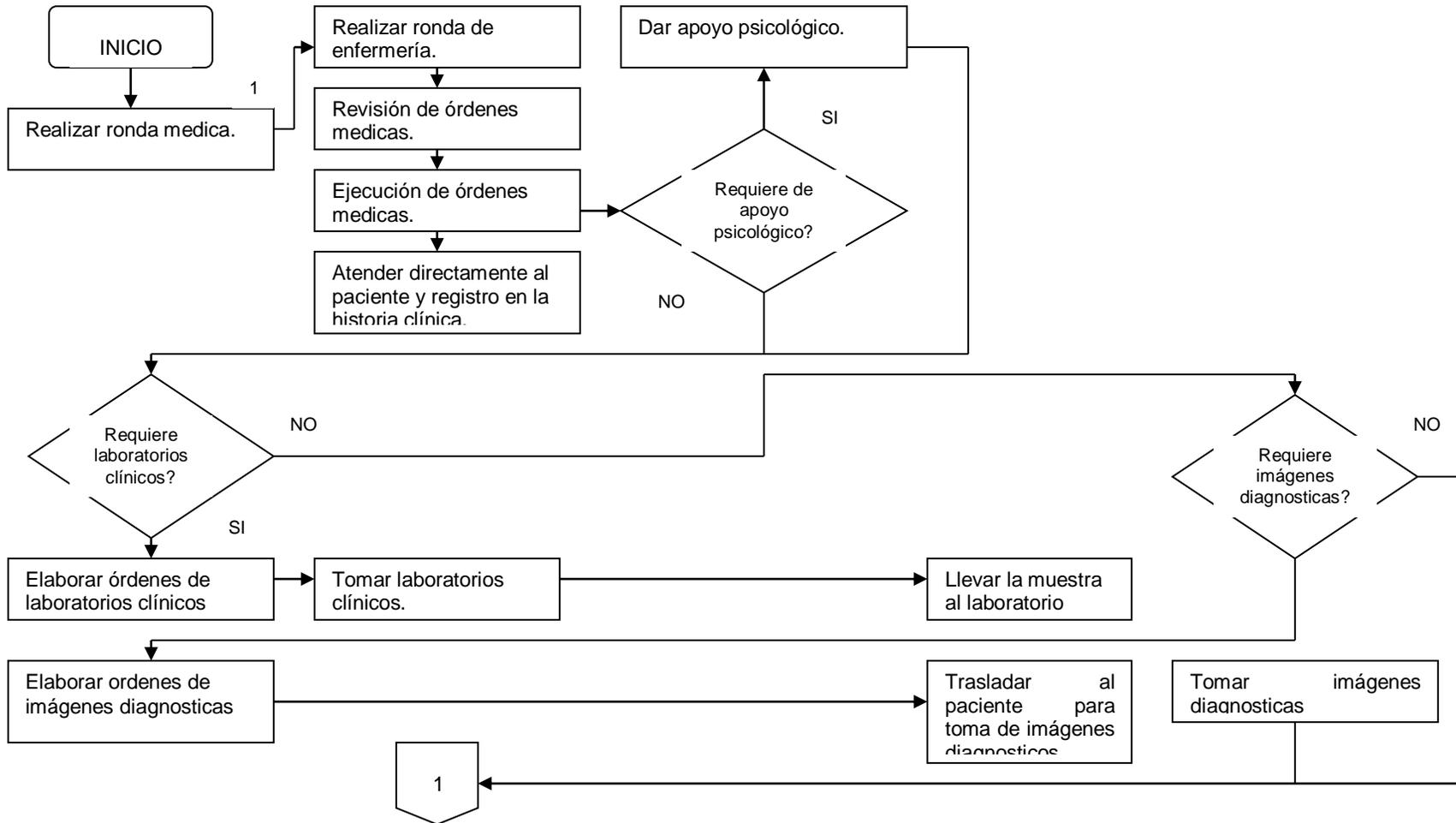
No	QUE HACER	DONDE	QUIEN LO HACE	COMO LO HACE	CUANDO LO HACE	RECURSO
04 ®	Ejecución de órdenes medicas.	Estación de enfermería.	Enfermera jefe y auxiliar de enfermería.	La enfermera jefe prioriza la realización de acuerdo a la patología del paciente y le informa a la auxiliar de enfermería los procedimientos a realizar.	Posterior a revisar las órdenes medicas.	Historia clínica.
05 ®	Atender directamente al paciente y registro en la historia clínica.	Habitación del paciente.	Enfermera jefe y auxiliar de enfermería.	Se realizan los procedimientos requeridos por el paciente según su patología y registro en su historia clínica. (curaciones, toma de signos vitales, lavados especiales, baño diario, cambios de medicamentos y cuidados especiales).	Durante el turno asignado.	Insumos, medicamentos, historia clínica.
	Requiere de apoyo psicológico?					
06	SI Dar apoyo psicológico	Habitación del paciente	Psicóloga.	Realiza evaluación del paciente e instaura terapia	Cuando el paciente lo	Historia clínica.

				adecuada.	amerita.	
	NO Requiere laboratorios clínicos?					
07	SI Elaborar ordenes de laboratorios clínicos	Estación de enfermería	Medico especialista	Diligencia los formatos de exámenes de laboratorio.	Cuando el paciente lo amerita.	Formatos de solicitud de laboratorios
08 ®	Tomar laboratorios clínicos.	Habitación del paciente.	Enfermera jefe y auxiliar de enfermería.	Tomar la muestra de los exámenes ordenados.	Posterior a las ordenes medicas.	Formatos de solicitud de laboratorios, material de laboratorio.
09 ®	Llevar la muestra al laboratorio.	Estación de enfermería.	Camillero.	Traslada la muestra al laboratorio clínico.	Posterior a la toma de las muestras.	Formatos de solicitud de laboratorios, material de laboratorio.
	NO ¿Requiere imágenes diagnosticas?					
10 ®	SI Elaborar ordenes de imágenes diagnosticas.	Estación de enfermería.	Medico especialista.	Diligencia los formatos de, RXs o exámenes especializados de acuerdo a la necesidad del paciente.	Cuando el paciente lo amerita.	Formatos de solicitud de imágenes diagnosticas.
11	Trasladar el paciente para toma de imágenes diagnosticas.	Habitación del paciente.	Camillero.	Trasladar al paciente para toma de imágenes diagnosticas.	Una vez diligenciada la orden y asignen turno de toma de la imagen diagnostica.	Formatos de solicitud de imágenes diagnosticas.
12 ®	Tomar imágenes diagnosticas.	Imagenologia	Técnico en radiología	Toma de imágenes diagnosticas y se traslada al paciente de nuevo a su habitación.	Una vez realizada la orden para la toma de la imagen	Formatos de solicitud de imágenes diagnosticas. Material de imágenes

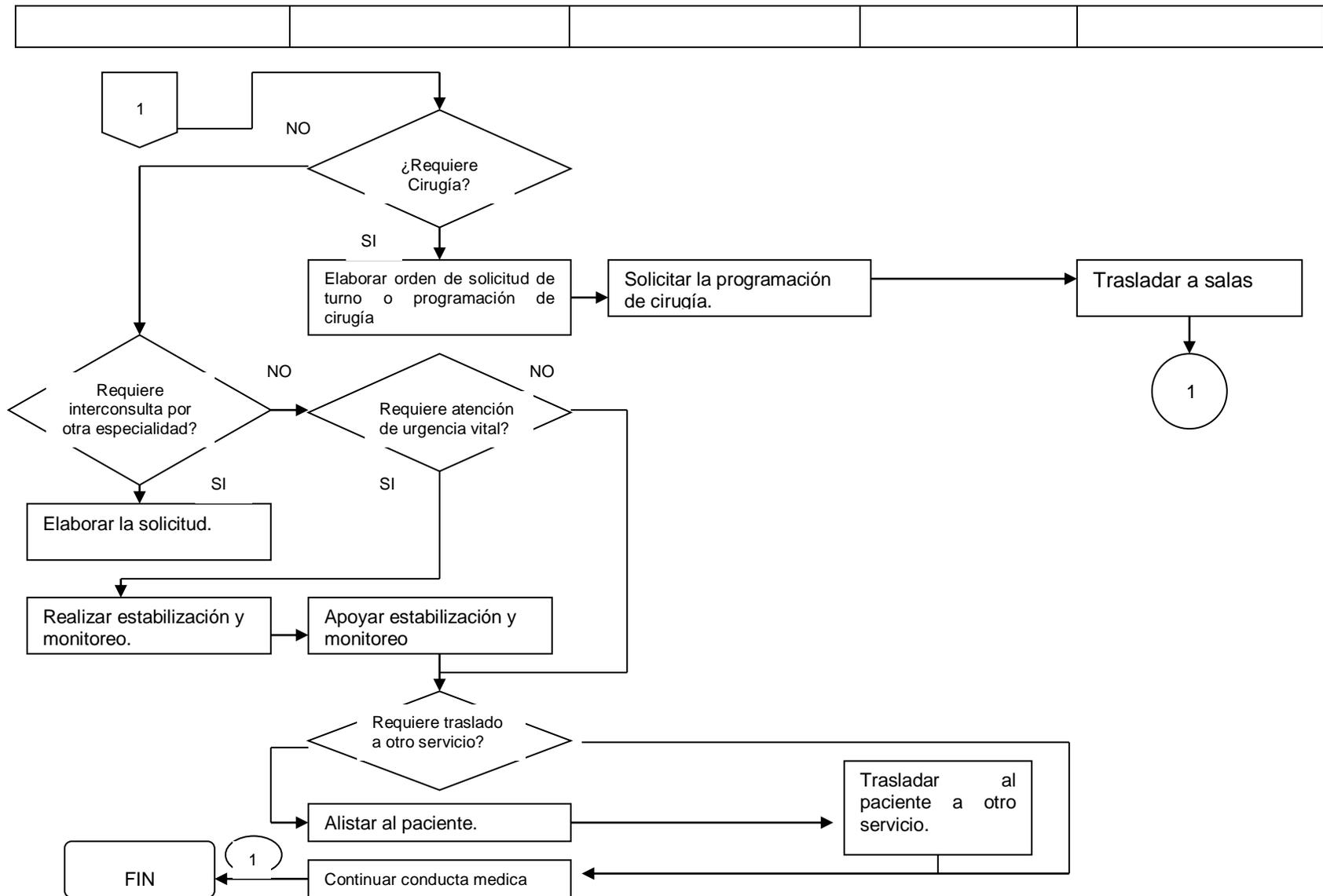
					diagnostica.	diagnosticas.
	NO ¿Requiere cirugía?					
13	SI Elaborar orden de solicitud de turno o programación de cirugía.	Estación de enfermería	Medico especialista.	Se elabora solicitud de programación de cirugía posterior a la explicación en forma clara al paciente y su familia del procedimiento a realizar con la firma del consentimiento informado por parte del paciente y/o familiar.	Posterior a la valoración clínica y firma del consentimiento informado.	Formato de solicitud de cirugía y consentimiento informado.
14	Solicitar la programación de la cirugía.	Estación de enfermería	Enfermera jefe y auxiliar de enfermería.	Se solicita la sala para la programación de la cirugía.	Una vez elaborada la solicitud.	Formato de solicitud de cirugía.
15	Trasladar a salas.	Habitación del paciente.	Camillero.	Trasladar al paciente para toma de imágenes diagnosticas.	Una vez diligenciada la orden y asignen turno para la cirugía.	Formato de solicitud de cirugía.
	NO Requiere interconsulta por otra Especialidad.					
16 ®	SI Elaborar la solicitud	Habitación del paciente.	Medico especialista.	Se elabora la solicitud en copia en el formato especial.	Posterior a la valoración clínica.	Formato de interconsulta.
	NO Requiere atención de urgencia vital?					
17	SI Realizar estabilización y monitoreo	Habitación del paciente.	Medico especialista.	De acuerdo a las guías de manejo clínico adoptadas por la institución.	Cuando el estado clínico del paciente lo amerita.	Carro de paro, oxígeno, equipo básico de resucitación.
				De acuerdo a las	Cuando el	Carro de paro,

18	Apoyar estabilización y monitoreo.	Habitación del paciente.	Enfermera jefe y auxiliar de enfermería.	guías de manejo clínico adoptadas por la institución.	estado clínico del paciente lo amerita.	oxígeno, equipo básico de resucitación.
	NO Requiere traslado a otro servicio.					
19	SI Alistar al paciente.	Habitación del paciente.	Enfermera jefe y auxiliar de enfermería.	Se ubica al paciente en la camilla y/o silla de ruedas.	Cuando el estado clínico del paciente lo amerita.	Camilla, silla de ruedas, historia clínica.
20	Trasladar al paciente a otro servicio.	Habitación del paciente.	Camillero.	Se traslada con la historia clínica y los elementos personales al servicio correspondiente.	Cuando el estado clínico del paciente lo amerita.	Camilla, silla de ruedas, historia clínica.
21	NO Continuar conducta médica.	Habitación del paciente.	Enfermera jefe y auxiliar de enfermería.	Se continúa con la conducta médica y los procedimientos de enfermería.	Cuando el estado clínico del paciente lo amerita.	Historia clínica.

#### 7.4.7.9 Diagrama de Flujo.



Medico Especialista	Enfermera Jefe y Auxiliar de enfermería.	Psicóloga	Camillero	Técnico radiología. en
---------------------	--	-----------	-----------	------------------------



#### 7.4.7.10. Documentos Generados:

- Historia clínica
- Ordenes de ayudas diagnosticas y terapéuticas
- Interconsultas
- Ordenes de programación de cirugía

#### 7.4.7.11. Procesos Involucrados:

- Evolución y ronda medica
- Ingreso al servicio de hospitalización
- Ronda de enfermería
- Interconsultas
- Programación de Cirugía

#### 7.4.7.12. Detalle de Riesgos:

No.	RIESGO	PUNTO CONTROL	DE RESPONSABLE
3	Interpretación errónea de las ordenes medicas	Registro claro de ordenes medicas	Medico Especialista y Enfermera jefe.
4	No cumplimiento total y adecuado de ordenes medicas	Verificación de ordenes medicas	Enfermera jefe.
5	Registro inadecuado de procedimientos realizados y pendientes del paciente.	Realizar registros completos y adecuados.	Medico especialista, enfermera jefe y Auxiliar de enfermería.
6	Diligenciamiento inadecuado e inoportuno de ordenes	Diligenciar correcta y adecuadamente las ordenes	Medico especialista.
7	Toma inadecuada de muestras, no trámite oportuno para toma de ayudas diagnosticas.	Cumplir con las guias establecidas para tal fin,	Enfermera jefe, auxiliares de enfermería y Trabajadora Social.
11	Falta de oportunidad en la respuesta a interconsulta.	Cumplimiento del proceso para la respuesta de interconsulta	Medico especialista Interconsultante.

## **8. CONCLUSIONES**

Una de las actividades líder en la Oficina de atención al Usuario del Hospital, es la de Propiciar espacios de participación social del usuario en la institución, es así como se ofrece asesoría, educación y apoyo constante a la Asociación de Usuarios que funciona en el hospital, el trabajo que la Profesional Universitaria realiza es continuo, pues siempre permanece en contacto directo con dicha colectividad, las acciones y actividades que con ellas se realiza.

El uso y la aplicabilidad del manual de Procesos y Procedimientos de la Oficina de Atención al Usuario del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, dependerán de cada uno de los funcionarios, especialmente de los Jefes de cada área, apoyados en la alta dirección, quienes son los encargados de liderar e impulsar esta clase de documentos. Para la implementación, no hay otra alternativa diferente a la de adquirir compromisos de manera colectiva con esta aplicación.

La continua mejora del manual dependerá del interés de los usuarios, de los líderes de los procesos o de ajustes normativos legales; es importante no dejar envejecer el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo en el caos, es por ello que permanentemente se deben encaminar mejoras que conduzcan a detectar y resolver los problemas a partir de los procedimientos determinados en por un plan de mejoramiento.

Esta herramienta es útil para el cliente-usuario y para el personal de la entidad, para la Institución Pública y para la sociedad.

## 9. RECOMENDACIONES

Dentro de la prospectiva que debe manejar la institución se debe priorizar la calidad total, para lo cual es importante invertir recursos en capacitación y herramientas que conduzcan a la Oficina de Atención al Usuario del Hospital Universitario a implementar sistemas de calidad que la lleven a un verdadero fortalecimiento institucional.

Acordar con el grupo de trabajadoras sociales de la institución el desarrollo del proceso para Atención de pacientes víctimas de accidentes de tránsito, la atención de población desplazada y Remisiones a 4 nivel, las cuales se realizan de una misma manera por todas las profesionales incluida la profesional de Atención al Usuario.

Hacer revisión del manual periódicamente (cada 12 meses), con el fin de observar cambios que por normatividad puedan surgir en el desarrollo de las acciones y actividades y reconstruir, ajustar o modificar pasos dentro de los procesos.

Es preciso que se implemente una guía de trabajo, debido a que esta agrupación es cambiante y las actividades que se realizan se dan de acuerdo a las proyecciones de la misma dentro de la institución.

## BIBLIOGRAFÍA

CENTRO DE RECURSOS ELECTRÓNICOS DE ACTUALIDAD GERENCIAL.  
"Como centrar la atención en el servicio al cliente" Artículo de Internet. 2007.

CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 872 del 2003 Diario Oficial enero 2 del 2004., por la cual se crea el sistema de gestión de la calidad en la Rama Ejecutiva del poder público y en otras entidades prestadoras del servicio. Bogota. D.C.

HERNÁNDEZ SAMPIERE, Roberto. Metodología de la Investigación. 3ra Edición. Editorial Mac Graw Hill. Bogota. 2007.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS. Guía básica para la acreditación en salud. Bogotá. ICONTEC, 2004.

----- . Gestión de la calidad en el sector público .Bogotá, ICONTEC, 2004.

----- .Sistema de gestión de la calidad. Bogota, ICONTEC– ISO 9000. Bogota.

MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. Sistema obligatorio de garantía de calidad auditoria para el mejoramiento de la atención en salud. Bogota D.C.

----- Decreto No. 1011 de 2006. Por el cual se establece el sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogota D.C.

----- Decreto No.4110 de 2004. Por el cual reglamenta la Ley 872 del 2003, y adopta la norma técnico de calidad en la gestión pública. Bogota D.C..

----- Decreto 1757 de 1994. Por la cual se organizan y se establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud. Bogota. D.C.

----- Programa de mejoramiento de los servicios de salud en Colombia. Dirección general para el desarrollo de servicios de salud. Capítulo 7º. Pág. 10 Bogota D.C.

FRANCO ASTOLFO. Fundamentos en seguridad al paciente. Cali 2005.

- MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, Resolución 1043 de 2006 .  
Sistema de Garantía y Calidad en Salud.

# ANEXOS

**Anexo A:** Autorización de la Institución para realizar la investigación

## **Anexo B.** Guía de observación

### **ASPECTOS A OBSERVAR**

-  Actividad que realiza cada funcionario desde su módulo de trabajo.
  
-  Horario de servicios y atención al usuario.
  
-  Documentos que se diligencian en el área.
  
-  Revisión directa de los archivos documentales.
  
-  Revisión de normatividad y la legislación que rige la oficina y sus actividades.

**Anexo C.** Encuesta dirigida a funcionarios de la oficina de atención al usuario del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo

1. Que actividades realiza en su puesto de trabajo

Enúncielas:

---

---

---

2. Tiene documentada o reglamentada sus actividades

Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Si su respuesta es Si, mencione que actividades tiene reglamentadas

---

---

---

---

Fecha \_\_\_\_\_

**FIRMA** \_\_\_\_\_

**Anexo D.** Acto administrtivo de aprobación del Manual.

## Anexo D. Acuerdo de aprobación del manual.



ACUERDO NUMERO

0460000

18 DIC 2006

### POR EL CUAL SE APRUEBAN LOS MANUALES DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA ALGUNAS AREAS DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "HERNANDO MONCALEANO PERDOMO"

La Junta Directiva de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario "HERNANDO MONCALEANO PERDOMO", En uso de las atribuciones legales y estatutarias y en especial las conferidas por el numeral 7 del artículo 12 del Acuerdo No. 001 de 2.002, concordante con el artículo 11 del Decreto 1876 de 1.994, y

#### CONSIDERANDO

Que los Manuales de Procesos y procedimientos son considerados como la herramienta esencial, con que cuenta la administración de la entidad para que se cumpla a cabalidad el desarrollo del objeto social, cumpliendo los principios de la administración pública, es decir la eficiencia, eficacia, celeridad y valoración de los costos ambientales, debido a que ellos se constituyen en política de obligatorio cumplimiento y a través de los cuales se establecen los filtros y controles para que la ejecución de las actividades se lleven y desarrollen en debida forma.

Que uno de los aspectos del sistema de Control Interno, que toda entidad debe implementar, bajo la responsabilidad de sus directivos, esta en la definición de políticas como guías de acción y procedimientos para la ejecución de los procesos.

Que la Ley 87 de 1993, establece que la entidad debe disponer de procesos de planeación y mecanismos adecuados para el diseño y desarrollo organizacional de acuerdo con su naturaleza y características.

Que el Hospital se encuentra en proceso de acreditación, y dentro de las normas que regulan este proceso, se establece que la institución debe contar con procesos administrativos y asistenciales.

Que el numeral 7 del artículo 12 del Acuerdo No. 001 de 2002, establece como función de la Junta Directiva aprobar los manuales de procedimientos para su posterior adopción por la autoridad competente, concordante con el numeral 7 del artículo 11 del decreto 1876 de 1994.

PBX: 8-71-59-07. Telefax: 8-71-44-15, 8-71-44-40, 8-71-91-91, 8-71-74-96  
Email: [hospitalneiva@yahoo.com](mailto:hospitalneiva@yahoo.com). Dirección: Calle 9 Nro. 15-25. Neiva- Huila

**Anexo D. Acuerdo de aprobación del manual.**



ACUERDO NUMERO 04

En consideración a lo expuesto,

ACUERDA

**ARTICULO PRIMERO:** Aprobar los Manuales de Procesos y Procedimientos para la E.S.E Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva de las áreas que se relacionan a continuación, contenidos en el documento anexo del mismo nombre, el cual hace parte integral del presente Acuerdo:

- Mantenimiento.
- Garantía de la Calidad.
- Atención al Usuario.
- Tesorería.

**ARTÍCULO SEGUNDO:** El presente acuerdo rige a partir de la fecha de su expedición.

Publíquese y Cúmplase.

18 DIC. 2006

Dado en Neiva, a los \_\_\_ días del mes de \_\_\_ del año 2006.

PRESIDENTE JUNTA DIRECTIVA

SECRETARIO

PBX: 8-71-59-07. Telefax: 8-71-44-15, 8-71-44-40, 8-71-91-91, 8-71-74-96  
Email: [hospitalneiva@yahoo.com](mailto:hospitalneiva@yahoo.com). Dirección: Calle 9 Nro. 15-25. Neiva- Huila

**Anexo D.** Acuerdo de aprobación del manual.